Traité de gynécologie clinique et opératoire / par S. Pozzi.

Contributors

Pozzi, S. (Samuel Jean), 1846-1918.
Francis A. Countway Library of Medicine

Publication/Creation

Paris : Masson, 1897.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/jjsqvkqm

License and attribution

This material has been provided by the Francis A. Countway Library of Medicine, through the Medical Heritage Library. The original may be consulted at the Francis A. Countway Library of Medicine, Harvard Medical School.
This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

wellcome collection

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org

TRAITÉ

DE

GYNÉCOLOGIE

887 MARLBOROUGH ST.
BOSTON, MASS.

Edgar Fawcett

Feb. 17 1897



Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

http://www.archive.org/details/traitdegynco00pozz

DR. E. GARCEAU,
397 MARLBOROUGH ST.
BOSTON, MASS.

TRAITÉ

DE

GYNÉCOLOGIE

CLINIQUE ET OPÉRATOIRE

AVANT-PROPOS DE LA TROISIÈME ÉDITION

Cette édition a été l'objet d'une révision attentive et d'additions notables.

Un certain nombre de chapitres ont été complètement transformés; tels sont ceux relatifs à l'asepsie, au traitement des corps fibreux par les nouveaux procédés d'hystérectomie abdominale et vaginale, aux indications de cette dernière opération dans les suppurations pelviennes, aux interventions récentes contre les rétro-déviations utérines, etc. — Il est particulièrement malaisé de présenter un exposé dogmatique de questions encore controversées, et, si l'on peut ainsi dire, en voie d'évolution. J'ai tâché de donner une idée exacte des diverses opinions, sans pour cela omettre de formuler nettement la mienne. Il m'a semblé, en effet, que dans un livre de la nature de celui-ci, essentiellement didactique, il serait mauvais d'ôter au lecteur la possibilité de se faire une conviction personnelle, mais qu'il fallait aussi que l'auteur n'hésitât pas à exprimer toujours son opinion.

L'anatomie pathologique a subi de nombreux amendements. Presque toutes les figures histologiques, que j'avais jusqu'ici empruntées à d'autres auteurs, ont été remplacées par des dessins inédits exécutés, à l'aide de pièces de mon service, par mon habile chef de laboratoire, le docteur Latteux.

La première édition (1890) avait été rédigée dans une retraite absolue, à Montpellier, sans l'aide d'aucun collaborateur. Pour la seconde (1892), préparée à Paris, au milieu des occupations d'une existence laborieuse, j'avais eu recours à la collaboration de quelques élèves studieux. Il en a été de même pour celle-ci.

En première ligne, je dois citer M. le Docteur Baudron, mon ancien interne. Il a déjà montré, par des travaux personnels très distingués, sa grande compétence en gynécologie qui m'a été fort utile dans mon travail de révision. Je nommerai ensuite, comme m'ayant assisté pour mes recherches bibliographiques, MM. les docteurs Ricklin, Reblaub, Jayle et Cazenave.

Je remercie ici ces collaborateurs dévoués.

J'adresse à mes éditeurs, qui sont aussi mes amis, une marque spéciale de ma gratitude pour les soins qu'ils ont apportés à l'exécution typographique, très soignée, de cette troisième édition.

Enfin, je dois l'expression de ma reconnaissance au public médical pour l'accueil particulièrement encourageant qu'il a fait à ce livre, dès son apparition. Depuis la dernière édition, l'Académie de médecine a bien voulu, après l'Institut, lui accorder un de ses prix. Aux traductions déjà parues en langues allemande, anglaise, espagnole, italienne, va s'en ajouter une autre en langue russe. Partout, grâce à ces traductions disséminées dans les deux hémisphères, a été porté le bon renom de la gynécologie française, si longtemps considérée par nos rivaux comme une quantité négligeable, et dont la vigoureuse renaissance a étonné les étrangers. Aussi sont-ils surpris maintenant de voir encore manquer à la Faculté de médecine de Paris un enseignement spécial qui existe dans les Universités du monde entier.

Paris, Septembre 1896.

28487. — Imprimerie Lahure, rue de Fleurus, 9, à Paris.

TRAITÉ

DE

GYNÉCOLOGIE

CLINIQUE ET OPÉRATOIRE

PAR

S. POZZI

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine

TROISIÈME ÉDITION

AVEC 628 FIGURES DANS LE TEXTE

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1897

24.A.113

Tous droits réservés.

BOSTON MEDICAL
FEB 7 - 1921
LIBRARY

AVANT-PROPOS DE LA PREMIÈRE ÉDITION

Le livre que je publie est le résultat de plusieurs années de pratique comme chef d'un service spécialement affecté aux maladies des femmes, à Lourcine. C'est dans ce même hôpital que furent recueillis les matériaux des livres de Huguier, de Bernutz et Goupil, d'Alph. Guérin, de Martineau, et des travaux de leurs élèves. Grâce au développement qu'a pris le service de gynécologie chirurgicale depuis l'adjonction de l'annexe Pascal, j'ai pu, depuis déjà six ans, y faire un enseignement régulier. D'autre part, la bienveillance de M. le doyen Brouardel m'a permis de professer un cours complémentaire libre à la Faculté de médecine; les leçons que j'y ai faites ont servi de canevas à la rédaction de ce livre. En outre, dans plusieurs voyages à l'étranger, j'ai pu étudier de près la pratique des principaux gynécologistes de l'Angleterre, de l'Allemagne et de l'Autriche, et rapprocher leurs enseignements de ceux des maîtres de la Faculté de Paris qui ont été plus particulièrement les miens.

L'importance extraordinaire qu'a prise partout la gynécologie, dans ces dernières années, est un fait qu'on ne saurait méconnaître.

L'origine de ces rapides progrès est facile à découvrir. L'antisepsie a ouvert une ère nouvelle dont la gynécologie a largement bénéficié. L'intervention active est devenue presque sans dangers dans nombre de maladies, jusque-là plus ou moins abandonnées à des palliatifs ou à une expectation déguisée. Grâce à l'antisepsie, on a inventé des opérations nouvelles. Grâce à elle, aussi, on a repris des opérations anciennes. Celles-ci avaient été hardiment conçues et brillamment exécutées par nos devanciers; mais l'effrayante

mortalité due aux *pansements sales* avait bien vite dû les faire abandonner. Qu'il me suffise de citer comme exemples l'ovariotomie, le curettage, l'hystérectomie vaginale, et même le raccourcissement des ligaments ronds, qui datent d'une époque relativement reculée; leur vogue actuelle n'est qu'une renaissance.

Avant l'admirable découverte de Pasteur, fécondée par Lister et ses disciples, l'audace, en médecine opératoire, était de la témérité. Si, de temps en temps, un succès venait faire naître quelque espoir, une série de revers le détruisait aussitôt. Sauter (de Constance) réussit, en 1822, la première hystérectomie vaginale pour cancer. Après cette guérison unique, onze morts consécutives suivirent les onze premières opérations pratiquées à son exemple, et la liste complète des victimes n'a, sans doute, pas été publiée!

Il y a vingt ans à peine, la chirurgie contemporaine s'était découragée et avait renoncé à l'action, dans une très large étendue du domaine gynécologique. Elle laissait aux accoucheurs le soin de tous les accidents en rapport avec les couches ou les *suites de couches*, et aux médecins l'immense champ des métrites, presque tous les déplacements, les troubles nerveux réflexes, les inflammations périmétritiques, etc. Ainsi morcelée et démembrée entre chirurgiens, médecins et accoucheurs, la gynécologie était bien loin de constituer une branche définie et distincte de l'art de guérir comme elle tend à le devenir aujourd'hui.

Depuis l'impulsion donnée par l'antisepsie, une sorte de mouvement de concentration s'est opéré, surtout à l'étranger; ce mouvement a groupé et réuni dans les mêmes mains le traitement de toutes les maladies des femmes, devenues, pour la plupart, justiciables d'une intervention chirurgicale. Nous assistons, par suite, à une évolution qui, au delà de nos frontières, amène déjà la gynécologie tout entière dans le domaine de la chirurgie, et engage certains chirurgiens à s'occuper exclusivement de cette branche de la science ainsi

étendue. Il semble, d'après divers indices, que nous sommes destinés à voir bientôt chez nous se dessiner une évolution analogue. N'avons-nous pas vu, du reste, il y a quelques années, la Faculté de médecine de Paris, si hostile au morcellement de la science, prendre elle-même l'initiative de la création d'une chaire d'ophtalmologie, quand elle a paru répondre à un réel besoin?

La part de l'étranger dans les derniers progrès de notre science est considérable; il serait puéril de le nier et de ne pas en profiter.

Les causes de ces progrès méritent tout d'abord d'être recherchées.

En premier lieu, peut-être, il faut indiquer l'absence de cette défiance excessive qui s'est toujours attachée, plus ou moins, chez nous, dans les sphères élevées de l'enseignement, à l'idée de *spécialisation*, par suite du trop légitime discrédit où la crédulité du public a fait tomber le nom de *spécialiste*. Rien de pareil au delà de nos frontières, et cela depuis longtemps. Il en est résulté que des hommes d'un grand mérite n'ont pas hésité à se consacrer tout entiers à l'étude d'une partie restreinte de l'art, comme les maladies des femmes.

Une seconde cause des progrès de la gynécologie à l'étranger réside, à n'en pas douter, dans l'adoption plus rapide de l'antisepsie et dans sa pratique plus générale : une certaine avance a pu ainsi être prise, il faut le reconnaître, surtout par nos voisins qui depuis bien plus longtemps que nous usent, et parfois peut-être abusent, de l'immunité antiseptique.

Il n'y a pas fort longtemps encore, il suffisait d'être un bon opérateur pour être un bon chirurgien, et ces deux termes se confondaient presque. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Éviter l'infection de la plaie est devenu plus utile encore qu'opérer avec élégance.

Maintenant l'antisepsie a triomphé de toutes les résistances; tous nos maîtres l'enseignent et la jeune génération

la pratique avec la ferveur que savent inspirer les religions nouvelles. Nous sommes armés pour la lutte aussi bien que nos rivaux. Profitons de leur expérience et gardons-nous de tomber dans les excès opératoires dont, trop souvent, ils n'ont pas su se préserver.

En face de ces tendances qui font trop sacrifier, peut-être, l'étude clinique du malade, l'établissement patient du diagnostic et du pronostic à l'éclat de succès immédiats, il me semble qu'un rôle tout naturel est dévolu à la gynécologie française. Qu'elle accepte de plus en plus et sans arrière-pensée les audacieuses et utiles innovations d'origine étrangère, mais qu'elle s'attache avec un soin plus jaloux à ce qui est, en somme, le dernier terme de notre art : la détermination exacte des indications. La chaîne de ses véritables traditions sera ainsi renouée et l'avenir sera pour elle digne de son glorieux passé.

Ce passé, on l'oublie trop. Nous ne sommes pas nous-mêmes assez fiers de cette longue lignée scientifique qui a fait de nous les instituteurs des autres nations, en gynécologie comme dans toutes les autres branches de l'art de guérir. Le moment est particulièrement opportun pour le rappeler à ceux qui affectent de négliger nos travaux et qui ont vite proclamé notre déchéance, dès que notre activité a paru subir un ralentissement momentané. Procédés modernes d'exploration, opérations à l'ordre du jour, conquêtes nouvelles de la nosologie gynécologique, tout cela n'est-il pas, en très grande majorité, d'origine française? L'exploration bimanuelle, dont on a pu dire qu'elle était un moyen d'investigation plus précieux encore que le spéculum, est inaugurée en France dès 1753 par Puzos, et pratiquée par Levret et Baudelocque bien longtemps avant que Kiwisch, Veit et Schultze l'eussent réinventée. Le spéculum, oublié depuis les chirurgiens de l'antiquité, depuis Soranus et Paul d'Égine, est figuré d'abord dans les œuvres d'Ambroise Paré, l'illustre père de la chirurgie française, puis dans le grand arsenal

chirurgical publié par Scultet, et enfin acquiert toute son importance entre les mains de Récamier, médecin de l'Hôtel-Dieu, qui en vulgarise définitivement l'emploi. Ce n'est ni Lair, ni Simpson, ni Kiwisch qui ont trouvé le parti que peut tirer le diagnostic de la mensuration de l'utérus à l'aide d'une sonde; c'est le grand accoucheur français Levret, en 1771, et c'est l'éminent chirurgien de Lourcine, Huguier, qui, après avoir relevé l'hystérométrie du discrédit où elle était tombée, en a précisé les indications.

Parlerai-je maintenant des opérations? Le curettage est inventé par un Français, Récamier; l'opération de la fistule vésico-vaginale est d'abord scientifiquement réglée et réussie, dans des proportions inouïes jusque-là, par un Français, Jobert de Lamballe. Français, les chirurgiens qui s'attaquent les premiers aux polypes, soit avec la ligature (Levret), soit audacieusement avec l'instrument tranchant (Dupuytren). Français, celui qui ose le premier aller énucléer les fibromes au milieu du tissu utérin (Amussat). C'est en France qu'est pratiquée par Récamier, sinon la première hystérectomie vaginale pour cancer, du moins la seconde qui ait été suivie de succès. C'est en France, à Strasbourg, que notre éminent compatriote Kœberlé fait, l'un des premiers, de propos délibéré (et non par erreur comme la plupart de ses devanciers), l'ouverture de l'abdomen pour enlever un corps fibreux interstitiel de l'utérus. C'est à Paris que Péan fixe, pour l'opération de l'hystérectomie abdominale, une technique restée classique durant de longues années.

Passerons-nous à la nosologie, à l'étude anatomo-pathologique et clinique des maladies; là encore les noms des Français initiateurs se pressent en foule et nous n'avons que l'embarras du choix : Huguier pour les maladies des organes génitaux externes et pour l'allongement hypertrophique sus-vaginal du col; Nélaton pour l'hématocèle rétro-utérine; Valleix, Aran, Bernutz et Goupil, Gallard, Alphonse Guérin pour les inflammations péri et paramétritiques; Malassez et

de Sinéty, Cornil, pour l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire, des métrites, etc., etc.

Je m'arrête, car cette revendication légitime ne doit pas prendre les proportions d'un panégyrique. J'ai voulu seulement montrer que notre patriotisme est à l'aise dans les questions de bibliographie, et que, lorsque nous citons un auteur étranger, nous ne faisons souvent que reprendre notre bien, avec les intérêts accumulés.

J'ai mis largement à profit les publications étrangères, et l'on trouvera aussi souvent cités que les noms français les noms anglais, américains et allemands. Peut-être m'en fera-t-on un reproche. Il est commode de rétrécir son horizon scientifique : pour quelques-uns le chauvinisme est une des formes de l'ignorance.

Mais nombre d'esprits généreux, je le sais, révoltés de l'arrogance de certains procédés, regarderaient presque comme de légitimes représailles l'oubli systématique de quelques travaux. Les critiques qui me viendront de ce côté me toucheront sensiblement, sans m'ébranler : l'injustice des autres n'excuserait point la nôtre.

« Il n'y a pour quiconque pense ni Français ni Anglais, disait Voltaire : celui qui nous instruit est notre compatriote. »

Je me suis efforcé de présenter, autant que possible, un exposé de l'état actuel de la science dans tous les pays. J'ai été, pour cette raison, très sobre de renseignements historiques d'une provenance antérieure à la période antiseptique. Cependant je n'ai jamais négligé l'occasion de revendiquer les droits de priorité de chacun, sans acception de nationalité.

Relativement à la bibliographie, j'ai cru devoir m'abstenir de l'accumulation énorme de documents qu'il m'eût été facile de puiser dans les tables de recueils spéciaux : *Revue des Sciences médicales*, *Index Catalogue*, *Index medicus*, *Centralblatt*, etc. Cette érudition à bon marché m'a paru faite pour l'ostentation plus que pour l'utilité du lecteur. Il fut un temps (et il n'est pas éloigné) où la bibliographie complète était

nécessaire dans chaque ouvrage. Cette période est définitivement passée. Aujourd'hui, avec le nombre immense de matériaux qui s'amoncelle sans cesse dans la littérature médicale de tous les pays, on est toujours forcé d'être incomplet. Mieux vaut donc, peut-être, se résigner franchement à cette inéluctable nécessité et faire un choix dans les citations. Je me suis borné, pour ma part, à renvoyer à propos de chaque sujet aux travaux les plus récents et les meilleurs dont j'avais pu moi-même prendre connaissance. J'ai multiplié surtout les renseignements à propos des questions les plus à l'ordre du jour ou les plus litigieuses (opération de Battey, hystéropexie, etc.). Je n'ai fait que très peu de citations de seconde main, et j'ai apporté un grand soin à en vérifier l'exactitude.

Dans un livre destiné à l'enseignement, l'auteur se trouve toujours placé entre deux écueils. Ou bien, il sacrifie tout à la clarté, appuyant sur les grandes lignes, laissant dans l'ombre les particularités qui pourraient nuire à la netteté schématique de ses croquis : il risque alors d'être incomplet et quelquefois artificiel. Ou bien, il s'efforce de ne rien omettre dans son tableau, dût-il enlever pour cela au dessin principal quelque chose de son relief par l'addition des détails et des plans secondaires : il s'expose à être trouvé lourd et diffus.

J'ai constamment eu la préoccupation d'éviter ce double danger, et quoique je ne puisse me flatter d'y avoir réussi, du moins y ai-je fait tous mes efforts. Afin de marquer d'une manière ostensible et frappante les points principaux de l'exposition, je les ai distingués par des différences typographiques qu'on trouvera peut-être excessives, mais qui me paraissent propres à faciliter les recherches.

Les opérations récemment entrées dans la pratique gynécologique étant incomplètement décrites dans les traités de mes devanciers français, et l'étant parfois avec quelque obscurité dans les traductions des livres étrangers qui se sont multipliées récemment, j'ai cru devoir m'y appesantir. Par contre, je n'ai pas trouvé nécessaire de refaire la description anato-

mique des organes génitaux de la femme; je m'en suis tenu à quelques indications sommaires indispensables et suffisantes dans un livre de pathologie. Je ne suis entré dans quelques détails anatomiques qu'à propos des organes génitaux externes, où j'avais à exposer des vues particulières relatives à leur développement et à leur homologie qui jettent un certain jour sur l'origine d'intéressantes malformations.

Un grand nombre de mes figures sont personnelles; elles ont été dessinées, sous ma direction, par M. Nicolet, dont je me plais à reconnaître l'habileté et l'intelligence. J'ai fait aussi d'assez larges emprunts aux divers traités et monographies. Toutes les fois que ces figures ont présenté une valeur originale, j'en ai indiqué la provenance, et je n'ai cru pouvoir m'en dispenser que pour celles qui appartiennent à des traités classiques, placés entre toutes les mains, et qui, très souvent reproduites, sont, pour ainsi dire, tombées dans le domaine public.

Le professeur Cornil a bien voulu me permettre de reproduire les remarquables figures histologiques de ses leçons sur la métrite, le cancer, la salpingite et la tuberculose génitale. Le professeur Wyder a eu la bonté de m'autoriser à réduire les planches si démonstratives de son bel atlas. M. Toupet a fait pour moi plusieurs examens anatomiques, relatifs à la salpingite, aux kystes folliculaires de l'ovaire, avec sa compétence et son obligeance bien connues. Quelques figures m'ont été obligeamment prêtées par MM. L. Le Fort, Tarnier, Péan, Doléris, Dumoret, Marcel Baudouin, Poirier, Laroyenne, Collin, Mathieu, Aubry, Rainal, Dupont. Mon excellent ami, le professeur Testut, pour la confection des tables, mon cher frère le Dr Adrien Pozzi (de Reims), pour la part qu'il a prise à la révision des épreuves, ont droit à ma vive gratitude. Enfin, je tiens à remercier mon éditeur et ami, M. G. Masson. Son concours dévoué a singulièrement facilité l'exécution de ma laborieuse entreprise.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS DE LA PREMIÈRE ÉDITION V

TABLE DES MATIÈRES. XIII

LIVRE I. — Asepsie. — Antisepsie. — Anesthésie. — Moyens de réunion et d'hémostase. — Drainage et tamponnement. 1-92

CHAPITRE I. — De l'asepsie et de l'antisepsie en gynécologie. 1-38

Operations par les voies naturelles : *a*. Opérateur. *b*. Instruments. *c*. Milieu (Salle d'opération, mobilier). *d*. Malade. Antisepsie des organes génitaux externes. Sublimé : pouvoir désinfectant et toxique. Solution de sublimé acidulée. Créoline. Naphtol β. Injections vaginales; technique. Injection pré-opératoire et *en série*. Injections désodorantes. Injections rectales, vésicales. Gaze iodoformée. Gaze aseptique. Gaze au sublimé. Gaze au salol, à l'iodol, à l'acide phénique. — Antisepsie du col. Crayons iodoformés. Laminaires. — Antisepsie de la cavité utérine. Injections intra-utérines. — Irrigation continue opératoire. Éponges. — Laparotomie. Antisepsie et Asepsie. *a*. Opérateur. *b*. Malade. *c*. Milieu. *d*. Instruments. Objets de pansement. Éponges. Compresses-éponges. Toilette et lavage du péritoine. Cautérisation des pédicules. — Préparation et conservation des matériaux de ligature et de suture. Soie. Catgut. Fils d'argent. Crins. Drains.

CHAPITRE II. — De l'anesthésie en gynécologie 38-48

Anesthésie locale : froid, cocaïne. — Suggestion. — Anesthésie générale. Anesthésie comme moyen d'exploration. Éther. Chloroforme. Anesthésie mixte. Anesthésie prolongée; accidents. État des reins. État du cœur. Contre-indications. Technique générale. Traitement des accidents.

CHAPITRE III. — Moyens de réunion et d'hémostase. 49-92

Sutures. Aiguilles. Porte-Aiguilles. Sutures intestinales. Fils pour la suture. Fils métalliques. Crin de Florence. Soie : infection secondaire. Catgut. Divers modes de suture. Points séparés. Sutures perdues superposées à points séparés. Suture continue, simple et à étages superposés. Suture mixte ou combinée (suture après la laparotomie). Suture intra-dermique. Suture enchevillée. — Hémostase. Ligature isolée. Ligature en masse (pédicules). Ligature en chaîne. Ligature élastique. Forcipressure. — Drainage. Drainage des plaies. Drainage du péritoine : *a*) par le vagin, *b*) par la plaie abdominale. Drainage capillaire. Tamponnement antiseptique du péritoine. Drainage et irrigation continue de la cavité de l'utérus. Tamponnement intra-utérin. Tamponnement du vagin : *a*) hémostatique, *b*) antiphlogistique.

LIVRE II. — De l'exploration gynécologique. 93-143

Position de la malade. Position verticale. Décubitus dorsal simple. Position de la taille. Décubitus latéral. Position génu-pectorale. Palpation abdominale simple (Fausses tumeurs. Scybales. Vessie distendue. Contracture musculaire. Amas graisseux). — Anesthésie exploratrice. — Toucher vaginal. Toucher rectal. — Toucher vésical. — Exploration bi-manuelle. — Examen au spéculum. — Cathétérisme utérin. Perforations. Fausses routes. — Fixation et abaissement. — Dilatation artificielle du col. Procédés non sanglants (laminaires, divulsion, bougies dilatatrices). Procédés sanglants (débridement de l'orifice externe, incision bilatérale complète du col). — Dilatation permanente. — Toucher intra-utérin. — Excision exploratrice et curettage explorateur. — Exploration des uretères, palpation, cathétérisme (procédés de Pawlik, de Simon, de Grünfeld, de Brenner et de Howard, A. Kelly).

LIVRE III. — **Des métrites**. 144-252

CHAPITRE I. — Anatomie pathologique. — Étiologie. 144-198

Définition. États morbides sans néoplasmes. Pseudo-métrites. — Division. — Anatomie pathologique. Lésions du corps. Métrite aiguë. Abcès de l'utérus. Lésions aiguës de la muqueuse. Métrite chronique. Lésions du parenchyme. Lésions de la muqueuse. Endométrite interstitielle. Endométrite glandulaire. Endométrite polypeuse chronique. Endométrite *post abortum*. — Lésions du col. Œufs de Naboth. Granulations. Folliculites. Érosions. Ulcérations. Ectropion. Polypes muqueux. Hypertrophie folliculaire. Déchirures. — Pathogénie. Hétéro-infection. Infection mixte. Auto-infection. Infections associées. — Étiologie. Menstruation. Copulation. Blennorrhagie. Parturition. Déchirures du col. Traumatismes. Causes diverses. Diathèses.

CHAPITRE II. — Symptômes, marche et diagnostic des métrites. 198-215

Syndrome utérin : douleur, leucorrhée, ménorrhagie, dysménorrhée. Stérilité. Symptômes de voisinage et symptômes réflexes. Dyspepsie. Toux. Névralgies et névroses. Coccygodynie. Hystérie. Asthénie. Etat général. Facies utérin. — Signes physiques, toucher, spéculum. cathétérisme utérin. — Formes diverses des métrites : aiguë, catarrhale, hémorrhagique, douloureuse chronique. Polypes muqueux. Hypertrophie folliculaire du col. Dysménorrhée membraneuse. — Marche et pronostic. — Diagnostic avec : la grossesse, le cancer, l'avortement, les corps fibreux, la salpingite, les autres maladies des annexes, la cystite, la rectite, la sphinctéralgie, la tuberculisation pulmonaire, la dilatation de l'estomac, les maladie du cœur, l'hystérie.

CHAPITRE III. — Traitement des métrites. 216-252

Prophylaxie. Curettage dans la rétention des membranes. — Traitement commun à toutes les formes de métrites. Ceintures. Toniques. Traitement hydrothérapique et thermal. — Traitement de la métrite aiguë. Tampons glycérinés. Injections chaudes prolongées. Scarification du col. Dysménorrhée membraneuse. Métrite aiguë blennorrhagique. Traitement de la métrite catarrhale. Injections vaginales. Médication intra-utérine. Irrigations intra-utérines. Drainage utérin. Tamponnement utérin. Balayage au tampon. Écouvillonnage. Cautérisation intra-utérine. Galvano-caustique. Tampons caustiques. Injections caustiques. Curettage (curettes). Stérilité après le curettage. Technique. Accidents. Perforation de l'utérus. Hémorrhagie. Péritonite. — Traitement des polypes muqueux du col; de l'hypertrophie folliculaire; des ulcérations; des déchirures du col. — Traitement de la métrite hémorrhagique. Traitement palliatif de l'hémorrhagie. Traitement curatif. Castration. Hystérectomie vaginale. Traitement de la métrite douloureuse chronique. Scarifications. Ignipuncture. Pansements. Tamponnement. Injections chaudes. Électricité. Massage. Amputation et résection du col. Amputation à deux lambeaux. Amputation à un lambeau (Schröder). Opération d'Emmet ou trachélorrhaphie. Castration. Hystérectomie.

LIVRE IV. — **Corps fibreux de l'utérus**. 253-392

CHAPITRE I. — Anatomie pathologique. 253-270

Définition. — Histogénie. — Fréquence. — Nombre. — Dégénérescence myomateuse de l'utérus. — Volume. — Siège. C. F. du corps : interstitiels, sous-muqueux, polypes; C. F. intra-ligamentaires. C. F. du col : *a*. du museau de tanche; *b*. de la portion sus-vaginale du col; pelviens. — Connexions avec le tissu utérin. — Structure et texture. Myomes télangiectasiques. — Connexions avec les organes voisins. Ascite. Adhérences. Torsion du pédicule. — Altérations et dégénérescences. Induration. Calcification. Ramollissement. Dégénérescence graisseuse amyloïde. Œdème. Dégénérescence colloïde. Tumeurs fibro-kystiques. Myomes lymphangiectasiques. Pseudo-kystes. Inflammation, suppuration et gangrène. Dégénérescence cancéreuse. — Lésions voisines (muqueuse utérine et tubaire) et lésions éloignées (foie, reins, cœur).

CHAPITRE II. — Symptômes, diagnostic, étiologie des corps fibreux de l'utérus. 270-286

Symptômes rationnels : Hémorrhagies. Leucorrhée, Hydrorrhée. Douleurs. Phénomènes de compression. Vessie. Rectum. Uretères. Affections du cœur. — Signes physiques : Grossesse fibreuse. Tumeur. — Diagnostic. Division des C. F. en vue du diagnostic. Diagnostic des C. F. du type métritique avec : Métrite hémorrhagique. Grossesse. Avortement. Cancer du corps. Inflammations des annexes. Antéflexion. Rétroflexion. Tumeurs fécales. — Diagnostic des C. F. du museau de tanche avec : Inversion utérine. Polype du corps. — Diagnostic des C. F. sous-muqueux du corps avec : Polype. Grossesse. Cancer du corps.—

Diagnostic des polypes du corps avec : C. F. sous-muqueux, C. F. du col. Inversion utérine. Cancer. — Diagnostic des C. F. sous-péritonéaux pédiculés avec : Kystes de l'ovaire. Grossesse. Reins flottants. Cancer du péritoine. — Diagnostic des C. F. sous-péritonéaux sessiles avec : Grossesse. C. F. pédiculés. — Diagnostic des C. F. inclus dans le ligament large ou intra-ligamentaires (variété abdominale) avec : Tumeurs de l'os iliaque. Kystes parovariens. Tumeurs enkystées des trompes. Kystes de l'ovaire. — Diagnostic des C. F. pelviens avec : Rétroflexion. Hématocèle. Périmétrite et paramétrite. — Souffle utérin. Ascite. Kystes concomitants. Prolapsus génital symptomatique. Inversion utérine symptomatique. Éventration. Hernie du fibrome. — Marche et pronostic : Influence de la ménopause, de la grossesse. C. F. à marche galopante. Expulsion spontanée. Énucléation. Mortification. Résorption. Stérilité. Causes de la mort. — Étiologie.

CHAPITRE III. — Traitement médical des corps fibreux. — Traitement chirurgical des corps fibreux à évolution vaginale. 287-320

Traitement médical. Médicaments hémostatiques. Traitement thermal. Électrothérapie. — Traitement des phénomènes de compression par le soulèvement de la tumeur. — Petites opérations hémostatiques. Curettage. Injections. Dilatation non sanglante du col. Scarification intra-utérine. — Traitement chirurgical des corps fibreux du museau de tanche pédiculés et interstitiels. Traitement chirurgical des polypes (du corps). Énormes polypes. — Traitement chirurgical des corps fibreux sous-muqueux. Énucléation. Technique opératoire. Énucléation en plusieurs temps. Soins consécutifs. Accidents. Gravité. Énucléation transvaginale. Morcellement ou myomotomie vaginale. Technique opératoire. Soins consécutifs. Gravité. Hystérectomie vaginale. Manuel opératoire. Destruction des corps fibreux par la voie vaginale. Dilacération. Cautérisation.

CHAPITRE IV. — Traitement des corps fibreux à évolution abdominale. Myomectomie et hystérectomie. 321-372

Aperçu historique. — Synonymie. — Indications générales. — Classification des corps fibreux abdominaux, au point de vue opératoire. — Hémostase provisoire par ligature élastique. — Myomectomie. — Énucléation intra-péritonéale. — Hystérectomie partielle et supra-vaginale. Technique opératoire. — Traitement du pédicule. Méthode intra-péritonéale (procédé de Schröder). Méthode extra-péritonéale (procédé de Hegar). Procédés spéciaux : Procédé de Olshausen (ligature élastique perdue). Procédé de Zweifel (ligatures partielles juxtaposées). Méthode mixte : Procédé de Wölfler-Hacker. Procédé de Sänger. — Hystérectomie abdominale totale. Hystérectomie abdominale totale proprement dite : Procédé de Martin. Procédé de Chrobak. Procédé de Baer. Procédé de Doyen. Hystérectomie abdomino-vaginale totale : *a*. ablation successive du col et du corps utérin (procédé de Péan) ; *b*. ablation totale de l'utérus par l'abdomen (procédé de Rouffart, procédé de Jacobs, procédé de Lanphear, procédé de Richelot). — Décortication des corps fibreux intra-ligamentaires. — Gravité de l'hystérectomie. Accidents opératoires. Hémorrhagie. Blessure de la vessie. Blessure de l'uretère. Blessure de l'intestin. Causes de la mort après l'hystérectomie abdominale. Hémorrhagie. Septicémie. Shock. Embolie. Occlusion intestinale. Gravité absolue et parallèle des méthodes intra et extra-péritonéale, abdominale totale et abdomino-vaginale totale. Choix de la méthode.

CHAPITRE V. — De la castration pour corps fibreux. 373-384

Aperçu historique. — Indications. — Technique opératoire. Incision latérale. Incision vaginale. Incision médiane. Ligature du pédicule. Ligatures atrophiantes. Castration unilatérale. — Gravité de l'opération. Résultats curatifs.

CHAPITRE VI. — Des corps fibreux compliqués de grossesse. 385-392

Effets de la grossesse sur le développement des corps fibreux. — Indication de l'expectation. — Refoulement. — Opération des corps fibreux du col. — Opération des polypes. — Avortement provoqué et accouchement prématuré. — Opération césarienne. — Hystérotomie et hystérectomie. — Opération de Porro. — Hystérectomie abdominale totale.

LIVRE V. — Du cancer de l'utérus. 393-485

CHAPITRE I. — Anatomie pathologique, symptômes, diagnostic et étiologie du cancer du col de l'utérus. 393-417

Anatomie pathologique. Histogénie. Formes anatomiques. Variétés histologiques. Extension aux tissus voisins ; vagin ; corps utérin ; tissu conjonctif pelvien ; appareil urinaire. Lésions secondaires du cœur. Extension au rectum, au péritoine. Ganglions. Adénopathie

sus-claviculaire. Foie. — Symptômes. Début. Période latente. Période d'état. Cachexie. Terminaisons. — Complication de grossesse. — Diagnostic avec : métrite ; papillome ; polype muqueux ; polype fibreux ulcéré. — Formes exceptionnelles : Hypertrophie et cancer. *Sarcoma hydropicum papillare.* Myo-sarcome strio-cellulaire. Adéno-myxo-sarcome. *Fibroma papillare cartilaginescens. Myxoma enchondromatodes arborescens. Adeno-myxoma.* — Diagnostic de la propagation. — Pronostic. — Étiologie.

CHAPITRE II. — Traitement du cancer du col. 418-458

Cancer limité au museau de tanche, n'arrivant pas aux culs-de-sac vaginaux. Amputation intra-vaginale du col. — Cancer de la totalité du museau de tanche. Amputation élevée ou supra-vaginale du col : procédé de Schröder. — Cancer du col avec envahissement du corps, mais sans propagation aux tissus voisins. Hystérectomie vaginale. Méthode de la forcipressure. Soins consécutifs. Méthode des ligatures. Modifications diverses de la technique opératoire. Accidents opératoires. Gravité de l'hystérectomie vaginale pour cancer du col. Gravité comparative de l'hystérectomie et des amputations du col. Causes de mort : hémorrhagie ; shock opératoire ; altération des reins ; septicémie. Survie des opérées d'hystérectomie et d'amputation du col. Hystérectomie par la voie périnéale et par la voie sacrée. — Cancer propagé aux tissus voisins. Traitement palliatif. Curage et cautérisation. Traitement symptomatique de la leucorrhée : des hémorrhagies ; de l'érythème de la vulve ; des troubles gastriques ; des douleurs. Prétendus spécifiques. — Cancer compliqué de grossesse ; de corps fibreux utérins ; de kystes de l'ovaire.

CHAPITRE III. — Cancer du corps de l'utérus. 459-485

Définition. Adénome bénin et malin. — Formes du cancer du corps. — Épithélioma de la muqueuse : Anatomie pathologique. Signes. Diagnostic. Pronostic. Étiologie. — Sarcome diffus de la muqueuse : Anatomie pathologique. Signes et Diagnostic. Pronostic. Étiologie. — Corps fibreux sarcomateux : Anatomie pathologique. Signes. Diagnostic. Étiologie. — Déciduome malin : Anatomie pathologique. Symptômes. Pronostic. Étiologie. — Traitement des cancers du corps. Hystérectomie vaginale. Hystérectomie par la voie sacrée. Hystérectomie supra-vaginale. Hystérectomie abdominale totale (opération de Freund). Gravité. Traitement palliatif.

LIVRE VI. — **Déplacements de l'utérus** 486-607

Considérations générales sur la statique de l'utérus. — Division des déplacements utérins. — Aperçu historique.

CHAPITRE I. — Déviations en avant. 490-503

I. — Antéversion. 490-494

Anatomie pathologique. Étiologie. — Symptômes. — Diagnostic avec : corps fibreux ; exsudat inflammatoire ou sanguin ; antéflexion. — Traitement.

II. — Antéflexion. 494-502

Anatomie pathologique. Étiologie. — Symptômes. — Diagnostic de la variété. Diagnostic avec : corps fibreux ; induration inflammatoire ; calcul de la vessie. — Traitement de l'antéflexion acquise. Traitement de la métrite : curettage ; amputation du col. Discision sagittale du col. Traitement de l'antéflexion congénitale. Redressement. Dilatation. Pessaires. Castration. Incision bilatérale du col. Stomatoplastie. Discision sagittale du col. Cunéihystérectomie.

CHAPITRE II. — Déviations en arrière. 503-556

I. — Rétroversion. 503-505

Anatomie pathologique. Étiologie. — Symptômes. — Diagnostic. — Traitement.

II. — Rétroflexion. 505-506

Anatomie pathologique. Étiologie. — Symptômes. — Diagnostic. — Traitement de la métrite : curettage, amputation du col. Réduction par la position. Réduction bi-manuelle. Réduction avec la sonde. Fixation de l'utérus réduit. Pessaires. — Opération d'Alquié-Alexander-Adams. Technique opératoire. Gravité. Résultats. Grossesse ultérieure. Indications. — Hystéropexie vaginale. Procédé d'Amussat, Richelot père, Bossi, Sims, Byford, Doléris, Skutsch, Schücking, v. Rabenau, Sänger, Mackenrodt, Dürhssen. Vagino-fixation et grossesse. Vagino-fixation du col. Procédés de Nicolétis, Péan, Pryor, Candela,

Freund. — Hystéropexie abdominale. Aperçu historique. Technique opératoire. Procédés de Kœberlé et Klotz, de Olshausen et Sänger, de Kelly, Leopold, Czerny, Terrier. Pronostic de la gastro-hystéropexie. Grossesse et hystéropexie. Indications. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins. *a*. Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés : procédé de Kelly. — *b*. Raccourcissement des ligaments ronds : procédés de Ruggi, G. Wylie, Bode, Polk et Dudley. Procédé de Caneva : gastro-hystéropexie sans laparotomie. — Hystérectomie vaginale. — Choix de l'opération.

CHAPITRE III. — Prolapsus des organes génitaux 557-597

Définition, division. — Pathogénie et étiologie. — Anatomie pathologique. Inversion récente puerpérale. Inversion chronique. — Symptômes. — Diagnostic avec : polype ; inversion accompagnant un polype ; prolapsus simple. — Marche et pronostic. — Traitement. Procédés de force. Réduction manuelle. Taxis avec des instruments. Laparotomie et réduction par la voie péritonéale. Procédés de douceur. Pression continue par le pessaire à air, le colpeurynter, le pessaire à compression élastique, le tamponnement à la gaze iodoformée. Hystérectomie partielle. Écraseur linéaire, clamp ; anse galvano-caustique ; ligature lente, élastique : ligature à traction élastique. Hystérectomie partielle à l'instrument tranchant. Hystérectomie totale.

CHAPITRE IV. — Inversion de l'utérus. 597-607

Définition. — Étiologie. — Anatomie pathologique : 1° Procidence du vagin seul. 2° Procidence simultanée du vagin et de l'utérus avec élongation du col. 3° Procidence du vagin et de l'utérus résultant d'une hypertrophie primitive du col. 4° Procidence de l'utérus et du vagin sans hypertrophie du col. — Symptômes. — Marche. Pronostic. — Diagnostic avec : Polype ; inversion ; uréthrocèle. — Traitement. Ceintures. Pessaires. Hystérophores. — Traitement chirurgical. Opérations préliminaires. I. Constitution d'un point d'appui inférieur. Colpo-périnéorrhaphie : procédé de Hegar. Périnéauxésis, procédé de A. Martin. Procédés de Bischoff, de Winckel. Colpo-périnéoplastie par glissement : procédé de Doléris. Élytrorrhaphie antérieure : procédé de Stoltz. Cloisonnement du vagin de L. Le Fort. Soins consécutifs à la colpo-périnéorrhaphie. Gravité. Résultats immédiats et éloignés de la colpo-périnéorrhaphie. II. Soulèvement de l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds. III. Suture de l'utérus à la paroi abdominale : gastro-hystéropexie. IV. Hystérectomie vaginale et colpectomie. — Choix de l'opération.

LIVRE VII. — Des difformités du col de l'utérus. — Atrésie. — Sténose. — Atrophie. — Hypertrophie. 608-624

Définition. — Étiologie. — Traitement.

Étiologie et anatomie pathologique. — Symptômes. Dysménorrhée. Métrite. Stérilité. — Diagnostic : sténose de l'orifice externe ; sténose de l'orifice interne. — Pronostic. — Traitement. Dilatation lente. Discision sanglante de l'orifice externe et de l'orifice interne. Électrolyse. Stomatoplastie par amputation du col. Evidement commissural du col.

Étiologie et anatomie pathologique. — Symptômes et diagnostic. — Traitement.

Anatomie pathologique. — Étiologie. Atrophie sénile. Superinvolution postpuerpérale. Causes diverses. — Symptômes et diagnostic. — Pronostic et traitement.

LIVRE VIII. — Des troubles de la menstruation. 625-646

CHAPITRE I. — Menstruations précoces et tardives. 625-626

CHAPITRE II. — Aménorrhée. 627-636

Définition. — Pathogénie. Étiologie. Aménorrhée consécutive à la castration. — Aménorrhée primitive. Aménorrhée secondaire. Influence de l'anémie. Influence du système nerveux. Atrophie de l'appareil génital. — Symptômes. Eruptions cutanées. Sécrétions supplémentaires. Menstruation supplémentaire ou règles déviées. — Traitement.

CHAPITRE III. — Ménorrhagie. 636-638

Définition. — Symptômes. — Étiologie. — Pathogénie. — Traitement.

CHAPITRE IV. — Dysménorrhée et troubles nerveux d'origine menstruelle. 638-646

Définition. — Division. — Dysménorrhée ovarienne. Dysménorrhée utérine. — Symptômes et diagnostic. Prolapsus de l'ovaire. Troubles nerveux. — Traitement. Castration (opération de Battey), Castration utérine. Technique de la castration ovarienne. Incision abdominale. Incision vaginale.

LIVRE IX. — Inflammation des annexes de l'utérus. 647-774

Considérations générales. — Classification des salpingites.

CHAPITRE I. — Oophoro-salpingite sans tumeur kystique. 655-702

Pathogénie. Étiologie. Hétéro-infection. Blennorrhagie. Accouchement, avortement. Infection mixte. Exploration septique. Auto-infection. Tuberculose. Causes exceptionnelles. — Anatomie pathologique. I. Lésions de la trompe : salpingite aiguë catarrhale, purulente, chronique parenchymateuse, variété hypertrophique, variété atrophique. II. Lésions de l'ovaire : ovarite, dégénérescence microkystique, sclérose. Kystes folliculaires par ovulation anormale et maladie kystique de l'ovaire. Kystes du corps jaune. Petits kystes résiduaux Wolffiens et Müllériens. Ovarite suppurée. — Symptômes. Coliques salpingiennes. Troubles de la menstruation. Tumeurs des annexes. — Diagnostic avec : ovarie, névralgie lombo-abdominale, métrite. Diagnostic de la prédominance de l'ovarite ou de la salpingite ; de la salpingite kystique ; de la péri-salpingite. — Marche et pronostic. Poussées aiguës, noyaux inflammatoires, pseudo-adénite péri-utérine, stérilité. — Traitement. Médication indirecte intra-utérine. Electricité. Massage. Oophoro-salpingotomie (opération de Lawson-Tait). Rupture simple des adhérences (opération de Hadra). Expression des trompes (opération de Polk). Salpingostomie. Gravité de la salpingotomie.

CHAPITRE II. — Oophoro-salpingite kystique. 702-740

Anatomie pathologique. — I. Salpingite kystique : pyo-salpinx ; hydro-salpinx ; hémato-salpinx et apoplexie de la trompe. — II. Ovarite kystique : kystes séreux ; ovarite œdémateuse ; kystes sanguins ; kystes purulents ; kystes lymphatiques. — Symptômes. Salpingite profluente. — Diagnostic de l'hydro-hémato et pyo-salpinx entre eux. Diagnostic différentiel avec : kyste intra-ligamentaire ; grossesse tubaire ; corps fibreux (ponction et incision exploratrices) ; tumeur fibro-kystique ; adénite pelvienne ; grossesse ; entérocèle adhésive. — Marche. Durée. Terminaison. Pronostic. Rechutes. Ruptures. Fistules. Propagation. Résidus. — Traitement. Laparotomie. Oophoro-salpingotomie. Technique opératoire. Position déclive de Trendelenburg. Eviscération. Résection partielle de la trompe. Salpingostomie. Résection partielle et ignipuncture de l'ovaire. Salpingorrhaphie. Hystérectomie vaginale. Gravité de la laparotomie. Parallèle entre la laparotomie et l'hystérectomie vaginale. Hystérectomie abdominale totale.

CHAPITRE III. — Péri-métro-salpingite. 741-774

Définition. Localisation. Types cliniques. — Aperçu historique des doctrines. Rôle du tissu cellulaire, du péritoine pelvien, des lymphatiques, de l'inflammation des annexes. — Anatomie pathologique. Péri-métro-salpingite séreuse. Noyaux d'œdème inflammatoire. Collections séreuses. Péri-métro-salpingite suppurée. Abcès pelviens. Phlegmon du ligament large. Abcès résiduaux tardifs. Cellulite pelvienne diffuse. — Étiologie générale. — Symptômes et diagnostic. Noyaux d'œdème inflammatoire : diagnostic avec les corps fibreux ; le prolapsus de l'ovaire ; les kystes ovariques ; les scybales. — Abcès pelviens : diagnostic avec le pyo-salpinx, le phlegmon du ligament large, l'hématocèle pelvienne. — Phlegmon du ligament large : diagnostic avec l'abcès pelvien ; l'abcès de la fosse iliaque ; la périty-phlite ; l'abcès ossifluent ; le cancer de l'os iliaque. — Cellulite diffuse pelvienne. — Pronostic. — Traitement. Ponction par le vagin. Incision par le vagin, par le rectum, par la voie périnéale, par la voie pelvienne. Laparotomie sous-péritonéale et trans-péritonéale. Incision en deux temps. Incision par la paroi abdominale des abcès devenus superficiels. Hystérectomie vaginale pour les abcès infiltrés dans le plancher pelvien. Manuel opératoire. — Résidus d'inflammations anciennes. Massage. Electricité. Libération des adhérences. — Paramétrité chronique. Paramétrite chronique atrophique.

LIVRE X. — Néoplasmes des annexes et des ligaments de l'utérus (ovaires, trompes, ligaments larges, ligaments ronds). . 775-890

CHAPITRE I. — Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire. 775-816

Division des tumeurs de l'ovaire. — Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire. — Division. Kystes à grand développement. Volume. Surface externe. Conformation intérieure. Couches

Surface interne. Épithélium. — Kystes proligères ou prolifères glandulaires. — Kystes proligères ou prolifères papillaires. Histogénie. Contenu liquide. — Kystes dermoïdes. Tumeurs mixtes. Genèse. — Kystes parovariens, hyalins et papillaires. — Anatomie pathologique du pédicule. Kystes inclus dans le ligament large. Kystes rétro-péritonéaux. — Adhérences. Ascite. Apoplexie. Suppuration. Torsion du pédicule. Généralisation péritonéale. Métastases. *a*. Métastase par infection spontanée. *b*. Par infection opératoire.

CHAPITRE II. — Étiologie, symptômes, marche et diagnostic des kystes de l'ovaire 817-838

Étiologie. — Symptômes. Période latente. Période de tuméfaction. Période de dépérissement. Tumeur pelvienne. Maladie kystique de l'ovaire. Tumeur abdominale. Troubles de la menstruation. Stérilité. Compression de la vessie, du rectum, du diaphragme, des uretères. Affections cardiaques. Péritonites partielles. État général. Facies ovarique. — Accidents. Inflammation. Suppuration. Torsion du pédicule. Rupture du kyste. Etranglement interne. Complications pleurales. — Pronostic. Marche. Guérison spontanée. Causes de la mort. Valeur pronostique de l'ascite. Kystes papillaires malins. Dégénérescence cancéreuse des kystes glandulaires. — Diagnostic des tumeurs pelviennes avec : noyau inflammatoire périmétrique ; hématocèle pelvienne ; tumeurs des trompes ; grossesse extra-utérine ; rétroflexion de l'utérus gravide. Diagnostic des tumeurs kystiques devenues abdominales avec : grossesse ; ascite ; péritonite tuberculeuse ou cancéreuse (ponction) ; corps fibreux de l'utérus : hématométrie ; distension vésicale ; tumeurs du rein, du foie, de la rate, du mésentère, de l'épiploon ; échinocoques ; tumeurs de la paroi abdominale ; pseudo-kystes ou tumeurs fantômes. (Incision exploratrice.) — Diagnostic de la variété du kyste. Diagnostic des adhérences.

CHAPITRE III. — Traitement des kystes de l'ovaire. 838-871

Traitement médical. — Ponction par la paroi abdominale, par le vagin et par le rectum. — Injection iodée. — Drainage. — Ovariotomie abdominale. Aperçu historique. Indications générales. Dégénérescence maligne. Age. Technique opératoire. Instruments. Aides. Divers temps de l'opération. 1er temps : ouverture de l'abdomen. 2e temps : rupture des adhérences, évacuation. 3e temps : extraction du kyste et ligature du pédicule. 4e temps : toilette du péritoine et occlusion de l'abdomen. — Enucléation des kystes inclus dans le ligament large et rétro-péritonéaux. — Opérations incomplètes ; marsupialisation. — Pansement. — Ovariotomie vaginale. — Soins consécutifs. — Accidents. Hémorrhagie interne. Paralysie intestinale. Désunion secondaire de la plaie. Emphysème. Abcès superficiels. Abcès profonds. Parotidite. Péritonite. Occlusion intestinale. Tétanos. Phlébite. Embolie. Urémie. Shock. — Gravité de l'opération. — Suites. Récidives. Menstruation et fécondité post-opératoires. — Folie post-opératoire. — Kystes compliqués de grossesse ; ovariotomie pendant la grossesse.

CHAPITRE IV. — Tumeurs solides de l'ovaire. 871-881

Définition. — Division. — Fibromes. Anatomie pathologique. Symptômes. Marche. Diagnostic Pronostic. Traitement. — Sarcome. Anatomie pathologique. Symptômes. Marche. Traitement. — Épithéliome ou Carcinome. Anatomie pathologique. Symptômes. Marche. Diagnostic. Traitement.

CHAPITRE V. — Tumeurs des trompes, des ligaments larges et des ligaments ronds. 882-890

Tumeurs des trompes : Fibromes. Épithéliomes ou carcinomes et sarcomes. Papillomes. Échinocoques. Tumeur dermoïde. — Tumeurs des ligaments larges : Kystes. — Corps fibreux. Lipomes. Épithéliomes et sarcomes. Varicocèle parovarien et phlébolithes. Échinocoques. Symptômes. Diagnostic. Traitement. — Tumeurs des ligaments ronds : Kystes ou hydrocèles. Fibromes. Anatomie pathologique. Symptômes. Diagnostic. Traitement.

LIVRE XI. — **De la tuberculose génitale**. 891-913

Aperçu historique. — Étiologie et pathogénie. Tuberculose génitale primitive. Infection directe. Infection mixte. Tuberculose génitale secondaire. Infection secondaire métastatique. Infection primitive secondaire. Tuberculose de la vulve, du vagin et du col. Anatomie pathologique. Diagnostic. Traitement. — Tuberculose de l'utérus. Anatomie pathologique. Symptômes et diagnostic. Traitement. — Tuberculose des ovaires et des trompes. Anatomie pathologique. Symptômes. Traitement.

LIVRE XII. — **Hématocèle pelvienne intra et extra-péritonéale.** . . . 914-930

Définition. Division. — I. Hématocèle pelvienne intra-péritonéale. — Synonymie — Aperçu historique. — Étiologie. — Pathogénie : rupture variqueuse; troubles de l'ovulation; reflux par les trompes; apoplexie ovarienne; pachypéritonite; grossesse extra-utérine rompue. — Anatomie pathologique. — Symptômes. — Marche. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. Incision vaginale. Laparotomie sous-péritonéale. Laparotomie trans-péritonéale. — II. Hématocèle extra-péritonéale. Synonymie. — Étiologie. — Pathogénie. — Anatomie pathologique. — Symptômes. — Diagnostic. — Traitement.

LIVRE XIII. — **Des grossesses extra-utérines.** 931-971

Définition. — Pathogénie. Étiologie. — Division. — Anatomie pathologique. Grossesse tubaire. Grossesse interstitielle. Grossesse tubo-abdominale et tubo-ovarienne. Grossesse ovarique. Grossesse abdominale. Grossesse dans une corne rudimentaire. État de l'utérus dans la grossesse extra-utérine. Modifications anatomiques consécutives à la mort du fœtus. Lithopédions. — Symptômes. — Diagnostic. 1° de la grossesse e.-u. avant le 5° mois avec : grossesse normale; avortement; corps fibreux; hydro, hémato et pyo-salpinx; rétroversion de l'utérus gravide; grossesse dans une corne rudimentaire, 2° de la grossesse e.-u. après le 5° mois avec la grossesse normale. Diagnostic de la variété. Diagnostic entre le faux travail et la rupture. Diagnostic de l'œuf mort avec un corps fibreux de l'utérus; hématocèle pelvienne; kyste dermoïde de l'ovaire; cancer du péritoine. Diagnostic des fistules. Diagnostic des complications. — Pronostic. — Traitement. Injections de morphine. Électricité. Extraction du fœtus : 1° Grossesse e.-u. avant le 5° mois, sans rupture. 2° Grossesse e.-u. avant le 5° mois, après rupture. 3° Grossesse e.-u. après le 5° mois, enfant vivant. 4° Grossesse e.-u. après le 5° mois, enfant mort récemment. 5° Grossesse e.-u. après le 5° mois, enfant mort depuis longtemps. 6° Kyste fœtal ancien suppuré. 7° Grossesse dans une corne rudimentaire. — Technique de la laparotomie. Conservation du sac. Ablation totale du sac. — Technique de l'extraction du fœtus par l'élytrotomie. — Extraction des débris fœtaux par l'urèthre dilaté et par la taille vaginale. — Extraction du fœtus par la voie périnéale et par la voie pelvienne.

LIVRE XIV. — **Maladies du vagin.** 972-1080

CHAPITRE I. — Des vaginites. 972-985

Pathogénie. Étiologie. Microbes de la vaginite : gonococcus de Neisser, etc. Vaginite mycotique; types cliniques; vaginite blennorrhagique des adultes; vaginite des petites filles et des vierges; vaginite des femmes enceintes; vaginite de la ménopause. — Anatomie pathologique. Vaginite granuleuse. Vaginite simple. Vaginite sénile. Leucoplasie vulvo-vaginale. Vaginite emphysémateuse (pachyvaginite kystique). — Symptômes. Végétations. Vaginite exfoliatrice. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. Pseudo-vaginites : vaginite croupale ou diphtéritique; vaginite gangréneuse; péri-vaginite phlegmoneuse disséquante.

CHAPITRE II. — Tumeurs du vagin. 986-1000

Kystes. Définition. Kystes proprement dits et pachyvaginite kystique. Anatomie pathologique Pathogénie. Étiologie. Anatomie pathologique. Symptômes. Diagnostic. Traitement. — Corps fibreux et polypes. Anatomie pathologiqne. Étiologie. Symptômes et diagnostic. Traitement. — Cancer primitif. Anatomie pathologique. Étiologie. Marche et symptômes. Diagnostic. Traitement.

CHAPITRE III. — Des fistules vaginales. 1001-1072

Classification. — Fistules urinaires. — Étiologie. — Anatomie pathologique. Division. Symptômes. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. Aperçu historique. I. Traitement des fistules vésico-vaginales et uréthro-vaginales. Indications opératoires. Oblitération directe de la fistule : *a*. Voie vaginale. Cautérisation. Réunion immédiate secondaire. Réunion primitive, technique et soins consécutifs. *b*. Voie sus-pubienne. Oblitération indirecte de la fistule. Colpocleisis. Oblitération vulvo-rectale. II Traitement des fistules cervicales. 1° Fistules juxta-cervicales superficielles et profondes. Hystérocleisis vésical. 2° Fistules intra-cervicales. Cautérisation. Avivement et suture. Cystoplastie. Hystérostomato-cleisis. III. Traitement des fistules uretéro-vaginales et uretéro-cervicales : 1° Méthode d'oblitération directe. Procédé de Simon, de Dührssen, de Landau, de Schede. Procédé du dédoublement. 2° Méthode de greffe uretérale. *a*. Abouchement uretéro-vésical par voie vaginale. *b*. Abouchement uretéro-vésical par voie abdominale. 3° Méthode d'oblitération indirecte. Colpocleisis. Néphrectomie. — Gravité de l'opération. Accidents opéra-

toires et post-opératoires. Déchirures du vagin. Hémorrhagie. Blessure et ligature de l'uretère. Péritonite. Calculs. Résultats. Incontinence d'urine; opération de Pawlik. — Fistules fécales. — Fistules recto-vaginales. Étiologie. Anatomie pathologique. Symptômes et diagnostic. Pronostic. Traitement. Opération par le périnée, par le vagin et par le rectum. Soins préliminaires et consécutifs. — Fistules entéro-vaginales. Définition. Étiologie. Anatomie pathologique. Symptômes. Diagnostic. Traitement. Cautérisation. Section de l'éperon. Avivement et suture. Laparotomie et entérorrhaphie. Abouchement du bout supérieur au rectum. Création d'une voie de dérivation des matières vers le rectum.

CHAPITRE IV. — Du vaginisme. 1072-1080

Définition. Division, — Aperçu historique. — Étiologie. Pathogénie. — Anatomie pathologique. — Symptômes. Hyperesthésie avec contracture. Hyperesthésie sans contracture. — Diagnostic. Vaginisme supérieur. *Kraurosis vulvæ*. — Traitement. Antispasmodiques. Excision de l'hymen. Dilatation. Section du nerf honteux interne et du sphincter vaginal. Débridement et éversion de la muqueuse (Pozzi). Électricité.

LIVRE XV. — **Maladies de la vulve.** 1081-1171

CHAPITRE I. — Déchirures du périnée. 1081-1121

Pathogénie. Étiologie. — Anatomie pathologique. — Symptômes. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. Déchirures récentes; suture immédiate; suture immédiate secondaire. Déchirures anciennes. Aperçu historique de la périnéorrhaphie: 1° Déchirures incomplètes et relâchement du périnée : procédé de Simon ; procédé ancien d'Emmet ; procédé nouveau d'Emmet ; procédé de Lawson Tait. 2° Déchirures complètes ; procédé de Simon et Hegar ; procédé de Freund ; procédé de Hildebrandt ; procédé de Heppner ; procédé de Lauenstein ; procédé de A. Martin ; procédé de Le Fort ; procédé de Richet ; procédé d'Emmet ; procédé de Lawson Tait ; procédé de Lawson Tait modifié (Pozzi) ; procédé de Simpson ; procédé de Fristch. — Soins consécutifs à la périnéorrhaphie. — Pronostic et résultats. — Choix du procédé.

CHAPITRE II. — Inflammation, œdème, gangrène, érysipèle, eczéma, herpès de la vulve. 1122-1129

Inflammation de la vulve ou vulvite. — Anatomie pathologique. — Symptômes. — Diagnostic. — Étiologie. — Traitement. — Œdème. — Gangrène. — Érysipèle. — Eczéma. — Herpès. — Symptômes ; forme discrète et confluente. — Diagnostic avec plaques muqueuses, chancre syphilitique, chancre simple et syphilides. — Traitement.

CHAPITRE III. — Esthiomène de la vulve. 1130-1134

Définition. — Anatomie pathologique. — Symptômes. Forme ulcéreuse ; forme hypertrophique. — Diagnostic. — Pronostic. — Étiologie. — Traitement.

CHAPITRE IV. — Tumeurs de la vulve. 1135-1152

Tumeurs variqueuses. — Hématome ou thrombus. — Végétations simples. Traitement. — Éléphantiasis. Anatomie pathologique. Symptômes. Diagnostic. Étiologie. Traitement. — Fibromes et fibro-myomes. — Myxomes. — Lipomes. — Enchondromes. — Névromes. — Kystes de la vulve. — Tumeurs vasculaires du méat urinaire. Considérations générales. Anatomie pathologique. Polypes. Prolapsus de la muqueuse uréthrale. Étiologie. Symptômes. Diagnostic. Traitement. — Cancer de la vulve. Anatomie pathologique. Étiologie. Symptômes. Marche et pronostic. Diagnostic avec : végétations papillaires ; polypes du méat ; chancre infectant ; syphilides ; chancre simple ; esthiomène. Traitement.

CHAPITRE V. — Kystes et abcès des glandes de Bartholin. 1152-1158

Étiologie et pathogénie générales. — Kystes. — Symptômes. Kystes superficiels et profonds. Diagnostic avec : hydrocèle de la femme ; épiplocèles et entérocèles irréductibles ; ovaire hernié ; cancer de la glande. Traitement. Abcès. Symptômes. Fistules. Inflammation chronique. Diagnostic avec : abcès stercoral ; phlegmon de la grande lèvre ; furoncles ; chancre simple. Traitement. Incision. Extirpation de la glande.

CHAPITRE VI. — Prurit vulvaire, coccygodynie. 1159-1163

Prurit vulvaire. Définition. Étiologie. Symptômes. Diagnostic. Pronostic. Traitement. — Coccygodynie. Définition. Étiologie. Symptômes. Traitement. Électricité. Myotomies et ténotomies. Extirpation du coccyx.

CHAPITRE VII. — Plaies de la vulve et du vagin. — Sténoses et atrésies acquises. — Corps étrangers. 1163-1171

Plaies de la vulve et du vagin. Étiologie. Défloration. Accouchement. Traumatisme. Symptômes. Hémorrhagie. Issue de l'intestin. Diagnostic. Pronostic. Traitement. — Sténoses et atrésies acquises. Étiologie. Accouchement. Blessures par corps étrangers. Cautérisations. Gangrène. Esthiomène. Ulcérations syphilitiques. Suppurations pelviennes. Vaginite. Atrophie sénile. Symptômes. Dysménorrhée obstructive. Accidents de rétention. Cicatrices. Déviations utérines. Métrite. Traitement : 1° en dehors de la grossesse : section ; dilatation, autoplastie ; — 2° pendant la grossesse ; avortement et accouchement prématuré ; section progressive des brides : — 4° au moment du travail ; incisions vaginales ; craniotomie ; opération de Porro et opération césarienne. — Corps étrangers. Étiologie. Symptômes et marche. Tolérance. Calcification. Accidents. Inflammation et ulcération ; suppurations pelviennes ; péritonite ; rétrécissement du vagin ; leucorrhée ; hémorrhagie. Diagnostic. Traitement.

LIVRE XVI. — **Malformations des organes génitaux**. 1172-1248

CHAPITRE I. — Malformations de la vulve. — Hermaphrodisme. . . . 1172-1208

Aperçu du développement de l'appareil génital. Différenciation du sexe. Homologie des organes génitaux externes dans les deux sexes. — Arrêts de développement : Atrésie complète de la vulve et de l'urèthre. Absence de cloisonnement. Atrésie ano-vulvaire et ano-vaginale. Hypospadias de la femme. Épispadias. Abouchement de l'uretère dans le vagin ou à la vulve. Absence totale et partielle de la vulve. Hypertrophie des petites lèvres. État infantile. Hypertrophie du clitoris. Union des petites lèvres. Malformations de l'hymen ; développement : hymen infantile ; anomalies de siège ; anomalies de nombre ; anomalies de forme ; atrésie ; anomalies de structure ; absence congénitale. — Hermaphrodisme. I. Pseudo-hermaphrodisme partiel. *A*. Gynandroïdes : G. andromastes ; G. phalloïdes ; *B*. Androgynoïdes : A. gynécomastes ; A. réguliers ; A. irréguliers. *Uterus masculinus*. II. Hermaphrodisme vrai. — Traitement des malformations des organes génitaux externes.

CHAPITRE II. — Malformations du vagin et de l'utérus. 1209-1236

Aperçu du développement du vagin et de l'utérus. — Étiologie et pathogénie des malformations vagino-utérines. — Malformations du vagin. I. Absence complète et développement rudimentaire. Anatomie pathologique et symptômes. Traitement. Castration. Création d'un vagin artificiel. Electrolyse. II. Vagin unilatéral. III. Vagin cloisonné. IV. Atrésie et sténose congénitales. Brides transversales. — Malformations de l'utérus. I. Absence de l'utérus. Développement rudimentaire de l'utérus. Absence et atrophie du col utérin. II. Utérus unicorne. III. Utérus double : 1° Utérus double bicorne ; 2° Utérus biloculaire ; 3° Utérus didelphe. IV. Utérus fœtal ou infantile. V. Petites anomalies de l'utérus. Obliquité congénitale et latéro-position. Duplicité de l'orifice externe du col. Cloisonnement transversal incomplet du col.

CHAPITRE III. — Accidents de rétention consécutifs aux atrésies génitales. 1237-1248

Étiologie et symptômes. Hématocolpos. Hématométrie. Pyocolpos. Pyométrie. Physométrie. — Diagnostic. Hématocolpos latéral et hématométrie latérale. — Pronostic. — Traitement. 1° Hématocolpos total et Hématométrie partielle. (Atrésie hyménale ou rétro-hyménale.) 2° Hématocolpos partiel et hématométrie partielle ou totale. (Atrésie d'une grande partie ou de la totalité du vagin.) 3° Hématométrie totale. (Atrésie du col utérin.) 4° Hématocolpos latéral et hématométrie latérale. (Atrésie d'une partie du canal génital dédoublé.) Indications de l'hystérectomie. 5° Hémato-salpinx. Indications de la salpingotomie.

BOSTON MEDICAL
FEB 7 - 1921
LIBRARY

TRAITÉ
DE GYNÉCOLOGIE
CLINIQUE ET OPÉRATOIRE

LIVRE PREMIER

ASEPSIE. — ANTISEPSIE. — ANESTHÉSIE. — MOYENS DE RÉUNION ET D'HÉMOSTASE. — DRAINAGE ET TAMPONNEMENT

CHAPITRE I

DE L'ASEPSIE ET DE L'ANTISEPSIE EN GYNÉCOLOGIE

Sommaire. — Opérations par les voies naturelles : *a*. Opérateur. *b*. Instruments. *c*. Milieu (Salle d'opération, mobilier). *d*. Malade. Antisepsie des organes génitaux externes. Sublimé ; pouvoir désinfectant et toxique. Solution de sublimé acidulée. Créoline. Naphtol β. Injections vaginales; technique. Injection pré-opératoire et *en série*. Injections désodorantes. Injections rectales, vésicales. Gaze iodoformée. Gaze aseptique. Gaze au sublimé. Gaze au salol, à l'iodol, à l'acide phénique. — Antisepsie du col. Crayons iodoformés. Laminaire. — Antisepsie de la cavité utérine. Injections intra-utérines. — Irrigation continue opératoire. Éponges. — Laparotomie. Antisepsie et Asepsie. *a*. Opérateur. *b*. Malade. *c*. Milieu. *d*. Instruments. Objets de pansement. Éponges. Compresses-éponges. Toilette et lavage du péritoine. Cautérisation des pédicules. — Préparation et conservation des matériaux de ligature et de suture. Soie. Catgut. Fils d'argent. Crins. Drains.

Toutes les règles de l'asepsie et de l'antisepsie établies pour la chirurgie générale sont applicables à la gynécologie. Il existe toutefois des détails particuliers et des procédés spéciaux sur lesquels il n'est pas inutile de s'appesantir. Je diviserai cet exposé en deux paragraphes : le premier relatif aux **opérations par les voies naturelles**, sur le vagin, le col utérin, la cavité utérine et l'utérus; le second,

réservé aux opérations pratiquées par la voie abdominale, aux **laparotomies**. J'indiquerai ensuite la **préparation et conservation des matériaux de ligature et de suture** les plus usuels.

Opérations par les voies naturelles.

Opérations par les voies naturelles. — Nous examinerons successivement l'antisepsie : A. de l'**opérateur**, B. des **instruments**, C. du **milieu**, D. de la **malade**.

a. Opérateur.

A. **Opérateur.** — Si la propreté absolue, ou pour mieux dire la pureté exacte des mains, est indispensable dans toute opération, elle ne l'est jamais plus peut-être que dans les cas où l'on doit manœuvrer dans l'intérieur des cavités vaginale ou utérine ; là, en effet, tout germe déposé trouve un milieu de culture essentiellement favorable à sa pullulation, et l'infection se développe rapidement.

Les ongles seront nettoyés avec un *très grand* soin, à l'aide d'une lime pointue ; les mains et les bras, nus jusqu'au niveau du coude, seront lavés à l'eau *chaude* et à la brosse *raide*, pendant trois ou quatre minutes[1]. Les serviettes avec lesquelles on s'essuie devront, si possible, avoir été stérilisées à l'étuve.

Des recherches ont été faites à la clinique du professeur Billroth par von Eiselsberg[2] sur les diverses substances employées pour le lavage des mains à l'hôpital. Tous les savons sont bons, excepté le savon dur commun ; son mode de préparation — emploi de suifs souvent altérés, basse température de la lessive — rend parfaitement compte de la présence des spores que von Eiselsberg y a rencontrées.

Le lavage au savon doit être suivi d'un lavage au sublimé à 1/1000. Les mains et les avant-bras de toute personne devant prendre part à l'opération (aides ou infirmiers) seront aussi lavés au savon, puis au sublimé, jusqu'au coude[3].

Certains opérateurs ne se contentent pas de ce mode de nettoyage, et préfèrent plonger les mains et les bras d'abord dans une solution

[1] Les expériences de Fœrster ont montré combien la désinfection des mains était difficile. Se les étant lavées soigneusement à l'eau et au savon d'abord, puis dans une solution antiseptique, et les ayant essuyées avec une serviette chauffée préalablement à 140°, il les plongea dans une solution de peptone stérilisée ; elle devint le siège de colonies de bactéries. Cependant, d'après F. Boll, *Zur Desinfection der Hände* (*Deutsche med. Woch.*, 1890, n° 18, p. 304), la désinfection parfaite des mains serait obtenue avec le procédé suivant, employé dans le service de Mikulicz : nettoyer soigneusement les ongles avec une lime, laver les mains pendant trois minutes dans de l'eau chaude avec une brosse et du savon de potasse, les rincer ensuite pendant trente secondes, d'abord dans une solution phéniquée à 3 pour 100, puis dans une solution de sublimé à 1/2000, frotter enfin le dessous des ongles et tous les replis avec de la gaze iodoformée trempée dans une solution phéniquée à 5 pour 100.

[2] A. von Eiselsberg. *Ueber den Keimgehalt von Seifen und Verbandmaterial.* (*Wien. med. Woch.*, 1887, n°s 19, 20 et 21, p. 603, etc.)

[3] Fürbringer. *Zur Desinfection der Hände* (*Deutsche med. Woch.*, 1888, n° 48, p. 985), soutient l'utilité du lavage des mains à l'alcool à 90°, outre le lavage au savon et au sublimé.

à 4/1000 de permanganate de potasse qui colore la peau en brun violet, puis faire immédiatement disparaître cette coloration par une solution concentrée d'acide oxalique, après quoi on se lave à l'eau stérilisée. Je crois qu'on peut réserver ce procédé pour les cas exceptionnels où l'on aurait auparavant touché des pièces septiques ou suspectes.

Lorsqu'on est appelé à manier des matières fétides, comme dans les cas de cancer de l'utérus, etc., outre l'emploi des antiseptiques, celui des *désodorants* (qu'il ne faut pas confondre avec eux) est très utile. Sans cela les mains s'imprègnent d'une odeur désagréable qu'elles conservent, malgré tous les lavages ultérieurs. Foulis (d'Édimbourg) a recommandé en pareil cas de les oindre, avant l'opération, avec l'essence de térébenthine, qui protège très efficacement contre cet inconvénient.

Une cuvette contenant une solution tiède de sublimé à 1/2000 sera constamment placée auprès de l'opérateur, de façon qu'il puisse fréquemment y plonger ses mains souillées et les y laver.

L'opérateur et ses aides seront revêtus, par-dessus leurs habits, d'une grande blouse ou d'un long sarrau de toile, qu'on devra changer et blanchir chaque jour ; il faudra mieux, si possible, les stériliser ; pour les opérations où l'on est exposé à être mouillé par l'irrigation continue, il est bon que le chirurgien soit protégé par un grand tablier imperméable.

b. Instruments.

B. **Instruments.** — On doit employer, le plus possible, des instruments d'une construction très simple, facilement démontables s'ils sont composés de plusieurs pièces, dépourvus de cavités, de rainures et de sertissures d'où les impuretés seraient difficilement chassées : on doit proscrire, pour cette raison, les *coulants* des hystéromètres, les aiguilles tubulées pour sutures, les pinces porte-aiguilles à ressort, et même, malgré leur grande commodité, les aiguilles à chas mobile, comme celles dont Jaques Reverdin a donné, le premier, l'ingénieux modèle. Les instruments d'une seule pièce sont les meilleurs.

Les instruments, qui auront été immergés durant cinq minutes dans l'eau bouillante, additionnée de 10 gr. de carbonate de soude par litre (Bergmann), puis essuyés soigneusement immédiatement après l'opération précédente, y seront encore plongés avant l'opération actuelle, puis placés dans une solution phéniquée forte (à 50/1000). L'action de l'eau bouillante durant cinq minutes suffit pour détruire les germes ; H. Davidsohn[1] l'a vérifié, en faisant des cultures. Le sublimé ne peut ici être employé, à cause de son action destructive

[1] H. Davidsohn. *Wie soll der Arzt seine Instrumente desinficiren?* (*Berlin. klin. Woch.*, 1888, n° 35, p. 697.)

sur les métaux. Si les instruments avaient été précédemment placés dans un milieu septique (pus fétide, matières sanieuses, gangréneuses, etc.), ces précautions ne suffiraient pas. Il faudrait alors soit les plonger, pendant une demi-heure, dans la solution phéniquée forte, bouillante, soit les maintenir dans une étuve à 140 degrés pendant une heure, soit les laisser tremper, durant douze heures, dans la solution phéniquée forte, à froid. Ces préparations altèrent notablement les instruments et émoussent surtout les bistouris, mais il est indispensable d'y avoir recours.

c. Milieu.

C. **Milieu. Salle d'opération. Mobilier.** — Il est très important d'opérer dans une pièce parfaitement propre, dépourvue de rideaux, tentures, nattes, tapis, etc., où la poussière peut se loger. En ville, on devra démeubler complètement toute pièce où l'on pratiquera une opération gynécologique de quelque importance. A l'hôpital, il est nécessaire de pouvoir laver chaque jour à grande eau, avec une lance, le sol, le plafond et les parois de l'amphithéâtre opératoire.

Salle d'opération.

En outre, il est bon d'avoir à sa disposition de l'eau stérilisée et des solutions antiseptiques convenablement disposées dans des réservoirs munis de conduits, à la portée de la main. Outre la lumière venant latéralement par une haute et large fenêtre, il sera très précieux d'avoir aussi du jour venant d'en haut.

Mobilier.

Le mobilier de la salle d'opération devra être aussi sommaire que possible et exclusivement en métal et en verre, facile à déplacer et à nettoyer.

d. Malade. Antisepsie des organes génitaux externes.

D. **Malade. Antisepsie des organes génitaux externes.** — La malade aura pris un grand bain, de préférence un bain de sublimé (10 à 15 grammes par bain dissous dans l'alcool), la veille ou le matin même. L'intestin aura été vidé avec soin par un lavement et lavé ensuite à la solution saturée d'acide borique (30/1000), pour peu qu'il doive participer à l'opération : le cathétérisme aura été pratiqué par l'opérateur ou par un aide avant la purification des mains. On aura eu soin, pour toute opération portant sur la vulve, de raser exactement les poils au niveau des grandes lèvres, tant pour la commodité de l'opération que pour éviter le séjour des matières septiques.

Le nettoyage des organes génitaux externes sera fait avec du savon et une brosse, d'abord, puis complété avec le sublimé à 1/1000[1].

Le lavage très exact du vagin peut être pratiqué avec la même solution, étendue de moitié d'eau chaude, après un premier nettoyage au savon.

[1] On a recommandé le biiodure de mercure, qui ne paraît pas offrir de notables avantages. Voir la discussion sur ce sujet à la *Société de gynéc. de Saint-Pétersbourg*, mars 1887. (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 25, p. 400.) — Pinard emploie la solution de biiodure à 1/4000, au lieu de la solution de sublimé à 1/1000.

Sublimé : pouvoir désinfectant et toxique.

Je considère la **solution de sublimé** à 1/2000, en injection vaginale, comme ne pouvant pas offrir d'inconvénients, quand on fait celle-ci dans les conditions et suivant les préceptes qui seront indiqués plus loin. On a beaucoup incriminé le sublimé dans ces derniers temps, en gynécologie et surtout en obstétrique. Il est certain qu'on en a usé tout d'abord avec trop peu de ménagements et à trop fortes doses. Mais on a peut-être été trop loin ensuite dans la réaction. Les auteurs qui ont publié des travaux sur ce point n'ont pas toujours assez tenu compte de la différence capitale qui existe entre les injections faites peu après l'accouchement et celles qui sont pratiquées dans d'autres conditions. Chez la femme récemment accouchée, les cavités vaginale et utérine communiquent largement par l'intermédiaire d'un col plus ou moins béant et ramolli. Une injection faite dans le vagin, surtout si l'on n'a pas soin de maintenir alors ses parois écartées avec les doigts, passe très aisément, coule pour ainsi dire dans l'utérus, s'y amasse, y séjourne, et peut être absorbée par sa muqueuse molle ou sa surface desquamée. De là les accidents signalés à la suite de simples injections vaginales[1]. Ces accidents n'ont pas été, du reste, observés seulement avec les injections au sublimé, mais encore avec les injections phéniquées. Je noterai à ce sujet le danger qu'il y a à employer des solutions aqueuses préparées instantanément, en diluant des solutions alcooliques d'acide phénique très concentrées. Il peut arriver, surtout si le produit est impur, qu'il se forme des gouttelettes huileuses dont la dissolution se fasse mal, et qu'on injecte alors, au lieu d'une solution, un mélange réellement toxique. Ainsi s'expliquent les accidents graves (cyanose, symptômes de mort imminente, guérison avec faiblesse du bras droit) observés par Briggs[2] chez une accouchée, consécutifs à une injection vaginale d'un demi-litre d'eau contenant une cuillerée à thé de solution alcoolique d'acide phénique. Il est certain aussi que les injections intra-utérines avec des solutions de sublimé trop fortes (1/1000) peuvent devenir nuisibles même en dehors de l'état puerpéral ; tel ce fait de Mijnlieff où une injection de cette sorte, continuée durant vingt-six jours pour une simple métrite, provoqua de la néphrite hydrargyrique avec hématurie. Je ne parle pas à dessein des expériences faites sur le vagin des lapines et des

[1] Voir sur les injections de sublimé : Mijnlieff, mémoire hollandais, anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 30, p. 561. — Schrader (*Berichte und Arbeiten aus der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik zu Marburg, von* Ahlfeld ; Bd. II, p. 189). — Hoffmann. *Die Verwendung des Sublimats als Desinficiens in der Geburtshilfe* ; Marburg, 1886. — Keller. *Zur Sublimatfrage* (*Arch. f. Gyn.*, Bd. XXVI, p. 107). — Doléris et Butte. *Recherches expérimentales sur l'intoxication par le sublimé* (*Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, 1886, n° 12). — Otto von Herff. *Revue critique* (*Centr. für Gynäk.*, 1887, n°s 36 et 37, p. 559 et 585).

[2] W. A. Briggs. (*Sacramento med. Times*, 1887, n° 2, p. 45.)

femelles de cochon d'Inde, les résultats obtenus sur ce point spécial ne me paraissent pas concluants.

Solution de sublimé acidulée.

Il faut bien se rappeler, du reste, que les solutions de sublimé ordinairement employées, dès qu'elles se trouvent en présence d'une sécrétion un peu abondante, leucorrhée, ichor cancéreux, etc., sont très rapidement neutralisées et perdent à la fois de leur pouvoir toxique et désinfectant. Ernest Laplace[1] a démontré l'infidélité relative de cet antiseptique, en a recherché les causes et les moyens d'y remédier. Le sel mercuriel est précipité par les matières albuminoïdes sous la forme d'albuminates, d'où la perte rapide du pouvoir antiseptique[2]. Laplace a trouvé également qu'il suffisait, pour empêcher la formation de ces albuminates de mercure, de rendre acide la solution en y ajoutant 5/1000 d'acide tartrique, et il put répéter alors ses expériences sans qu'il se développât le moindre germe. Cette découverte, très importante pour la chirurgie générale, doit être utilisée en gynécologie. Je l'ai mise à profit pour ma part, et je n'ai toujours eu qu'à m'en louer.

Créoline.

La **créoline** a été expérimentée, en gynécologie et en obstétrique, à la Maternité et à la Clinique obstétricale de Breslau par Baumm et par Born[3]. Il semble résulter de ces études que la créoline présente certains avantages spéciaux, mais aussi certains inconvénients qui en rendront l'usage très restreint. Il est fort difficile d'obtenir un produit constant, sa composition chimique n'étant pas encore définitivement fixée. On l'emploie en solution de 1/2 pour 100 dans le traitement des ruptures du périnée, des crevasses du sein, etc. Plus concentrée, elle peut donner lieu à de l'érythème ou à des eschares. Elle paraît alors inférieure comme antiseptique à la solution de sublimé à 1/8000 (Baumm). Pour les injections intra-utérines, Born a employé la solution à 1/1000; pour les irrigations vaginales, à 2/100; il n'y a pas eu d'accident d'absorption, et le pouvoir antiseptique a paru réel. La créoline possède le grand avantage de laisser au vagin toute sa souplesse, d'en rendre même la surface

[1] E. Laplace. *Saure Sublimat-Lösung als desinficirendes Mittel und ihre Verwendung in Verbandstoffen* (*Deutsche med. Woch.*, 1887, n° 40, p. 866).

[2] Voici quelques-unes de ses expériences : Un tube ouvert contenant 25 cent. cubes de sérum naturel reçoit 5 cent. cubes d'une solution de sublimé à 1/1000; ils n'empêchent pas le développement des germes avec 1/2 cent. cube de sérum, on a même des bactéries. Dans un tube contenant 5 cent. cubes de solution de sublimé à 1/1000 avec 1/8e de cent. cube de sang humain putréfié contenant des bactéries, les microbes pullulent; quelques gouttes de ce mélange, cultivées sur la gélatine par la méthode d'Esmarch, donnent naissance, au bout de cinq jours, à de riches colonies de *staphylococcus aureus*.

[3] Baumm. *Das Creolin in der Geburtshülfe* (*Centr. f. Gynäk.*, 1888, n° 20, p. 321). — Born. *Erfahrungen über das Creolin* (*ibid.*, p. 324). Voir aussi sur la créoline les travaux suivants : A. Weber. *Bull. méd.*, 1888, n° 11, p. 1181; — A. Heydenreich. *Semaine méd.*, 7 nov. 1888, p. 425; — Roux. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1889, n° 6, p. 361; — H. Q. Garrigues *The Amer. journal et med. Sciences*. août 1889, t. 98, p. 109.

onctueuse, ce qui est éminemment favorable aux opérations obstétricales et à certaines opérations gynécologiques, lorsqu'on doit introduire plusieurs doigts dans le vagin ou en extraire une tumeur volumineuse (énucléation du corps fibreux, hystérectomie vaginale). On sait que les solutions de sublimé et même d'acide phénique donnent, au contraire, aux parois vaginales une raideur et une rudesse parfois incommodes. C'est, je crois, la seule indication utile de ce nouvel

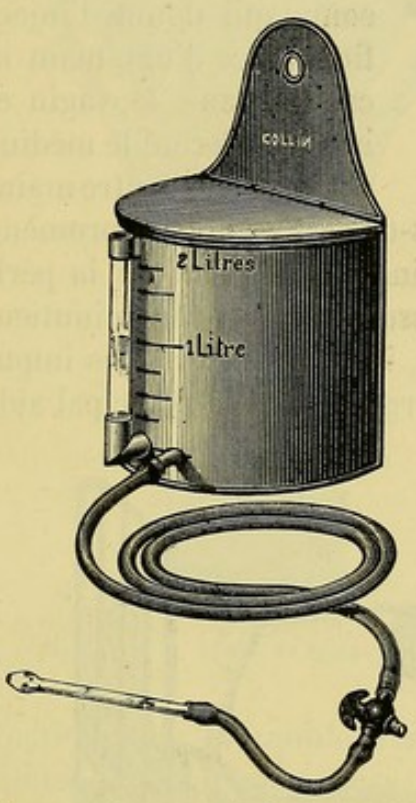


Fig. 1. — Injecteur vaginal à suspension.

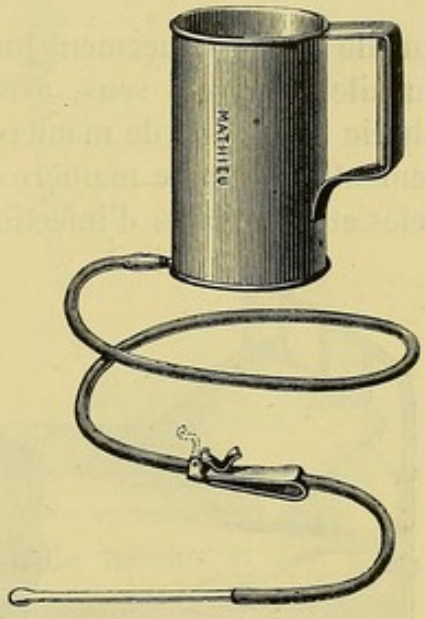


Fig. 2. — Injecteur vaginal, bock émaillé.

antiseptique. Le défaut de transparence de la solution de créoline la rend impropre à l'immersion des instruments.

Naphtol β.

Le **naphtol β**, employé par Bouchard pour l'antisepsie intestinale, a été préconisé pour les pansements, en solution dans l'eau ou incorporé à la gaze[1]. Il a l'avantage d'être très peu toxique. La solution aqueuse saturée ne contient que $0^{gr},20$ centigrammes pour 1000[2].

[1] J.-L. Reverdin. *Revue méd. de la Suisse romande*, nov. 1888, p. 656.

[2] Berlioz (de Grenoble) a proposé un nouvel antiseptique à base de naphtol, la *microcidine*, dont les solutions à 3 pour 1000 et surtout à 5 pour 1000 auraient un pouvoir antiseptique très grand; leur toxicité étant très faible, elles ne sont nullement caustiques, mais elles ont l'inconvénient de s'altérer assez rapidement; les instruments ne se détériorent pas à leur contact. Ce produit est particulièrement commode et recommandable dans la pratique civile. Voir Polaillon (*Un nouvel antiseptique : la microcidine. Semaine médicale*, avril 1891, p. 178. Rapport lu à l'Académie de médecine).

Injections vaginales; technique.

Les **injections vaginales**, pour être exactement détersives, seront faites suivant certaines règles. L'irrigateur à ressort est un mauvais instrument et doit être abandonné. Un récipient quelconque, muni inférieurement d'un tube armé d'une canule en verre, qu'il est facile de désinfecter (fig. 2 et 3), sera fixé à une faible hauteur ou soulevé par la main d'un aide. La personne qui donne l'injection place d'une main la canule dans le vagin et introduit à côté le médius et l'index de l'autre main, qu'elle pousse doucement jusqu'aux culs-de-sac, et qu'elle promène ensuite en divers sens, avec une certaine force, sur toute la périphérie du vagin, de manière à le déplisser et à le laver minutieusement. Sans cette manière de procéder, il reste toujours des impuretés et des causes d'infection. Le chirurgien ou son principal aide

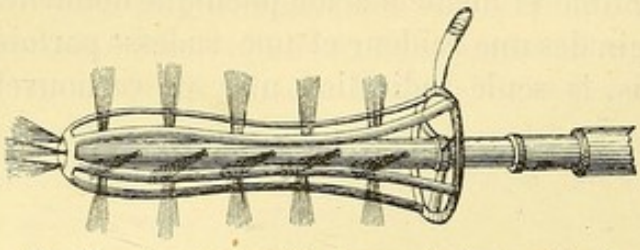


Fig. 3. — Canule associée à un spéculum grillagé pour injections (Dumez).

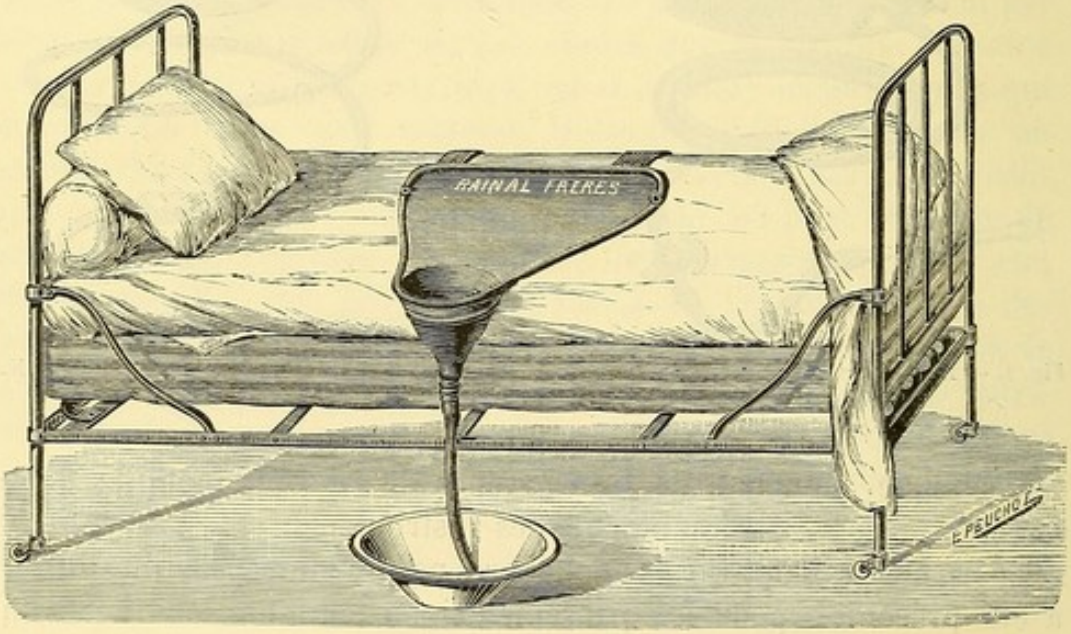


Fig. 4. — Alèze de Smester (en caoutchouc) pour injections vaginales.

doit donner ainsi une injection lui-même avant toute opération; c'est ce que j'appelle *rincer* le vagin.

Toutes les canules destinées à être maniées par le chirurgien seront de préférence en verre fort, à un seul orifice terminal, car c'est vers les culs-de-sac vaginaux et le col que doit être projeté d'abord le liquide dont le reflux seul nettoie le vagin. Pour les injections que les malades doivent se donner elles-mêmes, il est

préférable d'avoir des canules percées de plusieurs trous au niveau d'un renflement terminal, pour éviter l'éventualité possible de l'in-

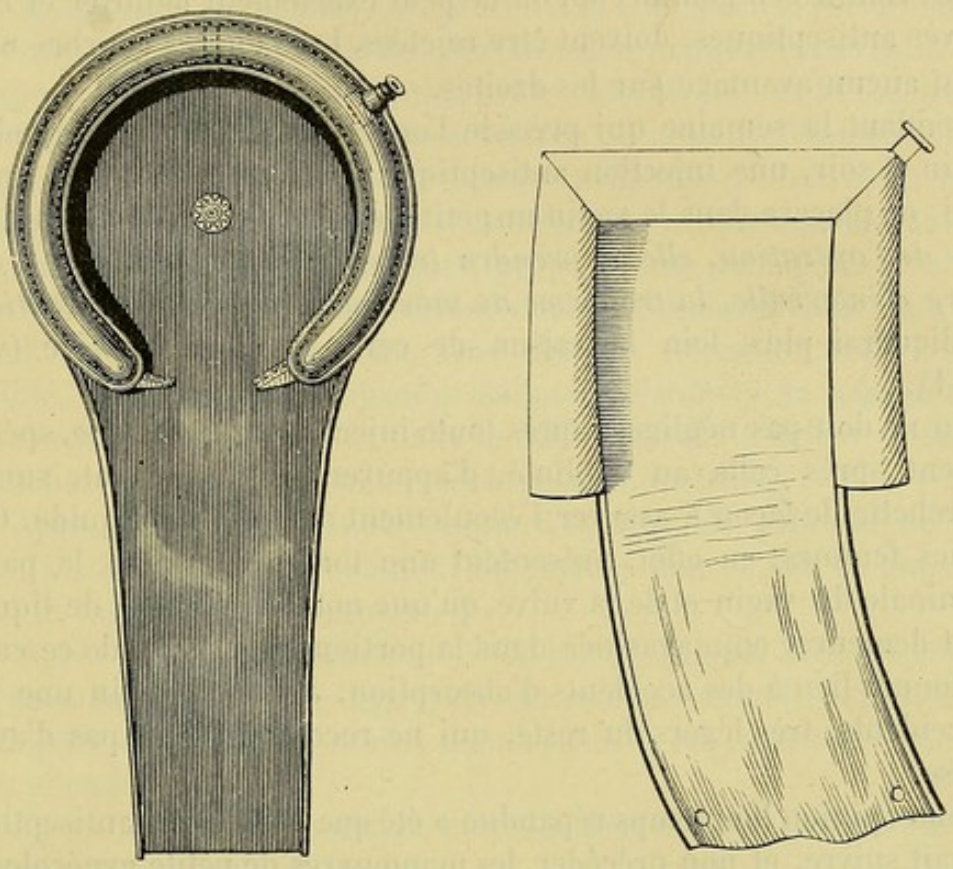


Fig. 5 et 6. — Alèzes de Kelly (en caoutchouc) pour injections et opérations vaginales.

troduction de la canule dans le museau de tanche. Il est, aussi, commode d'employer alors un spéculum grillagé et adapté autour de la canule, lequel déplisse le vagin et permet un nettoyage plus exact (fig. 4). Toute injection vaginale doit être administrée, la femme étant couchée sur un bassin ou une alèze imperméable et munie d'un tube qui conduit le liquide dans un seau (fig. 5, 6 et 7).

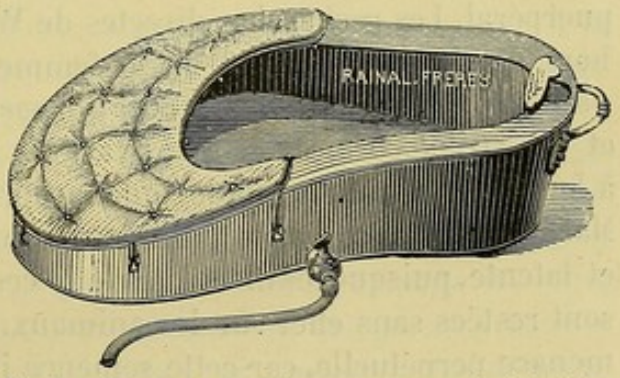


Fig. 7. — Bassin à tube d'écoulement pour les injections vaginales.

On a beaucoup exagéré les accidents que peuvent produire les injections vaginales et le risque de blesser le col ou d'y faire pénétrer du liquide. Quelques médecins ont même été jusqu'à proscrire l'emploi de toute canule. Je crois que c'est une grave erreur. On doit seulement recommander aux malades de ne

pas enfoncer l'instrument de plus de 6 à 8 centimètres, environ la longueur du doigt.

Les canules en gomme, qu'on ne peut exactement nettoyer et conserver antiseptiques, doivent être rejetées. Les canules courbes n'offrent aucun avantage sur les droites.

Pendant la semaine qui précède l'opération, la malade prendra, matin et soir, une injection antiseptique (sublimé à 1/2000); après quoi, on placera dans le vagin un petit tampon de gaze iodoformée. *Le jour de l'opération, elle en prendra trois, les deux premières à une heure d'intervalle, la troisième au moment même de l'intervention*; j'indiquerai plus loin la raison de cette manière de faire (voir p. 11).

On ne doit pas négliger, après toute injection antiseptique, spécialement après celle au sublimé, d'appuyer, en terminant, sur la fourchette de façon à assurer l'écoulement complet du liquide. Certaines femmes, en effet, présentent une tonicité telle de la partie terminale du vagin et de la vulve, qu'une notable quantité de liquide peut demeurer emmagasinée dans la portion supérieure de ce canal et donner lieu à des accidents d'absorption. J'ai été témoin une fois d'accidents, très légers du reste, qui ne reconnaissaient pas d'autre cause.

Injection pré-opératoire et *en série*.

Une opinion longtemps répandue a été que l'injection antiseptique devait suivre, et non précéder, les manœuvres de petite gynécologie, toucher, cathétérisme, dilatation, etc. Il y a là une erreur des plus graves. C'est surtout *avant* que l'antisepsie est nécessaire. Les observations de Kaltenbach[1] sur l'auto-infection des femmes en couches avaient pu déjà faire soupçonner l'existence d'une infection, pour ainsi dire latente, des organes génitaux de la femme, surtout dans l'état puerpéral. Les recherches directes de Winter[2] ont mis ce fait capital hors de doute. Le vagin de la femme saine contient des germes pathogènes : le *staphylococcus pyogenes aureus, citreus, albus*, et des *streptococci* de diverses variétés parfaitement reconnaissables à leurs caractères morphologiques propres, et susceptibles de culture. Mais, circonstance importante, leur virulence paraît comme atténuée et latente, puisque les inoculations de ces germes ou de leurs cultures sont restées sans effet sur les animaux. Toutefois ils constituent une menace perpétuelle, car cette semence inerte peut, à la moindre impulsion septique venue du dehors, germer et fructifier avec les plus terribles conséquences. En outre, rien ne prouve que ces microbes,

[1] R. Kaltenbach. *Zur Antisepsis in der Geburtshilfe* (Volkmann's *Samml. klin. Vorträge*, 1887, n° 295).

[2] G. Winter. *Die Mikroorganismen im Genitalcanal der gesunden Frau* (*Zeitsch. f. Geburtsh. und Gynäk.*, 1888, Bd. XIV, Heft 2, p. 445).

atténués tant qu'ils restent confinés dans leur habitat ordinaire, au-dessous de l'orifice interne du col utérin, ne prennent pas de nouveau des qualités virulentes, s'ils se trouvent transportés, par une manœuvre intempestive, au delà de cette frontière naturelle. La réalité du transport des germes dans l'utérus par le cathétérisme et le toucher a été mise hors de doute par les observations précises de Winter sur des pièces enlevées par l'hystérectomie, peu de temps après ces manœuvres.

Les conséquences de ces études remarquables sont considérables, et j'y reviendrai plus longuement à propos de la pathogénie des MÉTRITES. Pour ce qui concerne la désinfection pré-opératoire du vagin et du col, elles rendent évidente leur absolue nécessité. Mais est-il possible, même par une injection soignée, d'enlever la totalité des micro-organismes cantonnés dans le col? Steffeck[1] a fait à ce sujet des recherches précises, dont voici le résumé instructif :

1° Après l'injection vaginale simple d'un litre de solution de sublimé à 1/300, on trouve autant de germes dans le col qu'auparavant; le vagin seul est nettoyé.

2° Après la même injection aidée du lavage vaginal avec *un* doigt, en ensemençant de l'agar-agar avec du mucus vaginal, l'on voit se développer des colonies, moins nombreuses il est vrai, mais encore assez abondantes.

3° Après la même manœuvre avec les *deux* doigts, deux cultures sur trois demeurent stériles.

4° Dans une dernière expérience, l'injection du vagin et le lavage du col sont faits de la façon suivante : un doigt est poussé dans le col aussi profondément que possible; un autre doigt est promené dans le cul-de-sac antérieur et le nettoie; puis on change les deux doigts de place, de manière à nettoyer le cul-de-sac postérieur; le jet de l'injection est ensuite dirigé exactement sur l'orifice du col. A la suite d'un nettoyage ainsi effectué, toutes les tentatives de culture sont demeurées sans résultat, tandis qu'avant cette désinfection les tubes donnaient jusqu'à 50 ou 100 colonies. Mêmes bons résultats avec la solution phéniquée à 3/100. Mais, comme on pouvait le prévoir, cette désinfection n'est que momentanée ; des germes descendent de la partie sus-vaginale du col dans le museau de tanche. En effet, au bout d'une heure on peut trouver de nouveau des germes dans la portion inférieure du col. Il est toutefois un moyen de les détruire pour longtemps, c'est de faire une seconde injection, avec les mêmes précautions, une heure après la première, puis une troisième, une heure après la seconde. Le mucus qui coule ensuite ne contient plus

[1] STEFFECK. *Ueber Desinfection des weiblichen Genitalkanals* (*Centr. f. Gyn.*. 1888, n° 28, p. 448).

de germes. Steffeck a pu s'en assurer, au bout de cinq jours, chez une accouchée[1].

Ce procédé de stérilisation successive est un peu long, mais il réduit au moins à leur minimum les chances d'auto-infection. Telle est la raison pour laquelle je recommandais, plus haut, d'administrer trois injections consécutives à une heure d'intervalle, avant toute opération. On ne doit jamais pratiquer le cathétérisme utérin ou introduire dans la cavité utérine une tige dilatatrice avant cette **désinfection réitérée du vagin et du col par trois injections.**

Injections désodorantes.

S'il s'agit d'une affection répandant une mauvaise odeur, végétations cancéreuses, corps fibreux sphacélé, etc., on fera précéder l'injection antiseptique d'une injection **désodorante** (qui est en même temps antiseptique, mais à un moindre degré) avec un litre d'eau bouillie additionnée d'une quantité variable de liqueur de Labarraque ou de vinaigre de Pennès (deux à trois cuillerées par litre).

Injections rectales, vésicales.

Pour les lavages du **rectum**, de la **vessie**, on se servira de la solution d'**acide borique** (50/1 000) qui n'irrite pas les muqueuses ou simplement d'eau bouillie.

Gaze iodoformée.

Je ferai quelques remarques sur la **gaze iodoformée**, dont je recommande l'usage presque exclusif, comme objet de pansement.

La gaze iodoformée que nous employons ordinairement est fournie et fabriquée par l'industrie. Elle est censée contenir 20 ou 30 pour 100 d'iodoforme. Il serait préférable, dans un grand service d'hôpital, de la faire préparer par une personne de confiance. C'est à la fois plus économique et plus sûr. On l'obtient en imprégnant une pièce de 10 mètres de gaze hydrophile ou sans apprêt (préalablement stérilisée), découpée en morceaux de 1 mètre, avec la solution suivante :

Iodoforme	50 gr.
Glycérine	100 —
Éther	700 —

On passe cette gaze au laminoir pour l'exprimer, puis on la suspend en l'air dans une pièce isolée, obscure et chauffée à 30 degrés, pour la sécher. Elle est ensuite conservée dans des boîtes de fer-blanc bien fermées.

J'emploie aussi, comme premier pansement, de la *gaze iodoformée forte* que je fais préparer très simplement, de la façon suivante : on prend de la gaze stérilisée ou de la gaze iodoformée à 30 pour 100 et on la roule dans de la poudre d'iodoforme. On secoue légèrement et on découpe en petits carrés.

[1] Menge. *Ueber ein bacterienfeindliches Verhalten der Scheidensecrete Nichtschwangerer* (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1894, p. 867), a récemment étudié les conditions de résistance du vagin à la culture des germes et en a tiré des conclusions intéressantes.

Des expériences curieuses de v. Eiselsberg[1], faites à la clinique de Billroth avec la gaze ainsi préparée avec le plus grand soin, lui ont toutefois montré qu'elle contenait très souvent (11 fois sur 30) des germes qu'il était facile de mettre en évidence par la culture. A-t-on, pendant une demi-heure, avant l'addition de l'iodoforme, soumis la gaze à une température de 100 degrés (ce qui est facile en la faisant bouillir), les cultures, dans la proportion de 18 sur 20, restent stériles. Cette précaution préalable ne devra donc jamais être négligée.

Il serait encore préférable assurément de porter la gaze à la température de 120 degrés dans un autoclave[2], de façon à détruire en même temps les germes et les spores. Mais cet appareil n'est pas entre les mains de tout le monde, et la stérilisation à l'eau bouillante, si elle n'est pas parfaite théoriquement, paraît rendre des services suffisants en pratique.

On pourrait s'étonner que la présence de l'iodoforme ne suffise pas à neutraliser les germes. Pour cela il faut se reporter aux recherches de Heyn et Rosving[3]. Ils ont mis en évidence ce fait que l'iodoforme *in vitro* n'est pas un germicide, n'est pas même un obstacle au développement des germes. De Ruyter (à Berlin) et Lübbert[4] sont arrivés aux mêmes conclusions, qu'ont encore confirmées les récentes expériences de Tilanus[5]. Est-ce à dire que l'iodoforme *in vivo* ne soit pas un antiseptique, en présence des ferments pathogènes? Nullement. Les recherches de Behring (de Bonn)[6] donneraient la solution de cette apparente antinomie. Selon cet auteur, l'iodoforme détruit les toxines, à mesure qu'elles se forment[7].

On peut considérer comme un fait établi qu'il est presque impossible de se servir d'objets de pansement complètement *aseptiques*[8]. On a beau les conserver à l'abri de l'air dans des boîtes métalliques

[1] Voy. v. Eiselsberg. *Loco cit.*

[2] L. Tripier. *De la stérilisation du coton, de la gaze et de l'eau*, etc. (*Progrès méd.*, 3 déc. 1887, t. VI, p. 483.)

Tout objet de pansement dans le service de Bergmann, à Berlin, est stérilisé pendant un quart d'heure à une demi-heure dans une étuve à vapeur (*Dampfapparat* de Rietschel et Henneberg) à 100 degrés, puis desséché par un courant d'air chaud à la même température durant 2 à 3 minutes. On peut ensuite l'imprégner de solution antiseptique. Il serait fort à désirer que nos services hospitaliers fussent pourvus d'appareils analogues, qui sont véritablement de *première nécessité*.

[3] Heyn et Rosving (de Copenhague), *Fortschritte der Medicin*, 1887, n° 2, p. 33.

[4] Lübbert *Biologische Spaltpiltzuntersuchungen*, 1886.

[5] C. B. Tilanus. *Münchn. med. Woch.*, 1887, n° 17, p. 309.

[6] Behring. (*Deutsch. med. Woch.*, 1887, n° 20, p. 422.) Voir aussi sur ce sujet, Bramann. *Ueber Wundbehandlung mit Iodoformtamponade* (*Arch. f. klin. Chir.*, 1888, Bd. XXXVI, p. 77).

[7] F. Terrier. *De l'iodoformz.* (*Presse médicale*, 1893 et 1894, p. 41.)

[8] Schlange. *Ueber sterile Verbandstoffe* (*Arch. f. klin. Chir.*, 1888, Bd. XXXVI, Heft 4, p. 903).

bien fermées (précaution indispensable); chaque fois qu'on ouvre la boîte, des germes peuvent y pénétrer. Il est donc utile de se servir de *gaze antiseptique* (à l'iodoforme) plutôt que de *gaze aseptique* simplement stérilisée à l'étuve humide. Toutefois si la stérilisation était appliquée en grand, non seulement à tous les objets de pansement, mais encore à tout le linge de literie, elle pourrait sans doute suffire. A la clinique de Bergmann, où tout est ainsi soigneusement purifié, on tend à remplacer le plus possible l'antisepsie par l'asepsie. C'est ainsi que la gaze simplement stérilisée y est employée dans un grand nombre de pansements [1].

Gaze aseptique.

Gaze au sublimé.

Si par suite de symptômes d'absorption on devait remplacer la gaze iodoformée par un autre topique, on emploierait la **gaze stérilisée et sublimée** à 1/1000. On l'obtient facilement en faisant bouillir la gaze ordinaire d'abord dans une solution de carbonate de soude à 20/1000 pour la débarrasser de tout apprêt (pendant une heure), puis pendant une heure dans la solution de sublimé au millième. On sèche à l'étuve et on conserve dans des boîtes ou des bocaux bien fermés.

Gaze au salol, à l'iodol, à l'ac. phénique.

J'ai employé le **salol** et l'**iodol**; je les ai trouvés très inférieurs à l'iodoforme et au sublimé. Quant à la **gaze phéniquée**, elle perd si rapidement son principe antiseptique que son efficacité est des plus infidèles; elle est en outre un peu irritante [2].

[1] Bramann, *Loc. cit.*, et Schimmelbusch, *Aseptische Wundbehandlung*, Berlin, 1892.

[2] *Antiseptiques nouveaux.* Un certain nombre de substances antiseptiques ont été récemment préconisées en gynécologie; nous nous contenterons de les signaler succinctement sans préjuger de leur valeur.

L'*ichthyol*, introduit en gynécologie par H. W. Freund, *Ueber die Anvendung des Ichthyols bei Frauenkrankheiten* (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1890, nos 11 et 45), a fait l'objet de nombreuses publications parmi lesquelles nous citerons : R. Polacco. *L'ittiolo in gynecologia.* (*Ann. di Ostet. e Gin.*, mars 1890); R. Bloch. *Mittheilungen über die Ichthyolbehandlung bei Frauenkrankheiten* (*Wien med. Woch.*, 1890, p. 2150 et 2197); Koetschau. *Kurzer Beiträg zur Ichthyoltherapie bei Frauenkrankheiten* (*Münch. med. Woch.*, 1891, p. 9); Albertoletti. *L'ittiolo nelle terapia dei morbi utero-ovarici* (*Giorn. dir. Accad. di med. di Torino*, 1891, p. 369); Oberth. *Beobachtungen über die Wirkungen des Ichthyols bei Frauenkrankheiten.* (*Wien. Klin. Wochenschr.*, 1891, p. 299); J. Eschen. *Iktyolets Anvendelse i Gynækologien.* (*Gynækolog. og obstetriciske meddelelser*, t. VIII, p. 281); Pée. *Ueber die Verwendung des Ichthyol und Lysol in der Gynäkologie.* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXII, p. 468, et *Deutsche med. Woch.*, 1891, p. 1219). — De l'ensemble de ces travaux il résulte que l'ichthyol, employé avec succès, en pansements locaux, pour les ulcérations du col et le prurit génital, agirait plutôt comme antiphlogistique et analgésique local que comme antiseptique. Il a été donné aussi à l'intérieur, dans les maladies des organes génitaux sous la dépendance de la diathèse arthritique (métrite chronique, ovarites). On lui a enfin attribué également une action résolutive sur les exsudats; mais cette dernière propriété lui a été contestée. — Eschen (*loc. cit.*) a signalé trois observations d'érythème généralisé survenu après l'emploi de l'ichthyol.

Les *couleurs d'aniline* ont été récemment recommandées comme antiseptique puissant par J. Stilling, *Anilin-Farbstoffe als Antiseptica und ihre Anwendung in der Praxis* (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 47, p. 855). Il emploie une solution de 1 à 5 pour 1000. — Warmann (*Gaz. lekarska*, 1890, p. 1038) a employé avec grand succès une solution à 1 pour 1000 de pyoctanine ou violet de méthyle dans les cas d'endométrite et de vaginite et pour les opérations gynécologiques. Il vante son action antiphlogistique, analgésique et antiseptique.

Le *lysol*, introduit dans la pratique chirurgicale et gynécologique par Cramer et Wehmer,

Antisepsie du col et de la cavité utérine. — Après les opérations faites sur l'utérus ou sur le col, il est bon de laisser séjourner un antiseptique dans le canal cervical. Je me suis servi de petits **crayons** composés selon cette formule, donnée par von Hacker[1] : Antisepsie du col. Crayons iodoformés.

℞. Iodoforme pulv.		20 gr.
Gomme arabique.		
Glycérine	âà	2 gr.
Amidon.		

(*F. s. a.* des bâtonnets de même calibre que les crayons ordinaires de nitrate d'argent.)

Ces crayons ont l'avantage d'être très maniables et de pouvoir facilement être poussés très avant dans l'utérus; mais parfois (vu sans doute un défaut dans leur préparation) ils se dissolvent incomplètement et provoquent des coliques par leur séjour. J'ai donc pris

Ueber die Anwendung des Lysol in der Praxis (*Berl. Klin. Woch.*, 1890, n° 52), aurait un pouvoir bactéricide au moins égal à celui de l'acide phénique (Vulpius. *Ueber das Lysol und dessen Verwendbarkeit in der Chirurgie. Beiträge zur Klin. Chir. von Bruns*, t. VIII, fasc. 1er, p. 212). Il serait beaucoup moins toxique, et son prix est très modique. On lui reproche de lubrifier les mains du chirurgien et les instruments, ce qui peut être en effet un grave inconvénient pendant les opérations, surtout pour l'hémostase. Mais pour les examens gynécologiques ce serait plutôt un avantage. Michelsen. *Anwendung des Lysol in der Gynækologie und Geburtshülfe.* (*Centr. f. Gyn.*, 1891, p. 1) et Pée (*loc. cit.*) en conseillent vivement l'emploi.

Le *dermatol* a été tout d'abord présenté comme un succédané de l'iodoforme. R. Heinz et D. Liebrecht. *Dermatol, Ersatz für Iodoform* (*Berl. klin. Woch.* 1891, n° 24, p. 584). Or les observations de Sackur (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1891, n° 32, p. 1991) et de Weissmuller (*Berl. klin. Woch.* 1891, n° 51, p. 1201) démontrent que si le dermatol est un excellent antiseptique, doué d'une action siccative considérable, il ne saurait suppléer l'iodoforme. D'après Glœser (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 25, p. 514) et Asch (*Centr. f. Gyn.*, 1892, n° 1, p. 6), il rendrait de grands services en gynécologie dans les cas où l'on veut prévenir une sécrétion abondante d'une plaie, ou encore quand on recherche une réunion par première intention en un endroit où un pansement occlusif est difficile à appliquer : tels sont les pédicules après hystérectomie, les fistules vésico-vaginales, les opérations sur le col, les périnéorrhaphies, etc.

Parmi les autres antiseptiques nous citerons encore l'*aristol* dont les bons effets contre l'endométrite, les érosions du col, la périmétrite et l'eczéma vulvaire ont été appréciés par von Swiecicki, *Das Aristol in der Gynækologie.* (*Oest. ung. Centr. f. die med. Wissench.*, 1890, n° 252); — le *thiol* dont les indications et les propriétés antiseptiques sont en tout semblables à celles de l'ichthyol dont il n'a pas la mauvaise odeur (S. Gottschalk, *Das Thiol bei Frauenkrankheiten.* — *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 12, p. 230); l'excessive cherté de ce nouvel antiseptique, cependant, en a empêché la vulgarisation jusqu'à présent; — le *thiophène*, employé à l'état de biiodure, soit en poudre, soit sous forme de gaze imprégnée d'une émulsion à 10 pour 100, et qui remplacerait avantageusement l'iodoforme dans un grand nombre d'opérations gynécologiques (voir Hock. *Therapeutische Monatshefte*, 1892, fasc. 2, p. 68); — l'*alumnol* qui, d'après Heintz et Liebrecht (*Berl. klin. Woch.*, 1892, n° 46, p. 1158), serait appelé à rendre de grands services en gynécologie soit comme antiseptique pour le lavage des plaies anfractueuses, soit comme caustique léger sous forme de crayons à 2 à 5 pour 100 dans les cas d'endométrite. Chotzen (*Berl. klin. Woch.*, 1892, n° 48, p. 1218) l'a employé avec succès en lavages utérins; — la *diaphtérine* ou oxydinaseptol, corps découvert tout récemment par Emmerich (*Münch. med. Wochenschr.*, 1892, n° 19, p. 325) et qui, d'après Kronad (*Münch. med. Woch.*, 1892, n° 19, p. 328), mériterait de figurer parmi les meilleurs antiseptiques connus; — le *diiodoforme*, dont la richesse en iode est à peu près égale à celle de l'iodoforme et dont les propriétés thérapeutiques seraient analogues (*Presse médicale*, 1884, p. 60).

[1] R. v. Hacker. *Notice sur les procédés antisept.*, etc., trad. par J. Redard (*Revue de Chir.*, 1885, p. 45).

le parti d'y renoncer et de saupoudrer simplement le col d'iodoforme ou d'en insuffler dans sa cavité, puis de laisser à son contact un tampon de gaze iodoformée.

Laminaire.

La désinfection des agents qui servent à la dilatation du col est un des points les plus importants de notre étude. Je repousse, comme inférieurs, le tupelo et l'éponge préparée, pour m'en tenir à la **laminaire**. Celle-ci a été souvent une cause d'infection, faute de précautions suffisantes. Il faut la conserver plusieurs semaines, avant de s'en servir, dans l'éther iodoformé à saturation, auquel il est bon d'ajouter un dixième d'alcool. On évitera ainsi les accidents d'intoxication semblables à ceux qui ont été récemment signalés après l'emploi de tiges de laminaire conservées dans une solution de sublimé [1].

Antisepsie de la cavité utérine.

Injections intra-utérines.

Les **injections intra-utérines**, en gynécologie, sont loin d'avoir les mêmes dangers qu'en obstétrique; il faut pourtant excepter les cas où la cavité utérine est très dilatée et présente, après une opération, une large surface cruentée (énucléation de fibromes, curage d'un cancer du corps, etc.). Dans ces cas-là, en effet, on se trouve dans des conditions qui rappellent un peu celles de l'utérus après l'accouchement, au point de vue des facilités d'absorption.

Lorsque la cavité utérine n'est pas notablement dilatée (par exemple après le curettage d'une métrite catarrhale ou hémorrhagique), on peut employer sans inconvénient le sublimé à 1/2000, si l'on se sert d'une sonde à double courant en gomme durcie, en verre ou en celluloïde. Mais, la généralité des instruments étant en métal, que le sublimé attaque, il est préférable d'user d'une solution phéniquée à 10/1000. La solution devra être tiède, et on pourra en faire passer un demi-litre et même plus, jusqu'à ce que le nettoyage intra-utérin soit reconnu complet, d'après l'aspect du liquide qui sort.

Le nombre des sondes à injections intra-utérines s'est beaucoup multiplié récemment. Je me borne à mentionner, sans les décrire, celles de Pajot, Budin, Pinard, Militano, Doléris, Segond, Mathieu, Reverdin, Auvard, Ollivier, Cordes, Saint-Martin, Weber, etc. Quand la cavité utérine n'est pas augmentée, je me sers du modèle de Bozeman-Fritsch (fig. 8, 1), après dilatation extemporanée du col, s'il est nécessaire. Si l'utérus est largement dilaté, l'injection avec une

[1] Konrad. *Sublimat mergézés laminériával eszkosolt tágitás utan.* (*Orvosi Hetilaps* 1890, n° 26), a vu, 5 heures après l'introduction d'une laminaire qui avait séjourné dans une solution de sublimé à 1 pour 1000, survenir des accidents d'intoxication par le sublimé (ténesme, douleurs violentes, selles sanguinolentes, goût métallique, etc.), accidents qui disparaissent rapidement après un traitement approprié. Sur les parois vaginales antérieure et postérieure on trouvait de petites ulcérations produites par la cautérisation. Konrad pense que des cristaux de sublimé s'étaient déposés sur la laminaire et avaient déterminé à la fois la cautérisation et l'intoxication.

sonde ou canule ordinaire n'expose à aucun danger, tant que la pression n'est pas trop forte, le reflux du liquide se faisant facilement *autour* de la sonde.

Quand l'intérieur de l'utérus a besoin d'être énergiquement désinfecté (comme dans certains cas de fibromes gangrénés, de cancers

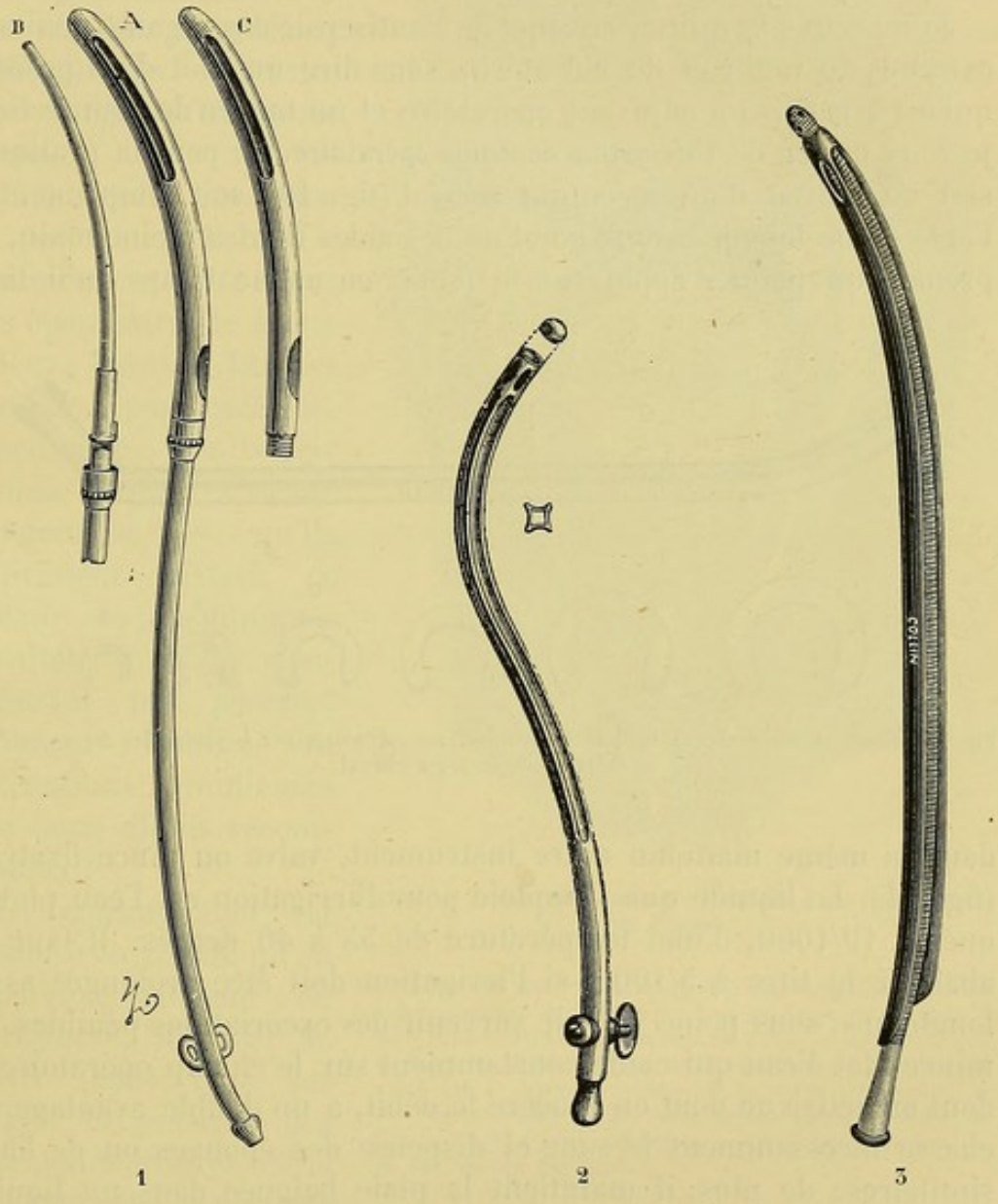


Fig. 8. — Sondes à injections intra-utérines. — 1. Sonde de Bozemann-Fritsch. A. Sonde montée. — B. C. Les deux parties de la sonde démontées. — 2. Sonde d'Ollivier. 3. Sonde de Collin.

intra-utérins avec fongosités putrides, etc.), l'injection de **sublimé** à 1/2000 serait préférable; après l'avoir largement pratiquée, il faudrait la faire suivre d'une autre irrigation (intra-utérine) indifférente, capable d'assurer l'évacuation complète de l'antiseptique toxique. Je recommande pour cela l'**eau stérilisée** au filtre Chamberland et par

l'ébullition, additionnée de 6/1000 de **sel marin**, addition qui modifie heureusement son pouvoir endosmotique et irritant, en rapprochant sa composition de celle du sérum sanguin. Je fais un grand usage de ce liquide pour les lavages simplement *aseptiques*, toutes les fois que, pour une raison ou pour une autre, l'action des antiseptiques me paraît offrir des inconvénients.

Je ne veux pas quitter ce sujet de l'antisepsie des organes génitaux externes du vagin et du col utérin, sans dire un mot d'un procédé qui est à la fois un adjuvant opératoire et un moyen de désinfection, je veux parler de l'**irrigation continue opératoire**. On peut la pratiquer soit au moyen d'un spéculum spécial (fig. 10), soit simplement, à l'aide d'une longue canule que l'un des aides tient à pleine main, en prenant un point d'appui sur le pubis, en même temps qu'il tient

Irrigation continue opératoire.

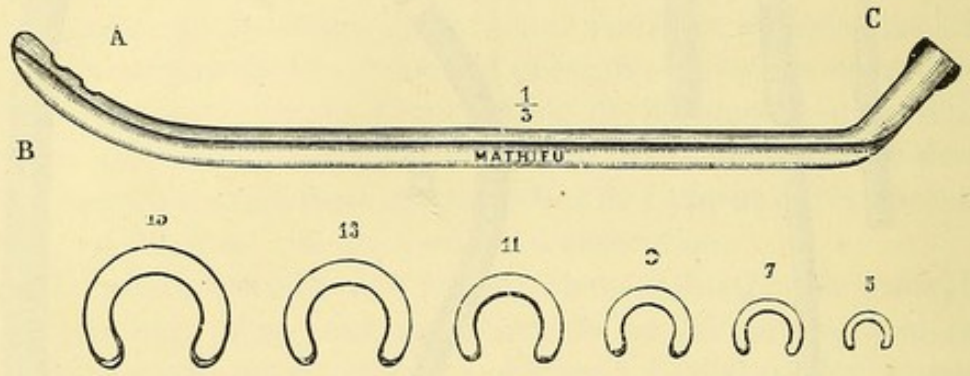


Fig. 9. — Sonde en fer à cheval de Budin pour injections intra-utérines. — Coupe des divers calibres de la sonde en fer à cheval.

dans la même main un autre instrument, valve ou pince fixatrice (fig. 11). Le liquide que j'emploie pour l'irrigation est l'eau phéniquée à 10/1000, d'une température de 35 à 40 degrés. Il faut en abaisser le titre à 5/1000, si l'irrigation doit être prolongée assez longtemps, sous peine de voir survenir des excoriations pénibles. Le mince filet d'eau qui coule constamment sur le champ opératoire et dont on active ou dont on modère le débit, a un double avantage : il chasse incessamment le sang et dispense des éponges ou de leurs similaires; de plus, il maintient la plaie baignée dans un liquide antiseptique et la protège mieux encore que le *spray* contre les germes de l'air. L'emploi de l'irrigation continue est de règle pour moi dans toutes les opérations que je pratique sur la vulve, le vagin et le col de l'utérus. Je ne saurais trop la recommander.

Éponges.

Je ne me sers jamais d'**éponges**, sauf pour l'hystérectomie vaginale; des boulettes de coton perméable, soit sèches, soit imprégnées de solution de sublimé, puis fortement exprimées, les remplacent avantageusement dans tous les autres cas. Quand on les emploie

sèches, il est bon de les entourer de gaze pour éviter qu'il ne s'en détache des parcelles qui restent adhérentes aux surfaces humides.

Laparotomie. — J'arrive aux précautions antiseptiques spéciales que comporte la **laparotomie.**

Antisepsie dans la laparotomie.

Une grave question se pose tout d'abord : Comment se fait-il que des opérateurs de haute valeur, Lawson-Tait et Bantock, par exemple, repoussent l'antisepsie comme inutile et même dangereuse, et qu'ils obtiennent malgré ce dédain de magnifiques résultats[1] ? Cela n'infirme-t-il pas péremptoirement l'utilité des précautions minutieuses que nous allons recommander ?

Antisepsie et asepsie.

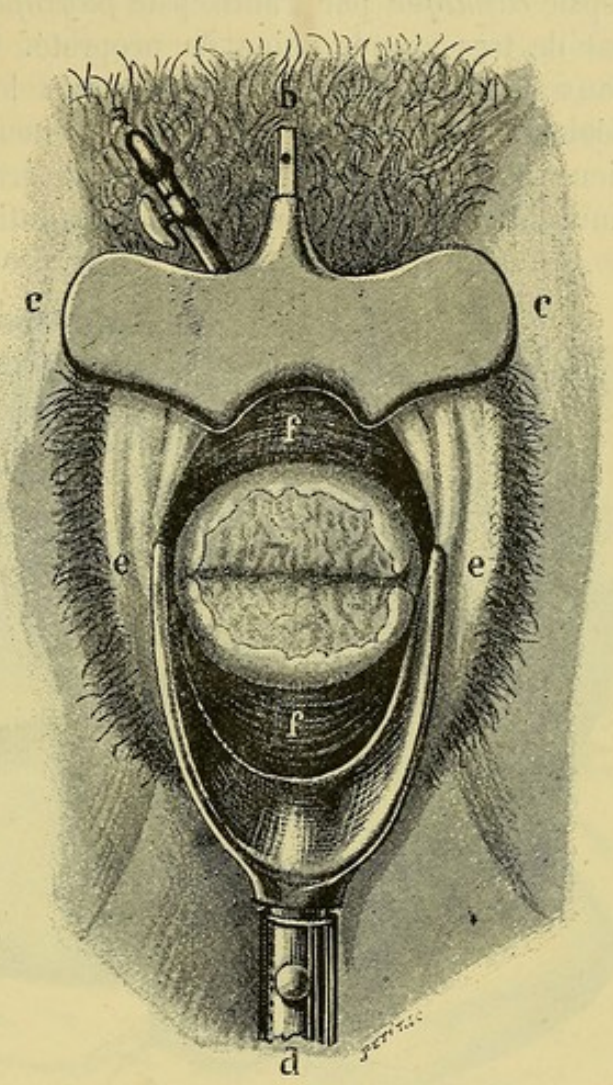


Fig. 10. — Irrigation continue opératoire avec le spéculum de Fritsch.

Le col ulcéré est rendu accessible par l'application d'une valve concave de Simon en bas et d'une valve plate à irrigation continue de Fritsch en haut. — *a*. Ajutage où s'adapte le tube servant à l'irrigation. — *b*. Pièce où s'articule le manche mobile de la valve supérieure. — *cc*. Partie évasée de la valve supérieure. — *d*. Valve de Simon fixée à son manche. — *ee*. Grandes lèvres. — *ff*. Culs-de-sac vaginaux.

La contradiction est moindre en réalité qu'en apparence, et pour s'en convaincre, il suffit de suivre dans tous ses détails la pratique des opérateurs que je viens de citer. On verra que s'ils ne sont pas *antiseptiques*, ils sont, le plus possible et à un

[1] Lawson-Tait. *Brit. med. Journ.*, 15 avril 1882, p. 543 et 28 oct. 1882, p. 830. — *The pathology and treatment of diseases of the ovaries*, 4e édit., Birmingham, 1885, p. 268 et suiv. — G. Bantock. *Brit. med. Journ.*, 8 janv. 1882. — Rein. *Aseptik oder Antiseptik bei Laparotomien?* (*Wien. med. Presse* 1891, n° 8) a établi une comparaison entre les méthodes d'asepsie pure et d'antisepsie. Sur 28 cas, il a eu recours 15 fois à l'asepsie pure, et 13 fois à l'antisepsie au moyen d'une solution phéniquée à 2 pour 100. Dans la première série 40 pour 100 des cas ont présenté une température au-dessus de 38 degrés ;

très haut degré, *aseptiques*[1], c'est-à-dire qu'ils remplacent l'antisepsie *chimique* par l'antisepsie *physique* (usage de la chaleur) et par de très grands soins de propreté. Or, pour les temps principaux de la laparotomie (pour toutes les manœuvres intra-péritonéales), l'asepsie est, non pas seulement égale, mais même supérieure à l'antisepsie. En effet, vu la grande délicatesse de l'épithélium des séreuses, l'emploi d'une solution antiseptique assez forte



Fig. 11. — Irrigation continue opératoire à l'aide d'une longue canule. (Position des aides).

pour être active, l'altère profondément, et peut avoir des suites graves pour l'opération. On doit donc être rigoureusement aseptique, dans le ventre, et réserver l'antisepsie pour l'extérieur[2]. Si l'on remarque, en outre, qu'après la laparotomie la suture exacte des parois de l'abdomen ne laisse, pour ainsi dire, plus subsister de plaie, on comprendra comment, pour le pansement, l'omission des antiseptiques peut ne pas avoir une grande importance; je la considère pourtant comme une faute.

dans la seconde 15 pour 100 seulement. Il a constaté également que la mortalité était plus considérable dans la première que dans la seconde.

[1] H. Varnier. *Ann. de gynéc.*, 1887, t. XXVII, p. 274.

[2] Sänger. Société obst. et gyn. de Leipzick, 21 janv. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 25, p. 441). — J. Veit. Société obst. et gyn. de Berlin, 26 avril 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 21, p. 571).

a. Opérateur.

A. **Opérateur et aides** seront d'une propreté parfaite. Aucun des assistants ne doit, depuis quarante-huit heures au moins, être entré dans une salle de dissection ou de nécropsie, avoir touché des pièces anatomiques ou une plaie septique. Dans le cas contraire, ils devront prendre un bain de sublimé ou de vapeur, suivi de frictions énergiques et de savonnage de tout le corps.

Un long vêtement de toile, stérilisé, recouvrira les habits. Les mains et les bras seront désinfectés, comme il a été dit ci-dessus.

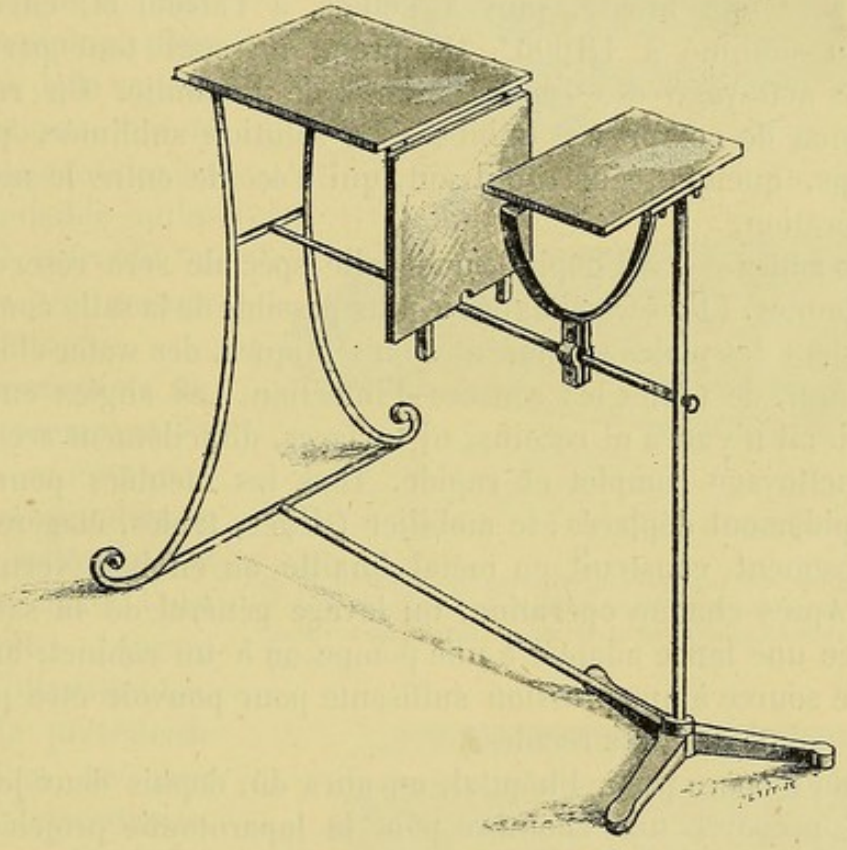


Fig. 12. — Table à laparotomie de Mme Horn, employée par A. Martin (ouverte).

On doit prendre garde à ne toucher à aucun objet (non désinfecté), à ne serrer la main de personne, sitôt les ablutions faites. Au besoin, on mettrait des gants stérilisés à l'étuve, pour protéger les mains purifiées, jusqu'au moment d'opérer.

On restreindra le plus possible le nombre des aides pour diminuer les chances d'infection. Un seul suffit ordinairement pour l'opération elle-même; un second pour préparer et passer les sutures et ligatures. L'opérateur prendra ses instruments lui-même dans les récipients où ils demeurent immergés.

Il faudrait s'abstenir de toute opération dans le ventre, si l'on avait le moindre bouton, la moindre éraillure suppurante aux mains:

un doigtier de caoutchouc ne serait pas une protection suffisante contre l'infection possible du péritoine.

b. Malade. *B.* **La malade** aura pris la veille un bain de sublimé ou savonneux. Depuis plusieurs jours on lui aura, matin et soir, pratiqué une injection vaginale de sublimé à 1/2000, et un tampon de gaze iodoformée aura été, aussitôt après, placé dans le vagin. L'intestin aura été vidé la veille par une purgation, et le matin, par un lavement. Avant l'opération, un aide pratique le cathétérisme et se désinfecte immédiatement après. Les poils sont rasés. L'abdomen est lavé au savon avec une brosse, puis à l'éther, à l'alcool et, en dernier lieu, au sublimé à 1/1000[1]. On prend un soin tout particulier pour le nettoyage des replis cutanés de l'ombilic. On recouvre l'abdomen de compresses imbibées de solution sublimée, pendant le temps, quelque court qu'il soit, qui s'écoule entre le nettoyage et l'opération.

c. Milieu. *C.* **Le milieu.** — A l'hôpital, une salle spéciale sera réservée aux laparotomies. Elle sera éloignée le plus possible de la salle commune, où existent des plaies suppurantes ou septiques, des water-closets et, en général, de toutes les sources d'infection. Les angles en seront arrondis; il n'y aura ni recoins, ni surfaces, difficilement accessibles à un nettoyage complet et rapide. Tous les meubles pourront y être rapidement déplacés; le mobilier (sièges, tables, étagères) sera exclusivement construit en métal émaillé ou en bois verni et en verre. Après chaque opération, un lavage général de la salle sera fait avec une lance adaptée à une pompe ou à un robinet, amenant l'eau de source à une pression suffisante pour pouvoir être projetée sur les points les plus reculés[2].

Si l'on n'opère pas à l'hôpital, on aura dû, depuis deux jours au moins, préparer une chambre pour la laparotomie projetée. Elle aura été dégarnie de tous les meubles; si l'on n'a pu faire blanchir les murs à la chaux, on les nettoiera exactement, ainsi que le plancher, le plafond et les boiseries, en y promenant des linges imbibés d'une solution phéniquée à 50/1000. Pour peu que la maison soit vieille ou la chambre *suspecte*, on ajoutera à ce nettoyage une désinfection à l'acide sulfureux : on jette du soufre sur un réchaud

[1] Kelly. *Antisepsis and Asepsis before and after major gynecological Operations* (*Am. Journ. of med. sciences*, 1891, p. 44, recommande d'enduire l'abdomen, pendant les deux heures qui précèdent le nettoyage définitif, d'une couche de savon mou de potasse, afin de recueillir les épithéliums.

[2] On peut toutefois, avec une antisepsie rigoureuse pendant l'opération, éviter les dangers qui proviennent d'un *milieu* imparfaitement désinfecté. C'est ainsi que Lucas-Championnière, J. Bœckel entre autres, pratiquent avec succès des laparotomies dans des salles occupées antérieurement par des malades infectés, voire même atteints de maladies contagieuses.

allumé au milieu de la pièce, avant de la quitter, et on la clôt hermétiquement durant 24 heures.

La température devra être élevée pendant toute la durée de l'opération, de manière à éviter le refroidissement de la malade *intus et extra*. Une température de 25 degrés au moins et de 30 degrés au plus est nécessaire. Le *spray* qu'on a longtemps employé pour projeter de la vapeur antiseptique sur le champ opératoire est plus nuisible qu'utile; il refroidit et irrite outre mesure le péritoine[1].

d. Instruments. Objets de pansement.

D. **Instruments. Objets de pansement.** — Les instruments auront été minutieusement nettoyés et plongés dans l'eau bouillante durant cinq à dix minutes, après la précédente opération. Le jour de la laparotomie, ils seront placés, durant une heure, dans une étuve à air chaud, maintenue de 120 à 140 degrés (fig. 15), puis immergés dans la solution phéniquée à 20/1000. Une stérilisation moins parfaite, mais suffisante pour la pratique ordinaire, peut être obtenue en faisant bouillir (fig. 13 et 14) les instruments durant un quart d'heure dans une solution au centième de carbonate de soude (Bergmann). Cette solution a sur l'eau pure

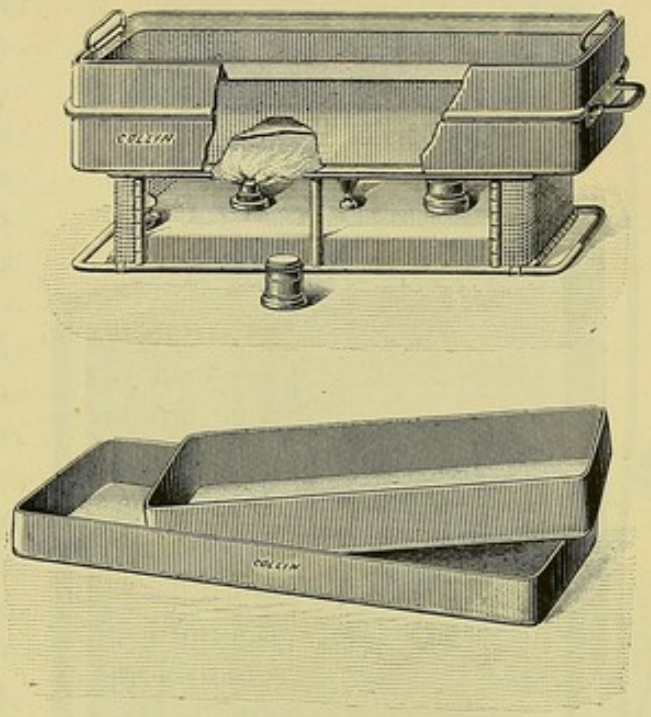


Fig. 13. — Bouilloire portative chauffée par une lampe à alcool à deux flammes. L'appareil contient un panier pour les instruments et un plateau; le couvercle de l'appareil sert de deuxième plateau.

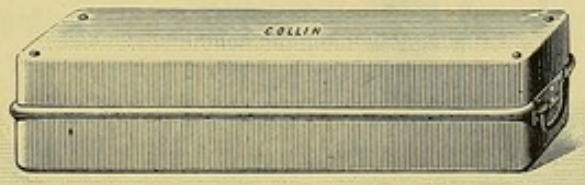


Fig. 14. — Bouilloire fermée

[1] Hegar et Kaltenbach. *Die operative Gynækologie*, 1881, p. 192 et suiv. — Breisky. *All. Wien. med. Zeit.*, 1882, n° 28. — Daniels. *Buffalo med. and. surg. Journ.*, juin 1882, p. 512. — Vincent. *Revue de chir.*, 1881, p. 516.

l'avantage d'éviter l'oxydation. Pour les objets de pansement, la stérilisation doit être faite par la vapeur sous pression dans des autoclaves. Je citerai en particulier ceux de Redard, de Geneste-Herscher, de Wiesnegg (fig. 15), de Chamberland (fig. 16), de Vaillard et Besson (fig. 23 et 24). *L'autoclave de Chamberland* est le type des appareils destinés à stériliser des instruments et objets de pansement *à l'aide de la vapeur sous pression*, aussi en donnerai-je une rapide description[1].

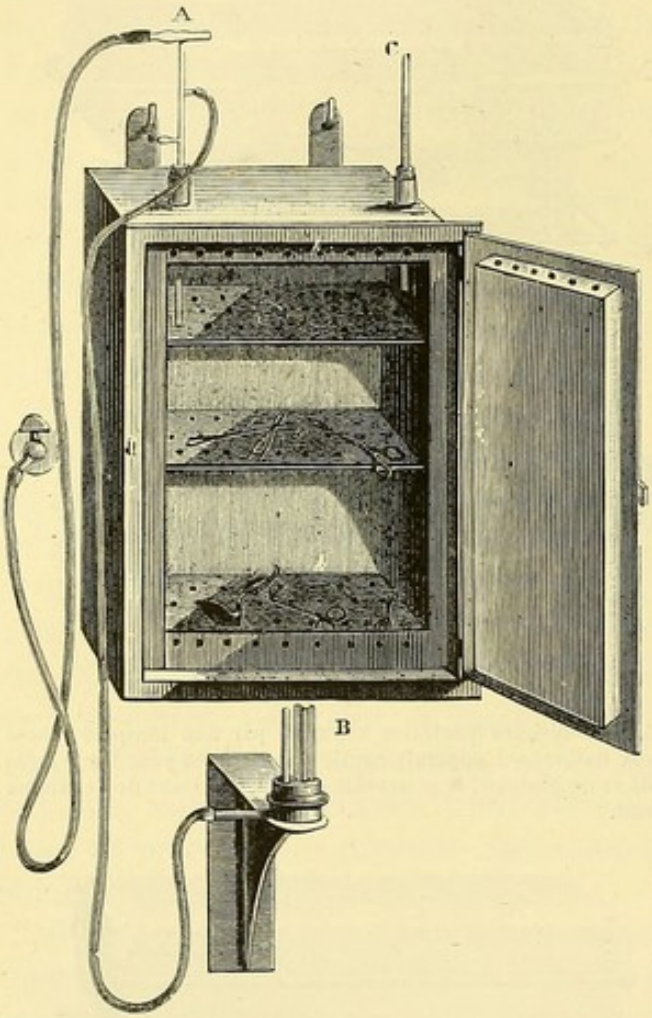


Fig. 15. — Étuve de Wiesnegg pour la désinfection des instruments. — A. Régulateur. — B. Brûleurs. — C. Thermomètre.

Cet autoclave peut aussi fonctionner sans pression et à 100 degrés centigrades, mais c'est surtout sous pression que la vapeur humide est d'un grand secours pour la stérilisation chirurgicale. En effet cette pression, qui peut aller de 2 à 3 et 4 atmosphères, correspond à 120, 134 et 144 degrés centigrades.

Cet autoclave est constitué par une marmite cylindrique en cuivre rouge, brasé, et entourée d'une enveloppe de tôle. L'ouverture supérieure est fermée par un couvercle de bronze qui est fixé à sa partie périphérique par de fortes vis de pression et des boulons. Ce couvercle présente trois orifices : une soupape de sûreté, un robinet, un tube manométrique. Le manomètre est gradué de 0 à 3 atmosphères, il donne en même temps, d'une façon approximative, la tension de la vapeur renfermée dans l'appareil et la température de cette vapeur. Il faut de suite remarquer que la pression à 0 est déjà d'une atmosphère, et à 3 c'est 4 qu'il faut lire.

[1] Cette description est empruntée presque textuellement au Dr Terrier, *De l'asepsie en chirurgie* (*Rev. de Chir.*, 1894, p. 1038).

Au-dessous de la chaudière, supportée par un fourneau à enveloppe de tôle, se trouve le brûleur à gaz ayant deux couronnes concentriques qui sont indépendantes l'une de l'autre et peuvent être allumées isolément ou ensemble. Enfin, dans l'intérieur de la chaudière, est un panier en toile métallique ordinaire de cuivre ou de laiton, séparé de la partie inférieure de ladite chaudière par un espace vide. A ce panier on substitue des boîtes métalliques nickelées ou en nickel pur, lorsqu'on veut stériliser des compresses ou des tampons-éponges. Ces boîtes (fig. 17) se ferment à baïonnette et présentent des orifices à leur partie supérieure de façon à permettre à la vapeur de pénétrer dans l'intérieur de la boîte, quand la fermeture à baïonnette n'est pas entièrement poussée.

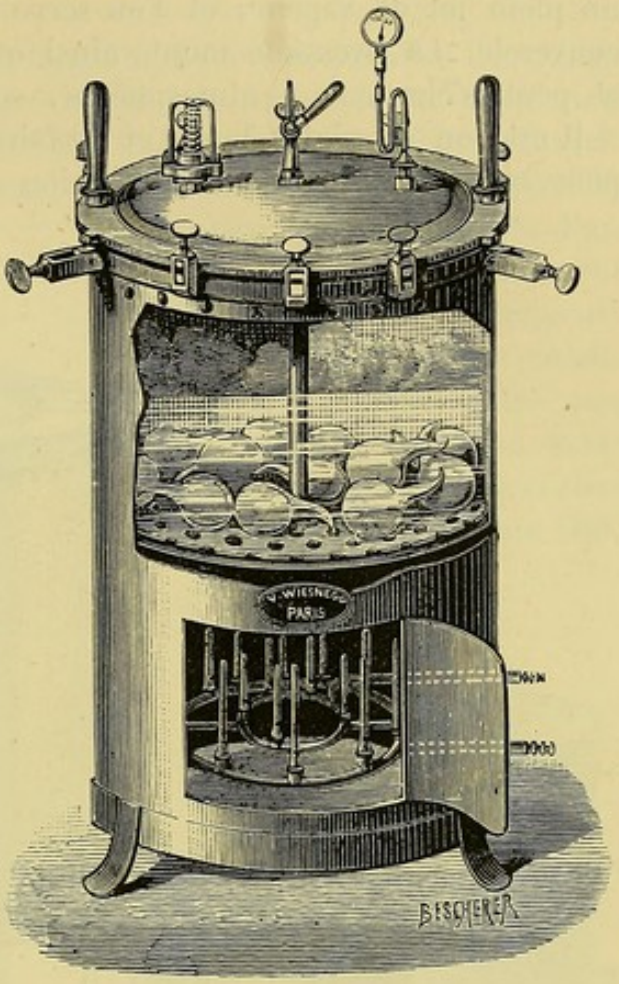


Fig. 16. — Autoclave de Chamberland.

Pour se servir de l'autoclave, on verse dans la marmite 1 à 2 litres d'eau préalablement bouillie; puis on met en place soit le panier en fil métallique, soit les boîtes métalliques; enfin on place le couvercle de l'autoclave, on relève les boulons et on les fixe à l'aide de vis à pression. Le robinet du couvercle doit être ouvert pour laisser passer l'air contenu dans l'appareil et auquel doit se substituer la vapeur d'eau.

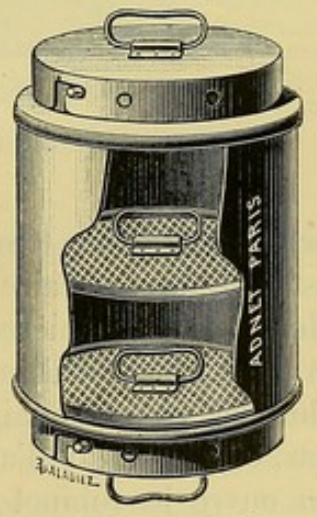


Fig. 17. — Boîte métallique de l'autoclave.

Dès que l'eau entre en ébullition, le jet de vapeur se fait par le robinet ouvert et la température est aux environs de 100 degrés. Veut-on obtenir

une température plus élevée, on ferme le robinet alors qu'il donne un plein jet de vapeur; et l'on serre bien les vis des boulons du couvercle. La pression monte ainsi que l'indique le manomètre, et peut s'élever à 4 atmosphères, soit 144 degrés centigrades.

Il est bon de régler le gaz et de faire jouer la soupape de sûreté pour obtenir et maintenir la tension et la température cherchée

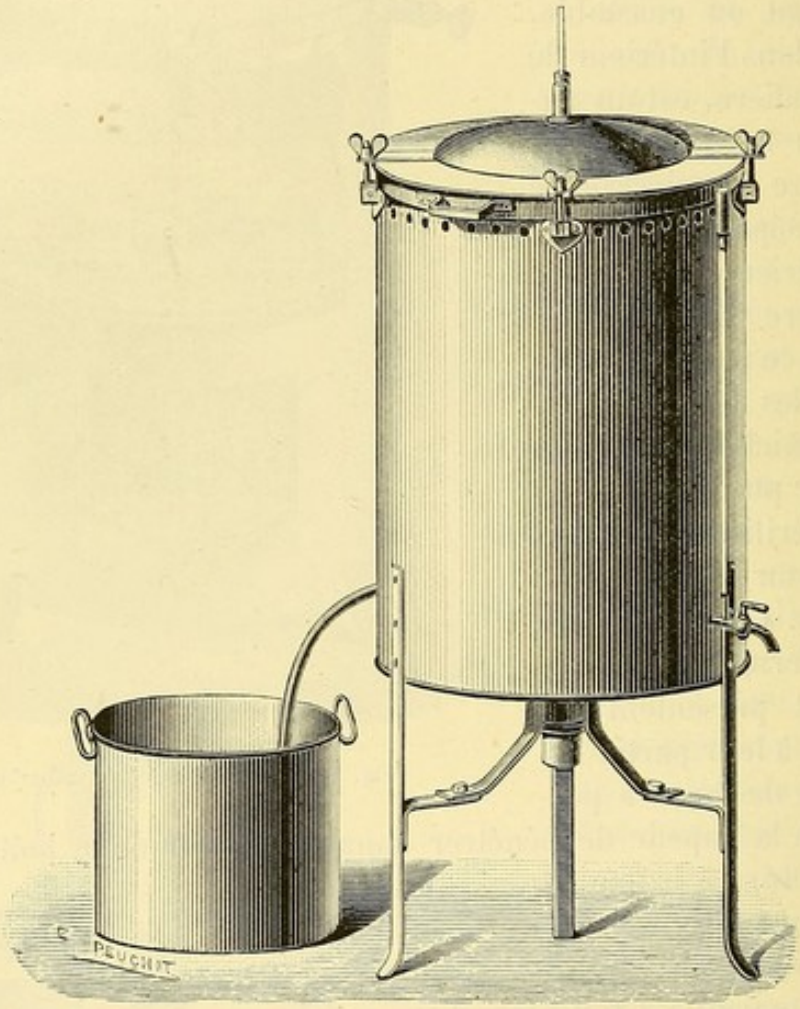


Fig. 18. — Stérilisateur à vapeur de Schimmelbusch, monté, prêt à fonctionner.

pendant quelque temps. En outre, au début de la stérilisation, il est fort utile de faire une ou deux détentes de vapeur : ces détentes chassent les dernières parties de l'air que peut renfermer l'appareil et activent la stérilisation. Quand la température et la tension recherchées ont été maintenues pendant le temps voulu, on éteint le gaz, on attend que l'aiguille du manomètre soit revenue à zéro, puis on ouvre le robinet et l'air rentre en sifflant dans l'appareil. On enlève alors le couvercle et les appareils stérilisés ou les boîtes qui les contiennent. Il faut éviter d'attendre le refroidissement absolu de l'autoclave, parce que la rondelle de caoutchouc, interposée

entre la marmite et le couvercle, deviendrait adhérente et se déchirerait très facilement.

L'appareil dont je me suis longtemps servi et qui offre l'avantage d'être léger et portatif malgré sa grande capacité, est celui qu'a construit Lautenschläger sur les indications de Schimmelbusch (fig. 18). Cet appareil est formé de deux récipients cylindriques de cuivre qui sont placés l'un dans l'autre et solidement réunis. Ces deux récipients de capacité inégale s'emboîtent en laissant entre eux un espace vide qu'on remplit d'une solution de carbonate de soude à 1 pour 100,

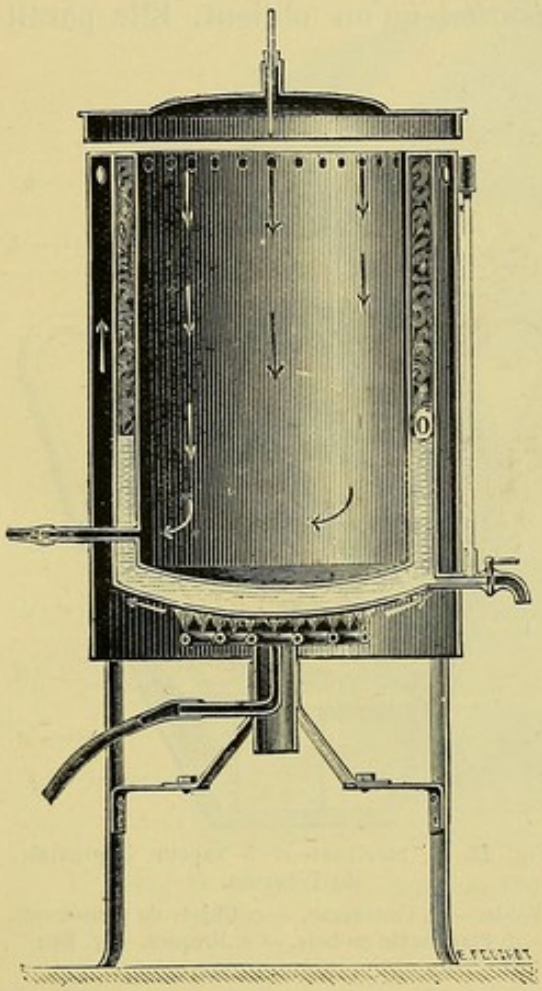


Fig. 19. — Coupe de l'appareil de Schimmelbusch.



Fig. 20. — Boîte dans laquelle sont placés les objets de pansement destinés à être stérilisés dans l'appareil de Schimmelbusch. Les orifices qui existent à la partie supérieure et inférieure de cette boîte, laissés ouverts pendant la stérilisation sont ensuite fermés par le glissement d'une bande circulaire de fer-blanc.

jusqu'en un point O (fig. 19). Les objets de pansement, renfermés dans une boîte métallique percée de trous (fig. 20), sont placés dans le récipient intérieur, et l'appareil est solidement fermé à l'aide d'écrous, par un couvercle métallique dont un disque de caoutchouc rend l'adhésion parfaite. On chauffe l'appareil avec un brûleur à gaz ou plusieurs lampes à alcool. L'eau placée entre les deux récipients entre en ébullition et la vapeur se dégage. Cette vapeur n'a d'autre porte de sortie qu'une série d'orifices dont est percé le récipient intérieur au niveau de son bord supérieur (fig. 19). Elle y pénètre, traverse les objets de pansement, se

condense au fond du récipient intérieur et sort par un robinet R qui fait communiquer ce récipient avec l'extérieur. Il suffit d'une demi-heure à partir du moment où les vapeurs commencent à se dégager pour obtenir une stérilisation suffisante.

Cet appareil, très commode, ne donne pas théoriquement une *stérilisation absolue*, car la température ne s'élève pas sensiblement au-dessus de 100 degrés; les spores doivent donc résister à son action. C'est plutôt une *pasteurisation* qu'on obtient. Elle paraît

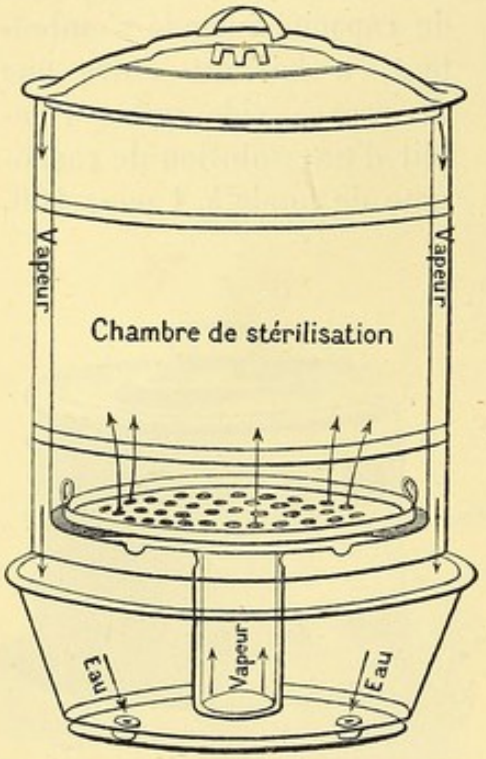


Fig. 21. — Stérilisateur à vapeur d'Arnold pour la stérilisation du lait, pouvant servir aux objets de pansement.

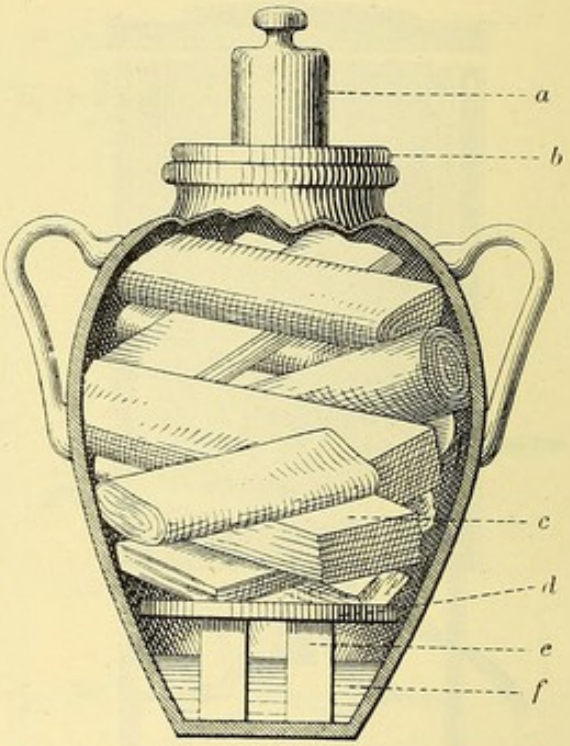


Fig. 22. — Stérilisateur à vapeur improvisé de Petersen.

a. Poids. — *b*. Couvercle. — *c*. Objets de pansement. — *d*. Planchette en bois. — *e*. Briques. — *f*. Eau

suffisante en pratique, et, je m'en suis servi, plusieurs années, dans mon service, avec d'excellents résultats. C'est pour cela, qu'en Amérique, on se borne, dans beaucoup d'hôpitaux, à stériliser les objets de pansement avec les appareils simples et portatifs qu'on emploie pour la prétendue stérilisation (pasteurisation) du lait (fig. 21). On peut facilement en improviser un avec un vase quelconque (fig. 22).

Récemment j'ai fait construire par Wiesnegg, sur le modèle de l'appareil de désinfection de Vaillard et Besson (fig. 23 et 24), une étuve de moyen modèle, qui permet d'obtenir une stérilisation parfaite par circulation de vapeur sous pression.

Comme l'appareil de Vaillard et Besson elle se compose de

deux pièces séparables : le *fourneau*, adapté à tous les combustibles et formant un socle sur lequel repose l'étuve ; l'*étuve proprement dite*.

L'étuve en tôle d'acier galvanisée est constituée par deux cylindres concentriques, fermés à leur partie inférieure et distants l'un

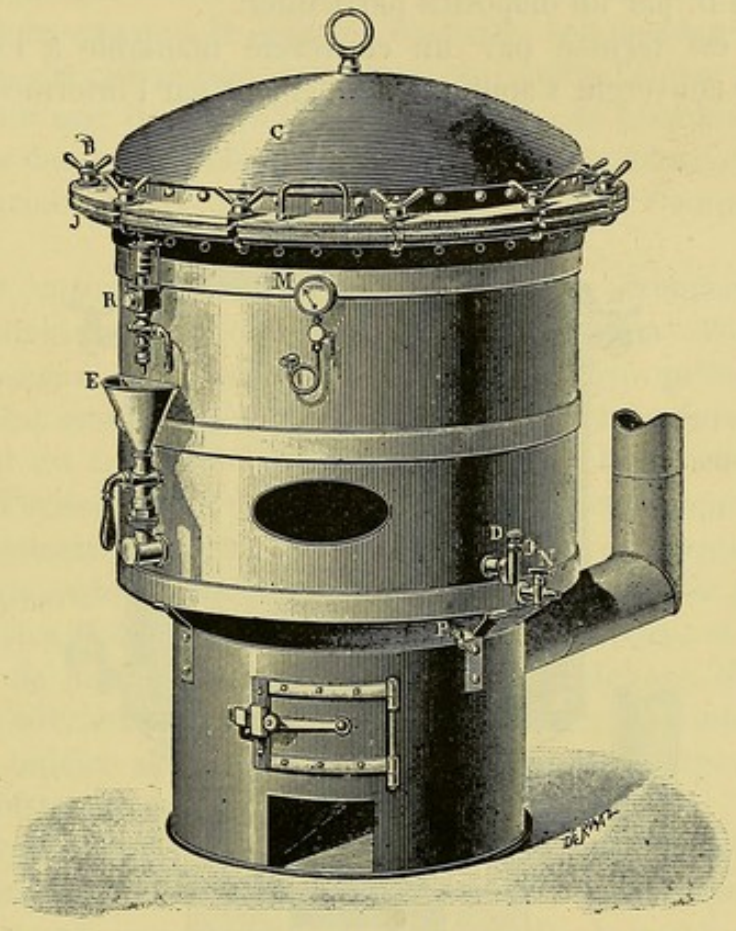


Fig. 23. — Autoclave, modèle de l'hôpital Broca (Construit par Wiesnegg).

de l'autre dans toute leur étendue ; le cylindre intérieur S reçoit les objets à désinfecter.

L'espace compris entre le fond de chaque cylindre représente la chaudière. Dans l'appareil de Vaillard et Besson l'eau y est introduite au moyen d'un entonnoir latéral à robinet E. Un robinet de niveau N marque la hauteur de l'eau nécessaire à chaque opération ; un deuxième robinet de jauge P, placé à un plan inférieur, sert à renseigner sur le niveau de l'eau au cours d'une opération prolongée. Dans le petit modèle que j'ai adopté, on met l'eau par le couvercle dans une ouverture plus large que les autres au moyen d'un entonnoir mobile. On verse de l'eau jusqu'à ce qu'elle sorte par un robinet placé à la partie inférieure.

Le fond du cylindre extérieur repose directement sur le fourneau ;

il est muni d'un bouchon fusible Q vissé dans la paroi. Le fond du cylindre intérieur s'appuie sur trois taquets. Il est percé à son milieu d'un orifice dans lequel s'engage une pièce en bronze K creusée d'un canal auquel fait suite un tube métallique V; ce tube parcourt le double fond qui constitue la chaudière et se termine au dehors, en D, par un dispositif particulier.

L'étuve est fermée par un couvercle maniable à l'aide d'une poulie. Ce couvercle s'applique exactement par l'intermédiaire d'un

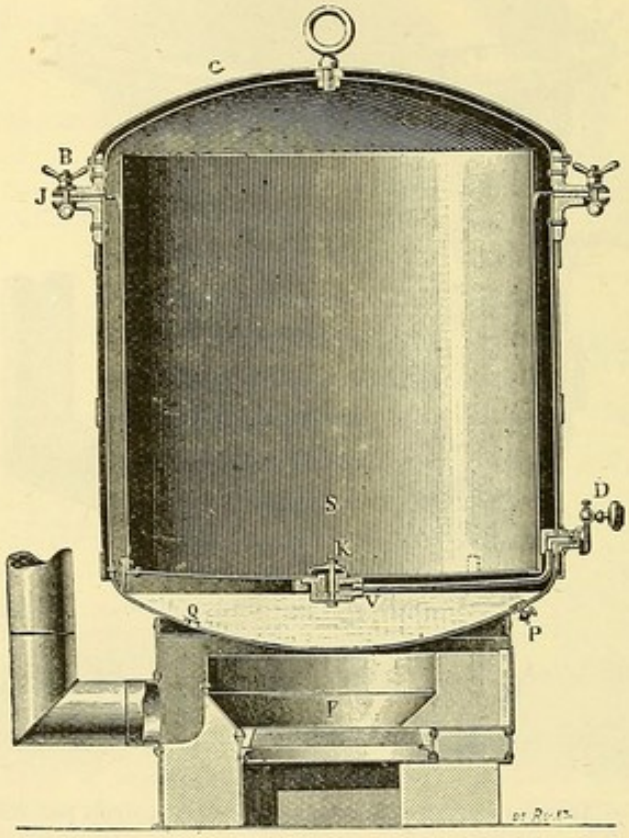


Fig. 24. — Coupe de l'appareil précédent.

joint en caoutchouc; le serrage s'effectue au moyen de boulons à oreilles.

Le cylindre extérieur est garni d'une enveloppe calorifuge recouverte d'une feuille de tôle. Cette paroi porte : 1° un manomètre M indiquant la température et la pression; 2° à la partie supérieure et en communication directe avec la chaudière, une prise de vapeur R portant à une de ses extrémités une soupape de sûreté et, à l'autre, un robinet de vapeur. Ce dernier établit et supprime à volonté la communication entre l'extérieur et l'espace limité par les deux cylindres.

La formule de l'étuve est fort simple. La chambre de désinfection est incluse dans la chaudière; le tout est hermétiquement clos par

le couvercle. La vapeur produite circule dans le manchon qui entoure le cylindre intérieur, aborde la chambre de désinfection par la partie supérieure, et, après l'avoir traversée de haut en bas, s'échappe par la partie inférieure, suivant le tube VD qui la conduit au dehors. L'orifice de sortie de la vapeur comporte un dispositif spécial qui permet : soit d'utiliser l'étuve pour la désinfection par un courant de vapeur à la pression normale; soit de réunir à volonté la pression à la circulation de vapeur; soit enfin d'élever cette pression jusqu'à une limite qu'il est impossible de franchir, ou de la régler pour des degrés inférieurs; (à la charge maxima, la pression se règle invariablement, automatiquement pour la température de 110-112°).

On peut encore désinfecter les instruments tranchants et les aiguilles par le *flambage* (lampe à alcool, bec Bunsen). Pour les bistouris et ciseaux, ce procédé ne peut être employé qu'en cas d'urgence : il est assez infidèle et détériore les instruments. Pour les aiguilles, il est très commode et plus sûr, vu leur petit volume; mais afin d'éviter de les détremper, on doit, aussitôt après le flambage, les plonger dans une solution antiseptique ou aseptique froide.

Je recommande à l'opérateur de ne jamais se servir que de ses propres instruments, qu'il aura lui-même désinfectés, et de ne pas se reposer de ce soin sur des aides venus du dehors. On ne peut guère être sûr, au point de vue antiseptique, des instruments d'emprunt. Or, mieux vaut un bistouri désinfecté qui coupe mal qu'un excellent bistouri susceptible de contaminer l'opérée.

Éponges.

J'ai complètement renoncé aux **éponges** pour la même raison. Il n'est pas toujours facile d'obtenir des éponges neuves parfaitement purifiées, et cela se conçoit, si l'on se rappelle le nombre de préparations qu'elles doivent avoir subies avant de mériter cette qualification[1]. Des éponges qui ont déjà servi demandent une purification

[1] F. Terrier. *Préparation des éponges pour les opérations intéressant l'abdomen* (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1886, p. 92.) — Marcel Baudouin. *L'asepsie et l'antisepsie à l'hôpital Bichat* (*Progrès méd.*, 1890, nos 5, 7, 9, 35 et 37). — F. Terrier. *De l'asepsie en Chirurgie* (*Rev. de Chir.* 1894, pp. 829 et 1057; et, 1895, p. 45).

Schimmelbusch (*loc. cit.*), partisan des compresses-éponges pour les opérations ordinaires, les emploie encore pour certaines opérations spéciales, en particulier pour faire la toilette du péritoine. Il indique le moyen suivant comme offrant une garantie suffisante au point de vue de la stérilisation des éponges. Celles-ci sont d'abord lavées à fond à l'eau froide, puis à l'eau chaude. On les exprime ensuite avec grand soin, soit dans un linge, soit mieux encore dans un sachet. Entre temps on a préparé et fait bouillir une solution de carbonate de soude à 1 pour 100; on y plonge les éponges incluses dans leur sachet. Mais, comme les éponges ne supportent pas l'ébullition, on a soin de retirer du feu la solution de carbonate de soude au moment où on les y plonge. Elles y séjournent pendant une demi-heure; puis on les exprime, on les lave à l'eau bouillie pour les débarrasser du carbonate de soude, et on les conserve dans une solution de sublimé à 1 pour 2000.

encore plus méticuleuse et offrent toujours moins de garanties, vu la nature septique des liquides dont elles ont pu être souillées. Elles sont donc à la fois infidèles et dispendieuses. Cette dernière considération, qu'on s'étonnera peut-être de trouver mentionnée, ne doit pas être, me semble-t-il, indifférente à l'hôpital. Enfin, il est fréquent de n'avoir à sa disposition, surtout loin des grands centres, que des éponges ou trop dures ou trop faciles à déchirer, d'un volume ou d'une forme incommode et peu maniable. Ayant été témoin, dans le service de Billroth, à Vienne, des avantages qu'offrent, dans les laparotomies, les *compresses-éponges aseptiques*, j'en ai adopté l'usage exclusif. Voici comment je les fais préparer :

Compresses-éponges.

On plie en plusieurs doubles un morceau de gaze[1] de manière à former des carrés de 30 centimètres de côté et composés de huit épaisseurs de gaze. On ourle exactement, à grands points, ces compresses sur tous leurs bords. Puis les compresses sont stérilisées à l'autoclave. Si l'on n'a pas cet appareil à sa disposition, on les fait cuire, pendant deux heures au moins, dans la solution de carbonate de soude à 10/1000. Ensuite, on les conserve dans une solution faible de sublimé; au moment de s'en servir, on les lave soigneusement dans l'eau chaude, stérilisée par le filtre et l'ébullition, et on les exprime.

Ces compresses-éponges constituent un agent absorbant très puissant et très commode, auquel on peut rapidement donner toutes les formes et toutes les dimensions, dont on peut coiffer le doigt pour pénétrer dans les cavités et les interstices, qu'on étale sur les intestins; elles offrent, en un mot, des avantages bien supérieurs à ceux des éponges. Pendant une opération, la même compresse peut à la rigueur servir plusieurs fois, à la condition d'avoir été lavée. Celles qui ont été souillées de liquides septiques sont seules immédiatement jetées. Après chaque opération, toutes sont détruites; leur prix de revient insignifiant légitime ce sacrifice, qu'on fait parfois trop difficilement pour les éponges[2].

Quant aux procédés antiseptiques qui font partie de l'opération elle-même, je me bornerai à une simple énumération, me réservant d'y revenir à propos de chaque opération en particulier. Je mentionnerai seulement ici ceux qui ont une importance spéciale.

[1] Cette gaze est une mousseline fine, sans apprêt, connue dans le commerce sous le nom de tarlatane à beurre.

[2] C'est en 1886 que, dans mon service hospitalier, je me suis, le premier à Paris, exclusivement servi, pour les laparotomies, de ces *compresses-éponges*, dont j'ai spécifié les avantages dans une communication faite à la Société de chirurgie le 19 octobre 1887.

a. **Toilette du péritoine.** — Les laparotomistes ont longtemps poussé à l'extrême le soin de débarrasser le péritoine de tout liquide épanché, de tout caillot de sang. On a exagéré le danger de ces résidus, qui peuvent parfaitement être résorbés, si on n'a pas détruit le pouvoir absorbant de la séreuse par des lavages ou des frottements intempestifs. On doit être très réservé dans cette toilette du péritoine[1], et tâcher le plus possible de l'éviter, en s'opposant à l'effusion du contenu des tumeurs. Si l'on n'a pu y parvenir, on fera un nettoyage très rapide avec des compresses-éponges. Il est démontré aujourd'hui que des liquides réputés très infectants, comme le contenu des kystes, le pus des pyo-salpinx anciens, sont beaucoup moins dangereux qu'on ne le croit communément.

Toilette et lavage du péritoine.

b. Les grands **lavages péritonéaux** à l'eau chaude stérilisée (à laquelle j'ajoute 6/1000 de chlorure de sodium) ont été préconisés par Lawson-Tait et sont surtout employés dans le cas où un liquide irritant ou infectant a pu contaminer la séreuse durant l'opération; mais il ne faut pas en user pour le nettoyage du sang, qui se fait très bien avec les compresses-éponges, S'il est, du reste, grave de laisser dans la cavité péritonéale la moindre goutte de pus ou la moindre parcelle septique, il n'en est pas de même de petits caillots qui sont facilement résorbés.

Lavages péritonéaux.

Les lavages à l'eau chaude ont une autre indication, que je me borne à indiquer, en passant. Il ont été vantés pour combattre la dépression excessive des opérées, le *shock*[2]. Polaillon[3] a signalé le danger des lavages trop chauds, portant sur la partie sus-ombilicale du péritoine dans le voisinage du plexus solaire; ils peuvent provoquer l'arrêt de la respiration et la syncope. Même ceux que l'on pratique dans le petit bassin seraient dangereux si l'on n'y procédait pas très rapidement et si l'on se servait d'un liquide autre qu'un liquide neutre dont l'absorption est indifférente. Enfin les expériences de Delbet[4] ont prouvé que ces lavages enlevaient momentanément au péritoine son pouvoir absorbant, circonstance dont on doit tenir grand compte, quand on craint un suintement consécutif; il sera donc souvent prudent de les faire suivre du drainage.

L'eau filtrée au filtre Chamberland peut encore contenir des mi-

(Cf. *Bull.* et *Mém. de la Soc. de Chir.*, t. XIII, p. 576). Leur emploi est, depuis, devenu presque général.

[1] Voir, sur ce sujet, la discussion à la Société obst. et gyn. de Berlin, 10 mai 1889. (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 24, p. 418).

[2] W. Gill Wylie. *Med. Record*. 19 mars 1887, t. XXXI, p. 313.

[3] Polaillon. *Sur un danger du lavage du péritoine*, etc. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 28 août 1888, 3e sér., t. XX, p. 327).

[4] Delbet. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 18 juin 1889, t. XXI. p. 869.

crobes, ainsi que l'a démontré Tripier[1], et l'ébullition simple, on le sait, ne tue que les germes et pas les spores. Certes, l'eau filtrée et bouillie a grandes chances d'être pure, et on peut s'en servir sans grandes craintes. Mais la sécurité absolue n'est permise que si on l'a portée à 120 degrés dans un autoclave.

Cautérisation des pédicules.

c. La **cautérisation** des surfaces sectionnées, pédicules, adhérences, a été faite avec un antiseptique comme la solution phéniquée forte, la teinture d'iode, l'iodoforme, ou avec le *cautère actuel*. Cette dernière manœuvre, inaugurée par Baker-Brown, est très répandue en Angleterre et en Allemagne. Je l'emploie d'une manière générale; elle est toujours utile, ou quand la surface de section est suspecte (comme dans certaines salpingotomies), ou quand elle est seulement épaisse et *succulente*. Je ne parle, bien entendu, ici, de la cautérisation que pour sa valeur antiseptique, qu'il importe de distinguer de son pouvoir hémostatique, si précieux dans les hémorrhagies en nappe. Le thermocautère Paquelin a remplacé pour nous le fer rouge de Baker-Brown. Pour ne pas se souiller les mains à son contact, on doit entourer le manche de l'instrument avec une compresse de gaze stérilisée.



Fig. 25. — Tube en verre pour la conservation de la soie ou du catgut stérilisés.

Préparation et conservation des matériaux de ligature et de suture. — Je ne saurais terminer ce qui a trait à l'antisepsie en gynécologie sans indiquer, en manière d'appendice, le mode de préparation et de conservation des principales espèces de fils qui servent soit à la ligature, soit à la suture.

Soie.

Soie. — La soie la plus tenace sous un petit volume est la soie tressée plate (on en fait douze numéros différents). On la stérilisera à l'étuve humide ou autoclave, en l'enroulant par petites quantités sur des bobines de verre. Si on n'a pas d'outillage suffisant, on la dispose en écheveaux très lâches (précaution capitale pour une désinfection égale et parfaite), puis on la cuit pendant une heure dans une solution phéniquée à 50/1000. On l'enroule ensuite sur des plaques de verre et on la met dans une solution fraîche, au même titre, qui doit être renouvelée tous les huit jours. On peut aussi la conserver sèche, par petites provisions superposées, séparées par des tampons d'ouate dans un gros tube de verre stérilisé (fig. 25). Ce procédé a

[1] Tripier. *De la stérilisation de l'eau destinée au pansement des plaies* (*Progrès méd.* 14 juill. 1888, t. VIII, p. 18).

l'avantage de permettre l'utilisation successive de petites quantités de soie sans toucher à l'ensemble de la provision.

Schimmelbusch a fait construire une petite boîte dans laquelle la soie est stérilisée et conservée (fig. 26). Cette boîte porte un couvercle à charnière et une paroi latérale que l'on peut rabattre. La soie est enroulée sur de petits tambours métalliques formés de quatre tiges parallèles réunies à leurs extrémités par deux disques percés de trous. De cette façon, la vapeur peut facilement porter son action stérilisatrice sur toute la soie. Chacun de ces tambours est mobile autour de tiges soudées à la boîte. Une plaque fixe et percée de trous pour laisser passer les fils protège la soie contre toute infection. Pour la stérilisation on ouvre la boîte et on la place dans l'étuve à vapeur[1].

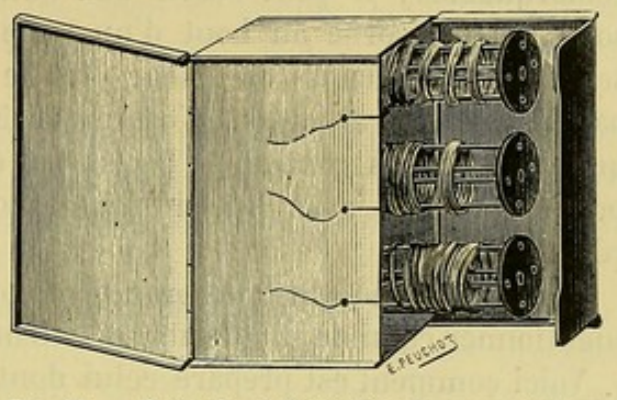


Fig. 26. — Boîte de Schimmelbusch, pour stériliser et conserver la soie.

Catgut. — On trouve chez les fabricants quatre numéros de catgut. Le mode de préparation qui me paraît donner les meilleurs résultats est la préparation **à l'essence de bois de genévrier** (*oleum ligni juniperi*), qu'il ne faut pas confondre avec l'huile de baies de genévrier[2]. Dans mon service, le catgut est d'abord dégraissé soigneusement à l'éther, puis stérilisé dans l'étuve sèche à 110 degrés durant une heure[3]. Il est ensuite trempé dans une solution de sublimé à 1/1000, puis maintenu dans l'essence *oleum juniperi* durant plusieurs semaines; il en est ensuite retiré et il est conservé dans l'alcool rectifié, additionné d'un dixième d'essence de genévrier[4]. Catgut.

[1] Forgues (de Montpellier) a plus tard fait construire une boîte analogue (*Mercr. Méd.*, 1893, p. 13).

[2] Elle a été d'abord préconisée par Thiersch et adoptée ensuite par Küster, Schröder, Martin, Hofmeier, etc. Kocher s'est assuré expérimentalement que cette huile stérilise la corde à violon en vingt-quatre heures (Troisfontaines, *Manuel d'antisepsie chirurg.*, p. 100). Ce même chirurgien a pourtant tout récemment attaqué le catgut, qu'il a rendu responsable d'accidents septiques survenus dans son service, ce qui l'a conduit à en proscrire l'emploi. Il paraît probable que Kocher a eu le malheur de se servir de mauvais catgut. (Kocher, *Correspond. f. Schweiz. Aerzte*, 1888, n° 1, p. 3.) Son opinion a été vivement combattue par Zweifel, *Die Stielbehandlung*, etc., p. 51, et J.-L. Championnière, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1888, p. 51.

[3] Aug. Reverdin, *Recherches sur la stérilisation du catgut.* (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1888, n°s 6, 7 et 9, p. 348, etc.)— Benckiser. *Ueber steril. Katgut.* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 31, p. 546). Benckiser, qui a adopté le procédé de désinfection par la chaleur, enferme ses rouleaux de catgut dans des enveloppes, par petites quantités, avant de les placer dans l'étuve, et ne déchire ensuite l'enveloppe qu'au moment de s'en servir.

[4] Martin emploie un procédé un peu différent : enroulement du catgut sur des plaques

Les avantages du *catgut au genièvre* sont considérables; il est très supérieur à celui qu'on emploie plus communément et qui est désinfecté par l'huile phéniquée. Sa ténacité et sa flexibilité sont remarquables; il peut servir aux sutures perdues, car il se dissout et se résorbe au bout d'un temps proportionnel à sa grosseur, ce dont chaque opérateur doit se rendre exactement compte par des essais attentifs. C'est grâce à cet ensemble de qualités que les sutures continues en surjet et à étages superposés ont pu être tentées avec un si grand succès et donner de si beaux résultats.

Après avoir indiqué mon procédé de préparation du catgut je dois mentionner celui de divers autres chirurgiens.

Voici comment est préparé celui dont on se sert à la clinique de Bergmann [1].

On le plonge durant 10 à 14 jours dans la solution suivante :

Sublimé	4	grammes.
Esprit-de-vin	800	—
Eau distillée	200	—

Cette solution est de temps en temps renouvelée; puis, pour être conservé, le catgut est placé dans la suivante :

Sublimé	1	gramme.
Esprit-de-vin	800	grammes.
Eau distillée	200	—

J.-L. Championnière, à l'instar de Lister, fait macérer le catgut dans ce mélange :

Acide phénique cristallisé	20	grammes.
Eau	2	—
Huile d'olives	100	—

On fait fondre dans l'eau l'acide phénique, puis on émulsionne l'huile, en agitant vigoureusement. Il faut cinq ou six mois de macération pour arriver à obtenir ainsi un bon catgut, encore est-il toujours huileux et d'un maniement désagréable.

Mikulicz a indiqué le mode de préparation suivant : le catgut est

de verre, immersion dans la solution de sublimé au millième durant six heures; le catgut est ensuite retiré, pressé dans une serviette, séché et placé dans un mélange de deux parties d'alcool et d'une partie d'*oleum juniperi*. On peut l'employer après un délai de six jours. Durant l'opération, la quantité qui doit vraisemblablement être utilisée est tenue dans un bassin plein d'une solution antiseptique quelconque. A la *Frauenklinik* de Berlin, on laisse séjourner le catgut vingt-quatre heures dans l'essence de genévrier, puis vingt-quatre heures dans la glycérine, après quoi on le met dans l'alcool absolu, additionné d'une très petite quantité d'essence.

[1] Voir F. Bramann. *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, Bd. XXXVI, p. 73.

d'abord plongé durant 48 heures dans la glycérine phéniquée à 10 pour 100, puis pendant 5 heures dans la solution d'**acide chromique** à 1/2 pour 100, et enfin conservé dans l'alcool absolu[1]. De cette façon on transforme le catgut en un agent de suture remarquablement résistant et tenace : aussi Léopold l'a-t-il adopté pour l'opération césarienne.

Döderlein[2] recommande un mode de préparation un peu différent. Il plonge le catgut pendant dix minutes dans une solution d'acide chromique à 1/1000, le fait sécher, et le stérilise pendant deux heures dans une étuve à 150°[3].

Nous pourrions citer encore les procédés de Braatz, de Bunner, de Partridge, de Clinton Cushing, etc..., qui sont tous des procédés de désinfection chimique. Répin[4] stérilise le catgut dans la vapeur d'alcool anhydre à 120° pendant une heure, et le conserve dans des tubes fermés à la lampe contenant quelques centimètres cubes de bouillon stérilisé. Ce procédé de conservation sert de contrôle et de garantie; si, en effet, la stérilisation du catgut n'a pas été complète, le bouillon ne tarde pas à devenir trouble.

Fils d'argent, crins.

Fils d'argent, crins de Florence — Ils doivent être conservés dans l'alcool rectifié, après avoir été chauffés une heure à 120° dans l'étuve sèche.

Drains.

Cordons et tubes pour la ligature élastique. Tubes à drainage. — On obtient leur pureté relative, en les soumettant à l'ébullition dans la solution de sublimé à 1 pour 1000, durant 20 minutes; on les conserve ensuite dans l'eau phéniquée forte ou la même solution de sublimé, contenue dans des bocaux bien bouchés à l'émeri[5]. Mais il est préférable de les stériliser dans l'autoclave ou l'étuve, pendant une heure, à 110°. On doit avoir soin d'isoler chacun des objets de caoutchouc, dans des compresses de gaze, pour éviter leur agglutination.

[1] H. Thomson (de Dorpat). *Experimentelle Untersuchungen über die gebraüchlichsten Nahtmaterialien bei intraperitonealen Operationen.* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 24, p. 409.)

[2] Döderlein. *Resorbirbares Chromsäurekatgut* (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 30, p. 534).

[3] Voir aussi E. Kammeyer. *Ueber Sterilisation von Katgut nebst Beiträge zu deren Geschichte.* Dissert. inaug., Berlin, 1890.

[4] P. Répin. *Méthode nouvelle de stérilisation et de conservation du catgut.* (*Arch. prov. de Chir.* 1894. t. III. p. 372.)

[5] M. Baudouin (*L'asepsie en chirurgie*, in *Gaz. des Hôp.*, 29 août 1891, n° 100, p. 935) recommande une solution de sublimé à 1 pour 100 et plusieurs ébullitions successives.

CHAPITRE II

DE L'ANESTHÉSIE EN GYNÉCOLOGIE

Anesthésie locale : froid, cocaïne. — Suggestion. — Anesthésie générale. Anesthésie comme moyen d'exploration. Éther. Chloroforme. Anesthésie mixte. Anesthésie prolongée; accidents. État des reins. État du cœur. Contre-indications. Technique générale. Traitement des accidents.

Anesthésie locale.

L'**anesthésie locale** peut être souvent utilisée, avec des procédés divers, suivant qu'on opère sur la peau ou sur la muqueuse.

Froid.

Pour une incision ou une dissection rapide, on peut employer la **réfrigération**, avec un mélange de glace pilée et de sel. Il faut se hâter de saisir le moment où la peau blanchit et ne pas prolonger l'action du froid, si l'on ne veut pas s'exposer à des phlyctènes ou même à des eschares. Un moyen commode est la pulvérisation d'éther avec l'appareil de Richardson : il est trop connu pour que j'y insiste. Il a l'inconvénient d'être lent et de proscrire l'emploi du thermocautère : aussi divers auteurs à l'étranger, et en France Terrillon[1], avaient-ils proposé de le remplacer par des pulvérisations de bromure d'éthyle non inflammable; celui-ci offre d'autres inconvénients qui ont empêché son emploi de se généraliser.

Récemment, Redard[2] a vanté les bons effets du chlorure d'éthyle, également employé en pulvérisation. Ce liquide, dont le point de vaporisation est à $+10^{0}$ centigrades, est d'un emploi commode dans la pratique. On le conserve dans de petites ampoules, terminées par un bec effilé et renfermant 10 grammes de chlorure d'éthyle. Pour s'en servir, on brise le bec de l'ampoule, et il suffit de la chaleur de la main pour amener la vaporisation du chlorure d'éthyle qui s'échappe en mince jet.

Cocaïne.

La **cocaïne** peut être employée même pour l'anesthésie de la peau. Wölfler[3] a montré qu'une **injection hypodermique** d'une demi-seringue de Pravaz, contenant une solution à 5 pour 100, suffit pour obtenir, au bout de cinq minutes, une anesthésie qui dure vingt à vingt-

[1] O. Terrillon. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1880, p. 198, 213, 221, 261.

[2] Redard. *Nouvelle méthode d'anesthésie locale par le chlorure d'éthyle.* (*C. R. du Congrès franç. de Chir.*, Paris, 1890, p. 451.)

[3] Wölfler. *Ueber die anästhesirende Wirkung der subcutanen Cocaïn-Injektionen.* (*Wien. med. Woch.*, 1885, n° 50, p. 1551.)

cinq minutes. La zone anesthésique s'étend sur une surface de 2 à 3 centimètres, et il existe une seconde zone de demi-anesthésie, tout autour sur une même étendue, ce qui porte à 4 ou 6 centimètres carrés la surface où l'on peut opérer sans douleur, et cela pendant quinze à vingt minutes. C'est plus qu'il n'en faut pour ouvrir un abcès ou extirper une petite tumeur[1].

Si l'on agit sur une surface muqueuse, un **badigeonnage** à la solution au dixième est préférable. On obtient ainsi une anesthésie qu'on peut facilement prolonger par des badigeonnages répétés, durant le temps nécessaire à une opération d'Emmet, une amputation du col, ainsi que j'ai pu m'en assurer par ma propre expérience. La surface muqueuse, ainsi anesthésiée, paraît aux malades s'être changée « en bois », selon leur expression.

Je suis assuré que si l'on pouvait vaincre la pusillanimité des sujets dont l'anesthésie générale désarme beaucoup plus facilement les appréhensions, le champ de l'anesthésie locale en gynécologie serait considérablement étendu[2]. Daniel Lewis (de New-York)[3] a pu amputer sans douleur, après injection de cocaïne, le sein d'une femme de soixante-dix-huit ans, chez laquelle l'existence d'un souffle cardiaque avait fait redouter l'anesthésie générale. J'ai amputé de la même façon un doigt à une jeune femme qui refusait absolument de se laisser endormir. Quelques chirurgiens, tels que Schleich[4], Roux (de Lausanne)[5] et Reclus[6] ont pu pratiquer des laparotomies, sans avoir recours à l'anesthésie générale; ils ont, disent-ils, obtenu une insensibilité suffisante par la simple injection de cocaïne dans le derme et le tissu cellulaire sous-cutané. Je ne crois pas qu'on doive imiter ces exemples. Largeau (de Niort)[7] a été plus loin encore : il a fait trois ovariotomies et une hystérectomie abdominale sans anesthésie d'aucune sorte.

Il faut noter, pour la vérifier, l'observation de Hanks[8], qui accuse

[1] Au lieu de faire l'injection *sous* la peau, il est préférable de la faire dans son épaisseur, *endermique* plutôt qu'hypodermique. — Schleich, *Die kombinirte Æther-Kokaïn Anæsthesie* (*Deutsche Med. Zeit.* 1891, n° 44) associe les pulvérisations d'éther à la cocaïne en solution à 1 pour 100.

[2] Fränkel. *Ueber Cocaïn als Mittel zur Anästhesirung der Genital-Schleimhaut.* (*Centr. f. Gyn.*, 1884, p. 777.) — *Ueber Localanästh. bei der Perineoplastik durch subcutan. Cocaïn-Injektionen* (*Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 25, p. 392). — Humiston. *The uses of cocaïne in gynæcological surgery.* (*The Times and Registrar*, 1891, p. 409.) — Rossier. *Ueber Kokaïnanwendung bei Mastitis-operationen und bei Dammplastik.* (*Corresp. Blatt. für schweiz. Arzte*, 1891.)

[3] Daniel Lewis. *Med. Record*, 4 juin 1887, t. XXXI, p. 634.

[4] Schleich. *Drei Laparotomien ohne Chloroformnarkose unter Anwendung der lokal combinirten Æther-Kokaïnästhesie.* (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1891, n° 35.)

[5] Roux. (*Loc. cit*).

[6] Reclus. *Bulletin médical*, 5 mars 1893.

[7] Largeau. *Congrès français de chirurgie*, 1893, p. 816.

[8] H. T. Hanks. Obstetr. Soc. of New-York. (*Amer. Journ. of Obst.*, 1888, t. XXI, p. 345.

les badigeonnages de cocaïne d'avoir un mauvais effet pour la réunion dans les opérations plastiques. Cela ne serait-il pas dû, dans les cas cités par le chirurgien américain, à ce qu'il a badigeonné la plaie avec une solution de cocaïne qui peut-être n'était pas stérile? On doit pour les solutions se servir d'eau distillée, puis bouillie, et y ajouter même quelques gouttes de liqueur de van Swieten[1].

Toutefois, il faut user avec modération de ces injections et se souvenir que quelques accidents sont survenus à la suite de leur emploi. Dudley[2] a rapporté à la Société obstétricale de New-York trois cas où l'injection hypodermique de cocaïne a été suivie de symptômes alarmants. Dans deux cas il avait injecté une solution dans le col, avant le curettage de l'utérus, et dans le troisième à la marge de l'anus, avant l'ablation d'une végétation syphilitique : il s'était servi d'une solution au dixième et en avait injecté environ 15 *minimes*, c'est-à-dire 1 gramme. L'une des malades s'évanouit; toutes furent très déprimées. Emmet a vu les mêmes accidents. On a observé la perte de connaissance, après injection hypodermique de six gouttes de chlorhydrate de cocaïne à 20 pour 100, équivalant à 6 centigrammes de principe actif[3]. Des accidents très graves, vomissements, adynamie, ralentissement de la respiration, énorme accélération du pouls, sont survenus après une injection semblable de 1 grain anglais (65 milligrammes) faite sur lui-même par le docteur B.-J. Howel[4], dans un but d'expérimentation physiologique. Lorenz[5] a observé des accidents avec des doses encore moins considérables; il a suffi de 2, 1, et même 3/4 de centigramme de cocaïne injectés dans le col de l'utérus pour amener des symptômes qui, s'ils n'avaient rien d'alarmant, indiquaient néanmoins une intoxication manifeste. Il ne paraît pas prudent de dépasser la dose de 5 centigrammes, soit vingt gouttes (environ 1 gramme) d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 pour 100. Reclus[6], qui allait autrefois jusqu'à 20 centigrammes, ne dépasse plus aujourd'hui 10 à 15 centigrammes; il recommande de toujours employer une solution très diluée (1 pour 100)[7].

[1] Bousquet (de Clermont-Ferrand) (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* Séance du 16 avril 1890) aurait également vu, dans deux cas, la réunion primitive manquer totalement, et cependant, dit-il, toutes les précautions antiseptiques avaient été prises. Il attribue ce manque de réunion à des troubles trophiques locaux déterminés par la cocaïne.

[2] Dudley. Soc. obst. de New-York. (*Amer. Journ. of Obst.*, 1888, t. XXI, p. 515.)

[3] Schilling. *Gaz. méd. de Paris*, 24 avril 1886, p. 198.

[4] J.-B. Howel. *Med. News*, 1882, p. 487.

[5] Lorenz. *Drei Fälle von Cocainintoxication.* (*Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 51, p. 1033).

[6] Reclus et Wall. *La cocaïne en chirurgie courante.* (*Revue de chir.*, fév. 1889, p. 149.) — Delbosc. *De la cocaïne.* Thèse de Paris 1889. — Roux (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1889, p. 55) s'élève, à juste titre, contre cette exagération. Il insiste sur la sensibilité spéciale de certains sujets; il a vu des accidents tétaniformes survenir à la suite d'une injection de 5 1/2 centigrammes.

[7] P. Reclus. *L'anesthésie par la cocaïne.* (*Gaz. des Hôp.*, 3 fév. 1891, n° 15, p. 133.) —

Il est bien difficile de ne pas considérer comme des exceptions, résultant soit d'une erreur de dosage, soit d'une idiosyncrasie, les accidents imputés à des injections excessivement faibles. Ainsi, Hallopeau a publié un cas de cocaïnisme aigu à forme prolongée, consécutif à l'injection intra-gingivale d'environ 8 milligrammes de cocaïne. Aux accidents aigus ont succédé des troubles fonctionnels qui ont atteint leur maximum d'intensité un mois après l'injection et n'ont disparu qu'au bout de deux mois et demi. Hallopeau a recueilli deux autres cas analogues[1].

De pareils faits ne devraient pas suffire à faire rejeter ou redouter un excellent moyen d'anesthésie locale : ils invitent seulement à le manier avec prudence.

Irrigation continue.

L'**irrigation continue**, qui est d'un si grand secours au point de vue de la commodité opératoire et de l'antisepsie, est aussi un modérateur remarquable de la douleur, surtout lorsqu'elle est faite avec une solution même faiblement phéniquée (1 pour 100).

Suggestion.

Enfin, chez les femmes hystériques ou très nerveuses il est possible d'obtenir parfois une anesthésie suffisante par la **suggestion hypnotique**[2]. Je signale ce fait plutôt comme curiosité pathologique; cependant j'ai pu, à l'hôpital Broca, pratiquer plusieurs fois le curettage sans douleurs, en *suggérant* à la malade qu'elle ne souffrirait pas, et sans qu'il fût besoin pour cela de l'*endormir*. Geyl[3] (de Dordrecht) a pu, dans ces conditions, exciser un rectum procident et amputer un col de l'utérus; l'anesthésie, sous l'influence hypnotique, avait duré deux heures, dans le premier cas, et plus d'une heure dans le second. Mesnet[4] a communiqué à l'Académie de médecine l'observation d'une cystocèle vaginale, opérée sans douleur dans les mêmes circonstances.

Anesthésie générale.

L'**anesthésie générale** est indispensable pour les grandes opérations; elle peut être employée même dans les plus petites interventions, quand elle est convenablement surveillée. Ainsi j'endors ordinairement les femmes pour le curettage de l'utérus.

Enfin, il est indispensable d'anesthésier les malades pour tout

La cocaïne en chirurgie. Paris, 1895. — Dans un bon travail sur la cocaïne et ses dangers. P. Mannheim. *Ueber das Cocaïn und seine Gefahren* (*Zeitschr. f. klin. Med.*, Bd. XVIII, Hft. 3-4), a réuni 200 observations d'accidents provoqués par la cocaïne. La dose maxima qui ait pu être supportée est de 1 gr. 25; la dose minima qui ait provoqué la mort est de 0 gr. 25. Aussi l'auteur conseille-t-il d'employer comme dose moyenne 2 centigrammes.

[1] H. Hallopeau. *Sur une forme prolongée de cocaïnisme aigu.* (*Bull. gén. de thérapeut.*, 15 juin 1891, p. 481.)

[2] Guinon. *Raclage de l'utérus sous le sommeil hypnotique.* (*Gaz. méd. de Paris*, 16 avril 1887, p. 181.)

[3] Geyl. *Ueber scheinbare Wirkung des Cocaïn.* (*Arch. für Gyn.*, 1887. Bd. XXXI, Heft 3, p. 380.)

[4] Mesnet. *Bull. de l'Acad. de méd.*, juill. 1889, t. XXII, p. 92.

Anesthésie comme moyen d'exploration.

examen relatif aux organes abdominaux, qui offre des difficultés de diagnostic. L'**exploration** est considérablement facilitée par suite de la flaccidité des parois abdominales et de l'absence d'actions réflexes, sous l'influence de la douleur. Cette anesthésie exploratrice doit être de règle, avant un grand nombre d'interventions; il est souvent impossible, sans elle, d'obtenir des notions suffisantes sur l'état des annexes de l'utérus dans les cas d'inflammation de ces organes. On la pratiquera de préférence, immédiatement avant l'intervention.

Éther.

L'**éther**, préconisé à l'étranger par Lawson-Tait, Keith et nombre de chirurgiens[1], en France, par l'École de Lyon, a été l'objet de nouvelles études à Paris en ces derniers temps[2]. On a accusé cet agent d'avoir une action destructive sur l'épithélium rénal, ce qui en rendrait l'emploi dangereux, toutes les fois que les reins peuvent être plus ou moins atteints, comme cela a lieu si fréquemment dans les tumeurs abdominales. Lee, Dudley, Freeman, Talbot, etc. ont cité des cas de ce genre[3]. Pour ma part, je n'abandonne pas le chloroforme qui me semble le meilleur des anesthésiques pourvu qu'il soit bien donné. Les deux principaux reproches que je ferais à l'éther sont d'une part d'irriter les bronches et d'autre part de ne pouvoir être manié en présence d'un foyer incandescent : en outre il faut toujours en donner d'assez grandes quantités, ce qui en rend l'approvisionnement difficile.

Beaucoup de laparotomistes allemands emploient un mélange de chloroforme et d'alcool; l'anesthésie serait ainsi plus régulière et les vomissements moins fréquents.

Le *pental* ou triméthyléthylène, dont les propriétés anesthésiques ont été révélées récemment par von Mering, a été expérimenté par plusieurs chirurgiens[4]. Son action serait extrêmement rapide; il aurait rendu de grands services dans les opérations de courte durée et dans des cas où le chloroforme avait été mal supporté. Cependant Brener et Philip l'ont employé avec succès dans des opérations qui ont dépassé une demi-heure. Les nausées et les vomissements post-

[1] P. Silex (*Ueber die Aethernarkose*, in *Berlin. klin. Woch.*, 1890, n° 8) a relaté 2500 cas où l'éther avait été employé; il n'y eut pas un seul décès. Voir aussi : P. Bruns, *Zur Aethernarkose* (*Berl. Klin. Woch.*, 1894, n° 51), et O. Heusler, *Erfahrungen bei* 2000 *Aethernarkosen* (*Deut. med. Wosch.*, 1894, n° 38).

[2] Le Dentu, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1894, p. 422. — Voir aussi la discussion récente in *Bull. Soc. Chir.*, mai et juin 1895.

[3] Lee, etc. Soc. obstét. de New-York, 21 fév. 1888 (*Amer. Journ. of Obst.* 1888, t. XXI. p. 410).

[4] Hollænder. *Das Pental als Anästheticum* (*Therap. Monatsh.*, octobre 1891). — Von Rogner. *Das Pental in der chirurgischen Praxis* (*Wien. med. Presse*, 1891, n° 51). — Hägler. *Ueber Pental* (*Correspondenz-Blatt für Schweiz. Aerzte*, 1892, n° 6). — Brener. *Ueber Pentalnarkose* (*Wien. ktin. Wochenschr.*, 1892, n° 2). — Paul-Philip. *Ueber Pentalnarcose in der Chirurgie* (*Arch. für klin. Chir.* t. XLV, fasc. 1er).

anesthésiques firent complètement défaut. Les accidents seraient extrêmement rares ; ils ont été observés néanmoins[1].

En Italie, plusieurs chirurgiens, parmi lesquels Nanzetti, Morisani, Bianchi, préconisent les avantages *du bichlorure de méthylène.*

Pour les opérations de courte durée, on a cherché tout récemment, surtout en Allemagne, à réhabiliter le *bromure d'éthyle*[2]. Les chirurgiens qui y ont eu recours s'en déclarent satisfaits. L'anesthésie est très rapide; la période d'excitation n'existe pas; enfin tous les phénomènes, qui rendent la période post-anesthésique si pénible pour la malade après l'emploi du chloroforme, font complètement défaut. Malheureusement l'anesthésie obtenue par cet agent est de fort courte durée; celle-ci ne dépasse pas cinq minutes, ce qui restreint beaucoup son emploi en gynécologie. La technique est fort simple. On verse d'emblée sur le masque ou sur une compresse toute la quantité d'anesthésique à employer (10 à 15 grammes pour un adulte) et on applique le masque ou la compresse sur la face du malade de façon à empêcher tout accès de l'air.

Chloroforme.

En France, le **chloroforme** reste l'anesthésique de choix et les règles de son emploi sont suffisamment bien connues pour que je n'aie pas besoin d'insister. On doit toujours en vérifier la pureté, surtout quand l'anesthésie doit être de longue durée[3].

Anesthésie mixte.

Quand l'opération doit avoir quelque durée, et pour les sujets particulièrement nerveux et excitables, j'ai pendant longtemps, avant de commencer l'administration du chloroforme, fait une injection hypodermique de 1 centimètre cube (soit 25 ou 30 gouttes) de la solution suivante :

Eau distillée	10 grammes.
Chlorhydrate de morphine.	10 centigrammes.
Sulfate d'atropine.	5 milligrammes.

Après un accident grave, j'ai renoncé à cette méthode[4].

[1] E. Gurlt. *Zur Narkotisirungs-Statistik* (*Arch. für klin. Chir.*, t. XLV, fasc. 1er).

[2] Eschricht. *Die Bromäthylnarcose* (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1889, n° 31). — Kocher. *Ueber combinirte Chloroform-Aethernarcose-Nachtrag* (*Correspondenz-Blatt für Schweiz. Aerzte*, 1890). — Von Ziewracki. *Bromäthyl in der Chirurgie* (*Arch. für klin. Chir.*, t. XLII, fasc. 4). — Gilles. *Ueber Bromäthylnarcosen* (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1892, nos 8 et 9). — Gleich. *Bromäthylnarcosen* (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1891, n° 58).

[3] R. Dubois-Reymond, *Ist unreines Chloroform schädlich?* (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1891, n° 53) a fait des expériences sur les animaux et arrive à cette conclusion que l'impureté du chloroforme joue certainement un rôle dans la production des accidents causés par cet anesthésique.

[4] Ce procédé d'anesthésie mixte (procédé de Dastre et Morat) est destiné à éviter les seuls *accidents* véritables de la chloroformisation, la syncope laryngo-réflexe et surtout la *syncope secondaire*, contre laquelle le chirurgien est désarmé. Il évite en même temps l'agitation du début, diminue les nausées, ménage considérablement la consommation du chloroforme et par conséquent les dangers d'intoxication anesthésique ultime, dans les opérations de longue durée. Les diverses questions théoriques et pratiques qu'a soulevées son emploi sont discutées dans les deux communications suivantes : *Sur un*

Kocher[1], Poitou-Duplessis[2], Terrier[3] et Segond[4] préconisent un autre procédé d'anesthésie mixte qui offrirait de grands avantages. Il consiste à administrer d'abord du bromure d'éthyle: puis, dès que l'insensibilité est obtenue, on l'entretient avec le chloroforme (Poitou-Duplessis, Terrier, Segond) ou avec l'éther (Kocher). L'insensibilité complète est ainsi rapidement obtenue, ce qui épargne au chirurgien une perte de temps parfois considérable; on évite au malade les dangers de la période d'agitation, au début de l'anesthésie par le chloroforme; enfin ce mode d'anesthésie permet de n'employer que de très petites quantités de chloroforme, même pour les opérations les plus longues.

Les malades sont endormies dans leur lit et transportées à l'amphithéâtre sur un chariot (fig. 27); on leur évite ainsi facilement

procédé d'anesthésie (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 7e série, 7 avril 1883, t. V, p. 242; — *Sur le procédé de MM. Dastre et Morat; anesthésie mixte par la morphine, l'atropine et le chloroforme* (*C. R. Soc. Biol.*, 14 avril 1883, t. V., p. 259. — Voir aussi les discussions dont elles ont été l'objet de la part de MM. François-Franck, Poncet, Brown-Séquard, Paul Bert, Aubert.

Voir aussi F. Reeve. *Advantages of mixed narcosis in gynecological surgery* (*Amer. Journ. of Obst.*, t. XXIV, 1891, p. 1210).

Mon savant ami le professeur Dastre m'a déclaré que dans ses expériences de laboratoire, avant l'emploi de ce procédé, il perdait un animal (chien) sur quatre, soumis à l'anesthésie. Depuis dix années (1879-1889) qu'il l'a appliqué à des centaines d'animaux, il n'en a pas perdu *un seul*, et cet avantage se joint à la commodité et l'innocuité.

Ce procédé est passé dans la pratique chirurgicale. Aubert, chirurgien en chef de l'Antiquaille à Lyon, l'emploie exclusivement. Il a rendu compte de ses avantages (*C. R. Soc. Biol.* 21 avril 1883, p. 282) en ces termes : « Je ne connais actuellement rien de préférable ni de plus pratique. Les avantages de ce mode sont les suivants : 1° la sécurité; 2° la rapidité plus grande avec laquelle on obtient le sommeil; 3° le calme absolu du malade; 4° la facilité du réveil; 5° la simplicité des suites, au point de vue des malaises et des vomissements ultérieurs. Quelques-uns de mes collègues de Lyon, et particulièrement les professeurs Gayet et Léon Tripier, ont, à mon instigation, employé le même mode d'anesthésie. Le nombre des cas s'élève aujourd'hui (1887) à plusieurs milliers sans aucun accident. » Ce procédé dérive de l'emploi combiné de la morphine et du chloroforme, fait expérimentalement pour la première fois par Cl. Bernard, en 1864, et en chirurgie (1873) par Nussbaum (de Munich). Ces recherches furent poursuivies, en France, par Guilbert, de Saint-Brieuc (1870), Labbé et Goujon (1872). L'emploi combiné du chloral et du chloroforme avait été tenté, chez les alcooliques, par le Dr Forné (1874) et le Dr Dubois. Le professeur Trélat a aussi associé le chloral à la morphine dans un but anesthésique, pour les opérations qui n'exigeaient que l'engourdissement (4 grammes d'hydrate de chloral et 40 grammes de sirop de morphine du Codex dans 120 grammes d'eau, à prendre en deux fois, 3/4 d'heure avant l'opération, à un quart d'heure d'intervalle). Enfin on a associé l'alcool au chloroforme et à l'éther (Dubois 1876), surtout dans les cas d'alcoolisme. — Consulter : Dastre, *Etude critique des travaux récents sur les anesthésiques* (*Revue des sciences méd.*, 1881, t. XVII, p. 383; — *Les Anesthésiques*, Paris, 1890. — E. Bidot. *Des procédés mixtes en anesthésie*, etc. *Thèse de Paris* 1887.

Voir encore sur la technique de l'anesthésie : J.-V. Laborde. *Les accidents de la chloroformisation*, etc. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 2 juin 1891) et Discussion (*Ibid.*, 9 juin 1891). M. Baudoin. *Un nouveau mode d'anesthésie : de la chloroformisation à doses faibles et continues.* (*Gaz. des Hôp.*, 1890, nos 63 et 68). J'emploie, depuis longtemps, cette excellente méthode.

[1] Kocher, *loc. cit.*

[2] Poitou-Duplessis. *Soc. obstét. et gynécol. de Paris* (séance du 14 avril 1892).

[3] Terrier. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 19 octobre 1892.

[4] P. Segond *Ibid.*, 1894, p. 391.

l'émotion que produit la vue des préparatifs chirurgicaux, et l'on rend les débuts de l'anesthésie beaucoup moins pénibles.

Anesthésie prolongée; accidents.

Il faut toujours se souvenir que la **prolongation de l'anesthésie** est chose grave[1]. Elle est grave pour le système nerveux, elle l'est par son action sur les reins. Beaucoup de cas publiés sous la rubrique de **shock** reconnaissent sûrement, comme une des causes importantes

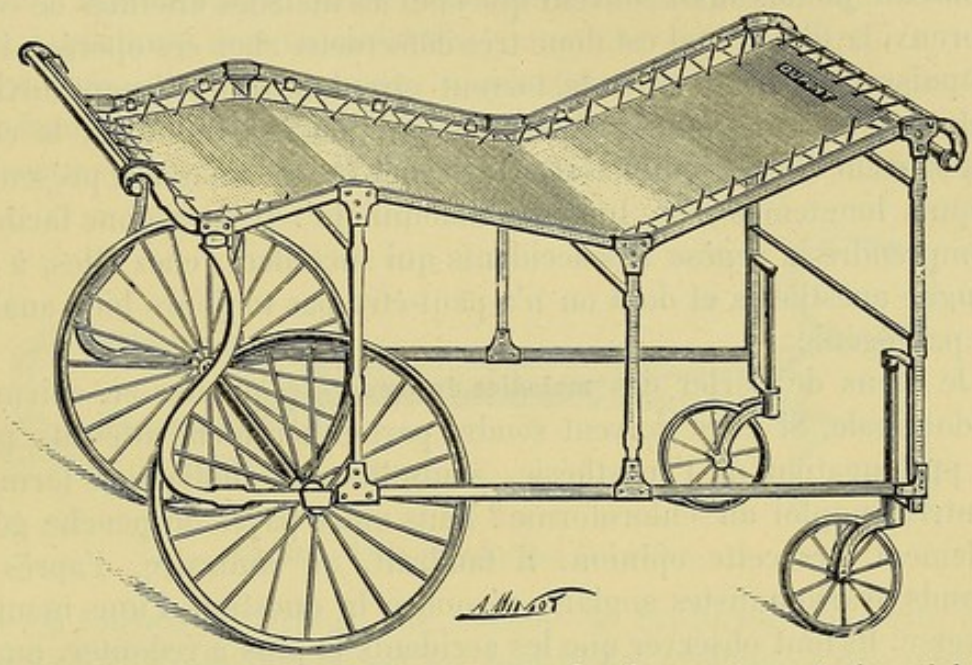


Fig. 27. — Lit roulant (modèle de l'hôpital Lourcine-Pascal), pour transporter les malades endormies de leur lit à la salle d'opération.

de la terminaison fatale, l'influence dépressive sur les centres nerveux d'une anesthésie ayant dépassé deux et même trois heures.

Il en est peut-être de même d'un certain nombre d'accidents soi-disant réflexes, observés après les opérations utéro-ovariennes, et, en particulier, de ce qu'on a appelé le **réflexe guttural**[2], caractérisé par un crachottement pénible et incessant. J'ai eu l'occasion d'observer ce symptôme après de longues opérations pratiquées ailleurs que sur l'abdomen, et je crois qu'il est dû à une véritable intoxication par le chloroforme.

D'autre part, l'absorption d'une grande quantité de chloroforme ou d'éther et son élimination consécutive par les reins peuvent déterminer une **congestion rénale** intense avec ou sans albuminurie[3]. État des reins.

[1] Quand on est obligé de prolonger l'anesthésie par le chloroforme, on arrive rapidement à la dose toxique et dangereuse; avec l'éther cette dose est atteinte beaucoup moins vite. C'est pourquoi Kocher (*loc. cit.*), qui administre le chloroforme à ses malades, remplace le chloroforme par l'éther, dès que l'anesthésie se prolonge.

[2] J.-L. Championnière. *Des réflexes observés après les opérations utéro-ovariennes.* (*Ann. de Gyn.*, mai 1888, t. XXIX, p. 592.)

[3] J'ai pour la première fois insisté sur ce fait, dans un travail publié dans les *Ann. de Gyn.*, juill. 1884, t. XXII, p. 1 (*De la valeur des altérations du rein, consécutives aux corps fibreux de l'utérus pour les indications et le pronostic de l'hystérectomie*). Voici

Celle-ci entre, sans doute, pour une large part dans les accidents dyspnéiques qu'on a signalés à la suite des laparotomies. C'est surtout après les hystérectomies abdominales que ces troubles de l'appareil cardio-pulmonaire ont été observés : or nous verrons que les reins sont alors particulièrement vulnérables, car si toutes les tumeurs abdominales prédisposent à la néphrite chronique, on ne l'observe jamais aussi souvent que chez les malades atteintes de corps fibreux. Le filtre rénal est donc très défectueux chez ces opérées, il est impuissant à débarrasser le torrent circulatoire de l'agent toxique introduit par une longue absorption pulmonaire. En outre, le cœur est souvent altéré, comme les reins, chez les malades qui présentent depuis longtemps une tumeur abdominale[1]. Il sera donc facile de comprendre la genèse des accidents qui succèdent, chez elles, à une longue anesthésie et dont on n'a peut-être pas toujours bien analysé la pathogénie.

État du cœur.

Je viens de parler des **maladies du cœur**, fréquentes en chirurgie abdominale. Si elles doivent rendre particulièrement attentifs pour la prolongation de l'anesthésie, sont-elles une indication formelle contre l'emploi du chloroforme ? Dans notre pays, on penche généralement vers cette opinion. Il faudrait, au contraire, d'après les grands ovariotomistes anglais, résoudre la question d'une manière inverse. Ils font observer que les accidents le plus à redouter, quand on endort une malade, proviennent de l'inhibition réflexe du cœur ou des centres respiratoires et vaso-moteurs. Or, c'est surtout dans les cas d'altérations organiques du cœur qu'il faut craindre cette inhibition réflexe. De là cette conclusion, en apparence paradoxale, et qui est peut-être légitime, que le chloroforme s'impose surtout pour toute opération importante chez les cardiaques (lésions d'ori-

ce que j'écrivis à cette époque : « Enfin, une cause qui entre sûrement pour une bonne part dans l'apparition ou l'exagération des troubles rénaux chez les opérées, c'est la longue durée de l'anesthésie opératoire, fait si ordinaire dans l'hystérectomie. Le chloroforme absorbé en grande quantité ne peut manquer d'agir sur l'épithélium rénal et d'ajouter ainsi une gêne nouvelle à l'élimination des matériaux de l'urine, gêne immédiatement dangereuse, lorsque cette élimination est déjà rendue précaire par une lésion de l'organe. »

Quelques mois plus tard, Terrier, dans la séance du 17 décembre 1884 de la *Société de Chir.* (*Bull. et Mém.*, p. 929), présenta une note sur la présence de l'albumine dans les urines, après l'administration du chloroforme, d'après les analyses faites par son interne en pharmacie G. Patein ; il la compléta par une seconde note le 1er avril 1885 (*Bull. et Mém.*, p. 221). Terrier et Patein constatèrent par des analyses exactes sur une série de malades soumises à l'ovariotomie : 1° qu'après l'anesthésie seule, la proportion des cas dans lesquels on constate l'albumine tend à doubler, et la quantité même de cette substance augmente notablement ; 2° qu'après l'anesthésie et l'opération, l'albuminurie est presque la règle. Ils attribuent avec le professeur Bouchard cette albuminurie : *a*) à l'action du chloroforme ; *b*) à celle de l'opération, qui excite les nerf sensitifs. Cette albuminurie post-opératoire pourrait, du reste, être passagère, et parfois fatale. (Voir la thèse de Patein. *De l'albuminurie consécutive aux inhalations chloroformiques.* Paris, 1888.)

[1] Voir, pour plus de développement sur ce point, le chapitre relatif aux corps fibreux.

fices), et doit alors être résolument donné, jusqu'à l'abolition complète des mouvements réflexes[1].

Contre-indications.

Comme **contre-indications** véritables, je citerai la dégénérescence graisseuse du cœur, une maladie des reins avancée, l'athérome artériel généralisé, enfin la faiblesse extrême.

Technique générale.

Ce n'est pas ici le lieu de décrire en détail la **technique** de l'anesthésie et la manière de porter secours en cas d'accident. Je me bornerai à quelques recommandations.

Une précaution préliminaire importante est de s'assurer que la malade n'a ni *râtelier*, ni pièce dentaire mobile, ou de les lui faire enlever avec soin. On ne doit jamais oublier de recouvrir d'un *corps*

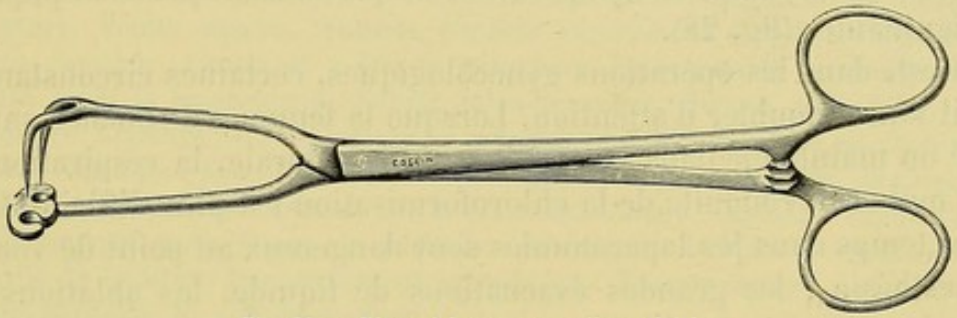


Fig. 28. — Pince à langue pour l'anesthésie.

gras les saillies du visage, de crainte de brûlures, par suite du contact du chloroforme, durant les anesthésies prolongées que nécessitent beaucoup d'opérations gynécologiques. Le chloroforme doit être récemment rectifié et conservé à l'abri de la lumière : on en mettra, à chaque opération, la quantité nécessaire dans un petit flacon muni soit d'un double tube, soit d'un bouchon où l'on pratiquera, séance tenante, une gouttière latérale qui permette de n'en verser qu'en petites quantités. On se sert beaucoup à l'étranger de l'appareil de Junker; nous nous trouvons fort bien en France du *procédé de la compresse*, que l'on désigne souvent en Angleterre sous le nom de *procédé écossais*; il permet une exacte surveillance de la figure de l'opérée. On doit maintenir la compresse, soigneusement soulevée avec les doigts, un peu au-dessus de la bouche et du nez. J'ai l'habitude d'y fixer avec des épingles un revêtement imperméable (taffetas gommé); on évite ainsi la déperdition du chloroforme et l'aide en est moins incommodé.

Il est bon de confier, autant que possible, le chloroforme à un

[1] F. Hart et B. Barbour. *Manuel de Gynécologie*, trad. franç., Paris, 1886, p. 168. — Quénu et Terrier se sont récemment prononcés dans le même sens, à la Société de chirurgie. — A. Guérin. *De l'action du chloroforme sur le cœur* (*Huitième Congrès français de Chirurgie*. Lyon, 1894, in *Sem. méd.* 1894, p. 445) a émis l'opinion que dans l'administration du chloroforme la mort par arrêt du cœur peut être prévenue, si l'agent anesthésique est respiré seulement par la bouche. Pour ce chirurgien, l'inhibition du cœur aurait pour point de départ l'excitation des nerfs nasaux par le chloroforme.

même aide, de procéder par petites doses d'une façon continue, de faire surveiller attentivement la respiration et le pouls.

Traitement des accidents.

Pour éviter les **accidents** : surveiller surtout la *respiration* et la *pupille* plus encore que le *pouls*; empêcher le refoulement en arrière de la langue et l'attirer *modérément* hors de la bouche, en accrochant avec les doigts l'angle maxillaire ou en saisissant la langue avec une pince.

On doit se garder d'employer des *pinces à forcipressure*, qui produisent des eschares. Je me sers d'un modèle que j'ai fait construire il y a plus de dix ans, et, qui a, depuis lors, été imité. Une branche aplatie en forme de spatule est glissée sous la langue : deux griffes aiguës viennent s'y ajouter et ne produisent que deux piqûres insignifiantes (fig. 28).

Il est, dans les opérations gynécologiques, certaines circonstances où il faut redoubler d'attention. Lorsque la femme est couchée sur le côté ou maintenue dans la position génu-pectorale, la respiration se fait mal et la conduite de la chloroformisation est plus difficile. Certains temps dans les laparotomies sont dangereux au point de vue de l'anesthésie : les grandes évacuations de liquide, les ablations de grosses tumeurs, le tiraillement sur un pédicule utérin ou sur les ligaments larges, peuvent agir par voie réflexe sur la circulation et la respiration. La simple gêne de la respiration due à une cause mécanique, comme l'accumulation de mucosités dans l'arrière-gorge, est un incident et non un accident; on se bornera à les enlever avec une petite éponge montée, introduite hardiment et profondément.

Si la respiration s'embarrasse ou se suspend, on pourra d'abord essayer les tractions rhythmées de la langue (Laborde[1]), et pour peu qu'on n'obtienne pas un résultat immédiat, on devra *pratiquer, sans retard et avec persistance, la respiration artificielle, sans trop de hâte, avec régularité*; s'il y a arrêt brusque du pouls et syncope, il faudra maintenir la tête déclive, flageller la face, projeter de l'eau froide sur le visage et la nuque, électriser les nerfs phréniques et pneumogastriques, et *faire la respiration artificielle*. J'ai vu revenir une malade au bout de vingt minutes seulement de cette manœuvre, pour laquelle on doit se relayer à tour de rôle. Si la pièce est très chauffée, pleine de vapeurs phéniquées, on ne négligera pas de donner de l'air.

[1] Laborde. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 5 juill. 1892 et 1893 et 1894 *passim*. — Le même physiologiste (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 9 juin 1891) a préconisé l'emploi d'un appareil destiné à pratiquer la respiration artificielle, en cas d'accident par le chloroforme. Il se compose d'un *soufflet* ordinaire et d'un *masque* facial : l'air envoyé par le soufflet arrive dans le masque et de là dans les voies aériennes.

Je crois qu'on peut s'en tenir aux moyens précédemment indiqués; le bénéfice de la *trachéotomie* me paraît, aussi, très douteux.

CHAPITRE III

MOYENS DE RÉUNION ET D'HÉMOSTASE

Sutures. Aiguilles. Porte-Aiguilles. Sutures intestinales. Fils pour la suture. Fils métalliques. Crin de Florence. Soie : infection secondaire. Catgut. Divers modes de suture. Points séparés. Sutures perdues superposées à points séparés. Suture continue, simple et à étages superposés. Suture mixte ou combinée (suture après la laparotomie). Suture intra-dermique. Suture enchevillée. — Hémostase. Ligature isolée. Ligature en masse (pédicules). Ligature en chaîne. Ligature élastique. Forcipressure. — Drainage. Drainage des plaies. Drainage du péritoine : *a*) par le vagin, *b*) par la plaie abdominale. Drainage capillaire. Tamponnement antiseptique du péritoine. Drainage et irrigation continue de la cavité de l'utérus. Tamponnement intra-utérin. Tamponnement du vagin : *a*) hémostatique, *b*) antiphlogistique.

Sutures.

Sutures. — La réunion par première intention, qui, sauf exceptions spéciales, est devenue la règle dans la chirurgie moderne, ne doit jamais être recherchée avec plus de soin qu'en gynécologie : elle est la condition essentielle de la parfaite réussite des opérations plastiques et de l'innocuité des autres opérations. Je ne m'étendrai pas sur les conditions locales indispensables pour qu'une plaie offre de bonnes conditions de réunion : les principales, on le sait, sont : la *netteté* de la surface de section, la *coaptation exacte* (sans culs-de-sac, clapiers ou *espaces morts*) et *uniforme*, l'absence de *traction* ou de *pression* exagérée. Il faut donc, pour ainsi dire, *parer* la surface cruentée, en l'égalisant au besoin avec des ciseaux courbes qui en enlèvent les aspérités ou les pelotons graisseux exubérants, puis placer les points de suture, de façon à restaurer les tissus dans des conditions d'affrontement et de pression qui se rapprochent le plus possible de l'état normal.

Quoique tout gynécologiste doive être familier avec les pratiques ordinaires de la chirurgie, il est nécessaire de mettre ici en relief quelques points d'un intérêt particulier.

Aiguilles.

Les **aiguilles** peuvent être maniées de diverses façons :

1° Elles peuvent être directement tenues à la main : cette pratique est très incommode et ne doit être employée qu'en cas de nécessité.

2° On emploiera des aiguilles montées sur manches fixes lorsqu'on aura à traverser des tissus très résistants et difficilement accessibles. C'est ainsi que l'aiguille de Deschamps, pointue, peut être très commode dans les sutures pratiquées au fond du vagin, sur le col de l'utérus ou dans les culs-de-sac. D'autre part, lorsqu'on doit tra-

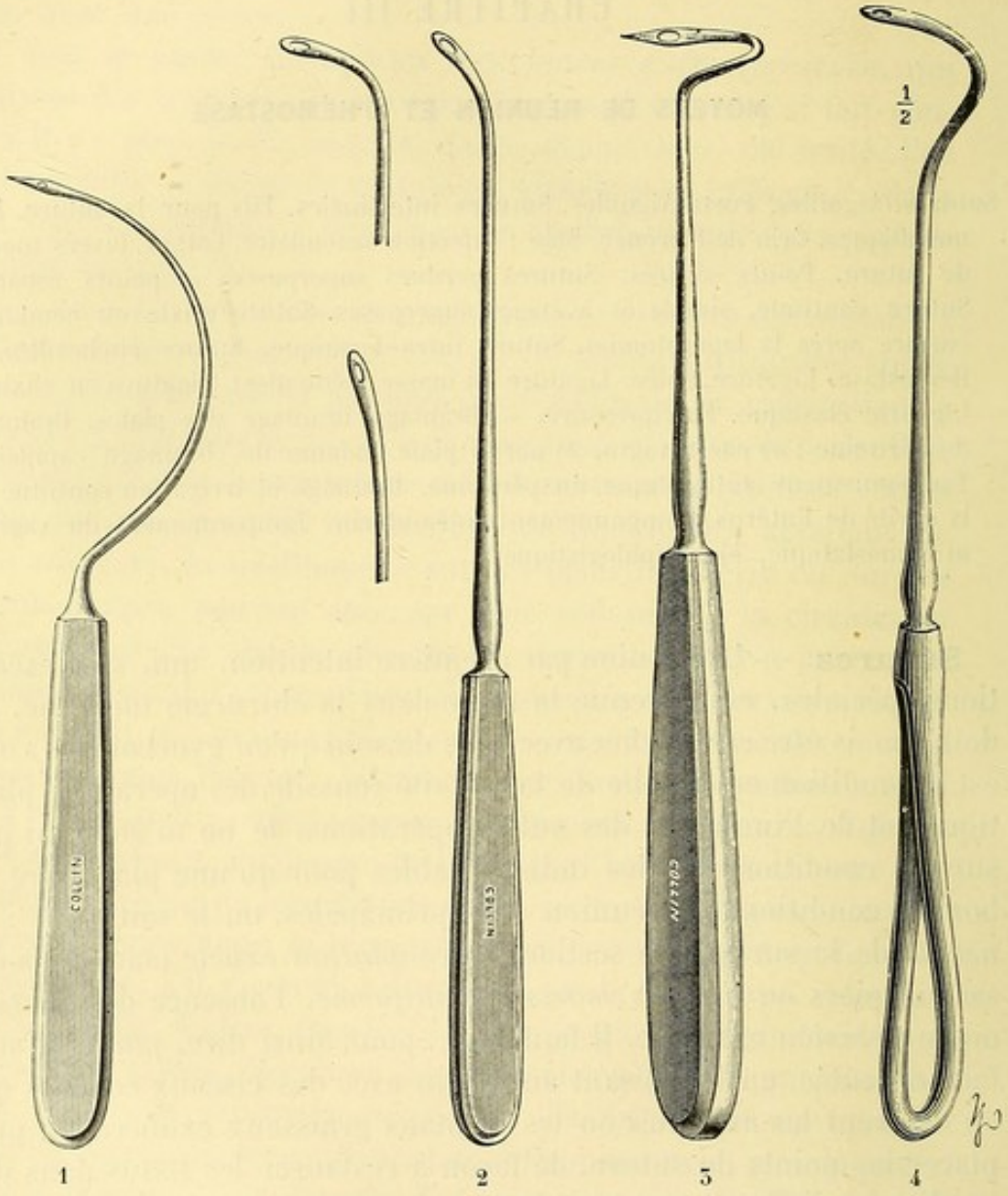


Fig. 29. — Aiguilles montées.

1. Grande aiguille courbe montée (dite de Croft, d'Emmet et de Péan). — 2. Aiguille montée mousse. 3. Aiguille de Deschamps pointue. — 4. Aiguille de Deschamps mousse.

verser des tissus peu résistants, mais riches en vaisseaux (pédicules ovariques, ligaments larges, etc.), on se servira d'aiguilles mousses, dont le bec arrondi écarte les parois vasculaires, sans les blesser.

J'ai déjà dit qu'on devait absolument proscrire les aiguilles à chas

BOSTON MEDICAL
FEB 7 - 1921

mobile et les aiguilles tubulées, quelque commodes qu'elles soient, vu la difficulté de leur parfait nettoyage.

3° Les aiguilles sont montées sur un porte-aiguille. C'est le procédé usuel.

On emploie trois sortes d'**aiguilles** : les aiguilles **chirurgicales ordinaires** sont plates et légèrement élargies au voisinage de la pointe, où elles présentent un aspect lancéolé. Elles doivent à cette disposition une puissance assez grande de pénétration, mais aussi l'inconvénient de produire de petites plaies transversales que la traction du point de suture tend à élargir (fig. 30). On se sert surtout d'aiguilles recourbées vers la pointe.

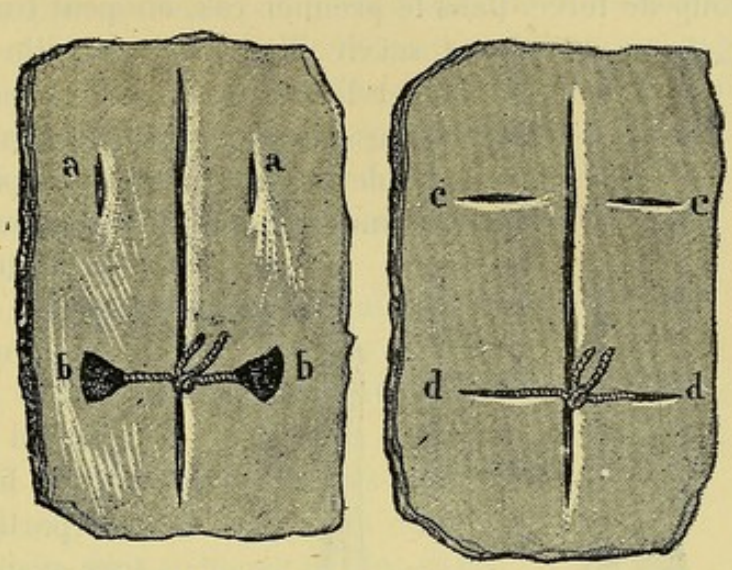


Fig. 30. — (*Destinée à montrer la supériorité des aiguilles plates sur les aiguilles ordinaires.*) — *aa*. Orifices faits à la peau par les aiguilles de modèle ordinaire. — *bb*. Élargissement de ces orifices produit par la suture. — *cc*. Orifices d'entrée des aiguilles de Hagedorn. — *dd*. Effet nul de la suture sur l'élargissement de ces derniers orifices.

Les **aiguilles plates de Hagedorn** (fig. 31), courbées selon les bords et non plus selon les faces, de manière à présenter une résistance supérieure aux précédentes, ont une force de pénétration encore plus grande, grâce au biseau qui forme leur pointe. Elles sont d'un très grand secours dans toutes les opérations plastiques.

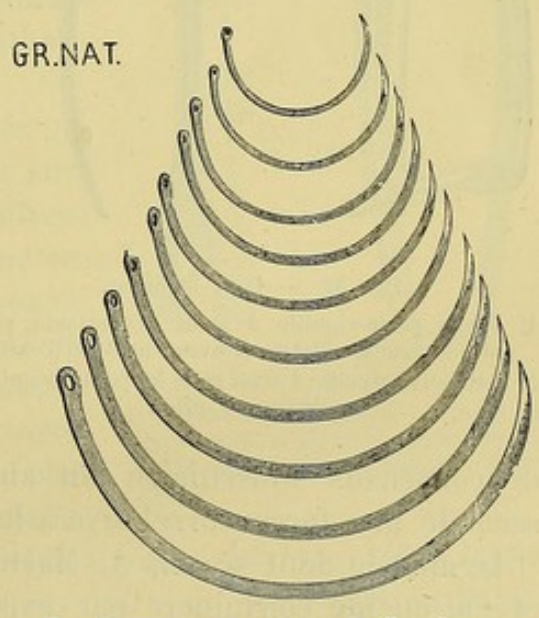
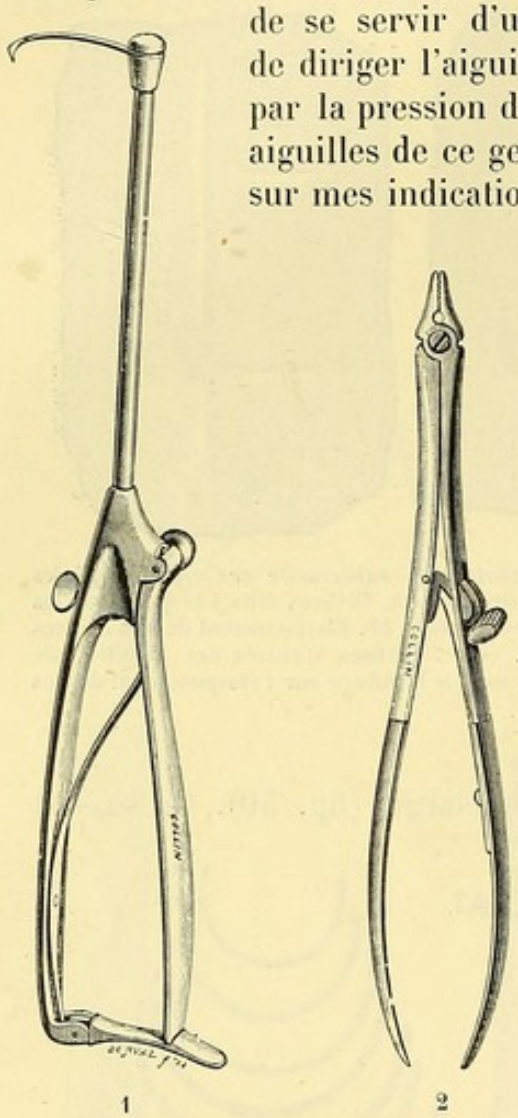


Fig. 31. — Aiguilles plates de Hagedorn.

Il faut être muni d'aiguilles de toutes les grosseurs; s'il est nécessaire d'en avoir de très fines pour certaines opérations plastiques, comme les fistules vésico-vaginales, pour d'autres, comme les sutures des parois abdominales après la laparotomie, il est utile d'en avoir d'un très fort modèle.

Porte-aiguilles.

Les **porte-aiguilles**, dont on a beaucoup varié les formes, doivent répondre à deux indications un peu différentes, selon qu'on fera une suture demandant surtout de la précision ou réclamant beaucoup de force. Dans le premier cas, on peut trouver plus commode de se servir d'un porte-aiguille à arrêt, permettant de diriger l'aiguille, sans s'occuper d'assurer sa fixité par la pression du manche de l'instrument. Les porte-aiguilles de ce genre construits par Collin (dont l'un, sur mes indications, à l'usage des aiguilles plates de Hagedorn) sont fort bons et peuvent se démonter pour le nettoyage complet (fig. 32-1).



1 2

Fig. 32. — Porte-aiguilles.

1. Pince porte-aiguille à arrêt démontable, pour petites aiguilles plates, nouveau modèle (Pozzi).
2. Petit porte-aiguille à arrêt pour les petites aiguilles ordinaires (Collin).

Quand on doit user d'une grande force pour traverser des parties très épaisses ou très résistantes, on emploie des aiguilles de dimensions beaucoup plus grandes. La pression fournie par le point d'arrêt de l'instrument devenant alors insuffisante, il est bien préférable d'avoir en main un instrument à branches libres, de fortes proportions, de façon à ce qu'elles forment des bras de levier considérables, grâce auxquels on peut, sans se fatiguer, solidement maintenir l'aiguille, au moment des plus grands efforts. L'impulsion et la pression étant, du reste, alors synergiques, une sorte de consensus musculaire fait automatiquement déployer pour la seconde une force corrélative à la première.

Le modèle dont se sert A. Martin offre des dimensions inusitées, et j'ai pu me convaincre par expérience qu'elles n'ont rien d'excessif. J'ai fait construire par Collin une pince porte-aiguilles, d'après ce principe, pour les plus grandes aiguilles ordinaires (fig. 33-1) et pour celles de Hagedorn (fig. 33-2); ce dernier modèle me paraît très préférable au type à ressort du chirurgien allemand.

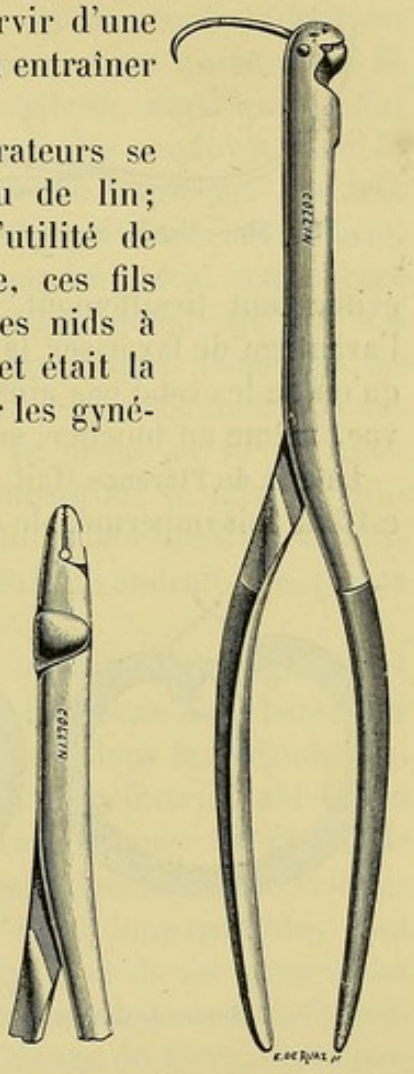
Sutures intestinales.

Pour les *sutures de l'intestin* qui peuvent devenir nécessaires au cours d'une laparotomie, il vaut mieux se servir d'**aiguilles rondes** de couturière, qui font un trou plus petit que les précédentes. Je donne ici la figure de la suture de Czerny, de Lembert et de Güssenbauer, les plus usitées en pareil cas (fig. 35). Je recommande expressément de toujours faire d'abord la réunion exacte de la muqueuse[1]. Afin d'éviter d'enfiler l'aiguille pour chaque point de suture, il est parfois avantageux de se servir d'une aiguille munie d'une anse de soie destinée à entraîner le fil de suture (fig. 34).

Fils.

Fils pour la suture. — Les anciens opérateurs se servaient de fils de chanvre, de soie ou de lin; comme l'antisepsie n'avait pas appris l'utilité de l'exacte pureté des matériaux de suture, ces fils devenaient par leur porosité de véritables nids à microbes et la suppuration sur leur trajet était la règle. L'introduction de **fils métalliques** par les gynécologistes américains Sims et Bozeman fut donc, pour la chirurgie ancienne, un grand progrès dont on ne saurait exagérer l'importance, au moment où il fut réalisé; les fils d'argent étaient bien plus facilement aseptiques que les autres; de là sans doute les résultats inattendus qu'ils donnèrent et l'enthousiasme dont ils devinrent l'objet.

Fils métalliques.



1 2

Fig. 33 — Porte-aiguilles. — 1. Pince pour grandes aiguilles ordinaires. — 2. Pince pour grandes aiguilles plates (Pozzi).

Encore aujourd'hui ils sont très généralement employés, en France surtout, et il faut reconnaître qu'ils offrent certains avantages[2]. On peut leur reprocher cependant quelques inconvénients; ils se cassent facilement; ils coupent plus les tissus que les autres fils, lorsqu'ils embrassent une masse un peu épaisse; leur emploi exige plus de temps. Enfin, si on les coupe courts, leurs extrémités piquantes blessent le vagin, le périnée; si on laisse une grande longueur aux chefs de ces fils, ils sont exposés au tirail-

[1] S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 522.

[2] J'ai vu Désormeaux se servir de *fil de fer*. Le *fil de cuivre* a été recommandé en Amérique. Hunter. *Fine copperwire suitable for plastic operations.* (Trans. of the Obst. Soc. of New-York, in *Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 406.) L'un et l'autre n'ont guère pour eux que leur bon marché, et ils ont l'inconvénient de s'altérer bien plus facilement que le fil d'argent.

lement. C'est pour cela que je les remplace, souvent, par le catgut ou la soie antiseptique. Cependant je continue, avec Hegar[1], à les employer lorsqu'il s'agit d'un organe creux, comme le vagin, où la soie, qui est perméable, devient plus facilement septique. En pareils cas, je prends soin d'émousser l'extrémité piquante des fils tordus, en y écrasant un grain de plomb, et coupant ras, à son niveau; je ne laisse à l'extrémité des fils que 2 ou 3 centimètres, de façon à

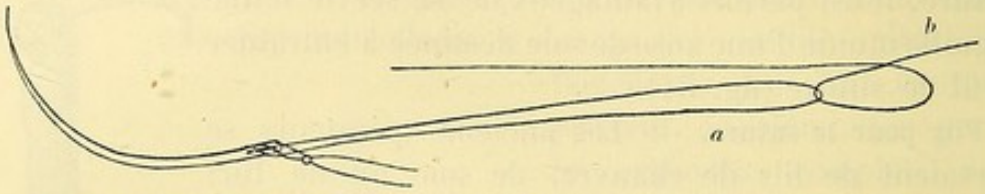


Fig. 34. — Aiguille munie d'une anse de soie *a* destinée à entraîner le fil à suture *b*.

éviter tout tiraillement. La présence du grain de plomb a aussi l'avantage de favoriser la recherche et l'ablation des fils, qui, lorsqu'on ne les rend pas ainsi apparents, peuvent parfois échapper à la vue, même au toucher, surtout quand ils sont placés profondément.

Crin de Florence.

Le **crin de Florence** (fait avec les glandes séricigènes du ver à soie) est à la fois imperméable et non absorbable, de même que le fil d'ar-

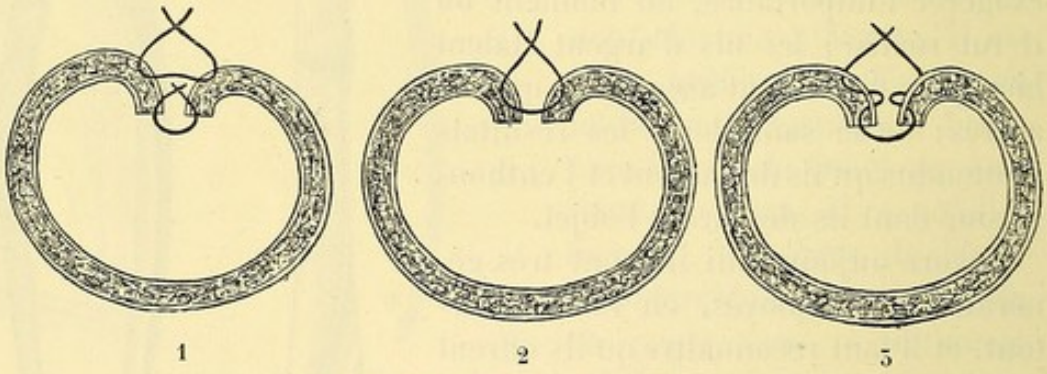


Fig. 35. — Sutures intestinales.
3. Suture de Czerny. — 2. Suture de Lembert. — 3. Suture de Güssenbauer.

gent; il est moins cassant que lui, mais aussi moins flexible; il a la raideur du crin dont il présente également l'apparence. Bon pour les usages divers auxquels le fil métallique a été employé, il lui est même préféré par certains auteurs, Bantock et Sänger, par exemple. Je trouve qu'il a l'inconvénient de ne pas *tenir le nœud* aussi bien que le catgut ou la soie, et d'être réfractaire à la torsion comme le fil métallique, de telle sorte que les points de suture n'offrent pas une parfaite sécurité. Enfin les extrémités deviennent très piquantes

[1] Hegar et Kaltenbach. *Traité de Gyn. opér.* Trad. franç., p. 140. — Sänger les préfère également pour les périnéoplasties. Il écrase un grain de plomb sur les extrémités des fils, coupés courts, pour les émousser.

en se desséchant, ce dont il faut tenir compte dans les opérations plastiques sur la vulve et le vagin. C'est néanmoins un bon agent de suture, avec lequel on doit être familiarisé. Les *crins* les meilleurs m'ont toujours paru être ceux qui sont légèrement teintés en rouge. On doit, avant de s'en servir, les laisser tremper, durant un quart d'heure au moins, dans une solution phéniquée ou sublimée, sous peine de leur voir conserver une raideur très incommode.

Soie.

La **soie** la plus solide est la *soie tressée* (et non tordue) dont on peut avoir des modèles d'une grande finesse. C'est un très bon fil pour la suture, lorsqu'elle est rendue aseptique, ainsi que je l'ai indiqué (voir p. 34). Elle peut alors être même employée pour la suture perdue à étages superposés, et Billroth n'use pas d'autres matériaux de suture que de fils de soie. Des expériences ont prouvé, non seulement qu'elle était bien supportée par les tissus, mais encore qu'elle était absorbée. Cependant il n'est pas douteux qu'elle soit inférieure, à ce double point de vue, au bon catgut. Dans tous les cas, par conséquent, où la réunion des tissus ne réclamera pas des sutures très résistantes qui devront rester en place un temps assez long, je crois que le catgut doit lui être substitué ; je fais au contraire, de préférence, à la soie fine, les sutures de l'intestin, de l'estomac ou de la vessie ; à la soie aussi, en certains endroits, les points de suture *de soutien*.

Infection secondaire.

La soie offre un inconvénient qu'il est important de signaler et qu'elle doit à sa porosité : c'est celui de l'**infection secondaire** ; par suite, les sutures et ligatures perdues à la soie dans les régions qui peuvent suppurer sont parfois la cause de fistules interminables, qui durent jusqu'à l'élimination du fil, devenu septique. On devra, de préférence, se servir alors de catgut pour les ligatures, et de crin de Florence pour les sutures : ces derniers, étant imperméables, sont moins sujets à s'infecter. Ce précepte trouve une de ses principales applications dans les opérations de pyo-salpingites et d'abcès pelviens, où l'on doit appliquer des fils au voisinage du foyer. De même, les sutures de la paroi abdominale, au contact d'un tube ou d'un tamponnement destiné au drainage, ne devront pas être faites à la soie, mais au crin de Florence ou au fil d'argent.

Catgut.

Il n'est pas, en chirurgie générale et en gynécologie, d'agent de ligature et de suture qui soit comparable au **catgut**. La propriété qu'il possède de se dissoudre et d'être absorbé dans un espace de temps qui varie entre huit et quinze jours, selon sa grosseur et sa préparation[1], le rend d'un prix inestimable pour les ligatures perdues

[1] Le *catgut chromique* seul n'est nullement absorbé, il est même plus résistant à l'absorption que la soie (Thomson. *Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 409.)

dans la cavité abdominale, et pour les sutures du col et du vagin, à la suite des opérations plastiques, où l'ablation des fils est si difficile et parfois si pénible. Je ne fais usage, depuis assez longtemps déjà, que de catgut pour toutes mes sutures, me bornant à placer, en certains endroits, un point de soutien à la soie ou au fil d'argent. On doit être prévenu que le catgut a une tendance plus grande que la soie à se desserrer, à ne pas *tenir le nœud*; il faut donc faire trois nœuds superposés et les serrer soigneusement : on sera ainsi à l'abri de toute surprise.

Il faut se souvenir que le catgut du commerce est toujours douteux et souvent mauvais; il est indispensable de le faire préparer sous les yeux du chirurgien par des aides très sûrs, si on ne le prépare pas soi-même. A ce sujet, les craintes de Kocher (de Berne) et de quelques autres chirurgiens sont sûrement exagérées, et l'on ne saurait, comme eux, systématiquement rejeter ce précieux auxiliaire[1].

Divers modes de suture.

Des divers modes de suture. — On avait multiplié autrefois, en chirurgie, les modes de suture. Actuellement, une grande simplification tend à s'opérer de plus en plus, et l'on ne conserve guère, pour la pratique courante en gynécologie opératoire, que les sutures suivantes :

1° Suture à points séparés;

2° Suture continue { *a* simple; *b* à plans superposés;

3° Suture mixte ou combinée;

4° Suture enchevillée.

Points séparés.

1° **Suture à points séparés.** — Quelle que soit l'étendue de la plaie, il faut que toute sa surface soit affrontée, sous peine d'accumulation, dans les espaces béants, de liquides, qui compromettraient la réussite de la suture, par la distension, et pourraient devenir rapidement septiques. Pour remplir cette indication capitale, Hegar, après Simon, a parfaitement indiqué la nécessité, pour les sutures profondes, de faire cheminer l'aiguille, et à sa suite le fil, sous toute l'épaisseur de la surface cruentée; tout au plus, peut-on laisser au milieu de celle-ci une surface de 1 à 2 centimètres que le fil franchit comme un pont, au lieu de passer sous elle comme un tunnel (fig. 36). On conçoit que les aiguilles à employer pour certains affrontements (colpo-périnéorrhaphies, etc.) doivent être très longues et très fortes. Après ces sutures profondes, il est indispensable d'en placer de superficielles avec des aiguilles et du fil plus fins, pour

[1] Voir à ce sujet les discussions à la Société de chirurgie (*Bull. et Mém.*, 18 janv. 1888, p. 51, et 8 juill. 1891, p. 498.) — C. Brunner, *Ueber Katgutinfection.* (*Beitr. zur Chir.* 1889, Bd. VI, p. 98.) — D. Morisani. *Sul modo di comportarsi dei fili di sostanza animali e vegetali fra tessuti vivi*, etc. Milan. 1890.

réunir exactement la tranche des téguments. Afin d'obtenir une grande précision, on fera bien de passer ces sutures superficielles très près des bords de la plaie. Elles seront placées en dernier lieu et nouées de suite, tandis que les sutures profondes, mises les premières, seront nouées les dernières. L'affrontement est ainsi beaucoup plus exact.

Plus une suture est profonde, plus son point d'entrée et celui de sortie doivent être éloignés du bord de la plaie (fig. 36). Quoi qu'il en soit, la traction, opérée par une seule anse de fil un peu longue, réunit *en bourse* une large surface étalée, et expose à des plissements peu méthodiques, comme à des tractions exagérées. De là est née l'idée des **sutures perdues superposées**. Par une première rangée ou un premier étage de **points séparés** au catgut, on réunit la partie profonde de la plaie; un second et même un troisième étage affrontent ensuite ce qui reste. L'application de ce mode de réunion à la périnéorrhaphie, faite, dès 1879, par Werth[1], fut aussitôt acceptée par Schrœder et son école; ce procédé est très précieux dans certains cas, quoiqu'il ait le défaut de laisser subsister, au fond de la plaie, des nœuds qui gênent l'affrontement.

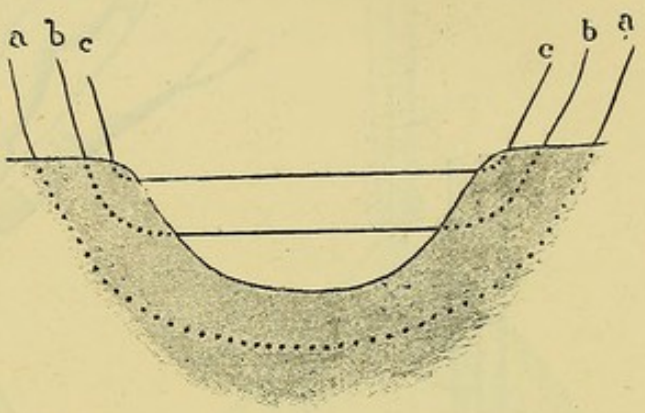


Fig. 35. — Trajet des fils dans les sutures à points séparés.

a. a. Suture profonde cheminant sous toute la surface de la plaie. — *b. b.* Suture demi-profonde cheminant sous une partie de cette surface. — *c. c.* Suture superficielle ne traversant que les bords de la plaie.

Sutures perdues superposées (points séparés).

2° La **suture continue** fait disparaître cet inconvénient. Aussi lorsque, sous l'impulsion de quelques chirurgiens[2], cette suture depuis longtemps délaissée fut de nouveau réhabilitée, Brœse[3] ne tarda pas à l'appliquer aux opérations plastiques de la gynécologie. Schrœder s'y rallia aussitôt, et son emploi est devenu général parmi ses élèves[1]. Elle offre, en effet, le grand avantage d'être très efficace, tout en

Suture continue.

[1] Werth. *Centr. f. Gyn.*, 1879, n° 25, p. 561. — Henry O. Mercy (de Boston) a fait sur l'emploi des sutures animales perdues une réclamation de priorité (*The Perineum*, Philad., 1889, p. 28), et il renvoie à un travail qu'il a publié dans le *Boston med. and surg. Journal*, nov. 1871, t. LXXXV, p. 515. Il s'agit de deux cas de cure radicale de hernie dans lesquels les sutures profondes ont été faites avec du catgut, qui a été absorbé.

[2] Tillmanns, Bako, Hagedorn. *Centr. f. Chir.*, 1882, n° 37.

[3] Broese. *Die fortlaufende Katgutnaht zur Vereinigung der Scheiden-Dammrisse.* (*Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 777.)

étant extrêmement expéditive. Elle est surtout précieuse lorsqu'on a à faire subir à une femme plusieurs opérations en une seule séance, par exemple, une amputation du col, avec une colporrhaphie antérieure, une colpo-périnéorrhaphie et une opération d'Alexander (la malade présentant une hypertrophie du col et un prolapsus génital).

Suture continue simple.

a. **Suture continue simple.** — Elle suffit toutes les fois que la surface

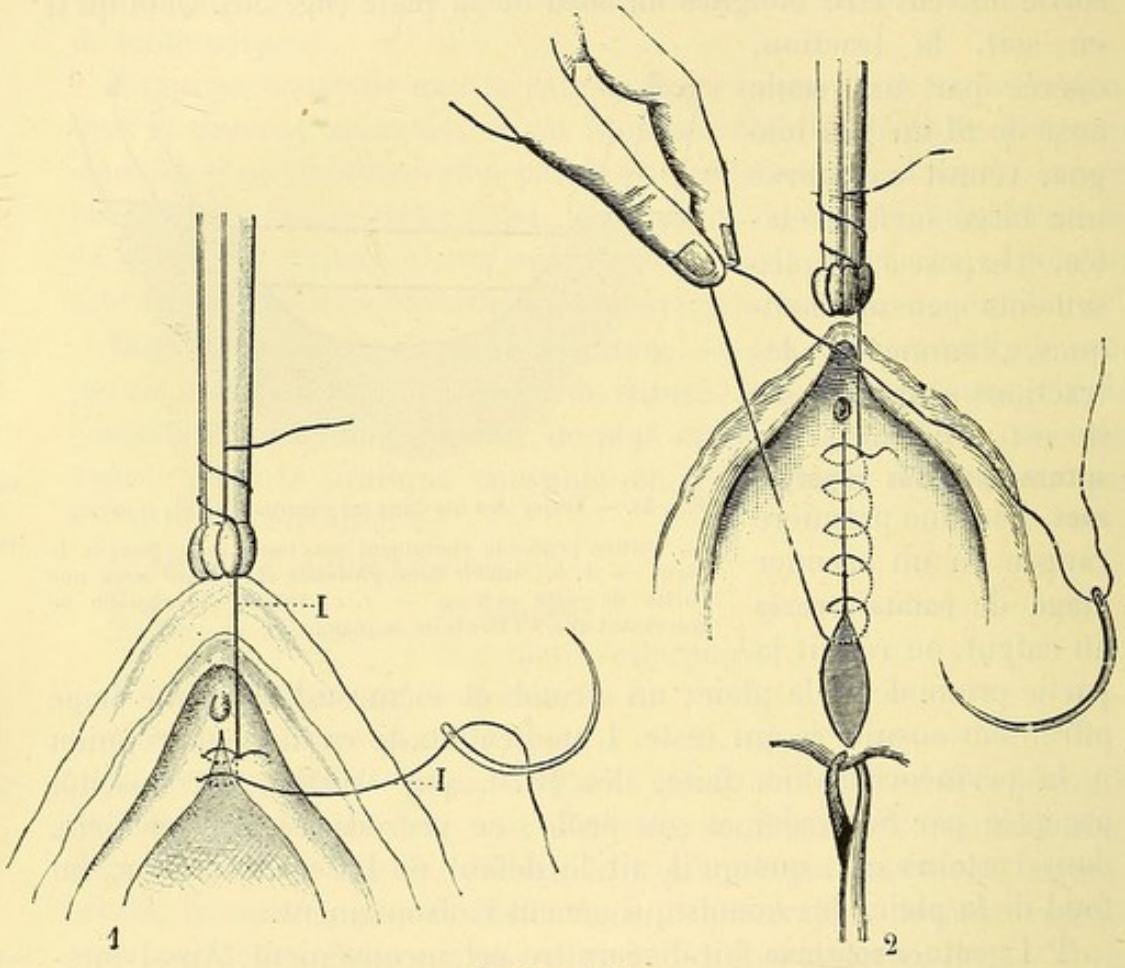


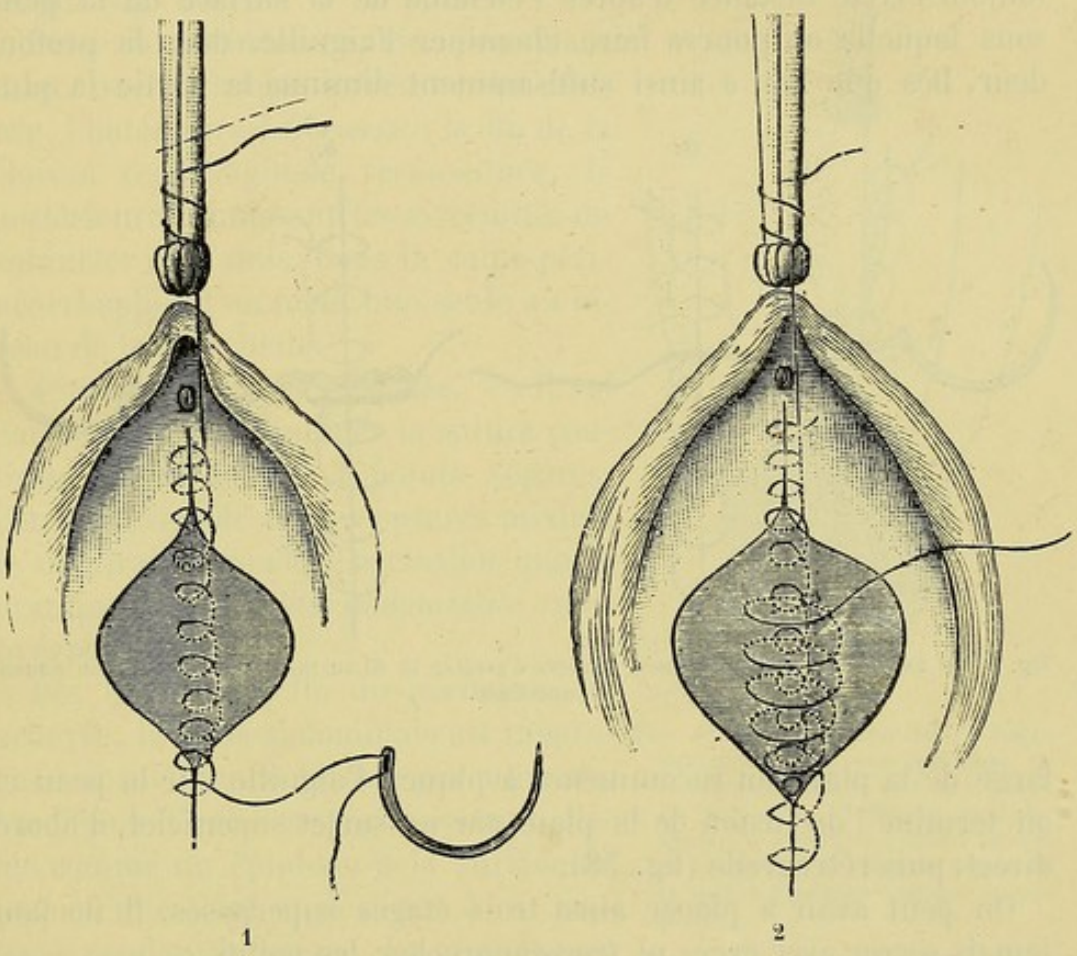
Fig. 37. — Sutures.

1. Suture continue : commencement de la suture. — I. I. Fil de catgut.
2. Suture continue presque terminée.

à affronter n'est ni trop large ni trop profonde; elle s'emploie aussi pour l'hémostase, comme je le dirai plus loin (v. p. 65). On commence par passer l'aiguille à travers un angle de la plaie, et à nouer par trois nœuds superposés l'extrémité terminale de l'aiguillée de catgut, dont on laisse pendre un bout assez court. Ce dernier est pris dans les mors d'une pince (sur les figures, c'est une pince de Baum-

[1] Voir, pour l'historique détaillé, S. Pozzi, *Note sur la suture perdue, etc.* (*Congrès franç. de chir.*, 1888, p. 515). — Les figures schématiques de 37 à 40 inclusivement sont empruntées à A. Martin (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, vol. XX, p. 1009).

gärtner, spécialement construite pour faciliter la traction sur les fils dans les ligatures profondes) : un aide la maintient et elle sert de point d'appui pour la continuation de la suture (fig. 37 et 38). On pique alors l'aiguille à 3 ou 4 millimètres du bord de la plaie, puis on la fait cheminer sous toute la surface de celle-ci et ressortir en un point symétrique sur l'autre bord de la plaie; on tire le fil modérément, et on confie à l'aide, qui tenait déjà la pince, le soin de le



1 2

Fig. 38. — Sutures.

1. Suture continue à étages superposés; un seul aux angles, deux au milieu de la plaie.
2. Suture continue à étages superposés; un seul aux extrémités, trois au milieu de la plaie.

maintenir tendu, pendant qu'on fait le second point de la suture continue : il faut qu'il ait soin de ne pas lâcher brusquement le fil quand ce second point doit être serré, mais qu'il le suive en le maintenant jusqu'au ras de la plaie, pour éviter que le point précédent ne se relâche. Il est bon, lorsqu'on arrive à moitié de la suture, de faire opérer une légère traction sur l'angle opposé de la plaie avec une pince tire-balle, de manière à assurer le parallélisme des bords.

Une précaution indispensable pour éviter que le fil ne glisse incessamment hors du chas de l'aiguille est de l'y fixer par un nœud simple.

Suture continue à étages.

b. **Suture continue à étages.** — Si un seul rang de points de suture est manifestement insuffisant pour effectuer un affrontement complet, toute la surface cruentée ne pouvant pas être *chargée* sur l'aiguille, on fera la suture à étages. Pour cela, dans le point où la plaie offre une largeur exagérée, au lieu de piquer avec l'aiguille *en dehors* des bords de la plaie, on piquera *en dedans* de ces bords sur la surface cruentée, à 1 ou 2 centimètres s'il est nécessaire, calculant toujours cette distance d'après l'étendue de la surface de la plaie sous laquelle on pourra faire cheminer l'aiguille, dans la profondeur. Dès que l'on a ainsi suffisamment diminué la partie la plus

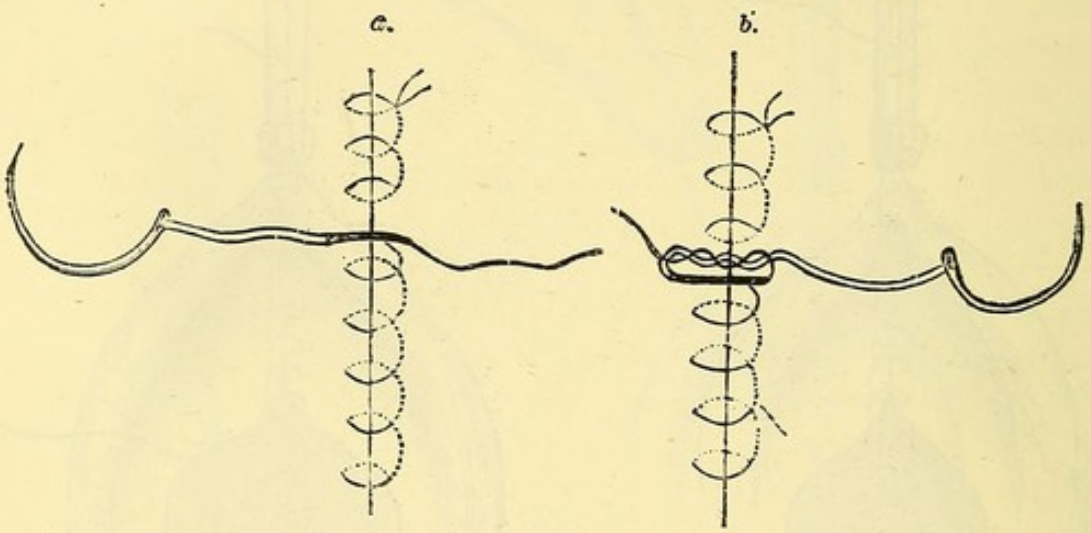


Fig. 39 — Suture à étages superposés. Manière d'arrêter le fil au milieu de la plaie, en nouant une anse.

large de la plaie, on recommence à piquer l'aiguille sur la peau et on termine l'occlusion de la plaie par un surjet superficiel, d'abord direct, puis rétrograde (fig. 38).

On peut avoir à placer ainsi trois étages superposés. Il ne faut jamais serrer avec excès ni trop rapprocher les points.

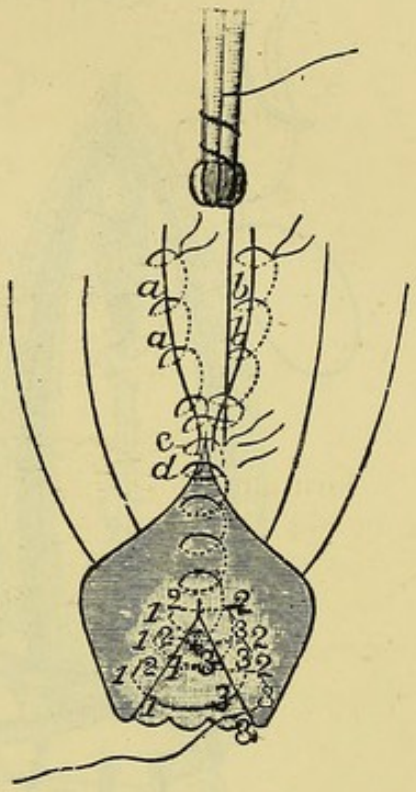
Arrêt de la suture. — Pour terminer et arrêter la suture en surjet, on peut se trouver en présence de deux circonstances : si l'on a ramené, par un second étage complet, l'extrémité terminale du fil près de l'extrémité originelle, on n'a qu'à les nouer (en faisant trois nœuds) ; dans le cas contraire, on noue l'extrémité du fil au dernier point du surjet suffisamment étiré pour qu'on ait une anse assez longue, ou bien on attire le fil dans le chas de l'aiguille assez pour que l'extrémité terminale se trouve engagée double dans la dernière piqûre ; c'est à cette anse que l'extrémité du fil est nouée (fig. 39).

Consolidation de la suture. — Si l'on a coupé par accident le fil de la rangée profonde en cousant l'étage superficiel, ou si le fil s'est cassé, on place immédiatement un *point séparé* suffisamment profond au niveau de la rupture, on le noue, et on continue avec lui

la suture commencée. Enfin je ne saurais trop recommander de placer dans les points qui doivent supporter une forte traction, particulièrement ceux où la suture change de direction et où existe une sorte de *clef de voûte*, un ou deux points de suture isolés, en soie ou en fil d'argent. Ce sont de véritables *sutures* de *soutien* ou d'*arrêt*, qui empêchent un trop grand effort de s'exercer sur l'affrontement au catgut (fig. 40).

Dans la périnéorrhaphie, j'en place deux, une à chaque extrémité du périnée, l'antérieure embrassant la fin de la cloison recto-vaginale reconstituée, la postérieure réunissant les extrémités du sphincter de l'anus. Dans la colpo-périnéorrhaphie, j'en mets une seule au niveau de la fourchette.

4° Suture mixte ou combinée. — Il est parfois utile de combiner la suture continue et la suture à points séparés. Comme exemple de ces sutures mixtes, je décrirai le mode d'occlusion que je pratique pour la *plaie abdominale après la laparotomie*.



Suture mixte ou combinée.

Suture après la laparotomie.

Fig. 40. — Suture continue à étages superposés dans une opération de rupture du périnée. — 1. 2. 3. Trajet du fil. — *a*. *b*. Suture continue simple. — *c*. Suture à point séparé, de soutien. — *d*. Point de départ de la suture continue à étages superposés,

Dès que la toilette du péritoine est achevée, la plaie abdominale est rapprochée et maintenue fermée par un aide, au-dessus d'une compresse-éponge, étalée comme un épiploon à la surface du paquet intestinal et destinée à le protéger pendant la suture. Le péritoine est alors transpercé, à la partie inférieure de la plaie, à l'aide d'une aiguille courbe munie d'une longue aiguillée de catgut moyen. Un point séparé est placé à ce niveau, avec la partie inférieure de la longue aiguillée de catgut dont l'aiguille arme toujours le grand chef, tandis que sur le petif chef du point séparé initial on place une pince destinée à opérer une traction. L'opérateur continue alors très vite à faufiler le péritoine à grands points jusqu'au haut de la plaie (fig. 41); avant de terminer il retire la compresse-éponge, puis il redescend en plaçant sur les aponévroses un second étage de suture continue à points un peu plus rapprochés (fig. 41), fermant au passage la gaine des muscles droits, si elle a été ouverte. Il atteint ainsi son point de départ, enlève la pince qui maintenait le petit chef du catgut et noue les deux bouts.

Le ventre est dès lors solidement fermé, il ne reste plus qu'à réunir les téguments et le tissu cellulaire sous-cutané, qui atteignent parfois une épaisseur considérable. Avec une très grande aiguille courbe et de la soie dont la force doit être proportionnée à l'épais-

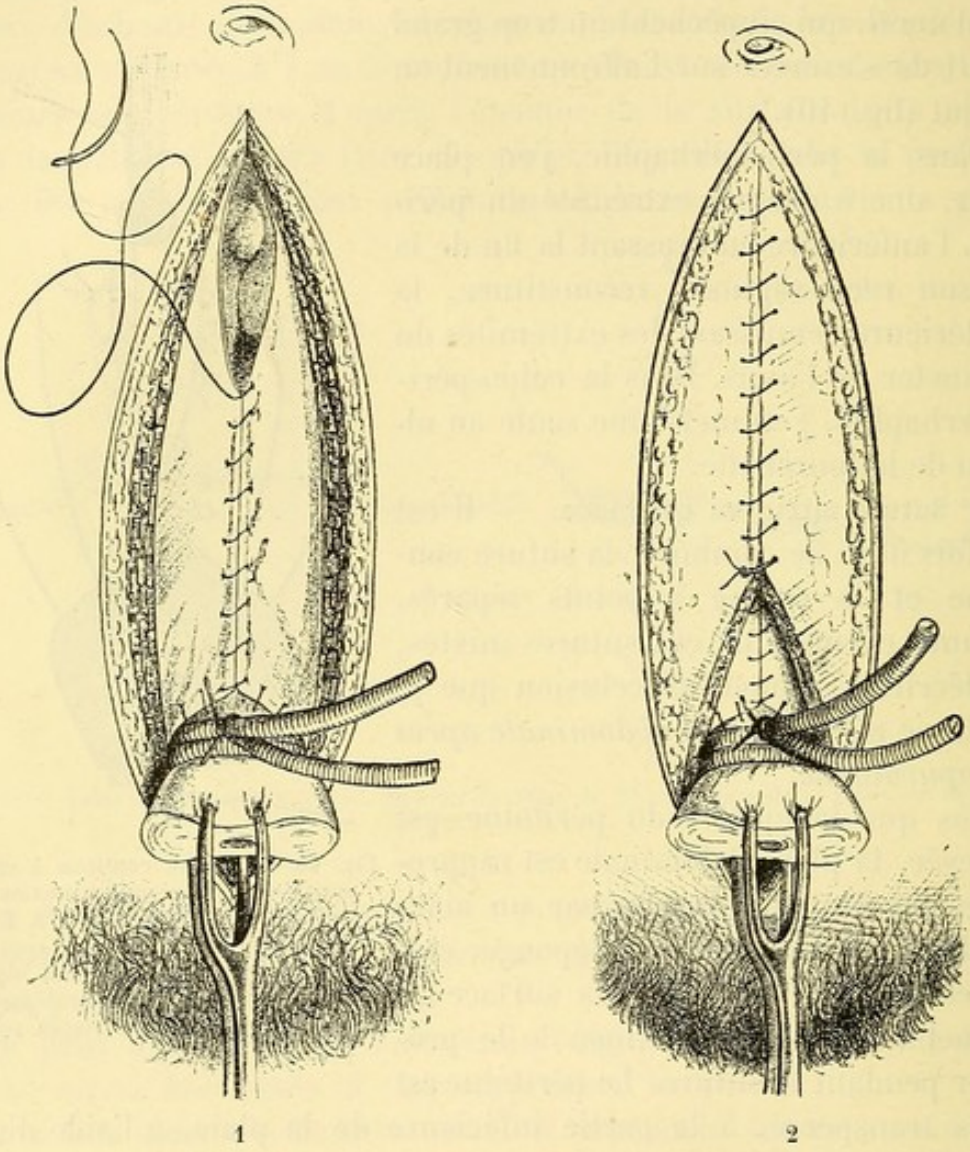


Fig. 41. — Suture des parois abdominales après l'hystérectomie.
1. Premier étage de la suture continue (péritoine). — Second étage de la suture continue (plan musculo-aponévrotique).

seur des parties à affronter, on place une série de points séparés, espacés de trois centimètres environ l'un de l'autre. Ces fils entrent à deux ou trois centimètres des bords de la plaie, cheminent dans toute l'épaisseur du tissu graisseux jusqu'au ras de l'aponévrose et font un trajet inverse dans l'autre lèvre de la plaie. A mesure que la rangée de ces points profonds est placée, on met sur chaque chef une pince. La plaie lavée à la solution phéniquée forte, on rapproche les bords et on pique avec une aiguille plus petite et du catgut fin ou

du crin de Florence un ou deux points séparés de suture superficielle, dans chacun des intervalles compris entre deux sutures profondes. Ces points sont placés le plus près possible de la tranche des téguments et doivent en assurer la coaptation exacte. (Je les remplace

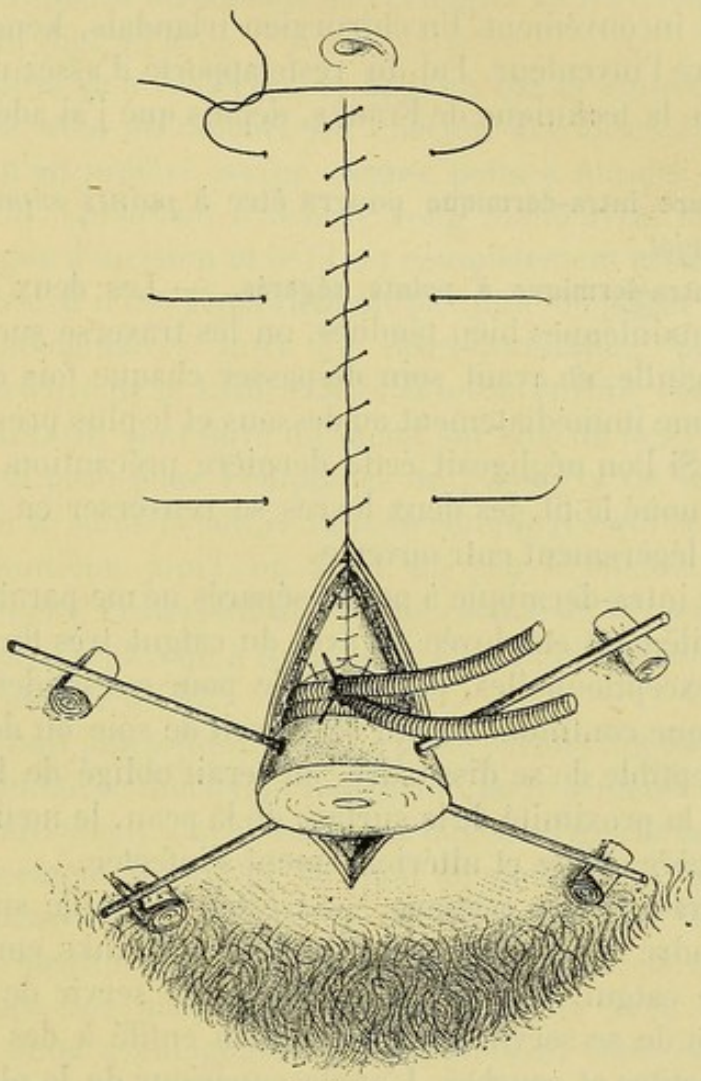


Fig. 42. — Suture des parois abdominales après l'hystérectomie. Suture à points séparés des téguments et du tissu adipeux sous-cutané.

sp. Sutures profondes; *ss.* Sutures superficielles; *le.* Ligature élastique; *s.* Suture péritonéale; *p.* Pédicule; *br.* Broche soulevée par des bourrelets de gaze iodoformée.

souvent par une suture continue au catgut). Ce n'est que lorsqu'ils sont tous placés et noués qu'on serre et qu'on réunit les points de suture profonde, sur de petits rouleaux de gaze iodoformée qui évitent les sillons sur la peau produits par la pression de ces sutures (fig. 43 *c*).

Il arrive assez fréquemment que l'empreinte des fils cutanés superficiels reste marquée pendant plusieurs mois sous forme de stries, qui, d'abord rouges, peuvent se charger ensuite de pigment à l'occasion. Cette empreinte peut se produire alors même qu'on a pris soin

de produire une striction modérée, d'étreindre de chaque côté de la plaie une égale quantité de tissu et de sectionner les fils dès que la réunion est obtenue.

Suture intra-dermique.

Suture intra-dermique. — J'ai vu employer avec succès, à l'hôpital John Hopkins, de Baltimore, un nouveau mode de suture qui met à l'abri de cet inconvénient. Un chirurgien irlandais, Kendal Franks[1], paraît en être l'inventeur. J'ai du reste apporté d'assez notables modifications à la technique de Franks, depuis que j'ai adopté ce mode de suture.

Cette **suture intra-dermique** pourra être à *points séparés* ou *continue en surjet*.

Suture intra-dermique à points séparés. — Les deux lèvres de la plaie étant maintenues bien tendues, on les traverse successivement avec une aiguille, en ayant soin de passer chaque fois dans l'épaisseur du derme immédiatement au-dessous et le plus près possible de sa surface. Si l'on négligeait cette dernière précaution, on verrait, après avoir noué le fil, les deux lèvres se renverser en dehors et la plaie rester légèrement entr'ouverte.

La suture intra-dermique à points séparés ne me paraît guère pouvoir être utilement employée qu'avec du catgut très fin et dans des conditions exceptionnelles, par exemple pour consolider une suture intra-dermique continue. Si l'on se servait de soie ou de tout autre fil non susceptible de se dissoudre, on serait obligé de le laisser en place et, vu la proximité de la surface de la peau, le nœud pourrait y faire une légère saillie et ultérieurement s'infecter.

Suture intra-dermique continue. — C'est le mode de suture qui est appelé à rendre le plus de services : Kendal Franks emploie exclusivement le catgut. Je crois plus sûr de se servir de la soie. Je recommande de se servir d'un fil très fin enfilé à des aiguilles de Hagedorn, petites et courbes. L'angle supérieur de la plaie doit être maintenu fixe et chacune des lèvres est à tour de rôle tendue et un peu renversée à l'aide de deux pinces à disséquer, dont l'une est tenue par le chirurgien et l'autre par son aide.

L'aiguille pénètre d'abord à un centimètre au-dessus de l'angle de la plaie, traverse toute la peau, ressort dans la plaie entraînant après elle le fil jusqu'au niveau d'un nœud qui y est fait, pour pénétrer dans l'épaisseur d'une des lèvres, où elle suit un trajet intra-dermique de trois à quatre millimètres. Elle ressort et elle est portée du côté opposé. On pique l'épaisseur de cette seconde lèvre à un niveau qui correspond exactement au point de sortie du fil sur l'autre lèvre.

On continue ainsi à traverser alternativement l'épaisseur du derme

[1] K. Franks. *On subcuticular suture.* (*Brit. med. Journ.*, 1890, t. I, p. 414.)

à droite et à gauche, jusqu'à la partie inférieure de la plaie. Le trajet du fil dessine un zigzag qui rappelle celui d'un lacet de corset, les œillets étant ici représentés par les trajets intra-dermiques. Quand on est arrivé à la partie inférieure de la plaie, on fait ressortir l'aiguille à un centimètre au-dessous de cet angle, en traversant l'épaisseur de la peau (fig. 43 *a*).

Il ne reste plus qu'à resserrer de haut en bas la suture en tirant successivement avec un crochet sur chacune des anses du surjet, à moins qu'on n'ait préféré serrer chaque point à mesure qu'il était placé (fig. 43 *b*). Lorsqu'on a achevé cette manœuvre, la plaie est réduite à la ligne d'incision et le fil est complètement caché sauf aux deux extrémités. Il n'est généralement pas utile de placer des points séparés complémentaires intra ou extra-dermiques, pour éviter la béance ultérieure de la suture. Mais si on le croyait nécessaire on y aurait recours. On peut faire un nœud sur chacun des chefs du fil au niveau de la peau pour l'empêcher de glisser et de se relâcher.

Pour enlever le fil de la suture intra-dermique (ce qui se fait généralement au huitième jour), on attire un peu le chef supérieur de manière à amener à l'extérieur une partie cachée du fil, on sectionne à ce niveau et on n'a plus qu'à tirer sur le chef inférieur pour enlever facilement la totalité du fil.

Pendant les huit jours qui suivent, je place parfois une suture sèche avec une bandelette de diachylon iodoformé, pour soutenir la cicatrice contre tout tiraillement. J'ai obtenu ainsi des cicatrices de laparotomie presque entièrement invisibles au bout de quelques semaines[1].

Suture enchevillée.

5° **Suture enchevillée.** — De petits rouleaux de gaze iodoformée doivent être substitués aux chevilles ou aux bouts de sonde, employés autrefois. Les plaques de plomb de Lister avec le gros fil d'argent sont ainsi avantageusement remplacées. Cette suture n'est plus usitée dans la périnéorrhaphie, comme autrefois ; mais il est des circonstances exceptionnelles où elle peut être utile. Un de ses emplois éventuels est le suivant[1] : dans les cas de très grosses tumeurs abdominales adhérentes en avant au péritoine pariétal, il existe, après leur ablation, une très grande surface cruentée, formée par la face profonde des parois du ventre plus ou moins dépouillées de leur péritoine, par la rupture des adhérences. Cette grande surface suintante peut créer un danger de septicémie. On se trouve bien alors de placer des deux côtés, avant la fermeture du ventre, une longue suture profonde, maintenue à chacune de ses extrémités par un rouleau de gaze iodoformée, qui plisse les parois abdomi-

[1] S. Pozzi. *Suture intra-dermique.* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 145.)
[1] V. Hacker. *Wien. med. Woch.*, 1885, n° 48, p. 1466.

nales au-dessus et parallèlement à l'arcade de Fallope. Elle exerce une compression efficace sur les surfaces cruentées, empêche l'hémorrhagie ou le suintement séreux, et élimine ainsi une des causes d'infection précoce. Ces sutures peuvent être retirées au bout de cinq ou six jours.

Hémostase.

Hémostase. — Elle peut être obtenue de diverses manières : par la **compression** pour les hémorrhagies capillaires ; par la **torsion** pour les petites artères ; et par la **suture** à la surface d'une plaie. Mais les deux grandes méthodes sur lesquelles j'ai à présenter quelques remarques sont la **ligature** et la **forcipressure**.

Ligature isolée.

La **ligature isolée** des vaisseaux ne m'arrêtera pas, n'ayant ici rien de spécial.

Lig. en masse (pédicules).

La **ligature en masse** offre un intérêt bien plus grand en gynécologie : en effet, c'est à l'aide de cette ligature qu'on maîtrise les hémorrhagies souvent formidables des pédicules des tumeurs abdominales. Cette ligature en masse a été successivement faite, et suivant les circonstances, à l'aide de fils métalliques, de fils de soie ou de catgut, de cordons ou de tubes élastiques. Nous aurons à étudier de plus près la question, en traitant de l'ovariotomie et de l'hystérectomie.

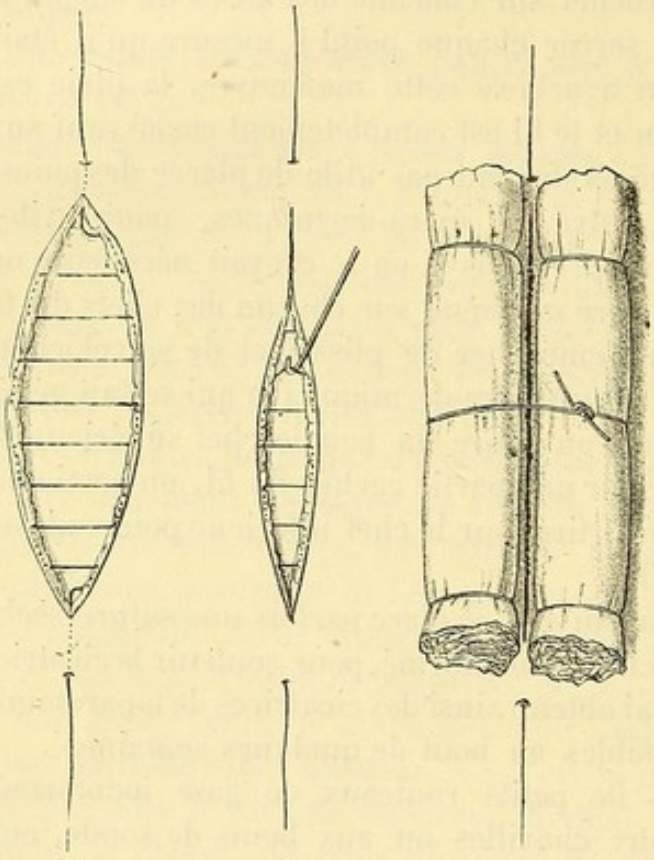


Fig. 43. — Suture intra-dermique continue.

La **soie** est, pour la ligature en masse des pédicules, l'agent de beaucoup le plus employé, à cause de sa résistance très grande sous un petit volume : c'est toujours la soie *tressée* et non *tordue* qu'on devra choisir. Il n'est pas douteux cependant que, lorsqu'on doit laisser une grande quantité de fils dans le ventre (comme après les hystérectomies par le procédé de Schrœder, les énucléations intra-péritonéales par le procédé de Martin, etc.), il n'est pas sans inconvénients d'abandonner, dans la grande cavité séreuse, des matériaux qui resteront très longtemps sans se résorber et que leur porosité rend éminemment propres à l'infection secondaire. Aussi, depuis que la

préparation du catgut à l'*oleum juniperi* nous fournit un agent supérieur à celui qui était préparé par les procédés anciens, beaucoup de gynécologistes (Veit, Martin, etc.) n'hésitent plus à rejeter complètement la soie pour les ligatures perdues dans le péritoine et

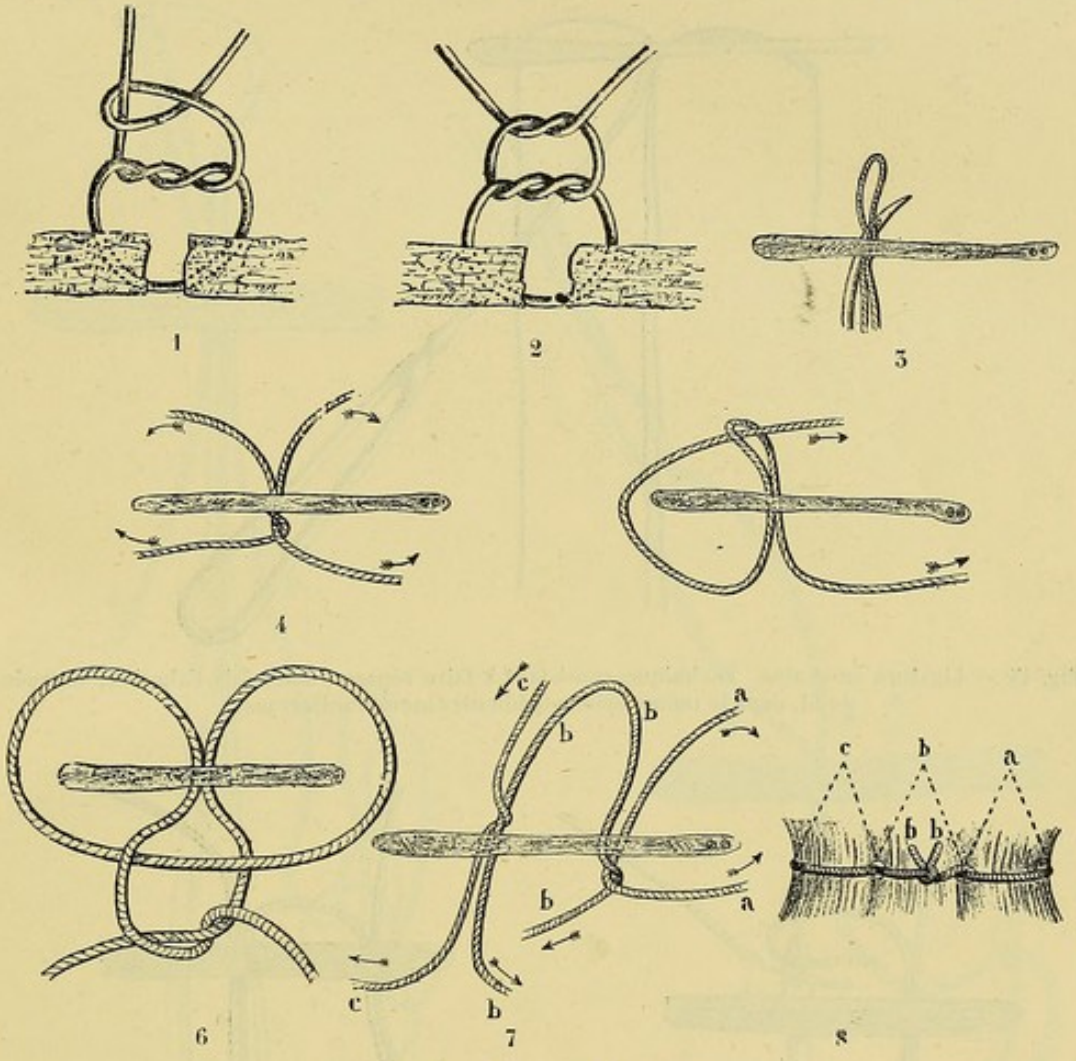


Fig. 44. — Nœuds et ligatures.

1. Nœud du chirurgien, mal fait. — 2. Nœud du chirurgien, bien fait. — 3. Transfixion du pédicule avec une aiguille montée armée d'une anse de fil. — 4. Croisement des deux chefs du fil après la transfixion du pédicule. — 5. Nœud de Bantock pour la ligature des petits pédicules. — 6. Nœud de Lawson-Tait (*Staffordshire knot*) pour la ligature des petits pédicules (l'anse doit être renversée par-dessus la tumeur). — 7. Ligature en chaine sur un pédicule large; croisement des fils. — 8. Ligature en chaine sur un pédicule large; les fils sont noués (vue latérale).

à toujours lui substituer le catgut, bien qu'il soit incontestablement plus difficile avec lui de serrer une ligature.

Je me borne à signaler les **différents modes de ligature en masse** qui peuvent être employés.

Si la portion à étreindre est relativement mince et qu'une seule anse de fil suffise, on se contentera, en la passant autour d'elle, de la serrer solidement par un nœud de chirurgien (fig. 44-2).

Si le pédicule est très volumineux et que grâce à deux anses on

parvienne pourtant à le serrer suffisamment, on le transpercera en son milieu avec une aiguille armée d'un fil double (fig. 44-3); on pourra alors couper l'anse, de manière à avoir deux chefs, qu'on devra nouer à droite et à gauche (fig. 44-4); mais il vaudra mieux,

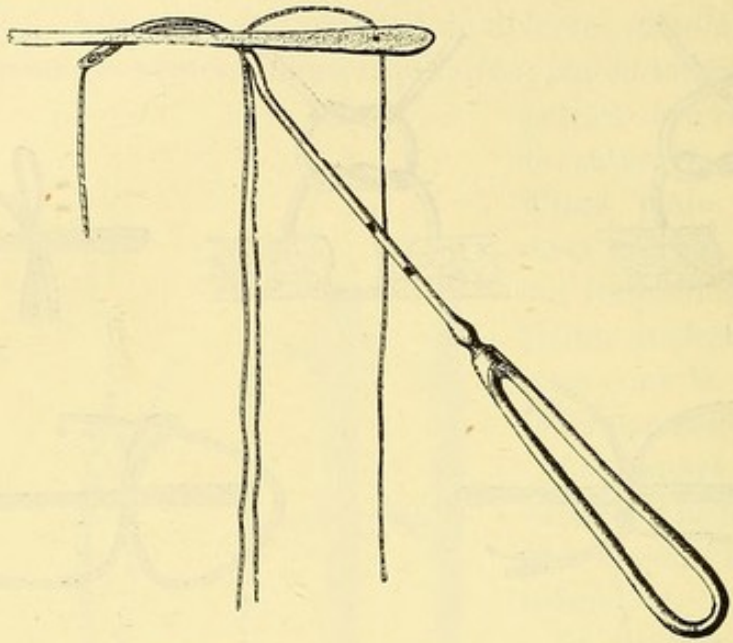


Fig. 45. — Ligature en chaine. Technique consistant à faire repasser deux fois l'aiguille, chargée de fil, dans le même orifice (pédicules membraniformes).

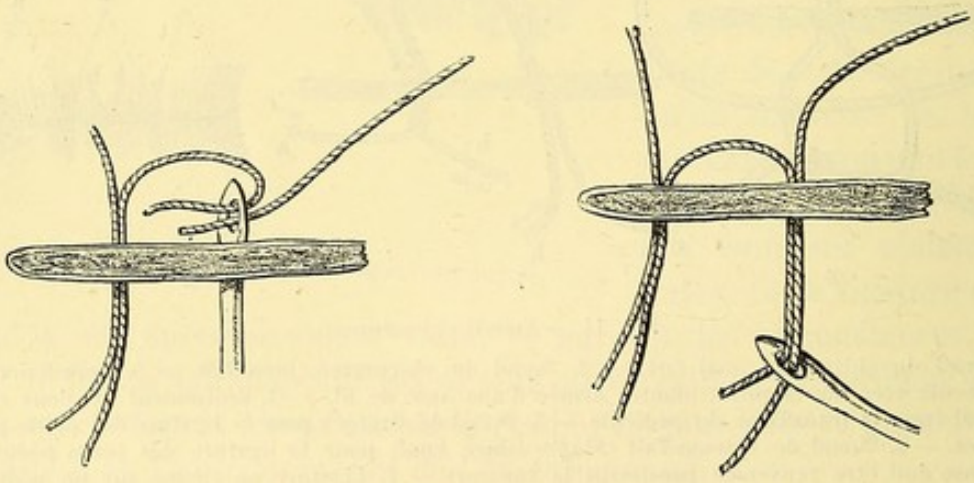


Fig. 46. — 1. Ligature en chaine. Technique habituelle pour placer les fils, à partir de la deuxième anse. — 2. La première anse étant sectionnée, l'aiguille mousse introduite seule va à la recherche d'un des chefs de la première anse, resté libre au delà du pédicule, et le ramène en deçà, en même temps qu'un nouveau fil est introduit du même coup dans son chas.

afin d'éviter deux *nœuds* (les nœuds sont beaucoup moins bien tolérés que le reste du fil), se servir du nœud de Bantock (fig. 44,-5) ou du nœud de Lawson-Tait (*Staffordshire knot*) (fig. 44,-6).

Ligature en chaine.

Enfin, a-t-on affaire à un pédicule lamellaire, comme certains pédicules ovariques, certaines adhérences membraniformes, ou sim-

plement les ligaments larges, on devra passer une série de ligatures s'enchaînant mutuellement, de manière que leur resserrement n'amène aucune dilacération (fig. 44, 7-8).

Les figures 45, 46, 47 et 48 montrent d'une manière suffisamment

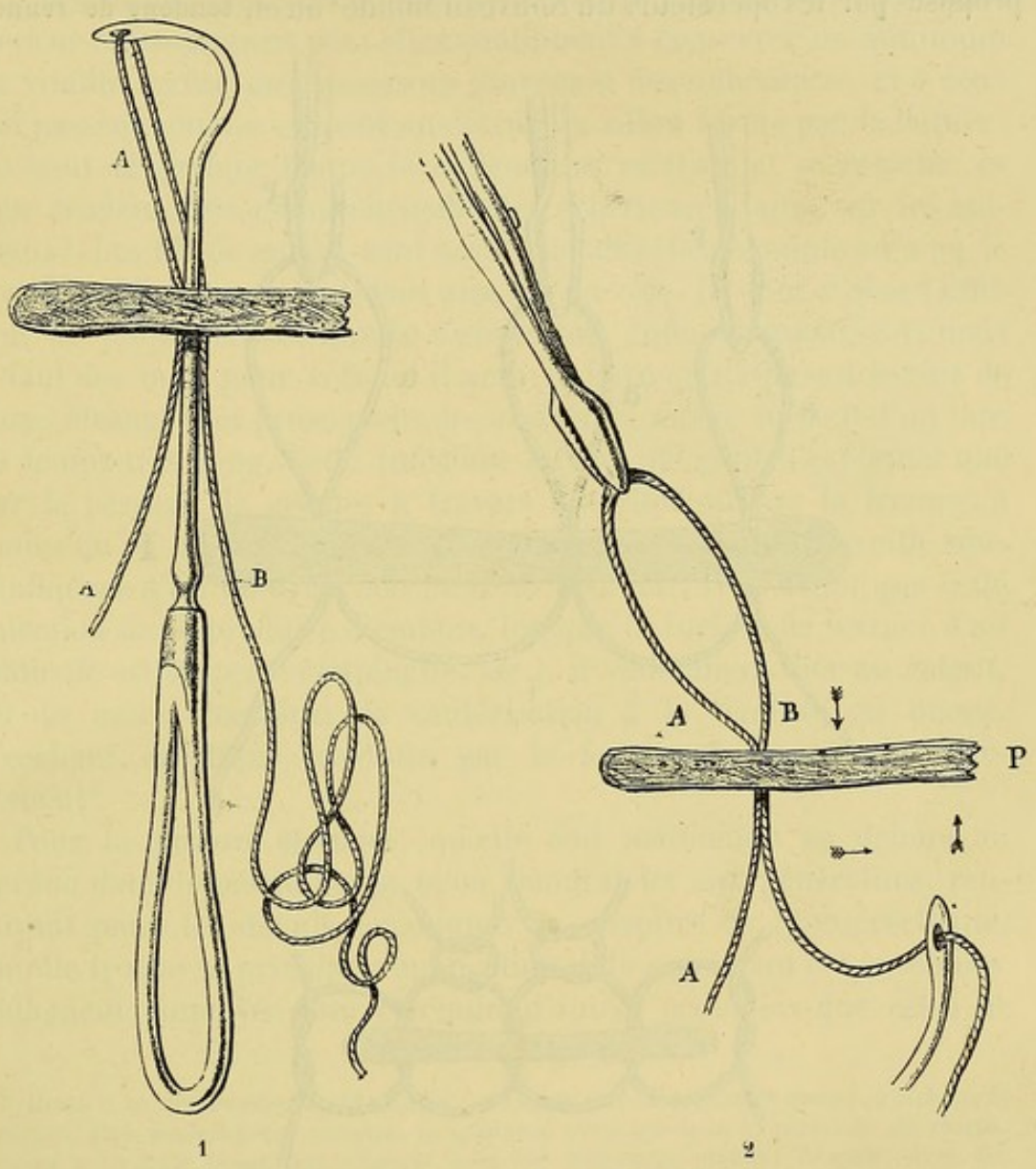


Fig. 47. — Ligature en chaîne (Wallich).

1. Aiguille (de Deschamps) mousse traversant le pédicule, en entraînant un fil dont l'anse sera saisie en A pour être maintenue au delà du pédicule. Le long chef du fil B est maintenu replié dans la main de l'opérateur. — 2. L'anse du fil étant maintenue par une pince, l'aiguille est retirée. En glissant sur le fil B, elle va, en suivant la direction indiquée par les flèches, traverser le pédicule en un second point pour placer une deuxième anse.

explicite les procédés ordinairement employés pour passer ces sutures, et celui que Wallich[1] a proposé de leur substituer; il se rapproche assez de celui de Long[2], avec cette différence que Wallich emploie

[1] Wallich. *Sur la ligature en chaîne, procédé pour placer les fils* (*Ann. de Gyn.*, nov. 1888).

[2] J. W. Long. *A new stitch.* (*Amer. journ. of Obst.*, févr. 1888, t. XXI, p. 135).

une seule aiguille montée (un double chas me paraît inutile), au lieu que Long use d'une série d'aiguilles ordinaires pointues dont l'usage est ici très défectueux.

Je ne parlerai que pour mémoire des fils en **tendons de kanguroo** proposés par les opérateurs du Nouveau Monde[1] ou en **tendons de renne**

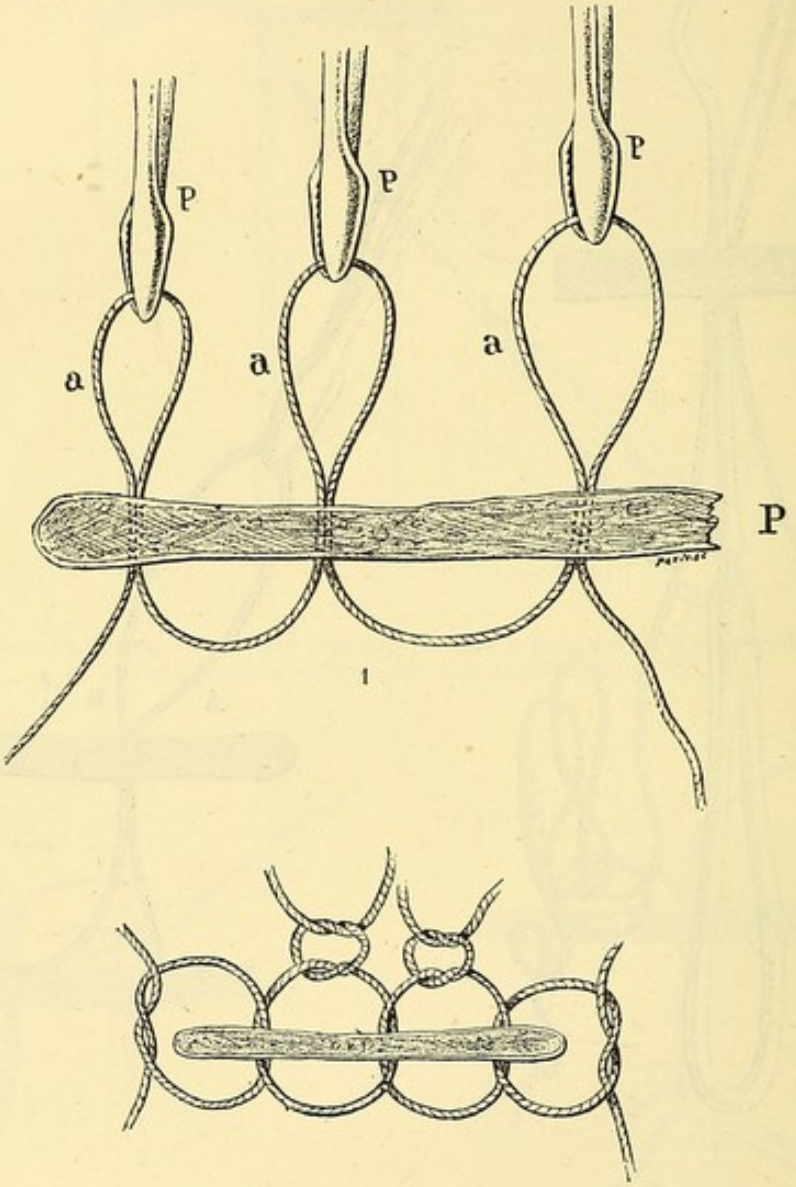


Fig. 48. — Divers temps du placement de la ligature en chaine (Wallich).
1. Les fils sont en place; il n'y a plus qu'à couper en *a* les anses maintenues par des pinces à croiser et à lier les fils. — 2. Les fils sont croisés, noués et près à être serrés.

(fils des Ostiaks), préconisés en Russie[2]. Il n'est pas douteux qu'ils n'offrent une résistance incomparable, et, après avoir été dégraissés par l'éther et préparés ensuite comme le catgut, ils lui seraient sans doute supérieurs, comme agents de ligature en masse. La difficulté

[1] H. O. Marcy. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 21 juillet 1888, t. XI, p. 73.
[2] Putiboff. *Russische Med.*, 1884, n° 5. Anal. in *Centr. f. Chir.*, 1884, n° 12, p. 187

de s'en procurer facilement rendra toutefois leur vulgarisation très difficile dans notre pays.

Quand la ligature en masse est faite à l'air libre, elle amène le sphacèle des tissus étreints. Quand elle est abandonnée avec toutes les précautions antiseptiques dans la cavité péritonéale, les parties liées ne se gangrènent pas; elles continuent à conserver un minimum de vitalité, grâce aux vaisseaux provenant des adhérences et à ceux qui passent comme un pont au-dessus du sillon formé par la suture; au bout de quelque temps le moignon se ratatine et se résorbe, ce que rendent très compréhensible les expériences faites sur les animaux[1], Les fils de catgut sont assez vite absorbés, comme on a pu le constater directement[2]. Quant aux fils de soie, ils sont d'abord infiltrés de jeunes cellules, puis s'enkystent, enfin disparaissent; mais il faut des mois pour cela, et il peut se faire qu'ils jouent le rôle de corps étrangers et provoquent des accidents, même au bout d'un laps de temps très long. Cette infection tardive ne peut s'expliquer que par le passage de germes à travers l'intestin ou par la trompe, à moins qu'on n'admette une sorte de microbisme latent, réveillé sous l'influence d'un mauvais état local ou général[3]. Pour éviter que cette infection ne se produise d'emblée, lorsque la surface de section d'un pédicule est suspecte (salpingite, etc.), il vaut mieux lier au catgut, ou du moins combiner la cautérisation à la ligature en masse. L'eschare aseptique produite par le fer rouge se résorbe rapidement[4].

Ligature élastique.

Pour la **ligature élastique**, qu'elle soit maintenue au dehors ou perdue dans le péritoine, je m'en tiendrai ici aux généralités, renvoyant pour les détails techniques au chapitre de l'hystérectomie, où elle trouve sa principale application. Elle a pourtant été exceptionnellement employée pour étreindre d'autres pédicules que celui de

[1] Hegar a vu des morceaux de muscle, et Czerny des morceaux de cancer, fraîchement extirpés, être parfaitement absorbés en quelques semaines dans le péritoine de chiens. Ziegler a vu cette absorption s'opérer avec des fragments osseux; Tillmanns, avec des morceaux de foie, de rein et de poumon (*Virchow's Arch.*, 1879, Bd. LXXVIII, p. 437.)

[2] Thomson a fait d'importantes expériences sur les matériaux de suture les plus usités dans la laparotomie. Le *catgut phéniqué* est absorbé en 10 jours; le *catgut chromique*, au contraire, subsiste pendant plusieurs mois, résultat que Sänger et Döderlein avaient constaté sur des femmes ayant survécu à l'opération césarienne. La *soie* est un peu désagrégée au bout de 50 jours et presque entièrement absorbée après 64. Le *crin de Florence* est encore intact au bout de deux mois. (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 24, p. 409.)

[3] Hüffel rapporte un cas où un abcès volumineux se montra au niveau du pédicule, d'un ovaire extirpé, deux ans et demi auparavant, par Hegar, et un an après, un accouchement. (*Arch. f. Gynäk.*, 1876, Bd. IX, p. 319.)

[4] Kaltenbach (*Operative Gynäk.*, 3e édit. allem., 1886, p. 268) a trouvé sur une malade morte de tétanos huit jours après l'opération, la surface cautérisée, lisse, sans trace d'inflammation, avec des vestiges de tissus carbonisés. — Heppner (*Petersb. med. Zeitschr.* 1870, t. XVII, p. 306) a, au bout de deux ans, trouvé à peine quelques traces de charbon animal au voisinage du pédicule.

l'utérus; ainsi Hegar s'en est servi dans quelques castrations très saignantes.

Pour fixer le lien élastique, Olshausen se contente de nouer les deux chefs deux fois, et il place quelques points de suture à la soie, cousant le lien autour du pédicule pour l'empêcher de glisser. Thiersch fait passer les deux chefs dans une bague de plomb, sorte de tube de Galli qu'il écrase sur eux. Hegar place sur les deux extrémités tendues une première ligature à la soie, puis un peu plus loin une seconde ligature de sûreté[1] (fig. 49 et 50).

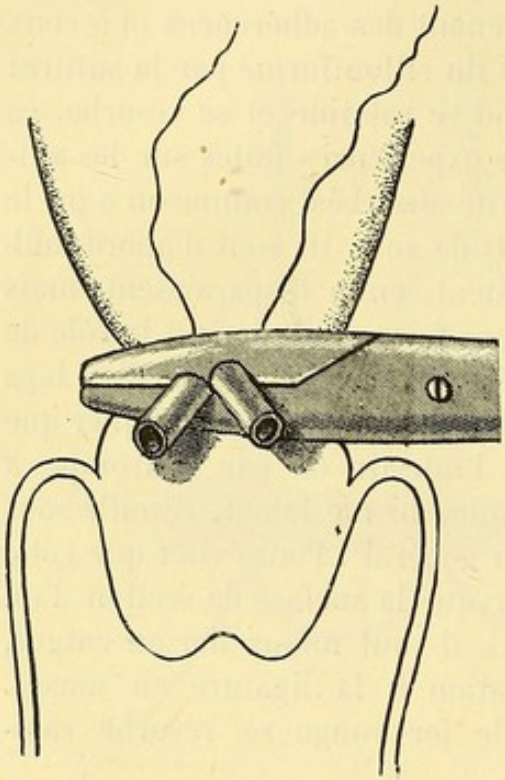


Fig. 49. — Pince de Hegar fixant provisoirement la ligature élastique; un fil passé en arrière est noué pour l'assurer définitivement.

Divers ligateurs élastiques ont été proposés (depuis que j'ai fait construire le premier), soit pour faciliter le placement de la ligature seulement, soit aussi pour la maintenir à demeure, comme une sorte de clamp, dans la ligature extra-péritonéale. A la vérité, je crois que cette dernière fonction est superflue, et que deux fils de soie la remplissent facilement et sûrement, sans qu'il soit besoin d'un instrument. Mon ligateur (fig. 51, et 52), dont j'ai présenté à la Société de Chirurgie, en 1883, le premier modèle, et que j'ai montré perfectionné au Congrès de 1885[2], a *uniquement* pour but de rendre plus facile le placement d'un lien élastique dans un espace étroit, cavité pelvienne ou vaginale. Son maniement est très simple, et, toutes ses pièces se démontant, son nettoyage est parfait. Le ligateur de Collin (fig. 53), qui est une simplification du mien, a l'inconvénient de se prêter moins facilement au resserrement de l'anse élastique une fois fixée. Les ligateurs de Terrillon et de Segond[3] sont excellents pour le *maintien* de la ligature, but principal qu'ils paraissent s'être proposé; mais ils ne facilitent que fort peu le *placement* de la ligature, quand celle-ci est laborieuse, ce qui me paraît devoir être le but véritable d'un *ligateur*. Pour la ligature

[1] Voir pour ces détails ma *Note sur la technique de la ligature élastique, etc.* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 28 nov. 1883, p. 889).

[2] S. Pozzi. *C. R. du premier Congrès franç. de chir.*, 1885, p. 537.

[3] P. Segond. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 198 201.

provisoire, ils ne sont pas très supérieurs à la pince de Hegar (fig. 49) ou à l'agrafe de Walcher[1] et pour la ligature définitive, j'ai dit que deux fils de soie valaient mieux.

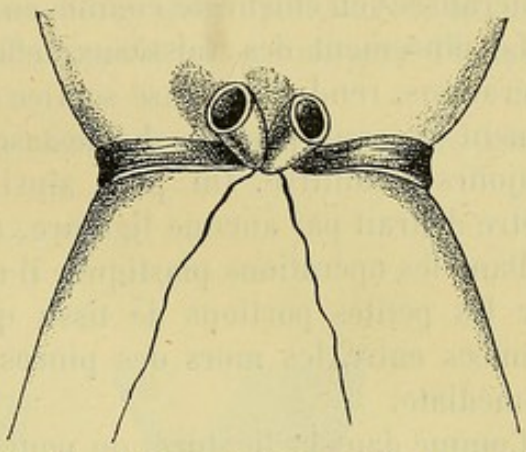


Fig. 50. — Ligature élastique arrêtée par un fil de soie (Hegar).

Forcipressure. — C'est à l'exemple de Kœberlé d'abord, de Péan ensuite, puis à la grande autorité du professeur Verneuil[2], que la chirurgie et la gynécologie sont redevables de la vulgarisation de ce précieux moyen d'hémostase, inauguré avec des instruments défectueux par Sédillot. En Angleterre, Spencer Wells s'en

Forcipressure.

[1] G. Walcher. *Klammer zur Erleichterung der Anlegung der elastischen Ligatur* (*Centr. für Gynäk.*, 1884, n° 52, p. 825).

[2] Le procédé qui consiste à obtenir l'hémostase par l'application temporaire ou durable d'une pince est très ancien, et le professeur Verneuil en a présenté le savant historique, auquel je renvoie ceux qui voudront approfondir cette question. Toutefois, on n'a peut-être pas assez insisté sur ce fait que depuis longtemps les chirurgiens avaient été, pour ainsi dire, invités à l'emploi de la forcipressure par l'éminent fabricant d'instruments de chirurgie, Charrière. Dans son *Catalogue*, publié le 15 avril 1851 (imprimerie Thunot, rue Racine), p. 11, fig. 53, il représente une petite pince presque identique aux pinces à forcipressure Kœberlé-Péan. Elle est ainsi indiquée dans le texte : « Pinces à anneaux et à branches croisées et décroisées, modèle Charrière, destinées à saisir des insectes ou des reptiles dans les cavités étroites. Ces mêmes pinces peuvent être faites avec notre crémaillère brisée, qui les maintient fermées à volonté. » — En 1859, dans une autre édition de son *Catalogue* (typographie Plon), p. 6, Charrière écrit un paragraphe sur les *moyens de fixité donnés* 1° *aux deux branches des pinces à anneaux à polypes, œsophagiennes, aux pinces-érignes ;* 2° aux pinces a artères. Il décrit l'addition du clou rivé sur une branche s'engageant dans un trou fixé sur la branche opposée, et il ajoute : « Ce système, qui transforme une pince à anneaux, une pince à pansement (comme on la désignait encore il y a peu de temps) en une pince à pression continue, permet d'aller porter dans les cavités très profondes les aiguilles... d'étreindre les vaisseaux afin de suspendre les hémorrhagies pendant les opérations. » Charrière ne songeait à la vérité qu'à une hémostase temporaire, car il ajoute : « la conicité de ses mors permet de porter profondément les ligatures sur les vaisseaux ». Toutefois il avait parfaitement compris l'immense service que les pinces peuvent rendre pour l'hémostase provisoire, car il ne manque pas d'y insister encore dans le *Catalogue commercial Ménier*, 5e édition, 1860 (typographie Plon). Il y figure, page 276, fig. 18, sa pince à anneaux et à pression continue, et fait ces remarques (note 7) : « 1° Cet instrument sert de pince à pansement ordinaire. 2° L'élasticité de ses branches permet de saisir très solidement.... les artères dans les hémorrhagies, etc. »

J'ai cru devoir insister sur ces documents bibliographiques inconnus de la plupart de ceux qui ont traité les questions de priorité dans ce débat. Il en ressort ce fait indéniable, que l'instrument dont la chirurgie devait, quelques années plus tard, faire un si grand usage, avait été fabriqué en 1851 par Charrière dans un autre but, puis désigné par lui, en 1859, comme pouvant s'appliquer à la forcipressure.

Il n'en est pas moins vrai que cette pratique avait toujours été exceptionnelle, jusqu'au moment où, presque en même temps, elle fut employée d'une manière courante, pour économiser le temps, dans les grandes opérations abdominales, par Kœberlé et Péan.

est fait le défenseur convaincu, et la pratique en est actuellement généralisée[1] en chirurgie comme en gynécologie.

Le pincement des vaisseaux, effectué au fur et à mesure des opérations, rend l'immense service d'arrêter immédiatement l'écoulement de sang par une hémostase provisoire qui devient presque toujours définitive. On peut ainsi, au cours d'une laparotomie, n'être distrait par aucune ligature, avant la fin de l'opération.

Dans les opérations plastiques il ne faut pas abuser de ce moyen, car les petites portions de tissu qui ont été excessivement comprimées entre les mors des pinces sont un obstacle à la réunion immédiate.

Comme dans la ligature, on pourrait distinguer dans la forcipres-

Lequel des deux a précédé l'autre dans cette voie? Une polémique acerbe engagée à ce sujet n'a donné que des documents difficiles à apprécier.

Kœberlé (*De l'hémostase définitive par compression excessive*. Paris, 1877) fit fabriquer en 1865 par Elser, fabricant d'instruments de chirurgie à Strasbourg, des pinces assez analogues aux pinces à pansement de Charrière, munies d'un encliquetage destiné à permettre de comprimer à volonté les tissus plus ou moins épais. Il fait mention de l'usage de ces pinces pour la forcipressure prolongée dans une observation publiée à Strasbourg en 1866 (*Opération césarienne pratiquée avec succès dans un cas de grossesse dans un utérus bicorne, 21 mois après la mort du fœtus au 7e mois*). Depuis 1868, il s'en servit couramment pour la forcipressure rapide, et ne recourait que très exceptionnellement à la ligature. Cela résulte de la publication faite par Revillout, dans la *Gazette des Hôpitaux* (1868, n° 75, p. 297), du procédé opératoire qu'il avait vu employer par le chirurgien de Strasbourg, et de celle faite par Kœberlé lui-même, peu après dans le même journal (*Gazette des Hôpitaux*, 1868, p. 419). Il appliqua bientôt ses pinces à toutes les opérations.

Péan (*Du pincement des vaisseaux comme moyen d'hémostase. Leçons extraites du tome II des Cliniques chirurgicales*. Paris, 1877), qui comme Kœberlé du reste, avait d'abord commencé par se servir de grosses serres-fines de Sédillot, connues sous le nom de serres-fortes (*Ovariotomie et splénotomie*. Paris, 1869, p. 51), fit construire, en 1868, par Guéride, des pinces à forcipressure d'un modèle commode et de formes variées qui figurent, dès cette époque, au catalogue de ce fabricant. Le point aigu du débat, et celui qu'on ne saurait trancher, est de savoir si, comme le prétend Kœberlé, il y a là adoption avec ou sans perfectionnement de sa pratique vulgarisée à ce moment-là par Revillout, ou si, comme l'affirme Péan, ce dernier a inventé, de son côté et sous l'influence des mêmes nécessités opératoires, une pratique analogue à celle de son collègue de Strasbourg. Il n'y aurait assurément rien là que de très naturel. Quoi qu'il en soit, il est certain qu'inventeur primitif ou concomitant, Péan, par sa position dans les hôpitaux de Paris et sa très grande pratique, a servi plus que personne à la vulgarisation de la forcipressure. Le professeur Verneuil, dans un remarquable mémoire où il a tracé magistralement l'historique et les indications du pincement des vaisseaux, a contribué d'une manière puissante à en généraliser et à en régulariser l'emploi. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1875, p. 17, 108, etc.)

Sur les questions d'historique et de priorité, on consultera, outre les mémoires déjà cités : Kœberlé. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1876, p. 767. — *Epilogue*. Paris, 1877. — *L'hémostase définitive rapide par les pinces hémostatiques et la suppression de la ligature ont été inventées à Strasbourg en* 1867. Strasbourg, 1895. — Gross. *Les pinces hémostatiques des docteurs Kœberlé et Péan et la forcipressure*. (*Revue méd. de l'Est*, 1876, t. V. pp. 182, 190.) — Deny et Exchaquet. *De la forcipressure ou de l'application des pinces à l'hémostase chirurgicale*. Paris, 1875. — Péan. *Comptes rendus, Mémoires et Discussions du premier Congrès français de chirurgie*, 1886, p. 388. — Verneuil et Péan. Discussion. *Bull. méd.* 1893, pp. 659, 985 et 997.

[1] Spencer Wells, *Remarks on forcipressure and the use of pressure-forceps in surgery*. (*Brit. med. Journ.*, 1879, vol. I, p. 926, et vol. II, p. 5.)

sure celle qui porte **isolément** sur les vaisseaux seuls, et celle qu'on opère sur eux, en prenant **en masse** une grande épaisseur de tissus Cette constriction préalable est un adjuvant très grand pour l'hémostase définitive.

Il est donc bon d'avoir à sa disposition des pinces de divers mo-

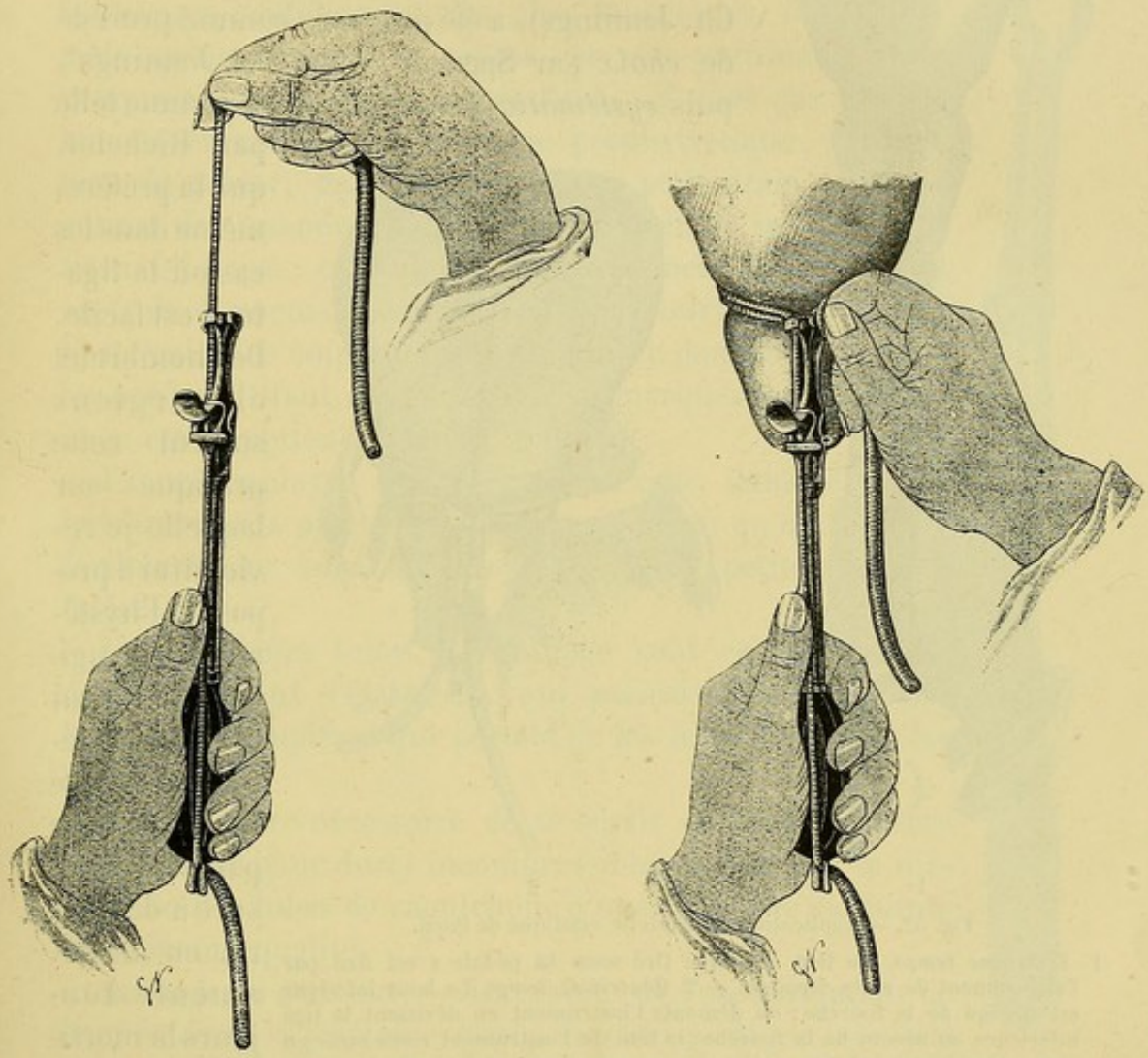


Fig. 51. — Application du ligateur élastique de Pozzi.

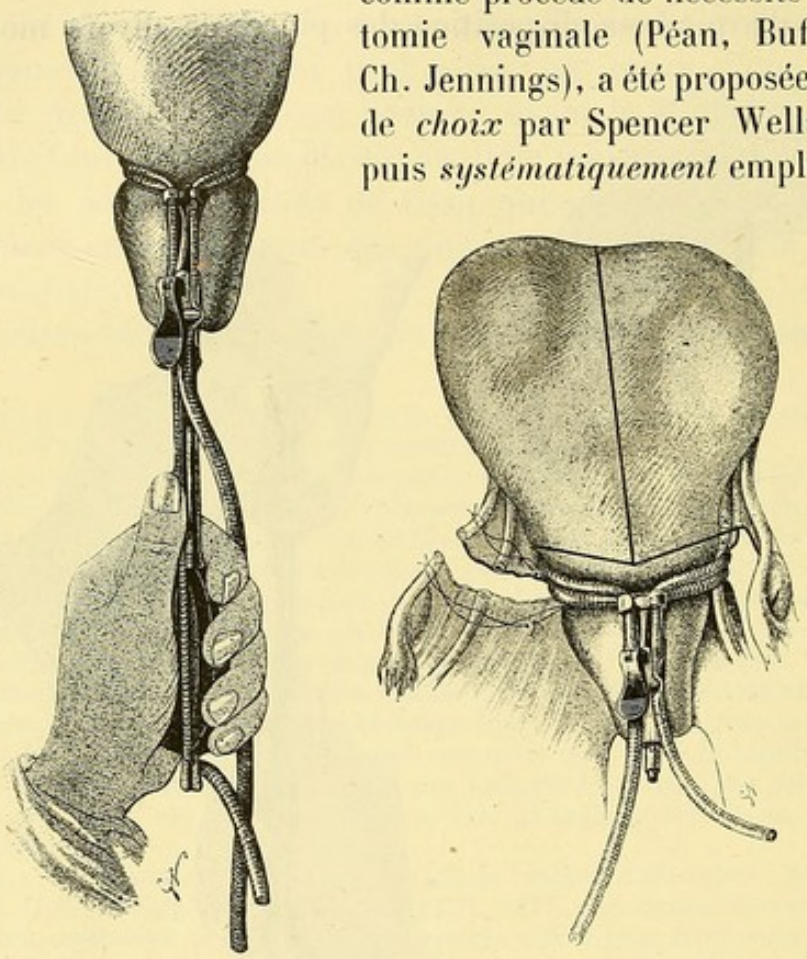
1. *Premier temps.* Le bout inférieur du lien élastique est maintenu dans la fourche du manche; le lien, passant sous la pédale relevée, est engagé par pression dans la tête de l'instrument. — 2. *Deuxième temps.* Le lien élastique a été passé deux fois autour du pédicule; puis il est engagé de nouveau par pression dans la tête de l'instrument.

dèles, depuis l'énorme pince de Billroth, propre à comprimer les gros pédicules charnus, jusqu'aux modèles si variés qui ont été imaginés ou modifiés par Kœberlé, Péan, Terrier, Spencer Wells, Tait, Thornton, etc.

Le plus souvent la forcipressure n'est employée que pour l'hémostase provisoire. Toutefois dans les cas de nécessité, on l'a utilisée pour l'hémostase définitive. Péan a pu ainsi, depuis longtemps, laisser des pinces dans la cavité péritonéale après l'hystérectomie

abdominale, en réunissant le faisceau dans l'angle inférieur de la plaie.

La forcipressure, déjà employée par beaucoup de chirurgiens comme procédé de nécessité dans l'hystérectomie vaginale (Péan, Buffet, J. Bœckel, Ch. Jennings), a été proposée comme procédé de *choix* par Spencer Wells[1] et Jennings[2], puis *systématiquement* employée comme telle par Richelot, qui la préfère, même dans les cas où la ligature est facile. De nombreux chirurgiens suivent cette pratique sur laquelle je reviendrai à propos de l'hystérectomie vaginale[3]. Je ferai seulement remarquer que l'hémostase par forcipressure à demeure, en masse, amène toujours la mortification d'une quantité de tissus incomparablement plus grande que celle qui peut succéder à la ligature isolée ; elle est donc inférieure à la ligature au point de vue antiseptique.



1 2

Fig. 52. — Application du ligateur élastique de Pozzi.

1 *Troisième temps.* Le lien élastique tiré sous la pédale y est fixé par l'abaissement de cette dernière. — 2. *Quatrième temps.* Le bout inférieur est dégagé de la fourche; on démonte l'instrument en dévissant la tige inférieure au niveau de la fourche; la tête de l'instrument reste seule en place, provisoirement (On a indiqué très sommairement à gauche la suture en chaine du ligament large.)

Drainage. **Drainage.** — Je n'ai pas à discuter ici les indications du drainage, soit des plaies réunies, soit de la cavité péritonéale. Je me contenterai d'établir quelques préceptes généraux et d'indiquer les moyens pratiques de les remplir.

[1] Spencer Wells. *Ovarian and uterine tumours*, 1882, p. 526.

[2] Chas. E. Jennings. *The Lancet*, 1886, vol. I, p. 682 et 825.

[3] Voir, sur ce point, à propos de l'historique et des indications de la forcipressure définitive dans l'hystérectomie vaginale, S. Pozzi, *Annal. de Gyn.*, août 1888, t. XXX, p. 81.

Drainage des plaies.

Drainage des plaies. — Dans la suture abdominale à plans superposés, après la laparotomie, il est ordinairement inutile de placer un drain entre les divers plans affrontés. Cependant il en est autrement si la surface de section a pu être souillée par des matières septiques, du pus, par exemple. Alors, malgré les lavages modificateurs les plus énergiques, il est possible qu'un suintement séreux ou séro-purulent vienne compromettre la réunion primitive, s'il n'est pas promptement évacué par un drainage prophylactique. On fera bien de placer, dans ces cas-là, un petit drain entre la suture des aponévroses et celle qui réunit la peau et le tissu cellulaire : ce drain sera généralement divisé en deux ou trois segments, et une *épingle de nourrice* transfixant l'extrémité les empêchera de s'enfoncer dans la plaie et de s'y perdre. Il faut d'ailleurs faire remarquer que ce drainage est exceptionnellement pratiqué.



1

Fig. 55. — 1. Ligateur élastique de Collin.

J'ai vu employer par Farkas, à Pesth, dans le même but, une petite plaque de caoutchouc durci qu'on fixe très facilement au bout du tube avec deux petites pointes latérales.

Les meilleurs tubes à drainage sont en caoutchouc épais, joignant l'élasticité, qui maintient leur calibre béant, à la souplesse qui permet de les infléchir, selon les besoins.

Il n'est guère nécessaire de se servir de tubes de verre ou de caoutchouc durci incompressible, si l'on a à sa disposition des tubes de caoutchouc d'une épaisseur suffisante et de bonne qualité.

Drainage du péritoine.

Drainage du péritoine. — La crainte de l'accumulation de liquide dans le péritoine (sang, liquide ascitique, sérosité plus ou moins septique, etc.) a conduit les opérateurs, dès les premiers temps de la laparotomie, à pratiquer le drainage préventif du péritoine. C'est Peaslee qui le premier, en 1855, en fixa l'emploi ; il se servait d'une sonde élastique pénétrant dans le cul-de-sac de Douglas et sortant par le vagin. Kœberlé, en 1867, fit le drainage par la plaie abdominale et se servit d'un tube de verre terminé en cul-de-sac et perforé de petits trous sur toute sa longueur. Les deux voies du drainage péritonéal étaient dès lors tracées.

Mais ce qui n'était point encore établi, et ce qui l'est à peine aujourd'hui, ce sont les véritables indications de ce drainage. Sims, en 1872, recommanda de l'employer systématiquement après toute ovariotomie. Cette exagération eut, du moins, le mérite de montrer

l'innocuité du drainage quand il est entouré de précautions conve-

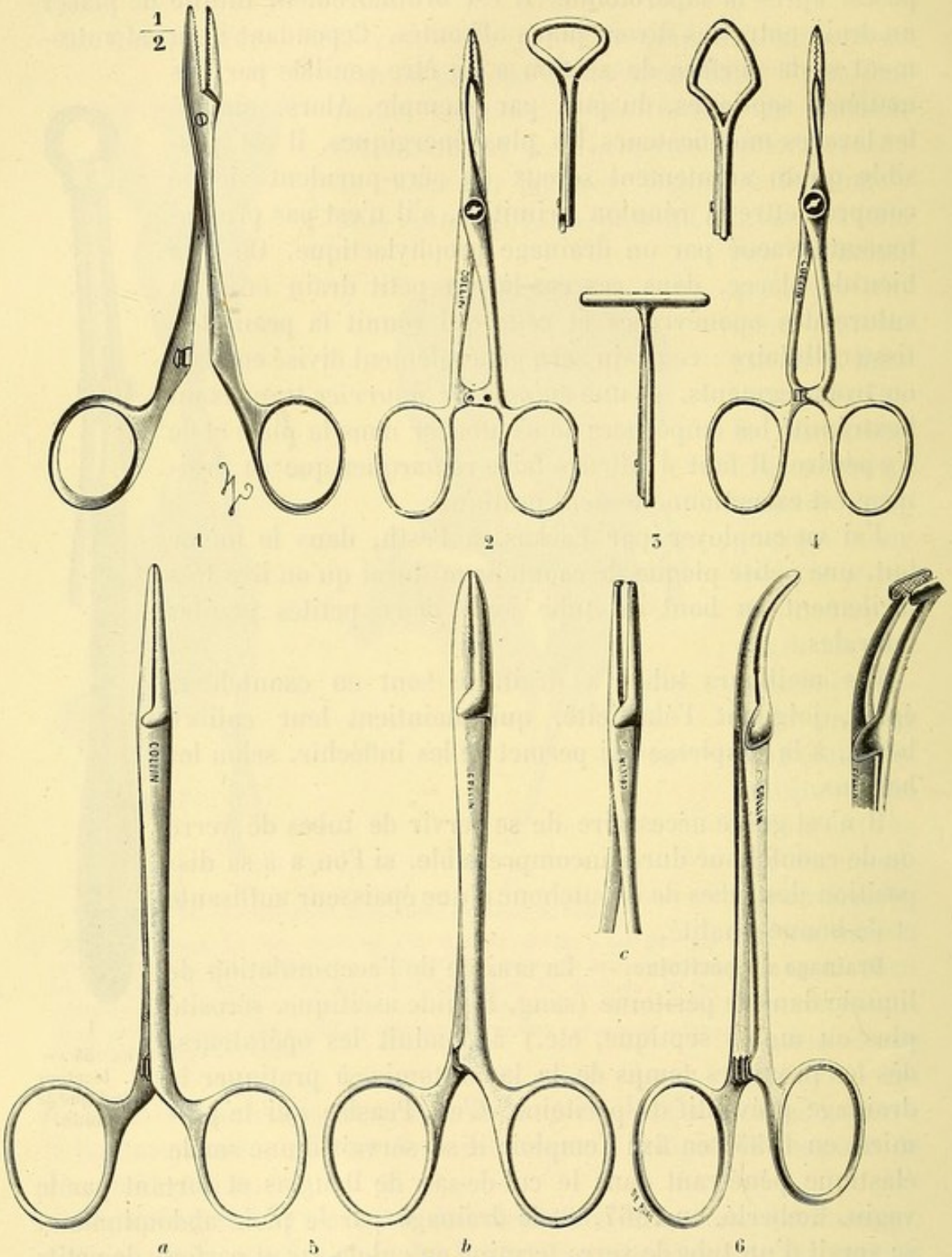


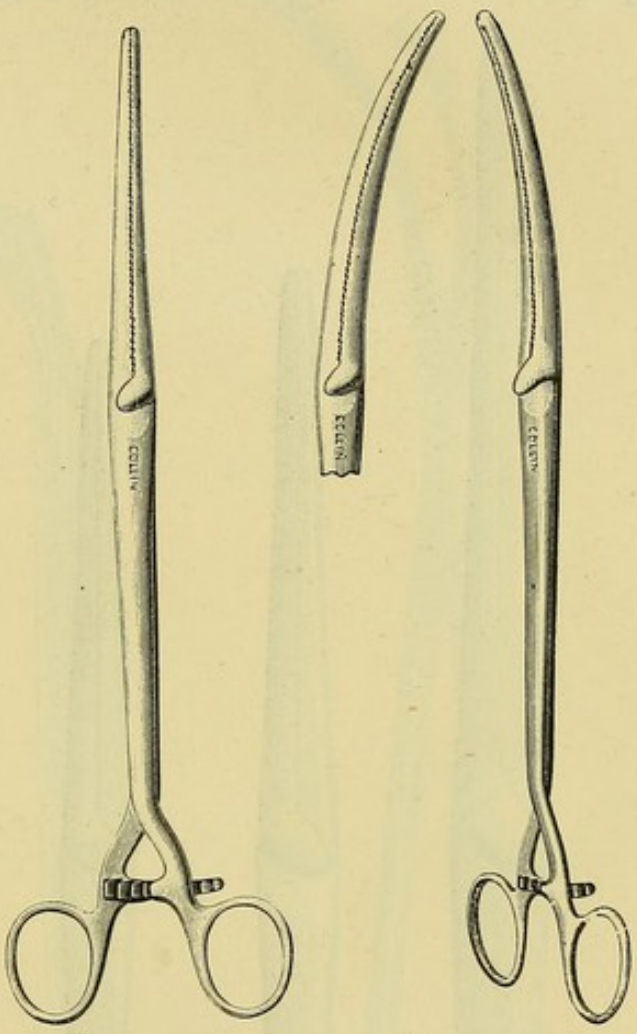
Fig. 54. — Pinces hémostatiques.

1. Pince hémostatique de Kœberlé à encliquetage permettant une pression graduée. — 2. Pince hémostatique de Péan (ancien modèle) pour la compression excessive des vaisseaux. — 3. Formes diverses de mors pour pinces à forcipressure (Péan). — 4. Pince à forcipressure de Lawson Tait. — 5. Pinces hémostatiques, *a*, nouveau modèle de Collin; *b*, modèle du professeur Terrier; *c*, modèle de Kocher. — 6. Pinces à forcipressure courbes de S. Pozzi.

nables. En effet, il faut bien savoir qu'au bout d'un très petit nombre d'heures, le drain se trouve, pour ainsi dire, séquestré par la

formation de pseudo-membranes qui l'entourent et l'isolent. Ce n'est que si un suintement continuel se fait dans le ventre qu'une cavité où le liquide s'accumule persiste à son extrémité.

Un nouvel élément est encore venu simplifier le problème : c'est la connaissance du grand pouvoir de résorption du péritoine[1], quand il n'est pas entravé soit par des grands délabrements ou des déchirures étendues, soit par une longue exposition à l'air ou la paralysie de l'intestin. Il résulte de ce fait qu'à la suite d'une laparotomie *simple*, c'est-à-dire non compliquée par les accidents que je viens d'énumérer, une quantité très grande de liquide (sang ou sérosité), peut être rapidement résorbée, sans aucun inconvénient pour le malade. Chéneux[2] affirme que cette résorption est préférable à l'évacuation, et on ne saurait lui donner tort. La difficulté est de juger dans quelles conditions elle a lieu, car, si elle manque, la septicémie a les plus grandes chances de survenir. J'ai dit, dans un précédent chapitre (p. 33), que le lavage du péritoine paralyse momentanément le pouvoir résorbant de la séreuse.



1 2

Fig. 55. — 1. Pinces du modèle Péan-Terrier-Collin pour la forcipressure en masse (adhérences).

La toilette du péritoine étant supposée bien faite, après toute laparotomie, avec des compresses-éponges promenées dans toutes

[1] Wegener (*Arch. für klin. Chir.*, 1876, Bd. XX, p. 51), concluant d'après les expériences faites sur des chiens et des lapins, estime que le pouvoir absorbant du péritoine chez l'homme est de deux et demi à six litres par heure; les injections toxiques ont alors un effet aussi rapide que si on les introduisait directement dans les vaisseaux.

Voir, sur la transfusion intra-péritonéale chez l'homme, Edler. *Die traumat. Verletz. der parench. Unterleibs-Organe* (*Arch. f. klin. Chir.*, 1886, Bd. XXXII, p. 198).

[2] Chéneux. *Comptes rendus du 2e Congrès français de chirurgie*, 1886, p. 480.

les parties déclives à l'aide du doigt ou de longues pinces, on n'a pas à se préoccuper, au point de vue du drainage, de ce qui *reste* dans l'abdomen, mais seulement de ce qui peut s'y former ou s'y déposer et y séjourner. Les moyens d'appréciation sont tellement multiples qu'il est difficile de poser des règles absolues: l'opérateur jugera

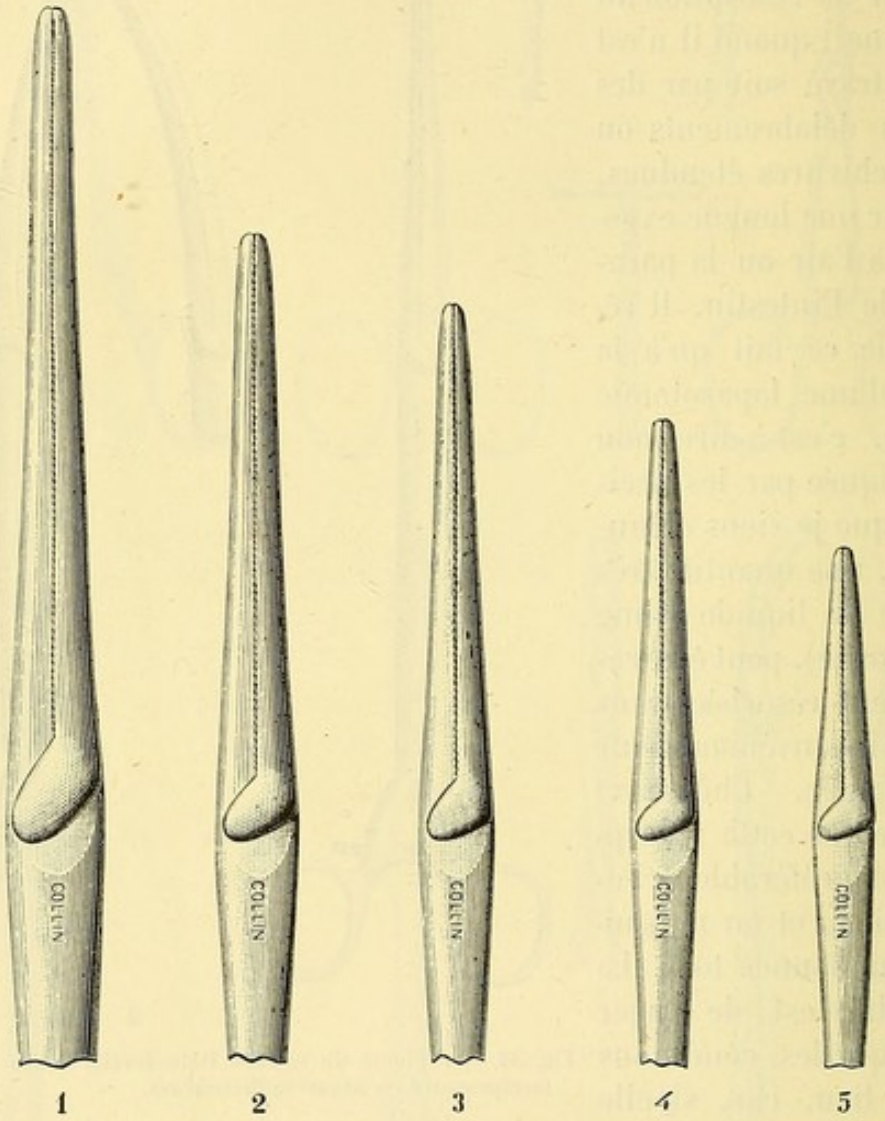


Fig. 56. — Pinces pour la forcipressure en masse (adhérences) à articulation Collin, de dimensions diverses (grandeur naturelle).

dans chaque cas déterminé. On peut toutefois formuler les indications principales du drainage de la façon suivante :

1° Suintement abondant de sang ou de sérosité redouté après l'occlusion des parois abdominales, par suite des conditions anatomiques ou cliniques spéciales, le pouvoir résorbant du péritoine n'étant pas intact. (Le drainage n'est pas seulement alors évacuateur, mais, selon la remarque de L. Tait, puissamment hémostatique)

2° Existence dans la cavité péritonéale d'une surface septique

(lambeau de kyste, suppuration) susceptible de fournir les liquides dont la résorption serait funeste; présence de lésions de péritonite.

3° Large déchirure du péritoine agissant comme double facteur :

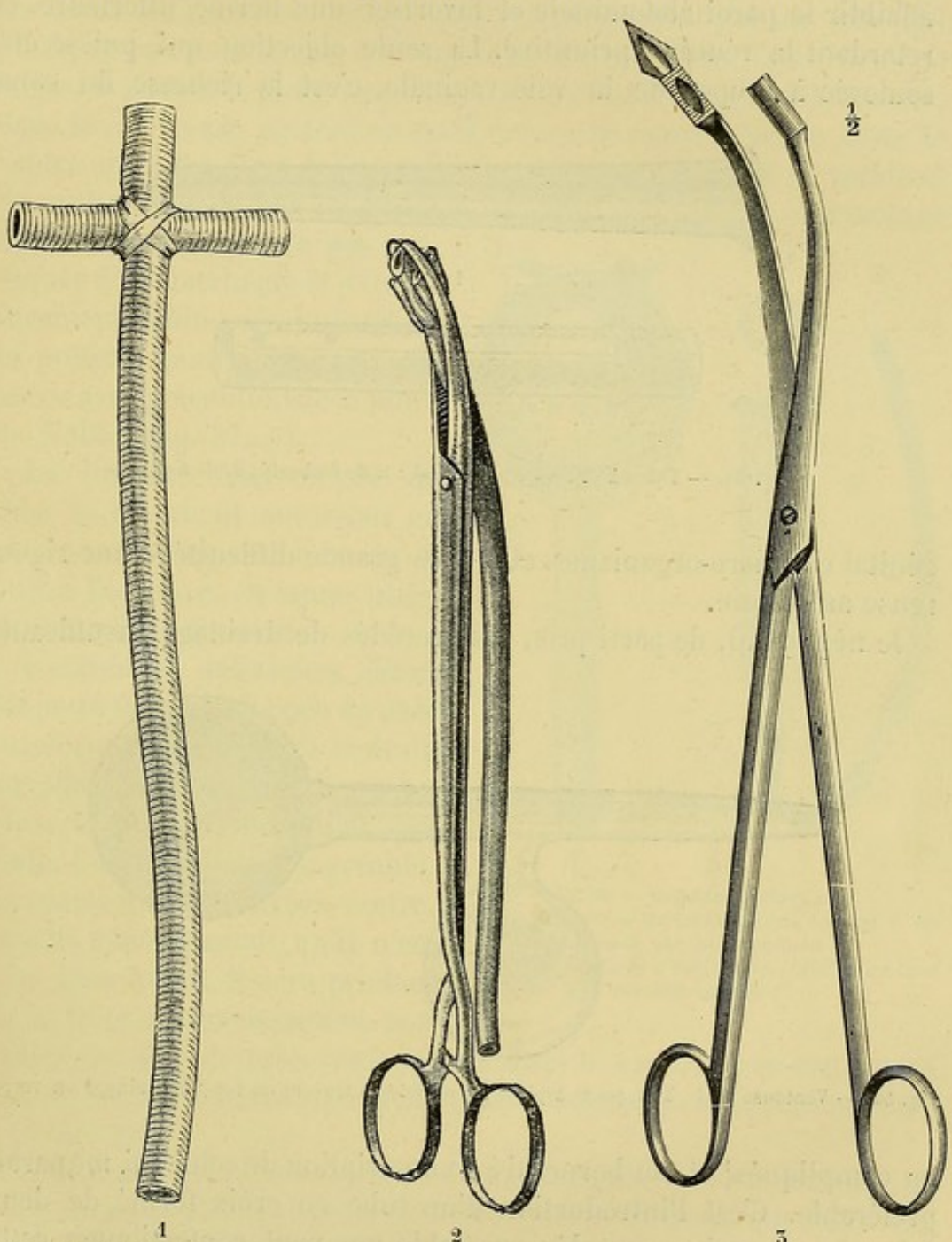


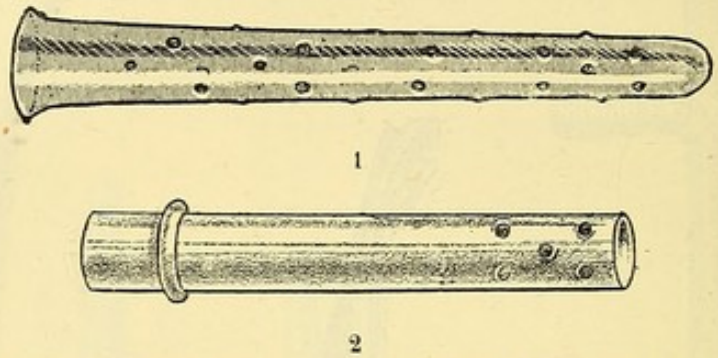
Fig. 57. — 1. Tube de caoutchouc en croix pour le drainage des cavités. — 2. Manière de saisir un tube en croix dans une pince pour l'introduire dans une cavité. — 3. Pince de Wölfler pour passer les tubes à drainage par transfixion.

a) source de suintement persistant ; *b*) entrave au pouvoir normal de résorption.

4° Longue durée de l'opération et manœuvres laborieuses ayant compromis la tonicité de l'intestin et la vitalité de la séreuse qui le recouvre.

Drainage par le vagin.

Drainage par le vagin. — Le cul-de-sac de Douglas étant le point le plus déclive de la cavité pelvienne, il paraît naturel de le prendre pour l'issue des liquides. En outre, on a ainsi l'avantage de ne pas affaiblir la paroi abdominale et favoriser une hernie ultérieure, en retardant la réunion primitive. La seule objection qui puisse être soulevée à propos de la voie vaginale, c'est la richesse du canal



1

2

Fig. 58. — Tubes à drainage péritonéal : 1. de Kœberlé; 2. de Keith.

génital en micro-organismes et la très grande difficulté d'une rigoureuse antisepsie.

Je négligerai, de parti pris, les procédés de drainage insuffisants

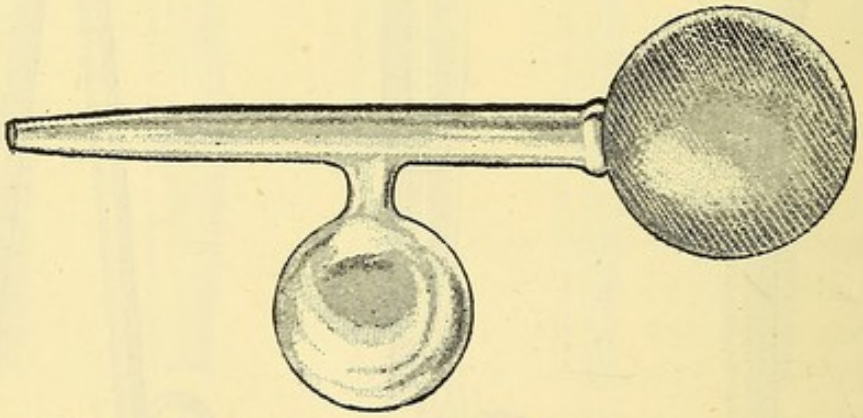


Fig. 59. — Ventouse de L. Tait, pour aspirer les liquides à travers un tube à drainage en verre.

ou compliqués[1] et me bornerai à la description de celui qui me paraît préférable. C'est l'introduction d'un tube en croix formé de deux tubes de caoutchouc soudés ensemble (on peut confectionner cette croix avec des sutures de soie, mais celles-ci sont sujettes à s'infecter secondairement). Après une laparotomie on peut introduire ce tube par une incision du cul-de-sac postérieur, ou directement, par ponction avec un gros trocart, ou, mieux, avec la pince de Wölfler. Enfin,

[1] Parmi les drainages insuffisants se place celui qu'on pratique avec un tube simple : le mode de drainage inventé par Bardenheuer (*Zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle*. Stuttgart, 1885), est, par contre, trop compliqué.

je l'ai vu introduire par effraction et sans ponction par A. Martin; les branches transversales du tube étant maintenues repliées dans les mors d'une pince, ce chirurgien place deux doigts dans le cul-de-sac de Douglas, et, tandis que le col est fixé par un aide qui pratique en même temps une injection antiseptique légère dans le vagin, il pousse la pince avec force, en arrière du museau de tanche, dans le cul-de-sac postérieur qu'il crève; la pince pénètre dans le ventre entre les deux doigts qui servent supérieurement de guide et de soutien. On a, par ce procédé, d'après son auteur, l'avantage d'aller très vite, de ne pas provoquer d'hémorrhagie et d'éviter sûrement la blessure du rectum. Je préfère, pour ma part, me servir avec précaution de la pince de Wölfler (fig. 57, 3).

La branche transversale du tube le maintient sûrement en place, sans s'opposer à ce qu'on puisse l'extraire, en temps utile, par une forte traction.

L'extrémité inférieure devra toujours être enveloppée de gaze iodoformée. On laissera le drain en place huit ou dix jours au plus, à moins d'indication spéciale. Une sensation désagréable, un malaise du côté du bas-ventre, avertit généralement qu'il n'est plus bien toléré. Il sera prudent de ne faire aucune injection, non seulement dans le tube, mais encore dans le vagin; on se contentera d'absorber les liquides avec de la gaze iodoformée, doucement tassée dans le vagin[1].

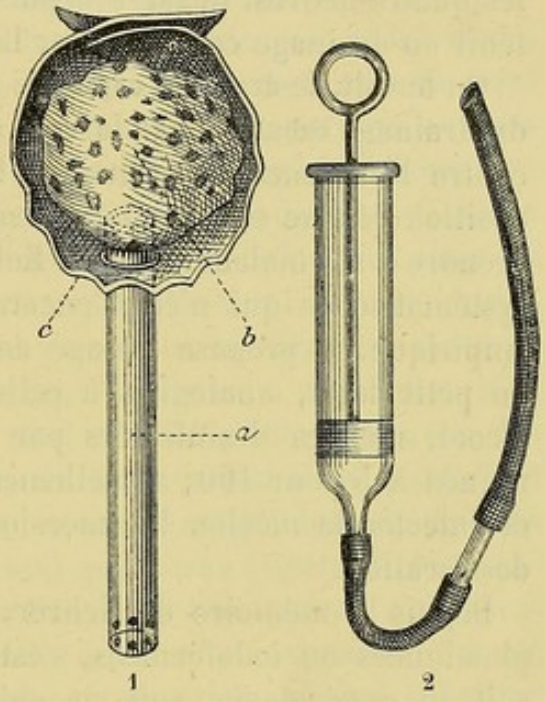


Fig. 60. — Drainage abdominal.
1 Tube en verre *a* surmonté d'une éponge *b* recouverte par le pansement *c*.
2 Seringue destinée à aspirer les liquides au fond du tube en verre.

Drainage par la plaie abdominale.

Le **drainage par la plaie abdominale** a surtout été fait avec des tubes en verre. Il est préférable qu'ils ne soient percés de trous que dans leur partie inférieure (Keith, fig. 58, 2). On introduit celle-ci dans le cul-de-sac de Douglas et l'extrémité supérieure du tube plonge, à sa sortie du ventre, dans un pansement absorbant (fig. 60, 1). Lawson Tait se sert d'une sorte de ventouse spéciale (fig. 59) pour pomper les liquides. Kœberlé, dès 1867[2], remplissait une canule en verre de

[1] Martin. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, 2e édit., 1887, p. 374. — *Samml. klin. Vorträge*, n° 219. — *Berlin. klin. Woch.*, 1885, n° 3, p. 39.

[2] Voir Vautrin. *Du traitement chirurg. des myomes utérins*, Paris, 1886, p. 196.

bourdonnets d'ouate phéniquée, destinée à les absorber. Hegar[1] adopta ce procédé, en le perfectionnant, et en mettant ainsi à profit la *capillarité* des substances absorbantes contenues dans la canule, qu'il renouvelait fréquemment. Il finit par transformer cette dernière en un large *speculum abdominal* (*Bauchspeculum*) en verre ou en gomme durcie, de 3 à 5 centimètres de largeur sur 18 de longueur, qu'il remplit, dans ses premiers essais, d'ouate phéniquée, puis plus tard, de gaze iodoformée. On la renouvelait le premier jour toutes les heures, ensuite toutes les deux heures, et enfin toutes les quatre heures. Hegar a depuis abandonné ce procédé, pour s'en tenir au drainage capillaire par la gaze seule.

Drainage capillaire.

On le voit, le **drainage capillaire** a été, depuis longtemps, l'auxiliaire du drainage **tubulaire** par la voie abdominale, car il permet de lutter contre l'influence contraire de la pesanteur, bien mieux que la position déclive sur le côté ou sur le ventre, que Nüssbaum faisait prendre à ses malades. C'est à Kehrer[2] que revient le mérite d'avoir systématisé ce qui n'était encore qu'une pratique plus ou moins empirique. Il proposa l'usage de mèches de coton de la grosseur du petit doigt, analogues à celles qui servent pour les lampes à alcool, mèches désinfectées par la cuisson dans la solution phéniquée à 5 pour 100; actuellement, on emploie de préférence, pour désinfecter la mèche, l'immersion dans l'éther iodoformé suivie de dessiccation.

Depuis le mémoire de Kehrer, l'usage des mèches antiseptiques, phéniquées ou iodoformées, s'est beaucoup répandu en Allemagne, soit en gynécologie, soit en chirurgie générale. Breisky s'en est depuis longtemps servi pour faire le drainage, après l'extirpation totale par le vagin, d'un utérus cancéreux. Billroth, après les avoir longtemps employées à divers usages, paraît maintenant les abandonner, pour s'en tenir aux lanières de gaze iodoformée. Pourtant les mèches semblent avoir repris récemment une faveur toute nouvelle. Gersuny[3] proclame leur supériorité absorbante sur la gaze, et Chrobak[4] s'est efforcé de la démontrer par des expériences comparatives : il les a employées pour le drainage, à la suite d'ovariotomies et d'hystérectomies sus-vaginales. Toutefois, nous voyons des opérateurs de la valeur de Hegar, Mikulicz, etc., déclarer que le

[1] Hegar et Kaltenbach. *Loc. cit.*, 1re édit. allem., p. 264 et 265. — Hegar. *Centr. f. Gyn.* 1882, n° 7. — Wiedow. *Die Drainage der Bauchhöhle und das Bauchspeculum.* (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 39, p. 617.) — Sänger, *Ueber Drainage der Bauchhöhle bei Laparotomien.* (*Ber. über die Verhandl. des Xten internat. Kongr. zu Berlin, in Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 158.)

[2] F.-A. Kehrer. *Kapillardrainage der Bauchhöhle.* (*Centr. f. Gynäk*, 1882, n° 3.)

[3] Gersuny. *Centr. f. Chir.*, 1887, n° 31.

[4] Chrobak. *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 1, p. 1.

pouvoir absorbant de la gaze est parfaitement suffisant; de plus, il y a tout intérêt à ne pas compliquer, sans utilité évidente, le matériel des objets de pansement.

Drainage capillaire simple du péritoine.

Les indications du **drainage capillaire simple du péritoine**, indépendamment de sa combinaison avec le **tamponnement** dont je vais parler, sont, je crois, très limitées. Je ne l'emploie, pour ma part, qu'après l'hystérectomie vaginale. Au lieu d'introduire un ou deux tubes dans l'ouverture du péritoine, ou de la laisser entièrement béante, comme font beaucoup de chirurgiens, je préfère, après l'avoir un peu réduite par deux points de suture latéraux, y enfoncer, à une profondeur d'un pouce environ, une large lanière de gaze iodoformée, double à son extrémité supérieure; les deux chefs sont ensuite pelotonnés dans le vagin, et rendus reconnaissables par un fil qu'on aura eu soin d'y attacher. Au bout d'un temps variable, selon l'abondance du suintement, on renouvelle les autres bandelettes de gaze stérilisée qui complètent le pansement intra-vaginal, laissant en place la lanière placée dans le cul-de-sac de Douglas, qui fait l'office de drain. Ce n'est qu'après six à huit jours que cette dernière est enlevée.

Tamponnement du péritoine.

Tamponnement du péritoine. — Certes, c'est une idée hardie que de bourrer une partie de la cavité péritonéale avec des *tentes* antiseptiques ou aseptiques, de façon à isoler du reste de la séreuse la portion tamponnée. Cet isolement est produit, durant les premières heures, par le rempart seul que forme l'agent du tamponnement, ultérieurement, par les adhérences limitatrices qu'il provoque à sa périphérie. Une pareille audace, certainement, a été d'abord inspirée par le succès du tamponnement des plaies, substitué au drainage, selon les procédés de Kocher et de Bergmann[1]. Comme transition immédiate, en gynécologie, Hegar[2] employa, pour l'ouverture de certaines suppurations du petit bassin, un procédé identique à celui que Volkmann applique aux collections hépatiques. Enfin, le tamponnement proprement dit du péritoine a été préconisé par Mikulicz[3]; il a été employé en Allemagne et en Amérique[4], mais je n'ai trouvé aucune observation de ce genre en Angleterre, et je l'ai décrit et appliqué le premier en France[5].

Technique. — Mikulicz conseille d'abord de placer, au fond de la

[1] F. Bramann. *Ueber Wundbehandlung mit Iodoformtamponade.* (*Arch. f. klin. Chir.*, 1887, Bd. XXXVI, p. 72.)

[2] Wiedow. *Operat. Behandl. der Genitaltuberculose.* (*Centr. für Gyn.*, 1885, p. 561.)

[3] Mikulicz. *Ueber die Ausschaltung todter Raume aus der Peritonealhöhle, mit besonderer Rücksicht auf die Extirpation der aus Beckenhöhle ausgehenden Geschwülste.* (*Verhandl. der deutsch. Gesellschaft f. Chir.*, Berlin, 1886, p. 187 et suiv.)

[4] Christian Fenger. *The operative treatment of retro-peritoneal cysts in connection with Mikulicz's method of drainage.* (*Amer. Journ. of Obstet.*, juillet 1887, p. 763.)

[5] S. Pozzi. *Drainage capillaire et tamponnement antiseptique du péritoine.* (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 29 fév. 1888.)

cavité qu'on désire tamponner, une sorte de bourse en gaze faiblement iodoformée. On aura préalablement pris soin de fixer, au milieu de cette pièce de gaze, un double fil de soie antiseptique qui permettra plus tard de la retirer plus facilement. Ces fils sortent à l'extérieur par l'ouverture de la bourse qui, lorsqu'elle est en place, est plissée comme une blague à tabac. Pour ne pas perdre de temps, on doit la confectionner avant l'opération. Une fois placée, on y introduit deux à cinq longues lanières de gaze iodoformée qu'on tasse soigneusement sur toute la surface de la cavité. Leur extrémité supérieure dépasse le col de la bourse et sort en même temps par l'extrémité inférieure de la plaie abdominale (fig. 61).

On peut souvent simplifier ce procédé et se borner à enfoncer, directement dans la profondeur de la cavité, des lanières de gaze, quand cette cavité est petite ou très anfractueuse ; mais il faut avoir bien soin d'ébarber les bords des lanières de gaze, pour qu'il ne s'en détache aucun filament. Une bonne précaution consiste à introduire, en même temps, un gros drain qui sert, pour ainsi dire, de centre au tamponnement et qui met à l'abri de toute rétention de liquide trop épais pour filtrer à travers la gaze.

Je recommande aussi de n'employer que de la gaze stérilisée ou de la gaze iodoformée, débarrassée par le battage de tout excès d'iodoforme, pulvérulent. J'ai, en effet, observé une fois des signes d'intoxication iodoformée légère, et Mikulicz l'a également notée dans une de ses observations. Enfin, je trouve utile de distinguer par une marque spéciale — un fil coloré, par exemple — les diverses bandes de gaze pour savoir dans quel ordre on doit les retirer.

Combien de temps doit-on laisser en place ce tamponnement? Mikulicz recommande de ne retirer les bandelettes intérieures qu'après quarante-huit heures, et de n'enlever le sac lui-même que deux ou trois jours plus tard. C'est sur l'abondance du suintement et l'état des parties tamponnées qu'on se guidera. Il ne faut pas, en tout cas, enlever le sac avant le cinquième jour, de façon à laisser aux adhérences périphériques le temps de se consolider et d'être à l'abri d'une déchirure. Il est facile de procéder à l'enlevement des bandes de gaze, si l'on suit ma recommandation de faire une marque distinctive, permettant de retirer d'abord les plus superficielles, puis les plus profondes. Sans cela on s'expose à des tiraillements fâcheux[1].

[1] Gluck a récemment proposé de faire le tamponnement avec des matériaux absorbables, pelotons de catgut, etc. C'est, je crois, une vue théorique sans application pratique sérieuse. *Ueber resorbirbare antisept. Tamponade.* (*Deutsche med. Woch.*, 1888, n° 39, p. 791.)

Si le tamponnement lui-même doit être respecté un temps assez long pour qu'une péritonite plastique aseptique ait le temps de se former autour de lui et de le circonscrire, il va sans dire qu'on devra changer le pansement extérieur aussi souvent qu'il sera nécessaire, c'est-à-dire environ trois fois par jour. Il s'imbibe, en effet, très rapidement de la sérosité sanguinolente que sécrète le fond de la plaie et que transmet le *tampon*, par drainage capillaire.

Il est impossible de fixer des règles absolues pour les cas qui réclament le tamponnement, pas plus qu'on ne le peut pour le drainage. Une grande part est laissée au tact de l'opérateur. Le tamponnement doit être assurément un moyen d'exception, une *ultima ratio*, soit contre l'hémorrhagie en nappe (**tamponnement hémostatique**), soit contre une menace d'infection (**tamponnement antiseptique protecteur**). Dans ce dernier cas, deux circonstances différentes peuvent se présenter : *a*. L'infection d'une partie de la plaie existe au moment de l'opération, et les grands lavages ne paraissent pas mettre suffisamment en garde contre elle, par suite de l'effusion très abondante de pus, de matière septique; ces conditions peuvent aussi se présenter, s'il y a une portion de tissu infecté qu'il serait dangereux d'enlever; *b*. L'infection est à redouter après l'occlusion de la plaie abdominale : elle peut avoir lieu par déhiscence d'une suture faite dans de mauvaises conditions, ou par perforation d'un organe compromis, avant ou pendant l'opération (intestin, vessie). Dans l'une et l'autre circonstance j'ai eu à me louer d'avoir eu recours au tamponnement antiseptique du péritoine.

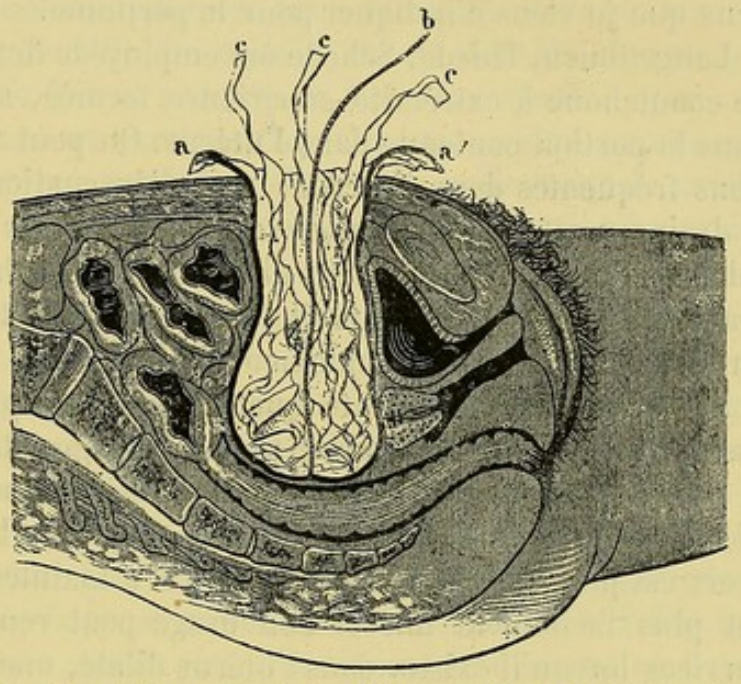


Fig. 61. — Tamponnement du péritoine (après une hystérectomie).
aa. Sac de gaze iodoformée. — *b*. Fil de soie fixé au fond du sac.
cc. Lanières de gaze iodoformée.

Drainage intra-utérin. — Le drainage capillaire de l'utérus avec la gaze iodoformée a été pratiqué comme moyen de désinfection

Drainage intra-utérin.

contre le catarrhe utérin[1] ; on se sert également d'une mince bandelette de gaze iodoformée qu'on enfonce progressivement à l'aide d'un hystéromètre. Au bout de vingt-quatre heures on la renouvelle, et on trouve alors la cavité assez dilatée pour que la manœuvre soit beaucoup plus facile. Quand la cavité utérine a besoin d'une désinfection énergique soit par des lavages fréquents, soit par l'introduction de tentes antiseptiques, le drainage ou le tamponnement de cette cavité peuvent être pratiqués par des moyens très analogues à ceux que je viens d'indiquer pour le péritoine.

Langenbuch, Thiede, Schede ont employé le drainage avec un tube de caoutchouc à extrémité supérieure fermée, mais percé de trous dans la portion contenue dans l'utérus. On peut ainsi faire des injections fréquentes dans l'utérus ; mais l'évacuation des mucosités par le drainage est illusoire ; elles sont trop épaisses pour les orifices du tube : celui-ci, du reste, tient difficilement en place. C'est une bien mauvaise pratique, par laquelle, loin de désinfecter la cavité utérine, on peut, au contraire, rapidement l'infecter.

La situation est différente quand on est en présence d'un utérus assez dilaté pour qu'on puisse y placer un gros tube en croix. Celui-ci est bien préférable aux instruments métalliques qu'on a proposés (Sevastopoulo) et dont le séjour peut meurtrir l'utérus. Le drain en croix est plus commode à introduire et à maintenir, comme aussi il est plus facilement toléré. Son usage peut rendre de très grands services lorsqu'il existe, dans l'utérus dilaté, une source permanente d'infection, corps fibreux sphacélé ou débris de membranes fœtales ayant résisté au curettage. Au besoin, ce drainage peut précéder l'irrigation continue, et, en tout cas, considérablement faciliter l'issue des liquides sécrétés et l'administration d'injections intra-utérines fréquentes.

Irrigation continue de la cavité de l'utérus.

Irrigation continue. — Pour l'établir, voici comment je conseille de procéder :

On introduit le tube à drainage en croix, en plaçant dans une pince ses branches transversales relevées (fig. 57, 2). La cavité utérine étant dilatée dans les cas où l'irrigation est jugée nécessaire, cette introduction ne souffre aucune difficulté. On devra d'abord faire rapidement passer dans l'utérus deux ou trois litres d'une solution antiseptique assez forte (30 pour 1000 d'acide phénique, 1 pour 2000 de sublimé). Puis on installera l'irrigation à plein canal, jusqu'à ce que l'eau ressorte claire, et alors on établira l'irrigation goutte à goutte à l'aide du compte-gouttes de Schücking, ou simple-

[1] Fritsch. *Die Krankh. der Frauen*, 1886, p. 77. — Landau. *Zur Erweiterung der Gebärmutter.* (*Deutsche Med.-Zeit.*, 1887. n° 95.)

ment en réglant convenablement un robinet ordinaire : on emploiera, dès lors, une solution plus faible (10 pour 1000 d'acide phénique, 1 pour 5000 de sublimé). On devra veiller à ce que le liquide reste toujours à une température convenable (33 à 37°). On pourra, pendant plusieurs jours, continuer l'irrigation et laisser en place le drain, qu'on aura soin, cependant de nettoyer toutes les deux heures.

La malade sera maintenue couchée sur une alèze imperméable convenablement inclinée pour conduire le liquide dans un réservoir au pied du lit (fig. 5 et 6). On enduira de vaseline les organes génitaux externes et les fesses, pour éviter les excoriations[1].

Tamponnement de l'utérus.

Le **tamponnement antiseptique de la cavité utérine** qui a été d'abord employé par Fritsch[2] comme pansement de certains cancers du corps, m'a aussi rendu, en pareils cas, de grands services. On taille de longues bandelettes de gaze iodoformée, et on les enfonce doucement dans l'utérus avec un instrument mousse, tel qu'une longue pince un peu courbe, en les tassant peu à peu, *ainsi qu'on plombe une dent*, pour me servir de l'expression de Fritsch. On peut laisser en place la gaze de trois à six jours, puis la renouveler jusqu'à ce qu'on ait bien désinfecté le foyer. J'ai eu plusieurs fois recours à cette manœuvre avec un très grand succès.

Le tamponnement intra-utérin peut aussi être hémostatique : il convient alors de le faire, si possible, avec de la gaze à la fois iodoformée et colophanée (qu'on peut obtenir instantanément au besoin, en saupoudrant d'iodoforme la gaze de Lister). Très exceptionnellement on pourra ajouter un peu de perchlorure de fer, après les grattages de cancer intra-utérin, les énucléations de corps fibreux. Un pareil tamponnement, précédé d'injections chaudes et suivi de l'administration d'ergot, peut être d'une précieuse ressource. On l'a récemment appliqué aux hémorrhagies *post abortum* ou *post partum*, ainsi qu'au traitement de l'atonie de l'utérus[3].

Tamponnement du vagin.

Tamponnement du vagin. — Il ne faut pas confondre le *tamponnement* avec l'application d'un tampon. Pour que le premier terme puisse être appliqué, il est nécessaire que toute l'étendue du canal vaginal soit remplie par une colonne continue de substance plus ou moins élastique, charpie, coton, gaze ou laine : cette substance doit être préalablement rendue aseptique et antiseptique par

[1] Consulter sur ce sujet : Fritsch. *Die Krankh. der Frauen*, 1886, p. 65. — Schultze. *Die prolongirte und die permanente Irrigation.* (*Centr. f. Gynak*, 1888, p. 414.) — Sneguireff. *Hémorrhagies utérines*, etc. Édit. franç. rédigée par H. Varnier, 1885 — Pinard et Varnier. *Ann. de Gyn.*, 1885, t. XXIV, p. 454.

[2] Fritsch. *Samml. klin. Vorträge*, n° 288.

[3] A. Dührssen. *Centr. f. Gynäk.*, 27 août 1887, n° 35, p. 553. — Cette conduite a été imitée, en France, par Auvard (*Gaz. hebd.*, 1887, n° 44, p. 706).

une préparation convenable. On peut lui incorporer des agents médicamenteux divers qui viennent joindre leur action spéciale à l'action mécanique du tamponnement; mais c'est cette dernière qui joue toujours le rôle principal.

Cette manœuvre peut être utilisée dans un but **hémostatique** ou **antiphlogistique.**

a. Tamponnement hémostatique.

A. **Tamponnement hémostatique.** — Ce n'est point là un moyen de choix, mais bien d'urgence, contre les métrorrhagies profuses qui, sous peine de devenir mortelles, commandent une prompte intervention. Certes, il serait préférable dans chaque cas spécial de s'adresser à la cause, immédiatement, et de la faire disparaître. Mais, comme cela n'est pas toujours possible, on a recours, pour se donner du temps, au tamponnement vaginal, en plaçant, au-dessous du museau de tanche, un énorme bouchon difficilement perméable qui force le sang à se coaguler dans l'utérus[1]. Il ne faut pas se dissimuler que ce n'est là qu'un *expédient*, et non un *traitement*; on ne saurait le prolonger sans danger sérieux, soit à cause de l'hémorrhagie elle-même, soit parce que la présence du corps étranger remplissant le vagin amène souvent une élévation de température. Mais, ces réserves faites, on ne saurait proscrire un moyen qui a rendu de si grands services.

L'ancienne méthode du tamponnement consistait à introduire dans le vagin, à l'aide d'un speculum cylindrique ou bivalve, une queue de cerf-volant, en charpie sèche. Cette dernière, chargée de germes, et qu'on laissait souvent très longtemps en place, devenait une source dangereuse d'infection. Depuis l'ère antiseptique, on remplace la charpie soit par du coton, soit par de la gaze imprégnée d'un antiseptique, acides phénique, salicylique, borique, de sublimé, ou d'iodoforme. Tous ces agents ne sont pas également bons : il en est même de mauvais, comme le coton hydrophile sec, qui est trop perméable; la gaze bien tassée l'est à un moindre degré, quoique trop encore, si elle n'a pas d'abord été humectée.

Voici le **manuel opératoire** que je conseille pour cette petite opération, afin qu'elle produise tout l'effet voulu, et il ne faut pas oublier que les cas où l'on est appelé à l'employer sont presque toujours de ceux où la vie est menacée.

On s'assure de la vacuité du rectum et de la vessie.

La position la plus favorable pour bien exposer le vagin, sans trop fatiguer la malade, est la semi-pronation latérale ou position de Sims. Une valve déprimera la paroi postérieure, et la lumière entrant largement dans les voies génitales rendra ces parties accessibles à la

[1] Dans le même but, Emmet a pratiqué parfois la suture temporaire de l'orifice du col

vue. Une irrigation avec l'eau phéniquée à 10/1000 nettoiera le vagin des caillots et du sang accumulés. Reste à remplir sa cavité. Pour cela, je recommande de préparer une série de petits gâteaux de coton perméable plongés, les uns dans la solution concentrée d'alun, les autres, en plus grand nombre, dans la solution phéniquée faible qui a servi à l'irrigation. Au moment d'être employés ces petits tampons sont fortement exprimés de façon à former des disques du diamètre d'une pièce de cinq francs et d'une épaisseur double ou triple. Avec une longue pince on dispose rapidement cinq ou six disques *alunés* autour du col, dans les culs-de-sac, et à la surface du museau de tanche. Dès que celui-ci est recouvert, on emploie, pour continuer le tamponnement, des disques phéniqués exprimés le plus possible. Une très grande quantité de ces gâteaux de coton est nécessaire, quoiqu'on ne doive pas les tasser avec force, mais seulement les superposer de telle sorte qu'ils constituent un tout homogène. A mesure qu'on avance dans cette besogne, on retire peu à peu la valve, de manière qu'elle soit enlevée, un peu avant qu'on ait terminé. Il est quelquefois nécessaire de sonder les malades ainsi tamponnées, vu la compression du col de la vessie. On ne doit pas laisser le coton en place plus de vingt-quatre heures : après l'avoir retiré, on fait une grande irrigation chaude et l'on ne remet le tamponnement que si l'hémorrhagie continuait.

Dans ces derniers temps j'ai découvert que la soie avait une remarquable propriété hémostatique, comparable à celle de l'amadou. Je me suis souvent servi avec succès pour le tamponnement hémostatique de lanières de soie stérilisées à l'étuve.

b. Tamponnement antiphlogistique.

B. **Tamponnement antiphlogistique.** — Soulever l'utérus mécaniquement, en relâchant les ligaments du poids qu'ils supportent; diminuer la stase veineuse due à la déclivité de l'organe et ralentir l'accès du sang artériel par la compression excentrique opérée sur les parties; combattre ainsi la congestion, l'inflammation, mettre les tissus dans un état favorable à la résorption des exsudats et à la cessation des réflexes pathologiques, tel est le but que se sont proposé les initiateurs de ce tamponnement ou de la *columnisation* (*columning*) du vagin. C'est Bozeman[1] qui paraît avoir le premier employé cette manœuvre et créé le mot. Taliaferro[2] en a été le grand

[1] Cité par James H. Etheridge. *Gynecol. Soc. of Chicago*, 17 février 1887. (*The Amer. Journ. of Obstet.*, t. XX, p. 655.). *Antiseptic tamponnement of the vagina in the treatment of pelvic inflammations* (*loc. cit.*). — Engelmann. *The dry treatment, etc.* (*ibidem*, p. 561, 685). — A. Reeves Jackson. *Vaginal pressure in the treatment of chronic pelvic disease* (*ibid.*, p. 649). — Thomas Addis Emmet. *New York med. Journ.*, 18 février 1888, t. XLVII, p. 169.

[2] V.-H. Taliaferro (d'Atlanta). *The application of pressure in diseases of the uterus*, 1878.

vulgarisateur. Cette pratique est assez répandue en Amérique[1] et les heureux résultats qui ont été publiés prouvent que ce moyen thérapeutique mérite d'être pris en sérieuse considération, notamment dans les cas d'inflammations péri-utérines subaiguës ou chroniques, de retard d'involution, etc. Voici comment on doit procéder :

La meilleure position pour la malade est la génu-pectorale : on a ainsi un très libre accès dans le vagin que l'air vient déplisser. On doit avoir à sa disposition : 1° des petits tampons de coton perméable antiseptique glycérinés et fortement exprimés; 2° des flocons de laine fine et purifiée par l'étuve, qu'on aura lavés dans la solution phéniquée à 10 pour 1000, puis bien essuyés : cette substance est employée à cause de sa grande élasticité. Le tamponnement fait avec du coton perméable, dans toute son étendue, serait trop compact; mais le coton non dégraissé, quoique moins élastique que la laine, peut au besoin la remplacer. On dispose les premiers tampons ou disques glycérinés, d'abord dans le cul-de-sac postérieur, puis tout autour du col, qui doit être ainsi bien immobilisé dans cette sorte de matelas; on achève ensuite de remplir le vagin avec la laine bien cardée ou le coton non perméable, en s'arrêtant un peu au-dessus de la vulve. Il est bon de faire garder à la malade le repos au lit, durant un ou deux jours, après le premier tamponnement qu'on applique beaucoup moins serré que les suivants. S'il survient de l'érythème, on fera mieux de n'employer ultérieurement que des substances sèches et enduites de vaseline. On renouvelle, tous les deux ou trois jours, le tamponnement qui, pour produire tout son effet, doit être employé avec persistance, durant plusieurs semaines consécutives.

Si l'on imprègne le coton ou la laine de substances médicamenteuses, telles que le glycérolé de tannin, etc., on peut agir topiquement sur toute la muqueuse vaginale. Mais, à vrai dire, lorsqu'il est fait dans ce but, le tamponnement n'est plus un tamponnement, mais une *agglomération de tampons*.

[1] Cf. P. Mundé. *Minor surgical Gynæcology*. New-York, 1885, p. 210

LIVRE II

DE L'EXPLORATION GYNÉCOLOGIQUE

Position de la malade. Position verticale. Décubitus dorsal simple. Position de la taille. Décubitus latéral. Position génu-pectorale. Palpation abdominale simple (Fausses tumeurs. Scybales. Vessie distendue. Contracture musculaire. Amas graisseux). — Anesthésie exploratrice. — Toucher vaginal. — Toucher rectal. — Toucher vésical. — Exploration bi-manuelle. — Examen au speculum. — Cathétérisme utérin. Perforations. Fausses routes. — Fixation et abaissement. — Dilatation artificielle du col. Procédés non sanglants (laminaire, divulsion, bougies dilatatrices). Procédés sanglants (débridement de l'orifice externe, incision bilatérale complète du col). — Dilatation permanente. — Toucher intra-utérin. — Excision exploratrice et curettage explorateur. — Exploration des uretères, palpation (cathétérisme, procédés de Pawlik, de Simon, de Grünfeld, de Brenner et de Howard A. Kelly).

Position de la malade.

Position de la malade. — Dans la **position verticale** de la

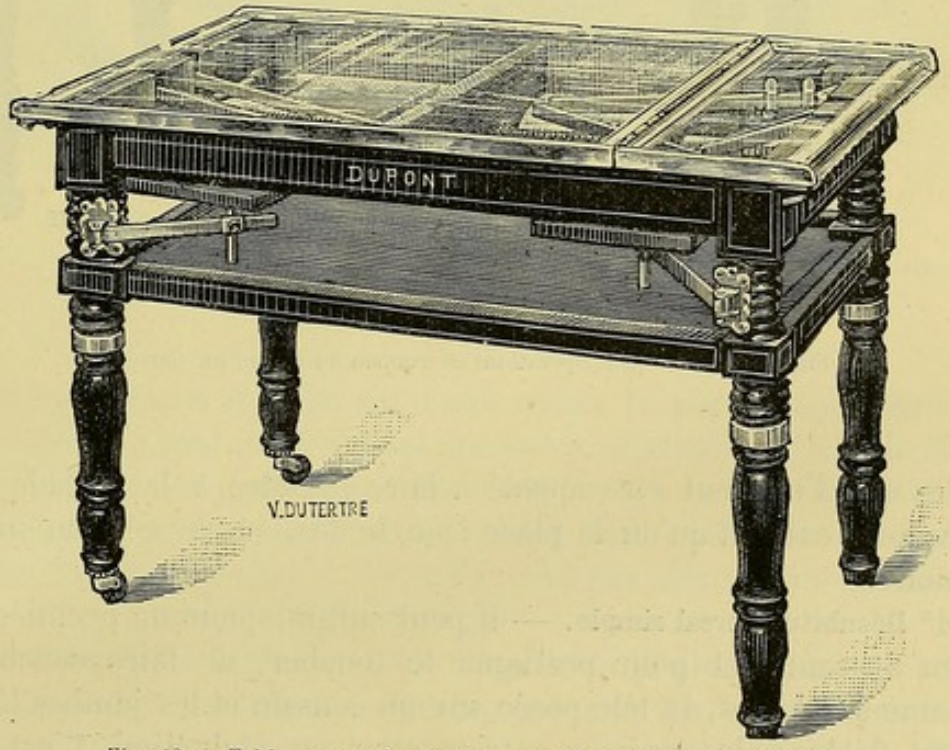


Fig. 62. — Table pour opérations et examen au spéculum (fermée).

malade, on ne saurait acquérir que des notions très restreintes. Le toucher, ainsi pratiqué, peut toutefois donner d'utiles renseigne-

ments dans les cas de déplacement des organes génitaux ou de tumeur abdominale. Le médecin met le genou gauche en terre, tandis que sa jambe droite, demi-fléchie, peut servir de support à son coude du même côté.

Mais la station verticale est défavorable à toute exploration complète et mérite seulement d'être mentionnée. Les positions princi-

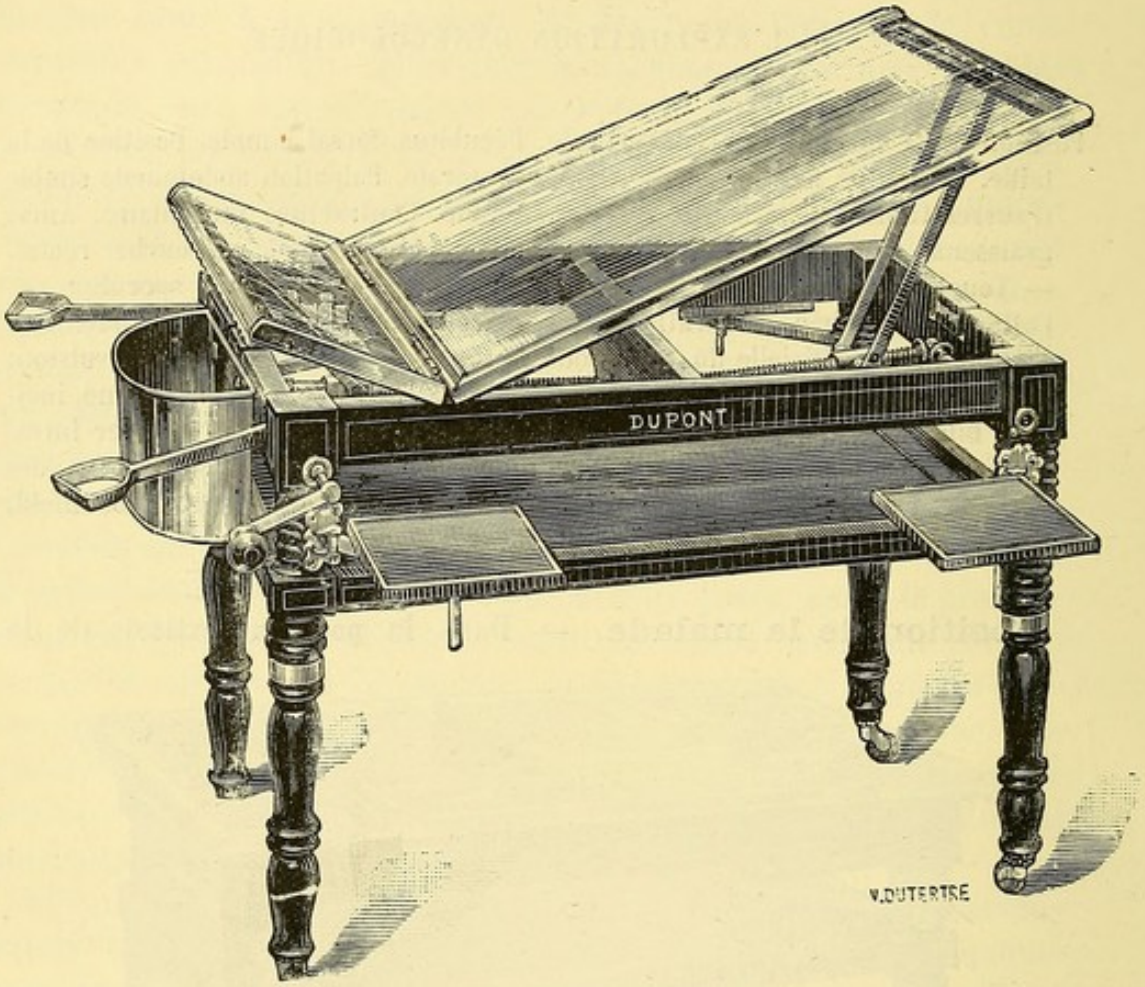


Fig. 63. — Table pour opérations et examen au spéculum (ouverte).

pales que l'on peut être appelé à faire prendre à la malade pour l'explorer exigent qu'on la place : sur le dos, sur le côté ou sur les genoux.

Décubitus dorsal simple.

1° **Décubitus dorsal simple.** — Il peut suffire, pour un premier examen du ventre et pour pratiquer le toucher, de faire coucher la femme sur le dos, la tête posée sur un coussin et les jambes légèrement fléchies, les cuisses entr'ouvertes en abduction. C'est cette position qu'on fait prendre aux malades quand on les examine dans leur lit, sommairement. Elle a l'inconvénient de ne pas permettre un relâchement suffisant des muscles abdominaux, ce qui gêne la

palpation, et elle est tout à fait impropre à l'examen au speculum.

2° **Décubitus dorsal modifié.**

A. **Position de la taille.** — Elle est combinée à la fois pour procurer le relâchement des parois abdominales et pour permettre l'examen intra-vaginal par le doigt et le speculum. On doit la faire prendre, de préférence, pour l'exploration complète. La malade est

Position de la taille.

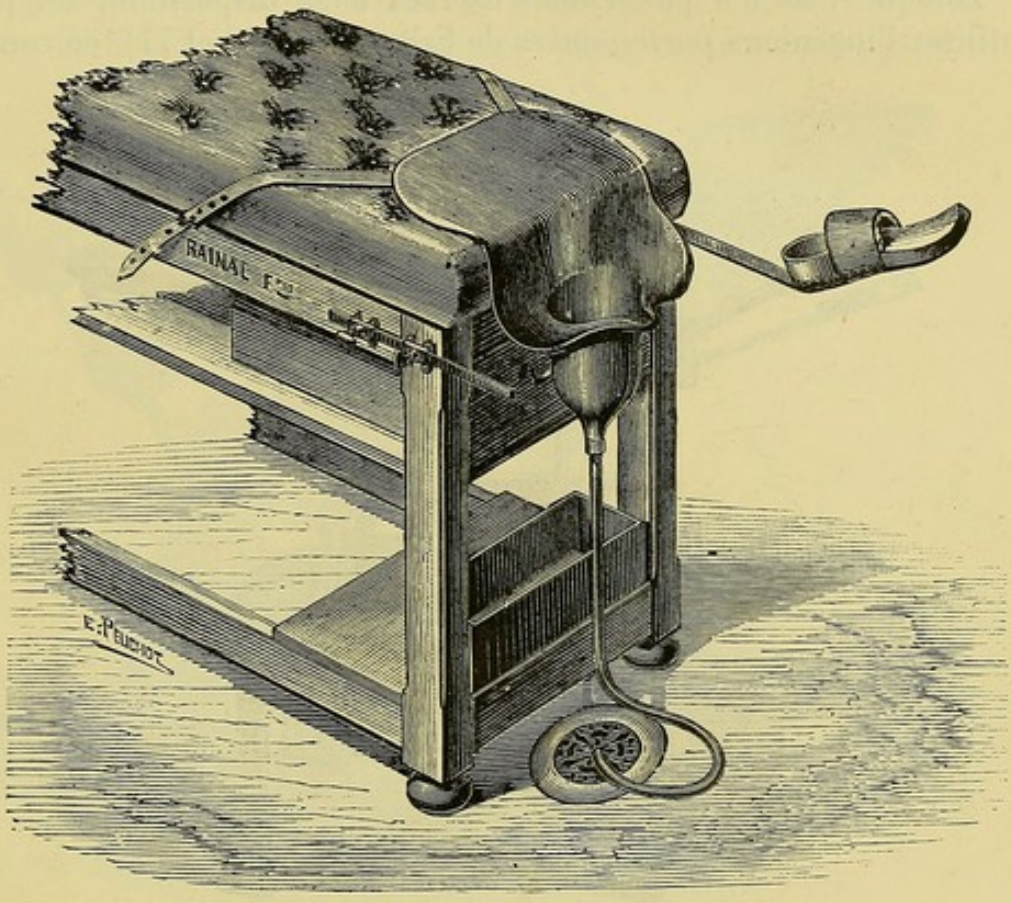


Fig. 64. — Alèze métallique opératoire en tôle émaillée pour favoriser les injections et l'irrigation continue opératoire (modèle du docteur Pozzi, à l'hôpital Broca).

placée sur le bord d'un lit ou d'une table; la partie supérieure du tronc et la tête sont modérément soulevées, comme si la femme était à demi assise; les jambes sont fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin, et les membres inférieurs sont soutenus dans cette position soit par les mains des aides, soit par des appuis spéciaux, gouttières ou pédales (fig. 66 et 67).

B. **Position dorso-sacrée.** — C'est la position la plus commode pour toutes les opérations qui se pratiquent sur les organes génitaux externes, sur le vagin et sur l'utérus par les voies naturelles. Elle est destinée, en effet, à rendre ces parties accessibles au chirurgien. La malade est placée sur le bord d'un lit ou d'une table, la tête à peine un peu soulevée par un coussin : le tronc est horizontal, le

Position dorso-sacrée.

bassin est relevé et fléchi sur la colonne vertébrale, de manière que le sacrum présente une obliquité marquée de haut en bas et d'avant en arrière. Les genoux sont pliés et les cuisses fortement ramenées vers l'abdomen par des supports ou mieux, par des aides qui tiennent les genoux fléchis sous leur aisselle, de façon à conserver une main libre, pour aider l'opérateur (fig. 11).

Lorsque l'on n'a pas d'aides exercés à sa disposition, on peut utiliser l'ingénieux *porte-jambes* de Fritsch (fig. 76 et 77), en combi-

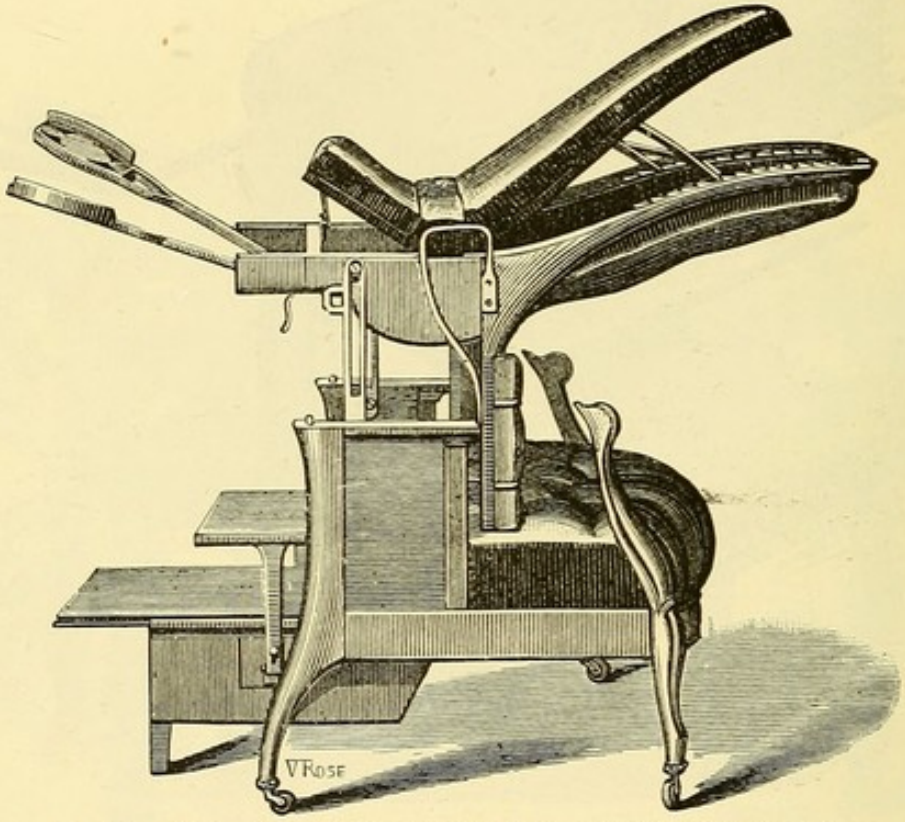


Fig. 65. — Fauteuil à spéculum (modèle Dupont) pour cabinet médical.

nant son emploi avec celui du *porte-speculum* du même auteur. Les figures suivantes sont plus explicites qu'une longue description. On voit qu'il est très facile d'adapter ces appareils à une table quelconque[1] (fig. 75 et 76).

On a encore inventé des appareils, consistant en une tige de longueur variable qui se fixe au-dessous du genou et maintient l'écartement des jambes. Le type de ces instruments est la béquille de Clover. Elle a été ingénieusement modifiée par von Ott (de Saint-Pétersbourg)[2].

Une modification très utile de cette position consiste à élever le

[1] H. Fritsch. *Cent. f. Gyn.*, 1886, n° 14, p. 209. Un appareil analogue est employé par Greder, *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 13, p. 193.

[2] Pour la béquille de Clover, voir Doran, *Handbook of gynec. Oper.*, 1887, p. 134. —

bassin notablement au-dessus du reste du tronc ; elle devient alors ce qu'on peut appeler la *position dorso-sacrée déclive*. Cette déclivité a pour effet de faire tomber le paquet intestinal vers la concavité du diaphragme et de permettre, par suite, une exploration plus facile du petit bassin. Pour un simple examen, il est aisé d'obtenir cette position, en faisant coucher la malade sur une chaise longue, les jambes fléchies sur le dossier de la chaise qui leur sert ainsi de soutien. Si l'on a à sa disposition des aides, on leur fera placer la

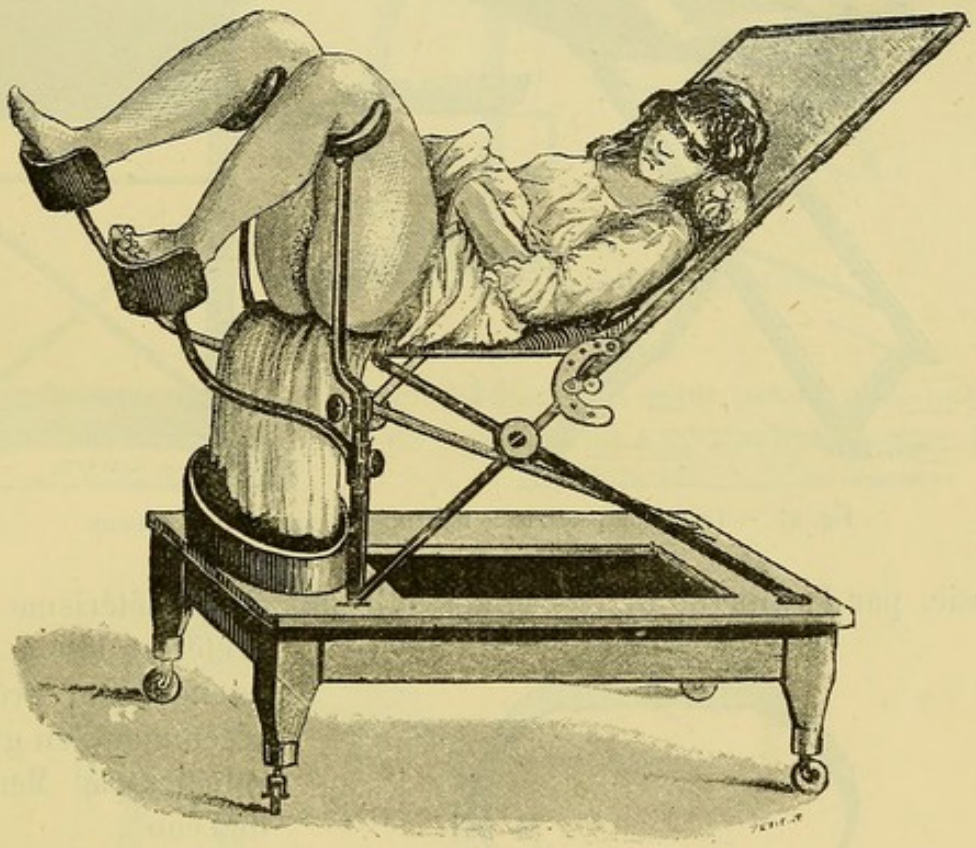


Fig. 66. — Table transportable de Veit pour examen et opérations gynécologiques. Malade dans la position de la taille.

jambe fléchie de la malade sur l'épaule, tandis qu'ils lui tournent le dos.

Cette position est parfois d'un grand secours à l'opérateur, pour dégager le petit bassin dans les recherches chirurgicales, notamment pour les petites tumeurs des annexes de l'utérus. Elle a été d'abord recommandée par Freund pour certaines explorations gynécologiques [1],

Pour celle de von Ott, voir Blumenberg, *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 31, p. 499. — Sänger en a aussi fait construire (*Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXV, p. 140).

Boureau a récemment présenté à la Société de chirurgie une béquille analogue à celle de Clover, mais se fixant par des brassières, et un porte-speculum à valves mobiles, ainsi qu'un porte-pince grâce auquel on peut se passer d'aides dans les petites opérations gynécologiques (*Progrès méd.*, nov. 1888, t. VIII, p. 443).

[1] N. Lentz. *Beitrag. zur gynäkologischen Untersuchung. Die Untersuchung in Suspension.* Thèse inaugurale, Strasbourg, 1880.

puis appliquée par Trendelenburg[1] à la recherche des tumeurs de la

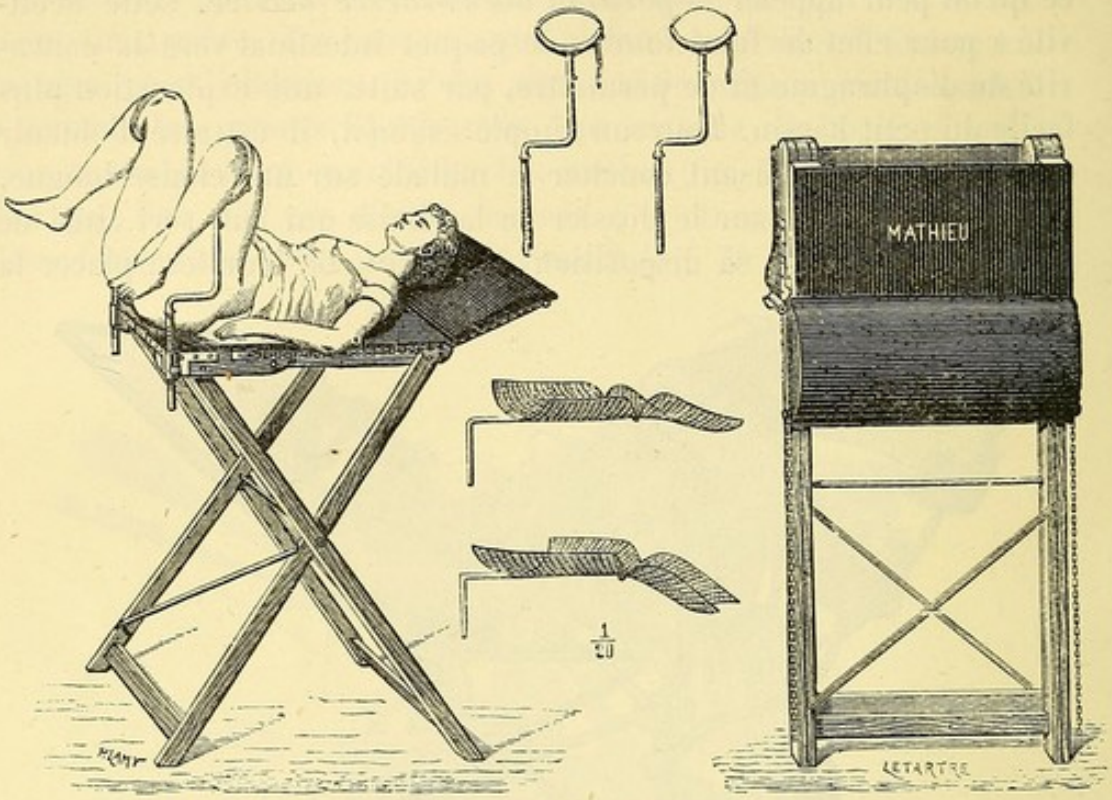


Fig. 67. — Table transportable de Doléris pour examen et opérations.

vessie, par Pawlik et Kelly comme adjuvant au cathétérisme des uretères ; elle a été, de nouveau, prônée récemment, en gynécologie, par Mendès de Léon[2].

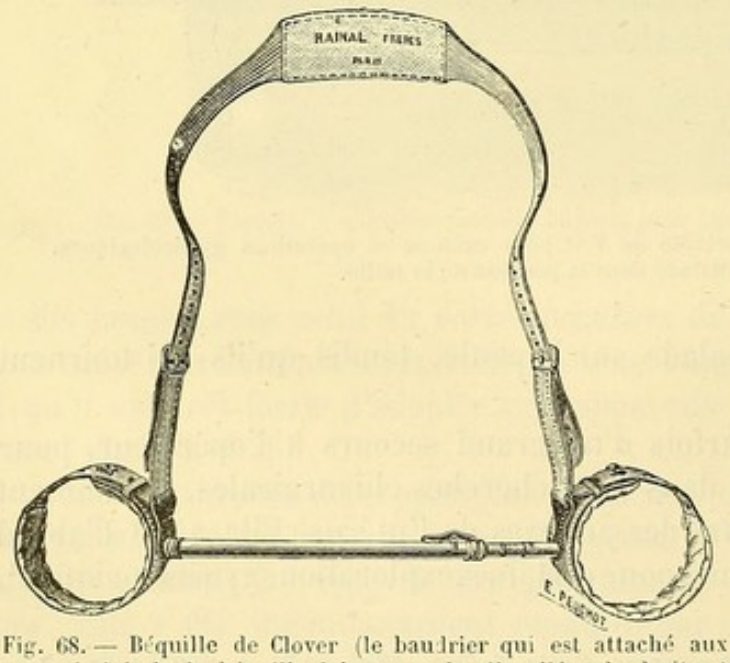


Fig. 68. — Béquille de Clover (le baudrier qui est attaché aux extrémités de la béquille doit passer derrière l'épaule droite et sous l'aisselle gauche).

Pour faciliter l'exploration et rendre plus accessibles les organes du petit bassin pendant une opération, on se trouve également très bien de faire soulever l'utérus par un aide, ayant deux doigts dans le vagin, ou simplement d'employer un pessaire à air introduit dans ce canal ; c'est une manœuvre

[1] Trendelenburg, cité par Willy Meyer. *Arch. für klin. Chir.*, 1885, Bd. XXXI, p. 514.
[2] Mendès de Léon. *Ein neues Untersuchungsverfahren*, (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 21, p. 357.)

analogue à l'emploi du ballon de Petersen pendant la taille.

Décubitus latéral. — On n'utilise guère en gynécologie que le décu- Décubitus latéral, position de Sims.

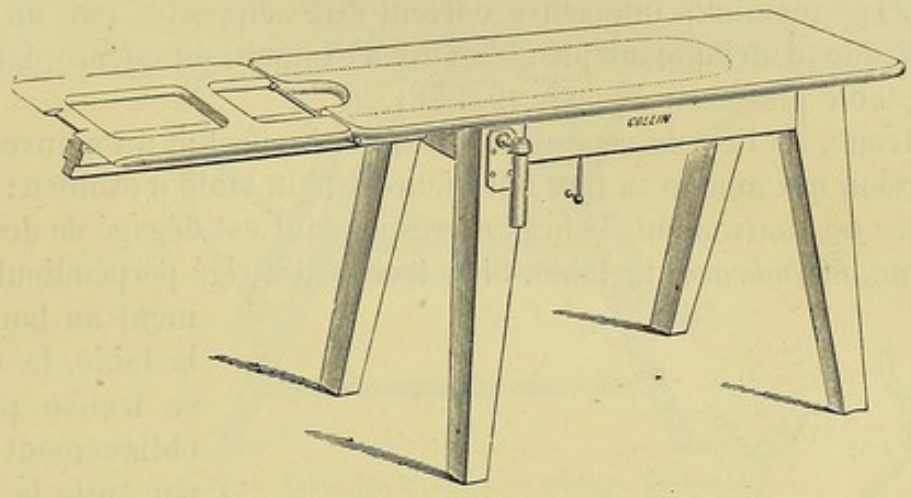


Fig. 69. — Table du Dr Malherbe, disposée pour la laparotomie [1].

bitus latéral modifié ou latéro-abdominal, plus connu sous le nom de **position de Sims**, du nom de celui qui en a généralisé l'usage. Il se

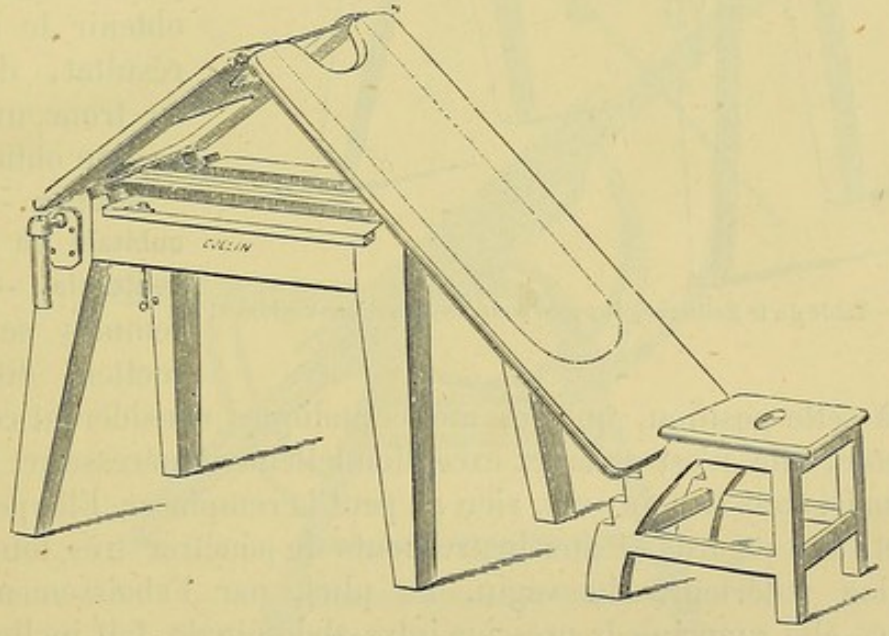


Fig. 70. — Table du Dr Malherbe, adaptée à la position déclive.

prête très bien à l'examen fait avec le speculum univalve du même auteur; le poids des viscères se trouvant reporté en avant l'accès de l'air écarte alors facilement les parois vaginales. Cette position pourra rendre des services réels en diverses circonstances. Enfin elle ménage mieux la pudeur de certaines malades.

[1] Cette table est entièrement faite en bois de chêne peint en blanc.

La femme doit être couchée sur le côté (de préférence sur le côté gauche), sur le bord d'un lit ou d'une table, les jambes fléchies à angle droit sur les cuisses, et celles-ci fléchies à angle droit sur le tronc. Les membres inférieurs doivent être supportés par un aide ou par une planchette adaptée à un lit d'examen, ou encore par une petite table placée en équerre (fig. 78).

Le tronc, au lieu de reposer sur son bord, effectue un mouvement de torsion qui amène sa face antérieure sur la table d'examen; pour faciliter ce mouvement, le bras correspondant est dégagé de dessous le tronc, et *embrasse* la table. Si le tronc est dirigé perpendiculairement au bord de la table, la vulve se trouve placée obliquement, et par suite la table doit aussi être orientée obliquement par rapport à la fenêtre. On peut aussi, pour obtenir le même résultat, donner au tronc une direction oblique.

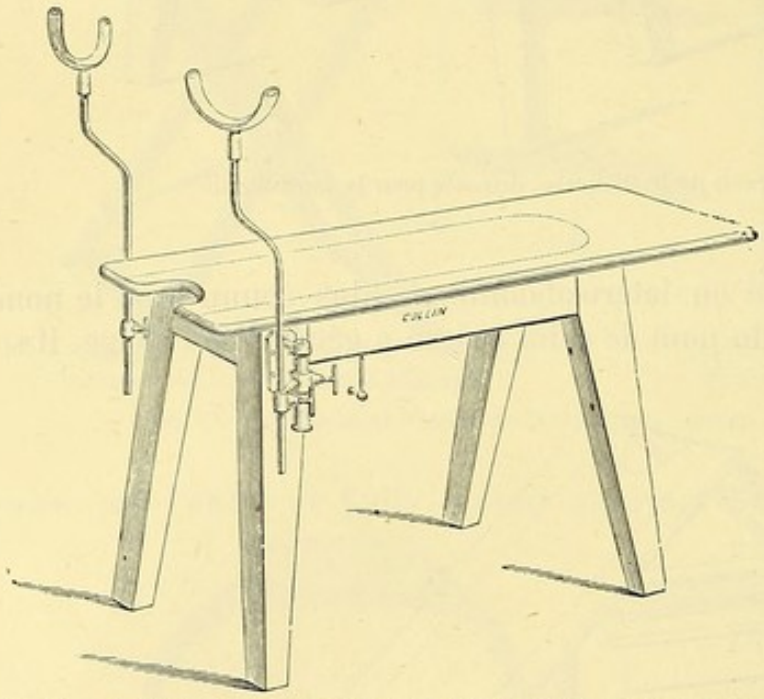


Fig. 71. — Table du Dr Malherbe, disposée pour les opérations vaginales.

Position génu-cubitale ou génu-pectorale.

Position génu-cubitale ou génu-pectorale. — Les femmes se soumettent difficilement à cette position, que les moins pudiques considèrent comme indécente. Elle n'est qu'assez exceptionnellement nécessaire, il est vrai, mais, dans certains cas, rien ne peut la remplacer. Elle permet, en effet, aux regards et aux instruments de pénétrer très loin vers la région antérieure du vagin. De plus, par l'abaissement des viscères, elle supprime la pression intra-abdominale, fait incliner en avant et en haut l'utérus et étale largement le vagin, où l'air pénètre, dès que ses parois sont écartées.

La femme doit se mettre *à quatre pattes* sur les genoux et les coudes, les cuisses écartées, le siège fortement projeté en avant et débordant un peu le bord de la table d'examen, les reins cambrés et creusés de manière à donner, à l'ensemble de la position, un aspect qui est assez bien caractérisé par la dénomination trop vulgaire de *position en vache*. Selon la taille

ou la corpulence de la femme, la durée plus ou moins grande

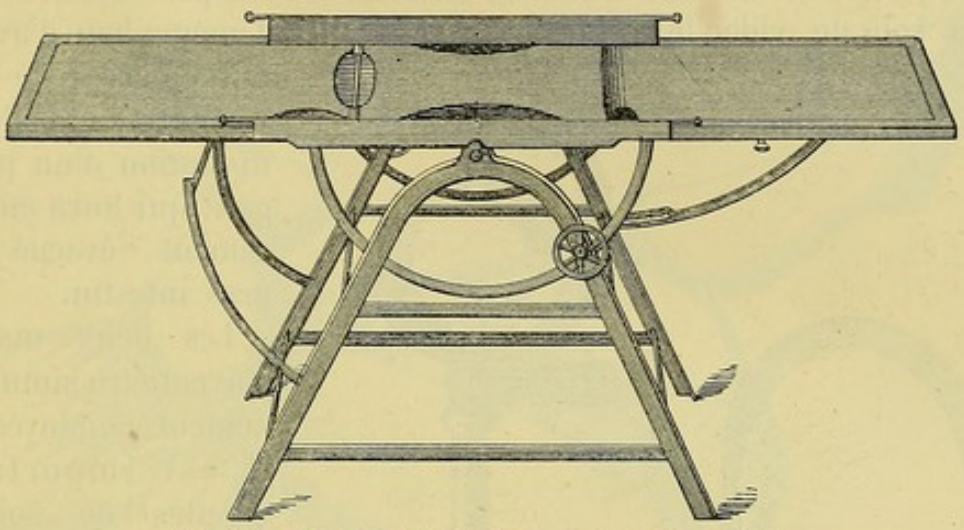


Fig. 72. — Table de Cleveland, en position horizontale.

de l'intervention, la partie antérieure du tronc reposera sur les coudes ou sur la poitrine; dans ce dernier cas, il sera plus com-

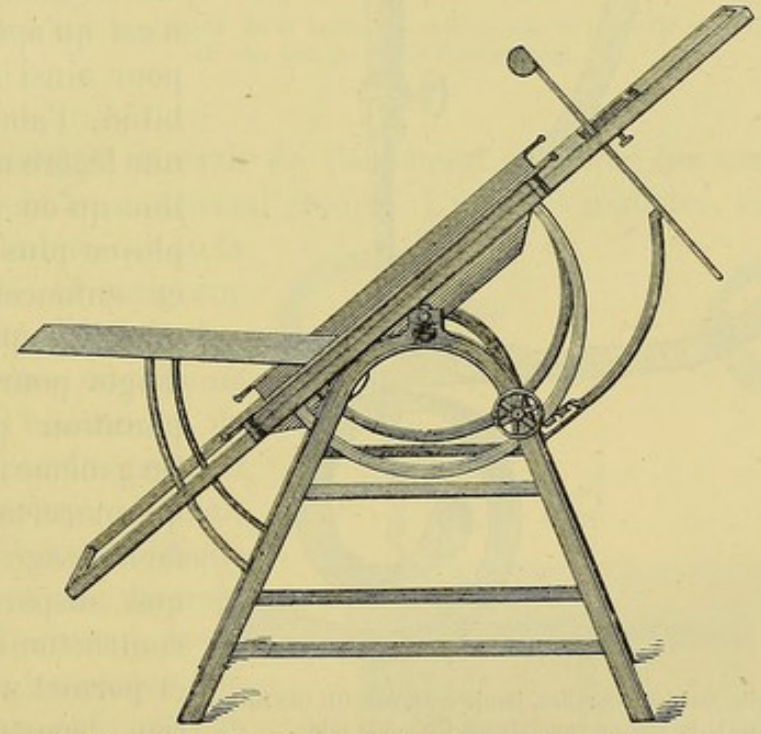


Fig. 73. — Table de Cleveland disposée pour la position déclive.

mode pour la malade d'embrasser la table en couchant la joue sur elle. L'inconvénient de cette position est d'être pénible, de ne pouvoir être longtemps supportée et de ne pas se prêter sans dangers à l'anesthésie.

Palpation abdominale simple. — La malade est placée dans

le décubitus dorsal, les genoux un peu fléchis : on lui recommande de respirer sans efforts, la bouche ouverte, et de ne pas se raidir. On a eu soin de vider le rectum et la vessie. Il est même bon d'avoir fait précéder le lavement de l'administration d'un purgatif qui aura entièrement évacué le gros intestin.

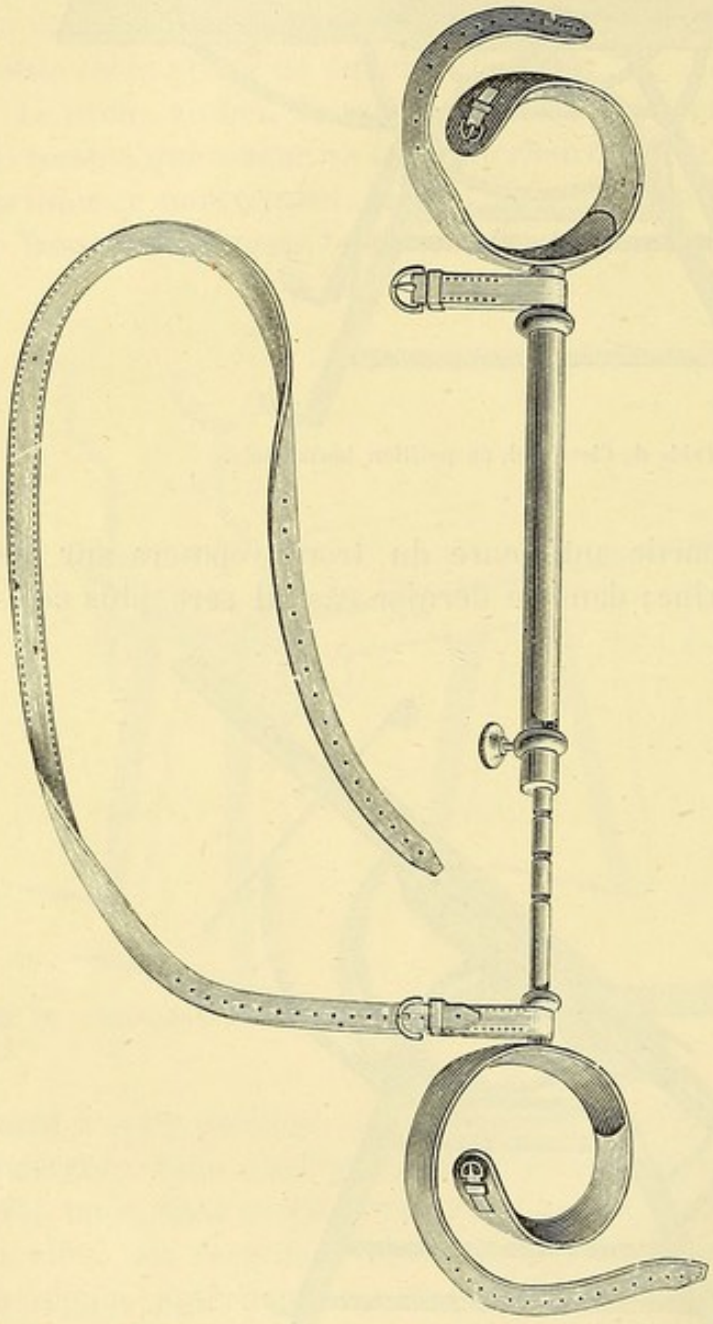


Fig. 74. — Béquille ou écarteur des jambes de von Ott (de Saint-Pétersbourg) ; la longue courroie est fixée à la table.

Les deux mains doivent être simultanément employées : il est important qu'elles ne soient pas froides, sans quoi elles provoqueraient des contractions réflexes. On doit aller très doucement, et ce n'est qu'après avoir, pour ainsi dire, habitué l'abdomen à une légère manipulation qu'on peut employer plus de force et enfoncer hardiment la pulpe des doigts pour une exploration profonde. On a même remarqué qu'un certain degré de massage fait presque disparaître les contractions réflexes et permet une palpation beaucoup plus efficace[1]. Il est bon de procéder méthodiquement : on palpera d'abord la région hypogastrique, puis les fosses iliaques, de manière à déterminer les changements survenus dans le volume ou la situation normale des organes génitaux internes. On s'élèvera ensuite à la région ombi-

[1] A. Winawer. *Ueber die Thure Brandt'sche Methode als Mittel die erkrankten Tuben palpirbar zu machen* (*Centr. f. Gynäk*, 1888, n° 52, p. 865).

licale et aux flancs, puis à l'épigastre et aux hypochondres.

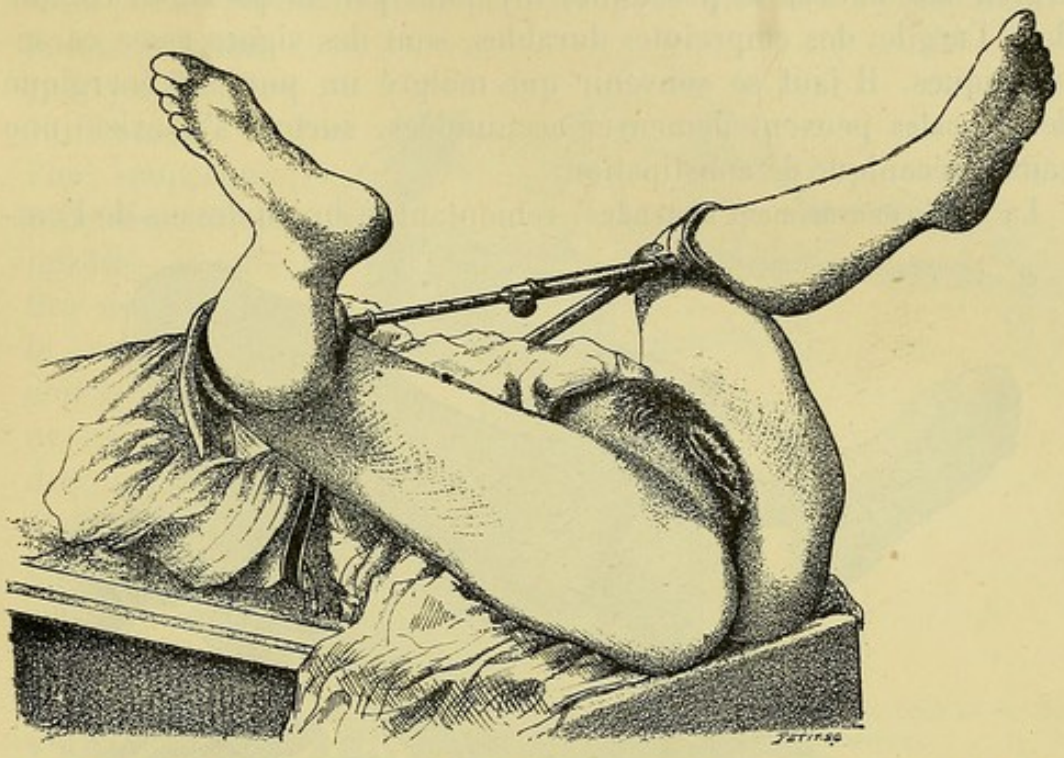


Fig. 75 — Malade dans la position de la taille maintenue par la béquille (écarteur des jambes de von Ott, de Saint-Pétersbourg).

La consistance normale de l'abdomen présente des variétés dont on doit tenir le plus grand compte. L'âge des malades, l'absence de grossesse antérieure ou la multiparité, la maigreur ou l'obésité, l'état de distension plus ou moins grand de l'estomac et de l'intestin par des gaz chez les dyspeptiques, etc., sont autant de conditions qui peuvent être diverses sources d'erreurs. Je ne saurais ici les passer toutes en revue, et je n'en signalerai que quelques-unes.

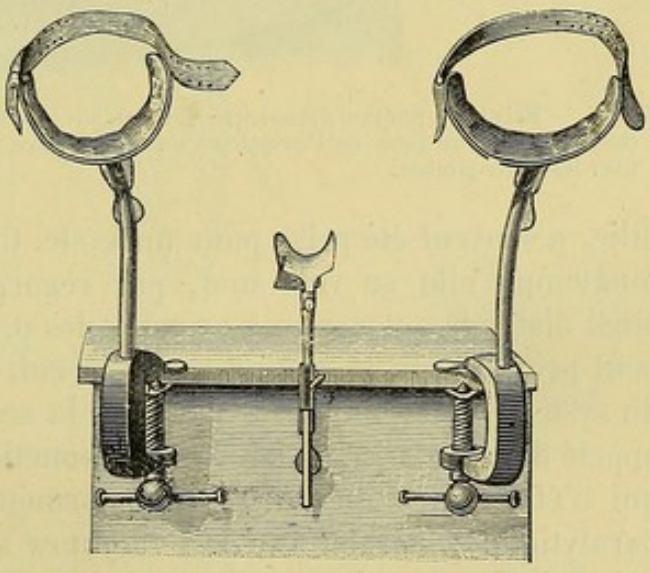


Fig. 76. — Porte-jambes (pour la position dorso-sacrée) et porte-speculum de Fritsch (vus de face).

Si l'on a eu soin de vider la vessie et les intestins, on se sera le plus souvent défendu contre l'erreur qui consiste à prendre leur contenu pour une tumeur; toutefois il ne faut pas avoir une confiance exagérée. La consistance mollasse des matières

Fausses tumeurs.

fécales renfermées dans le cæcum ou l'S iliaque, leur siège dans la région des flancs, la possibilité d'y faire par la pression, comme dans l'argile, des empreintes durables, sont des signes assez caractéristiques. Il faut se souvenir que malgré un purgatif énergique

Scybales. des **scybales** peuvent demeurer accumulées, surtout s'il existe une cause mécanique de constipation.

Vessie distendue. La **vessie énormément distendue**, remontant jusqu'au-dessus de l'om-

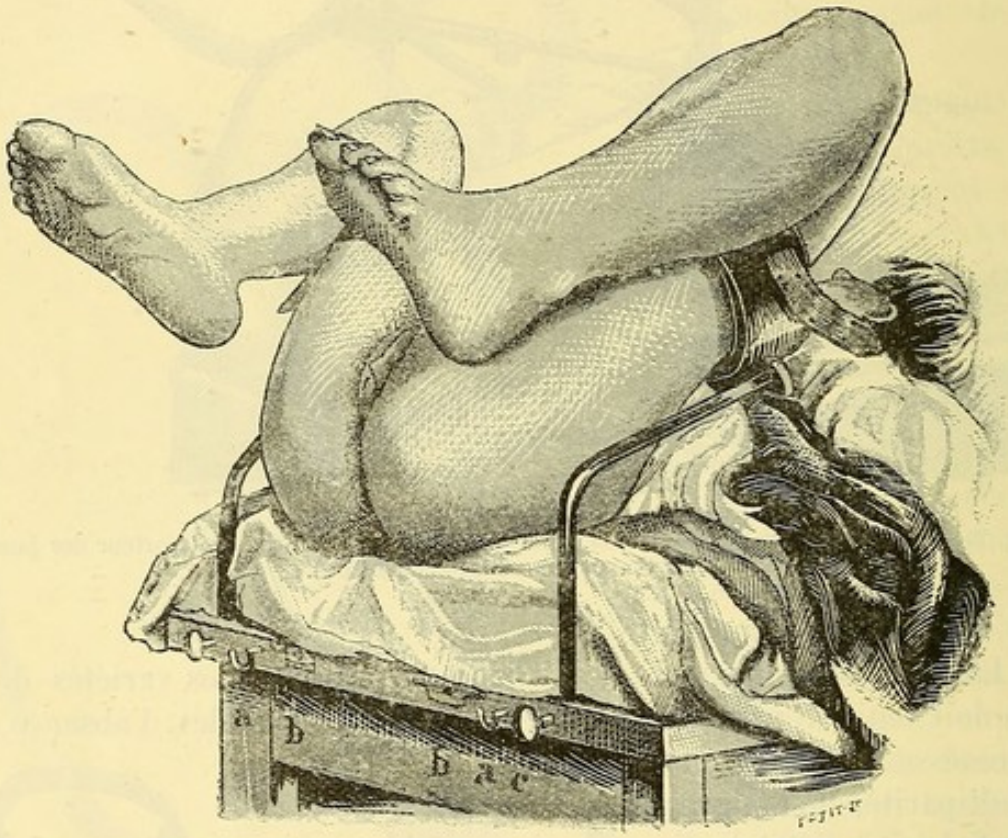


Fig. 77. — Malade en position dorso-sacrée, maintenue par le porte-jambes de Fritsch. — *a*. Crochet destiné à un tube de l'irrigateur ou aux ciseaux, pinces, etc. — *b*. *c*. Tronc servant à fixer les porte-jambes.

bilic, a souvent été prise pour un kyste. C'est surtout lorsque depuis longtemps elle se vide mal, par regorgement, qu'elle se laisse ainsi distendre et arrive à prendre des proportions insolites. Ce fait peut provenir de la compression du col, ou encore d'une affection du système nerveux qui a émoussé la sensibilité. J'ai été une fois appelé dans un asile d'aliénés pour ponctionner un *kyste de l'ovaire* qui n'était autre qu'une vessie énormément distendue, chez une paralytique générale. On doit *toujours* sonder une malade, dès le début de l'exploration.

Enfin, il faut aussi savoir qu'un cathétérisme rapidement pratiqué peut ne pas avoir complètement vidé le réservoir urinaire. Il y a des cas où il est bilobé, en bissac[1], par suite de la pression qu'il subit

[1] S. Pozzi. *Annal. des mal. des org. génito-urin.*, 1er mai, 1883.

entre une tumeur pelvienne et le pubis. La communication entre les deux poches peut être assez précaire pour qu'après l'évacuation de la loge inférieure le jet s'arrête entièrement. Si l'on soupçonne cette disposition insolite, il suffira de pousser la sonde (qui doit être longue et en gomme durcie) pour franchir l'étranglement et évacuer la poche supérieure. On voit alors parfois s'affaisser ce pseudo-kyste surajouté à une autre tumeur véritable dont il masquait les connexions.

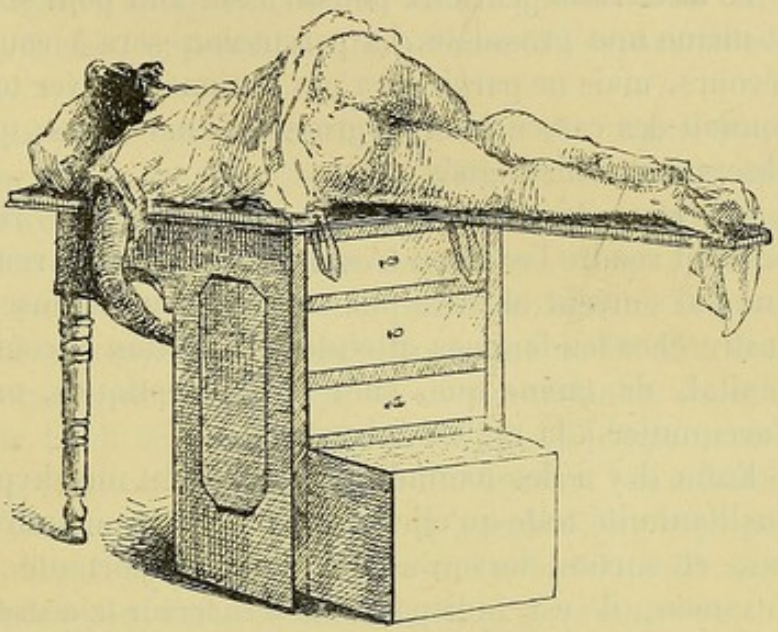


Fig. 78. — Malade en décubitus latéro-abdominal ou position de Sims sur la table gynécologique de Chadwick.

Les **muscles droits de l'abdomen** ont souvent donné la fausse sensation de tumeur, par la rigidité de leur masse contracturée et la netteté de leurs bords. C'est surtout quand il y a un certain écartement de la ligne blanche, qui les a rejetés latéralement, qu'on peut s'en laisser momentanément imposer. Il semble aussi que ces

Contracture musculaire.

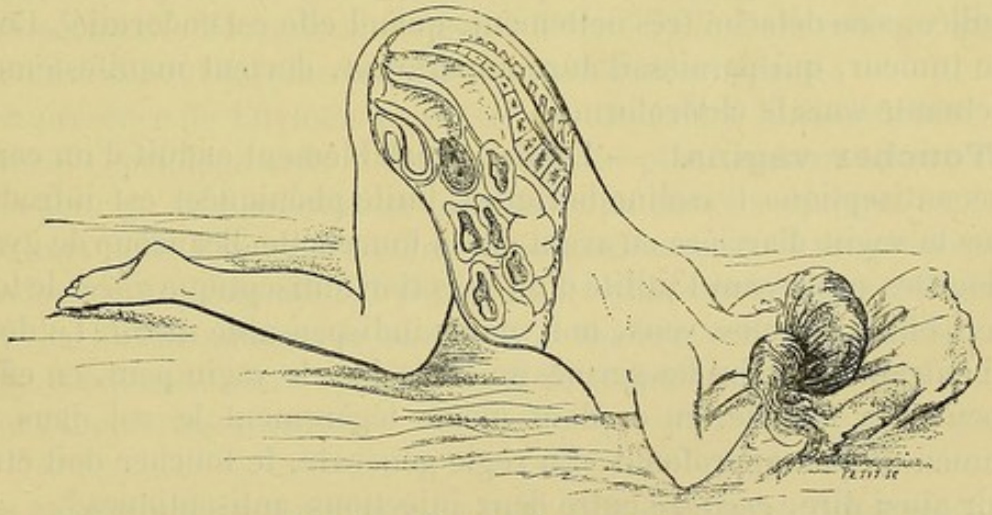


Fig. 79. — Position génu-pectorale.

Figure montrant la béance du vagin et la chute des viscères vers le diaphragme.

muscles puissent partiellement se contracter entre deux intersections aponévrotiques, ce qui complique la difficulté.

Météorisme. Le **météorisme** peut être poussé assez loin pour simuler une tumeur et même une grossesse. La percussion sera à coup sûr d'un grand secours, mais ne parviendra pas toujours à lever tous les doutes. On connaît des cas curieux de grossesses nerveuses, qui ont trompé des observateurs distingués[1].

Amas graisseux. Les **amas de tissus adipeux**, surtout vers la région des flancs, peuvent rendre l'examen très incertain. Je ferai remarquer à ce sujet que j'ai souvent observé une surcharge graisseuse locale de l'hypogastre chez les femmes atteintes d'affection chronique de l'appareil génital, de même que, chez les dyspeptiques, on voit la graisse s'accumuler à la région épigastrique.

Anesthésie exploratrice. Enfin il y a des femmes qui présentent une hyperesthésie ou une pusillanimité telle qu'elles se raidissent au moindre contact. Dans ces cas, et surtout lorsqu'une décision importante doit découler de l'examen, il est indispensable d'**endormir la malade**. On peut alors acquérir des notions incomparablement plus précises, surtout lorsqu'on combine la palpation avec le toucher (exploration bi-manuelle). On ne peut guère (sauf des cas exceptionnels de maigreur et de flaccidité) arriver à bien palper les ovaires et les trompes, sans anesthésie. Les connexions de la tuméfaction ou des tumeurs ne peuvent être bien précisées qu'à cette seule condition. Souvent, par exemple, une tumeur qui paraissait dépendre de l'utérus, la malade étant éveillée, s'en détache très nettement, quand elle est endormie[2]. Enfin une tumeur, qui paraissait dure auparavant, devient manifestement fluctuante sous le chloroforme.

Toucher vaginal. **Toucher vaginal.** — L'index préalablement enduit d'un corps gras antiseptique (vaseline boriquée, huile phéniquée) est introduit dans le vagin d'arrière en avant sur la fourchette. Beaucoup de gynécologistes professent l'utilité d'un injection antiseptique *après* le toucher. Elle est, à mes yeux, non moins indispensable *avant*. Le doigt qui entraîne avec lui les germes amassés dans le vagin peut, en effet, inoculer la malade, en érodant même légèrement le col dans un examen un peu approfondi. En règle générale, le toucher doit être, pour ainsi dire, *encadré* entre deux injections antiseptiques[3].

[1] Mallik. *Pacific Record.*, anal. in *Cent. f. Gyn.*, 1887, n° 24. — Terrillon. *Ann. de Gyn.*, oct. 1886, t. XXVI, p. 245.

[2] Voir un exemple remarquable de diagnostic, rectifié grâce à l'anesthésie, Robert Asch. *Cent. f. Gyn.*, 1887, p. 426.

[3] Pour montrer l'utilité de ces précautions, il n'est pas inutile de rappeler les accidents survenus après de simples touchers à la période pré-antiseptique. Verneuil (*Bull. de la Soc. anat.*, avril 1872, t. XLVII p. 190) a rapporté un cas où la mort est survenue par péritonite suraiguë le lendemain d'un examen, fait par le toucher et le speculum,

L'index est le doigt le plus commode pour le toucher. Le pouce sera étendu et obliquement placé vers l'un ou l'autre des plis génito-cruraux, évitant toujours la ligne médiane, tandis que les trois derniers doigts, demi-fléchis, déprimeront le périnée et l'espace interfessier.

Le doigt suivra la partie postérieure ou latérale du vagin, pour arriver sur le museau de tanche. Quand celui-ci ne se trouve pas directement dans l'axe, on se portera, par une sorte de mouvement de rotation, d'arrière en avant et d'avant en arrière, et on le cherchera jusqu'à ce qu'on ait senti avec la pulpe et l'index l'orifice externe. On se rendra compte alors successivement de la direction du col, de son volume, de sa forme, de sa consistance, de son degré de béance, de l'état de ses commissures. Puis le doigt explorera le cul-de-sac postérieur, les latéraux et l'antérieur. Cet examen ne pourra être suffisant que si on complète le toucher par le palper abdominal, c'est-à-dire si on pratique l'*exploration bi-manuelle* dont nous allons parler plus loin. En se retirant, le doigt se promènera sur les parois vaginales pour se rendre compte de leur état.

Il peut arriver que l'utérus soit très élevé et le col très difficilement accessible; on pourra alors pénétrer plus profondément en introduisant à la fois l'index et le médius; on peut aussi déprimer très fortement le périnée et se faire, pour cela, pousser le coude par un aide. Enfin, certains cols, cachés derrière le pubis, ne peuvent être touchés que si la femme est en position de Sims ou en position génu-pectorale. Exceptionnellement, il sera indiqué de toucher aussi la femme debout (déplacements, tumeurs abdominales).

La présence de l'hymen peut être un obstacle à l'introduction de l'index. Cependant cette membrane est le plus souvent assez dilatable pour qu'avec précaution on puisse toucher les vierges, sans la déchirer. Cette manœuvre étant assez douloureuse, il est préférable d'endormir la jeune fille, si l'on n'a pu suffisamment l'insensibiliser avec des badigeonnages de cocaïne. Le toucher rectal ne saurait, en effet, remplacer alors complètement le toucher vaginal, quoi qu'en aient dit certains auteurs.

d'une femme atteinte de polype utérin; il a cité le cas d'une malade (polype) ayant eu, dans les mêmes conditions, une péritonite qui a guéri; d'une autre encore (polype ulcéré) chez qui l'opération avait été remise au lendemain et qui succomba, à la suite du toucher vaginal. Enfin, chez une dernière malade (polype ulcéré), le toucher et l'examen au speculum furent suivis de mort, le lendemain. — Houel, à la même occasion, cita un cas de sa pratique et un de celle de Broca où la mort avait eu lieu après de légères cautérisations au nitrate d'argent. — Plus récemment, dans le service du professeur Le Fort, une malade atteinte de polype utérin a succombé à une péritonite qui s'était développée, à la suite du toucher et de l'examen au speculum. M. Brault. *Difficulté du diagnostic et dangers de l'intervention chirurgicale dans les cas de polypes latents de l'utérus*. Thèse de Paris, 1880, p. 30.

Toucher rectal. **Toucher rectal.** — C'est surtout pour reconnaître l'état du cul-de-sac de Douglas et de la face postérieure de l'utérus qu'il est nécessaire d'introduire le doigt dans le rectum. Les tuméfactions et tumeurs de cette région ne sauraient être appréciées à leur juste valeur, par une autre voie. Il est aussi très utile de s'assurer ainsi de l'état de vacuité du rectum, car des noyaux de matière fécale, touchés à travers le vagin, ont pu en imposer pour des produits pathologiques. J'ai vu, par contre, des débutants sentir le col de l'utérus à travers le rectum et le prendre pour une tumeur. On devra donc d'abord s'habituer aux sensations que donne ce toucher, à l'état normal.

La combinaison du toucher rectal et vaginal est parfois utile pour étudier l'état de la cloison recto-vaginale[1].

Schrœder recommande vivement de pratiquer le toucher rectal, en enfonçant le pouce de la même main dans le vagin.

L'exploration manuelle du rectum prônée par Simon (d'Heidelberg)[2] s'applique à des cas exceptionnels. La malade étant profondément endormie, le sphincter est dilaté, comme pour l'opération de la fissure à l'anus, et les doigts ramassés en faisceau et très fortement enduits de vaseline sont progressivement introduits en coin dans l'orifice; dès que le sphincter est franchi, on est à l'aise dans l'ampoule rectale et on peut déployer les doigts pour l'exploration. Je me suis deux fois servi de ce moyen, et chaque fois j'ai introduit ma main dans le rectum jusqu'au-dessus du poignet, sans qu'il en soit résulté le moindre accident, ni érosion, ni incontinence. Je considère toutefois cette manœuvre comme dangereuse, surtout si la main du chirurgien n'est pas particulièrement effilée et flexible. Aussi a-t-on, dans certains cas[3], observé des accidents sérieux.

Toucher vésical. **Le toucher vésical** n'a que des applications très restreintes : vu la largeur et la dilatabilité de l'urèthre chez la femme, il est généralement assez facile, sans les débridements proposés par Simon. Je l'ai pratiqué sans difficulté ni suite fâcheuse, après avoir élargi l'urèthre à l'aide de bougies de Hegar. On l'a préconisé dans les cas de cancer du col, avec envahissement douteux de la paroi vésicale, pour s'as-

[1] Le toucher vagino-rectal, combiné ou non avec la palpation abdominale, est à tort regardé par Hegar comme une manœuvre d'institution récente. On la trouve nettement formulée par Récamier. (*Gaz. des Hôp.*, 1850, p. 74) et Nélaton (*Gaz. des Hôp.*, 1852, p. 57).

[2] Simon. *Ueber die künstliche Erweiterung des Anus und Rectum* (*Langenbeck's Arch. f. Chir.*, 1873, Bd. XV, p. 39). — *Ueber die manuelle Rectalpalpation der Becken und Unterleibs-Organe* (*Deutsche Klinik*, 1872, n° 46, p. 425).

[3] Landau. *Ueber den diagnostischen Werth der Rectaluntersuchung mit der vollen Hand in gynäkologischer Beziehung* (*Arch. für Gyn.*, 1875, Bd. VII, p. 541). — Weiss. *The New-York Med. Record*, 20 mars 1875, t. X, p. 201.

surer de cette complication, d'après la mobilité de la muqueuse sur le col[1].

Touchers associés.

La **combinaison du toucher vésical et du toucher rectal** (Nöggerath) peut rendre de grands services dans les cas d'atrésie du vagin pour pratiquer la palpation pour ainsi dire bi-digitale de l'utérus et des trompes[2].

Mentionnons enfin, parmi les **touchers associés**, le cathétérisme vésical combiné avec le toucher rectal ou vaginal, car, comme le dit si bien le professeur Guyon, « le cathéter n'est que le doigt prolongé ».

Exploration bi-manuelle.

Exploration bi-manuelle. — Pour la commodité de l'exposition, j'ai isolément décrit le toucher vaginal et rectal. Mais, en pratique, on doit bien rarement les faire, sans les associer à la palpation abdominale qui les complète admirablement. Ainsi se trouve créé le mode d'investigation le plus précieux peut-être en gynécologie : l'exploration bi-manuelle. Pratiquée d'une manière courante par Puzos, Foubert, Levret, Baudelocque, cette manœuvre n'avait jamais été abandonnée en France, mais elle avait été très négligée à l'étranger, depuis la réapparition du speculum. C'est aux travaux de Schultze[3] qu'elle doit d'y avoir repris le rang qu'elle mérite.

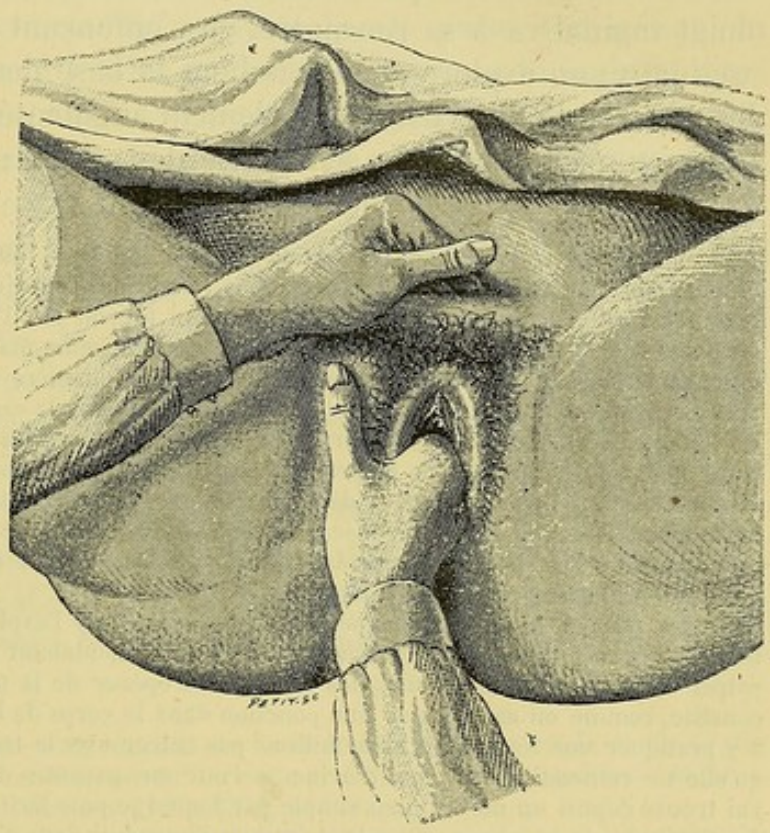


Fig. 80. Palpation bi-manuelle.

[1] Cruschann. *Soc. obst. de Hambourg*, 21 janv. 1888 (*Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 20, p. 332).

[2] Nöggerath. *The vesico-vaginal and vesico-rectal touch* (*Amer. Journ. of Obstet.*, mai 1875). — G. Simon. *Ueber die Methoden die weibl. Blasenhoehle zugänglich zu machen* (*Arch. f. klin. Chir.*, 1875, Bd. XV, p. 127). — Longuet. *De la dilatation de l'urèthre chez la femme* (*Ann. de Gyn.*, 1874, t. I, p. 216).

[3] Schultze. *Jenaische Zeitsch. für Med. und Nat.*, Leipzig, 1864, t. I, p. 279. On affecte trop habituellement à l'étranger de négliger la gynécologie française pour qu'il ne soit pas utile de revendiquer pour notre pays cet important progrès dont d'autres ont tenté de s'attribuer l'honneur. La gloire de la découverte de l'exploration bi-manuelle appartient tout entière à N. Puzos, le célèbre accoucheur du xviiie siècle, et à l'école

La malade sera placée dans le décubitus dorsal simple, ou, dans les cas qui offrent quelque difficulté, dans la position de la taille. Tandis que l'index de la main droite pratique le toucher, ainsi qu'il a été dit, la main gauche est transversalement posée au-dessus du pubis, et les doigts s'enfoncent doucement et refoulent les organes génitaux internes vers le doigt qui se trouve dans le vagin. On essaye tout d'abord de se rendre exactement compte de la position de l'utérus dans la région hypogastrique, puis on passe aux parties latérales et, tandis que la main abdominale déprime les flancs, le doigt vaginal va à sa rencontre, en s'enfonçant dans les culs-de-sac vaginaux; on explore ainsi très bien la base des ligaments larges et les annexes de l'utérus, anormalement augmentées de volume. Il faut noter en même temps la sensibilité des parties; à l'état de santé, la

française. Dans son *Traité des accouchements* (Paris, 1759, p. 56-64), à propos de l'insuffisance du toucher vaginal, tel qu'on l'avait pratiqué jusqu'à lui, il dit : « Il est pour faire cette opération une autre méthode qui fournit sur l'état douteux d'une femme ou d'une fille des connaissances aussi sûres que l'ancienne manière de toucher en offre d'incertaines et de fausses ». Il décrit ensuite cette manière de pratiquer le toucher en appliquant une main sur le ventre et en introduisant dans le vagin un ou plusieurs doigts de l'autre main. Puis il insiste sur les précautions à prendre pour mieux réussir dans cette opération, telles que de la pratiquer le matin à jeun, de faire prendre un ou deux lavements avant l'opération pour décharger le gros intestin, etc. Il dit encore : « Si par le toucher, tel que je le propose, on connaît l'état sain de la matrice, dans les circonstances où l'on pourrait la croire malade, on peut encore mieux juger des maladies auxquelles elle n'est que trop sujette ».

A peu près à la même époque où Puzos découvrait l'exploration combinée chez la femme, Foubert (1736) la pratiquait chez l'homme, combinant ainsi le toucher rectal au palper abdominal. Chez les malades qu'il devait opérer de la taille par son procédé, qui consiste, comme on sait, à faire une ponction dans le corps de la vessie par le périnée et à y pratiquer une incision, il avait failli ne pas entrer avec le trocart dans la vessie parce qu'elle ne contenait pas assez d'urine. « Pour me garantir de cet inconvénient, dit-il, j'ai trouvé depuis un moyen bien simple par lequel je puis facilement m'assurer du degré de plénitude de la vessie; avec le doigt que j'introduis dans l'anus et avec la main que j'appuie sur l'hypogastre, je fais plusieurs mouvements alternatifs par lesquels je m'assure exactement, à travers les membranes du rectum, du volume ou de la plénitude de la vessie. » (*Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, 1743, t, I, p. 501). L'exploration bi-manuelle recto-abdominale était ainsi découverte.

Après Puzos, ce procédé d'exploration fut généralisé en France, particulièrement par Levret, qui en parle, à plusieurs reprises, dans ses travaux sur les accouchements et les maladies des femmes.

Au sujet de cette même manœuvre, J.-L. Baudelocque dit : « Le toucher ne se borne pas à l'introduction du doigt dans le vagin, mais il s'entend aussi de l'application d'une main sur le bas-ventre de la femme », et il conseille « de mettre les muscles abdominaux dans le relâchement, d'évacuer les urines et les gros excréments, etc., et d'écarter, avec la main posée sur l'abdomen, de droite et de gauche, les intestins grêles du fond de la matrice par une pression et des mouvements convenables ». (*L'art des accouchements*, Paris, 1781, t. I, p. 123.)

Il dit aussi que, dans les cas de grossesse extra-utérine, c'est par ce moyen qu'on peut découvrir si le fœtus occupe la trompe ou la cavité abdominale (*Ibid.*, p. 525).

Ce procédé est encore décrit dans son *Art des accouchements par demandes et par réponses*, ouvrage qui a été traduit en allemand (*Anfangsgründe der Geburtsh. in Fragen u. Antworten, trad. par Morel*, Colmar, 1807, p. 84).

En France, on n'a jamais abandonné ce procédé d'exploration, on l'a pratiqué d'une manière courante et constante. Voici ce qu'écrit Th. Giraud dans une thèse *Sur les phleg-*

pression du côté des annexes, le soulèvement ou ballottement de l'utérus ne sont pas douloureux.

L'exploration bi-manuelle doit encore être faite en combinant la palpation abdominale avec le toucher rectal (Holst); elle est tout particulièrement utile pour l'étude des maladies des annexes.

Par la palpation bi-manuelle on peut, chez les femmes maigres, arriver à palper les ovaires parfois sans anesthésie, mais surtout quand on y a recours. On se trouvera bien alors de suivre le conseil de Hegar et de faire légèrement abaisser l'utérus par un aide avec une pince fixée au col, tandis qu'on palpe la paroi abdominale en plaçant successivement l'index de l'autre main dans le vagin et dans le rectum : on sent l'ovaire glisser sous la pression des doigts, comme un petit testicule. Le gauche est généralement plus accessible que le droit, ce qu'Olshausen attribue à ce qu'il est un peu repoussé en avant par le rectum. Quoi qu'il en soit, cet examen offre souvent de grandes difficultés, surtout chez les femmes à parois abdominales épaisses. Au lieu de pratiquer le toucher vésico-rectal de Nöggerath, qui ne me paraît pas une manœuvre indifférente, je crois qu'il vaut mieux recourir, dans les cas difficiles où l'exploration des ovaires paraîtra indispensable, à l'artifice conseillé par Ullmann (élève d'Albert, de Vienne) : la vessie étant vidée, on introduira dans le rectum un ballon rempli de deux cents à deux cent cinquante grammes d'eau. On pratiquera alors la palpation bi-manuelle, et l'on trouvera les annexes et l'utérus fortement relevés et

masies aiguës des ovaires : « Le toucher par l'abdomen et le vagin est la chose la plus précieuse; c'est pourquoi on doit insister sur cette pratique; c'est le régulateur, la boussole dans le diagnostic ». (Thèse de Paris, 1851, n° 169, p. 13.)

Velpeau, après avoir décrit l'exploration combinée, dit que rien n'échappe à la recherche des deux mains réunies. « Aussi est-il rare, ajoute-t-il, qu'un simple engorgement des ovaires ou des trompes, des annexes de la matrice en général, et même des ganglions lymphatiques, que la présence du plus petit calcul urinaire, échappent à un pareil examen. » (*Traité complet de l'art des accouch.*, 1835, 2e édit., t. I, p. 192.) Plus tard (*Discussions académiques, maladies de l'utérus*, 1854, p. 83) il disait : « On peut, en s'y prenant bien, saisir ainsi la matrice entre les deux mains, en apprécier l'épaisseur, la direction, la forme, tous les caractères physiques, en un mot, presque avec la même certitude que si on l'avait sur la table simplement enveloppée de linges ou de tissus souples ». Il signale encore que le nombre des femmes chez lesquelles on ne peut pas pratiquer cet examen est fort restreint. « A une époque éloignée, ajoute-t-il, j'avais entrepris une statistique à ce sujet, je me suis arrêté au chiffre de 400, et sur ce nombre je n'avais trouvé que 100 cas réfractaires, et encore ne l'étaient-ils pas d'une manière absolue. »

Enfin, et comme pour répondre à ceux qui veulent considérer l'exploration bi-manuelle comme une méthode d'invention tout à fait récente il disait : « J'en démontre chaque jour l'exactitude à l'hôpital, depuis plus de vingt-cinq ans, et je la démontrerai à quiconque le voudra au lit des malades ».

On voit donc que Hegar réclame à tort l'honneur de la découverte de la méthode d'exploration combinée pour Schultze, Holst et Veit.

Ce point d'histoire scientifique a été judicieusement mis en relief par L. Guénès (*De l'hémato-salpingite*. Thèse de Paris, 1887-1888, n° 178.)

soutenus sur un plan résistant, ce qui les rend beaucoup plus accessibles[1].

Examen au spéculum.

Examen au speculum. — Lorsque Récamier eut, pour ainsi dire, réinventé le speculum, ce précieux moyen d'exploration relégua loin derrière lui tous les autres; on peut dire, à ce point de vue, que les grands services qu'il a rendus à la gynécologie ont été presque compensés par les torts qu'il lui a faits momentanément.

On a multiplié à l'infini les modèles de speculum; mais, si presque tous sont ingénieux, il n'en est qu'un petit nombre qui soient indispensables.

On peut les répartir en trois types : — cylindriques — à deux ou plusieurs valves — univalves.

Speculums cylindriques. — Ils sont surtout commodes, en bois ou en ivoire (fig. 81, A), pour les applications topiques; ils protègent efficacement les parois du vagin contre l'action de la chaleur pendant les cautérisations du cautère actuel; en glace étamée recouverte de gutta-percha (Fergusson fig. 81, B et C), ils ne sauraient servir au même usage, mais sont très précieux par le bon éclairage qu'ils fournissent et la rapidité de leur introduction, soit par un examen superficiel, soit pour les divers pansements ou attouchements à faire sur le col. Ce dernier modèle a son extrémité taillée en bec de flûte, ce qui correspond à la plus grande profondeur du cul-de-sac vaginal postérieur. Le speculum en verre, dit de Mayer, communément employé en Allemagne, en diffère surtout parce qu'il a le bout taillé à angle droit. Il est nécessaire d'avoir au moins trois calibres différents de ces speculums.

Introduction du spéculum.

Avant de les introduire il est bon de les immerger rapidement dans de l'eau tiède, de façon à éviter que leur surface brillante soit ternie par la buée du vagin. On les enduit extérieurement de vaseline et on en présente, obliquement de bas en haut, l'extrémité à l'orifice valvulaire écarté avec les doigts de l'autre main. On doit s'être assuré auparavant par le toucher de la position du col, pour imprimer une bonne direction à l'instrument. Celui-ci glissera sur la gouttière formée par la fourchette qu'il déprimera fortement, de manière à frotter le moins possible contre la paroi antérieure du vagin. Dès que l'anneau vulvaire est franchi, on incline l'instrument de façon à l'amener dans la direction connue du col, et on pousse très doucement, en s'aidant de la vue pour aller saisir le museau de tanche. On doit se souvenir qu'au début on a toujours une tendance à le chercher trop en arrière et trop profondément. La partie sail-

[1] Emerich Ullmann. *Das Abtasten des Uterus und der Ovarien bei in das Rectum eingeführtem Kolpeurynter* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 12, p. 177).

lante du bec de flûte, dans le spéculum de Fergusson, doit être toujours dirigée en arrière.

Spéculums à plusieurs valves. — Il est inutile de décrire celui à trois valves de Ségalas, à quatre valves de Charrière, etc., qui n'ont plus qu'un intérêt historique; ceux d'invention plus récente ne me paraissent pas sensiblement supérieurs.

Les instruments **bivalves** sont préférables aux **plurivalves.**

Le *spéculum de Cusco* ou en *bec de canard* (fig. 82, A, B, C),

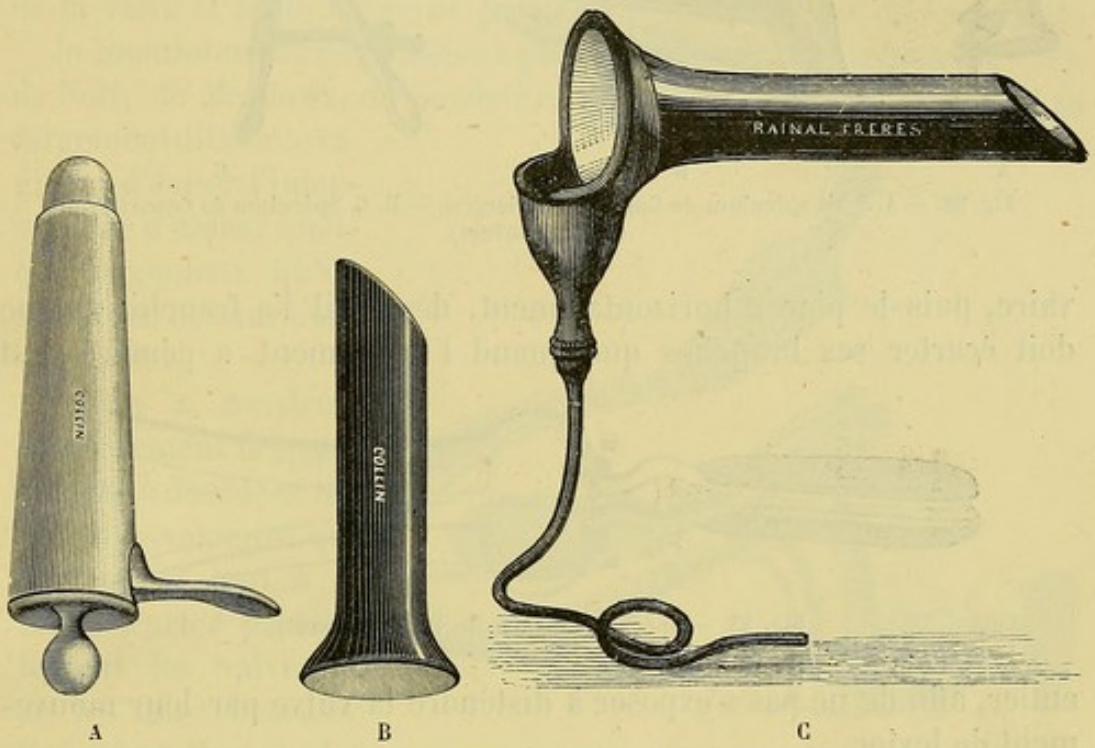


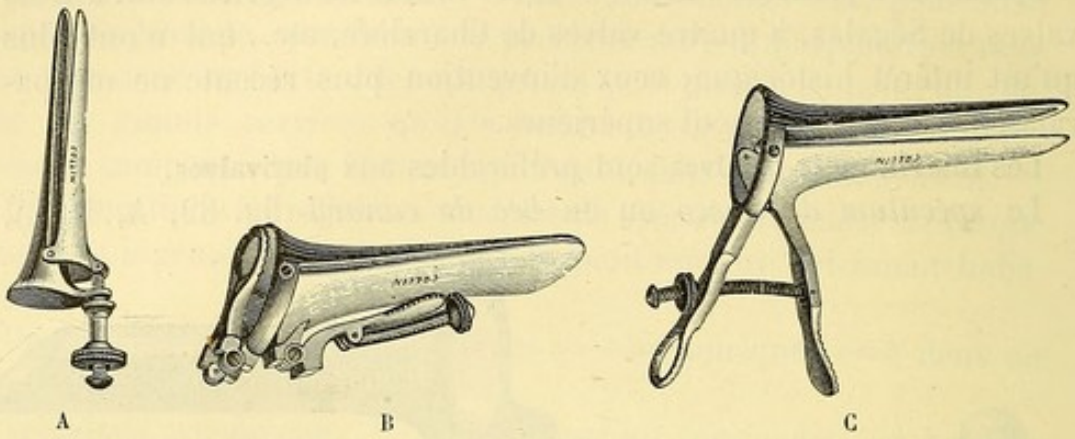
Fig. 81. — Spéculums cylindriques.

A. Spéculum cylindrique (en bois). — B. Spéculum de Fergusson (glace étamée recouverte de gutta-percha). — C. Même spéculum auquel est adapté un entonnoir pour servir aux pansements et aux irrigations.

plus élégant et moins compliqué, puisqu'il n'a pas besoin d'embout, est aussi par excellence un spéculum d'examen; il a d'abord l'avantage de se prêter à l'inspection du museau de tanche, puis, si on le retire progressivement, à celle des culs-de-sac et des parois du vagin. Son petit volume, la facilité de son introduction, en font un instrument précieux. On lui a reproché d'être difficile à désinfecter; mais il suffit de le plonger quelques minutes dans l'eau bouillante, puis dans l'eau phéniquée forte, pour obvier presque tout à fait à cet inconvénient. Collin en a, du reste, construit un modèle qui se démonte complètement.

Son introduction se fait en suivant les mêmes préceptes que ceux donnés pour le spéculum de Fergusson. Je recommande seulement aux élèves de se souvenir que l'axe de la vulve croise perpendiculai-

rement celui du vagin; il vaut donc mieux faire entrer le bec du spéculum d'abord très obliquement, à 45°, pour *ouvrir* l'orifice vul-



A B C

Fig. 82. — A. Petit spéculum de Cusco (pour vierges). — B. C. Spéculum de Cusco (fermé et demi-ouvert).

vaire, puis le placer horizontalement, dès qu'il l'a franchi. On ne doit écarter ses branches que quand l'instrument a pénétré tout

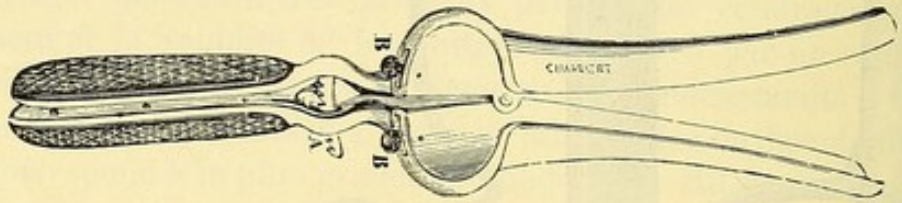
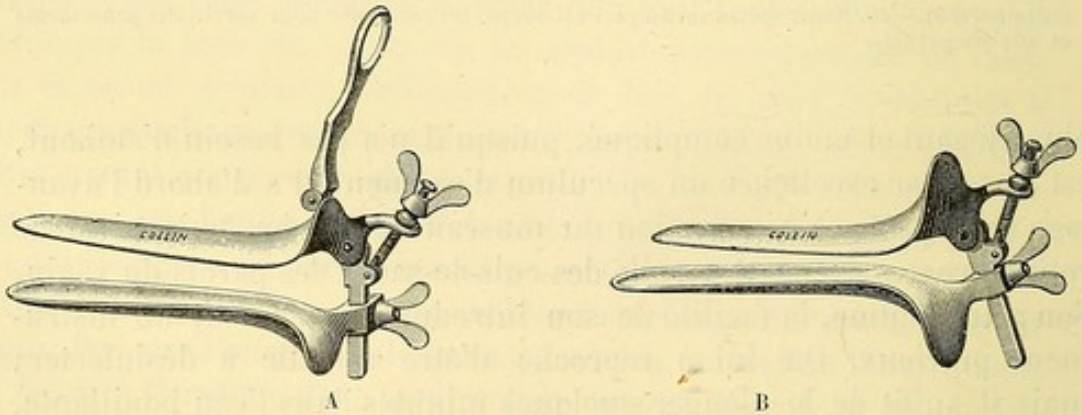


Fig. 83. — Spéculum bivalve de Ricord (ouvert).

entier, afin de ne pas s'exposer à distendre la vulve par leur mouvement de levier.

Le *spéculum bivalve de Ricord* ne mérite pas d'être oublié. Il



A B

Fig. 84. — Spéculum à double mouvement.

A. Spéculum à double mouvement de Collin (avec manche). — B. Autre spéculum de Collin à double mouvement (sans manche).

convient spécialement aux femmes à vulve étroite ou hyperesthésique, mais à vagin large et à col dévié. Il s'introduit facilement grâce à sa grande conicité et à l'embout dont il est muni. Dès qu'il a dépassé

l'anneau vulvaire, on le pousse facilement jusqu'au fond du vagin, on retire l'embout et on écarte les valves, en ayant soin que l'une soit placée en haut et l'autre en bas; il est rare qu'on ne parvienne pas avec lui à saisir un col qui aura échappé à la recherche faite avec un autre spéculum (fig. 83).

Il est très commode, pour faciliter l'introduction des instruments divers dans le vagin, de faire ménager à la partie supérieure du spéculum bivalve une longue et étroite échancrure, entamant le bord de la valve et se prolongeant jusqu'au tiers antérieur du spéculum.

Je mentionnerai les modèles à plusieurs valves de Bozeman (fig. 85), de Nott, de Meadows, de Goodell et de Messari, qui ont pour but de largement dilater le vagin et d'éviter l'intervention d'aides; quelque ingénieux qu'ils soient, ils ne sauraient y suppléer.

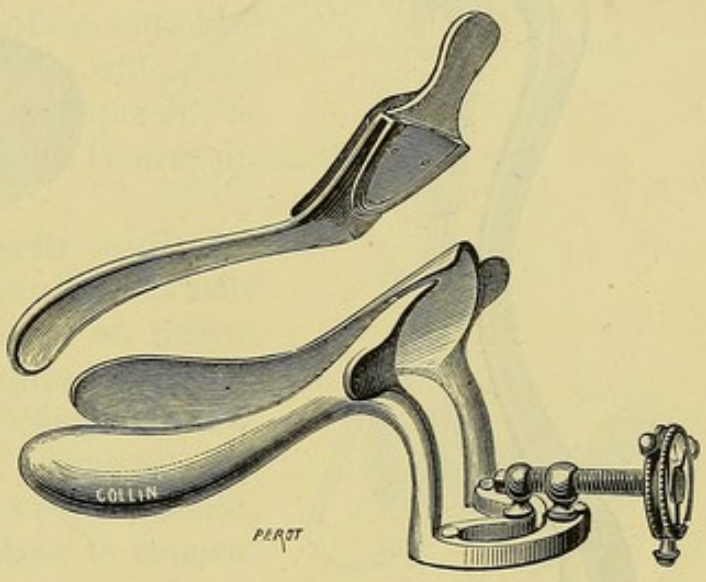


Fig. 85. — Spéculum de Bozeman.

Collin a construit dernièrement des spéculums à double et triple mouvements qui permettent tout à la fois d'écarter parallèlement les valves et de les faire basculer l'une sur l'autre. Un autre modèle très simple n'exécute que le premier mouvement, ce qui a l'inconvénient de nécessiter une tension de la vulve, égale à l'écartement des parois vaginales. Or, il ne faut pas oublier que l'anneau vulvaire est le point le plus étroit du canal génital, tandis qu'au delà le vagin forme une sorte d'ampoule comparable à l'ampoule rectale; la bascule des valves des spéculums Ricord et Cusco est donc essentiellement rationnelle et ne doit pas être abandonnée. Ces spéculums de nouveau modèle sont, du reste, surtout des instruments d'opérations; ils sont destinés à remplacer deux valves isolées, maintenues par des aides, en distendant fortement le vagin et rendant le col accessible.

Spéculums univalves. — Les valves sont surtout des instruments opératoires. Avec une seule il est possible de rendre très accessible la paroi du vagin, opposée à celle où est appliqué l'instrument. On peut ainsi découvrir le col de l'utérus, pourvu que la pression abdominale diminuée par la position de Sims ou la position génu-pecto-

rale facilite l'écartement des parois vaginales. Avec deux valves isolées mais simultanément employées, on a le meilleur mode d'examen possible du col et du vagin; le seul inconvénient réside dans la nécessité d'être assisté. Bien avant que Sims eût vulgarisé l'usage des valves, elles avaient été utilisées par quelques praticiens ingénieux. Récamier, Piorry, Jobert de Lamballe, en France, faisaient usage soit de demi-cylindres, soit de petites attelles métalliques portées sur des manches courts. Ce dernier chirurgien dut assuré-



Fig. 86. — Spéculum de Sims.

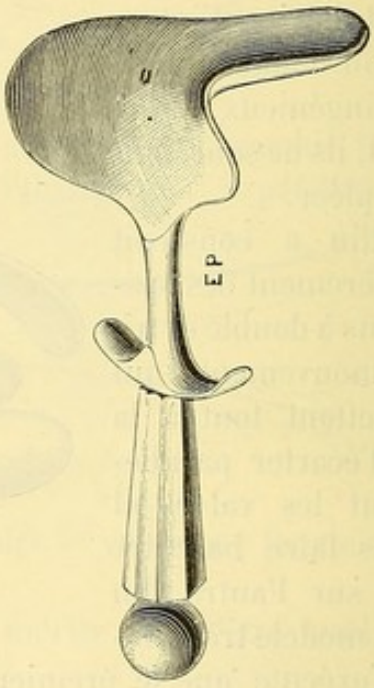


Fig. 87. — Spéculum de Mundé.

ment ses succès pour la fistule vésico-vaginale autant, sinon plus, à la supériorité certaine de son outillage qu'à l'ingéniosité contestable et trop vantée de ses conceptions.

Le *spéculum* ou *dépresseur de Sims* est destiné à être appliqué dans la position latérale qui porte le nom de ce gynécologiste. C'est pour cela que deux valves sont réunies par leur manche, afin de diminuer le nombre des instruments isolés. Dans la position latérale, cette disposition n'offre pas d'inconvénient, mais elle rend l'application des valves conjuguées presque impossible, dans la position de la taille ordinairement adoptée en France. Ces valves sont métalliques et leur surface interne brillante doit fortement réfléchir la lumière (fig. 86).

Je trouve pour ma part les *valves de Simon* (fig. 89) bien préférables à celles de Sims. Elles sont portées sur un manche et ont une cambrure plus accentuée; il y a, en outre, tout un jeu de valves concaves pour la dépression de la paroi postérieure (ce qui augmente leur pouvoir éclairant), plates pour la paroi antérieure. Enfin, surtout au cours d'une opération, on peut y joindre l'emploi d'un ou de deux écarteurs latéraux (fig. 90, A), véritables valves plus étroites et montées sur des manches assez longs pour ne pas gêner le chirurgien.

Une variété de la valve de Simon, très courte (fig. 90, B), réduite à sa partie antérieure et évasée à ce niveau pour augmenter sa surface réfléchissante, est particulièrement utile dans les opérations que l'on pratique sur le col de l'utérus abaissé ou à l'entrée du vagin.

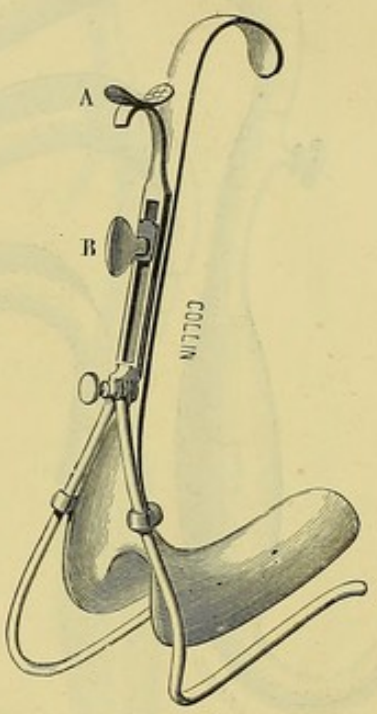


Fig. 88. — Valve de Sims avec écarteurs latéraux (Denonvilliers).

Cathétérisme utérin. — Levret paraît avoir, le premier, exploré la cavité utérine, en y introduisant un instrument. Mais ce n'est qu'après les travaux de Huguier en France, de Simpson en Angleterre, de Kiwisch en Allemagne, que ce moyen d'exploration s'est généralisé. On en a même abusé dans le moment de la première vogue, et Scanzoni a eu raison de réagir contre ces excès.

Cathétérisme utérin.

Les modèles d'**hystéromètres** ont été multipliés, sans utilité réelle; le plus simple (fig. 91) est le meilleur. Il se réduit à une simple tige métallique graduée, terminée en haut par un petit bouton, en bas par un manche qui permet à la fois de le saisir et de l'orienter. L'instrument doit offrir une certaine rigidité, mais être cependant flexible pour pouvoir recevoir et garder les diverses courbures qu'on peut avoir à lui imprimer; l'argent et le cuivre purs conviennent particulièrement à cet effet : les hystéromètres inflexibles en melchior doivent être rejetés. Il faut aussi prescrire les *coulants* destinés à marquer le point où l'instrument affleure au col de l'utérus; il suffit, pour s'en rendre compte et lire ensuite la graduation, de saisir à ce niveau l'instrument avec une pince à mors plats. Le professeur Trélat faisait glisser sur la tige une sorte de spatule cannelée à son extrémité, qui est ingénieuse et commode.

Il ne faut jamais sonder l'utérus sans avoir acquis, au préalable, par la palpation bi-manuelle, des notions sur sa position : on serait

exposé sans cela à des tâtonnements ou à des violences fâcheuses. Il suffit, au contraire, de courber le bec de l'instrument dans le sens voulu et de porter le manche dans le sens inverse, pour pénétrer facilement dans sa cavité, quand il y a flexion de l'organe.

On a inventé des *hystéromètres flexibles*, munis ou non de cadrans, qui ne me paraissent pas sensiblement préférables à une simple bougie en gomme à laquelle il est bon d'avoir recours lorsqu'une tige rigide ne peut y pénétrer, vu les courbures ou sinuosités de la cavité[1].

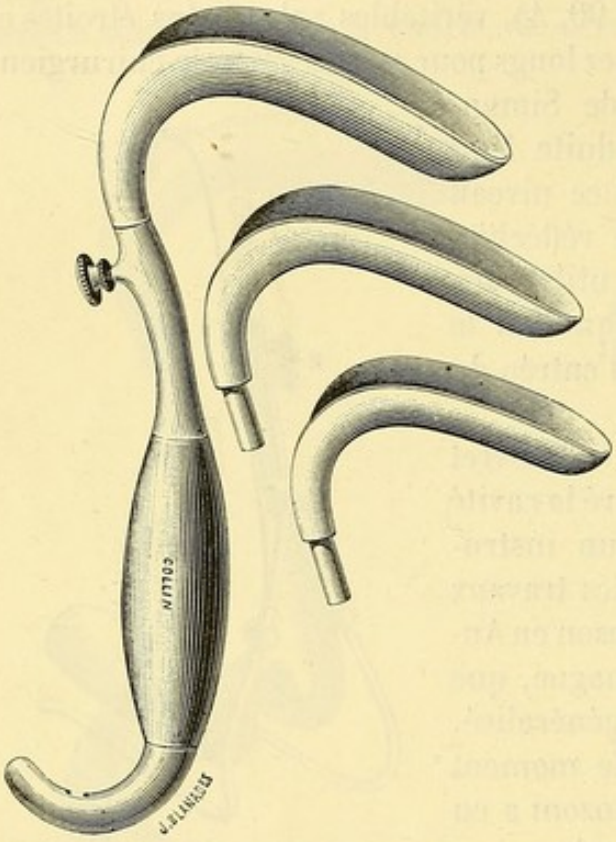


Fig. 89. — Valves concaves de Simon.

La position la plus favorable pour le cathétérisme est la *position dorso-sacrée*. On peut le pratiquer sans le secours du spéculum, en glissant la sonde sur la face palmaire de l'index qui est allé préalablement reconnaître l'orifice du museau de tanche. On pousse doucement l'instrument, et on n'oubliera pas qu'il y a presque toujours un temps d'arrêt et comme un défilé à la partie supérieure de la cavité cervicale. L'ongle appuyé sur l'instrument, au ras du museau de tanche, peut suffire à marquer la profondeur où il a pénétré.

Mais il vaut mieux faire le cathétérisme en se servant du spéculum, et même, pour peu qu'il soit difficile et que l'exploration ait une importance diagnostique particulière, on aura soin de *fixer* le col à l'aide d'une pince-érigne. C'est parfois le seul moyen d'arriver à l'orifice du museau de tanche, qui est comme luxé dans l'un ou l'autre cul-de-sac, en cas de déviation du corps : j'ajouterai qu'une légère traction sur le col, en redressant la cavité utérine, facilite considérablement l'exploration.

L'antisepsie la plus rigoureuse est indispensable quand on pra-

[1] Caulet a fait construire un *hystéromètre flexible* plus simple que celui de ses devanciers et, par conséquent, préférable (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 439); on peut toutefois facilement s'en passer.

tique le cathétérisme utérin : non seulement l'instrument dont on se sert doit être purifié comme il a été précédemment dit, mais même il est bon de le flamber après chaque examen, à une lampe à alcool. Une injection vaginale antiseptique est nécessaire *avant* l'introduction de la sonde. Nous savons en effet que le vagin con-

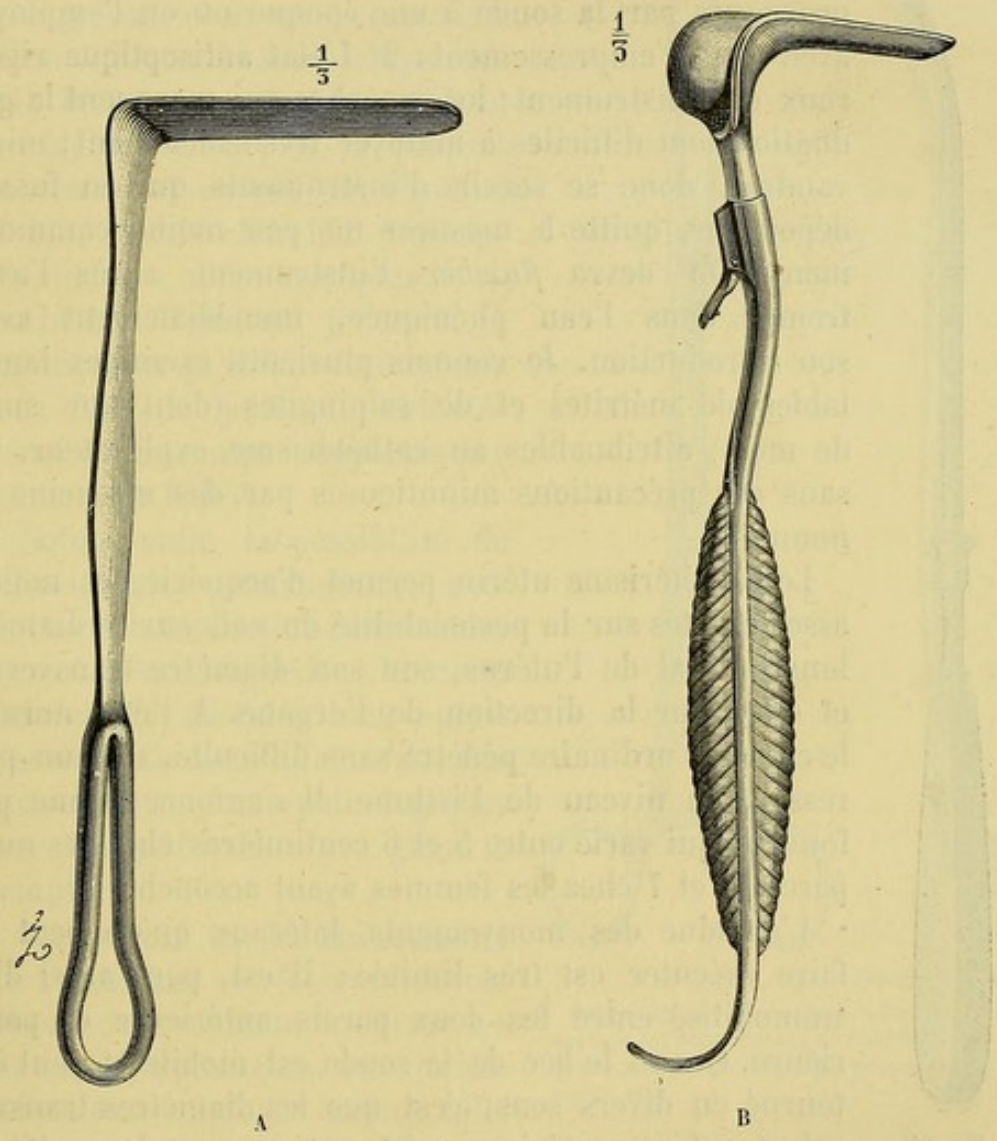


Fig. 90.

A. Écarteur vaginal. — B. Valve plate et courte de Simon.

tient en abondance des germes et même des organismes pathogènes. La sonde peut donc, à n'en pas douter, les transporter dans les parties supérieures des voies génitales qui normalement n'en contiennent jamais, et telle est l'origine des accidents de métrite, de salpingite et de périmétrite qu'on a pu observer après des cathétérismes utérins faits avec des instruments propres, mais à travers un vagin non préalablement purifié.

On ne saurait trop recommander aux jeunes médecins de ne jamais pratiquer le cathétérisme sans s'être assuré des deux points capitaux suivants : 1° L'état de vacuité de l'utérus, constaté par un interrogatoire minutieux et la palpation bi-manuelle ; dans le moindre doute, que ferait naître *un retard* même de quelques jours, l'abstention est de règle : de très nombreux avortements ont été provoqués par la sonde à une époque où on l'employait avec trop d'empressement ; 2° L'état antiseptique rigoureux de l'instrument ; les encoches qui marquent la graduation sont difficiles à nettoyer très exactement ; mieux vaudrait donc se servir d'instruments qui en fussent dépourvus, quitte à mesurer un peu moins commodément. On devra *flamber* l'instrument après l'avoir trempé dans l'eau phéniquée, immédiatement avant son introduction. Je connais plusieurs exemples lamentables de métrites et de salpingites (dont une suivie de mort) attribuables au cathétérisme explorateur, fait sans ces précautions minutieuses par des médecins renommés.



Fig. 91. Hystéromètre.

Le cathétérisme utérin permet d'acquérir des notions assez exactes sur la perméabilité du col, sur le diamètre longitudinal de l'utérus, sur son diamètre transversal, et enfin sur la direction de l'organe. A l'état normal, le cathéter ordinaire pénètre sans difficulté, sauf un petit ressaut au niveau de l'isthme. Il s'enfonce à une profondeur qui varie entre 5 et 6 centimètres chez les nullipares, 6 et 7 chez les femmes ayant accouché.

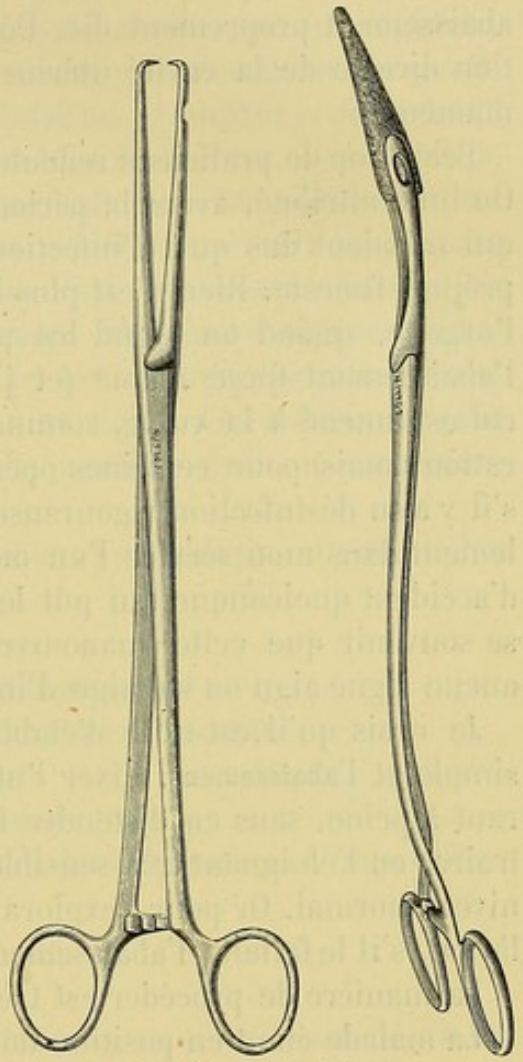
L'étendue des mouvements latéraux qu'on peut lui faire exécuter est très limitée ; il est, pour ainsi dire, immobilisé entre les deux parois antérieure et postérieure. Quand le bec de la sonde est mobile et peut être tourné en divers sens, c'est que les diamètres transversal et antéro-postérieur sont accrus, que la cavité est plus grande qu'à l'état normal.

Pénétration dans la trompe.

Peut-on fortuitement introduire la sonde dans la trompe? C'est ainsi que nombre d'auteurs ont expliqué des cathétérismes où l'instrument s'est profondément enfoncé dans l'abdomen et où son extrémité a pu être sentie sous les téguments. Il faut, pour que cela soit possible, des circonstances qui se trouvent fort exceptionnellement réunies : la latéro-version de l'utérus amenant l'orifice de la trompe dans la prolongation de l'axe du col et l'élargissement anormal de l'orifice tubaire. C'est ce qui existait dans une observation de Bischoff, où le fait a été vérifié,

la mort ayant succédé à l'ovariotomie[1]. Dans la presque totalité des cas publiés comme de prétendus cathétérismes de la trompe, il est aisé de reconnaître qu'il s'agissait plutôt d'une **perforation** utérine; celle ci se produit souvent sans efforts exagérés, quand l'utérus est ramolli et aminci par une grossesse ou un avortement récent, et en même temps dévié; la très grande bénignité de ces lésions a surpris la plupart de ceux qui en ont été témoins et leur a fait chercher une application en apparence plus vraisemblable. Telle est je crois, la signification qu'il faut donner aux deux faits de prétendu cathétérisme de la trompe, rapportés par Gönner (de Bâle)[2].

Perforations utérines.



A Fig. 92. — Pinces. B

A. Pince-érigne (pince tire-balle américaine) servant à l'abaissement de l'utérus. — B. Pince porte-tente pour l'éponge préparée, la laminaire, etc.

Notons enfin la possibilité de **fausses routes** permanentes, permettant l'introduction de la sonde, par un même trajet dans la cavité abdominale (fistules métro-péritonéales). Ce sont, à la vérité, des curiosités anatomo-pathologiques avec lesquelles il n'y a guère à compter[3].

Fausses routes.

Fixation et abaissement de l'utérus. — Je crois devoir classer cette manœuvre parmi les moyens d'exploration, non qu'elle puisse être employée comme telle isolément, mais parce qu'elle rend d'immenses services, associée aux autres procédés, pour faciliter l'examen.

Fixation et abaissement de l'utérus.

Hegar[4] a montré qu'il était possible d'explorer la totalité de la

[1] Bischoff. *Ueber das Eindringen der Uterussonde in eine Tuba.* (*Corresp. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 19.) Consulter sur ce sujet : Ph. Biedert *Ueber Sondirung der Tuba Fallopiæ und über Ursachen und Folgen der Tubenerweiterung* (*Berlin. klin. Woch.*, 1877, n°s 41, p. 602, et 42, p. 618).

[2] Gönner. *Zwei Fälle von Tubensondirung* (*Arch. f. Gyn.*, 1887, *Bd. XXX*, *Heft* 1, p. 119).

[3] Lawson Tait. *Utero-peritoneal fistula* (*Lancet*, 19 oct. 1872, p. 557, *ibid.* 9 *janv.* 8175, p. 44). — Valenta (*Gratzer Naturforscherversammlung*, 1875, *Tagblatt*, p. 116).

[4] Hegar et Kaltenbach. *Operative Gynäkologie*, 1874, p. 40.

face postérieure de l'utérus et même d'en dépasser le fond, par le toucher rectal, à condition de saisir le col avec une pince et de légèrement abaisser l'organe. J'ai indiqué plus haut tout le profit que le cathétérisme pouvait retirer de la simple fixation du col, sans abaissement proprement dit. Enfin nous allons voir que l'exploration directe de la cavité utérine est souvent facilitée par la même manœuvre.

Beaucoup de praticiens redoutent encore l'abaissement de l'utérus. On lui a attribué, avant la période antiseptique, nombre d'accidents qui n'étaient dus qu'à l'infection. Il est temps de réagir contre ce préjugé funeste. Rien n'est plus bénin que l'abaissement modéré de l'organe, quand on prend les précautions antiseptiques voulues : l'abaissement forcé même (et j'appelle ainsi celui grâce auquel le col est amené à la vulve, comme c'est nécessaire non pour l'exploration, mais pour certaines opérations) n'est nullement dangereux, s'il y a eu désinfection rigoureuse. Pour ma part, je pratique journellement dans mon service l'un ou l'autre, et je n'ai jamais observé d'accident quelconque qui pût leur être attribué. Il faut seulement se souvenir que cette manœuvre n'est innocente que s'il n'existe aucun signe aigu ou subaigu d'inflammation périmétritique.

Je crois qu'il est utile d'établir une distinction entre la **fixation** simple et l'**abaissement**. Fixer l'utérus, c'est l'*immobiliser*, en l'attirant à peine, sans en distendre les ligaments; on l'*abaisse*, au contraire, en l'éloignant très sensiblement et avec un léger effort de son niveau normal. Or pour l'exploration il est rarement utile d'en venir là, ou, s'il le fallait, l'abaissement sera toujours très modéré.

La manière de procéder est très simple.

La malade étant en position dorso-sacrée, on va, soit directement en se guidant sur l'index, soit à travers un spéculum, saisir la lèvre antérieure du col. Une *pince-érigne* (qui n'est autre que la pince tire-balle américaine) est le meilleur des instruments de préhension (fig. 92, A) : elle ne fait que deux piqûres insignifiantes, qui ne causent aucun mal et qui saignent à peine. Ce n'est que lorsque l'abaissement doit être énergique et longtemps maintenu que des pinces de Museux sont nécessaires; il faut alors prendre soin qu'elles soient construites, d'après le modèle que je recommande, de façon que les griffes se croisent exactement, sans chevaucher l'une sur l'autre, comme cela existe dans les pinces du modèle dont on se sert habituellement. Grâce à cette particularité, le traumatisme est beaucoup moindre, et le chirurgien ne court pas le risque de se blesser en promenant son doigt sur la partie enclavée.

Dilatation artificielle du col.

Dilatation artificielle du col et toucher intra-utérin. — Il est des cas, rares à la vérité, où l'exploration de la cavité utérine

avec le doigt est nécessaire, pour assurer un diagnostic (ou comme préliminaire d'une intervention). Cette conception hardie appartient à Simpson[1]. Divers moyens ont été proposés pour atteindre ce but.

Une remarque préliminaire est indispensable : le col n'est pas un orifice, c'est un canal ayant une ouverture supérieure sus-vaginale, une cavité en forme de défilé, et une ouverture externe. Or les conditions sont très différentes, selon la dilatation, et surtout la *dilatabilité* de ces diverses parties. Ce qu'il faut surtout considérer, c'est l'état de l'orifice interne et de la partie sus-vaginale du défilé cervical. Il est des cas où ils sont dilatés ou tout au moins ramollis et ne laissent plus subsister d'obstacle qu'au-dessous d'eux, au museau de tanche : comme par exemple dans certains corps fibreux ou polypes intra-utérins, après un avortement, etc. Ces cas diffèrent essentiellement de ceux où toute la longueur du col est rigide. Les mêmes moyens de dilatation ne peuvent pas être mis en parallèle, dans un cas comme dans l'autre.

Passons d'abord ces moyens en revue : j'en indiquerai ensuite les meilleures applications.

On peut les diviser en deux classes :

1° **Les procédés non sanglants**, qui comprennent :

a, la dilatation lente par les substances turgescentes;

b, la divulsion;

c, la dilatation immédiate progressive;

2° **Les procédés sanglants**, comportant deux opérations d'importance différente :

a, le débridement de l'orifice externe;

b, l'incision bilatérale totale du col.

Aucun de ces procédés ne doit être mis en usage sans nécessité absolue, et toute exploration intra-utérine doit être regardée comme dangereuse, si l'on est en droit de supposer une suppuration récente, autour de l'utérus ou dans les annexes.

Procédés non sanglants.

Procédés non sanglants. — *a.* **La dilatation lente** par des substances turgescentes se fait en introduisant dans le col des cônes de nature variable; on a préconisé tour à tour les cônes d'éponge préparée, les tiges de laminaire, la racine de gentiane, l'ivoire décalcifié, les tiges de tupelo, etc.[2]. Je ne m'arrêterai pas à discuter la valeur relative de ces agents; le procès est jugé, me semble-t-il, définitivement, en faveur de la **laminaire**; et sans absolument rejeter l'éponge préparée, rendue antiseptique, je crois cependant ses applications très res-

Laminaire.

[1] J. Y. Simpson. *Monthly Journ. of med. Sciences*, 1844, p. 734.

[2] Porak. *Dilatation de l'utérus à l'aide de tentes aseptiques, etc.* (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, juin, juillet, août 1887.)

treintes. La laminaire, mise au besoin *en fagots*, suffit à presque tous les besoins.

Cet excellent agent thérapeutique a été introduit en chirurgie par Sloan[1].

Voici comment on doit procéder pour l'employer, après l'avoir laissé, pour le désinfecter, séjourner dans l'éther iodoformé :

Le vagin est lavé avec soin; la femme étant en position dorso-

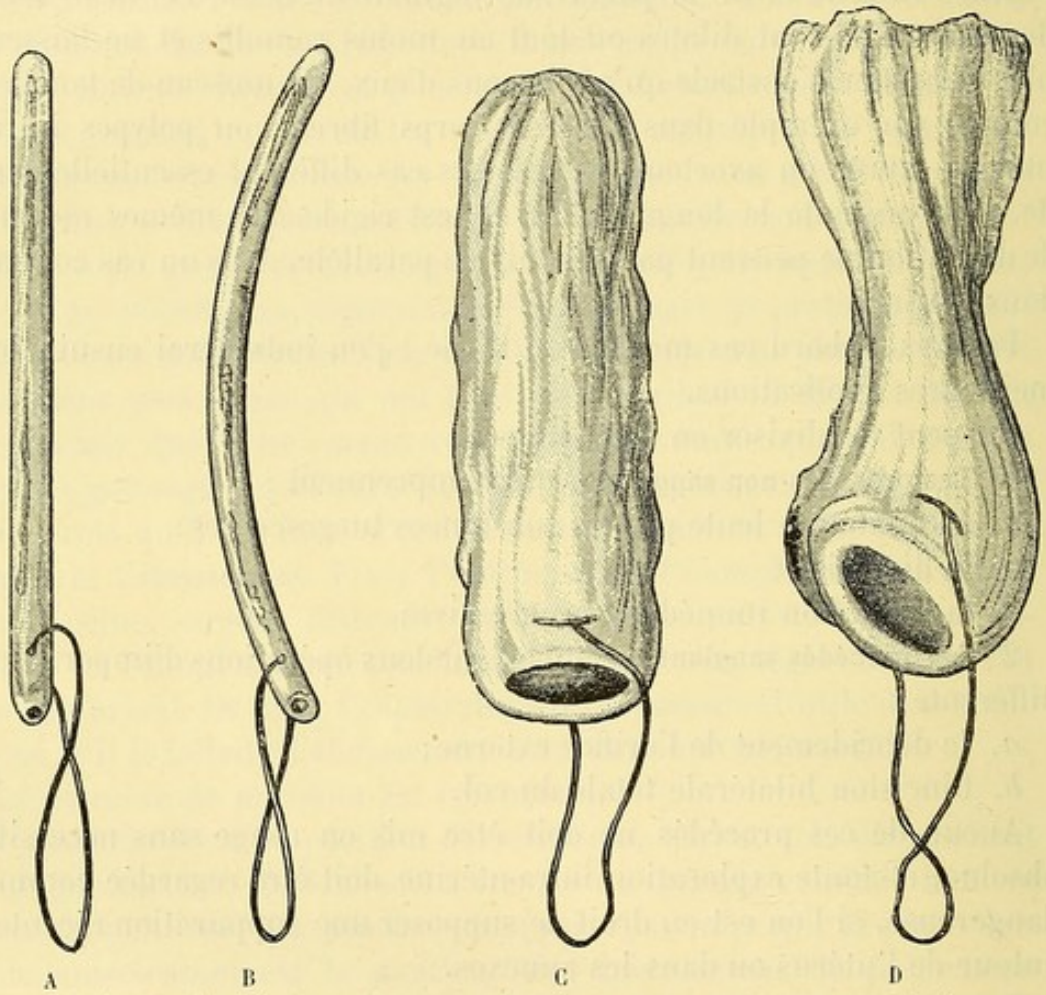


Fig. 93. — Tiges de laminaire avant (A B), et après leur emploi (C D). — On voit en D un étranglement produit par le col sur la tige dilatée.

sacrée, le col est rendu accessible par un spéculum bivalve ou à l'aide de deux valves de Simon. Il est très avantageux de saisir alors la lèvre antérieure avec une pince-érigne et de maintenir ainsi le col fixé pendant qu'on y introduit la tige dilatatrice. On a pris soin préalablement de se rendre compte, par la palpation bi-manuelle et par le cathétérisme, de la position de l'utérus. On peut, au besoin, légèrement incurver la tige de laminaire, pour l'adapter à la courbure de la

[1] C. F. Sloan. *Glasgow med. journ.*, oct. 1862, t. X, p. 281

cavité qui devra la recevoir. La tige, est placée au bout d'une pince et introduite avec douceur. Il ne faut pas que son extrêmité (à laquelle un fil doit être solidement attaché) disparaisse dans la

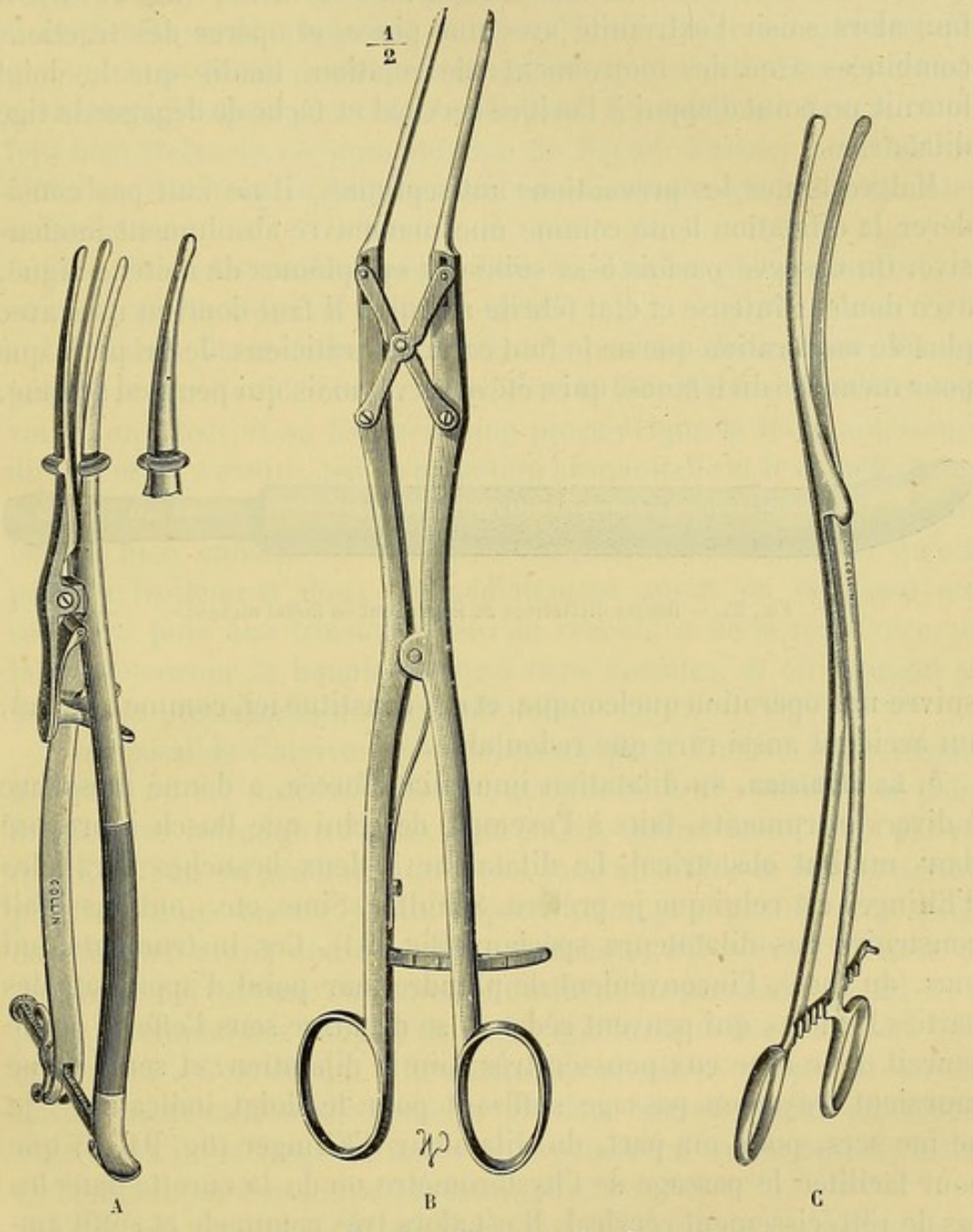


Fig. 94. — Dilatateurs du col.

A. Dilatateur de Sims. — B. Dilatateur d'Ellinger. — C. Dilatateur de Collin.

cavité cervicale. On peut ainsi placer deux ou trois tiges en faisceau dans le col, si l'introduction d'une seule, d'un volume plus gros, est trop laborieuse; il ne faut jamais user de violence pour les enfoncer. La pince fixatrice enlevée, on place sur le col un tampon de gaze iodoformée, puis on retire le spéculum

Il faut dix heures environ pour que la laminaire se soit gonflée complètement. Quand on veut retirer les tiges, on n'a généralement qu'à tirer sur les fils qui les terminent. Il arrive parfois qu'on éprouve quelque difficulté, la dilatation s'étant faite *en sablier* (fig. 93, D). Il faut alors saisir l'extrémité avec une pince, et opérer des tractions combinées avec des mouvements de rotation, tandis que le doigt fournit un point d'appui à l'orifice cervical et tâche de dégager la tige dilatatrice.

Malgré toutes les précautions antiseptiques, il ne faut pas considérer la dilatation lente comme une manœuvre absolument inoffensive. On observe parfois à sa suite des symptômes de métrite aiguë, avec douleur intense et état fébrile marqué. Il faut donc en user avec plus de modération que ne le font certains praticiens. Je ne parle que pour mémoire du tétanos, qui a été observé, mais qui peut, en somme,

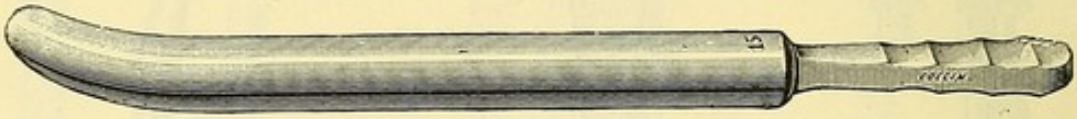


Fig. 95. — Bougie dilatatrice de Hegar tout en métal nickelé.

suivre une opération quelconque, et qui constitue ici, comme ailleurs, un accident aussi rare que redoutable.

Divulsion. *b*. **La divulsion**, ou dilatation immédiate forcée, a donné naissance à divers intruments, faits à l'exemple de celui que Busch a proposé dans un but obstétrical. Le dilatateur à deux branches parallèles d'Ellinger est celui que je préfère. Schultze, Sims, etc., ont aussi fait construire des dilatateurs spéciaux (fig. 94). Ces instruments ont tous, du reste, l'inconvénient de prendre leur point d'appui sur des parties limitées qui peuvent céder et se déchirer sous l'effort; on ne saurait donc avec eux pousser très loin la dilatation, et seuls ils ne sauraient frayer un passage suffisant pour le doigt indicateur : je ne me sers, pour ma part, du dilatateur d'Ellinger (fig. 94, B) que pour faciliter le passage de l'hystéromètre ou de la curette dans les cas de rétrécissement cervical. Il est alors très commode et suffit amplement.

Bougies dilatatrices. *c*. **Dilatation immédiate progressive.** — Ce mode de dilatation est bien connu des chirurgiens qui l'appliquent à la dilatation du rétrécissement de l'urèthre avec la série des sondes Béniqué. Il existe plusieurs modèles de dilatateurs gradués : ceux de Peaslee, véritables bougies en acier, ceux de Tait, qui sont coniques, au nombre de quatre, ceux de Hank, ovoïdes, au nombre de deux, en gomme durcie, ceux de Fritsch, qui ressemblent à de longs cautères en roseaux, enfin ceux

de Hegar (fig. 95), qui sont les plus commodes. Ce sont des bougies cylindriques en gomme durcie ou en métal nickelé, coniques à leur extrémité. Leur longueur est de 12 à 14 centimètres sans compter la poignée plate, qui a 5 centimètres. Le diamètre du n° 1 est de 2 millimètres, et augmente de 1 millimètre par bougie (ce qui donne un accroissement circonférentiel de 3 millimètres); cet accroissement est un peu trop rapide pour les numéros élevés, et on fera bien (selon la recommandation de Hegar) d'avoir, pour les cas difficiles, des bougies dont le diamètre s'accroisse de 1/2 millimètre seulement.

Elles doivent être conservées dans la solution phéniquée forte et voici de quelle façon on doit s'en servir :

La malade étant endormie et dans la position dorso-sacrée (Hegar préfère la position de Sims), on abaisse la fourchette avec une courte valve, on saisit et on fixe avec une pince-érigne la lèvre antérieure du col, et on s'assure, par la palpation bi-manuelle et le cathétérisme, de l'exacte direction de l'utérus. On introduit ensuite une première bougie bien enduite de vaseline stérilisée, d'un calibre tel qu'elle passe à frottement doux. Immédiatement après, on en passe une seconde, puis une troisième. Si l'on rencontre de la résistance, on laisse séjourner la bougie de une à trois minutes, et on reprend au besoin la précédente, une seconde fois.

Il est possible d'arriver très vite, en un quart d'heure, par exemple, à dilater *un col naturellement ou artificiellement ramolli*, au point d'y pouvoir introduire l'index tout entier. Quand le col n'est pas ramolli, il faut, en général, une heure pour atteindre ce but, et parfois plus longtemps encore. Enfin, j'ajoute qu'on peut parfois être obligé de s'arrêter avant une dilatation suffisante, s'il y avait menace de déchirures. Il est donc extrêmement utile de ne procéder, quand on le peut, à l'emploi des bougies de Hegar que lorsque le col est déjà mou et dilatable. C'est ce qui a lieu dans les premiers temps qui suivent l'avortement ou l'accouchement, ou dans certains états morbides; c'est ce qu'il est toujours facile de produire en cas de besoin, artificiellement, par l'emploi de la laminaire.

Telle est, par suite, la manière de procéder que je recommande dans les cas où l'on aura à dilater un col rigide dans toute sa hauteur : on provoquera un commencement de dilatation et la dilatabilité des tissus par l'application d'une tige de laminaire, 10 ou 12 heures auparavant. Au moment où l'on retirera cette tige, on complétera la dilatation très rapidement, par les bougies de Hegar.

Procédés sanglants de dilatation.

Procédés sanglants de dilatation du col. — Il est telle circonstance où la dilatation rapide, par l'instrument tranchant, est indiquée, soit

quand l'obstacle à vaincre pour parvenir à introduire le doigt est constitué par le seul orifice externe; soit quand, le col n'étant pas effacé, il y a urgence à ne pas perdre de temps; soit enfin quand le chirurgien est dépourvu de l'outillage spécial que réclame la dilatation non sanglante.

Débridement de l'orifice.

a. **Débridement de l'orifice externe.** — Il suffira parfois de faire, de chaque côté de l'orifice, un débridement pour pénétrer dans la cavité du col, spontanément déjà agrandie (polypes intra-utérins, avortement, etc.). Alors, la méthode sanglante est la plus simple et la plus expéditive. Une valve de Simon déprimant la fourchette et le col étant fixé, on pourra avantageusement se servir de ciseaux à longs manches, dont on réglera l'emploi. Les lames des ciseaux du modèle ordinaire étant sujettes à glisser, on préférera les ciseaux de Küchenmeister, qui ne sont pas cependant indispensables (fig. 96).

Une incision de 1 centimètre à 1 centimètre et demi de chaque côté suffira pour le passage de l'index; le doigt achèvera, au besoin, la dilatation lui-même. Après l'exploration et un lavage intra-utérin, on fermera les incisions au catgut.

Incision complète du col.

b. **Incision bi-latérale complète du museau du tanche.** — Il s'agit là d'une véritable opération qu'on ne doit pas entreprendre, si l'on n'a déjà acquis une assez grande habitude de la chirurgie utérine. Il est d'abord nécessaire de procéder à la ligature préliminaire des artères utérines[1]. La malade étant endormie et en position dorso-sacrée, la fourchette est abaissée avec une valve courte, et le vagin fortement déprimé d'un côté à l'aide d'un écarteur, tandis qu'une pince-érigne attire le col du côté opposé; l'on rend ainsi très accessible un des culs-de-sac latéraux. On l'explore avec l'index pour sentir les battements de l'artère utérine. Prenant alors une grosse aiguille fortement courbée (ou mieux une aiguille de Deschamps), munie d'un fil de soie, on pique le cul-de-sac à un travers de doigt en dehors du col, en ayant soin de ne pas dépasser en avant le niveau d'une ligne transversale qui serait tangente au col antérieurement, pour éviter l'urétère. On doit avec l'aiguille traverser la plus grande épaisseur possible de tissus, puis la faire ressortir en arrière dans le vagin, le plus près possible de son point d'entrée et toujours à la même distance du col. En rapprochant ainsi l'orifice d'entrée et l'orifice de sortie de l'aiguille, on a pour but de comprendre dans l'anse du fil le moins de muqueuse vaginale possible. Ce fil est ensuite fortement lié. On procédera de même du côté opposé.

J'ai eu occasion de faire cette ligature préliminaire des artères

[1] Schröder. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1881, Bd., VI, p. 29. — A. Martin. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, 2e édit., 1887, p. 26.

utérines, et je puis assurer qu'elle est très efficace. Je crois pourtant que ce n'est pas le tronc même de l'artère utérine qu'on lie ainsi, mais bien ses branches inférieures; quoi qu'il en soit, le résultat chirurgical est excellent. On peut alors, sans crainte d'hémorrhagie, se servir du bistouri. Le col étant abaissé, on fait de chaque côté une incision allant jusqu'à l'insertion vaginale et l'on cherche avec le doigt à pénétrer dans la cavité utérine. Éprouve-t-on de la difficulté, on glissera dans le col, à plat sur la pulpe de l'index, un bistouri boutonné, et, le retournant, on scarifiera de chaque côté la face interne du col, jusqu'à ce que le doigt puisse passer.

Une fois l'exploration faite (et l'utérus irrigué), il faut restaurer le col avec grand soin. Pour cela, on y enfonce très profondément une

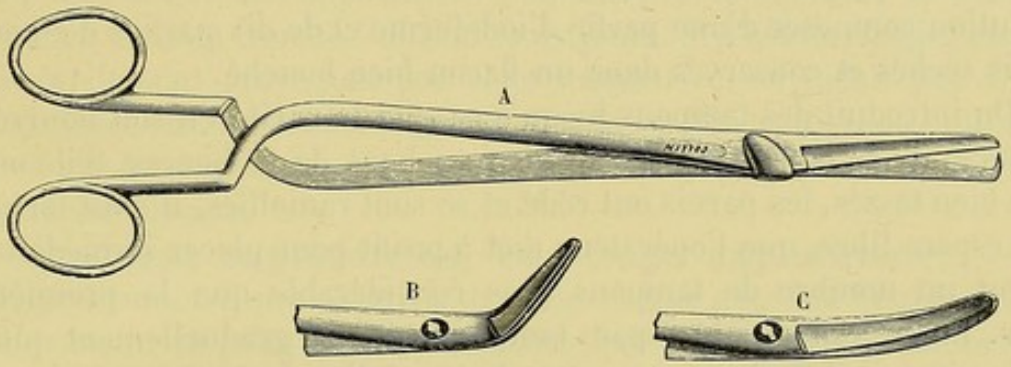


Fig. 96. — A. Ciseaux de Küchenmeister pour le débridement du col. — B. C. Becs coudé et courbé de forts ciseaux pouvant servir au même usage.

aiguille enfilée de catgut, au niveau de l'insertion du vagin, et, se guidant sur le doigt, on tâche de faire passer l'anse du fil dans la cavité cervicale, au point le plus élevé de l'incision. Il est bon de placer le fil symétrique de l'autre côté, avant d'avoir serré le premier, sans quoi, l'orifice étant déjà rétréci, le doigt ne pourrait plus faire son office de guide. Les deux points supérieurs étant placés et serrés, on en met un nombre suffisant au-dessous, en ayant soin de bien affronter la muqueuse, à l'intérieur du col autant qu'à l'extérieur.

Il est inutile de laisser ensuite la ligature des artères utérines en place; trop longtemps, elle peut ulcérer d'une manière fâcheuse la muqueuse vaginale; on devra donc, sauf indication spéciale, la couper, au bout de trois ou quatre heures. Il va sans dire que cette ablation serait urgente, si des accidents faisaient craindre qu'on eût lié l'uretère, ce qui sera toujours évité en suivant les indications que j'ai données en détail.

Dilatation permanente. — Il est possible, une fois la dilatation obtenue par un moyen quelconque, de la maintenir en tamponnant les

Dilatation permanente.

cavités utérine et cervicale. On a eu, dans ces derniers temps, l'idée d'appliquer cette dilatation continue au diagnostic et au traitement de certaines affections utérines dont elle permettrait de suivre l'évolution, pour ainsi dire, *de visu*.

Voici comment Vuilliet, promoteur de ce procédé séduisant, indique la manière de faire[1] :

La malade étant dans la position genu-pectorale et le col découvert avec une valve de Simon, on explore le canal cervical. S'il est rétréci ou dévié, on rétablit, par un traitement préalable, sa direction ou son calibre. S'il est normal, on présente à son orifice un petit tampon de coton que l'on fait passer dans sa cavité avec une sonde métallique.

Les tampons sont munis d'un fil; leurs dimensions varient entre celle d'un pois et celle d'une amande. Ils ont été plongés dans une solution composée d'une partie d'iodoforme et de dix parties d'éther, puis séchés et conservés dans un flacon bien bouché.

On introduit des tampons jusqu'à ce que la cavité en soit bourrée dans toute sa hauteur. On les retire au bout de 48 heures. S'ils ont été bien tassés, les parois ont cédé et se sont ramollies, il s'est formé un espace libre, que l'opérateur met à profit pour placer immédiatement un nombre de tampons plus considérable que la première fois. En procédant ainsi par tamponnements graduellement plus volumineux, il faut, en moyenne, huit ou dix obturations pour que la cavité arrive à un degré de dilatation suffisant pour être visible dans toute son étendue. Afin de gagner du temps et pour régulariser la surface de la cavité, il y a avantage, d'après Vuilliet lui-même, à substituer, de temps en temps, aux tampons un fagot de tiges de laminaire.

Ce procédé n'est pas toujours applicable, même dans les conditions indiquées par son auteur[2]. Il est un certain nombre de cas où l'on ne peut obtenir de dilatation complète, comme le prouvent des observations de Porak et de Sabail; enfin, il en est d'autres où l'on doit renoncer à l'introduction réitérée des tampons, soit parce qu'elle est trop douloureuse, soit parce qu'ils provoquent des accidents nerveux; ces derniers, quoi qu'on en ait dit, paraissent bien être inhérents à l'opération et non à l'absorption de l'éther iodoformé dont les tampons mal préparés sont imbibés.

Je ne pense pas, du reste, que l'*inspection* de la cavité utérine

[1] Voir Bétrix. *De la nouvelle méthode du professeur Vuilliet pour obtenir la dilatation de la cavité utérine* (*Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1886, p. 53). — Charpentier. *Les nouvelles méthodes de dilatation totale de l'utérus* (*Ibid.*, p. 695). — Vuilliet. *De la dilatation de l'utérus par le procédé des obturations progressives* (*Ibid.*, 1887, p. 466).

[2] Charpentier, *loc. cit.*, p. 706.

puisse fournir des renseignements supérieurs à ceux que l'on peut obtenir par les divers modes d'exploration déjà décrits. Je ne pense pas non plus que le traitement en retire un réel avantage; il est donc probable que le procédé d'exploration de Vuilliet, tout ingénieux qu'il soit, ne survivra pas longtemps à l'intérêt très légitime, mêlé d'un peu de surprise, qu'il a éveillé au moment de son apparition[1].

Toucher intra-utérin.

Le toucher par l'introduction de l'index dans la cavité utérine permet de se rendre compte de l'état ramolli ou tomenteux de la muqueuse, qui peut devenir le siège de végétations, de tumeurs ou de saillies anormales. Cette exploration sera toujours combinée avec la palpation hypogastrique. Elle devra être très rapidement faite, et suivie d'une injection intra-utérine avec l'eau phéniquée à 1 pour 100, et de l'application d'un tampon iodoformé; la malade restera ensuite couchée durant deux jours. Si l'hémorrhagie, exceptionnellement provoquée par cette manœuvre, ne cédait pas à des injections intra-utérines très chaudes (45 à 50 degrés), on n'hésiterait pas à tamponner, pour quelques heures, la cavité utérine avec la gaze iodoformée.

Excision exploratrice, curettage explorateur.

Excision exploratrice, curettage explorateur. — Le diagnostic entre une affection maligne et une affection bénigne est si important, au point de vue des indications opératoires, qu'on ne saurait trop s'attacher à le trancher dans les cas douteux. Il peut se présenter entre autres des altérations du col utérin où le doute ne saurait être éclairci que par une attente préjudiciable à la malade[2].

Ce mode d'exploration a, du reste, été préconisé par des cliniciens de grande valeur[3]. La technique en est des plus simples : fixation du col, excision d'un fragment cunéiforme soit avec des ciseaux affilés, soit avec le bistouri; hémostase, s'il est nécessaire, à l'aide d'un attouchement au thermocautère, pour peu que l'application d'un tampon antiseptique laisse persister un écoulement sanguin.

Quand il s'agit de déterminer l'état de la muqueuse utérine, le grattage avec la curette tranchante fournira des lambeaux suffisants

[1] Ces remarques ne s'appliquent nullement au tamponnement hémostatique ou antiseptique de la cavité utérine (Fritsch), qui est, au contraire, appelé à rester dans la pratique et à être employé beaucoup plus fréquemment.

[2] J'ai vu un bel exemple de ce genre : mon regretté maître Gallard m'envoya, pour l'opérer dans mon service, une malade dont le col induré et irrégulier, les pertes roussâtres, avaient fait penser à un cancer; moi-même, j'inclinais vers ce diagnostic, mais avec des réserves. La malade réclamant mon intervention, je pratiquai l'excision d'une petite tranche du col. Le microscope nous révéla qu'il s'agissait d'une simple inflammation chronique; le traitement fut institué en conséquence et la malade évita de la sorte l'hystérectomie qu'un autre chirurgien avait été sur le point de pratiquer.

[3] Ubbo Richter. *Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 1, p. 8. — C. Ruge, *ibid.*, n° 4, p. 44. — Ruge et Veit. *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, 1882. Bd. VII, Heft I, p. 138. — Veit. *Centr. für Gyn.*, 1878, n° 26, p. 625

pour l'examen. Martin[1], qui est un grand partisan de ce mode d'exploration, recommande de ne pas se borner alors à un grattage partiel, mais de faire un curettage complet, suivi d'irrigation antiseptique et d'injection intra-utérine de 2 à 3 grammes de perchlorure de fer. La technique détaillée de cette opération sera indiquée dans le chapitre relatif aux métrites.

Exploration des uretères.

Exploration des uretères. — Cette question est tout à fait récente. Tuchmann, en 1874, avait eu l'idée de recueillir l'urine provenant d'un seul uretère en comprimant l'autre. Hegar avait dans le même but proposé, à la même époque, la ligature d'un uretère par le vagin. Mais ce n'est qu'un an plus tard, en 1875, que Simon alla le premier faire le cathétérisme d'un uretère, en se guidant sur le doigt introduit dans la vessie préalablement dilatée[2]. Grünfeld mit à profit l'endoscope dans le même but. Il faut arriver à Pawlik, en 1880[3], pour trouver un procédé, nous ne dirons pas facile, mais tout au moins pratique et réglé pour entrer directement dans l'uretère, sans opération préalable et en se guidant sur des points de repère anatomiques extérieurs. Les travaux ultérieurs de Newman[4], de Kelly[5] et de Byford[6] n'ont rien ajouté de notable au procédé de Pawlik. En 1886, Sänger[7], précisant des indications déjà sommairement esquissées par Hegar, Chrobak[8] et Pawlik, s'attachait à faire entrer dans la pratique la palpation des uretères par le vagin. J'ai eu l'occasion de voir Pawlik et Sänger démontrer leurs procédés. Sans entrer dans les détails historiques qu'on trouvera, du reste, au complet dans leurs travaux, et que, d'après eux, D. Schultz[9] a résumés en France dans une revue, je m'attacherai uniquement à donner un aperçu de la technique de ces deux habiles gynécologistes.

[1] A. Martin. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, 2e éd., 1887, p. 30.

[2] Simon. *Volkmann's Samml. klin. Vorträge*, n° 38.

[3] Karl Pawlik. *Ueber die Harnleiter-Sondirung beim Weibe* (*Langenbeck's Arch.*, 1886, Bd. XXXIII, Heft, 3, p. 717). Ce travail contient l'historique complet de la question et a été complété ultérieurement (*Wien. med. Presse*, 1886, p. 1425 et suiv.). Voir aussi : *Congrès international de Rome*, 1894 (*Centr. f. Gyn.*, 1894, n° 18, p. 418).

[4] David Newman. *Brit. med. journ.*, 28 juill. 1885, et *Glascow med. journ.*, juill. 1885, t. XXIV, p. 52.

[5] Kelly. *Obstet. Soc. of Philad.* (*Amer. journ. of obstet.*, t. XX, p. 1294). — Hirst. *Ibid.*, t. XXI, p. 318.

[6] W. Byford. *The practice of med. and surgery applied to the diseases and accidents incident to women*, 4e édit. Philad., 1888.

[7] Sänger. *Ueber Tastung der Harnleiter beim Weibe* (*Arch. für Gyn.*, 1886, t. XXVIII, p. 54). Consulter l'importante discussion provoquée au Congrès de gynécologie de Munich par la communication de Sänger (*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynæk.* Leipzig, 1886, p. 64).

[8] Hegar et Kaltenbach. *Operative Gynäk.*, 2e édit., p. 42. — Chrobak. *Handbuch der Frauenkr.*, 3e édit , t. I, p. 37.

[9] D. Schultz. *Exploration des uretères chez la femme* (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1887. p. 205 et 262).

Intervertissant l'ordre chronologique en faveur de l'ordre logique, je décrirai d'abord le procédé de Sänger.

Palpation des uretères.

Procédé de Sänger.

Palpation des uretères. — Les rapports anatomiques de ces conduits avec le col utérin et le vagin ont été spécialement étudiés dans ces derniers temps[1], à cause de l'importance extrême que leur connaissance acquiert pour la pratique de certaines opérations, à l'ordre du jour. On sait qu'il est possible de sentir par le vagin la partie antérieure de la portion pelvienne des uretères injectés sur le cadavre, à partir du point où ils débouchent dans la vessie jusqu'à la base des ligaments larges; cela équivaut à une longueur de 6 à 7 centimètres, c'est-à-dire à la moitié de leur portion pelvienne et au quart de leur longueur totale. Chez les femmes enceintes, il est possible de les sentir sur une étendue de 10 centimètres, sans doute à cause de l'hypertrophie de tout le système musculaire lisse du petit bassin. On peut, en outre, prendre pour l'exploration un point d'appui contre la tête du fœtus. Sänger a pu toucher les uretères notablement indurés dans des cas d'uretérite blennorrhagique et de pyélo-uretérite calculeuse. Lorsqu'il y a eu autrefois inflammation d'un ligament large, on trouve l'uretère plus gros et facilement palpable du côté opposé, comme s'il avait subi une hypertrophie. Je suis parvenu, sous la direction de Sänger, à toucher ces conduits, chez des femmes enceintes. Mais depuis, ayant plusieurs fois essayé de répéter ces investigations, le résultat m'a toujours paru douteux. Je crois qu'en raison de la très grande difficulté d'exécution qu'il présente, du peu de certitude des résultats et de la rareté des déductions pratiques qui en découlent, ce moyen est destiné à ne pas se vulgariser beaucoup. Il importe toutefois de le faire connaître, ne dût-il servir qu'à un petit nombre de cliniciens. J'en résumerai donc la technique.

Quelques considérations anatomiques doivent être présentes à l'esprit :

Le champ des recherches est limité au tiers supérieur de la paroi antérieure du vagin. Schématiquement, c'est un trapèze dont les côtés obliques et divergents répondent aux uretères et à l'union de la paroi antérieure avec les parois latérales du vagin. La petite base de ce trapèze, qui est plutôt le sommet émoussé d'un triangle, est horizontale et inférieure; elle répond au ligament inter-uretérique; la grande base horizontale et supérieure est formée par la ligne réunissant les points d'émergence des uretères, hors des ligaments larges. Sur cet

[1] Garrigues. *Remarks on gastro-elytrotomy* (*Amer. Gyn. Transact.*, t. III, p. 212). — Ricard. *Semaine méd.*, 2 fév. 1887. — E. Baudron. *De l'hystérectomie vaginale, appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus.* Th. de Paris, 1894, p. 55.

espace, le doigt rencontre, dans certaines circonstances, à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres en arrière et en dehors du museau de tanche, dans l'épaisseur de la cloison vaginale, deux cordons, un de chaque côté, durs, longitudinaux, dirigés en arrière, de dedans en dehors et de bas en haut, décrivant une concavité ouverte en dedans (fig. 97 *b*). On ne les perçoit pas ordinairement sur toute leur longueur accessible, qui est au plus de 6 à 7 centimètres, à partir de la base du trigone vésical; chez les femmes enceintes, il n'est pas rare de sentir les uretères sur une longueur de 10 centimètres; mais, en revanche, ils ne sont parfois accessibles que sur une étendue de 2 centimètres.

Les uretères sont normalement symétriques, mais ils cessent de l'être, par suite de diverses lésions, et alors leur direction peut être déviée (rétractions cicatricielles) au point que l'uretère d'un côté vient se placer du côté opposé; d'autres fois, leur concavité est dirigée en haut, au lieu de regarder en dedans. Enfin le plus souvent on n'atteint qu'un seul uretère.

Les canaux uretériques normaux ont 1 millimètre environ de diamètre; malades, ils acquièrent le diamètre d'une plume d'oie, et même celui d'un gros crayon. Ils sont plus ou moins mobiles sous le doigt, ou fixés dans les tissus par des exsudats de péri-urétérite. Normalement, ils sont indolents; à l'état pathologique, ils deviennent plus ou moins sensibles à la pression.

La façon de sentir les uretères est relativement simple. Voici comment, au moyen du toucher vaginal, on doit procéder à leur recherche :

On suit avec l'index, à travers la paroi vaginale antérieure, la saillie très nette, que fait l'urèthre, jusqu'à son embouchure dans la vessie; on arrive ainsi, en se rendant compte de la direction du col de l'utérus, au cul-de-sac antérieur du vagin. C'est sur la surface comprise entre l'orifice interne de l'urèthre et le fond du cul-de-sac vaginal antérieur qu'il sera le plus facile de sentir les uretères. Cette région ne dépasse guère en étendue 2 centimètres et demi, et présente toujours une plus grande laxité des tissus. Avec la face palmaire de l'index, on longera donc, sans dépasser ces limites, la paroi vaginale d'avant en arrière et latéralement, en se dirigeant vers le ligament large; pour sentir l'uretère droit, on se servira, de préférence, de l'index droit, et de l'index gauche pour l'uretère gauche. Toutefois, cela n'est pas indispensable; l'index droit pourra aussi aller à la recherche de l'uretère gauche, mais on devra alors, pour bien faire, tourner la pulpe du doigt en arrière et en haut, ce qui occasionne toujours de la gène et ne manque pas de compliquer l'exploration. Il ne faudra jamais se contenter de

l'usage d'une seule main, pour conclure que la palpation de l'uretère gauche ou droit n'est pas possible.

Il vaut toujours mieux pratiquer le toucher très doucement, en glissant le doigt, plutôt qu'en déprimant la région. Une palpation délicate permettra presque toujours de sentir les uretères normaux ou hypertrophiés. Quand on peut les comprimer contre un organe dur (face postérieure et latérale du bassin ou tête fœtale dans les cas de grossesse), ils donnent la sensation d'une artère et roulent, pour ainsi dire, sous le doigt explorateur. On constatera ce fait d'autant mieux que la paroi vésico-vaginale sera plus souple, plus flasque et extensible. Souvent aussi, et plus spécialement chez les femmes enceintes, on sentira les uretères se déplacer dans leur gaine conjonctive. Suivant Sänger, on se gardera de confondre les uretères avec des artères, des cordons de tissu inodulaire péri-vaginaux ou péri-utérins; les faisceaux musculaires du releveur de l'anus ou ceux de l'obturateur pourront aussi prêter à confusion.

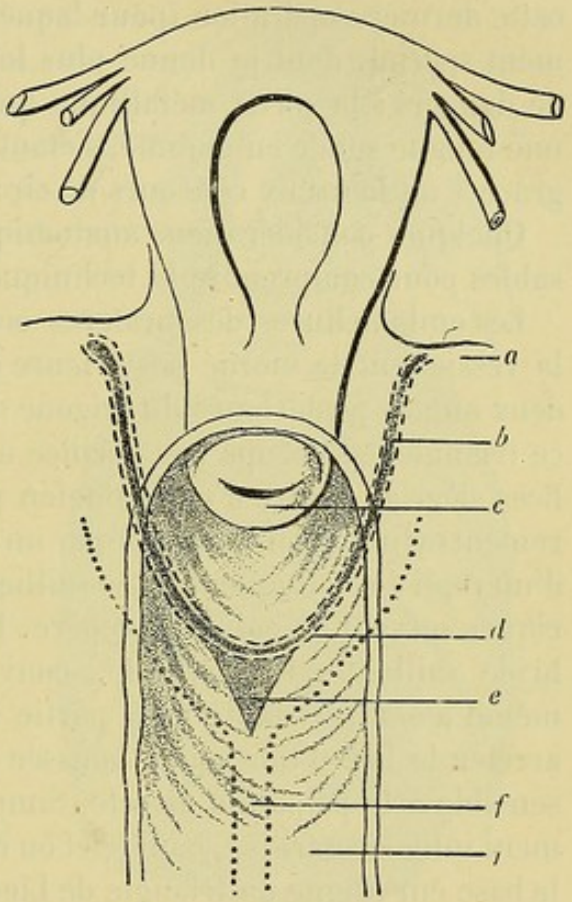


Fig. 97. — Portion des uretères accessible au toucher (figure schématique : la paroi postérieure du vagin a été enlevée et les uretères sont supposés vus par transparence). — *a*. Base du ligament large. — *b*. Uretère. — *c*. Col de l'utérus. — *d*. Ligament inter-uretérique. — *e*. Trigone vésical. — *f*. Urèthre. — *g*. Vagin.

On évitera toute erreur, cependant, en tenant exactement compte de la situation anatomique ou anatomo-pathologique des uretères. Il n'en demeure pas moins toujours assez difficile de profiter, même après un apprentissage spécial, du nouveau moyen d'investigation prôné par l'éminent gynécologiste de Leipzig. On ne s'étonnera pas de ne souvent sentir, chez les femmes non enceintes, qu'un seul uretère, et principalement le droit.

Cathétérisme des uretères. — Procédé de Pawlik. — C'est pendant son séjour à Vienne, en qualité de *privat-docent*, que Pawlik, aujourd'hui professeur à l'Université de Prague, fit ses premiers essais dans la clinique de Billroth et appliqua son ingénieux procédé à des cas d'un diagnostic douteux. J'ai eu l'occasion de le voir à ce mo-

Cathétérisme des uretères. Procédé de Pawlik.

ment et de constater la merveilleuse dextérité avec laquelle il réussissait cette manœuvre difficile. On conçoit combien il serait précieux qu'elle pût être à la portée de tous. Il est des cas où il est de la plus haute importance de déterminer si les deux reins sont malades ou si un seul est atteint. Pawlik a pu rendre ce fait évident dans une occasion mémorable (cas de Billroth). Dans une autre, il put vider une hydronéphrose et laisser même une sonde uretérale à demeure. Mais cette dernière opération (pour laquelle il a fait construire un instrument spécial, dont je donne plus loin la figure) n'est pas dépourvue de dangers; la pièce métallique qui termine, dans cet instrument, une longue sonde en gomme, s'étant détachée, n'a pu être retirée que grâce à un heureux concours de circonstances.

Quelques considérations anatomiques préliminaires sont indispensables pour comprendre la technique de Pawlik.

Les embouchures des uretères occupent, en avant du bas-fond de la vessie, sur la moitié postérieure de la paroi antéro-inférieure, les deux angles postérieurs du trigone de Lieutaud. L'angle antérieur de ce triangle est occupé par l'orifice uréthral. Chacun de ces trois orifices siège au centre d'un mamelon plus ou moins saillant, irrégulièrement cylindrique, constitué par un épaississement musculaire revêtu d'un repli de la muqueuse. Les saillies mamelonnées des orifices urétériques servent de points de repère. Ils sont d'ailleurs réunis par une bride saillante, transversale, convexe en avant, assez épaisse et même assez résistante à sa partie médiane, où elle s'amincit, pour arrêter le bec d'une sonde poussée doucement (Pawlik) et pour être sensible à la palpation directe (Simon). Cette saillie s'appelle le ligament inter-uretérique, bourrelet ou muscle des uretères. Elle constitue la base curviligne du triangle de Lieutaud dont les côtés sont indiqués par des saillies semblables, mais moins marquées, qui, en s'atténuant, se dirigent et convergent vers l'urèthre. Les dimensions de ces lignes sont naturellement variables. Cependant le triangle est à peu près équilatéral. Sa base, la ligne inter-uretérique, varie de 2 centimètres 6 millimètres à 4 centimètres (Simon, Quain, Hyrtl); les côtés ont été évalués à 2 centimètres 7 millimètres (Simon), 2 centimètres à 2 centimètres 8 millimètres (Warnoots), 4 centimètres (Hart).

La hauteur du triangle, qui est la distance de l'urèthre au milieu de la ligne inter-uretérique, est de 1 à 2 (Warnoost) ou 3 centimètres (Hart).

Pawlik fait placer ses malades dans la position genu-pectorale; mais on peut très bien aussi pratiquer le cathétérisme dans la position dorso-sacrée. Seulement, il importe alors que la tête soit très basse et le siège fortement relevé, pour que les viscères *tombent* vers le diaphragme. Un spéculum de Simon, à valve aussi large que possible, sera introduit dans le vagin et en déprimera la paroi

postérieure. La paroi antérieure sera ainsi parfaitement tendue.

Cette tension de la paroi antérieure du vagin a permis à Pawlik de noter la constance d'un certain nombre de replis de grande importance au point de vue de l'anatomie topographique. Il signale d'abord, près de l'orifice externe de l'urèthre, un bourrelet allongé d'avant en arrière, médian, plissé en travers, bien marqué, répondant au trajet intra-pariétal de l'urèthre (tubercule et colonne antérieure du vagin). Le bourrelet se termine au niveau de l'orifice vésical de l'urèthre. A ce bourrelet succède un petit plateau triangulaire, répondant au bas-fond de la vessie, au trigone de Lieutaud. Ce plateau est limité par trois replis saillants dont l'un, à la base, est postérieur, transversal et situé en avant de la surface convexe qui répond au bas-fond de la vessie et au col utérin. Ce repli est légèrement postérieur au ligament inter-uretérique, et, comme lui, un peu convexe en avant; ses extrémités répondent aux embouchures uretériques. Les replis latéraux divergent d'avant en arrière et se terminent un peu en arrière (1 cent.) de l'extrémité du bourrelet uréthral, en dessinant le sommet mousse du triangle ainsi constitué (fig. 98).

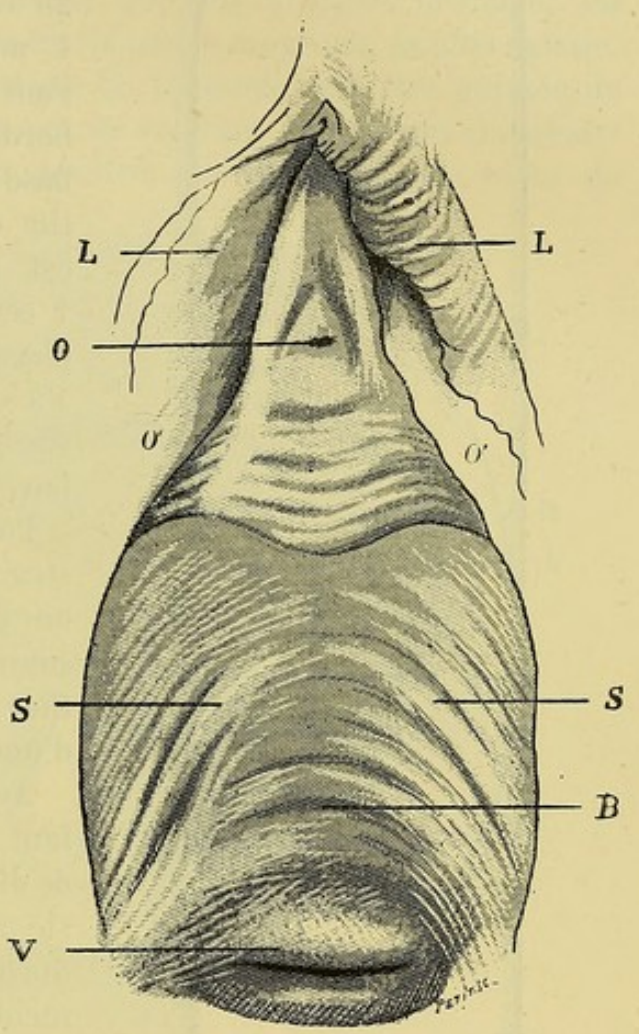


Fig. 98. — Trigone vaginal de Pawlik sur la paroi antérieure du vagin.

LL. Petites lèvres. — O. Orifice uréthral. — O'O'. Bourrelet de l'urèthre. — V. Museau de tanche. — B. Pli transversal du vagin situé un peu en arrière du ligament inter-uretérique, formant la base du trigone. — SS. Plis latéraux divergents du vagin correspondant aux côtés du trigone vésical.

Comme on peut le vérifier sur le cadavre, soit en examinant par transparence, soit en traversant, sur divers points, la paroi vésico-vaginale avec des épingles, le triangle ainsi délimité du côté du vagin répond ligne pour ligne au trigone intra-vésical de Lieutaud : il pourrait être appelé *trigone vaginal de Pawlik*[1].

[1] D. Schultz, *loc. cit.*, p. 265.

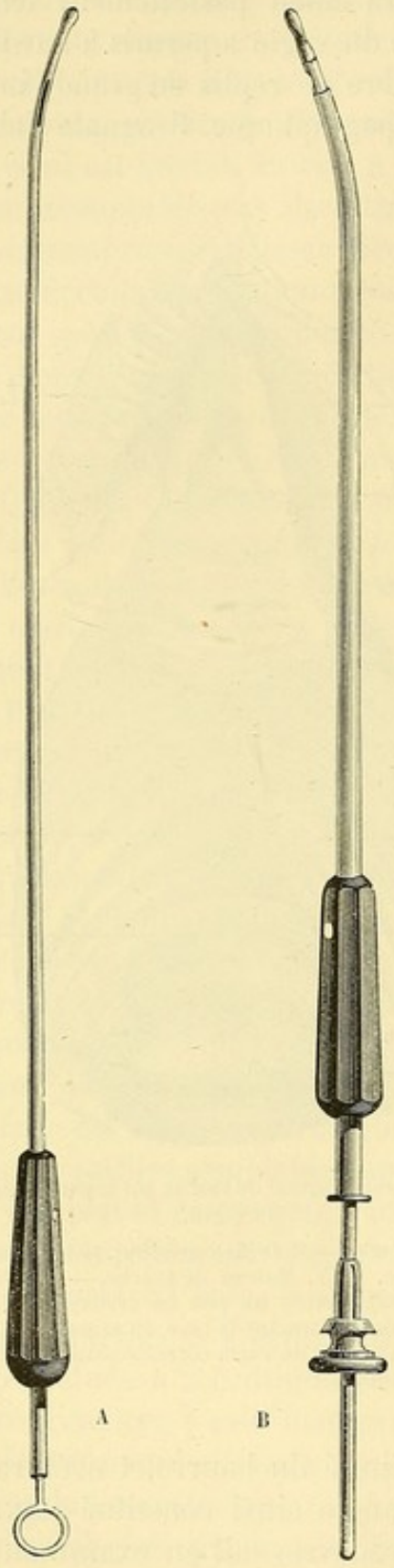


Fig. 99. — Sondes de Pawlik.
A. Sonde uretérique de Pawlik (l'anneau inférieur correspond à un mandrin). — B, Même sonde; modèle destiné au cathétérisme à demeure (sonde en gomme pouvant être poussée hors d'une chemise en métal).

Pawlik se sert d'une sonde métallique terminée par une extrémité boutonnée. Elle a, dans sa totalité, une longueur de 24 à 25 centimètres; le bec a environ 1 millimètre 1/2 de diamètre; l'œil de la sonde, très allongé et à bords mousses, est situé à la base du bec, au niveau d'une petite courbure; le reste de la tige est très légèrement conique. A 1 centimètre 1/2 du pavillon est placée une poignée octaédrique de 4 à 5 centimètres avec une marque sur la face correspondant à la courbure terminale (fig. 99, A).

Pour obtenir l'asepsie de l'instrument, on retire le mandrin, on y injecte de l'eau, puis à plusieurs reprises on l'emplit d'éther; on le passe enfin à la flamme d'une lampe.

Avant d'introduire la sonde, il faut provoquer un certain degré de distension artificielle de la vessie : le plus court et le plus sûr moyen est de l'évacuer complètement, puis d'y injecter 150 à 200 centimètres cubes d'eau tiède, ce qui est la quantité reconnue suffisante pour une distension moyenne. On retire alors la sonde uréthrale et l'on introduit la sonde uretérique.

Dès que celle-ci a dépassé l'orifice uréthral interne, on en relève le pavillon, de manière à amener le bec de l'instrument en contact avec la cloison vésico-vaginale, au niveau du trigone. Ce bec, que l'on pousse légèrement, vient faire saillie sur la paroi vaginale antérieure. A mesure que l'on fait avancer la sonde, la saillie se dé-

place; on peut ainsi diriger la sonde, suivant l'un des côtés latéraux du trigone vaginal, c'est-à dire de dedans en dehors et d'arrière en avant, vers l'orifice d'un uretère. C'est dans cette direction que l'on rencontre la partie externe, la plus saillante, du bourrelet inter-uretérique. Si l'on se tenait trop sur la ligne médiane, on pourrait dépasser, sans la sentir, la partie moyenne, la plus aplatie, de ce bourrelet. Arrivée et retenue là, la sonde doit être animée de petits mouvements de glissement, de rotation, d'élévation et d'abaissement, jusqu'à ce qu'elle ait pénétré, mais toujours sans sortir de

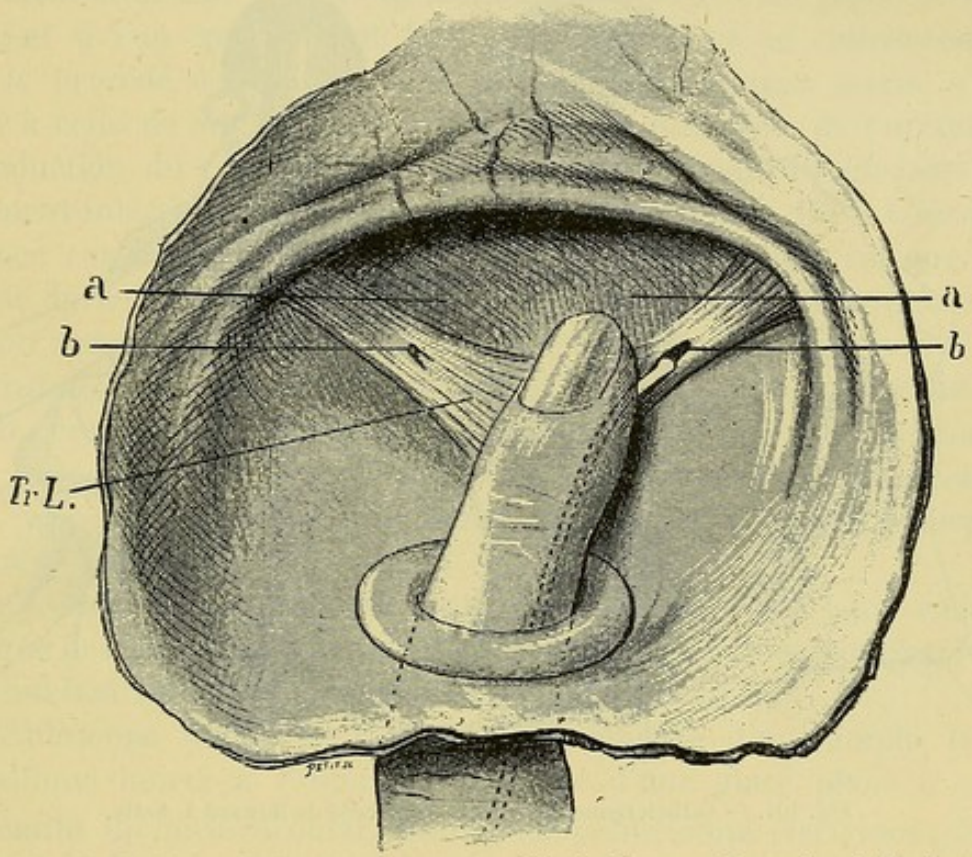


Fig. 100. — Cathétérisme de l'uretère par le procédé de Simon. — La sonde est glissée sous le doigt qui reconnaît le ligament inter-uretérique.

l'aire de l'un des angles du trigone vaginal qu'on garde constamment sous les yeux. La sonde une fois engagée, on la poussera de 1 à 2 centimètres vers la paroi vésicale postérieure. On reconnaîtra qu'on a pénétré dans l'uretère à ce que la sonde ne trouve plus de résistance en avant; elle avance comme dans le vide; les mouvements de latéralité, au contraire, et d'abaissement du pavillon sont de plus en plus gênés, à mesure que la sonde pénètre plus avant. Au bout de quelque temps, l'urine coule de l'uretère par saccades, tandis que, normalement, la vessie se vide, comme on sait, d'une façon continue, surtout quand on en facilite l'évacuation par une légère pression au-dessus de la symphyse pubienne. En poussant la sonde plus en avant, on doit être prévenu qu'il y a, au niveau du détroit

supérieur, au point où l'uretère change légèrement de direction, un petit temps d'arrêt, et la manœuvre devient assez difficile, surtout quand le canal de l'urèthre est très rapproché de la symphyse pubienne et peu extensible, comme chez les nullipares; si l'urèthre, au contraire, est large et flasque, on peut sans trop de peine faire pénétrer la sonde dans le rein correspondant. On la pousse très doucement en même temps qu'on abaisse le plus possible le pavillon. Par contre, cette dernière partie du cathétérisme

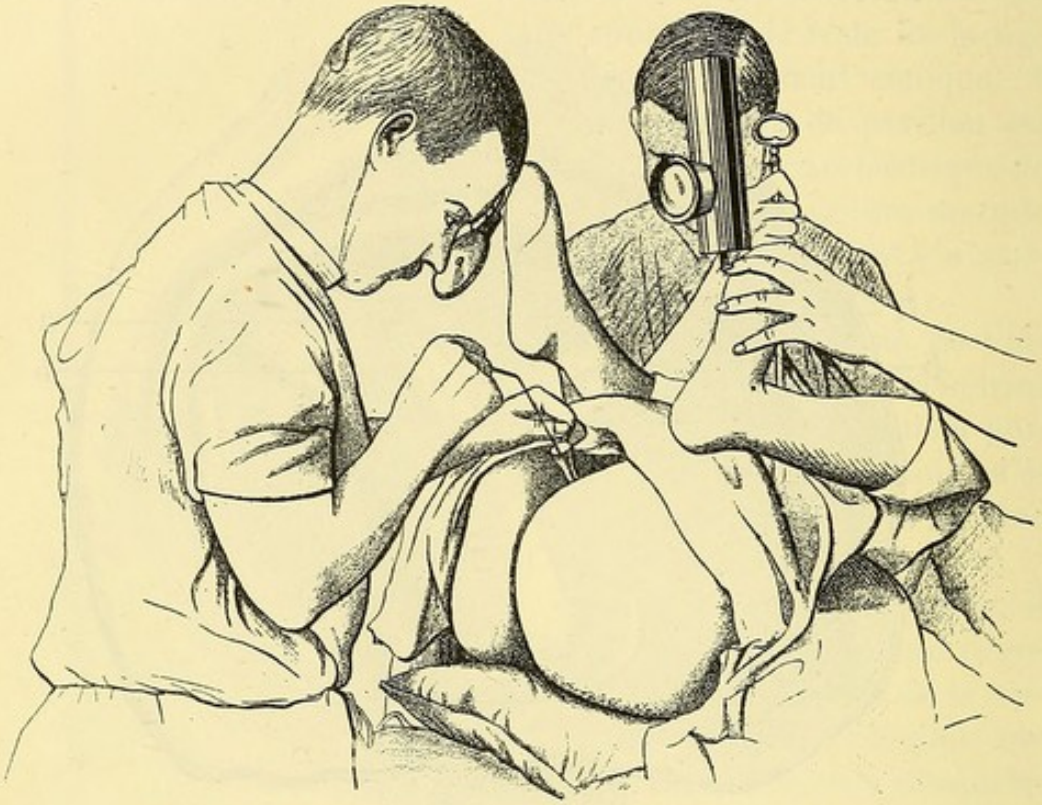


Fig. 101. — Cathétérisme de l'uretère. Procédé de Howard A. Kelly.

est aussi aisée que la première, si l'on a pénétré, par une fistule, dans la vessie ou dans l'uretère[1].

On parvient ainsi jusqu'au bassinet. L'uretère est alors devenu rectiligne. D'ordinaire en contact avec la paroi pelvienne, il s'en écarte à ce moment de 4 centimètres 1/2. Le tissu cellulaire qui l'environne ne permet cet écart que quand il est normal; le cathétérisme ne doit donc être fait qu'avec douceur et lentement, surtout lorsqu'on a lieu de croire à une inflammation des conduits vecteurs de l'urine.

Les seules suites fâcheuses qu'on ait eu à constater sont : de la

[1] J'ai eu l'occasion, une seule fois, d'introduire sur le vivant la sonde de Pawlik jusqu'au bassinet : mais ce n'était pas en passant par l'urèthre. Je l'ai introduite par une fistule vésico-vaginale que je soupçonnais avec raison intéresser l'uretère; le diagnostic confirmé, j'ai pu en amener la guérison, par un procédé spécial.

fièvre, des douleurs abdominales dont la durée n'a pas dépassé vingt-quatre heures, un peu de péritonite partielle (dans un cas où il s'en était déjà présenté précédemment); enfin, dans l'urine on a retrouvé du sang et des débris épithéliaux, à la suite de traumatismes de l'uretère. Il ne paraît toutefois pas impossible que ce cathétérisme soit suivi d'accidents graves de *fièvre urétérale*, analogue à ceux de la *fièvre uréthrale*. Il faut attendre que cet ingénieux procédé ait été assez fréquemment employé, pour que les documents deviennent plus nombreux à ce sujet.

Procédé de Simon.

Procédé de Simon. — Si l'exploration de l'uretère était jugée nécessaire et si l'on éprouvait de la difficulté à arriver au cathétérisme par le procédé de Pawlik, on devrait, après quelques essais, s'en tenir à celui de Simon[1] : chloroformisation, dilatation de l'urèthre, introduction du cathéter sur le doigt, qui reconnaît directement le ligament inter-uretérique et l'orifice des uretères (fig. 100). L'incontinence consécutive d'urine n'est pas à craindre, elle n'est que de courte durée. C'est encore à ce procédé ancien qu'il est le plus sûr d'avoir recours, en l'absence d'un apprentissage spécial[2].

Endoscopie. Procédé de Grünfeld.

Endoscopie. Procédés de Grünfeld, de Brenner et de Howard A. Kelly. — Récemment on a tenté de faire le cathétérisme des uretères avec le contrôle de la vue grâce aux nouveaux appareils d'éclairage que les progrès de la cystoscopie mettent à notre disposition.

Le premier chirurgien qui tenta de faire le cathétérisme endoscopique des uretères fut Grünfeld[3], de Vienne, qui utilisa pour arriver à ce but son système d'endoscopie à la lumière externe.

L'endoscope vésical de Grünfeld se compose d'un simple tube métallique noirci à l'intérieur et armé d'une glace plane à son extrémité. Un miroir frontal, muni d'une petite lampe électrique (photophore de Clar), permet d'y envoyer un rayon lumineux. Ce dispositif permet de voir admirablement, en position et en grandeur naturelle, une petite portion de la surface vésicale, ce qui suffit largement pour l'examen et le cathétérisme des uretères.

Pour braquer l'instrument sur l'orifice uretéral, il faut lui faire

[1] Voir Zweifel. *Soc. obst. de Leipzig*, 17 oct. 1887 (*Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 440).

[2] On a proposé à diverses reprises, comme je l'ai dit plus haut, de comprimer ou de lier temporairement l'un des uretères par le vagin pour isoler, en vue du diagnostic, l'urine versée par son congénère. Warkalla (*Arch. f. Gyn.*, 1886, Bd. XXIX, Heft. 2, p. 289) a récemment encore préconisé la compression exploratrice, à l'aide d'un fil passé sous l'uretère par le vagin. Il a réussi l'opération dix fois sur treize dans ses tentatives sur le cadavre. L'opération n'offrirait pas de danger, suivant cet auteur, en ce qu'au lieu de nouer le fil on se contenterait d'exercer sur lui une traction suffisante pour effacer la lumière du canal. Je préférerais de beaucoup le cathétérisme à cette manœuvre.

[3] Grünfeld. *Die Endoscopie der Harnröhre und Harnblase. Stuttgart*, 1881, et *Ueber Cystoskopie.* (*Schnitzlers klin. Zeit. und Streitfragen*, 1889.)

faire un angle de 30 à 35 degrés à droite du plan médian pour l'uretère gauche et réciproquement; il faut de plus enfoncer le bec de l'instrument de 3 à 4 centimètres dans la vessie et en relever légèrement le pavillon vers le pubis.

Cette manœuvre permet de voir la petite fente de l'orifice uretéral d'où sort par intervalle un jet d'urine normale comme couleur ou teintée de sang ou de pus, suivant que les reins sont sains ou malades[1].

L'exploration de l'uretère par le procédé de Grünfeld se fait avec un fin cathéter dont l'extrémité est mobile, au gré de l'opérateur, par un artifice analogue à celui de la curette de Leroy d'Étiolles. Ce cathéter est introduit dans la vessie parallèlement au tube endoscopique. Son extrémité mobile est placée à angle droit et engagée dans l'uretère sous le contrôle de l'œil. Aussitôt introduit, on redresse le cathéter, on

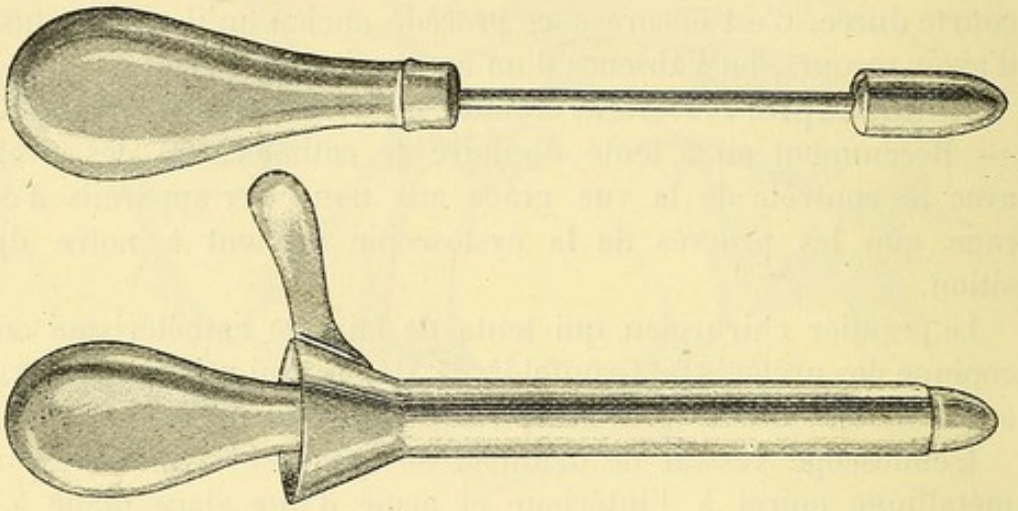


Fig. 102. — Cystoscope de Howard A. Kely pour le cathétérisme des uretères.

retire l'endoscope et l'on enfonce l'instrument aussi profondément qu'on le désire.

Le cathétérisme évacuateur de l'uretère se fait de la même façon avec une petite sonde dont on dirige l'extrémité vers la fente uretérale avec l'index préalablement introduit dans le vagin.

Dès que le cystoscope de Nitze fut

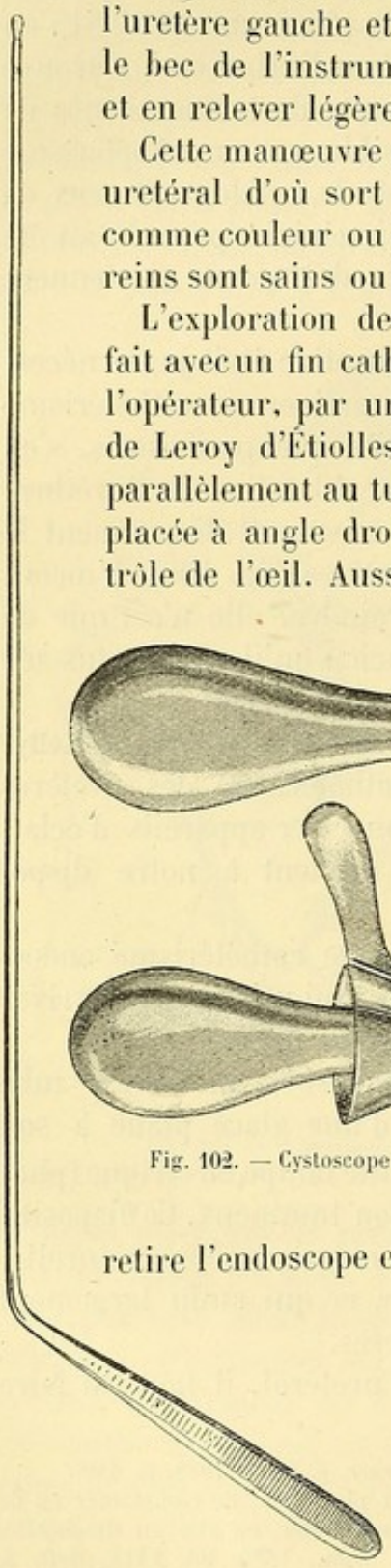


Fig. 103. — Explorateur uretéral de Howard A. Kelly.

[1] Fenwick. *The value of inspecting the orifices of the ureters by electric light in the diagnosis of symptomless hæmaturia and pyuria* (*Brit. med. Journ.* Londres, 1888, p. 1268). — Austin. *Sur le diagnostic précoce des néoplasmes de la vessie et du rein au moyen du cystoscope*, Paris, 1890.

découvert[1], tous les auteurs qui se servirent de cet appareil et des appareils similaires qui furent aussitôt construits, observèrent les orifices uretéraux et en tirèrent des conclusions utiles sur les maladies de la vessie et des reins; mais ce n'est qu'en 1889, que cet appareil put servir entre les mains de Brenner à pratiquer le cathétérisme des uretères, grâce à une modification importante que cet auteur fit apporter au cystoscope de Leiter. Cette modification consista à faire annexer au tube du cystoscope un fin canal qui vient s'ouvrir exactement au-dessous de l'objectif et dans lequel on fait glisser une fine sonde dont on voit admirablement le bec dans le champ de l'instrument. Cette disposition rend très facile le cathétérisme des uretères, même chez l'homme[2].

Procédé de Brenner.

Procédé de Howard A. Kelly. — Howard A. Kelly (de Baltimore)[3] pratique le cathétérisme des uretères de la façon suivante : la malade est placée en position dorso-sacrée, de préférence le siège soulevé par des coussins (fig. 101) ou mieux en position genu-pectorale. Le cystoscope (fig. 102) est introduit et la cavité vésicale éclairée (fig. 100); le cystoscope est orienté vers l'orifice vésical de l'uretère que l'on veut examiner, et dans ce dernier on introduit, soit un explorateur métallique (fig. 103), soit une sonde.

[1] Nitze. *Ueber eine neue Beleuchtung's und Untersuchung's Methode für Harnröhre Harnblase und Rectum* (*Wien., med. Woch.*, 1879, n° 24).

[2] P. Poirier (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*, Paris, 2 sept. 1889) a publié le résultat des essais heureux qu'il a faits avec l'appareil de Brenner.

[3] Howard A. Kelly. *The cystoscope* (*Amer. Journ. of Obst.*, 1894, t. XXX, n° 1). — *Diseases of the female bladder and urethre.* Baltimore.

LIVRE III

DES MÉTRITES

CHAPITRE I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — ÉTIOLOGIE

Définition. États morbides sans néoplasmes. Pseudo-métrites. — Division. — Anatomie pathologique. Lésions du corps. Métrite aiguë. Abcès de l'utérus. Lésions aiguës de la muqueuse. Métrite chronique. Lésions du parenchyme. Lésions de la muqueuse. Endométrite interstitielle. Endométrite glandulaire. Endométrite polypeuse chronique. Endométrite *post abortum*. — Lésions du col. Œufs de Naboth. Granulations. Folliculites. Érosions. Ulcérations. Ectropion. Polypes muqueux. Hypertrophie folliculaire. Déchirures. — Pathogénie. Hétéro-infection. Infection mixte. Auto-infection. Infections associées. — Étiologie. Menstruation. Copulation. Blennorrhagie. Parturition. Déchirures du col. Traumatismes. Causes diverses. Diathèses.

Définition.

Définition. — D'après l'étymologie même du mot, la *métrite* est l'inflammation de l'utérus.

Je m'en tiendrai à cette définition générale, quoiqu'elle puisse provoquer elle-même de longs commentaires. Mais il me suffit d'être compris, et le mot de *métrite* a, du moins en clinique, une signification bien nette. Le terme générique d'*inflammation* s'applique à tous ces états morbides où le substratum anatomique est réduit à des lésions irritatives sans aboutir à la formation de néoplasies spécifiques. Nous verrons bientôt combien ces lésions sont elles-mêmes nombreuses et variées. Mais toutes sont réunies en une même classe par le caractère d'abord infectieux de leur début, puis purement défensif et limité de leur évolution. Qu'il s'agisse d'une prolifération de la muqueuse ou du parenchyme, tout le processus semble uniquement circonscrit dans l'irritation locale, venue du milieu extérieur ou du milieu intérieur, et n'avoir aucune tendance à dé-

passer certaines limites. Cela suffit à le distinguer nettement des néoplasmes proprement dits.

États morbides sans néoplasmes.

Existe-t-il, à côté de la **métrite**, des « **états morbides sans néoplasmes** » méritant d'en être distingués? Se basant sur des idées dogmatiques et sur une conception étroite de l'inflammation, les anciens auteurs n'hésitaient pas à rejeter, hors du cadre de la métrite, tout ce qui ne rentrait pas dans l'ancienne définition : *Tumor*, *rubor*, *calor*, *dolor*. Les granulations, les ulcérations et la leucorrhée devenaient, par suite, autant de maladies. Nous trouvons des traces de cette préoccupation scolastique jusque dans des auteurs récents : Alph. Guérin et Courty[1]. Ce dernier ne décrit-il pas, dans des chapitres distincts, la fluxion, la congestion, l'engorgement, l'œdème, l'hypertrophie, l'arrêt d'involution, les granulations et les ulcérations du col? Il n'y a qu'à jeter les yeux sur le tableau laborieusement tracé, en vue d'établir le diagnostic de ces diverses entités morbides, pour être vite convaincu de l'inanité de pareilles divisions[2].

Une distinction plus nécessaire est la suivante : il ne faut pas confondre la notion de *lésion* avec celle de *maladie*. C'est ce que les auteurs ont parfois voulu indiquer par les mots de métrites *idiopathiques* et de métrites *symptomatiques*; mauvais langage que nous n'adopterons pas. La *métrite* doit rester une expression clinique et non anatomo-pathologique. C'est l'étude de la malade qui nous sert de guide, celle de la pièce anatomique n'est que complémentaire. Parce qu'il y a des lésions d'endométrite dans les corps fibreux ou de métrite parenchymateuse dans le cancer, décrirons-nous dans le présent chapitre l'endométrite myomateuse ou la métrite cancéreuse! Ce serait vouloir tout confondre et tout embrouiller.

Certes nos divisions sont toujours un peu artificielles, parce qu'elles doivent être tranchées, et que rien n'est absolu dans la nature. Elles n'en sont pas moins indispensables, et parfaitement justifiées, si l'on a soin de spécifier le critérium sur lequel on se base. Je l'ai déjà dit, le nôtre est uniquement la clinique; c'est elle seule qui donne l'état civil et la personnalité à une maladie.

Je ne quitterai pourtant pas ce sujet sans consacrer quelques mots aux **pseudo-métrites** ou soi-disant **métrites symptomatiques**.

Pseudo-métrites.

Les lésions inflammatoires de la muqueuse utérine sont excessivement fréquentes dans les *corps fibreux*, et c'est à elles que sont dues, sans doute, les hémorrhagies. Wyder les a étudiées dans un

[1] Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 3e édit., Paris, 1881, p. 739. — Alph. Guérin. *Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme*. Paris, 1878 (*Huitième leçon. De la Congestion pelvienne*, p. 218).

[2] Courty. *Loc. cit.*, p. 804.

mémoire fort complet[1]. L'irritation se propage dans ces cas-là, par continuité de tissu, de proche en proche. C'est par une même voie, mais en sens inverse, peut-être même par suite de congestions réflexes prédisposant à l'infection, que surviennent les lésions de l'endométrite, dans les cas de *maladies des annexes*. Ces **pseudo-métrites**, comme je les appelerais volontiers, ont été classées par Czempin[2] en plusieurs catégories, suivant leur point de départ : 1° Inflammations chroniques d'un ou des deux ovaires, avec ou sans participation des trompes. 2° Paramétrite exsudative, devenue aiguë. 3° Irritations pelvi-péritonéales, ayant leur point de départ dans les cicatrices des ligaments larges, après les ovariotomies et les salpingotomies. 4° Tumeurs évoluant lentement dans les annexes (pyosalpinx, sarcome et carcinome de l'ovaire).

Ce qui caractérise ces pseudo-métrites, c'est que l'inflammation de la muqueuse utérine n'est ici qu'un épiphénomène qui surviendrait tardivement (et non d'emblée), après l'apparition des phénomènes du côté des annexes ou du péritoine pelvien.

Brennecke[3] avait, avant Czempin, décrit une *metritis hyperplastica ovarialis* survenant surtout à la ménopause, caractérisée par la prolongation des hémorrhagies atypiques et répondant anatomiquement au type hyperplasique sur lequel a insisté Olshausen[4].

Division. **Division.** — Abordons maintenant l'étude de la **métrite proprement dite** et de ses diverses formes.

Si nous consultons les auteurs, nous verrons qu'ils ont adopté tour à tour les points de départ les plus divers pour les classer : la *marche*, d'où la division en aiguë et chronique; le *siège*, d'où la métrite du col, celle du corps, l'endométrite, la métrite parenchymateuse, la méso ou idiométrite; l'*étiologie*, d'où la métrite puerpérale, post-puerpérale, blennorrhagique, traumatique, diathésique, etc.; l'*anatomie pathologique*, d'où la métrite granuleuse, fongueuse, ulcéreuse, etc.

Pour nous toutes ces classifications ont un défaut : elles sont systématiques et artificielles, comme l'était pour les plantes la classification de Linné. Elles se basent sur un seul caractère arbitrairement

[1] Wyder. *Die Mucosa Uteri bei Myomen.* (*Arch. für Gyn.*, 1886, Bd. XXIX, p. 1.)

[2] A. Czempin. *Ueber die Beziehung der Uterusschleimhaut zu den Erkrankungen der Adnexa.* (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XIII, Heft 2, p. 339.)

[3] Brennecke. *Zur Aetiologie der « Endometritis fungosa », speciell der « chronischen hyperplasirenden Endometritis Olshausen's ».* (*Arch. für Gyn.*, 1882, Bd. XX, p. 455.)

[4] Dœderlein (*Centralbl. f. Gynäk.*, 1891, n° 44, p. 888) et Pfannenstiel (*eodem loco*) ont soutenu plus récemment que l'endométrite fongueuse n'est pas d'origine infectieuse et qu'elle est toujours en rapport avec un trouble des fonctions ovariennes. De même Treub (*Congrès international de gynécologie de Bruxelles*, p. 376) et Lehmal (*Arch. de tocol.*, 1891, p. 385, 464 et 565) refusent à cette variété d'endométrite, tout caractère inflammatoire et proposent de la distraire du cadre des métrites pour la décrire à part sous le nom d'hypertrophie de la muqueuse utérine.

choisi, et ce caractère n'est pas de telle valeur que tous les autres

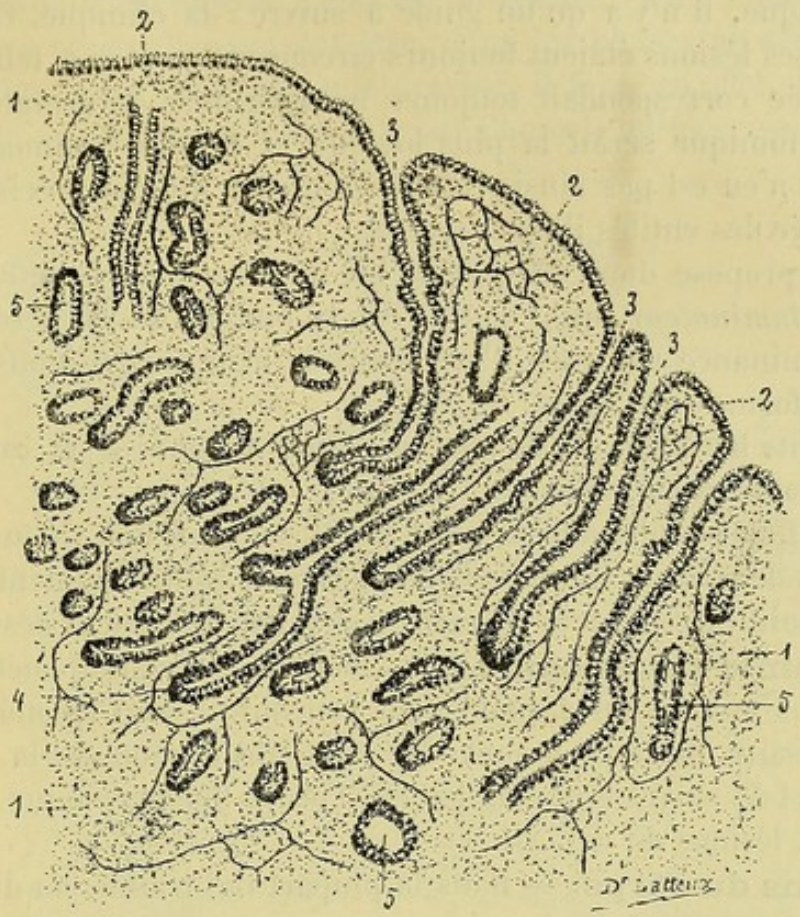


Fig. 104. — Muqueuse du corps. État normal (faible grossissement)[1].

A l'œil nu déjà, la muqueuse du corps se distingue de celle du col par son aspect plus lisse. Au microscope, elle s'en différencie par son tissu essentiellement composé de cellules conjonctives embryonnaires et de glandes en tubes. Le tissu conjonctif est constitué par une substance fondamentale homogène, plus riche en cellules rondes qu'en cellules fusiformes. Celles-ci se trouvent disséminées dans les couches profondes, le long des glandes et des vaisseaux, tandis que les premières sont éparses dans l'épaisseur du tissu. Toutes deux, et particulièrement les cellules rondes, sont caractérisées par leur gros noyau entouré seulement d'une faible couche de protoplasma. Le tissu interglandulaire est presque perpendiculairement traversé par des glandes en tubes, qui au niveau de la couche musculaire sont souvent ramifiées et pénètrent d'une faible épaisseur entre les travées conjonctives qui séparent les faisceaux musculaires. Partout ailleurs, la limite entre la muqueuse et la tunique musculaire est bien tranchée. La surface de la muqueuse est tapissée d'un épithélium cylindrique, à une seule couche, qui est vibratile pendant toute la vie génitale de la femme. — La muqueuse du corps se distingue en outre par la richesse du réseau artériel comparé à la pauvreté du réseau veineux. Les artérioles la perforent perpendiculairement, abandonnent des ramuscules qui vont entourer les glandes, puis viennent se recourber en crosse immédiatement au-dessous du revêtement épithélial pour former ensuite un réseau irrégulier de larges vaisseaux capillaires d'où partent les origines veineuses.

1. Tissu conjonctif composé de cellules rondes à gros noyau. — 2. Épithélium à cils vibratiles de la surface. — 3. Glandes en tube, un peu sinueuses. — 4. Une glande bifurquée. — 5. Sections transversales des mêmes glandes.

lui soient subordonnés, qu'il soit véritablement *dominateur*. Pour se rapprocher le plus possible d'une classification naturelle, pour

[1] Pour se rendre exactement compte des altérations d'un tissu, il est utile de connaître d'abord son histologie normale; voilà pourquoi je crois devoir faire précéder les figures, représentant l'état morbide, de celles qui indiquent l'état sain, dans diverses conditions physiologiques. Ce terme de comparaison me semble tout à fait indispensable.

appliquer en nosologie les règles définitives, posées par de Jussieu, en botanique, il n'y a qu'un guide à suivre : la clinique. Certes, si les diverses lésions étaient toujours circonscrites, et si à telle lésion déterminée correspondait toujours un ensemble de symptômes, la base anatomique serait la plus logique et la plus commode. Mais comme il n'en est pas ainsi, cette base n'offre qu'une précision factice et crée des entités illusoires.

Je me propose donc de classer les métrites d'après le *caractère clinique dominateur*, qu'il soit tiré de la marche ou qu'il résulte de la prédominance marquée d'un ordre de symptômes; nous aurons ainsi les formes suivantes :

1° **Métrite inflammatoire aiguë**; 2° **m. hémorrhagique**; 3° **m. catarrhale**; 4° **m. douloureuse chronique.**

Ces épithètes seules auront pour nous désormais une valeur taxinomique ou de classification. Nous emploierons indifféremment tous les autres qualificatifs en leur donnant une valeur purement descriptive.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Pour la description méthodique des lésions anatomiques qu'on peut rencontrer dans les métrites, il est nécessaire de faire momentanément abstraction de la division clinique et de suivre tout simplement l'ordre topographique : lésions du corps, lésions du col.

Lésions du corps.

Lésions du corps. — Dans la plupart des traités, on divise encore la métrite aiguë et chronique en parenchymateuse et interne ou muqueuse (endométrite), et l'étude anatomo-pathologique et clinique suit cette classification schématique. J'ai déjà dit que je ne l'adopterai pas en clinique. Je ne saurais davantage la mettre à profit pour la description des lésions. Ainsi que le remarque judicieusement de Sinéty[1] : « Comment admettre qu'une muqueuse aussi mince que la muqueuse utérine puisse présenter des lésions consécutives à un état aigu, sans que les tissus qui la supportent soient eux-mêmes malades! Comment admettre que les glandes soient atteintes, sans qu'on observe, en même temps, une altération de leurs gaines lymphatiques qui communiquent si largement avec les espaces lymphatiques du parenchyme?

J'indiquerai donc dans leur ensemble les lésions de toutes les tuniques, consécutives à l'état inflammatoire aigu, puis ces lésions dans l'inflammation chronique.

Métrite aiguë.

Métrite aiguë. — Les descriptions qui ont été données des lésions du **parenchyme** dans la métrite aiguë sont presque toutes entachées d'un défaut; la métrite aiguë non puerpérale n'étant pas mortelle et ne légitimant pas l'hystérectomie, on l'a décrite d'après des auto-

[1] De Sinéty. *Traité prat. de gynécologie*, 2e édit., Paris, 1884, p. 372.

psies de femmes mortes en état puerpéral; les lésions du parenchyme et de la muqueuse utérine n'étaient, en réalité, rien moins que comparables à ce qu'elles doivent être, dans les phases aiguës de l'inflammation, pour un utérus non gravide. Il faut, en effet, laisser de côté cette vieille notion introduite par Chomel, qui décrivait, comme

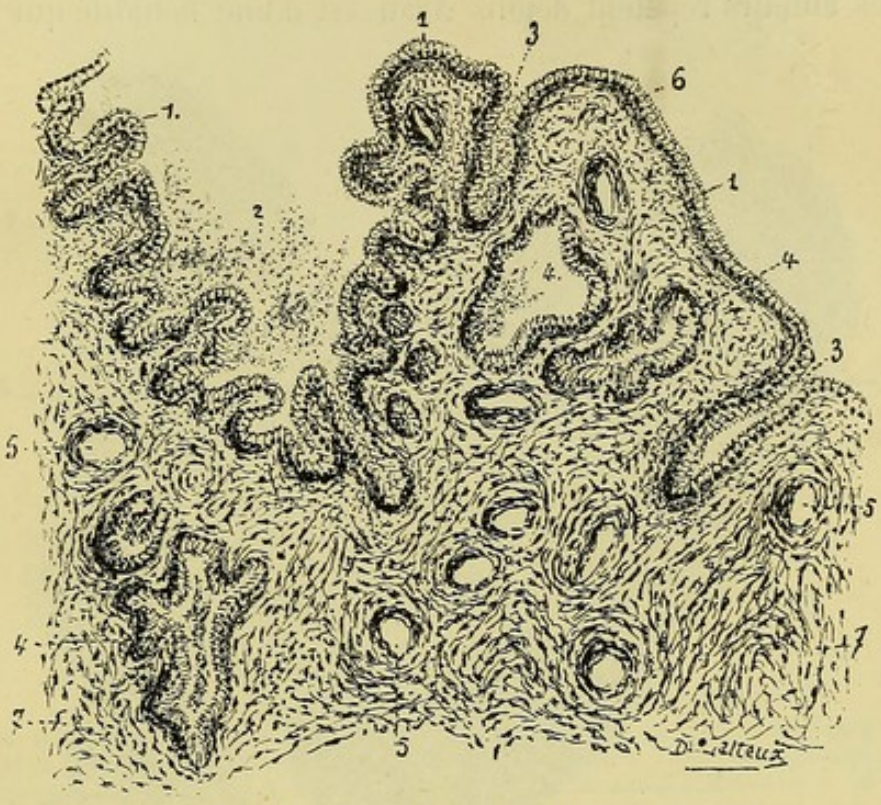


Fig. 105. — Muqueuse du col; état normal (100 diamètres).

La muqueuse du col est d'une consistance plus ferme et présente un système de plis palmés caractéristiques (arbre de vie). Le tissu interglandulaire, qui avait dans la muqueuse du corps le type d'un tissu de granulation, a ici plutôt l'apparence d'un tissu conjonctif d'évolution plus avancée, où, au lieu de cellules rondes, prédominent des cellules fusiformes et étoilées. Il n'y a pas de limite nette entre la muqueuse et la couche musculaire, et l'on peut suivre au loin, dans la première, des travées de tissu conjonctif provenant des lamelles qui séparent les faisceaux musculaires. Par suite, la muqueuse sur les coupes a un aspect en partie réticulé et en partie fasciculé. Une richesse considérable de papilles vasculaires caractérise encore cette muqueuse cervicale. Un épithélium cylindrique qui, chez l'adulte, est pourvu de cils vibratiles, revêt les glandes et, chez l'enfant, s'étend jusqu'au rebord de l'orifice du museau de tanche. Chez l'adulte et surtout chez la femme qui a accouché, l'épithélium pavimenteux du vagin remonte plus ou moins haut dans l'intérieur du col. Entre l'épithélium cylindrique superficiel et les glandes, on trouve çà et là des cellules caliciformes et des cellules colloïdes.

Les vaisseaux (d'après Mœricke) pénètrent perpendiculairement dans la muqueuse et ont dans le col des parois spécialement épaisses. Ils se divisent progressivement en un réseau capillaire moins riche que celui du corps. Parfois, sur une petite partie de la surface, les capillaires se trouvent tout à fait superficiels et sous-épithéliaux, puis ils se réunissent pour former des veines qui s'éloignent de la muqueuse. Les glandes et les œufs de Naboth sont entourés de vaisseaux.

1. Couche d'épithélium cylindrique à cils vibratiles. — 2. Mucus sécrété à la surface. — 3. Embouchure de glande. — 4. Glandes légèrement dilatées. — 5. Vaisseau. — 6. Tissu formant des saillies papillaires composé de petites cellules étalées. — 7. Tissu plus profond à faisceaux conjonctifs plus denses.

métrite puerpérale, tous les accidents de la septicémie consécutifs à l'accouchement. Quand une femme succombe dans ces conditions, certes il existe une inflammation septique du tissu utérin dans toute

son épaisseur; mais elle n'est qu'un épiphénomène qui ne saurait servir à dénommer l'empoisonnement général, auquel succombera la malade. C'est pourtant, d'après ce qu'un anatomo-pathologiste seul a le droit d'appeler *métrite* (septique) des accouchées, qu'on a esquissé le tableau vague des lésions de la métrite aiguë. Aussi l'exposé que tous les auteurs répètent depuis Aran est d'une banalité qui accuse

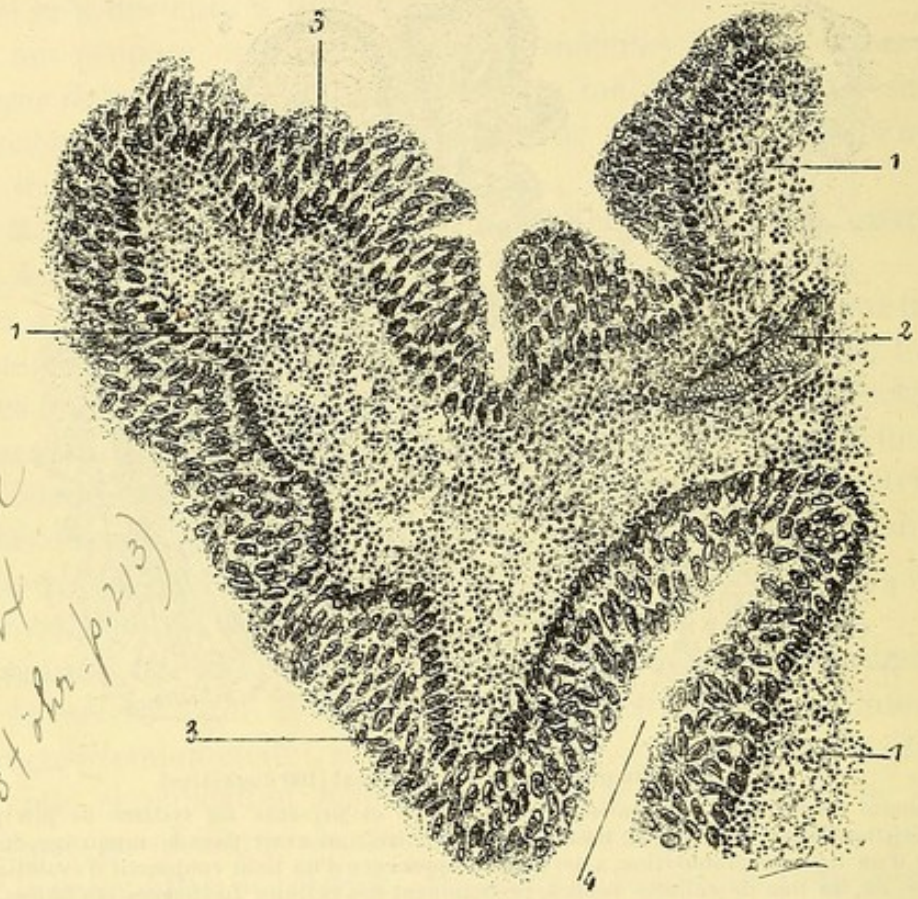


Fig. 106. — Muqueuse du col; état normal. — Un point de la figure précédente examiné à un grossissement de 300 diam.

1. Tissu conjonctif très embryonnaire, composé de cellules arrondies, munies d'un noyau volumineux. — 2. Vaisseaux (La pièce a été injectée). — 3. Épithélium à cils vibratiles de la surface. — 4. Glandes coupées transversalement avec revêtement d'épithélium à cils vibratiles.

cette transposition. On y trouve notés : l'augmentation de volume, le ramollissement du tissu, sa couleur rouge foncé parsemée de points jaunes, la dilatation des vaisseaux, la desquamation de la muqueuse. Reste, pour achever le cycle des inflammations aiguës, la suppuration : là encore, les auteurs se transmettent aveuglément un certain nombre d'observations anciennes qui toutes donnent prise à la critique et peuvent être différemment interprétées. Les prétendus abcès des parois de l'utérus sont : les uns, des collections purulentes voisines accolées à l'organe, comme il est si fréquent de l'observer dans les pyosalpingites; les autres, des suppurations de myômes mortifiés[1],

Abcès de l'utérus.

[1] Des deux cas relatés par Schröder, l'un, post-puerpéral, paraît avoir été une simple

ce qui n'a aucun rapport avec la métrite. Certes, si l'on veut dire, par là, que la suppuration de la tunique musculaire de l'utérus est

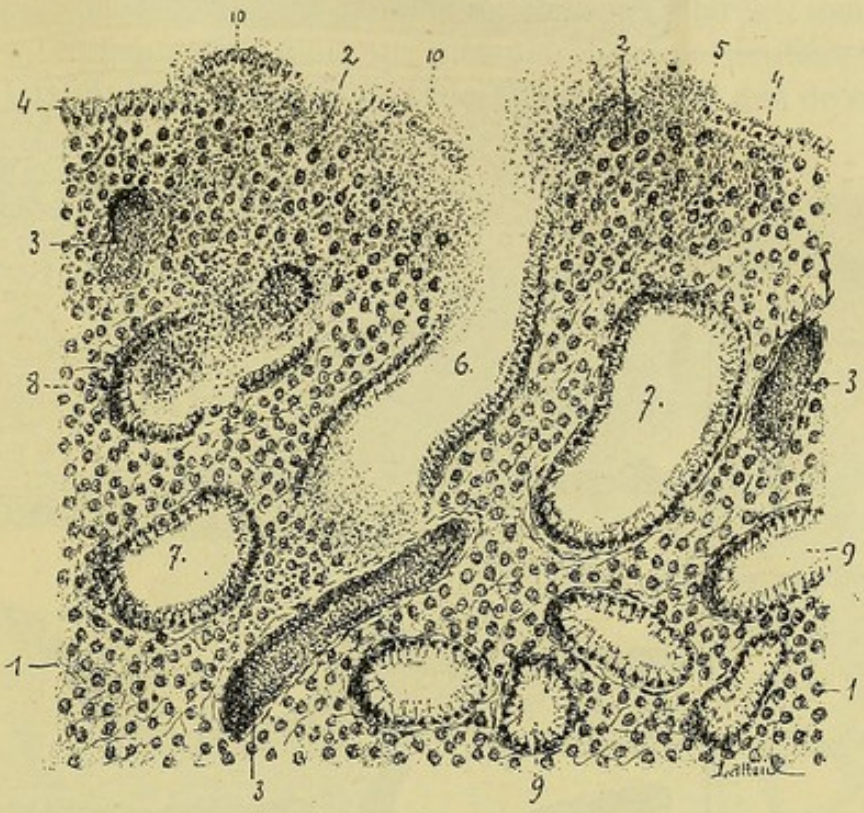


Fig. 107. — Muqueuse utérine normale pendant la menstruation.

Préparation faite d'après des lambeaux de muqueuse enlevés par la curette durant les règles. A l'œil nu on y reconnaissait de petites extravasations sanguines. Le dessin représente le tiers supérieur de la muqueuse. Dans la profondeur on voit le tissu interglandulaire et les glandes presque à l'état normal; ces dernières sont cependant un peu plus sinueuses que de coutume. Des vaisseaux gorgés de sang montent de la profondeur vers la surface. Les couches superficielles sont en partie intactes et en partie colorées par des extravasations plus ou moins fortes ou même tout à fait dénaturées. L'épithélium est généralement conservé; en plusieurs endroits cependant, il est légèrement soulevé et sa surface est couverte de détritus sanguins; en plusieurs points le sang a pénétré dans les glandes. On n'aperçoit en aucun point la dégénérescence graisseuse que décrivent certains auteurs (Williams, Kundrat, Engelmann). Il est très probable qu'au moment des règles, tantôt une partie de la muqueuse se détruit (Léopold, Wyder), tantôt, au contraire, il ne se produit aucune desquamation (Moericke). Cette figure montre en effet que ces divers degrés d'altération peuvent se produire simultanément et qu'il existe de grandes variétés dans le processus physiologique.

1. Tissu utérin normal constitué par de nombreuses cellules arrondies embryonnaires. — 2. Le même infiltré de globules sanguins dans une assez grande étendue de sa profondeur. — 3. Vaisseaux dilatés pleins de sang. — 4. Muqueuse utérine restée intacte. — 5. Point où elle s'est détachée. — 6. Glande coupée en long. L'épithélium a disparu vers l'orifice. — 7. Glandes dilatées. — 8. Glande dont l'épithélium s'est détaché de la paroi. — 9. Glandes profondes normales. — 10. Muqueuse soulevée par l'infiltration sanguine.

possible, nous tombons d'accord; mais qu'elle suppure dans le cours

paramétrite; l'autre, ouvert par le rectum et consécutif à un sondage de l'utérus, était très vraisemblablement une suppuration des trompes. C'est cette dernière interprétation qu'il faut donner au cas si souvent cité de Hervez de Chégoin (*Soc. de chir.*, 2 décembre 1868, p. 451). — A Martin a relaté un cas de suppuration de myôme qu'on n'eût pas manqué de prendre autrefois pour un abcès de l'utérus (*Berl. Beitr. zur Geb. und Gyn.*, 1873, t. III, p. 35). — J. R. Kirkpatrick a récemment publié, sous le nom d'abcès de l'utérus, une observation non douteuse de suppuration paramétritique, ayant envahi la cavité de Retzius et s'étant ouverte au niveau de l'ombilic (*Dubl. med. Journ. of med. sciences*, août 1887, t. 84, p. 152).

du syndrome clinique qui constitue la métrite, nous ne l'admettons pas.

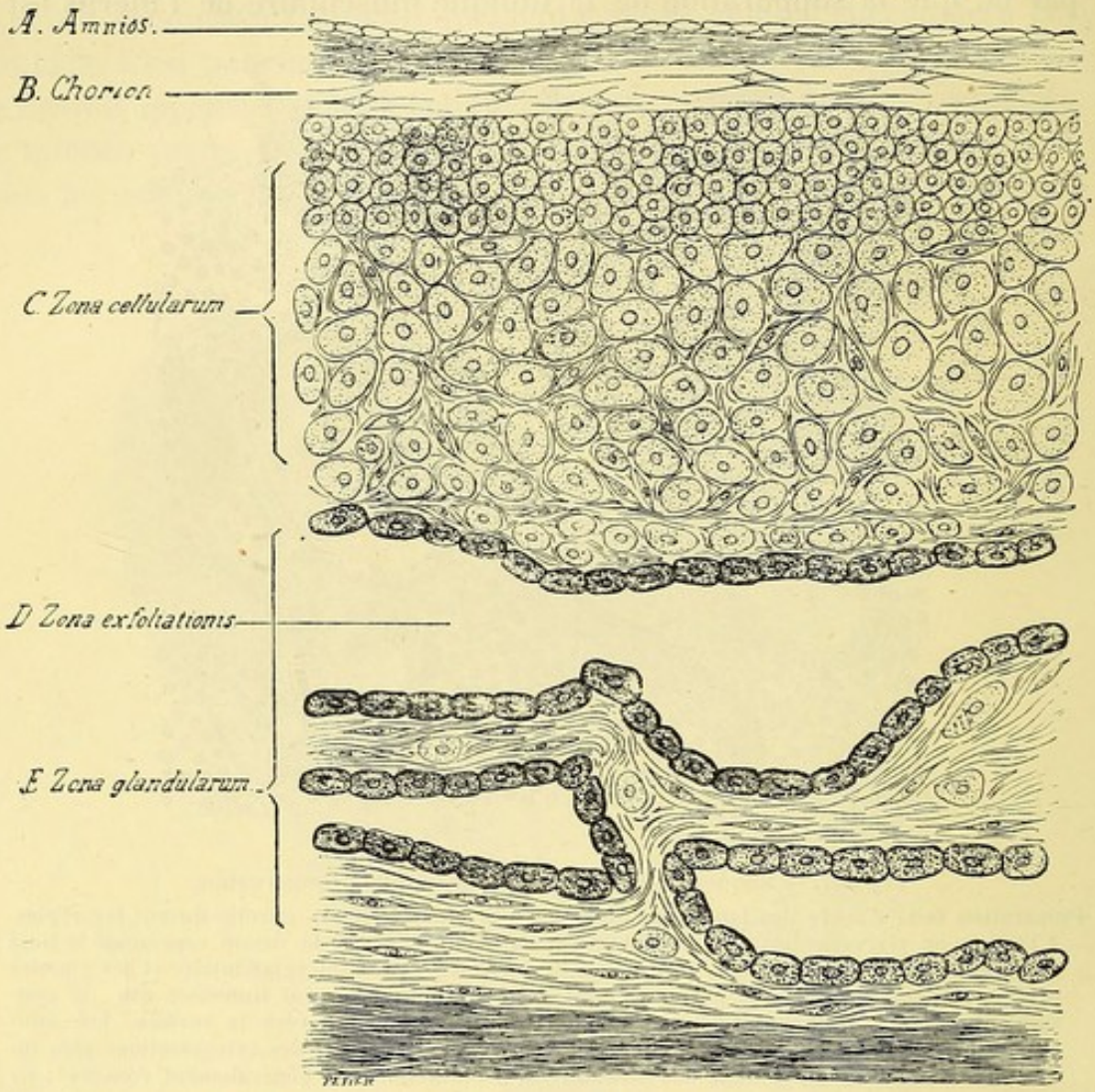


Fig. 108. — Caduque; état normal (Friedländer. — Wyder).

Cette figure est très schématique, pour plus de clarté. Elle représente la caduque à la fin de la grossesse. Cette membrane est le produit de deux facteurs : 1° une prolifération de tous les éléments de la muqueuse utérine ; 2° la compression ultérieure de la muqueuse hyperplasiée par l'œuf grossissant. On y distingue alors deux couches : C. La couche celluleuse (*zona cellularum*). E. La couche glanduleuse (*zona glandularum*). — La couche celluleuse qui est contiguë aux membranes de l'œuf (A et B, amnios et chorion) est formée d'éléments cellulaires de 0,002 à 0,061 millim. de diamètre. Dans les couches supérieures, les cellules sont rondes; dans les couches profondes, les éléments fusiformes prédominent. Le tissu intercellulaire manque entièrement ou n'existe qu'à l'état de vestige. — La couche glandulaire présente d'abord un large réseau alvéolaire avec des mailles tantôt très aplaties, tantôt plus larges ou plus longues, ne communiquant pas ordinairement entre elles, vides ou contenant une matière granuleuse. Les travées ou lamelles qui limitent ces alvéoles sont formées de tissu conjonctif fasciculé, présentant toujours une notable infiltration d'éléments lymphatiques et une grande richesse vasculaire. Ces lamelles sont revêtues sur la face interne des alvéoles d'une couche simple d'épithélium, tantôt pavimenteux, tantôt cylindrique.

La division de la caduque au moment de l'accouchement (*zona exfoliationis*) se produirait, d'après Friedländer, presque toujours dans la couche celluleuse et rarement dans la couche glanduleuse, tandis que, d'après Langhans, Rüstner et Léopold, c'est l'inverse qui serait la règle. La figure ci-dessus, qui appartient à Friedländer, a été modifiée dans le sens de ses contradicteurs, qui paraissent avoir raison (Wyder). Les cavités glandulaires ainsi ouvertes par le détachement de la caduque fournissent les éléments de la régénération des glandes et du revêtement épithélial, après l'accouchement.

Lésions aiguës de la muqueuse.

Ce que nous savons de plus précis sur les lésions aiguës de la

muqueuse nous est fourni par l'examen des membranes de la dysménorrhée membraneuse[1]. La muqueuse est molle et épaissie; au microscope, on voit que les glandes ne sont pas altérées, mais que le tissu interglandulaire subit une métamorphose particulière; les cellules y apparaissent en nombre beaucoup plus grand que de coutume,

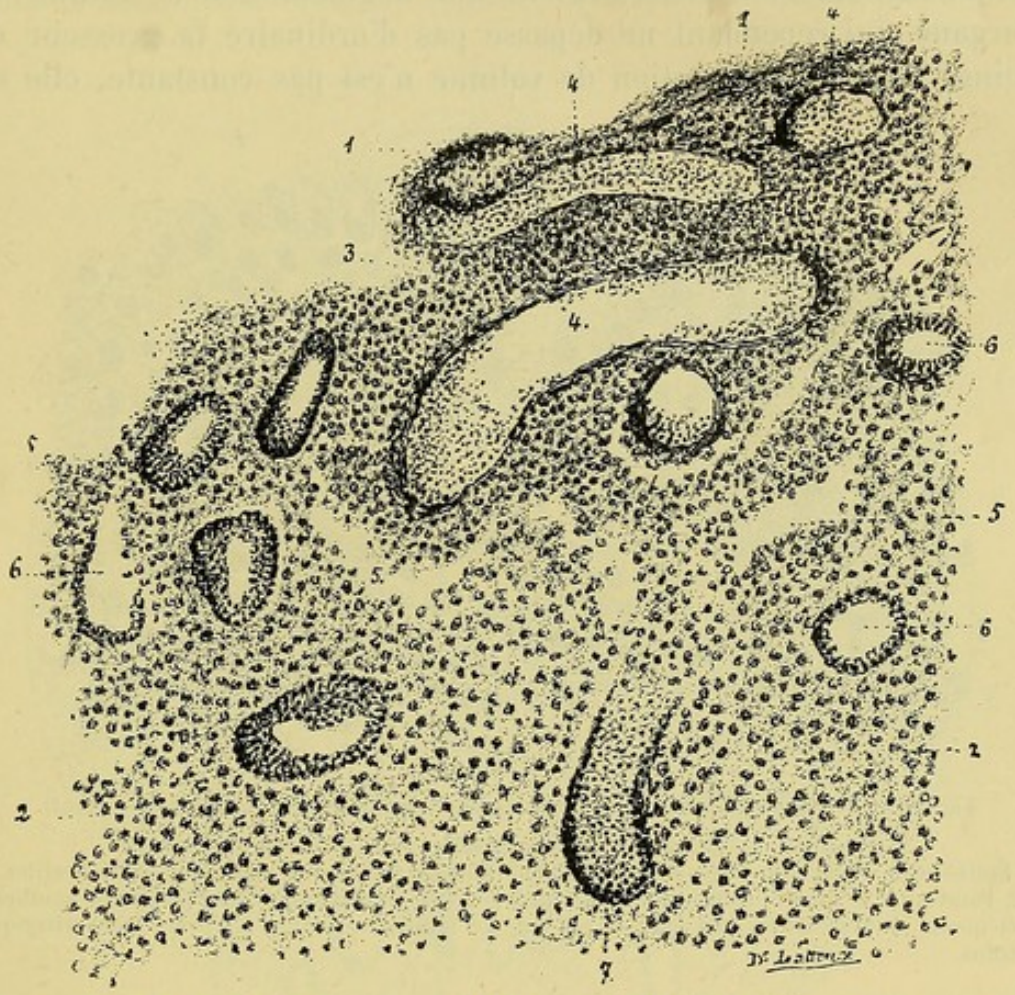


Fig. 109. — Endométrite aiguë. Vue d'ensemble (faible grossissement).

1. Couche superficielle formée d'un tissu plus ou moins altéré, infiltré de sang coagulé. — 2. Tissu embryonnaire à cellules arrondies. — 3. Zone où ces cellules sont particulièrement nombreuses. — 4. Gros vaisseaux dilatés et variqueux, gorgés de sang. — 5. Espaces lymphatiques. — 6. Glandes coupées en travers. — 7. Cul-de-sac glandulaire.

et elles sont si pressées les unes contre les autres qu'il reste peu de place pour la substance intercellulaire homogène. Elles conservent,

[1] Massin, *Zur Frage über Endometritis bei akuten, infektiösen Allgemeinerkrankungen* (*Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XL, p. 146-166), a examiné la muqueuse utérine de femmes mortes de maladies infectieuses aiguës (fièvre typhoïde, typhus récurrent, pneumonie, dysenterie). Les lésions qu'il a trouvées étaient celles d'une inflammation parenchymateuse et interstitielle de la muqueuse et d'une inflammation interstitielle de la musculeuse. Du côté des glandes il a constaté une tuméfaction trouble, une désintégration granuleuse et la chute de l'épithélium, enfin une pénétration de globules sanguins dans la cavité glandulaire. Le tissu interglandulaire était infiltré de petites cellules rondes, les vaisseaux étaient gorgés de sang; çà et là, on observait des foyers hémorrhagiques plus ou moins considérables.

du reste, leur volume normal et diffèrent par là, et par la petite quantité de leur protoplasma, des cellules de la caduque. Il s'agit, en somme, d'une inflammation interstitielle aiguë[1] (fig. 109).

Métrite chronique.

Métrite chronique. — Les lésions du **parenchyme** dans la métrite chronique sont surtout caractérisées par l'hypertrophie du tissu conjonctif, amenant généralement une augmentation de volume de l'organe qui cependant ne dépasse pas d'ordinaire la grosseur du poing. Cette augmentation de volume n'est pas constante, elle est

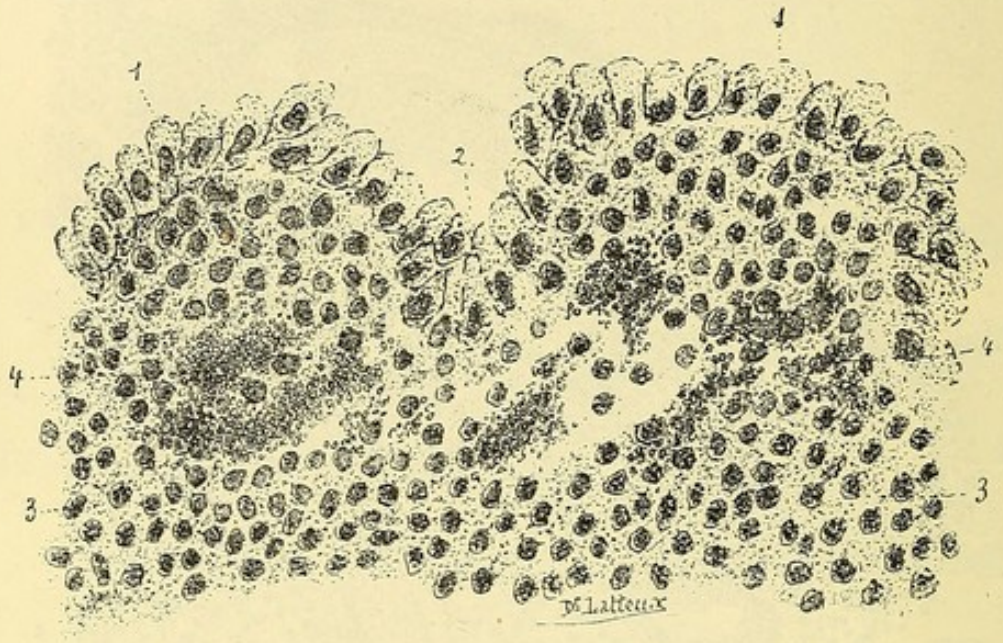


Fig. 110. — Endométrite aiguë. — Dysménorrhée membraneuse (fort grossissement).

(Fragment de membrane correspondant à la surface de la muqueuse).

1. Épithélium cylindrique devenu légèrement vésiculeux et ayant perdu ses cils vibratiles. — 2. Point où il se montre transformé et proliféré. — 3. Tissu de la muqueuse infiltré de nombreux éléments embryonnaires, arrondis et en voie de multiplication. — 4. Foyers hémorrhagiques diffus.

remplacée, dans des cas invétérés, par une diminution du corps de l'organe.

Lésions du parenchyme.

Depuis Scanzoni[2], on admet, un peu théoriquement, deux périodes dans l'évolution morbide, l'une d'infiltration et l'autre d'induration.

La première période correspondrait à une congestion active ou passive de l'organe, d'où l'aspect aréolaire que pourrait présenter sa paroi traversée par des vaisseaux dilatés. Il y a un grand nombre de noyaux embryonnaires dans toute l'épaisseur des tissus. La lésion histologique prédominante est l'hyperplasie du tissu conjonctif. Les auteurs ne sont pas d'accord pour savoir si le tissu musculaire prend

[1] Theod. Wyder. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XIII, p. 43. — Meyer. *Zur Path. der Dysmen. memb.* (*Arch. f. Gyn.*, 1883, Bd. XXI, Heft I, p. 56). Ce travail contient de très belles figures.

[2] F. W. von Scanzoni. *De la métrite chronique*, trad. franç., par Dor et Socin. 1858, p. 57.

part à l'hypertrophie. Finn[1] admet cette hypertrophie et nie l'importance de la dégénérescence graisseuse que l'on a parfois signalée. De Sinéty, sur une pièce qu'il a pu étudier, a trouvé une dilatation considérable des espaces lymphatiques normaux, une hyperplasie du tissu conjonctif vasculaire, diminuant par places leur calibre, donnant lieu à une sorte de sclérose spéciale. Le tissu musculaire

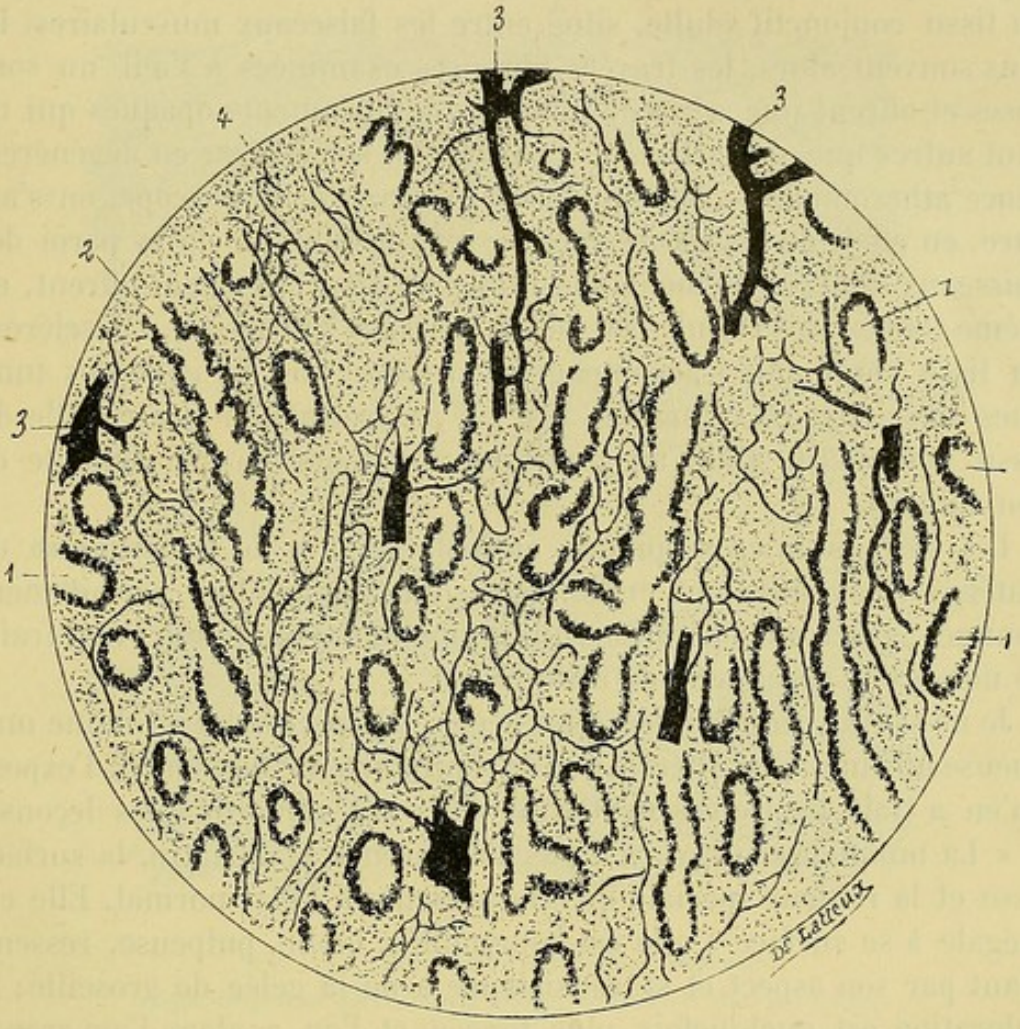


Fig. 111. — Endométrite chronique légère. — Les vaisseaux interglandulaires sont dilatés et présentent un aspect variqueux. — (Photographie d'une pièce injectée à la gélatine et colorée par le bleu de Prusse soluble.)

1. Glandes presque normales. — 2. Les mêmes déformées et prenant la forme de tire-bouchons. — 3. Vaisseaux dilatés et variqueux. — 4. Réseau capillaire fin.

ne paraissait pas atteint. Des lésions analogues ont été décrites par Fritsch.

Quand le parenchyme utérin a été ainsi altéré par un processus inflammatoire profond et de longue durée, il est rare qu'il n'y ait pas en même temps des vestiges de périmétrite, des adhérences dans

[1] Finn (de Saint-Pétersbourg). *Ueber die Veranderungen der Muskel und Bindegewebe, bei chronischer Metritis* (*Centr. f. die med. Wissensch.* Sept. 1868, p. 564).

le cul-de-sac de Douglas, donnant lieu à des déviations de l'organe, des traces de salpingite, de périsalpingite et de périovarite. La muqueuse utérine est aussi toujours plus ou moins malade.

Dans plusieurs cas d'endométrite du corps et du col de l'utérus, indépendants de la parturition, ou survenant chez des femmes âgées qui avaient eu des enfants longtemps auparavant, Cornil[1] a vu une hypertrophie de la paroi utérine due surtout à la nouvelle formation du tissu conjonctif adulte, situé entre les faisceaux musculaires. Le plus souvent alors, les travées fibreuses examinées à l'œil nu sont roses et offrent une série de ponts ou de linéaments opaques qui ne sont autres que des artérioles épaissies et sclérosées, en dégénérescence athéromateuse. Lorsqu'on les observe au microscope, on s'assure, en effet, de l'épaississement assez considérable de la paroi des vaisseaux dont les éléments élastiques sont accrus et qui offrent, en même temps, des cellules en dégénérescence graisseuse. La sclérose du tissu conjonctif s'accompagne, en pareil cas, de celle des tuniques artérielles et veineuses. Il n'y a pas rétraction cicatricielle du tissu conjonctif, mais au contraire augmentation permanente de son volume.

Lésions de la muqueuse.

Les lésions microscopiques et histologiques de la **muqueuse** de l'utérus chroniquement enflammée sont aujourd'hui parfaitement connues, grâce aux opérations qui permettent d'étudier, à l'état frais, de nombreux spécimens de cette lésion.

Je ne saurais mieux faire, pour décrire l'aspect habituel d'une muqueuse utérine ainsi altérée, que de reproduire textuellement l'exposé qu'en a fait le professeur Cornil dans ses remarquables leçons[2].

« La muqueuse, dit-il, n'a pas l'apparence blanchâtre, la surface lisse et la raideur spéciale qu'elle présente à l'état normal. Elle est inégale à sa surface : elle est boursouflée, molle, pulpeuse, ressemblant par son aspect et sa consistance à de la gelée de groseille; la coloration est quelquefois plus foncée, et l'on a alors l'apparence d'une couche de sang transformée en caillots noirâtres, mous, cruoriques. Cette couche mollasse, formée par la muqueuse enflammée, se déplace facilement sous le scalpel, comme s'il s'agissait d'un tissu ramolli. Il est facile de l'enlever, de la dilacérer avec une faible traction. Une congestion intense se voit dans toute l'épaisseur de la paroi utérine, dans l'interstice des fibres musculaires; mais elle atteint son maximum au niveau de la face profonde de la muqueuse,

[1] Cornil. *Anatomie path. des métrites* (*Journ. des Connaiss. méd.*, 21 juin 1888, p. 195).

[2] Cornil. *Leçons sur les métrites* (*Journ. des Connaiss. méd.*, 5 avril 1888, p. 107). Cette description se rapporte surtout dans son ensemble à la forme glandulaire d'endométrite chronique, qui est la plus fréquente. Dans la forme interstitielle, l'aspect de la muqueuse est plus lisse et sa consistance moins molle.

où elle est extrêmement prononcée. Si l'on sectionne la muqueuse nettement, avec un couteau bien affilé, et qu'on observe la surface de coupe, il est très difficile de distinguer la muqueuse d'avec le muscle, ces deux parties ayant un aspect à peu près analogue. On arrive toutefois à les différencier, en dilacérant doucement la surface utérine avec une curette; la muqueuse s'enlève en effet, tandis que

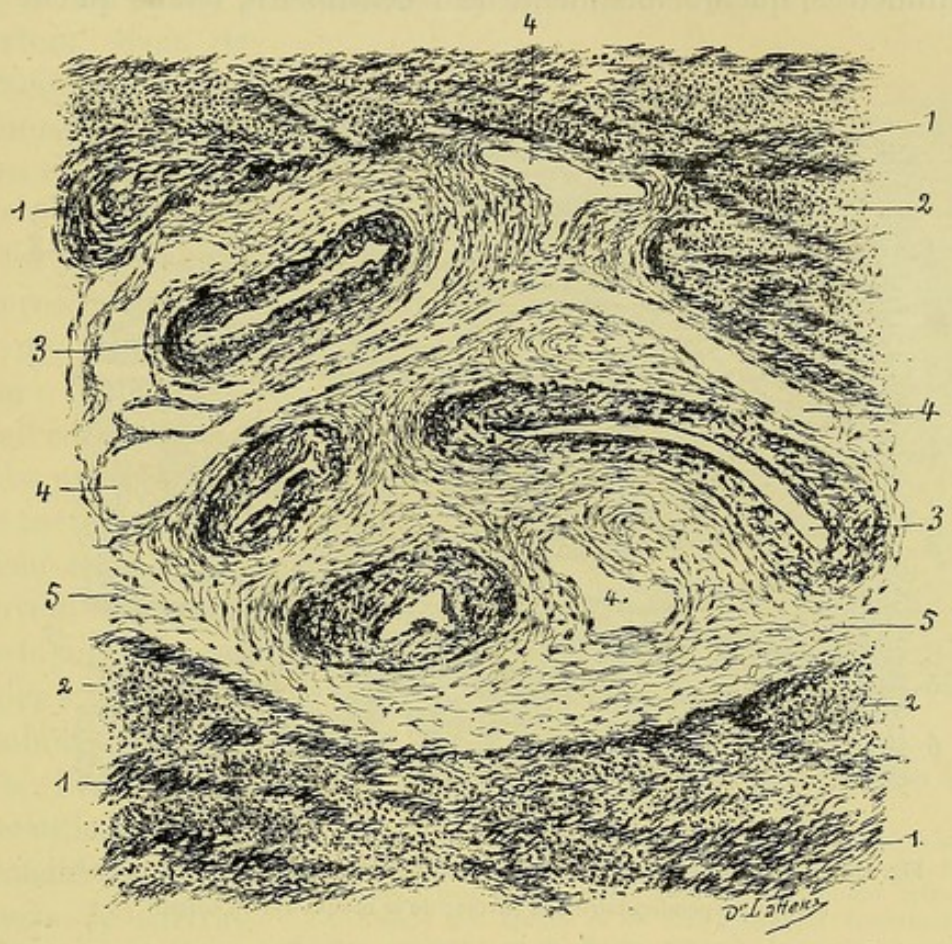


Fig. 112. — Endométrite chronique interstitielle.

(Hypertrophie et sclérose de la tunique conjonctive péri-vasculaire.)

1. Tissu musculaire lisse en faisceaux longitudinaux. — 2. Les mêmes éléments coupés en travers. — 3. Vaisseaux à calibre rétréci et à parois épaissies. — 4. Lymphatiques dilatés. — 5. Tissu conjonctif hypertrophié autour des vaisseaux.

le tissu musculaire résiste à l'action de l'instrument. C'est là le bénéfice du curage de la muqueuse, car la curette ne peut pénétrer dans le tissu musculaire lui-même que si ce dernier est très ramolli par l'inflammation, ce qui est très rare.

Lorsque l'on a fait durcir la pièce dans l'alcool pour fixer les parties, et qu'on a pratiqué des coupes, on peut s'assurer que la muqueuse est plus ou moins considérablement épaissie. Lorsqu'en effet les coupes ont été colorées au picro-carmin, l'épaisseur de la muqueuse apparaît nettement à l'œil nu. Elle a une couleur un peu

jaunâtre qui la différencie de la couche musculeuse, qui est rouge. Elle est, en outre, plus transparente, surtout sur sa couche profonde, ce qui est dû aux lacunes microscopiques que présentent les tubes glandulaires. Pour bien apprécier ces détails à l'œil nu, il suffit de regarder en face du jour une préparation colorée au picro-carmin. On constate ainsi que la muqueuse atteint une épaisseur de 2, 3, 4, 5 millimètres, quelquefois même de 1 centimètre, tandis qu'elle n'a

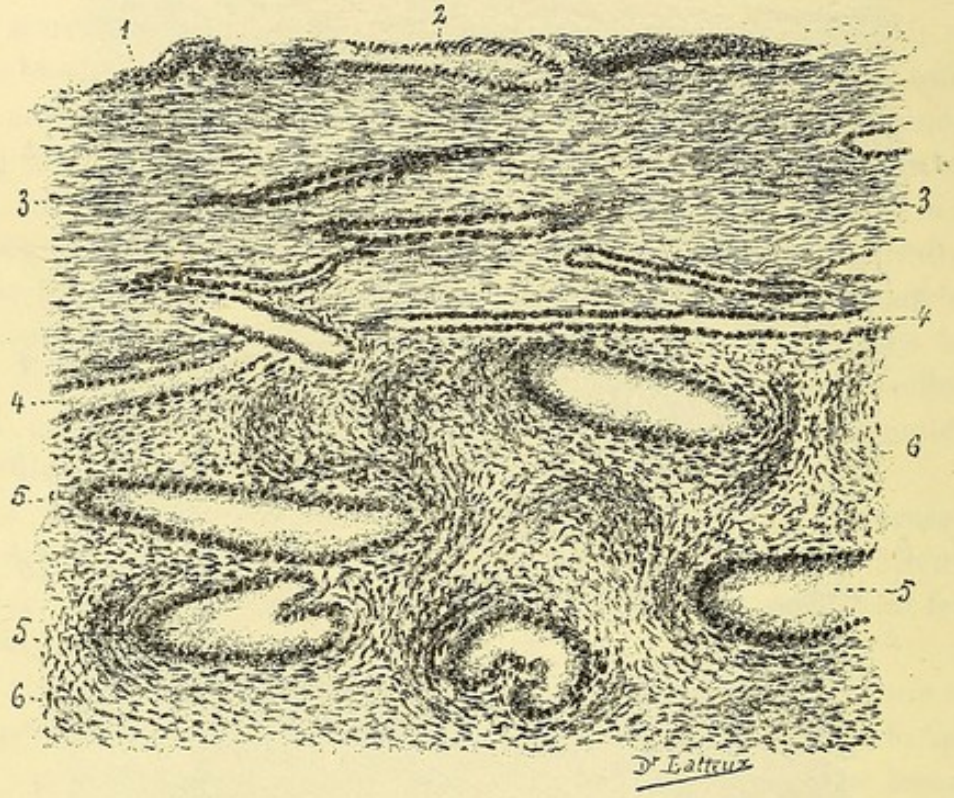


Fig. 113. — Endométrite chronique interstitielle; atrophie partielle des glandes.
(Coupe perpendiculaire à la surface de la muqueuse du corps.)

1. Surface de la muqueuse dépourvue d'épithélium et recouverte d'une couche de sang coagulé. — 2. Glande atrophiée faisant presque saillie. — 3. Tissu fibreux à noyaux allongés parallèles. — 4. Glandes en voie d'atrophie, très longues et à lumière très rétrécie. — 5. Glandes de volume normal situées plus profondément. — 6. Tissu formé d'éléments cellulaires arrondis ou ovoïdes plongés dans une matière homogène.

pas plus de 1 millimètre, à l'état normal. Sa surface, examinée sur ces coupes, au lieu d'être lisse, est devenue fongueuse, et présente des saillies bosselées et des dépressions d'aspect mollasse. Les végétations pathologiques de la surface ont reçu les noms de villosités, productions villeuses, fongosités, végétations, et la maladie a ainsi été appelée *métrite villeuse*, *fongueuse*, *granuleuse*, *végétante*. Ces végétations sont parfois considérables; elles ont une forme arrondie, allongée, et deviennent parfois de véritables polypes qui peuvent être sessiles ou pédiculés. Dans d'autres cas, à côté de ces productions nouvelles, on voit des petits kystes du volume d'une tête

d'épingle, tout à fait analogues aux œufs de Naboth, qui sont si communs dans la cavité cervicale et à la surface du museau de tanche, et qui reconnaissent la même origine glandulaire. Ils diffèrent toutefois de ces derniers par la qualité du liquide qu'ils renferment. Leur contenu est, d'ailleurs, plus liquide, plus séreux, moins consistant, moins gélatiniforme que dans les œufs de Naboth du col utérin. Les petits kystes glandulaires du corps de l'utérus s'observent plus souvent dans la métrite interne des femmes âgées que dans celle des jeunes femmes.

Tel est l'aspect microscopique de la muqueuse utérine chroniquement enflammée. »

Au point de vue histologique, il existe trois types, souvent très distincts sur certaines pièces, souvent combinés sur d'autres : l'**endométrite interstitielle**, la **glandulaire** et la **polypeuse**. Je suivrai dans cette description le récent travail de Wyder [1].

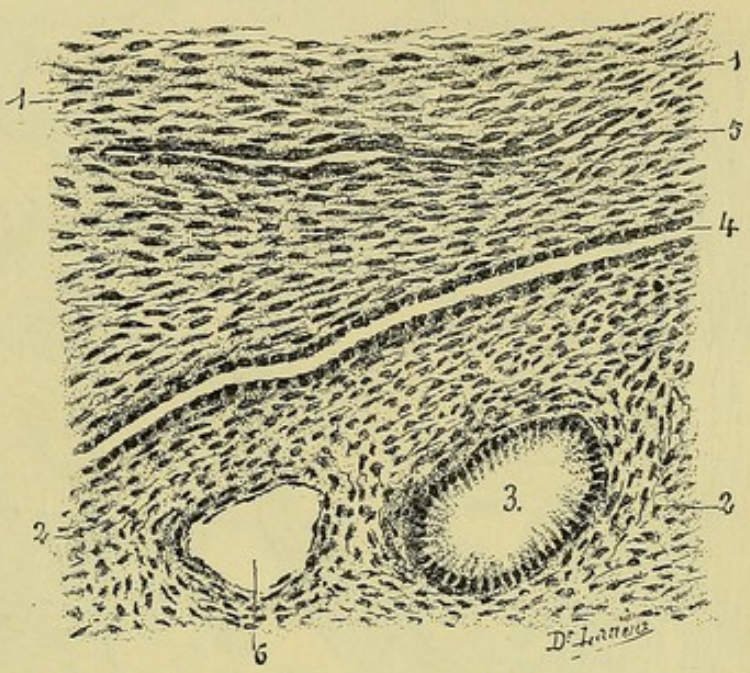


Fig. 114. — Endométrite chronique interstitielle. — Divers degrés d'atrophie des glandes (500 diam.)

1. Tissu à cellules fusiformes correspondant à la surface de la muqueuse utérine. — 2. Tissu à cellules ovoïdes plus petites. — 3. Glande à peu près normale avec son épithélium cylindrique. — 4. Glande très longue et en voie d'atrophie. L'épithélium est devenu cubique. — 5. Fente près de la surface, vestige de l'emplacement d'une glande disparue. — 6. Large cavité lymphatique.

Endométrite chronique interstitielle. — Le tissu interglandulaire que nous avons vu gorgé de cellules dans la forme aiguë, si bien qu'il ressemble presque à du tissu de granulation, se transforme ici en un véritable tissu cicatriciel dans lequel les éléments cellulaires dominent de plus en plus. Les glandes subissent le contre-coup de ce processus morbide; elles sont tantôt étranglées par places et transformées en kystes, tantôt comprimées sur toute leur étendue et plus ou moins atrophiées (fig. 113 et 114); dans certains cas, par suite, il n'existe plus au milieu du tissu conjonctif que des glandes

Endométrite interstitielle.

[1] Theod. Wyder. *Tafeln für den gyn. Unterricht.* Berlin, 1887, planches X, XI et XII.

très clairsemées, et, dans d'autres, il se produit des kystes (fig. 115, *A*), ou on constate une complète destruction des glandes (fig. 115, *B*).

Dans les cas d'atrophie aussi prononcée, la tunique musculaire n'est plus revêtue que d'une mince couche de tissu conjonctif sclérosé, recouvert d'épithélium.

On peut voir alors, sous la surface recouverte encore du pavé épithélial, des lamelles fibreuses qui traversent la muqueuse,

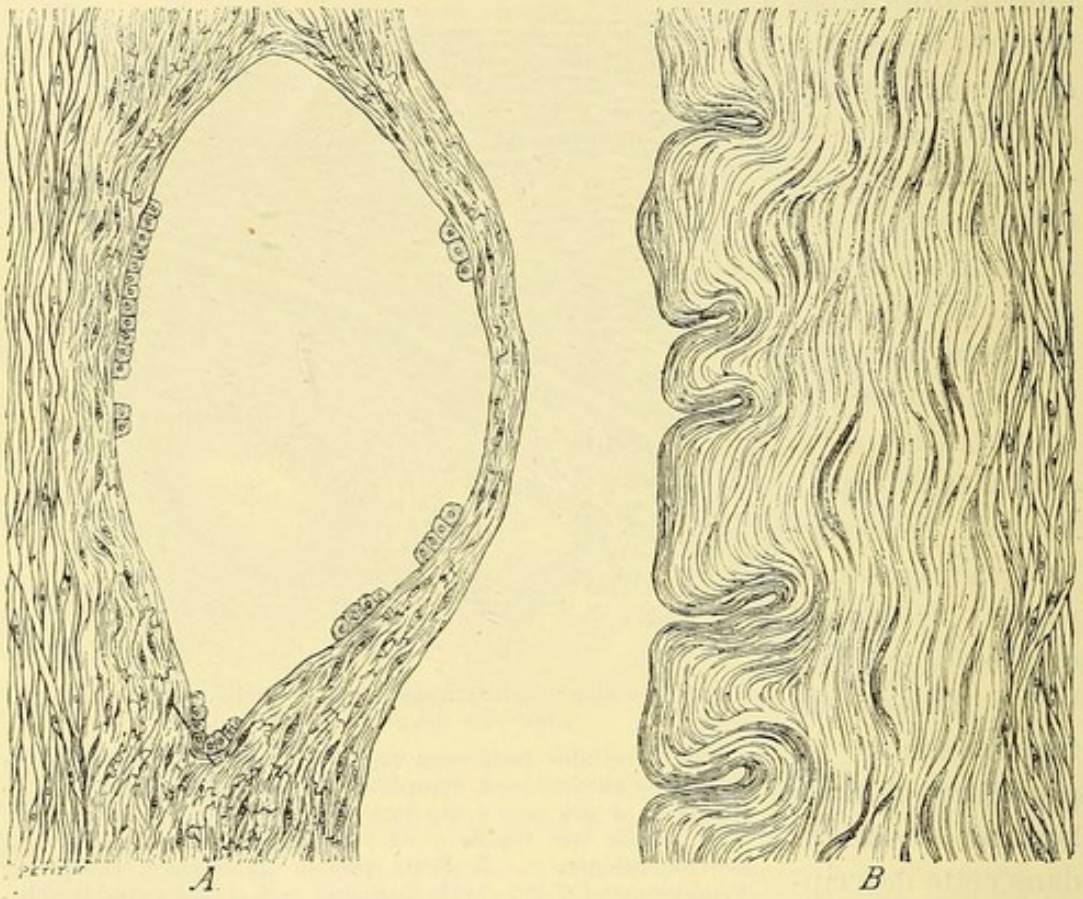


Fig. 115. — Endométrite chronique interstitielle; atrophie totale des glandes (Wyder).

A. Dilatation kystique, dernier vestige glandulaire; *B*. Tout vestige glandulaire a disparu.

en s'anastomosant, et constituent des mailles contenant une substance homogène, en général, quoique dans la profondeur on en trouve qui sont remplies de cellules rondes très serrées. Près de la surface, le tissu interglandulaire est plus régulièrement disposé. Il est composé d'une série de couches de cellules fusiformes (fig. 114) à prolongements parallèles entre elles. A la coupe, il ne contient que très peu de glandes.

Sur plusieurs points, on voit (fig. 115, *A*) les cavités kystiques, revêtues çà et là d'un épithélium cubique et entourées d'un tissu conjonctif fasciculé à cellules fusiformes. En d'autres endroits, on

constate l'absence complète de glandes, et la muqueuse est représentée par un tissu conjonctif homogène, pauvre en cellules et fortement ondulé, qui tranche par la netteté de sa limite sur la couche musculaire. Près de la surface, cette muqueuse est en partie lisse, en partie couverte de villosités larges et plates. Il y a là tous les signes d'une sclérose avancée du tissu conjonctif (fig. 115, *B*).

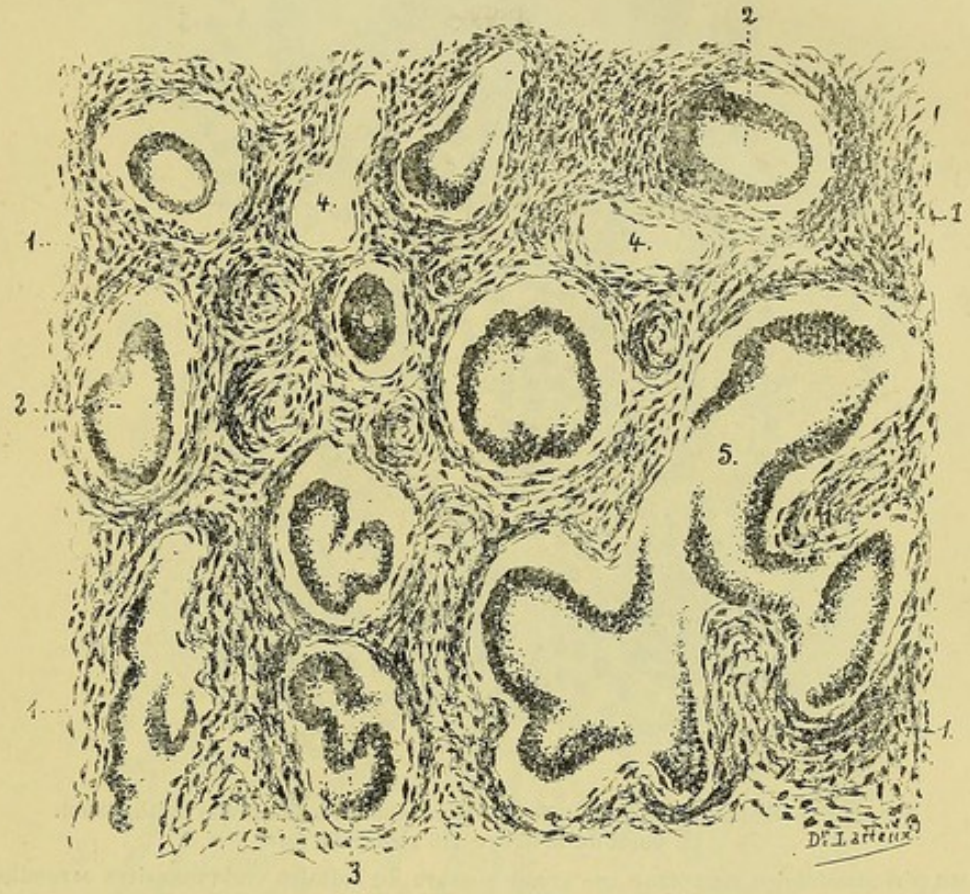


Fig. 116. — Endométrite interstitielle. — (Détachement des anneaux épithéliaux. 100 diam.)

1. Tissu péri-glandulaire à petites cellules fusiformes allongées. — 2. Cavité glandulaire rétrécie. — 3. Lambeau épithélial contourné sur lui-même. — 4. Cavité glandulaire dont l'épithélium a disparu, bordée de petites cellules plates. — 5. Grande cavité glandulaire dilatée et anfractueuse, contenant des lambeaux épithéliaux détachés.

Endométrite glandulaire.

Endométrite glandulaire. — Ruge et, après lui, Wyder reconnaissent deux formes d'endométrite glandulaire, une forme hypertrophique et une forme hyperplasique[1]. Dans la première, la prolifération de l'épithélium a lieu sans multiplication des glandes elles-mêmes. Au lieu d'être représentées par un tube plus ou moins droit, les glandes ont alors une forme irrégulière et sont souvent contournées en spirale[2]. Dans la forme hyperplasique, il y a multiplication des glandes.

[1] C. Ruge. *Zur Aetiologie und Anat. der Endometritis* (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1881, Bd. V, p. 317).

[2] Le professeur Cornil a pu constater dans le revêtement épithélial des glandes des

La figure 120 représente une forme mixte d'hypertrophie et d'hy-

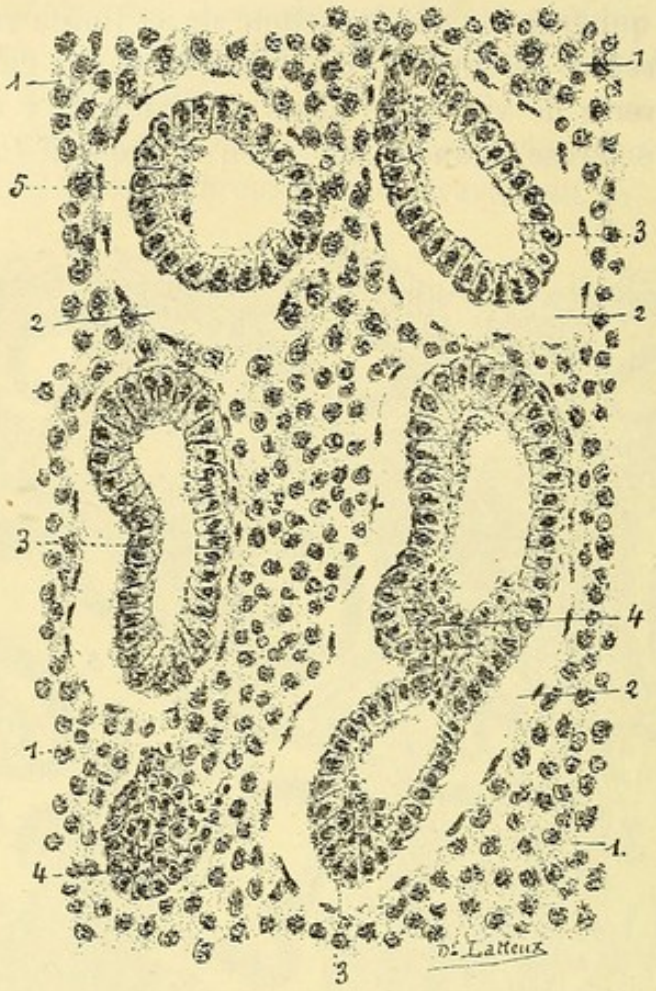


Fig. 117. — Endométrite interstitielle (détachement des anneaux épithéliaux).
Un point de la figure 116 grossi 500 fois.

1. Tissu péri-glandulaire contenant un grand nombre de cellules embryonnaires arrondies. — 2. Cavités produites par le retrait de la bague épithéliale et tapissées de cellules plates. — 3. Couche épithéliale séparée de la paroi et formée de cellules cylindriques. — 4. Paroi glandulaire coupée obliquement. — 5. Globules blancs ayant pénétré par diapédèse dans la cavité de la glande.

perplasie combinées, moins rare qu'on ne le croit. Le tissu glan-

phénomènes de karyokinèse (fig. 118). Il pense, du reste, que ce phénomène doit aussi se

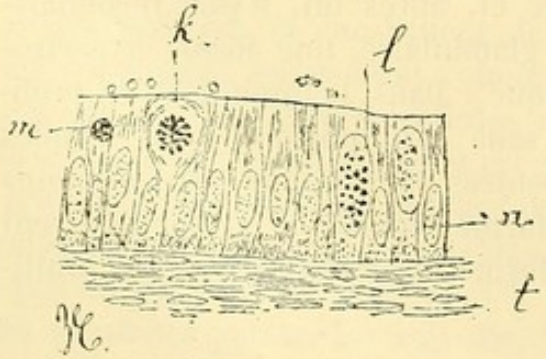


Fig. 118. — Revêtement épithélia d'une glande du corps de l'utérus dans la métrite (Cornil). Grossissement de 350 diamètres, objectif apochromatique de Reichert, oc. 4). — *l*, Noyau dans lequel il existe des grains et des filaments de nucléine en accroissement; *k*, noyau présentant le début de la karyokinèse avec des filaments étoilés de nucléine; *m*, petite cellule migratrice ronde située entre les cellules cylindriques.

produire normalement à l'époque menstruelle, car il se montre dans toutes les cellules glandulaires qui se renouvellent physiologiquement. Leçons sur l'*Anatomie pathol. des métrites*. (*Journ. des Connaiss. méd.*, 26 *avril* 1888, p. 131.)

dulaire est absolument normal quant à sa structure, mais les

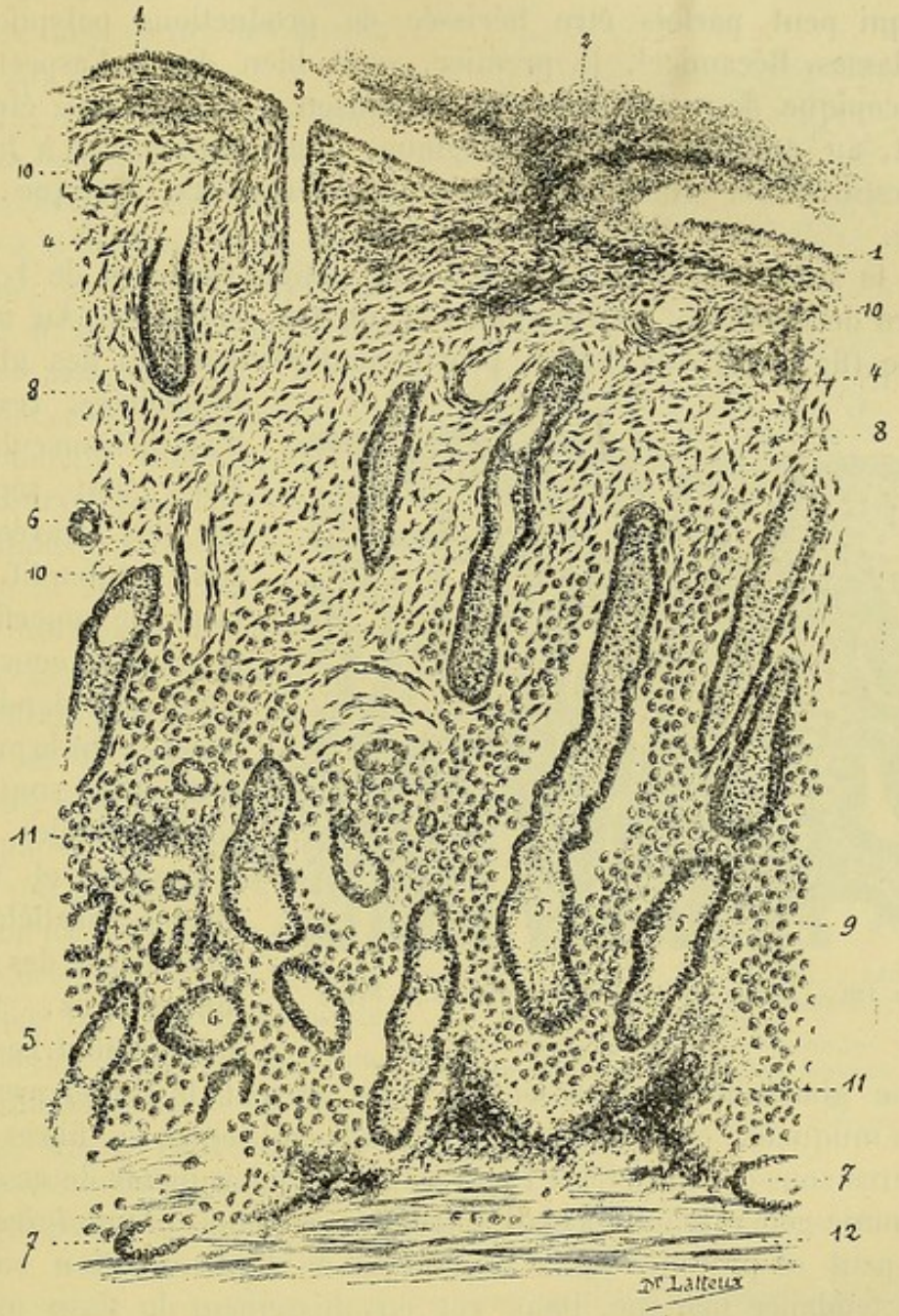


Fig. 119. — Endométrite glandulaire.

(Coupe perpendiculaire à la surface de la muqueuse. 60 diam.)

1. Surface libre de la muqueuse encore recouverte de son épithélium. — 2. Caillot sanguin étalé à la surface dans un point où l'épithélium a disparu. — 3. Orifice glandulaire. — 4. Glandes de la surface légèrement dilatées. — 5. Les mêmes plus profondes, flexueuses et dilatées, sectionnées en long. — 6. Glandes coupées en travers. — 7. Quelques-unes sont incluses dans la couche musculeuse. — 8. Tissu de la couche superficielle de la muqueuse à petites cellules allongées. — 9. Tissu plus profond formé de cellules embryonnaires arrondies. — 10. Vaisseaux coupés en long et en travers. — 11. Sang extravasé dans l'épaisseur des tissus et autour des culs-de-sac glandulaires. — 12. Fibres musculaires lisses de l'utérus.

glandes sont fortement contournées ou présentent des prolongements latéraux.

Endométrite polypeuse.

Endométrite polypeuse. — Elle est caractérisée, à l'œil nu, par l'énorme développement de la muqueuse, qui a l'aspect fongueux et qui peut parfois être hérissée de productions polypiformes mollasses. Récamier[1], le premier, avait bien décrit l'aspect macroscopique de cette forme, qu'Olshausen a de nouveau étudiée. C'est, au point de vue histologique, une forme mixte, à la fois interstitielle et glandulaire, avec dégénérescence kystique marquée.

A la surface, on voit à l'œil nu de petites vésicules de 1 millimètre de diamètre, transparentes et un peu saillantes. Au microscope (fig. 124), ces kystes proviennent évidemment des glandes dégénérées, revêtues d'épithélium cubique. Elles sont séparées par des travées de tissu conjonctif. Dans la partie superficielle de la muqueuse, on trouve des glandes dilatées. Dans la profondeur, elles sont souvent normales, mais flexueuses et tantôt dirigées parallèlement à la surface des fibres musculaires, tantôt obliquement. Les culs-de-sac glandulaires dépassent le plus souvent la limite profonde de la muqueuse et s'enfoncent, d'après Cornil, entre les fibres musculaires sous-jacentes. C'est là un exemple remarquable de ce qu'en anatomie générale on appelait autrefois *hétérotopie glandulaire*, fait qui peut se produire sous l'influence de l'inflammation simple, sans tendance maligne. Dans cet envahissement du tissu musculaire, les glandes sont accompagnées d'une certaine quantité de tissu conjonctif qui les entoure. Le tissu inter-glandulaire est très riche en vaisseaux. Dans les points qui correspondent aux dilatations glandulaires, tantôt il renferme de nombreuses cellules fusiformes à prolongement qui lui donnent un aspect strié, tantôt il revêt la forme du tissu fibreux, relativement pauvre en éléments cellulaires; c'est ce qu'on observe au voisinage immédiat des vaisseaux. Profondément et autour des glandes intactes ainsi qu'entre les kystes, le

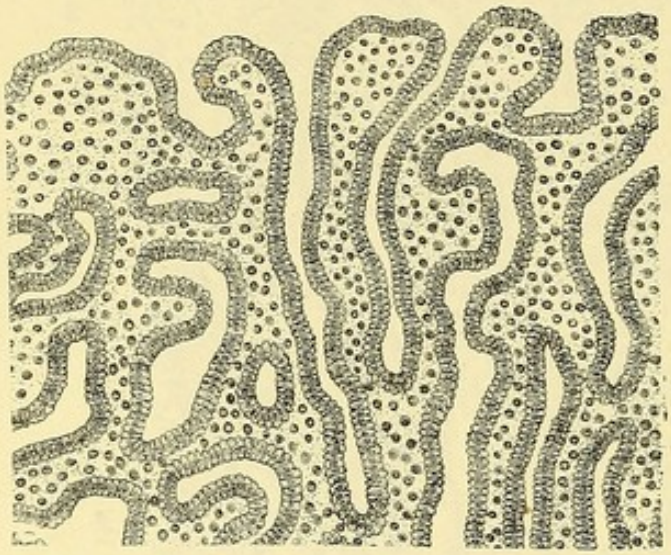


Fig. 120. — Endométrite glandulaire du corps. — Faible grossissement (Wyder).

[1] Récamier. *Union méd. de Paris*, 1-8 juin 1850, p. 266 et suiv.

tissu inter-glandulaire est remplacé par une substance homogène, riche en cellules rondes, pressées les unes contre les autres[1] (fig. 125).

Endométrite *post abortum*.

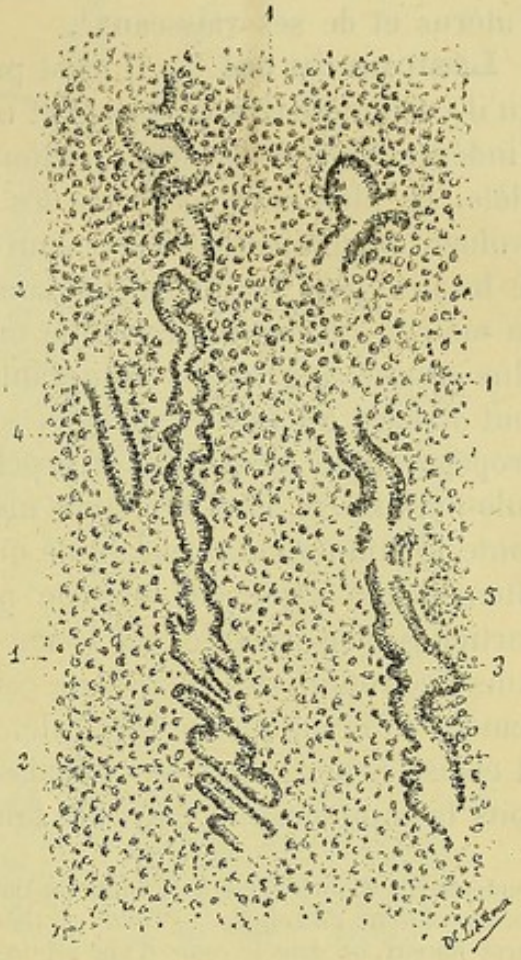


Fig. 121. — Endométrite glandulaire. — Déformations des glandes en « tire-bouchon ».

1. Tissu péri-glandulaire embryonnaire. — 2. Glande très longue et devenue flexueuse dans toute son étendue. — 3. Dilatation de certaines glandes. — 4. Glande ayant conservé son calibre normal.

Enfin, il est une variété histologique d'endométrite qui ne mérite assurément pas d'être élevée à la hauteur d'une forme spéciale, mais qu'il n'est pas inutile de spécifier. C'est l'**endométrite post abortum**. D'après Schröder, c'est presque toujours l'endométrite interstitielle que l'on observe après l'avortement; les glandes deviennent aussi malades à la longue. Mais ce qui donne un aspect caractéristique à cette forme anatomique, c'est l'involution incomplète ou défectueuse de la caduque vraie ou sérotine, qui subit mal la métamorphose régressive, en sorte qu'on voit persister des îlots de caduque plus ou moins étendus, autour desquels s'opère une prolifération très active de petites cellules (fig. 126). Ces modifications inflammatoires de la muqueuse, ajoute Schröder, diffèrent essentiellement des rétentions placentaires que l'on indique, souvent à tort, sous le nom

[1] De Sinéty (*loc. cit.*, p. 383) a donné une bonne description des lésions anatomiques de l'endométrite, bien que l'examen *post mortem* n'ait porté que sur une seule pièce. Il a surtout étudié les végétations ou excroissances qu'on observe à la surface de la muqueuse et qu'il a examinées sur des lambeaux enlevés à l'aide de la curette de Récamier; mais il a moins insisté sur les lésions de la muqueuse elle-même. Il décrit (p. 387) trois sortes de végétations : les végétations *glandulaires*, formées par des glandes dilatées et hypertrophiées, devenues flexueuses, avec conservation de leur épithélium; les végétations uniquement *embryonnaires*, constituées par du tissu embryonnaire avec de rares vaisseaux, et les végétations *vasculaires*, composées de vaisseaux souvent extrêmement dilatés.

Certains auteurs distinguent une *endométrite diphtéritique* qu'il conviendrait plutôt d'appeler *gangréneuse*, car ces prétendues fausses membranes ne sont que le produit d'une mortification partielle. C'est, me semble-t-il, une erreur nosologique que de faire rentrer, dans le groupe cliniquement si bien défini des maladies inflammatoires de l'utérus, un simple accident pathologique qui peut atteindre le tissu de cet organe, comme tous les autres, dans certaines conditions locales ou générales. Ainsi, on a pu constater

d'*endométrite post abortum*, et qui ne sont que des *accidents hémorrhagiques post abortum*, dus au resserrement incomplet de l'utérus et de ses vaisseaux[1].

Lésions du col.

Lésions du col. — Il n'est pas exact, anatomiquement, de dire qu'il y a une métrite cervicale et une métrite du corps distinctes, car l'indépendance de ces deux portions de la matrice n'est jamais complète. Le plus souvent même les lésions y sont contemporaines et évoluent parallèlement. Cependant il peut se faire que l'inflammation se localise plus spécialement dans l'une ou l'autre de ces régions. La métrite cervicale prédomine ordinairement, car le col utérin est plus exposé aux causes vulnérantes. Si c'est sa muqueuse qui est tout d'abord atteinte et malade, ses altérations ne tardent pas à se propager, pour ainsi dire, de proche en proche, dans le tissu musculo-fibreux, et une véritable métrite parenchymateuse succède à toute inflammation cervicale de quelque durée. Cornil signale explicitement ces lésions de métrite parenchymateuse, qui peuvent être partielles. Par exemple, ces lésions sont parfois restreintes au col, dans l'ectropion de cet organe causé, non seulement par l'épaississement de la muqueuse cervicale, renversée en dehors dans le vagin et épaissie, mais aussi par l'épaississement du tissu conjonctif, situé sous la muqueuse et entre les faisceaux musculaires. Dans ce tissu

l'endométrite diphtéritique à la suite du tamponnement au perchlorure de fer (Zweifel. *Société obstétr. de Leipzig.* — *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 408), ou après l'énucléation d'un corps fibreux, ou dans le cours d'une septicémie causée, chez une vieille femme, par un phlegmon de la jambe (Fränkel, *Soc. obstét. de Hambourg.* — *Centr. f. Gyn.*, 1888, 21, p. 347).

Cornil a aussi observé différentes particularités d'un haut intérêt, visibles seulement à un fort grossissement : les coupes allongées ou circulaires représentant la section des glandes offrent, dit-il, généralement à leur bord interne une seule couche de cellules cylindriques à plateau. Lorsque plusieurs couches sont superposées, les détails sont difficiles à saisir, mais quand des sections sont minces et bien orientées, on n'a le plus souvent sous les yeux qu'une seule rangée de cellules. Les cils vibratiles que l'on trouve sur l'épithélium glandulaire sain sont encore conservés en grande partie, et cette conservation des cils vibratiles sur des glandes, ainsi modifiées par l'inflammation chronique, est un fait très remarquable. Toutefois, il n'est pas toujours facile d'apercevoir ces cils; il est indispensable d'employer d'excellents objectifs et de faire usage de pièces irréprochablement fraîches. Pour avoir des préparations démonstratives, il faut se procurer ces pièces sortant des mains du chirurgien et les placer, immédiatement après l'opération, dans un liquide conservateur, de préférence l'alcool à 90°. Sur la préparation de pièces d'une fraîcheur irréprochable, on voit, quand les cils ont disparu, à la surface de la cellule, une légère couche de mucus, soit clair et homogène, soit sous la forme de petites boules, soit légèrement strié, comme s'il y avait eu agglomération des cils vibratiles. Les cellules qui remplissent parfois complètement les alvéoles glandulaires sont des cellules cylindriques identiques à celles que l'on trouve normalement dans les glandes de l'utérus, ou modifiées, ovoïdes, devenues muqueuses.

La seule différence que présentent les coupes de fragments raclés par la curette avec les sections de la muqueuse, faites sur des utérus entiers, est qu'elles sont d'une orientation plus difficile. C'est pour cette raison qu'il vaut mieux étudier les sections de la muqueuse perpendiculaires à sa surface, sur des pièces complètes, provenant de l'hystérectomie. (Cornil. *loc. cit.*, p. 125.)

[1] C. Schröder. *Maladies des org. génit. de la femme*, trad. franç. de Lauwers et Hertoghe Bruxelles, 1886, p. 125.

conjonctif on constate souvent des lésions d'inflammation récente :

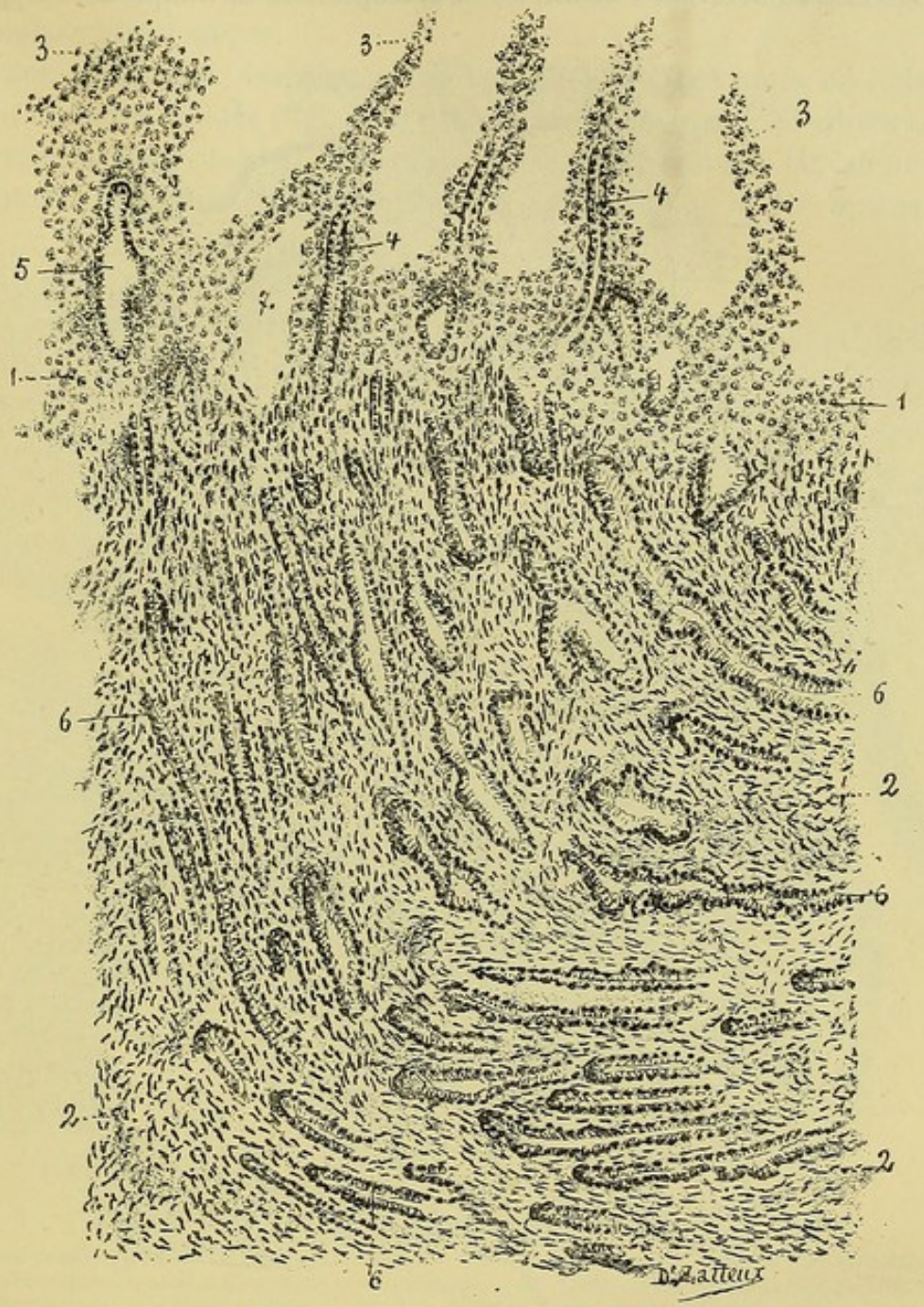


Fig. 122. — Endométrite polypeuse. — (Coupe d'un bourgeon fongueux de la surface.)

1. Tissu à petites cellules arrondies granuleuses. — 2. Tissu plus profond à cellules généralement allongées. — 3. Villosités de la surface flottant dans la cavité utérine et dépourvues d'épithélium. — 4. Glandes atrophiées. — 5. Glande ayant encore ses dimensions primitives. — 6. Diverses glandes allongées et à lumière à peine visible.

les faisceaux de tissu conjonctif sont épaissis et des cellules plates sont interposées entre eux[1].

[1] M. Péraire (*Des endométrites infectieuses*, thèse de Paris, 1889) prétend avoir observé dans la métrite cervicale des germes, bactéries et cocci, ayant traversé la muqueuse et disséminés jusque dans la tunique musculaire. Ce fait, s'il était démontré, rendrait compte de la grande persistance des lésions du col, malgré les agents modificateurs.

Le col de l'utérus, dans les métrites, peut offrir des lésions spéciales et très diverses : déchirures, ectropion de la muqueuse, hyper-

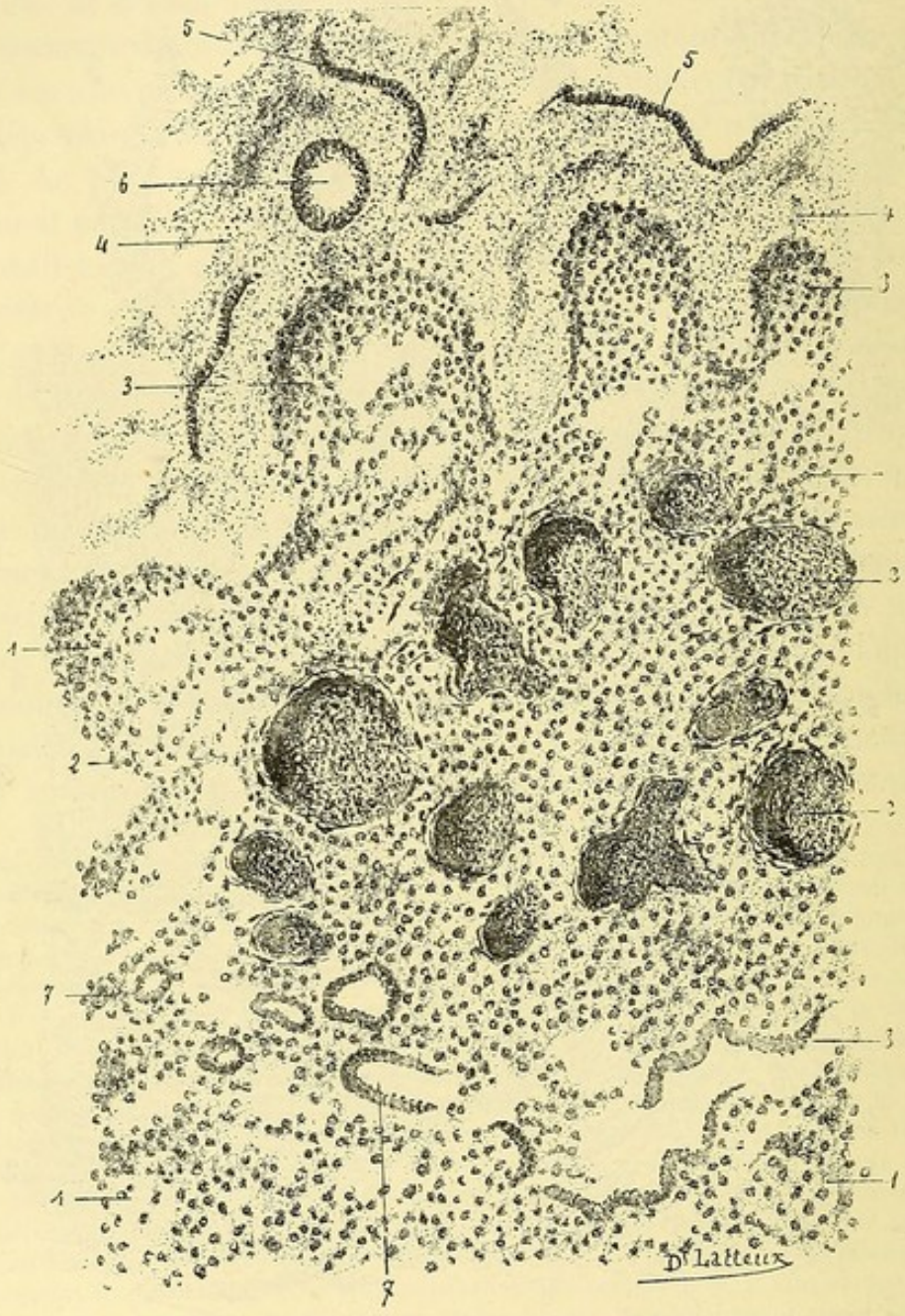


Fig. 125. — Endométrite polypeuse (avec hémorrhagies). — (Coupe à travers un fragment de muqueuse.)

1. Tissu infiltré de cellules embryonnaires et de globules sanguins extravasés. — 2. Larges capillaires dilatés et remplis de sang. — 3. Mamelons embryonnaires, répondant à la surface de la muqueuse et dépouillés de leur couche épithéliale. — 4. Couche de sang coagulé à la surface. — 5. Fragments d'épithélium détachés et englobés dans le caillot sanguin. — 6. Anneau épithélial complet. — 7. Vestiges de glandes. — 8. Lambeaux d'épithélium noyés au milieu des cellules embryonnaires.

trophie, congestion, varicosités, granulations, folliculites, érosions, ulcérations, kystes ou œufs de Naboth, etc. Comme cette portion de l'utérus est accessible à la vue, la description macroscopique de ces

lésions rentrera dans l'exposé clinique. Mais il importe de préciser la nature exacte de certaines d'entre elles, avec les ressources de l'analyse histologique.

Œufs de Naboth. Granulations ou folliculites. — Les œufs de Naboth sont de petits kystes (fig. 127) ; les granulations ou folliculites sont de petites *ulcérations* (je m'expliquerai plus loin sur la valeur de ce mot), disséminées à la surface du col. Les uns et les autres si-

Œufs de Naboth. Granulations.

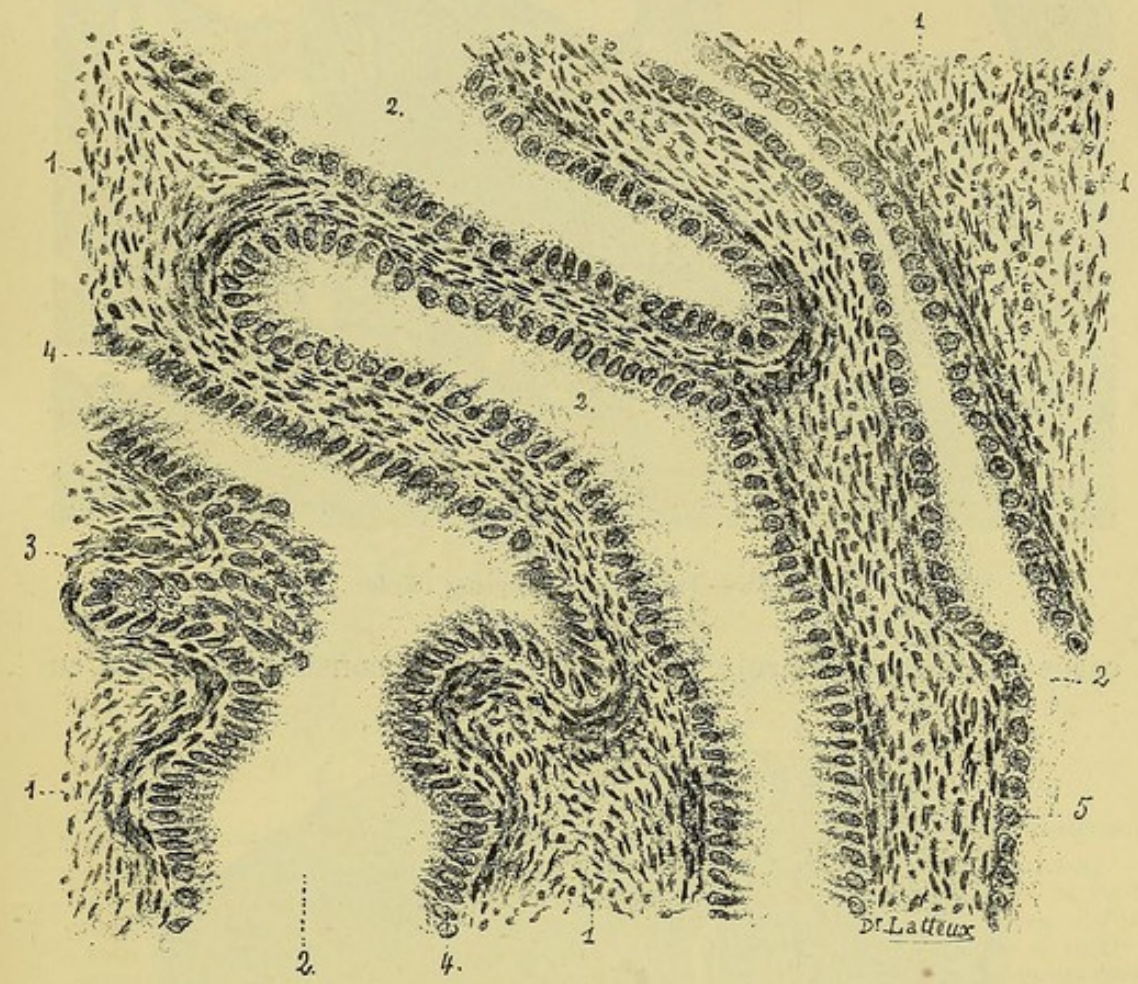


Fig. 124. — Endométrite polypeuse. — (Grossissement de 500 diam.)

1. Tissu conjonctif riche en éléments cellulaires allongés ou arrondis. — 2. Cavités glandulaires hypertrophiées tapissées d'épithélium cylindrique. — 3. Point où cet épithélium a proliféré. — 4. Revêtement à noyaux ovoïdes. — 5. Les cellules deviennent cubiques avec un gros noyau arrondi.

mulent parfois une sorte d'éruption, et certains auteurs les ont à tort identifiés à celles du tégument externe (érythème, eczéma, herpès, acné, pemphigus, etc.[1]). C'est une assimilation théorique, purement arbitraire, et basée sur aucune donnée sérieuse.

Érosions, ulcérations. — Le col peut offrir au voisinage de l'orifice externe un aspect rouge et dépoli, sans saillie ni dépression. C'est

Érosions.

[1] Courty. *Loc. cit.*, p. 1059.

l'**érosion** proprement dite. On peut l'observer dans le cas de vaginite aiguë, avec sécrétion abondante, ou encore par suite du contact d'un

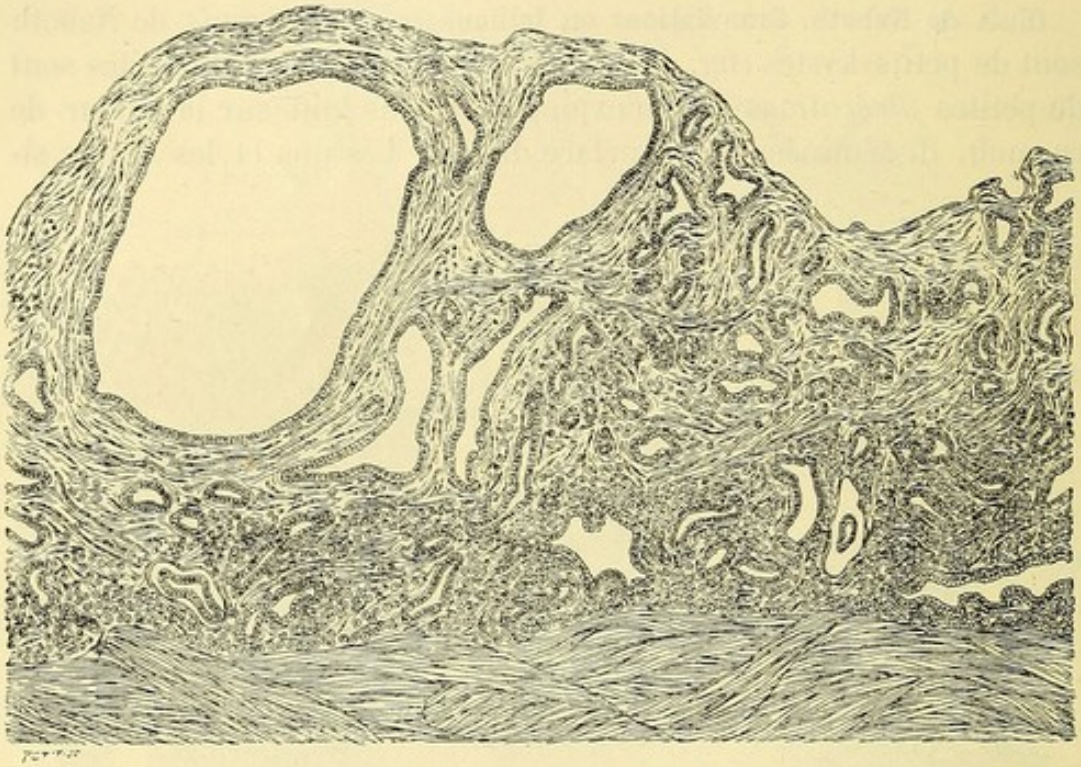


Fig. 125. — Endométrite polypeuse (Wyder).

corps étranger (pessaire) ; au microscope, on constate qu'il y a eu

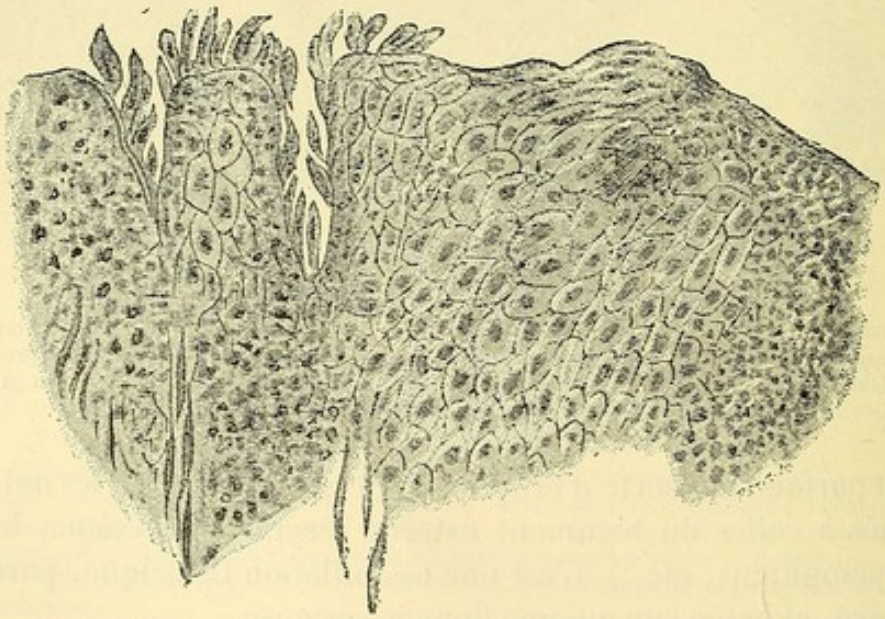


Fig. 126. — Endométrite *post abortum*, montrant des îlots de caduque, autour desquels se fait une prolifération cellulaire.

simple substitution de l'épithélium cylindrique à l'épithélium pavimenteux normal.

Fischel[1] a démontré qu'on trouve parfois à la naissance, chez l'enfant, une *pseudo-érosion* du museau de tanche, due à ce qu'au niveau de l'orifice externe, l'épithélium est alors cylindrique dans une certaine zone à l'extérieur. Plus tard cet épithélium se recouvre de stratifications pavimenteuses ; mais celles-ci viennent-elles à se desquamer, sous une influence quelconque, l'aspect primitif reparaît. Ainsi serait créée une prédisposition congénitale aux érosions

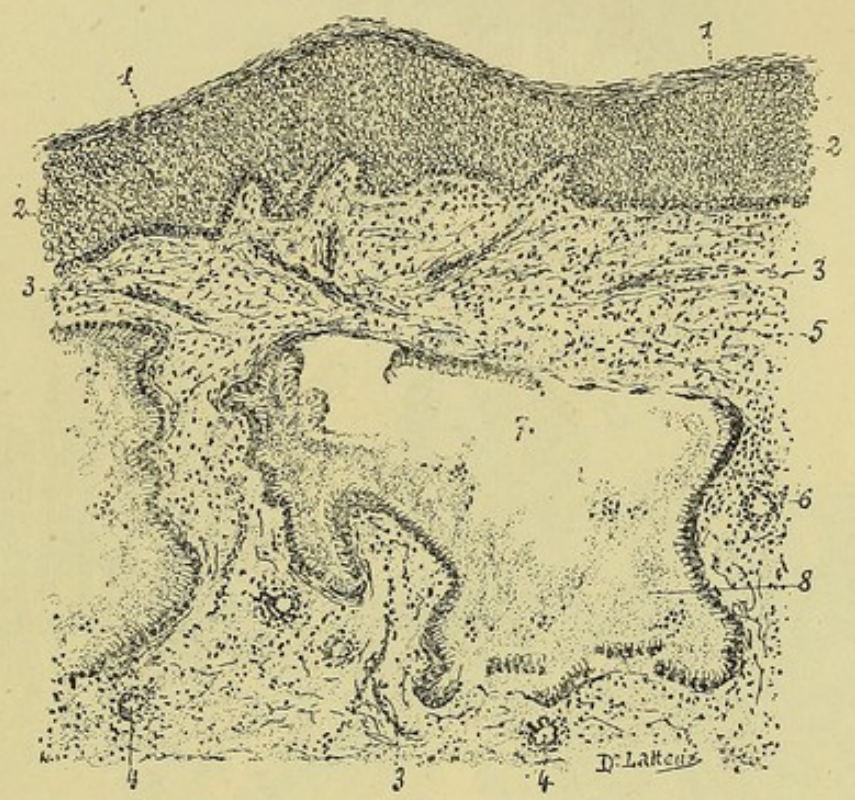


Fig. 127. — Œufs de Naboth. — (Coupe perpendiculaire à la surface du col, près du bord externe.)

1. Couche d'épithélium pavimenteux stratifié. — 2. Corps muqueux. — 3. Vaisseaux en long. — 4. Vaisseaux en travers. — 5. Tissu conjonctif avec nombreux éléments cellulaires. — 6. Petit centre d'accumulation de cellules embryonnaires autour d'un vaisseau. — 7. Intérieur d'un kyste (œuf de Naboth) formé aux dépens d'une glande dilatée et dont l'épithélium de revêtement est partiellement détaché. — 8. Matière colloïde épanchée à l'intérieur et contenant dans sa masse des amas de globules blancs et de cellules épithéliales.

tout à fait curieuse. Les remarques de Klotz[2] viennent à l'appui de cette manière de voir ; suivant cet auteur, il y a des femmes qui ont une érosion ou une ulcération, sous l'influence d'une inflammation très légère, tandis que d'autres, atteintes d'un catarrhe cervical intense, n'en présentent jamais. Enfin cet auteur a insisté sur les différences anatomiques individuelles qu'offraient, à l'état adulte et chez les vierges, la structure normale du col utérin et la ligne de

[1] Fischel. *Ein Beitrag zur Histologie der Erosionen der Portio vaginalis Uteri* (*Arch. f. Gyn.*, 1879, t. XV, p. 76 ; 1880, t. XVI, p. 192, et 1881, t. XVIII, p. 455), et *Die Erosion und das Ectropium* (*Centr. f. Gyn.* 1880, p. 425 et 585)

[2] H. Klotz. *Gynäkol. Studien.* Wien, 1879

démarcation des deux épithéliums. Il semble donc bien y avoir des femmes spécialement vouées à la métrite cervicale, par une véritable idiosyncrasie congénitale.

Ulcérations.

L'**ulcération** est le nom qu'on a donné à un autre aspect : sur toute la circonférence de l'orifice, ou seulement sur une partie de

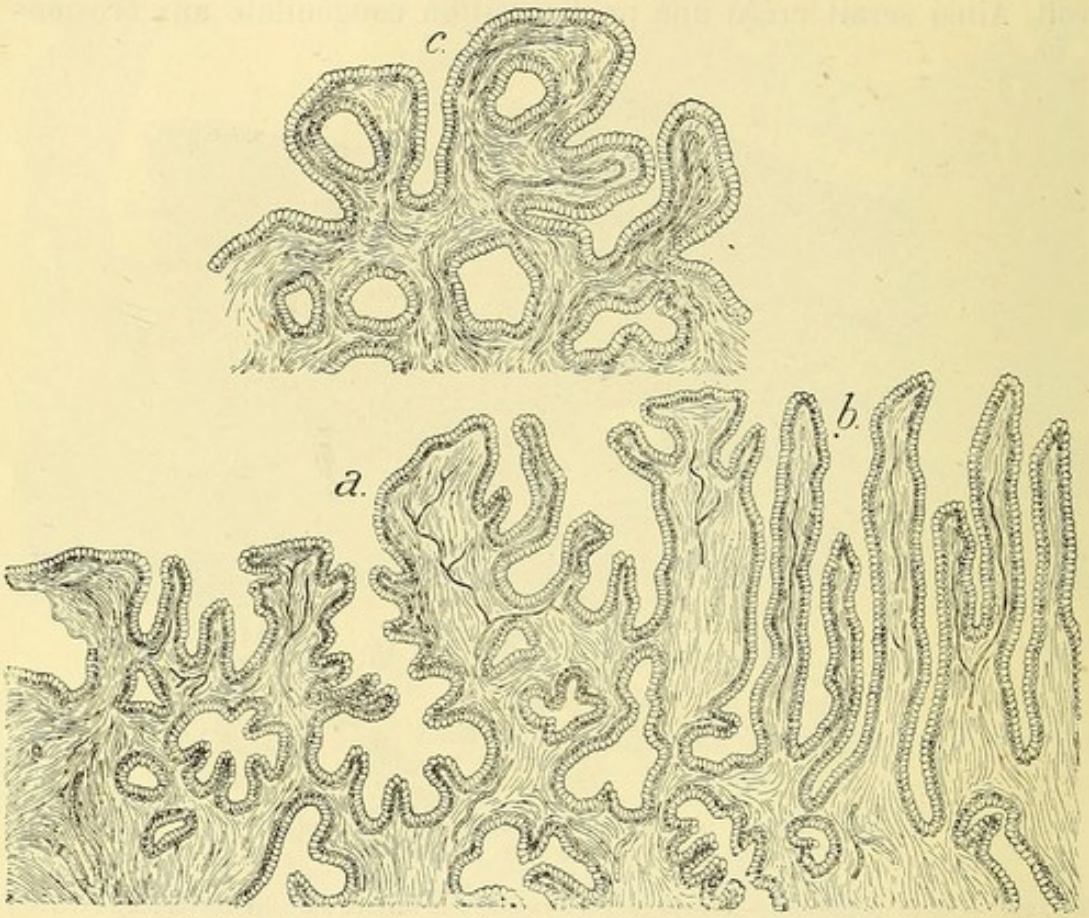


Fig. 128. — *a*, *b*, Érosion simple papillaire ; *c*, folliculaire. (Faible grossissement.)

son pourtour, existe une dépression apparente, généralement circonscrite par un bord circulaire, et dont la surface paraît lisse et rouge, ou encore veloutée et même villeuse. Les gynécologistes ont longtemps considéré cette lésion comme une perte de substance avec destruction de tissu, d'où le nom d'*ulcération*, de *col ulcéré*, et certains d'entre eux exagéraient singulièrement l'importance de cette lésion. Lisfranc en faisait le symptôme capital de son « engorgement de l'utérus » ; pour lui, c'était la maladie principale. Une réaction se produisit ; Gosselin [1] osa le premier, grande audace pour l'époque où

[1] Gosselin. *De la valeur symptomatique des ulcères du col utérin* (*Arch. gén. de méd.*, 1843, 4e série, t. II, p. 129). — *Cliniques de l'hôpital de la Charité*, 1879, t. III, p. 42.

il formulait cette opinion, avancer que l'ulcération n'était pas toute la maladie, mais seulement un symptôme de ce catarrhe utérin

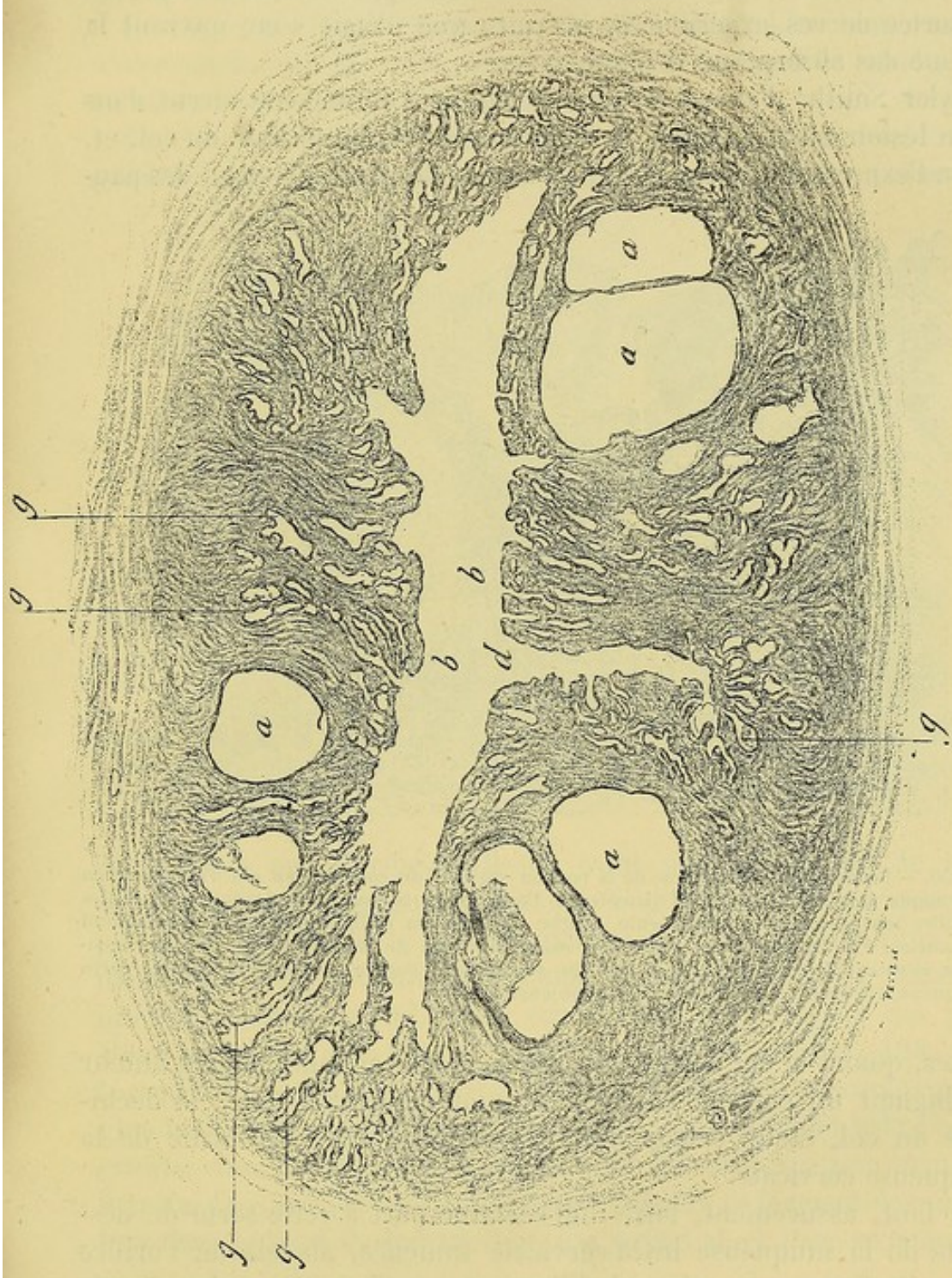


Fig. 129. — Coupe transversale de la partie supérieure du col, comprenant toute la muqueuse (faible gross. : 12 diamètres). (Cornil.) — La partie centrale vide représente la cavité du col; *b b*, la surface interne de la muqueuse présentant de petites saillies, des dépressions glandulaires superficielles et de grandes dépressions. *d*, intermédiaires aux plis de l'arbre de vie; *g g*, glandes situées profondément; *a a*, œufs de Naboth; *m m*, tissu musculaire formant la paroi utérine.

qu'avait d'abord fait connaître le travail de Mélier[1]. Ce n'est pas, affirmait d'autre part Gosselin, comme *lésion inflammatoire*, et en réagissant comme telle sur la constitution (opinion de Récamier et

[1] Mélier. *Considérations pratiques sur le traitement des maladies de la matrice* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1833, t. II, p. 330).

de Lisfranc), que les ulcérations sont graves, mais à cause de l'*affaiblissement* produit par leur sécrétion ; c'est à la suite d'expériences que l'éminent clinicien en était même arrivé plus tard, en exagérant la portée de ces expériences, à croire que c'était « en ouvrant la porte à des absorptions délétères ».

Tyler Smith[1] d'abord, et plus récemment Roser[2], ne virent dans cette lésion qu'une hernie de la muqueuse de l'intérieur du col, et, selon l'expression de Roser, un **ectropion** comparable à celui des pau-

Ectropion.

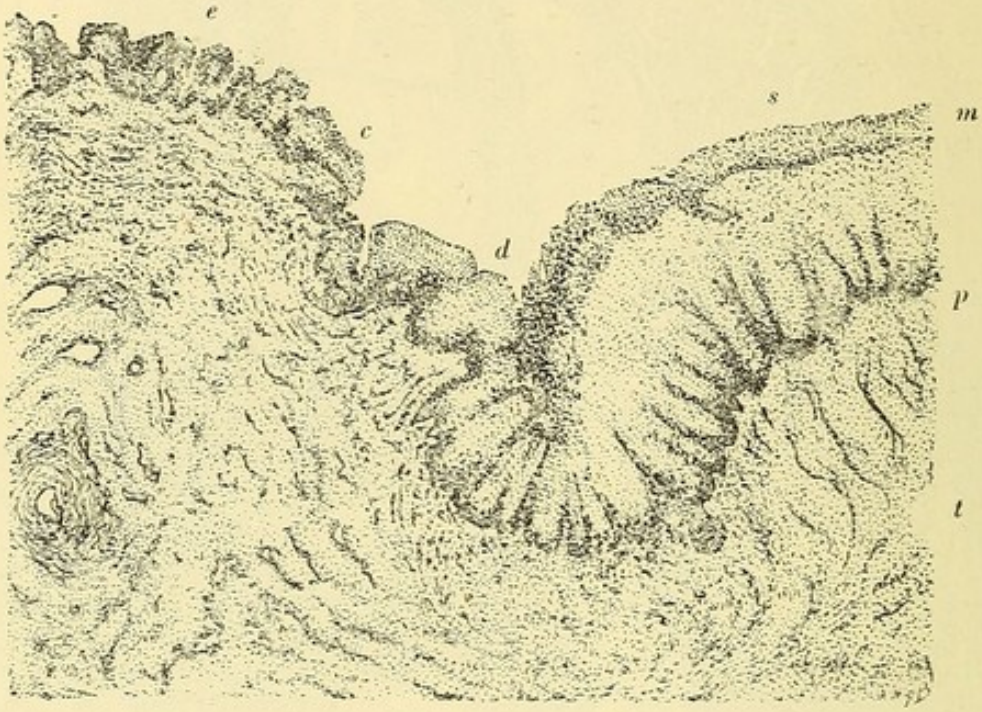


Fig. 150. — Section de la muqueuse de la portion vaginale du col dans un cas d'inflammation chronique (grossissement de 40 diamètres). (Cornil.) — A la gauche de la figure, en *e*, les papilles sont recouvertes d'une seule couche d'épithélium cylindrique; en *c*, l'épithélium commence à devenir pavimenteux; *d*, dépression au niveau de laquelle l'épithélium pavimenteux s'épaissit progressivement; *s*, couche superficielle cornée de l'épithélium; *m*, corps muqueux très épais; *p*, papilles; *t t*, tissu conjonctif.

pières, quand la conjonctive est renversée ou enflammée. Cet auteur distinguait un ectropion traumatique ou cicatriciel, dû à la déchirure du col, et un ectropion inflammatoire, dû à la hernie de la muqueuse cervicale.

Il faut, assurément, faire une certaine part à cette sorte de descente de la muqueuse intra-cervicale tuméfiée, au-delà de l'orifice et sur la face externe du col. Elle peut constituer, dans les cas de déchirures profondes, la majeure partie de la surface exposée, de l'*ulcération*. Mais, dans beaucoup de cas, l'orifice du museau de tanche fermé ne laisserait déborder qu'un mince liséré de la mu-

[1] Tyler Smith. *Med. chir. Transact.*, 1852, t. XXXV, p. 398.
[2] Roser. *Das Ectropium am Muttermund* (*Arch. der Heilkunde*, 1881, t. II, p. 97).

queuse interne, et comme l'ulcération envahit pourtant une grande partie de la surface convexe du col, il faut absolument reconnaître qu'il y a eu altération *sur place* de cette surface.

Quelle est la nature exacte de cette altération? L'ancienne notion d'ulcération est-elle exacte et répond-elle à une réalité anatomique ou seulement à une apparence?

Le travail magistral de Veit et Ruge[1], confirmé d'abord en France par de Sinéty, est venu éclairer cette question d'un jour tout nouveau.

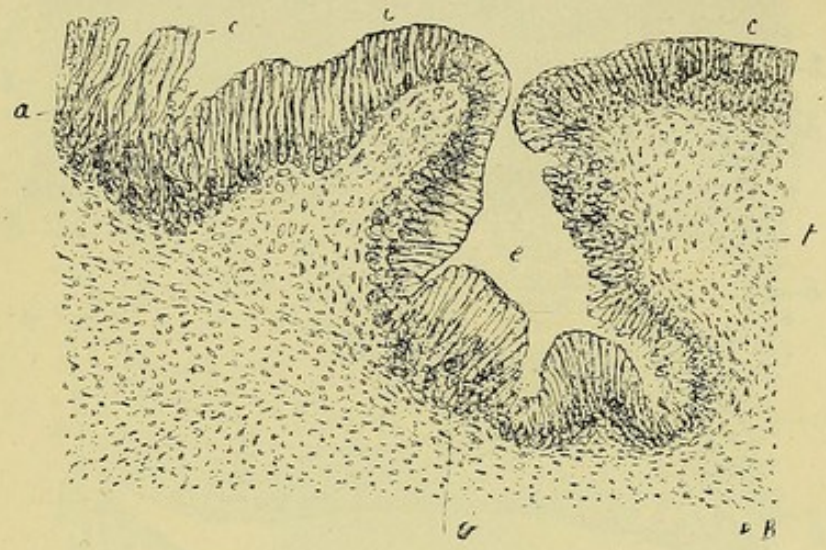


Fig. 131. — Portion de la muqueuse représentée dans la figure précédente (grossissement de 200 diamètres). — *a*, épaisseur de la couche épithéliale superficielle formée de cellules cylindriques très allongées, *c*; *e*, dépression inter-papillaire; *t*, tissu conjonctif. (Cornil.)

Ces auteurs ont affirmé qu'il n'y avait pas destruction de tissu, mais bien néoformation : tandis que l'épithélium cylindrique remplace, au niveau de la surface externe *ulcérée*, l'épithélium pavimenteux, il s'y produit des glandes juxtaposées, et la substance inter-glandulaire prend, entre ces dépressions, l'aspect des pieux d'une palissade, d'où l'aspect **papillaire** de la surface (fig. 128, *a*, *b*). Lorsqu'une déchirure bilatérale du col permet à cette néoformation glandulaire de s'étaler largement à l'extérieur, elle déborde l'orifice externe comme un parement de velours cramoisi sur une manche[2]. D'autres fois, ces glandes deviennent kystiques et forment des mamelons dans le fond de l'ulcération, qui prend alors l'aspect **folliculaire**

[1] Veit et Ruge. *Zur Path. der Vaginalportion.* (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1878, Bd. II, p. 415, et 1882, Bd. VIII, p. 405.)

[2] Il est certain que les déchirures du col favorisent beaucoup l'*ulcération*, mais il est toutefois exagéré de dire avec Bouilly (*Semaine méd.*, 5 sep. 1888, p. 345) qu'il n'existe pas d'ulcération vraie du col, sans déchirure produite par l'accouchement. — Bennett (*Traité pratique des inflamm. de l'utérus*, trad. de Peter, 1864, p. 142) a, fort nettement et il y a longtemps, décrit des ulcérations chez les vierges et les nullipares. J'en ai moi-même observé de nombreux exemples.

(plus évident encore à la coupe qu'à l'inspection directe)[1] (fig. 128, *c*). Ces kystes peuvent former des amas détachés de la surface du col, sous forme de **polypes muqueux** ou utéro-folliculaires (fig. 135). Ce sont de petits amas rosés, demi-transparents ou violacés, plus ou moins franchement pédiculés dans la cavité ou hors de l'orifice du museau de tanche; ils ressemblent beaucoup aux polypes muqueux

Polypes muqueux.

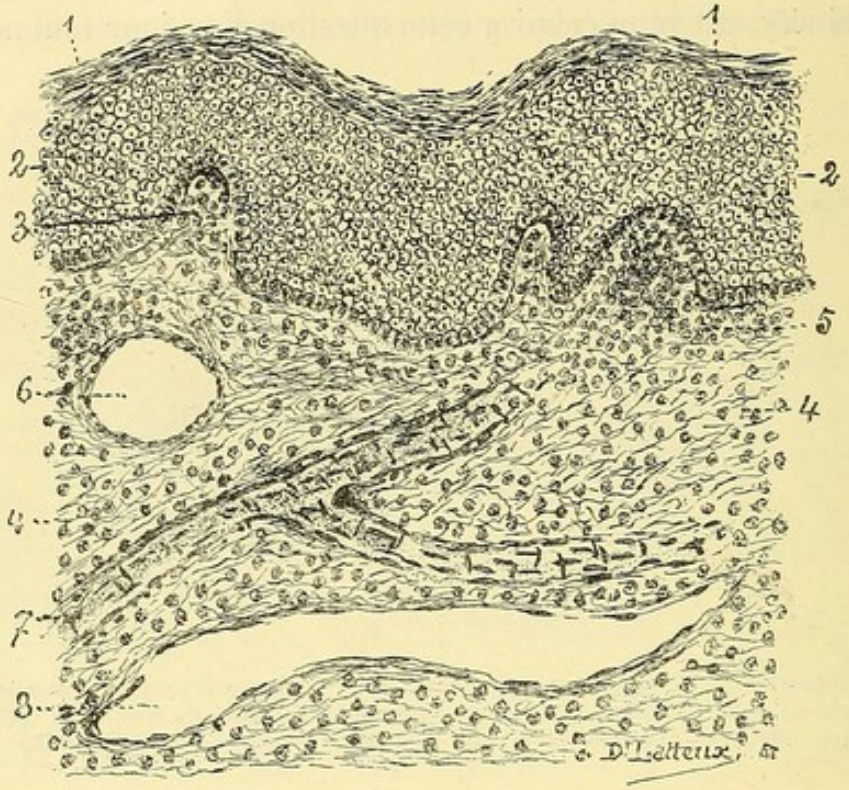


Fig. 132. — Métrite du col. — (Hypertrophie de la couche épithéliale cornée.)

1. Couche cornée à cellules aplaties. — 2. Corps muqueux doublé d'épaisseur. — 3. Papille. — 4. Tissu conjonctif riche en cellules. — 5. Centre embryonnaire inflammatoire. — 6. Vaisseau entouré d'une zone de cellules en voie de prolifération. — 7. Gros capillaire ramifié. — 8. Fente lymphatique dilatée.

du nez, quoique étant infiniment plus vasculaires[2]. Quand la transformation kystique des glandes se fait dans l'épaisseur même du tissu cervical, elle peut, en pénétrant et dilatant sa substance, en provoquer l'allongement par **hypertrophie folliculaire** (fig. 134, *A*). Enfin la végétation glandulaire et la transformation kystique peuvent se faire aussi à l'intérieur du col entr'ouvert, et constituent

Hypertrophie folliculaire.

[1] Ruge et Veit. *Anat. Bedeutung der Erosionen am Scheidentheil* (*Centr. f. Gyn.*, 1877, n° 2, p. 17). — De Sinéty. *Des ulcérations du col de l'utérus dans la métrite chronique.* (*Comptes rendus de la Soc. de biologie*, et *Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, 1880, p. 973.)

[2] C'est à tort que les auteurs décrivent les polypes muqueux de l'utérus dans un chapitre distinct. Au triple point de vue de l'anatomie pathologique, de la clinique et du traitement, ces lésions appartiennent à la métrite hémorrhagique. Voir sur ce sujet : A. Gomet. Thèse de Paris, 1889.

alors dans sa cavité des reliefs sessiles que je compare volontiers à une amygdale (fig. 134, *B*).

La théorie de Ruge et Veit, vraie dans la grande majorité des cas, n'est cependant pas aussi absolue que l'avaient indiqué ces auteurs. Fischel a réagi contre leur exclusivisme et montré qu'il y a parfois perte de substance véritable, *ulcération*, dans le sens propre du

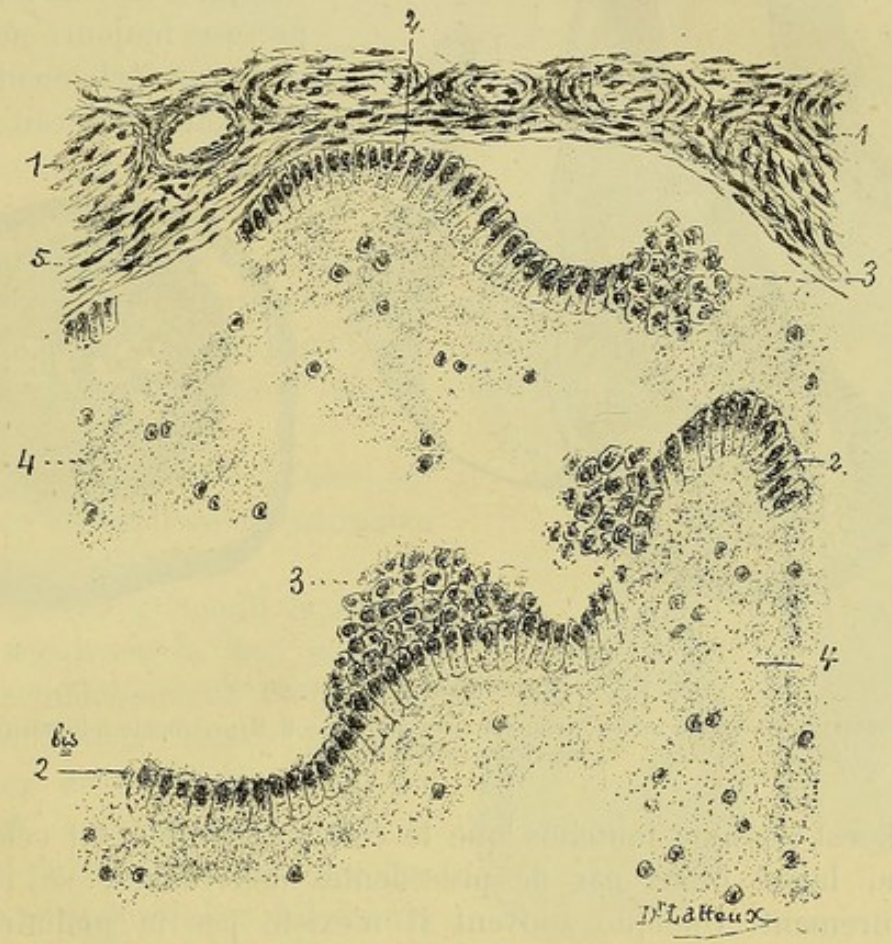


Fig. 133. — Métrite du col. — Glande dilatée remplie de matière colloïde. — (500 diam.)

1. Tissu conjonctif à cellules transformées. — 2. Épithélium cylindrique encore adhérent à la paroi de la glande. — 2*bis*. Lambeau épithélial détaché. — 3. Modification de l'épithélium qui prolifère et devient polyédrique dans la couche profonde. — 4. Matière colloïde englobant des éléments lymphatiques. — 5. Petite fente lymphatique.

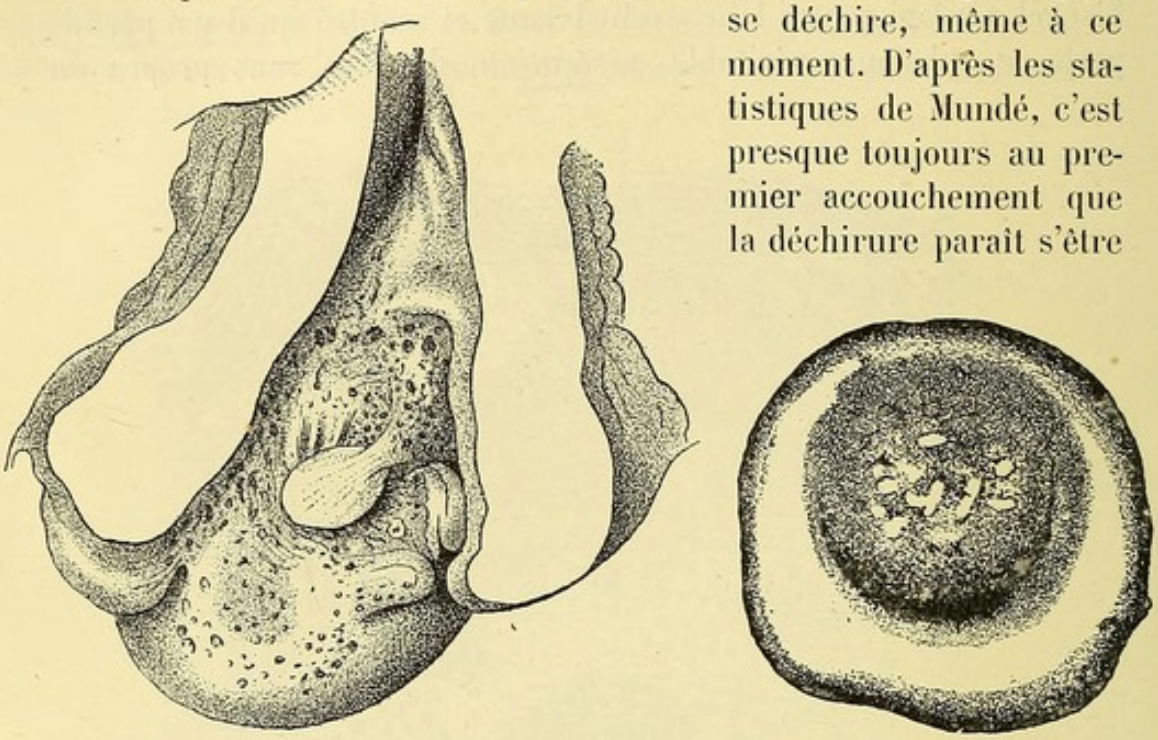
mot. L'épithélium est alors desquamé et la muqueuse est recouverte par places de granulations inflammatoires, ayant leur point de départ dans les papilles. Döderlein[1] a vérifié la réalité de ces deux processus : celui de la pseudo-ulcération (Ruge et Veit) et celui de l'ulcération vraie (Fischel).

Déchirures du col.

La déchirure, ou, comme disent les étrangers, la **lacération** du col

[1] Döderlein. *Uber die Histogenese der Erosionen der Portio vaginalis*. Société obst. et gyn. de Leipsick, 16 avril 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 6, p. 99).

utérin, est une lésion des plus fréquentes après l'accouchement. On l'observe même après l'avortement à deux mois, à un moment où l'élasticité de l'œuf rend cette lésion *a priori* peu probable; mais il suffit que le col soit incomplètement ramolli et dilaté pour qu'il se déchire, même à ce moment. D'après les statistiques de Mundé, c'est presque toujours au premier accouchement que la déchirure paraît s'être



A B

Fig. 154. — Hypertrophie folliculaire du col.

A. Lèvre antérieure, surface interne (vue sur une coupe). — B. Hypertrophie folliculaire, lèvre antérieure (vue de face).

faite. Il est possible toutefois que le col, comparable, en cela, au périnée, laissé intact par de précédentes délivrances, se rompe ultérieurement. Quoique souvent il n'existe pas la moindre encoche sur le col de nombre de femmes ayant eu des enfants, la fréquence des déchirures est cependant très grande. Leur rôle pathologique a été mis en relief et certainement exagéré par Emmet, qui est allé jusqu'à dire que « la moitié au moins des affections utérines, chez les femmes ayant eu des enfants, proviennent de lacérations du col ». Pallen estime que la proportion, en pareil cas, est de 40 pour 100. Elle est de 1/6 pour Goodell. Mundé, sur 2500 femmes ayant accouché, a trouvé 612 déchirures (environ 25 pour 100), mais 280 seulement (un peu plus de 11 pour 100[1]) étaient assez profondes pour pouvoir vraisemblablement avoir une influence pathologique. Les autres étaient, ou très peu accusées, ou cicatrisées.

Les variétés, ou degrés de la déchirure, sont en effet très varia-

[1] L'auteur indique 50 pour 100; il y a là une erreur de calcul évidente.

bles; on peut les distinguer en : unilatérales, bilatérales, antérieures, postérieures et étoilées (fig. 140 et 141).

C'est la déchirure bilatérale qui est la plus fréquente ; puis viennent l'unilatérale, ensuite l'étoilée, la déchirure multiple, la postérieure, et enfin, en dernier lieu, l'antérieure. La déchirure unilatérale est plus souvent observée à gauche, à cause, sans doute, de la prédominance de la présentation occipito-iliaque gauche antérieure, la rupture du col se faisant au niveau de l'occiput. Quand la déchirure a été profonde et s'est partiellement cicatrisée, on sent une ligne inodulaire le long du col qui est lui-même incliné à ce niveau ; parfois on constate dans le cul-de-sac vaginal, à la base du ligament large, la présence d'un petit noyau dur, cicatriciel, qui a, sans doute, la même origine traumatique.

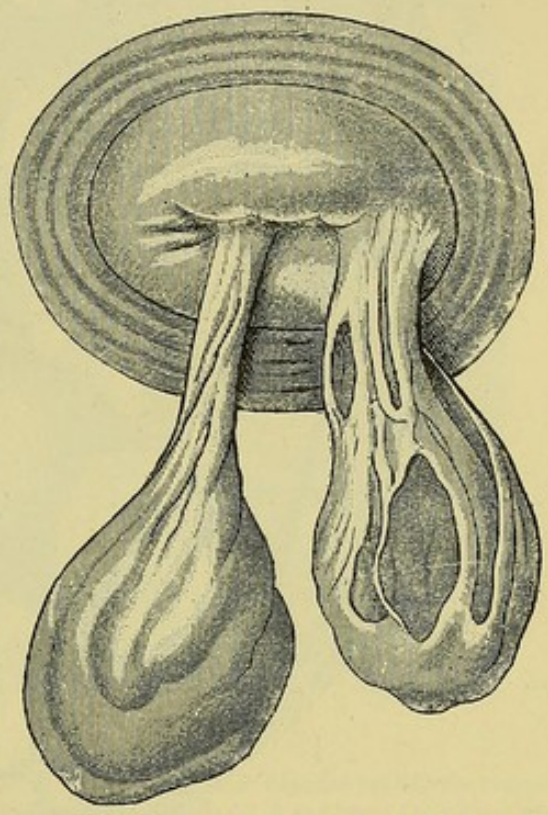


Fig. 135. — Polypes muqueux implantés dans l'intérieur et sur la surface du col, provenant d'une hypertrophie folliculaire.

Dans la déchirure étoilée, les fentes sont généralement moins profondes.

Enfin on a étendu la notion de déchirure à des cas qui vraisemblablement n'ont rien à faire avec elle : je veux parler de ceux où le col est béant, sans toutefois que le doigt puisse sentir des encoches à sa périphérie. Les défenseurs du rôle pathogénique de la lacération n'ont pas manqué d'y voir une déchirure de la muqueuse interne ou endotrachélienne, ayant entraîné une subinvolution de tout le col et la béance de la cavité cervicale ; elle serait alors exposée à l'air et parfois au frottement, d'où un catarrhe cervical serait ainsi entretenu. Cette variété devrait, d'après Mundé, être considérée comme une subinvolution du col avec paralysie des fibres musculaires produite par leur rupture sous-muqueuse (fig. 142, A).

Pour la commodité de la description, on a proposé de distinguer la déchirure, suivant sa profondeur, en trois degrés : le premier qui entame le col assez légèrement (fig. 140, *A*) ; le second (fig. 140, *B*), qui incise le col dans la moitié de sa hauteur ; le troisième (fig. 140, *C*.), qui va jusqu'au cul-de-sac vaginal et même le dépasse (Mundé).

Il est possible que la déchirure ne s'accompagne pas d'ulcération et que toute sa surface soit recouverte d'épithélium pavimenteux, comme le reste du col. Cette cicatrisation sur place de la solution de continuité, sans réunion de ses lèvres, s'observe en particulier après les discisions chirurgicales suivies d'un traitement antiseptique rigoureux. Quand elle se produit après l'accouchement, on peut donc

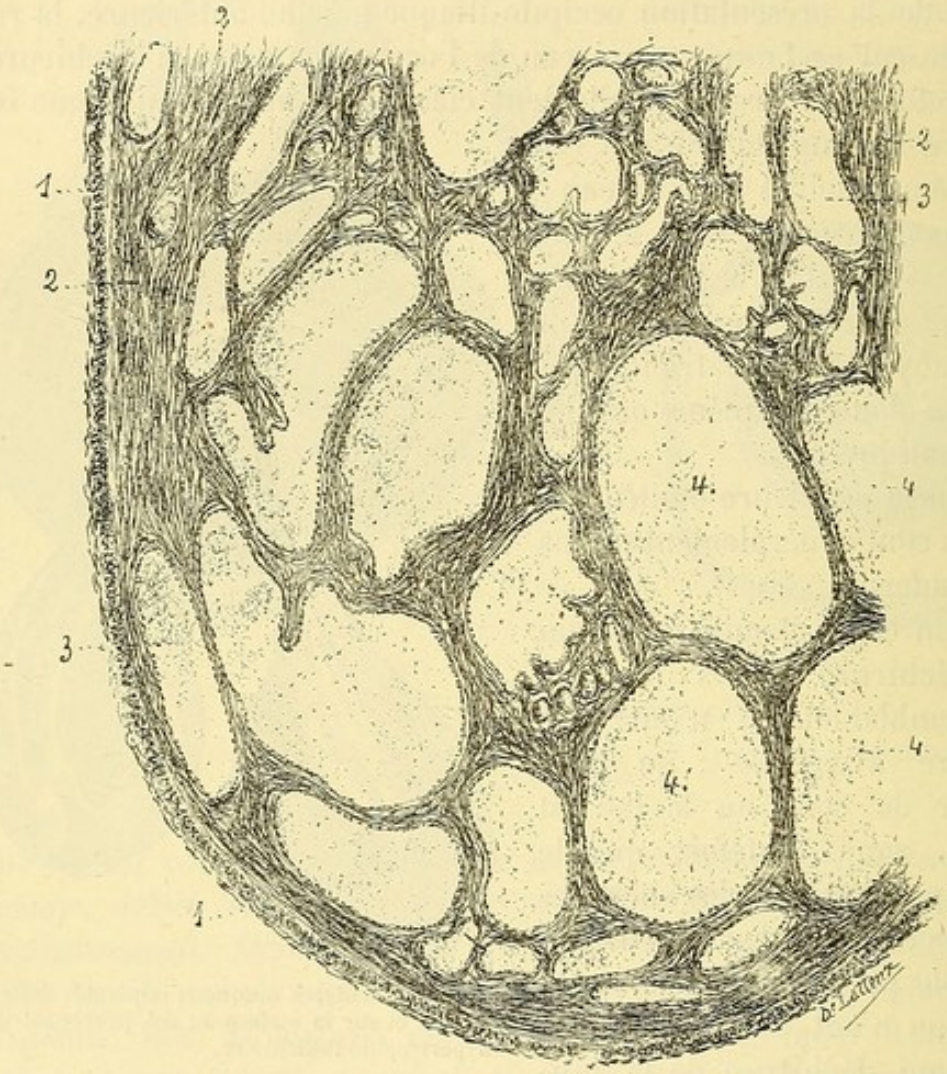


Fig. 136. — Polype muqueux du col.

(Coupe transversale perpendiculaire à la surface ; faible grossissement.)

1. Couche épithéliale pavimenteuse. — 2. Tissu fibreux avec éléments musculaires lisses. — 3. Glandes présentant des dilatations de plus en plus considérables et devenant kystiques en certains points. — 4. Contenu colloïde des cavités dilatées.

en conclure que la déchirure a échappé à toute infection. Dans le cas contraire, l'ulcération se produit. Alors, plus la lacération est profonde, plus le renversement des lèvres, l'ectropion de la muqueuse interne, est considérable. Cette exposition de la muqueuse aux causes d'irritation vaginale, sécrétions, frottements, contact de l'air, est, à n'en pas douter, une condition très efficace pour l'entretien du processus morbide qui constitue les prétendues *ulcérations*. L'alté-

ration papilliforme et kystique peut alors être poussée si loin et être si largement étalée sur les lèvres retroussées, qu'elle donne l'apparence d'un fongus de mauvaise nature (fig. 142, *B*).

En même temps, il se produit dans les cols déchirés des altérations histologiques importantes. En premier lieu, le travail de

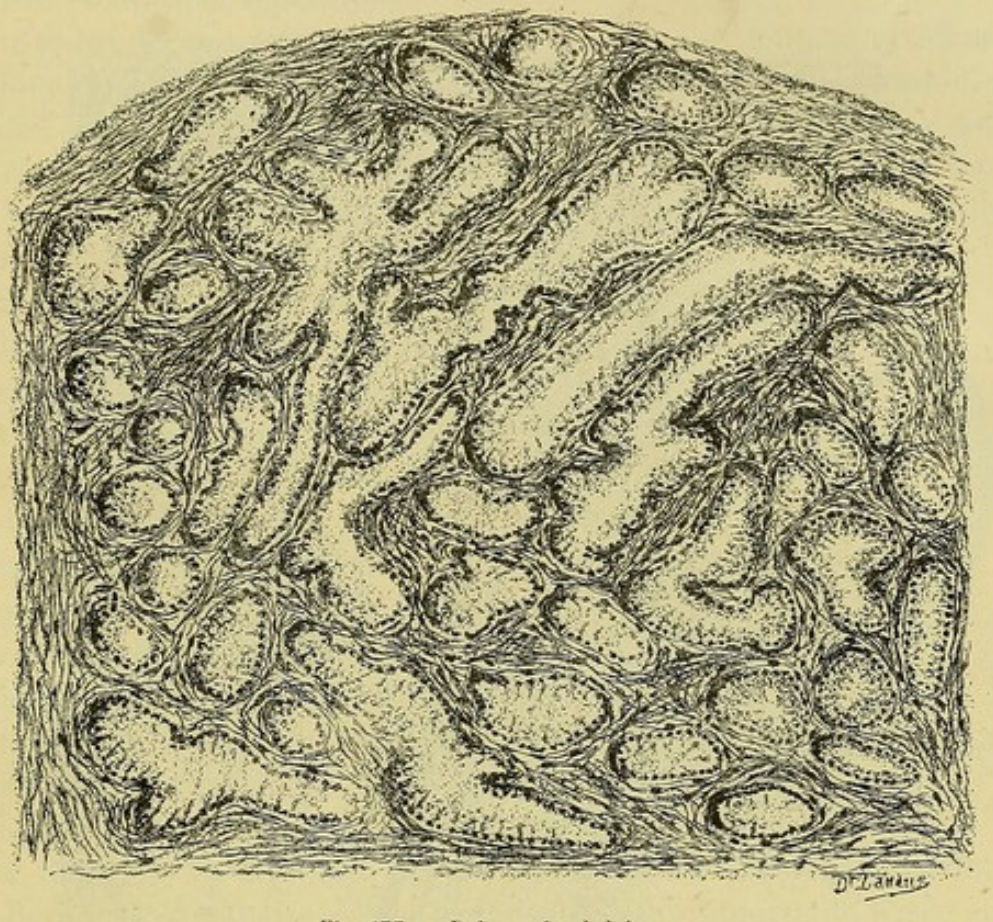


Fig. 137. — Polype glandulaire.

1. Stroma de tissu fibreux, avec fibres élastiques et fibres lisses. — 2. Glandes proliférées coupées sous les incidences les plus variées et tapissées d'un épithélium à contours cellulaires mal limités, remplies de matière colloïde granuleuse.

cicatrisation lui-même, par la rétraction du tissu inodulaire, peut, dans les cas de grande lacération, avoir des conséquences fâcheuses; il comprime les glandes, amène leur dégénérescence kystique et l'hypertrophie du tissu (*hyperplasie kystique*). Le tissu dense de la cicatrice, en comprimant les terminaisons nerveuses, serait, pour Emmet et ses disciples, l'origine des accidents nerveux les plus variés. C'est surtout, d'après ce gynécologiste (qui a exagéré, à coup sûr, l'influence de cette petite lésion), la pression exercée dans l'angle supérieur de la déchirure par ce qu'il appelle *la cheville cicatricielle* (*cicatricial plug*), qui est « la racine du mal »; il y voit une cause fréquente de névroses, même dans les cas où la déformation du col est très peu accusée [1].

[1] Doléris (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1888, p. 50 et suiv.) insiste, après Emmet.

Une autre lésion précoce du col déchiré est le renversement des lèvres du col, dont la principale cause réside dans la traction exercée par les insertions du vagin sur le col divisé ; elle pousse à l'extrême l'ectropion de la muqueuse, qui est d'autant plus marqué que celle-ci est devenue plus malade. Enfin, une troisième conséquence de la

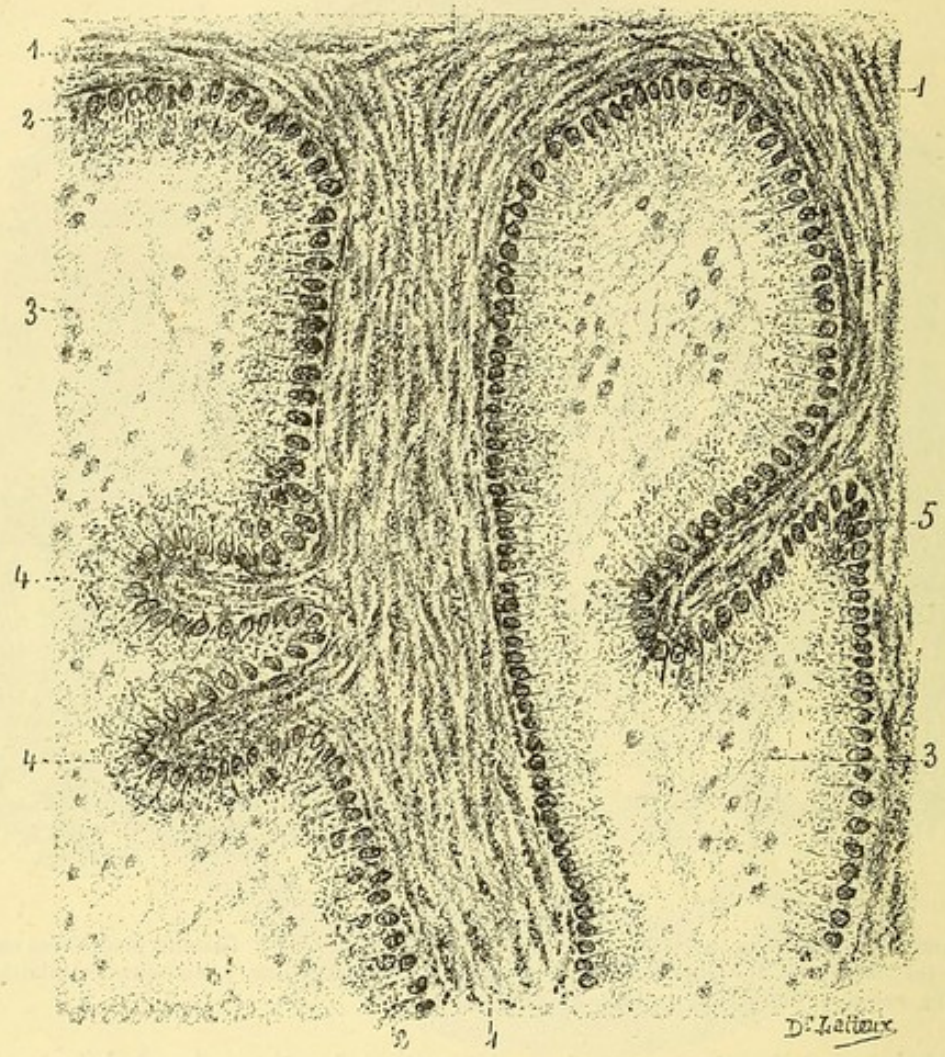


Fig. 138. — Cloisons des cavités kystiques dont les parois donnent naissance à des mamelons papillaires. — Un point de la figure précédente fortement amplifié.

1. Tissu fibro-musculaire. — 2. Épithélium cylindrique sans cils vibratiles, tuméfié et à limites cellulaires mal définies. — 3. Matière colloïde tenant en suspension des débris cellulaires. — 4. Papilles faisant hernie dans l'intérieur du kyste. — 5. Point où les cellules proliférées ont changé de forme.

déchirure serait l'arrêt de l'involution post-puerpérale, d'où la congestion passive, le catarrhe, etc.

Pathogénie. **Pathogénie.** — La généralité des auteurs classiques décrivant successivement les diverses formes de métrite d'une façon complète,

sur ce *clou cicatriciel*, et attribue, dans sa formation, une certaine influence à la paramétrite consécutive à l'infection de la déchirure, dont elle a amené la dégénérescence ulcéreuse.

l'étude des causes se trouve morcelée en plusieurs tronçons, comme si chaque type était différent dans toutes ses parties. Il me semble qu'il n'y a aucun intérêt à suivre cette tradition. De même que j'ai réuni dans un seul paragraphe l'étude anatomo-pathologique, je présenterai d'un seul coup celle des causes, en évitant ainsi de nombreuses et inutiles répétitions.

Au point de vue **pathogénique**, on peut dire que toutes les inflammations de l'utérus sont certainement d'origine infectieuse, microbienne. La connaissance des bactéries générales de la femme date du travail de Haussmann[1]. Depuis, grâce aux nombreuses opérations pratiquées sur l'utérus et les annexes, les travaux se sont multipliés, etc. La démonstration directe est maintenant faite, et depuis longtemps l'induction ne laissait, du reste, aucun doute à ce sujet. Cette opinion maintenant vulgarisée[2] a été très catégoriquement émise, il y a déjà assez longtemps, par Schröder[3].

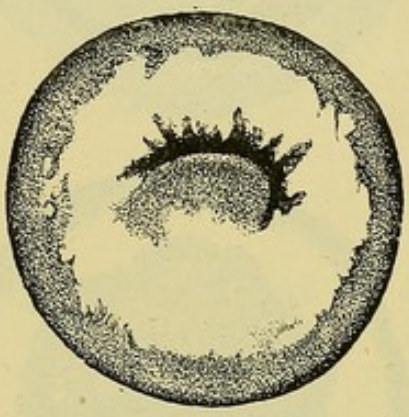


Fig. 139. — Col intact.
Ouverture normale du col chez une femme multipare.

Des recherches plus récentes sont venues confirmer ces présomptions[4]. Le fait, tout d'abord, paraît désormais hors de doute pour la métrite d'origine blennorrhagique. Le rôle particulièrement important du gonocoque dans la pathogénie des affections génitales de la femme a été bien mis en lumière par Schwarz, Steinschneider et surtout par Bumm et Wertheim[5]. Dans une statistique importante basée sur 1000 malades du service de A. Martin, Witte[6] a trouvé 288 femmes atteintes de blennorrhagie, dont 65 cas d'endométrite et 56 cas de pelvipéritonite.

Steinschneider[7], dans ses intéressantes études sur le siège de l'infection gonorrhéique chez la femme, a démontré que longtemps après que les gonocoques ont disparu de l'urèthre, on en retrouve dans le col ou le corps de l'utérus, dont les muqueuses sont infini-

[1] Haussmann. *Die Parasiten der weiblichen Geschlechtsorgane.* Berlin, 1870.

[2] Doléris. *De l'endométrite et de son traitement* (*Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, 1887). M. Péraire. *Des endométrites infectieuses.* Thèse de Paris, 1889.

[3] Schröder. *Maladies des org. génit. de la femme*, trad. franç. faite sur la 6e édit. allemande (1885), Bruxelles, 1886, p. 117.

[4] Je ne comprends pas, dans le cadre des *métrites*, la *tuberculisation de l'utérus* qu'on trouvera décrite dans le chapitre relatif à la tuberculose génitale. On sait que cette infection spéciale est due au bacille de Koch.

[5] Wertheim. *Arch. f. Gyn.*, 1892, t. XLI, p. 1.

[6] Witte. *Centr. f. Gyn.*, 1893, n° 4.

[7] Steinschneider. *Berl. klin. Woch.*, 1887, n° 17.

ment plus propices à leur culture que celle du vagin ; des circonstances défavorables sont constituées par l'épais revêtement pavimenteux de cette cavité, l'acidité de ses sécrétions et la concurrence vitale des nombreuses bactéries qui y habitent normalement et dont G. Winter a fait une description détaillée.

Même démonstration directe est depuis peu également acquise, quant aux micro-organismes de l'endométrite post-puerpérale.

Goenner (de Bâle)[1] a trouvé, dans

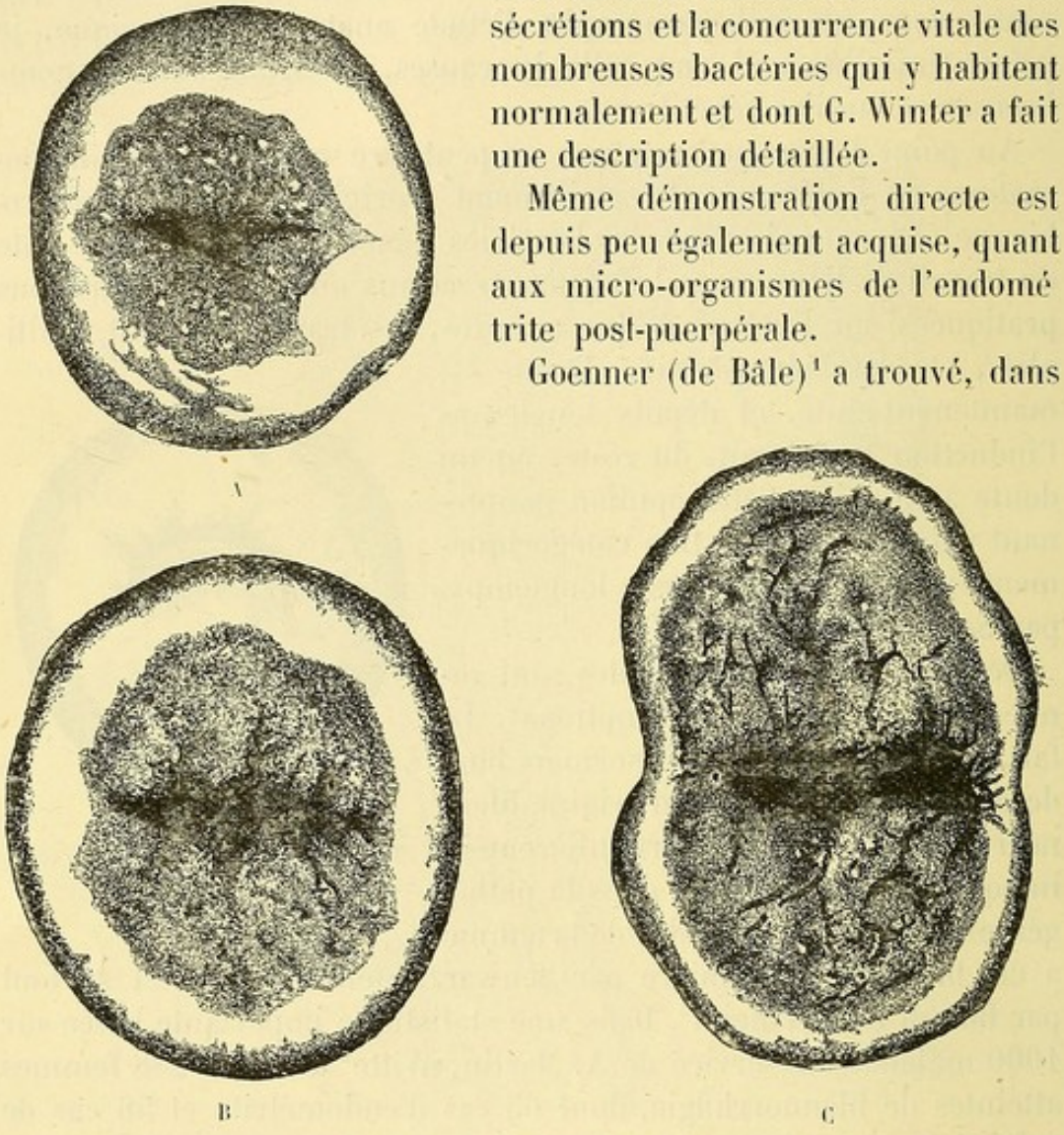


Fig. 140. — Déchirures du col[2].

A. Déchirure bilatérale du col, premier degré. — B. Déchirure bilatérale du col, second degré. — C. Déchirure bilatérale du col, troisième degré (les lèvres sont maintenues écartées par des crochets).

des cas de fièvre puerpérale, des *streptococci* qu'il a pu facilement cultiver. Döderlein[3], plus récemment, a recueilli avec de très grandes

[1] Alf. Goenner. *Ueber Mikroorganismen im Secret der weibl. Genitalien während der Schwangerschaft und bei puerperalen Erkrankungen* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 28).

[2] Les figures 140, 141, 142, sont empruntées à Munde. (*Minor surgical Gynæcol.*, p. 436, 440 et 447.)

[3] A. Döderlein. *Ueber Vorkommen und Bedeutung der Mikroorganismen in den Lochien gesunder und kranker Wöchnerinen* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 25, p. 374 et n° 28, p. 452). Le travail original se trouve in *Arch. f. Gyn.*, 1887, t. XXXI, p. 412. — *Das Scheidensecret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber*, Leipzig 1892.— D'après Doléris (*Essai sur la pathogénie et la thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches.* Thèse de Paris 1880, p. 95), ce serait Pasteur qui, le premier, aurait démontré, par

précautions les lochies des accouchées, dans l'utérus lui-même, après

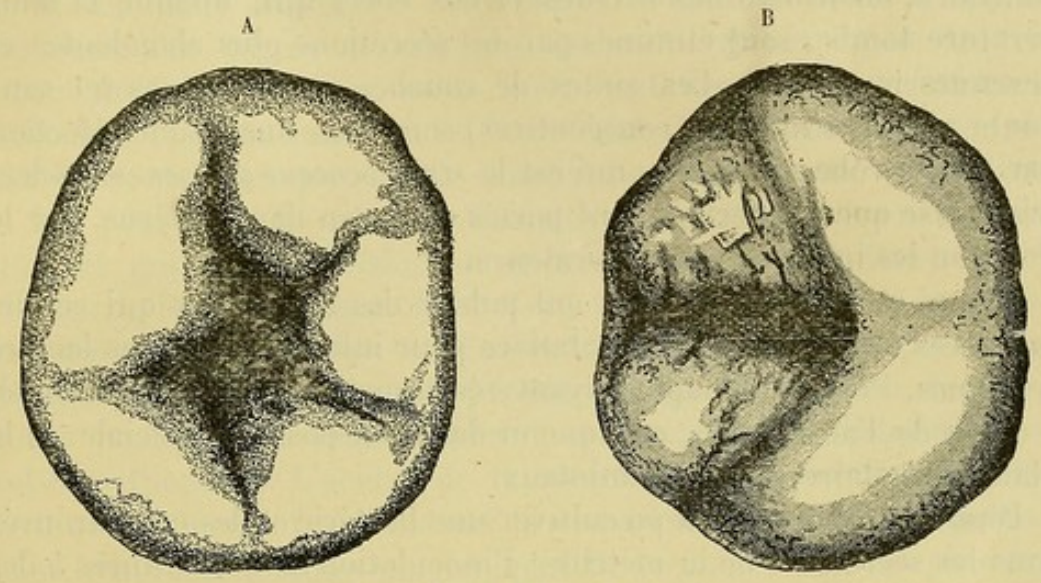


Fig. 141. — Déchirures du col.

A. Déchirure étoilée du col. — B. Déchirure unilatérale du col (à droite)

s'être mis à l'abri de toute souillure vaginale. Les lochies ont été

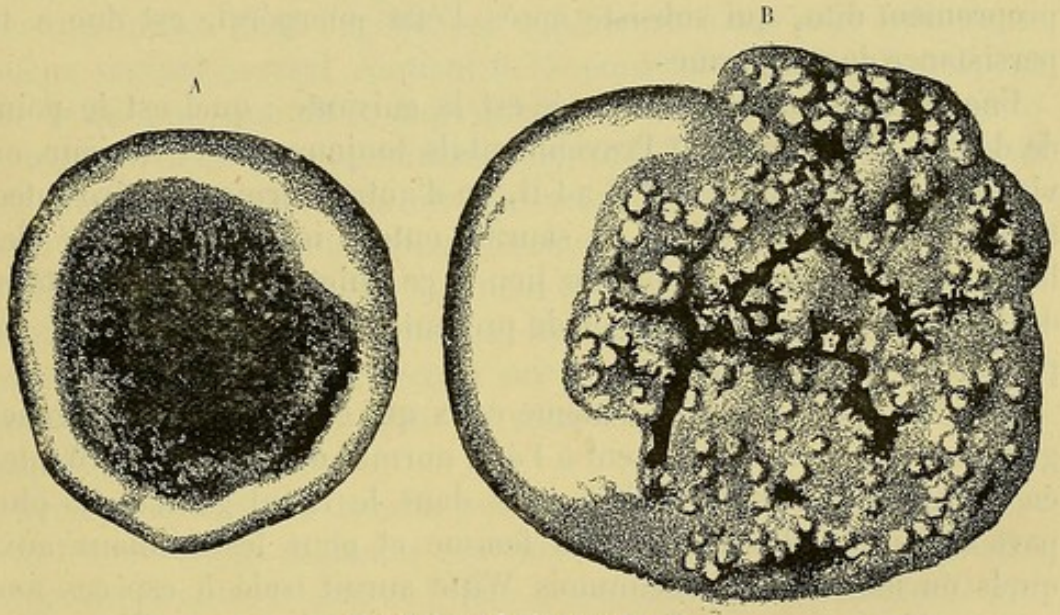


Fig. 142. — Déchirures du col.

A. Déchirures sous-muqueuses du tissu cervical n'entamant pas son bord, mais produisant sa béance. — B. Énorme hypertrophie folliculaire et papillaire, simulant un épithélioma, sur un col déchiré.

examinées au microscope et éprouvées par la culture sur la gélatine et l'agar-agar. Le résultat de ces recherches a été que, dans les suites des couches normales, la température ne dépassant pas

l'étude des lochies des femmes en couches, que celles des femmes saines sont exemptes de microbes, tandis qu'ils pullulent dans les lochies des femmes malades.

38 degrés, il n'y a pas de germes. Quand il y a de la fièvre, au contraire, on trouve des bacilles et des cocci qui, lorsque la température tombe, sont éliminés par les sécrétions plus abondantes et devenues purulentes. Les suites de couches pathologiques (et sans doute aussi les métrites consécutives) sont donc dues à une infection par un microbe pathogène, qui est le *streptococcus pyogenes*. Döderlein pense que ces germes sont portés du vagin dans l'utérus, par le doigt ou les instruments explorateurs.

Straus et Sanchez Toledo[1] ont publié des recherches qui confirment ces faits. Mais leurs tentatives pour infecter, avec des lochies septiques, l'utérus de lapine ayant récemment mis bas, ont échoué, à cause de l'absence de caduque et de la disposition spéciale de la plaie placentaire, chez ces animaux.

Péraire[2] a observé et a pu cultiver une bactérie et des cocci trouvés dans les sécrétions de la métrite : l'inoculation de ces cultures à des lapines a été suivie de fièvre et de vaginite.

Il est donc bien établi que dans la métrite septique, ou, pour mieux dire, dans l'infection de la muqueuse utérine qui peut succéder à l'accouchement ou à l'avortement, les accidents reconnaissent pour cause la prolifération des microbes pathogènes, et la *métrite* proprement dite, qui subsiste après l'état puerpéral, est due à la persistance de ces germes.

Une question plus controversée est la suivante : quel est le point de départ des microbes? Proviennent-ils toujours de l'extérieur, ou viennent-ils de l'intérieur? Y a-t-il, en d'autres termes, hétéro-infection ou auto-infection? Je ne saurais entrer ici dans l'exposé des longues discussions qui ont eu lieu à ce sujet[3]. Je me contenterai de les résumer brièvement et de présenter les conclusions qui me paraissent en ressortir.

La plupart des microbes, même ceux qui envahissent les organes génitaux internes, se trouvent à l'état normal dans le vagin. Winter en a trouvé 27 espèces différentes dans le canal génital. La plupart étaient inoffensifs pour la femme et pour les animaux auxquels on les inoculait. Néanmois Witte aurait isolé 5 espèces non encore décrites, et se distinguant par leur action mortelle sur les souris blanches : il leur a donné le nom collectif de *bacillus muriseptiçus*.

On a constaté la présence de ces microbes chez le nouveau-né

[1] Straus et Sanchez Toledo. *Recherches microbiologiques sur l'utérus après la parturition physiologique* (*Ann. de l'Institut Pasteur*, t. II, p. 426).

[2] Péraire. *Loc. cit.*

[3] Bokelmann. Société d'obstétr. et de gyn. de Berlin, 24 mai 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 29, p. 507). — Kaltenbach. *Ueber die Frage der Selbstinfektion.* Troisième congrès des gynécol. allemands, Fribourg, juin 1889. (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 27, p. 465.)

quelques heures après la naissance. Leur développement dépend du milieu dans lequel ils sont placés. Döderlein[1] nous a appris que dans les vagins à réaction normale (acide) on ne trouve aucun microbe pyogène, mais seulement des micro-organismes inoffensifs. Au contraire, dans les vagins à réaction alcaline, on trouve le streptocoque et le staphylocoque dans la proportion de 9,2 pour 100. Le microbe ordinaire du vagin normal est un bâtonnet qui, d'après Döderlein et Stroganoff[2], a pour fonction de sécréter de l'acide lactique. C'est à cet acide que serait due la transformation des sécrétions vaginales alcalines pathologiques, en sécrétions neutres, puis acides, à mesure que le nombre des microbes normaux du vagin s'accroît et l'emporte sur celui des microbes pathogènes. L'acidité de la sécrétion vaginale n'a pas seulement une influence favorable sur la disparition des microbes pathogènes, mais elle atténue notablement la virulence des micro-organismes apportés du dehors dans le vagin.

Witte[3] nous a donné l'explication de ces faits si bien entrevus par Döderlein. D'après ses recherches, le streptocoque ne peut se développer dans un milieu acide contenant 0,07 pour 100 d'acide lactique; les divers staphylocoques (*aureus*, *citreus*, *albus*) meurent dans un milieu dont l'acidité est supérieure à 0,5 pour 100. Or, le mucus vaginal normal contient 0,75 pour 100 d'acide. Donc, pour que le streptocoque ou le staphylocoque puissent se développer dans le vagin, il faut que le coefficient normal d'acidité de ce canal soit très diminué, et encore ces microbes trouvent-ils un milieu suffisamment acide pour atténuer singulièrement leur virulence.

De nouvelles recherches viennent d'être faites sur la flore microbienne du canal utéro-vaginal par Krönig et Menge, le premier sur les femmes enceintes, le second sur les femmes non enceintes. De leurs études il résulte que les sécrétions vaginales possèdent des propriétés bactéricides.

Krönig[4] inocule le bacille pyocyanique à 20 femmes enceintes dont les sécrétions vaginales contenaient 9 fois des bacilles vaginaux, 4 fois des bacilles courts et 7 fois des microcoques. Chez les 9 premières, on ne retrouvait plus les bacilles pyocyaniques au bout de dix à vingt-quatre heures, soit au bout de quatorze heures et demie en moyenne; chez les 4 suivantes, les sécrétions vaginales ne conte-

[1] Döderlein. *Das Scheidensecret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber*, Leipzig, 1892.

[2] Stroganoff. *Comptes rendus de la Soc. gyn. de Saint-Pétersbourg.* (*Centr. f. gyn.*, 1893, n° 40, p. 935.)

[3] Witte. *Bakter. Untersuchungsbefunde bei pathol. Zuständen im weibl. Genital-Apparate*, etc. (*Zeit. f. Gyn.*, 1893, XXV, p. 1.)

[4] Krönig. *Deut. med. Woch.* 25 oct. 1894, p. 819.

naient plus de bacilles pyocyaniques, au bout de seize heures ; et au bout de vingt heures en moyenne, chez les femmes du dernier groupe. Avec le staphylocoque et le streptocoque, des expériences semblables ont donné des résultats analogues ; le staphylocoque avait disparu au bout de onze à quatorze heures, le streptocoque au bout de six heures en moyenne.

Menge[1] a fait sur les femmes non enceintes des expériences semblables avec les mêmes résultats. Il inocula à 35 femmes, dans le vagin, 23 fois des cultures pures de bacille pyocyanique, 30 fois des cultures pures de staphylocoque doré, 27 fois des cultures de streptocoque. Au bout d'un temps plus ou moins long, le vagin ne renfermait plus un seul des micro-organismes introduits ; l'autoaseptisation du vagin était complète de 2 heures et demie à 70 heures après l'inoculation.

Menge a pratiqué, d'autre part, l'examen bactériologique des sécrétions vaginales de 50 femmes saines : 44 fois les cultures restèrent stériles, 5 fois elles donnèrent des microcoques non pathogènes, 1 fois le streptocoque.

Germes venus du dehors (hétéro-infection).

L'hétéro-infection, qu'on a appelée aussi *infection de contact* (Kaltenbach) ou *infection exogène* (Fehling), est de beaucoup la plus fréquente. Elle constitue la règle. Léopold a constaté une diminution énorme de la morbidité dans son service, depuis qu'il ne laisse plus examiner les femmes en couches ; en effet, malgré toutes les précautions antiseptiques, les doigts explorateurs peuvent être le véhicule de germes. Chez l'accouchée saine, le vagin doit être considéré comme aseptique (Bokelmann, Dührssen). Il n'y a pas de germes, comme nous l'avons indiqué, dans les lochies de l'accouchée, à l'état normal ; il n'y en aurait même pas dans la partie supérieure du vagin, immédiatement après l'accouchement, d'après v. Ott[2] qui attribue ce fait au puissant nettoyage, opéré par la rupture de la poche des eaux et par le frottement du corps fœtal sur les parois vaginales étalées. Donc, si tout se passe bien, sans rétention de débris de l'œuf, sans accumulation de caillots par atonie de l'utérus, sans rupture prématurée des membranes, empêchant le nettoyage physiologique du canal génital, il n'y a aucune chance d'infection. C'est ce qui explique l'heureuse issue de tant d'accouchements pratiqués sans aucune précaution. La nature, on peut le dire, a pourvu elle-même à l'asepsie de cet acte. Il faut donc être très sobre d'interventions et de manipulations dans les cas simples et s'abstenir

[1] Menge. *Deut. med. Woch.* 15, 22, 29 nov., 1894.

[2] v. Ott. *Zur Bakteriologie der Lochien* (*Arch. f. Gyn.*, 1888, Bd. XXXII, Heft 3, p. 456). — Winter a, par contre, montré qu'il y a beaucoup de germes bientôt après l'accouchement, mais que ces germes ne sont pas nocifs.

de manœuvres nuisibles, d'injections antiseptiques inutiles et alors plutôt dangereuses[1].

Il n'y a rien de spécifique, si l'on peut ainsi dire, dans l'infection microbienne de l'utérus. C'est une erreur, depuis longtemps condamnée, que de croire qu'à chaque infection spéciale correspond un élément pathogène spécial[2]. On sait parfaitement aujourd'hui que c'est un même microbe, le *streptococcus pyogenes*, qui cause toutes les lésions des accouchées, et que c'est lui aussi qui produit l'érysipèle et le phlegmon[3].

L'infection puerpérale de l'utérus, point de départ si fréquent de la *métrite* consécutive, peut donc être produite par des germes pathogènes, provenant des sources les plus diverses et pouvant agir isolément ou s'associer pour donner naissance aux infections dites *combinées*, *conjuguées* ou *mixtes* (*Mischinfection*). Il est démontré aujourd'hui non seulement par l'expérience clinique, mais aussi par l'observation microbiologique, que les germes qui provoquent les infections chirurgicales (phlegmons, érysipèles) peuvent infecter les nouvelles accouchées et se retrouvent alors dans leurs sécrétions génitales. Quand j'étais interne à l'ancien hôpital des Cliniques, dans le service de Broca, j'ai vu plusieurs fois de petites épidémies d'érysipèle dans les salles de chirurgie succéder à des épidémies de fièvre puerpérale, dans les salles voisines d'accouchement, ou les précéder. Pfannenstiel[4], étudiant une petite endémie née à la *Frauenklinik* de Breslau, à la suite d'une endémie antécédente d'angine tonsillaire, a parfaitement démontré leurs relations micro-

Infection mixte.

[1] Bokelmann, parlant des excès de ce genre, les qualifie de *furor antisepticus*. (*Loc. cit.*)

[2] Bouchard. *Utilité pratique des notions pathogéniques*. Leçon d'ouverture (*Semaine méd.*, 1889).

[3] E. Czerniewski (de Saint-Pétersbourg). *Zur Frage von den puerperalen Erkrankungen* (*Arch. f. Gyn.*, 1888, Bd. XXXIII, Heft 1, p. 75). Ce travail avait été lu à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Pétersbourg, le 14 avril 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 856). — Widal (*Étude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle*, thèse de Paris, 1889) a trouvé le *streptococcus pyogenes* dans les lymphatiques, même sans qu'il y eût suppuration, dans les cas d'infection puerpérale. Pour produire expérimentalement l'érysipèle avec le streptococcus, il faut lui retirer ses qualités pyogéniques tout en exaltant sa virulence, par son passage dans l'organisme du lapin. On doit donc, conclut-il, aux notions, ordinairement admises sur le rôle des microbes dans les maladies infectieuses, à savoir : 1° la nature des germes; 2° leur quantité; 3° leur porte d'entrée; 4° le terrain, en ajouter une nouvelle : la virulence.

[4] Pfannenstiel. *Kasuistische Beiträge zur Aetiologie des Puerperalfiebers* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 38, p. 617). — Voir aussi Hartmann. *Ueber die Aetiologie von Erysip. und Puerperalfieber* (Dissert. inaug., Münich, 1887). — On sait du reste, par les expériences de Maierowiecz (*Zur Aetiologie des Erysipels*, Dissert. inaug. St-Pétersbourg, anal. *in Centr. für Bakter.*, 1888, Bd. III, Heft I), que l'on peut avec le même microbe (*strept. erysipelatis* de Fehleisen) obtenir chez les animaux, suivant le mode d'inoculation, tantôt l'érysipèle et tantôt le phlegmon. — Inversement, v. Eiselsberg (*Arch. f. Chir.*, 1887, Bd. XXXV. Heft 1, p. 1) a obtenu des résultats semblables, en inoculant chez les animaux des microbes différents, mais voisins (*Strept. erys.* et *strept. pyogenes*).

biennes. Les streptocoques de l'érysipèle (*Str. erysipelatis*, Fehleisen) et du phlegmon (*Str. pyogenes*, Rosenbach) sont considérés actuellement comme absolument identiques.

Les recherches de Winter sont venues présenter la question, sous un jour tout nouveau; elles ont une très grande valeur, empruntée à la fois à la compétence de leur auteur et aux riches documents qu'il a eus à sa disposition, grâce aux nombreuses hystérectomies et salpingotomies qui se pratiquent à la clinique de Berlin. C'est sur des pièces fraîches et en se mettant minutieusement à l'abri de toutes causes d'erreur qu'il a fait ces recherches. Elles l'ont conduit à cette conclusion que, dans les voies génitales de la femme, il y a ce que j'appellerai volontiers une *zone dangereuse*, riche en microorganismes. L'opinion de Winter qui prétendait que même chez les vierges on trouvait toujours des microbes dans le col utérin, a été récemment battue en brèche par Stroganoff[1] et par Witte[2]. Stroganoff n'a trouvé des bactéries que chez les femmes ayant subi une intervention gynécologique quelconque. De même Witte, sur huit femmes chez lesquelles il a trouvé des microbes dans l'utérus, a constaté que sept d'entre elles avaient préalablement subi un examen local. Il ne faut donc plus dire avec Winter et tant d'autres auteurs que la limite normale de la région bactérienne du col c'est l'*orifice interne*. Cette limite c'est l'*orifice externe*. Non seulement le vagin contient en abondance des germes, comme l'ont constaté Haussmann, Küstner, Lomer et Bumm[3], mais encore dans la moitié des cas on y trouve, d'après Winter[4], des organismes pathogènes, savoir : trois espèces de staphylocoques (*St. pyogenes albus*, *aureus*, *citreus*) et le streptocoque. La cavité de l'utérus normal ne renferme point de microbes. La raison, d'après Winter, c'est que cette cavité manque du liquide nécessaire a leur développement. Aussi, une fois introduits dans la cavité utérine, les microbes se fixent sur la muqueuse, comme sur un milieu de culture solide, et il est probable qu'ils y sont détruits par phagocytose. Donc, les bactéries trouvées dans l'utérus ou bien viennent du dehors et ont été introduites soit par la copulation, soit par une manœuvre gynécologique, ou bien viennent d'une infection endogène. Witte a examiné 15 cas d'utérus malades enlevés par hystérectomie, et 13 fois il a constaté dans leur cavité la présence

[1] Stroganoff. *Loc. cit.*

[2] Witte. *Loc. cit.*

[3] Haussmann. *Die Parasiten der weiblichen Geschlechtsorgane*, Berlin, 1870. — Küstner. *Beiträge zur Lehre der Endometritis*, Jena, 1885. — Lomer. *Die Mikroorganismen der weiblichen Gonorrhoë* (*Deutsche med. Woch.*, 1885, p. 754). — Bumm, *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXIII, p. 257.

[4] G. Winter. *Die Mikroorganismen im Genitalcanal der gesunden Frau* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, Heft 2, p. 445).

de microbes pathogènes (streptocoques, staphylocoques), tantôt seuls, tantôt associés à d'autres bactéries; 2 fois les micro-organismes avaient pénétré dans les trompes. Ces faits ont une importance capitale, car ils démontrent la possibilité d'une **auto-infection**. On ne comprendrait même nullement qu'elle n'eût pas lieu plus souvent, surtout à chaque accouchement, période pendant laquelle les germes augmentent dans une proportion considérable, si les inoculations faites par Winter avec les cultures ainsi obtenues ne démontraient pas en même temps ce fait curieux, que ces staphylocoques, domestiqués, pour ainsi dire, par leur habitation dans les voies génitales, ont perdu leur virulence. Il y a là un exemple d'atténuation spontanée des plus remarquables et des plus heureux. Mais il est très vraisemblable qu'ils peuvent redevenir très rapidement virulents dans certaines circonstances favorables, par exemple lorsqu'il existe des détritus organiques. On conçoit ainsi l'extrême danger qui résulte des avortements, lorsque des parcelles d'œuf séjournent dans le col : l'utérus ne tarde pas alors à s'infecter de proche en proche. De même on voit combien il est dangereux, sans purification préalable du canal génital, de pratiquer l'exploration de la cavité du corps utérin, même quand le doigt ou la sonde sont absolument aseptiques, car ils peuvent porter des staphylocoques du col dans le corps; c'est au niveau de l'ouverture utérine du col, en effet, que se trouve la frontière de ce qu'on pourrait appeler la *zone dangereuse*.

Germes venus du dedans (auto-infection).

Certaines conditions mécaniques favorisent beaucoup l'infection de l'utérus. Ainsi Schultze[1] croit que, chez les femmes qui ont la vulve béante, comme cela se voit chez beaucoup de multipares, même sans rupture du périnée, il suffit d'un peu d'écoulement leucorrhéique vaginal pour servir de véhicule aux germes de l'atmosphère. Même chez les femmes dont la vulve est exactement close, la période des règles peut rendre l'infection possible. Partant la nécessité, selon Schultze, de protéger la vulve, en pareilles circonstances, avec une couche d'ouate qui filtre l'air.

Ce ne sont pas, du reste, seulement les micro-organismes habitant normalement le vagin qu'un cathétérisme peut introduire dans la cavité utérine. Nous vivons, dans les grandes villes, au milieu de germes pathogènes. v. Eiselsberg[2] a trouvé le *staphylococcus pyogenes aureus* dans les salles d'hôpital, Fürbringer[3] en a démontré la présence dans la raclure des ongles et Passet dans l'eau de vaisselle;

[1] Schultze. *Zur Aetiologie und Prophylaxie der Genitalerkrankungen des Weibes* (*Wien. med. Blätter*, 1882, n° 52).

[2] Eiselsberg. *Langenbeck's Arch.*, 1887, Bd. XXXV, Heft 1, p. 1.

[3] Fürbringer. *Desinfection der Hände des Arztes*, p. 21 (cité par Winter, *loco cit.*, p. 465).

le même auteur a trouvé le *staphylococcus pyogenes albus* dans la viande de bœuf légèrement avariée, etc. Biondi[1] l'a même rencontré dans la salive normale. On voit combien les chances d'infection sont grandes, et, sans la *concurrence vitale* des tissus vivants qui se défendent incessamment contre elle, elle serait presque inévitable. Tout ce qui désarmera cette défense ouvrira donc la porte à l'infection.

Il y a là certainement un des exemples les plus curieux de ce que le professeur Verneuil a appelé le *microbisme latent*, avec cette particularité qu'il ne s'agit pas ici d'une infection éteinte, mais d'une infection virtuelle n'ayant pas encore existé, et attendant pour se développer que le milieu, de physiologique, devienne pathologique. L'auto-infection, qu'il vaudrait mieux appeler *infection endogène* (Fehling), se réduit donc, en somme, à une question de bouillon de culture, éveillant la virulence d'un germe jusque-là inactif. C'est ainsi que Chauveau[2] restitue à la bactéridie charbonneuse sa virulence perdue, quand il la cultive, au contact de l'air raréfié, dans un bouillon additionné de sang.

Cette exaltation des propriétés nuisibles des germes pathogènes, sommeillant dans les parties génitales saines de la femme, ne pourrait-elle pas être provoquée par un autre mécanisme? La débilitation générale, qui amoindrit la vie des cellules, et le traumatisme qui la suspend par une action inhibitoire démontrée par Brown-Séquard, ne peuvent-ils pas, en entravant le phagocytisme, lever la barrière qui éloigne les germes de la cavité utérine et les maintient dans une région où ils restent inoffensifs? Ainsi s'expliquerait peut-être l'influence non douteuse des maladies générales et notamment des fièvres éruptives, celle des excès vénériens, etc.

Gottschalk[3] le premier a signalé un cas de métrite hémorrhagique au cours de l'influenza, et deux cas de paramétrite non suppurée à la suite de la même maladie. Goldberg[4] a observé la même poussée inflammatoire chez une femme atteinte de scorbut.

J'ai moi-même observé, quatre fois, des poussées aiguës de périmétro-salpingite suppurée sous l'influence d'une attaque de grippe chez des femmes atteintes de lésions chroniques des annexes.

Infections conjuguées.

Enfin, il semble démontré que la présence d'un germe pathogène favorise souvent le développement d'une autre espèce de microbe. Ainsi, les femmes présentant une métrite blennorrhagique (*Gono-*

[1] Biondi. *Zeitsch. f. Hygiene*, 1887, Bd. II, p. 194.

[2] Chauveau. *Recherches sur la variabilité ascendante du bacillus anthracis* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*. 14 oct. 1889, t. CIX, p. 597).

[3] Gottschalk. *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 5, p. 41, et *ibid.*, 1892, n° 3, p. 49.

[4] Goldberg. *Centr. f. Gyn.*, 1895, n° 50, p. 165.

coccus de Neisser) sont facilement atteintes par l'infection septique plus ou moins atténuée, par les staphylocoques ou les streptocoques, ou encore par les bacilles de la tuberculose. C'est là un exemple de ces **infections associées ou secondaires** qui paraissent jouer un grand rôle en pathologie. C'est ainsi que les lésions pneumoniques transforment les poumons en un terrain favorable à l'invasion et au développement des bacilles de Koch.

Passons maintenant à l'**étiologie** proprement dite, ou étude des causes médiates des métrites. Étiologie.

On peut les ranger sous quatre chefs principaux, en rapport avec :

1° La **menstruation**; 2° la **copulation**; 3° la **parturition**; 4° le **traumatisme**.

1° **Menstruation.** — L'établissement même de cette fonction peut être le signal de la manifestation de l'inflammation de l'utérus, à cause de la congestion intense qui se produit à ce moment, d'où la vulnérabilité particulière de l'organe. Il s'y joint généralement alors, à un certain degré, l'influence d'une mauvaise conformation de l'organe, provoquant la stase du sang menstruel : développement incomplet, antéflexion congénitale, conicité du col, sténose de l'orifice, ou encore une cause complémentaire, refroidissement ou masturbation. Menstruation.

A cette **métrite virginale**, bien étudiée par un de mes élèves[1], correspond, à l'autre pôle de la vie génitale de la femme, ce qu'on pourrait appeler la **métrite de la ménopause**. Là encore, la même cause prédisposante, une vive congestion, intervient et prête le flanc à toute cause efficiente d'inflammation utérine.

Entre ces deux périodes extrêmes, chaque époque menstruelle est particulièrement favorable à l'apparition d'une métrite, et toute fatigue exagérée, tout refroidissement peut la provoquer, si l'organe est dévié, si le col est rétréci ou a été profondément déchiré et laissé béant par un accouchement antérieur.

2° **Copulation.** — Les excès de coït, surtout s'ils ont lieu pendant les règles ou s'ils coïncident avec d'autres fatigues, comme celles du voyage de noces[2], peuvent, indépendamment de toute contamination, provoquer la métrite. Mais combien de fois l'**infection blennorrhagique** plus ou moins méconnue, qui est une cause si efficace de métrite[3], ne joue-t-elle pas également un rôle chez les nouvelles mariées ! Que de maris se croient totalement guéris de leur blennorrhagie et Copulation.

[1] P. Bouton. *De la métrite chez les vierges*, thèse de Paris, 1887.

[2] Alph. Guérin. *loc. cit.*, p. 28.

[3] Rémy. *Blennorrhagie de l'utérus, métrite muqueuse blennorrhagique* (*Annal. de gyn.*, 1879, t. XI, p. 292, 357).

n'attribuent aucune importance à un léger suintement uréthral, à une *goutte militaire*, comme on l'appelle vulgairement. Cette dernière va cependant contaminer, sinon le vagin ou l'urèthre, du moins le col, la cavité utérine, et même les trompes de la jeune femme.

Blennorrhagie. L'infection **blennorrhagique** peut longtemps demeurer latente chez la femme, atténuée et localisée au col utérin. Ce n'est souvent que sous l'influence d'une exploration intempestive, d'un avortement ou d'un accouchement, agissant comme cause occasionnelle, que l'infection gagne le corps de l'utérus et parfois même le dépasse. Nöggerath[1] prétend que chez les femmes gonorrhéiques l'accouchement est suivi d'endométrite et de périmétrite, dans la proportion de 75 pour 100. Si l'on remplace le mot de « périmétrite » par celui de « salpingite », je ne crois pas cette proportion très exagérée.

C'est sans doute aussi à cette cause, beaucoup plus qu'au traumatisme exercé par des excès de coït, qu'il faut attribuer les métrites des prostituées. Encore est-il nécessaire de faire intervenir souvent les fausses couches méconnues, si fréquentes chez les femmes qui débutent dans la débauche. Plus tard, survient la stérilité, conséquence de l'extension de l'inflammation aux trompes, qui ne tardent pas à s'oblitérer.

3° **Parturition.** — C'est de beaucoup la cause la plus fréquente. Après l'accouchement normal, l'avortement spontané ou provoqué, larvé ou reconnu, l'utérus est dans un état particulier d'hyperplasie et de congestion qui demande, pour se dissiper progressivement, des conditions hygiéniques spéciales. Or, ces conditions sont très fréquemment négligées, soit par incurie dans les classes aisées, soit par nécessité dans les classes laborieuses. Il n'y a pas très longtemps encore que les accoucheurs les plus renommés, et Cazeaux à leur tête, considéraient, comme suffisant, un repos de quinze ou vingt jours. Il n'y a pas de règle fixe, à cet égard; on doit, en général, attendre que l'utérus ait repris son volume normal. Sans cela, on voit survenir ce que A. Guérin appelle l'*engorgement post-puerpéral*, qui n'est autre que la *métrite post-puerpérale* de Chomel, l'*arrêt d'involution* de Simpson, la *métrite chronique* ou *infarctus utérin* des auteurs (métrite catarrhale et métrite douloureuse).

C'est surtout lorsque l'accouchement n'a pas été normal, qu'il y a eu, en particulier, des difficultés pour la délivrance, ou que des débris de placenta ont plus ou moins longtemps séjourné dans sa cavité que l'utérus est sujet à s'enflammer. On ne peut douter alors

[1] Nöggerath. *Ueber latente Gonorrhoe*, p. 11. — Nöggerath (*Arch. für Gyn.*, 1888, Bd XXXII, Heft 2, p. 322); réponse au mémoire de Kroner, *Ueber die Beziehung der Gonorrhoe zu den Generationsvorgängen* (*Arch. für Gyn.*, 1887, Bd. XXXI, Heft 2, p. 252).

qu'il n'y ait eu une véritable infection locale, et si un traitement antiseptique rigoureux n'est pas institué d'une façon précoce (injections intra-utérines, curettage, etc.), il est à craindre que cette infection, d'abord aiguë, ne se perpétue ensuite, sous forme chronique. Même remarque en ce qui concerne les avortements, où il est si fréquent de voir des débris de membranes, parfois presque imperceptibles, se greffer sur la muqueuse utérine et représenter autant de centres d'infection.

Déchirures du col.

Une particularité à laquelle on a, dans ces derniers temps, attribué une influence considérable dans l'établissement et la durée de la métrite, est la **déchirure**, ou, pour reproduire l'expression d'Emmet, la **lacération** du col[1]. C'est ce gynécologiste américain qui le premier, dès 1869, en a reconnu l'importance, entrevue du reste par Bennet[2], longtemps auparavant. Peut-être toutefois est-on disposé, au delà de l'Atlantique, à exagérer la valeur de cette lésion.

Voici les conséquences multiples qu'on lui impute : retard dans l'involution normale de l'utérus après l'accouchement, puis hyperplasie, sclérose et compression des filaments nerveux; congestion et même inflammation des ovaires; paramétrite; extension au reste du col de la sclérose, née au niveau de la cicatrice, compression des glandes et des nerfs, formation de kystes et production de névralgies et de névroses réflexes; ectropion et inflammation de la muqueuse cervicale, par suite de frottements auxquels elle est exposée; enfin tendance à la rétroversion et à la chute de l'utérus. Ce n'est pas tout : Mundé, Olshausen, Hegar et Kaltenbach[3] considèrent les anciennes lacérations comme une cause fréquente d'avortements répétés, et Breisky[4] a avancé qu'elles prédisposent au cancer, en constituant un *locus minoris resistentiæ*.

Les affirmations d'Emmet sur le rôle pathogénique de la lacération ont été l'objet de très longues discussions. Nöggerath[5], à la réunion des naturalistes allemands tenue à Wiesbaden, en septembre 1887, a présenté un long travail statistique, tendant à réduire à néant le rôle de la déchirure cervicale et à démontrer les propositions sui-

[1] Le premier travail d'Emmet est un mémoire, lu le 8 février 1869 devant la Société médicale du comté de New-York : *Surgery of the cervix* (*Amer. Journ. of Obstet.*, févr. 1869). Il présenta son second mémoire sur le même sujet, le seul qu'on cite ordinairement, le 28 septembre 1871 : *Laceration of the cervix as a frequent and unrecognized cause of disease* (*Amer. Journ. of Obstet.*, nov. 1874). — C'est ce mémoire, traduit en allemand par M. Vogel, qui a fait connaître le sujet en Europe, surtout après la critique favorable de Breisky dans la *Wien. med. Woch.*, 1876, nos 49 à 51.

[2] J. H. Bennet. *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus*, Paris, 1850.

[3] P. F. Mundé *Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1879, et *Minor surgical Gynecology* New-York, 1885, p. 430). — Olshausen. *Zur Pathologie der Cervicalrisse* (*Centr. f. Gyn.*, 1877, n° 13, p. 233). — Hegar et Kaltenbach. *Loc. cit.*

[4] Breisky. *Allg. Wien. med. Zeistchr.*, 1882, n° 52.

[5] Nöggerath. *Berlin klin. Woch.*, 1887, n° 41.

vantes : 1° Les femmes atteintes de déchirure conçoivent plus facilement et avortent moins que les autres ; 2° La position de l'utérus n'est pas influencée par la lacération ; 3° L'axe de l'utérus n'est pas allongé ; 4° Les érosions et ulcérations ne sont pas plus fréquentes ; 5° L'ectropion n'en est jamais le résultat ; 6° L'altération des tissus du col n'est pas plus fréquente ; 7° La déchirure n'a pas d'influence sur la fréquence et l'intensité des maladies utérines.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de ce mémoire, Sänger, Skutsch et Ahlfeld ont déclaré que Nöggerath allait trop loin dans sa critique. Peu après, Mundé, qui s'est fait en Amérique un des principaux champions de la doctrine d'Emmet, faisait publier dans son journal par un de ses élèves, Brooks H. Wells[1], une réfutation, point par point, du mémoire de Nöggerath. Là aussi la statistique est invoquée pour arriver à des conclusions diamétralement opposées ; Wells insiste surtout sur le rôle important des lacérations dans l'apparition de névroses réflexes.

Il est bien difficile de se prononcer d'une façon catégorique, au milieu d'affirmations aussi contradictoires et aussi autorisées. Il me semble, toutefois, que le rôle de la déchirure a été, tour à tour, trop prôné et trop décrié. Il s'est passé, à son propos, quelque chose d'analogue à ce qu'une autre génération avait vu pour les déviations utérines ; peu s'en est fallu qu'on ne leur ait attribué alors presque tous les accidents des inflammations de l'utérus et de ses annexes. On est heureusement revenu de ces excès ; car on s'accorde généralement à reconnaître maintenant que, si les changements de situation de l'utérus sont suffisants, par eux-mêmes, pour donner lieu à des phénomènes nerveux réflexes, ils sont impuissants à produire la métrite, quoiqu'ils y prédisposent certainement et contribuent à l'entretenir. C'est à cela, sans doute, que se borne aussi le rôle des lacérations dans la genèse des réflexes morbides : prédisposition et cause de durée pour les catarrhes du col. Mais, de même qu'il existe des rétroversions utérines, sans symptômes morbides, il y a de très nombreux cas de déchirures sans métrite ; ce ne sont guère que des déchirures très profondes, s'étant étendues jusque dans le tissu cellulaire du cul-de-sac, ou encore les déchirures bilatérales avec ectropion marqué, qui constituent un élément étiologique qu'on ne doit pas négliger[2].

Traumatisme.

Traumatisme. — La contusion chronique produite par un pessaire mal appliqué, soit trop volumineux, soit placé avant toute réduction

[1] Brooks. H. Wells. *The etiological relation of cervical laceration to uterine diseases* (*Amer. Journ. Obstet.*, mars 1888, p. 257).

[2] Voir, sur le même sujet, le mémoire de Th. Smith. *Lacerations of the cervix uteri* (*Amer. Journ. of Obstet.*, janv. 1891, p. 46).

et pressant trop fortement contre l'organe, a donné parfois naissance à des signes de métrite aiguë qui disparaissaient dès que l'instrument avait été enlevé; il en est surtout ainsi des pessaires à tige intra-utérine, qui sont des agents dangereux, quand ils ne sont pas exactement surveillés par le chirurgien.

Enfin, une opération quelconque dans l'intérieur du canal génital, toucher, cathétérisme, abaissement, cautérisation, dilatation, incision, peut devenir le point de départ d'une métrite (compliquée de *péri* et *paramétrite*), si les précautions antiseptiques n'ont pas été prises. Ces accidents, très fréquents autrefois, et qui avaient rendu les gynécologistes si légitimement timorés, n'existent plus dans la pratique des confrères, qui se conforment aux règles, qu'on pourrait appeler sacrées, de la chirurgie moderne. S'il survient aujourd'hui de l'inflammation de l'utérus à la suite de manœuvres violentes exercées dans sa cavité (curettage, énucléation ou morcellement de fibromes, etc.), cette inflammation peut rapidement s'éteindre, sans laisser de traces.

On a incriminé, dans le développement des métrites, les injections vaginales trop chaudes ou trop froides; j'ajoute, pour ma part, peu d'importance à cette cause; l'injection ne peut nuire que si la canule n'est pas absolument propre ou si elle est enfoncée, de manière à blesser le col utérin. On a vu, il est vrai, dans des cas de prolapsus, des canules pénétrer dans le col, et l'injection donner alors lieu à des accidents sérieux; mais ces derniers ne se rapportent aucunement aux métrites.

Causes diverses. — Faut-il, à l'exemple de nombreux auteurs[1], indiquer comme cause de métrite les fièvres *exanthématiques*, la variole, la rougeole et la scarlatine? De nouvelles observations démonstratives me paraissent sur ce point nécessaires. Il faut avouer cependant que les travaux récents de Massin[2] sont de nature à éveiller sérieusement l'attention. Ce qu'on ne saurait nier, c'est que l'appareil génital de la femme ne soit particulièrement vulnérable dans la convalescence d'une maladie quelconque, ayant affaibli l'organisme tout entier. Causes diverses

Certaines maladies (ictère grave), certains empoisonnements (phosphore) donnent lieu à la dégénérescence graisseuse aiguë des tissus utérins; il n'y a là que des *lésions* et point une *maladie* de l'utérus, et c'est abusivement qu'on y insisterait, à propos de la métrite.

[1] F. Siredey et Danlos. Art. utérus (path.) du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVII, p. 631.

[2] Massin. *Zur Frage über Endometritis bei akuten, infektiösen allgemeinen Erkrankungen* (*Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XL, p. 146-166).

Diathèses.

L'influence des diathèses a été fort exagérée. Martineau[1] a été jusqu'à diviser les métrites en deux classes : 1° la métrite constitutionnelle ; 2° la métrite traumatique. La métrite constitutionnelle, suivant lui, est d'une part protopathique, et d'autre part secondaire ou deutéropathique ; ses origines seraient, d'après lui : la scrofule, l'arthritisme, l'herpétisme, la chlorose, la syphilis et enfin la tuberculose. Les maladies dyscrasiques jouent véritablement, pour Martineau, le rôle de causes prédisposantes locales.

Il y a, je crois, un véritable abus de langage à décrire une métrite scrofuleuse, herpétique, etc., comme si chacune d'elles possédait des caractères tranchés. J'accorderai volontiers que la question d'état général et de terrain joue un grand rôle, sinon dans la production, au moins dans la permanence des inflammations locales, et, en particulier, des métrites ; que, par suite, on devra s'enquérir soigneusement de cet état général, au point de vue du traitement. Mais c'est tout ce que je concéderai à la doctrine des diathèses. Il ne faut pas dénaturer, par l'exagération, les vues élevées de Bazin et de Verneuil, en pathologie générale.

CHAPITRE II

SYMPTOMES, MARCHE ET DIAGNOSTIC DES MÉTRITES

Syndrome utérin : douleur, leucorrhée, métrorrhagie, dysménorrhée. Stérilité. Symptômes de voisinage et symptômes réflexes. Dyspepsie. Toux. Névralgies et névroses. Coccygodynie. Hystérie. Asthénie. État général. Facies utérin. — Signes physiques, toucher, speculum, cathétérisme utérin. — Formes diverses des métrites : aiguë, catarrhale, hémorrhagique, douloureuse chronique. Polypes muqueux. Hypertrophie folliculaire du col. Dysménorrhée membraneuse. — Marche et pronostic. — Diagnostic avec : la grossesse, le cancer, l'avortement, les corps fibreux, la salpingite, les autres maladies des annexes, la cystite, la rectite, la sphinctéralgie, la tuberculisation pulmonaire, la dilatation de l'estomac, les maladies du cœur, l'hystérie.

Lorsqu'on étudie les maladies des organes génitaux internes chez la femme, il est impossible de ne pas être frappé de la similitude des

[1] Martineau. *Leçons sur la thérapeutique de la métrite.* Paris, 1887, p. 23.

signes rationnels fournis dans chacune d'elles, par l'interrogatoire des malades. L'ensemble de ces symptômes est à peu près commun, qu'il s'agisse d'une métrite chronique, d'une endométrite catarrhale, ou même d'un corps fibreux, d'un cancer ou d'une salpingite. Certes, je ne vais pas jusqu'à dire qu'il y ait identité absolue. Il est certain que, pour peu qu'on précise l'interrogatoire, on trouvera des différences sensibles, ne fût-ce que dans l'intensité de tel ou tel symptôme. Mais si telle partie du tableau est plus accusée dans certaines maladies — l'hémorrhagie dans le corps fibreux, la leucorrhée dans le cancer, les troubles nerveux dans les déplacements ou les maladies des annexes, etc. — il n'en est pas moins vrai que les traits principaux sont identiques : tels les *états* différents d'une même gravure ayant subi plusieurs retouches.

Voilà l'idée que j'entends exprimer par le mot de **syndrome utérin** appliqué à ce fond commun que l'on retrouve partout. C'est ainsi que Beau avait groupé, dans son syndrome *asystolie*, tous les phénomènes des maladies du cœur arrivées à la période de surmenage cardiaque, qu'il s'agît d'une lésion mitrale, tricuspidienne ou aortique. De même on trouvera, je crois, un grand intérêt pour l'exposé clinique, dans la description que je me propose de faire. Quand ce croquis sera tracé, il suffira, en effet, pour compléter chaque tableau spécial, d'y ajouter quelques retouches, ce qui évitera d'inutiles répétitions. Syndrome utérin.

L'étude du syndrome utérin a naturellement sa place ici, puisqu'il coïncide à peu près exactement avec l'ensemble des signes rationnels de la métrite. Comment en pourrait-il être autrement, du reste, puisque, en réalité, c'est l'*élément métritique*, surajouté à presque toutes les autres affections de l'utérus et de ses annexes, qui amène à peu près partout sa réapparition?

Les principaux traits du syndrome utérin sont la douleur, la leucorrhée, la dysménorrhée, la métrorrhagie, enfin des symptômes du côté des organes voisins (vessie, rectum) ou éloignés (tube digestif, système nerveux). Je vais les passer successivement en revue.

Douleur. — Cette douleur est spontanée; elle siège dans le petit bassin, mais, point à noter, elle n'a pas toujours son foyer principal au niveau même de l'utérus; ce n'est pas à l'hypogastre que la femme souffre le plus, c'est fréquemment dans une des régions iliaques, et surtout dans la région iliaque gauche, du côté des ovaires. Pour expliquer ce fait, il me paraît rationnel d'admettre qu'il y a le plus souvent un peu de salpingite (catarrhale), quand il existe de la métrite. Les trompes sont, en effet, de simples prolongements des cornes utérines; ces organes sont anatomiquement et pathologiquement solidaires. Qui dit métrite devrait presque toujours dire

métro-salpingite avec distribution inégale de l'inflammation : prédominance du côté de l'utérus, retentissement, parfois très faible, mais réel du côté de la trompe. De là provient la douleur dans la région des annexes, qui est riche en ramifications nerveuses. Quant à sa fréquence à gauche, elle est aussi difficilement explicable que la prédominance de l'épididymite, de ce côté-là.

Un autre foyer de la douleur existe dans la région lombaire.

La douleur augmente par les fatigues, les faux pas, les cahots de la voiture. Elle peut, sous ces influences mécaniques, ne pas s'exagérer immédiatement, et l'exacerbation douloureuse ne se faire sentir qu'au bout d'un certain temps. A l'inverse des voitures ordinaires, les *tramways* sont bien supportés; les voyages en chemin de fer, par contre, le sont mal, à cause de la trépidation particulière des wagons. La douleur est sourde, persistante, gravative; elle donne lieu à une sensation de poids, de plénitude au niveau du périnée et dans le petit bassin; il semble à la malade qu'elle ait là un corps étranger qui tend à s'échapper; la *malade sent son utérus*. Sa démarche courbée, dans les cas aigus, est caractéristique : au lieu de s'asseoir brusquement, elle le fait avec précaution, en prenant volontiers un point d'appui sur un meuble voisin ou sur le bras d'un fauteuil, de peur de réveiller la douleur endormie. Celle-ci est exaspérée par la pression et surtout par le palper associé au toucher; mais on peut très bien se rendre compte, pendant le toucher, que ce n'est pas la pression directe sur le col qui est douloureuse, car cet organe est, comme l'on sait, insensible (sauf dans les cas de névralgies lombo-abdominales), mais bien l'ébranlement propagé par le *ballottement* du corps de l'utérus lui-même. Gosselin a très judicieusement insisté sur cette distinction[1].

Leucorrhée.

Leucorrhée. — C'est un phénomène constant. Il peut être plus ou moins masqué par du sang, exagéré par de la sanie purulente, etc., mais il existe toujours, d'une façon ou d'une autre.

La leucorrhée (ou *flueurs blanches*, *pâles couleurs*) est un phénomène si important en gynécologie que certains auteurs anciens[2] en faisaient une maladie, la maladie principale de l'utérus, groupant autour d'elle les autres phénomènes inflammatoires. Courty lui-même fait de certaines leucorrhées une entité morbide, une affection idiopathique[3].

La leucorrhée est l'exagération et l'altération morbide de la sécrétion utérine et vaginale physiologique. L'utérus et le vagin sécrètent,

[1] Gosselin. *Clinique chirurg. de l'hôpital de la Charité*, 1879, t. III, p. 33.

[2] J.-B. Blatin. *Du catarrhe utérin ou des flueurs blanches*, Th. inaug. Paris, an X (1801).

[3] Courty. *Loc. cit.*, p. 942.

en effet, à l'état normal, en très faible quantité, un liquide muqueux qui contient toujours quelques leucocytes. C'est un suintement dû à la destruction lente du revêtement épithélial. Pour peu qu'il dépasse un certain degré, qu'il devienne plus abondant et purulent, il est morbide et constitue la leucorrhée.

Celle-ci provient de deux sources : le vagin et l'utérus.

La leucorrhée vaginale, qui existe souvent seule, est constituée par l'écoulement d'un liquide très fluide, d'aspect laiteux, n'empesant que légèrement le linge; ce liquide peut, dans certains cas spéciaux, se charger de pus et prendre une teinte jaune verdâtre. Sa réaction est acide.

La leucorrhée du corps de l'utérus est blanc jaunâtre, peu visqueuse. Celle du col est gélatiniforme : à l'état normal, elle est transparente et ressemble à du blanc d'œuf ou à du verre fondu; elle empèse fortement le linge. A l'état pathologique, elle est purulente et de couleur jaune verdâtre. Sa réaction est alcaline.

O. Küstner[1] a fait des recherches précises sur la sécrétion de l'utérus, à l'état normal et morbide. Il a introduit des tubes de verre dans la cavité utérine, en ayant soin d'oblitérer exactement le museau de tanche avec du diachylon et du collodion. Il a examiné de cette manière six femmes exemptes du catarrhe utérin. La sécrétion du col et du corps lui est apparue avec les caractères que je viens d'indiquer. Il a ensuite examiné des femmes atteintes de catarrhe utérin, avec ou sans purulence. Il a constaté que, le plus souvent, il y avait simultanément du catarrhe du col et du corps; que le catarrhe isolé du col était plus fréquent que celui du corps seul. Dans tous les cas, Küstner a fait l'examen microscopique et a trouvé une grande quantité de micro-organismes ayant, pour la plupart, la forme ovale et présentant quatre à cinq types différents. Les recherches récentes de Winter, ainsi que je l'ai dit plus haut, ont montré que plusieurs de ces micro-organismes étaient identiques, pour la forme, aux germes pathogènes.

L'écoulement leucorrhéique est rarement tout à fait continu; non pas que la sécrétion ne se fasse d'une façon constante, mais le produit de cette sécrétion n'est évacué que par intervalles; il s'accumule d'abord dans le vagin, et de temps en temps s'échappe de la vulve en petites masses.

Enfin, dans certains cas, on observe de véritables *crises sécrétoires*, et l'on voit une grande quantité de liquide apparaître presque subitement, après d'assez fortes douleurs. Souvent alors on a cru à l'évacuation intermittente d'une hydropisie des trompes (*hydrops tubæ*

[1] O. Küstner. *Beiträge zur Lehre von der Endometritis*, Iéna, 1885, p. 87.

profluens). Mais ce phénomène peut parfaitement exister dans la métrite, sans collection salpingienne, ainsi que j'en ai observé de nombreux exemples. C'est, à proprement parler, un phénomène d'hypersécrétion pathologique réflexe.

Quelques auteurs ont cherché le moyen d'établir la différence entre la leucorrhée vaginale et celle de l'utérus. Schultze[1] a proposé d'introduire dans le vagin un tampon d'ouate, qu'il laisse sur le col pendant vingt-quatre heures; quand on le retire, on peut, au liquide dont il est imprégné, reconnaître la quantité des sécrétions qui proviennent de la matrice.

La leucorrhée peut être simplement sous la dépendance d'un état général défectueux, de l'anémie, de la chlorose. Cette leucorrhée symptomatique est même tellement fréquente que M. Despines[2] a prétendu que les deux tiers des femmes de Paris en souffraient. Beaucoup d'ouvrières parisiennes présentent, en effet, de la leucorrhée : comme elles prennent toutes du café au lait, elles attribuent volontiers leur écoulement à l'usage de cet aliment, et des médecins sérieux ont pu, gravement, accepter cette explication bizarre. On doit simplement dire que certaines femmes ont des *flueurs blanches*[3], parce qu'elles déjeunent avec du café au lait, ne pouvant mieux se nourrir.

Dysménorrhée. Métrorrhagie.

Dysménorrhée. Métrorrhagie. — Des troubles menstruels peuvent s'observer dans les affections utérines, mais il ne faut pas croire qu'ils soient constants. La **dysménorrhée**, ou menstruation douloureuse, s'observe souvent dans les métrites, par suite de certains obstacles mécaniques à l'expulsion du flux menstruel (flexions, étroitesse du col) qui favorisent eux-mêmes l'inflammation. L'**aménorrhée** est parfois le fait de l'anémie; pour peu qu'une métrite dure depuis longtemps, elle a débilité la malade; c'est ainsi, et non pas directement, qu'agit alors la maladie utérine. Les **métrorrhagies**, au contraire, sont très certainement sous la dépendance directe de la métrite. C'est surtout quand la muqueuse du corps utérin est atteinte d'endométrite interstitielle (soit primitive, soit consécutive aux corps fibreux, au cancer) que les métrorrhagies sont fréquentes. Ces pertes peuvent survenir pendant les règles, qui sont alors prolongées, ou en dehors de la période cataméniale. Dans le premier cas, on a dit qu'il y a **ménorrhagie**, et dans le second, **métrorrhagie**.

[1] Schultze. *Der Probetampon, ein Mittel zur Erkennung der chronischen Endometritis* (*Centr. f. Gyn.*, 1880, n° 17, p. 393).

[2] M. Despines. *Recherches analytiques sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée* (*Arch. gén. de méd.*, 1856, 2e s., t. X, p. 160).

[3] L. V. Lagneau. *Dict. en 30 vol.*, art. Leucorrhée, Paris, 1858, t. XVIII, p. 25. — Lisfranc. *Clin. chir. de la Pitié*, Paris, 1842, t. II, p. 300. — Nonat. *Traité prat. des mal. de l'utérus*, p. 654.

La plupart des maladies utérines sont un obstacle à la conception. La **stérilité** n'est cependant pas fatale, et l'on sait que la grossesse a pu être observée même dans les cas de cancer et de corps fibreux; il en est de même pour la métrite. Mais, en pareilles circonstances, l'avortement est fréquent. Stérilité.

Symptômes de voisinage et symptômes réflexes. — On observe, dans toutes les affections utérines, des symptômes de voisinage (indépendamment des phénomènes de compression dont il ne saurait être question dans cet exposé général, et qui, du reste, ne sont point du ressort de la métrite). La femme ressent très fréquemment de la douleur en urinant, les mictions sont plus fréquentes et il peut survenir du **ténesme vésical**. Toute maladie de l'utérus retentit, en effet, plus ou moins sur la vessie, et parfois même la malade n'attire l'attention du médecin que sur les phénomènes vésicaux. Quand on est obligé de pratiquer le cathétérisme, il n'est pas rare, si l'on ne prend pas toutes les précautions aseptiques, de voir apparaître une **cystite**. Symptômes de voisinage et symptômes réflexes.

Comme souvent les femmes souffrent en allant à la garde-robe, à cause des efforts que cet acte demande, par les ébranlements qu'il communique à l'utérus malade, elles s'habituent à y aller le moins souvent possible et la **constipation** devient bientôt habituelle.

Dyspepsie utérine. — Il n'est pas de fonction sur laquelle les affections utérines retentissent avec plus de constance que la digestion. La méconnaissance de ce fait a souvent causé de graves erreurs de diagnostic. La dyspepsie s'explique ici très bien par une action réflexe dépendant du système nerveux de la vie organique; il suffit, pour s'en rendre compte, de rappeler la richesse de l'innervation sympathique de l'utérus et de l'estomac. La **dilatation de l'estomac** est très fréquente dans les métrites de longue durée, avec tout le cortège symptomatique si bien décrit par Bouchard et ses élèves[1]; ce sujet mériterait de nouvelles études, car la dilatation stomacale de cause utérine n'est nulle part explicitement signalée; j'en ai recueilli plusieurs observations. Quant à la **dyspepsie**, ou paresse de la digestion, elle a depuis longtemps attiré l'attention des gynécologistes qui l'ont brièvement indiquée : Henri Bennet, Courty la mentionnent sans y insister. Plus récemment, des mémoires importants ont paru sur ce sujet[2]. Le manque d'appétit, les nausées, s'accompagnent le plus Dyspepsie utérine.

[1] P. Legendre. *Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde.* Thèse de Paris, 1886.

[2] G. Braun. *Ueber den Zusammenhang von Neurosen des Magens und Uterinleiden* (*Wien. med. Woch.*, 1886, p. 41-42). — Imlach. *On uterine dyspepsia* (*Brit. gyn journ.*, févr. 1887, p. 471-484). — Lacoarret. *Nervosisme et troubles gastriques dans les affections chroniques de l'utérus.* (*Arch. clin. de Bordeaux*, 1892, pp. 387 et 455.) — Theilhaber. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 octobre 1895, p. 1006.) — Raffray. *Des métrites : considérations cliniques et thérapeutiques.* (Thèse de Paris, 1894.) — H Eisenhart. *Die*

fréquemment de flatulence et, en particulier, d'un état de **tympanite chronique** qui fait dire aux femmes que leur ventre a grossi depuis le début de leur maladie, quoique leur embonpoint ait diminué. Ce météorisme est une grande gêne pour la palpation du ventre et l'exploration bimanuelle.

Toux utérine. **Réflexes du côté de la respiration : toux utérine.** — On observe très souvent, chez les femmes atteintes de maladie de l'utérus, en dehors de toute affection des voies respiratoires et sans que l'hystérie puisse être incriminée, une toux sèche, revenant tantôt par quintes, tantôt au contraire par émissions isolées, mais si fréquentes qu'elle semble constituer une sorte de *tic*. Elle est généralement petite, étouffée : elle présente exceptionnellement un caractère sonore et métallique qui inquiète les malades et leur entourage. Aran[1] l'avait signalée sommairement : un de mes élèves lui a consacré, d'après mes leçons, une étude plus complète[2]. Ce qui la caractérise, c'est qu'elle ne répond à aucun signe stéthoscopique et guérit avec la lésion utérine, métrite, déplacement, etc.

Névralgies. **Réflexes du côté du système nerveux central et périphérique. Névralgies et névroses de cause génitale.** — Ici encore, on peut s'expliquer facilement la pathogénie de ces réflexes par la richesse d'innervation des organes génitaux qui sont reliés à la fois au grand sympathique par le plexus hypogastrique, et à la moelle par le nerf honteux interne (fig. 143). Les névralgies sont très fréquentes. La névralgie intercostale est tellement habituelle que Bassereau a pu prétendre que cette névralgie était presque toujours liée à l'existence d'une métrite. On observe encore la névralgie faciale, souvent la névralgie lombo-abdominale, avec irradiation des douleurs dans la branche fémoro-cutanée, le plus souvent dans la cuisse gauche.

Simpson et Scanzoni[3] ont insisté sur la névralgie sacrée, dont ils ont fait l'objet de monographies sous le nom de **coccygodynie**.

Coccygodynie.

On a même cru constater des réflexes périphériques jusque sur les nerfs sensoriels. Clifton S. Morse[4] a décrit une asthénopie dépendant des maladies de l'utérus.

Palpitations de cœur. Enfin, je ne fais que mentionner les **palpitations de cœur**, imputables à la fois à des réflexes nerveux et à l'anémie.

Névroses. Je n'insisterai pas sur les **troubles du système nerveux général**, qui sont d'une extrême variabilité. « Les troubles nerveux, dit Courty, à

Wechselbeziehungen zwischen internen und gynäkologischen Erkrankungen; Stuttgart, 1895.

[1] Aran. *Leçons clin. sur les maladies de l'utérus*, Paris 1858.

[2] P. Müller. *De la toux utérine*, thèse de Paris, 1887.

[3] Simpson. *Diseases of women*. Édimbourg, 1872, p. 202. — Scanzoni (*Würzb. med. Zeit.*, t. II, p. 4), et *Krankh. der weibl. Sexualorg.*, t. II, p. 225.

[4] Clifton S. Morse. *New York med. journ.*, 22 janv. 1887, vol. XLV, p. 95.

propos de la métrite chronique, revêtent toutes les formes de l'**hystérie**, non qu'ils tiennent à l'hystérie véritable, qui peut coïncider, quoique rarement, mais parce que, chez la femme, les altérations du système nerveux, celles surtout dont l'utérus est le point de départ, prennent le plus souvent ce caractère. » Cette vérité est si banale que l'étymologie même du mot *hystérie* en est le témoin. Hystérie.

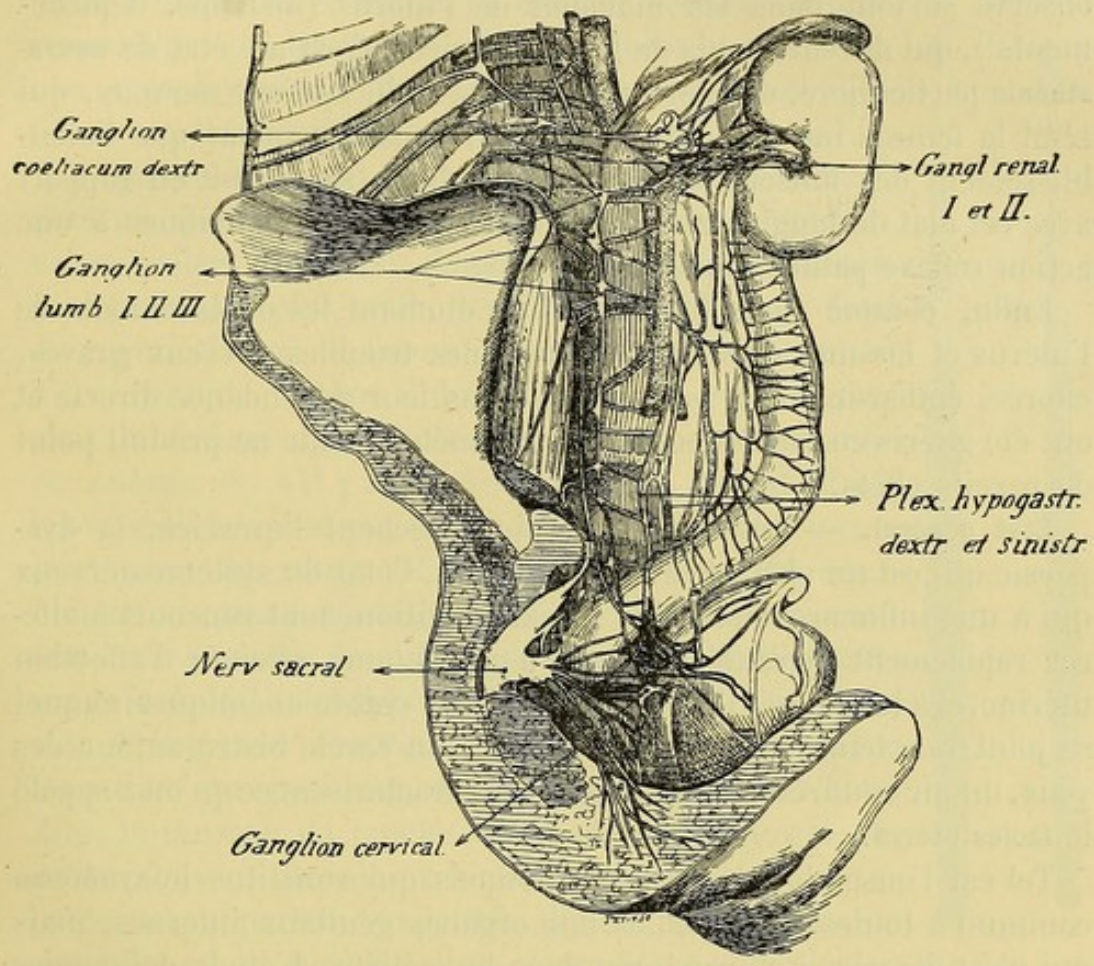


Fig. 143. — Nerfs de l'appareil génital d'un enfant, côté droit.

Il est certain, d'autre part, que chez toutes les femmes prédisposées à l'hystérie, le moindre trouble des organes génitaux internes peut appeler la manifestation de la névrose. Ainsi s'expliquent, à la fois, l'intensité des symptômes qu'on a cru pouvoir légitimement attribuer à des lésions insignifiantes, comme la « cheville cicatricielle » d'Emmet au niveau des déchirures du col, et les succès merveilleux de certaines opérations. Comment se défendre du diagnostic *hystérie*, en lisant des observations comme celle de Mundé, où l'on voit survenir une crise de sciatique ou une attaque de catalepsie par la seule pression du doigt sur la cicatrice d'une déchirure du col, et la suture faire disparaître tous les accidents[1]? On doit presque dire qu'il y a

[1] P. Mundé. *Minor surg. Gyn.*, p. 442.

une pathologie utérine spéciale pour les hystériques, et aussi peut-être des succès thérapeutiques particuliers : on peut s'attendre avec elles à des résultats inespérés pour des interventions qui resteraient sans effet chez des femmes dont le système nerveux serait moins vulnérable.

Il est encore une conséquence des affections génitales que l'on observe surtout dans les maladies de l'utérus (métrites, déplacements[1]), qui durent depuis de longues années. C'est un état de **neurasthénie** particulière, de dépression excessive du système nerveux, qui rend la femme incapable de tout effort, sans cependant que l'affaiblissement des muscles ou l'altération de la santé soit en rapport avec cet état de langueur. On doit donc sûrement l'attribuer à une action réflexe pathologique[2].

Neurasthénie.

Enfin, comme nous le verrons en étudiant les déplacements de l'utérus et les maladies des annexes, des troubles nerveux graves, chorée, épilepsie, etc., sont parfois sous leur dépendance directe et ont été guéris en même temps. Mais la métrite seule ne produit point de pareils effets.

État général. Facies utérin.

État général. — Les douleurs qui empêchent l'exercice, la dyspepsie qui est un obstacle à l'alimentation, l'état du système nerveux qui a une influence dépressive sur la nutrition, tout concourt à altérer rapidement la santé générale d'une femme atteinte d'affection utérine, et à lui donner l'aspect habituel des chloro-anémiques, auquel se joint une teinte terreuse de la face, un cercle bistré autour des yeux, un air souffreteux du visage, qui caractérisent ce qu'on a appelé le **facies utérin.**

Tel est l'ensemble de signes rationnels qui constitue le **syndrome** commun à toutes les maladies des organes génitaux internes, mais qui n'est jamais si marqué que dans la métrite. L'étude des signes physiques révélés par l'examen direct permettra maintenant de préciser les caractères propres à l'inflammation de l'utérus.

Signes physiques. Toucher.

Signes physiques. — Au **toucher**, qui doit toujours être fait par l'exploration bimanuelle, on trouve (sauf les cas très rares où le corps seul est le siège de l'inflammation) le col augmenté de volume et altéré dans sa consistance. Il est plus gros, plus ouvert, parfois onctueux et velvétique, lorsqu'il présente une surface ulcérée. En

[1] Une certaine part rentre, pour ces derniers cas, dans l'ensemble des phénomènes provenant du manque de fixité des viscères abdominaux, qu'on a réunis sous le nom d'*entéroptose* (F. Glénard).

[2] Playfair. *Note on the systematic treatment of nerve-prostration and hysteria connected with uterine disease* (*Lancet*, 1881, t. I, p. 857, 946). — Du même, *Neurotic complications of uterine disease* (*Lancet*, 25 avril 1891, t. I, p. 919). — Graily-Hewitt *Reynold's System of medicine*, vol. V, p. 700. — John Ault. *Uterine dyskinesia* (*Med. and surg. Reporter*, 31 mars 1883). — Rohé. (*Am. Journ. of Obst.*, 1892, vol. XXVI, p. 694.)

certains points, on peut le sentir criblé de petits grains durs, qui sont des kystes glandulaires. Le doigt constate, en outre, les déchirures sur lesquelles j'ai longuement insisté à propos de l'anatomie pathologique. Si cette exploration n'est pas douloureuse, celle qui consiste à imprimer un mouvement de **ballottement** à l'utérus en faisant basculer le col, l'est parfois, et Gosselin[1] a beaucoup insisté sur l'importance clinique de ce signe. Le toucher permet aussi de reconnaître que les culs-de-sac sont libres, dans les cas non compliqués d'inflammation circum-utérine; l'utérus est alors parfaitement mobile.

Examen au speculum.

L'examen initial au **speculum** sera fait, de préférence, avec un speculum bivalve de Cusco ou avec les deux valves isolées de Simon, dans la position de la taille. Il montre le col plus gros, remplissant parfois le fond du vagin, changé de forme : chez la nullipare, au lieu d'être conique, comme il doit l'être, il est cylindrique; chez la femme ayant accouché, il est souvent renflé en massue, et, s'il y a des déchirures du col, il affecte les formes les plus variées, figurées plus haut. La couleur varie du rouge vif au rouge violacé. Un écoulement visqueux de mucus, soit franchement purulent, soit panaché de stries purulentes et de filaments sanguinolents, s'échappe de l'orifice, surtout si l'on a soin de le presser doucement, à plusieurs reprises, avec les valves du speculum, de façon à *traire*, pour ainsi dire, le museau de tanche. La surface de celui-ci paraîtra souvent ulcérée : ces pertes de substance apparentes seront parfois très petites, disséminées (folliculite des auteurs) ou superficielles, ressemblant à une légère vésication (érosions), ou profondes, pareilles à un ulcère de cicatrice, lisse et vernissé, ou à une plaie granuleuse (ulcérations); parfois, quelques grains jaunâtres, semblables à de petites pustules d'acné, seront l'indice d'un kyste superficiel (œuf de Naboth).

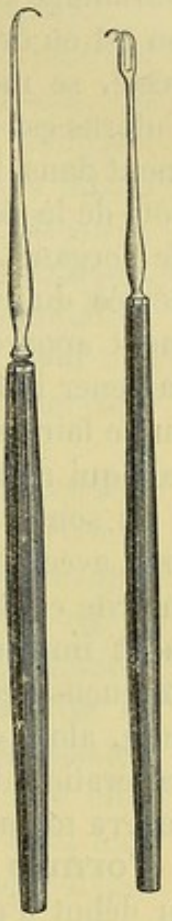


Fig. 144. — Crochets aigus.

On doit savoir que les déchirures du col sont beaucoup moins visibles en projection, au fond du speculum, que perceptibles au toucher, et que leur surface ulcérée est bien mieux étalée par un speculum bivalve que par un speculum cylindrique.

Pour écarter les deux lèvres l'une de l'autre et voir dans l'intérieur du col, on peut se servir de la pince à érignes divergentes de Courty, ou simplement de petits crochets (fig. 144).

[1] Gosselin. *Loc. cit.*

Le **toucher rectal** est un complément utile de l'exploration vaginale; il sera cependant négatif dans la métrite simple.

Cathétérisme utérin.

L'introduction de l'**hystéromètre** fera constater diverses particularités intéressantes.

On trouve ordinairement une augmentation de la cavité utérine pouvant aller jusqu'à 8 centimètres : quand l'hystéromètre s'enfonce davantage et qu'il n'y a pas eu récemment grossesse ou avortement, on est en droit de craindre autre chose qu'une métrite. Il faut, du reste, se mettre alors en garde contre une cause d'erreur; lorsque l'utérus est légèrement dévié d'un côté (ce qui arrive assez fréquemment dans les cas de déchirure profonde, où il est alors attiré du côté de la déchirure), la sonde ne mesure pas, en réalité, la hauteur de l'organe, mais la longueur d'une ligne oblique allant de la portion déviée du col à la corne opposée; il existe dans ce cas un allongement apparent. Il suffira donc, quand on soupçonne l'erreur, de ramener l'utérus à sa situation normale, par la palpation bimanuelle ou de faire simplement placer la femme dans la position génu-pectorale qui redresse sensiblement l'utérus.

La sonde éveille souvent de la douleur; mais il serait exagéré de dire, avec Veit, qu'on peut ainsi déterminer les points exacts où l'endométrite est le plus accusée. En réalité, c'est bien plutôt le mouvement imprimé à la totalité de l'organe que le frôlement de la muqueuse qui est la cause ordinaire de la douleur. L'écoulement de sang, alors que la sonde a pénétré sans effort, est un sûr indice de l'altération de la muqueuse. S'il y a des fongosités très accusées, on pourra même parfois les sentir avec le cathéter.

Forme aiguë.

Formes diverses de la métrite. **Forme aiguë.** — On peut au début d'une métrite, par exemple à la suite d'une dilatation ou d'un cathétérisme fait sans précautions antiseptiques, etc., observer des phénomènes aigus — frisson et fièvre — de même que dans le cours d'une métrite chronique, à la suite d'une fatigue ou simplement au moment de la menstruation. Quoi qu'il en soit, quand la métrite revêt cette forme d'emblée ou par poussées tardives, l'exploration directe permet de reconnaître une sensibilité particulière de l'organe, une chaleur spéciale du vagin où le doigt perçoit parfois des battements, la rougeur et la tuméfaction du museau de tanche, en un mot tous les signes classiques de l'inflammation aiguë. Ils s'atténuent le plus souvent assez vite, mais peuvent reparaître si une nouvelle exacerbation se produit.

Forme catarrhale.

Forme catarrhale. — Ce qui caractérise cette forme, c'est la prédominance de deux symptômes : ulcération du col et intensité de la leucorrhée. J'ai décrit avec assez de détails l'aspect que présente un col ulcéré pour n'avoir pas à y revenir.

Cette forme s'observe surtout chez les jeunes femmes et s'accompagne souvent de phénomènes nerveux réflexes (dyspepsie, palpitations, nervosisme). La localisation principale du mal est ordinairement au niveau du col : c'est le **catarrhe cervical** de certains auteurs. Je crois qu'on le décrit, à tort, comme une lésion circonscrite; en pareil cas, il y a toujours altération concomitante de la muqueuse du corps; on agira donc en conséquence, sous peine de mécomptes.

Forme hémorrhagique.

Forme hémorrhagique. — Ici, au contraire, c'est le corps surtout qui est malade et le col peut présenter un aspect relativement sain. On observe cette forme chez les jeunes filles au moment de l'établissement de la menstruation, chez la femme vers l'époque de la ménopause; enfin, c'est la forme de prédilection des métrites *post abortum*, alors que de simples particules, presque invisibles, de caduque, greffées sur la muqueuse utérine, y entretiennent une inflammation tenace. Il faut se souvenir que les avortements précoces sont très souvent méconnus, et que cette condition pathogénique intervient beaucoup plus souvent qu'on ne le pense.

Polypes muqueux.

C'est dans les formes catarrhales et hémorrhagiques invétérées qu'on observe les profondes altérations de la muqueuse du corps devenue végétante, fongueuse, **polypeuse**. Cette prolifération exubérante de l'élément interstitiel et glandulaire peut aussi porter sur la muqueuse du col, qui devient alors visible à l'extérieur et constitue un nouveau symptôme, sans que pour cela l'affection mérite de changer de nom. Les **polypes muqueux** et les **hypertrophies folliculaires du col** sont une lésion de métrite et doivent être décrits avec elle, anatomiquement et cliniquement. J'ai déjà indiqué plus haut leur nature histologique. L'aspect de ces polypes rappelle celui des polypes mous des fosses nasales; ils sont rosés ou violacés, du volume d'un pois ou d'une noisette, tantôt sessiles, tantôt appendus à un pédicule très mince. Il est facile, par le spéculum et le toucher, d'en reconnaître la nature.

Hypertrophie folliculaire du col.

L'hypertrophie folliculaire du col se fait aux dépens du tissu glandulaire, dans l'épaisseur même d'une des lèvres, qui subit ainsi un allongement hypertrophique de consistance molle, d'aspect fendillé ou anfractueux et qui peut l'amener jusque près de la vulve et même la dépasser[1].

Les polypes produisent souvent des hémorrhagies intermittentes graves; l'allongement hypertrophique s'accompagne surtout de catarrhe.

La forme hémorrhagique peut causer des pertes sérieuses durant

[1] A. Pilliet (*Bull. de la Soc. anat.* 26 déc. 1890) a présenté une hypertrophie folliculaire du col qui dépassait la vulve.

plusieurs semaines, presque sans répit. Certaines femmes arrivent ainsi à un degré extrême d'anémie. L'écoulement de sang se fait le plus souvent sans coliques; les malades se plaignent seulement de douleurs lombaires plus ou moins intenses, et présentent des points névralgiques variés.

Forme douloureuse chronique.

Forme douloureuse chronique (synonymes : *métrite chronique, engorgement, infarctus utérin*, etc.). — J'ai caractérisé cette forme du nom de *douloureuse*, car l'état douloureux de l'organe et l'impotence qu'il entraîne en est le symptôme capital.

Il est absolument faux de représenter la métrite chronique comme la suite et le résidu d'une métrite aiguë. Il est beaucoup plus exact de dire que c'est le résultat d'une infection ayant évolué lentement, d'une façon sournoise et larvée, parfois ayant même sommeillé, avant d'avoir fait son apparition, assez longtemps après que la cause infectante a disparu. Il y a là, en un mot, des faits analogues à ceux que Verneuil a réunis sous le nom de *microbisme latent*[1]. Ils en présentent la marche insidieuse, les répits trompeurs et les exacerbations inattendues; si bien qu'il y a plus d'un point de contact dans l'allure clinique d'un foyer d'ostéite ancienne et celle d'une métrite chronique. Dans l'intervalle des poussées aiguës qui sont toujours imminentes, l'un et l'autre constituent plutôt une infirmité qu'une maladie.

Il s'agit le plus souvent d'infection puerpérale localisée, à échéance parfois très tardive. Le retard dans l'involution normale, l'*engorgement*, comme disent les vieux auteurs, caractérisé par le volume anormal de l'organe, la sensation de pesanteur, les douleurs de reins, rendant la marche et la station pénibles, et la dysménorrhée, en sont les premiers symptômes. Ils peuvent même passer inaperçus dans les premiers mois; la femme, qui ne s'est sentie malade qu'à la suite d'une fatigue quelconque, attribue à cette cause occasionnelle l'origine de son affection, en méconnaissant l'influence efficiente d'un accouchement ou d'une fausse couche déjà éloignés. Plus tard, les douleurs deviennent plus fortes et peuvent condamner les malades à un repos à peu près complet.

L'examen local donne des résultats assez différents, selon qu'on le pratique en dehors des poussées aiguës ou pendant celles-ci. Dans ce dernier cas, on observe les signes que j'ai relatés plus haut au sujet de la forme aiguë. En dehors des poussées, on trouve ordinairement le col un peu tuméfié, dur, comme sclérosé, souvent irrégulier par suite de déchirures anciennes, d'une consistance tout à fait ligneuse par places, et, en d'autres points, comme criblé de petites

[1] Verneuil. *Du parasitisme microbique latent* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 3 août 1886. 2e série, t. XVI, p. 105).

nodosités semblables à des grains de plomb (kystes glandulaires). Le spéculum permet de constater cette tuméfaction et une congestion variable; souvent il y a une apparence couperosée très caractéristique. S'il y a des déchirures du col, on peut observer l'ectropion de la muqueuse, mais sans que l'ulcération soit aussi fongueuse que dans la forme catarrhale; elle est plutôt lisse comme un ulcère de cicatrice. Au toucher, il est très fréquent de constater une déviation utérine concomitante. Le cathétérisme ne donne qu'une augmentation de profondeur peu marquée,

Il est une variété de métrite chronique douloureuse qui mérite une description spéciale; c'est celle qui a été désignée sous les noms de **dysménorrhée membraneuse**, d'*endométrite exfoliante*, de *decidua menstrualis*. Le phénomène capital est l'élimination douloureuse au moment des règles, de tout ou partie de la muqueuse utérine : celle-ci présente les altérations histologiques de l'inflammation aiguë (endométrite interstitielle) (fig. 110). Les femmes peuvent très peu souffrir dans l'intervalle des règles, quoiqu'elles présentent cependant des signes non douteux de métrite, en outre de la leucorrhée. Beaucoup d'auteurs ont cependant méconnu cette filiation et font de la dysménorrhée membraneuse une affection tout à fait distincte des métrites. D'autres ont bien vu cette relation : ainsi Schrœder dit qu'alors « le catarrhe chronique se rencontre si souvent qu'en règle générale on pourrait bien le considérer comme la cause du mal[1] ». Si l'on cherche l'origine de l'affection, on trouve presque toujours qu'elle remonte le plus souvent à un accouchement ou à un avortement, plus rarement à l'établissement de la menstruation (on sait l'importance que ces phases de la vie génitale ont sur le développement des métrites). On pourrait donc dire que la dysménorrhée membraneuse est une véritable *métrite chronique avec poussées de métrite aiguë et desquamation inflammatoire de la muqueuse, au moment des règles*. C'est pourquoi elle rentre au point de vue clinique dans la catégorie de la forme chronique, et au point de vue anatomique dans le cadre de la forme aiguë.

Dysménorrhée membraneuse.

Parfois ce ne sont que des lambeaux qui sont éliminés; parfois le sac membraneux est complet, et on peut y reconnaître la forme de la cavité utérine, une face interne lisse, criblée de petits trous, et une face externe irrégulière et déchiquetée On ne confondra pas cette membrane avec le produit d'un avortement : un examen un peu attentif (après une courte immersion dans l'acide picrique) permettra d'y reconnaître les villosités choriales[2]. Par contre, la présence ou

[1] Schrœder. *Malad. des org. gén.*, trad. franç., p. 361.
[2] De Sinéty. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1876, t. XXVIII, p. 140.

l'absence de cellules de la caduque n'est pas, comme on pourrait le croire, pathognomonique[1].

Cette manifestation spéciale de certaines métrites chroniques dure le plus souvent jusqu'à la ménopause, si un traitement énergique n'est pas institué; elle peut s'accompagner de ménorrhagies. Quoiqu'elle entraîne souvent la stérilité, on a pu voir la grossesse survenir et la maladie reprendre, après l'accouchement.

Marche. Pronostic.

Marche. Pronostic. — Toutes les formes de la métrite sont rebelles; dès que la muqueuse a été malade durant un certain temps, la tunique musculaire, le parenchyme, ne tarde pas à s'altérer à son tour : survienne ensuite la guérison de la muqueuse, les changements acquis de structure, la sclérose de l'utérus, la formation de petits kystes dans le col, etc., n'en demeureront pas moins définitifs. Or ces reliquats suffisent pour entretenir l'état morbide qui constitue la métrite chronique. Voilà pourquoi toute métrite qui n'est pas guérie rapidement menace de devenir incurable, tout en changeant de forme. Scanzoni prétend qu'il n'a jamais vu guérir la métrite chronique: mais il ne la distinguait pas suffisamment des salpingites.

La métrite prédispose-t-elle au cancer? Nous avons vu que nombre d'auteurs étrangers n'hésitent pas à admettre que le catarrhe du col entretenu par une déchirure est une condition favorable pour l'apparition de l'épithélioma. On a aussi soutenu qu'une inflammation de la muqueuse utérine de longue durée, quand elle revêt la forme glandulaire, peut facilement aboutir à l'adénome; or, que la végétation épithéliale dépasse la limite des culs-de-sac, que l'adénome typique devienne atypique, et, par une transition progressive, un néoplasme malin, un véritable cancer du corps est constitué.

Diagnostic.

Diagnostic. — Les causes d'erreur peuvent provenir de l'exagération d'un symptôme, les signes concomitants étant atténués.

Grossesse.

L'augmentation de volume de l'utérus, joint aux phénomènes dyspeptiques, pourrait faire croire à un commencement de grossesse, surtout si une aménorrhée temporaire vient accroître le doute. Il suffit d'attendre pour que celui-ci se dissipe bientôt : on devra, en pareil cas, être sobre d'explorations et surtout ne pas faire le cathétérisme de l'utérus.

Cancer.

L'abondance de la leucorrhée, jointe à l'ulcération du col, fera naître l'idée de cancer du col : les caractères de l'un et de l'autre de ces phénomènes sont cependant alors différents : dans le cancer, l'écoulement n'est pas muco-purulent et visqueux; il est séreux, roussâtre et d'une fétidité fade très spéciale : l'ulcération est an-

[1] Ruge. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1881, t. V, p. 317.

fractueuse, parsemée de points jaunâtres, à bords durs, quand elle n'est pas encadrée par une végétation en chou-fleur; elle détruit les tissus qui la supportent, de manière à donner lieu à des pertes de substance qu'on ne trouve pas dans la pseudo-ulcération de la métrite. Le gonflement dur et irrégulier du col, produit par le développement de kystes et la sclérose concomitante, donne parfois, il est vrai, au toucher une sensation analogue à celle de certains **noyaux cancéreux**. Des ponctions dans le col, évacuant les kystes et décongestionnant les tissus, qui deviennent plus souples, trancheront parfois le diagnostic. Au besoin, on ferait l'excision d'une petite tranche de tissu suspect pour en faire l'examen histologique.

Des douleurs très vives et régulières, un écoulement très tenace de muco-pus fétide mêlé de sang, une forte augmentation de volume du corps utérin, enfin l'examen de parcelles enlevées par la curette, feront reconnaître le **cancer du corps**.

On ne confondra pas avec une métrite hémorrhagique la métrorrhagie provoquée par un **avortement** précoce; les antécédents, l'étude des caillots expulsés, sont significatifs. Avortement.

Les **polypes fibrineux**, qu'il vaudrait mieux appeler **placentaires**[1], ne sont que des débris de placenta ou de villosités choriales greffés dans l'utérus et y vivant d'une vie obscure pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois[2], après un accouchement ou un avortement. Ces commémoratifs seront un guide précieux, et l'examen de la petite tumeur, qu'il faut enlever avec la curette mousse dès qu'elle est reconnue, en montrera vite l'origine.

Les **corps fibreux**, les **polypes fibreux** intra-utérins, donnent aussi lieu à l'apparition d'un syndrome analogue à celui de la métrite et à d'abondantes hémorrhagies. L'examen de l'utérus par l'exploration bimanuelle, le cathétérisme, et, au besoin, la dilatation du col, fourniront des garanties suffisantes contre l'erreur. Corps fibreux.

La **salpingite**, comme je l'ai dit, coexiste le plus souvent avec la métrite. Le diagnostic consiste donc à reconnaître quelle est de ces deux lésions celle qui prédomine et doit, par suite, caractériser la maladie. On recherchera soigneusement par la palpation bimanuelle, aidée au besoin de l'anesthésie, à reconnaître l'état des annexes. Si elles ne sont pas augmentées de volume, mais seulement un peu Salpingite.

[1] Voir sur ces productions : Anna Klasson. *Étude sur les faux polypes de l'utérus* (*Ann. de gyn.*, févr. 1889, t. XXXI, p. 105) et von Kahlden. *Ueber destruirende Placentarpolypen* (*Centralbl. f. allgem. Pathologie*, 1891, Bd II, nos 1 et 2). — Ce dernier auteur, examinant histologiquement un cas de polype placentaire, a trouvé que le centre était constitué par de la fibrine et la zone périphérique par un stroma fibro-vasculaire tapissé de plusieurs couches de cellules épithéliales.

[2] Mac Lean. *Placenta retained for nine weeks, after miscarriage at 3 1/2 months* (*Amer. Journ. of Obst.*, janv. 1888, t. XXI, p. 60).

douloureuses à la palpation, tandis que l'utérus présente les signes objectifs que j'ai décrits, on formulera le diagnostic de *métrite*.

Autres maladies des annexes.

J'ai déjà indiqué l'existence de **métrites symptomatiques** de maladies primitives et non inflammatoires des annexes. Il suffit qu'une lésion de la trompe, de l'ovaire, des ligaments larges soit accolée à l'utérus pour qu'elle retentisse sur lui[1]. Il est difficile de déterminer par quelle voie la muqueuse utérine devient alors malade, mais on ne peut nier qu'elle ne s'altère en effet. On a vu une petite tumeur ovarienne être, en apparence, le principal point de départ d'hémorrhagies profuses liées à une endométrite hyperplasique anatomiquement constatée. Brennecke[2] et Löhlein[3], qui rapportent des observations de ce genre, croient que l'hyperémie réflexe provenant de l'irritation ovarienne suffit à amener l'hyperplasie de la muqueuse utérine. Il serait plus juste de dire que cet état de congestion permanente crée une véritable réceptivité morbide, grâce à laquelle les causes d'infection si nombreuses, — germes habitant le vagin et germes venus du dehors, — peuvent exercer une funeste influence sur l'organisme affaibli et provoquer une inflammation utérine.

Quoi qu'il en soit, deux faits paraissent établis, que ne doit pas oublier le clinicien, au point de vue du diagnostic :

1° Il existe des liens étroits entre l'inflammation de l'utérus et celle des annexes (trompes et ovaires); par suite, cette dernière doit toujours être recherchée, car, qu'elle soit alors protopathique ou deutéropathique, elle peut devenir ce qu'il y a de plus important, au point de vue de l'intervention opératoire.

2° Des altérations des ovaires, quelles qu'elles soient, même non inflammatoires, peuvent dès leur début simuler la métrite par leur retentissement indirect sur la muqueuse de cet organe; l'altération, d'abord simplement congestive, tend même à se transformer en lésion inflammatoire véritable.

Cystite.

La **cystite** peut être liée à une inflammation de l'utérus ou donner lieu par elle-même à des phénomènes douloureux qui la simulent.

Rectite.

Il en est de même pour la **rectite**, avec ténesme, et même sécrétion glaireuse (leucorrhée anale), que l'on voit parfois apparaître en même temps qu'une métrite aiguë à laquelle elle est liée. Il faut se garder alors de ne voir que l'effet, sans remonter à la cause.

Sphinctéralgie.

J'ai observé dans un cas une **sphinctéralgie** sans fissure qui a cédé

[1] Czempin. *Ueber die Beziehungen der Uterusschleimhaut zu den Erkrankungen der Adnexa* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1886, Bd. XIII, p. 359).

[2] Brennecke. *Zur Aetiologie der Endometritis fungosa* (*Arch. f. Gyn.*, 1882, Bd. XX, p. 455).

[3] Löhlein. *Uebereinige Formen der Endometritis corporis* (*Berl. klin. Woch.*, 1886, n° 23).

à la guérison d'une métrite catarrhale. Il est plus exceptionnel, inversement, qu'une maladie du rectum provoque des phénomènes de pseudo-métrite. C'est cependant ce qu'on peut observer : j'ai publié[1] une observation de polype du rectum qui avait donné lieu à des troubles attribués, depuis longtemps, à une métrite. La malade avait subi un traitement très énergique dirigé contre cette prétendue lésion, sans éprouver aucun soulagement. Le toucher rectal me permit de découvrir la cause du mal et de guérir radicalement la malade par l'extirpation du polype : ce qui avait contribué à accréditer l'erreur, c'est que la malade attribuait faussement à une métrorrhagie l'écoulement sanguin qui se faisait par le rectum.

Les troubles de la santé générale, ou les accidents réflexes, sont souvent si marqués qu'ils effacent et font méconnaître la lésion locale. Une femme accuse une toux persistante, de l'essoufflement, un amaigrissement progressif, et se plaint peu de sa leucorrhée et de ses douleurs de ventre. On sera tenté de supposer une **tuberculisation pulmonaire** au début, jusqu'à ce que l'auscultation de la poitrine et surtout l'examen local aient dissipé l'erreur. D'autres fois, c'est du côté de l'estomac que les symptômes frappants prédominent : inappétence, vomissements, flatulence, gargouillement, joints aux signes fournis par la percussion et la succussion, font avec raison reconnaître une **dilatation de l'estomac**. Elle existe en effet, mais elle est symptomatique d'une métrite qu'il ne faut pas laisser au second plan, quand elle doit être mise au premier. Enfin grand est le nombre de jeunes femmes qui se croient atteintes de **chlorose** ou de **maladies de cœur**, parce qu'elles souffrent d'anxiété précordiale, de palpitations, et que l'auscultation révèle des souffles cardiaques et vasculaires : qu'on examine aussi l'utérus, et on reconnaîtra bien vite chez elles une métrite, à moins qu'il ne s'agisse d'une lésion des annexes[2]. Je pourrais en dire autant des **névralgies diverses** et même de certains états nerveux simulant l'**hystérie**.

Tuberculisation pulmonaire.

Dilatation de l'estomac.

Maladies de cœur.

Hystérie.

Chez toute femme atteinte d'une maladie chronique, il n'est pas permis de négliger l'examen de l'utérus.

[1] S. Pozzi. *Annal. de Gyn.*, nov. 1884, t. XXII, p. 342.

[2] M. Roussel. *Troubles cardiaques sympath. dans les affect. utérines.* Th. de Paris, 1890.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DES MÉTRITES

Prophylaxie. Curettage dans la rétention des membranes. — Traitement commun à toutes les formes de métrites. Ceintures. Toniques. Traitement hydrothérapique et thermal. — Traitement de la métrite aiguë. Tampons glycérinés. Injections chaudes prolongées. Scarifications du col. Dysménorrhée membraneuse. Métrite aiguë blennorrhagique. — Traitement de la métrite catarrhale. Injections vaginales. Médication intra-utérine. Irrigations intra-utérines. Drainage utérin. Tamponnement utérin. Balayage au tampon. Écouvillonnage. Cautérisation intra-utérine. Galvano-caustique. Tampons caustiques. Injections caustiques. Curettage (curettes). Stérilité après le curettage. Technique. Accidents. Perforation de l'utérus. Hémorrhagie. Péritonite. — Traitement des polypes muqueux du col; de l'hypertrophie folliculaire; des ulcérations; des déchirures du col. — Traitement de la métrite hémorrhagique. Traitement palliatif de l'hémorrhagie. Traitement curatif. Castration. Hystérectomie vaginale. Traitement de la métrite douloureuse chronique. Scarifications. Ignipuncture. Pansements. Tamponnement. Injections chaudes. Électricité. Massage. Amputation et résection du col. Amputation à deux lambeaux. Amputation à un lambeau (Schröder). Opération d'Emmet ou trachélorrhaphie. Castration. Hystérectomie.

Prophylaxie.

La **prophylaxie** des inflammations de l'utérus aura fait un grand pas quand la pratique de l'antisepsie sera partout suivie dans les accouchements. C'est, en effet, à l'infection puerpérale plus ou moins atténuée et localisée qu'est due la majorité des métrites.

Curettage dans la rétention des membranes.

Le nettoyage exact de la cavité utérine, contenant des débris de membranes ou de placenta, après l'avortement ou l'accouchement, a ici une importance capitale. On discute à tort, à mon avis, la question de savoir si l'expectation ne vaut pas mieux que l'intervention active. Budin[1] s'est trop élevé contre ce qu'il appelle la crainte exagérée des accidents à la suite de l'abstention; il se base sur une statistique faite d'après les cas traités à la Maternité de la Charité, durant une période de trois ans, comprenant 46 cas de rétentions sur 210 avortements; il n'a vu éclater d'accidents septicémiques que quatre fois; une seule malade a succombé (pneumonie septique?).

Budin vient à bout de l'hémorrhagie par le tamponnement, et des

[1] Budin. *Progrès méd.*, 27 nov. 1886, t. IV, p. 1025. — J. Jasinski. *Des injections intra-utérines dans l'infection puerpérale*. Thèse de Paris, 1889.

complications septiques par des injections vaginales et intra-utérines au sublimé (1/2000 à 1/3000) ou à l'acide phénique (20 à 30/1000); il administre en même temps de la quinine à l'intérieur. Certes, il n'est pas douteux qu'on ne puisse ainsi efficacement conjurer les accidents immédiats; mais en est-il de même des accidents ultérieurs de métrite et de salpingite? Les malades sont-elles vraiment *guéries*, pour avoir échappé à la mort? Assurément non. Je ne saurais trop combattre, pour ma part, cette thérapeutique timorée. Pour peu qu'on ait lieu de croire à un reliquat fœtal dans la cavité utérine, il faut se hâter d'en faire l'exploration, le nettoyage et la désinfection, sans attendre d'y être obligé par l'apparition des hémorrhagies, car lorsque celles-ci se produisent, la muqueuse est déjà infectée. La curette mousse de Récamier et les injections faibles de sublimé sont les meilleurs moyens. Le doigt lui-même peut servir, si l'on intervient à une époque très rapprochée de l'accouchement ou de l'avortement.

Après un curettage exact (complété par une injection hémostatique de perchlorure de fer et par l'irrigation antiseptique), on voit, dans les cas de fièvre intense, la température tomber de deux ou trois degrés, on en prévient l'apparition et on assure un rétablissement rapide dans les cas où la décomposition des débris n'était pas encore commencée. L'*écouvillon*, qu'on a préconisé, est un instrument tout à fait insuffisant en pareil cas, comme le démontre une observation instructive, suivie de mort, publiée par un de ses partisans[1]. On conçoit du reste, *a priori*, qu'il ne possède pas la force suffisante pour détacher, par le raclage, des parties souvent assez adhérentes.

Avant de m'étendre sur les indications thérapeutiques que récla-

[1] Misrachi (de Salonique). *Sur un cas d'écouvillonnage de l'utérus pour l'endométrite septique post abortum* (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1888, n° 7, p. 293).

Voir sur cette question (curettage fait contre les débris de membranes et de placenta) : J. Veit. *Die Therapie der Verhaltung von Eiresten* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1877, Bd. I, p. 413). — Fehling. *Ueber die Behandlung der Fehlgeburt* (*Arch f. Gyn.*, 1878, Bd. XIII, p. 222). — Boeters. *Centr. f. Gyn.*, 1877, p. 353. — Mundé. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1883, p. 142. — Prochownick. *Volkmann's Samml. Vorträge*, 1883, n° 193. — Brennecke. *Arch. f. Gyn.*, 1882, Bd. XX, Heft 3, p. 445. — v. Rabenau. *Berl. klin. Woch.*, 1884, p. 814, 832. — Felsenreich. *Allg. Wien. med. Zeit.*, 1885. — Auvard. *Gaz. hebd.*, 12 nov. 1886, p. 743. — Gerbaud. Thèse de Paris 1886. — Genesteix. Thèse de Paris, 1886. — Pajot. *Gaz. des hôp.*, 1886, p. 161. — L. Dumas. *Montpellier méd.*, 1887. — Runge. *Arch. f. Gyn.*, 1887, t. XXX, p. 25. — Doléris. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1887, p. 94-101. — Vulliet. *Journ. de méd. de Paris*, 21 août 1887. — Misrachi (de Salonique). *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1887, p. 190, 221, 288, 308. — Janvrin, Hanks, Grandin, Mc Lean, Emmet, Boldt. Discussion à la Société obstétricale de New-York, 15 nov 1887 (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 60). — A. Wisard. Thèse de Paris, 1888, n° 138. — Charpentier. *Bull. Acad. de méd.*, 18 sept. 1888, t. XX, p. 407. — A. Chartier. Thèse de Paris, 1889. — P. Charrier. *Du curettage précoce dans l'infection puerpérale, envisagé comme moyen thérapeutique et prophylactique.* (*Arch. gén. de méd.*, août 1891, vol. II, p. 141.) — Doléris. *Nouv. Arch. d'obst. et de Gyn.*, 1893, p. 453. — Guidez. Thèse de Lille, 1894. — A. Pinard. *Traitement curatif de l'infection puerpérale* (*Sem. méd.*, 1895, p. 373).

Traitement commun.

ment les diverses formes de l'affection, je dois indiquer le **traitement commun** qui s'applique également à toutes.

Ceintures.

On recommandera l'immobilisation du ventre avec une **ceinture**

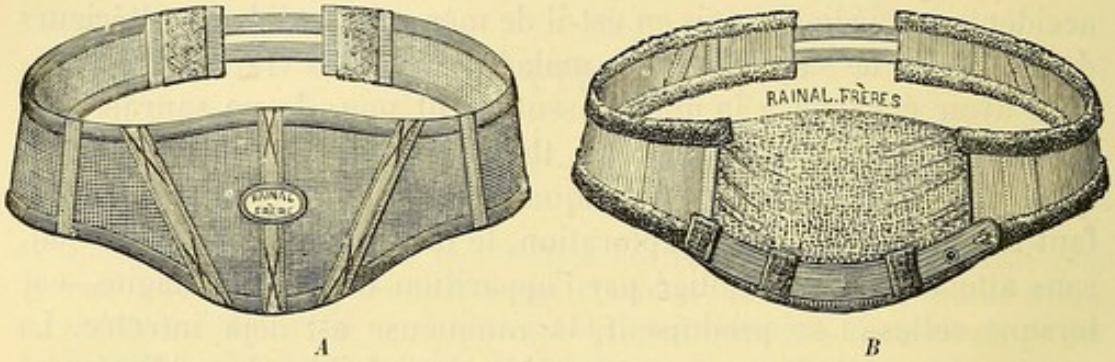


Fig. 145. — Ceintures abdominales.

A. Ceinture abdominale élastique du même tissu que les bas pour varices.
B. Ceinture abdominale en tricot destinée spécialement aux femmes ayant un certain embonpoint et supportant mal la compression.

abdominale en coutil, en tissu élastique, ou simplement, au besoin, avec une large bande de flanelle, faisant deux fois le tour du bas-

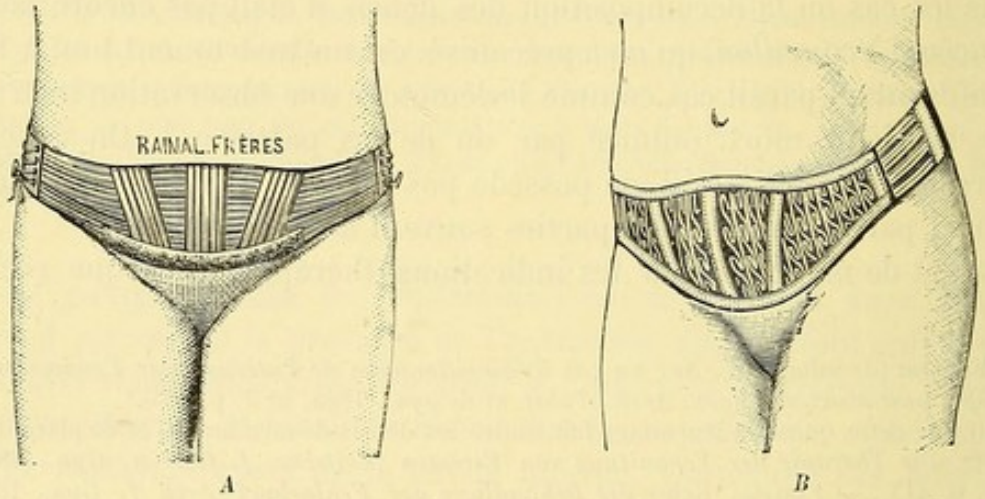


Fig. 146. — Ceintures hypogastriques.

A. Ceinture hypogastrique élastique (destinée spécialement aux femmes maigres). — B. Ceinture hypogastrique en tissu à jour (moins chaude).

ventre, un peu obliquement de haut en bas. Cette immobilisation soulage beaucoup les malades dans la marche.

On proscrira toute fatigue, tout effort violent ; les rapports sexuels devront être interrompus.

Laxatifs.

On combattra la constipation, de préférence par le choix des aliments (légumes verts, pain de seigle, pruneaux) et des **purgatifs** doux (eaux minérales laxatives, Sedlitz, Pullna, Birmenstorff, Hunyadi-Janos, Montmirail, etc., à faible dose le matin à jeun; rhubarbe, magnésie calcinée au moment des repas), ou des *lavements*

émollients, auxquels on pourra ajouter quelques cuillerées de glycérine. Certaines malades se trouvent très bien de prendre à chaque repas une cuillerée à bouche de graine de lin ou de moutarde blanche dans un verre d'eau : ces petits corps étrangers provoquent mécaniquement l'hypersécrétion et les contractions de l'intestin. L'emploi des purgatifs drastiques (aloès, podophylle, etc.), longtemps continué, présente des inconvénients ; on devra cependant y avoir recours au besoin. Il est très important, en effet, de débarrasser régulièrement le gros intestin pour diminuer la congestion pelvienne.

Toniques.

On tâchera de réveiller la nutrition générale, souvent très altérée, par des **toniques** de toutes sortes appropriés à la constitution de la malade : chez les femmes à tempérament lymphatique, l'huile de foie de morue, le phosphate de chaux ; chez les arthritiques, les préparations d'arsenic ; chez presque toutes, le fer, associé au quinquina et à la rhubarbe, seront administrés avec succès. Enfin l'**hydrothérapie** est un puissant auxiliaire qu'il ne faudra pas dédaigner, surtout si la métrite a produit l'anémie et amené des phénomènes nerveux, comme cela est si fréquent.

Traitement hydrothérapique et thermal.

Il n'est aucune maladie où les **eaux thermales** aient été plus préconisées. Il est certain qu'elles ont une action très salutaire sur l'état général surtout, et indirectement sur l'état local. Je crois donc que l'indication principale doit être tirée de l'état général de la malade et des troubles réflexes provoqués par la maladie utérine sur les principaux appareils. Aux malades très anémiées, on prescrira de préférence les eaux ferrugineuses, sulfureuses, arsenicales, les bains de mer ; aux dyspeptiques, les eaux alcalines ou légèrement purgatives ; aux névropathiques, les eaux indifférentes ou indéterminées, en choisissant de préférence celles qui sont situées dans un site agréable et une altitude un peu élevée. Enfin les eaux chlorurées sodiques ont une action incontestable non seulement sur la constitution lymphatique ou scrofuleuse, mais encore sur les congestions viscérales, et peuvent être d'un réel secours au début de certaines formes de métrite chronique, lorsque prédomine l'engorgement du corps, sans grandes altérations du col[1].

J'arrive maintenant au **traitement spécial** de chaque forme en particulier.

Aiguë

Dans la **métrite aiguë**, le repos au lit devra être absolu ; on prescrira des bains de siège avec application dans le bain d'un petit spéculum permettant l'accès du liquide jusqu'au col ; on donnera

Traitement de la métrite aiguë.

[1] C'est avec intention que je m'abstiens de citer des noms propres dans cette énumération rapide ; assez d'autres auteurs s'y sont complu pour que le lecteur puisse facilement combler cette lacune. *Voy* Vaucaire, *Formulaire de Gynécologie*. Paris, 1895.

aussi de légers purgatifs répétés. Si les douleurs sont très vives, on les calmera avec des lavements laudanisés ou des suppositoires opiacés. L'application quotidienne de **tampons glycérinés**[1], laissés en place douze heures, est un excellent antiphlogistique; la glycérine étant avide d'eau, amène un flux considérable de sérosité qui constitue une véritable saignée blanche. La malade peut parfaitement être instruite à placer elle-même son tampon avec un petit spéculum cylindrique ou elle l'enfonce à l'aide d'une longue tige, qui maintient en place le tampon jusqu'à ce que le spéculum soit enlevé.

Tampons glycérinés.

Les **injections** ou **douches chaudes** (45 à 50 degrés) et **prolongées** dans le vagin rendront de grands services. Ce moyen thérapeutique, déjà préconisé par Sédillot et Trousseau, mais dont on doit de nouveau la vulgarisation à Emmet et aux gynécologistes américains et anglais, est susceptible de très nombreuses applications; aussi n'est-il pas inutile de donner des indications précises sur son emploi; en effet, si l'on se borne à élever la température du contenu d'un irrigateur et à faire prendre ainsi à la femme, accroupie ou assise, une injection d'un demi-litre ou d'un litre, on n'obtiendra aucun résultat et l'on sera exposé à rejeter un excellent procédé, après une expérience illusoire.

Injections chaudes prolongées.

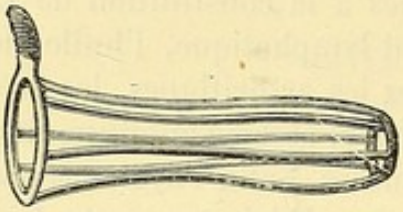


Fig. 147. — Spéculum de bains.

L'injection, ou plutôt l'irrigation ou douche chaude, doit être prise par la femme couchée sur le bord du lit, les jambes soutenues de chaque côté par une table ou une chaise, le bassin un peu élevé. Pour plus de commodité, une alèze de Smester ou de Kelly (fig. 4 et 5) ou une large pièce de tissu imperméable sera placée sous le siège, repliée sur les bords, en gouttière, et plongera inférieurement dans un récipient. L'injecteur (fig. 1 et 2) devra avoir une contenance d'au moins trois litres; il sera rempli d'eau à 45 degrés (il y a toujours un abaissement de 2 degrés environ après le passage à travers l'appareil) et élevé à 1 mètre de hauteur, au-dessus de la malade. La canule vaginale sera doucement poussée sur le col. On fera bien, avant de commencer l'injection, d'enduire soigneusement de vaseline le vestibule du vagin, la vulve et le périnée : l'action de l'eau chaude est ainsi moins désagréable. On doit en faire successivement passer 3 litres au moins et 10 litres au plus; l'injection sera répétée deux

[1] On fait ces tampons en roulant du coton hydrophile sous forme de boules de la grosseur d'un petit œuf de pigeon; un fil attaché au tampon doit dépasser un peu la vulve, pour qu'on puisse le retirer facilement. — On ajoute à la glycérine 1/10 d'acide borique et on peut très légèrement saupoudrer le tampon d'iodoforme rendu inodore par l'essence de menthe, etc.

fois par jour; quand elle est terminée, on enfonce deux doigts dans le vagin, et on déprime fortement la fourchette pour faire écouler l'eau qui y est accumulée. Il est bon d'introduire un tampon glycériné aussitôt après cette irrigation. La malade doit rester couchée pendant une heure.

Sacrification du col.

Enfin, pour peu que l'état aigu se prolonge, on aura recours aux **émissions sanguines locales**. On peut se servir, pour cela, de *scarificateurs* (fig. 148), mais il n'est guère besoin d'instrument spécial. Un bistouri ordinaire où l'on enroule une bandelette de diachylum, de manière à ne laisser libre qu'un centimètre de la lame, est suffisant. Après avoir bien irrigué le vagin, on introduit un spéculum de Fergusson, court et large, qui embrasse bien le col; on pique alors celui-ci, avec le bistouri, en une dizaine de points différents, sans trop s'éloigner de l'orifice du museau de tanche. Autant pour rendre la petite opération antiseptique que pour favoriser la saignée, on pratique une irrigation continue, d'une solution phéniquée à 1 pour 100 préalablement tiédie; ce qui est rendu très commode avec le petit entonnoir que j'ai fait adapter au spéculum (fig. 81, C). Quand on juge que l'émission sanguine a été suffisante (au bout d'un quart d'heure environ), on retire le spéculum, on vide le vagin, et on introduit un tampon de gaze iodoformée sur le col, ce qui suffit à faire cesser l'écoulement sanguin.

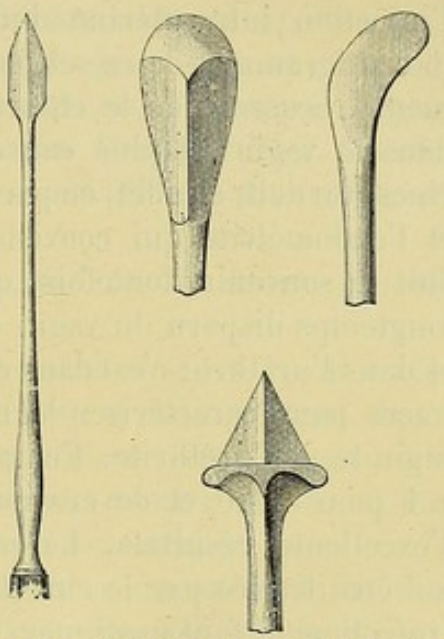


Fig. 148. — Scarificateurs pour le col utérin.

Ce moyen est très préférable à l'emploi des sangsues. Il est indolore et ne réclame pas d'anesthésie. On doit renouveler plusieurs fois (tous les deux jours environ) ces saignées pour qu'elles soient efficaces.

Dysménorrhée membraneuse.

La **métrite exfoliatrice** ou **dysménorrhée membraneuse** constitue, anatomiquement et cliniquement, une métrite aiguë, ou, pour mieux dire, la poussée aiguë d'une affection chronique. Tout autre traitement que le curettage échoue généralement. Cette pratique a, au contraire, donné d'excellents résultats[1], à la condition d'être complétée par des injections de teinture d'iode; nous en exposerons plus

[1] Schroeder. *Loc. cit.*, p. 362. — Fritsch. *Deutsche Chir.*, 1885. Lief. 56, p. 459.

loin le manuel opératoire. S'il y a aussi sténose du col, on combattra du même coup les douleurs par la dilatation avec la laminaire, ou par une sorte de divulsion, avec le dilatateur d'Ellinger.

Landowski a publié[1] des succès obtenus par la galvanocaustique; ce moyen me paraît bon, mais je lui préfère le curettage, qui est plus sûr et plus expéditif.

Métrite aiguë blennorrhagique.

La **métrite aiguë blennorrhagique** doit être énergiquement traitée par des injections vaginales et intra-utérines, à la fois antiseptiques et légèrement caustiques. Alph. Guérin[2] a indiqué les bons effets de l'injection intra-utérine d'une solution faible de nitrate d'argent (5 centigrammes de ce sel pour 30 grammes d'eau). Fritsch a récemment[3] recommandé le chlorure de zinc à 1 pour 100 en injections dans le vagin, et plus concentré pour les cautérisations intra-utérines. On doit, en effet, en pareil cas, traiter simultanément la vaginite et l'endométrite qui coexistent et s'entretiennent mutuellement. Il faut se souvenir, toutefois, que la blennorrhagie peut avoir depuis longtemps disparu du vagin et s'être réfugiée dans la cavité utérine et dans l'urèthre; c'est dans ce canal qu'on en cherchera les dernières traces pour caractériser la nature de l'affection utérine. Contre la vaginite et l'uréthrite, l'emploi combiné des injections au sublimé à 1 pour 2000 et de crayons à l'iodoforme m'ont toujours donné d'excellents résultats. La métrite aiguë blennorrhagique ne doit pas être traitée par le curettage, qui expose à une aggravation de l'infection. Il faut pratiquer la cautérisation intra-utérine au nitrate d'argent ou au chlorure de zinc (au vingtième) et faire des injections intra-utérines au permanganate de potasse (à 2/1000) en se servant de la sonde à double courant.

Traitement de la métrite catarrhale.

Métrite catarrhale. — Le traitement général que j'ai indiqué plus haut sera, tout d'abord, suivi : cette forme est une de celles où la chloro-anémie survient le plus rapidement et où le traitement général doit le plus corroborer le traitement local.

C'est aussi la forme de métrite qui réclame, au-dessus de tout, la propreté exacte et l'antisepsie rigoureuse du vagin. En effet, on agit ainsi, indirectement il est vrai, mais d'une manière très efficace, sur le col, qui est souvent la région le plus profondément atteinte. Bien plus, si l'on conseille aux malades de rester couchées après l'injection du matin, et de ne plus se lever après l'injection du soir, elles conservent une certaine quantité de liquide médicamenteux dans la partie supérieure du canal, ce qui constitue une sorte de

[1] P. Landowski. *Congr. de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, Nancy, 1886, 3e partie, p. 701.

[2] Alph. Guérin. *Loc. cit.*, p. 51.

[3] Fritsch. *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 30, p. 477.

bain local très favorable. La solution de sublimé à 1/3000 est la meilleure **injection**, mais on ne saurait, sans inconvénients, trop longtemps en prolonger l'emploi. Je recommande également les injections boriquées (2 cuillerées à bouche d'acide borique par litre d'eau), ou de tannin (1 cuillerée de poudre de tannin par litre), ou d'alun (1/2 cuillerée à bouche d'alun par litre). Injections vaginales

Mais, pour arriver à guérir complètement une inflammation de la muqueuse du corps utérin, c'est dans l'intérieur même de la cavité utérine qu'il faut agir. La **médication intra-utérine** se divise elle-même en trois procédés principaux : **l'abstersion** antiseptique de l'utérus, la **cautérisation**, le **curettage**; on les a employés isolément ou combinés. Cette médication intra-utérine est souvent insuffisante; il importe d'instituer un **traitement chirurgical** pour les *lésions du col*, les ulcérations et les déchirures, qui ont une si grande importance dans la forme catarrhale de la métrite. Médication intra-utérine.

Je suivrai cet ordre dans l'exposé complexe des divers procédés thérapeutiques.

Abstersion de l'utérus. — a. **Irrigations** (intra-utérines). — Il ne faut pas confondre les larges irrigations faiblement antiseptiques, dont il est question ici, avec les injections modificatrices plus ou moins caustiques, faites en très petite quantité; ces dernières rentrent dans le second paragraphe de la médication intra-utérine. Irrigations intra-utérines.

C'est Schultze[1] qui a surtout préconisé ce moyen; il le combine toujours avec la dilatation du col par la laminaire; ensuite il introduit une sonde à injection intra-utérine dans l'utérus et lave la cavité par une large irrigation d'eau phéniquée faible (2 pour 100).

Ce traitement est tout à fait insuffisant dans les cas invétérés; il me paraît devoir être réservé aux cas d'endométrite légère, sans modifications profondes de la muqueuse. On fera, tous les jours, une irrigation d'un demi-litre, avec la sonde à double courant, généralement introduite sans difficulté. S'il est nécessaire, on dilatera le col avec un dilatateur ou la laminaire. Quand la guérison tarde par ce moyen simple, on se hâtera d'avoir recours aux cautérisations et au curettage.

b. **Drainage.** — Fehling a fait construire des drains de verre percés de petits trous, Ahlfeld des cylindres creux en caoutchouc, Schwartz[2] des mèches en verre effilé agissant par capillarité. Il ne semble pas que ces procédés aient donné de bons résultats à d'autres qu'à leurs auteurs et à quelques disciples. Je les crois propres, par le séjour de corps étrangers dans l'utérus enflammé, à entretenir, plutôt qu'à Drainage utérin.

[1] Schultze. *Arch. f. Gyn.*, 1882, t. XX, p. 275.
[2] Schwartz. *Centr. f. Gyn.*, 1883, p. 304.

guérir, la métrite. Il en est autrement du *drainage capillaire à la gaze iodoformée*, mais on ne peut en séparer la description de celle du tamponnement.

Tamponnement utérin.

c. **Tamponnement.** — Fritsch[1] emploie, depuis 1882, un procédé qu'il applique surtout à la métrite blennorrhagique; il enfonce dans l'utérus une lanière de 75 centimètres de long sur 2 à 3 centimètres de large, et la tasse dans sa cavité « comme s'il plombait une dent creuse ». Il enlève ensuite la lanière, et recommence la même manœuvre, de manière à bien nettoyer l'utérus. Souvent il y introduit de nouveau une lanière saupoudrée d'iodoforme, qu'il laisse à demeure de 24 à 48 heures et qu'il enlève même plus tôt, si elle provoque des coliques, en tirant sur l'extrémité qui dépasse la vulve. On le voit, ce procédé a pour but à la fois le nettoyage et l'antisepsie de la cavité utérine. Je crois ce moyen beaucoup moins actif qu'un simple curettage suivi de cautérisation, et je réserve, pour ma part, le tamponnement utérin aux cas où une désinfection énergique est nécessaire (cancer du corps de l'utérus, fibrome sphacélé); je l'emploie aussi comme moyen hémostatique, après les énucléations et morcellements de fibromes.

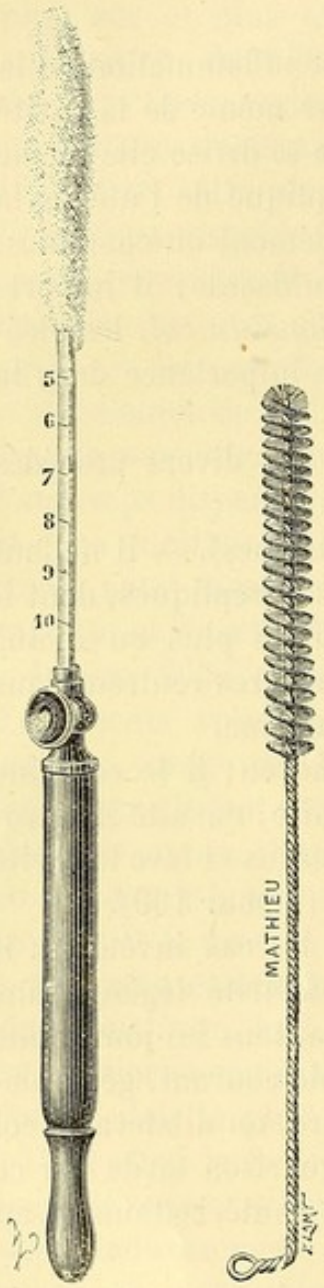


Fig. 149. — Tampon d'ouate enroulé auteur d'un hystéromètre.

Fig. 150. — Écouvillon de Doléris.

Balayage au tampon, écouvillonnage.

d. **Balayage au tampon, écouvillonnage.** — Beaucoup de gynécologistes se contentent, après avoir dilaté, s'il est nécessaire, le col utérin, d'absterger la cavité utérine à l'aide d'un bâtonnet, au bout duquel est enroulée une petite quantité de coton hydrophile. Ce moyen est très simple, et il suffit de faire quelques encoches à l'extrémité du bâtonnet pour que le coton soit très solidement maintenu. On peut, du reste, consolider la ouate par une ligature avec un fil placé à l'extrémité du tampon. Fritsch[2] a fait construire des bâtonnets qui n'offrent d'autre avantage que l'élégance sur ceux qu'on peut faire avec la première baguette venue. J'en dirai autant du porte-ouate intra-

[1] Fritsch. *Deutsche Chir.*, 1885 (Lief., 56, p. 438).
[2] Fritsch. *Ibid.*, p. 424.

utérin de Tennesson, du graphidomètre de Ménière, de l'applicateur de Sims et de celui de Mundé[1], etc. Au besoin, un hystéromètre suffit (fig. 149). Il est facile d'obtenir des tampons de grosseur différente, de manière à pouvoir pénétrer même dans des cols à peine dilatés. On fera bien, avant de s'en servir, de les tremper dans une solution de sublimé à 1 pour 1000 ou d'acide phénique à 20 pour 1000, puis de les exprimer doucement, avant de les introduire et de les faire tourner dans la cavité utérine, de façon à bien en essuyer les parois. On peut faire de ce nettoyage le premier temps d'une cautérisation faite à l'aide d'un nouveau tampon.

Doléris[2] préfère à ce simple moyen l'emploi d'écouvillons (fig. 150), semblables à ceux qui servent à nettoyer les bouteilles; l'instrument destiné à *brosser* l'intérieur de la cavité utérine est désinfecté par l'immersion dans une solution de sublimé à 1 pour 1000 et introduit par un mouvement spiroïde; on continue à le tourner en divers sens jusqu'à ce qu'on le retire. On peut aussi charger l'écouvillon de solutions médicamenteuses, tout comme le tampon d'ouate. Doléris croit qu'en se servant d'écouvillons à crins plus ou moins durs il fait soit un nettoyage, soit un grattage avec destruction de la muqueuse. Il n'est pas douteux, pour tous ceux qui ont l'habitude du curettage et qui savent la force qu'il faut déployer pour enlever la muqueuse avec un instrument mousse, que cet auteur se fait illusion sur ce dernier point : il est, je crois, impossible de détruire, par le seul frottement de la muqueuse avec une simple brosse, par attrition ou dilacération, tous les éléments de cette membrane malade dont l'expulsion s'opérerait ensuite, théoriquement, par déliquescence du tissu ainsi compromis dans sa vitalité. Il y a là une erreur, et l'écouvillon, de même que le tampon intra-utérin, ne peut servir que de moyen de balayage ou de porte-remède. A ce double point de vue, il n'est pas sensiblement supérieur à son devancier, dont je limite le plus souvent l'emploi à la cavité cervicale, préférant nettoyer la cavité intra-utérine par les irrigations.

Il y a des cas, surtout chez les nullipares, où la cavité du col étant dilatée et pleine de mucus purulent, l'orifice externe est très étroit et s'oppose à la sortie des produits de sécrétion. Il vaut mieux alors, au lieu d'une dilatation qu'on serait obligé de recommencer fréquemment, avoir recours à un très petit débridement de l'orifice externe; on le fera crucialement, avec des ciseaux courbés sur le plat ou un bistouri boutonné, en entamant le pourtour du col de 1 centimètre

[1] Mundé. *Minor surg. Gyn.*, p. 239.

[2] Doléris. *De l'endométrite et de son traitement* (*Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1887), p. 43 du tirage à part.

environ. Il sera désormais facile de faire des pansements intra-cervicaux, et d'explorer incessamment la muqueuse, de façon à se rendre compte si un traitement plus énergique ne devient pas nécessaire; ces petites incisions se cicatrisent, du reste, spontanément.

Cautérisation intra-utérine.

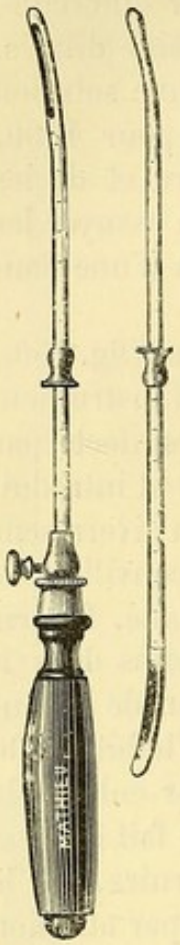


Fig. 151. — Porte-caustique intra-utérin de Siredey.

Cautérisation intra-utérine. — Je signalerai d'abord l'emploi des **caustiques solides** : les crayons médicamenteux de Becquel et Rodier, les crayons de nitrate d'argent de Courty abandonnés dans la cavité utérine, et que Spiegelberg retirait avec une sonde et un fil métallique; le pistolet utérin de E. Martin (père), imité par Storer : le porte-remède de Dittel. Tous ces procédés ont le défaut commun d'abandonner dans la cavité utérine des caustiques dont l'action est trop forte ou trop faible, en tous cas, toujours aveugle. L'application directe et momentanée du modificateur à l'aide d'un porte-caustique est certainement préférable; il faut avoir soin auparavant de bien balayer la cavité utérine par des lavages et des tampons. On peut, en particulier dans la métrite blennorrhagique, y laisser séjourner deux ou trois minutes une sorte de sonde fenêtrée, contenant du nitrate d'argent (fig. 151).

Dumontpallier[1], comme l'avait déjà fait Polaillon, introduit dans la cavité utérine un crayon de pâte de Canquoin (1 gr. de chlorure de zinc pour 2 ou 3 gr. de farine de seigle). Il produit ainsi une destruction des tissus qui peut assurément dépasser la muqueuse et qui est susceptible d'amener l'oblitération des orifices des trompes et le rétrécissement du canal cervical. J'ai été obligé de pratiquer deux fois l'ablation des annexes et une fois l'hystérectomie vaginale pour des accidents survenus à la suite de ce traitement[2].

[1] Dumontpallier. *Gaz. des hôp.*, 1889, p. 506.

[2] Voir sur les accidents consécutifs à l'emploi du bâton de chlorure de zinc : S. Pozzi. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 15 oct. 1890. — Routier, P. Segond, Reynier, Quénu, *ibid.*, p. 599 *et suiv.* — Le Dentu. *Bull. et Mém. de l'Acad. méd.*, 27 janv. 1891. — S. Pozzi, *Traitement chirurgical de la métrite. Parallèle entre le curettage et la cautérisation avec le bâton de chlorure de zinc* (*Sem. méd.*, 1891, 4 févr., p. 39). — R. Pichevin. *Des accidents causés par la cautérisation intra-utérine pratiquée à l'aide de la pâte de Canquoin* (*Nouv. Arch. d'obstét. et de gyn.*, 25 févr. 1891, n° 2). — R. Schaeffer. *Die Behandlung der Endometritis mittelst Chlorzinnstifte* (*Berlin. klin. Woch.*, 27 avril 1891, n° 17, p. 415). — M. Morneau. *Des accidents consécutifs à la cautérisation intra-utérine par le crayon de pâte de Canquoin et de leur traitement*, Thèse de Paris, 23 juill. 1891. Dumontpallier (*Bull. Acad. méd.*, 4 août 1891), semblant reconnaître lui-même les dangers d'une cautérisation intra-utérine trop intense, a préconisé le sulfate de cuivre dans la majorité des endométrites. Il réserve le chlorure de zinc pour les cas rebelles

La cautérisation avec la **galvanocaustique** a été, depuis longtemps, employée par Spiegelberg[1]. Elle a été de nouveau préconisée par Apostoli[2]. Je crois ce moyen moins commode et moins sûr que le curettage. Il me paraît de plus offrir le danger de provoquer la stérilité, en tapissant l'intérieur de l'utérus de tissu cicatriciel. Galvanocaustique

Les attouchements avec des **caustiques liquides** ou sirupeux peuvent être facilement faits dans la cavité utérine, à l'aide d'un *tampon de coton* enroulé autour d'un bâtonnet ou d'une sonde spéciale. Ce procédé est employé par beaucoup d'auteurs depuis que Miller et surtout Playfair[3] l'ont préconisé. Tampons caustiques.

Rheinstœdter et Broese[4] ont vanté de nouveau les cautérisations intra-utérines avec le chlorure de zinc, dissous dans son poids d'eau et introduit dans la cavité avec de la ouate enroulée au bout d'une sonde. Cette cautérisation, d'après Broese, ne produirait jamais de rétrécissement du col, et il la répète tous les huit jours, ou au plus deux fois par semaine, sans exiger le repos des malades. On n'a généralement pas besoin de saisir le col utérin et on introduit rapidement le porte-caustique dans le col suffisamment dilaté, avant qu'il ne se produise un resserrement qui empêche de pénétrer dans la cavité. On prolonge le contact durant une minute. On essuie avec soin les gouttes de caustique qui pourraient corroder le vagin.

Des caustiques très employés en Amérique sont l'acide nitrique faible et l'acide phénique concentré. Il faut d'abord faire la dilatation du col, sans quoi, quelques précautions qu'on puisse prendre, c'est la muqueuse seule qui est le plus fortement atteinte, le tampon n'arrivant dans la cavité utérine qu'en partie exprimé; or son action trop énergique au niveau du col peut donner lieu à des sténoses consécutives. Après avoir promené le caustique dans l'utérus, il faut soigneusement en essuyer la cavité.

Peaslee a inventé une sorte de spéculum destiné à protéger le col contre l'action des caustiques; son emploi est incommode; on pourrait utiliser un simple tube de verre coudé, comme Woodbury (de Washington). Dans le même but, J. Hoffmann enveloppe d'ouate la

contre lesquels le sulfate de cuivre aurait échoué. La modification de la muqueuse utérine n'est certainement pas suffisante par ce moyen, bien inférieur au curettage.

[1] Spiegelberg. *Monatsb. der Geb.*, Bd. XXXIV, p. 393.

[2] Apostoli. *Sur un nouveau traitement de la métrite chronique et, en particulier, de l'endométrite par la galvanocaustique chimique intra-utérine*, Paris, 1887. — Albert Weil. *Le courant continu en gynécologie. Thèse de Paris*, 1895. — Pour le mode d'emploi de l'électricité, voir le chapitre relatif au traitement médical des corps fibreux.

[3] W. S. Playfair. *Brit. med. Journ*, 11 déc. 1869, t. II, p. 625, et *Lancet*, 1er juill. 1870, t. II, p. 13.

[4] Rheinstœdter. *Die intrauterine Chlorzinnätzung* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 34). Sur près d'un millier de malades, il n'a jamais observé de rétrécissement consécutif du col. — Broese. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 461. — Fritsch. *Ibid.*, 1886, n° 30, p. 477.

canule d'une seringue, percée de plusieurs orifices, l'introduit comme un tampon dans l'utérus et imbibe alors seulement la ouate du liquide médicamenteux, en faisant jouer le piston.

Je n'emploie pas, pour ma part, ce mode de traitement. Malgré toutes les précautions prises, il est difficile, quoi qu'on en dise, d'être à l'abri d'un rétrécissement du col, après des cautérisations ayant porté sur tout le pourtour de son orifice. Mais ce n'est pas la principale objection qu'on puisse faire : à moins de faire précéder chaque séance de cautérisation d'une séance de dilatation très pénible ou de faire, dans l'intervalle, un tamponnement pour la maintenir, on ne peut être sûr de pénétrer bien au delà du col, et on n'atteint sûrement pas le fond du corps. On ne touche donc qu'une partie de la muqueuse malade, et, tandis que la portion cervicale est trop fortement cautérisée, l'action thérapeutique est nulle au-dessus.

Injections caustiques.

Les cautérisations à l'aide d'**injections caustiques** ont été faites, il y a longtemps, par Lisfranc et Vidal de Cassis[1]. De longues discussions suivirent, pour démontrer le plus ou moins grand danger de passage du liquide dans les trompes. Ce passage, qu'on réalise facilement sur le cadavre en se mettant dans des conditions qui n'existent pas sur le vivant, est, en réalité, très difficile, pourvu que deux conditions soient observées : la canule par où passe l'injection ne doit pas passer à frottement dans le col, de façon que le retour du liquide soit facile autour de cette canule; l'injection ne doit pas être poussée avec grande force, et le jet ne doit pas être dirigé dans l'axe de l'utérus. Cette double condition est parfaitement réalisée dans les seringues à injections intra-utérines de divers modèles, en particulier celle de Collin, ou celle de C. Braun, qui a l'avantage, étant en gomme durcie, de se prêter à l'injection de toute espèce de liquide, sans s'altérer (fig. 152). C'est une opération très bénigne. Certes, on ne doit pas méconnaître quelques cas malheureux : mais, dans beaucoup de ces cas, il existait, à n'en pas douter, des dispositions anatomiques exceptionnelles (dilatation de la trompe)[2]; dans d'autres, la technique opératoire n'était peut-être pas parfaite.

On a injecté plusieurs espèces de liquides : les meilleurs paraissent être la teinture d'iode, la glycérine créosotée et le perchlorure de fer. Il suffit d'en injecter 3 grammes environ, ce qui est la contenance de la seringue de Braun. Je me sers beaucoup des injections de teinture d'iode, mais seulement quelques jours après un curettage préli-

[1] Vidal de Cassis. *Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice par les injections intra-vaginales et intra-utérines*, Paris, 1840.

[2] v. Haselberg. *Monatsschr. f. Geb.*, 1869, Bd. XXXIV, p. 162. — Barnes. *Obstetr. operations*, 2e édit., p. 468. — Kern. *Wurtemb. med. Corresp.*, 1870, n° 7. — E. Spaeth. *Centr. f. Gyn.*, 1878, n° 25, p. 595.

minaire, suivi lui-même d'une injection au perchlorure de fer. Je commence les injections iodées cinq jours après le curettage et j'en fais, dans les cas de catarrhe très intense, une tous les deux jours durant deux semaines.

Je préfère la teinture d'iode aux solutions de créosote de bois de hêtre dans la glycérine, à 1/5 et à 1/10, employées par Doléris.

On peut introduire la canule de la seringue dans la cavité utérine en s'aidant de la vue, au fond d'un spéculum. Il faut toujours avoir d'abord reconnu la direction de la cavité avec l'hystéromètre. Si l'on éprouvait quelques difficultés, on fixerait le col avec une pince tire-balle, et on opérerait sur la lèvre une légère traction dans le sens opposé à la déviation du corps utérin, les parois vaginales étant maintenues écartées avec des valves. On poussera doucement l'injection intra-utérine, en retirant peu à peu la canule du fond de l'organe vers le col. Il est ordinairement inutile de dilater ce dernier : on ne le ferait que si la canule ne s'y mouvait pas librement, de manière à permettre le reflux du liquide autour d'elle. Pendant qu'on pousse l'injection intra-utérine, on fait faire une large irrigation du vagin pour empêcher la cautérisation de ses parois.

J'ai vu parfois une assez vive douleur, un vomissement, une lipothymie, suivre une injection intra-utérine ; mais jamais je n'ai observé d'accident sérieux.

On a reproché à la teinture d'iode de précipiter l'albumine et de former des caillots et des grumeaux dans la cavité utérine. C'est une erreur qu'ont réfutée les expériences de Nott[1]. L'iode forme simplement un précipité très fin, sous forme de *badigeon*, sur la muqueuse, et son action antiseptique bien connue se prolonge ainsi pendant fort longtemps. Les huiles essentielles et les composés aromatiques, tels que la créosote, etc., ont une action beaucoup plus fugace. Quant à l'iodoforme, il serait dangereux de l'injecter en solution au fond de l'utérus ; l'absorption de ce médicament pourrait provoquer des accidents sérieux.



Fig. 152. — Seringue à injections intra-utérines de Ch. Braun.

Curettage. — Avec plusieurs auteurs[2], j'adopte ce mot, qui signifie étymologiquement *emploi de la curette*. Je le préfère à celui plus Curettage.

[1] Nott. *Amer. Journ. of Obst.*, 1870, t. III, p. 36.

[2] Walton. *De la curette et de ses applications en gynécologie ; curettage, etc.* (*Annal. de la Soc. de méd. de Gand*, 1881, t. LXV, p. 97).

répandu de *curage*, qui a une signification trop énergique, et à celui de *curettement*, usité en Allemagne, qui est une expression lourde et barbare, comme beaucoup de mots germanisés tirés du français.

Le curettage de l'utérus, inventé par Récamier, tombé ensuite dans le discrédit, a repris une nouvelle faveur avec la renaissance antiseptique des opérations gynécologiques. Il occupe aujourd'hui, en France comme à l'étranger, une grande place dans le traitement des métrites[1].

Curettes. La choix de la curette n'est pas indifférent; il y en a plusieurs variétés dont les principales sont : la cuiller tranchante de Simon (qui doit être réservée aux évidements de col cancéreux et aux fongosités utérines très développées), la curette en boucle tranchante de Sims (excellente pour détacher les produits polypiformes); la curette flexible et mousse de Thomas, modifiée par Simpson, qui est très usitée en Amérique; la curette mousse de Récamier-Roux[2], qu'a adoptée Martin et que je préfère également (j'en ai fait construire une par Collin d'un modèle un peu spécial). Elle présente l'avantage, sur la curette en boucle, d'entraîner hors de la cavité utérine la majeure partie de ce qu'elle vient de détacher[3] (fig. 153).

Je suis partisan résolu des curettes mousses[4] dans l'endométrite; il ne s'agit pas en effet, ici, comme pour le curage du cancer, d'évider un tissu résistant; il est nécessaire seulement de fortement gratter une paroi musculaire dure, tapissée d'un revêtement déjà mou par lui-même et encore ramolli par l'inflammation. On comprend dès lors qu'il suffise de racler, pour ainsi dire, avec une lame mince, l'intérieur de la cavité utérine, pour être sûr de détacher tout ce qui est peu résistant, c'est-à-dire précisément la muqueuse malade. Les curettes mousses ont, en outre, l'avantage d'exposer, bien moins que les curettes tranchantes, à la blessure du parenchyme utérin, alors même qu'on emploie une assez grande force; si on a toujours soin d'enfoncer la curette dans une direction oblique par rapport au tissu

[1] Mélik, Desmoulins, Veper. Thèses de Paris, 1887. — Despréaux. *Id.*, 1888. — Poullet *Lyon méd.*, 19 févr., 4 mars 1888, t. LVII, p. 273, 321. — Boureau. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1882, nos 2, 3 et 4. — R. Pichevin. *Du curage de l'utérus* (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, t. V, p. 349, 497 et 454). — *Du traitement chirurgical de l'endométrite chronique* (*Gaz. des hôp.*, 1890, p. 427).

[2] Le modèle original de Récamier a une extrémité légèrement courbée que je trouve défectueuse.

[3] On a fabriqué des curettes munies d'un manche creux et d'une cupule perforée qui permettent de faire l'irrigation intra-utérine, en même temps que le curettage. Je ne vois là qu'une complication plutôt qu'une simplification de la technique. L'instrument, en outre, est difficile à nettoyer parfaitement.

[4] Le terme *émoussé* serait plus exact que celui de mousse; il faut, en effet, que les bords de la curette soient très minces sans être tranchants, comme la lame d'un couteau non affilé.

utérin, on évitera presque à coup sûr tout danger de perforation, en dehors de l'état post-puerpéral.

Par le curettage, on n'enlève jamais toute l'épaisseur de la muqueuse; on sait que les glandes pénètrent jusque dans la couche musculaire : ces culs-de-sac terminaux et une petite portion du

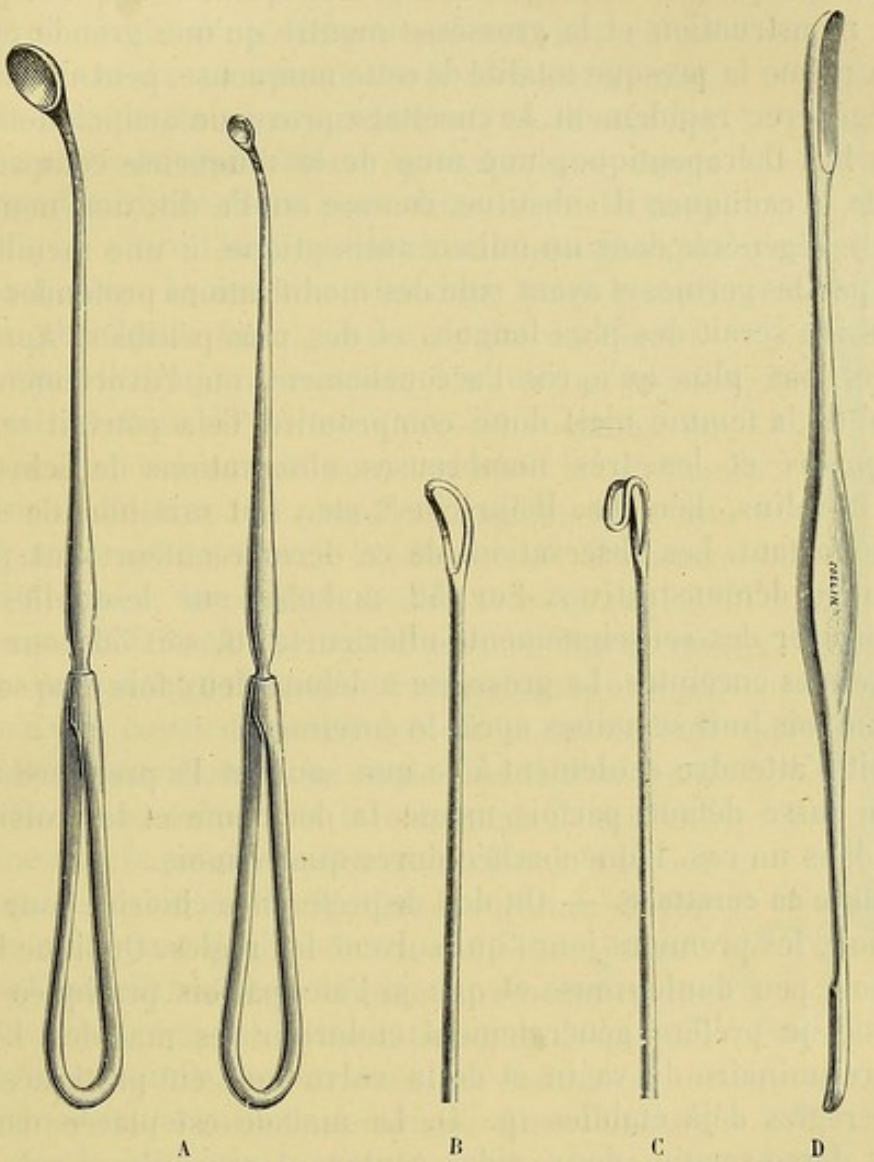


Fig. 153. — A Curettes ou cuillers de Simon (tranchantes). — B. Curette de Sims (tranchante); la tige est en cuivre malléable. — C. Curette mousse, pour ablation de débris dans l'utérus. — D. Curette de Récamier-Pozzi, à bords émoussés.

chorion muqueux restent attachés au parenchyme, malgré les grattages les plus énergiques, et servent d'amorce à une reconstitution très rapide de la membrane[1]. C'est cette considération qui, dans mes cours et dans la thèse de Despréaux[2], mon élève, m'a fait qualifier de *modificateur*, le curettage employé dans la métrite, par opposition

[1] J. Düvelius. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1884, t. X, p. 175.
[2] Despréaux. *Du curettage de l'utérus, indications et technique*, Th. de Paris, 1888.

au *curettage destructeur* (que réclament les néoplasies malignes), et au *curettage explorateur*, destiné à enlever un fragment devant servir au diagnostic. Dans ces deux derniers cas, la curette tranchante est préférable.

La muqueuse utérine n'est pas comparable aux autres muqueuses; elle jouit d'un pouvoir de régénération tout spécial. Ce qui se passe dans la menstruation et la grossesse montre qu'une grande épaisseur, ou même la presque totalité de cette muqueuse, peut s'éliminer et se régénérer rapidement. Le curettage provoque artificiellement, dans un but thérapeutique, une mue de la muqueuse comparable à celle de la caduque; il substitue, comme on l'a dit, une nouvelle muqueuse régénérée dans un milieu antiseptique, à une membrane infectée par les germes et ayant subi des modifications profondes dont la régression serait des plus longues et des plus pénibles. Après le curettage, pas plus qu'après l'accouchement ou l'avortement, la fécondité de la femme n'est donc compromise. Cela pouvait se prévoir *a priori* et les très nombreuses observations de Schröder, Martin, Düvelius, Bénicke, Heinricius[1], etc., ont mis hors de doute ce fait important. Les observations de ce dernier auteur sont particulièrement démonstratives. Sur 52 malades sur lesquelles il a pu se procurer des renseignements ultérieurs, 16, soit 30 pour 100, sont devenues enceintes. La grossesse a débuté deux fois cinq semaines et une fois huit semaines après le curettage.

Stérilité après le curettage.

On doit s'attendre seulement à ce que souvent la première menstruation fasse défaut, parfois même la deuxième et la troisième. J'ai vu, dans un cas, l'aménorrhée durer quatre mois.

Tchnique du curettage.

Technique du curettage. — On doit de préférence choisir, pour faire l'opération, les premiers jours qui suivent les règles. Quoique l'opération soit peu douloureuse et que je l'aie parfois pratiquée sans anesthésie, je préfère généralement endormir les malades. L'antisepsie préliminaire du vagin et de la vulve aura été pratiquée, suivant les règles déjà établies (p. 4). La malade est placée dans la position dorso-sacrée, deux aides soutenant ses cuisses relevées; celui qui est à la gauche de l'opérateur abaisse la courte valve plate qui déprime la fourchette; celui de droite maintient la pince fixatrice et la canule à irrigation continue. Les genoux de la femme étant serrés sous l'aisselle des aides, leur main gauche reste libre et peut, au besoin, tenir des écarteurs vaginaux (fig. 11). Le col est attiré près de la vulve avec une pince à griffes affrontées, non chevauchantes (fig. 154), qui est fixée dans la lèvre antérieure. L'opéra-

[1] Schröder. *Loc. cit.*, p. 132. — A. Martin. *Loc. cit.*, p. 52. — Düvelius. *Loc. cit.* — Bénicke. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1885, t. XI, p. 411. — Heinricius (de Helsingfors). *Gynäk. og obstet. Med.*, vol. VI, n° 3, p. 199.

teur pratique le cathétérisme utérin pour s'assurer, de nouveau, de la direction et de la profondeur de l'utérus. Il présente alors la curette à l'orifice du museau de tanche. Neuf fois sur dix au moins, la curette passe sans effort. Pour peu qu'il y ait résistance, elle est immédiatement vaincue à l'aide du dilatateur d'Ellinger ou du passage de deux ou trois bougies de Hegar. La curette est alors dirigée jusqu'au fond de l'utérus, et le grattage est fait en la promenant successivement sur la face antérieure, sur la face postérieure, sur le fond, au niveau des angles et des bords latéraux. Après quelques coups de curette, assez forts pour faire *crier* le tissu utérin, on retire l'instrument et on le plonge rapidement, pour le nettoyer, dans un verre rempli d'eau phéniquée forte, tenu à droite de l'opérateur. On doit toujours repasser deux fois au même endroit, et faire de suite un second curettage de revision, en suivant de nouveau toute la surface interne de l'utérus. On procédera rapidement : un grattage complet demande à peine trois minutes. Aussitôt après, la sonde à double courant (fig. 8) de Bozeman-Fritsch est introduite, et le chirurgien, s'emparant de la canule à irrigation continue, qui n'a pas cessé de couler lentement sur le col, l'ajuste au pavillon de la sonde (muni d'un petit ajutage de caoutchouc) et lave largement la cavité utérine avec la solution phéniquée chaude à 1 pour 100 qui servait à l'irrigation continue. Il fait passer un quart de litre à un demi-litre jusqu'à ce que l'eau, d'abord très sanglante, ressorte à peine teintée; ce lavage est hémostatique, antiseptique, et sert, en outre, à entraîner les lambeaux de muqueuse et les caillots demeurés dans l'utérus.

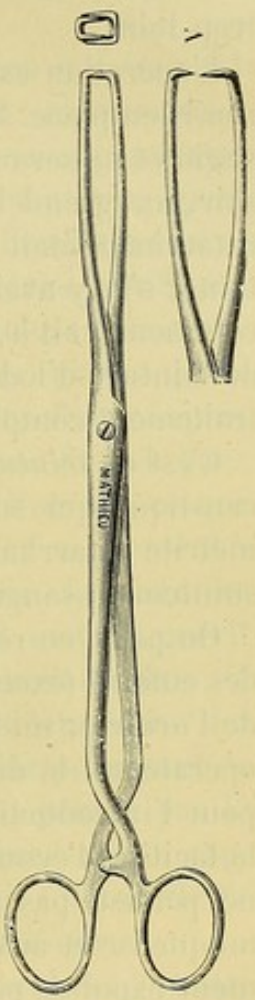


Fig. 154. — Pince à griffes affrontées.

La sonde est retirée, remplacée par la canule de la seringue de Braun (remplie d'une solution de perchlorure de fer à 35 degrés, ou de teinture d'iode), et poussée jusqu'au fond de l'organe. On injecte en retirant peu à peu la canule, de manière à finir l'injection dans la cavité du col, après l'avoir commencée au fond de l'utérus. Pendant ce temps, l'irrigation continue est faite à plein jet sur le col pour diluer et entraîner le liquide caustique qui s'en échappe et pourrait irriter le vagin et la vulve.

La sonde Bozeman-Fritsch est aussitôt réintroduite, et un grand lavage de la cavité utérine est fait de nouveau, comme un instant avant. Celui-ci chasse l'excès de caustique dont l'action sur l'utérus

doit être rapide et le séjour dans la cavité très court; il entraîne aussi les derniers caillots. Si l'on éprouve quelque difficulté à faire passer la sonde à double courant par le col que l'action du caustique vient de resserrer, on peut sans danger y pratiquer, par petits jets intermittents, une injection à l'aide de la longue et fine canule servant à l'irrigation continue; il faut seulement avoir soin de ne pas distendre l'utérus et de ne pas oblitérer le col en enfonçant la canule trop loin.

L'opération est terminée; la pince fixatrice est enlevée, l'utérus remis en place. Un tampon de gaze iodoformée est placé au fond du vagin et ne sera retiré que le troisième jour. On fera alors, matin et soir, un grand lavage du vagin au sublimé à 1/2000; si la métrite catarrhale était très invétérée et la muqueuse enlevée très végétante, s'il y avait des signes de légère salpingite concomitante, on commencerait à faire tous les deux jours une injection intra-utérine de teinture d'iode. On fera ainsi de quatre à huit injections pour un traitement complet[1].

C'est de *teinture d'iode* que je me sers pour la première injection caustique qui suit immédiatement le curettage, quand il s'agit de métrite catarrhale récente; dans les cas plus invétérés ou quand le suintement sanguin le réclame, j'emploie le *perchlorure de fer*.

On peut, en règle générale, supprimer, chez les femmes ayant eu des enfants (excepté dans les cas de déviation prononcée ou de sténose de l'orifice), un temps recommandé en France par la généralité des opérateurs, la dilatation préalable avec la laminaire. Elle est inutile pour l'introduction de l'instrument; elle est illusoire relativement à la facilité d'écoulement des sécrétions, car la dilatation artificielle ne persiste pas au delà de quelques heures; quant aux débris de muqueuse et aux caillots, ils doivent avoir été d'emblée soigneusement expulsés par un lavage intra-utérin. Or, la suppression de ce temps préliminaire n'est nullement indifférente : la dilatation lente du col est souvent très douloureuse; la femme qui y a été soumise, la veille de l'opération, a généralement passé une nuit d'insomnie;

[1] William M. Polk (*Clinical gynæcology medical and surgical for students and practitioners*. Philadelphia, 1895, p. 550) recommande de pratiquer le curettage de la façon suivante : après la dilatation du col, on introduit un petit spéculum utérin et on fait une large irrigation de la cavité utérine avec une solution de sublimé à 1/1000. Le spéculum est ensuite retiré et on fait le curettage. Puis on réintroduit le spéculum utérin, on irrigue de nouveau la cavité utérine et on la bourre très soigneusement de gaze trempée dans le sublimé et dont l'introduction est très facilitée par le spéculum utérin et des porte-mèches spéciaux. L'opération se termine par un tamponnement vaginal très lâche. Ce dernier est enlevé au bout de 48 heures et on pratique dès lors une injection vaginale matin et soir. Le 6e jour, on enlève le tamponnement intra-utérin s'il n'a pas déjà été expulsé. Il ne reste plus que quelques injections vaginales à faire. Enfin, l'auteur recommande d'opérer dans la période prémenstruelle, c'est-à-dire 6 ou 7 jours avant les règles.

elle est dans un grand état d'irritation nerveuse auquel se joint parfois un peu de fièvre causée par la poussée aiguë que la dilatation imprime à la métrite. Après avoir toujours fait cette dilatation pour mes premiers curettages, je me suis décidé à l'abandonner, sauf indication spéciale, suivant en cela, du reste, les exemples autorisés de Martin, Fritsch[1], etc. Ce dernier a même vu la dilatation préalable causer des accidents graves dans un cas où une végétation polypeuse intra-cervicale avait été mortifiée par la pression.

Accidents du curettage. Perforation de l'utérus.

La **perforation de l'utérus**, si redoutée des chirurgiens qui ne sont pas familiarisés avec cette petite opération, n'est nullement à craindre dans l'endométrite, si l'on opère avec une curette mousse et toujours dirigée obliquement par rapport au tissu utérin, après reconnaissance exacte de la direction de la cavité où l'on manœuvre. Il faut toutefois se défier de la consistance de l'utérus, après des accouchements ou des avortements récents; il est alors très mou, aminci, et peut être perforé avec une facilité extrême. On sera généralement averti de ce danger par les commémoratifs d'abord, puis par l'augmentation de la cavité utérine et la mollesse du col. Dans un cas de ce genre, je crois avoir moi-même perforé l'utérus, ce que je reconnus de suite, car je sentis la curette s'enfoncer subitement à une profondeur excessive, dans la direction de l'ombilic. Je m'abstins simplement de faire l'injection intra-utérine, et la malade guérit sans avoir présenté d'autre accident qu'un vomissement bilieux, le lendemain de l'opération. Doléris a cru pouvoir considérer dans des cas analogues, comme de fausses perforations, l'erreur provenant de ce que la paroi atone et flasque de l'utérus se laisse déprimer par la curette[2]. Je crois cette interprétation erronée. Les observations rapportées à ce propos prouvent bien plutôt, selon moi, l'innocuité de ce qu'on pourrait appeler la ponction antiseptique de l'utérus.

Hémorrhagie.

On a cité, parmi les accidents possibles du grattage utérin, l'**hémorrhagie**. Je ne l'ai jamais observée sur plusieurs centaines d'opérations : l'injection astringente qui termine la manœuvre ne laisse plus subsister qu'un suintement insignifiant.

Péritonite.

J'en dirai autant de la **péritonite**, même subaiguë et localisée, dont je n'ai pas vu un seul exemple; une exacte antisepsie en garantit complètement.

Le curettage de l'utérus est le véritable traitement rationnel, le procédé de choix, contre la métrite catarrhale. Dès que les moyens simples ont échoué (traitement général, injections vaginales et intra-utérines, pansements locaux), il ne faut pas hésiter à y recourir. Tarder trop longtemps serait donner le temps aux lésions de la

[1] Martin. *Loc. cit.*, p. 214. — Fritsch. *Die Krankh. der Frauen*, 3e édit, 1881, p. 218.
[2] Doléris. *Loc. cit.*, p. 40.

muqueuse de s'accentuer; ce serait aussi exposer le parenchyme du corps et surtout du col à des altérations sclérotiques, à des dégénérescences folliculaires; enfin, on ne doit pas oublier la propagation possible des lésions aux trompes, si fréquente dans les métrites catarrhales invétérées.

Traitement des polypes muqueux et de l'hypertrophie folliculaire.

Les **polypes muqueux** du col seront enlevés au moyen d'une pince plate à arrêt à laquelle on fera subir une torsion pour rompre leur pédicule. S'ils sont très nombreux et sessiles, on les arrachera avec la curette tranchante de Sims ou de Simon; la surface saignante sera touchée au perchlorure de fer ou au thermo-cautère. Enfin, si le col est très altéré, et surtout s'il présente de l'**hypertrophie folliculaire**, on aura recours à l'opération de Schröder (excision de la muqueuse), décrite ci-dessous.

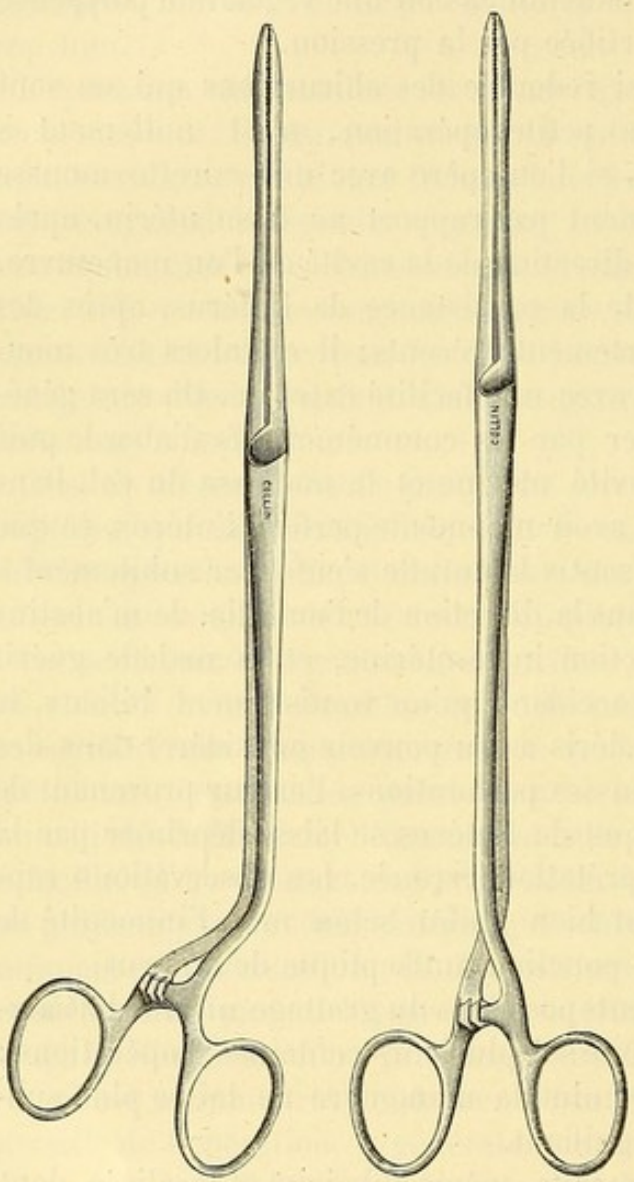


Fig. 155. — Pince à pansement utérin, droite et coudée (pouvant servir à l'ablation des polypes muqueux).

Traitement des ulcérations.

Les **ulcérations** du col, qui ne sont ordinairement, comme on l'a vu à l'anatomie pathologique, que des néoplasies glandulaires plus ou moins hypertrophiques, n'existent guère, indépendamment d'une inflammation plus profonde de la muqueuse du corps, ainsi que Gosselin l'a indiqué depuis longtemps, réagissant ainsi contre la doctrine erronée qui dissociait ces divers éléments. Il en résulte que, pour guérir l'ulcération à ses débuts, il suffit généralement de traiter l'endométrite. On voit alors disparaître des ulcérations après un curettage, comme on voit cesser l'état saburral de la langue après un vomitif. Mais cela n'est vrai que pour les cas pris à leur début. Plus tard, la prolifération glandulaire est une lésion acquise, qui a besoin pour disparaître

d'être modifiée sur place par des topiques ou même enlevée par le bistouri.

Pour guérir les ulcérations du col, on devra donc d'abord traiter l'endométrite concomitante et, en second lieu, faire des attouchements au nitrate d'argent ou à la teinture d'iode, pratiqués tous les deux jours. On emploie beaucoup en Amérique l'acide nitrique faible (non fumant), dont on imbibe un très petit tampon de coton, au bout d'un bâtonnet. On préférera ce caustique à l'acide chromique, qui a donné lieu à des intoxications; mais tous ces caustiques énergiques peuvent amener le rétrécissement du col et je m'en défie beaucoup. On a vanté aussi les bons effets du chlorure de zinc au dixième. Rheinstædter[1] conseille, dans les ulcérations profondes, d'accentuer l'action de ce caustique, en la faisant précéder de petites ponctions à la surface du col. Hofmeier[2] a beaucoup préconisé l'acide acétique ou pyroligneux. Il enchâsse le col dans un spéculum cylindrique de Fergusson ; il y verse une certaine quantité d'acide pyroligneux et laisse le col immergé quelques minutes dans ce bain très légèrement caustique qui attaque presque exclusivement l'épithélium cylindrique de l'ulcération. Au bout de quelques séances, l'épithélium devient pavimenteux, stratifié, et l'ulcération guérit. Toutefois elle peut persister ou récidiver si les lésions pénètrent dans un canal cervical à orifice étroit. On a conseillé alors d'introduire des caustiques, à l'aide d'un petit tampon, dans l'intérieur du col. C'est un moyen que je crois dangereux, à cause de la sténose du col qui peut en résulter; aussi doit-on, en pareil cas, exclusivement employer des caustiques faibles, créosote, acide pyroligneux, azotate d'argent, teinture d'iode, et même ne pas s'obstiner à s'en servir trop longtemps[3].

Quand les autres moyens ont échoué, ou quand les malades, ne pouvant suivre un traitement qui exigerait des mois, demandent à être guéries rapidement, fût-ce au prix d'une opération, le traitement chirurgical rend les plus grands services. On fera alors l'**opération de Schröder ou excision de la muqueuse malade**, en suivant la technique qui sera exposée plus loin. Cette opération, que je pra-

Opération de Schröder.

[1] Rheinstædter. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 545.

[2] M. Hofmeier. *Zeitschr. f. Gyn.*, 1880, Bd. IV, p. 551.

[3] Il est dangereux de poursuivre par les caustiques la guérison d'une ulcération invétérée. On produit ainsi la sclérose du col et l'on amène la formation de kystes par l'oblitération des orifices glandulaires. Mais, quand l'ulcération est récente, la cautérisation cervicale, succédant au curettage de l'endométrite, est une excellente thérapeutique qui peut donner des succès rapides et durables. Cette distinction est importante. Elle n'a pas été faite par Doléris et Mangin (*De la métrite cervicale*, in *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 25 oct. 1889), qui condamnent en bloc toute tentative « d'*épidermisation* », même « pour hâter la guérison d'une lésion récente ou légère ». — Consulter encore à ce sujet : Doléris. *Métrite du col; métrite du corps.* Commun. faite à l'Acad. de médecine (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, p. 541).

tique très souvent, donne d'excellents résultats; elle substitue une surface saine à une surface malade et permet en même temps d'enlever les portions sclérosées du col ou celles qui ont subi une dégénérescence kystique. Elle ne crée pas de cicatrice, et ne saurait, par suite, être un obstacle à l'accouchement, comme de nombreuses observations l'ont démontré. Je la fais toujours suivre, dans la même séance, du curettage de la cavité utérine. Elle me paraît spécialement indiquée dans les cas d'ulcération de longue durée, avec hypertrophie du col; dans ceux où il existe alors soit une étroitesse du museau de tanche, soit une déchirure profonde du col. L'opération de Schröder est très supérieure à celle d'Emmet; elle en remplit d'ailleurs toutes les indications et présente encore d'autres avantages.

Déchirures du col.

Ulcérations compliquées de déchirures, lacérations. — On connaît le rôle capital qu'Emmet leur a fait jouer en pathologie utérine. Cet excès évident a, du moins, servi à montrer que cette lésion, jusque-là négligée, n'était cependant pas toujours négligeable. Est-ce l'inflammation préalable du col qui empêche la cicatrisation de la déchirure, comme le dit Schröder, ou la déchirure qui provoque le catarrhe et entretient les ulcérations, comme le soutient Emmet? J'inclinerais à penser que les deux opinions peuvent se concilier et, par leur réunion, former un de ces cercles vicieux si fréquents en pathologie générale. Quoi qu'il en soit, il est évident que l'avivement avec suture du col, ou opération d'Emmet (à laquelle Dudley, de Philadelphie, a donné le nom de *trachélorrhaphie*), ne peut être entreprise sur un col ulcéré qu'après la guérison de l'ulcération, sous peine d'enfermer le loup dans la bergerie. Emmet prescrit, en effet, un traitement préparatoire, qui souvent dure plusieurs mois. Il n'y a donc nul parallèle à établir, comme on l'a parfois fait à tort, entre l'opération de Schröder et l'opération d'Emmet. La première s'adresse surtout au catarrhe cervical; la seconde au tissu inodulaire, dépendant de la déchirure. Le catarrhe ou l'ulcération ne sont pour Emmet que des phénomènes accessoires; l'élément pathogénique principal est, pour lui, le tissu scléreux, qui comprime vaisseaux, nerfs et glandes. Ce n'est donc pas à propos du traitement des déchirures ulcérées, dépendant de la métrite catarrhale, mais à propos des déchirures cicatrisées, observées dans la métrite chronique, que je décrirai la trachélorrhaphie.

Les déchirures du col coexistant avec une grande ulcération réclament, comme je l'ai dit pour ces dernières, l'**opération de Schröder** ou **excision de la muqueuse**, qui amène la prompte guérison de l'ulcération, en même temps qu'elle restaure l'orifice du museau de tanche mieux que ne le fait la trachélorrhaphie. Sa description pourrait

donc trouver sa place ici. Mais, comme elle s'applique aussi à la métrite douloureuse chronique, j'en renvoie l'exposé au traitement de cette dernière forme, à côté de l'**opération d'Emmet.**

Quand la déchirure ulcérée est peu étendue, on peut parfois en obtenir la cicatrisation par de simples cautérisations au thermo-cautère. Mais ce moyen, bon dans les cas simples, ne doit pas être employé s'il s'agit de grandes surfaces ulcérées et de déchirures profondes. Le tissu inodulaire qu'il produirait alors deviendrait lui-même un élément pathologique. C'est ce que ne paraissent pas avoir compris certains gynécologistes qui usent et abusent du fer rouge.

Métrite hémorrhagique. — Le traitement peut se diviser en deux paragraphes : celui de l'hémorrhagie, qui est un palliatif et qui peut s'imposer d'emblée, impérieusement; celui de l'affection elle-même, qui doit être curatif. Traitement de la métrite hémorrhagique.

Traitement palliatif ou de l'hémorrhagie. — La malade sera maintenue au repos horizontal. Les **injections vaginales prolongées d'eau très chaude** doivent d'abord être essayées; elles sont très préférables aux injections d'eau froide, qu'on employait autrefois. L'**ergot de seigle** est ici rarement utile. Gallard[1] a vanté l'action de la **digitale**, qui agirait, suivant lui, à la fois sur le symptôme et sur l'état inflammatoire. Il conseille de prescrire 30 à 50 milligrammes de feuilles, infusées dans 125 grammes d'eau pour une potion qui sera prise par cuillerées à bouche dans la journée. Traitement palliatif.

Un remède actuellement très employé[2] est l'**extrait fluide d'hydrastis canadensis**, à la dose de 20 gouttes, trois fois par jour. Je l'ai expérimenté avec des résultats encourageants. Ce médicament serait aussi un excellent stomachique. Nous y reviendrons au sujet des corps fibreux.

Il suffit parfois de **dilater** le col utérin en y introduisant une tige de laminaire pour voir cesser l'hémorrhagie durant plusieurs jours, sans doute par suite d'une contraction du corps utérin ou d'une action vaso-motrice réflexe. Mais on n'obtient ainsi qu'un court répit.

J'en dirai autant des **injections intra-utérines** de perchlorure de fer, qui ne sauraient donner lieu qu'à une amélioration temporaire, quoiqu'on ait publié des *guérisons*, après leur emploi; les malades

[1] T. Gallard. *Leçons clin. sur les mal. des femmes*, 2e édit., 1879, p. 528.

[2] J. Jermans. *Ueber Hydrastis Canadensis*. Dissert. inaug., Berlin, 1886. — A. Cabanès. *De l'emploi des préparations d'hydrastis Canadensis* (Thèse de Paris, 1889). — E. Falk (*Hydrastinin bei Gebärmutterblutungen, Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 8, p. 157) recommande l'*hydrastinine*, qui serait préférable; on peut l'utiliser en injections sous-cutanées qui sont moins douloureuses que les injections d'ergotine. Cet auteur relate 28 cas où il obtint des résultats satisfaisants. Dose : solution à 10 pour 100, injections d'une demi à une seringue entière de Pravaz (c'est-à-dire de 5 à 10 centigrammes d'hydrastinine).

n'ont pas été suivies assez longtemps après pour que ces observations soient probantes.

En cas d'hémorrhagie inquiétante, on peut être amené à pratiquer le **tamponnement vaginal**. J'ai eu recours, dernièrement, avec succès, à un nouveau mode de tamponnement hémostatique, que je crois être le premier à avoir méthodiquement employé ; je me sers de tissu de soie stérilisé, soit en bandelettes libres, soit en bandelettes tassées dans un sac de soie. Ce tissu m'a paru avoir de remarquables propriétés hémostatiques, comparables à celles de l'amadou.

Je signalerai un moyen palliatif qui a donné de bons résultats à Fritsch[1] et que j'ai vu employer par Martin. Je veux parler de la **ligature des artères utérines**. Elle peut être pratiquée en masse sans incision du vagin, à travers les culs-de-sac. Fritsch recommande, pour plus de sûreté, d'inciser ceux-ci de chaque côté du col, dans une étendue de trois centimètres : on rencontre d'abord deux rameaux vaginaux, qu'on lie, puis plus profondément on coupe le tronc même de l'artère utérine dont on lie, à ciel ouvert, les bouts sectionnés. Je ne serais pas éloigné de procéder de la sorte, en cas urgent.

Traitement curatif.

Le meilleur hémostatique dans la métrite hémorrhagique et en même temps le **traitement curatif**, c'est le **curettage**. Il sera pratiqué le plus tôt possible, suivant les règles que j'ai indiquées, et suivi d'une injection de perchlorure de fer (à 30 degrés). On peut opérer en pleine hémorrhagie; j'ai très souvent vu celle-ci s'arrêter instantanément après le curettage, ce que j'attribue non seulement à la destruction de la surface saignante, mais aussi à la contraction que le grattage provoque dans la paroi musculaire et dans les vaisseaux. Une seule injection intra-utérine est généralement suffisante. La guérison est très rapidement obtenue.

Il est de ces cas rares, qualifiés du nom de métrite hémorrhagique, où tous les moyens échouent, et où la métrorrhagie persiste et menace les jours de la femme. C'est à ces cas-là qu'on n'a pas craint d'appliquer, comme *ultima ratio*, la **castration** (pour amener une ménopause artificielle), et même l'**hystérectomie vaginale**[2], destinée à tarir la source même de l'écoulement. Il n'est pas démontré que les cas ainsi traités avec succès n'aient pas été relatifs à une hémorrhagie provoquée par une altération méconnue des annexes, avec pseudo-métrite symptomatique. Quoi qu'il en soit, on ne saurait proscrire cette suprême ressource dans les occasions où tout autre

Castration. Hystérectomie vaginale.

[1] Fritsch. *Deutsche Chir.*, Lief. 56, p. 345.

[2] L. Landau. *Discussion à la Société gyn., de Berlin*, 24 juin 1887 (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 31, p. 498). — A. Martin (*Traité clinique des mal. des femmes*, trad. franç., 1889, p. 656) dut, dans un cas, successivement pratiquer la castration, puis l'hystérectomie pour des hémorrhagies incoercibles, causées par une endométrite glandulaire. J'ai dû, dans un cas analogue, tenir la même conduite.

moyen est demeuré impuissant et où il y a véritablement une indication vitale.

Métrite douloureuse chronique. — Les saignées locales par **scarification du col** ont une application fréquente dans la métrite douloureuse chronique ; ici ce n'est pas seulement l'effet antiphlogistique immédiat qu'on recherche, mais l'évacuation des petits kystes superficiels et profonds qui criblent parfois le col utérin, et, après avoir été un des effets de l'inflammation, entretiennent à leur tour l'état congestif. Quant aux **cautérisations** avec le fer rouge ou le thermo-cautère, et en particulier quant à l'**ignipuncture**, si préconisée par quelques auteurs et dont je suspecte les services, je les crois très inférieures aux ponctions et scarifications avec le bistouri : les cicatrices qui succèdent à leur emploi ajoutent, en effet, à la sclérose du col et favorisent la dégénérescence kystique, le rétrécissement du canal cervical, et la compression des filets nerveux, origine de réflexes morbides.

Traitement de la métrite douloureuse chronique.

Scarifications.

Ignipuncture.

On se trouvera bien des **pansements** antiphlogistiques résolutifs et antiseptiques, consistant dans l'application sur le col d'un badigeonnage de *teinture d'iode*, suivi de l'application du *tampon glycériné* très légèrement iodoformé. Certains chirurgiens emploient la glycérine, contenant 5 pour 100 d'iodure de potassium ; je n'y vois aucun avantage réel.

Pansements.

Il ne faut pas confondre l'application d'un simple tampon glycériné agissant par le médicament qui l'imprègne avec le **tamponnement complet** du vagin, ou sa **columnisation**, comme disent les Américains (p. 91). Je rappelle que celui-ci a été recommandé d'abord par Bozeman, puis prôné par Taliaferro[1], qui en a généralisé l'emploi : c'est pour beaucoup de gynécologistes américains un moyen souverain contre la métrite chronique et les exsudats périmétritiques. La colonne de coton (ordinaire) qui remplit le vagin serait aux viscères ce que le bandage élastique est aux parties molles (Engelmann)[2]. Elle donne un soutien à l'utérus et aux ovaires, empêche la traction sur les ligaments et provoque la résorption des produits plastiques.

Tamponnement antiphlogistique.

Pallen, jugeant le coton insuffisant, n'hésite pas à remplir le vagin d'argile. Reeves Jackson repousse le coton, qui se tasse, et emploie la laine dégraissée, plus élastique. Tout en faisant la part des exagérations, on aurait tort de ne pas tenir grand compte du rôle mécanique des tampons. Je me suis souvent très bien trouvé, même sans qu'il y eût à corriger une déviation utérine, de placer avec soin

[1] V. H. Taliaferro (d'Atlanta). *On the application of pressure in disease of the uterus*, 1878.

[2] G. J. Engelmann. *Dry treatment in gynecology* (*Amer. Journ. of Obst.*, 1887, vol. XX, p. 561 et 685). Voir la discussion à la *Gyn. Soc. of Chicago.* — *Ibid.*, p. 649 et suiv.

une série de petites masses de coton glycériné autour du col, dans les culs-de-sac, en les tassant légèrement, de manière à former un bourrelet analogue à un pessaire en gimblette. La meilleure position à donner à la malade pour ce pansement est la genu-pectorale, qui permet l'ascension des viscères et assure mieux leur soutien ultérieur. On peut laisser les tampons de 4 à 5 jours, si l'on a eu soin d'ajouter à la glycérine un peu d'iodoforme. Martin[1] se défie beaucoup trop de l'iodoforme employé dans le vagin; il peut, il est vrai, donner lieu à des accidents, si l'on en continue trop longtemps l'usage. On devrait en cesser l'emploi aux moindres symptômes d'absorption : malaises généraux, douleurs de tête, dégoût des aliments, altération de l'urine. Mais on n'observera jamais ces fâcheux effets, si l'on évite la constipation, qui m'a paru tout spécialement prédisposer à l'absorption de ce médicament.

Injections chaudes.

Les injections chaudes seront souvent d'un grand secours, et cela dans deux circonstances : dans les cas où la métrite chronique est compliquée d'inflammation périmétritique plus ou moins accentuée, et lorsque les malades, très sensibles, se plaignent de vives douleurs, comme dans les cas que Lisfranc appelait *hystéralgie, métrite chronique sans hypertrophie*, et que Routh a qualifiées du nom expressif d'*utérus irritable*. J'ai obtenu des résultats excellents en pareille circonstance, et je ne saurais trop recommander cette application spéciale des irrigations chaudes[2].

Électricité.

Certains praticiens ont obtenu une grande amélioration des douleurs par l'**électricité**[3], en introduisant dans l'utérus l'excitateur bipolaire.

Massage utérin.

Le **massage** a été préconisé dans la métrite chronique, comme dans les prolapsus, les déplacements, les inflammations chroniques périmétritiques, etc. Il faut distinguer le massage général, sorte de gymnastique passive, qui favorise la nutrition, et qui, pratiqué avec méthode, ne saurait être qu'utile, et le massage local ayant pour but de décongestionner l'organe malade et de le faire diminuer de volume par la manipulation. Ce massage local se pratique à l'aide de deux ou trois doigts introduits dans le vagin ou dans le rectum soutenant la face postérieure de l'utérus, tandis que l'autre main, appuyée sur le pubis, exerce des pressions douces et progressives, de manière à opérer une sorte de pétrissage. Malgré la vogue dont ce moyen jouit en Suède[4], malgré les bons effets publiés par Reeves

[1] A. Martin. *Path. und Chir. der Frauenk.*, 1887, p. 245.

[2] De Tornery. *De l'emploi de l'eau chaude en gynécologie* (*Annal. médico-chir.*, juillet-août, 1888).

[3] Apostoli. *Sur un nouveau traitement de la métrite chronique*, etc. Paris, 1887. — Albert Weil. *Le courant continu en gynécologie*. Thèse de Paris, 1895.

[4] Brandt. *Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement utérines*, Stockholm, 1868.

Jackson, Runge, Prochownik[1], etc., j'ai pour ma part hésité jusqu'ici à me servir de cette arme à double tranchant qui peut si facilement réveiller des accidents aigus, au niveau de l'utérus ou dans son voisinage, comme je l'ai encore constaté récemment[2]. Je ne saurais cependant proscrire un procédé thérapeutique qui est vanté par des gynécologistes sérieux et que je n'ai pas expérimenté. Je me borne à formuler des réserves.

Reste un grand nombre de métrites douloureuses chroniques pour lesquelles tous les moyens sont restés impuissants, le col demeure gros, turgescent, dur et mamelonné malgré les scarifications, les applications topiques et les cures thermales ; le corps est augmenté de volume, lourd et douloureux au ballottement; les malades sont des infirmes que la moindre marche abat, auxquelles tout exercice est pénible. C'est à ces cas-là que la chirurgie peut rendre les plus grands services par une petite opération qui agit sur le col et réagit sur le corps, je veux dire l'amputation du museau de tanche.

Amputation et résection du col.

L'**amputation du col** dans les métrites a une histoire déjà longue; Lisfranc en a usé et abusé[3]. Depuis lors, une réaction légitime s'était faite contre cet excès, et l'opération était complètement tombée en discrédit. On peut dire que c'est à Ch. Braun, de Vienne[4], que revient le mérite de l'avoir relevée et assise sur une base véritablement scientifique. L'œuvre capitale de Braun a été de signaler la modification du corps, son involution, provoquée par le contre-coup de l'opération cervicale. A la suite d'amputations du museau de tanche hypertrophié, Braun observa une énorme diminution de volume du corps de l'utérus. L'autopsie d'une de ses anciennes opérées lui parut démontrer que cette régression était due à la métamorphose graisseuse du tissu conjonctif hypertrophié, opinion d'ailleurs très contestable; il est fort possible qu'elle soit due moins à la décongestion produite par la perte de sang qui résulte de l'opération et au repos consécutif au lit, qu'à une véritable action réflexe vaso-motrice et trophique, amenée par le traumatisme cervical. Quelle qu'en soit la véritable explication, le fait même de la diminution de volume de l'utérus, après toutes les opérations sur le col, est indéniable, et j'ai eu l'occasion de l'observer très souvent, à la suite des opé-

[1] Reeves Jackson. *Uterine massage, etc.* (*Trans. of the Amer. gyn. Soc.*, 1880, vol. V, p. 80. — Otto Runge. *Beiträge zur Massage des Unterleibs*, etc. (*Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 25, p. 384.) — Prochownik. *Ueber Massage in der Gynäkol.* (*Bericht der deutschen Naturforscher in Magdeburg*, 1884, p. 229.)

[2] S. Pozzi. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, 1895, p. 52.)

[3] Rochard. *Histoire de la chirurgie française au XIXe siècle*, p. 262.

[4] C. Braun. *Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien* (*Wien. med. Jahrb.*, 1864). — Les mêmes idées sont reproduites, sans notables changements, dans le traité du même auteur : *Lehrbuch der gesammten Gynäkologie*, Vienne, 1881.

rations de Simon, de Schröder ou d'Emmet. Le travail de Braun n'avait eu que peu de retentissement, et c'est en réalité Aug. Martin[1] qui a montré le grand parti qu'on pouvait en tirer en thérapeutique, et qui a adopté une technique bien supérieure à celle de son prédécesseur, qui employait l'écraseur et le galvano-cautère.

On peut dire que l'amputation est indiquée, comme *ultima ratio*, dans les cas de métrite chronique avec augmentation de volume du corps. En outre, dans les cas de sclérose marquée du col, elle rend à l'orifice externe un calibre et une souplesse qui font cesser la dysménorrhée, causée parfois par la rigidité et l'étroitesse de ce segment de l'organe.

Une contre-indication formelle à l'opération serait une inflammation périmétritique aiguë; mais je ne considère pas comme une contre-indication absolue l'existence d'une ancienne périmétrite éteinte, ayant laissé des reliquats, des dépôts plastiques, des brides autour de l'utérus. Il faut pourtant craindre de voir le foyer ancien se rallumer à la suite d'une opération même parfaitement antiseptique, pratiquée sur l'utérus, qu'il s'agisse d'une amputation du col, d'un curettage ou d'un simple abaissement. On devra donc, sinon toujours s'abstenir d'intervention sanglante en pareils cas, au moins toujours être sur ses gardes et surtout bien s'assurer, avant de s'attaquer au col, que ce n'est pas plutôt dans les annexes ou les adhérences qu'on doit aller rechercher la source des accidents.

La technique opératoire de l'amputation du col de l'utérus a été très perfectionnée et très simplifiée en même temps par l'emploi de l'instrument tranchant. Les craintes d'hémorrhagie étaient légitimes à une époque où l'on opérait laborieusement, au fond du vagin. Aussi, n'osait-on amputer le col qu'avec des moyens d'exérèse hémostatiques : ligature extemporanée, écraseur linéaire, galvano ou thermo-cautère. La compression préalable du col avec un anneau de caoutchouc, que préconisent encore quelques gynécologistes, atteste la même prudence exagérée. Quand on opère rapidement, la perte de sang est insignifiante et la suture l'arrête vite et complètement ; il faut seulement avoir soin de serrer énergiquement les nœuds, et d'en superposer trois, quand on emploie le catgut.

Je ne m'attarderai pas à décrire des procédés que je réprouve. Toute section par écrasement ou par instrument incandescent a, du reste, cet inconvénient majeur de donner fatalement lieu à une cicatrice inodulaire, à rétraction concentrique, aboutissant à la sténose. Les amputations circulaires sans lambeaux, *en rave*, soit avec le bistouri, soit avec une sorte de guillotine analogue à l'amygdalotome,

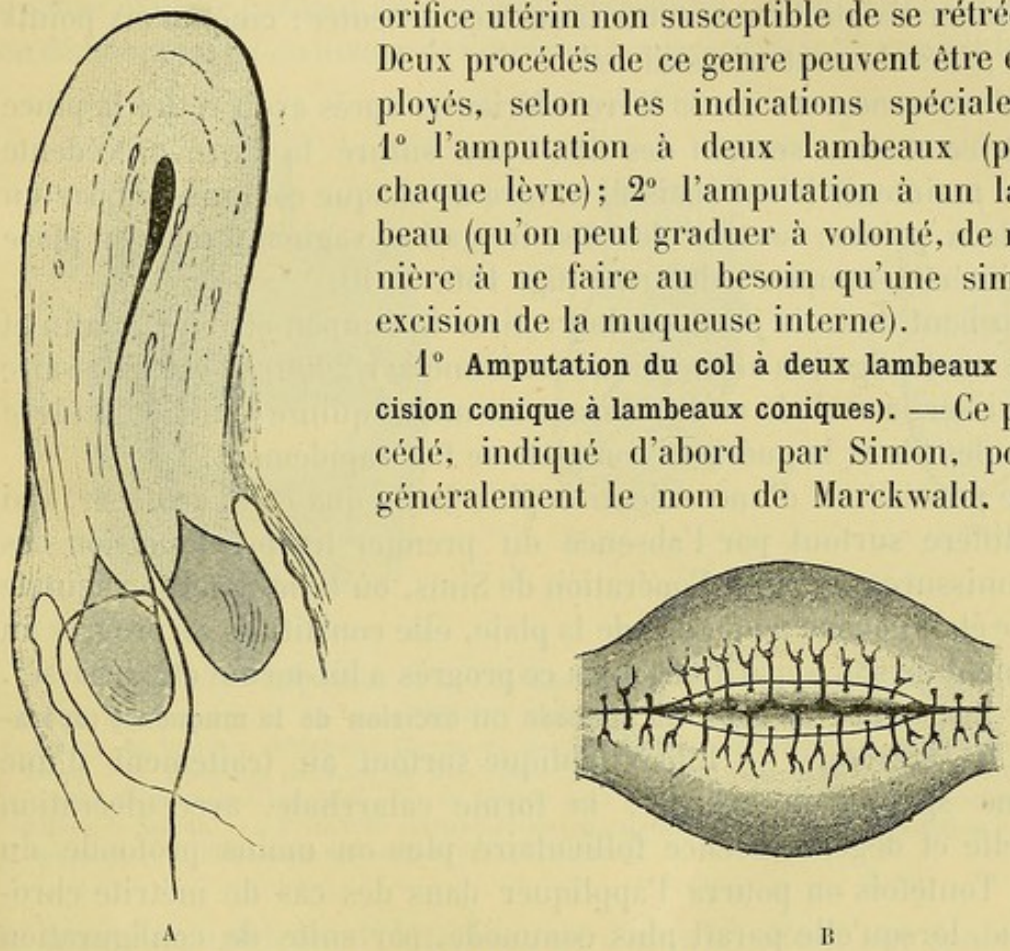
[1] Aug. Martin. *Verhandl. d. Naturforschersch. in Cassel*, 1878 (*Centr. f. Gyn.*, 1878, p. 466).

exposent au même inconvénient, bien qu'à un moindre degré, mais sont dangereuses, vu la difficulté de l'hémostase.

Pour l'amputation du col de l'utérus, les seuls procédés recommandables sont ceux qui permettent, par l'affrontement exact et la soudure parfaite des muqueuses sectionnées, la reconstitution d'un orifice utérin non susceptible de se rétrécir. Deux procédés de ce genre peuvent être employés, selon les indications spéciales : 1° l'amputation à deux lambeaux (pour chaque lèvre); 2° l'amputation à un lambeau (qu'on peut graduer à volonté, de manière à ne faire au besoin qu'une simple excision de la muqueuse interne).

Amputation du col à deux lambeaux.

1° **Amputation du col à deux lambeaux (excision conique à lambeaux coniques).** — Ce procédé, indiqué d'abord par Simon, porte généralement le nom de Marckwald, qui



A B

Fig. 156. — Amputation du col à deux lambeaux (Simon).

A. Vue, sur une coupe, du tracé des lambeaux (un fil passé à gauche montre le mode de réunion). — B. Col amputé et suturé, vu de face.

l'a le premier méthodiquement décrit[1]. On doit y avoir recours quand la muqueuse interne du col n'est pas malade et n'a pas besoin d'être excisée.

Voici l'indication sommaire de la technique : anesthésie. Malade dans la position de la taille : vagin irrigué; fourchette abaissée à l'aide d'une courte valve. Irrigation continue, faite à faible jet par un aide, soit au moyen du spéculum à irrigation de Fritsch, soit avec une longue canule tenue par l'aide, à pleines mains, avec la pince fixatrice. Incision des commissures du col jusqu'au cul-de-sac avec un gros bistouri convexe ou de forts ciseaux. Incision de la lèvre antérieure, allant de la muqueuse interne vers la profondeur

[1] Max Marckwald. *Arch. f. Gyn.*, 1875, Bd. VIII, p. 48.

en obliquant de bas en haut. Deuxième incision partant de la muqueuse externe et allant rejoindre la précédente, de manière à intercepter un segment conique de la lèvre antérieure, à base inférieure, à sommet supérieur. Suture des deux lambeaux ainsi obtenus avec une forte aiguille munie de crins de Florence ; avoir soin de faire cheminer l'aiguille sous toute la surface cruentée ; cinq ou six points sont généralement nécessaires[1].

Même manœuvre sur la lèvre inférieure, après avoir retiré la pince fixatrice et en se servant des fils, ayant suturé la lèvre précédente pour maintenir le col abaissé ; suture de chaque commissure par un ou deux points ; section des fils, irrigation vaginale, mise en place de l'utérus, tampon iodoformé (fig. 156, A, B).

Au bout de trois jours on doit retirer le tampon et faire, matin et soir, une irrigation antiseptique (sublimé à 1/2000). Il est nécessaire de laisser la malade au lit, durant au moins quinze jours ; on enlève alors les fils et la guérison complète se fait rapidement.

Ce procédé est d'une exécution plus facile que celui de Hegar, qui en diffère surtout par l'absence du premier temps, l'incision des commissures ; quant à l'opération de Sims, où la muqueuse vaginale seule était cousue au-dessus de la plaie, elle constituait un progrès au moment de son apparition, mais ce progrès a lui-même été dépassé[2].

Amputation du col à un lambeau (Schröder).

2° **Amputation du col à un lambeau ou excision de la muqueuse (opération de Schröder).** — Elle s'applique surtout au traitement d'une forme spéciale de métrite, la forme catarrhale, avec ulcération rebelle et dégénérescence folliculaire plus ou moins profonde du col. Toutefois on pourra l'appliquer dans des cas de métrite chronique, lorsqu'elle paraît plus commode, par suite de configuration ou de la consistance du col. Je la décrirai ici pour ne pas scinder l'exposé des procédés opératoires.

Ce procédé, qui appartient à Schröder[3], s'est très rapidement vulgarisé à l'étranger, et plus tard en France, où j'ai été l'un des premiers à l'employer[4].

[1] Je me suis pendant longtemps servi de catgut ; cela est en effet bien plus commode, puisqu'on n'a pas à s'inquiéter de le retirer. Mais l'affrontement est bien moins parfait qu'avec un fil qui ne risque pas de se résorber prématurément.

[2] Quand l'endométrite cervicale se complique de sténose du col, je combine volontiers à l'amputation du col à deux lambeaux, l'*évidement commissural du col*, dont j'exposerai la technique au chapitre de la **Sténose du col**.

[3] C. Schröder. *Charité-Annalen*, 1878, t. V, p. 343. — *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1878, Bd. III, p. 419.

[4] Rojecki. Thèse de Paris, 1887, n° 203. — Chanteloube. Thèse de Paris, 1888, n° 71. — Paul Petit. *De l'amputation sus-vaginale du col, suivant le procédé de Schröder.* (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1891, p. 97.)

Doléris, dans l'espoir de ménager le col, attaque toute la muqueuse intra-cervicale avec un instrument appelé *herse*. Celle-ci pénètre profondément dans les tissus, entame la muqueuse et dilacère les culs-de-sac glandulaires. L'index et le médius de la main

Son exécution est un peu plus difficile que celle du précédent. Le col est rendu accessible de la même manière que ci-dessus, et l'incision bilatérale est faite pareillement. A partir de ce moment, voici la modification opératoire : incision transversale de la muqueuse interne de la lèvre antérieure et incision demi-circulaire de la muqueuse externe cernant une lamelle de tissu du col qui est disséquée, en dédolant jusqu'au niveau de l'incision transversale interne où la lame

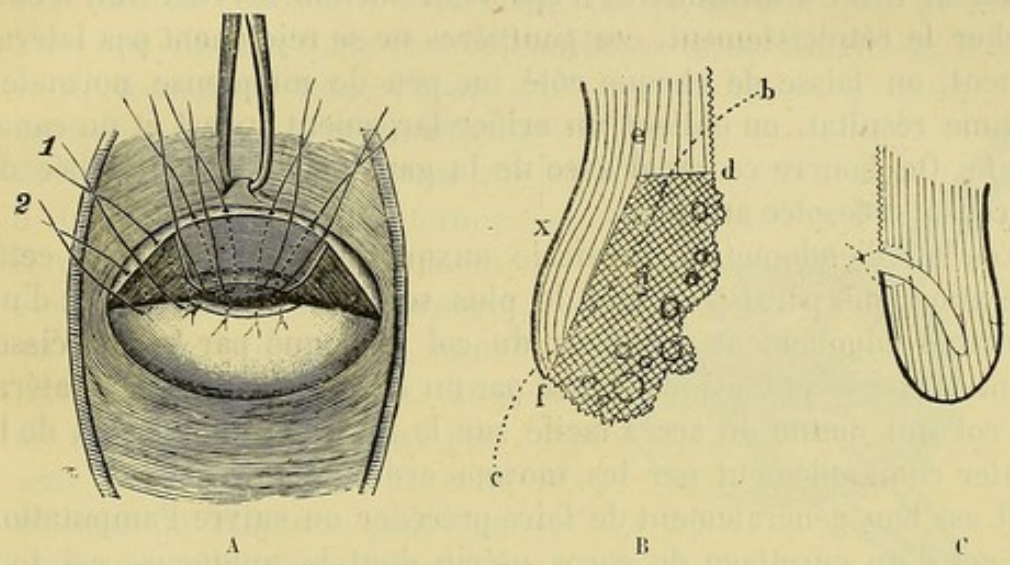


Fig. 157. — Amputation du col à un lambeau ou excision de la muqueuse (opération de Schröder).

A. Suture de la lèvre antérieure, placement des fils (1 et 2 représentent les fils des commissures). — B. Tracé des incisions sur une coupe; *d. e.* incision transversale; en *e* aboutit une incision *f e* qui cerne l'ulcération et la détache à sa base. — *b c* Trajet d'une des sutures. — *g* Œufs de Naboth. — *x* Point d'où partirait l'incision externe dans le cas d'amputation à deux lambeaux. — C. Disposition du lambeau après la suture.

se trouve complètement détachée; on donne à celle-ci une épaisseur variable, selon l'hypertrophie ou l'altération des tissus; renversement en dedans, *entropion*, du lambeau extérieur ainsi obtenu; suture de ce lambeau à la muqueuse interne par cinq ou six points au crin de Florence; l'aiguille courbe doit cheminer au-dessous de toute la surface cruentée; deux ou trois points plus superficiels complémentaires sont ordinairement nécessaires. Même dissection et même suture sur la lèvre postérieure : on peut, pendant ce temps, se servir, pour maintenir le col, du faisceau des fils précédemment passés dans l'autre lèvre; suture des commissures, etc., comme ci-dessus (fig. 157).

Parfois on trouvera avantage, selon la conformation du col, à

gauche sont placés d'abord dans le cul-de-sac droit, sur la partie latérale droite du col. Ces deux doigts empêchent le col de fuir sous l'action de la herse, quand l'instrument, introduit jusqu'à l'orifice interne, va labourer de haut en bas la portion droite de la muqueuse intra-cervicale. Voir Pichevin. *Gaz. des hôp.*, avril 1890, n° 46, p. 427. — Je crois ce procédé infidèle et très inférieur à l'amputation de Schröder.

appliquer le procédé à deux lambeaux à l'une des lèvres et le procédé à un lambeau à l'autre.

Bouilly[1], dans les cas d'endométrite cervicale glandulaire invétérée, préconise une opération qui lui a donné 39 succès sur 40 cas. Il dilate le col et la cavité du corps avec la laminaire; puis, après avoir fait un curettage du corps, avec un bistouri long et étroit, il enlève sur chaque lèvre du col une gouttière de muqueuse ayant 2, 3 ou 4 millimètres d'épaisseur suivant les cas. Afin d'empêcher le rétrécissement, ces gouttières ne se rejoignent pas latéralement, on laisse de chaque côté un peu de muqueuse normale; comme résultat, on obtient un orifice largement ouvert et un canal dilaté. On bourre ce canal avec de la gaze iodoformée imbibée de glycérine créosotée au tiers.

Les cas d'endométrite cervicale auxquels Bouilly applique cette opération, me paraissent être le plus souvent la conséquence d'un véritable engouement muqueux du col provoqué par le rétrécissement. Aussi je préfère les traiter par un large débridement bilatéral du col qui donne un accès facile sur la muqueuse et permet de la traiter commodément par les moyens ordinaires.

Il est bon généralement de faire précéder ou suivre l'amputation du col d'un curettage du corps utérin dont la muqueuse est toujours plus ou moins altérée. Je fais, pour ma part, ce curettage en dernier lieu pour ne pas être gêné par le suintement sanguin et pour ne pas opérer sur un col racorni par l'injection du perchlorure.

Opération d'Emmet (trachélorrhaphie).

La **trachélorrhaphie** ou **opération d'Emmet**[2] doit, comme je l'ai dit, céder le pas à l'excision de la muqueuse ou amputation du col, selon le procédé de Schröder, toutes les fois qu'avec la lacération unilatérale il existe du catarrhe cervical. L'opération d'Emmet devrait donc, à mon avis, être exclusivement réservée aux métrites chroniques, sans ulcération du col. On peut alors espérer, en enlevant le tissu cicatriciel et en restituant au col sa forme normale, faire disparaître une cause de douleur et d'irritation. De plus, il n'est pas douteux que le trauma du col a généralement une heureuse influence sur le corps utérin, dans le cas d'avivement comme dans le cas d'amputation. Cette dernière conséquence est même peut-être la plus importante dans l'interprétation des succès obtenus[3]. .

La malade endormie, les aides sont disposés comme pour l'ampu-

[1] G. Bouilly. *De l'endométrite cervicale glandulaire et de son traitement chirurgical.* (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1895, t. XIX, p. 112.)

[2] Pour l'historique de cette opération consulter: Houzel. *Note sur l'opération d'Emmet.* (*Annal. de gyn.*, oct.-nov. 1888, vol. XXX, p. 241, 351.)

[3] Cette action en retour sur le tissu utérin peut être assez prononcée pour amener parfois une subinvolution.

tation du col. Celui-ci est abaissé avec des pinces (les Américains préfèrent deux fils, passés à travers les lèvres). Une pince saisit le col au niveau de la lèvre antérieure, près de la déchirure, l'autre au niveau de la lèvre postérieure dans le point symétrique; on dissèque alors d'une seule pièce tout le rebord de la déchirure, en ayant soin de bien pénétrer au fond de l'angle et d'enlever tout le tissu cicatriciel (Emmet). On égalise la plaie, si c'est nécessaire, avec des ciseaux courbes à avivement. On passe alors un premier fil avec une aiguille forte et très courbe, près de l'angle de la plaie: le fil transperce toute l'épaisseur des lèvres à 2 millimètres de la surface externe du col et à 1 millimètre de l'interne; il vaut mieux immédiatement nouer chaque suture à mesure qu'on la place, de façon à assurer une exacte coaptation. Cinq ou six sutures sont ainsi passées successivement. Je me sers de crin de Florence pour les sutures; j'ai longtemps employé le catgut, mais je l'ai abandonné, car son ramollissement et sa dissolution parfois prématurée donnent lieu à des mécomptes (fig. 158).

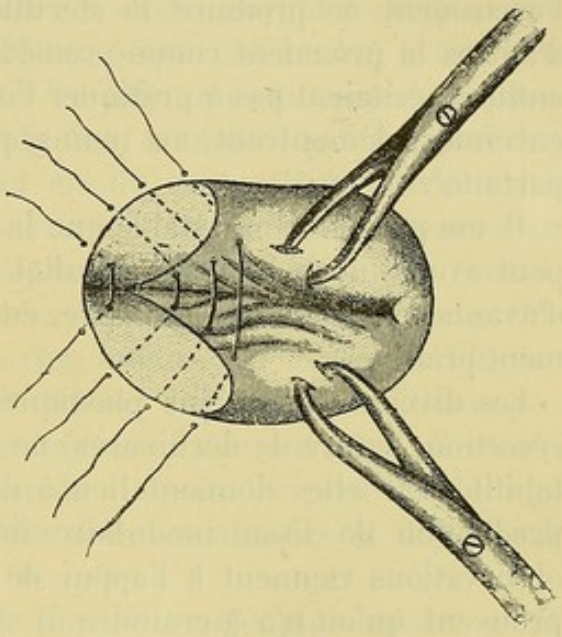


Fig. 158. — Opération d'Emmet (trachélorrhaphie).

Dans ces derniers temps, il s'est produit, sous l'impulsion de Lawson Tait, chez les gynécologistes, une réaction contre les avivements avec perte de substance dans toutes les opérations plastiques. On a appliqué à la trachélorrhaphie le principe du *dédoublement*. Sänger et Fritsch[1] conseillent de procéder ainsi : excision de l'angle supérieur, puis dédoublement d'une partie de la lèvre de la déchirure par une incision de haut en bas; suture à la surface externe seule. Je considère cette manière d'agir comme défectueuse, en ce qu'elle respecte les tissus scléreux qu'il s'agit précisément d'exciser avec le plus grand soin.

Un tampon iodoformé laissé en place trois jours suffit comme pansement. Après ce délai, on prescrira des irrigations antiseptiques vaginales matin et soir et le repos au lit durant quinze jours.

Quand la déchirure est bilatérale, il est presque impossible, en pratiquant la trachélorrhaphie des deux côtés, de ne pas rétrécir le

[1] Sänger. *Centr f. Gyn.*, 1888, p. 769. — Fritsch. *Ibid.*, p. 804

canal cervical. Je préfère alors faire l'opération de Schröder, qui est, dans ces conditions, beaucoup plus expéditive et permet d'enlever plus largement les tissus sclérosés.

Après toute intervention de ce genre, il est bon d'explorer la cavité utérine avec la curette, et, si la muqueuse est molle et friable, de faire un curettage complémentaire qui ne complique en rien l'opération principale.

Il est peu d'opérations qui aient eu des partisans et des détracteurs aussi passionnés que la trachélorrhaphie. Tandis que certains auteurs l'accusaient de produire la stérilité et de compliquer le travail[1], d'autres la prônaient comme remède contre la stérilité[2] et d'autres enfin n'hésitaient pas à pratiquer l'opération même chez des femmes enceintes, démontrant, au moins, par cette témérité, son innocuité parfaite[3].

Il me paraît incontestable que la trachélorrhaphie, bien faite, ne peut avoir aucun mauvais résultat alors même qu'elle n'aurait pas d'avantages; il est très probable, en effet, qu'on l'a souvent inutilement pratiquée.

Les diverses opérations plastiques sur le col utérin (amputation, résection, suture de déchirures) ne sauraient compromettre sa dilatabilité, car elles donnent lieu à des cicatrisations primitives, sans production de tissu inodulaire inextensible. De très nombreuses observations viennent à l'appui de cette considération théorique et prouvent qu'on n'a à craindre ni stérilité ni dystocie[4].

Castration. La **castration** peut-elle être légitimement pratiquée pour une métrite chronique? Je n'hésite pas à répondre par la négative. Toutefois il y a peut-être une querelle de mots entre ceux qui repoussent et ceux qui acceptent ce moyen radical; il suffit d'analyser soigneusement certains cas publiés[5] pour voir que la castration a dû ses plus incontestables succès à ce qu'on l'a pratiquée, bien moins contre la lésion utérine, que contre des altérations très caractérisées des annexes (péri-oophorite, péri-salpingite), ayant succédé à des métrites invétérées ou mal traitées. Dans ces conditions, la métrite passe au second plan et le traitement institué ne vise en somme que la complication devenue l'élément morbide prépondérant. Mais, sur

[1] P. J. Murphy. *Amer. Journ. of Obst.*, janv. 1883, t. XVI, p. 28, et juin 1884, t. XVII, p. 623.

[2] B. F. Curtis. *New-York med. Journ.*, 1886, t. XLIV, p. 693.

[3] Doléris. *Déchirure bilatérale du col chez une femme enceinte. Opération d'Emmet sans trouble de la grossesse* (*Congrès méd. de Washington*, sept. 1887, anal. in *Répert. univ. de gyn. et d'obst.*, 1888, p. 157). Cet auteur dit avoir obtenu plusieurs succès dans des circonstances semblables.

[4] A. Ducasse. *De la conception, de la grossesse et de l'accouchement après la trachélorrhaphie et l'amputation du col de l'utérus*. Thèse de Paris, 1889.

[5] H. Fritsch. *Deutsche Chir.*, Lief., 56, p. 543.

la seule indication des exacerbations douloureuses, survenant à chaque menstruation, pratiquer d'emblée l'ablation des ovaires et des trompes, afin d'établir une ménopause artificielle[1], c'est assurément donner à la castration une extension exagérée. Dans nombre de cas de ce genre on ne paraît pas avoir épuisé tous les moyens de traitement conservateurs, avant d'en venir à un procédé thérapeutique qui n'est légitime que lorsqu'il est indispensable.

Hystérectomie vaginale.

Péan[2] a fait plusieurs fois l'**hystérectomie vaginale**, qu'il qualifie alors de *castration utérine*, pour des métrites douloureuses quand elles s'accompagnaient, dit-il, de « ces états morbides décrits sous le nom de névralgies utéro-ovariennes, qui ont résisté à tous les moyens médicaux ». Il a constaté, en effet, que la *castration ovarienne* seule, faite dans ces conditions, n'arrêtait pas toujours les douleurs, « comme si l'utérus eût été un centre d'où partaient des actions réflexes, indépendantes de celles qui prenaient naissance dans les annexes ». Chez les malades auxquelles il a, par contre, enlevé l'utérus et laissé les annexes, les résultats ont paru préférables. On le voit, Péan ne tend à rien moins qu'à substituer l'hystérectomie vaginale à l'opération de Battey, dans les cas d'inflammation chronique et douloureuse de l'appareil utéro-ovarien. Il reconnaît, du reste, qu'après l'ablation de l'utérus on peut être obligé d'ouvrir le ventre pour enlever les annexes altérées et difficiles à atteindre par la voie vaginale.

Il ne me paraît pas prouvé que l'opération complémentaire n'eût pas dû précéder, en pareils cas, l'opération principale, et ne l'eût pas souvent rendue inutile.

L'hystérectomie vaginale a été maintes fois pratiquée par d'autres chirurgiens contre des métrites rebelles hémorrhagiques ou douloureuses. Il y a eu là certainement des abus opératoires. Cependant une pareille conduite n'est pas toujours injustifiée. Les recherches les plus récentes ont démontré que toute métrite glandulaire hypertrophique qui résiste, pendant plusieurs mois, à une série de curettages, montre par cela même une tendance à se transformer en épithélioma. Ce sont de pareils faits qui ont été qualifiés d'*adénome* par les Allemands, et qui forment la transition entre l'hyperplasie (*adénome bénin*) et les débuts du cancer (*adénome malin*). Le curettage explorateur ne suffit pas toujours à lever les doutes[3], et si les indications positives qu'il donne, quant à la constatation d'un épi-

[1] Kelly. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 180.

[2] Péan. *Indications de la castration utérine et de la castration ovarienne* (*Gaz. des hôp.*, 1886, p. 1170, et *Leçons de clin. chir.*, 1888, t. VI, p. 218).

[3] Cornil et Brault. *Note sur les lésions de l'endométrite chronique* (*Bull de la Soc. anat.*, janv. 1888, p. 57).

thélioma, sont décisives, les indications négatives ne le sont pas (les glandes n'ayant pu être ainsi examinées dans toute leur profondeur[1]). On doit donc donner ici une part prépondérante à la clinique. Toutefois on ne saurait user avec trop de réserve de l'hystérectomie, dirigée contre une *tendance cancéreuse* de l'endométrite et non contre une dégénérescence avérée.

[1] P. Valat. *De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus.* Th. de Paris, 1889, p. 55.

LIVRE IV

CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS

CHAPITRE I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Définition. — Histogénie. — Fréquence. — Nombre. — Dégénérescence myomateuse de l'utérus. — Volume. — Siège. C. F. du corps : interstitiels, sous-muqueux, polypes ; C. F. intra-ligamentaires. C. F. du col : *a.* du museau de tanche ; *b.* de la portion sus-vaginale du col ; pelviens. — Connexions avec le tissu utérin. — Structure et texture. Myomes télangiectasiques. — Connexions avec les organes voisins. Ascite. Adhérences. Torsion du pédicule. — Altérations et dégénérescences. Induration. Calcification. Ramollissement. Dégénérescence graisseuse amyloïde. Œdème. Dégénérescence colloïde. Tumeurs fibro-kystiques. Myomes lymphangiectasiques. Pseudo-kystes. Inflammation, suppuration et gangrène. Dégénérescence cancéreuse. — Lésions voisines (muqueuse utérine et tubaire) et lésions éloignées (foie, reins, cœur).

Définition.

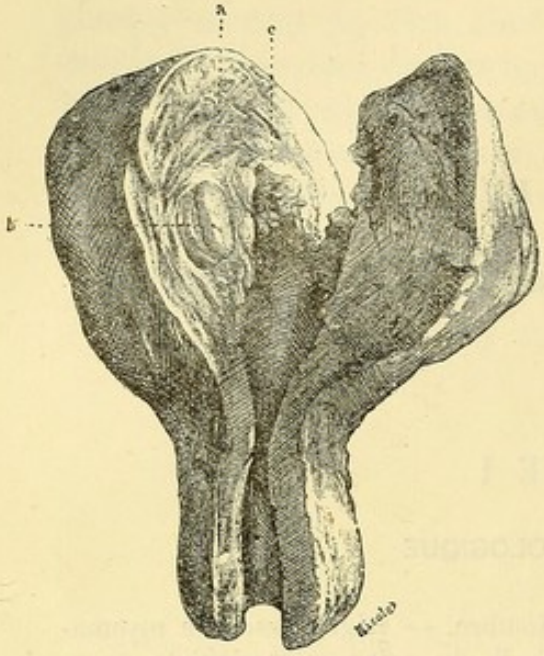
On a donné le nom de **corps fibreux**, *tumeurs fibreuses*, *myomes*, *fibro-myomes*, *fibro-liomyomes*, *fibroïdes* (auteurs anglais), *hystéromes* (P. Broca), à des néoplasmes de l'utérus dont la structure rappelle celle du tissu utérin lui-même. Ils sont *bénins*, c'est-à-dire non susceptibles de se généraliser et d'infecter l'économie ; mais, quoique l'immense majorité de ces néoplasmes passe plus ou moins inaperçue et constitue soit une difformité cachée, soit une infirmité légère, il en est un assez grand nombre qui sont *graves*, et la mort peut résulter des accidents qu'ils produisent.

Histogénie des corps fibreux.

Histogénie des corps fibreux. — Velpeau[1] et après lui nombre d'auteurs ont parfois attribué le développement des tumeurs fibreuses au travail morbide résultant de la présence « d'une goutte de sang, de lymphe plastique, de pus même » dans la trame du tissu utérin. On croyait alors à l'organisation spontanée des caillots après les ligatures d'artère et on appliquait cette notion à la pathogénie des divers néoplasmes. Actuellement les études expérimentales ont

[1] Velpeau. *Dict. en 30 vol.*, Paris, 1842, t. XXVI, p. 174.

démontré que cette organisation des caillots est simplement due à la



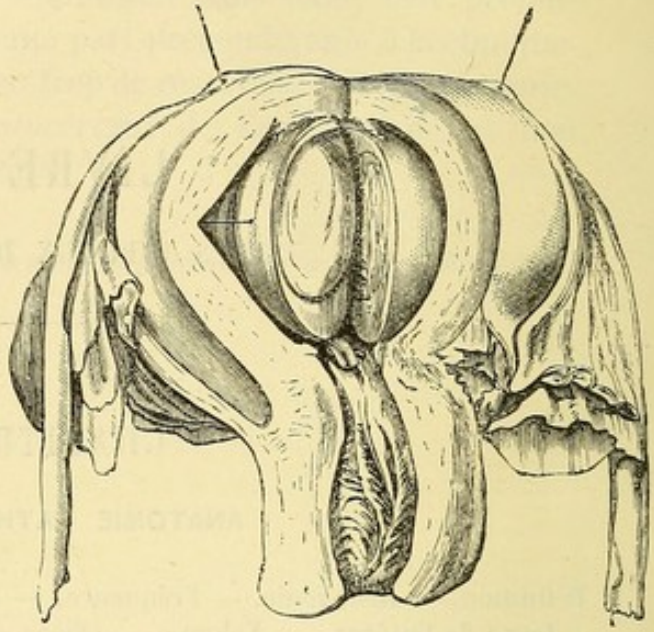


Fig. 159. — Petit corps fibreux interstitiel. — Fig. 160. — Corps fibreux sous-muqueux pédiculé. — *a*. Parois de l'utérus hypertrophiées. *b*. Corps fibreux. *c*. Muqueuse utérine atteinte d'endométrite avec végétations polypeuses

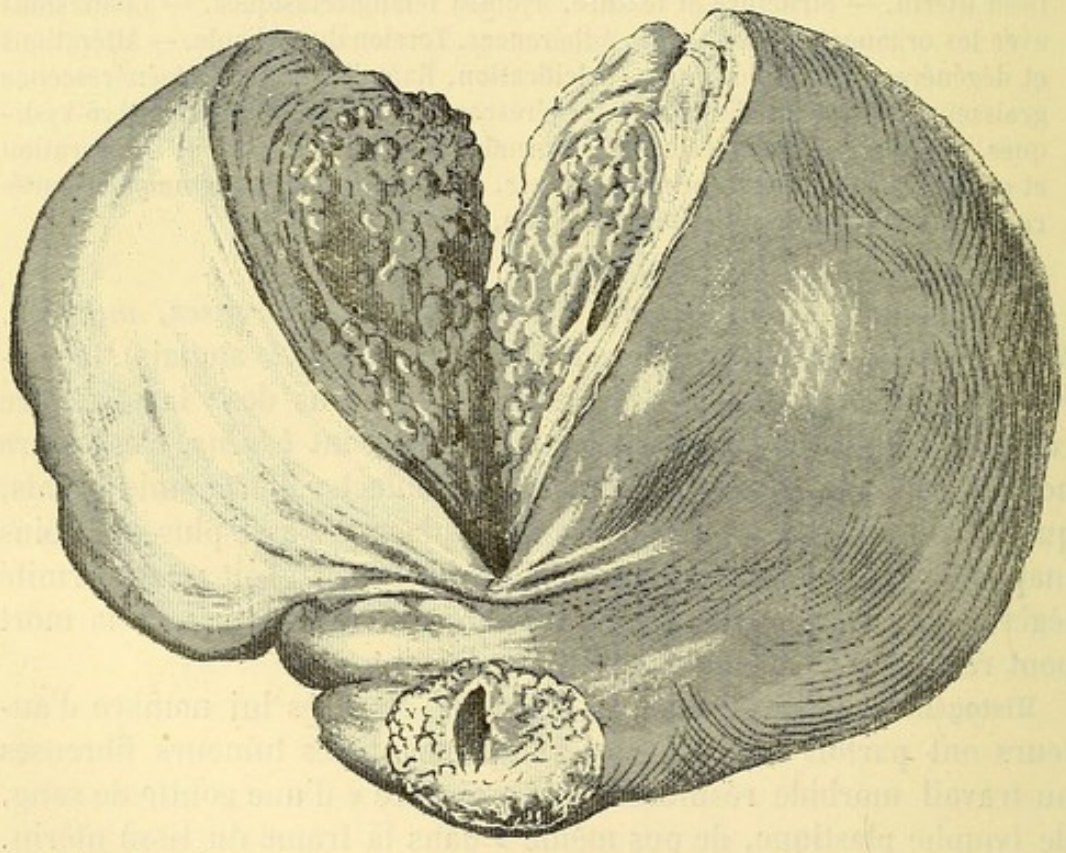


Fig. 161. — Corps fibreux sous-muqueux (œdémateux) avec hypertrophie des parois de l'utérus[1].

végétation des éléments venus des parois vasculaires, et l'édifice

[1] Les figures 161, 162, 163 représentent des tumeurs que j'ai enlevées avec succès par l'hystérectomie abdominale.

théorique fondé sur le fait primitivement mal observé s'est complètement écroulé.

Klebs[1] prétend que la genèse des fibro-myomes a pour origine

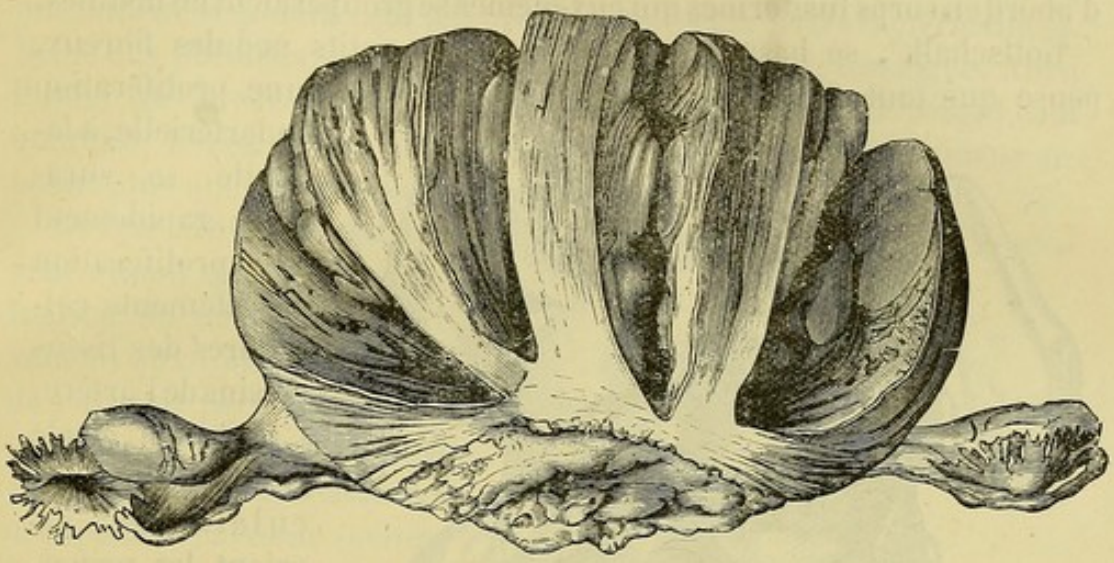


Fig. 162. — Corps fibreux sous-péritonéaux et interstitiels du fond de l'utérus (des coupes montrent la multiplicité des noyaux).

une prolifération des tissus conjonctif et musculaire de certains vais-

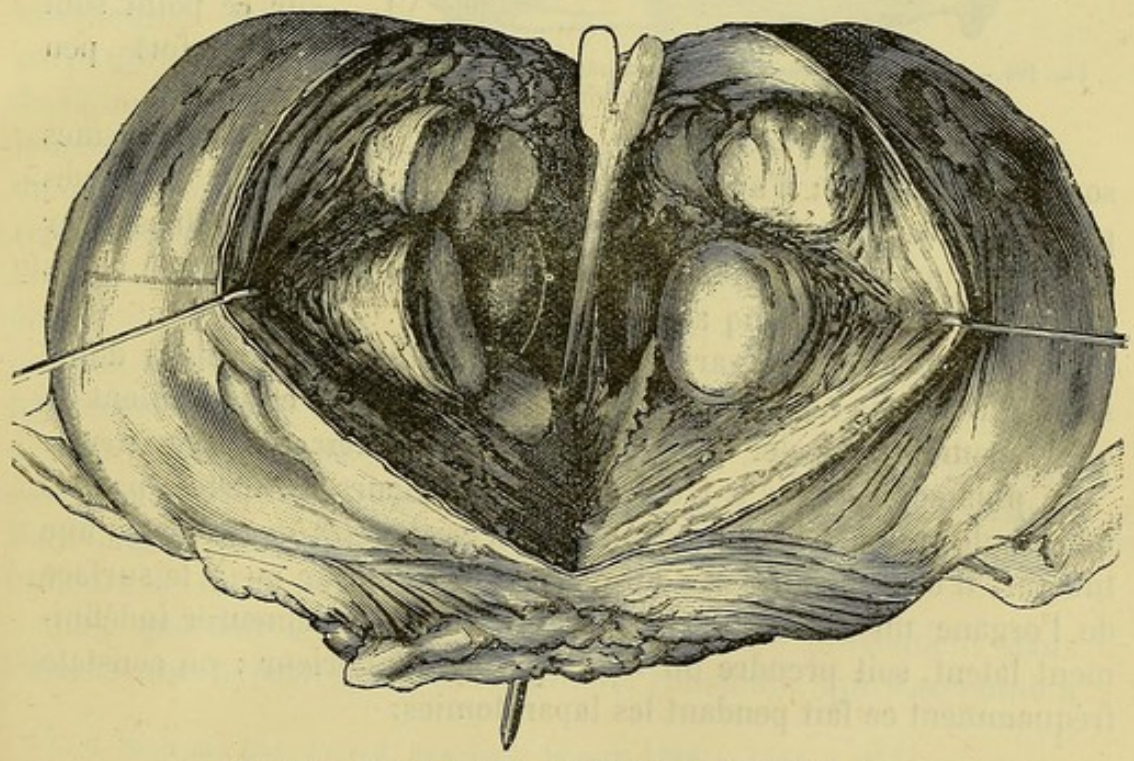


Fig. 163. — Corps fibreux interstitiels du fond de l'utérus.

seaux; les divers nodules ainsi formés s'agglomèrent pour consti-

[1] Klebs. *Handbuch der pathol. Anatomie*, Berlin, 1876, Bd. I, IIe Abth., p. 884.

tuer une tumeur. Kleinwächter[1] attribue l'évolution des fibroïdes à des espèces de cellules rondes qui se rencontrent le long des capillaires, en voie d'oblitération lente. Ces cellules se transformeraient d'abord en corps fusiformes qui eux-mêmes se grouperaient en nodules.

Gottschalk[2], se basant sur l'examen de petits nodules fibreux, pense que tout fibrome a pour point de départ une prolifération endartérielle, à laquelle se surajoute rapidement une prolifération des éléments cellulaires des tissus voisins de l'artère. L'irritation locale et les troubles circulatoires seraient les principaux agents de ce processus pathologique. A vrai dire, nos connaissances sur ce point sont encore fort peu avancées[3].

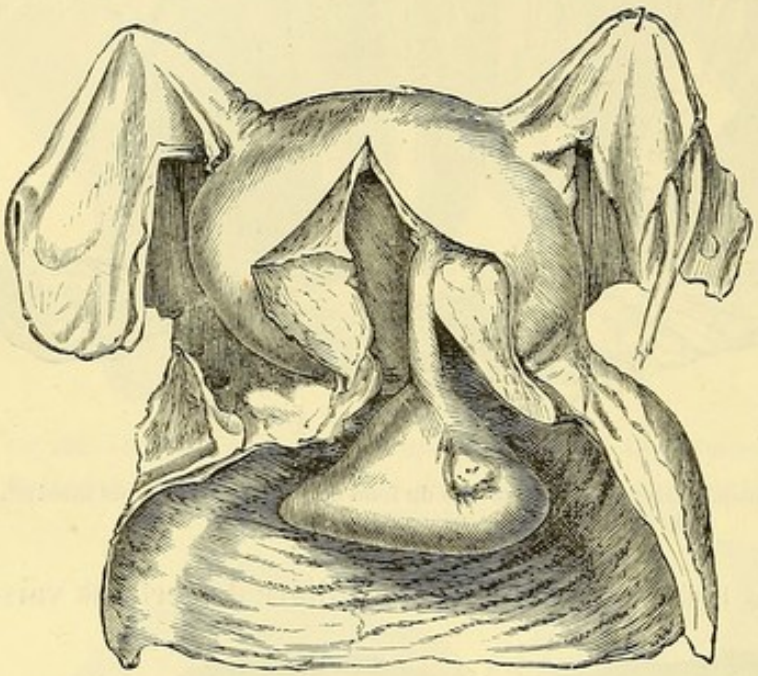


Fig. 164. — Polype utérin devenu vaginal, ayant conservé la forme triangulaire de la cavité utérine.

Fréquence.

Ces néoplasmes sont très **fréquents**; d'après Bayle[4], qui dès 1813 précisa quelques particularités anatomiques intéressantes, très remarquables pour cette époque, un cinquième des femmes seraient atteintes de corps fibreux après trente-cinq ans.

Nombre.

Le **nombre** est très variable : certains utérus sont criblés d'une infinité de petits noyaux interstitiels ou pédiculés, et présentent ce qu'on pourrait appeler une véritable **dégénérescence myomateuse.**

Dégénérescence myomateuse de l'utérus.

Le plus souvent il y a trois ou quatre tumeurs distinctes; parfois une seule : mais alors même qu'il n'existe *cliniquement* qu'une tumeur, il est rare qu'il n'y ait pas dans l'épaisseur ou à la surface de l'organe un autre petit noyau qui peut, soit demeurer indéfiniment latent, soit prendre un développement ultérieur : on constate fréquemment ce fait pendant les laparotomies.

[1] L. Kleinwächter. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1883, Bd. IX, p. 68.

[2] Gottschalk. *Ueber die Histogenese und Ætiologie der Uterusmyome* (*Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. XLIII, p. 534).

[3] P. Rösger (de Halle). *Ueber Bau und Entstehung des Myoma Uteri* (*Zeitschr. f. Geb., u. Gyn..*, 1890, Bd. XVIII, n° 1).

[4] G. H. Bayle. *Dict. en 60 vol.*; Paris, 1813, t. VII, p. 75.

Le **volume** des corps fibreux peut atteindre des proportions considérables. C'est surtout dans les cas de tumeurs fibro-kystiques qu'on a constaté des poids énormes. Stockard[1] a enlevé chez une négresse une tumeur semblable qui pesait cent trente-cinq livres (américaines). Même des fibromes solides peuvent acquérir un poids analogue. Ainsi Hunter (de New-York)[2] a récemment observé un *fibroïde* pesant cent quarante livres, tandis que le cadavre débarrassé de la tumeur ne pesait plus que quatre-vingt-quinze livres. Volume.

Corps fibreux du corps. — Le **corps de l'utérus** est plus souvent atteint que le **col**. La situation du néoplasme relativement aux tuniques diverses de l'organe permet de distinguer les variétés suivantes : 1° corps fibreux **interstitiels**, occupant l'épaisseur (généralement accrue) du parenchyme musculaire; 2° corps fibreux **sous-muqueux**, immédiatement ou presque immédiatement recouverts par la muqueuse; 3° **polypes**, ou corps fibreux **pédiculés** du côté de la muqueuse, retenus seulement à l'utérus par un pédicule formé à la fois par un repli muqueux, des fibres musculaires et des vaisseaux; 4° corps fibreux **sous-péritonéaux** à base large ou à pédicule plus ou moins étroit; on est convenu, même quand ceux-ci affectent la forme de *polypes*, de ne pas leur donner ce nom, qu'on réserve aux tumeurs pédiculées du côté de la cavité utérine. — Une variété importante des corps fibreux sous-péritonéaux sessiles est celle qui se développe dans l'épaisseur des ligaments larges, **corps fibreux intra-ligamentaires**. Mais ils proviennent généralement du col, et seront décrits avec les tumeurs de cet organe. Siège.

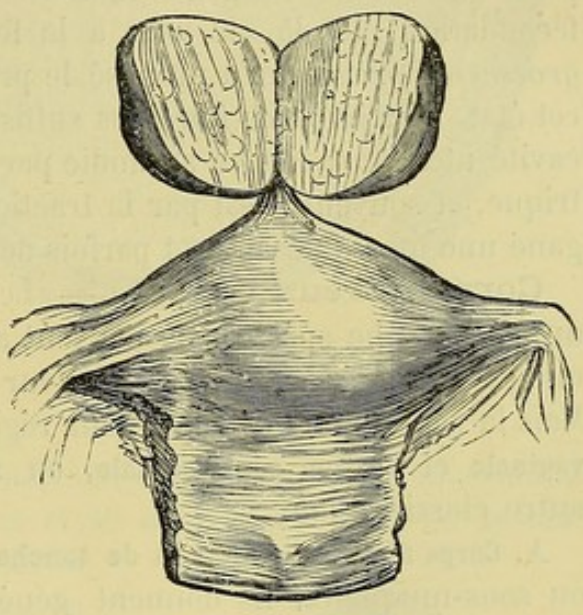


Fig. 165. — Corps fibreux sous-péritonéal pédiculé.

Corps fibreux du corps interstitiels; sous-muqueux.

Pédiculés.

Corps fibreux intra-ligamentaires.

Quel que soit le siège des corps fibreux, ils provoquent dans l'utérus une hypertrophie concomitante constante, qui s'accentue à

[1] C. C. Stockard. *Med. Record*, New-York, 16 août 1884, t. XXVI, p. 177.

[2] Hunter. *Obstet., Society of New-York*, 15 nov. 1887 (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 62). Le tour de l'abdomen mesurait six pieds deux pouces. — Jamais d'hémorrhagie; symptômes de compression. — Morte d'épuisement à cinquante-trois ans. La tumeur avait été reconnue depuis vingt et un ans.

Freeman, à cette occasion, rapporta qu'il avait récemment enlevé une tumeur fibreuse du poids de cinquante et une livres; la malade mourut de *shock*.

des degrés divers. La paroi musculaire s'y épaissit parfois de manière à enchâsser, dans une sorte de gangue épaisse, des tumeurs multiples dont elle fait une seule masse; les nappes musculaires de l'utérus ressemblent alors aux couches de l'utérus gravide, et se continuent au loin dans les ligaments larges, épaissis et charnus[1]. Un grand développement vasculaire accompagne généralement cette hypertrophie en masse ou *globale* (fig. 161).

L'augmentation de volume de l'utérus, provoquée par l'excitation perpétuelle dont le néoplasme est le point de départ, peut être comparée à celle de l'organe dans les premiers mois qui suivent la fécondation : de là, le nom à la fois pittoresque et judicieux de *grossesse fibreuse* qu'a proposé le professeur Guyon[2] pour désigner cet état. De très petits fibromes suffisent à le produire[3] (fig. 159). La cavité utérine se trouve agrandie par le fait de cette dilatation excentrique, et souvent aussi par la traction qu'opère sur le fond de l'organe une masse pesante et parfois adhérente.

Corps fibreux du col.

Corps fibreux du col. — Les **corps fibreux du col** méritent un paragraphe spécial; ils peuvent aussi occuper les divers sièges que j'ai indiqués, et on pourrait leur appliquer les mêmes divisions. Mais la séparation du col en deux régions très distinctes : **portion sus-vaginale** et **portion sous-vaginale**, ou **museau de tanche**, impose une autre classification.

Corps fibreux du museau de tanche.

A. **Corps fibreux du museau de tanche.** — Qu'ils soient interstitiels ou sous-muqueux, ils donnent généralement à la lèvre où ils se développent une forme plus ou moins cylindrique et allongée. Ils peuvent ainsi remplir tout le vagin (fig. 166). Les fibromes sous-muqueux nés dans la cavité cervicale affectent parfois une disposition polypeuse spéciale dont j'ai observé des exemples ; ils descendent dans le vagin sous forme d'un bouquet de stalactites grêles ou comme les traînées de cire d'un flambeau, formant une sorte de gerbe qui émerge du museau de tanche et s'attache par une base demi-circulaire ou circulaire soit au niveau de l'isthme, soit plus bas. J'ai vu un corps fibreux sous-muqueux intra-cervical faire saillie dans l'intérieur du col dilaté, comme une sorte de collerette godronnée au niveau de l'orifice interne. D'autres fois ces petits polypes fibreux du col contiennent une couche de néo-formations glandulaires et présentent un aspect papillaire ou mûriforme[4] (fig. 167).

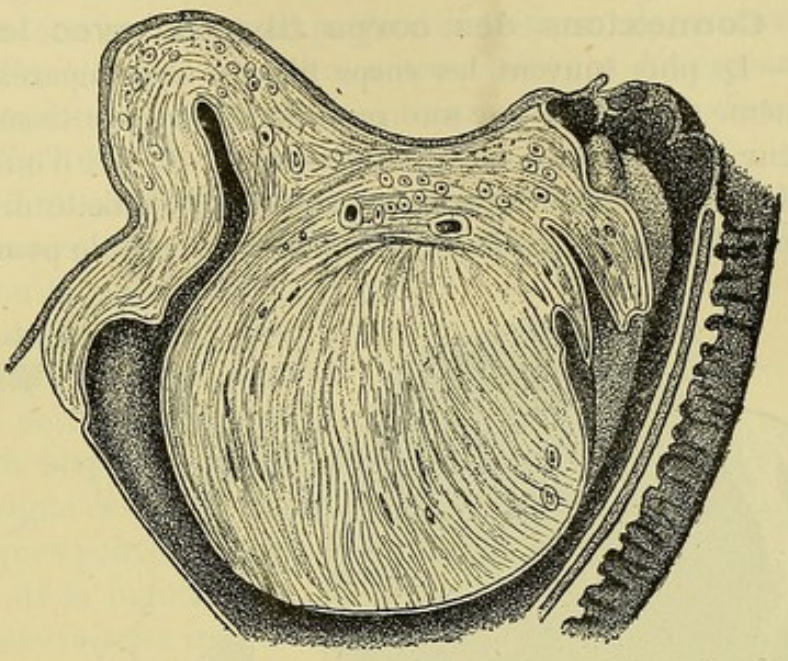
[1] Charles Labbé. *De l'hypertrophie totale de l'utérus* (*Arch. génér. de méd.*, 1885, 7e sér., t. XV, p. 257).

[2] F. Guyon. *Des tumeurs fibreuses de l'utérus*, Thèse d'agrég., Paris, 1860.

[3] Tillaux (*Gaz. des hôpit.*, 1867, n° 144) en cite un curieux exemple.

[4] Ackermann. *Virchow's Arch.*, 1868, Bd. XLIII, p. 88.

Exceptionnellement, les corps fibreux nés dans l'épaisseur du corps peuvent se prolonger dans une lèvre du col et la dédoubler[1].



Corps fibreux de la portion sus-vaginale du col.

Fig. 166. — Corps fibreux interstitiel de la lèvre postérieure du col (Gusserow).

B. Corps fibreux de la portion sus-vaginale du col. — Les seuls qui méritent une mention spéciale sont ceux qui naissent à la surface externe de cette région et se trouvent ainsi d'emblée dans l'épaisseur même du plancher pelvien, au niveau d'interstices nombreux où ils peuvent se glisser et se développer, tout en restant bridés et incarcérés dans la cavité du petit bassin. C'est le plus souvent en arrière du col qu'ils se développent; ils soulèvent le cul-de-sac de Douglas pour se mettre en contact immédiat avec la paroi postérieure du vagin et avec le rectum. Ils débordent souvent sur les côtés, entre les feuillets des ligaments larges qu'ils dédoublent, constituant ainsi une des variétés les plus graves de corps fibreux intra-ligamentaires. Ils peuvent même dépasser cette région, cheminer en avant entre la vessie et l'utérus et pousser des prolongements jusque dans le mésocôlon iliaque. Emprisonnés à leur point de départ même, dans l'enceinte inextensible du petit bassin, ils sont l'origine des accidents de compres-

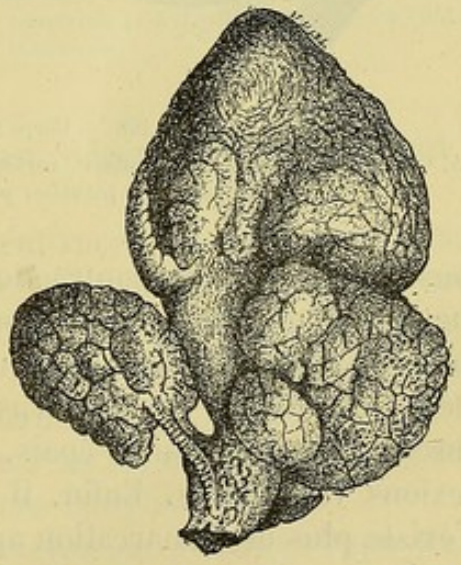


Fig. 167. — Petit polype du museau de tanche d'aspect mûriforme (fibrome papillaire avec hypertrophie des glandes. Ackermann).

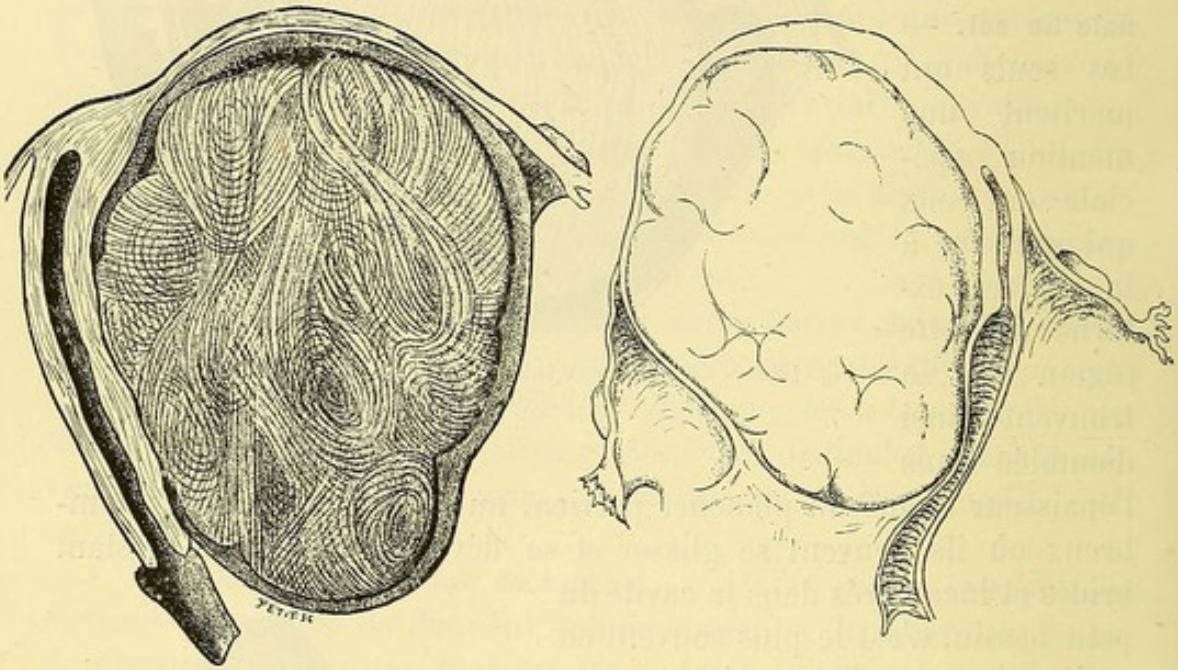
[1] Duchemin. *Quelques considérations sur les tumeurs fibr. de l'utérus*, Strasbourg, 1863.

Corps fibreux pelviens.

sion les plus redoutables : j'ai proposé[1] de les appeler **corps fibreux pelviens.**

Connexions avec le tissu utérin.

Connexions des corps fibreux avec le tissu utérin. — Le plus souvent les corps fibreux sont séparés du parenchyme même de l'utérus par une zone lamelleuse de tissu cellulaire lâche, leur formant une sorte de *capsule* ou de *lit*, d'où on peut les énucléer ou les décortiquer sans grand effort. Cette disposition est parfois si marquée qu'il suffit d'inciser la capsule pour voir le fibrome,



A B

Fig. 168. — Corps fibreux intra-ligamentaire.

A. Corps fibreux intra-ligamentaire, variété abdominale. — B. Variété pelvienne, la tumeur a déprimé le plancher pelvien et fait saillie dans le vagin.

sous l'influence des contractions musculaires, sortir de lui-même, sur le vivant. Mais, le plus souvent, cette indépendance n'est pas complète, et le fibrome, au lieu d'être enchâssé dans le parenchyme utérin, comme un simple corps étranger, y est retenu par des tractus fibreux plus ou moins épais, par où s'établissent aussi les connexions vasculaires. Enfin, il est des cas, rares à la vérité, où il n'existe plus de démarcation appréciable entre le fibrome et la paroi utérine sur une très grande étendue de sa périphérie. En général, moins un corps fibreux est dur, plus ses connexions avec le tissu voisin sont étroites.

Structure et texture.

Structure et texture. — A l'œil nu, les corps fibreux sont constitués par un tissu dense, blanc éclatant ou blanc rosé, élastique, offrant

[1] S. Pozzi. *De la valeur de l'hystérectomie dans le traitement des corps fibreux de l'utérus*, thèse d'agrég., Paris, 1875.

à la coupe une surface nette, ou inégale, légèrement convexe, comme si le tissu du centre était comprimé par les couches superficielles généralement plus serrées. On peut parfois distinguer à la surface, sans le secours d'une loupe, des fibres entre-croisées et des espèces de tourbillons, comme si les fibres étaient enroulées autour d'axes fictifs multiples (fig. 169).

Les vaisseaux sont relativement peu nombreux : toutefois, dans les énormes fibromes, on en voit de très gros ramper à la superficie sous le péritoine ou dans la capsule, et j'ai observé, dans un cas, un vaisseau du ligament large qui offrait le calibre de l'humérale et donnait lieu à un bruit de souffle très net, accompagné de *thrill*. Les veines périphériques peuvent alors offrir le volume de la jugulaire et de toutes parts adhérer aux nappes de fibres musculaires qui les maintiennent béantes. Quand cette disposition est très accusée et que le néoplasme est, en outre, creusé de lacunes vasculaires dues à la dilatation des capillaires, il rentre dans la variété décrite par Virchow[1] sous le nom de **myomes télangiectasiques**, *myoma telangiectodes, seu cavernosum*; les portions ainsi dégénérées ressemblent à une éponge gorgée de sang.

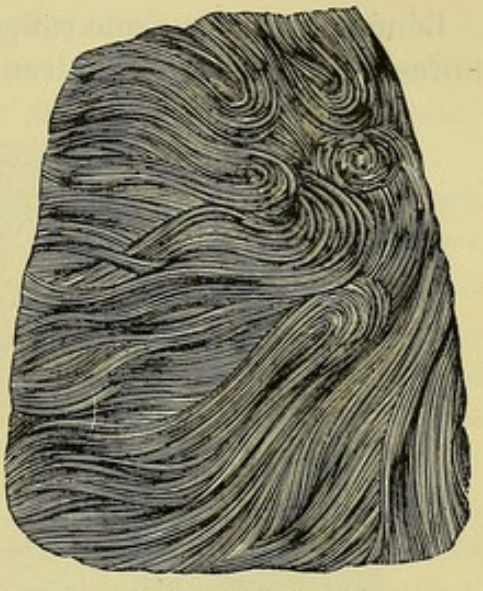


Fig. 169. — Corps fibreux de l'utérus. Coupe montrant la disposition des fibres à l'œil nu (Gusserow).

Myomes télangiectasiques.

Dans les polypes, le pédicule contient rarement de gros vaisseaux artériels; lors même qu'il en existe[2], ils présentent un épaississement de leurs parois et jouissent d'une rétractilité qui, jointe à la contractilité du pédicule lui-même, assure rapidement l'hémostase spontanée, lorsqu'on vient à les sectionner.

Les espaces qui séparent les pelotons ou les nappes de fibres sont considérés par Klebs comme des espaces lymphatiques.

Des nerfs ont été suivis dans ces tumeurs par Astruc et Dupuytren : Bidder en a de nouveau démontré l'existence et Hertz[3] a même décrit leur mode de terminaison dans les noyaux de fibres lisses.

Les corps fibreux, examinés au microscope, présentent des fibres musculaires lisses et des fibres conjonctives en portion variable.

[1] R. Virchow. *Traité des tumeurs*, trad. franç., Paris, 1871, t. III, p. 585.
[2] Turner. *Edinb. med. Journ.*, 1861, t. VI, p. 706.
[3] Hertz. *Virchow's Arch.*, 1869, vol. XLVI, p. 235.

D'après Ch. Robin[1], les fibres musculaires ne figurent jamais pour plus de moitié et n'y sont parfois que dans la proportion d'un dixième. Suivant que l'une ou l'autre espèce d'éléments prédomine ou s'équilibre, on a divisé ces tumeurs en **fibromes**, en **myomes** ou en **fibro-myomes**. Cette dernière dénomination seule est vraiment exacte, car presque toujours les éléments y sont mélangés. Gusserow[2] propose de distinguer les fibromes **durs**, où prédominent les fibres connectives des fibromes **mous**, qui sont surtout musculaires; ces derniers sont moins nettement encapsulés et plus vasculaires.

Généralement, sur une coupe, on voit les faisceaux musculaires et fibreux sectionnés tantôt transversalement, tantôt obliquement, ou

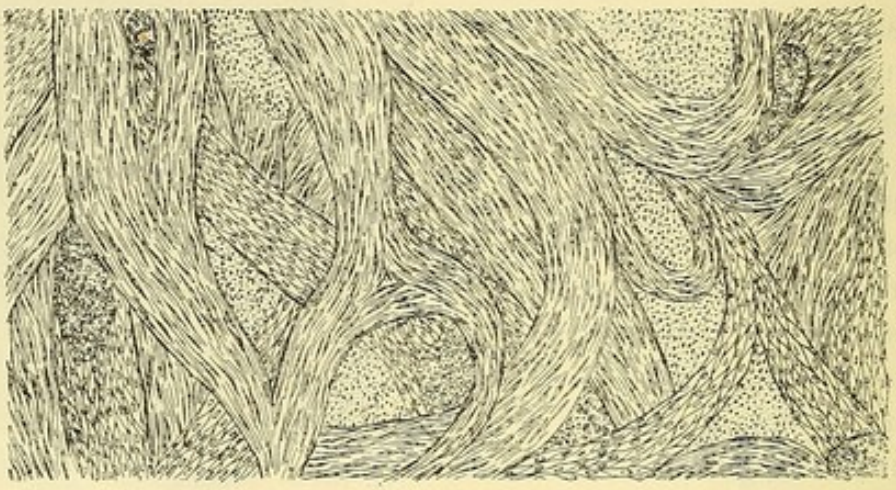


Fig. 170. — Fibro-myome de l'utérus. Coupe vue au microscope.

même en long. Les premiers se distinguent facilement par l'aspect fusiforme des éléments et par leurs noyaux caractéristiques, dont la coupe transversale figure une mosaïque. Il faut se garder de confondre cette section horizontale des fibres et de leur noyau avec la projection d'une cellule ronde. Entre ces faisceaux, existent des nappes fibreuses inégalement épaisses et entre-croisées en divers sens, formant une sorte de système unissant; elles sont composées en partie de faisceaux de fibres conjonctives, pauvres en cellules, en partie de faisceaux de corps fusiformes, à longs prolongements (fig. 170).

Connexions avec les organes voisins.

Connexions avec les organes voisins. — Quand un fibrome naît par une large base, au niveau d'une partie libre de l'utérus, telle que le fond, la face postérieure ou antérieure, il prend son extension dans la cavité abdominale, au-dessus du détroit supérieur et flotte au milieu de la masse intestinale. L'utérus est alors

[1] Ch. Robin. *Dict. de Nysten*, 14e édit., Paris, 1878.
[2] Gusserow. *Die Neubildungen des Uterus*, 1886, p. 5.

soulevé et parfois comme étiré en haut, le col est aminci, sa cavité allongée.

Si le point d'implantation du fibrome est étroit, l'utérus ne lui sert plus de support ni, pour ainsi dire, de piédestal ; il peut tomber en arrière dans le cul-de-sac de Douglas et s'y enclaver, avec ou sans adhérences. S'il est devenu volumineux sans se fixer, il ballottera dans la cavité abdominale, irritant le péritoine et provoquera souvent un exsudat liquide (**ascitique**) ou plastique (**adhérences**).

L'**ascite** est généralement peu abondante et formée de liquide citrin, très rarement teinté de sang : cette dernière circonstance se rencontre, on le sait, de préférence dans les tumeurs malignes. On a parfois observé l'ascite dite *chyleuse*[1], qui est probablement due à la transformation granulo-graisseuse d'exsudats fibrineux. Ascite.

Les **adhérences** s'établissent généralement avec le grand épiploon ou l'intestin : une anse intestinale est parfois presque fusionnée avec la surface d'un corps fibreux, de manière à défier toute dissection. Ces adhérences deviennent alors la principale source d'où le néoplasme tire sa nutrition, et le pédicule peut devenir d'une gracilité extrême, sans que le fibrome cesse de croître. Il peut même se rompre, sous l'influence de la distension produite par une grossesse, et laisser le corps fibreux indépendant de l'utérus et greffé sur un point quelconque de l'enceinte pelvienne. Huguier[2] et Nélaton[3] ont vu des cas de ce genre. Depaul[4] a même trouvé un corps fibreux, entièrement libre dans le cul-de-sac de Douglas. On ne peut expliquer ce fait que par la rupture du pédicule, en l'absence d'adhérences. Adhérences.

L'**élongation** et, sans doute aussi, la **torsion du pédicule** peuvent enfin amener divers changements dans la nutrition du corps fibreux et entrer pour une grande part dans les dégénérescences consécutives. Élongation et torsion du pédicule.

Altérations et dégénérescences du néoplasme. — La plupart des fibromes subissent une **induration** progressive, à partir de la ménopause ; ils diminuent en même temps de volume, et provoquent l'involution sénile et l'atrophie de l'utérus ; la tumeur persiste encore, mais sans éveiller aucune réaction morbide : telle est la terminaison de beaucoup de fibromes, méconnus pendant la vie, qu'on trouve à l'autopsie chez les vieilles femmes. Altérations et dégénérescences. Induration.

La **calcification** (qui n'est pas une ossification, comme le croyaient les anciens auteurs) est une altération assez rare ; les dépôts de phosphate et de carbonate de chaux se montrent surtout vers le centre Calcification.

[1] Terrillon. *Bull. et Mém. de la Soc. chir.*, juillet 1888, p. 626. ; voir la discussion consécutive entre Terrier et Quénu. — Sur la pathogénie des ascites chyleuses en général, consulter : Letulle. *Revue de méd.*, 1884, p. 722 et 1885, p. 973.

[2] Huguier. *Gaz. des hôpit.*, 1860, p. 411.

[3] Nélaton. *Ibid.* 1862, p. 77.

[4] Depaul. *Bull. de la Soc. anat.*, 1844, t. XIX, p. 13.

des tumeurs et forment, soit une trame incomplète, soit parfois de véritables *pierres utérines*[1]. On ne les observe guère que dans les fibromes sous-séreux pédiculés, ou dans les polypes; elles peuvent devenir libres, et être expulsées spontanément. On connaît des faits de ce genre depuis Hippocrate, et l'Académie de chirurgie en a autrefois réuni de nombreux exemples[2].

Ramollissement. Le **ramollissement** peut reconnaître diverses causes. Pendant la grossesse, les corps fibreux acquièrent un volume considérable, comme s'ils participaient à la nutrition exagérée de l'utérus. Ainsi gonflés de sucs, ils sont généralement plus mous[3]; après l'accouchement ils peuvent, par un processus qui a été attribué un peu hypothétiquement à la **dégénérescence graisseuse**, disparaître peu à peu, entraînés aussi dans le mouvement d'involution de l'utérus. Divers auteurs ont cité de nombreuses observations de cette régression et j'en ai moi-même observé un cas des plus remarquables, celui d'un gros fibrome qui, ayant nécessité un traitement thermal, avait presque triplé de volume par le fait d'une grossesse, survenue au cours de ce traitement; l'accouchement eut lieu sans accidents et le néoplasme disparut ensuite sans laisser de traces.

Dégénérescence graisseuse.

La dégénérescence graisseuse, comme le fait très justement remarquer Gusserow, invoquée par nombre d'auteurs, n'a jamais été constatée microscopiquement, sauf dans deux cas où la diminution de la tumeur n'en était pas résultée[4].

Dégénérescence amyloïde. La **dégénérescence amyloïde** a été observée par Stratz[5] dans un polype; ce cas est jusqu'ici unique.

Œdème. L'**œdème**, qui est parfois le premier stade de la mortification, peut amener le ramollissement des fibromes.

Dégénérescence colloïde. La **dégénérescence colloïde** ou **myxomateuse** serait caractérisée, d'après Virchow[6], par l'effusion d'une matière muqueuse entre les faisceaux musculaires; ce qui la distinguerait de l'œdème simple serait la présence de la mucine et la prolifération de noyaux et de cellules rondes dans le tissu interstitiel.

Tumeurs fibro-kystiques. La formation de **tumeurs fibro-kystiques** peut succéder à l'une et à

[1] J. T. Everett. (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1879, vol. XII, p. 700) a rassemblé 33 cas de calcification de corps fibreux; un lui est personnel et a été enlevé par laparo-élytrotomie. — Voir aussi un travail de J.-N. Usphur, *ibid.*, vol. XIV, p. 108, et une observation de Briggs, *ibid.*, vol. XX, p. 103.

Consulter sur le même sujet Lenhardt. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1878, Bd. III, p. 359.

[2] Louis. *Mém. de l'Acad. de chir.*, 1753, t. II, p. 120.

[3] Doléris (*Arch. de tocol.*, janv. et fév. 1883, p. 1 et 364) admet une prolifération de tissu conjonctif, devenant colloïde.

[4] Freund. *Klin. Beiträge f. Gyn.*, Bd. III, p. 152. — A. Martin. *Beiträge zur Geb.*, etc., Berlin, 1874, p. 34. — *Centr. f. Gyn.*, 1893, p. 212.

[5] C. H. Stratz. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1889, Bd. XVII, Heft 1, p. 80.

[6] Virchow. *Traité des tumeurs*, trad. franç. par P. Aronssohn, Paris, 1871, t. III, p. 597. — J'ai présenté un cas de ce genre à la Soc. de chirurgie (*Bull. et Mém.*, 1887, p. 489).

l'autre de ces infiltrations[1], lorsque les travées qui séparaient les petites cellules de l'œdème se sont détruites. Il n'y a pas alors de parois distinctes à ces kystes, simplement constitués par des lacunes, au sein du tissu de la tumeur.

D'autres tumeurs fibro-kystiques ont une origine très différente et appartiennent à une espèce anatomo-pathologique spéciale. Les kystes ont pour origine des cavités préformées, dilatations des vaisseaux lymphatiques, comparables à celles qui atteignent parfois les vaisseaux sanguins. Le liquide qu'elles contiennent est limpide et se coagule au contact de l'air. C'est ce que Leopold a appelé les **myomes lymphangiectasiques**[2]. Il faut noter que cette origine lymphatique de certaines tumeurs kystiques de l'utérus avait déjà été nettement formulée par Kœberlé[3]. Leur formation semble résulter du développement d'une partie de la tumeur sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, qu'elle comprime dans le ligament large. On a pu démontrer, à la surface interne des kystes lymphangiectasiques, un revêtement endothélial qui les distingue de simples cavités ou géodes, formées dans son épaisseur par ramollissement du néoplasme ou par apoplexie. On a observé des formes mixtes, à la fois télangiectasiques et lymphangiectasiques[4].

Myomes lymphangiectasiques.

Il faut se garder de confondre avec les tumeurs fibro-kystiques de l'utérus, soit des kystes ovariens intra-ligamentaires très adhérents à cet organe, soit les accumulations de sérosité qu'on trouve parfois autour de la matrice dans certains cas de pelvi-péritonite. L'erreur paraît avoir été commise plus d'une fois.

Enfin certains **pseudo-kystes** sont formés par des foyers de désintégration moléculaire granulo-graisseuse, qui peuvent se produire au centre de grosses tumeurs, où la nutrition est entravée. La mortification ne peut pas y être suivie de gangrène, à cause de l'absence de germes : c'est donc une *nécrobiose* qui se produit, avec formation de masses molles, phymatoïdes, qui, plus tard, tombent en déliquescence et constituent des cavités ou géodes, pleines d'une bouillie plus ou moins liquide. Des épanchements sanguins viennent souvent augmenter les dimensions de ces faux kystes et en délayer le contenu[5]. On a pu voir la rupture de ces foyers se faire dans l'utérus. Dans des cas rares, l'oblitération de l'orifice utérin se produit sous l'influence

Pseudo-kystes.

[1] Oskar Schrœder. *Ueber Cysto-fibroide des Uterus*, Strasbourg, 1873. — Lebec. *Étude sur les tumeurs fibro-kystiques de l'utérus*, thèse de Paris, 1880.

[2] Fehling et Leopold. *Arch. f. Gyn.*, 1875, Bd. VII, p. 531.

[3] Kœberlé. *Gaz. hebdom.*, févr. 1869, p. 120, 135 et 165.

[4] W. Müller. *Beitrag zur Kenntniss der cystoiden Uterustumoren* (*Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXX, Heft 2, p. 249).

[5] L. Championnière (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1889, p. 196) a observé un corps fibreux, au centre duquel il s'était produit de la sorte une collection qu'il compare à une hématocèle.

de l'élongation du col, de la rotation partielle, ou d'un certain degré d'inflammation, et l'on se trouve en présence d'une hématométrie spéciale. Meredith [1] en a rapporté un exemple remarquable, guéri par l'hystérectomie supra-vaginale; la masse morbide pesait 15 livres et contenait 5 livres de sang. Dubreuil [2] a ponctionné et drainé, chez

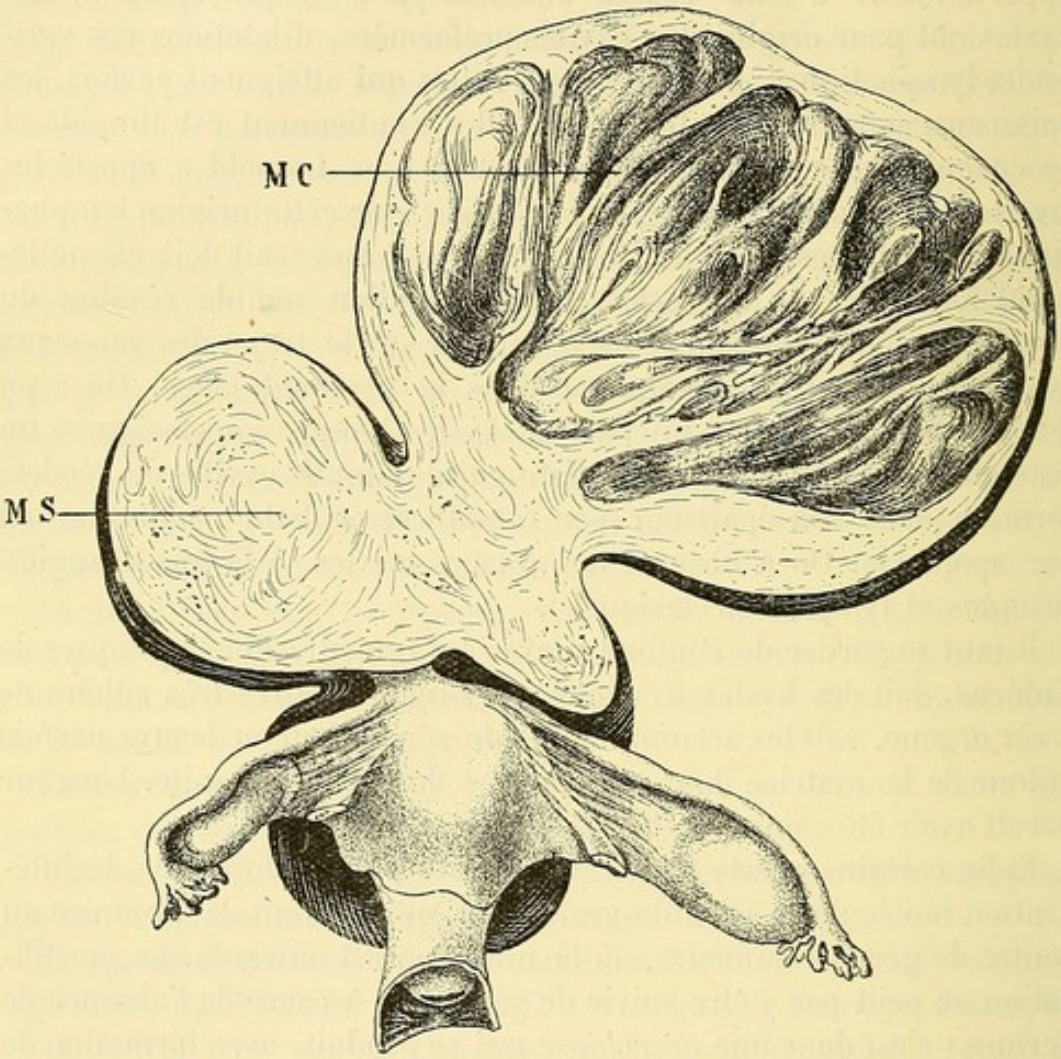


Fig. 171. — Corps fibreux pédiculé à évolution abdominale.
M S. lobe fibreux; M C. lobe fibro-kystique (Schröder).

une femme de 65 ans, une hématométrie simulant un corps fibro-kystique, due à l'oblitération du col d'un utérus, contenant des corps fibreux. Cette opération incomplète a été suivie de mort. Tillaux [3] a publié, sous le nom d'*utérus kystique*, un fait très analogue, guéri par l'hystérectomie abdominale. Il s'agit généralement, dans ces cas-là, de femmes âgées, le col ayant une tendance à se rétrécir et même à s'oblitérer, sous l'influence de l'atrophie sénile.

En résumé, on voit qu'au point de vue anatomique les tumeurs

[1] W. A. Meredith. *Trans. of the obstetr. Soc. of London*, 2 nov. 1887, p. 422.
[2] Dubreuil. *Hématométrie* (*Revue de chir.*, août 1889, p. 677).
[3] P. Tillaux. *Utérus kystique*, etc. (*Annal. de gyn.*, juill. 1889, t. XXXII, p. 1).

myo ou *fibro-kystiques* ne constituent pas un groupe naturel. Elles peuvent avoir pour origine : 1° des espaces clos, résultant de la dilatation des lympathiques, ou lymphangiectasies (Kœberlé, Leopold) : 2° des infiltrations œdémateuses (Oskar Schröder) et myxomateuses (Virchow), arrivées à leur dernier terme; 3° des lacunes ou géodes formées, au centre de tumeurs, par la désintégration des tissus, myomes ou sarcomes. — Des foyers apoplectiques peuvent compliquer ces diverses variétés

Inflammation, suppuration, gangrène.

Inflammation, suppuration, gangrène. — Il est probable que le point de départ de l'inflammation dans les fibromes est toujours une mortification plus ou moins étendue, qui infecte la *capsule* et provoque une suppuration dans cette zone où le tissu est à la fois plus vasculaire et plus lâche. Cette mortification initiale est due tantôt à une intervention chirurgicale, ayant ouvert la loge du fibrome dans un but thérapeutique, tantôt à une infection venue de dehors, par suite d'une exploration septique (dilatation, cathétérisme); elle peut provenir à la fois de la compression ou de l'oblitération des vaisseaux nutritifs de la tumeur et de l'éraillure de la muqueuse qui la recouvre et la protège contre l'entrée des germes; on observe ce dernier mode de gangrène surtout dans les polypes. Enfin elle peut survenir brusquement par torsion de l'utérus autour de son axe au-dessous de la tumeur[1]. S'il est vrai que la mortification d'une petite portion d'un corps fibreux interstitiel ou sous-muqueux précède l'inflammation et la suppuration, d'autre part celle-ci devient à son tour l'agent qui provoque la gangrène de toute la masse, qu'elle sépare des tissus voisins, par une véritable dissection.

Les parties sphacélées s'éliminent spontanément ou réclament une intervention[2]; sinon elles provoquent une infection putride. On a vu alors le pus se répandre dans le tissu cellulaire pelvien. G. Braun[3] a rapporté un cas où le pus, après avoir distendu la cavité utérine, s'était fait jour à la fois par le museau de tanche et par la région inguinale. Orthmann[4] a pratiqué sans succès la laparotomie à une femme chez laquelle un corps fibreux suppuré avait perforé la paroi postérieure de l'utérus et provoqué une péritonite.

Dégénérescence cancéreuse.

Dégénérescence cancéreuse. — Un corps fibreux peut-il devenir le point de départ d'un cancer? Simpson avait soutenu que l'irritation causée par la présence d'un corps fibreux faisait une sorte d'appel à la néoplasie maligne: nous exprimerions aujourd'hui la même idée, en disant que cette présence constitue un *locus minoris resistentiæ*,

[1] Timmers. *Inaug. Diss.* Leiden, 1891.

[2] Demarquay et Saint-Vel. *Maladies de l'utérus*, Paris, 1876, p. 158. — F. Lange. *Ann. f Surg.*, oct. 1886, t. IV, p. 305.

[3] G. Braun. *Zur Behandl. der Uterusfibrome* (*Wien. med. Zeitschr.*, 1877, nos 100 et 101).

[4] Orthmann. *Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 737.

occasionnant la détermination locale de la diathèse. Les recherches récentes ont permis de préciser davantage le processus. Il est probable[1] que, dans certains cas, c'est l'inflammation chronique concomitante de la muqueuse qui amène d'abord une prolifération des glandes; celle-ci passe de la forme typique (adénome) à la forme atypique (épithélioma). Wahrendorff[2] a recueilli, à la clinique de Schröder, quatre observations de ce genre qui paraissent démonstratives. Un second mode de transformation du corps fibreux en cancer est la dégénérescence sarcomateuse de la trame même du corps fibreux qui s'infiltre peu à peu de cellules arrondies qui prennent la place des fibres musculaires[3]. Il est possible que ces *myo-sarcomes* subissent eux-mêmes la transformation kystique, soit par distension des espaces lympathiques, soit par ramollissement et par épanchements apoplectiques. On a alors une variété sarcomateuse des tumeurs fibro-kystiques.

Quant à la transformation d'un corps fibreux en carcinome, Virchow[4] l'admettait en principe, mais il résulte de l'enquête poursuivie à ce sujet, par Gusserow, qu'elle est loin d'être démontrée. Les observations qui en ont été citées se rapportent généralement à des cas où le carcinome a envahi l'utérus à côté du fibrome, ce qui est très différent aux points de vue anatomo-pathologique et pathogénique, quoique très analogue en clinique. Cependant Liebmann[5] en a publié un cas qui lui paraît certain : il y avait en même temps un cancer des deux ovaires. Ehrendorfer[6] a opéré chez une femme de cinquante-quatre ans un polype pédiculé du col présentant, outre les caractères classiques du fibro-myome, une dégénérescence carcinomateuse. Il n'existait aucun autre foyer carcinomateux dans l'utérus.

L'association de l'épithélioma cervical avec les corps fibreux du corps est assez fréquente.

Lésions voisines et éloignées.

Lésions voisines et éloignées. — Wyder et v. Campe[7] ont démontré que, dans presque tous les cas où il existe un corps fibreux, on trouve les lésions de l'**endométrite**, la muqueuse de l'utérus subissant une hyperplasie interstitielle ou glandulaire. Wyder[8] a observé que celle-ci se rencontre presque exclusivement dans les fibromes

Muqueuse de l'utérus et des trompes.

[1] Schröder. *Mal. des org. gén. de la femme*, trad. franç. 1886, p. 238.

[2] E. Wahrendorff. *Fibromyome und Carcinome des Uterus*. Inaug. Dissert., Berlin, 1887.

[3] Voir Alb. Doran. *Myoma of the uterus becoming sarcomatous* (*Transact. path. Soc.* Londres, mai 1890).

[4] Virchow. *Krankhafte Geschwülste*, t. III, p. 121.

[5] C. Liebmann. *Ein Fall von Myocarcinom des Uterus* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 17, p. 291).

[6] Ehrendorfer. *Centr. für Gyn.*, 1892, n° 27, p. 513.

[7] Wyder. *Beiträge zur normalen und path. Histol. der Uterusschleimhaut* (*Arch. f. Gyn.*, 1878, Bd. XIII, p. 35). — v. Campe. *Verhandl. der Berlin. Gesellsch. f. Geb. und Gyn.*, janv. 1884 (*Zeitschr. f. Geb. und Gynäk.*, 1884, Bd. X, p. 351).

[8] Wyder. *Die Mucosa Uteri bei Myomen* (*Arch. f. Gynäk.*, 1887, Bd. XXIX, p. 58)

assez éloignés de la cavité utérine, tandis que la forme interstitielle accompagne les fibromes à proximité de la muqueuse; on observe parfois dans ce cas la forme mixte (*endometritis fungosa*, de Olshausen). Ces lésions rendent bien compte des hémorrhagies symptomatiques des corps fibreux. D'après O. Semb[1], à une période avancée de l'évolution du myome, certaines altérations secondaires (pression occasionnée par le néoplasme, inflammations concomitantes) peuvent faire disparaître complètement l'hypertrophie du début. Pour cet auteur, il est de règle que dans le cas de myome sous-muqueux la muqueuse s'atrophie au niveau de la tumeur.

Il est certain qu'il existe souvent, en pareil cas, une **endosalpingite** par propagation : on a, en effet, souvent constaté, dans les opérations d'hystérectomie ou de castration pour fibromes, que les trompes étaient flexueuses et pleines de sang[2], on a signalé des abcès concomitants de l'ovaire, des salpingites chroniques[3]. Röse[4], dans le cours d'une opération de myomotomie, a trouvé un de ces hématomes de la trompe tellement aminci que sa perforation était imminente; et il trouve donc logique de faire entrer ce fait en ligne de compte parmi les indications opératoires.

Bantock[5] a souvent rencontré le **foie** gras chez les malades affectées de gros corps fibreux, et il attribue cette lésion à la présence de la tumeur; il y a là, d'après lui, une cause fréquente d'insuccès après les laparotomies. Foie.

Les corps fibreux, en comprimant les uretères, produisent souvent de graves désordres du côté des **reins** : pyélite, pyélo-néphrite, hydronéphrose[6]. J'insisterai plus loin sur ces accidents, très comparables à ceux qui se rencontrent dans les cas de cancer. On les observe surtout lorsque le fibrome présente un développement pelvien. Reins.

Les lésions du **cœur**, qui surviennent dans toutes les tumeurs abdominales volumineuses[7], se rencontrent très souvent comme complication des fibromes utérins. Elles paraissent parfois liées à l'altération rénale (selon le mécanisme indiqué par Traube), mais souvent on ne peut invoquer cette corrélation. L'hypertrophie, avec ou sans dilatation des cavités ou altération consécutive de la fibre, se produit alors, Cœur.

[1] O. Semb. *Arch. f. Gyn.*, 1893, t. XXXIV, fasc. 2, p. 200.

[2] Gottschaltk. *Soc. d'obst. et de gyn. de Berlin* (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 13, p. 260.)

[3] Léopold. *Centr. f. Gyn.*, 1991, n° 4, p. 95.

[4] E. Röse. *Ueber die Nothwendigkeit der Myomoperationen* (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1887, Bd. XXV, Heft 4 et 5, p. 456).

[5] Bantock. *Brit. gynec. Journ.*, 1887, vol. II, p. 84.

[6] S. Pozzi. *De la valeur des altérat. des reins pour les indications de l'hystérectomie* (*Ann. de gynéc.*, juill. 1884, t. XXII, p. 1).

[7] Hofmeier. *Zur Lehre von Shock* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1885, Bd. XI, p. 366). — Bedford Fenwick. *On intra-abdominal tumours as a cause of cardiac degeneration* (*Brit. gynec. Journ.*, mai 1887, vol. II, p. 72).

sans doute, par un processus analogue à celui qui amène l'hypertrophie, durant la grossesse. Quant à la dégénérescence ultérieure du cœur, elle est grandement favorisée par l'état d'anémie et de cachexie de certains sujets. On a signalé deux sortes de dégénérescence de la fibre cardiaque : l'*altération graisseuse* et l'*atrophie brune* du myocarde (Hofmeier). Sébileau[1] a insisté sur la dilatation ou l'hypertrophie du cœur gauche, et plus rarement du cœur droit, dans les grosses tumeurs de l'abdomen. Nous reviendrons un peu plus loin sur ce sujet.

CHAPITRE II

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC, ÉTIOLOGIE DES CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS

Symptômes rationnels : Hémorrhagies. Leucorrhée. Hydrorrhée. Douleurs. Phénomènes de compression. Vessie. Rectum. Uretères. Affections du cœur. — Signes physiques : Grossesse fibreuse. Tumeur. — Diagnostic. Division des C. F. en vue du diagnostic. Diagnostic des C. F. du type métritique avec : Métrite hémorrhagique. Grossesse. Avortement. Cancer du corps. Inflammations des annexes. Antéflexion. Rétroflexion. Tumeurs fécales. — Diagnostic des C. F. du museau de tanche avec : Inversion utérine. Polype du corps. — Diagnostic des C. F. sous-muqueux du corps avec : Polype. Grossesse. Cancer du corps. — Diagnostic des polypes du corps avec : C. F. sous-muqueux, C. F. du col. Inversion utérine. Cancer. — Diagnostic des C. F. sous-péritonéaux pédiculés avec : Kystes de l'ovaire. Grossesse. Reins flottants. Cancer du péritoine. — Diagnostic des C. F. sous-péritonéaux sessiles avec : Grossesse. C. F. pédiculés. — Diagnostic des C. F. inclus dans le ligament large ou intra-ligamentaires (variété abdominale) avec : Tumeurs de l'os iliaque. Kystes parovariens. Tumeurs enkystées des trompes. Kystes de l'ovaire. — Diagnostic des C. F. pelviens avec : Rétroflexion. Hématocèle. Périmétrite et paramétrite. — Souffle utérin. Ascite. Kystes concomitants. Prolapsus génital symptomatique. Inversion utérine symptomatique. Éventration. Hernie du fibrome. — Marche et pronostic : Influence de la ménopause, de la grossesse. C. F. à marche galopante. Expulsion spontanée. Énucléation. Mortification. Résorption. Stérilité. Causes de la mort. — Étiologie.

Les signes des corps fibreux sont de deux sortes : 1° les symptômes rationnels, qui reproduisent le *syndrome utérin*, tel que je l'ai décrit

[1] Sébileau. *Le cœur et les grosses tumeurs de l'abdomen* (*Revue de chir.*, 1888, p. 284, 369).

précédemment (liv. III, chap. m), avec quelques particularités spéciales et avec prédominance du symptôme hémorrhagie ; 2° les signes physiques provenant de la tumeur.

Symptômes rationnels.

1° **Signes rationnels.** — Les développements dans lesquels je suis entré plus haut pour le **syndrome utérin** me permettent d'abréger ce qui a trait à cette description. Les **hémorrhagies** s'accusent ici d'une façon tout à fait spéciale et deviennent le symptôme prédominant dans la majorité des cas. Elles revêtent la forme *ménorrhagique* ou *métrorrhagique*, c'est-à-dire surviennent au moment des règles ou dans l'intervalle. Elles sont intimement liées, comme Wyder l'a montré, aux lésions de métrite interstitielle qui accompagnent toujours les corps fibreux peu éloignés de la muqueuse; la métrite glandulaire, qui coexiste avec les fibromes qui en sont plus distants, ne donne lieu qu'à de la leucorrhée. En général, le symptôme hémorrhagie est d'autant plus accusé que le néoplasme est plus rapproché de la cavité : il atteint son maximum dans les polypes. Ces pertes de sang affaiblissent beaucoup les malades, mais les cas de mort sont tout à fait exceptionnels. M. Duncan[1] en a rapporté un exemple : on trouva, à l'autopsie, une rupture d'un gros sinus utérin.

Hémorrhagies.

Leucorrhée. Hydrorrhée.

La **leucorrhée** est ordinaire. Parfois ont lieu de véritables pertes séreuses très abondantes, **hydrorrhée**, qui se distinguent de celles du cancer par l'absence d'odeur et par leur intermittence.

Douleurs.

Les **douleurs** sont de divers ordres. Il existe le plus souvent un sentiment pénible de pesanteur, de tiraillement lombaire, et des névralgies réflexes, lombo-abdominales, si fréquentes dans toute affection utérine. Les tumeurs qui font saillie dans la cavité utérine s'accompagnent, en plus, de coliques ou douleurs expultrices, parfois très vives au moment des pertes. Enfin certaines tumeurs volumineuses donnent lieu, par la pression sur les plexus sacrés, à des douleurs de sciatique atroces : ces douleurs, comme l'a remarqué Kidd[2], sont intermittentes, et particulièrement tenaces au moment des règles. Jude Hüe[3] a observé deux cas analogues où le soulèvement produit par un pessaire en aluminium d'une forme particulière fit cesser les douleurs sciatiques.

Phénomènes de compression.

Vessie.

Les **phénomènes de compression** sont très fréquents du côté de la vessie : West a noté la **dysurie** trente-cinq fois sur quatre-vingt-seize observations. Gallard[4] se refuse à voir dans ces faits un simple phénomène mécanique, sans émettre d'autre hypothèse; il est probable

[1] Matthews Duncan. *Edinb. med. Journ.*, 1867, t. XII, 2e part. p. 634.
[2] G. G. Kidd. *Dublin med. Journ.*, 1872.
[3] Jude Hüe. *Annal. de gynéc.*, 1875, t. IV, p. 247 et suiv.
[4] Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 2e édit.; Paris, 1879, p. 887

qu'ils sont relatifs à de très petits fibromes situés sur la face antérieure de la matrice, en arrière du pubis, en rapport immédiat avec le col de la vessie[1]. C'est surtout au moment de la congestion périodique résultant de la menstruation que ces troubles vésicaux sont prononcés, et acquièrent parfois l'importance de véritables cystites, tant par la stagnation permanente de l'urine que par les cathétérismes répétés qui s'imposent et deviennent parfois, faute de précautions antiseptiques rigoureuses, une véritable cause d'infection. La compression du col de la vessie a pu produire une distension chronique de l'organe qui en a imposé pour un kyste ovarique[2].

Rectum. La **compression du rectum**, plus rare que la précédente, cause parfois des hémorrhoïdes et vient joindre son action à celle de la dyspepsie habituelle pour produire la constipation. Barnes[3] attribue une grande importance à la résorption des matières excrémentielles qui suit la constipation opiniâtre, et il croit qu'une véritable toxémie, qu'il propose d'appeler **coprémie**, peut résulter de cet état. Les recherches récentes sur les ptomaïnes et leucomaïnes donnent un certain poids à cette opinion, qui a paru fort hasardée, quand elle a été formulée pour la première fois.

Coprémie.

Dans les corps fibreux enclavés dans le petit bassin, ou *pelviens*, la compression du rectum peut donner lieu à l'étranglement interne et amener la mort[4].

Uretères. La **compression des uretères** et les **troubles rénaux** graves qu'elle entraîne a été signalée, depuis longtemps, par Murphy[5]. Depuis lors, de nombreuses observations étaient éparses dans la science. J'en ai réuni quelques-unes[6] et j'ai montré que la crainte de cette redoutable complication, considérée à tort comme très rare par Gallard[7] et par la généralité des auteurs, devait, au contraire, constituer une puissante indication opératoire,

Un très grand nombre de morts attribuées aux hystérectomies ou

[1] J. R. Hardie. *Edinb. med. Journ.*, janv. 1874, t. XIX, 2e partie, p. 402.

[2] P. Budin. *Arch. de tocol.*, 1875, t. II, p. 60.

[3] Robert Barnes. *Traité clinique des malad. des femmes*, trad. franç. de Cordès, Paris, 1876, p. 646.

[4] Holthouse. *Lond. path. Transact.*, 1852, t. III, p. 371. — Duchaussoy, cité par Jude Hüe. *Annal. de gynéc.*, 1875, t. IV, p. 259.

[5] Murphy (*London Journ. of med.*, oct. 1849), cité par Gusserow, *loco cit.*, p. 52.

[6] S. Pozzi. *Annal. de gynéc.*, juill. 1884, t. XXII, p. 1. — Consulter, en outre, sur les complications rénales dans les corps fibreux : Hanot. *Soc. anat.*, 28 fév. 1873, p. 181. — Jude Hüe. *Loco cit.* — Milliot. *Sur les complications des tumeurs fibreuses de l'utérus.* Thèse de Paris, 1875 (cas de Dolbeau). — Fourestié. *Gaz. méd. de Paris*, 1875, p. 69 et 82. — Lee et Skene. *Société obstétr. de New-York*, 20 avril 1886 (*Amer. Journ. of obstetr.*, juin 1886, p. 606). — Salin et Wallis. *Hygiea*, 1887, Bd. XLIX, n° 2, anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 25, p. 407. — Porak. *Société de gynéc. de Paris*, 15 janv. 1887 (*Ann. de gynéc.*, fév. 1887, t. XXVII, p. 140). — A. T. Cabot. *Boston med. and surg. Journ.*, 2 juin 1887, t. CXVI, p. 517.

[7] Gallard. *Loco cit.*, p. 888.

aux castrations reconnaissent pour cause des lésions rénales, souvent méconnues, auxquelles l'intervention chirurgicale et la longue inhalation des anesthésiques ont donné une gravité subite (observations de Lee, Skene, Salin et Wallis [1]). On a pu voir, par contre, des accidents de pyélite suppurée (observation de Cabot), ou d'albuminurie avec menace de phénomènes urémiques (observation de Porak) disparaître, après l'ablation d'un corps fibreux qui comprimait les uretères [2]. On ne devra donc jamais négliger de faire l'examen chimique et microscopique des urines, pour y chercher la proportion d'urée, la présence de l'albumine, le pus, les cylindres hyalins ou granuleux caractéristiques.

Toute tumeur abdominale cause une augmentation de pression vasculaire, et réagit par suite sur le muscle cardiaque. Il n'est donc pas étonnant que toute lésion du cœur, même légère, soit fort aggravée par la présence d'un gros corps fibreux; pareil phénomène se produit chez les cardiaques sous l'influence de la grossesse [3]. Une partie des **maladies du cœur** si fréquemment observées chez les malades atteintes de fibromes volumineux n'a souvent pas d'autre origine. Quelques observations isolées avaient seules été publiées [4], lorsque Hofmeier [5], dès 1884, dans un article remarquable sur la physiologie pathologique du *shock*, a insisté sur la fréquence des maladies du cœur dans les tumeurs abdominales et, en particulier, dans les gros

Affections du cœur.

[1] Lee rapporte le fait d'une grossesse de quatre mois et demi, compliquée de trois corps fibreux de la grosseur d'une pomme qui comprimaient la vessie dont le fond était enclavé, et le col au-dessus de la symphyse : tentatives infructueuses de dégagement; mort. A l'autopsie, pyélo-néphrite. — Skene, à cette occasion, dit que c'est la troisième fois qu'il voit une pyélo-néphrite mortelle être la conséquence de la pression d'un fibrome sur le col vésical. Il croit ce cas plus fréquent qu'on ne pense. (*Société obst. de New-York*, 20 avril 1896, in *Amer. Journ. of Obstet.*, juin 1886, p. 607.) — Salin et Wallis (de Stockholm). Cas de castration suivie de mort par hydronéphrose double, due à un gros myome utérin : il s'agissait d'une femme de quarante ans, chez laquelle le décubitus dorsal provoquait des douleurs très vives. La castration fut suivie d'oligurie, de phénomènes d'urémie et d'albuminurie légère; la mort survint au bout de sept jours. A l'autopsie, on trouva les uretères comprimés et épaissis, les bassinets dilatés (*Hygiea*, 1887, Bd. XLIX, n° 2. Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 25, p. 407). — v. Rosthorn. Cas d'hystérectomie abdominale totale avec arrachement de l'uretère droit complètement aplati contre la tumeur; à l'autopsie on trouva une hydronéphrose double (*Prager med. Wochen.*, 1895, n° 10).

[2] A. T. Cabot a cité un cas remarquable de pyélite suppurée causée par un corps fibreux dont la guérison a été obtenue par l'hystérectomie abdominale (*Boston med. and surg. Journ.*, 2 juin 1887). — Porak a publié une observation où l'on voit l'albuminurie et la dyspnée, sans doute urémique, disparaître après l'opération d'un polype utérin qui comprimait probablement les uretères (*Soc. de gynéc. de Paris*, 13 janv. 1887, in *Annal. de gynéc.*, févr. 1887, t. XXVII, p. 140).

[3] Jaccoud. *Gaz. des hôp.*, 1886, n° 116.

[4] Kasperzik (élève de Hegar). *Centr. f. Gyn.*, 1881, n° 11, p. 252. — Rose. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1884, Bd. XIX, p. 24. — Sänger. *Soc. gyn. de Leipzig* (*Centr. f. Gyn.*, 1884, n° 37, p. 589).

[5] Hofmeier. *Zur Lehre vom Shock, über Erkrankungen der Circulationsorgane bei Unterleibsgeschwülsten* (*Soc. de gynécol. de Berlin*, 24 oct. 1884. — In *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1884, Bd. XI, Heft 2, p. 566).

fibromes. Il a relaté une série de dix-huit observations provenant du service de Schröder, où la mort subite, par arrêt du cœur, avait été provoquée par une tumeur abdominale physiologique ou pathologique. Dans trois cas (deux myomes et un kyste de l'ovaire) il y avait dégénérescence graisseuse avancée de la fibre cardiaque; dans quinze cas (cinq tumeurs de l'ovaire, cinq myomes, cinq grossesses), atrophie brune du myocarde. Cinq morts survinrent avant toute opération, neuf après une opération et cinq après l'accouchement[1].

Cette intéressante question a été ensuite reprise par d'autres auteurs. Fehling[2], dans une série de quatorze hystérectomies, a étudié toutes ses malades à ce point de vue, et a trouvé dans quatre cas des signes manifestes d'altération cardiaque. Il a, en outre, observé à la même époque trois cas de tumeurs fibreuses de moyen volume coïncidant avec des signes de maladie de cœur; deux de ces malades moururent, l'une d'elles subitement. En Amérique, Dower[3] a publié une observation de ce genre. En Angleterre, B. Fenwick a présenté, à la Société gynécologique de Londres, un mémoire sur ce sujet[4]. En France, Sébileau[5] a fait connaître des faits confirmatifs. Parmi 18 tumeurs de l'abdomen qu'il a observées à ce point de vue, 17 fois il y avait des troubles cardiaques indiqués par des bruits de souffle; mais sur les 5 seuls cas de myomes de l'utérus qu'il cite, il n'y a pas une seule autopsie.

On devra donc ausculter avec soin toute malade atteinte de fibrome, donnant lieu à une tumeur d'un certain volume : la faiblesse des battements du cœur, le caractère sourd des bruits, l'essoufflement, la débilité générale, feront craindre une dégénérescence graisseuse du myocarde. L'atrophie brune n'a donné lieu à aucun symptôme spécial; on la rencontre surtout chez les malades débilitées par les hémorrhagies.

Je partage l'opinion des chirurgiens qui voient dans cette lésion une nouvelle indication opératoire, en même temps qu'une aggravation du pronostic.

Symptômes physiques.

2° **Signes physiques.** — Parmi les **signes fournis par l'examen local**, celui qu'il convient de placer en première ligne, comme le plus fixe, celui qui est commun aux grosses et aux petites tumeurs, c'est l'**allongement de la cavité utérine**. Il est constant dans tous les cas de tumeurs en voie d'évolution, c'est-à-dire donnant lieu à des phéno-

[1] L'auteur se trompe, car il y a là une erreur de calcul évidente.

[2] H. Fehling. *Beiträge zur oper. Behandl. der Uterusmyome* (*Würtemb. med. Corresp.-Blatt*, 1887, nos 1-3).

[3] A. J. Dower. *Fibroid disease of the uterus with marked disease of the heart* (*The New York med. Journ.*, 1884, t. XXXIX, p. 505).

[4] Bedford Fenwick. *Brit. gynec. Journ.*, mai 1887, vol. II, p. 72.

[5] Sébileau. *Loc. cit.*

mènes morbides. L'utérus est même dilaté, lorsqu'il existe des corps fibreux interstitiels, ou des polypes de petit volume, parce qu'il est hypertrophié, sous l'influence de ce que Guyon a appelé la **grossesse fibreuse**. Dans les gros fibromes, l'utérus est de plus allongé par le développement excentrique de la tumeur et la traction qu'elle opère sur le col. La sonde exploratrice peut alors pénétrer jusqu'à 20 centimètres.

Grossesse fibreuse.

Ce cathétérisme doit toujours être fait avec grand soin; il est généralement possible d'employer l'hystéromètre en argent malléable, que l'on courbe selon le besoin. Mais, pour peu qu'on rencontre quelque difficulté, on aura recours à une bougie urétlirale modérément flexible, qu'on saisira ensuite au ras du col de l'utérus, pour pouvoir évaluer la longueur de sonde qui a pénétré. Cette instrumentation simple est, je crois, préférable à l'hystéromètre à curseur métallique (Caulet) ou à l'hystéro-curvimètre à cadran (Terrillon), qui ont été préconisés devant la Société de chirurgie.

La cavité utérine peut être tellement effacée par la saillie du corps fibreux qu'il devient impossible d'y faire pénétrer l'instrument.

La recherche de la **tumeur** doit être faite par la palpation bimanuelle aidée du toucher rectal. Dans les cas difficiles, il peut être utile d'avoir recours à l'anesthésie pour relâcher les parois abdominales. Une remarque générale s'applique à tous ces examens : ils fournissent toujours des renseignements très variables, selon qu'on les fait pendant ou après une période fluxionnaire et hémorrhagique. Dans ce dernier cas, on constate souvent une très grande diminution de volume des tumeurs, attribuées, à tort, à un traitement interne quelconque suivi par la malade. Il faut aussi être mis en garde contre les prétendues contractions qu'on a cru sentir dans certaines tumeurs; un mouvement fibrillaire des parois abdominales ou le déplacement d'une anse intestinale peuvent faire naître cette illusion.

Tumeur.

Quand la tumeur a effacé ou déplacé le col, elle devient accessible par le toucher vaginal.

Diagnostic. — Au point de vue clinique, on doit diviser les corps fibreux en trois grandes classes, qui se prêtent elles-mêmes à quelques subdivisions, selon 1° que la tumeur, très peu développée, constitue un symptôme médiocre, ou 2° et 3° que celle-ci est bien caractérisée et poursuit son évolution vers le vagin ou vers la cavité péritonéale[1].

Diagnostic.

Dans le premier cas, les symptômes prédominants sont ceux de la métrite symptomatique, **type métritique**.

[1] Cette division est celle que j'ai adoptée dans mes cours, à l'hôpital Broca, depuis 1885. Elle a été suivie par Vautrin, dans son excellente thèse d'agrégation (*Du traitement chirurgical des myomes utérins*. Paris, 1886, p. 18), d'après mes indications.

Division des corps fibreux en vue du diagnostic.

Dans le second cas, **type à évolution vaginale**, il faut distinguer les variétés secondaires formées par : A, les fibromes du corps, sous-muqueux; B, les corps fibreux pédiculés, ou polypes; C, les corps fibreux du museau de tanche ou de la portion sous-vaginale du col.

Dans le troisième cas, **type à évolution abdominale**, il importe de séparer : A, les fibromes pédiculés; B, ceux qui se sont développés dans le fond de l'utérus, au-dessus du point d'attache des ligaments larges; C, ceux qui se sont développés dans le corps de l'organe au-dessous de l'implantation des ligaments larges; et parmi ces derniers C', ceux qui, nés au-dessous du péritoine dans la portion sus-vaginale du col, ont pris un développement *pelvien* dans le tissu cellulaire du petit bassin.

Le tableau suivant rendra cette division plus saisissante :

I. Type métritique (petit fibrome interstitiel).

II. Type à évolution vaginale..
- A, fibromes du museau de tanche { sessiles. / pédiculés.
- B, fibromes (du corps) sous-muqueux.
- C, fibromes du corps (pédiculés, ou polypes) { *a*) intra-utérins, / *b*) à apparitions intermittentes, / *c*) intra-vaginaux, / — *var.*) énormes polypes.

III. Type à évolution abdominale (corps fibreux sous-péritonéaux ou interstitiels).....
- A, fibromes pédiculés,
- B, fibromes sessiles, non inclus dans les ligaments larges.
- C, fibromes sessiles inclus dans les ligaments larges { abdominaux, / pelviens.

Tel est l'ordre que j'adopterai dans l'exposé du diagnostic.

Diagnostic des C. F. du type métritique avec :

I. Diagnostic des corps fibreux du type métritique (petit corps fibreux interstitiel). — Lorsque la tumeur est très peu prononcée et n'a pas encore de tendance à se dégager des parois de l'utérus (fig. 159), il est parfois très difficile de reconnaître la véritable origine des phénomènes morbides observés. Les symptômes directeurs en seront alors : la persistance des hémorrhagies, coïncidant avec une augmentation du volume de l'utérus et l'agrandissement de sa cavité; mais la constatation de la petite tumeur est parfois possible.

Métrite hémorrhagique. Grossesse, avortement.

On éliminera ainsi la **métrite hémorrhagique**. Le commencement de **grossesse** s'accompagne d'abolition des règles; on doit tenir compte pourtant des hémorrhagies qui peuvent exceptionnellement s'y observer. L'**avortement**, avec retard dans l'involution utérine causée par une rétention partielle du placenta, se distinguera par sa marche spéciale, autant que par l'étude des produits expulsés ou des parcelles extraites par la curette.

Cancer du corps.

Le **cancer du corps de l'utérus** donne lieu aussi à des hémorrhagies

et à une augmentation de volume de l'organe : mais les pertes s'accompagnent de leucorrhée fétide, et, dans le doute, la curette ramènerait un fragment dont le microscope déterminerait la nature.

Inflammations des trompes et des ovaires.

Les **inflammations des trompes et des ovaires** sont une cause bien plus fréquente d'erreur; beaucoup d'indices trompeurs peuvent donner le change : hémorrhagies fréquentes, tumeur (hydro, hémato, ou pyo-salpinx) qui paraît souvent faire partie de l'utérus, auquel elle est soudée, soit sur les côtés, soit en arrière dans le cul-de-sac de Douglas.

Il ne faut pas compter sur la recherche de la fluctuation pour éclairer le diagnostic; elle manque généralement dans les petites tumeurs tendues, et de plus il est dangereux de la rechercher avec trop d'insistance. La formation très rapide de la tumeur, les anamnestiques, les signes rationnels, l'examen local minutieux fait sous l'influence de l'anesthésie, l'absence d'augmentation du diamètre de l'utérus, seront des signes précieux pour reconnaître une affection des annexes.

Antéflexion, rétroflexion.

L'**antéflexion** et la **rétroflexion de l'utérus**, même lorsqu'elles s'accompagnent de pertes, ne tromperont pas longtemps; la nature de la tumeur qu'on sent dans l'un des culs-de-sac du vagin sera vite reconnue par la palpation bimanuelle et le cathétérisme.

Tumeurs fécales.

Je ne parle que pour mémoire des petites **tumeurs fécales**, accumulées dans le rectum et senties par le toucher vaginal; elles ont pourtant parfois trompé les cliniciens novices. Il suffit de remarquer qu'elles sont dépressibles sous le doigt et qu'un purgatif les fait disparaître.

Diagnostic des corps fibreux du museau de tanche avec :

II. **Diagnostic des corps fibreux à évolution vaginale.** A. **Du museau de tanche.** — L'existence d'une tumeur dépendant d'une lèvre du col est ici d'indice capital. Cette tumeur est lisse, élastique, ordinairement non ulcérée. En promenant l'index à sa base, on peut sentir l'orifice du col en avant ou en arrière, selon qu'elle siège sur la lèvre antérieure ou postérieure; la lèvre saine est généralement amincie et un peu effacée. Cette circonstance a pu causer des erreurs et faire prendre le corps fibreux pour le corps de l'**utérus inversé** ou encore pour un **polype**, venu de l'intérieur de la cavité. La recherche attentive des deux lèvres par le toucher, celle de la cavité utérine par le cathétérisme, et celle du siège de l'utérus par la palpation bimanuelle, donneront des garanties suffisantes. Les corps fibreux du museau de tanche peuvent, du reste, eux-mêmes être pédiculés, on ne doit pas l'oublier; enfin ils peuvent, quand ils sont nés au niveau de l'insertion du vagin, s'accroître en dédoublant la cloison recto-vaginale, et alors simuler une **tumeur du**

Inversion utérine, polype du corps.

vagin[1]; enfin se développer en partie vers la cavité utérine[2].

Diagnostic des corps fibreux sous-muqueux du corps avec :

B. **Corps fibreux (du corps) sous-muqueux.** — Les accidents hémorrhagiques et l'augmentation de la cavité utérine sont ici particulièrement marqués : la présence de la tumeur qui les cause est aussi facile à constater. Le toucher doit être pratiqué pour cela pendant les hémorrhagies, alors que les contractions utérines ramollissent et entr'ouvrent le col. Pour préciser le diagnostic par le toucher intra-utérin, on en activerait au besoin la dilatation par les moyens que j'ai décrits plus haut. On sent alors, au niveau d'une des faces de l'utérus, une tumeur qui proémine dans la cavité et la réduit à une fente linéaire latéralement déjetée. La surface du corps fibreux, recouverte par la muqueuse hypertrophiée, est lisse et tomenteuse. Il n'y a pas de pédicule, mais une large base d'implantation, ce qui exclut l'idée de **polype**.

Polype.

Grossesse.

Extérieurement, l'utérus a, dans ces cas-là, une forme globuleuse qui pourrait faire penser aux premiers mois de la **grossesse**, n'était la rareté des hémorrhagies à ce moment-là.

Cancer du corps.

C'est quand la surface de ces myomes est atteinte de sphacèle que des erreurs de diagnostic sont possibles; l'écoulement sanieux, la surface irrégulière et putride, la cachexie de la malade feraient croire à une tumeur de mauvaise nature, à un **cancer du corps de l'utérus**, si l'on n'était averti de la possibilité de cette erreur.

Diagnostic des polypes avec :

C. **Corps fibreux pédiculés ou polypes du corps.** — On peut diviser en trois périodes l'évolution des polypes, et chacune d'elles correspond à une variété de ces productions. Dans une première, le corps fibreux pédiculé est encore enfermé dans la cavité de la matrice, souvent très dilatée : il est **intra-utérin**. Dans une deuxième période, il a de la tendance à entr'ouvrir le col, qu'il franchit à peine au moment des règles, pour disparaître dans les intervalles : c'est la variété de **polypes à apparitions intermittentes**. Enfin dans une troisième période, dernier terme de leur évolution, les polypes, complètement sortis de l'utérus, sont devenus **intra-vaginaux**, et peuvent prendre un très grand développement, devenir **énormes**[3], ce qui constitue encore une nouvelle variété, au point de vue clinique et opératoire.

Corps fibreux sous-muqueux.

Les polypes intra-utérins ne peuvent être distingués des **corps fibreux sessiles sous-muqueux** que par l'exploration directe, après dilatation du col. La présence du pédicule est caractéristique.

Les polypes à apparitions intermittentes, lesquelles coïncident

[1] Müller. *Scanzoni's Beiträge*, vol. IV, p. 65.

[2] Friedr. Schauta. *Wien. med. Woch.*, 1882, n° 33, p. 995.

[3] S. Pozzi. *Etude sur une variété clinique de polypes fibreux de l'utérus (polypes énormes)*. (*Revue de chir.*, févr., 1885, p. 113.)

habituellement avec la période des règles, pourraient être méconnus, si on n'observait pas la maladie au moment opportun; là encore, la dilatation artificielle du col s'impose, tant pour compléter le diagnostic que pour permettre l'ablation.

On ne pourrait guère confondre un polype intra-vaginal du corps qu'avec un **fibrome sessile** ou **pédiculé du col**; le toucher bien fait précisera les connexions. On pourrait croire à un **utérus en inversion**; l'erreur est alors facile, surtout si l'utérus inversé contient lui-même un corps fibreux sous-muqueux; elle a été commise plus d'une fois, même par des chirurgiens distingués. Cette inversion peut, du reste, être méconnue dans deux conditions. Ou bien elle complique un polype ou un corps fibreux sous-muqueux, qui seul attire l'attention[1]; ou bien elle existe seule, et l'étranglement de l'organe inversé au niveau du col, simule le pédicule[2]. On a expressément noté, comme pouvant mettre l'opérateur en garde, la très grande sensibilité de la tumeur formée par l'utérus; mais c'est un symptôme inconstant. Du reste, le cathétérisme utérin, le toucher rectal combiné avec le cathétérisme vésical, la palpation bimanuelle pendant l'anesthésie permettront de reconnaître l'inversion de l'utérus, si elle existe.

Corps fibreux du col. Inversion utérine.

Cette recherche sera toutefois difficile pour les polypes énormes remplissant tout le vagin, dépassant même la vulve, et ayant occasionné une sorte de dislocation de l'utérus. Ces polypes peuvent parfois contracter des adhérences avec les parois vaginales, y provoquer des ulcérations, se sphacéler eux-mêmes en partie; enfin, par la rétention des liquides décomposés qui se fait au-dessus d'eux, dans le vagin obturé, ils provoquent une résorption putride continue qui altère l'état général. Aussi l'interrogatoire et les signes rationnels pourraient-ils, au début, faire confondre ces cas avec un **cancer**, erreur que rectifiera bien vite l'examen local.

Cancer.

III. **Diagnostic des corps fibreux à évolution abdominale.** — A. **Sous-péritonéaux pédiculés.** — L'utérus est ici entièrement distinct de la tumeur dont les mouvements peuvent ne pas se transmettre au doigt placé sur le col (fig. 165). Celui-ci est généralement élevé. Il n'y a ordinairement pas de métrorrhagie; la cavité utérine peut rester normale.

Diagnostic des corps fibreux sous-péritonéaux pédiculés avec :

Les **kystes de l'ovaire** sont les productions qu'on peut le plus facilement confondre avec ces corps fibreux. La fluctuation du kyste serait pathognomonique; on ne devra pas la confondre pourtant avec la mollesse de certains fibromes œdématiés. En outre, dans les kystes

Kystes de l'ovaire.

[1] Tillaux. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1874, p. 653.
[2] Gosselin. *Clin. de l'hôpital de la Charité*, 1879, t. III, p. 103.

petits et très tendus ou multiloculaires, à petites cavités aréolaires, elle peut être fort difficile à apprécier; il suffit souvent, pour lever les doutes, de l'examen sous le chloroforme. Dans les cas de **tumeurs fibro-kystiques**, on trouve généralement des parties dures et bosselées, à côté des points fluctuants.

Une autre considération importante est celle de la lenteur du développement d'un corps fibreux, comparé à la rapidité de celui des tumeurs kystiques. Toutefois il y a, selon la remarque de Thornton[1], certains corps fibreux pédiculés qui se développent si rapidement et donnent lieu à si peu de réaction du côté de l'utérus, que la confusion est facile et que « dans toute ovariotomie, on doit être préparé à faire une hystérectomie ».

La *ponction exploratrice* dont on abusait, il y a quelques années, doit être radicalement proscrite. Elle expose à des accidents sérieux : épanchement dans la cavité abdominale en cas de kyste, hémorrhagie interne, thrombose ou embolie en cas de fibrome; parfois péritonite plus ou moins étendue.

Harsha[2], d'après un cas de tumeur fibro-kystique de l'utérus où il a observé nettement des contractions de la paroi musculaire du kyste, a proposé, pour faire le diagnostic, d'endormir la malade au moment de ses règles — période la plus propice à cette exploration — et de constater alors les contractions de la tumeur, sous l'influence de la percussion.

Grossesse avec élongation du col.

Jones[3] a signalé une condition exceptionnelle où l'**utérus gravide** peut simuler un corps fibreux pédiculé. Dans quatre observations, qui font la base de son mémoire, l'utérus formait une tumeur du volume du poing, ronde, dure, mobile, située entre la symphyse et l'ombilic, et donnait la sensation d'une masse reliée, par un long pédicule, à un organe pelvien. La pression exercée sur la tumeur n'agissait que faiblement sur le col; pas de fluctuation; le cathétérisme utérin, fait avant d'avoir reconnu la grossesse, donnait une hauteur de 12 centimètres environ. L'auteur attribue cet état spécial de l'utérus gravide à l'absence de sécrétion du liquide amniotique; le fond de l'utérus, siège habituel de l'insertion de l'œuf, serait alors devenu globuleux, tandis que le segment inférieur serait resté flasque; de là, une fausse sensation de pédiculisation. Il est bien plus probable qu'il s'agissait d'un début de grossesse chez des femmes ayant une **hypertrophie de la portion sus-vaginale du col.** Une courte expectation permettrait, du reste, aux doutes de se dissiper.

[1] Knowsley Thornton. *Lancet*, 1886, t. II, p. 211, 811, 859.

[2] W. M. Harsha. *Interstitial fibrocyst of the uterus, laparotomy* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 32).

[3] H. Jones. *An unusual condition of the uterus in the early months of pregnancy* (*Edinb. med. Journ.*, mars 1888, vol. XXXIII 2e part., p. 790).

Reins flottants.

Les **reins flottants** seront reconnus à leur forme et à l'absence totale de connexions avec l'utérus.

Cancer du péritoine.

Les masses cancéreuses, en gâteaux, formées par la dégénérescence du grand épiploon, dans les cas de **cancer du péritoine**, peuvent égarer le diagnostic, si certaines connexions paraissent les relier à l'utérus. Mais l'ascite sanguinolente, la forme et la dissémination des tumeurs, la cachexie, les phénomènes concomitants, l'intégrité de l'utérus révélée par le cathétérisme et la palpation bimanuelle, seront des garanties contre une longue hésitation.

Diagnostic des corps fibreux sous-péritonéaux sessiles libres avec : Grossesse.

B. **Corps fibreux sous-péritonéaux sessiles (non inclus dans le ligament large)**. — Le diagnostic différentiel est le même que pour les cas précédents, avec les autres tumeurs abdominales. Un diagnostic souvent très difficile est celui de la **grossesse**, compliquant un corps fibreux sous-péritonéal sessile. L'analyse exacte des symptômes, la recherche attentive de ceux qui caractérisent la présence d'un fœtus, ne pourraient rester sans résultat que pendant les premiers mois.

F. pédiculés.

On distinguera les fibromes de cette variété des **corps fibreux pédiculés**, par leur plus grande solidarité avec l'utérus. On sentira par la palpation bimanuelle que la tumeur et la matrice ne font qu'une seule et même masse. Il sera en même temps facile de se rendre compte du degré d'envahissement de la partie inférieure de l'utérus : intacte, quand le développement s'est fait au-dessus de l'insertion des annexes, elle est englobée dans la tumeur, dans le cas contraire. La masse est alors tout à fait immobilisée, au milieu du petit bassin, et on ne peut lui imprimer aucun mouvement de latéralité; mais on sent, par la palpation bimanuelle, que les fosses iliaques sont libres, ce qui distingue cette variété de la suivante.

Diagnostic des corps fibreux inclus dans le ligament large (variété abdominale) avec :

C. **Corps fibreux inclus dans le ligament large ou intra-ligamentaires. — Variété abdominale.** — Ici, le développement de la tumeur a été surtout latéral, et elle a dédoublé les feuillets du ligament large. Ordinairement la tumeur est déjetée dans une des fosses iliaques qu'elle remplit et où elle est immobilisée. Par le toucher et la palpation combinés, on parvient à en déterminer plus ou moins facilement les connexions avec l'utérus; du reste, ce n'est généralement qu'un des lobes du fibrome qui est intra-ligamentaire, une portion étant entre les ligaments et une autre restant encore au-dessus d'eux. Mais ce qui autorise cette dénomination de la tumeur, c'est son caractère de gravité et les indications thérapeutiques spéciales qui en dérivent.

Il est exceptionnel que ces fibromes donnent lieu à des incertitudes de diagnostic, au point de vue de leur existence. Tout au plus,

Tumeurs de l'os iliaque.

avant un examen complet, pourrait-on songer parfois à une **tumeur de l'os iliaque**. Mais l'hésitation ne sera pas de longue durée.

Kystes parovariens.

Les **kystes parovariens** et **inclus** dans le ligament large seront reconnus à leur fluctuation,

Tumeurs enkystées des trompes.

Les **tumeurs enkystées des trompes**, en particulier les hydro et hémato-salpinx, sont souvent d'un diagnostic très difficile à cause de l'adhérence de la tumeur à la face postérieure ou aux côtés de l'utérus et de la difficulté de percevoir la fluctuation. L'étude des anamnestiques et le cathétérisme utérin, montrant qu'il n'y a pas de *grossesse fibreuse*, sont les principaux éléments de diagnostic.

Diagnostic des corps fibreux pelviens avec :

C'. **Variété pelvienne.** — La caractéristique de cette variété est le développement du néoplasme, pour ainsi dire, dans l'épaisseur du plancher pelvien, entre les organes qui y sont attachés, avec tendance à s'infiltrer entre les interstices qui les séparent plutôt qu'à se détacher du corps de l'utérus, pour s'élever dans la cavité abdominale (fig. 168, B). Il en résulte, cliniquement, des accidents graves de compression, et, au point de vue opératoire, des difficultés extrêmes.

Le point de départ de ces tumeurs est toujours dans la portion *sous-séreuse* de la surface de l'utérus, c'est-à-dire dans la partie susvaginale du col. Quand ils naissent antérieurement, dès leur début, et alors qu'ils n'ont encore qu'un volume très médiocre, à peine appréciable à l'exploration, ils peuvent déterminer des troubles graves du côté de la vessie : dysurie, rétention d'urine. C'est aussi dans cette variété qu'on observe surtout les douleurs intenses dues à des compressions nerveuses et les accidents d'obstruction intestinale.

Le toucher vaginal et rectal, combinés à la palpation, indiquent leurs connexions étroites avec les organes du petit bassin. Les culs-de-sac vaginaux sont effacés, parfois déprimés : le col lui-même, absorbé, pour ainsi dire, par la néoplasie, peut avoir presque disparu. Tout autour de l'orifice qui, dans les cas extrêmes, représente désormais seul le museau de tanche, on sent des masses dures, mamelonnées, dépendant de l'utérus, et que la pression ne peut déplacer. Ce dernier signe différencie le corps fibreux pelvien initial du corps fibreux à immigration pelvienne par **rétroflexion** de l'utérus. Cette dernière variété, qui peut produire les mêmes accidents de compression et donner des sensations analogues au toucher, n'est pas invinciblement enclavée (à moins d'adhérences consécutives) dans l'excavation. En faisant placer la femme dans la situation génu-pectorale et en exerçant par le vagin et par le rectum une pression sur la masse morbide, on sent qu'elle se déplace et on parvient généralement à la refouler au-dessus du détroit supérieur.

Rétroflexion.

L'**hématocèle**, les **noyaux inflammatoires péri-utérins**, les **collections enkystées des trompes**, seront reconnus par les commémoratifs du début et la marche de la maladie. Ce diagnostic, parfois très difficile, a donné lieu à de nombreuses erreurs. Le traitement dit *médical* des corps fibreux lui est redevable d'une notable partie de ses succès.

Hématocèle, noyaux d'inflammation péri-utérine, tumeurs enkystées des trompes.

Avant de terminer cette description clinique, je signalerai quelques **symptômes** plus rarement observés.

Symptômes rares :

Il est un phénomène commun à toutes les tumeurs solides qui compriment les gros vaisseaux de l'abdomen : le bruit de souffle intermittent, dit **souffle utérin** dans la grossesse ; il n'a aucune valeur pour le diagnostic. S'il manque dans les tumeurs ovariques, c'est lorsque la fluctuation de celles-ci ne permet pas de doute : on le rencontre, au contraire, dans les tumeurs solides de l'ovaire.

Souffle utérin.

Dans les fibromes télangiectasiques, il peut y avoir du côté des ligaments larges un foyer distinct de bruit de souffle doux, continu, à redoublements, ressemblant à celui d'un anévrysme artérioso-veineux, et, comme lui, accompagné de *thrill*. J'en ai observé un exemple.

L'**ascite** est rare dans les corps fibreux. Toutefois, elle peut se montrer dans les cas de tumeurs très mobiles et aussi dans ceux où elles subissent une dégénérescence par torsion du pédicule; enfin, on peut l'observer chez les sujets cachectiques, présentant des tumeurs qui chez d'autres malades ne l'auraient certainement pas produite. Je l'ai observée, dans ces conditions, chez une aliénée que l'hystérectomie a guérie ; son état mental a été, du même coup, amélioré.

Ascite.

L'**ascite hémorrhagique** est un symptôme presque constant de tumeur maligne, et sa présence devrait faire formuler des réserves sur la nature de la tumeur. J'ai signalé plus haut (p. 263) l'**ascite chyleuse**, à titre de rareté.

J'ai remarqué la très fréquente **coexistence des kystes séreux du ligament large** avec les gros fibromes à évolution abdominale; il y a là, je crois, plus qu'une rencontre fortuite, et le mouvement nutritif exagéré résultant de la grossesse fibreuse doit favoriser le développement de ces kystes, aux dépens des vestiges du corps de Wolff qui sommeillent dans le paramétrium.

Kystes concomitants.

L'abaissement de l'organe que produisent certaines grosses tumeurs utérines peut donner lieu à un **prolapsus génital**. Le même fait s'observe, du reste, avec quelques tumeurs ovariennes.

Prolapsus génital symptomatique.

L'**inversion de l'utérus** peut être exceptionnellement produite par des polypes ou des corps fibreux sous-séreux.

Inversion utérine symptomatique.

Un accident assez rare, mais dont j'ai vu un exemple et qui a été l'objet d'une thèse inédite de Düll, dont Schröder[1] a donné l'analyse,

[1] Düll. Thèse d'Erlangen, 1872, anal. dans Schröder. *Mal. des org. gén.*, trad. franç., p. 244.

Éventration.

est l'écartement de la ligne blanche et l'**éventration**, poussée au point de permettre la formation d'une sorte de sac herniaire, en forme de besace, où le gros corps fibreux, généralement pédiculé, se trouve logé. Dans le cas que j'ai observé, il s'agissait d'une femme âgée, qui portait depuis plusieurs années cette singulière hernie, plus grosse que la tête. Elle offrait un véritable collet, si bien que toute réduction était impossible; la poche était amincie et reposait sur les cuisses. Dans un cas mentionné par Düll, la mort survint par mortification de la poche.

Marche et pronostic.

Marche et pronostic. — La très grande majorité des corps fibreux ne donne lieu qu'à des phénomènes vagues et sont souvent méconnus. Alors même qu'ils ont causé des troubles sérieux durant la période de l'existence génitale de la femme, la plupart ont une tendance naturelle à s'atrophier ou tout au moins à diminuer de volume par une sorte de travail d'involution et d'induration, au moment de la ménopause; le même effet peut être produit par une grossesse. Cette règle n'est pourtant pas absolue[1]. D'une part, il est un certain nombre de tumeurs dont la marche vraiment **galopante**, ainsi que je l'ai qualifiée[2], amène la mort de la malade, non pas tant par l'hémorrhagie que par le développement exagéré de la masse morbide et par les phénomènes de compression et de dénutrition qui en résultent. Il en est ainsi de la généralité des tumeurs fibro-kystiques, et aussi de quelques simples fibro-myomes. D'autre part, quelques tumeurs à marche moins rapide n'en continuent pas moins à croître indéfiniment; après l'âge critique[3] cette époque se trouve alors, du reste, le plus souvent, notablement retardée[4].

Influence de la ménopause, de la grossesse.

Corps fibreux à marche galopante.

Expulsion spontanée.

On pourrait dire que l'évolution naturelle des fibromes tend à en amener l'**expulsion** hors des parois de l'utérus, soit vers l'extérieur, soit vers la cavité péritonéale; cet effort est traduit par la pédiculisation qui se produit dans ces deux sens. A la vérité, le but est parfois atteint quoique de pareils faits soient la grande exception. On observe encore assez souvent, toutefois, l'**accouchement** d'un polype, après rupture du pédicule, sous l'influence de fortes contractions utérines[5], ou même par l'effet de la pesanteur et de l'amincissement des liens d'attache. Un effort de défécation ou de vomissement suffit alors pour amener l'expulsion du polype[6]. La rupture de la capsule d'un corps

[1] T. Johnson. *Journ. of the Am. med. Ass.*, 5 déc. 1891, p. 382.

[2] S. Pozzi. *De la valeur de l'hystérotomie*, etc., 1875, p. 20.

[3] E. Rose. *Ueber die Nothwendigkeit der Myomoperationen* (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1887, Bd. XXV, Heft 4 et 4, p. 456.)

[4] C. Schorler. *Ueber Fibromyome des Uterus* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1881, Bd. XI, p. 155).

[5] Whitefort. *Glasgow med. Journ.*, août 1872.

[6] Routh. *Brit. med. Journ.*, 1864, t. II, p. 29 et suiv. — Marchant. *Virchow's Arch.*, 1876, t. LXVII, p. 206.

sous-muqueux peut s'accomplir dans des conditions analogues et donner lieu à une véritable **énucléation spontanée**. Elle est parfois précédée d'une période de douleurs et d'hémorrhagies [1], d'autres fois elle se fait subitement, pendant un effort ou même une exploration [2]; on l'a vue succéder à l'accouchement et au retrait consécutif de l'utérus [3]. Énucléation spontanée.

Un processus analogue à celui qui amène la rupture du pédicule des polypes sous-muqueux peut libérer aussi les corps fibreux pédiculés sous-séreux [4]. La tumeur reste alors greffée en un point où elle avait primitivement contracté des adhérences, ou bien elle demeure libre dans le péritoine et y subit une sorte de momification.

Un autre mode d'expulsion spontanée beaucoup plus grave se produit par la **mortification** du fibrome : la tumeur sphacélée tend à se faire jour vers l'extérieur. Parfois, elle s'élimine vers la cavité utérine, et tout peut bien se passer malgré les dangers d'infection putride. Tantôt elle perfore un organe voisin, la vessie [5], ou le cul-de-sac de Douglas [6], ou même la paroi abdominale. Les deux premières voies amènent presque fatalement la mort; la dernière peut aboutir à la guérison, comme dans une observation de Dumesnil [7]. Mortification.

Enfin, la **résorption** ou régression de la tumeur peut se produire, comme je l'ai dit plus haut, après une grossesse [8] ou même après la ménopause [9]. Mais, dans cette dernière circonstance, il y a plutôt induration et diminution considérable que disparition véritable. Résorption.

Les corps fibreux sont certainement une cause de **stérilité** : toutefois la fécondation peut avoir lieu et même la grossesse suivre son cours normal. Stérilité.

La **terminaison mortelle** peut être amenée lentement par l'**anémie** profonde que produisent des hémorrhagies répétées, par des poussées successives de **péritonite chronique**, par des lésions rénales et l'**urémie** qu'elles entraînent, par une complication cardiaque et l'**asystolie**. Elle peut aussi survenir rapidement par une **péritonite aiguë** due à la rupture d'un kyste ou causée par la gangrène et l'inflammation de la tumeur, propagée, avec ou sans perforation, à la séreuse voisine. Causes de la mort.

[1] Berdinel. *Arch. de tocol.*, 1876, t. III, p. 249.

[2] Mundé (*Soc. obst. de New-York*, 6 juin 1886) a présenté une pièce provenant de l'énucléation spontanée d'un fibrome qui ne pesait pas moins de deux livres.

[3] Anderson a observé l'élimination spontanée d'un corps fibreux de la grosseur d'un œuf, sans hémorrhagie, trois jours après l'accouchement (*Hygiea*, Stockholm, août 1887).

[4] Simpson. *Obstetrical works*, t. I, p. 716. — Turner. *Edinb. med. Journ.*, janv. 1861, t. VI, 2e part., p. 698.

[5] F. Guyon. *Des tumeurs fibreuses de l'utérus*, 1860, p. 65.

[6] Demarquay. *Bull. de la Soc. de chir.*, 22 juin 1859, t. IX, p. 526. — Orthmann. *Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 737.

[7] Dumesnil. *Gaz. des hôp.*, 1863, n° 6, p. 22. — Loir. *Mém. de la Soc. de chir.*, 1851, t. II, p. 1.

[8] Guéniot. *Bull. gén. de thérap.*, 30 mars 1872, t. LXXXII, p. 254.

[9] Boinet. *Gaz. hebd.*, 1873, n° 18, p. 287.

Une **septicémie** mortelle peut avoir pour origine la gangrène d'un corps fibreux sous-muqueux. Enfin, la mort subite a été observée à la suite d'**embolies**[1]; c'est surtout dans les tumeurs fibro-kystiques avec télangiectasie que cette terminaison est à redouter. Il faut noter que des ponctions exploratrices semblent la favoriser, en provoquant des thromboses dans les gros sinus veineux. On a aussi observé la mort presque immédiate, par **shock**, à la suite de la rupture intra-abdominale de tumeurs fibro-kystiques[2].

Étiologie.

Étiologie. — Malgré les recherches patientes qui ont été faites à ce sujet[3], on ne sait rien de positif sur les causes efficientes des corps fibreux. Tout au plus peut-on donner quelques indications sur les causes prédisposantes. La **race nègre** y est plus sujette que la race blanche, et cela à un âge moins avancé. Dans notre race, c'est de trente à quarante ans, surtout, qu'on observe leur développement. La **stérilité** est, non pas une cause, mais une conséquence fréquente. Toutes les causes excitantes locales ont été invoquées sans preuves. D'autre part, on a prétendu que le **célibat** favorisait la formation des corps fibreux[4]; Gusserow a établi une statistique qui détruit cette opinion. Fehling[5] attribue une grande importance à l'**involution incomplète** de l'utérus, après l'accouchement ou l'avortement, quand un repos suffisant n'est pas imposé aux parturientes. Prochownick[6] pense que les irritations spécifiques dues à la syphilis, à la malaria, aux infections typhiques ont une action pathogénique possible sur le développement des fibro-myomes utérins.

[1] R. Dohrn. *Todesfälle an Embolie bei Unterleibstumoren* (*Zeitschr. f. Geb. und Gynäk.*, 1885, Bd. XI, p. 156 (observations 1 et 3). — E. Rose. *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1884, Bd. XIX, Heft 1, p. 24.

[2] G. D. Holston et David Myerle. *Brooklyn path. Society* (*New-York med. Journ.*, 1884, t. II, p. 435).

[3] Winckel. *Samml. klin. Vortr.*, n° 78. — Carl Schoeller. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1884, Bd. XI, p. 153. — Engström (de Helsingfors). *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 59, *supplément*. — G. Schuhmacher. *Ein Beitrag zur Aetiologie der Uterusfibromyome*. Diss. inaug. Bâle, 1889.

[4] Fehling. *Einige Bemerkungen zur Aetiologie der Myome und Methode der Myomotomie* (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 29, p. 513).

[5] Fehling. *Würtemb. med. Corr.-Blatt.*, 1887, n° 3.

[6] Prochownick. *Deutsche med. Woch*, 1892, n° 7, p. 140.

CHAPITRE III

TRAITEMENT MÉDICAL DES CORPS FIBREUX. — TRAITEMENT CHIRURGICAL DES CORPS FIBREUX A ÉVOLUTION VAGINALE

Traitement médical. Médicaments hémostatiques. Traitement thermal. Électrothérapie. — Traitement des phénomènes de compression par le soulèvement de la tumeur. — Petites opérations hémostatiques. Curettage. Injections. Dilatation non sanglante du col. Scarification intra-utérine. — Traitement chirurgical des corps fibreux du museau de tanche pédiculés et interstitiels. — Traitement chirurgical des polypes (du corps). Énormes polypes. — Traitement chirurgical des corps fibreux sous-muqueux. Énucléation. Technique opératoire. Énucléation en plusieurs temps. Soins consécutifs. Accidents. Gravité. Énucléation transvaginale. Morcellement ou myomotomie vaginale. Technique opératoire. Soins consécutifs. Gravité. Hystérectomie vaginale. Manuel opératoire. Destruction des corps fibreux par la voie vaginale. Dilacération. Cautérisation.

Le traitement des corps fibreux peut être médical ou chirurgical.

Traitement. médical.

Le **traitement médical** n'est le plus souvent que symptomatique. Les diverses substances qui ont été préconisées dans le but d'agir directement sur la tumeur, soit pour resserrer ses vaisseaux nutritifs (ergot), soit pour obtenir la dégénérescence graisseuse (arsenic, phosphore), paraissent, en réalité, surtout agir par un mécanisme différent : les premières, en faisant contracter la fibre utérine et modérant ainsi les hémorrhagies; les secondes (du moins l'arsenic), en relevant la nutrition générale des malades. Restent, comme agents spécifiques, l'électricité à laquelle certains auteurs attribuent une influence considérable pour la résorption des tumeurs fibreuses, et les eaux minérales chlorurées sodiques, dont l'action, dans ce sens, paraît incontestable.

Médicaments hémostatiques.

L'**ergot de seigle** a été méthodiquement employé en injections hypodermiques depuis les travaux de Hildebrandt[1], dont cette méthode a gardé le nom. Il faut en user avec persistance, pendant des mois. On peut formuler la solution suivante :

Ergotine (d'Yvon).	5 gr.
Hydrate de chloral.	1 —
Eau distillée.	100 —

et en injecter douze gouttes par jour, ce qui fait environ 25 centi-

[1] Hildebrandt. *Berlin. klin. Woch.*, 1872, n° 25, et *Beiträge zur Geburtsh.*, etc., *von*

grammes. Si l'on devait garder la solution longtemps, on y ajouterait, outre le chloral qui est déjà destiné à la conserver, quelques gouttes de liqueur de van Swieten. Il faut avoir soin de se servir d'une seringue stérilisée, de toujours maintenir un fil métallique dans la canule pour en assurer la perméabilité, de la flamber à la lampe à alcool, après chaque injection, pour la sécher, et avant toute nouvelle piqûre, pour la purifier; on évitera ainsi les abcès. Enfin on doit toujours faire la piqûre dans une masse charnue, le grand fessier ou le deltoïde, et pour cela enfoncer l'aiguille perpendiculairement de 2 à 3 centimètres, après l'avoir bien purgée d'air; pour que l'injection ne soit pas douloureuse, Bumm[1] conseille de neutraliser la solution à la soude et de filtrer. Les malades peuvent apprendre à se faire elles-mêmes les injections. Winckel parle d'une femme qui s'en était fait quinze cents.

Malgré le très grand nombre d'observations soi-disant démonstratives qui ont été publiées, l'effet de cette méthode sur le développement des fibromes est encore contesté. Schröder[2] a vu des tumeurs ne présenter quelque diminution qu'après quatre cents injections, bien que la dose employée fût plus forte que celle ci-dessus indiquée : toutefois il a souvent constaté que des tumeurs, jusque-là en plein développement, étaient restées stationnaires. Leopold se loue aussi de ce traitement. Byford[3], en Amérique, en est un chaud partisan. Par contre, beaucoup d'observateurs prétendent n'en avoir retiré aucun effet.

En l'employant suivant la méthode indiquée, on n'aura pas d'accidents. Si l'on dépassait notablement cette dose, on pourrait voir survenir des crampes des extrémités, des vomissements, de la fièvre. On a même signalé la suppuration de la tumeur et une attaque d'aphasie[4].

Un des effets favorables qu'on a attribués à ce traitement est de favoriser l'expulsion spontanée des fibromes. Mais il est douteux qu'il suffise pour provoquer la pédiculisation des corps sous-muqueux, et quant aux polypes déjà constitués, ils ne relèvent aucunement d'un traitement médical.

Churchill et Mac-Clintock vantent beaucoup la teinture de **cannabis indica** à la dose de dix gouttes, donnée trois fois par jour, pour arrêter les hémorrhagies. On a essayé l'**antipyrine**[5] dans le même but.

der Berl. Gesell. für Geburtsh., t. III, p. 261. — Voir un résumé des résultats signalés par les divers auteurs dans Schorler. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1884, Bd. XI, p. 160.

[1] E. Bumm. *Zur Technik der Ergotininjectionen* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 28, p. 441).

[2] Schröder. *loc. cit.*, p. 279. — Leopold. *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 182.

[3] Byford. *Address*, etc. in *Obstet. Transact. of the Amer. med. Assoc.*, Philadelphie, 1875.

[4] Schorler. *loc. cit.*, p. 175.

[5] Chouppe a eu un succès avec l'antipyrine, administrée sous forme de lavement à la dose de 2 grammes, dans un cas de métrorrhagie (*Soc. de biol.*, 19 nov. 1887, p. 676).

Un médicament, venu d'Amérique, a été introduit dans la pratique européenne : c'est l'**extrait fluide d'hydrastis Canadensis**[1]. Il paraît agir en faisant contracter les vaisseaux, comme hémostatique; son goût amer en fait aussi un stomachique. La dose est de vingt-cinq gouttes, deux à trois fois par jour. Schatz[2] a hautement prôné ce médicament; il prétend avoir vu un fibrome qui atteignait l'ombilic rentrer dans la cavité pelvienne, au bout de deux ans d'usage de l'*hydrastis Canadensis*. Les insuccès, d'après lui, proviendraient de la difficulté qu'il y a de se procurer en Europe ce médicament, à l'état de pureté. J'en ai retiré moi-même quelques bons effets.

Le **bromure de potassium** a été recommandé par S.-J. Simpson à doses faibles et longtemps continuées. Il ne paraît agir que comme sédatif contre les douleurs, et son usage prolongé pourrait altérer les fonctions digestives, qu'il est si précieux de conserver intactes.

Par contre, l'**arsenic**, vanté par Guéniot, s'il n'a peut-être pas l'action élective qu'on espérait, a, du moins, une action reconstituante qui peut être utile. Je n'en dirai pas autant du **phosphore**.

Traitement thermal.

Les **eaux minérales chlorurées sodiques**, telles que celles de Salies-de-Béarn[3] (Basses-Pyrénées), Salins (Jura), Kreuznach[4] (Allemagne), etc., ont une action indéniable sur les corps fibreux. Elles agissent, en outre, en relevant la nutrition générale. Les cas où j'en ai obtenu une notable amélioration sont très nombreux.

Électrothérapie.

L'**électricité** jouit, depuis quelques années, surtout en Angleterre et en Amérique, d'une vogue véritable, due en grande partie aux travaux de notre compatriote Apostoli, qui a poursuivi avec une rare persistance la voie ouverte par son maître Tripier[5].

[1] E. Falk (*loc. cit.*, voir p. 219) a récemment prôné l'hydrastinine dans les hémorrhagies dues aux corps fibreux. Il l'emploie en injections sous-cutanées (de 5 à 10 centigrammes) qu'il répète tous les jours.

[2] Schatz. Congrès gynéc. de Halle, 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 394). — Voir sur ce sujet la thèse de Cabanès, Paris, 1889. — Toutefois G. Heinricius (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 35, p. 618) conclut, d'études expérimentales sur les animaux, que ce médicament n'a aucune action sur les contractions de l'utérus; c'est, par contre, un poison cardiaque.

[3] On doit se souvenir que les *eaux mères*, résidu de la cristallisation du chlorure de sodium, sont surtout riches en bromures et iodures alcalins (l'eau mère de Salies-de-Béarn contient 10 grammes de bromure de sodium par litre), ce qui leur donne une action sédative particulière. Selon qu'on voudra produire une action plus particulièrement excitante ou calmante, on s'abstiendra d'employer ces eaux mères ou on s'en servira, en addition aux bains salés ou aux bains simples. On peut obtenir, loin de la station thermale, une partie de ses effets, en mêlant les eaux mères à des bains préparés artificiellement avec le sel de cuisine.

[4] F. Engelmann. — *Beitrag zur Behandlung der Fibromyome der Gebärmutter* (*Deutsche med. Woch.*, 1891, n° 20).

[5] Tripier. *Hyperplasies conjonctives des organes contractiles; de la faradisation dans le traitement des engorgements et des déviations de l'utérus et de l'hypertrophie prostatique* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, août 1859) et *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1883. Pour l'historique de la question, voir : Carlet. *Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus, d'après la méthode du Dr Apostoli*. Thèse de Paris, 1884. — Egbert Grandin. *Cyclop. of obst. and gyn.*, New-York, 1888,

L'application de l'électrolyse aux fibromes a été faite d'abord en Amérique, en 1871, par Cutter[1]; en Italie, en 1876, par Ciniselli et son élève Omboni.

On sait que les courants continus ont pour effet de provoquer la décomposition chimique des tissus : à l'électrode positive se fixent les éléments acides ; à l'électrode négative, les éléments basiques. Si donc on met les tissus en contact avec le pôle positif (acide), soit à la surface de la muqueuse, soit dans la profondeur même de la tumeur, il s'y produira une eschare qui, comme celles qui succèdent aux acides, aboutira à une cicatrice fibreuse, rétractile. On peut toutefois éviter que l'action chimique ne se produise sur les tissus au contact de l'électrode soit positive soit négative, en immergeant celle-ci dans une substance conductrice (terre glaise, gélosine, gélatine, etc.) ou en la faisant aboutir à de larges plaques métalliques perforées couvertes de coton, de peau de chamois, qui disséminent l'action sur une grande surface.

Les premiers promoteurs de l'électrolyse employaient des courants faibles et rêvaient une action *catalytique*, sans destruction véritable des tissus. Plusieurs électrothérapeutes tiennent encore à cette méthode[2] qui expose à moins de dangers. Mais la grande majorité, à l'exemple d'Apostoli et d'Engelmann (de Saint-Louis)[3], emploie des courants de haute intensité fournis par une batterie de Gaiffe, composée de piles au sulfate de mercure ou au chlorure de zinc et bioxyde de manganèse (Leclanché modifié) à grande surface. Apostoli, en 1884, ne dépassait pas 100 milliampères; il arrive souvent maintenant à 250[4]. On mesure cette intensité avec un galvanomètre : ce perfectionnement apporté aux procédés anciens est capital.

Voici quelle est la technique d'Apostoli :

Un des pôles étant appliqué sur le ventre par l'intermédiaire d'un gâteau de terre glaise ou de tout autre moyen approprié, l'autre

vol. V. — Hor. Bigelow. *Gynæcological electro-therapeutics*, Londres, 1889. — R. Temesvary. *Ueber die Anwendung der Electrizität bei Frauen-Krankheiten.* (*Klin. Zeit. und Streitfragen*, Vienne, 1890, t. IV, p. 259.)

[1] Eph. Cutter. *The galvanic treatment of uterine fibroids* (*Amer. Journ., of obstetr.*, 1878, p. 115). — *Electrolysis of myomata* (*Amer. journ. of obstetr.*, 1890, p. 1083).

[2] Léon Danion. *L'Électrothérapie, Journ. d'électr. méd.*, août 1889. — L. Danion et L. Championnière. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 5 juin 1889, p. 470. — Amory (Amérique), cité par Egbert Grandin. *Electricity in gynecology*, etc. (*Cyclopædia of obstetr. and gyn.*, New-York, 1887, vol. V, p. 353).

[3] Apostoli. *Comptes rendus du Congrès français de chirurgie*, 1889. — Engelmann. *The use of electricity in gynecol. practice* (*Trans. of the Amer. Gynec. Soc.*, 1886, t. XI, p. 207). — *The polar method of electrotherapy in gynecology* (*Med. News*, 14 mai 1886).

[4] L'*ampère* est l'intensité d'un courant développé par une force électro-motrice de 1 *volt* dans un circuit dont la résistance totale est de 1 *ohm*. — Le *volt* est une force électromotrice qui diffère très peu de celle d'une pile de Daniell; l'*ohm* est la résistance égale à celle d'une colonne de mercure de 1 millimètre carré de section et de 1 m. 06 de longueur.

électrode formé par une sonde en platine, recouverte d'un manchon isolant de celluloïde ou de caoutchouc dans toute la portion qui ne plonge pas dans l'utérus, est poussé dans la cavité utérine, même enfoncé dans l'épaisseur du parenchyme, « grâce à une ponction préalable qui sera obligatoire, lorsque le col est inaccessible ou imperméable, ou bien qui s'imposera comme méthode de choix lorsqu'on voudra accélérer plus rapidement la dénutrition du néoplasme ». On produit ainsi une eschare intra-utérine, en se servant du pôle positif, si l'on a affaire à des fibromes hémorrhagiques, du pôle négatif dans les autres cas.

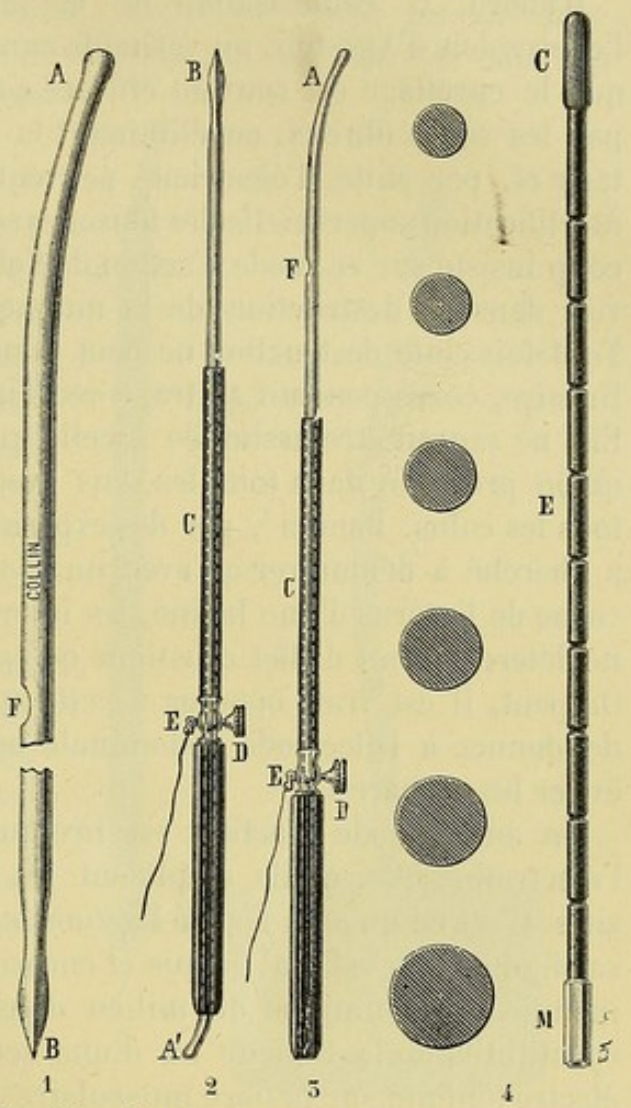


Fig. 172. — Hystéromètre à galvano-caustique chimique d'Apostoli.

1. — (*Grandeur naturelle de l'instrument.*)

A, hystéromètre ordinaire; B, trocart pour ponction; F, encoche marquant la profondeur moyenne de l'utérus.

2 et 3. — (*Réduction de l'instrument total au tiers.*)

C, manchon de celluloïde pour isoler le vagin; E, électrode; D, vis pour serrer et fixer la sonde ou le trocart à la longueur voulue.

N. B. — Depuis plusieurs années, Apostoli a remplacé le trocart en platine par un trocart filiforme en acier ou en or qui présente sur le platine l'avantage d'être plus acéré.

4. — Électrode au charbon de cornue pour la cautérisation galvano-chimique (Apostoli) (1/3).

Apostoli affirme que, « bien appliquée et assez longtemps continuée (de trois à neuf mois en moyenne), cette méthode est le plus souvent souveraine et conduit 95 fois sur 100 aux résultats suivants : régression anatomique du fibrome variant de 1/5 à 1/3 et quelquefois à 1/2, mais jamais disparition totale ; — arrêt très rapide et durable des hémorrhagies ; — disparition des phénomènes de compression ».

Engelmann (de Saint-Louis) décrit une technique analogue. Il a exceptionnellement aussi pratiqué la double ponction de la tumeur par le vagin. Il emploie une intensité de 50 à 250 milliampères, durant de trois à huit minutes.

Quel est le mode d'action de cette méthode? Il semble que ses partisans lui en reconnaissent deux :

D'abord, la cautérisation de la muqueuse, produisant, selon l'expression d'Apostoli, un véritable *curettage électrique* : or, on sait que le curettage est souvent efficace contre l'hémorrhagie produite par les corps fibreux, en éliminant la muqueuse altérée. Le curettage et, par suite, l'électricité peuvent sans doute aussi amener la mortification superficielle des fibromes sous-muqueux. Brösе[1] a beaucoup insisté sur ce mode d'action de l'électricité ; Nicaise[2] également voit dans la destruction de la muqueuse son principal bénéfice. Toutefois cette destruction ne peut jamais être que très incomplète, linéaire, correspondant au trajet rectiligne de la sonde dans l'utérus. Elle ne saurait être assimilée à celle qu'on obtient avec une curette qu'on promène dans tous les sens avec force, et qui pénètre dans tous les coins. Danion[3], par des expériences faites sur des animaux, a cherché à démontrer qu'avec un hystéromètre introduit dans la corne de l'utérus d'une lapine, les intensités employées par Apostoli ne déterminaient d'effet caustique qu'en des points à peine visibles. On peut, il est vrai, opposer à cette assertion la nécessité qu'il y a de donner à l'électrode abdominale une très grande surface pour éviter les eschares.

Un autre mode d'action est invoqué par certains partisans de l'électrothérapie, qu'ils emploient les faibles ou les hautes intensités. C'est ce qu'on a appelé l'*action interpolaire*. Malheureusement sa signification est mal définie et encore hypothétique. S'agit-il d'une modification chimique du milieu dans lequel vivent les éléments constitutifs de la tumeur ou d'une action à la fois vaso-motrice et électro-tonique sur la fibre musculaire[4] ? Danion a été jusqu'à parler d'un *massage galvanique* de la tumeur, et il s'appuie sur cette idée pour insister sur le renversement des courants. Il faut avouer que toutes ces explications sont très hypothétiques et ne reposent que sur des vues de l'esprit.

Cette méthode n'est pas sans présenter quelques dangers : on a cité plusieurs décès en France[5].

[1] Brösе. Discussion à la Soc. d'obst. et de gyn. de Berlin, 8 mars 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 16, p. 275). — *Die galvanische Behandlung von Fibromyomen des Uterus*, Berlin, 1892.

[2] Nicaise. Discussion à la Soc. de chir. de Paris, 26 juin 1889 (*Bull. et Mém.*, 1889, p. 530).

[3] L. Danion. *L'électrothérapie*, mars 1888. — G. Richelot. *Union médicale*, 2 fév. 1895.

[4] Championnière. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 26 juin 1889, p. 542.

[5] L. Danion. *L'électrothérapie, Journ. d'électr. méd.*, juin 1888, p. 170. — En Allemagne Kehrer (*Réunion des natur. à Heidelberg*, sept. 1889. *Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 736) a cité le fait d'une femme ayant eu un corps fibreux électrisé par un spécialiste, qui mourut en dix jours de péritonite, causée par la rupture d'un pyo-salpinx méconnu.

Bien plus dangereux encore est le procédé de Cutter : il perfore la tumeur en deux points, soit par le vagin, soit par le rectum, soit par les parois abdominales. Aussi sur 50 cas n'a-t-il pas eu moins de 4 morts. Les résultats obtenus seraient les suivants : fibromes non arrêtés dans leur marche, 7 cas; arrêtés dans leur marche, 25; soulagés, 3; guéris, 11.

Cutter est guidé par une autre vue théorique qu'Apostoli. C'est la destruction électrolytique de la tumeur qu'il cherche, en produisant des eschares par l'action du courant électrique. A la vérité, Apostoli lui-même paraît faire quelques pas dans cette voie, quand il enfonce l'électrode au centre de la tumeur, dans des cas exceptionnels, mais encore trop fréquents ; un des moindres inconvénients de ce procédé est de donner lieu à des suppurations interminables [1].

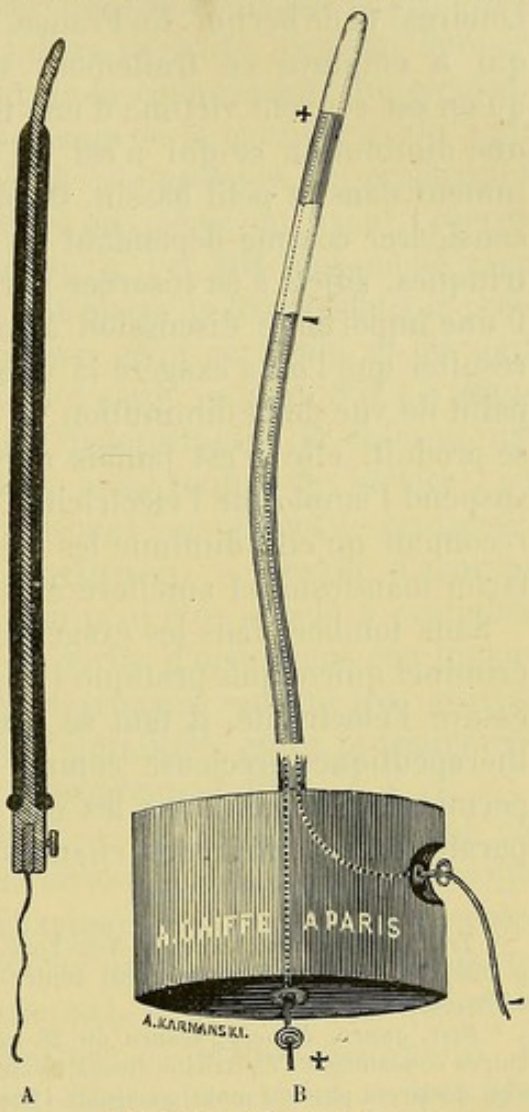


Fig. 173. — Électrodes.

A. Électrode unipolaire, de Tripier. — B. Électrode bipolaire d'Apostoli (pour la faradisation de l'utérus).

Réagissant contre ces procédés violents, Danion et Lucas-Championnière [2] préconisent les faibles intensités, ordinairement de 45 à 65 milliampères, au plus. Ces intensités d'après ces auteurs donneraient des résultats tout aussi satisfaisants que les courants intenses. Danion attache surtout une grande importance au renversement fréquent du courant. Il introduit l'électrode seulement dans le col, et prétend même qu'on peut obtenir les mêmes phénomènes avec un pôle intra-vaginal, si l'on prend les précautions nécessaires : cela serait capital, car il est parfois impossible d'atteindre le col et surtout de le franchir [3]. Toutefois cette théorie et cette technique ne sont pas admises par la généralité des électrothérapeutes.

[1] Terrillon. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, juin 1889, p. 535.
[2] L.-Championnière et Danion. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, p. 473.
[3] Championnière. *Ibid.*, p. 542.

Il est très difficile, encore aujourd'hui, de formuler un jugement sur la valeur de l'électrolyse appliquée aux corps fibreux; on ne peut guère se former une opinion d'après les témoignages contradictoires. On a vu les gynécologistes se diviser en deux camps à ce sujet, soit à la Société gynécologique de New-York[1], soit à celles de Londres[2] et de Berlin[3]. En France, les avis sont très partagés. Doléris[4], qui a employé ce traitement dans une vingtaine de cas, croit qu'on est souvent victime d'une illusion et que l'on indique comme une diminution ce qui n'est qu'un abaissement en totalité de la tumeur dans le petit bassin. On doit prendre garde aussi à ne pas considérer comme dépendant de corps fibreux les exsudats périmétritiques, sujets à se résorber par le repos et les soins concomitants. D'une importante discussion à la Société de chirurgie, il semble résulter que l'on a exagéré la valeur de cet agent thérapeutique, au point de vue de la diminution de volume des tumeurs. Quand celle-ci se produit, elle n'est jamais que momentanée, et cesse dès qu'on suspend l'emploi de l'électricité[5]. Mais la majorité des observateurs reconnaît qu'elle diminue les hémorrhagies et les douleurs d'une façon manifeste, et améliore ainsi l'état général.

Sans tomber dans les exagérations de Thomas Keith, qui déclare criminel quiconque pratique l'hystérectomie, sans avoir auparavant essayé l'électricité, il faut se souvenir qu'il y a là une ressource thérapeutique précieuse comme hémostatique et qu'il n'est plus permis de négliger dans les cas où une intervention opératoire ne paraîtrait pas offrir des chances suffisantes de guérison radicale[6].

[1] *Trans. of the obstet. Soc. et New-York*, 18 janv. 1887 (*Amer. Journ. of obstet.*, 1887, p. 290). — Emmet s'élève vivement contre l'emploi de l'électricité. Freeman s'en fait le défenseur.

[2] *Brit. gynec. Society*, séance du 28 mars 1888. Lawson Tait, Bantock et plusieurs autres condamnent l'électricité. Routh, Spencer Wells, Playfair, Aveling, Skene, Keith, etc., s'en déclarent plus ou moins partisans (*The Brit. gyn. Journ.*, 1888, p. 155).

[3] *Gynäk. Gesellschaft zu Berlin*, 8 mars 1889 (*Centr. f. Gynäk.*, 1889, n° 16, p. 275).

[4] D. Angel Villa. *Thérapeutique comparative des fibromes utérins* (*Nouv. Arch. d'obstét. et de gynéc.*, 25 janv. 1888. p. 10).

[5] Cette remarque avait déjà été faite par Halliday Croo (*Amer. Journ. of med. sc.*, déc. 1888, t. XCVI, p. 577) et par Dührssen. Discuss. à la *Soc. obstét. et gyn. de Berlin*, 8 mars 1889 (Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 16, p. 275).

[6] Voir, pour plus de détails, les communications qui ont été faites au dernier Congrès international des sciences médicales de Berlin (août 1890) par Apostoli, Zweifel, Bröse, Cutter (*loc. cit.*), Danion, Spanton, Meyer et Gauthier (*Centr. f. gyn.*, 1890, p. 114 et 125, *supplément*). — Bejou. *Contribution à l'étude du traitement électrique des fibromes utérins*, thèse de Bordeaux, 1890. — Miette, *Traitement électrique des fibromes utérins. méthode de Danion*, thèse de Paris, 1890. — Jakubowska, *Des résultats immédiats et éloignés du traitement électrique des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli*, thèse de Paris, 1890. — Candra. *Comptes rendus de l'Académie médico-chirurgicale de Naples*, mai-juin, 1892. — Kleinwächter. *Die Grundlinien der Gynäko-Electrotherapie*, Vienne, 1892. — Les discussions du Congrès de Bruxelles en 1892 (*Congrès international de gynécologie et d'obstétrique*. Bruxelles, 1894, p. 849 et suiv.). — Celles du Congrès de Chirurgie de Paris. (*Septième Congrès de chirurgie*, Paris, 1893, p. 112.)

Je ne parle que pour mémoire de l'action des **courants continus interrompus**, dont Aimé Martin et Chéron se louent beaucoup. Leur emploi ne s'est pas généralisé. J'en dirai autant de la **faradisation** (fig. 173).

Soulèvement de la tumeur.

Traitement des phénomènes de compression par le soulèvement et la réduction de la tumeur enclavée. — Certaines tumeurs fibreuses, nées dans le petit bassin ou rétrofléchies dans sa cavité, peuvent donner lieu à de graves accidents, résultant de la compression du rectum, de la vessie ou des nerfs : l'iléus, l'urémie ou la paraplégie. On a pu parfois faire cesser ces phénomènes de compression, en repoussant les tumeurs au delà du promontoire ou même en fixant l'utérus soulevé à la paroi abdominale, comme je l'ai fait moi-même avec succès dans un cas[1]. Pour cela, on fait placer la femme dans la position de Sims, ou mieux dans la position genu-pectorale, et on agit sur la tumeur tantôt par le vagin, tantôt par le rectum. S'il y a beaucoup de contracture musculaire et d'hyperesthésie, le chloroforme sera administré. Cette manœuvre a pu aussi rendre des services, au moment du travail, dans les cas de fibromes compliqués de grossesse.

Petites opérations hémostatiques.

Petites opérations hémostatiques. — Avant d'aborder l'exposé des grandes opérations qu'on peut être appelé à pratiquer pour les fibromes de l'utérus, je dois parler d'opérations peu importantes qui ont été faites contre l'hémorrhagie, souvent très graves, et qui se rangent, par leur relative simplicité, entre le traitement médical et le traitement chirurgical proprement dit.

Curettage, injections.

Curettage et injections intra-utérines. — Ce moyen a souvent été employé, sans doute par suite d'une erreur de diagnostic et alors que l'on croyait à une métrite hémorrhagique. Les recherches récentes sur l'état de la muqueuse dans les cas de fibromes montrent toutefois qu'il a quelque chose de rationnel. Il peut réussir quand la cavité utérine n'est pas trop déformée et lorsque, par suite, la curette peut agir efficacement[2]. L'injection intra-utérine au perchlorure de fer sera ensuite faite avec la seringue de Braun, et suivie d'un grand lavage à la sonde à double courant, comme il a été indiqué à propos de la métrite. Il faut toutefois faire ces injections et ces lavages avec une prudence particulière, en se souvenant que les trompes peuvent être, dans ce cas, notablement dilatées et perméables.

Dilatation non sanglante du col.

Dilatation du col. — Préconisée d'abord par Baker Brown, par Mac-Clintock et Nélaton, la dilatation hémostatique du col a été reprise par Kaltenbach[3]. Il emploie des bougies de Hegar, allant

[1] S. Pozzi. *Septième Congrès de Chirurgie*, Paris, 1893, p. 44.

[2] Coë. *Med. Record*, 28 janv. 1888, t. XXXV, p. 90. — Runge. *Zur Therap. der Uterusmyomen* (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXIV. Heft 3).

[3] Kaltenbach. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 729.

jusqu'à 16 à 18 millim. Il a obtenu dans trois cas des succès remarquables. Kaltenbach est, du reste, porté à attribuer une grande influence à l'étroitessse du canal cervical dans la production des douleurs et des hémorrhagies consécutives aux myomes. Il recommande surtout ce moyen palliatif dans les cas de tumeur médiocre, chez les femmes approchant de la ménopause, où il s'agit surtout de gagner du temps. Je lui ai dû moi-même un beau succès.

ilatation sanglante.

Section bilatérale du col. — Cette opération, faite d'abord par Nélaton,

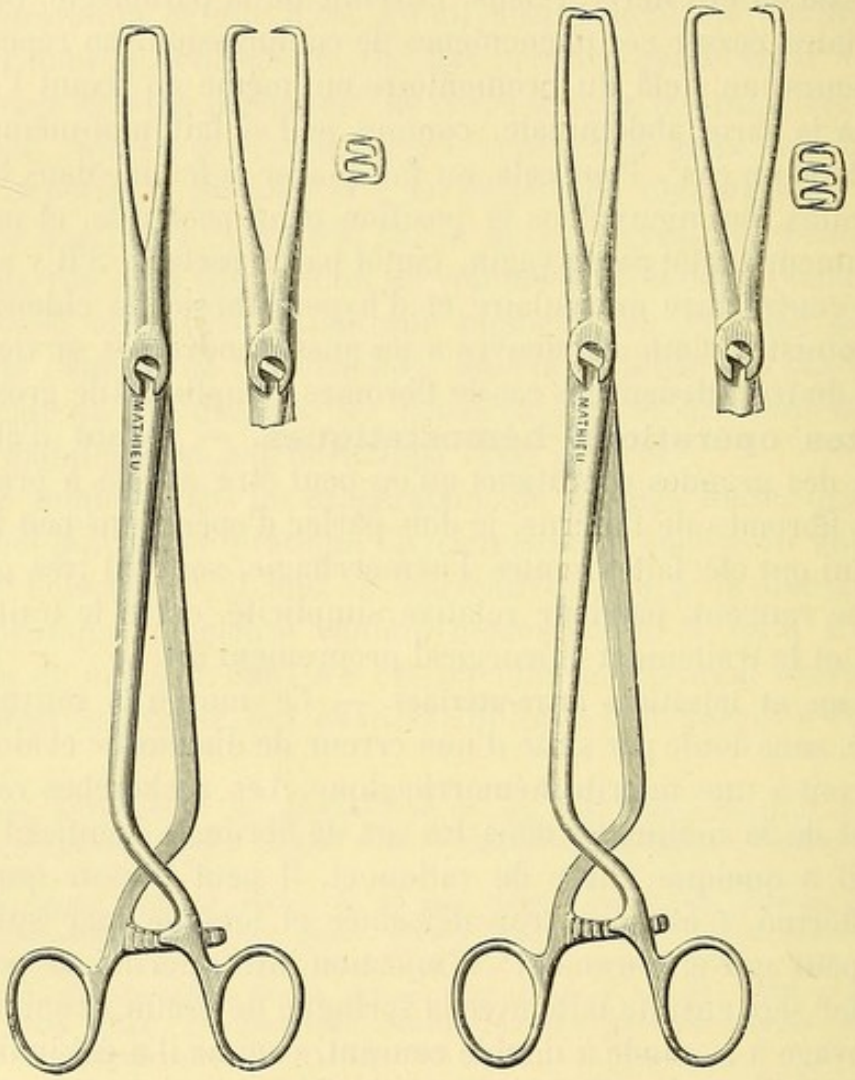


Fig. 174. — Pinces de Museux (à 3 et 4 dents).

puis par Baker Brown et qui a été récemment vantée de nouveau[1], ne peut agir que si l'on pousse l'incision assez loin pour sectionner et lier des branches importantes de l'artère utérine. Elle se réduit alors à la ligature de ces vaisseaux. Cette intervention ne peut avoir d'utilité que dans des cas très restreints où le néoplasme occupe le segment inférieur de la matrice.

[1] D. Angel Villa. *Loc. cit.*, p. 576.

Scarification intra-utérine.

Scarification intra-utérine. — Dans les cas d'hémorrhagie opiniâtre dépendant d'un fibrome intra-utérin, Martin[1] dit s'être bien trouvé d'un moyen anciennement employé par Simpson : le débridement de la capsule par une scarification faite sur la partie saillante de la tumeur sous-muqueuse. Les vaisseaux divisés se rétractent.

Traitement chirurgical.

Traitement chirurgical des corps fibreux. — Les opérations qu'on peut appliquer aux corps fibreux diffèrent, selon que ceux-ci sont abordables par les voies naturelles ou seulement par la laparotomie. Les progrès de la gynécologie opératoire permettent aujourd'hui, bien plus souvent que par le passé, d'éviter la section des parois abdominales.

Dans ce chapitre, je m'occuperai seulement des corps fibreux que leur évolution pousse vers le vagin et qu'on peut aborder par cette voie.

Corps fibreux du museau de tanche.

A. **Corps fibreux de la portion vaginale du col.** — Au niveau du col il n'y a pas lieu, vu le peu d'épaisseur des tissus, de distinguer les fibromes en sous-muqueux et interstitiels. Ils sont ordinairement faciles à détacher des tissus voisins. On peut donc, comme Lisfranc l'a fait autrefois[2], et à sa suite tous les chirurgiens, essayer de les énucléer à l'aide du doigt et d'une spatule, après en avoir enlevé la portion inférieure et en avoir suffisamment diminué le volume par l'ablation d'une tranche de tissu ou par l'évidement conoïde, afin de rendre la manœuvre plus facile.

Il est tout à fait inutile de compliquer l'opération, en se servant pour le morcellement de l'écraseur ou de l'anse galvanocaustique. Cette dernière est dangereuse pour les parties voisines et d'un maniement délicat. On ne l'emploiera que dans des cas très exceptionnels. L'écraseur, que quelques chirurgiens préconisent encore pour l'ablation des tumeurs fibreuses par le vagin, a plusieurs défauts, dont quelques-uns très graves : il se casse facilement sur ces tissus d'une résistance extrême, il les sectionne très lentement et fait perdre beaucoup de temps, pendant lequel l'utérus peut saigner au-dessus de la tumeur ; enfin il a une tendance à remonter, à *grimper*, pour ainsi dire, sur les tissus résistants, par une sorte de reptation qui a parfois causé l'ouverture du péritoine[3]. Pour perdre le moins de sang possible, je crois que le meilleur moyen est de procéder vite avec le bistouri ; les corps fibreux, en effet, sont très peu vasculaires, et si quelques vaisseaux donnaient du sang, il serait facile d'arrêter l'hémorrhagie, en plaçant sur eux quelques pinces à demeure. Si la tumeur du col, comme dans un cas de Schauta, se prolongeait

[1] A. Martin. *Path. und der Frauenkr.*, p. 275.
[2] Lisfranc. *Clinique de l'hôpital de la Pitié*, 1845, vol. III, p. 172, 178, 179.
[3] Tillaux. *Annal. de gyn.*, 1874, t. II, p. 461.

supérieurement vers l'utérus, il faut l'attaquer par morcellement, de façon à l'enlever en totalité. S'il s'agit d'un myome, non pourvu de capsule, on fera l'amputation de la tumeur le plus haut possible, en conservant deux lambeaux qu'on réunira.

Quand, après l'énucléation, il se présente une plaie nette, on pourra aussi en régulariser les bords et suturer. Mais, pour peu qu'on juge la réunion primitive impossible, on se contentera de réséquer les débris de la capsule et de la bourrer de gaze iodoformée.

ypes du corps.

B. **Corps fibreux (du corps) pédiculés, ou polypes.** — Lorsque le polype est intra-utérin, il faut faire une opération préliminaire pour le rendre accessible. Ce qui est préférable, c'est l'incision bilatérale du col, qu'on pratiquera avec de forts ciseaux jusqu'à l'insertion vaginale. La portion sus-vaginale du col est généralement dilatée par la tension même du polype; s'il en était autrement, on se servirait de la laminaire pour la ramollir, puis des bougies de Hégar pour la dilater. Enfin, on ferait au besoin le débridement bilatéral du museau de tanche (p. 128).

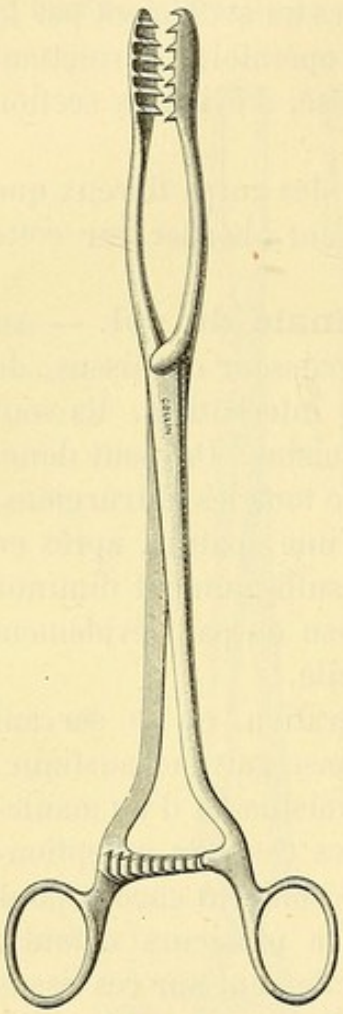


Fig. 175. — Pince à tumeurs (Collin).

L'ablation d'un polype est ordinairement très simple. La malade est placée en position dorso-sacrée; le vagin est dilaté par des valves et des écarteurs; le polype étant saisi avec des pinces à griffes (fig. 174 et fig. 175), on l'abaissera le plus possible, tandis que la main appliquée au-dessus du pubis s'assure qu'il n'y a pas inversion de l'utérus. On imprime alors au polype un mouvement de rotation sur son axe, de façon à tordre le pédicule. Au bout de deux ou trois tours, on fait glisser jusqu'à l'insertion du pédicule sur le polype de forts ciseaux, courbés sur le plat, et on commence à inciser le pédicule à petits coups, en continuant la torsion. Celle-ci a un double effet : elle aide au détachement du pédicule et elle favorise l'hémostase.

On conseille généralement de sectionner le pédicule le plus haut possible. En agissant inversement, on se met, je crois, beaucoup plus en garde contre les chances (très problématiques, du reste) d'hémorrhagie secondaire. Le pédicule sectionné se rétracte dans la cavité utérine, et la portion qui n'est pas éliminée par suite de la torsion qu'elle a subie s'étale et s'efface rapidement.

Tous les moyens d'exérèse employés par crainte d'hémorrhagie doivent être résolument abandonnés. Ils ont causé plus de victimes qu'ils n'ont sauvé de malades : l'anse galvano-caustique, le serre-nœud, l'écraseur, la ligature prolongent et compliquent infiniment une opération qui doit être rapide, pour rester bénigne. Déjà Dupuytren s'élevait contre la crainte chimérique de l'hémorrhagie et préconisait l'instrument tranchant. Il faut revenir à sa pratique. Dans les cas, assurément très rares, où le pédicule contient de gros vaisseaux[1], on les reconnaîtrait à la palpation et on placerait sur le

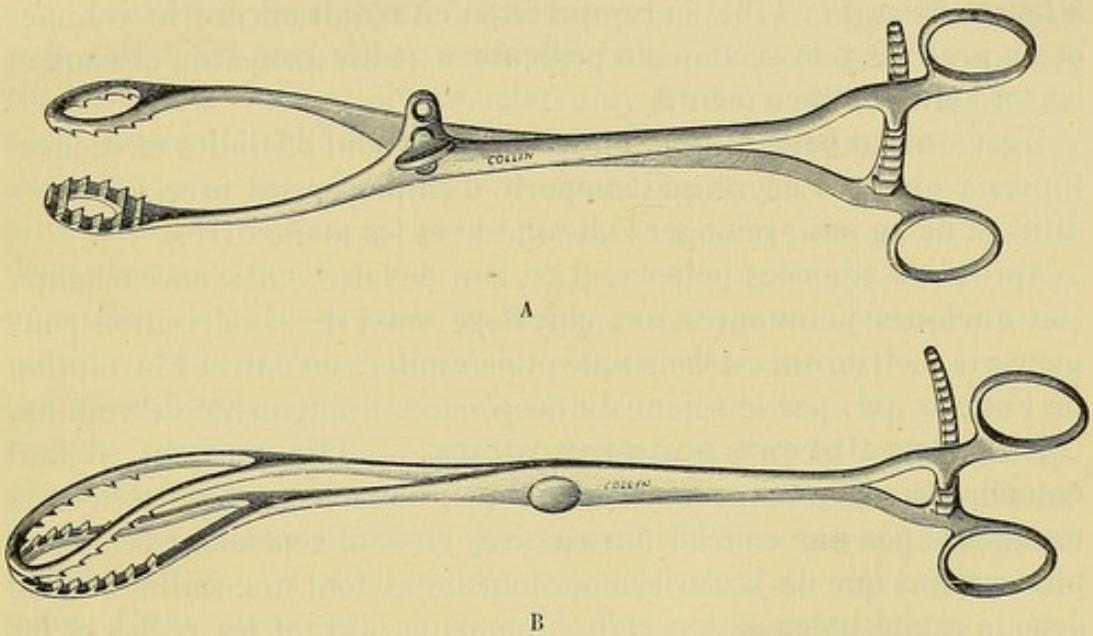


Fig. 176. — Pinces pour l'extraction des gros polypes.
A. Pince à tumeur à articulation mobile (Jeannel). — B. Forceps à dents de brochet.

pédicule, avant de le sectionner, de longues pinces à forcipressure qu'on y laisserait quelques heures. Si une perte de sang se produisait, les injections d'eau chaude, l'ergot de seigle, et, au besoin, le tamponnement antiseptique de la cavité utérine à la gaze iodoformée, en viendraient facilement à bout.

Énormes polypes.

J'ai proposé[2] d'appeler **énormes polypes** ceux qui, remplissant la cavité du vagin, ne laissent pas arriver le doigt au pédicule et ne peuvent ordinairement franchir la vulve qu'au prix de certaines manœuvres. Les énormes polypes donnent lieu à des indications opératoires spéciales. On ne peut pas essayer de sectionner le pédicule, sans avoir auparavant diminué le volume du fibrome. Ce résultat s'obtient très simplement, en combinant des moyens divers qui ont été prônés à tour de rôle. Ce qu'on a appelé l'*allongement opéra-*

[1] U. Trélat. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1881, p. 1298.
[2] S. Pozzi. *Revue de chir.*, fév. 1885, p. 113.

toire est obtenu par de profondes incisions faites *en escalier* dans la tumeur, tandis qu'on l'attire au dehors (Simon[1]). On atteint le même but en pratiquant des incisions *spiroïdes* (Hegar[2]) sur la coque de la tumeur, qui est sa partie la plus résistante. Enfin, le morcellement par l'ablation de *tranches* ou de *fragments conoïdes* qui évident progressivement le polype[3] paraît être un des meilleurs moyens. Il est bien préférable de s'attaquer à la tumeur que de faire des *débridements* à la fourchette, comme cela a d'abord été conseillé par Dupuytren et, depuis[4], souvent exécuté. Dès que la tumeur a suffisamment diminué de volume, on la saisit entre les branches de pinces à larges mors (fig. 176); la compression en réduit encore le volume, et on procède à la section du pédicule à petits coups de ciseaux et en tordant simultanément.

C'est surtout dans les cas où les femmes sont affaiblies et cachectiques à un haut degré qu'il importe d'employer des procédés expéditifs et de ne pas prolonger l'anesthésie et les manœuvres.

Après l'ablation des polypes, il est bon de faire, soit séance tenante, soit quelques jours après, un curettage suivi de cautérisation pour guérir la métrite qui est constante et précipiter, en outre, l'involution de l'utérus qui, par le séjour du néoplasme, a augmenté de volume.

Traitement chirurgical des corps fibreux sous-muqueux.

C. **Corps fibreux sous-muqueux.** — Cliniquement, il faut entendre, sous ce nom, les fibromes qui, même encore séparés de la muqueuse par une couche musculaire, en sont cependant beaucoup plus voisins que de la surface péritonéale et font une saillie notable dans la cavité utérine. A certains moments, durant les règles et les hémorrhagies accompagnées de coliques, le col peut s'effacer plus ou moins et s'ouvrir de façon à laisser le doigt pénétrer jusqu'à la saillie de la tumeur. La dilatation artificielle, à défaut de cette dilatation naturelle, permet, du reste, d'apprécier ces conditions anatomiques. Une pressante indication d'intervention active est le commencement de gangrène.

La laxité des connexions entre l'utérus et la tumeur contenue dans ses parois, et l'exemple, plusieurs fois renouvelé, d'expulsions spontanées par les simples efforts de la nature, devaient engager les chirurgiens à tenter l'**énucléation.**

Énucléation.

L'idée de l'énucléation appartient à Velpeau[5], mais c'est Amussat[6]

[1] Simon. *Monatschrift*, vol. XX, p. 25.

[2] Hegar et Kaltenbach. *Loc. cit.*, trad. franç., p. 414.

[3] Velpeau et Chassaignac. *Bullet. de la Soc. anat.*, 1833, p. 113.

[4] Heywood Smith et Barnes. *Trans. of the obstetr. Society of London*, 1881, vol. XXIII, p. 233. — Kœberlé. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1888, n° 4, p. 37.

[5] Aug. Bérard. *Gaz. des hôp.*, 1842, p. 18.

[6] Amussat. *Revue méd.*, août 1840, et *Mémoire sur l'anatomie pathol. des tumeurs fibreuses interstitielles de la matrice et sur la possibilité de les extirper, lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de cet organe.* Paris, 1842.

qui exécuta la première opération de ce genre; l'ardeur qu'il mit à la défendre lui fit donner son nom. Cette opération hardie, séduisante, fut depuis lors plusieurs fois répétée par L. Boyer, A. Bérard, Maisonneuve, Lisfranc, etc. Elle eut alors, en France, une vogue momentanée, mais bientôt de nombreuses et funestes déceptions vinrent ralentir l'ardeur de ses partisans. Elle finit par tomber dans le discrédit, et ne fut plus pratiquée que de loin en loin et d'une façon isolée : les critiques contenues dans les thèses de concours de Jarjavay et de Guyon[1] contribuèrent puissamment à ce résultat. Mais, pendant que la fortune de l'énucléation déclinait en France, elle s'élevait à l'étranger. Atlee[2] propagea en Amérique le moyen « de guérir des tumeurs, considérées jusqu'ici comme au-dessus des ressources de l'art ». En Angleterre et en Allemagne on pratiqua aussi l'opération d'Amussat[3], qui continua longtemps cependant à avoir ses principaux partisans en Amérique[4]. Elle n'était presque plus employée en France, quand ma thèse d'agrégation parut attirer, de nouveau, l'attention sur elle, et provoqua quelques observations nouvelles[5]. Mais les progrès de la laparotomie ont, il faut l'avouer, presque exclusivement dirigé la plupart des chirurgiens vers les opérations intra-péritonéales (hystérotomie, castration), jusqu'à la récente réaction tentée avec succès en faveur de la voie vaginale, par Péan[6]. Cette réaction a fait presque complètement disparaître l'opération de l'énucléation qui est, en France, presque toujours remplacée par l'hystérectomie vaginale avec ou sans morcellement. Cette opération est en effet plus rapide et par suite moins grave.

Nous verrons toutefois que le morcellement des tumeurs permet de reculer fort loin l'action du chirurgien par la voie vaginale. Ce n'est, du reste, que lorsqu'il s'agit de très petits fibromes qu'on

[1] Jarjavay. *Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus*, thèse de concours, Paris, 1850. — Guyon. Thèse d'agrégat., 1860.

[2] W. L. Atlee. *The surgical treatment of certain fibroid tumours of the uterus heretofore considered beyond the resources of art*, Philadelphie, 1853.

[3] Baker Brown. *Obstetrical Transactions*, Londres, 1862, t. III, p. 67, 79. — Duncan. *Edinb. med. Journ.*, févr. 1867, t. XII, 2e part., p. 706. — Maennel. *Prag. Vierteljarsch.*, 1874, Bd. II, p. 29. — C. Braun. *Wien. med. Woch.*, 1774, nos 39-41. — Un des travaux les plus complets sur ce sujet a été publié par R. Lomer. *Zeitsch. f. Geburstk.*, 1885, Bd. IX, p. 277; on en trouvera l'analyse dans l'*Union méd.*, 9 oct. 1885. — Consulter aussi : Chrobak. *Ueber die vaginale Enucleation der Uterinfibr.* (*Med. Jahrb. der k. k. Gesellschaft*, Vienne, 1888, t, III, p. 531). — Nebel. *Zur vaginalen Enukleation der Uterusmyome* (*Münchn. med. Woch.*, 1880, n° 5).

[4] Marion Sims. *New-York med. Journ.*, avril 1874, t. XIX, p. 337.

[5] Dezanneau. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 11 janv. 1882, p. 7. — Duret. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, août 1889.

[6] Péan. *Gaz. des hôp.*, 1886, p. 445 et p. 1169, et *Ablation des petites tumeurs fibreuses par le vagin*. Paris, 1885. — Sécheyron. *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale*. Paris, 1889, p. 157 et suiv.

peut procéder à l'opération type de l'énucléation, sans morcellement.

L'étroitesse et la rigidité du vagin ne sont pas une contre-indication formelle; on peut essayer de les vaincre par un tamponnement préalable; mais il est préférable de diminuer le volume de la tumeur par le morcellement.

En l'absence de la dilatation spontanée du col, on se fera un passage avec des tiges de laminaire et les bougies de Hegar pour pratiquer l'incision bilatérale du col. Chrobak préfère des incisions multiples, radiées, qu'il suture avec soin, après l'opération. Du reste, pour peu que la tumeur dépasse le volume du poing, on ne tentera pas d'énucléer le néoplasme en totalité, mais on s'adressera de préférence, au morcellement.

L'opération varie considérablement selon le volume, la consistance et les connexions du corps fibreux. Avant de donner les règles de la technique opératoire, je ferai remarquer, encore une fois, qu'il est bien rare actuellement de faire l'énucléation telle qu'on la pratiquait jadis, depuis qu'une plus grande hardiesse a rendu le morcellement familier à la plupart des chirurgiens.

Technique opératoire de l'énucléation.

La position la plus commode paraît être la position dorso-sacrée; quelques opérateurs préfèrent celle de Sims ou décubitus latéral. L'anesthésie est nécessaire. Deux aides soutiennent les jambes de la malade : l'un d'eux abaisse l'utérus en pressant au-dessus du pubis, l'autre pratique l'irrigation continue; tous deux tiennent des valves ou des écarteurs.

Il est bon d'avoir un aide de rechange, l'assistance étant particulièrement fatigante.

Quand le col n'est pas assez dilaté, on n'hésitera pas à l'inciser, jusqu'à l'insertion vaginale, après avoir fait la ligature préventive des branches inférieures de l'artère utérine (p. 128). C'est un **temps préliminaire**.

Si la tumeur est petite, et si le col n'est pas trop aminci pour qu'on puisse le saisir et le maintenir, une pince fixatrice sur l'une et l'autre lèvre rendra des services, en facilitant l'abaissement et en donnant un point d'appui pour les manœuvres d'énucléation.

Le **premier temps** consiste à ouvrir la capsule. On saisit fortement, avec des pinces de Museux, la portion la plus saillante de la tumeur, et dans le point où la muqueuse se réfléchit sur l'utérus, on fait avec le bistouri ou les ciseaux une incision aussi étendue que possible, si on ne peut la déchirer avec les ongles.

Dans un **deuxième temps** on décortique la tumeur avec les doigts introduits dans la capsule. Une spatule montée est nécessaire dans la plupart des cas. Elle doit être mousse et légèrement concave ; j'ai fait construire un énucléateur qui m'a rendu de grands services : il

a la forme et la cambrure du manche d'une grande cuiller à potage (fig. 177). Je le préfère à l'énucléateur de Sims et à la cuiller dentée de G. Thomas.

A mesure qu'on a détruit dans une certaine étendue les adhérences du fibrome, on l'attire en bas à l'aide d'une ou de plusieurs pinces de Museux. Des érignes doubles peuvent aussi être utiles. On fait ainsi rouler le fibrome sur son axe : s'il était nécessaire, on couperait avec des ciseaux courbes les tractus fibreux qui ne céderaient pas à l'énucléateur.



Fig. 177. — Énucléateur de Pozzi.

Le **troisième temps**, ou accouchement de la tumeur, n'est laborieux que si celle-ci est volumineuse ; alors le morcellement et la réduction avec un petit forceps peuvent s'imposer de même que pour les énormes polypes. J'ai pu avec une pince à faux germe, accoucher d'un bloc, un fibrome intra-utérin plus gros que le poing que j'avais dû énucléer, non de sa capsule, mais de la cavité utérine elle-même avec laquelle il avait contracté des adhérences. Il s'agissait d'un cas très curieux de polype à apparitions intermittentes qu'on avait négligé d'enlever après de fréquentes migrations vaginales, et qui finalement avait rétrocédé dans l'utérus où il s'était secondairement fixé [1].

Frankenhauser a inventé, pour l'extraction des tumeurs volumineuses, un instrument spécial ressemblant à un céphalotribe ; Martin, des pinces articulées comme le forceps. P. Segond a imaginé un instrument permettant de les égruger. C. Braun, pour broyer les tumeurs volumineuses, s'est servi du cranioclaste. On peut simplifier l'arsenal et s'en tenir aux instruments que j'ai indiqués.

Autrefois, quand la fatigue de l'opérateur ou l'épuisement de la malade venaient interrompre l'extirpation, l'on attendait ; on a vu quelquefois l'élimination du reste de la tumeur se faire spontanément au bout de quelques jours ; ou bien une seconde opération était pratiquée, qui s'effectuait plus facilement par suite de l'infiltration de la capsule et du relâchement des adhérences.

[1] S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 5 nov. 1884, p. 779.

Énucléation en plusieurs temps.

Cette dernière circonstance donna l'idée à quelques opérateurs d'ériger en principe l'**opération en plusieurs temps** (Matthews Duncan[1], Marion Sims, Küstner[2]). Mais c'est transformer en condition de choix une condition de nécessité : on s'expose, en effet, à la septicémie qui a suivi beaucoup de cas traités de cette façon. Il est une autre variété de l'opération en deux temps : au lieu de faire deux séances d'énucléation, on fait seulement dans la première, à l'exemple d'Atlee[3], une profonde **incision de la capsule**. On attend ensuite quelques jours, et, quand on suppose que les contractions utérines ont produit la déhiscence de l'incision et un certain relâchement de la tumeur, on procède à l'énucléation. Vulliet[4] a récemment repris et perfectionné le procédé d'Atlee. D'abord, il essaye, un peu théoriquement peut-être, de diriger le fibrome, dès les premières phases de son apparition, vers la cavité utérine plutôt que vers la cavité abdominale, à l'aide de l'électricité (courant galvanique). Puis, le fibrome devenu sous-muqueux est traité par l'incision de la capsule: enfin, l'ergotine et l'électricité faciliteraient singulièrement l'énucléation spontanée de la tumeur que favoriserait encore l'excitation causée par le tamponnement intra-utérin avec la gaze iodoformée, renouvelé toutes les quarante-huit heures. On intervient, en dernier lieu, pour compléter et terminer le travail spontané d'expulsion, qui se fait tantôt sous forme de polype, tantôt par lambeaux.

On peut reprocher à cette méthode sa lenteur extrême, la multiplicité des manœuvres auxquelles elle expose l'utérus, enfin l'inutilité d'une aussi longue temporisation, dès que la tumeur est devenue accessible à l'opérateur.

S'il est impossible d'enlever toute la tumeur, à moins d'user d'une violence dangereuse, on peut se résigner à en abandonner une partie dans l'utérus, pourvu que, par un traitement antiseptique convenable (tamponnement iodoformé, injections intra-utérines phéniquées, etc.), on se mette en garde contre la septicémie que pourrait provoquer la gangrène du fragment laissé en place. Il n'y a rien d'étonnant si ces **ablations incomplètes** de fibrome ont donné lieu à des désastres, lorsque les précautions antiseptiques n'étaient pas prises ou n'avaient pas été suffisantes[5]. Quoique l'événement soit toujours très fâcheux,

[1] M. Duncan. *Edinb. med. Journ.*, janv. et févr. 1867, t. XII, 2e partie, p. 628 et 706.

[2] O. Küstner. *Die zweizeitige vaginale Enukleation grosser Uterusmyome* (*Deutsche Med. Woch.*, 1893, n° 1).

[3] W. L. Atlee. *Amer. Journ. of med. sciences*, avril 1845, 2e sér. t. IX, p. 309 et oct. 1856, t. XXXII, p. 365 (opération par F. Hinkle).

[4] Vulliet. *Contribution à l'étude du traitement des fibro-myomes intra-pariétaux* (*Arch. de toc.*, 1885, p. 356).

[5] P. Broca. *Traité des tumeurs*, Paris, 1869, t. II, p. 272. — L. Mebner. *De la terminaison par gangrène des corps fibreux intra-utérins, des dangers de leur extirpation partielle*, thèse de Paris, 1883, n° 77 (contient une observ. inédite de M. Dumontpallier).

on peut, en pareil cas, espérer voir se réaliser l'une ou l'autre des éventualités suivantes dont on possède plusieurs observations : expulsion spontanée plus ou moins tardive des restes du fibrome[1], ou rétraction et atrophie du moignon intra-utérin[2]. J'estime cependant qu'il est préférable de terminer l'opération par une hystérectomie vaginale.

Soins consécutifs à l'énucléation.

Après l'énucléation d'un fibrome intra-utérin, on se trouve en présence d'une cavité souvent très grande, saignante, traversée de débris flottants, et d'un utérus en état de relâchement plus ou moins complet. On doit régulariser la plaie, en excisant tous les lambeaux de muqueuse et de brides. Une injection antiseptique chaude sera ensuite indispensable. Il vaut mieux se servir d'une solution phéniquée (à 20/1000) que de sublimé, vu la grande surface d'absorption qui pourrait donner lieu à des accidents. La température de l'injection sera élevée à 50 degrés, s'il y a un suintement de sang notable. On pourra aussi alors tamponner la cavité utérine avec la gaze iodoformée et colophanée. Enfin, une injection hypodermique d'ergotine jointe à des malaxations du bas-ventre amènera les contractions de l'utérus. On placera un bandage de corps serré sur d'épaisses couches d'ouate et on condamnera la malade au repos absolu.

Accidents

Les principaux **accidents de l'énucléation** sont : l'hémorrhagie, la blessure des parois utérines, l'inversion de l'utérus et, tardivement, la septicémie.

Pour l'**hémorrhagie**, le meilleur remède est de terminer l'opération rapidement : le retrait des parois utérines amène l'hémostase. Dans le cas contraire, on ferait la compression de l'aorte abdominale et le tamponnement intra-utérin[3].

La **perforation** n'est très grave que s'il survient une inflammation septique de la cavité; sans quoi, une péritonite adhésive vient bientôt fermer la plaie, comme cela arrive après l'hystérectomie vaginale.

L'**inversion** peut se produire pendant l'opération, sous l'influence des tractions excessives, et peut même faciliter la tâche du chirur-

— Otto Spiegelberg. *Arch. f. Gyn.*, 1873, Bd. V, p. 100. — Riedinger. *Wien. med. Woch.*, 1883, n° 20, p. 605. — Breisky. *Zeitschr. für Heilk.*, 1884, Bd. V, p. 109.

[1] Frankenhauser. *Correspondenzbl. f. schweiz. Aertze*, 1875, p, 225. — Tillaux, Duplay, Guyon, Guéniot, Polaillon. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, déc. 1874, p. 651 et suiv.

[2] Müller. *Arch. f. Gynäk.*, 1874, Bd. VI, p. 125. — Chiari. *Klin. der Geburtsh.*, p. 408. — Chrobak. *Med. chirurg. Rundschau*, p. 871. — P. Walter. *Dorpat. med. Zeitsch.*, 1878 Bd. IV, p. 401. — J. Browkillo. *De l'extirpation partielle des polypes utérins volumineux*, thèse de Paris, 1881 (une observ. inédite de Th. Anger).

[3] Sur le tamponnement intra-utérin, après l'ablation de tumeurs, consulter : Fritsch, *Samml. klin. Vorträge*, n° 288, et *Die Krankheiten der Frauen*, 3e édit., 1886, p. 77. — Sur le tamponnement, après l'accouchement : Dührssen. *Die Uterustamponade mit Iodoformgaze bei Atonie des Uterus nach normaler Geburt* (*Centr. f. Gyn.*, 27 août 1887, p. 553.) — Auvard. *Gaz. hebd.*, 1887, n° 44, p. 706. — Max Kortüm. *Centr. f. Gyn.*, 11 févr. 1888, p. 81.

gien, en rendant la tumeur plus accessible; mais il est dangereux alors de la méconnaître, car elle pourrait égarer l'opérateur. Après l'opération, la minceur de la coque a parfois favorisé une inversion consécutive. Bischoff[1], dans un cas semblable, obtint la réduction progressive à l'aide du tamponnement.

La **septicémie**, avec ses diverses manifestations locales, métro-péritonite, thromboses, etc., est à craindre, quand une très grande cavité subsiste, par suite du manque de rétraction des parois de l'utérus. Il est utile alors de faire des injections et des pansements antiseptiques intra-utérins répétés. On pourra placer à demeure, dans l'intérieur de la cavité, un tube de caoutchouc en croix qui tient facilement en place, sans exercer de pression (fig. 57, p. 81).

Dans les cas où la sécrétion serait très abondante et putride, on emploiera l'irrigation continue à courant faible; on injecterait même le liquide goutte à goutte, à l'aide de l'ingénieux appareil de Schücking, adapté au tube d'écoulement d'un réservoir rempli de liquide antiseptique (eau phéniquée à 20/1000) et relié au tube en croix intra-utérin.

Gravité de l'énucléation.

Gravité de l'opération. — Selon la remarque judicieuse de West[2] et de Gillette[3], il est impossible de se faire une idée exacte de la gravité de l'énucléation par les statistiques résultant de tous les cas connus: d'une part, en effet, on publie plus volontiers les succès que les revers; d'autre part, on réunit aussi des cas très dissemblables d'énucléations complètes ou incomplètes, en une ou plusieurs séances, pratiquées pour des tumeurs intactes ou gangrenées, traitées ou non antiseptiquement, etc.

Enfin, le mot *énucléation* n'a pas la même signification pour tous les auteurs. Pour bien juger cette opération — comme toutes les autres — il faudrait pouvoir réunir une suite d'importantes séries individuelles, provenant de chirurgiens d'une compétence avérée, et établies par catégories de faits homologues. De pareils éléments, malheureusement, manquent et on doit se contenter des documents disparates et plus ou moins incomplets, accumulés dans les publications périodiques. J'avais ainsi, en 1875[4], réuni 64 cas comprenant 16 morts, soit 25 0/0 de mortalité. Gusserow[5] a pu rassembler 154 opérations, faites depuis Amussat jusqu'en 1877, suivies de 51 morts, soit 33 0/0. Lomer[6], qui a restreint son enquête à la

[1] Bischoff. *Vortrag in der. med. Gesells. in Basel*, 1er nov. 1877 (*Corresp. f. schweiz. Aerzte*, 1878, p. 481, 522).

[2] West. *Leçons sur les maladies des femmes*, trad. par Ch. Mauriac. Paris, 1870, p. 352.

[3] Gillette. *Annal. de gynéc.*, 1875, t. III, p. 68.

[4] S. Pozzi. *De la valeur de l'hystérotomie*, etc., 1875, p. 131.

[5] Gusserow. *Die Neubildungen des Uterus*, 1885, p. 90.

[6] Lomer. *Uber die Enucleation der Myome* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1883, Bd. IX, p. 295).

période qu'on pourrait appeler antiseptique, de 1873 à 1883, a trouvé sur 112 cas 18 morts, soit 16 0/0. Enfin, en ajoutant à la statistique de Lomer quelques faits récents, Gusserow arrive au chiffre de 153 cas dont 23 morts, soit 15 0/0. Ascher[1] n'a observé qu'une mort sur 10 cas, soit 10 pour 100. Enfin Léopold[2] a récemment obtenu 28 guérisons sur 28 opérations, et C. Braun[3] 15 guérisons sur 15 cas. On voit de quelle énorme atténuation dans la gravité de l'opération nous sommes redevables à l'antisepsie.

A. Martin[4] donne une statistique personnelle qui a une valeur exceptionnelle, vu l'habileté de ce chirurgien et la possibilité qu'il a eue, dans sa grande pratique, de comparer cette opération à celles faites par la voie abdominale, pour des cas analogues. Sur 27 opérations, il a observé 5 morts, dont 2 par blessure du péritoine et péritonite, 2 par septicémie (à une époque antérieure à l'ère antiseptique), 1 par collapsus. Martin déclare qu'il est tout à fait revenu de l'énucléation vaginale pour les tumeurs du corps de l'utérus, même quand elles sont à moitié *accouchées*. Il préfère de beaucoup l'extraction par la voie abdominale, et il fait alors, de ce côté-là, une véritable *énucléation* qui respecte l'intégrité de l'utérus, comme nous le verrons plus loin[5],

Énucléation transvaginale et par la périnéotomie transversale.

Énucléation transvaginale. — Il peut arriver que le myome, né de la partie sus-vaginale du col ou de la face postérieure de l'utérus, proémine derrière la paroi postérieure du vagin, qu'il faut alors inciser pour arriver le plus directement sur la tumeur et pour pouvoir l'énucléer. Souvent aussi, quoique plus rarement, le fibrome s'avance du côté du cul-de-sac antérieur du vagin; dans ces cas-là, l'opération la plus rationnelle est de franchement inciser le vagin pour extirper le fibrome. On comprend que les manœuvres soient relativement simples, quand on opère en arrière, pour des tumeurs exclusivement développées dans le tissu conjonctif pelvien et non coiffées du péritoine. Czerny[6], ainsi que Ljocis et Olshausen[7], rapportent plusieurs succès obtenus par cette méthode[8]. Le Fort a relaté un cas curieux où la paroi recto-vaginale était dédoublée dans toute

[1] S. Ascher (de Hambourg). *Zur Kasuistik der Myomoperationen* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1890, Bd. XX, Heft 2, p. 307).

[2] Leopold. *Die operative Behandlung der Uterusmyome, etc.* (*Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVIII, Heft 1).

[3] Egon Braun fils. *Beiträge zur Lehre der Laparotomien, etc.*, Vienne, 1880, p. 12.

[4] Martin. *Path. und Therap. der Frauenkr.*, 1887, p. 270.

[5] Martin. (*Ueber Myomoperationem*, in *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 797) n'a cependant pas entièrement abandonné l'énucléation, puisqu'il a récemment publié une série de 31 cas, avec 6 morts.

[6] Czerny. *Wien. med. Woch.*, 1881, nos 18 et 19, p. 501 et 525.

[7] Ljocis. Thèse de Zurich, 1878. — Olshausen. *Klin. Beitr. f. Gyn.*, 1884, p. 96.

[8] L. Le Fort. *Myome cervical infiltré dans la cloison recto-vaginale* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, juill. 1888, p 577).

sa hauteur (ce qui simulait une rectocèle) par un corps fibreux pédiculé dont il a fait l'énucléation par le périnée ; la malade guérit. Marc Sée, à cette occasion, cite un cas analogue, mais cette fois sans pédicule.

Eugène Bœckel [1], chez une femme où le fibrome était surtout accessible à travers le vagin, incisa ce canal et le col utérin, en arrière et sur la ligne médiane, excisa et énucléa la tumeur et obtint une guérison.

Quand la tumeur est très volumineuse, il vaudra mieux joindre le morcellement à l'énucléation.

Dans un cas où un gros fibrome dédoublait partiellement la cloison recto-vaginale, j'ai pratiqué facilement le morcellement de la tumeur, après avoir dédoublé cette cloison à l'aide d'une incision allant d'un ischion à l'autre (*périnéotomie transversale*).

Lorsque le corps fibreux proémine à la fois vers le vagin et vers la cavité péritonéale, on est exposé à ouvrir le péritoine. On peut même, dans les cas de petites tumeurs de la paroi antérieure ou du fond de l'utérus, l'ouvrir de propos délibéré, par la colpotomie antérieure, inciser l'utérus, énucléer la tumeur et, l'opération terminée, le suturer et le fixer au vagin [2].

Morcellement et myomotomie vaginale.

Morcellement et myomotomie vaginale. — La difficulté de faire l'énucléation quand la tumeur offre un volume considérable ou des connexions étroites avec le tissu utérin, d'une part, la gravité de l'ouverture du ventre comparativement à une opération faite par la voie vaginale, d'autre part, ont poussé les chirurgiens à entreprendre l'ablation de grosses tumeurs en fragments successifs par le vagin, à travers le col largement effacé, soit par la dilatation naturelle, soit par l'incision. Cette opération, que je décrirai à cause de son intérêt historique, a entièrement été remplacée par l'hystérectomie vaginale par morcellement, plus expéditive et moins grave.

Emmet [3], en Amérique, a désigné, sous le nom d'**extraction des corps fibreux par traction**, un procédé qu'il pratique depuis 1874 et qu'il décrit malheureusement d'une manière un peu diffuse. Son but, dit-il, est d'arriver par des tractions à pédiculiser la tumeur, qu'il excise alors par un procédé mixte de morcellement et d'énucléation. Mais il expose sa technique d'une façon si incomplète qu'on ne peut s'en faire une idée très précise. Les faits isolés de Czerny et d'autres chirurgiens allemands n'ont pas non plus été synthétisés en une méthode définie.

On ne peut, au contraire, refuser ce caractère à la technique que

[1] Eug. Bœckel. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1885, n° 3, p. 31.

[2] A. Martin. *Die Colpotomia anterior* (*Monatsschr. f. Geb. und Gyn.* 1895, Bd. II, p. 109).

[3] Emmet. *The principles and practice of gynecology*, 3e édit., Londres, 1885, p. 587 et suiv. — Voir, en particulier, l'observ. 64 et les figures 110 et 111.

Péan a fait connaître jusqu'en ses moindres détails par une série de publications[1] qui ont été bien résumées dans la thèse, puis dans le livre de Sécheyron. L'idée maîtresse de ce procédé consiste à employer le morcellement d'emblée, comme manœuvre initiale et non comme adjuvant de l'énucléation. Au lieu d'attaquer la tumeur à la périphérie, ce chirurgien entre immédiatement en plein fibrome et n'arrive à la coque fibreuse que lorsque toute la tumeur est déjà évidée. Cette méthode comprend de plus une opération préliminaire, assez spéciale, de libération, de discision et même d'excision du col, pour donner libre accès vers le fibrome.

Les cas auxquels ce chirurgien appliquait primitivement le morcellement vaginal comprennent non seulement des tumeurs sous muqueuses du volume d'une tête d'enfant ou d'adulte, mais encore des cas de tumeurs interstitielles et sous-péritonéales, ce qui entraîne fatalement la large ouverture de la séreuse. Aussi, dans ces cas-là, Péan a-t-il dû souvent terminer l'opération par l'ablation totale de l'utérus, soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale[2]. Il y avait là, une extension exagérée du procédé. Mieux vaudrait, en pareil cas, faire d'emblée et de propos délibéré, l'hystérectomie vaginale au lieu d'être amené à la pratiquer après des manœuvres déjà laborieuses.

Technique opératoire du morcellement.

L'**opération** se divise en plusieurs temps : 1° Libération du col des insertions vaginales ; 2° section du col et du segment de l'utérus jusqu'au niveau de la tumeur ; 3° morcellement de la tumeur, suivi ou non de son énucléation partielle ; 4° excision ou suture des lèvres du col.

Pour cette opération, Péan emploie toute une série de pinces droites et courbes, à mors longs, plats, dentés et non dentés, avec ou sans pointes, ronds ou carrés, destinées spécialement au morcellement (fig. 178 et 181) ; enfin, il faut être amplement muni de pinces à forcipressure, du modèle ordinaire et à long manche.

Les soins préliminaires sont analogues à ceux de toute opération gynécologique.

La malade est placée dans la position latérale gauche. Jambe gauche étendue, jambe droite fléchie et soutenue par un aide assis. Outre les deux autres aides, placés à droite et à gauche de l'opérateur, un quatrième, monté sur un tabouret et placé sur un plan un

[1] Péan. *De l'intervention chirurg. dans les petites tumeurs de l'ovaire et de l'utérus* (*Gaz. des hôp.*, 1883, p. 636). — *Du morcellement appliqué à l'ablation totale de l'utérus dans certains cas de tumeurs fibreuses ou cancéreuses* (*Ibid.*, 1886, p. 66). — *Ablation des tumeurs fibreuses ou myomes de l'utérus par la voie vaginale* (*Ibid.*, 1886, p. 250). — *Ablation par morcellement*, etc. (*Ibid.*, 5, 28 mars et 11 avril 1889, p. 346, 341. 395). — Sécheyron. *De l'hystérotomie vaginale, étude sur le traitement chirurgical des fibromes et des kystes de l'utérus par la voie vaginale*, thèse de Paris, 1888, et *Traité d'hystérectomie par la voie vaginale*. Paris, 1889.

[2] Sécheyron. *Loc. cit.*, p. 76 et 77.

peu plus reculé, pourra être fort utile pour tenir des rétracteurs.

Premier temps. Libération du col[1]. — Deux ou trois rétracteurs coudés, tenus par deux aides, découvrent le col au fond du vagin : le col est saisi, immobilisé avec une forte pince de Museux; une incision circulaire est pratiquée avec le bistouri au niveau des insertions vaginales; des pinces hémostatiques, selon le besoin, sont placées sur les vaisseaux saignants de la surface vaginale. C'est le moment de l'opération où ces pinces sont le plus nécessaires, car, avant de la poursuivre, il faut obtenir une hémostase complète. La désinsertion se poursuit assez haut, au pourtour du col. Le col est cerné de près avec le bistouri, surtout en avant, afin de ne léser ni la vessie, ni les uretères, et devient ainsi fort mobile, libre comme un battant de cloche.

Dans ce temps de l'opération, il faut prendre quelque soin pour ne pas blesser le péritoine. Cet accident n'a cependant pas la gravité qu'on pourrait lui supposer; dans certains cas mêmes, d'après Péan, il est indiqué de faire cette perforation, pour atteindre un corps fibreux faisant saillie dans les culs-de-sac.

Deuxième temps. Incision du col et du segment inférieur de l'utérus jusqu'au corps fibreux. — De longs ciseaux droits, à bouts mousses, sont introduits ouverts dans la cavité cervicale et l'on fait une section bilatérale nette, de manière à transformer le col en deux valves, l'une antérieure et l'autre postérieure. Une pince de Museux est placée sur chacune de ces valves. Le doigt, introduit dans le vagin et dans la cavité utérine, indique le siège exact de la tumeur, le point où elle sera le plus facilement accessible. Elle se distingue des parois utérines, grâce à son aspect plus blanc, moins violacé, et surtout grâce à sa consistance plus dense. Pendant cette exploration, il est facile de s'aider de la traction et de l'abaissement de l'utérus.

Troisième temps. Morcellement de la tumeur. — La tumeur est saillante vers la cavité de l'utérus ou vers le péritoine, ou directement vers le vagin. Elle est abaissée par une traction soutenue, avec une pince de Museux, ou avec des pinces longues, à mors dentés, plats et fenêtrés ou munis de pointes (fig. 178 et 181). Avec ces pinces, la tumeur ne se déchire pas aussi vite, la prise étant plus solide. Des rétracteurs coudés introduits, les uns, grands, dans le vagin, les autres, petits, dans l'utérus, découvrent le champ opératoire aussi largement que possible. Ces rétracteurs ne servent pas seulement à donner du jour, ils constituent en même temps un précieux moyen d'hémostase par la pression et les tractions qu'ils exercent. Si besoin en est, une lampe électrique vient jeter une vive lumière sur le champ opératoire.

La tumeur fibreuse est découverte ou sentie avec le doigt : elle est

[1] La description de l'opération est empruntée, à peu près textuellement, à Sécheyron.

saisie avec des pinces et fortement tirée en bas. Elle peut d'abord être prise, en partie, par une forte pince dentée; une incision profonde, perpendiculaire au grand axe de la tumeur, est pratiquée: chacune des lèvres de la section, ou au moins l'une des lèvres, est saisie aussi haut que possible avec une forte pince à dents ou à pointes; la partie sous-jacente à la pince est excisée. Avant d'enlever la première pince, une seconde est glissée au-dessus de la première: une nouvelle partie du myome se trouve enserrée; les ciseaux, le bistouri, coupent les parties sous-jacentes à la pince précédente. Ainsi, avec l'aide des pinces, du bistouri et des ciseaux, on extirpe, morceau par morceau, une partie de la tumeur.

Les bistouris dont se sert Péan sont d'une très grande force, d'une forme toute spéciale, ressemblant à de petits *couteaux à métacarpiens* droits ou courbés sur le plat, à longs manches, plutôt qu'à des bistouris à avivement.

Très souvent la manœuvre est simplifiée; le myome ne saigne pas; aussi l'emploi des pinces peut-il se borner à saisir et à abaisser des parties de la tumeur. Les ciseaux, le bistouri, coupent le myome au-dessus du fragment, saisi entre les mors des pinces. L'évidement se continue alternativement sur l'une ou l'autre partie de la tumeur. A mesure que l'opération progresse, les tractions opérées à chaque pincement, avec des pinces (fig. 178 et fig. 181), permettent d'enlever des fragments plus gros. Ceux-ci sont parfois du volume d'une noix ou d'une pomme. L'évidement de certains myomes est simple; chaque traction permettant l'ablation d'un gros fragment formé d'un tissu dur, absolument exsangue, l'opération se ferait *à blanc*, si l'on n'avait été obligé de libérer et de sectionner le col de l'utérus. Quatre ou cinq pinces courbes, introduites et incessamment retirées, permettent d'extraire ainsi des fragments successifs, dont l'ensemble dépasse quelquefois les deux poings. Ces manœuvres exigent souvent une heure.

Lorsque les parties inférieures de la tumeur ont été enlevées, il est parfois possible d'obtenir, par des tractions aidées de mouvements de rotation, la décortication spontanée de la partie supérieure de la tumeur. Cette particularité abrège le temps de l'opération d'une manière considérable. Quelques efforts enlèvent alors les dernières parties formant la calotte supérieure de la tumeur. Le volume de la masse énucléée par la traction simple peut dépasser celui de la masse enlevée au préalable.

Le morcellement aidé de l'énucléation permet, d'après Péan, l'ablation de tumeurs dont l'ensemble atteint et dépasse le volume d'une tête de fœtus à terme. Lorsque le corps fibreux présente une pareille grosseur, presque toujours la loge intra-musculaire qui le contenait se trouve largement ouverte, communique avec l'intérieur de l'utérus

et du péritoine et saigne assez abondamment pour qu'il soit utile de pincer des vaisseaux assez importants. Ce temps de l'opération nécessite alors la dissection de toute la partie inférieure de l'utérus, de manière à mobiliser cet organe et à l'attirer près de la vulve. Pour le faciliter, Péan excise, au besoin, les deux lèvres du col et suture ensuite la surface de section aux bords de la plaie faite à la muqueuse des culs-de-sac vaginaux. Il fait cette suture avec des fils métalliques. Quant à la communication qui existe avec la cavité péritonéale, Péan la laisse intacte, si elle est trop contuse, quitte à la rétrécir par quelques points de suture à points séparés[1].

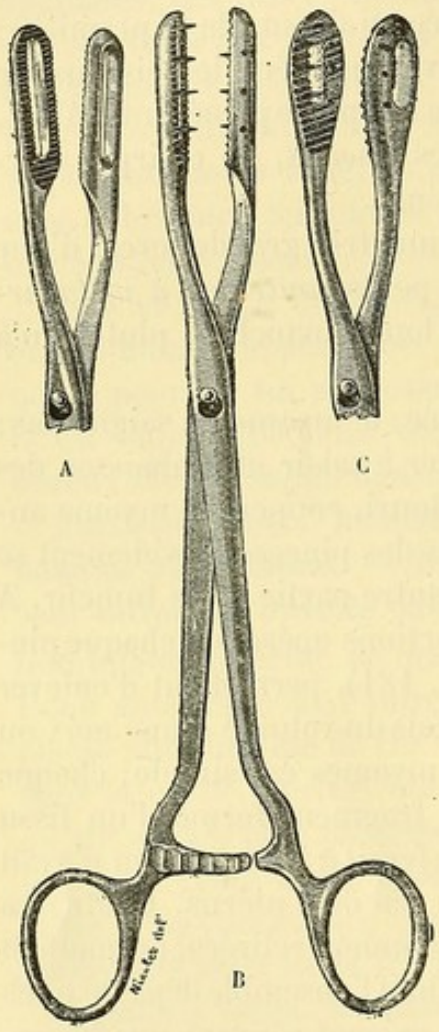


Fig. 178. — Pinces plates et à pointes, pour le morcellement des corps fibreux (Péan).

A, pince plate à plateau fenêtré allongé. — B, même pince, avec pointes. — C, pince à plateau fenêtré rond, avec pointes.

Il est très facile de se rendre compte de l'ablation complète du myome; les dernières parties extraites par traction et énucléation offrent une surface convexe, lisse, plus rouge, recouverte de petits débris celluleux. Ce temps de l'opération n'est terminé que si l'opérateur s'est rendu compte, avec le doigt, de l'état du tissu utérin voisin. S'il reconnaît un nouveau myome au voisinage du premier, il doit sur-le-champ procéder à son extraction. Il aura recours, s'il est nécessaire, à un débridement de l'utérus avec le bistouri; il arrivera ainsi au niveau du myome. Celui-ci sera fortement saisi, et, à l'aide de pinces et de ciseaux, on en effectuera le morcellement. L'opérateur pourra ainsi se trouver dans la nécessité d'enlever des séries de petits fibromes, échelonnés dans le parenchyme.

Il serait indiqué de recourir à l'hystérectomie totale dans le cas où les délabrements ainsi produits seraient trop considérables. On doit toujours avoir en vue l'idée de faire une opération complète. L'opération en une seule séance est bien préférable à plusieurs séances successives.

[1] Péan cité par Sécilyron. *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale*, p. 172.

Quatrième temps. Toilette de l'utérus ; suture du col. — Dès que la tumeur est enlevée, il en résulte une vaste poche qui communique largement avec la cavité utérine. Des pinces hémostatiques à longs manches saisissent les points saignants et sont laissées à demeure au nombre de 12, 15 ou même 20. La pose des pinces ne s'effectue pas à l'aveugle. Pendant toute l'opération, de petites éponges, portées au bout de bâtonnets, sont employées par Péan à essuyer les parois et à découvrir les points saignants (je les remplace par des tampons de coton hydrophile). Cette dernière partie de l'opération constitue la toilette du champ opératoire ; elle doit être exécutée avec soin. Les plus petits caillots seront enlevés. Entre les pinces laissées à demeure en nombre variable, suivant l'exigence de l'hémorrhagie (de 10 à 15), il est prudent de placer quelques tampons de gaze iodoformée. Une irrigation intra-utérine de solution antiseptique chaude doit précéder l'application de ces tampons. Les pinces seront enlevées 36 à 48 heures après l'opération. Dans les cas où la tumeur est petite, et sa loge peu étendue, on peut terminer l'opération en suturant les lèvres du col. Il est bon, durant les premiers jours qui suivent, de donner aux malades de petites doses de seigle ergoté.

Soins consécutifs au morcellement.

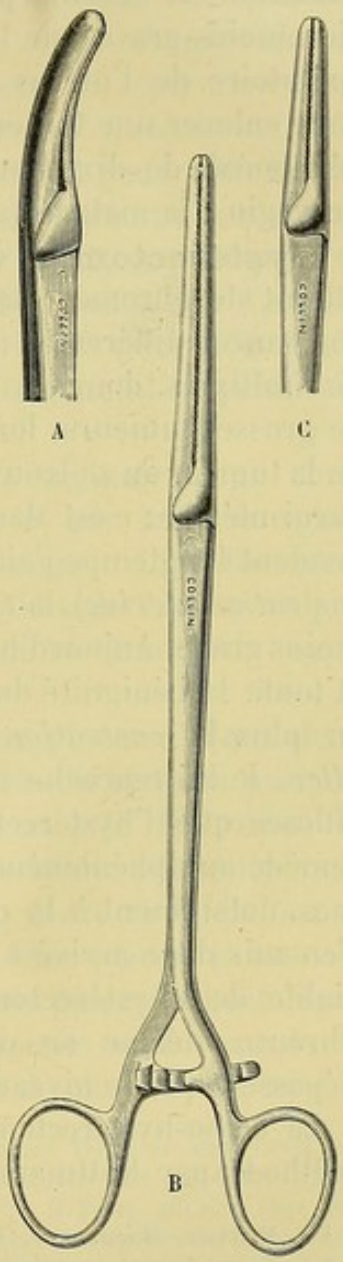


Fig. 179. — Pinces hémostatiques pour l'hystérectomie vaginale.

A, Pinces longuettes courbes (modèle du Dr Pozzi). — B, pinces longuettes ordinaires. — C, pinces longuettes à mors courts (modèle du Dr Segond).

L'énucléation des fibromes par cette méthode du morcellement est une opération sans *gravité*, ainsi qu'en témoignent les publications de Péan, de Terrillon[1] (5 succès sur 5 opérations), de Bouilly (4 succès sur 5 opérations). Je lui ai dû moi-même de nombreux succès. Il me paraît certain que ce procédé hardi doit donner des résultats excellents toutes les fois que la tumeur, même très volumineuse, est sous-muqueuse ou franchement interstitielle, munie d'une capsule qui permette de terminer l'opération par une véritable énu-

Gravité.

[1] O. Terrillon. *Ablation par la voie vaginale des fibromes utérins volumineux interstitiels et à large base d'implantation* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 15 mai 1889, p 419).

cléation. Mais si l'on attaque soit d'emblée, soit secondairement, une tumeur sous-péritonéale ou intimement fusionnée au parenchyme utérin, de telle sorte que rien n'indique la démarcation entre le tissu pathologique et le tissu normal, on peut être conduit à compléter l'ablation du fibrome par une hystérectomie. Je crois cette dernière bien moins grave que la conduite de Mikulicz[1] qui, après inversion opératoire de l'utérus, a réséqué une portion de la paroi utérine pour enlever une tumeur de ce genre, puis suturé au catgut la plaie péritonéale de dix centimètres, et enfin réduit la matrice au fond du vagin : la malade guérit.

Hystérectomie vaginale.

Hystérectomie vaginale. — L'ablation totale de l'utérus atteint de fibromes était conseillée naguère encore dans deux circonstances différentes : 1° dans les cas de petites tumeurs, simples ou multiples, donnant lieu à des accidents sérieux; 2° dans les cas de grosses tumeurs, lorsqu'à la fin d'une opération de morcellement de la tumeur on se trouve absolument forcé d'enlever une partie de la paroi utérine; c'est dans ce dernier cas une opération de *nécessité*. Pendant longtemps j'ai préféré à cette opération (que Péan appelle la *castration utérine*), la castration ovarienne que je considérais comme moins grave. Aujourd'hui[2] que je connais mieux toutes les ressources et toute la bénignité du *morcellement vaginal*, j'abandonne de plus en plus la *castration ovarienne* que je considère comme un *pis-aller*. Je lui reproche d'être presque aussi grave et sûrement moins efficace que l'hystérectomie vaginale, et surtout de ne pas porter remède aux phénomènes de compression dus à la présence des fibromes, notamment à la compression du rectum et à celle des uretères. J'en suis donc arrivé à considérer, ainsi que Segond[3], comme justiciable de l'hystérectomie vaginale par morcellement, toute masse fibreuse utérine ou péri-utérine dont les limites supérieures ne dépassent pas le niveau de l'ombilic.

La colpo-hystérectomie pour les fibromes a d'abord été érigée en méthode par Kottmann[4], mais c'est Péan qui, le premier, l'a pra-

[1] J. Mikulicz. *Wien. med. Woch.*, 1885, n° 10, p. 269.

[2] S. Pozzi. *Comptes rendus du 7e Congrès français de chirurgie.* Paris, 1894, p. 45.

[3] P. Segond. *Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique* Bruxelles, 1894, p. 59.

[4] Kottmann. *Corresp. f. schweiz. Aerzte*, janv. 1882, n° 2, p. 42. — M. Péan (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1892, 3e série, t. XXVIII, p. 665.) a vivement revendiqué la priorité de la colpo-hystérectomie pour fibromes et m'a sévèrement reproché de l'en avoir dépossédé. Il n'y a qu'à se reporter à l'article de Kottmann pour trancher la question. Kottmann dit formellement dans les réflexions qui accompagnent son opération, pratiquée le 9 mai 1881 et publiée en janvier 1882 : « Dans les cas de petites tumeurs dont les dimensions permettront encore le passage de l'utérus à travers le bassin, la question de l'hystérectomie inférieure (vaginale) se pose. Elle paraît moins dangereuse que l'hystérectomie abdominale, parce qu'elle expose moins les opérées au shock et aux péritonites aiguës infectieuses ». On ne peut donc refuser à Kottmann d'avoir pratiqué la première opération, en mai 1881 et de l'avoir publiée en janvier 1882, en posant nettement certaines indications. Quant à

tiquée en France[1], d'une façon systématique, et qui, grâce à l'extension qu'il lui a donnée et à la technique qu'il en a fixée, peut en être considéré comme le véritable fondateur. Demons[2] l'a aussi préconisée. Des observations heureuses ont été publiées par Sänger, Mandach, Leopold, Richelot, Terrier et Spaeth[3]. D'après Gavilan, sur quatorze cas d'hystérectomie vaginale pour fibromes, on ne compterait que 2 morts, soit 14,28 pour 100. Leopold, sur 21 opérations, n'a observé que 3 morts, soit 14,3 pour 100. Martin[4] a été moins heureux : sur 9 opérations, il a eu 2 morts, soit 22 pour 100. Depuis lors l'opération est entrée dans la pratique courante et ses résultats se sont beaucoup améliorés. Péan, de 1890 à 1895, a pratiqué 248 hystérectomies vaginales pour fibromes avec 4 morts, soit 1,6 pour 100. Richelot sur 76 cas a eu 3 morts, soit 3,9 pour 100. Enfin Segond sur 66 cas de très gros fibromes atteignant l'ombilic a eu 7 morts, soit 10 pour 100[5].

Le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale pour corps fibreux tel qu'il a été fixé par Péan surtout, et par les chirurgiens français qui l'ont suivi, comprend quatre temps : 1° la libération du col des insertions vaginales; 2° la résection du col après pincement préventif des artères utérines; 3° le morcellement du corps; 4° l'hémostase des ligaments larges.

Premier temps. — Le col est saisi par deux pinces à deux dents (fig. 181) au niveau des commissures; à l'aide du bistouri puis des ciseaux on procède à la circoncision du col, et à la libération des faces antérieure et postérieure jusque dans la cavité péritonéale.

Deuxième temps. — La vessie et le rectum étant refoulés loin du champ opératoire par deux écarteurs, l'opérateur place à la base des ligaments larges, sur les artères utérines, deux pinces hémostatiques à mors courts et forts et sectionne les ligaments au niveau de ces pinces. Le col, devenu libre comme un battant de cloche, est divisé en

M. Péan, sa première observation porte la date du 15 octobre 1882, un an et demi plus tard que celle de Kottmann, et a été publiée pour la première fois par Gomet (*Thèse de Paris*, 1886) près de cinq ans après l'article de Kottmann. M. Péan, qui s'est sans doute adressé à des traducteurs incompétents, dénature complètement la portée de l'observation et des remarques du chirurgien de Soleure. Elles n'en subsistent pas moins.

[1] Péan. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1882, et *Gaz. des hôp.*, janv. 1886. — Gomet. Thèse de Paris, 1886.

[2] Demons. *Revue de chir.*, 1884, p. 652.

[3] Sänger. *Arch. f. Gyn.*, 1883, Bd. XXI, p. 99. — Mandach. *Correspond.-Bl. f. Schweitzer Aerzte*. 1882, n° 10, p. 289. — Leopold. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 472. — Richelot, Terrier et A. P. Gavilan. *De l'hystérectomie vaginale dans les cas de fibromes utérins*, thèse de Paris, 1888. — Spaeth (élève de Prochownick). *Ein Fall von vagin. Totalexstirp.* (*Centr. of Gyn.*, 1889, n° 35, p. 609). — Leopold in F. Munchmeyer. *Ueber die Endergebnisse und weitere Ausdehnung der vagin. Totalexstirpation der Gebärmutter* (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXVI, Heft 3). — Leopold. *Arch. f. Gyn.*, 1890. Bd. XXXVIII, Heft 1.

[4] Martin. *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 797.

[5] Péan, Richelot, Segond. *Neuvième Congrès français de chirurgie* (*Sem. méd.*, 1895, p. 475 et suiv.).

deux valves antérieure et postérieure : une forte pince est placée à la base de chacune de ces valves et toute la portion de tissu utérin située au-dessous de cette pince est réséquée.

Troisième temps. — Alors commence à proprement parler le morcellement. Cette manœuvre consiste à évider par résection de fragments successifs et sans hémostase préventive celle des deux

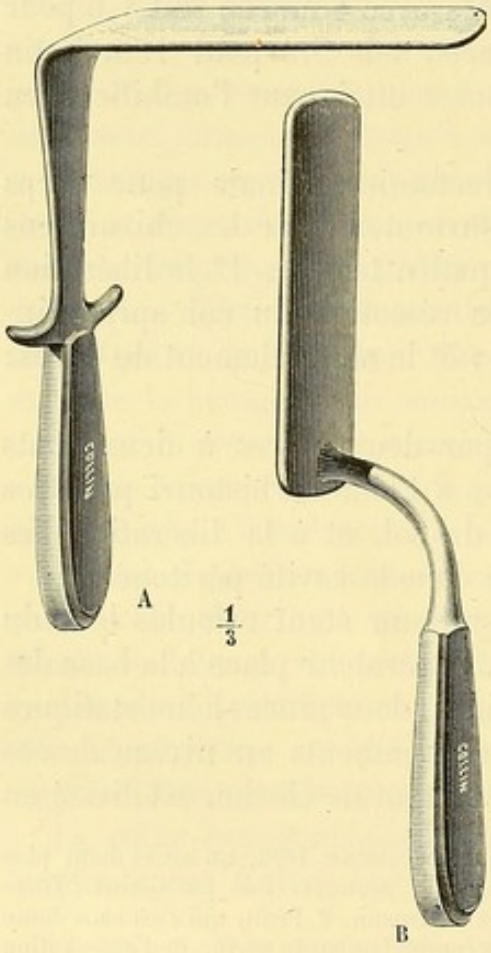


Fig. 180. — Écarteurs de Péan (Collin).
A. Coudés. — B. Contre-coudés.

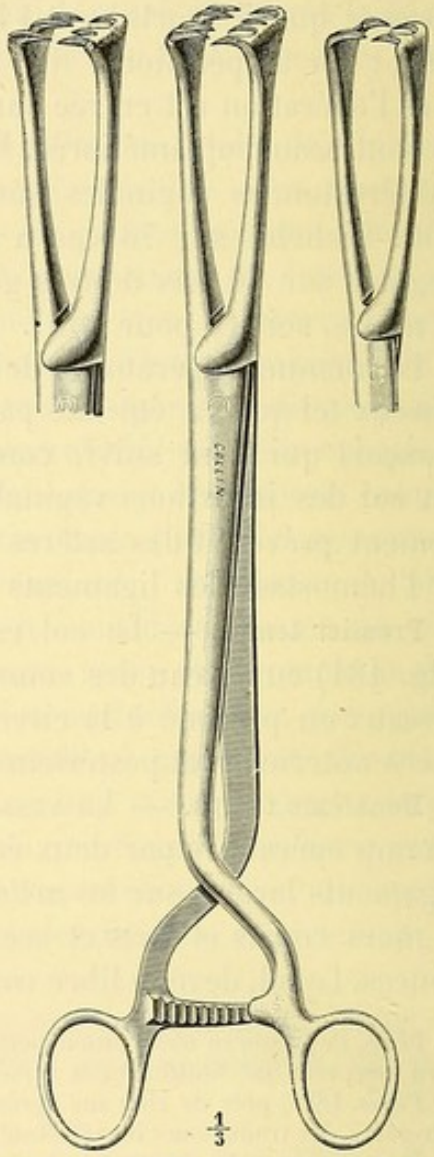


Fig. 181. — Pinces à morcellement (Collin).

parois utérines qui bascule avec le plus de facilité, quelquefois les deux parois alternativement. Le point capital de cette méthode, c'est de ne jamais réséquer le moindre fragment sans avoir au préalable saisi sa base dans une nouvelle pince. Au cours de l'intervention les fibromes sont énucléés à l'aide d'un crochet, si leur petit volume le permet, ou morcelés de la même manière que l'utérus lui-même. Suivant qu'on emploie des ciseaux courbes ou un bistouri courbe

les fragments enlevés ressemblent plus ou moins à des V ou à des cônes. Dans les deux cas on fait du morcellement. C'est encore faire du morcellement que de tailler dans la paroi utérine antérieure un grand V à base supérieure voisine du fond de l'utérus, pour diminuer d'autant le volume de l'utérus fibreux et lui permettre de franchir d'une pièce la filière vaginale, suivant le procédé que

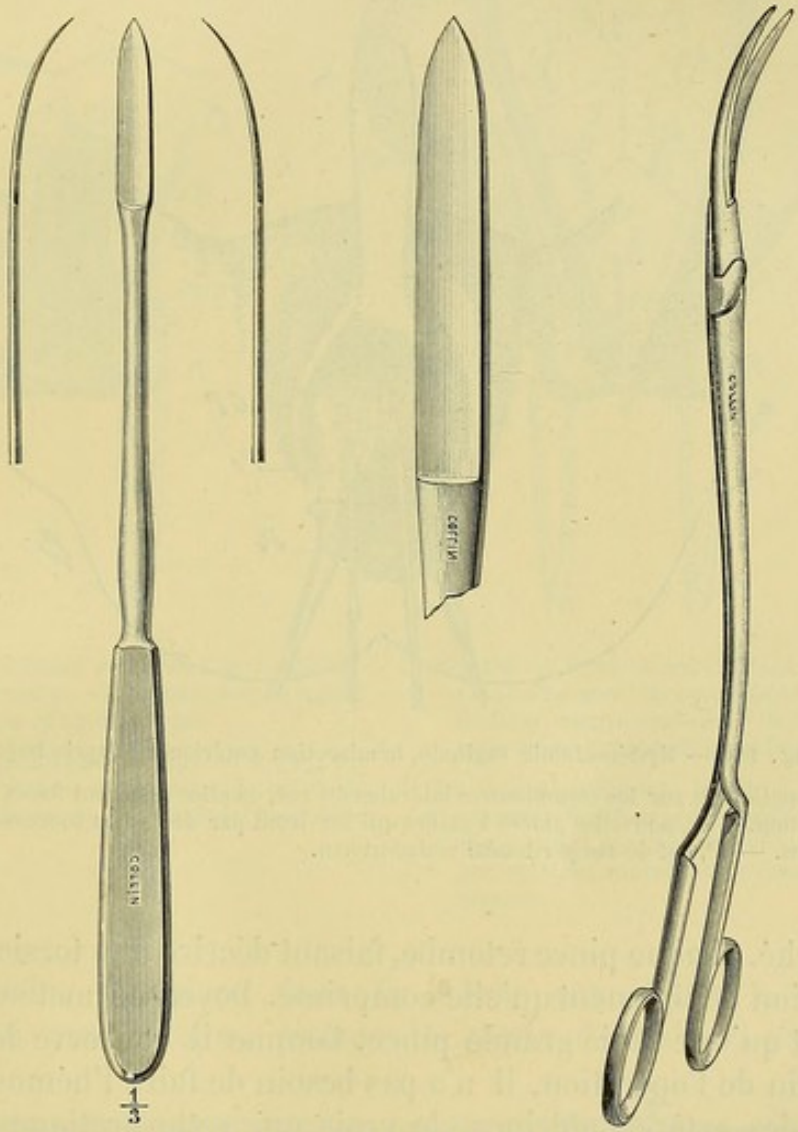


Fig. 182. — Longs bistouris droits et courbes (Collin). Fig. 183.— Longs ciseaux courbes (Collin).

revendique Doyen. Tous ces procédés avaient été employés et décrits par Péan[1]. Le mérite de Doyen consiste surtout à avoir insisté d'une manière plus systématique que ses prédécesseurs sur la grande utilité de l'incision préalable de la paroi antérieure de l'utérus. Cette éventration du corps utérin facilite considérablement la descente de l'organe. On prend un point d'appui de plus en plus ascendant

[1] Péan. (*Comptes rendus du 7e Congrès de Chirurgie.* Paris, 1893, p. 31.)

avec des pinces sur les lèvres de cette incision médiane (fig. 184 et 185).

Quatrième temps. — Au moment où le fond de l'utérus apparaît à la vulve, entraînant les ligaments larges, et à ce moment seulement, il faut de nouveau songer à l'hémostase. Des pinces hémostatiques sont étagées de haut en bas sur chaque ligament large et l'utérus

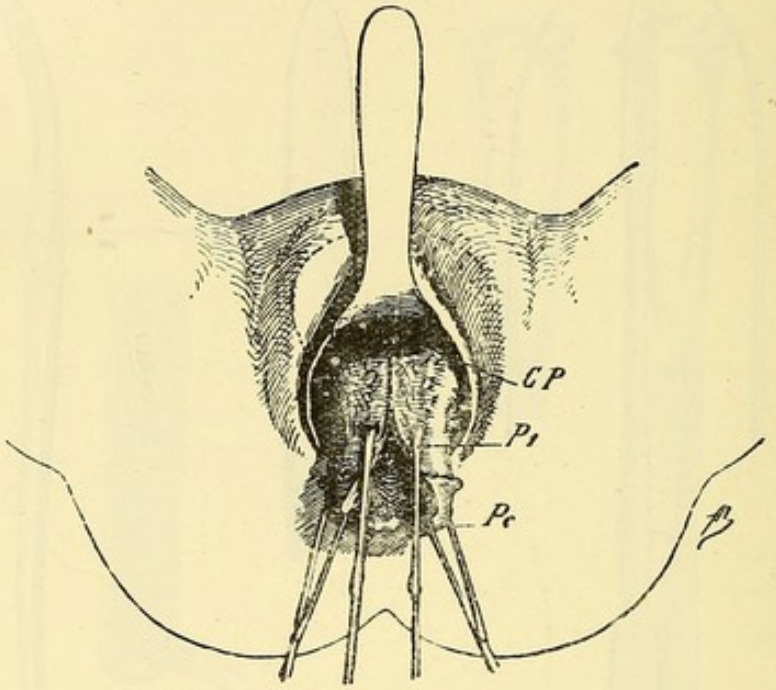


Fig. 184. — Hystérectomie vaginale, hémisection antérieure (d'après Doyen).

Pc, pinces appliquées sur les commissures latérales du col, où elles resteront fixées jusqu'à la fin de l'opération. — P_1, nouvelles pinces à griffes qui serviront par des poses successives à renverser l'utérus. — CP, cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

est détaché. Chaque pince retombe, faisant décrire une torsion de 180° à la portion de ligament qu'elle comprime. Doyen ne met sur chaque ligament qu'une seule grande pince. Comme il conserve le col jusqu'à la fin de l'opération, il n'a pas besoin de faire l'hémostase préventive des artères utérines. Je crois que cette pratique offre peu de sécurité.

Quand l'utérus est détaché, on recherche et on enlève les annexes si cela est facile, sans cela on les laisse. Du reste, on a pu parfois placer les pinces des ligaments larges au-dessous d'elles, de manière à les enlever avec le fond de l'utérus. L'opération terminée, on écarte les pinces en deux faisceaux latéraux et on regarde au fond de la plaie s'il n'y a pas de suintement nécessitant le placement d'une pince longuette. Alors on met dans le cul-de-sac de Douglas une épaisse lanière de gaze stérilisée ou faiblement iodoformée, destinée à faire le drainage. On protège les parois

du vagin contre l'action contusive des pinces en tassant doucement des lanières analogues tout autour du faisceau métal-

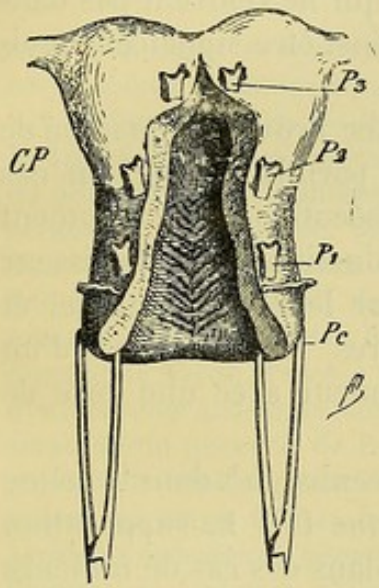


Fig. 185. — Schéma de la section longitudinale d'un utérus de volume moyen enlevé par le vagin (d'après Doyen).

Pc, pinces maintenant le col. — P_1, P_2, P_3, poses successives de la seconde paire de pinces. — CP, cul-de-sac péritonéal antérieur.

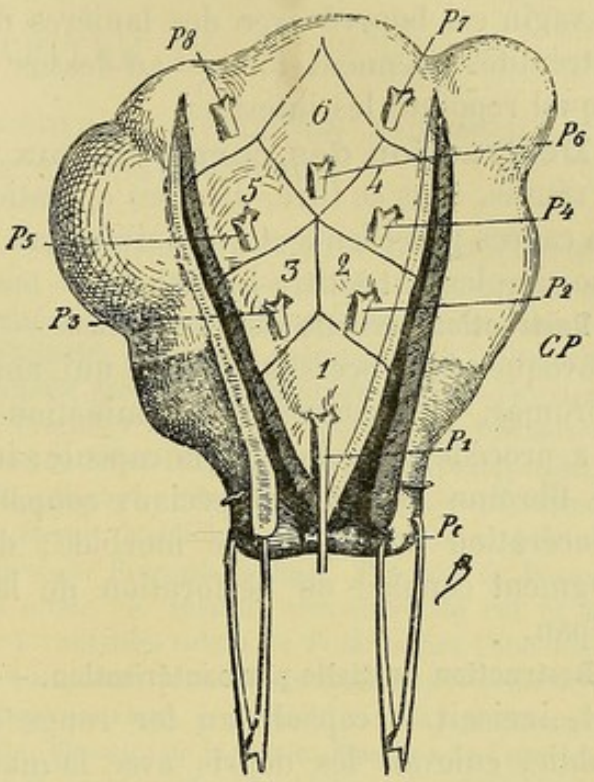
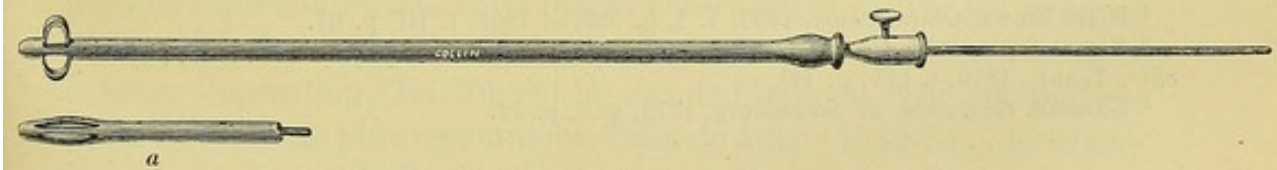


Fig. 186. — Schéma représentant le morcellement d'un gros fibrome grâce à une double incision longitudinale en V de la partie antérieure de l'utérus (d'après Doyen).

Pc, pinces maintenant le col. — P_1, P_2, etc., pinces appliquées successivement sur la tumeur en 1, 2, etc., afin d'en réduire le volume par ablation successive de fragments cunéiformes.

lique. Enfin, on place dans la vessie une sonde à demeure à fixation automatique, comme la sonde de Malécot (fig. 187).



a

Fig. 187. — Sonde à demeure, à fixation automatique du Dr Malécot.
a, extrémité de la sonde étirée sur le mandrin pour faciliter l'introduction.

Soins consécutifs. — Les pinces des ligaments larges seront enlevées au bout de 48 heures ainsi que la sonde. Les mèches vaginales seront renouvelées dès le quatrième jour, quotidiennement, et parfois deux fois par jour si l'état de la plaie paraît le nécessiter. On ne fera d'injections vaginales faiblement antiseptiques qu'à partir du hui-

tième jour et avec de grandes précautions pour ne pas risquer de rompre les adhérences qui protègent en haut la cavité péritonéale.

Les pinces sont alors réunies en deux faisceaux droit et gauche et le vagin est bourré avec des lanières de gaze iodoformée dont les extrémités viennent former au-dessus des pinces un coussin sur lequel reposent les intestins.

Destruction des corps fibreux par la voie vaginale.

Destruction des corps fibreux par la voie vaginale. — Je réunis, sous ce titre, diverses opérations qui ne rentrent pas dans les cadres précédents et qui doivent, au moins, être signalées, quoique simplement à titre historique.

Dilacération.

Destruction partielle par dilacération. — Baker Brown[1] a imaginé de provoquer le processus naturel qui amène parfois la guérison des fibromes, par gangrène et élimination consécutive. Voici comment il a procédé : incision de la capsule; introduction dans l'épaisseur du fibrome de ciseaux spéciaux coupant par leur bord externe, et dilacération de la masse morbide; d'autres fois, ablation d'un fragment conoïde ou perforation de la tumeur avec une sorte de trépan.

Cautérisation.

Destruction partielle par cautérisation. — Greenhalgh[2], dans le même but, incisait la capsule au fer rouge et, une fois la suppuration établie, enlevait les débris avec la main; dans des cas de tumeurs rétro-vaginales, il perforait à diverses reprises au fer rouge les points les plus saillants à travers le vagin; dans deux cas sur trois, la mort survint par péritonite.

On peut rapprocher de cette conduite celle que Kœberlé[3] a suivie pour les fibromes qui lui paraissent inaccessibles par la voie sus-pubienne. Ayant dilaté le col, il fit dans un cas de ce genre une série d'incisions parallèles dans la tumeur où il introduisit une quantité suffisante de perchlorure de fer pour déterminer la mortification des couches interposées.

[1] Baker Brown. *Obst. Trans.*, 1859, t. I, p. 329, et 1861, t. III, p. 67.

[2] Robert Grennhalgh. *On the use of the actual cautery in the enucleation, etc.* (*Med. chir. Trans.*, 1876, t. LIX, p. 41).

[3] Kœberlé. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1875, n° 6, p. 72.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DES CORPS FIBREUX A ÉVOLUTION ABDOMINALE. MYOMECTOMIE ET HYSTÉRECTOMIE

Aperçu historique. — Synonymie. — Indications générales. — Classification des corps fibreux abdominaux, au point de vue opératoire. — Hémostase provisoire par ligature élastique. — Myomectomie. — Énucléation intra-péritonéale. — Hystérectomie partielle et supra-vaginale. Technique opératoire. — Traitement du pédicule. Méthode intra-péritonéale (procédé de Schröder). Méthode extra-péritonéale (procédé de Hegar). Procédés spéciaux : Procédé de Olshausen (ligature élastique, perdue). Procédé de Zweifel (ligatures partielles juxtaposées). Méthode mixte : Procédé de Wölfler-Hacker. Procédé de Sänger. — Hystérectomie abdominale totale. Hystérectomie abdominale totale proprement dite : Procédé de Martin. Procédé de Chrobak. Procédé de Baer. Procédé de Doyen. Hystérectomie abdomino-vaginale totale : *a.* ablation successive du col et du corps utérin (procédé de Péan); *b.* ablation totale de l'utérus par l'abdomen (procédé de Rouffart, procédé de Lanphear, procédé de Richelot). — Décortication des corps fibreux intra-ligamentaires. — Gravité de l'hystérectomie. Accidents opératoires. Hémorrhagie. Blessure de la vessie. Blessure de l'uretère. Blessure de l'intestin. Causes de la mort après l'hystérectomie abdominale. Hémorrhagie. Septicémie. Shock. Embolie. Occlusion intestinale. Gravité absolue et parallèle des méthodes intra et extra-péritonéale, abdominale totale et abdomino-vaginale totale. Choix de la méthode.

Aperçu historique de l'hystérectomie abdominale.

L'hystérectomie ou l'ablation, à travers les parois de l'abdomen, des corps fibreux faisant saillie dans cette cavité, est fille de l'ovariotomie. Cette opération, à ses débuts, n'a pas été préméditée; elle est le produit d'erreurs de diagnostic. Après avoir ouvert le ventre pour enlever une tumeur présumée ovarique, il est arrivé à des chirurgiens de se trouver en présence de corps fibreux de l'utérus. Les premiers qui commirent cette méprise reculèrent devant les dangers d'une opération inconnue; ils se hâtèrent de refermer le ventre sans achever l'opération. Tels furent les cas de Lizars en 1825, de Dieffenbach en 1826 et, plus récemment, ceux de Atlee (1849-51), de Baker-Brown, de Cutter, de Deane, de Mussey, de Smith. On compte 14 faits de ce genre publiés à cette période, dont 5 ont été suivis de mort[1]. Quelques chirurgiens s'enhardirent jusqu'à extirper des fibromes sous-séreux pédiculés. Granville, en 1837, eut un insuccès; en 1844,

[1] Voir pour les indications bibliographiques : S. Pozzi. *De la valeur de l'hystérotomie*, etc. Paris, thèse d'agrég., 1875, p. 5. — Hegar et Kaltenbach. *Traité de gynéc, opératoire*, trad. franç., 1885, p. 344. — P. Zweifel. *Die Stielbehandlung bei der Myomectomie*, Stuttgart, 1888. — Caternault. *Essai sur la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses péri-utérines*, thèse de Strasbourg, 1866.

Atlee et Lane réussirent. Clay et Heath en 1843, puis Burnham en 1853, entreprirent les premières amputations partielles de l'utérus. G. Kimball[1] serait le premier chirurgien qui aurait, de propos délibéré, fait l'hystérotomie pour un fibrome interstitiel, donnant lieu à de violentes hémorrhagies; la malade guérit. Kœberlé[2] ne serait que le second; mais la détermination exacte du diagnostic, le choix raisonné d'une technique opératoire, la nouveauté absolue du sujet en Europe, donnent à son observation une valeur exceptionnelle. C'est le travail qu'il publia à cette occasion qui mit véritablement l'hystérotomie à l'ordre du jour.

Kœberlé fut l'initiateur de la ligature du pédicule avec une anse métallique et un serre-nœud, ce qui établissait un progrès considérable sur la ligature en masse avec des fils, qui avait été jusque-là pratiquée, et qui exposait tout particulièrement aux hémorrhagies; une première étape était ainsi franchie. A partir de ce moment les faits isolés se multiplièrent. Dès 1866, Caternault, élève de Kœberlé, publiait 42 observations d'amputation de la matrice et 20 cas de gastrotomie avec extirpation de tumeurs pédiculées. Beaucoup d'auteurs, au lieu du serre-nœud, employaient alors l'écraseur et le *clamp*, sorte d'étau laissé à demeure sur le pédicule, mais ce procédé était bien inférieur au serre-nœud de Kœberlé. L'éminent chirurgien de Strasbourg avait à peine fait connaître ses opérations, que Péan[3] se lançait, avec un rare bonheur, dans la même voie. Le retentissement de ses succès fut grand; ils étaient obtenus à Paris, dans ce milieu réputé malsain, impropre aux grandes opérations abdominales, où l'ovariotomie elle-même paraissait encore une singulière audace. La présentation d'une malade guérie, à l'Académie de médecine (août 1870), puis, la publication, trois ans plus tard, d'un important travail[4], où les règles de l'opération perfectionnée étaient établies avec une précision jusqu'alors inconnue, achevèrent de lier indissolublement le nom de Péan à celui de l'hystérotomie avec traitement extra-péritonéal du pédicule. La technique consistait surtout dans l'emploi constant de la forcipressure (dont Kœberlé était alors le seul à se servir avec la même profusion) et dans le morcellement des grosses tumeurs, après ligature métallique, pour

[1] Gilmann Kimball. *Boston med. and surg. Journ.*, mai 1855, t. LII, p. 249.

[2] Kœberlé. *Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne* (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1864, nos 2 et suiv.). — La première hystérectomie de Kœberlé fut faite le 19 décembre 1863.

[3] Péan. *Union méd.*, déc. 1869, 3e sér. t. VIII, p. 874, etc. Lorsque Péan fit sa première hystérectomie (tumeur fibro-kystique, extirpation complète de l'utérus et des ovaires), Kœberlé avait déjà fait 9 hystérotomies suivies de 4 guérisons.

[4] Péan et Urdy. *Hystérotomie, de l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie*, Paris, 1873. — Voir encore Péan. *Leçons de clinique chir.*, 1876, t. I, p. 674-704, et 1879, t. II, p. 808-850.

ne pas exagérer l'ouverture de l'abdomen, dans la fixation, en dehors, du pédicule traversé d'aiguilles lancéolées et étreint par une anse de fil de fer appliquée avec l'ingénieux serre-nœud de Cintrat. Cette technique, dont les perfectionnements ultérieurs ont laissé subsister les lignes générales, fut longtemps adoptée par tous les opérateurs, en France et à l'étranger. C'est donc à deux chirurgiens français, Kœberlé et Péan, que « revient le mérite d'avoir établi cette opération sur des bases scientifiques[1] ».

Après cette première étape dans les progrès de l'hystérotomie abdominale, marquée par l'adoption de moyens de compression métallique du pédicule (serre-nœud ou clamp), étape signalée aussi par des luttes très vives[2], il convient d'en distinguer une seconde. Elle est caractérisée par l'application des procédés antiseptiques à cette opération, comme à toutes celles de la chirurgie.

Une troisième phase a été inaugurée par les perfectionnements de la technique, et, en particulier, par l'introduction de la ligature élastique pour l'hémostase temporaire ou définitive[3]; les traits les plus saillants de cette période sont, d'abord, la lutte entre le traitement intra et extra-péritonéal et ensuite l'avènement de la castration, substituée dans un grand nombre de cas à l'hystéro-

[1] Hegar et Kaltenbach, *loc. cit.*, trad. franç., p. 345. Hegar a le tort de ne pas associer Kœberlé au légitime hommage qu'il rend à Péan. Zweifel (*loc. cit.*, p. 8-10) ne commet pas la même injustice.

[2] L'hystérotomie abdominale fut formellement condamnée par l'Académie de médecine de Paris, à la suite d'un rapport de Demarquay présenté sur les travaux de Kœberlé et de Péan. Le professeur Richet seul fit quelques réserves (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1872, p. 1062-1075). — Voir aussi Boinet. *De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines*, etc.) (*Gaz. hebd.*, 1875, p. 117). — En 1875, le jury d'agrégation en chirurgie, présidé par le professeur Richet, donna, parmi les sujets de thèse, celui-ci, qui m'échut : *De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des corps fibreux de l'utérus.* — « L'hystérotomie abdominale est une opération qui, bien que très grave, est parfaitement justifiable dans certains cas et mérite de prendre définitivement rang dans la chirurgie. » Cette affirmation, que je crus pouvoir émettre en tête de mes conclusions, paraissait encore très audacieuse, au moment où elle était formulée (1875).

[3] La première opération où la ligature élastique ait été employée est celle de B. G. Kleberg, d'Odessa, le 8 juill. 1876 (*St-Petersb. med. Woch.*, 24 sept. et 6 oct. 1877, p. 333). — Martin a d'une manière systématique recommandé la ligature élastique provisoire, en 1878, au Congrès des naturalistes et des médecins allemands à Cassel. — Hegar l'a ensuite appliquée à la ligature définitive du pédicule (Dorff. *Centr. für Gyn.*, 1880, p. 265). — Je l'ai fait connaître, en France, à la Société de chirurgie de Paris (*Séance du 28 novembre* 1883).

Schröder a pour la première fois décrit sa méthode de traitement du pédicule au Congrès de Cassel en 1878, puis l'année suivante, 1879, au Congrès de Baden-Baden (*Arch. f. Gyn.*, 1880, Bd. XV, p. 271), et enfin sa technique définitive a été exposée au Congrès de Salzbourg, en 1881 (*Arch. f. Gyn.*, 1881, Bd. XVII, 478). — Spencer Wells, travaillant d'une façon tout à fait indépendante et sans aucunement s'inspirer des travaux de Schröder, arrivait simultanément à des résultats analogues. Au 48e Congrès de l'Association britannique, à Cambridge (*Brit. med. Journ.*, 1880, t. II, p. 373), il exposa le procédé qu'il mettait en usage, depuis 1878, par analogie avec le traitement des pédicules ovariques : ligature en masse ou fragmentée en plusieurs faisceaux, affrontement du péritoine sur la surface du moignon. Il ne suturait pas la muqueuse utérine.

tomie. Enfin une quatrième étape vient d'être franchie ; actuellement tous les chirurgiens cherchent à substituer l'hystérectomie abdominale totale aux méthodes à pédicule ; suivant leurs tendances personnelles, les uns préconisent la voie abdominale seule, les autres la combinaison des voies abdominale et vaginale.

Synonymie.

Synonymie. — Il est nécessaire de bien s'entendre tout d'abord sur la valeur des mots. Le terme *hystérotomie*, qui signifie étymologiquement section de l'utérus, est essentiellement compréhensif ; avec le qualificatif *abdominale*, il peut s'appliquer à une opération quelconque où le tissu utérin est entamé, après ouverture du ventre. Une autre épithète peut encore préciser l'opération : ainsi hystérotomie *supra* ou *sus-vaginale* veut dire section et ablation de l'utérus au-dessus du vagin. Tillaux, dans une communication à l'Académie, en 1879, a proposé d'employer le mot d'*hystérectomie*, qui comporte une idée d'exérèse, pour le cas où l'on enlève une partie ou la totalité de l'organe. Cette dénomination, plus exacte, a rapidement prévalu, quoique l'ancienne se rencontre encore souvent dans les auteurs. Les Allemands emploient le mot *myomotomie* ou *myomectomie* pour l'ablation des myomes, quand tout ou partie de l'utérus est respecté. Elle comprend donc, pour eux, et l'hystérotomie pour corps fibreux pédiculés et l'hystérectomie partielle pour fibromes interstitiels. Enfin, on désigne sous le nom d'*énucléation* (*intra-péritonéale*) une simple incision dans les parois utérines permettant d'enlever la tumeur, tout en conservant la totalité de l'organe.

On le voit, les termes de myomotomie et myomectomie, qui présentent quelque amphibologie, s'appliquent à la fois à ce que nous appelons, en France, l'hystérectomie partielle et l'ablation des fibromes pédiculés. Nous la réserverons exclusivement à celle-ci. Les étrangers désignent généralement, sous le nom d'*amputatio uteri supra-vaginalis*, ce que nous nommons hystérectomie sus-vaginale ; inutile de rappeler que l'*ablation totale* signifie l'extirpation de l'organe tout entier, *y compris le col*.

Indications générales.

Indications générales de l'hystérectomie abdominale. — Nous verrons plus loin que la possibilité de substituer parfois à cette opération, toujours grave, une autre opération qui l'est moins (la castration), restreint, dans certaines circonstances déterminées, le champ d'action de l'hystérectomie. Quoi qu'il en soit, on peut formuler ainsi les indications de l'hystérectomie abdominale : accroissement rapide et *marche galopante* de la tumeur ; hémorrhagies graves, n'ayant cédé à aucun palliatif ; ascite produite par l'irritation d'un corps fibreux très mobile ; compression des organes contenus dans le petit bassin ou dans l'abdomen ; volume considérable de la tumeur et, en particulier, sa dégénérescence kystique,

œdémateuse ou suppurative; prolapsus symptomatique de l'utérus; et grossesse, quand le fibrome doit manifestement être une cause grave de dystocie. (Je reviendrai sur ce point dans un chapitre spécial. Voir p. 385.)

Classification des corps fibreux abdominaux, au point de vue opératoire.

La **classification** qu'on peut établir en vue de l'opération, par la voie abdominale, est la suivante :

I. **Corps fibreux pédiculés ;**

II. **Corps fibreux à noyau unique (ou prépondérant), énucléable ;**

III. **Corps fibreux à noyaux multiples ;**

IV. **Corps fibreux intra-ligamentaires et pelviens.**

Pour la première catégorie, l'ablation de la tumeur est d'une simplicité extrême et diffère à peine de l'ovariotomie; c'est ce qu'on devrait exclusivement appeler la *myomectomie*.

Pour la deuxième et la troisième catégorie, on fera généralement l'*hystérotomie partielle* ou l'*hystérectomie supra-vaginale*, selon la disposition des tumeurs. Dans certains cas déterminés, on pourra faire l'*énucléation intra-péritonéale* ou l'*hystérectomie abdominale totale*.

Pour la quatrième catégorie, on devra faire une *décortication intra-ligamentaire* ou un *morcellement vaginal*, quand on n'aura pas recours à une opération palliative, la castration.

Avant de passer en revue ces diverses opérations et leurs variétés, je dirai quelques mots d'une manœuvre opératoire applicable à toutes, et qui a complètement changé les conditions techniques depuis son introduction dans la chirurgie abdominale.

Hémostase provisoire par ligature élastique.

Hémostase provisoire durant les opérations d'hystérotomie. — Quelle que soit la nature de l'opération pratiquée sur l'utérus par l'abdomen, il est très précieux de pouvoir l'accomplir à blanc, sans perte de sang, au moins immédiate. Les anciens opérateurs employaient souvent, à cet effet, la constriction avec l'écraseur : Billroth a imaginé une énorme pince qui ne peut servir dans tous les cas. Un précieux moyen d'hémostase provisoire est la **ligature élastique temporaire**, qu'il ne faut pas confondre avec la ligature élastique définitive, dont nous aurons à parler plus loin. C'est Kleberg[1], d'Odessa, qui le premier tira parti, pour lier le *pédicule* utérin, de l'élasticité du caoutchouc et de sa propriété d'assurer une constriction constante. Il s'en était servi à la place des fils métalliques, employés par Kœberlé et Péan ; il laissa ensuite les tubes élastiques sur le moignon, et sa malade guérit. On ne peut lui refuser le titre d'inventeur de la ligature élastique pour l'hémostase intra et post-opératoire. Toutefois, il convient de reconnaître que, de même que c'est Hegar qui a érigé la ligature élastique définitive en méthode générale, c'est

[1] B. G. Kleberg. *St-Pétersb. med. Woch.*, 1877, p. 333.

Martin[1] qui a, le premier, systématisé le procédé de Kleberg et en a fait une application générale, la ligature élastique temporaire remplissant en chirurgie utérine le rôle que la bande d'Esmarch joue en chirurgie générale.

En Allemagne, on se sert généralement de tubes en caoutchouc épais dont la lumière est d'environ 5 millimètres. Je préfère les cordons pleins de 5 millimètres de diamètre, qui ont été généralement adoptés en France, à la suite de la communication par laquelle je fis connaître ce procédé dans notre pays[2]. Il est plus facile d'assurer leur asepsie et, à volume égal, ils sont plus résistants. Pour la ligature provisoire, il faut appliquer le cordon élastique, après l'avoir fortement étiré, en lui faisant faire deux fois le tour de la partie qu'il doit étreindre. On place ensuite sur ses chefs croisés une forte pince à pression. Hegar a fait construire des pinces à mors courts et coudés, assez commodes. J'ai, moi-même, imaginé un constricteur élastique qui rend des services, lorsqu'on est obligé d'opérer dans une cavité étroite, et qui est beaucoup moins encombrant que les pinces. Divers chirurgiens, se méprenant sur le but réel de cet instrument, ont fait construire des modèles analogues, destinés à faire la ligature permanente; or, celle-ci n'est jamais mieux assurée que par un double fil de soie. Le ligateur doit toujours être un agent de constriction provisoire[3].

Myomectomie.

I. **Fibromes pédiculés. Myomectomie.** — Tout d'abord, une ligature élastique destinée à assurer l'hémostase provisoire est placée sur l'utérus, aussi bas que possible, en déprimant les ligaments larges. Ensuite, il suffit, si le pédicule est mince, de le traverser avec une aiguille armée d'un fil de soie double, dont on noue les deux chefs avec le nœud de Bantock ou de Lawson-Tait (fig. 44, 5-6, p. 67). Si l'on n'est pas familiarisé avec ce nœud spécial, on coupera simplement l'anse et on liera, à droite et à gauche, après avoir entre-croisé les chefs par un demi-tour (fig. 44, 3-4). On devra toujours passer le fil deux fois pour faire le nœud du chirurgien (fig. 44, 2).

Si le pédicule est épais, on fera bien de le saisir avec de grosses pinces et de le comprimer très énergiquement, pendant qu'on sectionne le corps fibreux à un travers de doigt au-dessus d'elles, en ayant soin de ménager, à ce niveau, une sorte de collerette de péritoine et de substance corticale de la tumeur. Les pinces-clamp sont alors enlevées, et dans le sillon qu'elles ont tracé sur le pied du

[1] A. Martin. *Naturforscherversammlung in Cassel*, 1878.

[2] S. Pozzi. *Note sur la technique de la ligature élastique du pédicule*, etc. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, 28 nov. 1883, p. 889), et *Congrès français de chirurgie* (*Comptes rendus*, 1885, p. 557).

[3] Pour la technique, voir p. 72, et fig. 51 et 52.

pédicule on place une série de points de suture à la soie. On excise l'excès de tissu qu'on a ménagé au-dessus du point comprimé, ne conservant que ce qui est nécessaire pour recouvrir exactement la plaie, qu'on affronte avec les points de suture précédemment passés et quelques points superficiels. On retire la ligature élastique provisoire, et, si du sang suinte par les sutures, on ajoute quelques points profonds. Si, au moment de la section des tissus, il a été possible de voir la lumière de quelques vaisseaux, on les aura liés isolément.

Ce n'est qu'après s'être bien assuré que tout suintement sanguin est arrêté qu'on abandonne le pédicule dans le ventre. Si l'on avait encore des craintes au sujet de l'hémostase, on emploierait la méthode de Wölfler-Hacker (décrite ci-après), qui permet de faire le tamponnement du moignon.

On peut, surtout avec les corps fibreux pédiculés, se trouver en présence de larges adhérences à l'intestin, formant de véritables racines vasculaires adventices, plus importantes que la racine initiale ou pédiculaire. Pour détacher ces adhérences, quand elles sont intimes, on se servira d'un procédé recommandé par Schröder; on laissera adhérente à l'intestin la couche superficielle péritonéale du corps fibreux, puis, on passera, à ce niveau, un ou plusieurs fils de catgut de manière à amener l'affrontement de cette surface cruentée (fig. 188). Un procédé plus expéditif que j'ai souvent employé consiste à cautériser au thermocautère, superficiellement et rapidement, la couche du corps fibreux laissée adhérente à l'intestin.

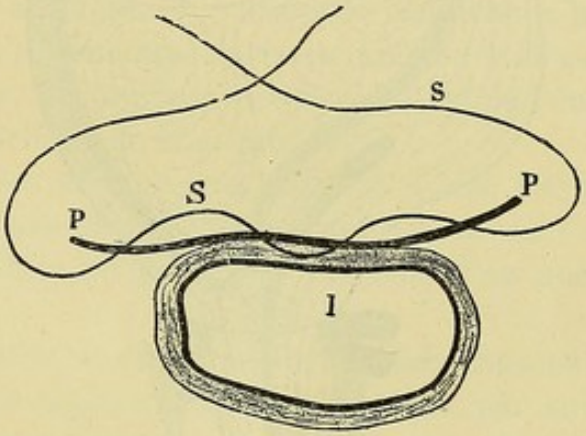


Fig. 188. — Suture d'un petit lambeau de corps fibreux adhérent à l'intestin et résultant du détachement d'une adhérence intime. — I. Intestin. — P. Revêtement péritonéal du corps fibreux. — S. Fil de soie ou de catgut.

Énucléation intra-péritonéale.

II. **Corps fibreux à noyau unique (ou prépondérant), encapsulé. Énucléation intra-péritonéale.** — Il s'agit encore ici de cas relativement exceptionnels. Le plus souvent, en effet, les corps fibreux sont multiples, déformant un segment notable de l'utérus, qui en est comme criblé et farci (fig. 162 et 163, p. 255). Faire l'énucléation de ces nombreux noyaux, et traiter isolément chaque poche résultant de cette manœuvre, ne serait pas possible. Mais il en est autrement lorsque la tumeur est unique, qu'elle soit formée par une masse simple ou agglomérée ou qu'elle soit interstitielle ou sous-

muqueuse. Alors, on a pu concevoir et réaliser le projet d'enlever, par énucléation, le néoplasme seul, en respectant l'intégrité de l'utérus et des annexes, et sans interrompre la vie génitale de la femme. Cette considération n'a un certain poids que lorsqu'il s'agit d'une malade éloignée de la ménopause. Ce sera donc assez exceptionnellement qu'elle entrera en jeu. Le plus souvent, il ne faut donc considérer l'**énucléation** que comme une simplification de la technique opératoire, applicable à certains cas déterminés.

Spiegelberg[1] paraît, le premier, l'avoir employée. Spencer Wells[2]

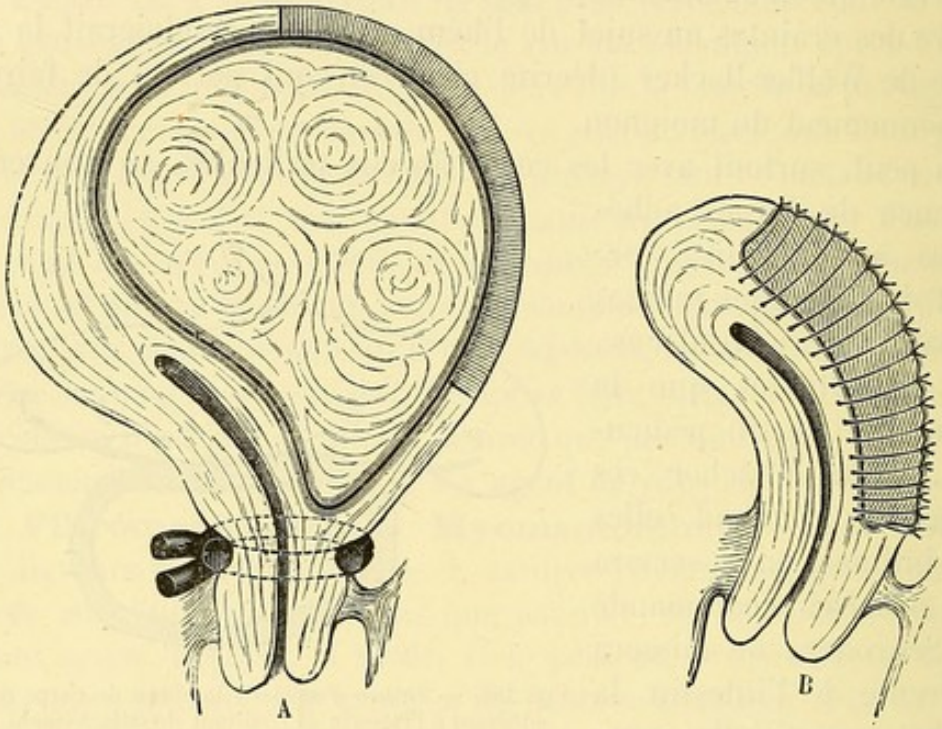


Fig. 189. — A. Énucléation d'un myome interstitiel. — B. Suture après l'énucléation.

aussi l'a depuis longtemps pratiquée. Mais c'est A. Martin[3] qui l'a surtout préconisée et bien réglée.

On commence par attirer l'utérus hors de l'abdomen sur un lit de compresses-éponges, et on place autour du col un cordon élastique dont les chefs croisés sont maintenus par une pince ou par mon ligateur. Ayant ainsi assuré l'hémostase provisoire, on fend l'utérus, au niveau de la saillie du fibrome, et on l'énuclée en ayant soin de ne pas pénétrer, si possible, dans la cavité utérine.

[1] Spiegelberg. *Arch. f. Gyn.*, 1874, Bd. IV, p. 340.

[2] Spencer Wells, cité par Zweifel. *Die Stielbehandlung bei Myomectomie*, p. 82. — L'opération de Spencer Wells date du 12 janv. 1863.

[3] Martin, *loc. cit.*, p. 287-88, et H. Burkhardt. *Deutsche med. Woch.*, 1880, n° 27, p. 357. — Czempin. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, Heft 1, p. 225 et *Soc. gyn. de Berlin*, oct. 1886. — Nagel. *Centr. für Gyn.*, 1886, n° 31, p. 497. — Hager. *Ibid.*, 1886, n° 40, p. 649. — R. Chevrier (d'Ottava). *Enucléation des fibro-myomes utérins par la voie abdominale* (*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gyn.*, 1891, p. 201, 279, 314 et 364).

Comme ce procédé a souvent été mis en usage pour des corps fibreux sous-muqueux (que d'autres chirurgiens abordent, de préférence, par la voie vaginale), l'ouverture de la cavité utérine a souvent été faite (dix fois sur seize, Martin); dans ces cas-là, Martin réunit d'abord la muqueuse par une suture continue au catgut.

On ferme ensuite la plaie de la paroi utérine par une série de sutures profondes cheminant sous toute l'étendue de la plaie (fig. 189). Actuellement, Martin fait toutes ces sutures avec du catgut à l'essence de genévrier, qu'il a substitué à la soie phéniquée qu'il employait au début.

Lorsque la cavité résultant de l'énucléation paraît trop considérable, Martin y met un drain en croix dont il fait passer l'extrémité, à travers le col de l'utérus, dans le vagin. Freund[1], dans une belle observation suivie d'un succès d'autant plus remarquable qu'il s'agissait d'un fibrome enflammé, a remplacé le drain de caoutchouc par une mèche iodoformée, puis a tamponné la cavité utérine à la gaze iodoformée. On peut, du reste, diminuer la cavité résultant de l'énucléation, en réséquant des portions de la poche.

Martin a une fois enlevé les deux ovaires altérés, et une fois un seul ovaire; il conseille de faire la castration dans les cas où l'on soupçonnerait la présence, dans les parois de l'utérus, d'un autre noyau fibreux, inaccessible.

Sur seize cas il a observé trois morts; il a dû une fois consécutivement pratiquer l'amputation supra-vaginale de l'utérus, par suite du développement d'un nouveau fibrome, dont le noyau d'origine avait passé inaperçu, au cours de la première opération. Cette éventualité est évidemment le côté faible d'une pareille méthode. Pour l'éviter, il faudrait toujours la combiner avec la castration. Mais alors l'énucléation manque son but initial[2], qui était le maintien des fonctions génitales, et devient un simple cas particulier de l'hystérectomie partielle avec abandon intra-péritonéal du pédicule[3].

Hystérectomie.

III. **Corps fibreux à noyaux multiples. Hystérectomie supra-vaginale.** — Il faudrait, d'après Schröder, distinguer deux cas différents, selon que le fibrome est situé au niveau du fond de l'utérus, *au-dessus* des annexes, le corps de l'utérus étant lui-même

[1] Freund. *Zur Entfernung submucöser Myome durch die Laparotomie* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 49, 801).

[2] Krönlein, de Zurich (*Einige Bemerkungen zu Gunsten des conservirenden Verfahrens bei der Myomotomie*, in *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 48, p. 876), cite un cas, qu'il dit unique dans la science, de résection étendue de l'utérus pour un fibrome du fond, à large base, suivi de grossesse qui évolua normalement.

[3] Martin (*Ueber Myomoperationen*, in *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 797) a publié une statistique de 96 cas d'énucléation abdominale, se répartissant de la façon suivante : 24 fois l'utérus fut ouvert (8 morts); 72 fois la cavité utérine fut respectée (10 morts

à peu près intact, ou selon que le corps de l'utérus est envahi, de telle sorte que les annexes se trouvent soulevées par la tumeur à côté de laquelle elles forment une sorte d'appendice plus ou moins sessile.

Dans le premier cas, la règle est de ne pas détacher les ligaments larges, ce qui rend l'opération plus rapide et moins grave. Mais, comme on n'est jamais sûr qu'il n'existe pas, dans le reste de l'utérus, un ou plusieurs petits noyaux en voie d'évolution, il est prudent de pratiquer l'ablation des ovaires, comme dernier temps de l'opération. On n'obtient généralement pas ainsi un pédicule aussi étroit qu'avec l'ablation de tout le corps de l'utérus : cette raison serait suffisante pour faire rejeter l'hystérectomie partielle, si une sérieuse considération ne venait plaider en sa faveur, au moins pour les partisans du traitement intra-péritonéal : je veux parler de la possibilité de faire l'opération sans ouvrir la cavité utérine, ce qui permet de réduire le pédicule dans l'abdomen, en diminuant considérablement les chances d'infection. Voilà pourquoi la distinction établie par Schröder est légitime, au moins en ce qui regarde l'application de son procédé. Mais elle perd beaucoup de sa valeur pour les partisans du traitement extérieur du pédicule.

Hystérectomie partielle.

L'**hystérectomie partielle** ne présente aucune différence essentielle avec l'amputation supra-vaginale, à l'exception de l'absence du temps qui consiste à détacher les ligaments larges. On fait la ligature élastique provisoire au-dessous de la tumeur, qu'on enlève avec la coque qui la contient, en conservant une collerette de péritoine et de tissu sous-séreux. Cette opération se distingue de l'énucléation en ce qu'on enlève largement, d'emblée, la tumeur, en la cernant avec le couteau. On ne doit jamais s'y résoudre sans raison; je conseille toujours de s'assurer auparavant par une coupe verticale que l'énucléation n'est pas possible, car alors elle est préférable. Le pédicule sera traité selon l'une ou l'autre des méthodes appliquées à l'hystérectomie supra-vaginale.

Hystérectomie supra-vaginale.

J'arrive à l'**hystérectomie** ou **amputation supra-vaginale**, qui est l'opération typique, celle à laquelle on doit avoir recours dans la grande majorité des cas, soit d'emblée, soit après avoir essayé vainement une opération plus parcimonieuse, énucléation ou hystérectomie partielle.

Deux grandes méthodes se partagent les préférences des chirurgiens :

1° Celle où le pédicule est maintenu à l'extérieur (**traitement extra-péritonéal**), à laquelle sont attachés les noms de Kœberlé et de Péan, les initiateurs, et de Hegar, qui l'a poussée à un haut degré de sécurité et de perfection;

2° La méthode où le pédicule est abandonné dans le péritoine (**traitement intra-péritonéal**), à laquelle Schröder mérite de donner son nom, mais à laquelle divers auteurs ont apporté des modifications.

Enfin, j'aurai à décrire des procédés dépendant de l'une ou de l'autre de ces méthodes, et, en particulier, une **méthode mixte** ou **juxta-pariétale**, qui participe à la fois des deux précédentes et qui a la prétention d'en réunir les avantages; puis j'exposerai les diverses techniques recommandées pour l'ablation de l'utérus y compris le col, ou **hystérectomie totale** soit **abdominale**, soit **vagino-abdominale**.

Technique opératoire.

Technique de l'hystérectomie supra-vaginale. — Les premiers temps de l'opération sont identiques, qu'on doive instituer le traitement extra-péritonéal du pédicule (procédé de Hegar), ou le traitement intra-péritonéal (procédé de Schröder).

On opère rapidement l'ouverture de l'abdomen, au niveau de la ligne blanche, sans s'attarder à placer des pinces sur les petits vaisseaux, en particulier sur les veines qui saignent au premier moment, mais que le contact de l'air oblitère spontanément. Si la tumeur est petite et à développement marqué du côté du bassin, on devra prolonger l'incision jusqu'au pubis, mais on le fera avec grandes précautions, en s'assurant, au besoin avec une sonde, de la situation de la vessie. Il faut toujours redouter l'allongement de cet organe au-devant de la tumeur[1], qui l'expose à être blessé. Pour se donner du jour en bas, on pourra parfois désinsérer un des muscles droits.

Si la tumeur est très volumineuse et molle, on s'assurera tout d'abord si son volume ne peut pas être diminué par la ponction des cavités kystiques. Dans le cas négatif, il vaut mieux franchement prolonger l'incision plutôt que de se livrer à la manœuvre du morcellement intra-abdominal, autrefois préconisée par Péan[2].

Il faut ensuite dégager l'utérus de telle sorte qu'on puisse appliquer sur son col une ligature élastique en vue de l'hémostase provisoire. On doit de nouveau se rendre compte des connexions de la vessie avec la tumeur, et pour cela introduire dans ce réservoir un cathéter suffisamment long (sonde d'homme). Il est arrivé à d'habiles chirurgiens de comprendre la vessie dans la ligature et d'en enlever ainsi un fragment. Pour la protéger dans les cas difficiles, Albert place, dès le début, une broche à travers la tumeur immédiatement au-dessus d'elle, de manière à empêcher la ligature élastique de glisser sur elle et de la saisir.

On doit alors, entre une chaîne de doubles ligatures, sectionner les ligaments larges. On se sert, pour cela, d'une aiguille mousse montée (fig. 29, 2), soit droite et un peu courbée vers sa pointe,

[1] T. Gaillard-Thomas. *Expansion of the bladder over the surface of abdominal tumours and its attachment to them or to the abdominal walls as a complication of laparotomy* (*Trans. of the Amer. gyn. Society*, 1882, t. VI, p. 258).

[2] Péan et Urdy. *Hystérotomie*, etc., p. 201.

soit de la forme d'une aiguille de Deschamps. (Voir pour la technique de ces manœuvres, p. 66 à 71.) On aura soin de lier isolément la trompe et le ligament rond. Quand on est arrivé à dégager la partie supérieure du col, on y place la ligature élastique. Quelques auteurs conseillent d'aller, immédiatement au-dessous d'elle, à la recherche des artères utérines, dont on essaye de sentir les battements ou la saillie sur les côtés de l'utérus; il faut, pour les trouver, descendre jusque auprès des replis de Douglas (qui limitent le cul-de-sac de ce nom) et s'éloigner d'un travers de doigt du col, à cause des uretères. Cette ligature se fait en masse, et comprend une petite épaisseur des parties molles voisines qu'on charge avec l'artère sur l'aiguille mousse. Elle n'est nécessaire que lorsque la ligature élastique est provisoire et doit être enlevée, comme dans les méthodes de traitement intra-péritonéal du pédicule. Un des grands avantages de la méthode extra-péritonéale me paraît être de dispenser de ce temps dangereux.

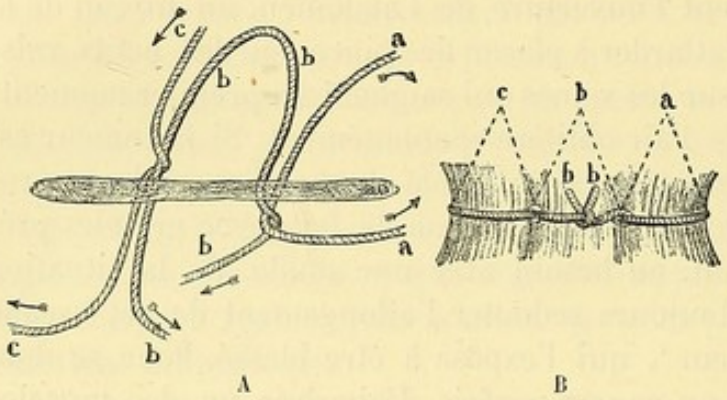


Fig. 190. — Ligature en chaine.
A. Placement des fils. — B. Les fils sont noués.

Il vaut toujours mieux enlever les annexes; certains opérateurs, à la vérité, attachent peu d'importance à les laisser en place, pensant qu'elles ne tardent pas, après l'hystérectomie, à s'atrophier; leur extirpation est toutefois préférable. On a, en effet, signalé des accidents, hématocèle pelvienne (Péan, Kœberlé), grossesse extra-utérine (Kœberlé), qui doivent faire pratiquer la castration simultanément, quand elle n'offre pas de difficultés, par suite d'adhérences étendues[1].

Quand l'utérus est ainsi suffisamment libéré de ses attaches périphériques, on place sur le col le cordon élastique et l'on sectionne la tumeur. Une première incision antéro-postérieure la divise franchement jusqu'à deux travers de doigt de la ligature hémostatique; puis on enlève rapidement le fibrome par section et énucléation.

A ce moment la conduite du chirurgien différera, selon qu'il

[1] Grammatikati (de Saint-Pétersbourg) a démontré, par des expériences sur des lapins et par l'examen d'une pièce provenant d'une femme opérée, depuis trois ans, d'hystérectomie par le professeur Lebedeff, que les ovaires continuent à fonctionner après l'extirpation isolée de l'utérus (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 7, p. 105). — D'après ses propres recherches, Glaevecke (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, Heft 1, p. 1) conclut dans le même sens

entend suivre l'exemple de Hegar (traitement extra-péritonéal du pédicule) ou celui de Schröder (traitement intra-péritonéal).

Traitement du pédicule, méthode intra-péritonéale. Procédé de Schröder.

Méthode du traitement intra-péritonéal du pédicule. — Je le décrirai, en me conformant à la technique de Schröder, exposée par son élève Hofmeier[1].

En procédant à l'ablation de la tumeur on aura soin de finir par une incision circulaire distante d'au moins 3 centimètres de la ligature, portant d'abord sur le péritoine et n'allant plus profondément qu'après avoir un peu décollé cette membrane qui s'est rétractée, de façon que la manchette de tissu conservée soit en partie formée par la séreuse. On régularise alors, à coups de ciseaux, cette manchette qui doit être suffisante pour recouvrir la totalité de la plaie, grâce à une légère traction. On recherche à la surface de la plaie les vaisseaux béants qui s'y peuvent trouver, et on les lie au catgut.

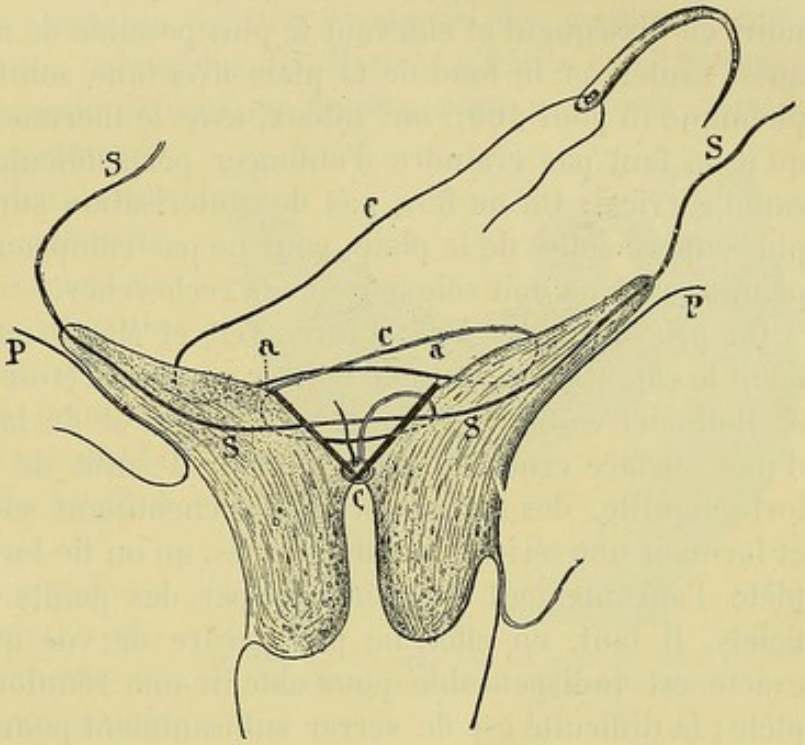


Fig. 191. — Suture du pédicule dans la méthode intra-péritonéale (Schröder).

S. Suture profonde à la soie, passée en premier lieu sous toute la surface cruentée. — C. Suture continue au catgut, à étages superposés, affrontant la totalité de la plaie dont la partie inférieure est marquée par une épaisse ligne noire *a a* formée par la cavité utérine cautérisée. — P. Revêtement péritonéal.

Un temps important est constitué par la destruction et la désinfection de la muqueuse de la cavité utérine qui se trouve au fond de la plaie. Il n'est pas douteux que cette ouverture de l'utérus ne constitue une condition défavorable pour le traitement intra-péritonéal, car l'infection peut venir de là. A la vérité, quelques auteurs, Martin[2], par exemple, lui attribuent peu d'importance. Mais

[1] Hofmeier. *Manuel de gynéc. opératoire*, traduit par Lauwers, Paris, 1889, p. 253.
[2] Czempin (assistant de Martin). *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, Heft 1, p. 228.

Hofmeier[1], analysant les opérations de Schröder, a péremptoirement établi cette influence (sur 21 opérations sans ouverture, 2 morts ; sur 59 avec ouverture, 18). Il importe donc de réduire ce danger au minimum, en assurant d'une part une cicatrisation rapide par un affrontement exact, en modifiant d'autre part énergiquement la muqueuse, au voisinage de la plaie. Dans ce but, Olshausen[2] a donné le conseil d'évider largement le fond de la plaie en forme d'entonnoir, en disséquant et enlevant le plus possible de muqueuse. Il faut aussi cautériser le fond de la plaie avec une solution forte d'acide phénique (5 pour 100), ou, mieux, avec le thermocautère Paquelin, qu'il ne faut pas craindre d'enfoncer perpendiculairement dans le canal cervical. On ne fera pas de cautérisation sur les portions les plus superficielles de la plaie, pour ne pas compromettre la réunion primitive qu'on doit soigneusement rechercher.

On procède alors à la suture. Veit et Martin emploient uniquement le catgut à l'essence de bois de genévrier (voir p. 55) ; Schröder et Hofmeier combinent l'usage du catgut et de la soie. S'il s'agit d'une surface cruentée peu étendue, il suffit de passer, avec une forte aiguille, des sutures profondes cheminant sous toute la plaie, et formant une série de points séparés, qu'on lie fortement ; on complète l'affrontement du péritoine par des points de suture superficiels. Il faut, en effet, ne pas perdre de vue qu'une coaptation exacte est indispensable pour obtenir une réunion primitive complète ; la difficulté est de serrer suffisamment pour l'obtenir, et pas trop pour ne pas entraver la nutrition des tissus.

Pour peu que la plaie soit étendue, il faut renoncer à ce moyen simple, car on devrait, pour amener l'affrontement parfait, beaucoup trop serrer les sutures profondes, qui couperaient le tissu utérin. On recourra alors à la suture continue à plans superposés, au catgut, très préférable à la suture à plans superposés[3] avec des points séparés à la soie, que Schröder employait primitivement. Toutefois, pour se mettre en garde contre l'absorption trop rapide du catgut, qu'il faut surtout craindre si les tissus sont très résistants, on aura soin, avant de commencer la suture continue, de placer quelques points de *suture de soutien* à la soie, cheminant dans toute l'épaisseur de la plaie, de distance en distance. On ne les nouera qu'après avoir terminé la suture continue ; il vaut mieux les placer ainsi d'avance,

[1] Hofmeier. *Die Myomotomie*, Stuttgart, 1884.

[2] Olshausen. *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1882, Bd. XVI, p. 171.

[3] Brennecke (*Ein Wort für die Schrœder'sche Methode der Myomotomie*, in *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1891, Bd. XXI, Heft 1, p. 1) regarde comme la meilleure garantie de succès l'application minutieuse de la suture à étages. Il a pratiqué l'opération de Schröder dans quinze cas et il a ainsi obtenu quinze guérisons.

pour ne pas s'exposer à couper le catgut. Elles doivent être disposées un peu de biais, et non pas tout à fait perpendiculairement à l'axe de la plaie (Hofmeier), de manière à ne pas être parallèles aux vaisseaux qu'elles sont destinées à étreindre (fig. 191).

La plaie devra être réunie longitudinalement, c'est-à-dire dans une direction parallèle à la plaie abdominale (Gersuny, Fritsch, etc.).

Lorsqu'il a suturé le pédicule, selon le procédé de Schröder, et qu'il voit, après l'ablation du lien élastique, des gouttes de sang sourdre à la surface, le long des fils, Martin[1] n'hésite pas à traverser le milieu du pédicule d'avant en arrière avec une forte aiguille munie d'un fil quadruple et à le lier en deux moitiés. Dans les autopsies qu'il a eu l'occasion de faire, il n'a jamais vu de trace de mortification consécutive à cette ligature. Leopold emploie souvent le même procédé de ligature complémentaire.

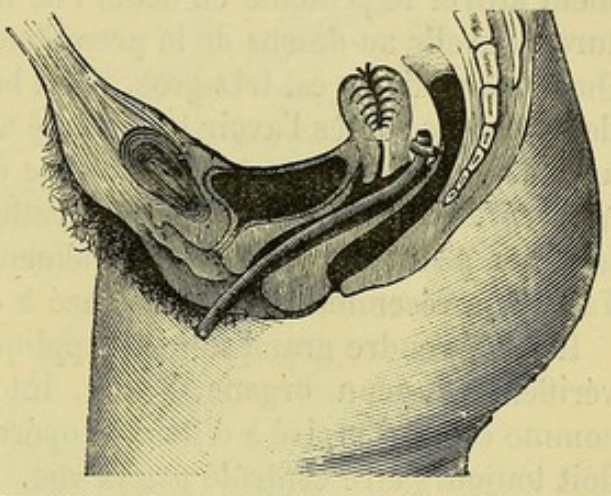


Fig. 192. — Drainage vaginal avec un tube en croix après l'hystérectomie abdominale (Martin).

Martin pratique toujours le drainage après l'hystérectomie avec pédicule intra-péritonéal, si simple qu'ait été l'opération. Il déprime le cul-de-sac de Douglas avec une main introduite par le ventre derrière l'utérus, et, à l'aide d'une longue pince qui sert à saisir le tube en croix, il *crève*, à ce niveau, le vagin de bas en haut. L'extrémité inférieure du tube est toujours repliée dans le vagin et entourée de gaze antiseptique pour empêcher l'entrée des germes de l'air. On le retire vers le troisième ou quatrième jour, quand la malade commence à sentir un certain malaise particulier du côté du bas-ventre (fig. 192).

Ce drainage, après les opérations simples, sans délabrements ou souillure du péritoine par des produits septiques, n'est pas généralement employé et me paraît excessif.

Méthode extra-péritonéale. Procédé de Hegar.

Méthode du traitement extra-péritonéal du pédicule (procédé de Hegar). — On tâche de fermer le plus possible la cavité abdominale au-dessus de la tumeur, et l'on entoure celle-ci de compresses-éponges pour étancher le sang; on la coupe alors transversalement à deux travers de doigt au-dessus de la ligature élastique. A ce moment, on aperçoit parfois, sur la coupe, des

[1] A. Martin. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, 1887, p. 286.

noyaux fibreux qui pénètrent dans le pédicule; on les énuclée sans danger d'hémorrhagie, le lien élastique se resserrant aussitôt et comprimant la loge vidée par la petite tumeur. Si l'on distingue sur les côtés la lumière de vaisseaux, on les lie isolément. On régularise la surface du moignon et on le maintient fortement attiré au dehors avec des pinces de Museux. On procède à la toilette du péritoine, et l'on se met en devoir de fixer le pédicule à la partie inférieure de la plaie. On peut utiliser le plus souvent la ligature élastique provisoire comme ligature définitive, si elle est convenablement placée. Si elle est située trop bas pour qu'on puisse facilement attirer le pédicule en dehors de la plaie, on placera une ligature nouvelle au-dessus de la première, avant de desserrer celle-ci. Quand le pédicule est très gros, il est bon, selon Hegar, de le lier en deux moitiés, après l'avoir transpercé avec un double lien élastique, à l'aide d'un instrument spécial, sorte de lardoire, l'*aiguille de Kaltenbach*[1]. On peut, je crois, éviter cette complication en faisant sur les gros pédicules un tour supplémentaire avec le lien élastique. Tauffer[2] a récemment aussi renoncé à cet instrument.

Il faut prendre grand soin, en appliquant la ligature définitive, de vérifier qu'aucun organe, vessie, intestin, épiploon, n'est pincé, comme cela est arrivé à d'habiles opérateurs[3]. Pour cela, le toucher doit toujours être contrôlé par la vue.

Voici la manière de fixer définitivement la ligature : pendant qu'un aide maintient avec des pinces de Museux le pédicule en place, on fait exécuter au ligateur qui maintient le cordon élastique deux tours, de façon à croiser les extrémités de ce lien, en les tendant un peu, et l'on applique au niveau de l'entre-croisement, entre l'instrument et le col utérin, une ligature avec de la soie forte, nouée par le double nœud dit *du chirurgien* (p. 44, fig. 67, 2). On opère alors encore une légère traction sur l'instrument, de façon à tendre un peu plus les liens élastiques et à avoir la place de mettre une seconde ligature de sûreté, à quelques millimètres en avant de la première. On peut ensuite couper courts les chefs des fils de soie et laisser un peu plus de longueur à ceux du lien élastique, après avoir enlevé la pince ou le ligateur.

La ligature élastique constitue un immense perfectionnement. Sa constriction, pour ainsi dire toujours active, se maintient et se poursuit en vertu de l'élasticité du lien qui a été fortement sollicitée, au moment de son application; elle n'est pas exposée à devenir trop lâche, à *faire bague*, comme des fils inextensibles.

[1] Hegar et Kaltenbach. *Gynéc. opér.*, trad. franç. par Bar, p. 358.
[2] Voir G. A. Dirner. *Treatment of pedicle in myomotomy* (*Annals of Gyn.*, janv. 1888).
[3] Veit. *Soc. gynéc. de Berlin* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 24, p. 388).

Une des particularités les plus importantes du procédé de Hegar est l'isolement exact du pédicule hors de la cavité abdominale par la suture du péritoine au-dessous du lien élastique. Hegar constitue ainsi le fond d'une *gouttière péri-pédiculaire* qu'il laisse béante par la non-réunion, au voisinage immédiat du pédicule, des plans aponévrotiques, adipeux et tégumentaires. Ce fossé empêche le pédicule destiné à se mortifier d'être étroitement emprisonné dans l'épaisseur des parties molles, et de les infecter. Il demeure isolé, comme le pistil au centre du calice de la fleur, et l'on peut autour de lui accumuler des topiques, destinés à le maintenir aseptique et à le momifier. C'est surtout chez les femmes pourvues d'embonpoint que cette particularité technique est du plus haut intérêt.

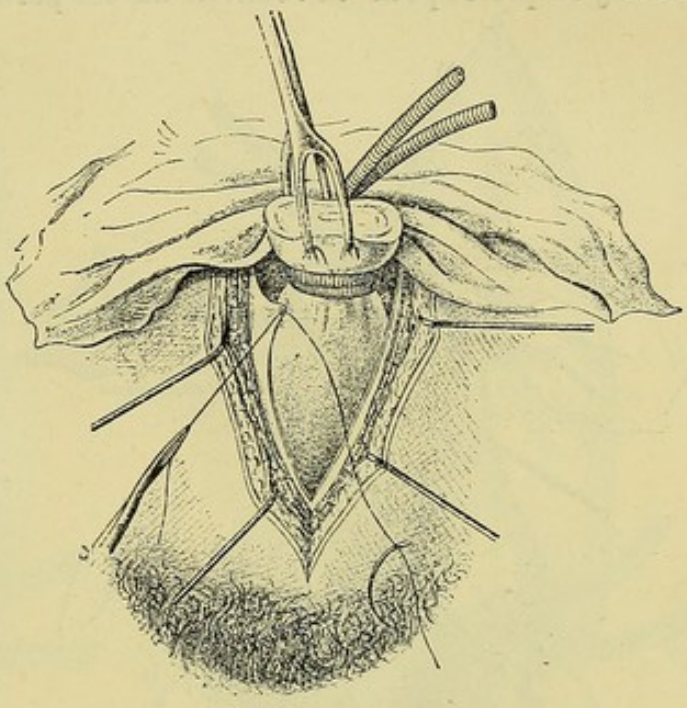


Fig. 193. — Suture des parois abdominales au niveau du pédicule dans l'hystérectomie supra-vaginale. Méthode extra-péritonéale.

Suture du péritoine en collerette autour du pédicule utérin, à sa partie inférieure. Suture commencée. (Le pédicule est très fortement attiré en haut, ce qui exagère beaucoup son éloignement du pubis.)

Pour suturer le péritoine autour du pédicule, Tauffer[1], à l'angle inférieur de l'incision abdominale, fixe par un nœud un long fil à deux chefs; il arme chacun d'eux d'une aiguille et il s'en sert pour coudre le péritoine à la surface du pédicule, immédiatement au-dessous de la ligature, à droite et à gauche. Je préfère, pour ma part, faire un surjet au catgut avec une seule aiguille (fig. 193). Il faut y apporter le plus grand soin, et affronter une collerette de péritoine pariétal, immédiatement au-dessous du lien élastique. On doit dans cette suture ne comprendre que la séreuse et se servir d'une aiguille courbe très fine, pour éviter, si possible, que les piqûres ne saignent. Il est bon d'aller saisir et de ramener près du pédicule, dans cette suture péri-pédiculaire, les moignons des ligaments larges, de manière à les fixer au contact immédiat du moignon utérin. Quand

[1] G. A. Dirner, *loc. cit.*

la collerette péritonéale est fixée autour du pédicule, on peut, avec la même aiguillée de catgut, continuer la suture isolée du péritoine dans toute la longueur de l'incision abdominale. On ajoute où il est nécessaire, quelques points séparés pour compléter l'affrontement.

La suture des autres plans des parois abdominales n'est commencée qu'à deux travers de doigt au-dessus du pédicule. Actuellement j'emploie, pour la réunion de ces parois, un surjet au catgut (fig. 195).

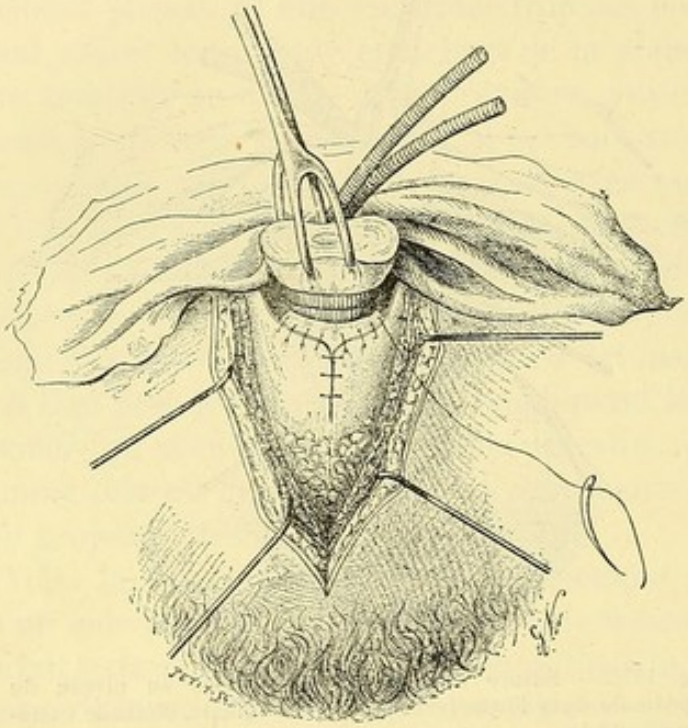


Fig. 194. — Suture des parois abdominales, au niveau du pédicule dans l'hystérectomie supra-vaginale. Méthode extra-péritonéale.

Suture du péritoine en collerette autour du pédicule utérin, à sa partie inférieure. Suture terminée. (Le pédicule est très fortement attiré en haut, ce qui exagère beaucoup son éloignement du pubis.)

Au-dessous du pédicule lui-même, il n'est généralement pas utile de placer (sur l'incision du péritoine seulement) plus d'un ou deux points de suture.

Pour éviter que le pédicule ne descende outre mesure dans le pelvis, sous l'influence de l'élasticité des tissus, des mouvements, etc., on le traverse au-dessus de la ligature élastique avec deux fortes broches croisées en X dont on coupe aussitôt avec des cisailles les extrémités pointues. On les passe avec une poignée spéciale (fig. 196). Ces broches ont, en outre, l'avantage d'empêcher le glissement de la ligature élastique. On place au-dessous de leurs extrémités de petits coussinets de gaze iodoformée, pour les empêcher de meurtrir les téguments (fig. 197). On donne alors, avec des ciseaux, au pédicule sa forme définitive, et l'on cautérise sa surface avec le thermo-cautère, après l'avoir entouré de compresses antiseptiques humides.

Jusqu'à ces derniers temps, Hegar, Kaltenbach, Tauffer, etc., faisaient ensuite le pansement suivant : dans la gouttière péri-pédiculaire, ils plaçaient du coton hydrophile imbibé d'une solution de chlorure de zinc à 10 pour 100, et soigneusement exprimé; ils badigeonnaient la surface du moignon avec une solution à 5 pour

100, en ayant soin d'éviter les fusées du liquide, et mettaient au centre du pédicule, dans la cavité qu'il présente, un tampon de coton imbibé du même caustique : après un pansement antiseptique (gaze iodoformée), ils le recouvraient d'épaisses couches d'ouate, serrées par un bandage de corps en flanelle. Ils laissaient

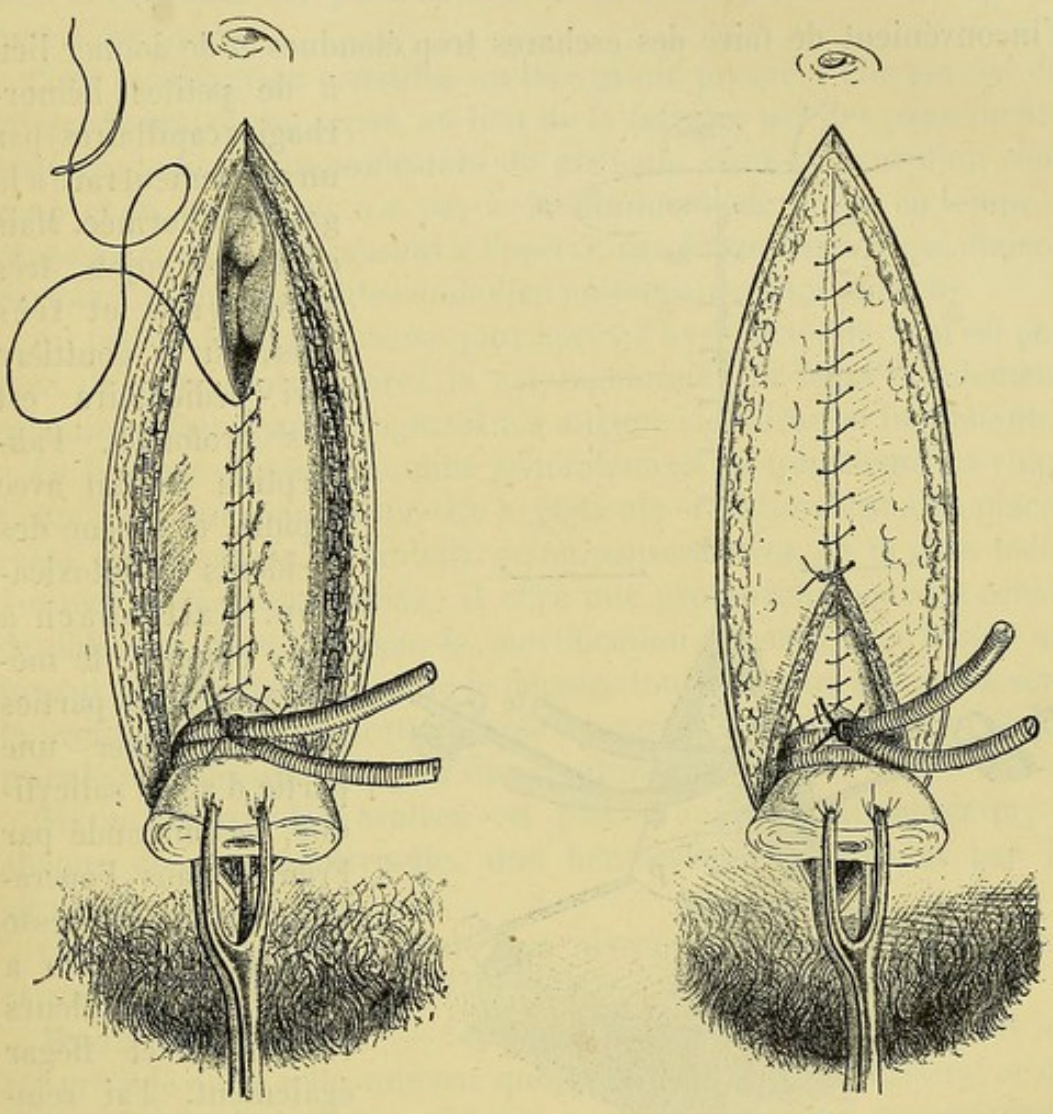


Fig. 195. — Suture des parois abdominales, au-dessus du pédicule dans l'hystérectomie supra-vaginale. Méthode extra-péritonéale.

A. Suture continue du péritoine au catgut.
B. Suture continue au catgut des plans musculo-aponévrotiques.

ce premier pansement en place de 5 à 7 jours, à moins d'indication spéciale. Le trouvant au bout de ce temps sec et dur, ils remplaçaient les tampons d'ouate placés autour du pédicule par des bandelettes de gaze iodoformée, et touchaient de nouveau le pédicule avec la solution caustique, de manière à momifier l'eschare et à l'empêcher de devenir molle et fétide : dès lors, on faisait le pansement tous les jours, et, si le pédicule était volumineux, on devait enlever peu à peu les portions mortifiées.

Plus tard, Kaltenbach[1] avait remplacé le chlorure de zinc (qui a

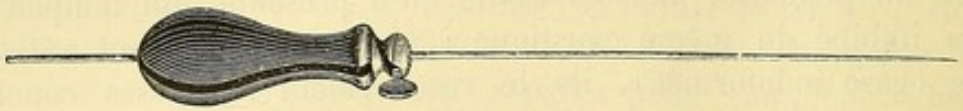


Fig. 196. — Poignée pour passer les broches.

l'inconvénient de faire des eschares trop étendues et de donner lieu à de petites hémorrhagies capillaires) par un pansement rare à la gaze iodoformée. Mais chez les sujets très anémiques et très gras, où la gouttière péri-pédiculaire est très profonde, l'absorption se fait avec rapidité et amène des accidents d'intoxication. Kaltenbach a alors employé le mélange de trois parties de tannin avec une partie d'acide salicylique, recommandé par Freund dans l'opération de la grossesse extra-utérine. Il en a retiré les meilleurs résultats, et Hegar également. J'ai remplacé l'acide salicylique par la poudre d'iodoforme dans la proportion de 1 partie pour 5 parties de tannin : je n'ai eu qu'à me louer de ce mélange.

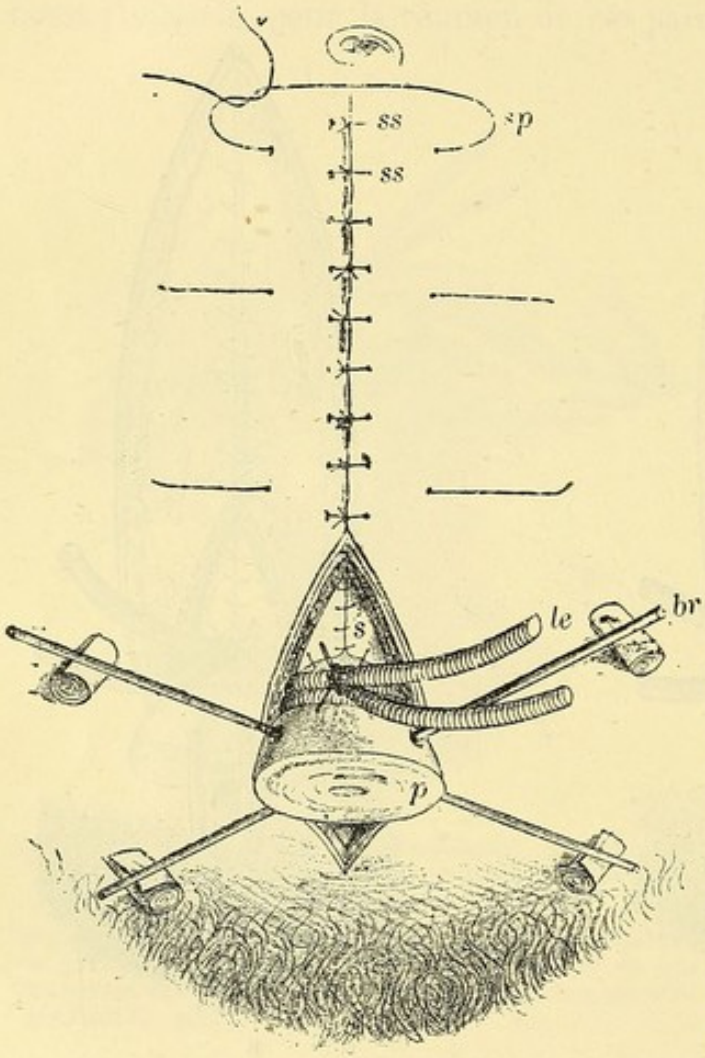


Fig. 197. — Suture des parois abdominales au-dessus du pédicule dans l'hystérectomie supra-vaginale. Méthode extra-péritonéale.

Suture du péritoine en collerette autour du pédicule utérin à sa partie supérieure (le col est fortement déjeté en bas, pour mieux montrer la suture). Les sutures profondes pour les téguments sont placées et les sutures superficielles nouées au-dessus du pédicule. (Au-dessous, ces sutures n'ont pas encore été placées, pour pouvoir renverser le col en bas en vue de la démonstration.)

Le pansement se trouve ainsi très simplifié; aussitôt après l'opération, on remplit

[1] Hegar et Kaltenbach. *Die operative Gynäk.*, 3e édit., 1886, p. 503.

la gouttière et l'on recouvre le pédicule avec la poudre (après avoir préalablement cautérisé l'intérieur du pédicule au thermocautère), puis on place le pansement. De cette façon le pédicule est comme tanné, sans que la cautérisation des parties vivantes soit à craindre. On peut laisser le premier pansement en place huit à dix jours.

Cette modification constitue un très grand progrès; elle permet de laisser la malade en repos, au lieu de la fatiguer par des pansements réitérés; enfin, la momification du pédicule étant obtenue d'un seul coup et en masse, on n'a pas à le diminuer de temps en temps à coups de ciseaux, en causant à l'opérée des ébranlements qui étaient parfois l'origine de petites embolies pulmonaires (Kaltenbach).

Au troisième ou quatrième jour après l'hystérectomie, il n'est pas rare de voir, comme après la salpingotomie, un léger écoulement sanguin se faire par le vagin; il n'a aucune signification inquiétante.

La ligature élastique tombe généralement du quinzième au vingtième jour, entraînant avec elle le pédicule et les broches. A sa place, reste un entonnoir granuleux qu'on pansera avec de la gaze iodoformée, modérément tassée : il offre une profondeur souvent considérable, car il est rare que la mortification du pédicule s'arrête au niveau du lien élastique; elle le dépasse toujours plus ou moins vers la profondeur. Cette cicatrice crée un point faible à la paroi abdominale et nécessite l'usage d'une ceinture.

Si on laissait les ovaires en place, on pourrait observer, à chaque époque menstruelle, une hémorrhagie se faisant par la cicatrice.

On a rarement vu persister, à ce niveau, une fistulette abdomino-cervicale.

Procédés divers (ligature élastique perdue).

Procédés divers. — **Ligature élastique perdue.** — Quoiqu'il ait été précédé dans cette voie par quelques faits isolés de Czerny[1] et de Kaltenbach[2], c'est Olshausen[3] qui a particulièrement recommandé la ligature élastique perdue. Il la nouait d'abord, puis la suturait autour du pédicule, par des fils de soie, pour l'empêcher de glisser. Ce procédé n'a été employé par Olshausen que dans les cas exceptionnels, où l'hémostase présentait de grandes difficultés. Il paraît y

[1] Czerny. *Centr. f. Gyn.*, 1879, p. 519.

[2] Hegar et Kaltenbach. *Die operative Gynäk.*, 1881, p. 441.

[3] Olshausen. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1889, Bd. XVI, p. 171, et *Klin. Beitr. zur Gyn.*, 1884, p. 86.

Voir les intéressantes expériences faites par Hegar sur les animaux, in Kasprzik, *Zur intraperitonealen Stielversorgung bei Uterusfibromen, und zur partiellen Exstirpation von Organen und Geschwülste der Unterleibshöhle, mittelst elastischen Ligaturen* (*Berlin. klin. Woch.*, 1882, n° 12, p. 177). — Le procédé de Olshausen a été repris en Italie par A. Martinetti, *Annali di ost. e gyn.*, 1888, n° 3, et en France par G. Richelot *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1890, n° 9, p. 656.

avoir aujourd'hui à peu près renoncé[1], bien qu'ayant obtenu de très beaux succès dans des cas difficiles. Le pédicule ainsi lié ne se mortifie pas, mais continue à se nourrir un peu, soit au travers de la ligature élastique, soit, ce qui est plus probable, aux dépens des parties voisines. Quoi qu'il en soit, sa nutrition est très obscure et il subit un travail de nécrobiose granulo-graisseuse. Il y a eu, du reste, des cas où il a suppuré et a entraîné des accidents graves aboutissant soit à l'élimination de la ligature (Hegar), soit à une péritonite mortelle (Olshausen, Czerny, Hegar). D'autres fois, le lien élastique a été éliminé, sans que la malade en ait été incommodée. Ahlfeld[2] en a cité un exemple d'autant plus remarquable que ce chirurgien complique encore le mode de ligature perdue, en fixant le cordon de caoutchouc par un anneau de plomb de 5 millimètres de diamètre, après avoir entouré deux fois le pédicule, puis écrasé cet anneau à l'aide d'une forte pince. Ce mode de fixation de la ligature élastique a été d'abord employé par Thiersch[3], mais seulement pour le traitement extra-péritonéal. Il a ensuite été imité par Sänger[4], qui l'a plus tard abandonné pour sa méthode mixte, après en avoir obtenu neuf succès, sans un seul revers.

Je ne cite que pour mémoire les procédés suivants, à cause de leur originalité :

Ligature élastique perdue sous-péritonéale. — Schwarz[5] a imaginé de recouvrir la ligature élastique d'une manchette péritonéale taillée sur le pédicule, après hémostase provisoire. Albert[6] isole complètement le moignon avec deux lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur qu'il suture soigneusement l'un à l'autre.

Renversement du pédicule dans le vagin. — Meinert[7] a proposé d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas et de faire passer le pédicule dans le vagin. La seule fois qu'il expérimenta ce procédé, la malade mourut.

Je mentionne simplement l'**hystérectomie en deux temps**, le premier consistant dans l'ouverture du péritoine et devant être suivi de la production d'adhérences, le second temps relatif à l'extraction du

[1] Olshausen. *Congrès gyn. de Halle* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 389).

[2] Ahlfeld. *Berichte und Arbeiten aus der Klinik zu Giessen*, 1881-1882, p. 286 Leipzig, 1883.

[3] Thiersch. *Centr. f. Gyn.*, 1882, n° 40, p. 657.

[4] Sänger. *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 44, p. 718.

[5] Voir Zweifel. *Die Stielbehandlung bei der Myomectomie*, 1888.

[6] E. Albert. *Wien. med. Presse*, 1892, n°s 41 et 42, p. 1161.

[7] Meinert. *Wien. med. Woch.*, 1885, n° 42, p. 1275. — L'idée première de ce procédé paraît appartenir à Porro et à Wasseige (Sänger. *Zur Technik der Amputatio Uteri myomatosi;* in *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 44, p. 718). — Chrobak la revendique également (*Med. Jahrb. der k. k. Gesellschaft.* Vienne, 1888, Bd. III, p. 331). — Doléris a beaucoup plus récemment conçu la même idée (*Soc. obstét. et gyn. de Paris*, 11 avril 1889 et *Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 355).

myome. Nussbaum[1] a employé ce moyen dangereux dans un cas de myome suppuré ; la malade mourut. Vulliet[2] a cru devoir le reprendre : son opérée, au moment de la publication de l'observation, n'était pas encore guérie.

Procédé de Zweifel (ligatures partielles juxtaposées).

Ligatures partielles juxtaposées (*Fortlaufende Partienligatur*). — Sous ce nom, Zweifel a décrit un procédé de suture du moignon qui assure certainement mieux l'hémostase que celui de Schröder, mais qui paraît *a priori* un pas en arrière dans la technique, au point de vue de la réunion primitive du moignon et de ses chances de morti-

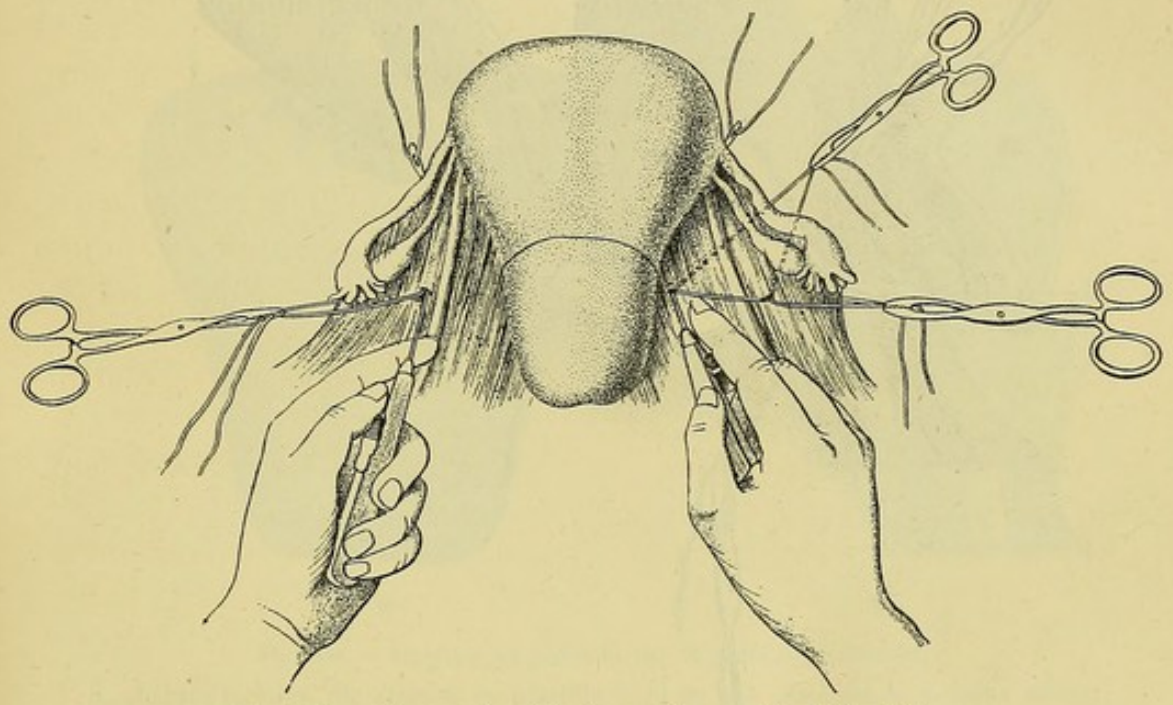


Fig. 198. — Ligature du pédicule par le procédé de Zweifel.
Suture en chaîne des ligaments larges.

fication. Toutefois les beaux résultats annoncés par Zweifel[3] commandent l'attention. Sur dix malades opérées par ce procédé, il n'avait eu qu'une seule mort, au moment de la publication de son livre (1888) ; et au mois d'avril 1894, il annonçait[4] une série de 92 opérations suivies de 3 morts. Voici quelle est sa technique avec les dernières modifications qu'il y a apportées :

Il se sert pour toutes les ligatures de soie désinfectée, et il emploie une aiguille montée à coulisse (premier modèle de Bruns) qui ressemble assez à une forte aiguille de Reverdin dont l'extrémité est émoussée.

[1] Nussbaum, cité par Zweifel, *loc. cit.*, p. 25.
[2] Vulliet. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1885, p. 683.
[3] P. Zweifel. *Die Stielbehandlung bei der Myomectomie*, Stuttgard, 1888, p. 65.
[4] P. Zweifel. *Eine neue Vereinfachung der Stumpfbehandlung bei der Myomektomie* (*Centr. f. Gyn.*, 1894, n° 14, p. 321).

Il lie d'abord les ligaments larges par deux sutures partielles (fig. 198). Il coupe alors ces ligaments. Il a eu préalablement soin de laisser aux fils, provenant des deux ligatures à la soie des ligaments larges les plus voisins de l'utérus, une longueur suffisante

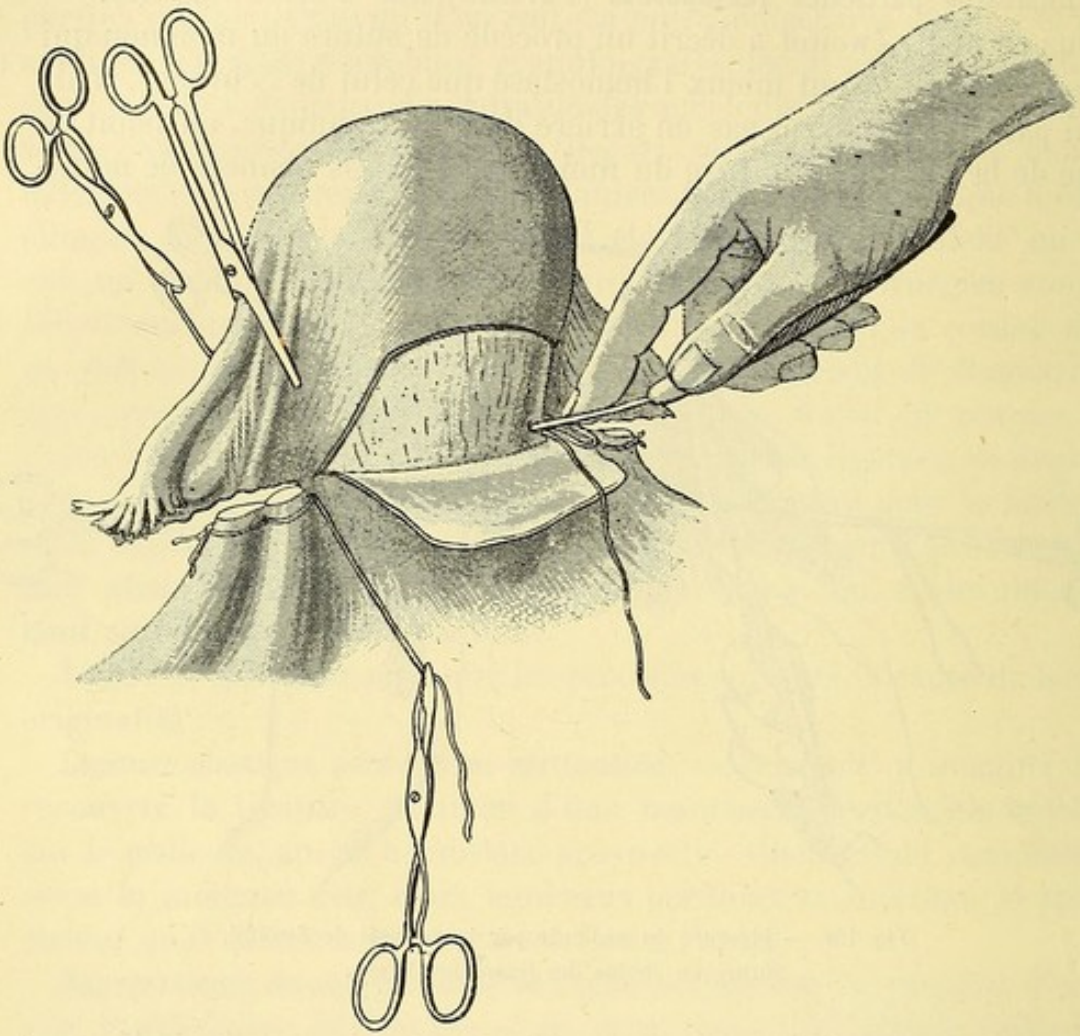


Fig. 199. — Ligature du pédicule par le procédé de Zweifel.

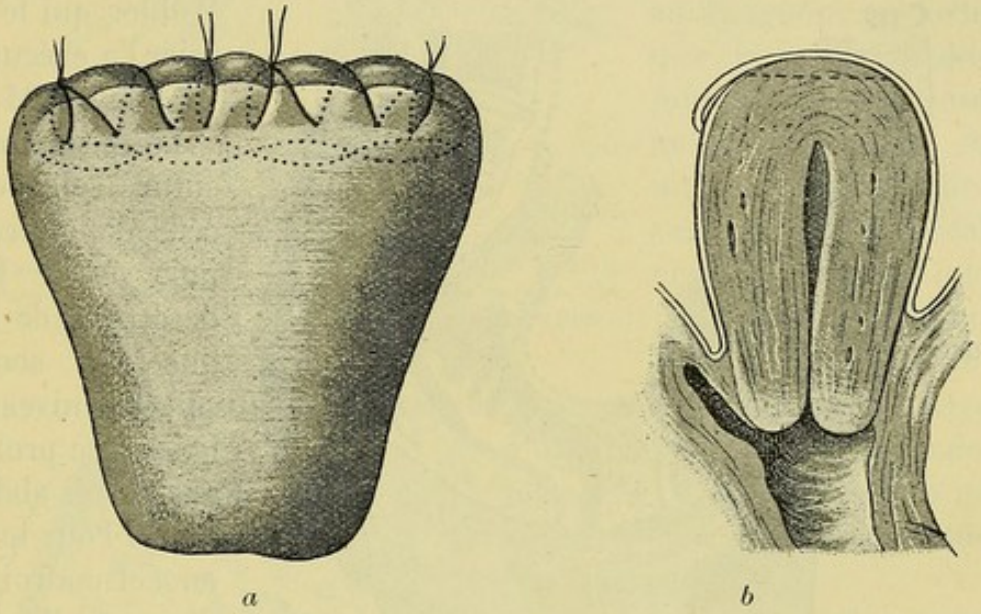
Forme à donner au décollement péritonéal pour la confection du pédicule. L'aiguille montée conduit un fil à travers le pédicule.

pour pouvoir les utiliser pour la ligature en chaîne des moignons (fig. 199).

Il excise la tumeur utérine de façon à ménager un lambeau musculo-péritonéal en avant (fig. 199). S'armant ensuite d'une aiguille montée piquante, il procède à une série de ligatures partielles formant une suite continue, dont la figure 200 *a* donne une explication très nette. Il termine par des sutures superficielles au catgut du revêtement péritonéal (fig. 200). Pas de drainage, sauf s'il y avait un suintement persistant; on drainerait alors par le vagin, avec un tube en croix.

Méthode mixte (on pourrait aussi l'appeler **juxta-pariétale**). — Elle est née de l'impossibilité où se sont trouvés des chirurgiens de fixer hors des parois abdominales des pédicules trop courts, alors qu'ils n'osaient cependant pas franchement les abandonner dans le ventre. Tel est le cas de Kleberg d'Odessa, que j'ai cité comme l'inventeur de la ligature élastique, et qui (en 1877) laissa glisser un moignon épais et court au fond de la plaie, par où il ramena les extrémités du lien élastique qui étreignait le pédicule: il obtint la

Méthode mixte.



a *b*

Fig. 200. — Ligature du pédicule par le procédé de Zweifel.

a, pédicule terminé. (On aperçoit en pointillé le fil de soie placé sur le moignon utérin, au-dessous du péritoine.) — *b*, coupe antéro-postérieure de ce pédicule.

guérison. Péan a dû de même parfois laisser un faisceau de pinces hors du ventre, et a obtenu des succès. Mais c'étaient là des procédés *de nécessité*. La fixation du pédicule immédiatement au-dessous ou dans l'épaisseur des parois abdominales, avec persistance à ce niveau d'une communication avec l'extérieur, a été récemment proposée et exécutée, comme procédé *de choix*. Elle a pour but de permettre la surveillance dans les cas où l'hémostase a été difficile, et d'assurer une issue aux produits septiques qui pourraient infecter le péritoine[1].

[1] La tentative compliquée et peu pratique de Freund doit seulement être signalée, comme premier essai de la *méthode mixte* : après l'amputation de l'utérus pour une tumeur volumineuse, Freund (Homburger. *Centr. f. Gyn.*, 1882, p. 481) réunit en un seul faisceau le pédicule utérin et les ligaments larges, les entoura d'un lien élastique et emboîta l'extrémité du moignon dans un *condom* dont il avait coupé l'extrémité fermée ; un gros tube de verre fut placé dans l'intérieur de ce *condom* jusque sur le pédicule, laissé dans l'abdomen ; on fit passer les extrémités de la ligature élastique dans la

Deux chirurgiens de Vienne, élèves de Billroth, Wölfler[1] et von Hacker[2] d'abord, puis Sänger, de Leipzig[3], l'ingénieux auteur des perfectionnements apportés à l'opération césarienne, ont plus récemment proposé une méthode mixte qui, sauf quelques différences légères, offre plus d'une analogie. Elle est digne d'être décrite en détail, car elle peut rendre de réels services.

Procédé de Wölfler-Hacker.

Procédé de Wölfler-Hacker. — C'est von Hacker qui eut la première conception du procédé, inspiré sans doute par une observation de Billroth[4]. C'est Wölfler qui le premier l'a exécuté, le 21 août 1884.

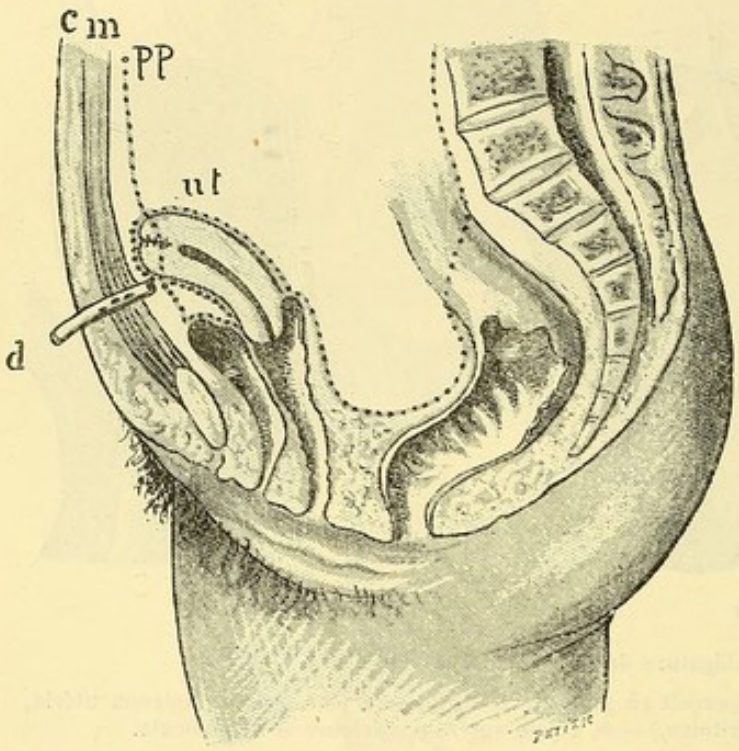


Fig. 201. — Traitement du pédicule par la méthode mixte (procédé de Wölfler-Hacker).

c. Peau. — *m*. Couche musculaire aponévrotique. — *pp*. Péritoine pariétal. — *d*. Drain. *ut*. Pédicule utérin. (Coupe schématique médiane.)

Le pédicule est suturé, selon le procédé de Schröder, puis on le laisse descendre de sorte que son sommet soit au niveau de la surface profonde des parois abdominales. Pour le fixer en cet endroit, affleurant à l'incision du péritoine pariétal, on passe à droite et à gauche une aiguille armée d'un fil de soie phéniquée qui traverse les couches superficielles du pédicule, puis les parois abdominales ; on lie ces anses

lumière de ce tube dans lequel on introduisit de la gaze iodoformée. La malade guérit. Mais il est bien évident que c'est la formation rapide d'adhérences protectrices et non le *condom* qui a servi de barrière à l'infection du péritoine. Un tamponnement avec de la gaze iodoformée au-dessus du pédicule eût été à la fois plus simple et plus sûr.

[1] Anton Wölfler. *Zur Technik der supravaginalen Amputatio Uteri* (*Wien. med. Woch.*, 1885, n° 25, p. 795)

[2] V. Hacker. *Zur Technik der supravaginalen Amputatio Uteri* (*Wien. med. Woch.*, 1885, n° 48, p. 1466).

[3] Sänger. *Zur Technik der Amputatio Uteri myomatosi supravaginalis, intraperitoneale Abkapselung*, etc. (*Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 44, p. 718). — How. A. Kelly (*Amer. journ. of Obstet.* 1889, t. XXII, p. 575) a décrit, sous le nom de *nouvelle méthode d'hystéromyomectomie*, un procédé qui se rapproche énormément de ceux de Wölfler-Hacker et de Sänger.

[4] Billroth. Voir *Langenbeck's Arch.*, 1877, Bd. XXI, Heft 4, p. 860.

de fil sur de petits rouleaux de gaze iodoformée, de façon à attirer la surface du moignon utérin entre les lèvres de la plaie péritonéale. Cette plaie est laissée béante immédiatement à ce niveau, mais, au-dessus, elle est fermée avec soin et le péritoine pariétal est, en outre, suturé au moignon, en sorte que la cavité abdominale se trouve close au-dessus de lui et qu'il est vraiment devenu extra-péritonéal en même temps que juxta-pariétal. On suture les parois abdominales, en ne laissant que la place nécessaire pour le passage d'une bandelette de gaze iodoformée, et d'un drain qu'on insinue jusque sur le pédicule (fig. 201 et 202).

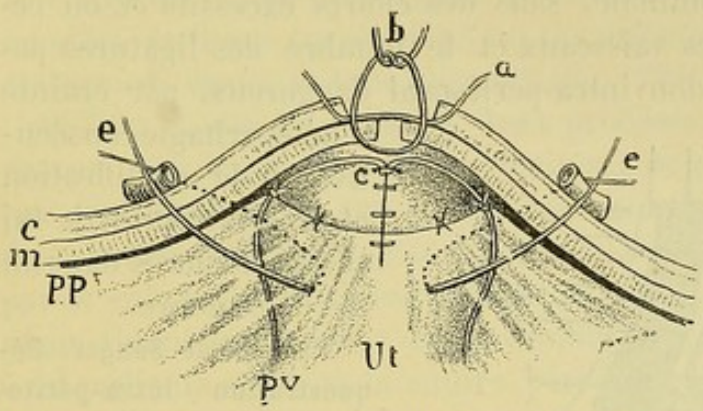


Fig. 202. — Traitement du pédicule par la méthode mixte (procédé de Wölfler-Hacker).

c. Peau. — *m*. Muscles. — *pp*. Péritoine pariétal. — *p. v*. Péritoine viscéral. — *ut*. Pédicule utérin. — *a*. Suture cutanée. — *b*. Suture musculo-aponévrotique. — *c*. Suture du péritoine au catgut. — *e*. Suture enchevillée du pédicule sur des rouleaux de gaze iodoformée. (Coupe transversale schématique.)

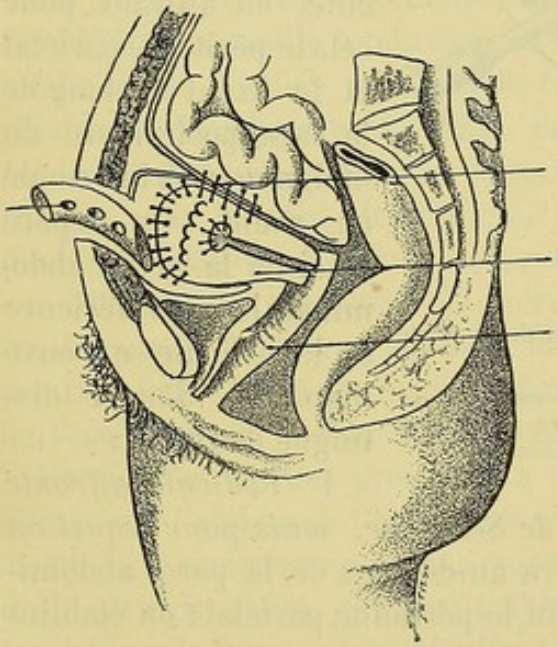


Fig. 203. — Traitement du pédicule par la méthode mixte (procédé de Sänger).

Séquestration intra-péritonéale d'un pédicule, suturé selon le procédé de Schröder. — *pp*. Péritoine pariétal suturé sur la face postérieure du pédicule. — *u*. Pédicule utérin. — *v*. Vagin. — *d*. Drain.

Les deux premières opérées de Wölfler et de Hacker guérirent, après un peu de suppuration et de mortification; elles seraient probablement mortes de péritonite septique, si le pédicule avait été complètement abandonné au fond de la cavité abdominale. Depuis lors, de très nombreuses guérisons ont été obtenues. Fritsch[1] a obtenu dix-neuf succès sans une seule mort, tandis que par les procédés de Olshausen (ligature élastique perdue) et de Schröder (pédicule suturé intra-péritonéal) il avait compté douze morts sur trente-neuf opérations.

Alors même qu'on ne l'adopterait pas constamment, il est cer-

[1] Fritsch. *Bericht über den zweiten Krongress f. Gynäk. in Halle* (*Centr. f. Gyn.*,

tain que ce procédé est très utile à connaître; il est applicable à un pédicule gros et court qu'on ne pourrait attirer entre les lèvres de la plaie abdominale, sans des efforts excessifs et où cependant l'abondance des vaisseaux et le nombre des ligatures paraissent rendre l'abandon intra-péritonéal dangereux, par crainte d'hémorrhagie consécutive ou de mortification et de septicémie; je lui ai dû un succès dans un cas de ce genre.

Procédé de Sänger.

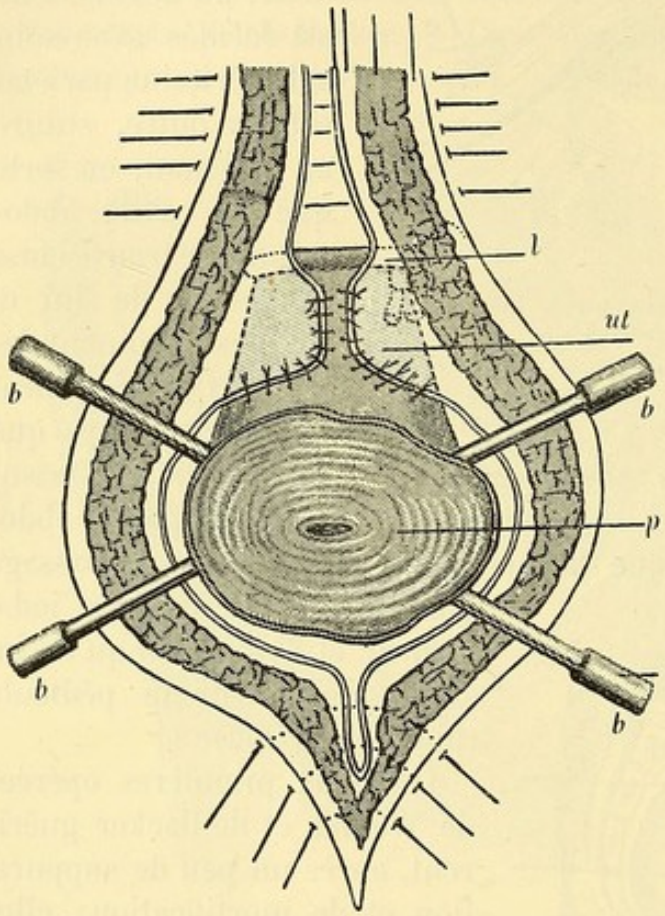


Fig. 204. — Traitement du pédicule par la méthode mixte (procédé de Sänger).

Séquestration intra-péritonéale d'un pédicule avec ligature élastique. — *l.* Ligature élastique. — *ut.* Face postérieure de l'utérus. — *p.* Pédicule (coupe). — *b.* Broches.

Procédé de Sänger. Séquestration intra-péritonéale (*intra-peritoneal Abkapselung*). — Sänger désigne ainsi une manœuvre opératoire qui consiste à suturer très largement le péritoine au-dessus du pédicule, en attirant pour cela le péritoine pariétal et le fixant le long de la face postérieure du moignon utérin, coudé en avant. On sépare ainsi de la cavité abdominale la loge inférieure où le pédicule se trouve séquestré. Sänger distingue deux cas :

1° *Pédicule affronté par les sutures selon le procédé de Schröder, mais pour lequel on redoute l'hémorrhagie.* On le fixera au-dessous de la paroi abdominale, en suturant au-dessus de lui le péritoine pariétal; on établira un drainage à ce niveau (fig. 203).

2° *Pédicule trop court pour être attiré au dehors : broches placées très loin de la ligature élastique, disposées comme pour le traitement par le procédé de Hegar.* On doit, dans ce dernier cas, suturer le péritoine à la partie supérieure du pédicule, même *au-devant* du

1888, p. 389). — Malgré ces insuccès, Fritsch est revenu, tout récemment, au procédé d'Olshausen, après avoir pendant quelque temps préconisé le procédé de Bardenheuer (*Ueber die Myomoperationen*, in *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 60, *Supplément* et *Ueber intraperitoneale Stielversorgung nach Myomotomie*, in *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 18, p. 361).

lien élastique, de façon à le séquestrer hors du péritoine. On constitue une sorte de barrière au-dessus de lui ; on tâche de faire, de la sorte, une ligature extra-péritonéale, quoique intra-abdominale. Sänger a eu ainsi un beau succès dans un cas difficile avec un moignon qui était court, épais, et très saignant (fig. 204).

Si l'on étudie de près les deux procédés de Sänger, on voit, en somme, que le premier ne se distingue de celui de Wölfler-Hacker par rien d'essentiel, car on ne peut ainsi qualifier l'absence des deux sutures latérales, pour la suspension du pédicule, remplacées par la suture du péritoine pariétal sur la face postérieure du moignon. Quant au second, c'est en somme le procédé de Hegar appliqué à un pédicule court où la suture péri-pédiculaire est remplacée par une suture sus-pédiculaire du péritoine. Il offre pourtant ce point original que le péritoine est suturé (au catgut) *au-dessus* de la ligature élastique, par conséquent sur des portions destinées à se mortifier. Sänger saupoudre ensuite le moignon avec un mélange d'acide salicylique, d'iodoforme et de tannin. J'y joindrais, pour ma part, un tamponnement à la gaze iodoformée.

Hystérectomie abdominale totale.

Hystérectomie abdominale totale. — Péan le premier, en 1869[1], pratiqua l'hystérectomie abdominale totale. La malade guérit. En 1873, il conseille à nouveau de faire l'hystérectomie abdominale totale toutes les fois que le « le col lui-même est le siège du néoplasme »[2]. Bien plus tard (1881), Bardenheuer recommande de libérer le col de l'utérus dans un premier temps dit vaginal et d'extirper ensuite, par la voie abdominale, l'utérus avec ses fibromes. Bardenheuer[3] obtint six succès sur sept opérations, mais il s'agissait de cas très simples qui eussent guéri par toute autre méthode. Aussi les faits publiés furent pendant longtemps peu nombreux[4]; ce qui prouve bien la défiance inspirée par cette application aux fibromes, de l'opération de Freund pour le cancer aujourd'hui condamnée.

Martin[5] fut un des premiers à préconiser l'extirpation totale. Il faisait par l'abdomen l'hystérectomie supra-vaginale après ligature élastique provisoire; puis un assistant libérait le col par le vagin. Enfin le chirurgien terminait l'opération par l'abdomen en liant les ligaments larges et en décollant la vessie.

[1] Péan. *Union médicale*, déc. 1869, 3e sér., t. VIII, p. 874.

[2] Péan et Urdy. *Hystérotomie. De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie.* Paris, 1873, p. 217.

[3] Bardenheuer. *Centr. für Gyn.*, 1881, n° 22, p. 519.

[4] Keith. *Edinb. med. Journ.*, 1885, t. XXX, 2e part., p. 969 : deux succès. — Polk cité par Vautrin. *Du traitement chirurgical des myomes utérins*, 1886, p. 181 : une opérée guérie après péritonite grave.

[5] Martin. *Réunion des naturalistes et médecins allemands à Heidelberg*, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 40, p. 689).

Aujourd'hui les publications se sont multipliées et il est incontestable que cette méthode rénovée par une technique mieux réglée, tend à se substituer aux méthodes de Hegar et de Olshausen. Pour ma part je ne suis pas éloigné de la considérer comme une méthode de choix, bien plus bénigne et plus rationnelle que le procédé de la ligature élastique perdue, bien plus conforme à nos principes chirurgicaux modernes que le *traitement extra-péritonéal* du pédicule. Est-ce à dire que cette dernière méthode doive complètement disparaître? Je ne le crois pas; mais du rang d'intervention de choix elle doit descendre au rang d'intervention de nécessité; par exemple chez les malades trop anémiées et trop affaiblies par des hémorrhagies graves ou par une cachexie précoce.

L'hystérectomie abdominale totale se pratique actuellement suivant deux techniques bien définies. Dans la première le chirurgien manœuvre successivement par l'abdomen et par le vagin : c'est l'**hystérectomie totale abdomino-vaginale** : dans la seconde, l'opération toute entière est pratiquée par l'abdomen; c'est l'**hystérectomie abdominale totale proprement dite.**

Hystérectomie abdominale totale proprement dite.

Hystérectomie abdominale totale proprement dite. — Cette opération pratiquée d'abord par Péan [1] a été bien réglée par Martin dont voici la technique : La tumeur étant extraite du ventre, on redresse le

[1] Péan. *Loc. cit.* Voici le résumé de cette observation si importante au point de vue historique : Le 22 septembre 1869, Péan pratiqua une hystérectomie abdominale totale pour une tumeur utérine fibro-kystique remontant à l'ombilic, compliquée d'un kyste du ligament large. « Voici, dit-il, comment je procédai : après avoir écarté la plaie faite aux parois de l'abdomen et fait relever les intestins, j'attire à moi l'utérus et les tumeurs situées dans ses annexes. Je constatai que le col utérin était lui-même non moins hypertrophié que le corps et qu'il était également nécessaire d'en pratiquer l'ablation. Dans ce but à l'aide d'une longue et forte aiguille armée d'une anse de fil de fer assez résistant, je traversai d'avant en arrière le col et le vagin qui le recouvrait à la hauteur du museau de tanche et aussi près que possible du point où le kyste était accolé. Ce fil ayant traversé complètement la masse morbide à ce niveau, je retirai l'aiguille et je laissai en place le fil double que j'avais introduit. Je coupai ce fil au niveau de l'anse de façon à avoir deux liens séparés, bien qu'adossés. Saisissant alors successivement l'extrémité libre de chacun de ces fils j'entourai de chaque côté les masses morbides aussi près que possible du plancher du bassin, de façon à les étreindre dans deux liens qui embrassaient, d'une part, à gauche la presque totalité du kyste, une partie du ligament large correspondant et le col utérin ; d'autre part, le reste de l'utérus et la totalité du ligament large droit en même temps que les tumeurs placées plus haut. Je constituai ainsi deux sortes de pédicules que j'eus soin d'étrangler à l'aide de ces fils dont j'engageai les deux extrémités libres dans une sorte de serre-nœud inventé par le docteur Cintrat. Ceci fait, toute la masse morbide fut coupée avec le bistouri à quelques centimètres au-dessus des deux liens métalliques et les surfaces de section furent cautérisées au fer rouge. J'eus alors une sorte de double moignon, si l'on peut employer ce terme, sur lequel j'exerçai des tractions assez fortes pour le rapprocher de la paroi abdominale et que je traversai à l'aide de longues aiguilles dans le but de le maintenir immobile au niveau de l'angle inférieur de la plaie extérieure. Ces aiguilles traversaient aussi près que possible des ligatures, tous les tissus étranglés et qui devaient se mortifier. La plaie abdominale fut alors fermée suivant l'usage, excepté dans la partie de son étendue qui correspondait au double moignon. L'opération avait duré une heure et demie. »

corps utérin de façon à imprimer une forte tension au plancher du bassin[1]. Des ligatures sont alors appliquées sur les ligaments infundibulo-pelviens qui sont coupés. Les ligaments sont liés par étages de haut en bas; si leur portion adhérente à la tumeur donne du sang on la comprime dans une longue pince. Une fois les ligaments larges liés jusqu'au niveau du col et jusqu'au contact

Procédé de Martin.

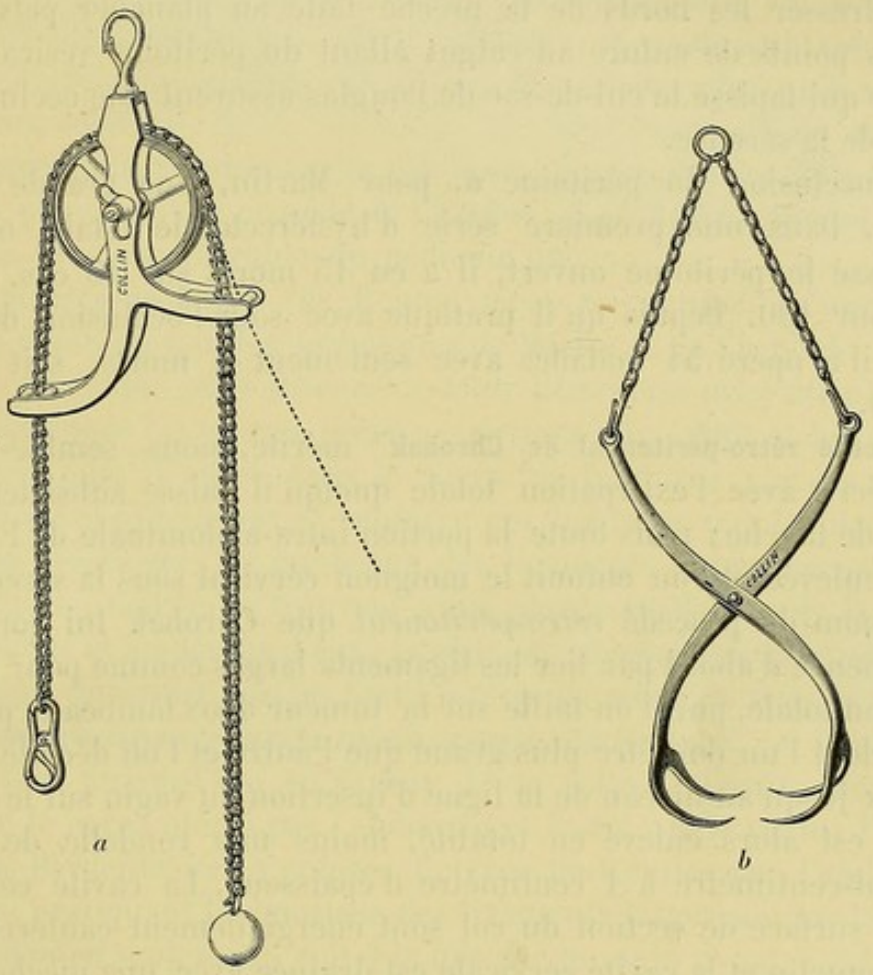


Fig. 205. — Appareil de Reverdin, pour soulever les tumeurs fibreuses.
a. Poulie. — *b*. Pince destinée à saisir la tumeur, puis à être fixée sur la poulie.

immédiat de la voûte vaginale, on ouvre le cul-de-sac postérieur par une incision horizontale allant d'un ligament large à l'autre. Les lèvres de cette incision sont alors bordées par une série de points de suture qui unissent le péritoine à la muqueuse vaginale. Le col ne tient plus en place que par ses adhérences avec la vessie. On incise horizontalement le cul-de-sac vésico-utérin, et la vessie est détachée avec les doigts ou avec un instrument mousse. Le cul-de-sac

[1] Si la tumeur était trop volumineuse, on pourrait se servir avec avantage, pour la maintenir soulevée, de l'ingénieux appareil de Reverdin (fig. 205).

antérieur étant ouvert, on procède comme pour le cul-de-sac postérieur, et on le borde avec des sutures séparées ou en surjet qui prennent successivement la muqueuse vaginale, la paroi vésicale et le péritoine.

Une fois la tumeur enlevée, toutes les sutures qui sont faites au catgut sont réunies en une tresse et ramenées dans le vagin à l'aide d'une pince introduite par la vulve. Cette simple manœuvre suffit pour redresser les bords de la brèche faite au plancher pelvien. Quelques points de suture au catgut allant du péritoine vésical au péritoine qui tapisse le cul-de-sac de Douglas assurent une occlusion parfaite de la séreuse.

Cette occlusion du péritoine a, pour Martin, une grande importance. Dans une première série d'hystérectomie totale, où il avait laissé le péritoine ouvert, il a eu 13 morts sur 43 cas, soit 30,23 pour 100. Depuis qu'il pratique avec soin l'occlusion de la séreuse, il a opéré 54 malades avec seulement 5 morts, soit 9.5 pour 100.

Procédé de Chrobak.

Le **procédé rétro-péritonéal de Chrobak**[1] mérite, nous semble-t-il, d'être décrit avec l'extirpation totale quoiqu'il laisse subsister le museau de tanche ; mais toute la portion intra-abdominale de l'utérus est enlevée et l'on enfouit le moignon cervical sous la séreuse, d'où le nom de procédé *rétro-péritonéal* que Chrobak lui donne. On commence d'abord par lier les ligaments larges comme pour une extirpation totale, puis l'on taille sur la tumeur deux lambeaux péritonéaux dont l'un doit être plus grand que l'autre et l'on décolle ces lambeaux jusqu'au niveau de la ligne d'insertion du vagin sur le col. L'utérus est alors enlevé en totalité, moins une rondelle de col d'un demi-centimètre à 1 centimètre d'épaisseur. La cavité cervicale et la surface de section du col sont énergiquement cautérisées avec le Paquelin et la cavité cervicale est drainée avec une mèche de gaze iodoformée. Si le moignon donne du sang, on l'étreint d'avant en arrière avec quelques fils à ligature. Les ligaments larges sont fixés au-dessus du moignon par des sutures séro-séreuses et, par-dessus le tout, on adosse avec soin les lambeaux péritonéaux. Le moignon se trouve ainsi tapissé par une surface péritonéale intacte et l'inégalité des lambeaux fait que leur ligne de suture est située en dehors des limites du moignon. Le ventre est complètement refermé.

Procédé de Baer.

Il faut rapprocher du procédé de Chrobak, un procédé très répandu en Amérique et connu sous le nom de **procédé de Baer**. F. Baer[2] lie

[1] R. Chrobak. *Zur Extirpatio Uteri myomatosi abdominalis* in *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 35, p. 713.

[2] F. Baer. *Amer. Journ. of Obst.* 1892, t. XXVI, p. 489.

à la soie la partie supérieure des ligaments larges et sectionne la partie liée entre la ligature et une pince placée au ras de l'utérus. Ceci fait, il incise le péritoine circulairement à un centimètre environ au-dessus du repli vésico-utérin; le péritoine étant décollé en avant et en arrière de l'utérus jusqu'au niveau du col, il lie les artères utérines dans l'épaisseur même des ligaments larges. L'hémostase étant ainsi assurée, il résèque la tumeur le plus bas possible : aussitôt les deux volets séreux antérieur et postérieur retombent d'eux-mêmes sur le moignon utérin. Il ne reste plus qu'à suturer ces deux volets de façon à obtenir une coaptation parfaite et à fermer hermétiquement la cavité pelvienne. Ce procédé rappelle par ses points principaux le procédé de Chrobak. Il en diffère surtout par le volume plus considérable du pédicule utérin.

Procédé de Doyen.

Le **procédé de Doyen** (de Reims) n'est en somme qu'une ingénieuse combinaison des techniques de Martin et de Chrobak. Il n'en diffère guère que par l'absence de toute hémostase préventive. Doyen lie séparément les artères utéro-ovariennes (fig. 206) et les artères utérines, puis il attire dans le vagin les ligatures placées sur les artères utéro-ovariennes et renforce ces ligatures par le placement de deux pinces sur les lambeaux des ligaments larges renversés de haut en bas. Ceux-ci se trouvent ainsi placés en dehors de la cavité péritonéale et au-dessus d'eux, la séreuse est affrontée avec soin par des points de suture qui en font l'occlusion complète sans drainage.

Hystérectomie abdomino-vaginale totale.

Hystérectomie abdomino-vaginale totale. — Deux procédés sont aujourd'hui en faveur. L'un, celui de Péan[1], consiste à enlever le corps utérin par l'abdomen et le col par le vagin; l'autre, celui de Bardenheuer, à enlever l'utérus tout entier par l'abdomen, mais en pratiquant l'hémostase des ligaments larges soit par le vagin ou l'abdomen seulement, soit à la fois par le vagin et par l'abdomen.

a. Ablation successive du col et du corps utérin.

a. **Ablation successive du col et du corps utérin.** — Une fois le ventre ouvert et la tumeur fibreuse attirée au dehors, Péan place un lien de caoutchouc au-dessous d'elle et la résèque. Lorsqu'il ne reste plus que la partie inférieure du corps et le col de l'utérus, il étreint le pédicule par un fil métallique placé suivant les cas au-dessus ou au-dessous du lien en caoutchouc et serré à l'aide d'un ligateur spécial, le ligateur de Cintrat. Il résèque le moignon aussi près que possible du lien métallique après avoir soigneusement évidé la muqueuse et le réduit dans l'abdomen dont il suture l'incision. Il enlève ensuite immédiatement le moignon par le vagin en recourant au morcellement et au pincement des ligaments larges.

[1] C'est en 1886, que Péan a appliqué pour la première fois son procédé d'hystérectomie abdomino-vaginale. (Secheyron, *Traité d'hystérotomie*, etc., p. 775.)

Ce procédé, au dire de Péan, lui aurait donné, dans une première série, 2 pour 100 de mortalité (1 mort sur 50 cas); et, dans une deuxième série (1890 à 1894), 5,8 pour 100 de mortalité (7 morts sur 120 cas)[1].

Dès 1890 Boldt[2] avait dû trois succès à la méthode abdomino-vaginale.

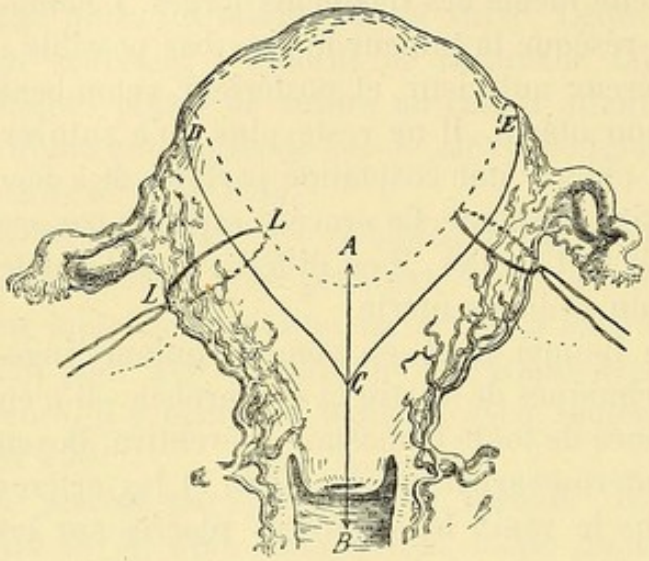


Fig. 206. — Hystérectomie abdominale totale (procédé de Doyen).

A, B, section longitudinale du péritoine. — C, D, E, section circulaire — L, endroit où seront posées les ligatures après la décortication sous-péritonéale de la tumeur.

En France, Bouilly[3], dans un cas de fibrome coïncidant avec un cancer du col, et Goullioud[4], dans un cas de fibrome simple, ont employé la même technique.

En 1888, Martin combinait aussi pour l'ablation des corps fibreux la voie vaginale à la voie abdominale. Sa technique ne différait de celle de Péan que par la substitution des ligatures aux pinces et par l'extirpation sans morcellement du pédicule.

Chaput[5] enlève d'abord le col utérin par le vagin et le reste de l'utérus par l'abdomen[6].

b. Ablation totale de l'utérus par l'abdomen.

b. **Ablation totale de l'utérus par l'abdomen.** — En 1881, Bardenheuer recommandait de libérer d'abord le col utérin dans un premier temps dit vaginal et d'extirper ensuite par la voie abdominale l'utérus et ses fibromes.

[1] Péan. *De l'ablation totale de l'utérus pour les grandes tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de cet organe* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1892, t. XXVII, p. 785). — *Comm. au VIIe Congrès fr. de chir.* (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1893, p. 465). — *Sur les fibromes utérins* (*Gaz. des Hôp.*, 1895, p. 1287).

[2] Boldt. *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 38, n° 41.

[3] Bouilly. *Ann. de Gyn.*, 1891, t. XXXV, p. 314.

[4] Goullioud. *Septième Congrès de chir.* Paris, 1893, p. 85.

[5] Chaput. *Bull. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1893, p. 59.

[6] Guermonprez (de Lille). *Bull. de l'Acad. de méd.*, sept. 1891, t. XXVI, p. 344, décrit comme *probablement nouveau* le procédé suivant d'hystérectomie : 1° Section des deux ligaments larges en s'arrêtant à peu de distance des artères utérines; 2° Section transversale du péritoine vésico-utérin, et séparation des deux organes avec les doigts en prolongeant ce temps opératoire jusqu'à la lèvre antérieure du museau de tanche; 3° Ouverture du vagin au moyen d'une simple boutonnière pratiquée longitudinalement sur la ligne médiane et par sa paroi antérieure; 4° Transfixion du vagin, suivant le plan antéro-postérieur, au moyen d'une solide sonde cannelée que l'on fait sortir dans le cul-de-sac de Douglas; 5° Hémostase assurée avant l'exérèse, au moyen de deux grandes pinces à forci-

Procédé de Rouffart.

Comme Bardenheuer, Rouffart[1] libère le col dans un premier temps vaginal et place des pinces hémostatiques à la base des ligaments larges qu'il sectionne. Puis il ouvre l'abdomen et lie toute la portion des ligaments qui a échappé au pincement.

Procédé de Jacobs.

Jacobs[2] procède comme Rouffart; mais au lieu de lier la portion supérieure des ligaments, il la pince. Quand la tumeur est extirpée, il substitue aux pinces placées par l'abdomen de nouvelles pinces introduites par le vagin. Pour éviter cette manœuvre, il a imaginé des pinces dont les manches mobiles peuvent se réarticuler par le vagin sur les mors laissés en place.

Procédé de Lanphear.

Lanphear[3], après l'ouverture abdominale, lie et sectionne les annexes, puis, inclinant le fond de l'utérus en arrière, fait une incision transversale du péritoine et détache méthodiquement la vessie de l'utérus; ensuite il passe un doigt dans le vagin et perfore le cul-de-sac antérieur aux ciseaux. L'utérus est alors fortement attiré en avant et on procède de même pour le cul-de-sac postérieur. Quand celui-ci est ouvert, l'utérus est confié à un assistant qui le tire en haut et latéralement; on introduit alors une pince à forcipressure par le vagin, laissant une main dans le ventre pour guider les mors de l'instrument. Lorsqu'on s'est assuré que toutes les parties molles, formant en quelque sorte le pédicule latéral de l'utérus, sont bien saisies, on serre la pince. Mêmes manœuvres du côté opposé, puis section au ras des pinces et ablation de l'utérus.

Procédé de Richelot.

Richelot[4] a récemment préconisé un procédé qu'il applique à tous les cas et qui se rapproche des précédents. Il repose sur l'emploi exclusif de la pince à demeure, sans ligatures et sans occlusion du vagin. Le double but qu'il se propose d'atteindre est la rapidité d'exécution et la suppression absolue de tout corps étranger dans l'abdomen.

Le premier point essentiel, quand la masse utérine est sortie de la plaie abdominale, c'est de faire, si la situation l'exige, l'*énucléation préliminaire* de tous les fibromes qui gênent le début de l'opération, en voilant le petit bassin, immobilisant l'utérus et déformant les ligaments larges. Les grosses tumeurs incluses dans le segment inférieur et remplissant l'excavation pelvienne sont attaquées hardiment par une incision médiane de leur loge, et enlevées d'un seul bloc ou

pressure. Ce procédé est original, mais non la méthode. C'est donc à tort que E. Camelot (*De l'hystérectomie totale abdominale pour fibro-myomes utérins. Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 25 août 1892, p. 381) qualifie l'hystérectomie abdominale totale de *méthode de Guermonprez*. — A propos du procédé de Guermonprez, voir encore : *Documents sur l'hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes utérins*. Lille, 1896.

[1] Rouffart. *Bull. Soc. obst. et gyn. de Bruxelles*, séance du 9 mai 1891.

[2] Jacobs. *Ibid.*, séance du 30 avril 1895.

[3] Lanphear. *Medical Record*, 1er juillet 1895.

[4] Richelot. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI, p. 329.

par morcellement. L'utérus vidé devient flasque, le bord supérieur des ligaments larges, qui tout à l'heure atteignait l'ombilic, s'abaisse et n'est jamais trop élevé pour la pince qui doit le saisir.

On taille ensuite un *lambeau péritonéal antérieur*, pour éloigner vers le pubis la vessie et les uretères. Puis on ouvre avec les ciseaux en rasant la face antérieure du col, le *cul-de-sac antérieur seul*, pour

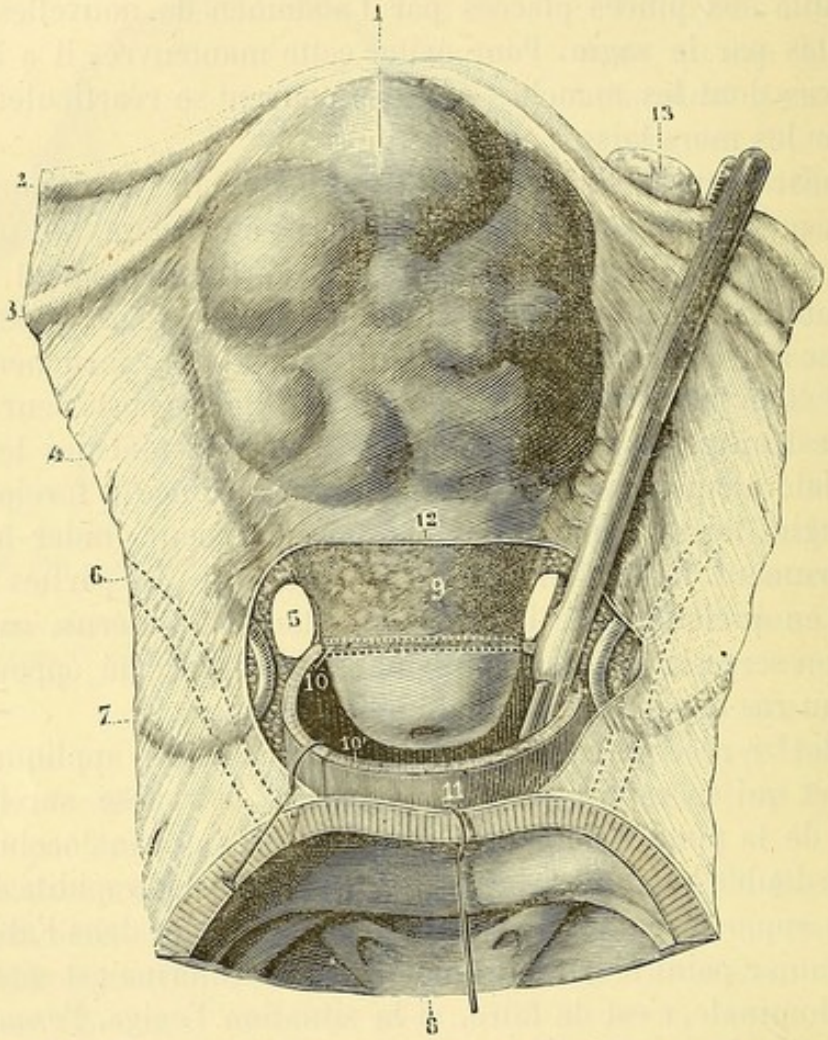


Fig. 207. — Hystérectomie abdomino-vaginale totale. (Procédé de Richelot.)

1, fibrome. — 2, trompe. — 3, ligament rond. — 4, ligament large. — 5, orifice pratiqué à la base du ligament large, — 6, uretère. — 7, artère utérine. — 8, vessie relevée vers le pubis. — 9, surface cruentée du segment inférieur de l'utérus. — 10, 10', insertion vaginale antérieure. — 11, vagin. — 12, section du lambeau péritonéal antérieur. — 13, ovaire.

n'avoir pas à rabattre en avant la masse utérine, à disséquer en arrière, à faire saigner déjà la tranche vaginale postérieure.

Après l'ouverture du cul-de-sac, le moyen de passer en arrière du ligament large le mors postérieur de la pince, c'est d'embrasser ce ligament avec la main gauche, et de pratiquer, avec la pointe des ciseaux mousses, un *étroit orifice au ras du col, immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale*. Cet orifice est en dedans de l'utérine et bien au-dessus de l'uretère, qui ne peut être atteint. Alors la

pince, courbe sur le champ, ayant des mors de 9 à 10 centimètres et beaucoup de « bande », afin de serrer à son extrémité aussi bien qu'à sa base, est introduite par le vagin, son mors postérieur est passé dans l'orifice, et rien n'est plus facile que de la faire glisser de bas en haut pour saisir le ligament dans toute sa hauteur.

L'ouverture du cul-de-sac antérieur seul, la perforation du ligament à sa base et la manière de placer la pince longue, voilà ce qui caractérise ce procédé et le distingue de tous les autres.

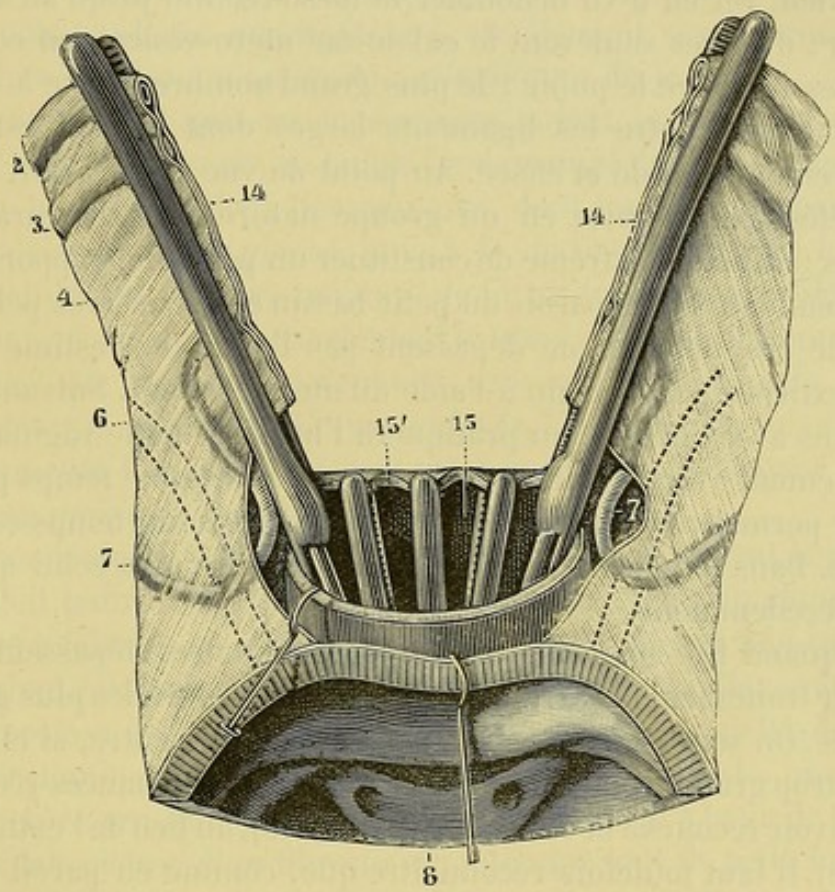


Fig. 208. — Hystérectomie abdomino-vaginale totale. Opération terminée. (Procédé de Richelot.)

2, trompe. — 3, ligament rond. — 4, ligament large. — 6, uretère. — 7, artère utérine. — 14, tranche de section des ligaments larges. — 15', pinces hémostatiques placées sur la tranche vaginale postérieure.

Quand les deux ligaments sont pincés, on détache rapidement l'utérus par deux sections latérales, et on coupe le cul-de-sac postérieur en dernier lieu. La tranche postérieure du vagin saigne toujours; Richelot, qui tient à ne laisser ni drain ni tamponnement dans la plaie sus-pubienne, achève soigneusement l'hémostase en introduisant par le vagin deux ou trois pinces longuettes qui viennent saisir les points saignants. Puis il place dans le vagin un écarteur antérieur, il glisse entre lui et les pinces un tampon d'ouate iodoformée qui vient affleurer la plaie vaginale et la bouche exactement, puis un second et un troisième au-dessous du premier. Quand la plaie

abdominale est fermée, *le résultat immédiat est celui d'une hystérectomie vaginale*, et l'opération a duré de 25 à 50 minutes.

Décortication des corps fibreux intra-ligamentaires.

IV. Corps fibreux intra-ligamentaires pelviens. — Décortication. — Les corps fibreux qui sont nés de la portion sus-vaginale du col ou de la partie inférieure du corps de l'utérus s'accroissent au-dessous du péritoine, qu'ils soulèvent et déplissent, en ne s'en coiffant jamais que très incomplètement et ayant, au contraire, une tendance à s'insinuer dans les espaces celluleux du plancher pelvien. On en a vu dédoubler le méso-rectum jusqu'au détroit supérieur; d'autres soulèvent le cul-de-sac utéro-vésical, en comprimant la vessie contre le pubis : le plus grand nombre trouve à s'étendre latéralement entre les ligaments larges dont le repli est bientôt entièrement comblé et effacé. Au point de vue chirurgical, toutes ces variétés sont réunies en un groupe naturel par ces caractères communs : difficulté extrême de constituer un pédicule, rapports intimes et étendus avec les parois du petit bassin et les viscères pelviens.

Lorsque ces tumeurs ne dépassent pas l'ombilic, j'estime qu'on doit les extirper par le vagin à l'aide du morcellement. Suivant leurs connexions avec l'utérus, on pratiquera l'hystérectomie vaginale soit simultanément avec l'ablation du fibrome, soit comme temps préalable (pour permettre d'aborder le fibrome), soit comme temps complémentaire. Dans tous les cas, le manuel opératoire sera celui que j'ai décrit précédemment.

Mais, quand les corps fibreux intra-ligamentaires dépassent l'ombilic, leur traitement chirurgical est celui qui soulève les plus grosses difficultés. On sera en droit, après l'ouverture du ventre, si elles paraissent trop grandes pour que l'extirpation offre des chances réelles de salut, d'avoir recours à la castration (palliative), au lieu de l'extirpation (curative). Il faut toutefois reconnaître que, comme en pareil cas, ce ne sont pas les hémorrhagies, mais les phénomènes de compression qui sont le plus à redouter; la castration n'a, alors, qu'une valeur assez contestable; si on la pratique, c'est comme *pis aller*.

Je propose de donner le nom de **décortication** exclusivement à la manœuvre qui consiste à extraire ces tumeurs de leur lit cellulaire, en réservant le nom d'**énucléation** à l'extraction des corps fibreux hors du tissu utérin. L'emploi ordinaire du même mot pour deux opérations si différentes a souvent prêté à de grandes confusions.

Il est absolument impossible de donner une description régulière et typique de cas qui eux-mêmes sortent de toute règle et sont, comme on l'a dit, *atypiques*.

L'application d'une ligature élastique provisoire ne sera que rarement possible, et sur une partie seulement de la tumeur; on redoublera ici d'attention pour ne pas comprendre dans cette ligature la

vessie, généralement très allongée sur la face antérieure de l'utérus. Si une portion du corps fibreux fait une forte saillie dans la cavité péritonéale, on placera la ligature élastique aussi profondément que possible à la base de ce lobe, qu'on enlèvera ainsi sans crainte. On tâchera d'énucléer les parties profondes en exerçant de fortes tractions; le lien élastique suit la diminution de la tumeur et fait encore une constriction hémostatique suffisante sur la coque qu'on a évidée. Le plus souvent, il est nécessaire de commencer l'opération par la ligature et la section des annexes du côté où l'on opère. Si l'on peut, dès le début, placer une ligature profondément sur le tronc même de l'artère utérine, on ne devra pas manquer de le faire.

Il peut arriver que ces manœuvres soient impossibles et qu'on doive d'emblée en venir au temps fondamental de l'opération, à l'ouverture large de la loge ligamentaire, dont les lèvres seront fortement saisies avec des pinces, puis à la décortication avec les doigts et la spatule. On exercera toujours de fortes tractions avec des pinces à griffes; on rasera très exactement le néoplasme, et l'on multipliera les pinces sur les points saignants, sans perdre de vue la position des uretères. Une fois les fibromes enlevés, les veines, parfois énormes, des ligaments larges, s'affaissent, et l'on est surpris d'avoir à placer beaucoup moins de ligatures qu'on ne s'y attendait.

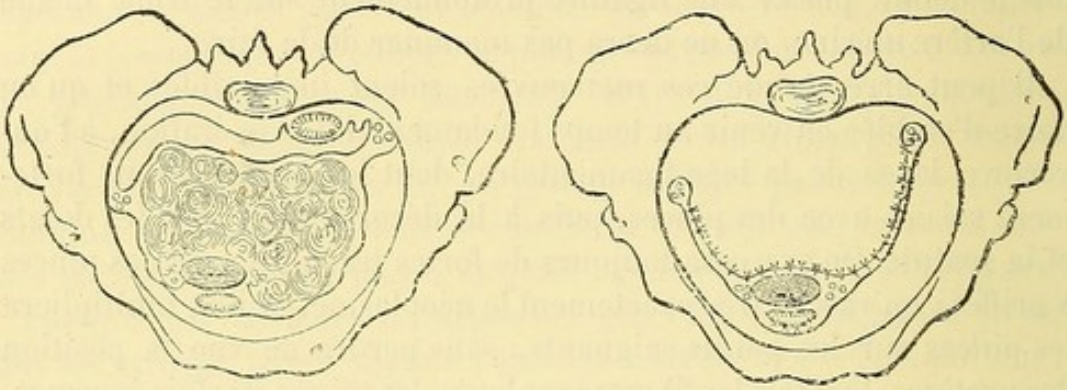
Les connexions de la tumeur avec l'utérus déterminent la conduite qu'on doit tenir avec cet organe. Quand elles sont peu étendues, on se borne à faire, à ce niveau, les ligatures ou sutures hémostatiques nécessaires, laissant en place le corps utérin; mais, si elles sont intimes et l'hémostase difficile, il vaut mieux se décider, sans hésiter, pour l'hystérectomie supra-vaginale. Il peut arriver, du reste, que celle-ci soit effectuée presque sans qu'on s'en doute, et qu'à la fin de la décortication laborieuse d'un fibrome remplissant tout le petit bassin on arrive en dernier lieu sur une sorte de pédicule où l'on ne tarde pas à reconnaître le col utérin lui-même.

Reste à traiter la cavité résultant de la décortication : elle est souvent considérable et pousse des prolongements en arrière du rectum et de la vessie, ou sur les côtés du vagin. On adoptera l'un ou l'autre des deux plans suivants :

Peut-on avoir une pleine confiance dans la manière aseptique dont l'opération a été accomplie et dans le milieu où l'on opère, on tentera la réunion immédiate, sans drainage. S'il n'y a pas eu de déchirures et de délabrement du péritoine, comme dans certaines opérations pour des tumeurs relativement petites ou à connexions lâches, on se bornera à placer quelques points de suture pour réunir les parties divisées; on fera la toilette du péritoine et l'on refermera le ventre. Si la poche est très profonde et saignante, on pourra faire une suture continue à

étages, qui servira à la fois à l'hémostase et à la réunion. On n'hésitera pas à exciser les débris qui seraient susceptibles de se mortifier.

Mais cette conduite hardie ne sera justifiée que dans des cas exceptionnels; pour peu que la cavité soit étendue et que le suintement soit à craindre, le drainage sera plus prudent. Il peut se faire par deux voies : Martin[1] recommande le drainage par le vagin, à l'aide d'un tube en croix qu'il introduit, en crevant le cul-de-sac vaginal; Kaltenbach a adopté la même voie[2]. Sänger[3], ayant réduit dans l'abdomen un pédicule, d'où il avait énucléé un fibrome de la



A B

Fig. 209. — Corps fibreux intra-ligamentaire.

A. Coupe horizontale pour montrer les connexions de la tumeur (qui pesait 14 livres).
B. Suture de la poche résultant de l'énucléation du fibrome précédent. Drainage par le vagin. Guérison (Kaltenbach).

partie supérieure du col, a dû, immédiatement après avoir fermé les parois abdominales, ouvrir et tamponner par le vagin la coque remplie de sang qui s'y était déversé; sa malade a guéri.

Le drainage par la partie inférieure de la plaie abdominale sera préférable dans certains cas, vu la situation de la poche; il offre l'avantage certain de moins exposer à l'infection, avantage compensé, du reste, par l'absence de déclivité. Terrier[4] a traité de la sorte la poche d'un myome du ligament large : la guérison laissa subsister une fistule. Howard A. Kelly[5] a laissé béante et a drainé la cavité résultant de la décortication d'un corps fibreux pelvien qui comprimait la vessie. Il se loue beaucoup des injections phéniquées faibles poussées hardiment par le drain, sans craindre l'effusion dans le péritoine, dont la cavité est séparée, dès les premiers jours, par des adhérences protectrices. Je préfère, pour ma part, utiliser à la fois comme hémostatique et comme moyen de drainage capillaire le tam-

[1] Martin. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, p. 290.
[2] Hegar et Kaltenbach. *Loc. cit.*, p. 498 (3e édit.).
[3] Sänger. *Zur Oper. von Cervixmyomen durch die Laparotomie.* Soc. gynéc. de Leipsick (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 12, p. 207).
[4] F. Terrier. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 868.
[5] H. A. Kelly. *Amer. Journ. of obstet.*, janv. 1886, p. 44.

ponnement avec la gaze iodoformée. Je m'en suis servi, avec succès, dans un cas de fibrome intra-ligamentaire du poids de 15 livres[1]. Küster[2] avait de même bourré la poche et réuni ses bords à la partie inférieure de la plaie péritonéale. La gaze doit être retirée peu à peu et remplacée par des drains, au bout de quelques jours.

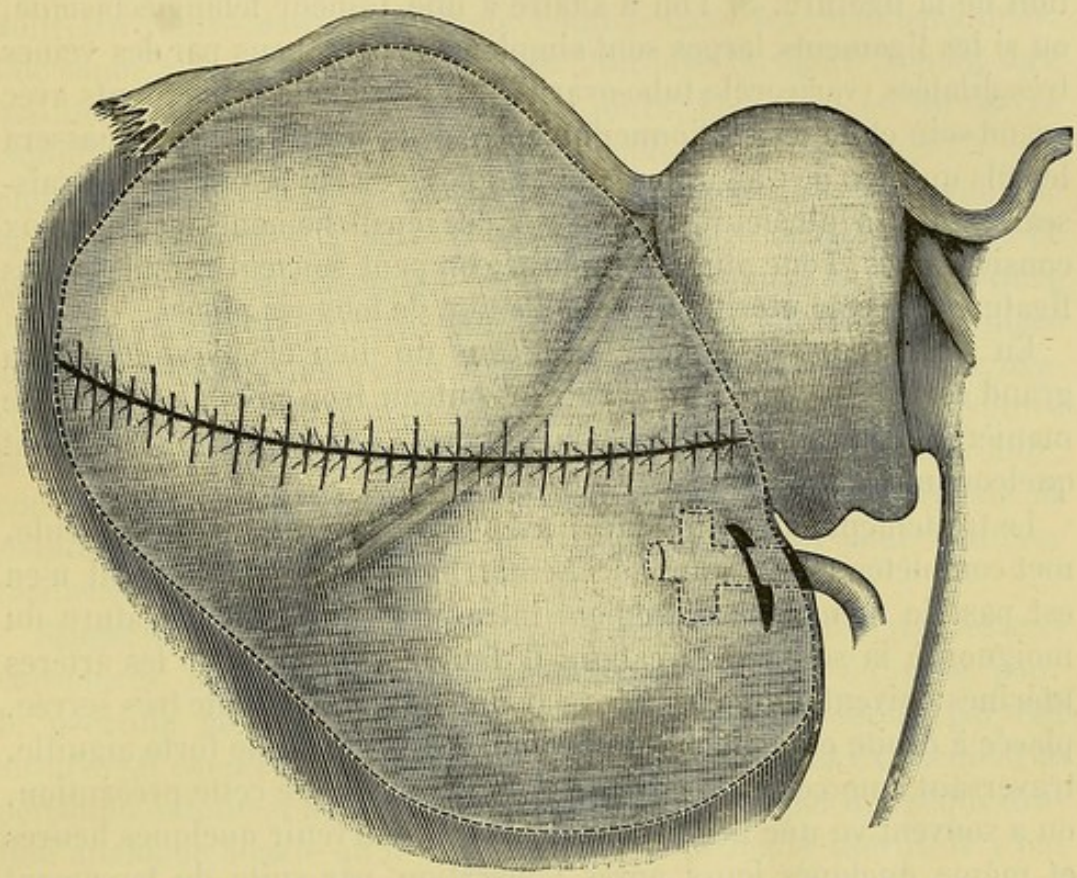


Fig. 210. — Fibrome intra-ligamentaire. Décortication et suture de la poche et drainage par le vagin (Martin).

Tauffer[3] a obtenu des succès très curieux avec la **résection partielle** de gros fibromes intra-ligamentaires, dont le tronçon, fixé dans la plaie abdominale, était ensuite traité par des cautérisations énergiques au chlorure de zinc.

Accidents opératoires. Hémorrhagie.

Accidents opératoires. — **L'hémorrhagie** constituait autrefois un des dangers les plus redoutables, et nombre de malades en sont mortes sur la table d'opération. Elle peut être évitée aujourd'hui par l'emploi judicieux de la ligature élastique temporaire. Il faut toutefois noter qu'il ne s'agit pas ici, comme pour la bande d'Esmarch appliquée aux membres, de faire l'ischémie de la tumeur. Cette idée, ingénieuse mais peu pratique, mise en avant par L. Labbé, n'est pas sortie du domaine de la théorie : outre les difficultés insurmontables

[1] S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 18 déc. 1889, p. 786.

[2] Küster. *Centr. f. Gyn.*, 1884, n° 1, p. 6.

[3] Voir G. A. Dirxer. *Zur Frage der Stielversorgung*, etc. (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n°s 7 et 8, p. 97 et 113).

de son application dans l'immense majorité des cas, elle exposerait à des manipulations excessives et, sans doute aussi, à l'embolie. On ne doit donc pas être surpris, en sectionnant l'utérus au-dessus du lien constricteur, de voir parfois s'écouler une assez grande quantité de sang *résidual* qui y a été emprisonné, au moment de l'application de la ligature. Si l'on a affaire à une tumeur télangiectasique, ou si les ligaments larges sont simplement parcourus par des veines très dilatées (varicocèle tubo-ovarien), il faut lier ces ligaments avec grand soin et ne les sectionner qu'entre deux ligatures. On ne passera les fils qu'avec des aiguilles mousses pour éviter la piqûre des vaisseaux, qui a plusieurs fois causé des épanchements sous-séreux considérables. Pour plus de rapidité, on peut souvent remplacer les ligatures du côté utérin par l'application de longues pinces.

En sectionnant la tumeur au-dessus du lien élastique, on aura grand soin de ne pas faire porter le couteau trop près de ce lien, de manière à éviter que le pédicule n'échappe à son étreinte en un point quelconque de son pourtour.

Le traitement extra-péritonéal, avec ligature élastique du pédicule, met complètement à l'abri de l'hémorrhagie post-opératoire. Il n'en est pas de même du traitement intra-péritonéal, avec ligature du moignon à la soie ou au catgut. Il faut se souvenir que les artères utérines doivent alors être liées par une ligature médiate très serrée, placée à droite et à gauche du pédicule, à l'aide d'une forte aiguille, traversant une certaine épaisseur de tissu. Malgré cette précaution, on a souvent vu une hémorrhagie mortelle survenir quelques heures et même quelques jours après l'opération, par suite du tassement des tissus qui relâche la ligature.

Blessure de la vessie.

La possibilité de la **blessure de la vessie** doit être toujours devant les yeux de l'opérateur. Nombreux sont les cas où elle a été ouverte, ou déchirée, ou partiellement comprise dans le lien élastique, laissé à demeure. Si ce réservoir est allongé au-devant de la tumeur, on le décollera dans une étendue suffisante pour pouvoir mettre le cordon de caoutchouc au-dessous d'elle.

Dans les plaies, même très étendues, de la vessie[1], on doit tenter

[1] Olshausen. *Handb. der Frauenkrankh.*, t. II, p. 586, 751. — S. Pozzi. *Suture de la vessie pour une très grande plaie intra et extra-péritonéale. Réparation en deux actes opératoires éloignés ; guérison.* (*Annal. des mal. des org. génito-urin.*, 1er mai 1883). — J. Reverdin. *Ibid.*, janv. 1886. — Sänger. 2e *Congrès de la Soc. all. de gynéc.* Halle, 25 mai 1888. (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 26, p. 418.) — Leopold. *Ibid.*, p. 419. — Ricard *Réunion immédiate des plaies chirurgicales de la vessie* (*Gaz. des hôp.*, 2 mars 1889, p. 241) rapporte trois observations de Lucas-Championnière, deux relatives à des plaies faites pendant l'opération de la cure radicale d'une hernie, une taille hypogastrique. — S. Pozzi. *Gros calcul vésical chez un vieillard de 80 ans ; taille hypogastrique ; suture complète de la vessie ; drainage prévésical ; guérison.* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 10 avril 1889, p. 315.) — *Enorme corps fibreux intra-ligamentaire ; grande plaie de la vessie suturée immédiatement.* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 18 déc. 1889, p. 786.)

la réunion immédiate avec une suture continue au catgut, à deux ou trois étages superposés. Le catgut est préférable à la soie quand on fait le traitement extra-péritonéal du pédicule, car la soie, qui est poreuse, pourrait être infectée par les sécrétions de la plaie péri-pédiculaire. On pourra, au contraire, user de la soie, si le pédicule doit être rentré dans l'abdomen, comme dans les myomectomies. Une sonde à demeure, molle, munie d'un tube formant siphon, sera maintenue dans la vessie pendant dix jours. Leopold a eu un succès complet de la sorte; j'ai moi-même appliqué ce traitement à une plaie de la vessie de 12 centimètres qui a parfaitement guéri, quoique la malade indocile eût retiré la sonde à demeure le sixième jour, ce qui a provoqué une désunion partielle et momentanée de la suture vésicale, rendue inoffensive par le tamponnement iodoformé placé au-devant d'elle. Dans un cas antérieur, survenu au cours d'une ovariotomie, et où la plaie était énorme (20 centimètres), j'avais suturé la partie intra-péritonéale et conservé une *boutonnière abdominale*, comme soupape de sûreté. Ma malade guérit après une période de *fistulisation préalable*; il suffit d'un petit avivement pour oblitérer facilement la fistule.

Sänger a mis en usage un procédé différent, imposé par les circonstances, dans un cas où la vessie allongée avait été prise pour le pédicule même d'une tumeur de l'ovaire et traversée par des sutures; il conserva celles-ci et se contenta de fermer exactement le péritoine autour et au-dessus du pédicule vésical, par une séquestration analogue à celle qu'il emploie pour le pédicule utérin. Il y eut guérison sans fistule.

Blessure de l'ouraque.

L'**ouraque**, resté perméable et divisé pendant l'opération, a très rarement causé des fistules. Elles ont, du reste, une tendance à guérir spontanément (Atlee, Sänger). Il est bon, toutefois, pour se mettre en garde contre cet accident, de faire porter l'incision abdominale en dehors de ce cordon, lorsqu'on le rencontrera. Si on le blessait, on devrait l'attacher dans l'épaisseur de la paroi abdominale, à l'aide d'une des sutures profondes de celles-ci (Spencer Wells). Si l'ouverture offrait quelque étendue, on la fermerait d'abord avec des points au catgut. La malade serait soigneusement sondée toutes les trois heures, pour éviter la distension de la vessie.

Blessure de l'uretère.

Je crois que la ligature de l'**uretère** a dû souvent être faite, pendant l'hémostase des moignons qu'on réduisait dans l'abdomen ou dans la décortication des corps fibreux intra-ligamentaires, et que plus d'un cas de mort imputée au *shock* doit lui être attribué. On ne perdra pas de vue les rapports de ces conduits, en allant porter profondément par transfixion des ligatures sur les côtés du col utérin.

Blessure de l'intestin.

L'**intestin** peut être simplement appliqué sur la surface d'un corps

fibreux qui a dédoublé le mésocôlon; on l'en sépare alors facilement avec les doigts. Mais il peut aussi être tout à fait fusionné avec une tumeur qui tire de lui des vaisseaux nourriciers. J'ai observé ce fait dans un fibrome sous-péritonéal volumineux, à pédicule étroit et peu vasculaire. Il faut alors se résoudre à laisser une couche mince de la tumeur adhérente à l'intestin qu'on détachera par une dissection attentive. Cette lamelle fibreuse, si elle n'est pas trop étendue, pourra être repliée sur elle-même et suturée (fig. 188). Si, au contraire, une notable surface de l'intestin était ainsi lésée, on risquerait, par un pareil affrontement de la partie cruentée, de rétrécir le calibre du tube digestif. Mieux vaudrait alors très légèrement toucher cette surface au thermocautère, puis la fixer par quelques points de catgut au péritoine pariétal, le plus près possible de la plaie abdominale drainée. L'abandonner simplement dans le ventre serait s'exposer à des adhérences, favorisant l'*iléus*.

Causes de mort après l'hystérectomie abdominale.

Causes de mort après l'hystérectomie abdominale. — L'hémorrhagie, la septicémie et le syndrome complexe qualifié de *shock*, telles sont les trois grandes causes de mort, après l'opération. Des causes beaucoup plus rares sont : l'embolie, l'iléus, le tétanos.

Hémorrhagie.

J'ai déjà parlé de l'**hémorrhagie primitive**, intra-opératoire.

Quand on réduit le pédicule par le procédé de Schröder, l'hémorrhagie **tardive** est toujours à redouter. On en est averti par l'agitation extrême des malades, l'accélération, l'affolement et la petitesse du pouls, le gonflement du ventre, la pâleur du visage et des muqueuses. Certaines opérées ont eu la sensation très nette d'un jet chaud coulant dans l'abdomen; chez d'autres, on a pu voir de la sérosité sanglante suinter à travers la suture de la peau. Le sang peut aussi s'épancher en grande abondance sous le péritoine, entre les ligaments larges, et former d'énormes hématocèles rétro-péritonéales, ou encore s'accumuler dans la loge d'une tumeur énucléée du tissu cellulaire pelvien, et faire alors une saillie qui déprime fortement le vagin ecchymosé.

Si l'on soupçonnait une hémorrhagie interne, il ne faudrait pas hésiter à rouvrir le ventre, à la fois pour lier les vaisseaux et pour enlever le liquide et les caillots qui serviraient de bouillon de culture aux microbes, venus du dehors par la cavité des trompes, ou peut-être du dedans, à travers les parois de l'intestin paralysé. O. Küstner rapporte un cas remarquable où il a sauvé ainsi une femme atteinte d'hémorrhagie du pédicule réduit dans le ventre, après une ovariotomie. En outre il faut, si l'état de la circulation le permet, si la force du cœur ne paraît pas trop compromise, se hâter d'injecter par la veine céphalique environ 1 litre d'eau stérilisée à 38 degrés, contenant 6 pour 1000 de chlorure de sodium. Il suffit pour tout

appareil instrumental d'une canule-trocart (flambée) et d'un réservoir de verre, muni d'un tube de caoutchouc de 1 mètre de longueur, stérilisés à l'eau bouillante. Si le pouls était si faible qu'on jugeât dangereuse une augmentation subite du contenu des vaisseaux, on ferait, de préférence, l'injection d'eau salée dans le tissu cellulaire sous-cutané, par petites quantités, de 100 à 200 grammes[1]. Le liquide est très rapidement absorbé.

Septicémie.

La **septicémie** peut se produire de différentes façons. Elle peut provenir de fautes opératoires, d'une antisepsie et surtout d'une asepsie insuffisantes; mais la cause la plus fréquente est assurément l'infection du péritoine par les germes venus du dehors, par l'intermédiaire d'un pédicule réduit. De là, les précautions recommandées de détruire la muqueuse, d'affronter rigoureusement les surfaces pour obtenir une occlusion parfaite; de là, aussi, les autres méthodes de traitement du pédicule.

La constriction des sutures ne suffit évidemment pas à expliquer la mortification d'un pédicule réduit et suturé; on sait qu'en dehors de l'action des germes, les tissus privés de circulation subissent seulement une transformation granulo-graisseuse. Du reste, la circulation peut se rétablir par des adhérences ou même par des ponts de tissu, jetés au-dessus de la ligature, qui est ainsi peu à peu encapsulée. L'action des microbes est indispensable. Il existe des observations d'infection tardive ou secondaire des sutures du moignon réduit, qu'il s'agisse de fils de soie ou de liens élastiques. L'infection peut alors être venue par les trompes (on en a observé, après un accouchement laborieux) ou peut-être même à travers l'intestin, par suite d'une coprostase momentanée; enfin on peut invoquer, dans certains cas, le microbisme latent. Quoi qu'il en soit, des cas de mort par suppuration pelvienne et péritonite, survenant longtemps après l'abandon du pédicule, ne sont pas très rares.

Shock.

On a compris à l'étranger d'abord, puis en France, sous le nom de **shock**, un ensemble de symptômes dépressifs de causes très diverses, au milieu desquels la mort survient, après les opérations graves ou de longue durée. Il n'est pas douteux qu'un grand nombre de ces cas ne soient imputables à l'hémorrhagie, dont certains chirurgiens sont trop portés à se dissimuler l'importance. D'autres ne sont peut-être que de la septicémie[2] ou de l'urémie aiguë, provenant, soit de la ligature accidentelle des deux uretères, soit de l'abolition complète des fonctions des reins, depuis longtemps altérés, sous l'influence du traumatisme et de l'absorption des anesthésiques. Enfin, la dégé-

[1] U. Wiercinsky. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 41, p. 716.

[2] F. Jayle. *La septicémie péritonéale aiguë post-opératoire.* Thèse de Paris, 1895.

nérescence du cœur, bien étudiée par Hofmeier[1] et sur laquelle je me suis déjà précédemment étendu (p. 275), doit être incriminée dans un très grand nombre de cas. Ces myocardites sont plus fréquentes qu'on ne le suppose chez les femmes affaiblies. Cohnheim[2] a montré que les hémorrhagies persistantes suffisent seules à amener l'altération graisseuse du muscle cardiaque. Ungar et Strassman[3] ont précisé, dans ces cas-là, l'action particulièrement nuisible du chloroforme. Divers auteurs[4] ont enfin montré que l'action des antiseptiques sur le cœur n'était pas négligeable. Il faut aussi attribuer une certaine part, dans la production des phénomènes dépressifs, à l'exposition des viscères et à leur manipulation, influence bien démontrée par les expériences de Goltz sur le choc abdominal et par les observations d'Olshausen sur l'éviscération[5]. A ces causes multiples de prostration Landau[6] a cru pouvoir encore ajouter l'intoxication chronique par l'ergotine, qui produirait l'affaiblissement du cœur[7], et même l'action similaire de l'iode[8]. Ces substances ont parfois été absorbées en grande quantité, par suite d'injections hypodermiques ou intra-utérines auxquelles tant d'opérées pour corps fibreux ont longtemps été soumises.

Pour prévenir les accidents du *shock*, on ne saurait trop recommander la rapidité opératoire; l'action dépressive de toute laparotomie qui dure plus d'une heure est aggravée dans des proportions considérables. On aura soin aussi d'éviter absolument l'exposition à l'air des intestins, ce qu'il est possible de faire, en les protégeant avec des compresses-éponges chaudes et en maintenant l'ouverture abdominale fermée, dès que la tumeur aura été amenée au dehors. Du reste, on ne fera ordinairement qu'une incision assez petite; la tumeur n'y passera qu'avec une certaine difficulté, comme dans une boutonnière élastique, et on facilitera, au besoin, son issue hors de l'abdomen, en lui imprimant des mouvements de rotation sur son axe, ou même en la faisant fortement soulever par un aide, qui introduira ses doigts dans le vagin.

Pour combattre les phénomènes de dépression extrême et de refroidissement, on usera de frictions chaudes, d'injections hypodermiques d'éther, alternant tous les quarts d'heure avec des injections de

[1] Hofmeier. *Zur Lehre von Shock.* (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1885, Bd. XI, Heft 2, p. 366.)
[2] Cohnheim. *Vorlesungen über allg. Pathol.*, Berlin, 1882, Bd. I, p. 473.
[3] Ungar. *Viertelj. gerichtl. Med.*, 1887, N. F. Bd. XLVII, p. 98.
[4] Oberländer. *Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.*, 1878, n° 37. — Küster. *Berlin. klin. Woch.*, 1878, n° 48. — König. *Centr. f. Chir.*, 1882, n° 7, p. 101, et n° 8, p. 117. — Sänger. *Berlin. klin. Woch.*, 1888, n° 22, p. 450.
[5] Olshausen. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 10.
[6] Th. Landau. *Zur Prognose der Myomoperationen* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 11, p. 169).
[7] A. Strumpell. *Lehrb. der spec. Path. und Ther.*, 1884, Bd. II, Abth. II, p. 505.
[8] L. Lewin. *Lehrb. der Toxicol.*, 1885, p. 494.

caféine[1]. Enfin, si l'on suppose que l'anémie aiguë puisse avoir une part dans les accidents, on fera sous la peau de la région sous-claviculaire des injections de 100 à 200 grammes d'eau stérilisée tiède et salée (6 pour 1000).

Embolie.

L'**embolie**[2] a causé la mort de quelques opérées, même en convalescence. On ne saurait donc trop insister sur le repos absolu, surtout si la tumeur était très vasculaire ou si les ligaments larges étaient variqueux.

Occlusion intestinale.

L'**occlusion intestinale** a été observée après l'hystérectomie, comme après toutes les opérations abdominales[3]. Mais il ne faut pas se dissimuler que quelques-uns des cas publiés sous cette rubrique n'étaient que des pseudo-étranglements dus à la paralysie intestinale, annonçant une péritonite infectieuse méconnue.

Pour se mettre à l'abri de cette terrible complication, on doit être sobre d'antiseptiques dans la cavité péritonéale, sinon s'en abstenir complètement : ces substances agissent avec une extrême intensité sur l'épithélium délicat de la séreuse et prédisposent aux exsudats plastiques. En outre, on ne devra pas, autant que possible, laisser dans le ventre de surface cruentée. La section des moignons sera recouverte du péritoine soigneusement suturé; on fermera, par des surjets au catgut, les ligaments larges divisés ou dilacérés dans les manœuvres de décortication.

Comme traitement de l'iléus, on devrait, avant de se décider à rouvrir le ventre, essayer le moyen vanté par Leopold[4] et qui consiste à donner des lavements forcés d'infusion chaude de camomille, avec addition d'huile et de savon, puis à coucher la malade sur le côté.

Gravité de l'hystérectomie; absolue et selon les méthodes (intra ou extra-péritonéale, abdominale et abdomino-vaginale totale)

Gravité de l'hystérectomie. — Comparaison des résultats des diverses méthodes. — Il est excessivement difficile d'établir, d'après les statistiques, la gravité réelle de l'opération, la plupart des auteurs ne prenant pas soin de diviser leurs observations par catégories comparables. C'est ainsi que l'on ne devrait pas légitimement faire figurer côte à côte une amputation supra-vaginale typique et une décortication de gros fibromes pelviens. Il y a plus de différence entre ces deux opérations qu'entre une amputation de

[1] Voici la formule de cette injection :

Benzoate de soude.	1 gramme.
Caféine.	1 —
Eau distillée.	5 grammes.

[2] Péan. *Leçons de clinique chirurgicale*, 1879, p. 309.

[3] A. Obalinski. *Berlin. klin. Woch.*, 1889, n° 12, p. 251. — H. C. Coe. *Amer. journ. of Obstet.*, 1890, p. 469.

[4] Leopold. *Société gyn. de Dresde*, séance du 3 janv., 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 16, p. 283).

jambe et une amputation de cuisse. Faute de mieux, il faut cependant avoir recours aux statistiques.

Dans mes premières éditions j'ai donné les statistiques recueillies par Paul Wehmer[1] et par Zweifel[2]. Leurs résultats étaient à peu de chose près les mêmes. Wehmer donnait pour la méthode extra-péritonéale une mortalité de 24 pour 100; Zweifel une mortalité de 22,3 pour 100. Pour la méthode intra-péritonéale, Wehmer arrivait à une mortalité de 28,2 pour 100 et Zweifel au chiffre un peu plus élevé de 32,7 pour 100.

On le voit, la bénignité relative de la première méthode paraît ressortir de ces chiffres d'une façon éclatante[3].

On a fait à ces statistiques l'objection suivante : on y voit des partisans avérés du traitement extra-péritonéal (comme Kaltenbach, Thornton, S. Keith) figurer aussi parmi les opérateurs par la méthode intra-péritonéale; il est donc évident que leurs cas n'étaient pas similaires dans les deux séries, et très vraisemblablement ceux où ils ont abandonné le pédicule dans le ventre étaient plus graves que ceux où ils ont appliqué leur procédé favori.

Pour avoir une statistique affranchie de cette aggravation j'ai pris les chiffres des chirurgiens (A. Martin, Schröder, Olshausen, etc.), pratiquant exclusivement l'abandon intra-péritonéal du pédicule; j'ai fait un travail analogue dans les séries relatives à la méthode extra-péritonéale et je suis arrivé aux chiffres suivants, qui établissent nettement la supériorité de cette dernière méthode.

Méthode extra-péritonéale, mortalité.	21,6 p. 100
Méthode intra-péritonéale, mortalité.	25,79 p. 100

Cette supériorité s'affirme encore dans les dernières statistiques[4]

[1] P. Wehmer *Beitrag zur Myomotomie und Castration bei Fibromen.* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1887, Bd. XIV, p. 106 à 140.)

[2] Zweifel. *Die Stielbehandlung bei Myomektomie*, 1888.

[3] En 1875, dans ma thèse de concours (*De la valeur de l'hystérotomie*, etc.), j'avais pu réunir 119 cas comprenant 77 morts, soit 64 pour 100. — Quatre ans plus tard, Letousey, dans sa thèse (*Hystérectomie sus-vaginale dans le traitement des tumeurs fibreuses utérines.* Paris, 1879), trouvait, sur 84 cas postérieurs à mes relevés, 36 morts, environ 43 pour 100. — Gusserow (*Die Neubildungen des Uterus*, 1886), rassemblant les faits de 1878 à 1885, a recueilli le nombre considérable de 533 cas dont 185 morts, soit 34,8 pour 100. — D'autre part, Vautrin, sur 173 observations nouvelles qu'il a réunies, à l'occasion de sa thèse de concours (*Du traitement chirurgical des myomes utérins*, Paris, 1886), a compté 68 morts, soit 39 pour 100.

[4] A. Büchel (*Beiträge zur operativen Behandlung der Uterusmyome.* Dissert. inaug., Bâle, 1890) donne les chiffres suivants : Fehling, sur 14 cas de traitement extra-péritonéal du pédicule, a constaté une mortalité de 7,14 pour 100. — Sur 132 opérations faites par Hegar, Kaltenbach, Keith, Bantock, Fehling et Fritsch, par la même méthode, la mortalité s'éleva à 12,9 pour 100. Schröder, Olshausen, Martin et Gusserow ont employé le traitement intra-péritonéal dans 133 cas et la mortalité monta à 30,8 pour 100. Frommel, Landau et Hofmeier, opérant de la même façon, dans 57 cas, eurent une mortalité de 14 pour 100.

Voici une série publiée par Price[1].

Méthode extra-péritonéale.

	Nombre d'opérations.	Morts.
Chrobak	55	5
Ascher	5	2
Kaltenbach	22	1
Hegar	31	10
Schröder	34	7
Albert	50	3
Fristch	55	6
Terrillon	26	3
Lauwers	15	0
Keith	38	2
Lawson Tait	88	10
Bantock	56	19
Sp. Wells	20	10
Thornton	54	20
J. Price	91	6
Cushing	25	5
Boldt	6	2
J.-B. Irisch	19	5
Mann	12	1
Mundé	12	4
	690	121

Mortalité : 16 p. 100.

Méthode intra-péritonéale.

	Nombre d'opérations.	Morts.
Zweifel	50	6
Ascher	10	4
Kaltenbach	8	8
Léopold	22	5
Schrœder	164	43
Martin	135	46
Brennecke	22	1
R. Dick	11	2
Fritsch	27	11
Terrillon	32	3
Lauwers	3	2
Sp. Wells	26	10
Cushing	3	3
Boldt	3	0
	516	144

Mortalité : 28 p. 100.

Tauffer[2], sur 51 hystérectomies, a constaté 12 morts, soit 23,5 pour 100 (hystérectomies extra-péritonéales).

Fritsch[3], dans les opérations où il a employé le traitement extra-péritonéal du pédicule (un peu modifié, procédé intra-pariétal analogue à celui de Wölfler-Hacker), a observé 5 morts seulement sur 23.

[1] J. Price. *Abdominal hysterotomy* (*Amer. Journ. of Obst.* 1892, t. XXVI, p. 743).
[2] Tauffer. (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 20, p. 350) indique, par erreur, 22,2 pour 100.
[3] Fritsch. *Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, 1889, n° 339.

tandis qu'il y avait eu d'abord 11 morts sur 27, avec le procédé intra-péritonéal de Schröder.

Albert[1], sur 30 opérations, n'a enregistré que 1 mort, par la méthode extra-péritonéale.

C. Braun[2], dans une série (1887 à 1890) de 38 hystérectomies avec traitement extra-péritonéal, n'a perdu que 4 femmes, soit 10,5 pour 100; sur 2 hystérectomies avec traitement intra-péritonéal, il a eu 2 morts.

Hegar a communiqué à Nicaise[3] sa série d'opérations allant de juin 1887 à mai 1889. Elle comprend, outre 2 myomectomies pour fibromes pédiculés, guéries, 18 hystérectomies supra-vaginales pour corps fibreux interstitiels, toutes suivies de guérison, et 12 hystérectomies pour tumeurs intra-ligamentaires, avec 2 morts seulement (l'une au bout de 4 mois, l'autre au bout de 5 mois).

Terrier, dans une série de 38 hystérectomies avec traitement extra-péritonéal du pédicule, a perdu 15 opérées, soit 39,4 pour 100. Huit fois il a rentré le pédicule et a enregistré 4 décès, soit 50 pour 100[4].

P. Segond, dans 20 cas où il a pratiqué l'hystérectomie abdominale, par la méthode extra-péritonéale, a observé 9 morts, soit 45 pour 100[5].

Treub[6], dans 57 cas où il a traité le pédicule par la méthode intra-péritonéale, n'a eu que 5 morts, soit 8,7 pour 100. La même méthode a donné à Richelot[7] 3 morts sur 16 cas, c'est-à-dire 18 pour 100.

Leopold[8], employant les deux méthodes, a eu 7 morts sur 34 cas, soit 20,5 pour 100, par le traitement extra-péritonéal du pédicule, et 5 morts sur 22 cas, soit 22,7 pour 100, par le traitement intra-péritonéal.

Enfin, au Congrès de chirurgie de 1891[9], Terrillon a donné la statistique de ses hystérectomies abdominales; sur 54 cas il a eu 6 décès; les 54 cas se répartissent ainsi : 28 cas avec pédicule rentré (3 morts); — 26 cas avec pédicule externe (3 morts).

[1] Albert. *Laparotomien wegen Uterusmyomen* (*Wien. med. Presse*, 1888, n° 13, p. 429, et 1889, n° 2, p. 49).

[2] Egon Braun von Fernwald. *Beiträge zur Lehre der Laparotomien*, etc. Vienne, 1890, p. 8. — Je déduis des 43 cas avec 6 morts, cités par cet auteur, 5 cas avec 2 morts qui avaient été opérés par les assistants de C. Braun.

[3] Hegar, cité par Nicaise. *Répert. univ. d'obstétr. et de gyn.*, 1889, p. 503.

[4] Terrier. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 678.

[5] P. Segond. *Ibid.*, p. 689.

[6] Voir Kikkert. *Die Stielbehandlung bei Myomohysterektomie.* Diss. inaug., Leyde, 1891. — Dans ce même travail, l'auteur a relevé 11 cas de Mendes de Leon, avec 2 morts, et 25 cas de v. Mey, avec 2 morts également.

[7] Richelot. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 651.

[8] G. Leopold. *Die operative Behandlung der Uterusmyome*, etc. (*Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVIII, Heft 1, p. 34).

[9] O. Terrillon. *Comptes rendus du Congrès de chir.*, Paris, 1891, p. 369.

Pour ma part, d'une façon générale, je suis longtemps resté partisan de la méthode extra-péritonéale. Actuellement je tends à me rattacher à l'hystérectomie totale, qui me paraît la méthode de l'avenir.

Mais il faut reconnaître que chacune de ces méthodes a des inconvénients et des dangers.

La présence, au milieu de la plaie abdominale, d'un pédicule voué à la mortification, crée, au premier abord, une infériorité frappante pour la méthode extra-péritonéale, quoique l'emploi du nouveau pansement pulvérulent, adopté par Kaltenbach, diminue pourtant beaucoup les inconvénients qui peuvent résulter de cette mortification. On doit aussi mettre au passif de la méthode que la guérison est plus lente et laisse subsister un point faible, à la paroi abdominale.

Ces inconvénients sont compensés par une sécurité plus grande. L'hémostase certaine par la constriction du lien élastique, l'issue à l'extérieur des sécrétions du pédicule, éloignent la double crainte d'hémorrhagie interne et d'infection péritonéale qui existe toujours, quand un pédicule est abandonné dans le ventre, surtout si la cavité utérine a été ouverte.

Choix de la méthode.

La vérité ne réside pas dans une proscription absolue de l'une ou de l'autre méthode ; elle est plutôt dans un **choix** raisonné, selon les cas déterminés[1].

Quels sont les dangers qui peuvent faire redouter la méthode intra-péritonéale, méthode évidemment idéale en théorie ? Ce sont : la vascularité extrême du pédicule, rendant l'hémostase impossible sans la multiplication des sutures, qui elle-même expose à la mortification et à la septicémie ; l'ouverture de la cavité utérine donnant accès aux germes venus du vagin : en deux mots, le danger existe dans les pédicules *saignants* et dans les pédicules *creux* (j'entends par ce mot ceux où la cavité utérine a été ouverte). Ceux-ci seront donc traités, de parti pris, par la méthode extra-péritonéale franche ou mixte, qui est précisément destinée à mettre en garde contre ces dangers. On pourra, au contraire, pour les autres, choisir la méthode intra-péritonéale. On doit noter que dans les cas d'inflammation suppurative ou gangréneuse de la tumeur, la méthode extra-péritonéale s'impose forcément[2].

Enfin, l'on peut se demander aujourd'hui, avec raison, si ces deux méthodes, qui jusqu'à présent se sont partagé les préférences des

[1] S. Pozzi. *Du traitement du pédicule dans l'hystérotomie et de la ligature élastique* (*Congrès franç. de chir.*, 1re *session*, Paris, 1885. Comptes rendus, p. 537).

[2] E. Odebrecht. *Beitrag zur Frage der operativen Behandl. verjauchter Uterustumoren* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1888, Bd. XV, Heft 1, p. 128). — A. Sippel. *Zur operativen Behandlung verjauchter Uterusmyomen* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 44, p. 713).

chirurgiens, ne doivent pas céder le pas à l'extirpation totale. Ce n'est pas que certains inconvénients ne puissent être reprochés à cette méthode, entre autres la durée plus grande de l'opération, le danger d'hémorrhagie primitive et les chances d'infection par le vagin. Quoi qu'il en soit, dans une statistique importante où sont réunis 434 cas empruntés à des chirurgiens de tous les pays, un de mes élèves[1] a trouvé pour la méthode d'extirpation totale par voie combinée une mortalité de 15 pour 100, et par voie abdominale seule, une mortalité de 14,32 pour 100. Delagénière (du Mans)[2] a pratiqué 20 fois l'hystérectomie abdominale totale avec une seule mort, soit une mortalité de 5 pour 100. Ces chiffres, notablement inférieurs à ceux des méthodes intra ou extra-péritonéale, permettent tout au moins d'imposer les plus grandes réserves à notre jugement actuel.

Le tableau suivant me paraît résumer les préceptes qui doivent guider dans le choix du procédé pour le traitement chirurgical d'un corps fibreux :

A. — FIBROMES A ÉVOLUTION VAGINALE

- Fibromes évoluant vers la cavité utérine . . . . .
  - 1° Pédiculés. — *Ablation avec l'aide du morcellement vaginal.*
  - 2° Sous-muqueux. — *Ablation avec l'aide du morcellement vaginal.* — *Hystérectomie vaginale complémentaire* si l'utérus est perforé au cours du morcellement, ou s'il existe d'autres fibromes interstitiels.

B. — FIBROMES A ÉVOLUTION ABDOMINALE

- *a.* Fibromes n'atteignant pas l'ombilic. . . . . .
  - 1° Interstitiels. — *Hystérectomie vaginale par morcellement.*
  - 2° Développés dans le ligament large. — *Id.*
  - 3° Pédiculés. — *Ablation par laparotomie.*
- *b.* Fibromes dépassant l'ombilic. . . . . .
  - 1° Interstitiels. — État général mauvais (cœur et reins altérés). — *Hystérectomie supra-vaginale* . . . . .
    - Pédicule long. — *Procédé de Hegar.*
    - Pédicule court. — *Procédé de Wölfler-Hacker.*
  - État général bon. — *Hystérectomie abdominale totale.*
  - 2° Intra-ligamentaires. — *Décortication* . . . . . .
    - *Suture de la poche sans drainage*, si elle est peu saignante.
    - *Suture et drainage vaginal* ou *tamponnement abdominal de la poche*, si elle est saignante.
  - *Décortication et hystérectomie complémentaire*, si l'utérus a des connexions intimes avec la tumeur.

[1] S. Le Moniet. *Hystérectomie abdominale totale.* Th. de Paris, 1894.

[2] H. Delagénière. *Arch. prov. de chir.*, 1894, pp. 333 et 416, et *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI, p. 487.

CHAPITRE V

DE LA CASTRATION POUR CORPS FIBREUX

Aperçu historique. — Indications. — Technique opératoire. Incision latérale. Incision vaginale. Incision médiane. Ligature du pédicule. Ligatures atrophiantes. Castration unilatérale. — Gravité de l'opération. Résultats curatifs.

Aperçu historique.

La clinique a, depuis longtemps, appris que la cessation de la vie sexuelle chez la femme amène le plus souvent une sédation remarquable dans les accidents causés par les corps fibreux : les hémorrhagies cessent et la tumeur elle-même diminue et s'atrophie dans bien des cas. De là est venue l'idée de hâter l'apparition de cette période favorable, en provoquant une *ménopause artificielle* par l'ablation des ovaires.

La **castration**[1] avait déjà été pratiquée en 1872, presque en même temps, par Battey[2] et par Hegar, pour des dysménorrhées douloureuses, et les chirurgiens commençaient à se familiariser avec cette opération, lorsque Trenholme[3] publia, en 1876, le premier exemple

[1] Le mot de *castration*, qui a donné lieu à de nombreuses discussions, doit être exclusivement réservé à l'ablation des ovaires sains ou supposés sains, faite en vue d'une modification fonctionnelle. Telle est la manière de voir de Schröder et de Hofmeier (*Grundriss der gyn. Oper.*, p. 315), tandis que Hegar applique ce mot à l'ablation de tout ovaire sain ou malade, « ne formant pas une notable tumeur » (*Centr. f. Gyn.*, 1878. n° 2, p. 25, *ibidem*, 1887, n° 44, p. 698, et *Operative Gyn.*, 3e édit., p. 341). Cette définition n'est évidemment pas suffisante, car alors l'ablation d'un petit kyste devra être appelée tour à tour castration, s'il est du volume du poing, ovariotomie, s'il est du volume de la tête. Battey et les Américains désignent la castration sous le nom d'*ovariotomie normale*. On l'a encore appelée *oophorectomie*. Il ne faut pourtant pas confondre les opérations de cet ordre, où l'ovaire et la trompe sont enlevés comme centres producteurs de réflexes, soit hémorrhagiques, soit douloureux, avec les opérations où l'on enlève ces annexes pour une altération morbide diagnostiquée, avant l'ouverture du ventre : c'est, dans ce dernier cas, la *salpingo-oophorectomie*, qu'a surtout vulgarisée Lawson Tait. Peut-être serait-il bon de distinguer, mieux qu'on ne le fait d'ordinaire, des catégories aussi différentes. On réserverait alors le nom de *castration* à l'ablation des annexes réputées saines, en distinguant la *castration hémostatique* (Trenholme, Hegar), et la *castration analgésique* (Battey) ; le nom d'*oophorectomie* ou de *salpingo-oophorectomie* (L. Tait) désignerait l'extirpation des annexes enflammées (salpingites, ovarites). On éviterait ainsi bien des confusions. Une tentative de nomenclature dans ce sens a été essayée par Mundé. *A year's work in laparotomy* (*Amer. Jour. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 25).

[2] Battey. *Atlanta med. and surg. Journ.*, sept. 1872, et *Amer. practit.*, 1875.

[3] Trenholme. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1876, p. 702. — L'opération de Trenholme est de janvier 1876 ; celle de Hegar du mois d'août de la même année. Lawson Tait (*Brit. med. Journ.*, 15 août 1885) a affirmé qu'il avait fait la castration pour un fibrome utérin, en août 1872. Malheureusement sa revendication est trop tardive pour qu'on en tienne compte.

connu de castration pour myome utérin ; Hegar la pratiqua dans le même but, peu de mois après. Il n'est pas douteux que Hegar ignorait à la fois les opérations de Battey et de Trenholme quand il conçut et exécuta les siennes, mais il n'est pas contestable que les publications de ces auteurs sont antérieures[1]. Hegar n'en demeure pas moins le grand propagateur de cette opération, que ses travaux et ceux de son élève Wiedow[2] ont contribué à vulgariser. En Angleterre, c'est Lawson Tait[3] qui lui a donné la plus vive impulsion. En France, il faut spécialement noter les travaux de Duplay[4], Tissier[5] et P. Segond[6].

Indications

Il n'est pas encore facile de nettement poser les **indications** de cette opération. Hegar[7] n'est actuellement pas éloigné de la conseiller dans tous les cas de préférence à l'hystérectomie, qui est plus grave, quitte à faire cette dernière plus tard, si la castration n'a pas suffi. Il énumère les diverses variétés de fibromes où on l'a employée avec succès, et il ne trouve pas d'exception. Même dans un cas de tumeur fibro-kystique, Thornton[8] en a retiré de bons effets. Toutefois il n'est pas douteux qu'il y a des cas où l'opération est dangereuse par ses conséquences, même lorsqu'elle est facile, et qu'il y en a d'autres où elle est dangereuse, à cause des difficultés inhérentes à son accomplissement.

Dans la première classe de castrations rentrent celles qui sont pratiquées pour les **très grosses tumeurs solides ou fibro-kystiques**[9]. On doit redouter alors que la castration, par l'oblitération des vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques qu'elle entraîne, ne produise dans la masse fibreuse des changements de nutrition rapides et redoutables. On a observé un *œdème* qui parfois pouvait n'être que le résultat de la stase veineuse ou lymphatique, d'autre fois le premier phénomène de la mortification ; les *thromboses* et les *embolies* consé-

[1] Hegar. *Die Castration der Frauen* (*Volkmann's klin. Vorträg. Gynäk.*, Leipzig, 1878, p. 42). — *Zur Exstirpation normaler und nicht zu umfäng. Geschwülste entart. Eierstöcke* (*Wien. med. Woch.*, 1878, n° 15, et *Centr. f. Gyn.*, 1877, n° 17, p. 297 et 1878, n° 2, p. 25). — *Ueber Castration* (*Centr. f. Gyn.*, 1879, n° 22, p. 529). — *Der Zusammenhang der Geschlechtskrankh. mit nervösen Leiden*, 1885 (pour l'historique). — Hegar et Kaltenbach. *Die operative Gynäk.*, 3e édit. 1886, p. 541.

[2] W. Wiedow. *Zur Kastration bei Uterusfibrom* (*Centr. f. Gyn.*, 1882, n° 6, p. 81). — *Die Kastration bei Uterusfibrom* (lu au congrès internat. de Copenhague, 1884) (*Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXV, Heft 2, p. 299).

[3] Lawson Tait. *Brit. med. Journ.*, 1880, t. II, p. 48, et *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1883, t. XXV, p. 39 et 203.

[4] Duplay. *Arch. gén. de méd.*, juillet 1885, 7e sér., t. XVI, p. 1.

[5] Tissier. *De la castration de la femme en chirurgie.* Thèse de Paris, 1885, n° 208.

[6] P. Segond. *Annal. de gyn.*, 1888, t. XXVI, p. 416.

[7] Hegar et Kaltenbach, *loc. cit.*, p. 378.

[8] Thornton. *Obstet. Society of London*, 1883, t. XXIV, p. 137.

[9] Il est à remarquer, par contre, que l'hystérectomie paraît moins grave quand il s'agit de tumeurs fibro-kystiques que lorsqu'on a affaire à des tumeurs solides (Gusserow, *loc. cit.*, p. 293).

cutives sont particulièrement à craindre quand la tumeur et les ligaments larges contiennent de gros vaisseaux.

La castration peut encore être une opération primitivement dangereuse lorsqu'elle est rendue difficile par des **adhérences** très vasculaires ou par l'effacement complet des ailerons du ligament large, comme dans certaines **tumeurs intra-ligamentaires** ; c'est l'hémorrhagie immédiate qui est alors à redouter.

Il convient de placer ces considérations en première ligne, car ce sont elles qui dominent les indications opératoires. On pourrait peut-être les résumer de la façon suivante : *Toutes les fois que la castration doit être beaucoup moins grave que l'hystérectomie et que celle-ci n'est pas formellement indiquée par des phénomènes de compression, la castration devra lui être préférée.*

Les hystérotomies pour **fibromes pédiculés** (myomectomies) devront garder le pas sur la castration pour deux raisons : d'abord parce qu'elles sont relativement peu graves; en second lieu, parce que, dans cette variété de corps fibreux, l'hémorrhagie est le symptôme le moins important : or c'est celui contre lequel la castration est surtout dirigée.

Les fibromes interstitiels à évolution abdominale, petits ou de moyen volume, pourront être traités par la castration, si le seul accident qu'ils déterminent est la perte de sang; de même pour les corps fibreux **intra-ligamentaires** et **pelviens**, au commencement de leur évolution.

L'**état anémique** des malades sera encore une indication spéciale pour l'ablation des ovaires de préférence à celle de l'utérus.

En résumé, la castration est contre-indiquée : dans les **très grosses tumeurs** (danger d'œdème et de mortification) ; dans les tumeurs même moyennes occasionnant des accidents marqués de **compression** ; dans les **tumeurs fibro-kystiques** (bénignité relative de l'hystérectomie, marche galopante de ces tumeurs), et **télangiectasiques** (danger de thromboses).

Telles sont les indications qui pourront diriger le chirurgien dans le *choix* de l'opération.

Mais il est impossible de les formuler d'une manière tout à fait définitive, avant l'ouverture de l'abdomen. En fait, comme beaucoup d'auteurs l'ont dit avec raison, une castration, en pareil cas, commence toujours par une incision exploratrice. On peut alors se rendre exactement compte des connexions de la tumeur et des dangers plus ou moins grands de l'intervention.

Il y a donc, à côté de la **castration de choix primitive** pré-opératoire, une **castration de nécessité**, intra-opératoire, ou plutôt **de choix secondaire**, quand l'ouverture du ventre a démontré les risques excessifs

d'une hystérectomie préméditée, tout en indiquant la possibilité et l'utilité d'une extirpation des ovaires.

Terrillon a essayé de donner une base précise aux indications de la castration, en les fondant sur un signe positif et facilement appréciable, l'étendue de la cavité utérine. Selon lui, la castration donne les meilleurs résultats quand la cavité mesure de 11 à 14 centimètres. Quand elle mesure 18, 20 ou 23 centimètres, il y a peu de chances d'obtenir un résultat favorable. Il conseille, par suite, d'insister sur le cathétérisme avec son hystéromètre flexible à cadran. En somme, cette prescription se réduit à signaler de nouveau les dangers de l'ablation des ovaires, dans les cas de grosses tumeurs interstitielles, dont un des signes est l'agrandissement extrême de la cavité utérine. Mais il y a tout intérêt à faire ce diagnostic sans l'aide du cathétérisme. Ainsi que les expériences de Winter[1] l'ont démontré, l'hystéromètre refoule dans la cavité utérine les germes qui existent normalement dans le vagin, et l'on provoque ainsi l'autoinfection de la malade, à la veille de lui pratiquer une opération.

Le cathétérisme utérin avec des instruments rigides peut être dangereux pour une autre cause encore : il expose aux fausses routes, vu les sinuosités occasionnées par les saillies des tumeurs, et la mollesse de la muqueuse généralement altérée. On a pu voir la suppuration du myome et la mort suivre une pareille exploration[2].

Technique opératoire.

Technique opératoire. — Le moment le plus favorable pour pratiquer l'opération est la semaine qui suit les règles. Les préparatifs de l'opération, les préceptes pour l'ouverture du ventre sont les mêmes que dans toute laparotomie[3]. Hegar recommande expressément de palper les ovaires et de s'assurer toujours de leur position exacte, avant d'opérer. C'est une précaution très utile, mais il n'est pas toujours possible d'acquérir sur ce point des données précises, avant l'ouverture de l'abdomen.

Il existe trois voies pour arriver aux ovaires : la ligne médiane, la partie latérale du ventre, le cul-de-sac postérieur du vagin. La première seule est réellement pratique dans l'immense majorité des castrations pour myomes.

Incision latérale

L'**incision latérale, dans la région des flancs**, théoriquement, doit présenter des avantages, puisqu'on arrive ainsi directement sur l'ovaire,

[1] G. Winter. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, Heft 2, p. 445.

[2] Lautier. *Bull. de la Soc. anat.*, 11 mai 1888, p. 522. — Voir les commentaires du professeur Cornil.

[3] Un assez grand nombre de chirurgiens substituent actuellement le mot de *cœliotomie* à celui de *laparotomie*. L'étymologie en est, d'après eux, plus rationnelle : en effet, κοελία veut dire cavité abdominale, tandis que λαπάρα signifie paroi de l'abdomen. A proprement parler *laparotomie* veut dire seulement *incisions des parties molles de l'abdomen* (R. P. Harris, *Internat. med. Journ.*, 1891, cité par Sänger, *Centr. f. Gyn.*, 1892, p. 365).

souvent très rejeté en dehors par la saillie de la tumeur. Hegar l'a d'abord pratiquée, à l'exemple des vétérinaires. Mais il semble l'avoir abandonnée, par suite des inconvénients très réels qu'elle présente : nécessité d'une double plaie, rétraction très forte de ses lèvres, vascularité plus grande des tissus à ce niveau, etc. Enfin, ce ne serait que pour les très gros fibromes que ce déplacement latéral de l'incision serait nécessaire, et j'ai dit que la castration, dans ces cas-là, est une opération dangereuse, qu'on ne doit pas faire de propos délibéré.

Incision vaginale.

L'incision vaginale trouve sa véritable indication dans la castration que j'ai qualifiée d'*analgésique* (opération de Battey), pratiquée en l'absence de tumeur et quand on peut constater la procidence de l'ovaire dans le cul-de-sac de Douglas. Mais c'est un procédé déplorable, quand par un fibrome les annexes sont portées au-dessus du détroit supérieur. De plus, on est exposé à confondre, par le toucher vaginal, un petit fibrome lobulé avec un ovaire prolabé. Enfin, le danger d'hémorrhagie provenant d'un vaisseau dilaté des ligaments larges prend ici une importance particulière, à cause de la profondeur à laquelle on opère.

Incision médiane sur la ligne blanche. — Quand on entreprend une castration, il ne faut jamais oublier qu'on peut être amené à faire l'hystérectomie, et on doit avoir tout disposé pour cette éventualité.

Incision médiane.

1er temps. Ouverture de l'abdomen. — On fera l'incision plus ou moins au-dessous de l'ombilic, selon la hauteur à laquelle on suppose que le corps fibreux a porté les annexes. On ne devra pas faire tout d'abord une incision de plus de 8 centimètres, suffisante pour passer deux ou trois doigts. On arrivera très vite jusqu'au péritoine, plaçant rapidement quelques pinces sur les vaisseaux de quelque importance, sans s'attarder aux autres. Dès qu'on sera sur le péritoine, on deviendra circonspect et on incisera un pli de la séreuse avec le bistouri tenu à plat ; puis dans cette boutonnière on passera une sonde cannelée. On évitera ainsi de blesser soit une anse intestinale, soit la surface de la tumeur, dont la moindre éraillure eut être très saignante.

L'incision étant très petite et ses bords pouvant, par suite, être tiraillés et décollés, quand la tumeur est assez volumineuse, il est bon, suivant le conseil de Hegar, de passer immédiatement des anses de fil en haut, en bas et sur les côtés, de façon à unir provisoirement la séreuse aux autres plans abdominaux. Ces anses de fil servent en même temps à écarter les lèvres de la plaie.

2e temps. Recherche et ablation de l'ovaire. — Une compresse-éponge est introduite par un de ses angles dans la plaie et sert à refouler l'intestin et l'épiploon. L'index et le médius de la main droite sont enfoncés profondément et s'orientent sur le fond de l'utérus, pour

aller à la recherche de l'ovaire qu'on saisit, ainsi que le pavillon de la trompe, entre les deux doigts, et qu'on attire hors de la plaie. Un aide en rapproche aussitôt les lèvres. Pour avoir sur l'ovaire une prise plus forte, on peut remplacer les doigts par une pince. Certains chirurgiens se servent pour cela de pinces spéciales : des pinces quelconques peuvent suffire, en particulier des pinces longues et un peu courbes, passées sous l'ovaire et le pavillon de la trompe. Une aiguille mousse armée d'un fil double traverse alors l'aileron de l'ovaire et de la trompe. On peut, dans l'ablation des annexes, lier le pédicule par le nœud de Lawson Tait (p. 67, fig. 44, 6), qui est expéditif et ne laisse qu'un seul nœud dans le péritoine. Mais, pour peu que le pédicule soit large et tendu, il vaut mieux le lier avec deux fils entre-croisés.

Il est rationnel et pratique de comprendre la trompe dans l'ablation de l'ovaire, d'autant plus que celle-ci est souvent atteinte d'inflammation chronique et que son ablation contribue beaucoup à la disparition des douleurs et des hémorrhagies.

Ligature du pédicule.

Si le pédicule est très court, on pourra ajouter à la **ligature** en masse (qui pourrait glisser) des ligatures complémentaires sur les vaisseaux, dont la lumière sera soigneusement recherchée, sur la surface de la section. Dans ce cas-là, il faut aussi s'assurer avec soin que la ligature a été placée au-dessous de l'ovaire, et qu'une portion de cet organe, plus ou moins étirée, ne lui a pas échappé. Cette forme aplatie et comme écrasée de l'organe, qui le fait ressembler à une poire tapée, est très remarquable dans certains cas de fibromes.

Je préfère pratiquer alors, pour plus de sûreté, à l'exemple de Hegar, la cautérisation du pédicule avec le thermocautère, de façon à détruire profondément les tissus. S'il y reste quelque vestige d'ovaire, il sera ainsi anéanti ou suffisamment modifié pour être ensuite résorbé. Il est très compromettant pour le succès opératoire de laisser subsister de pareils vestiges; en outre, comme P. Müller[1] l'a montré, ils peuvent eux-mêmes devenir le siège de néoformations kystiques.

Cette cautérisation peut se faire sur une pince munie d'une plaque isolante d'ivoire, et à laquelle Hegar a donné une double courbure; elle est fort commode quand le pédicule est profond. Mais je me contente ordinairement alors d'une pince courbe ordinaire, pour saisir les annexes au-dessus de la ligature, et je l'isole des parties sous-jacentes par une serviette-éponge humide. Au lieu de sectionner avec le thermocautère, ce qui est lent, je préfère ne l'employer qu'après avoir coupé le pédicule avec les ciseaux, laissant finalement, au-dessus de la ligature, un petit moignon d'environ un

[1] Müller. *Beiträge zur oper. Gynäk* (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1884, Bd. XX, p. 1)

demi-centimètre de hauteur que je dessèche peu à peu à petits coups, avec le thermocautère porté au rouge sombre. Cette cautérisation sert à la fois à la destruction des derniers restes de tissu ovarien, à l'hémostase et à l'antisepsie.

Toutes les fois que cela m'est possible, c'est-à-dire quand l'ovaire peut facilement être attiré à l'extérieur, je supprime l'emploi de la pince. Saisissant l'ovaire et la trompe de la main gauche, j'en sectionne le pédicule aux trois quarts, avec les ciseaux, à un centimètre au-dessus de la ligature. Puis, prenant le thermocautère, tandis que je maintiens le pédicule à l'aide de la partie non sectionnée qui adhère encore à l'ovaire, je cautérise la tranche de la surface de section, et je n'achève qu'en dernier lieu de détacher au thermocautère le bord extrême du pédicule.

On ne coupera les chefs des ligatures du pédicule qu'après s'être bien assuré qu'il n'y a, à sa surface, aucun suintement sanguin, et que ces ligatures sont bien placées. Mais il vaut mieux les couper aussitôt après l'ablation de chacune des annexes, car si l'on réserve ce soin pour la fin de l'opération, laissant les chefs très longs sous prétexte de revision terminale, on s'expose à des tiraillements dangereux.

On procédera de même à l'ablation du second ovaire.

Il peut se faire qu'une incision aussi petite que celle que j'ai recommandée ne permette pas de manœuvrer assez à l'aise; il vaut alors beaucoup mieux l'agrandir que d'user de force : on l'agrandira soit en haut, soit en bas. Il serait dangereux pourtant de se donner trop de jour, et l'on se gardera de désinsérer le muscle droit de l'abdomen sur le pubis, comme cela a été conseillé. Si l'on est gêné par les intestins, on les refoulera plus aisément, en donnant à la malade une position très déclive, de telle façon que ces viscères tombent vers le diaphragme (Voir p. 97).

Tamponnement du vagin et du rectum.

Le **tamponnement du vagin et du rectum** pour élever les organes au-dessus du petit bassin, l'introduction des doigts dans le vagin, dans le même but, ne seront que rarement nécessaires ici, comme ils peuvent l'être dans les castrations ordinaires, les ovaires se trouvant plutôt au-dessus qu'au-dessous de leur situation normale.

Éviscération.

L'**éviscération**, ou extraction temporaire du paquet intestinal, qu'on enveloppe de compresses aseptiques chaudes, donne assurément beaucoup de place; c'est une manœuvre exceptionnelle, mais parfois nécessaire. J'y reviendrai plus longuement, à propos du traitement des lésions inflammatoires des annexes par la laparotomie.

Dans aucun cas, il ne faudra commettre l'imprudence de faire sortir la tumeur fibreuse hors du ventre; elle se congestionnerait et se gonflerait, et sa réintégration deviendrait pénible; enfin, on

courrait le risque de thromboses et d'embolies. Mais on se trouvera très bien de la faire pivoter sur son axe dans le ventre, pour aborder les annexes.

Adhérences de l'ovaire et de la trompe.

Les **adhérences** de l'ovaire et de la trompe aux parties voisines ne devront être rompues qu'avec de grandes précautions et le plus possible sous le contrôle de la vue, à cause du développement considérable de la circulation veineuse qui accompagne parfois les fibromes.

Brièveté des ligaments larges.

La **brièveté des ligaments larges**, et, en particulier, de l'aileron ovarien, peut constituer une difficulté insurmontable : les ligatures glissent, on ne peut pas constituer de pédicule. Dans un cas semblable, Hegar dut terminer l'opération par l'hystérectomie pour ne pas perdre sa malade d'hémorrhagie. On tâchera d'arrêter le sang par une forte suture en surjet. Parfois on pourra, à l'exemple de Hegar[1], faire une ligature élastique perdue du pédicule ovarien.

Certains chirurgiens attribuent, dans la castration, une très grande importance à la ligature des vaisseaux tubo-ovariens, en dehors de l'ablation même de l'ovaire. Elle agirait en amenant la dégénérescence graisseuse de l'ovaire, ou en modifiant directement la vitalité de l'utérus et la nutrition du néoplasme dont elle favoriserait l'atrophie[2]. Ces **ligatures atrophiantes** (von Antal), qu'il serait certainement abusif de préconiser comme procédé de choix, doivent-elles être conservées, même comme procédé de nécessité, quand l'ablation des ovaires offre des difficultés insurmontables ou des dangers trop grands? Terrier s'en est déclaré partisan et Segond[3] les accepte comme un expédient opératoire propre à diminuer le nombre des laparotomies, simplement exploratrices. J'avoue qu'une pareille considération me touche peu, et que cet *expédient*, dont l'utilité est problématique, ne me paraît pas inoffensif.

Ligatures atrophiantes.

Castration unilatérale.

La **castration unilatérale** semble avoir pris naissance bien plutôt à la suite de nécessités opératoires qu'après des conceptions théoriques; ces dernières ne sont venues qu'après coup pour la légitimer. Sims, Battey et leurs imitateurs ont évidemment fait fausse route en préconisant cette opération.

Mieux vaudrait, si l'on ne peut enlever les deux ovaires, refermer le ventre le plus tôt possible, sans s'attarder à pratiquer une ligature atrophiante pour diminuer théoriquement l'afflux sanguin. C'est par ce mécanisme, a-t-on prétendu pourtant, que la castration unilatérale aurait eu, dans certains cas, quelque influence sur le développement d'un myome franchement unilatéral.

[1] Hegar et Kaltenbach, *loc. cit.*, p. 399.

[2] Hofmeier. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1880, Bd. V, p. 106. — Geza von Antal. *Centr. f. Gyn.*, 1882, n° 30, p. 465. — G. Crone. *Dissert. inaug.*, Berlin, août 1885.

[3] P. Segond. *Loc. cit.*, p. 451.

L'ablation de l'ovaire n'est rationnelle ici que lorsqu'elle est faite des deux côtés, pour produire la ménopause.

3e temps. Toilette du péritoine. Suture. — Cette toilette est généralement très rapidement faite, à moins qu'il n'y ait eu rupture d'un kyste des trompes ou du ligament large, lésion qui coïncide parfois avec les fibromes. On enlèvera les fils de soie passés à travers les parois abdominales, au début de l'opération, et on procédera à la suture continue, au catgut, du péritoine, puis des plans musculo-fibreux. On terminera par la suture des téguments et des tissus sous-tégumentaires avec des points séparés à la soie forte, et on placera quelques points complémentaires au catgut fin (fig. 37, 38, 39).

Si les lèvres de la plaie ont été très froissées et sont un peu contuses, il est bon d'insinuer entre la suture des muscles et celle des téguments, un petit tube à drainage qu'on retirera, au bout de vingt-quatre heures.

On ne drainerait la cavité péritonéale que s'il y avait eu effusion de pus (pyo-salpinx) dans l'abdomen; ou encore, si les manœuvres avaient été exceptionnellement longues et pénibles; on ferait avant tout, dans le premier cas, un lavage du péritoine à l'eau chaude.

Soins consécutifs.

Soins consécutifs. — On voit souvent, peu de temps après l'opération, survenir une métrorrhagie, qui ne doit pas surprendre le chirurgien; on prescrira alors des injections vaginales chaudes et des injections hypodermiques d'ergotine.

Il est nécessaire de ne pas exercer une compression trop forte du ventre, à cause de la présence de la tumeur et de la paresse intestinale qui suit toujours une laparotomie. On fera même bien de donner à la malade une position un peu déclive, en élevant le bassin, pour permettre au paquet intestinal d'occuper la partie supérieure du ventre. On devra faire administrer un lavement laxatif, dès le lendemain, pour évacuer les gaz.

Gravité de la castration pour fibromes. Résultats curatifs.

Gravité de l'opération. Résultats. — Conformément à la méthode que j'ai adoptée, j'indiquerai les résultats de la pratique des chirurgiens qui présentent le plus d'autorité sur ce sujet spécial.

Hegar[1], sur 55 opérations, a observé 6 morts, soit près de 11 p. 100, dont 5 par septicémie (un cas provenant d'une infection antérieure à l'opération) et un autre, par altération des reins; 16 malades, soit 29 pour 100, présentèrent des accidents plus ou moins graves (3 péritonites légères, 7 abcès, 4 thromboses du membre inférieur, 1 pneumonie, 1 catarrhe de la vessie).

33 malades guérirent sans le moindre trouble, soit 60 pour 100[2].

En déduisant des 55 opérées les 6 morts, 12 cas encore trop

[1] Hegar et Kaltenbach. *Loc. cit.*, 3e édit., p. 405 et suiv.

[2] Hegar indique 70 pour 100, mais il y a là une erreur de calcul évidente.

récents, et 9 cas où l'extirpation d'un gros fibrome pédiculé a été faite simultanément, il reste 28 cas de castration, opérés depuis plus d'un an et demi. Voici les résultats au point de vue curatif :

a. — **Résultats relatifs à l'hémorrhagie** : 20 fois cessation immédiate des hémorrhagies; — 4 fois, cessation après quelques pertes de sang irrégulières; — 1 fois, persistance des métrorrhagies irrégulières; — 1 fois, ménopause, puis métrorrhagies irrégulières; — 1 fois, ménopause temporaire, puis hémorrhagie et développement kystique de la tumeur; — 1 fois, ménopause, puis hémorrhagies, énucléation commençante de la tumeur, qui est finalement extirpée par Fehling.

b. — **Résultats relatifs à la tumeur** (sur la même série de 28 cas) : 22 fois, diminution marquée, et le plus souvent très importante; — 3 fois, pas de diminution; — 1 fois, diminution douteuse; — 1 fois, apparition d'une tumeur fibro-kystique; — 1 fois, énucléation.

Donc, on le voit, la ménopause et l'atrophie de la tumeur ne marchent pas de pair. Il peut se faire que l'hémorrhagie cesse entièrement, sans que le corps fibreux diminue. Toutefois, cela est exceptionnel; le plus souvent Hegar a vu l'atrophie suivre l'aménorrhée.

Deux des opérées de Hegar sont devenues obèses; une autre a présenté, cinq ans après l'opération (qui avait été suivie de ménopause et de rétraction de la tumeur), un double foyer de paramétrite suppurée, provenant à coup sûr du pédicule. Enfin, une malade fut délivrée par l'opération d'une toux sèche excessivement invétérée[1].

Le soin avec lequel ces faits ont été observés, la garantie absolue que donne le nom de Hegar, prêtent à ces chiffres un intérêt particulier. Il est nécessaire toutefois de connaître les résultats d'ensemble, réunis dans des statistiques provenant d'opérations de divers auteurs.

Voici ceux qu'avait rassemblés Tissier, un peu moins récemment.

Sur 171 opérations : 25 morts, soit 14.6 pour 100 de mortalité. Les causes de la mort se répartissent ainsi : 12 fois, septicémie; — 1 fois, hémorrhagie secondaire et septicémie; — 1, embolie de l'artère pulmonaire; — 1, pyélo-néphrite; — 1, débilité cardiaque (onze jours après l'opération)[2]; 9, causes indéterminées.

A. — **Résultats relatifs à l'hémorrhagie**, constatés dans 146 cas : 89 fois, cessation complète; — 21 fois, ménopause survenue après une période plus ou moins longue d'hémorrhagies irrégulières; — 10 fois, retour des règles après un court répit. Dans cette catégorie se trouvent un cas d'extirpation unilatérale et un cas de ligature d'un ovaire; dans trois cas, on note que les pertes de sang ne sont pas visées

[1] Ce cas, intéressant au point de vue des réflexes utéro-ovariens, a été décrit en détail par H. Schnyder. *Ein Beitrag zur Lehre vom Husten* (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 1882).

[2] Tissier (*loc. cit.*, p. 74) attribue à tort ce cas à Hégar; il est de Freund.

dans l'observation, qui porte simplement que la malade est guérie.

B. — **Résultats relatifs à la tumeur** (sur 146 cas) : 9 fois, aucun changement; — 66 fois diminution rapide; — 71 fois aucun renseignement (la malade est portée guérie).

Wiedow[1] a publié une statistique faite avec grand soin, où il s'est astreint à ne consigner que des résultats observés sur des femmes opérées depuis un an au moins. Elle porte sur 56 faits, dont beaucoup se confondent avec ceux de la statistique précédente de Hegar : 39 fois l'opération a été suivie à la fois de la ménopause et de la régression de la tumeur; — 5 fois, la ménopause est seule notée, sans renseignements sur le volume de la tumeur; — 5 fois, pertes irrégulières peu abondantes, diminution de la tumeur; — 1 fois, ménopause durant trois mois; après quoi la tumeur commence spontanément à s'énucléer et finit de l'être par le chirurgien; — 1 fois, d'abord aménorrhée, puis retour des règles, avec atrophie de la tumeur; — 1 fois, légères pertes durant un jour, après des intervalles d'aménorrhée de trois mois, pas de renseignements sur la tumeur; — 3 fois, ménopause et diminution du fibrome, durant deux ans, puis retour des hémorrhagies et développement de la tumeur (dans un de ces cas, le néoplasme devint fibro-kystique) ; — 1 fois, hémorrhagies irrégulières et importantes, sans diminution de la tumeur.

Lawson Tait[2] a fait 262 fois la castration pour des fibromes avec une mortalité qu'il évalue à 1,23 pour 100. Nous manquons de renseignements précis sur tous les effets curateurs de ses opérations.

Je citerai encore des résultats portant sur quelques séries moins nombreuses, mais qui n'empruntent pas moins un grand intérêt au nom de leurs auteurs : Fehling[3] a fait 8 fois la castration pour des fibromes, sans une mort; 5 fois la ménopause est survenue et ne s'est pas démentie; 2 fois, au bout de la première et de la seconde année, sont survenues des hémorrhagies irrégulières. Dans tous les cas la tumeur a diminué de volume.

Prochownick[4] sur 12 cas n'a pas perdu de malades, a vu toutes les fois la tumeur diminuer, et n'a observé qu'exceptionnellement le retour d'hémorrhagies irrégulières.

Fehling et Kaltenbach[5] sur 68 cas de myomes utérins traités par la

[1] Wiedow, *loc. cit.*, p. 301.

[2] Lawson Tait. *Brit. med. Journ.*, 1889, t. II, p. 299. Le chiffre de la fraction (1,23) est évidemment dû à une erreur de calcul et non à une erreur typographique, car il a souvent été reproduit par L. Tait, dans ses publications.

[3] Fehling. *Würt. med. Corresp.-Blatt*, 1887, n° 3.

[4] Prochownick. *Arch. f. Gyn.*, 1886, Bd. XXIX, p. 183.

[5] Fehling et Kaltenbach. *Arch. f. Gyn.* 1893, Bd. XLVIII, p. 250.

castration ont eu 4 morts. 50 fois, c'est-à-dire dans 78 0/0 des cas, la ménopause est survenue à la suite de l'opération : 14 fois la menstruation a persisté. Dans 94 0/0 des cas on a observé une regression notable de la tumeur. Chez 4 femmes, la tumeur a continué à progresser. La castration a paru échouer dans les cas de fibromes sous-muqueux et donner de bons résultats dans les cas de fibromes interstitiels à évolution abdominale.

Segond[1] a obtenu 4 succès, sans aucun revers. Chez deux de ses malades, ménopause immédiate et atrophie rapide. Chez une opérée où la castration a été unilatérale, les règles sont devenues normales et la malade ne souffrait plus; le fibrome est resté stationnaire. Chez une femme opérée depuis huit mois seulement, quelques hématémèses se sont produites.

Terrillon[2], sur 5 castrations pour fibromes, a perdu une malade au bout de deux mois, par continuation des phénomènes de compression intestinale. Il est bien évident que, dans ce cas-là, l'hystérectomie eût été faite, si elle n'eût présenté des dangers excessifs, et qu'on n'a eu recours à la castration que comme pis aller. La mort n'est pas imputable à l'opération et prouve seulement que la castration est impuissante à amener la diminution rapide de tumeurs volumineuses dans tous les cas. Les hémorrhagies cessèrent chez les 4 autres opérées.

Bouilly[3] a fait 26 fois la castration pour tumeurs fibreuses : il a eu 3 décès. Dans 18 cas, il a obtenu la suppression des hémorrhagies et des douleurs et la diminution de la tumeur; dans 3 cas, les malades furent seulement améliorées; dans 1 cas, l'insuccès fut complet.

Comme je l'ai dit plus haut (p. 314), j'abandonne de plus en plus, en faveur de l'hystérectomie vaginale par morcellement dans les conditions que j'ai précisées, la castration, que je considère comme un pis aller.

[1] P. Segond. *Ibid.*, p. 448 et *Annal. de gyn.*, 1888, t. XXIX, p. 416.
[2] O. Terrillon. *Annal. de gyn. et d'obstétr.*, 1888, p. 340.
[3] Bouilly. *Congrès français de chirurgie* (7e *session*), 1893, p. 56.

CHAPITRE VI

DES CORPS FIBREUX COMPLIQUÉS DE GROSSESSE

Effets de la grossesse sur le développement des corps fibreux. — Indication de l'expectation. — Refoulement. — Opération des corps fibreux du col. — Opération des polypes. — Avortement provoqué et accouchement prématuré. — Opération césarienne. — Hystérotomie et hystérectomie. — Opération de Porro. — Hystérectomie abdominale totale.

Effets de la grossesse sur le développement des corps fibreux.

On sait que la grossesse a pour effet de donner une impulsion très vive au développement des fibromes et d'amener souvent leur ramollissement œdémateux. Ce phénomène est d'autant plus marqué que les connexions du corps fibreux avec l'utérus sont plus intimes; il atteint son maximum dans les cas de corps fibreux interstitiel, unique ou multiple, avec énorme épaississement du tissu utérin, comme dans ces cas qui ont été parfois improprement décrits sous le nom d'*hypertrophie de la matrice*. Cette brusque augmentation de volume du corps fibreux exagère les phénomènes de compression auxquels il pouvait déjà donner lieu, les douleurs résultant de la pression sur le plexus sacré peuvent devenir intolérables[1]. Il peut se faire qu'une rétroflexion de l'utérus gravide et myomateux amène des symptômes d'étranglement interne[2]. Si le corps fibreux est *pelvien*, c'est-à-dire développé au-dessous du détroit supérieur, ayant pris naissance dans la portion sus-vaginale du col ou inférieure du corps, les accidents compressifs sont rapides et redoutables[3] : ils peuvent porter sur la vessie, sur les uretères, sur le rectum, sur les nerfs, sur les vaisseaux. On a même noté des complications de péritonite[4].

Mais l'accident le plus commun, et non le moins grave, en pareil cas, c'est l'avortement. Le retrait de la matrice étant gêné, le danger d'hémorrhagie immédiate est grand, et les accidents septicémiques sont favorisés. Lefour[5], sur 307 faits, a relevé 39 avortements et 14 fois la mort de la mère. Nauss[6], sur 241 cas, a noté 47 avortements.

[1] Lefour (*Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse*, Paris, 1880) cite quatre observations de ce genre, dues au prof. Tarnier.

[2] Lorimer. *Edinb. med. Journ.*, juill. 1866, t. XII, 1re part., p. 71.

[3] Depaul. *Union méd.*, 1857, p. 548.

[4] J. Lucas Worship. *Obstet. Trans.*, Londres, 1872, t. XIV, p. 305.

[5] Lefour, *loc. cit.*

[6] Nauss. *Dissert. inaug.*, Halle, 1882

Le traitement tire ses indications de la nature des accidents et du siège de la tumeur. A-t-on affaire à un **corps fibreux (pédiculé ou sessile) sous-séreux** du fond de l'utérus, on peut espérer qu'il ne gênera en rien la parturition, et s'il y a quelque danger d'inflammation ou de transformation kystique de la tumeur, il y a aussi quelque espoir de la voir disparaître, lors de l'involution post-puerpérale. On pourra donc s'en tenir à l'**expectation**. Celle-ci paraît plus périlleuse dans les cas de fibromes pelviens. Toutefois, s'ils ne donnent pas lieu à des phénomènes de compression sérieux, on peut attendre, espérant, comme cela s'est vu, qu'au moment de l'accouchement, ils remonteront au-dessus du détroit supérieur, après la rupture des membranes. Enfin, on en a vu s'aplatir, pour ainsi dire, au-devant de la tête fœtale. Toutes ces éventualités ont été observées, et ont permis, grâce au forceps[1] et à la version, de terminer des accouchements dans des conditions, en apparence, désespérées. On doit aussi, en pareil cas, toujours tenter de réduire la tumeur, en la **refoulant** avec la main introduite tout entière dans le vagin[2]. Mais souvent l'accouchement ne se fait qu'après un travail d'une durée si longue que la femme meurt d'épuisement, si elle ne succombe pas à l'hémorrhagie. L'expectation a donc des limites, qu'on doit franchir d'autant plus facilement que le corps fibreux est plus accessible et que son extirpation présente, par suite, moins de dangers.

Indications de l'expectation.

Refoulement.

Les **corps fibreux du col** sont dans ce cas. Aussi en a-t-on souvent fait l'énucléation, soit avant, soit pendant l'accouchement. Danyau[3] en a enlevé un qui pesait 650 grammes et mesurait 15 centimètres de diamètre. B. Hicks[4] a fait suivre immédiatement l'énucléation d'une application de forceps, et l'accouchement s'est terminé sans difficultés. J. Farrant Fry[5] a rapporté l'observation curieuse d'une femme ayant eu neuf enfants, chez laquelle existait un fibrome de la lèvre antérieure, qui à chaque grossesse avait compliqué l'accouchement. Au huitième, une portion de la tumeur avait été enlevée par l'écraseur. Au neuvième, on provoqua l'accouchement prématuré, et, immédiatement après l'extraction du fœtus presque à terme et vivant, on

Opération des corps fibreux du col.

[1] Felsenreich a cité un beau succès du forceps : *Société obst. et gyn. de Vienne*, séance du 12 mars 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 35, p. 620). Il s'agissait d'un très gros corps fibreux bilatéral du fond de l'utérus. L'accouchement fut suivi de la régression partielle de la tumeur. Dans le même travail l'auteur rapporte deux cas heureux d'avortement provoqués au 6e et au 7e mois, suivis de diminution de la tumeur.

[2] Voir Guéniot, Depaul, Blot, Tarnier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1868, t. IX, p. 292 et 312; et 1869, t. X, p. 42, 56, 65, 91, 111 et 140. — Porak. *Trois cas de dystocie par corps fibreux*, etc. (*Répert. univ. d'obstét. et de gyn.*, juill. 1888, p. 294), 1re observation.

[3] Danyau. *Bull. Acad. de méd.*, 1851, t. XVI, p. 591.

[4] B. Hicks. *Obstet. Trans.*, Londres, 1870, t. XII, p 275.

[5] J. Farrant Fry. *Lancet*, 8 mars 1884, t. I, p. 425.

énucléa le fibrome, dont la base avait 3 pouces de diamètre; enfin on fit la délivrance. Les suites furent normales.

Mundé[1] recommande de faire l'énucléation par le vagin toutes les fois que cela est possible. Sur 16 cas qu'il cite, la mère n'a succombé que dans 2 cas, et, pour la plupart, les enfants sont nés vivants. Un de ces cas lui est personnel.

Même lorsque l'opération est faite à la fin de la grossesse, celle-ci peut ne pas être interrompue. Mayo Robson[2] a enlevé, au septième mois, un corps fibreux du col, ayant le volume d'une noix de coco. L'opération pratiquée avec le galvanocautère n'en fut pas moins suivie d'hémorrhagie assez abondante, nécessitant plusieurs ligatures. Il n'y eut aucune complication et l'accouchement se fit à terme.

Opération des polypes.

Les **polypes** peuvent être expulsés au-devant de la tête fœtale et leur pédicule peut alors se rompre. Dubois et Depaul, ainsi que divers autres auteurs, en ont cité des exemples[3]. Il est, du reste, facile de couper ce pédicule pour faciliter l'accouchement[4]. Il ne faudrait pas commettre l'erreur faite par Fergusson[5], qui appliqua le forceps sur un gros polype, croyant que c'était la tête fœtale, et vit sa malade succomber à une déchirure de l'utérus.

Si le polype est reconnu avant le travail, on peut l'extirper aussitôt, sans que, pour cela, la grossesse soit interrompue. Felsenreich[6] en a publié un exemple : la tumeur était du volume d'un citron.

Les **corps fibreux interstitiels à évolution abdominale** sont beaucoup plus inaccessibles, et les opérations que nécessite leur extraction sont si graves qu'on peut hésiter à les entreprendre et se demander si l'**avortement provoqué** n'est pas préférable. Le tempérament du chirurgien, ses habitudes et aptitudes opératoires, entreront sûrement pour beaucoup dans la façon dont il résoudra ce problème. Il ne faut pas qu'il se dissimule que l'avortement provoqué ou l'**accouchement prématuré** présente aussi des dangers sérieux. Lorsque le placenta s'insère dans la région de la tumeur, la rétraction du tissu utérin ne pouvant se faire après la délivrance, une hémorrhagie formidable peut survenir; la malade est aussi beaucoup plus exposée à la septicémie puerpérale. Lefour, sur une série de 23 accouchements provoqués, note 3 morts. Tarnier[7], sur 7 cas où le travail a été normal, a vu la

Avortement provoqué et accouchement prématuré.

[1] Mundé. *Amer. Journ. of Obst.*, mars 1888, p. 306.

[2] A. W. Mayo Robson. *Brit. med. Journ.*, 9 nov. 1889, t. II, p. 1034.

[3] Demarquay et Saint-Vel. *Traité clin. des maladies de l'utérus.* Paris, 1876.

[4] J. Bell. *Edinb. med. and surg. Journ.*, 1820, t. XVI, p. 365.

[5] Fergusson, cité par R. Lambert. *Des grossesses compliquées de myomes utérins*, thèse de Paris, 1870, p. 119.

[6] Felsenreich. *Abtragung eines citronengrossen Uteruspolypen ohne Unterbrechung der Schwangerschaft* (*Wien. med. Woch.*, 1887, n° 52, p. 1695).

[7] Tarnier. *Gaz. des hôp.*, 1869, p. 175.

mère mourir dans un cas, l'enfant dans 3 cas. Sur 6 cas terminés par le forceps, 4 mères et 4 enfants moururent. Sur 6 versions, 3 femmes et 3 enfants succombèrent. Enfin 5 femmes atteintes de fibromes moururent avant l'accouchement: 1 fois l'avortement provoqué fut suivi de succès; 1 fois l'embryotomie amena la mort de la femme. Süsserott[1], sur 147 cas de grossesse compliquée de fibrome qu'il a rassemblés, indique 20 applications de forceps, ayant eu pour résultat 8 fois la mort de la mère et 13 fois celle de l'enfant, et 20 versions à la suite desquelles 12 mères et 17 enfants succombèrent; 21 extractions artificielles du placenta : 13 fois, la femme mourut. En somme, la mortalité des femmes est de 53 pour 100; celle des enfants de 66 pour 100.

De plus, comme on doit le plus souvent provoquer l'expulsion d'un fœtus non viable, il y a là une considération qui doit entrer en ligne de compte. Enfin, l'avortement ne dégage que très peu les organes comprimés, et si l'on est ensuite obligé d'avoir recours à l'hystérectomie, on se trouve avoir exposé, deux fois au lieu d'une, la vie de la malade. Telles sont les raisons pour lesquelles beaucoup de chirurgiens se décident en faveur de l'intervention précoce. L'**amputation supra-vaginale** est évidemment préférable à l'**opération césarienne** que Cazin[2] fit, avec succès, au septième mois de la grossesse. Cet auteur a, en outre, rassemblé 28 cas d'opération césarienne nécessitée par des corps fibreux de l'utérus; 4 femmes seulement survécurent, 15 enfants naquirent vivants, 8 furent extraits morts; on n'a pas de renseignements sur les 5 autres. Sänger[3] a plus récemment encore réuni une série de 43 cas d'opération césarienne pour fibromes; 7 femmes seulement furent sauvées, soit une mortalité de 83,7 pour 100. Tuffier[4] a publié un cas malheureux de ce genre.

Opération césarienne.

Lorsqu'on se décide à pratiquer l'**hystérectomie**, on ne doit tenter une opération partielle (**myomectomie**), compatible avec la continuation de la grossesse, que si le fibrome est pédiculé ou siège franchement sur le milieu du fond de la matrice. Pour peu qu'il fût sessile et qu'on fût obligé d'entamer le tissu utérin dans le voisinage des cornes, on s'exposerait à des hémorrhagies considérables et l'on provoquerait l'avortement dans de déplorables conditions[5]. Il faut, du reste, noter qu'ici l'amputation supra-vaginale (**opération de Porro**)

Hystérotomie et hystérectomie.

[1] Süsserott. *Dissert. inaug.*, Rostock, 1870.

[2] Cazin. *Arch. de toc.*, 1874, vol. I, p. 704, et 1876, vol. III, p. 321.

[3] Sänger. *Festschrift zum Jubiläum Credé's*, Leipzig, 1881.

[4] Tuffier. *Annal. de gyn.*, nov. 1889, t. XXXII, p. 321. Il s'agissait d'un corps fibreux intra-ligamentaire, comprimant l'uretère et ayant causé de la pyélo-néphrite qu'on découvrit à l'autopsie.

[5] Routier (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 13 nov. 1889, p. 727) a pu enlever un corps fibreux à large base et suturer la plaie en surjet, sans provoquer d'accidents.

est rendue plus facile par la laxité des ligaments qu'entraîne la gravidité[1].

Voici un tableau résumant les résultats publiés :

I. Myomectomie simple : l'utérus est respecté.

Auteurs.	Date de l'opération ou de la publication.	Époque de la grossesse.	État anatomique.	Résultat.
Péan . . .	15 déc. 1874. *Clin. chir.*, t. I, p. 679.	5 mois.	Tumeur fibro-kystique.	Guérison. Avortement le lendemain de l'opér.
Thornton. ,	*Obstetr. Trans.*, 4 juin 1879.	7 mois.	Tumeur pédiculée.	Mort le 7e jour.
Schröder. .	16 nov. 1879 (cité par Hegar, *loc. cit.*).	16 semaines.	Tumeurs pédiculées multiples.	Guérison. Accouchement normal.
Hegar . . .	10 janvier 1880. *Operative Gynäk.*, 3e édit., p. 475.	3 mois.	Tumeur pédiculée ramollie. Péritonite.	Mort le 3e jour.
Studgaard .	19 déc. 1882 (cité par Hegar, *loc. cit.*).	3 mois 1/2.	Tumeur pédiculée.	Guérison. Grossesse non troublée.
Frommel. .	*Münchn. med. Woch.*, 1882, n° 52.	5 mois.	Fibrome mou, gros comme une tête de fœtus. Signes de péritonite.	Guérison. La grossesse continue.
Martin. . .	*Berl. klin. Woch.*, 1885, n° 3, p. 39.	6 mois.	Myomectomie avec excision cunéiforme du fond de l'utérus seulement.	Mort le 7e jour d'hémorrhagie, suite de l'avortement.
Landau. . .	*Berl. klin. Woch.*, 1885, n° 13, p. 195.	3 mois.	Myome de la grosseur d'une tête d'enfant à droite, de la grosseur d'un œuf à gauche.	Guérison. Accouchement normal.
Ogden. . .	*Canad. Practit.*, avril 1885 (cité par Vander Veer. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1889, t. XXII, p. 1138).	Non indiqué.	Myome interstitiel enlevé par énucléation. Grossesse non diagnostiquée.	Guérison. Avortement douze jours plus tard.
Barnes. . .	1885 (cité par Routier, *Ann. de Gyn.*, mars 1890).	3 mois.	Myome pédiculé.	Mort.
Martin. . .	*Berl. Klin. Woch.*, 1886, n° 29.	3 mois.	Grosse tumeur à large pédicule.	Guérison, accouchement à terme.
Martin . . .	*Ibid.*	4 mois.	Grosse tumeur face antérieure et autre petite tumeur.	Guérison. Avortement le lendemain.
Martin . .	*Ibid.*	3 mois 1/2.	Tumeur du fond de l'utérus à large pédicule.	Accouchement à terme. Guérison.

[1] Voir l'exposé complet de cette question dans Vogel, *Ueber supra-vaginale Amput. des schwangeren Uterus wegen Myom.* Dissert. Inaug. Giessen, 1887. — L'auteur établit les droits de priorité de Kaltenbach — On consultera encore avec fruit le travail de Meyer (de Zurich), *Die Uterusfibroïde in der Schwangerschaft unter der Geburt und im Wochenbett.* Il a été assez longuement analysé dans le *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 723.

Auteurs.	Date de l'opération ou de la publication.	Époque de la grossesse.	État anatomique.	Résultat.
Gordon . .	*Boston med. Journ.*, oct. 1889.	3 mois.	Fibrome.	Guérison, la grossesse continue.
Routier . .	*Bull. Soc. Chir.*, nov. 1889.	3 mois.	Myome sous-séreux à large base.	Guérison.
Homann . .	*Boston Soc. for med. improv.* in *Bull. méd.*, 30 décemb. 1889.	3 mois.	Fibrome du poids de 15 livres.	Avortement, guérison.
A. Bergh. .	*Hygica*, 1889, Bd. LI, n° 5, p. 292.	4 mois.	Deux tumeurs, la plus grosse du volume des 2 poings. Énucléation.	Guérison. Accouchement normal.
Frommel . .	*Verhandl. der deutsch. Geselsch. f. Gyn.* 1894, p. 325.	6 mois.	Myome interstitiel, enlevé par énucléation.	Mort le 3e jour d'hémorrhagie.
Flaischlen .	*Centr. f. Gyn.*, 1892, p. 185.	3 mois.	Myome pédiculé.	Guérison. Accouchement à terme.
Rosner. . .	*Przeghad Lekarski*, 1892, n° 39-41 .	?	Myome interstitiel. Énucléation.	Guérison. Avortement.
V Strauch.	*Saint-Peters. med. woch*, 1892, n° 10.	4 mois.	Myome interstitiel. Énucléation.	Guérison. La grossesse continue.
Frommel. .	*Münch. med. Woch.*, 1895, n° 24.	?	Fibrome du ligament large. Énucléation.	Guérison. La grossesse continue.
»	*Ibid.*	?	Fibrome pédiculé.	»
Mackenrodt.	*Centr. f. Gyn.* 1895, p. 211.	3 mois.	Fibrome pédiculé.	Guérison. La grossesse continue.

II. Amputation supra-vaginale de l'utérus gravide.

Auteurs.	Date de l'opération ou de la publication.	Époque de la grossesse.	État anatomique.	Résultat.
Barnes. . .	*St-Georges Hosp. Reports*, 1874-76, t. VIII, p. 91-95.	3 mois.	Corps fibreux masquant une grossesse.	Mort.
Kaltenbach[1]	2 mars 1880 (cité par Hegar. *Operative Gynäk*, 3e éd., p. 476.	5 mois.	Myome interstitiel du fond de l'utérus, poids : 3500 gram.	Guérison.
Wasseige. .	18 mars 1880.	5 mois.	Myome interstitiel du fond de l'utérus, poids : 4500 gram	Mort le 6e jour.
Niebereing .	10 levr. 1882.	4 mois.		Mort en 49 heures.
Savage. . .	*Brist. med.*, juin 1882, vol. 11, p. 423.	4 mois.	Myome interstitiel de 9 livres.	Guérison.
Schröder. .	10 janv. 1883.	3 mois.	Myome interstitiel de la grosseur d'une tête d'adulte.	Guérison.
Schröder. .	29 juin 1884	3 mois.		Guérison.
H. Agnew .	*Brit. med.*, juin 1884, vol. I, p. 458.	6 mois.	Fibrome remplissant le bassin.	Mort le 3e jour.

[1] Les six faits suivants du tableau sont empruntés à Hegar et Kaltenbach, *loc. cit.*, 3e édit., p. 476. J'y ai ajouté les vingt-trois autres.

Auteurs.	Date de l'opération ou de la publication.	Époque de la grossesse.	État anatomique.	Résultat.
Walter . .	*Brit. med. Assoc. Liverpool* 1883.	4 mois.	Tumeur colossale.	Mort le 9e jour.
Alex. Patterson. .	*Glascow med. Journ.*, avril 1885.	4 mois	Corps fibreux masquant une grossesse.	Guérison.
Etheridge .	*Amer. Journ. of Obst.*, 1887, t. XX, p. 69.	3 mois (on avait essayé en vain de provoquer l'avortement)	Tumeur fibro-kystique.	Mort de péritonite le 11e jour.
Karström. .	*Hygiea* avril 1887 (anal. in *Cent. f. Gyn.*, 1887, p. 550).	5 mois.	Fibrome intra-ligamentaire (pédicule perdu et drainage).	Guérison.
Freund . .	Observ. inédite communiquée à Van-der Veer (*loc. cit.*, p. 1156).	8 mois.	Corps fibreux masquant une grossesse.	Guérison.
G. Granville Bantock .	*Brit. gyn. Journ.*, 1887, t. II, p. 65.	3 mois.	Corps fibreux masquant une grossesse.	Guérison.
C. Granville Bantock .	*Amer Gyn. Trans.*, 1887, p. 211.	4 mois.	Fibromes interstitiels.	Guérison.
G. Granville Bantock .	*Brit. med. journ.*, 1888, p. 1331.	?	Fibromes multiples.	Guérison.
Hofmeier. .	*Die Myomotomie*, p. 76.	3 mois.	Corps fibreux avec soupçon de grossesse.	Guérison.
Tauffer . .	*Centr. f. Gyn.* 1887, p. 119.	2 mois.	Corps fibreux, fœtus mort et macéré.	Guérison.
Kalteneach.	*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 435.	2 mois.	Corps fibreux en voie de désintégration, fœtus macéré.	Guérison.
Kn. Thornton . . .	*Brit. med.* juin 1888, p. 1331.	5 mois.	Myome de 16 livres.	Guérison.
Meredith. .	*Ibid.*	5 mois.	Enorme fibrome, grossesse gémellaire.	Mort le 3e jour.
Meredith .	*Ibid.*	2 mois.	Fibrome comme une tête d'adulte.	Mort le 6e jour.
Fritsch .	*Volk. - Samml. klin. Vort*, 1889, n° 339.	?	Fibrome à évolution rapide.	Guérison.
More Madden . . .	*The Lancet*, 1889, p. 271.	4 mois.	Très gros fibrome (pédicule perdu).	Mort.
F. Barnes. .	*The Brith. Gyn.*, j.-nov. 1889, p. 315.	5 mois.	Énorme fibrome.	Guérison.
D. von Ott.	*Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXVII, p. 88.	9 mois (263 jours).	Gros fibr. de la port. sus-vag. du col. Trait. intra-pér. du pédicul.	Guérison. Enfant vivant.
A. Martin .	*Naturf. Samml. Heidelb.*, 1889 (Soc. obst. de Berlin, *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 67).	4 mois.	Tumeur de la partie inférieure du corps de l'utérus.	Guérison.
Kaschka-roff . .	*Centr. f. Gyn.*, 1890. n° 49, p. 890.	3 mois.	Fibrome sous-séreux. Hydramnios.	Guérison.
Wyder . . .	*Arch. f. Gyn.*, 1891, t. XLI, p. 222.	3 mois.	Fibromes multiples.	Guérison.
F. Chrobak.	*Centr. f. Gyn.*, 1893, p. 345.	6 mois.	Énorme fibrome.	Guérison.

La plupart de ces faits sont relatifs à des opérations avant terme. Si l'on attend le terme de la grossesse pour faire une véritable **opération de Porro**, le pronostic est, sans doute, plus grave. Comme importante compensation, on a la possibilité de sauver à la fois la mère et l'enfant.

Hystérectomie abdominale totale.

Récemment, Guermonprez[1] a fait, avec succès pour la mère et l'enfant, l'**hystérectomie abdominale totale** pour un utérus fibreux, au neuvième mois de la grossesse.

Il ne faudra jamais attendre tout à fait jusqu'au terme pour ne pas s'exposer à être surpris par le travail, mais opérer quelques jours avant l'époque présumée de l'accouchement. Le procédé opératoire qui paraît alors offrir le plus de sécurité, au double point de vue de l'hémorrhagie et de la septicémie, toutes deux particulièrement à craindre quand il s'agit d'un utérus gravide, est la ligature élastique extra-péritonéale du pédicule (Hegar[2]).

[1] Guermonprez. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, t. XXXIV, p. 204.

[2] Voir, pour la bibliographie complète du sujet, E. Pestalozza. *Fibrome de l'utérus et grossesse*. Pavie, 1890 (*Anal.* in *Répert. univ. d'obstét. et de gyn.*, 1890, p. 316). — Th. Landau. *Zur Behandlung der durch Myome komplicirten Schwangerschaft und Geburt* (*Samml. klin. Vorträge*, 1891, n° 26).

LIVRE V

DU CANCER DE L'UTÉRUS

Définition.

Le mot de **cancer** doit avoir, actuellement, une signification essentiellement clinique et être synonyme de *néoplasme malin*. La malignité, caractérisée par l'envahissement incoercible, la récidive et la généralisation, se rencontre dans plusieurs espèces anatomiques distinctes, dont l'étude approfondie intéresse plutôt l'anatomiste que le chirurgien; toutefois, cette étude fournit quelques indications utiles pour le pronostic, et il faut toujours tâcher de faire la détermination histologique sur les malades, sans qu'on puisse toutefois baser sur elle des indications thérapeutiques sensiblement différentes. quelque espoir qu'en aient eu, à ce sujet, certains auteurs.

Le col et le corps de l'utérus peuvent être isolément envahis

J'étudierai d'abord le cancer du col.

CHAPITRE I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET ÉTIOLOGIE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Anatomie pathologique. Histogénie. Formes anatomiques. Variétés histologiques. Extension aux tissus voisins; vagin; corps utérin; tissu conjonctif pelvien; appareil urinaire. Lésions secondaires du cœur. Extension au rectum, au péritoine. Ganglions. Adénopathie sus-claviculaire. Foie. — Symptômes. Début. Période latente. Période d'état. Cachexie. Terminaisons. — Complication de grossesse. — Diagnostic avec : métrite; papillome; polype muqueux; polype fibreux ulcéré. — Formes exceptionnelles : Hypertrophie et cancer. *Sarcoma hydropicum papillare*. Myo-sarcome strio-cellulaire. Adéno-myxo-sarcome. *Fibroma papillare cartilaginescens. Myxoma enchondromatodes arborescens. Adeno-myxoma.* — Diagnostic de la propagation. — Pronostic. — Étiologie.

Anatomie pathologique. Histogénie.

Anatomie pathologique. — La grande prédisposition du col utérin aux néoplasmes malins a frappé tous les observateurs. Y a-t-il dans l'anatomie générale quelque donnée qui puisse nous expliquer ce fait? Cohnheim a émis l'hypothèse que les cellules embryonnaires

(cellules embryoplastiques de Ch. Robin) qui n'ont pas disparu dans la formation des organes et qu'on trouve, soit disséminées dans le tissu conjonctif, soit accumulées en îlots en certains points, sont le tissu matriculaire des *carcinomes*. Le siège de prédilection de ces nids de cellules embryonnaires serait précisément les orifices naturels où s'est faite une involution plus ou moins irrégulière des feuillets blastodermiques; le col utérin, développé relativement tard aux dépens des tubes de Müller, rentrerait dans cette sorte de régions congénitalement vulnérables. Il faut, en outre, signaler la présence, au niveau de l'orifice du museau de tanche, de deux épithéliums, et la tendance au polymorphisme plastique qui peut en résulter.

Reste toujours à connaître la cause efficiente du néoplasme; les afflux sanguins répétés, auxquels Cohnheim attribue tant d'importance, ne sauraient servir d'explication suffisante.

Dans l'*épithélioma* de la muqueuse, il est évident que le produit hétérologue provient des cellules épithéliales, soit du réseau de Malpighi (Klebs), soit de l'épithélium cylindrique intra-cervical pouvant avoir débordé au delà de l'orifice externe (Schröder), soit des cellules glandulaires (Ruge et Veit). Dans le *carcinome* du parenchyme, l'origine histogénique des cellules du néoplasme est enveloppée d'obscurité. Virchow le fait uniquement dériver des cellules du tissu conjonctif, ce qui cadrerait très bien avec l'hypothèse de Cohnheim. Les dernières recherches de Ruge et Veit iraient à l'appui de cette doctrine. Suivant eux, le cancer est le plus souvent dû à une transformation des cellules du tissu conjonctif, même lorsqu'il a la forme papillaire, en *chou-fleur*. Le tissu conjonctif vascularisé repasserait à l'état embryonnaire, et ses jeunes cellules prendraient un aspect épithélioïde. Dans des cas exceptionnels ils ont cependant vu des végétations adénomateuses, elles-mêmes produites par l'épithélium glandulaire, donner naissance au carcinome.

Formes anatomiques.

Formes anatomiques. — Au point de vue clinique, lorsqu'on peut observer le cancer à ses débuts et avant que sa propagation aux parties voisines en ait altéré l'aspect primitif, on doit établir quatre formes : 1° **papillaire**, 2° **nodulaire**, 3° **cavitaire**, 4° **liminaire** ou **vaginale**.

1°) **Forme papillaire** (syn. : *cancroïde superficiel de la partie vaginale du col*, *forme végétante*, *en chou-fleur*). Elle débute par la partie du col située au-dessous des insertions vaginales, et reste longtemps localisée à la surface. La néoplasie prend souvent naissance dans l'épithélium cylindrique qui recouvre la surface externe du col, comme nous l'avons vu à propos des métrites. Ainsi, sans doute, l'*ulcération*, d'abord bénigne, se transformerait en épithélioma. Elle prend bientôt l'apparence papillaire et fongueuse, et la lèvre envahie est recouverte d'une sorte de champignon sous lequel peu-

vent être ensevelis l'orifice et la lèvre saine. Longtemps l'affection peut évoluer *in situ*; mais il arrive un moment où elle atteint le

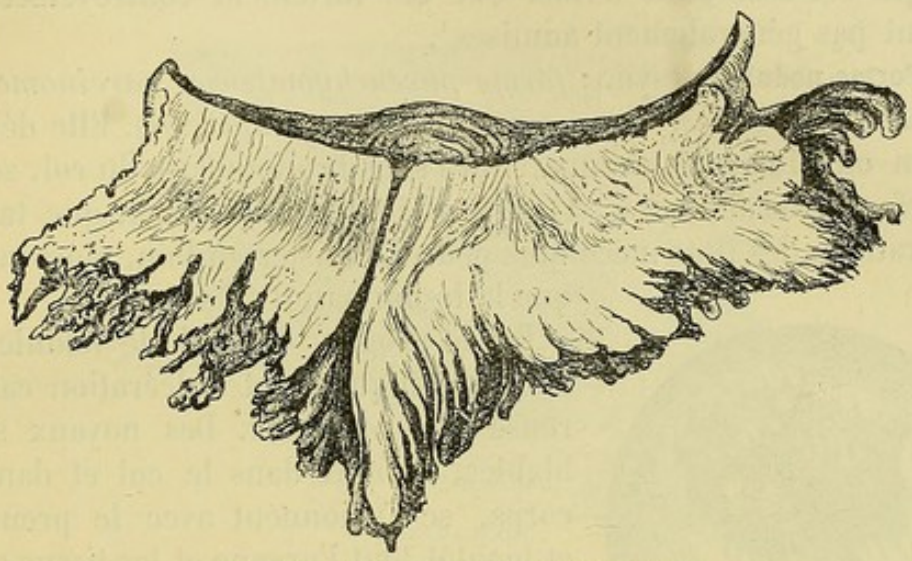


Fig. 211. — Cancer du col, forme papillaire.
Épithélioma pavimenteux du museau de tanche. (Coupe, grandeur naturelle.)

cul-de-sac vaginal, l'envahit superficiellement et profondément, et de là se propage aux tissus péri-utérins. Plus rarement la propagation se fait dans l'intérieur du canal cervical.

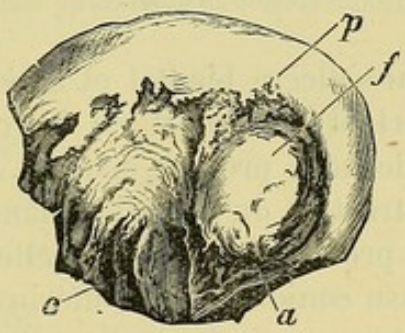


Fig. 212. — Cancer du col, forme nodulaire.
p, zone épithéliale pavimenteuse intacte; *f*, nodule cancéreux; *a*, orifice externe du col; *c*, col.

Il est toutefois une lésion concomitante de la muqueuse du corps utérin qui serait très fréquente d'après les recherches de K. Abel[1], élève de Landau, et qui enlèverait à cette forme le caractère d'affection exclusivement cervicale que Schröder s'était plu à lui réserver. Abel, dans sept cas appartenant à cette catégorie, étudiés à la clinique de Landau, aurait trois fois trouvé une dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse du corps, et, dans deux autres cas, des lésions d'endométrite interstitielle douteuse, paraissant évoluer vers le sarcome. D'après lui, la dégénérescence maligne se

[1] K. Abel. *Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio vaginalis* (*Arch. f. Gyn.*, 1888, Bd. XXXII, Heft 2, p. 271). — Landau et Abel. *Beiträge zur pathologischen Anatomie des Endometrium* (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXIV, Heft 2, p. 165). — K. Abel et Landau. *Ueber das Verhalten, etc.* (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, Heft 2, p. 214). — *Eigenartige interstitielle Endometritis oder sarkomatöse Degeneration der Uterusschleimhaut* (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 38, p. 675). — L. Landau. *Zur microscopischen Diagnose des Gebärmutterkrebses* (*Ibid.*, p. 675). — Abel et Landau. *Sarkoma Endometrii und Stückchendiagnose* (*Ibid.*, p. 845). *Discussion* : Waldeyer (*Ibid.*, p. 849) et Hofmeier (*Ibid* , p. 850).

produirait alors d'une façon concomitante, quoique sous des formes histologiques différentes, dans le col et dans le corps. Je dois dire que ces assertions d'Abel ont été fortement controversées et ne sont pas généralement admises[1].

2° **Forme nodulaire** (syn. : *forme parenchymateuse, carcinome du col, nodosités cancéreuses, circonscrites ou infiltrées*). Elle débute par un ou plusieurs noyaux, situés sous la muqueuse du col, soit à sa surface externe, soit à sa surface interne, n'arrivant que tard à l'ulcération; des îlots méconnus peuvent exister au loin, alors même que la lésion paraît très limitée.

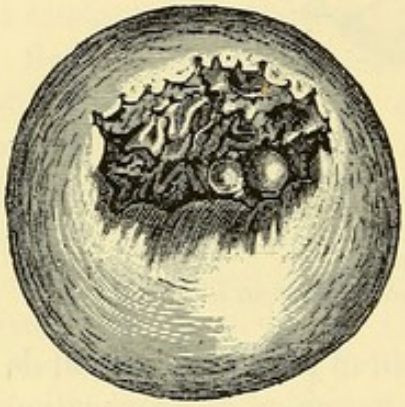


Fig. 215. — Cancer du col, forme cavitaire, au début.

Par le progrès du mal, le nodule détruit la muqueuse et l'ulcération cancéreuse est constituée. Des noyaux semblables, formés dans le col et dans le corps, se fusionnent avec le premier, et bientôt tout l'organe et les tissus avoisinants se trouvent parfois envahis.

3° **Forme cavitaire** (syn. : *cancer de la muqueuse du col, cancer térébrant*). Elle se développe d'emblée dans la muqueuse du canal cervical, ou immédiatement au-dessous d'elle, par une infiltration qui s'ulcère bientôt et amène la destruction lente du col par une sorte d'érosion; il est des cas où le col, dévoré ainsi par sa surface interne, a presque disparu. Il y a là quelque chose d'analogue à la rétraction du mamelon dans le cancer du sein. Le corps de l'utérus se prend très vite dans cette forme de cancer qui détruit ensuite le tissu conjonctif péri-utérin et, très tardivement, le vagin, souvent même pas du tout.

4° **Forme liminaire** (de *limen*, seuil) ou **vaginale**. — Elle est infiniment plus rare que les précédentes, mais on ne saurait la méconnaître. Le mal prend naissance dans le cul-de-sac postérieur, de même qu'on voit certains cancers de la langue avoir leur point de départ dans le plancher de la bouche. Elle envahit dans sa marche à

[1] E. Fraenkel. *Arch. f. Gyn.*, 1888, Bd. XXXIII, Heft 1, p. 146. — Eckardt (cité par Landau et Abel), *loc. cit.*, p. 173. — E. Saurenhaus. *Das Verhalten des Endometrium bei Carcinom der Portio vaginalis oder des Cervix* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1890, Bd. XVIII, p. 9). — Leopold. *Zur Diagnose des Carcinoma corporis uteri* (*Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XL, Heft 2, p. 314-324). — Bierfreund. *Ueber das Verhalten des Endometriums bei Carcinoma Portionis et Cervicis Uteri.* Dissert. inaug. Königsberg, 1891. — Elischer. *Ueber Veränderungen der Schleimhaut des Uterus bei Carcinom der Portio vaginalis* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1891, Bd. XXIX, p. 15). — Curatulo. *Ricerche istologische e considerazioni cliniche sulle alterazioni della mucoso uterina nei tumori della matrice, etc.* (*Ann. di Ost.*, 1891, p. 1 et 73).

la fois le col et les parties voisines du vagin, où elle provoque des ulcérations très étendues.

Variétés histologiques. — Les trois espèces histologiques qu'on trouve

Variétés histologiques.



Fig. 214. — Épithélioma cylindrique ayant débuté par la partie supérieure du col de l'utérus et ayant envahi le corps (grossissement de 150 diamètres).

m, *e*, glandes du corps de l'utérus hypertrophiées semblables à celles qu'on observe dans l'endométrite chronique; *t*, cavité glandulaire agrandie; les parois de la glande montrent plusieurs couches d'épithélium; *e*, paroi d'une glande analogue, avec plusieurs couches de cellules; *v*, vaisseau; *c*, tissu conjonctif (Cornil).

le plus fréquemment sont : 1° l'**épithélioma pavimenteux**, soit **tubulé**,

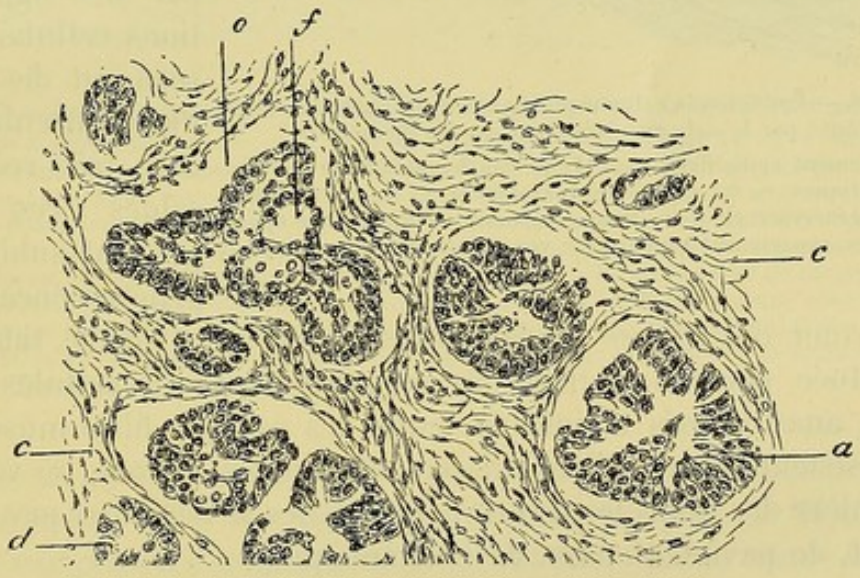


Fig. 215. — Épithélioma cylindrique du corps de l'utérus ayant débuté par le col (grossissement de 150 diamètres).

c, *c*, tissu conjonctif. — *a*, cavité remplie de cellules dont les plus externes sont cylindriques. Ces cellules ont de la tendance à se détacher de la paroi. Cette séparation est très nette en *o*, au milieu des îlots d'épithélium; on constate souvent des cavités *f*, remplies de cellules muqueuses ou de grandes cellules en dégénérescence muqueuse (Cornil).

soit **lobulé**; 2° l'**épithélioma cylindrique**; 3° le **carcinome** ou **épithélioma atypique**. En France, depuis les travaux de Ch. Robin, de Lancereaux, de Cornil et de Malassez, la doctrine épithéliale du cancer est la plus

en faveur, et le carcinome lui-même est considéré comme un épithélioma alvéolaire, un mode particulier, un stade évolutif de l'épithélioma, et non pas comme un néoplasme primitivement développé aux dépens des cellules du tissu conjonctif[1]. Je parlerai, à propos du diagnostic, d'une rare variété histologique du cancer du col, le **sarcome.**

L'**épithélioma pavimenteux, lobulé** et **tubulé**, se généralise rarement : Virchow en a pourtant observé des exemples. Quant à l'épithélioma cylindrique, sa généralisation est plus fréquente.

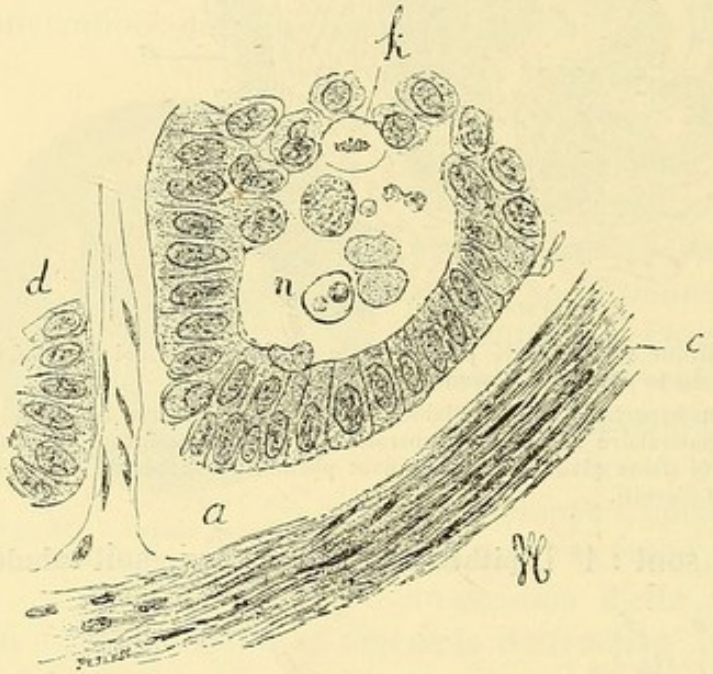


Fig. 216. — Épithélioma cylindrique du corps de l'utérus, ayant débuté par le col. (Grossissement de 400 diamètres.)

b, revêtement épithélial formé d'une couche unique de cellules cylindriques. — *k*, cellules en karyokinèse. — *n*, cellule libre en dégénérescence. — *c*, tissu conjonctif. — *d*, cellules cylindriques, appartenant à un alvéole voisin (Cornil).

L'épithélioma pavimenteux se rencontre surtout dans les formes superficielles (papillaire et vaginale). La variété, dite **lobulée**, est formée par des agglomérations cellulaires que séparent des travées fibro-musculaires encore très reconnaissables : ces cellules peuvent subir la dégénérescence colloïde ou former des globes épidermiques cornés. La variété **tubulée** est constituée par des traînées ou cylindres farcis de cellules épithéliales, anastomosés et infiltrés entre les espaces fibro-musculaires qui résistent encore à l'envahissement. Sur les coupes, on voit dans la lumière des tubes les cellules épithéliales se déformer par la pression et, de pavimenteuses, devenir cubiques.

L'**épithélioma cylindrique** correspond ordinairement à la forme de cancer utérin qui débute par la cavité du col et ressemble, par suite, beaucoup à celui du corps de l'utérus (fig. 214, 215, 216). Il commence par une prolifération glandulaire typique (adénome) pour aboutir à une prolifération atypique (adénome malin, qui n'est que

[1] Voir pour les détails histologiques : Cornil. *Histologie de l'épithélioma du col de l'utérus* (*Journ. des conn. méd.*, 1889, p. 44). — Barraud. Thèse de Paris, 1889, p. 20-27.

de l'épithélioma). Cornil a insisté sur les grandes ressemblances histologiques de la métrite glandulaire et de certains stades du développement de l'épithélioma cylindrique.

L'**épithélioma atypique**, ou **carcinome** de la plupart des auteurs allemands, ne se distingue pas bien nettement de certaines formes d'épithélioma pavimenteux tubulé. Il serait caractérisé à la fois par le polymorphisme des cellules, qui ne rappellent plus ni les cellules de

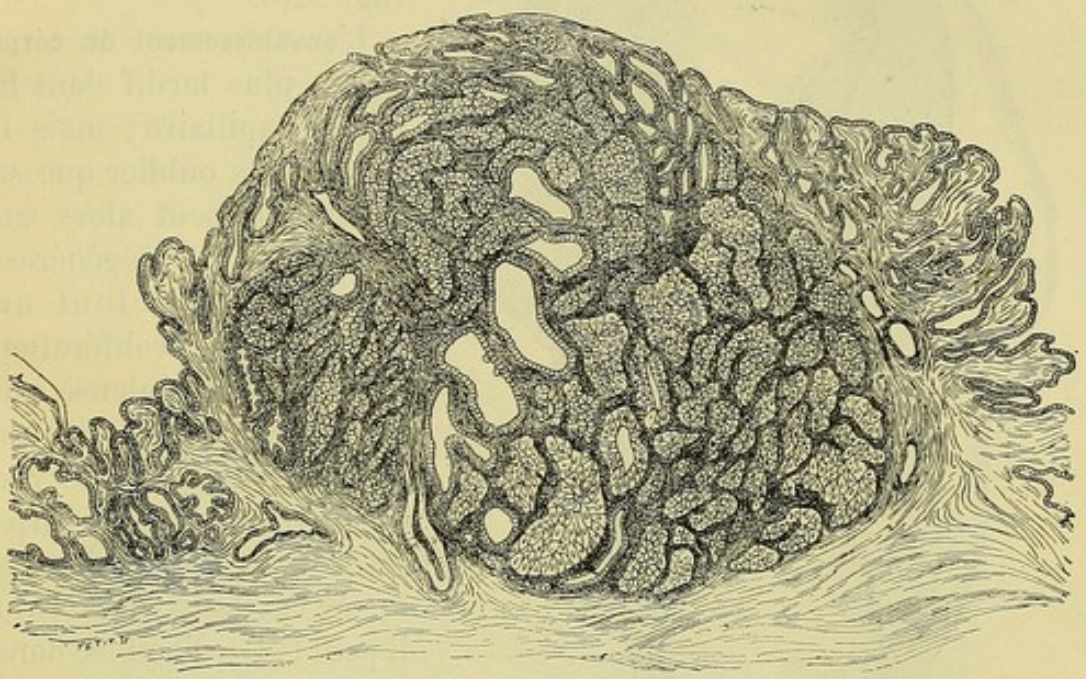


Fig. 217. — Carcinome, ou épithéliome atypique. (Coupe d'un des nodules de la figure 212.)

On voit, sur la coupe médiane, le point où cesse l'épithélium pavimenteux et où il est remplacé par une érosion offrant une structure presque papillaire et présentant des glandes plus ou moins ramifiées. Le stroma du néoplasme est formé de travées fibreuses qui le divisent en alvéoles de diverses grosseurs, subdivisés encore par d'autres cloisons conjonctives secondaires. Ces alvéoles sont remplis par des éléments cellulaires polymorphes; l'origine exacte de ces nids d'éléments cancéreux est difficile à déterminer : il semble cependant qu'ils proviennent de cavités glandulaires distinctement reconnaissables, dont quelques-unes sont tapissées par une couche unique d'épithélium cylindrique. Ces cavités, par la prolifération des masses épithéliales, ont été transformées en cordons pleins. Les glandes normales sont bien conservées à la surface, on peut les suivre jusqu'au milieu du nodule cancéreux (Wyder).

revêtement, ni les cellules glandulaires, et par leur disposition sous forme d'amas, dans des alvéoles dont les parois sont formées de travées conjonctives anastomosées (fig. 217). Quand la trame fibreuse est lâche, l'élément cellulaire prédominant et chargé de suc, la tumeur est dite *encéphaloïde* (fig. 219); si elle est dure et sèche, c'est un *squirrhe*. Ce dernier constitue la plupart des cancers nodulaires (fig. 212).

Voies d'extension. — A la période ultime de la maladie, les caractères propres à chaque forme s'effacent au milieu des énormes lésions auxquelles aboutit le cancer par son extension. Celle-ci se fait dans plusieurs directions : 1° le **vagin**, 2° le **corps**, 3° le **tissu conjonctif**

Voies d'extension.

pelvien et les **ligaments larges**, 4° les **uretères et la vessie**, 5° le **rectum**, 6° le **péritoine**, 7° les **ganglions**.

Vagin.

L'**extension au vagin** se fait, pour ainsi dire, d'emblée dans la forme que j'ai appelée liminaire; elle est très rapide dans la forme papillaire; on peut voir l'épithélioma descendre alors jusque près de la vulve (fig. 226).

Corps utérin.

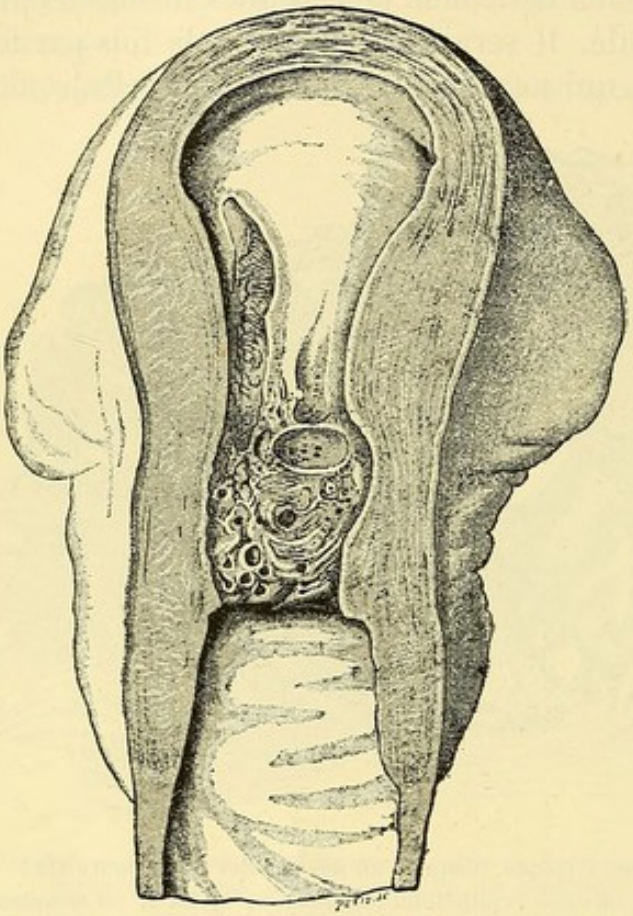


Fig. 218. — Épithélioma du col, forme cavitaire (on voit, à gauche, une propagation en fusée vers le corps).

L'**envahissement du corps** paraît plus tardif dans la forme papillaire; mais il ne faut pas oublier que sa muqueuse peut alors subir, sinon une dégénérescence (Abel), tout au moins une prolifération inflammatoire intense qui la met en état d'*imminence morbide*, au point de vue de la propagation. Le corps est très vite atteint dans la forme cavitaire (fig. 218) : il peut l'être d'emblée dans la forme nodulaire.

Parfois, quand on examine un corps envahi par le cancer du col, on voit une ligne de démarcation[1] très nette au niveau du tissu morbide, lors même que celui-ci n'a laissé au-dessus de lui qu'une courte calotte de parenchyme utérin. Sur un utérus que j'ai enlevé, par la voie vaginale, il y avait coexistence d'épithélioma cylindrique du corps et d'épithélioma pavimenteux du col (fig. 220); à l'œil nu, on apercevait nettement une large bande de tissu sain qui séparait les deux néoplasies[2].

Tissu conjonctif pelvien.

Le **tissu conjonctif pelvien** peut être atteint par propagation venue des culs-de-sac vaginaux du col ou de l'utérus; l'organe est alors emprisonné dans une gangue, comme si une matière solidifiable avait été coulée autour de lui : les **ligaments larges** sont épaissis et

[1] Czempin (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd. XXII, p. 2) a vu, à l'occasion d'une hystérectomie totale pour un cancer de la lèvre antérieure du col, un noyau carcinomateux circonscrit de la paroi postérieure du vagin, au point même où le col venait s'appuyer; il s'agissait évidemment d'une infection par contact.

[2] Charrier. *Bull. Soc. anat.*, oct. 1890, p. 431.

raccourcis, ce qui les rend tout à fait inextensibles. Les vaisseaux et nerfs qui traversent le tissu cellulaire du petit bassin, et notamment les branches d'origine des nerfs sciatiques, peuvent aussi être atteints, d'où les œdèmes et les douleurs intolérables qu'on observe à la période ultime.

Appareil urinaire.

Les **uretères**, à cause de leur voisinage, sont très vite comprimés

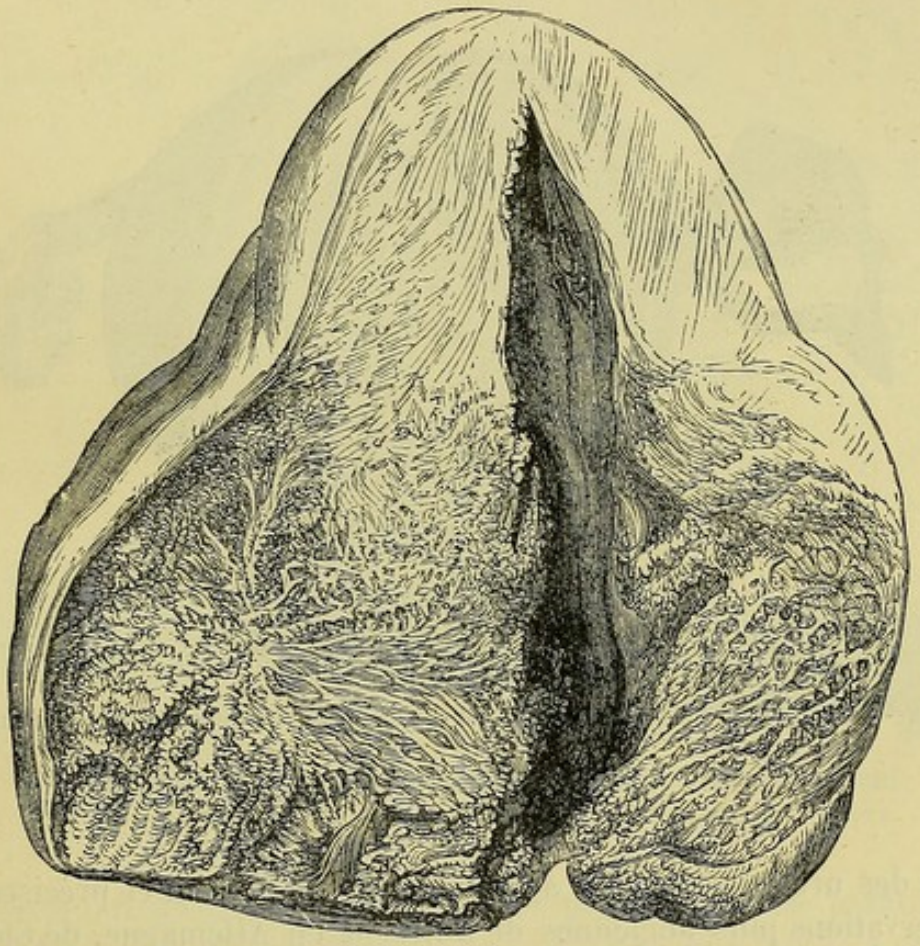


Fig. 219. — Épithélioma du col ayant envahi le corps (variété encéphaloïde).

par le développement du cancer. En effet, au lieu de les refouler simplement, comme le fait un corps fibreux, la néoplasie maligne s'assimile, pour ainsi dire, les tissus de proche en proche. La paroi de ces conduits est rarement ulcérée et une fistule uretérale produite. Le plus souvent, c'est d'un rétrécissement qu'il s'agit : le calibre des uretères étant diminué, près de leur embouchure, ces canaux se distendent jusqu'aux bassinets par une accumulation constante d'urine, soumise à une haute pression.

Rein.

L'extrême fréquence des **lésions rénales** dans le cancer du col utérin, signalée depuis très longtemps, a été de nouveau étudiée avec plus de soin, dans ces dernières années. Lancereaux[1] n'hésite pas à décla-

[1] Lancereaux. *De la néphrite consécutive à l'épithélioma utérin* (*Annal. des mal. des org. génito-urin.*, 1884, pp. 417, 482, 540).

rer que cette néphrite ascendante est constante, pour peu que la maladie soit avancée; il ne l'a jamais vue manquer sur toutes les autopsies qu'il a faites depuis vingt-cinq ans, sauf dans quelques cas où la terminaison mortelle s'est prématurément produite à la suite de métrorrhagies abondantes.

Les expériences de Straus et de Germont[1] sur les effets de la liga-

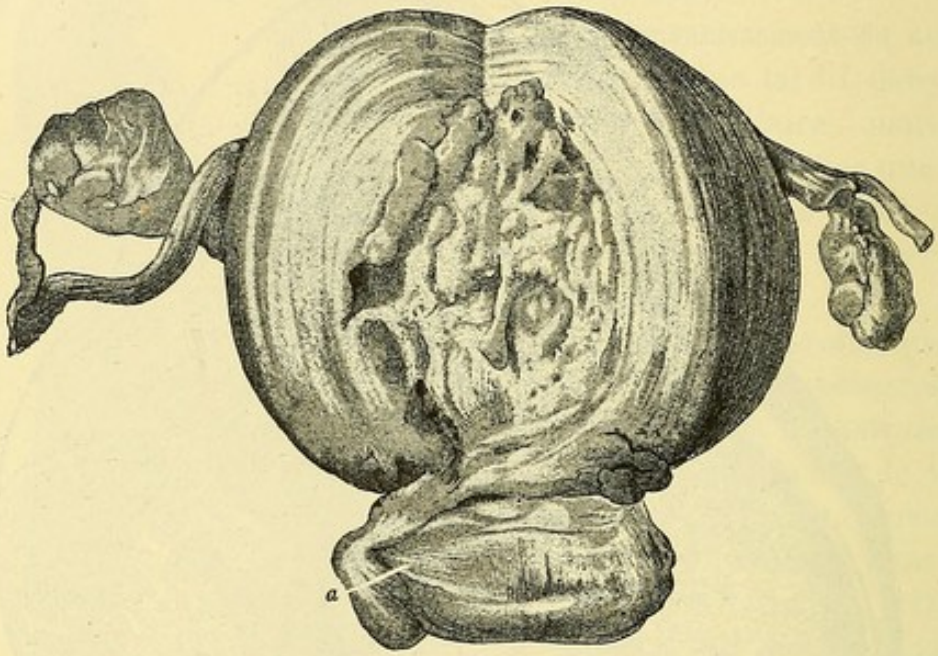


Fig. 220. — Épithélioma pavimenteux du col et cylindrique du corps séparés par une zone de tissu sain.

a, point où a été enlevé un cube de tissu pour l'examen histologique.

ture des uretères chez les animaux, qui confirment et précisent les observations plus anciennes de Aufrecht en Allemagne, de Charcot et Gombault en France, éclairent vivement la pathogénie des lésions; ils ont constaté l'atrophie progressive du rein, qui rend bientôt la distinction entre les deux substances rénales impossible, la disparition de la papille (unique chez le cobaye) et l'effacement de la pyramide. Or les lésions qu'on rencontre à l'autopsie des femmes qui ont succombé au cancer du col sont très comparables[2]. Les uretères sont dilatés au point d'acquérir le calibre de l'iliaque externe, de l'aorte, ou même de l'intestin grêle; leur paroi est plus épaisse, leur direction parfois sinueuse. Le bassinet est distendu, surtout vers sa partie moyenne; il est conique, piriforme. Quand ses dimensions sont excessives et dépassent le volume du poing, il forme une véritable

[1] Straus et Germont. *Des lésions histologiques du rein chez le cobaye, à la suite de la ligature de l'uretère* (*Arch. de phys.*, 1882, 2e sér., t. IX, p. 386).

[2] L. Leca. *Des lésions secondaires du cancer de l'utérus*, thèse de Paris, 1888.

tumeur, coiffée par le moignon rénal à la façon d'un casque, suivant la comparaison de Rayer.

La caractéristique de la lésion est, comme dans les expériences de

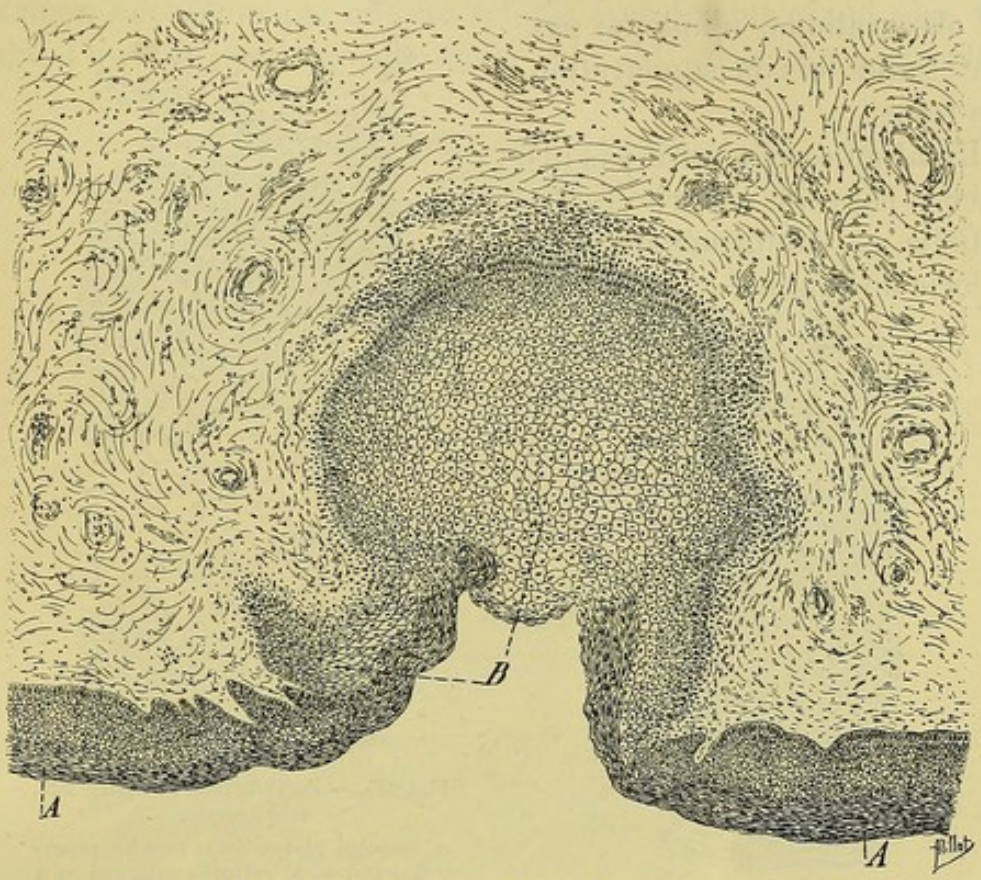


Fig. 221. — Noyau d'épithélioma pavimenteux (fragment *a* du col, figure 220). A, revêtement pavimenteux normal. — B, bourgeon d'épithélioma pavimenteux.

Straus et Germont, la modification des papilles et des pyramides. Les papilles s'aplatissent d'abord ; leur sommet est refoulé ; à chaque saillie papillaire peut même correspondre une dépression. Plus tard encore, il ne reste plus rien de la substance sécrétoire du rein, et, à sa place, il existe une membrane fibreuse, limitant une cavité bridée par les colonnes de Bertin, qui restent longtemps intactes. De là l'aspect multilobé et polykystique du rein.

Le tissu cellulaire qui unit la vessie au col utérin étant envahi, la vessie ne tarde pas à l'être, et de l'inflammation catarrhale se produit ; des îlots de muqueuse peuvent se sphacéler ou être rongés par le tissu morbide qui pénètre dans la cavité vésicale, en établissant une fistule (fig. 227). Vessie.

L'uretérite et la pyélo-néphrite septique sont une des premières et des plus graves conséquences de l'envahissement de la vessie. Elle aboutit aux abcès miliaires du rein. Cette altération est toutefois bien plus rare que la néphrite interstitielle. Dans leur statistique, portant

sur 51 cas, Caron et Féré[1] n'ont noté que 7 fois la pyélite suppurée et les abcès miliaires des reins; dans tous les autres cas, il n'existait que des lésions d'ordre mécanique, à savoir la dilatation uretérale et l'hydronéphrose avec néphrite conjonctive. Lancereaux, sur 23 observations, n'indique pas une seule fois la suppuration des reins.

Lésions secondaires du cœur.

L'état du **cœur** n'est-il pas influencé par cette néphrite interstitielle, et, conformément à la théorie de Traube[2], y a-t-il hypertrophie du ventricule gauche? Certaines autopsies démontrent explicitement l'existence de cette lésion. Straus[3], dans un travail consacré à la confirmation de la loi de Traube, a cité deux observations de cancer du col, avec néphrite secondaire et hypertrophie considérable du cœur. Quatre faits analogues ont été publiés par Artaud[4]; d'autres encore ont été étudiés dans les thèses de Weill et



Fig. 222. — Portion A de la figure 221, très grossie.

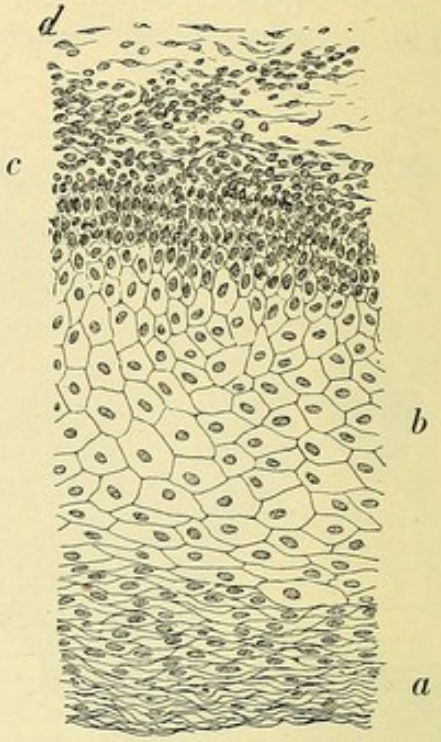


Fig. 223. — Portion B de la figure 221, très grossie.

a, cellules plates de la couche superficielle. — *b*, cellules muqueuses à protoplasma énorme. — *c*, cellules à l'état indifférent. — *d*, tissu conjonctif.

[1] C. Féré et Caron. *Étude statistique sur les complications du cancer de l'utérus, d'après* 51 *autopsies, faites à la Salpétrière* (*Progrès méd.*, 1884, p. 1049).

[2] Cette théorie est la suivante : l'altération du rein, en détruisant un certain nombre d'artérioles, rétrécit le champ circulatoire, et augmente, par conséquent, la tension intra-artérielle. Celle-ci est encore accrue par l'insuffisance fonctionnelle du rein, le sang restant chargé d'une proportion anormale d'eau et de principes excrémentitiels. L'hypertrophie du cœur est la conséquence directe et nécessaire de cette augmentation de la pression vasculaire.

[3] I. Straus. *Des lésions rénales dans leurs rapports avec l'hypertrophie cardiaque* (*Arch. gén. de méd.*, 1882, 7e sér., t. IX, p. 5).

[4] G. Artaud. *De la néphrite déterminée par la compression des uretères dans le cancer du col de l'utérus et de l'hypertrophie du cœur consécutive* (*Revue de méd.*, nov. 1885, p. 905).

de Thouvenet[1]. Cependant, en 1884, Lancereaux, dans son mémoire basé sur vingt-trois observations personnelles avec autopsie, est arrivé à une conclusion opposée. Dans ces vingt-trois autopsies le cœur a été chaque fois soigneusement pesé et tous les détails de l'examen nécroscopique ont été relevés avec le plus grand soin. Or, vingt et une fois le cœur fut trouvé anormal, ou petit, ou atrophié.



Fig. 224. — Épithélioma à cellules cylindriques du corps (coupe au niveau du corps, fig. 220).

Souvent il était mou, flasque, recouvert de graisse à la face antérieure et au niveau de la base. Dans deux observations seulement, on trouva le cœur augmenté de poids et de volume, et alors il existait des lésions artérielles (endartérite aortique, insuffisance aortique), pouvant expliquer l'hypertrophie. Cette importante série paraît démonstrative. Il semble évident que la lésion cardiaque n'accompagne qu'exceptionnellement la néphrite du cancer; cela tient, sans doute, à ce que cette dernière évolue trop rapidement. Letulle[2] a donc pu dire que « l'idée de l'hypertrophie cardiaque d'origine rénale, si féconde en pathologie, si puissamment défendue à

[1] Weill. *Hypertrophie cardiaque dans les néphrites consécutives aux affections des voies excrétoires de l'urine.* Thèse de Lyon, 1882. — Thouvenet. *Contribution à l'étude des maladies du cœur dans les maladies de l'appareil urinaire.* Thèse de Paris, 1888.

[2] Letulle. *Note à propos d'une observation de cancer du col utérin terminée par des accidents urémiques* (*Progrès méd.*, 1886, p. 737).

divers points de vue par Traube, Potain, Charcot, Straus et tant d'autres observateurs, a été plutôt compromise le jour où la clinique s'est adressée au cancer de l'utérus pour lui demander un argument favorable ».

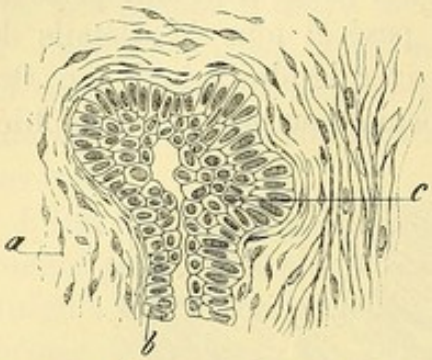


Fig. 225. — Épithélioma à cellules cylindriques du corps.
(Un point de la figure 224, très grossi).
a, tissu conjonctif. — *b*, cellules cylindriques. — *c*, cellules polymorphes centrales.

Il est encore une lésion cardiaque qu'on rencontre à l'autopsie des cancers utérins, et qu'a constatée Lancereaux, c'est l'**endocardite verruqueuse**. Lancereaux l'a retrouvée dans deux de ses vingt-trois observations. Il désigne, sous ce nom, une variété spéciale d'endocardite végétante, qu'il sépare absolument de l'endocardite végétante ulcéreuse ordinaire, qu'on observe, en général, à la période terminale de certaines affections cachectisantes (tuberculose ou cancer). On n'est pas encore fixé sur la nature de ces végétations ; il est vraisemblable qu'elles ont une origine microbienne.

Extension au rectum, au péritoine.

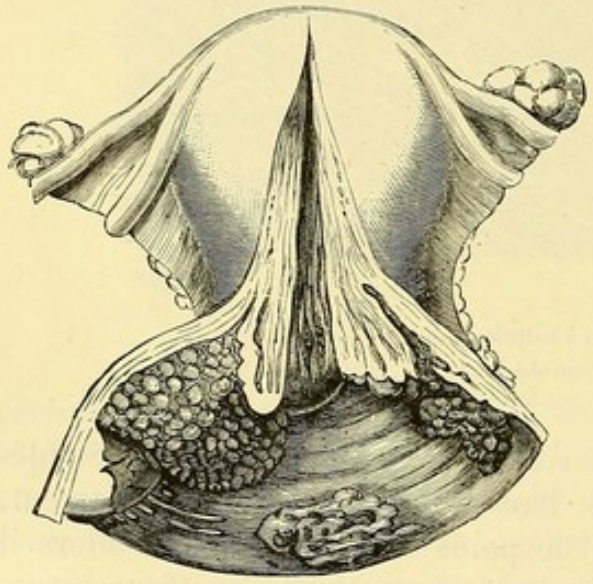


Fig. 226. — Épithélioma du col, forme papillaire, propagé au vagin.

Le **rectum** est bien plus rarement atteint et les fistules stercorales sont rares.

Le **péritoine** se défend contre l'approche du néoplasme par la production d'adhérences qui suppriment sa cavité sur les limites du mal. De là vient que le cul-de-sac de Douglas paraît parfois, quand on pratique l'hystérectomie, si éloigné du cul-de-sac vaginal.

Dans les cancers très avancés, on peut voir le vagin transformé en une sorte de cloaque où s'ouvrent à la fois la vessie et le rectum. Au-dessus, le petit bassin est rempli par une masse cancéreuse où l'on reconnaît difficilement le fond de l'utérus et les annexes sous l'agglutination protectrice des anses intestinales qui recouvrent et enkystent le foyer. Celles-ci, à leur tour, peuvent même être perforées.

Ganglions.

Les **ganglions** iliaques prévertébraux et inguinaux[1] sont souvent

[1] Les ganglions inguinaux, contrairement à l'opinion commune, peuvent être envahis,

dégénérés. Troisier[1] a récemment attiré l'attention sur l'**adénopathie sus-claviculaire** gauche qui se produit parfois, indépendamment même de l'envahissement des poumons ou des ganglions prévertébraux, dans le cancer abdominal en général, et, en particulier, dans le cancer utérin. Il est probable, ainsi que Troisier l'a supposé, que cette manifestation isolée est due à l'infection directe des ganglions par le reflux de la lymphe contaminée, au niveau du coude du canal thoracique où ces ganglions s'abouchent par des troncs extrêmement

Adénopathie sus-claviculaire.

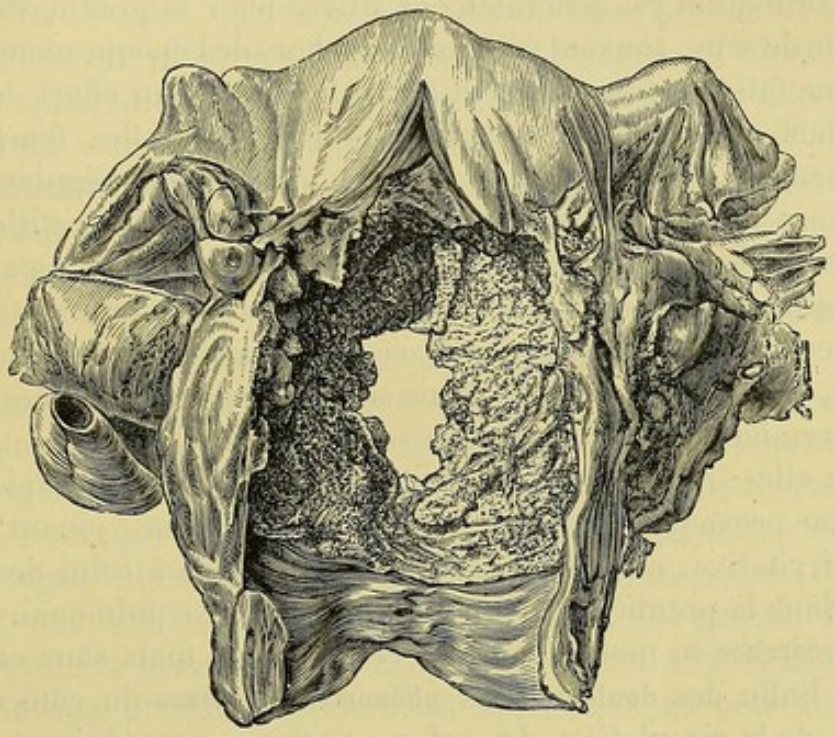


Fig. 227. — Cancer du col propagé au vagin et à la vessie, qui est perforée.

courts. Il y a là un fait curieux d'anatomie pathologique en même temps qu'une donnée clinique précieuse pour les contre-indications opératoires.

Au nombre des lésions éloignées et deutéropathiques, il faut encore noter la **dégénérescence graisseuse du foie**, fréquente dans les autopsies de cancer utérin, ainsi que l'a signalé Leca[2]. Il semble que les matériaux septiques résorbés par l'organisme à la surface des cavités ulcérées et sphacélées agissent sur le foie, à la manière de certains poisons stéatogènes, l'alcool ou le phosphore, par exemple. Cette

Foie.

sans que le vagin soit pris. En effet, les lymphatiques du col communiquent avec ceux du corps, lesquels eux-mêmes sont reliés avec les ganglions inguinaux par des vaisseaux lymphatiques qui accompagnent les ligaments ronds. Cette disposition, déjà signalée par Mascagni, a été retrouvée par Poirier (Barraud. Thèse de Paris 1889, p. 19, 20).

[1] Troisier. *L'adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer abdominal.* Rapport sur une observ. de André Petit (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 janv. 1888, p. 21). — *L'adénopathie sus-clavic. dans les cancers de l'abdomen* (*Arch. gén. de méd.*, février-mars 1889, 7e sér., t. XXIII, p. 129, 297).

[2] Leca, *loc. cit.*, p. 55.

dégénérescence du foie, du reste, est, depuis longtemps, signalée dans d'autres formes de septicémie chirurgicale (Verneuil).

Enfin, on y observe parfois des productions métastatiques, ainsi que du côté des viscères éloignés, **poumon, estomac, reins.**

Symptômes. Début. Période latente.

Symptômes. — Le début est insidieux, et l'on pourrait dire qu'il existe d'abord une **période latente**, pendant laquelle les malades conservent toutes les apparences de la santé, même avec des lésions assez avancées. C'est pourquoi il est si rare d'observer les altérations initiales. L'attention est généralement attirée pour la première fois par une perte de sang, souvent minime, en dehors de l'époque menstruelle, après une fatigue, fréquemment après le coït ou un effort de garde-robe. Mais cet accident, survenant souvent chez des femmes qui approchent de la ménopause, est pris pour une irrégularité sans importance et passe inaperçu; ce n'est que par sa répétition qu'il inquiète finalement. Parfois même, les **hémorrhagies**, apparaissant assez régulièrement tous les mois, sont prises pour une restauration de la menstruation et sont plutôt accueillies avec satisfaction par les femmes, qui y voient l'indice d'une sorte de retour de jeunesse.

Ces premières hémorrhagies ne sont pas fournies par une surface ulcérée; elles sont dues à la métrite concomitante, ou simplement à la fluxion provoquée par la présence du néoplasme, jouant le rôle d'épine irritative; on peut comparer ce processus à celui des hémoptysies dans la première période de la tuberculose pulmonaire.

La **leucorrhée** se montre aussi à ce moment, mais sans caractère spécial. Enfin des **douleurs**, des **phénomènes réflexes** du côté du tube digestif, de la circulation, du système nerveux, reproduisent le cycle pathologique que j'ai caractérisé dans le chapitre des métrites sous le nom de **syndrome utérin.**

On ne saurait, du reste, faire de diagnostic sans le concours de l'examen local. Le toucher fait reconnaître l'**induration**, l'**état papillaire** ou **ulcéreux** du col; l'examen au spéculum montre l'aspect livide des tuméfactions, ou la teinte jaunâtre des surfaces ulcérées, et les végétations en chou-fleur ou en champignon. J'ai décrit, à propos de l'anatomie pathologique, les formes diverses qu'on peut observer au début.

Période d'état.

Bientôt après survient une seconde période, qu'on pourrait appeler **période d'état.** Tous les phénomènes se sont accusés; l'hémorrhagie revient plus fréquemment; l'**écoulement** est devenu rosé ou roussâtre, comme de la *raclure de boyaux*, de la *lavure de chair*, selon l'expression des malades d'hôpital; il a pris une **odeur** fade, écœurante, ou fétide et repoussante; son abondance et son âcreté provoquent un érythème des cuisses et un prurit vulvaire des plus pénibles. En même temps les **douleurs**, surtout lombaires, sont devenues plus fortes et il s'y joint des irradiations névralgiques diverses. A ce

moment, on peut encore, au toucher, trouver les culs-de-sac du vagin libres; mais souvent ils sont déjà envahis; l'utérus reste encore mobile, ou est immobilisé plus ou moins complètement par la propagation au tissu cellulaire pelvien. J'insiste beaucoup, relativement à l'examen local, sur la supériorité des renseignements donnés par le toucher et la palpation bi-manuelle par rapport à ceux que fournit le spéculum. On est surpris, si l'on a interverti l'ordre naturel de ces explorations, de constater avec le doigt des altérations incomparablement plus étendues que celles que pouvait faire prévoir la vue. Parfois, un col qui paraît à peine tuméfié et légèrement ulcéré au spéculum, apparaît au toucher comme une grosse **tumeur** fixée profondément par une propagation avancée.

Les **troubles digestifs**, anorexie, constipation, ballonnement du ventre, ont pris, à cette période, une grande importance et compromettent la nutrition générale.

Bientôt s'ouvre une troisième phase, ou période de **cachexie cancéreuse**; la peau prend une teinte jaune paille, que Barnes a depuis longtemps attribuée à l'absorption d'une partie des matières fécales décomposées, retenues par la constipation opiniâtre (**coprémie**). Elle offre, en outre, une sécheresse et une rudesse particulières. C'est à cette période que se placent les phénomènes douloureux de **cystite**, les **névralgies** intolérables produites par la compression ou l'envahissement des nerfs, les **phlegmatia alba dolens**, les **fistules**. L'examen local révèle la **propagation** du néoplasme aux parties voisines. A ce moment déjà, un autre accident est sournoisement entré en scène : l'**urémie**; on peut se convaincre par l'analyse des urines du faible taux auquel est tombée l'élimination de l'urée, ce qui n'est pas dû seulement à la débilitation générale, mais aussi à l'insuffisance du filtre rénal. L'exaspération des symptômes gastriques, les **vomissements**, sont sans doute l'indice de petites attaques successives d'urémie subaiguë. Cachexie.

Mais, peu à peu, l'**urémie** devient chronique, et alors elle constitue un véritable bienfait pour les malades, dont elle émousse à la fois l'intelligence et la sensibilité. Elles survivent quelques jours encore dans un état de somnolence demi-comateuse, répondant à peine aux questions, immobiles et indifférentes à ce qui les entoure. Puis elles s'éteignent doucement : c'est ainsi que meurent la plupart des malades. Il est fort rare d'observer les convulsions de la forme éclamptique; j'ai vu un exemple de la forme dyspnéique de l'urémie. Terminaisons.

La **péritonite** par propagation ou par perforation ou l'**embolie** peuvent hâter l'issue fatale. Il est évident que la **septicémie** due à la résorption des matériaux putrides entre pour une grande part dans les accidents

ultimes, surtout si un traitement convenable n'est pas institué; elle peut alors à elle seule entraîner la mort.

Complication de grossesse.

Complication de grossesse. — La conception peut avoir lieu quand il existe un cancer du col, bien que ce soit évidemment une condition très défavorable à la fécondation. On a vu plusieurs fois des femmes revenir se présenter à l'accoucheur avec une nouvelle grossesse, alors qu'à la précédente il avait constaté un cancer qui avait compliqué le travail.

Avortement.

Le cancer prédispose beaucoup à l'**avortement.** Sur cent vingt femmes atteintes de cancer du col pendant la grossesse, traitées par Lever à Guy's Hospital, 40 pour 100 ont avorté[1]. Hanks[2] croit que l'avortement se produit le plus souvent avant le troisième mois. Si le sixième mois est dépassé, l'accouchement a des chances d'avoir lieu un peu avant le terme normal.

Dans certains cas, au contraire, la grossesse, au lieu d'être arrêtée dans sa marche, continue son cours et se prolonge même au delà de neuf mois. Chantreuil[3] cite trois observations concluantes de ces **grossesses prolongées**; la plus intéressante a été publiée par le Dr Menzies (de Glascow). On a pu voir une série d'efforts inutiles se répéter à intervalles éloignés et épuiser la malade; c'est un véritable **travail à répétitions**; l'utérus s'est parfois rompu dans une de ces crises infructueuses[4].

Grossesse prolongée.

Le pronostic pour la femme cancéreuse est donc toujours encore aggravé par la grossesse. D'abord, parce que l'avortement peut causer une hémorrhagie mortelle ou une septicémie; ensuite, parce que, si elle arrive à terme, l'accouchement est grave. Herman[5] donne sur 136 cas 40 morts causées par l'accouchement. Les statistiques plus anciennes sont encore plus mauvaises : Chantreuil donne 25 morts sur 60 accouchées, et West 41 sur 75.

Sur 128 enfants de mères cancéreuses, la moitié seulement étaient nés vivants (Herman).

J'aurai l'occasion de revenir sur la complication de grossesse, dans le chapitre du traitement.

Diagnostic avec : Métrite.

Diagnostic. — J'ai exposé ailleurs (p. 212) le diagnostic différen-

[1] Lever. *Organic diseases of uterus*, cité par Gallard. *Leçons clin. sur les maladies des femmes*. Paris, 187[9], p. 961.

[2] Hanks. *Pregnancy complicated by uterine tumors* (*Amer. Journ. of Obstet.*, mars 1888, p. 242).

[3] G. Chantreuil. *Influence du cancer de l'utérus sur la conception, la grossesse et l'accouchement*. Paris, 1872. — Bar. *Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement*. Thèse d'agrég. Paris, 1886.

[4] Bousquet. *Cancer utérin; grossesse; rupture utérine. Mort* (*Répert. univ. d'Obst. et de Gyn.*, 1889, p. 587). Extraction par la version d'un enfant à terme, macéré.

[5] E. Herman. *On the treatment of pregnancy complicated with cancerous disease of the genital canal* (*London obstet. Transact.*, 1878, t. XX, p. 234).

tiel entre le cancer à ses débuts, avant la période d'ulcération, et la **métrite** chronique, et entre le cancer, après l'ulcération, avec la métrite catarrhale du col. Sratz[1] insiste beaucoup sur la couleur jaunâtre, l'aspect granuleux et brillant du cancer non ulcéré. Dans les cas douteux, on devra toujours avoir recours à l'examen microscopique d'un lambeau excisé (Schröder). Si l'on était forcé d'attendre, il suffirait bientôt, pour lever le doute, d'étudier la marche de la maladie. Du reste, j'ai souvent remarqué que, presque toutes les fois que le doute existe, il ne s'agit pas d'un cancer.

Papillome.

Les végétations formées par le **papillome** bénin, que l'on observe dans les vaginites ou au niveau de plaques muqueuses, ne seront pas confondues avec les fongosités du cancer, leur multiplicité, leur dissémination, leur aspect caractéristique de crêtes de coq, éviteront toute erreur. Enfin, l'écoulement roussâtre et fétide, très différent de l'écoulement purulent de la vaginite, n'accompagne guère que l'épithélioma.

Myome interstitiel.

Une nodosité cancéreuse circonscrite du col pourra être difficilement distinguée d'un petit **myome**. Cependant, ce dernier est plus nettement limité et il n'y a aucun signe d'infiltration ou d'inflammation autour de lui; la muqueuse n'est pas adhérente au corps fibreux comme au cancer (Spiegelberg[2]).

Polype muqueux.

Certains épithéliomas cylindriques du col présenteraient une apparence polypeuse qui pourrait les faire confondre avec certains **polypes muqueux** de nature bénigne[3]. Il peut s'agir, dans ces cas-là, de bourgeons cancéreux de la muqueuse du corps et du col, venant faire saillie à l'extérieur. On devra s'en assurer par la dilatation et le toucher intra-utérin, au besoin par un curettage explorateur.

Toutes ces considérations sont relatives au cancer à ses débuts. Plus tard l'envahissement des parties voisines, les progrès de l'ulcération, la fréquence des métrorrhagies et l'abondance d'une sécrétion fétide rendront le diagnostic facile. Il est cependant une affection avec laquelle on a pu le confondre, du moins à cette période : c'est un **corps fibreux du col**, ou un **polype du corps** arrêté par un étranglement ou des adhérences au niveau du museau de tanche dilaté et effacé, lorsque ce corps fibreux a été altéré par une décomposition spontanée ou par des applications intempestives de caustiques. Hémorrhagies, écoulement fétide, aspect fongueux et sphacélé du néoplasme, tout concourt alors à la confusion; la malade, épuisée

Polype fibreux ulcéré.

[1] C. H. Stratz. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1886, Bd. XIII, Heft 1, p. 89.

[2] Spiegelberg. *Die Diagnose des ersten Stadium's des Carcinoma colli uteri* (*Arch. f. Gyn.*, 1872, Bd. III, p. 233).

[3] Montfumat. *Thèse de doctorat*, Paris, 1867. — A. Richet. *Gaz. des Hôp.*, 25 août 1885, p. 770.

par une anémie profonde, paraît même atteinte de cachexie cancéreuse. Il n'est qu'un signe qui puisse faire éviter l'erreur, mais il est pathognomonique : on doit toujours rechercher l'orifice externe du col ; dans le cas de corps fibreux dégénéré, on le sent comme une collerette mince mais continue autour de la tumeur, et l'on peut introduire l'extrémité de l'index entre ce diaphragme et la masse morbide ; fréquemment aussi cette dernière est, dans sa partie marginale, lisse, ferme et exempte d'ulcération. J'ai pu dans un cas de ce genre opérer et guérir, par l'énucléation d'un fibrome intra-cervical sphacélé, une malade qui m'avait été envoyée de province par un médecin distingué, comme atteinte de cancer inopérable.

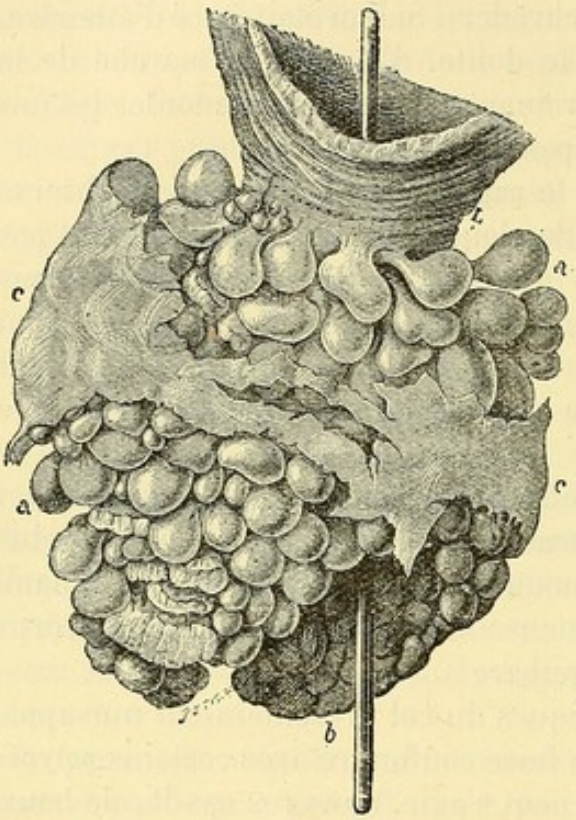


Fig. 228. — Myo-sarcome en grappe du col utérin. (Pernice.)

L, ligne où a porté l'excision. — *aa*, *b*, grains de la tumeur. — *c*, lambeaux d'une mince membrane enveloppante.

Formes exceptionnelles.

A propos du diagnostic, je donnerai quelques indications sur certaines **formes exceptionnelles** de tumeur maligne du col.

Hypertrophie et cancer.

Hegar[1] a observé une forme très rare, chez une vieille femme ; le col était **hypertrophié** et dépassait la vulve, sans présenter la moindre ulcération.

C. Th. Eckardt[2] a, chez une jeune fille de dix-neuf ans, constaté une **hypertrophie** considérable du col paraissant avoir été immédiatement précédée de la dégénérescence carcinomateuse.

Schröder[3] a rencontré, dans une autopsie, un cancer de la **partie supérieure** du col, intra-cervical, que rien ne révélait à l'extérieur.

Le **sarcome du col** a été si exceptionnellement observé qu'il ne peut être considéré comme constituant une entité clinique caractérisée. Ses manifestations, très variables quant à leur forme, pourraient parfois déconcerter le diagnostic.

[1] Hegar. *Virchow's Arch.*, 1872, Bd. LV, p. 245.

[2] Eckardt. *Ein Fall von Cervixcarcinom bei einer 19 jährigen Jungfrau* (*Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXX, Heft 3, p. 471).

[3] Schröder, *loc. cit.*, p. 312.

Spiegelberg[1] a décrit, en 1878, un cas curieux, qu'il appelle **sarcoma colli hydropicum papillare**, chez une jeune fille de dix-sept ans. Il s'agissait d'une tumeur papillaire de la lèvre antérieure, ayant récidivé dix mois après l'ablation et rempli tout le vagin d'une masse semblable à une môle hydatiforme du chorion. Le microscope y décela la structure du sarcome avec infiltration œdémateuse du stroma. Spiegelberg a de nouveau observé, en 1879, un cas semblable chez une femme de trente et un ans. Winckler[2] cite un fait analogue de Sänger[3].

Sarcoma hydropicum papillaire.

Ludwig Pernice[4] a donné la description et le dessin d'un **myo-sarcome strio-cellulaire** de l'utérus, en forme de grappe, observé sur une nullipare, sujette depuis six mois à des hémorrhagies (fig. 228). La tumeur, née du museau de tanche, avait le volume d'un poing et demi et ressemblait fort à une grappe de raisin à grains violacés, contenant un liquide gélatineux. On l'enleva par l'amputation du col au bistouri. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome entremêlé de fibres musculaires striées, ayant l'aspect embryonnaire. Deux mois après, récidive; nouvelle ablation d'une tumeur du volume d'un œuf d'oie. Neuf mois plus tard, la malade revint avec une tumeur abdominale atteignant presque l'épigastre. La laparotomie dut demeurer simplement exploratrice. La malade en guérit, puis mourut de pneumonie; le microscope révéla la nature sarcomateuse de la seconde et de la troisième tumeur, mais sans dégénérescence myxomateuse[5].

Myo-sarcome strio-cellulaire.

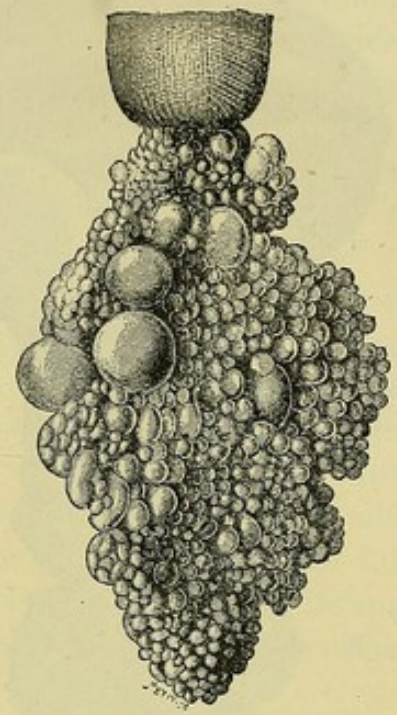


Fig. 229. — Fibro-adénome du col de l'utérus (Thomas).

P. Mundé[6] a observé une tumeur évidemment maligne qu'il qua-

Adéno-myxo-sarcome.

[1] Spiegelberg. *Arch. f. Gyn.*, 1879, t. XIV, p. 178; 1880, t. XV, p. 437 et t. XVI, p. 124.

[2] F. M. Winckler. *Arch. f. Gyn.*, 1883, Bd. XXI, p. 313.

[3] Kleinschmidt (*Ueber primäres Sarkom des Cervix Uteri*, in *Arch. f. Gyn.*, 1890. Bd. XXXIX, p. 1) vient de rapporter un nouvel exemple de cette lésion.

[4] L. Pernice. *Virch. Archiv*, 3 juill. 1888. Bd. CXIII, p. 46.

[5] Pfannenstiel (*Das traubige Sarcom des Cervix Uteri*, in *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 42, p. 855) a récemment décrit un nouveau cas de sarcome en grappe du col, dont il fit l'ablation; une récidive nécessita l'hystérectomie; six mois après, une nouvelle récidive. A ce propos, l'auteur a relevé onze cas analogues.

[6] P. Mundé. *A rare case of adeno-myxo-sarcoma of the cervix uteri* (*Amer. journ. of Obstet.*, févr. 1889, p. 126). — G. Thomas (*Diseases of Women*, 1880, p. 560) a publié une observation personnelle de *fibro-adénome en grappe* chez une jeune femme dont le vagin était entièrement obstrué par le néoplasme, qui prenait naissance à la partie interne du col. La figure que donne Thomas montre combien ce néoplasme différait par l'aspect d'un

lifie de **myxo-adénome** transformé en **myxo-sarcome**. La malade, âgée de dix neuf ans, souffrait de leucorrhée intense depuis deux ans et avait une aménorrhée complète. Le vagin était rempli et l'hymen repoussé par une tumeur friable, s'effritant sous forme de grains analogues à ceux d'un raisin muscat. La tumeur fut enlevée au serre-nœud, et l'on trouva le centre fibreux; on put constater après l'ablation qu'elle naissait du col utérin, mais qu'il y avait des traces de dégénérescence myxomateuse en certains points des culs-de-sac vaginaux. Un mois et demi plus tard, la tumeur récidivait. Histologiquement, elle était composée d'une infinité de kystes de nature myxomateuse dans le stroma desquels on voyait beaucoup de corpuscules lymphatiques et de cellules sarcomateuses

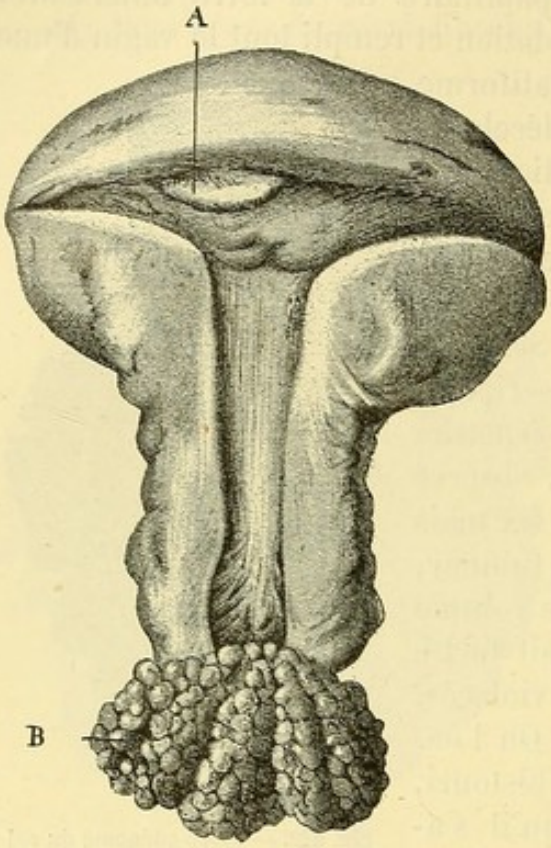


Fig. 250. — Polype racémeux du col.
A, Hypertrophie glandulaire du fond de l'utérus de même nature bénigne que le polype B.

Il semble à Mundé qu'il y ait là un exemple de dégénérescence maligne d'un polype d'abord bénin.

Fibroma papillare cartilaginescens.

Thiede[1] a décrit, sous le nom de **fibroma papillare cartilaginescens**, une tumeur observée sur une femme de quarante ans, tumeur lobulée, d'apparence spongieuse, prenant naissance sur la muqueuse du col; l'ablation du néoplasme fut suivie de récidive et de mort

polype muqueux ordinaire; l'examen histologique n'y fit pourtant découvrir que des glandes et du tissu connectif. On n'a pas de renseignements sur ce que devint la malade, après qu'elle eut été opérée par l'écraseur. Je reproduis ci-dessus la figure de ce cas exceptionnel qui sera utilement rapprochée de celle de Pernice; on voit ainsi comment deux tumeurs, l'une probablement bénigne (Thomas), l'autre évidemment maligne (Pernice), peuvent se ressembler par l'aspect extérieur. L'examen histologique et l'observation de la marche clinique sont les seuls éléments de diagnostic. Mundé compare au sien le fait de Thomas, pour l'apparence extérieure, mais on ne peut rien conclure, en l'absence de renseignements suffisants. Ceux que donne Thomas ne peuvent faire supposer la nature maligne du néoplasme. Il me paraît plutôt devoir être rapproché du cas décrit par Ackermann (fig. 167) comme un *fibrome papillaire avec hypertrophie des glandes*. — Il est, par contre, bien certain qu'on avait affaire à un cancer dans le cas de tumeur polypoïde du col utérin publié par O. Weber. *Ueber die Bildung quergestreifter Muskelfasern.* (*Virch. Arch*, 1867, Bd. XXXIX, p. 216). Mais c'est abusivement que Mundé le rapproche du sien.

[1] Thiede. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1877, Bd. I, p. 450.

A la coupe, dans un stroma fibreux riche en vaisseaux dilatés, on trouva des îlots de cartilage hyalin; il n'y avait aucun des caractères histologiques du sarcome. On peut rapprocher de cette observation curieuse un cas de Rein[1] qu'il a dénommé **myxoma enchondromatodes arborescens colli uteri**. La malade avait vingt et un an; la tumeur lobulée et molle fut enlevée en totalité, récidiva et entraîna rapidement la mort. A la coupe, on voyait un tissu mollasse subdivisé, par des faisceaux fibreux, en îlots dont quelques-uns avaient l'aspect et la structure histologique de la gélatine de Wharton; au milieu, apparaissaient des portions constituées par du myxome où le microscope reconnaissait des nodules de cartilage hyalin.

Myxoma enchondromatodes arborescens.

Enfin, Winckel[2] a décrit et figuré un **adeno-myxoma cervicis**, enlevé de la lèvre antérieure du col, chez une femme de quarante ans; récidive rapide envahissant les culs-de-sac vaginaux; la malade a été perdue de vue. A la coupe, on trouva la tumeur criblée d'alvéoles pleins de mucus transparent; l'analyse microscopique démontra l'existence d'une tumeur mixte qui probablement avait été un adénome au début, puis s'était transformée en sarcome, qui aurait lui-même dégénéré en myxome. Cette singulière hybridité néoplasique établirait, d'après cet auteur, une sorte de transition entre l'épithéliome et le sarcome.

Adeno-myxoma.

Les faits rares que je viens de citer méritaient une indication spéciale au point de vue nosologique, mais leur distinction intéresse plutôt l'anatomo-pathologiste que le clinicien : toutes ces tumeurs malignes sont pour lui également des *cancers*.

Bien différent au contraire, par sa nature histologique, quoique très analogue par son aspect, est le *polype racémeux* du col que j'ai observé chez une jeune fille, atteinte d'hémorrhagies incoercibles pour lesquelles j'ai pratiqué l'hystérectomie avec succès. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une hypertrophie glandulaire (*adénome*) de nature bénigne. Une autre production analogue existait au fond de l'utérus (fig. 230).

Une partie très importante du diagnostic est le **diagnostic de la propagation**. La palpation bi-manuelle, le toucher vaginal et rectal combinés à l'abaissement méthodique de l'utérus, donneront des notions précises à ce sujet; on aura recours, au besoin, à l'anesthésie pour faire plus commodément cette exploration, capitale au point de vue de la décision opératoire.

Diagnostic de la propagation.

Pronostic. — Le cancer, sous toutes ses formes, a une marche fatale. Mais certaines d'entre elles évoluent plus lentement, par exemple la variété dure ou squirrheuse de la forme cavitaire.

Pronostic.

[1] Rein. *Arch. f. Gyn.*, 1870, Bd. XV, p. 187.
[2] Winckel. *Lehrb. der Frauenkr.*, 1886, p. 430.

Durée. La **durée** moyenne de la maladie serait de 16 à 17 mois d'après Courty, de 12 mois selon Gusserow. Simpson donne une moyenne de 2 ans à 2 ans et demi. Fardy O. Barker va jusqu'à 3 ans et 8 mois. Arnott, qui donne une statistique peu étendue, mais très étudiée (57 cas), assigne pour durée au carcinome (forme cavitaire?) 53 à 54 semaines, et à l'épithélioma (forme papillaire?) 82 à 83 semaines. On a cité des cas exceptionnels par leur durée. Courty[1] parle de femmes ayant survécu 7 à 8 ans. F. Barker a observé une femme vivant encore 11 ans après le début constaté du mal. Emmet[2] affirme avoir vu la vie se prolonger, 5, 6 et 8 ans. Ces cas peuvent être rapprochés de certains squirrhes atrophiques de la mamelle.

Age. L'**âge** des malades a une sérieuse importance; généralement le cancer des femmes de vingt à trente ans évolue beaucoup plus vite que celui des femmes atteintes vers l'époque de la ménopause; dans les cancers à marche galopante, où l'on a observé la récidive rapide, même après l'hystérectomie faite dans les meilleures conditions, il s'agissait généralement de femmes très jeunes.

Forme. La **forme** du cancer doit être également considérée pour le pronostic. Il y a des cancers peu saignants, peu végétants (de la forme cavitaire, variété dure), qui peuvent mettre plusieurs années à évoluer, surtout si la malade est déjà d'un certain âge.

Étiologie. **Étiologie.** — Les femmes sont plus sujettes au cancer que l'homme, et c'est l'utérus qui est le plus souvent atteint. Ce fait est mis hors de doute par l'importante statistique dressée par T. Y. Simpson, d'après les *Annual Reports of the registrar general for England* de 1847 à 1861. C'est pendant la période de ce qu'on pourrait appeler la vie utérine chez la femme, de la puberté à la ménopause (où elle atteint son maximum) que cette fréquence du cancer se manifeste. Après l'utérus, c'est le sein qu'attaque surtout le cancer.

La race, l'hérédité, l'âge et la misère physiologique sont trois causes générales prédisposantes dont l'action ne peut être niée.

Race. L'influence de la **race**, qu'on peut facilement étudier aux États-Unis, est au profit des négresses, chez lesquelles le cancer de l'utérus est très rare, tandis que les corps fibreux sont très fréquents chez elles. Du reste, d'après les statistiques de Chisolm, presque 1 sur 100 blancs, hommes et femmes, meurt de cancer, et seulement 1 sur 300 nègres des deux sexes y succombe.

Hérédité. L'**hérédité** a été contestée. En réunissant les statistiques publiées antérieurement, Schröder trouve que sur 948 cas cette cause a été constatée 78 fois. J'en ai vu plusieurs exemples indéniables.

[1] Courty, *loc. cit.*, p. 1160.
[2] Emmet, *loc. cit.*, p. 515.

Age.

L'âge le plus favorable est de quarante à cinquante ans[1]. Les principales statistiques sont résumées dans le tableau suivant par Gusserow[2], qui a ajouté, pour cela, à ses propres résultats ceux de Lever, Kiwisch, Chiari, Scanzoni, Säxinger (de la clinique de Seyfert), Tanner, Hough, Blau, Dittrich, Lothar Meyer, Lebert, Glatter, Beigel, Schröder, Schatz, Winckel, Champneys, total 3385 cas.

17 ans.	1 cas (Glatter).
19 —	1 cas (Beigel).
20 à 30 —	114
30 à 40 —	770
40 à 50 —	1169
50 à 60 —	856
60 à 70 —	340
Au-dessus de 70 —	195

Misère physiologique.

La **misère physiologique**, les privations, favorisent indubitablement le développement du cancer; aussi est-ce surtout dans les classes inférieures de la société qu'on l'observe fréquemment. C'est le contraire pour les myomes.

Schröder a, d'après sa propre expérience, établi une petite statistique comparative très intéressante des cas observés par lui à l'hôpital et dans sa clientèle.

	Myomes.	Cancers.
Sur 14 000 consultations à l'hôpital. .	285 (2,3 pour 100)[3]	—
11 800 — —	—	603 (3,1 pour 100)
9 400 de la clientèle privée. . .	537 (5,7 pour 100)	209 (2,2 pour 100)

Martin a fait un travail analogue, et a trouvé à sa consultation d'hôpital 3 pour 100 de malades atteintes de carcinome, et un peu plus pour le myome; les résultats de sa clientèle privée sont analogues à ceux de Schröder.

Déchirures du col. Métrite.

Les causes locales prédisposantes qu'on a invoquées sont surtout la **déchirure du col**, et la **métrite cervicale** qu'elle entretient (Emmet, Breisky); Mangin[4] a fait, sur ce point, des recherches histologiques de beaucoup d'intérêt. On a aussi incriminé les **accouchements répétés** (Gusserow), mais il est possible que les parturitions fréquentes agissent seulement par les déchirures et les inflammations du col qui en sont souvent la conséquence.

Accouchements répétés.

[1] On connaît des exemples de développement très précoce du cancer du col. Je citerai parmi ces cas exceptionnels celui qui a été récemment publié par Ganghofner (*Zeitsch. f. Heilk.*, 1888, Bd. IX, p. 337) chez une fillette de neuf ans. L'enfant depuis deux ans avait des pertes sanguines; une tumeur papillaire distendait le vagin; elle était ulcérée : excision et cautérisation; l'enfant meurt, peu de jours après, de la variole. L'examen histologique fait par le professeur Chiari montra qu'il s'agissait d'un carcinome médullaire né probablement des glandes du col.

Je mentionne plus haut, à propos des formes rares, les cas de Spiegelberg chez une jeune fille de dix-sept ans, et de C. Th. Eckardt chez une jeune fille de dix-neuf ans.

[2] Gusserow. *Die Neubildungen des Uterus*, Stuttgard, 1886.

[3] C'est probablement par erreur du calcul que l'auteur indique 1,9 pour 100.

[4] Mangin. *Marseille méd.*, 1888, p. 513.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DU CANCER DU COL

Cancer limité au museau de tanche, n'arrivant pas aux culs-de-sac vaginaux. Amputation intra-vaginale du col : procédé de Verneuil. — Cancer de la totalité du museau de tanche. Amputation élevée ou supra-vaginale du col : procédé de Schröder. — Cancer du col avec envahissement du corps, mais sans propagation aux tissus voisins. Hystérectomie vaginale. Méthode de la forcipressure. Soins consécutifs. Méthode des ligatures. Modifications diverses de la technique opératoire. Accidents opératoires. Gravité de l'hystérectomie vaginale pour cancer du col. Gravité comparative de l'hystérectomie et des amputations du col. Causes de mort : hémorrhagie; shock opératoire; altération des reins; septicémie. Survie des opérées d'hystérectomie et d'amputation du col. Hystérectomie par la voie périnéale et par la voie sacrée. — Cancer propagé aux tissus voisins. Traitement palliatif. Curage et cautérisation. Traitement symptomatique de la leucorrhée; des hémorrhagies; de l'érythème de la vulve; des troubles gastriques; des douleurs. Prétendus spécifiques. — Cancer compliqué de grossesse; de corps fibreux utérins; de kystes de l'ovaire.

On doit diviser la thérapeutique du cancer utérin en deux paragraphes, selon qu'une cure radicale peut être tentée ou qu'on doit s'en tenir à un traitement palliatif.

La **cure radicale** n'est possible que dans les cas de cancers *limités à l'organe*, sans envahissement voisin. Le **traitement palliatif** s'adresse aux *cancers propagés* au delà des frontières utérines, dans lesquels l'ablation totale serait impossible, trop dangereuse, ou inutile. Pour plus de clarté, je suivrai cette division maîtresse, en passant en revue les divers degrés du mal et les opinions diverses qu'a soulevées leur traitement.

Cancer limité au museau de tanche. amputation.

I. **Cancer limité au museau de tanche, n'arrivant pas aux culs-de-sac vaginaux.** — Jusqu'à ces dernières années on ne tentait la cure *radicale* du cancer de l'utérus que pour les cas nettement limités, au-dessous des insertions vaginales, et l'on pratiquait l'**amputation sous- ou intra-vaginale du col**. Cette opération a donné de très bons résultats au professeur Verneuil qui préconisait l'emploi de l'écraseur, à Ch. Braun qui emploie l'anse galvano-caustique, à J. Byrne qui conseille le galvano-cautère, etc.

Schröder[1] conseille l'instrument tranchant. Je le crois à la fois

[1] Schröder, *loc. cit.*, trad. franç., p. 314.

plus expéditif et plus sûr que l'écraseur et l'anse galvano-caustique, qui exposent à des rétrécissements ultérieurs du col, avec toutes ses conséquences. Schröder préconise l'excision conoïde, ou, de préférence, l'excision en coin des tissus malades de chacune des lèvres prises séparément, après avoir largement fendu le col[1].

Je considère l'emploi du bistouri comme très supérieur aux autres procédés d'exérèse. Il met bien mieux à l'abri de l'ouverture accidentelle du péritoine; seul, il permet de faire, à tous les moments de l'opération, une œuvre tout à fait intelligente et non mécanique, et de pousser l'ablation plus ou moins haut, selon le besoin. Je pratiquerais donc, de préférence, l'amputation à l'instrument tranchant, si je la croyais indiquée, en suivant les règles que j'ai données à propos du traitement des métrites (p. 246). Mais, comme je le dirai plus loin, il suffit que la lésion soit cancéreuse pour que je pratique l'hystérectomie totale, quelque minime que soit son étendue[2].

Je la crois préférable à l'amputation du col, même dans les cas de cancer très circonscrit. Elle seule donne la certitude d'enlever alors tout le mal. De plus, la gravité de l'hystérectomie s'est tellement réduite, qu'elle ne diffère plus sensiblement de celle de l'amputation du col. Je reviendrai, du reste, sur ce point, plus en détail, dans le paragraphe suivant.

Cancer de la totalité du museau de tanche.

II. Cancer de la totalité du museau de tanche s'étendant jusqu'au niveau des culs-de-sac vaginaux exclusivement. — Si c'est à une opération par-

[1] De très brillants résultats obtenus par ces divers procédés ont été publiés : le point délicat pour beaucoup de ces faits anciens est la sûreté du diagnostic histologique. La statistique de Pawlik, recueillie dans la clinique de C. Braun, donne les résultats d'une période d'environ 20 ans : sur 136 opérées d'amputation intra-vaginale du col à l'anse galvano-caustique, 9 moururent de l'opération, soit 6.6 pour 100 de mortalité. La survie fut de plus de 1 an pour 33, soit 26 pour 100, de plus de 2 ans pour 26, soit 20 pour 100. Deux étaient encore exemptes de récidive au bout de douze ans, une après dix-neuf ans et demi. Karl Pawlik. (*Wien. klin.*, déc. 1882, Bd. VIII, p. 403.) — Verneuil, dans une discussion à la Société de chirurgie (octobre 1888), a rapporté 22 amputations sous-vaginales du col, par son procédé, avec 1 mort. Polaillon, qui a employé l'anse galvanique, a constaté 1 mort (par chloroforme) sur 200 opérées. Marchand, sur 12 cas (dont 4 avec l'écraseur et 8 avec l'anse galvanique), a perdu une malade par une ouverture du péritoine et péritonite consécutive. Terrillon compte 7 opérées guéries (galvano-cautère ou thermo-cautère). En y ajoutant 1 cas de Schwartz, on relève 60 amputations sous-vaginales du col avec 2 morts opératoires, soit 3,33 pour 100. Dans cette série Verneuil, compte 1 cas de guérison datant de 7 ans; 1, de 5 ans; 1, de 3 ans. 2 datant de 6 ans et de 3 ans, ont présenté, à cette époque tardive, une récidive dans les ganglions pelviens. Polaillon observe 1 cas de guérison depuis 7 ans; 1 depuis 5 ans. Marchand, 1 depuis 7 ans; 1 depuis 5 ans; et Schwartz, 1 cas depuis 4 ans (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1888, p. 717 et suiv., et M. Barraud. *Hystérectomie vaginale totale ou partielle.* Thèse de Paris, 1889, p. 63 et 83).

[2] Cette opinion, dont j'ai été l'un des rares défenseurs, dans la discussion qui a eu lieu à ce sujet à la Société de chirurgie (*Bull. et Mém.*, oct. 1888, p. 770), compte aujourd'hui un nombre croissant de partisans. — Voir : L. Landau. *Zur Diagnose und Therapie des Gebärmutterkrebses* (*Samml. klin. Vortr.*, 1889, n° 338, p. 2419). — Dmitri de Ott. *Extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale* (*Annal. de gyn.*, oct. 1889, t. XXXII, p. 267).

tielle que l'on s'adresse dans ces cas-là, l'amputation du museau de tanche ou sous-vaginale ne suffit déjà plus, car il faut de toute nécessité dépasser les limites du mal. C'est donc à une excision sus-vaginale, à un véritable évidement conoïde (analogue à celui que Huguier a, depuis longtemps, appliqué à une autre affection) que l'on a eu recours. Divers chirurgiens ont, indépendamment les uns des autres, pratiqué une opération à peu près identique, sous des noms différents. Kœberlé[1] fait « depuis près de vingt ans » un évidement conoïde au bistouri, en se servant d'une sonde introduite dans le col comme d'un guide, puis « rôtit » avec le thermocautère les tissus qui se rétractent. Baker (de Boston)[2] vante aussi « l'amputation élevée (*high amputation*) » du col suivie de cautérisation ignée. Ély van de Warker[3] opère l'évidement, puis cautérise avec le chlorure de zinc. J. Byrne évide le col au moyen d'une anse galvanique qu'il manie comme un bistouri (fig. 231).

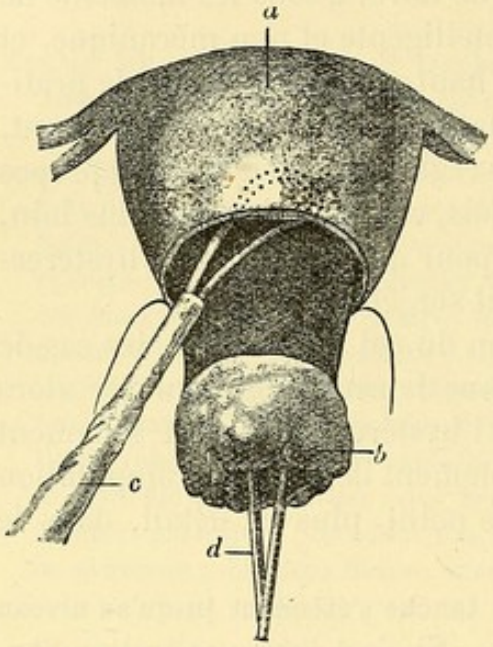


Fig. 231. — Amputation sus-vaginale du col. (Procédé de J. Byrne.)

a, corps de l'utérus. — *b*, col atteint de cancer. — *c*, couteau galvanique. — *d*, pinces à mors divergents qui fixent l'utérus.

Amputation élevée ou supra-vaginale du col. Procédé de Schröder.

Mais c'est Schröder[4] qui a donné le plus d'extension à ce procédé, qui en a le plus nettement posé les indications et qui en a le mieux décrit la technique, sous le nom d'**amputation supra-vaginale du col**. D'après lui, il y aurait une différence fondamentale entre le *cancroïde du museau de tanche* et les autres formes de cancer; le cancroïde serait une affection locale, n'ayant que peu ou point de tendance à se propager vers le corps de l'utérus, si l'on extirpe largement le col, en dépassant les limites du mal de 1 centimètre à 1 cent. 1/2. Cette opération serait donc alors aussi efficace et, d'après Schröder et ses élèves, moins dangereuse que l'hystérectomie.

Voici comment il la décrit[5] :

On abaisse le col malade au moyen de pinces de Museux, jusqu'à l'entrée de la vulve, puis on passe une anse de fil solide à travers

[1] Kœberlé. *Traitement des cancers de la matrice par l'hystérotomie* (*Gaz. hebd. de méd.*, Paris, 26 févr. 1886, p. 139).

[2] W. H. Baker. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1882, p. 265, et 1886, p. 184.

[3] E. Van de Warker. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1884, p. 225.

[4] Schröder. *Zeitschr. f Geb. und Gyn.*, 1879, Bd. III, p. 419, et 1881, Bd. VI, p. 213.

[5] Schröder. *Malad. des org. génit. de la femme.* 6e édit., trad. franç., p. 514.

et au-dessus de chaque cul-de-sac latéral (fig. 232). Ces anses servent à attirer les parties vers le bas; de plus, on peut par leur moyen comprimer l'artère utérine et ses branches; l'excision terminée, elles constituent des sutures solides au fond des culs-de-sac. On peut à la rigueur s'en passer.

Une incision jusque dans le tissu conjonctif sera faite alors, au-devant du bord de la lèvre antérieure, à 1 centimètre au moins des tissus malades; on sépare très facilement la vessie de la paroi antérieure du col sur une assez grande étendue, en déchirant le tissu conjonctif lâche qui les sépare. On relève alors les pinces de Museux de façon à étaler le cul-de-sac postérieur et l'on incise transversalement la paroi postérieure du vagin, comme plus haut. On éprouve beaucoup plus de difficulté à séparer le péritoine de la paroi postérieure du vagin. Si, à cause de l'extension considérable de la néoplasie, on était obligé de faire son incision très haut dans le cul-de-sac postérieur, il pourrait se faire qu'on ouvrît le péritoine, et, même lorsqu'on a su éviter ce danger, on est exposé à érailler en divers points la séreuse si délicate, en la séparant du tissu vaginal. Le péritoine est assez facile à reconnaître même avant d'avoir été entamé : il présente l'aspect d'une vessie bleuâtre et transparente. A-t-on ouvert la séreuse (ce qui est assez indifférent quand on opère antiseptiquement), on termine en fermant la déchirure ou l'incision, au moyen d'une ou de plusieurs sutures, et l'on coupe les bouts de fil très courts. Le vagin étant ainsi divisé en avant et en arrière, on prolonge les incisions de côté, jusqu'à ce qu'elles se rencontrent. Le col dégagé par cette incision circulaire est alors détaché de ses connexions conjonctives, au moyen du doigt, qui déchire les parties et les refoule de côté. Le col est plus difficile à dégager sur les côtés; en cet endroit, le tissu cellulaire est plus ferme et des artères volumineuses pénètrent dans l'utérus. On coupe les vaisseaux après les avoir liés, et, une fois coupés, on y applique encore, au besoin, une seconde ligature. Dès qu'on juge que le col est assez dégagé, on incise la paroi antérieure, jusqu'à ce que le bistouri arrive dans le canal cervical. Alors,

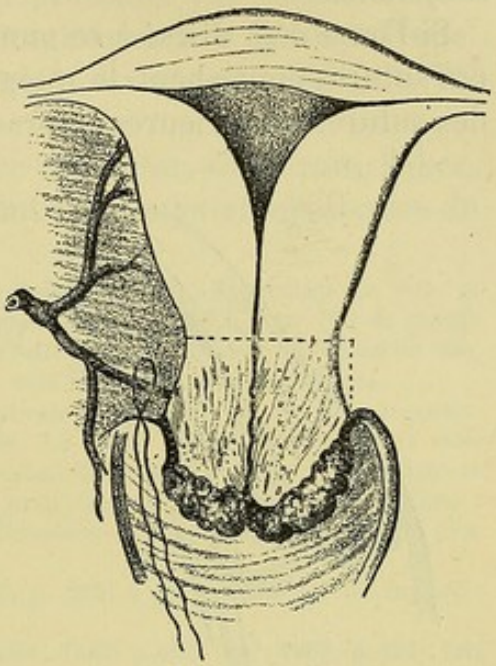


Fig. 232. — Amputation supra-vaginale du col. Figure montrant l'étendue de l'excision et la ligature de la branche inférieure de l'artère utérine.

des fils sont passés à travers le cul-de-sac antérieur et le long de la paroi postérieure de la vessie, traversent la paroi utérine antérieure et ressortent finalement par le canal cervical (fig. 253, B). On noue, et la surface de section de la paroi vaginale antérieure s'applique sur la surface de section de la muqueuse cervicale; cette suture, qui embrasse profondément les parties, ferme aussi la plaie du tissu conjonctif.

Si l'on a déjà divisé à ce moment la paroi postérieure de l'utérus. ces sutures empêchent le moignon de remonter. On place de même des sutures postérieures embrassant les parties profondes et unissant

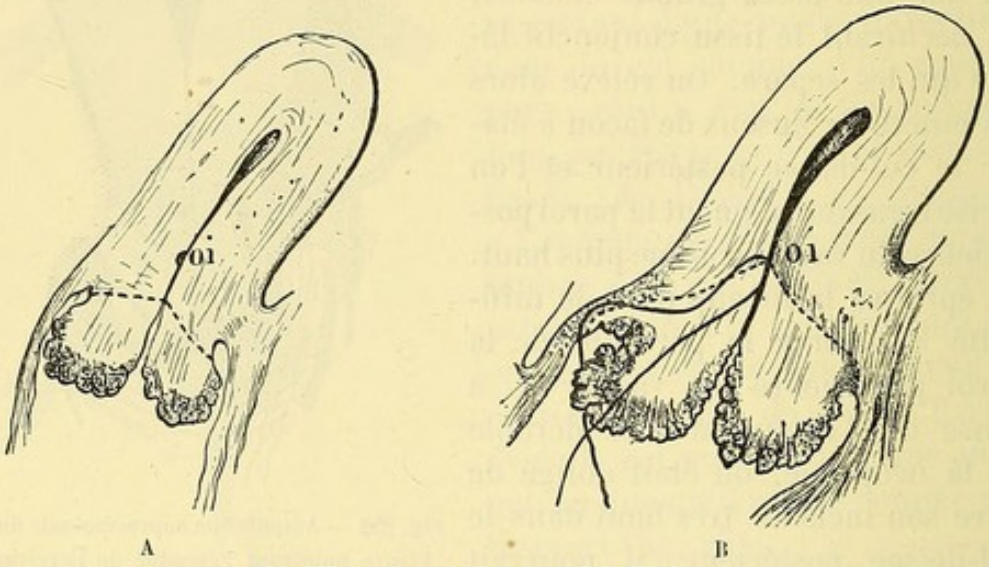


Fig. 253. — Amputation du col de l'utérus.

A. Amputation sous- ou infra-vaginale du col. — *oi*, Orifice interne du col. — B. Amputation sus- ou supra-vaginale du col, trajet de l'incision et de la suture consécutive. — *oi*. Orifice interne du col.

la paroi vaginale à la partie postérieure de l'utérus. On consolide la réunion en plaçant de nouvelles sutures latérales et l'on termine en fermant par des ligatures aussi profondes que possible toutes les surfaces cruentées.

Cette opération permet d'enlever sûrement et en grande partie les culs-de-sac vaginaux (Schröder a un jour enlevé en même temps toute la moitié supérieure du canal vaginal), le col tout entier et même une petite portion du corps de la matrice.

Hofmeier a publié les résultats de la pratique de Schröder et de quelques-uns de ses assistants, du commencement de 1879 à la fin de 1884. 105 extirpations partielles ont donné 10 morts (soit 9,5 pour 100) et des résultats éloignés excellents[1]. Cette

[1] Hofmeier. *Berl. klin. Woch.*, 1886, n° 6, p. 91, et n° 7, p. 106. — Quant aux suites éloignées, voici le relevé de Hofmeier : 7 fois on n'a pu avoir de renseignements; parmi les opérées datant d'un an, 43 avaient une récidive et 45 n'en avaient pas ; sur les

série a été complétée jusqu'en 1891 par Winter[1]; elle comprend toutes les amputations supra-vaginales pratiquées pour cancer à la clinique gynécologique de l'Université de Berlin sous la direction de Schröder et d'Olshausen. Au nombre de 155, ces opérations ont donné 10 morts, soit une mortalité de 6,5 pour 100; les dernières 64 opérations n'ont donné aucun décès. En Allemagne, l'amputation supra-vaginale a été aussi pratiquée par Gusserow[2], en Amérique par Baker et Reamy[3], en Angleterre par Spencer Wells[4] et Wallace[5], et en France par Kœberlé[6], Marchand[7], Buffet[8], Tédenat[9], etc.

En réunissant les séries de Hofmeier et Winter, Gusserow, Baker, Reamy, Sp. Wells et Wallace, on obtient 287 amputations élevées du

85 femmes opérées depuis plus de deux ans, 8 étaient mortes, 7 perdues de vue, et parmi les autres on comptait 37 récidives et 31 guérisons, soit 45,5 pour 100 de guérisons. Des 49 femmes opérées depuis plus de trois ans, 4 étaient mortes, 6 perdues de vue, 26 avaient eu une récidive et 23 étaient guéries : soit 47 pour 100 de guérisons.

[1] Winter. *Ueber die Schrœder'sche supra-vaginale Amputatio in Portio carcinom.* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd. XXII, p. 196). Au point de vue des résultats éloignés, 80 malades ont eu des récidives, soit 57 pendant la première année, 10 pendant la seconde, 5 pendant la troisième, 5 pendant la quatrième et 3 pendant la cinquième; 52 malades sont citées sans récidive, et sur ces dernières 49 étaient opérées depuis plus de deux ans.

[2] Gusserow (*Die Neubildungen des Uterus*, 1886, p. 233) a eu 3 morts sur 33 cas, soit 9,9 pour 100.

[3] W. H. Baker, de Boston (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1882, p. 265, etc.; 1886, p. 484), fait une amputation supra-vaginale (*high amputation*) par un procédé analogue à celui de Schröder, et la fait suivre d'une forte cautérisation ignée. Il rapporte 10 cas sans mort opératoire. La survie a été longue : 2 récidives seulement après quelques mois; 1 guérison pendant 2 ans, puis récidive; 1, pendant 4 ans; 1, pendant 4 ans et 7 mois; 1, pendant 5 ans; 1, pendant 5 ans et 3 mois; 2, pendant 6 ans; 1, pendant 8 ans, puis récidive. Dans une nouvelle série (*New York med. Journ.*, 1891, p. 54), relative aux amputations sus-vaginales pratiquées de 1882 à 1889, il rapporte 16 cas nouveaux, sans mort opératoire; 10 malades, opérées déjà depuis 3 à 8 ans, sont restées sans récidive; les autres ont eu une récidive au bout d'un laps de temps qui a varié entre 6 mois et 3 ans. — Reamy (*Amer. Journ. of Obstetr.*, 1888, t. XXI, p. 1028) a rapporté 57 amputations élevées, suivies de 2 décès opératoires. Il a constaté la récidive sur 29 malades dans une période variant de 1 à 14 ans. Les 26 autres, opérées depuis 1 à 15 ans, paraissaient guéries.

[4] Spencer Wells (*Brit. med. Journ.*, déc. 1888, p. 1267) fait suivre l'amputation élevée du col, au bistouri et aux ciseaux, de l'application du fer rouge. Il a noté 1 mort opératoire sur 6 cas.

[5] Wallace (*Brit. med. Journ.*, 15 sept. 1883), sur 10 cas a observé 2 morts, soit 20 pour 100.

[6] Kœberlé (*Gaz. hebd. de méd.*, 26 févr. 1886, p. 139) préfère à l'hystérectomie totale l'excision élevée du col, suivie de cautérisations énergiques.

[7] Marchand (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, oct. 1888, p. 832) a fait 6 fois l'opération sus-vaginale et a observé 1 mort (péritonite).

[8] Buffet. *Gaz. des Hôp.*, 1886 (cité par Barraud) : 2 opérations, 2 succès immédiats.

[9] Tédenat (cité par Barraud) : 1 opération, 1 guérison. — En réunissant les opérations pratiquées par ces trois chirurgiens, qui représentent à peu de chose près le bilan de la chirurgie française sur ce point en 1888, nous trouvons 9 amputations sus-vaginales, 1 mort opératoire, soit 11,11 pour 100, chiffre analogue à celui de la statistique étrangère; au point de vue de la survie, voici les résultats : 2 femmes perdues de vue; 2 récidives précoces; 2, mortes au bout de 11 et de 30 mois; 2 sont guéries, l'une depuis 3 ans, l'autre depuis 4 ans (Barraud, *loc. cit.*, p. 74).

col avec 18 morts, soit une proportion de 6,2 pour 100. En réunissant celles de Hofmeier et de Baker, qui seules sont assez détaillées à ce point de vue, on a une série de guérisons après deux ans, qui dépasse 50 pour 100! Je trouve, avec Barraud, que cette proportion est « vraiment trop belle » et qu'elle est en désaccord complet avec le pronostic général des cancers. C'est, me semble-t-il, la meilleure démonstration des nombreuses erreurs de diagnostic que doivent recéler ces séries extraordinaires, sur lesquelles on a basé le procès de l'hystérectomie précoce.

Malgré d'ardentes discussions en France et à l'étranger, les chirurgiens sont, en effet, loin d'être d'accord sur le choix à faire entre les amputations partielles et l'extirpation totale. Il est probable que l'opinion de la plupart des adversaires de cette dernière serait considérablement modifiée, le jour où il serait démontré que l'hystérectomie totale n'est pas sensiblement plus grave que l'hystérectomie partielle, quand elle s'applique aux mêmes cas. Or cette démonstration est faite aujourd'hui. Ce qui assombrissait les anciennes statistiques, c'était à la fois l'inexpérience de beaucoup d'opérateurs, l'intervention radicale pour des cas véritablement inopérables, enfin l'absence d'une technique parfaitement tracée. Depuis que ces causes d'insuccès ont disparu par l'expérience et les progrès de l'art, la mortalité est tombée, en France, au taux de 5,88 pour 100[1]. Elle n'a pas subi une diminution moindre à l'étranger. Leopold[2], de 1883 à 1889, a fait 80 hystérectomies vaginales pour cancer avec 4 morts seulement, soit 5 pour 100; les 52 derniers cas de la série ont été suivis de guérison. Dmitri de Ott (de Saint-Pétersbourg[3]) a fait 30 opérations sans une seule mort; Schauta[4] (de Prague) en a pratiqué 65 avec 5 morts, soit 7,6 pour 100. Fritsch[5], dans une première série de 60 cas (de 1883 à 1887), avait eu 7 morts, soit 11,6 pour 100; sa nouvelle statistique (1887 à novembre 1889) comprend 41 cas avec 2 morts seulement, soit 4,9 pour 100 seulement. Ces exemples sont éloquents. Ils prouvent qu'en s'attaquant au cancer à ses débuts, et opérant par l'hystérectomie totale les cas qui font l'objet des ampu-

[1] Barraud (*loc. cit.*, p. 48) a obtenu le chiffre de 5,88 pour 100 de mortalité avec une petite série de 54 cas représentant les opérations faites par Péan, Bouilly, Terrier et Richelot, dans l'année 1888.

[2] Münchmeyer. *Congrès des gyn. all. à Fribourg*, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 51, p. 544). Sur un chiffre total de 160 hystérectomies vaginales pour diverses affections de 1883 à 1889, Leopold a une mortalité de 5,4 pour 100 seulement.

[3] Dmitri de Ott (de St-Pétersbourg). *Extirpation de l'utérus par la voie vaginale, etc.* (*Annal. du gyn.*, oct. et nov. 1889, t. XXXII, p. 241, 325).

[4] Schauta. *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 105 (*supplément*).

[5] Voir A. Tannen. *Beitrag zur Statistik, Prognose und Behandlung des Gebärmutterkrebses* (*Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVII, p. 434). — Dans son mémoire, l'auteur cite 43 cas, dont j'ai dû déduire 2 cas de cancer du corps, ce qui explique la divergence du opurcentage.

tations partielles, on aura une mortalité qui ne dépassera pas celle des amputations du col. Je ne puis même m'empêcher de penser, pour ma part, que l'hémostase et l'antisepsie sont beaucoup plus faciles dans l'hystérectomie totale que dans l'amputation supra-vaginale ; et, de fait, les dernières amputations de ce genre n'ont pas donné, en France et à l'étranger, moins de 11 pour 100 de morts. Le grand argument des adversaires de l'hystérectomie précoce me paraît donc bien près d'être ruiné, et la valeur des raisons qui militent en faveur d'une intervention radicale en est, par suite, considérablement accrue.

La principale de ces raisons est, à mes yeux, l'impossibilité, dans la plupart des cas, d'affirmer que le mal est circonscrit au col, et n'a pas poussé, en suivant la muqueuse, un prolongement ascendant vers le corps. L'examen par le toucher et le spéculum sont tout à fait infidèles à ce sujet, et exposent à de cruels mécomptes. J'ai récemment vu un exemple de cette particularité anatomique, qui échappa à l'examen clinique : j'ai pratiqué l'hystérectomie totale pour un épithélioma qui paraissait exactement limité à la partie inférieure du museau de tanche, pour lequel, par conséquent, l'amputation supra et même infra-vaginale du col eût pu paraître légitime. Or, sur la pièce extirpée il était facile de voir une sorte de coulée néoplasique allant jusqu'au fond de l'utérus le long de la muqueuse. Des pièces analogues ont été décrites.

Un second mode, plus rare, d'extension larvée de cancer, qu'on ne saurait diagnostiquer sur le vivant et qu'on reconnaît seulement sur la pièce, est la formation dans le corps de noyaux métastatiques isolés, lorsqu'il n'existe qu'un petit cancer du col. Des faits de ce genre ont été cités par Binswanger, Ruge, Schauta, Piering, Terrier, Stratz, Abel, Flaischlen[1] et se sont multipliés depuis. Je ne mentionnerai que pour mémoire les observations d'Abel et Landau sur les altérations graves de la muqueuse du corps dans les lésions épithéliales du col. Et cependant, alors même que la nature sarcomateuse de ces lésions ne serait pas démontrée, il n'en est pas moins certain qu'elles existent et constituent un point faible, un *locus minoris resistentiæ* qui doit favoriser la récidive.

Cancer étendu au corps. Hystérectomie vaginale.

III. **Cancer du col avec envahissement du corps, sans propagation aux tissus voisins.** — Pour ces cas-là, il n'y a plus guère de discussion

[1] O. Binswanger. *Centr. f. Gyn.*, 1879, n° 1, p. 6. — P. Ruge. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1886, Bd. XII, p. 202. — Schauta. *Prag. med. Woch.*, 1887, n° 28. — O. Piering. *Zeitschr. f. Heilk.*, 1887, Bd. VIII, p. 335. — Terrier. *Revue de chir.*, mai 1888. — C.-H. Stratz. *Eine Modification der Uterusexstirp. per Vaginam* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 50, p. 817). — Karl Abel. *Berlin. klin. Woch.*, 1889, n° 50, p. 675. — Flaischlen. *Deutsche med. Woch.*, 1890, n° 30. Voir J. Pfannenstiel. *Beiträge zur pathologischen Anatomie und Histogenese des Uteruskrebses auf Grund eines weiteren Falles von doppelten Carcinom an der Gebärmutter* (*Centr. f. Gyn.*, 1893, p. 414).

aujourd'hui et la grande majorité des gynécologistes s'accorde à prôner l'extirpation totale ou hystérectomie par le vagin.

Cette opération, qu'on peut nommer d'un seul mot : **colpo-hystérectomie**, est de date relativement ancienne[1] et a joui d'une vogue éphémère il y a un demi-siècle. Mais elle n'a été tirée de l'oubli, où des insuccès formidables l'avaient fait tomber, que tout récemment, par Czerny, après que les dangers de l'extirpation totale par la voie abdominale (méthode de Freund, 1878, qui avait ouvert la voie) eurent fait chercher une autre méthode. C'est ensuite Demons, de Bordeaux, et J. Bœckel, de Strasbourg, qui ont fait de nouveau connaître l'opération en France[2].

Méthode de la forcipressure.

Colpo-hystérectomie ou hystérectomie vaginale. Méthode de la forcipressure[3]. — Avant d'opérer, on s'est

[1] Voir pour l'historique : Rochard. *Histoire de la chirurgie franç. au XIXe siècle*, p. 265-267. — Ch. Gustave Hesse. *Mémoire pour servir à l'histoire de l'extirpation de l'utérus* (*Revue méd.*, 1827, t. II, p. 67). — Velpeau. *Nouveaux éléments de méd. opératoire*, Paris, 1838, t. IV, p. 426. — Gomet. *L'hystérectomie vaginale en France*. Thèse de Paris, 1886.

[2] Parmi les prédécesseurs des chirurgiens contemporains, il est juste de citer Sauter, de Constance, qui fit la première extirpation vaginale d'utérus cancéreux non prolabé en 1822, et eut un succès opératoire, et Récamier qui, en 1829, réussit sa première opération. Les revers se multiplièrent ensuite et firent abandonner l'opération, qui ne pouvait renaître que dans l'ère de la chirurgie antiseptique.

Consulter sur les débuts de cette renaissance : Czerny. *Ueber Ausrottung des Gebärmutterkrebses* (*Wien. med. Woch.*, 1879, n°s 45 et 49). — Freund. *Zur Totalexstirpation des Uterus* (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1881, Bd. VI, p. 558). — Demons. *Arch. gén. de méd.*, 1883, t. II, p. 257. — Jules Bœckel. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, juin, 1884, p. 448.

[3] L'idée première d'appliquer d'une façon constante et comme procédé de choix de longues pinces et de les laisser à demeure sur les ligaments larges, durant deux ou trois jours, appartient, au moins pour la publication, à Spencer Wells (*Ovarian and uterine tumours*, Londres, 1882, p. 526), qui l'a catégoriquement exposée dès 1882. Voici le texte de Spencer Wells : « Je crois fort probable que l'opération serait très simplifiée si l'on procédait ainsi : attirer l'utérus en bas; séparer les points d'attache du vagin le plus près possible de l'utérus ou dans les points exacts où se réfléchit le péritoine sur ses parois, saisir tous les vaisseaux saignants aussitôt qu'ils sont divisés avec des pinces à pression, ne pas se servir de ligatures, mais laisser les pinces pendre hors du vagin pendant deux ou trois jours jusqu'à ce que tout danger d'hémorrhagie ait cessé » Son élève, Chas. E. Jennings, se trouvant aux prises avec des difficultés opératoires, se souvint simplement des règles du maître, qu'avait récemment encore discutées A. Duncan (janvier 1885) devant la Soc. obst. de Londres, et (le 30 oct. 1885) il appliqua les longues pinces de Sp. Wells, et les laissa à demeure; il y eut guérison; (l'observation fut publiée en mars 1886. *The Lancet*, 1886, vol. I, pp. 682 et 825). — En novembre 1885, Richelot (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, nov. 1885, p. 749) renouvelait devant la Société de chirurgie de Paris la proposition théorique de Spencer Wells, et, le 28 avril 1886, il mettait son projet à exécution (*Commun. à l'Acad. de méd.*, 13 juill. 1886, et *Union méd.*, juillet 1886) et le décrivait comme un procédé de choix, applicable à tous les cas. Péan, qui a revendiqué la priorité de cette pratique, et qui très vraisemblablement est le premier à l'avoir mise en usage, vu la grande extension qu'il a donnée, depuis longtemps, au pincement des vaisseaux, ne l'a publiée qu'en 1886, dans la thèse de Gomet. *De l'hystérectomie vaginale en France*, Paris, 1886. — Buffet, d'Elbeuf (*Gaz. des Hôp.*, 1886, n° 116), a rapporté une observation datant du 19 juin 1885, où Péan avait employé la forcipressure de nécessité dans une hystérectomie pour un myxo-sarcome. Ce qui constitue l'originalité du procédé de Richelot, c'est essentiellement l'emploi *systématique* des pinces de préférence à la ligature, *alors même que celle-ci est facile*.

assuré par l'examen approfondi de la malade que l'utérus est mobile et que les ligaments larges sont souples. Pour cela, la palpation bimanuelle, le toucher rectal, l'abaissement de l'utérus saisi avec une pince fixatrice, sont indispensables. Parfois, dans les cas douteux, pour vaincre la contraction musculaire réflexe, assouplir l'abdomen ou triompher de la pusillanimité extrême d'un sujet nerveux, il est bon de faire cet examen préalable sous le chloroforme.

Une autre précaution préliminaire consiste dans la désinfection aussi complète que possible du vagin, quelques jours avant l'opération, en faisant de larges irrigations au sublimé à 1/5000 deux fois par jour, avec application, dans l'intervalle, de tampons iodoformés.

La malade aura été purgée la veille ; trois heures avant l'opération, elle aura pris un grand lavement simple, et immédiatement auparavant un aide ne devant pas prendre une part directe à l'hystérectomie se sera assuré par le toucher rectal que cet intestin est entièrement vide : s'il en est autrement, l'aide donnera immédiatement des lavements d'eau tiède qui, aidés du doigt, feront sortir toutes les matières; on achèvera le nettoyage par une irrigation rectale à la solution boriquée (50 grammes par litre). La vessie sera vidée, au moment de l'opération, par un des aides.

La malade endormie est alors mise dans la position dorso-sacrée, et un aide placé de chaque côté maintient la cuisse fléchie sous un de ses bras, tandis que l'autre demeure entièrement libre pour prêter assistance. La fourchette est déprimée avec une valve, les parties latérales éloignées avec des écarteurs. Le col est saisi avec des pinces de Museux ou d'autres pinces à préhension (fig. 181) et l'irrigation continue est commencée doucement sur le champ opératoire (fig. 11).

A l'aide d'une curette tranchante, l'opérateur abrase toutes les fongosités de façon à diminuer le plus possible les chances d'infection. Le col ainsi nettoyé est saisi plus solidement à l'aide de pinces de Museux et attiré à la vulve.

1er Temps. Incision du vagin. — Le chirurgien incise circulairement le col aussi loin que possible des tissus malades et complète au

Sur la question de priorité soulevée entre Péan et Richelot relativement au pincement des ligaments larges, voir Péan. *Comptes-rendus du Congrès franç. de chir.*, 1886, p. 388. — Richelot. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 25 oct. 1889, p. 449. — Divers modèles de pinces ont été proposés : pinces longues de Sp. Wells, pinces courbées sur le champ de Péan-Richelot, pinces démontables de Doléris, pinces de Doyen, cintrées de façon à agir par leur extrémité, pinces-clamps de Polk, etc. Voir R. de Madec. *Traitement chirurgical du cancer de l'utérus*, thèse de Paris, 1887. — Doléris. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1887, p. 11. — Doyen. *Nouv. pinces pour les ligaments larges* (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, mars 1888, p. 163). — Polk. *Transact. of the obstet. Soc. of New-York* (*Amer. Journ. of Obstet.*, mars 1888, p. 302). Demons. — *Comptes rendus du Congr. franç. de chir.*, 3e *session*, 1888, p. 372. — S. Pozzi, *ibid.*, et *Indicat. et techn. de l'hystérectomie vaginale pour cancer* (*Annal. de gynéc.*, août 1888, p. 81).

besoin cette incision circulaire par deux incisions latérales, étendues de la base des ligaments larges à l'incision circulaire.

2e Temps. Décollement de la vessie et refoulement du rectum. — En se servant de l'ongle du pouce on décolle avec soin la vessie du col utérin. Il est parfois nécessaire d'amorcer ce décollement à l'aide des ciseaux, qu'il faut manœuvrer prudemment en rasant le tissu utérin. Ce décollement doit être poussé aussi loin que possible. De la même façon, on décolle avec les doigts la muqueuse vaginale postérieure et le cul-de-sac péritonéal postérieur est effondré avec un écarteur ou ouvert d'un coup de ciseaux s'il vient bomber franchement entre les lèvres de la plaie.

3e Temps. Libération du col et pincement préventif des artères utérines. — L'incision du vagin saigne ordinairement peu. En tout cas l'hémorrhagie n'est jamais assez considérable pour nécessiter une hémostase spéciale. L'écoulement sanguin s'arrête d'ailleurs spontanément dès que les deux artères utérines sont pincées. Pour faire cette hémostase sans danger de léser l'uretère, on met largement à découvert le champ opératoire à l'aide de deux écarteurs dont l'un protège le rectum en arrière, l'autre la vessie en avant. On place alors, à la base de chaque ligament large, une pince à mors courts au ras du tissu utérin. Deux coups de ciseaux sectionnent la portion de ligament pincée. Le col est ainsi libéré, et deux incisions latérales le transforment en deux valves antérieure et postérieure qui sont successivement réséquées.

4e Temps. Hémisection et bascule du corps. — Le col une fois enlevé, le corps utérin tend, sous l'influence des tractions, à basculer dans l'un des culs-de-sac, généralement dans le cul-de-sac antérieur. Ici il ne saurait y avoir de règles précises. Il faut aborder le corps utérin là où il tend à basculer naturellement. Cette bascule est singulièrement facilitée, soit par l'hémisection de Doyen si le corps utérin est de petit volume, soit par les manœuvres d'évidement si au contraire le volume de l'organe est considérable. Pour ma part, j'évite autant que possible de multiplier les manœuvres de morcellement en cas de cancer, dans la crainte d'infecter le péritoine avec les fragments du néoplasme. Au cours de l'hémisection ou des évidements successifs le cul-de-sac antérieur est ouvert et le fond de l'utérus apparaît avec le bord supérieur des ligaments larges.

5e Temps. Hémostase des ligaments larges. — Souvent, les annexes saines ou peu malades, sont facilement amenées dans le champ opératoire. Des pinces à mors courts sont placées en dehors d'elles, sur le bord supérieur des ligaments larges dont l'hémostase définitive est ainsi pratiquée par étages successifs à l'aide de pinces courtes placées de haut en bas.

Si l'ablation des annexes présentait de grandes difficultés par suite d'adhérences, etc., on ne s'attarderait pas dans cette manœuvre complémentaire, car mieux vaudrait braver quelques accidents ultérieurs, ordinairement légers[1], que de compliquer l'opération. Brennecke est arrivé à la conclusion que l'ablation des annexes est peu importante, puisqu'elles ne tardent pas à s'atrophier. Cependant les expériences de Grammatikati et les observations de Glaevecke[2] semblent indiquer que la ponte continue, mais qu'elle est tolérée par le péritoine.

On s'assure alors que l'hémostase est complète. Les pinces placées sur les ligaments larges sont réunis en deux faisceaux droit et gauche. Une bandelette de gaze stérilisée ou iodoformée est portée au delà des mors des pinces dans le cul de Douglas et tassée doucement. Le vagin est tamponné avec des lanières de gaze et la vulve fermée avec une plaque de coton hydrophile maintenue par un bandage en T.

Soins consécutifs.

Le traitement ultérieur est très simple. Si les tampons iodoformés ne sont pas trop souillés de sang, on les laisse en place quatre jours. On les renouvelle ensuite, et, au bout de la première semaine, on enlève à la fois ces tampons et la bandelette, faisant office de drain; il y a déjà longtemps que des fausses membranes ont obstrué la plaie péritonéale. Il n'en est pas moins nécessaire d'être très prudent dans les irrigations vaginales, de les faire au bout de huit jours seulement, sous très faible pression (sublimé à 1/5000) et en maintenant la fourchette déprimée. On pourra permettre à la malade de se lever au bout de trois semaines[3]. Pendant les premières vingt-quatre heures, la malade est tenue à la diète et prend seulement un peu de glace contre les vomissements chloroformiques. Je donne un lavement laxatif dès le troisième jour. La guérison peut se faire sans aucune élévation de température.

J'ai décrit le manuel opératoire que j'ai adopté et que je recommande. Je vais maintenant décrire le procédé d'hystérectomie avec ligatures qui est encore employé généralement à l'étranger; j'indi-

[1] Dans une observation de W. Duncan, où l'on n'avait pas enlevé les ovaires, il y eut trois attaques douloureuses très vives, correspondant exactement aux époques menstruelles, signe indubitable d'une ovulation avec péritonite circonscrite; vu l'absence d'accidents ultérieurs, l'auteur pense qu'il s'est produit une cirrhose de l'ovaire. — Mêmes accidents chez une opérée de sir W. Mac-Cormac, d'après W. A. Duncan. *Trans. of the Obstet Society of London*, 1885, t. XXVII, p. 29. — Schröder a aussi, dans quelques cas rares, observé des douleurs au moment des époques menstruelles.

[2] Grammatikati. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 7, p. 105. — Glaevecke. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, Heft 1, p. 1.

[3] S. Gottschalk (*Die Nachbehandlung der vaginalen Totalexstirpation* (*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 443) croit que le séjour au lit doit varier selon l'état constitutionnel des malades et ne pas être systématiquement fixé à 14 jours, comme le veut Fritsch ni à 10 jours comme c'est la pratique de Martin.

querai ensuite, sous forme d'appendice, les principales **modifications de la technique opératoire** auxquelles le nom de leurs auteurs donne quelque autorité.

Méthode des ligatures (procédé de Martin). — 1er temps. Ouverture du cul-de-sac de Douglas et suture vagino-péritonéale. — Le chirurgien fait porter le col très fortement en avant, de manière à

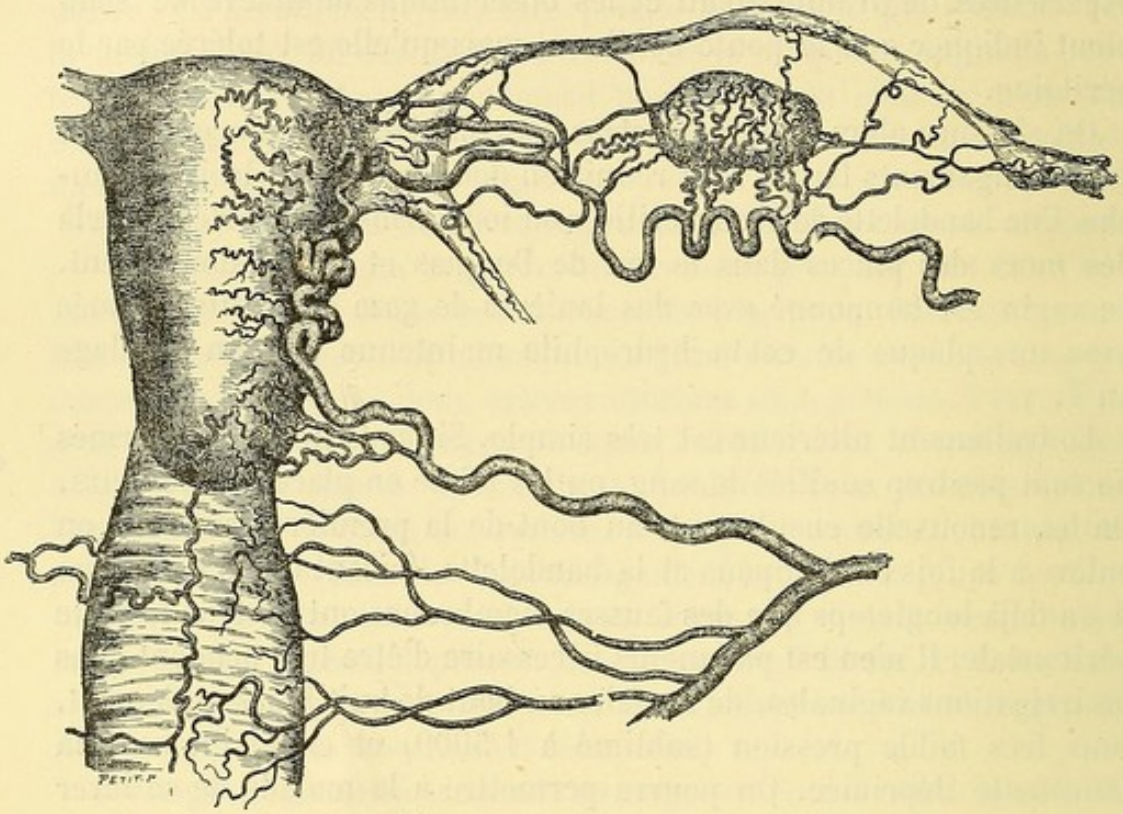


Fig. 234. — Vaisseaux de l'utérus; artères utérine et utéro-ovarienne.

tendre le cul-de-sac postérieur, qu'il incise dans toute sa largeur jusqu'au péritoine.

L'index de la main gauche est insinué dans cette boutonnière, et avec une aiguille très fortement courbée on place une série de plans de suture tout le long de l'incision vaginale, en comprenant toute l'épaisseur des tissus jusqu'au péritoine inclusivement. En procédant ainsi, d'après Martin[1], on obtient une hémostase parfaite du côté des vaisseaux vaginaux qui sont souvent une cause de suintement persistant et, par là, inquiétant; de plus, on ferme les interstices cellulaires et l'on empêche les décollements de se produire dans les manœuvres ultérieures (fig. 235).

Il peut arriver que l'insertion du vagin se fasse en arrière sur le col à une très grande hauteur, ou que le cul-de-sac de Douglas soit en partie comblé par des adhérences. On doit alors poursuivre assez

[1] Aug. Martin. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, p. 368.

longtemps la dissection et il peut être utile de mettre deux plans superposés de sutures.

2e temps. Suture hémostatique du plancher pelvien. — On change d'aiguilles, pour en prendre une plus longue, plus forte et moins surbaissée (des aiguilles de Deschamps pointues sont ce qui convient le mieux pour ce temps spécial). Avec elle on place, de chaque côté de la boutonnière, deux grands points de suture prenant en masse la partie postérieure des culs-de-sac latéraux du vagin et allant profondément saisir, à la base des ligaments larges, les branches inférieures de l'artère utérine, sinon le tronc même de ce vaisseau. Pour cette manœuvre, il faut placer l'index dans un des angles de la boutonnière et fortement déprimer en avant la base du ligament large, que l'on porte, pour ainsi dire, au-devant du point de suture (fig. 236).

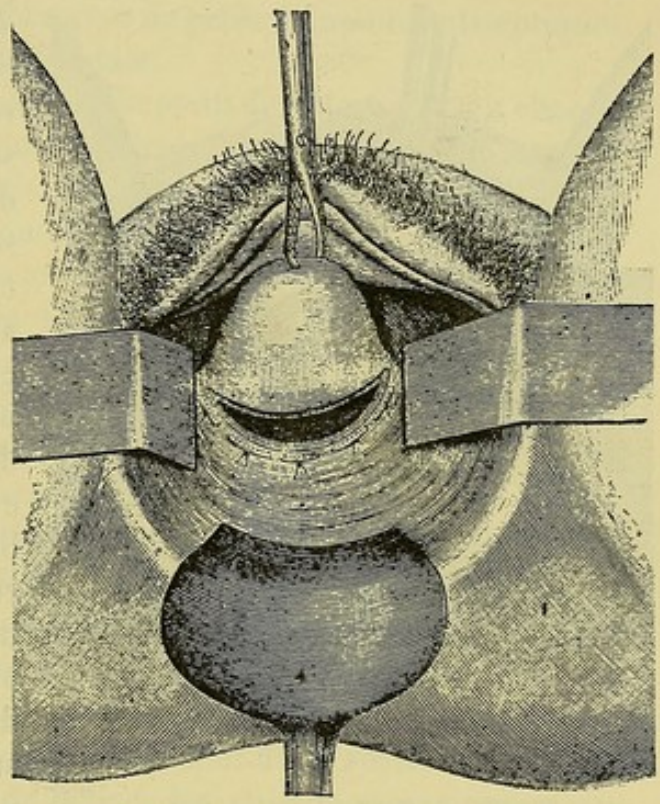


Fig. 235. — Hystérectomie vaginale.
1er temps. Ouverture du cul-de-sac postérieur et suture du vagin (d'après Martin).

L'aiguille entre à 2 centimètres de distance de l'angle de la plaie, et (s'il ne s'agit que d'une aiguille de Deschamps), dès que l'index sent sa pointe, on va à sa recherche avec le porte-aiguille; on l'attire et on la fait ressortir à 1 centimètre de son point d'entrée, de manière à étreindre à peu près 1 centimètre du cul-de-sac latéral du vagin. On doit se servir de soie très forte pour cette ligature et serrer beaucoup. On passe ensuite un à deux autres points de suture de chaque côté, en avant du premier et plus près du col; de cette façon, tous les vaisseaux se trouvent oblitérés du côté du vagin avant qu'on ait terminé les premiers temps opératoires. On n'a pas à redouter l'uretère, qui est situé plus en avant, et qui, du reste, est très remonté, grâce à la forte traction exercée sur le col utérin par l'abaissement.

3e temps. Circoncision complète du vagin; décollement de la vessie. — Le col de l'utérus est maintenant porté en arrière, de façon à tendre

le cul-de-sac antérieur. On complète l'incision autour du vagin; il faut avoir grand soin de se tenir en avant, aussi près que possible du col tout en s'éloignant suffisamment des tissus malades; on s'exposerait sans cela à blesser l'uretère; le tranchant du bistouri doit, pour la même raison, être toujours plus ou moins obliquement dirigé vers le col. Dès que l'incision du vagin est terminée, on abandonne le bistouri, et c'est avec le doigt qu'on procède au décollement de la vessie; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut employer les ciseaux. Il faut se souvenir que l'étendue et la résistance de ces adhérences sont assez variables, selon les sujets. Au bout d'un court trajet, le doigt sent un manque de résistance qui indique qu'on est arrivé à la limite des attaches de la vessie; on peut parfois apercevoir le cul-de-sac péritonéal et le reconnaître à son aspect bleuâtre. Beaucoup de chirurgiens l'incisent à ce moment. On ne doit pas aller plus loin, avant d'avoir, par des points de suture placés sur cette nouvelle boutonnière, arrêté l'hémorrhagie, très médiocre, qui peut alors se produire.

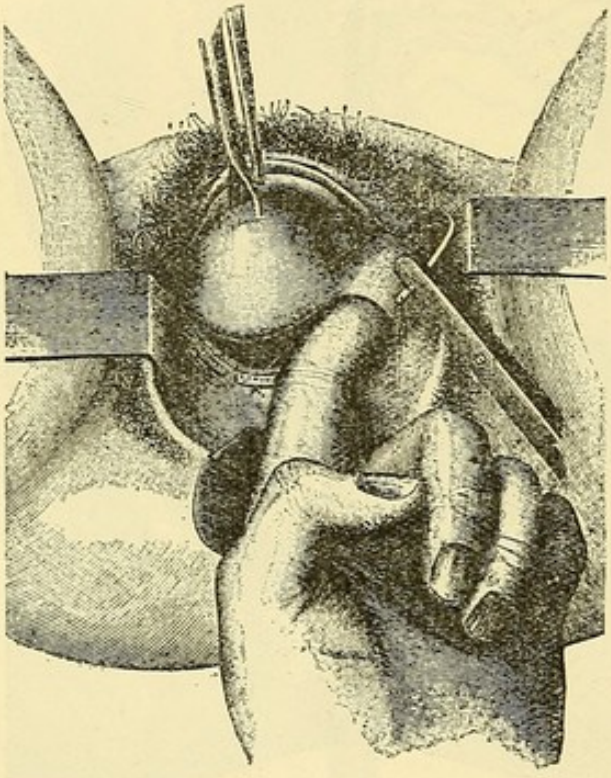


Fig. 256. — Hystérectomie vaginale.
2e temps. Suture du plancher pelvien (d'après Martin).

4e temps. Renversement de l'utérus en arrière; ligature des ligaments larges. — Le col de l'utérus est bien dégagé jusqu'à sa limite supérieure. On l'attire alors en avant, ou déprime la partie postérieure de la plaie avec une valve ou un écarteur, et, à l'aide d'une pince de Museux courbe, on saisit en arrière le fond de l'utérus, qu'on fait basculer dans la plaie; la pince qui tenait le col est auparavant enlevée[1].

Dès que l'utérus est renversé, la partie supérieure des ligaments larges, pourvue de ses ailerons, se trouve en bas, et la base de ces

[1] On a inventé divers instruments pour faciliter le renversement de l'utérus : Martin a employé une sorte de grosse sonde introduite dans sa cavité; Quénu, un crochet à doubles branches cachées et à développement. Ces instruments sont devenus absolument inutiles grâce au morcellement.

ligaments en haut. On en fera la ligature en trois paquets, sans qu'il soit besoin alors d'entre-croiser les fils pour une suture en chaîne. On fait d'abord cette suture et cette section à gauche. Avant de détacher entièrement l'utérus, on place un point de suture réunissant le dernier paquet de ligament large lié à la commissure de la plaie vaginale. On procède ensuite de même du côté droit, et l'on termine, en sectionnant les derniers liens qui retiennent l'utérus, en particulier le cul-de-sac antérieur du péritoine qui a été ménagé, si cela a été possible, pour opposer une barrière à l'infection causée par le col renversé. On fait alors avec de petits tampons antiseptiques de coton une toilette exacte de la plaie.

5e temps. Drainage et pansement. — Un point de suture placé à chaque commissure de la plaie vaginale la rétrécit suffisamment, sans la fermer. Avant de serrer les fils, Martin place dans le cul-de-sac de Douglas un tube de caoutchouc en croix et remplit le vagin avec des bandelettes de gaze iodoformée modérément tassées. Quant à l'occlusion complète de la plaie telle que la préconisait Mikulicz au Congrès chirurgical de Berlin, en 1881, elle n'a, avec raison, que peu de partisans aujourd'hui.

Modifications diverses. — 1er, 2e et 3 temps. — Fritsch[2] commence par une sorte de dissection des culs-de-sac latéraux, et va à la recherche des artères utérines, qu'il incise et dont il fait la ligature. Il procède ensuite à la dissection de la vessie et termine par l'incision du cul-de-sac de Douglas.

Modifications diverses de la technique opératoire.

Olshausen[3] diffère le plus longtemps possible l'ouverture de ce cul-de-sac, de crainte d'infecter la cavité péritonéale.

Schatz[4] réserve pour la fin le décollement de la vessie. Sänger et divers auteurs ont conseillé de diviser les culs-de-sac vaginaux au thermo-cautère (cela rend la dissection difficile et ne présente aucune utilité réelle).

Pour empêcher l'hémorrhagie qui se fait par la surface ulcérée du col, Fritsch place, après l'avoir disséqué, une ligature élastique à sa base.

Müller fait comprimer l'aorte abdominale, durant l'opération.

On a conseillé, dans les cas d'étroitesse exagérée du vagin ou de la vulve (hymen, atrophie sénile, brides circulaires, etc.), de faire des débridements sur le périnée et jusque sur le vagin qui seront ensuite suturés : j'en ai retiré, dans quelques cas, les plus grands avantages.

[1] Krukenberg a publié un cas de mort au 7e jour, par torsion d'une anse intestinale autour d'un drain, pénétrant dans la cavité péritonéale (*Niederrheinische Gesellsch. in Bonn. — Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 37, p. 595).

[2] Fritsch. *Centr. f. Gyn.*, 1883, n° 37, p. 585.

[3] R. Olshausen. *Klin. Beitr. zur Gyn. und Geb.*, Stuttgart, 1884, p. 105

[4] Fried. Schatz. *Arch. f. Gyn.*, 1883, Bd. XXI, Heft 3, p. 409.

Pour saisir le col, qui se déchire si facilement, on a inventé plusieurs modèles de pinces. Brennecke[1] a imaginé un instrument ingénieux qui s'introduit désarmé assez haut dans le col, et dont on fait saillir ensuite les crochets qui s'implantent dans le tissu sain de façon qu'ils ne risquent pas de le déchirer. Des pinces de Museux à affrontement exact et des pinces tire-balles me paraissent suffire, à condition de les porter très rapidement au-dessus du point de circoncision du vagin.

Dans les cas difficiles, Müller[2], après l'application sur les ligaments larges de ligatures provisoires en masse, sectionne l'utérus par le milieu et procède successivement à l'extraction de chaque moitié.

4e temps. — Le renversement de l'utérus n'est pas employé par Billroth, Leopold, Olshausen, etc., qui se contentent d'opérer une forte traction sur l'organe et le détachent peu à peu. Ils reprochent au renversement d'infecter la plaie. Mais ce danger est presque supprimé, si l'on a gratté et désinfecté le col au début de l'opération.

Czerny, Fritsch, Demons renversent l'utérus en avant, manœuvre que facilite la fréquence de l'antéflexion, et cette circonstance qu'on n'a pas à vaincre la résistance des ligaments ronds. Martin et Schröder renversent l'utérus en arrière. J'ai déjà dit qu'il ne saurait y avoir de règle formelle à ce sujet.

Pour l'hémostase des ligaments larges, Olshausen emploie la ligature élastique; il fait une boutonnière au péritoine, entre l'utérus et la vessie, avec un bistouri boutonné de Cooper, et passe le lien élastique en se servant d'une aiguille de Deschamps. Hegar et Kaltenbach[3] recommandent aussi la ligature élastique en masse des ligaments larges, mais à titre provisoire, et ils assurent l'hémostase par des ligatures partielles à la soie, dès que l'utérus a été détaché : cette complication nous semble inutile.

Demons fait les ligatures au catgut, ce qui me paraît insuffisant, vu la difficulté de faire avec le catgut des ligatures serrées.

Le Dentu a proposé une aiguille porte-fil spéciale pour faciliter la ligature du premier ligament large.

La ligature des ligaments larges avec des fils métalliques avait été proposée, théoriquement, par Coudereau. Schröder et Olshausen se sont quelque temps arrêtés à cette idée, qui a vite été abandonnée.

[1] Brennecke. *Zur Technik der vaginalen Uterusexstirpation* (*Centr. f. Gyn.*, 1883, p. 767).

[2] C. J. Müller. *Ueber die Extirpatio Uteri vaginalis* (*Deutsche med. Woch.*, 1881, nos 10 et 11, p. 122 et 142, et *Centr. f. Gyn.*, 1882, n° 8, p. 113).

[3] Hegar et Kaltenbach, *loc. cit.*, 3e édit., p. 445.

Ch.-E. Jennings[1] fait une ligature en masse provisoire du ligament large avec une anse de soie phéniquée, serrée à l'aide d'un plomb perforé qu'on écrase; il place ensuite soit des ligatures, soit des **pinces à demeure.**

5e temps. — Dans le but d'éviter la récidive en enlevant largement les tissus où elle pourrait se produire, on a proposé de terminer l'hystérectomie par la **résection d'une partie voisine du vagin** ou même des **ligaments larges.** Richelot[2] conseille la première, même quand la paroi vaginale paraît saine, comme temps complémentaire, devenu très facile à la fin de l'opération. Pawlik[3], encore plus audacieux, extirpe le *parametrium*, après avoir préalablement placé des sondes dans les uretères pour permettre de les reconnaître et de les éviter; il a opéré trois fois de cette manière, mais les résultats éloignés n'ont pas été publiés. Il est douteux que ces modifications soient utiles et il est certain qu'elles sont plus ou moins dangereuses.

La question du drainage n'est pas définitivement résolue. En France, la plupart des opérateurs laissent la plaie ouverte et y introduisent un ou deux tubes de caoutchouc. En Angleterre, on se sert beaucoup de tubes en verre. Martin emploie un tube de caoutchouc en croix, qui a l'avantage de se maintenir facilement en place; il le retire du troisième au quatrième jour. Mais, en Allemagne, il semble y avoir une tendance à faire la suture de la plaie vaginale. Kaltenbach, Mikulicz, Tauffer, v. Teuffel, Schede, etc., se prononcent dans ce sens. Toutefois Czerny et Fritsch repoussent la suture. Je crois plus prudent, avec Demons, Terrier, Bouilly et la presque totalité des chirurgiens français, de ne pas la faire complètement et de se borner tout au plus à rétrécir la plaie; l'écoulement de sérosité sanguinolente, très fréquent dans les premières heures, montre que c'est une précaution utile, car malgré tous les moyens employés, le champ opératoire peut être infecté par le contact des matières cancéreuses.

Décortication sous-péritonéale.

La **décortication sous-péritonéale de l'utérus**, qui constituait la vieille méthode de Langenbeck (il opéra ainsi, en 1813, un utérus en prolapsus), a été reprise par quelques auteurs, Lane[4] et Franck[5], entre autres. Elle complique inutilement la technique.

Accidents opératoires.

Accidents opératoires. — J'ai déjà parlé de l'**hémorrhagie** et des moyens de l'éviter.

[1] Ch. E. Jennings. *On excision of the entire uterus for cancer* (*Lancet*, 1886, nos 15 et 16, p. 682 et 825).
[2] Richelot. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 29 déc. 1886, p. 946 et 952.
[3] C. Pawlik. *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 1, p. 22.
[4] Lane. *San Francisco Pacif. med. and surg. Journ.*, avril 1880.
[5] Franck. *Ueber extraperitoneale Uterusexstirpation* (*Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXX, p. 1).

L'**uretère** a été parfois blessé par le bistouri ou par une ligature ou les mors d'une pince. Cet accident est arrivé à divers opérateurs distingués[1]. Quand cet accident n'est pas mortel, il en résulte une fistule uretérale.

Pour éviter de blesser ou de lier l'uretère, il faut, comme je l'ai indiqué, libérer soigneusement le col et placer au ras du tissu utérin deux pinces à mors courts sur les utérines; enfin, il faut absolument s'abstenir de placer de longues pinces profondément sur le ligament large[2].

La **vessie** a été ouverte par le bistouri et même crevée par les doigts pendant le décollement. Cet accident est presque inévitable, si l'on opère des cancers à propagation antérieure (ce qui doit contre-indiquer l'opération). Il ne faut jamais oublier de sonder la malade sur la table d'opération pour vider le réservoir urinaire et le rendre moins accessible.

Quand la vessie sera sectionnée ou déchirée, on en fera immédiatement la suture : on a vu ces lésions se réparer alors sans fistule, et si celle-ci se produisait, elle serait facilement guérie plus tard. On maintiendrait, en tout cas, une sonde molle à demeure pendant quelques jours.

Le **rectum** ne peut être ouvert que par une véritable faute de l'opérateur, à moins d'envahissement par le mal, auquel cas l'opération radicale serait plus nuisible qu'utile. On a observé sa blessure par des pinces à demeure[3], soit que les mors l'aient saisi, soit qu'elles aient produit une eschare par simple compression de voisinage.

Gravité de l'hystérectomie vaginale pour cancer du col.

Gravité. — La mortalité de cette opération a considérablement baissé depuis ces dernières années. En 1884, Fr. Brunner[4], réunissant dans sa dissertation inaugurale les cas publiés jusque-là, trouvait, jusqu'à 1887, 33 cas avec 82 pour 100 de mortalité, et depuis 1877 jusqu'à février 1884, 146 cas avec 32,9 pour 100 de mortalité. Mundé[5], sur 255 cas réunis dans les deux mondes depuis 1879 (époque où Czerny fit connaître son procédé opératoire) jusqu'à 1884, a trouvé

[1] J. Bœckel. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, juin 1884, p. 448. — Richelot, in de Madec, *loc. cit.*, p. 80. — Lannelongue (de Bordeaux), cité par Demons. *Congrès franç. de chir.*, 5e année 1888, p. 375.

[2] Quelques auteurs (J. Bœckel, etc., et moi-même) ont, pour porter remède à la fistule uretérale consécutive à l'hystérectomie, pratiqué la néphrectomie; on peut aussi, comme le préfère Kaltenbach, établir alors une large communication entre le vagin et la vessie, puis fermer le vagin inférieurement par l'opération dite du *kolpokleisis*.

[3] Duplouy (de Rochefort). *Congrès franç. de chir.*, 1886, p. 391. — Küster, cité in *Union méd.*, mars 1886. — Vrobleski, *Union méd.*, 18 oct. 1888 (il s'agissait dans ce fait d'une hystérectomie pour un utérus non cancéreux).

[4] F. Brunner. *Ueber die Extirpatio des Uterus von der Scheide aus.* Thèse de Zurich, 1884.

[5] Mundé. *Amer. gyn. Assoc.* (*Gyn. Trans.*, 1884, t. IX).

72 morts, soit 28,2 pour 100. W. A. Duncan[1], sur 276 opérations recueillies jusqu'au commencement de 1885, a trouvé 79 morts, soit 28,6 pour 100. Hache[2], qui a mis à profit les importants tableaux de Sarah Post[3] et y a fait quelques additions allant jusqu'au commencement de 1887, donne à cette époque comme mortalité 24,47 pour 100.

Ces documents n'ont déjà plus qu'une valeur historique. Actuellement, pour apprécier la mortalité de la colpo-hystérectomie pour cancer, il faut éliminer les chiffres anciens et s'en tenir à ceux de ces dernières années, où la technique a été perfectionnée et où les opérateurs ont acquis une plus grande expérience. Il est équitable aussi de ne pas faire entrer en ligne de compte, pour un jugement exact, les nombreux cas isolés publiés par des chirurgiens plus ou moins novices et incompétents. W. A. Duncan, ayant réuni dans sa statistique 276 cas (au commencement de 1885) provenant de 71 chirurgiens, a noté que 35 n'avaient fait qu'une seule fois l'hystérectomie! On risque fort, on le voit, avec de pareils dénombrements, d'obtenir la mortalité inhérente aux opérateurs et non à l'opération. La règle indiquée par Lawson Tait paraît raisonnable; elle consiste à s'en tenir, comme *criterium*, aux résultats de la pratique de chirurgiens dont l'habileté et l'expérience sont avérées. C'est ainsi qu'il faut juger toute opération nouvelle.

A. Martin[4] s'était adressé à des chirurgiens réunissant cette double condition, et il a obtenu la liste complète de leur pratique jusqu'à la fin de 1888. La voici :

Fritsch.	60	opérations avec	7	morts (soit 10,1 pour 100)
Leopold.	42	—	4	— (soit 6 pour 100)
Olshausen.	47	—	12	
Schröder et Hofmeier. .	74	—	12	
Staude.	22	—	1	
A. Martin.	66	—	11	
	311	—	47	soit environ 15,1 pour 100.

Gravité comparative de l'hystérectomie et des amputations du col

Mais, comme je l'ai dit plus haut, ces résultats, quoique récents, sont déjà trop anciens et ont été de beaucoup dépassés. Les dernières statistiques que j'ai citées ramènent à 5 pour 100 environ le chiffre actuel de la mortalité. J'ai déjà indiqué la dernière série de 80 opé-

[1] W. A. Duncan. *On extirpation of the entire uterus* (*Trans. of the Obstet. Soc.*, Londres, 1885, t. XXVII, p. 26).

[2] M. Hache. *De l'hystérectomie vaginale pour cancer* (*Revue des sciences méd.*, 1887, t. XXIX, p. 724).

[3] Sarah E. Post. *Kolpohysterectomy for cancer* (*Amer. Journ. of med. sciences*, 1886, t. XCI, p. 113).

[4] A. Martin. *Transactions of the international medical Congress*, [sept. 1887 (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, p. 1108).

rations de Leopold[1] avec 4 morts seulement, soit 5 pour 100; celle de Kaltenbach[2] comprend 53 hystérectomies pour cancer du col avec 2 morts, soit moins de 4 pour 100; celle de D. de Ott[3] est encore plus heureuse et l'on n'y trouve pas un seul décès sur 30 opérées. Il en est de même d'une série de 25 succès consécutifs, obtenus par Péan[4]. Après ces chiffres, il n'y a plus, semble-t-il, à discuter longuement l'application de cette opération à tous les cas où le cancer a été diagnostiqué. Personne ne saurait nier qu'on ne soit ainsi bien plus assuré de faire une opération radicale. Pourquoi, dès lors, se priver du bénéfice qu'elle offre, du moment qu'elle est devenue aussi bénigne que les opérations partielles?

Par suite, beaucoup de chirurgiens réagissent aujourd'hui contre les amputations du col dans le cancer. Schatz, Gusserow, Martin, Kaltenbach, Sänger, Fritsch, Christian Fenger, Bouilly, Terrier, P. Segond, etc., se prononcent très catégoriquement à ce sujet. Je crois aussi qu'il faut opérer dès que le diagnostic de cancer est certain. C'est ce qui m'a fait écrire[5] (sans avoir toujours été compris)[6] : « Plus le mal est limité, plus l'opération doit être étendue ». En enlevant tout l'utérus, dès le début, on est, en effet, sûr de ne rien laisser du mal et on a des chances d'éviter l'engorgement ganglionnaire et l'envahissement des tissus voisins. Ceux-ci sont-ils survenus, on n'a plus à s'en tenir qu'à des destructions partielles et palliatives. En somme, il s'agit d'appliquer simplement ici les préceptes acceptés pour les cancers externes, en général.

Causes de la mort.

Causes de la mort après l'hystérectomie vaginale. — On peut les ranger sous trois chefs principaux : l'**hémorrhagie**, le **shock opératoire**, la **septicémie**.

Hémorrhagie.

L'**hémorrhagie** peut se produire pendant ou après l'opération. L'hémorrhagie primitive est toujours le résultat d'une faute opératoire; on l'évitera sûrement en pinçant pas à pas les tissus, par petites tranches, avant de les diviser. Les hémorrhagies autrefois fréquentes au début de la forcipressure lorsqu'on se servait de pinces à mors très longs[7] sont devenues aujourd'hui tout à fait exceptionnelles grâce à l'emploi des pinces à mors courts.

L'hémorrhagie consécutive, ou plutôt continuée, a été observée

[1] Leopold, d'après F. Münchmeyer. *Ueber die Endergebnisse, etc.* (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXVI, Heft 3, p. 424).

[2] R. Kaltenbach. *Berl. klin. Woch.*, 1889, nos 18 et 19, p. 389 et 417.

[3] D. de Ott. *Annal. de Gyn.*, oct. nov. 1889, p. 241 et 325.

[4] Péan, communication à Sécheyron. *Traité d'hystérotomie*, 1889, p. 542 (en note).

[5] S. Pozzi. *Indicat. et technique de l'hystérectomie vaginale pour cancer* (*Annal. de gyn.*, août-sept. 1888, t. XXX, p. 81, 179).

[6] M. Barraud, *loc. cit.*, p. 6.

[7] Richelot. *Union méd.*, 3 avril 1888.

après l'ablation de cancers ayant envahi les parties voisines de l'utérus et où tout n'avait pu être enlevé.

Dans le cas d'hémorrhagie secondaire, qui constitue un accident rare, on pourrait faire un tamponnement antiseptique du vagin avec de la gaze iodoformée et colophanée, si la perte de sang n'est pas très forte et, dans le cas d'hémorrhagie inquiétante, aller à la recherche du vaisseau qui saigne, et y placer des pinces.

Shock opératoire.

Sous le nom vague et compréhensif de **shock** se groupent des facteurs très divers : en premier lieu, l'épuisement par une hémorrhagie dont l'importance a pu être méconnue par l'opérateur, si elle n'a pas eu les allures d'un accident, car, si l'on n'a pas soin de faire l'hémostase pas à pas, quelques vaisseaux donnent du sang durant presque toute la durée de l'opération : cela est très grave quand celle-ci se prolonge et que la malade est déjà épuisée.

Altération des reins.

Une autre cause du prétendu **shock** est l'urémie aiguë consécutive à l'**altération des reins**. On sait combien leurs lésions sont fréquentes, par suite de la compression des uretères. Beaucoup de cancéreuses vivent, on peut le dire, avec un minimum d'organes uropoiétiques, dans une sorte d'équilibre instable. Si l'on vient à rompre cet état précaire par une perturbation violente, l'urémie qui était proche ou imminente se produit rapidement. L'opération peut alors simplement agir par l'absorption du chloroforme dont l'élimination par les reins amène une congestion rénale mortelle; d'où la gravité des anesthésies prolongées. Elle agit aussi par la résorption des produits de la plaie, dont l'élimination encombre le filtre rénal et peut accaparer l'action de la petite portion du tissu sain qui suffisait à peine à la dépuration normale de l'économie. Très nombreuses sont les observations de malades, mortes soi-disant de *shock*, chez lesquelles il est facile de voir, d'après les détails cliniques et nécropsiques, qu'il s'agissait d'urémie, généralement à forme comateuse. Peut-être aussi celle-ci a-t-elle été causée plus souvent qu'on ne l'a cru, et sans qu'on s'en soit aperçu, par la ligature malheureuse des uretères.

Pour se mettre à l'abri de ces accidents, il faudrait ne jamais faire l'hystérectomie chez des malades présentant de l'albuminurie ou simplement une forte diminution des matières solides de l'urine. Si l'on passe outre, malgré ces conditions défavorables, on devra connaître la gravité du pronostic, et tâcher d'opérer très vite, de façon à faire durer l'anesthésie le moins longtemps possible. J'ai l'habitude de mettre mes opérées au régime lacté dans les premiers jours qui suivent l'opération, pour faciliter la diurèse autant que pour faire tolérer l'alimentation.

Septicémie

Une des causes principales de **septicémie** est la souillure du champ

opératoire dans sa profondeur par les débris et le suc cancéreux. On se mettra le plus possible à l'abri de ce danger, en suivant les règles que j'ai indiquées et que je rappelle : curage préliminaire ou extemporané des parties fongueuses, irrigation continue durant l'opération, et autant que possible absence de morcellement.

Survie après hystérectomie.

Survie après l'hystérectomie. — L'opération est encore de date récente et pourtant des documents nombreux ont été réunis sur ce sujet. Le travail le plus étendu que nous possédions est celui qu'a publié Hache[1]. Il est résumé dans le tableau suivant, que je reproduis, non sans faire remarquer qu'il se rapporte, malheureusement, à des séries relativement anciennes, comprenant des cas certainement opérés trop tard, sans chances réelles de guérison durable. Il donne donc une idée beaucoup trop sombre des résultats actuels de l'opération. Mais il constitue un document précieux permettant d'apprécier les progrès accomplis depuis 1886.

Sur 150 *malades revues après guérison.*

Époque.	Malades perdues de vue avant la récidive.	Malades mortes ou en récidive.	Malades revues sans récidive.
3 mois.	5	23	122
6 mois.	6	20	96
9 mois.	5	10	81
12 mois.	2	9	70
18 mois.	10	8	52
2 ans.	14	0	38
3 ans.	21	0	17
4 ans.	10	1	6

D'après les chiffres précédents, on peut approximativement estimer la répartition des survies et des récidives sur 100 opérées dans ce qu'on pourrait appeler la période initiale de l'hystérectomie (allant jusqu'en 1886). Pour établir cette proportion, on est en droit, avec Hache, de considérer toutes les malades perdues de vue moins d'un an après l'opération, comme ayant récidivé immédiatement, après le dernier examen qu'elles ont subi. Pour celles dont la période d'observation a dépassé un an, Hache a porté comme récidivées la moitié de celles qui ont été ensuite perdues de vue. Les résultats qui suivent doivent donc être considérés comme l'interprétation la plus pessimiste de la statistique précédente.

Sur 100 *opérées* .

23 succombent à l'opération.
15 récidivent dans les 3 mois } (28, 1er semestre).
15 — de 3 à 6 — }
13 — de 6 à 12 — (13, 2e semestre).
10 — de 1 an à 2 ans (10, 2e année).
26 sont encore bien portantes, au bout de 2 ans.

[1] Hache, *loc. cit.*, p. 727.

En cherchant quelle quotité pour 100 représentent les récidives, par rapport au nombre des opérées survivantes, au début de chacune de ces périodes, Hache trouve que les chances de récidive restent sensiblement égales, pendant les deux premiers trimestres, pour décroître ensuite graduellement. Il est évident que ce résultat est surtout dû aux opérations incomplètes et aux repullulations immédiates d'un néoplasme simplement réséqué. Il y a aussi un autre facteur, c'est l'allure galopante de certains cancers, principalement chez les jeunes femmes. On peut citer, comme exemple frappant, une opérée de Tillaux et deux de Tédenat qui ont récidivé au bout de 6 semaines, de 3 mois et de 5 mois. J'ai observé moi-même un cas de récidive rapide chez une femme de trente-huit ans, atteinte d'épithélioma tubulé, ayant donné lieu à un cancer du col de *forme cavitaire*; le début de l'affection paraissait remonter à cinq mois seulement au moment de l'opération : la récidive fut très rapide, quoique la totalité du mal eût été enlevée, et la malade succomba 5 mois après l'hystérectomie[1].

Un document important nous est donné par A. Martin dans le mémoire que j'ai cité. Dans les séries rapportées par lui, comprenant la pratique de quelques gynécologistes allemands jusqu'à la fin de 1886, voici quels avaient été les résultats, au point de vue de la survie; la récidive s'était produite après le délai suivant :

Récidive au bout de :	Leopold, sur 38 op.	Schröder, sur 62 op.	Fritsch, sur 55 op.	Martin, sur 55 op.
1 an	16	20	17	35 cas.
1 an 1/2	9	10	»	32
2 ans	5	7	7	25
3 —	2	4	2	20
4 —	»	»	»	5
5 —	»	»	»	3
6 —	»	»	»	2

Ces chiffres donnent le pourcentage suivant :

Récidive au bout de	1 an	42, 51 p.	100.
—	1 an 1/2	33, 1	—
—	2 ans	21, 2	—
—	3 ans	13, 52	—
—	4 ans	2, 41	—

Les premières observations d'hystérectomies vaginales faites en France furent l'objet d'une discussion à la Société de chirurgie, en octobre 1888; leur date récente ne permettait pas d'établir un tableau analytique. Mais les dernières statistiques communiquées à la Société

[1] S. Pozzi. *Annal. de gyn.*, sept. 1888, t. XXX, p. 192.

de chirurgie, à la fin de 1891[1], nous fournissent des éléments sérieux d'appréciation.

P. Segond a opéré 25 cancers du col, avec 7 morts opératoires; 4 malades sont mortes de récidive au bout d'un an; 3 malades vivent avec récidive; 2 sont opérées depuis plus d'un an; 3 vivent encore sans récidive, l'une depuis novembre 1888, les deux autres depuis octobre 1889 et avril 1890. Les six dernières opérations sont de date récente (août 1891).

Terrier, de juin 1885 à septembre 1891, est intervenu pour l'hystérectomie dans 29 cas de cancer du col; il a observé 6 morts opératoires. L'une de ses opérées n'a pas de récidive depuis plus de 6 ans et 5 mois, 2 ont eu une survie de 4 ans et demi, 2 autres de 3 ans et 3 ans et demi, 3 de 2 ans à 2 ans et demi; toutes les autres opérées sont mortes au bout d'un mois à 1 an. Sur 3 cas de cancer simultané du col et du corps, Terrier a observé une mort opératoire; les deux autres ont survécu 8 mois et 13 mois et demi.

En 1888, Bouilly avait pratiqué 20 hystérectomies avec 7 morts. De 1888 à 1892, il a pratiqué cette opération pour cancer du col 19 fois, avec 7 morts : 3 de ses opérées restent guéries l'une depuis 4 ans et demi, les 2 autres depuis près de 4 ans et plus de 3 ans et demi.

Richelot[2], sur 47 opérations, a eu 3 morts opératoires, 1 mort survint après deux mois, par la réparation d'une fistule urinaire. 2 fois le diagnostic était douteux. 3 malades ont disparu. 10 fois l'hystérectomie n'a eu d'autre valeur que celle des opérations palliatives dirigées contre les cancers envahissants. Restent 28 malades; 11 ont récidivé, l'une au bout de 5 ans et demi, les autres en moyenne après un an. 17 restent guéries; 2 depuis 7 ans; 1 autre depuis 4 ans, 2 depuis 3 ans et demi, 4 depuis 2 ans à 3 ans et demi, 1 depuis 17 mois, les 7 autres depuis moins d'un an.

J'ai moi-même eu 1 guérison d'une durée de 2 ans et demi, et une autre de 3 ans. La récidive s'est produite chez l'une et chez l'autre.

Kaltenbach[3], sur 49 malades opérées durant une période de 4 ans et demi, a eu 2 morts opératoires. 25 malades ont récidivé entre 3 mois et demi et 16 mois; 1 au bout d'un an et demi; 7 étaient sans récidive au bout d'un an.

[1] Voir *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, séance du 28 oct. 1891, p. 625 et suiv.; — séance du 18 nov., *ibid.*, p. 666 et suiv.; — séance du 25 nov., *ibid.*, p. 688 et suiv.; et enfin séance du 2 déc., *ibid.*, p. 709.

[2] G. Richelot, *L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses*. Paris, 1894, p. 38.

[3] Kaltenbach. *Zur Therapie der malignen Neubildungen des Uterus.* (*Beitr. zur Geburts. und Gyn.* (*Hegar von Schülern gewidmet*). Stuttgart, 1889, p. 24).

Tannen[1] rapporte 43 nouveaux cas opérés par Fritsch, de 1887 à 1889, avec 3 morts, soit 6,9 pour 100. La proportion des malades sans récidive au bout de 3 ans est de 48,7 pour 100, au bout de 4 ans 45 pour 100, au bout de 5 ans 36 pour 100.

Gusserow[2], sur 67 hystérectomies vaginales, a eu 7 morts opératoires. 56 malades ont été revues; 16 opérées depuis 8 ans à 10 mois sont sans récidive; 10 opérées depuis moins de 6 mois n'ont pas encore de récidive; 23 ont récidivé.

Une des plus importantes séries qui aient été publiées est celle de Leopold, ayant trait à 80 hystérectomies vaginales pour cancer; 4 malades seulement ont succombé à l'opération. Elle comprend sa pratique sur ce point depuis 5 ans et demi. Sur les 76 femmes guéries, 14 avaient succombé, au moment de la publication de Münchmeyer[3], dont 10 de récidive du cancer; depuis lors[4], 17 autres sont mortes; il reste donc 45 opérées dont 37 ont été vues par Leopold et dont 8 lui ont écrit. Ces 45 opérées se répartissent de la façon suivante :

Sont actuellement restées sans récidive depuis plus de :

2 ans après l'opération	45	sur	80	opérées.	56,25	0/0
3 ans —	34	—	58	—	58,6	—
4 ans —	25	—	42	—	59,5	—
5 ans —	18	—	30	—	60	—
6 ans —	6	—	9	—	66,6	—
7 ans —	2	—	2	—	100	—

Hofmeier[5], Schauta et Olshausen[6], considérant la fin de la deuxième année pour établir la valeur thérapeutique de l'extirpation totale, sont arrivés aux chiffres suivants comme représentant la proportion de guérison *complète*. Hofmeier, d'après les opérations de Schröder, à 24 pour 100, et d'après ses opérations personnelles à 60 pour 100. Schauta, d'après sa propre statistique, à 47,3 pour 100. Olshausen sur 235 cas opérés en 4 ans et demi avec une mortalité opératoire de 12,8 pour 100, a pu suivre 155 malades; 41 étaient sans récidive plus de 2 ans après l'intervention, soit 26,4 pour 100.

Krükenberg[7] a publié les résultats de 217 hystérectomies vaginales pour cancer du col pratiquées par Schröder, Olshausen et Hofmeier.

[1] Tannen. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVII, p. 420.

[2] Gusserow. *Erfahrungen über vaginale Totalexstirpation, etc.* (*Berl. klin. Woch.*, 1891, n° 47).

[3] P. Münchmeyer. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXVI, Heft 3, p. 426.

[4] Ed. Leisse. *Ueber die Endergebnisse der vaginalen Totalexstirpation wegen Carcinom*, etc. (*Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XL, Heft 2, p. 265.)

[5] Hofmeier. *Zur Frage der Behandlung und Heilbarkeit des Carcinoma uteri* (*lu à la Soc. phys. méd. de Würzbourg*, le 28 juin 1890). Munich, 1890, p. 13.

[6] Schauta (de Prague). *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 105 (*supplément*). — Olshausen. *Centr. f. Chir.*, 1892 (*supplément*), p. 111.

[7] Krükenberg. *Die Resultate der operativen Behandlung des Carcinoma, etc* (*Zeitsch. f. Geb und Gyn.*, 1892, Bd. XXIII, p. 107).

25 malades ont succombé à l'opération, soit une mortalité opératoire de 12,7 pour 100; 188 malades ont été revues :

Au bout de 1 an	sur	188	cas	110	étaient	sans récidive,	soit	58,5 pour 100.
— de 2 ans	—	141	—	65	—	—	44,7	—
— de 3 —	—	112	—	42	—	—	37	—
— de 4 —	—	88	—	26	—	—	29,5	—
— de 5 —	—	51	—	9	—	—	17,6	—

Zweifel[1] a publié une série de 77 hystérectomies vaginales pour cancer avec 4 morts opératoires, soit 5,5 pour 100. 12 malades opérées en 1887 et 1888 ont toutes récidivé; sur 13 opérées en 1889, 7 sont sans récidive; sur 12 opérées en 1890, 7 sont également sans récidive; de 14 malades opérées en 1891 aucune n'a encore de récidive.

Martin[2] depuis 1887 a pratiqué 77 nouvelles hystérectomies vaginales pour cancer avec 10 morts, soit 13 pour 100.

Il vaudrait mieux dire guérison *durable*, car la récidive est alors encore à craindre. Il serait illusoire, je crois, de parler de guérison définitive pour le cancer de l'utérus plus que pour les autres néoplasmes malins. Je crois qu'on doit se méfier du diagnostic primitif des opérées qui ne récidivent pas. Pour moi l'hystérectomie est seulement un traitement palliatif d'une durée plus ou moins longue : la moyenne de celle-ci me paraît, d'après mes expériences, ne guère excéder un an, après quoi la récidive se produit et entraîne la mort en un an au plus. Chez les malades jeunes et avec la forme papillaire ou végétante, la récidive est parfois excessivement rapide. On n'en est pas moins autorisé à pratiquer l'hystérectomie, comme on pratique l'amputation du sein avec curage de l'aisselle, dont le pronostic est certainement plus grave. La récidive est toujours à craindre dans l'un et l'autre cas; mais une guérison temporaire est encore une guérison.

Survie après les opérations partielles.

Il est intéressant de connaître la **survie après les opérations partielles (infra et supra-vaginales)** pour la comparer à celle de l'ablation de tout l'utérus. Je reviens donc avec plus de détails sur celles-ci, quoiqu'elles aient déjà donné lieu à quelques développements.

Avant de rapporter les principaux documents que nous possédons sur ce sujet, je ferai remarquer avec quelle réserve on doit tirer des conclusions de ce parallèle disparate. Dans quels cas fait-on toujours l'amputation du col? Pour des cancers au début. Dans quels cas pratique-t-on le plus ordinairement l'hystérectomie? Pour des cancers assez avancés, ayant déjà progressé jusqu'au corps. Or, dans le premier cas, il y a beaucoup de chances pour que le mal n'ait

[1] Zweifel. *Vorlesungen über klinische Gynækologie*, Berlin, 1892, p. 318.
[2] A. Martin. *Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten*, 3e édit., p. 336.

pas encore infecté les lymphatiques ; ces chances sont, au contraire, très faibles dans le second. Quoi d'étonnant, dès lors, si la récidive est moins rapide dans les cas où l'amputation du col a été assez heureuse pour enlever tout le mal? Mais qui oserait dire que les cas de guérison durable n'auraient pas été plus nombreux, si tous les cas traités par l'opération partielle l'eussent été par l'ablation totale de l'organe[1]? Ce serait méconnaître les faits, où, avec les apparences d'un mal limité au col, la muqueuse du corps est envahie par propagation et ceux où le parenchyme utérin est parsemé au loin de noyaux secondaires.

La comparaison qu'on a voulu établir entre les résultats de l'opération parcimonieuse et ceux de l'opération radicale, au point de vue de la survie, ne serait juste que si elle pouvait s'appliquer à deux séries de malades exactement similaires, ayant des affections également limitées. Mais comment faire un parallèle à l'aide des séries publiées d'hystérectomies totales, renfermant toujours en grande majorité, des cas où le mal a plus ou moins largement dépassé le col, qui figurent à côté de cas moins graves et qui assombrissent le tableau final? Voilà pourquoi j'ai cru devoir contester[2] la valeur des statistiques actuelles à ce point de vue spécial.

Je ne citerai pas moins, à titre de documents, les statistiques les plus importantes, celles de Schröder-Winter, du professeur Verneuil et celle de Byrne.

La première en date, et non la moins curieuse, est celle de Hofmeier[3], réunissant les opérations totales (hystérectomies) et partielles (amputations du col) de la clinique de Schröder, de 1878 à 1886. Voici le nombre comparatif des malades restées guéries avec les deux méthodes :

Au bout de 1 an. .	Op.	partielle,	49	guéries	sur 114	opérées	= 57 %[4]
	Hyst.	totale,	20	—	sur 46	—	= 63,6
Au bout de 2 ans. .	Op.	partielle,	38	—	sur 102	—	= 46
	Hyst.	totale,	7	—	sur 40	—	= 24,1

[1] D. de Ott fait remarquer qu'il est indispensable, au point de vue de la survie, de diviser les malades en deux catégories : celles qui sont opérées au début du mal, celles chez qui la lésion est déjà très avancée. La première catégorie seule lui a constamment donné une survie supérieure à un an, et, parmi elles, il y a eu une guérison qui s'est maintenue depuis 3 ans et demi, une autre depuis 2 ans et 1 mois. Toutes les femmes opérées tardivement ont, par contre, vu la récidive se produire entre 1 et 11 mois.

[2] S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 771.

[3] M. Hofmeier. *Ueber die endgültige Heilung des Carcinoma cervicis uteri durch die Operation* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1886, Bd. XIII, Heft 2, p. 360). — Il ne faut pas confondre ce travail, qui est le plus complet, avec d'autres publications de Hofmeier sur le même sujet (*Centr. f. Gyn.*, 1884, p. 284; *Ibid.*, 1886, p. 92 et *Berl. klin. Woch.*, 1886, nos 6 et 7, p. 91 et 106). Des différences très notables existent entre les chiffres de ces divers travaux et elles ont amené une certaine confusion dans les citations qu'on en a faites.

[4] C'est par erreur de calcul que l'auteur (*loc. cit.*, p. 366) indique dans son mémoire 51 pour 100.

Au bout de 3 ans. .	Op. partielle,	24	guéries	sur	76	opérées	= 42
	Hyst. totale,	6	—	sur	31	—	= 26
Au bout de 4 ans. .	Op. partielle,	19	—	sur	59	—	= 41,3
	Hyst. totale,	0	—	sur	18	—	= 0

On voit quel énorme avantage reste, dès la seconde année, à l'amputation (*supra* et *infra-vaginale* réunies) du col; au bout de 3 ans, 24 malades sur 76, au bout de 4 ans, 19 malades sur 39 opérées par l'extirpation du col n'avaient pas de récidive cancéreuse. Mais, peut-on se demander, n'est-ce pas simplement parce que seules elles avaient été opérées, avant l'infection lymphatique?

Les résultats du professeur Verneuil[1] sont non moins remarquables. Voici dans quelles proportions, et après quel répit, les récidives se sont montrées chez des opérées d'amputation *infra-vaginale du col*, par l'écraseur; sur 21 guérisons (opératoires) il y a eu 9 récidives précoces. Il n'est pas inutile de noter que, *six fois au moins sur ces neuf cas*, le professeur Verneuil avait immédiatement reconnu à l'examen des pièces, que l'ablation n'avait pas été complète. Dans les 12 autres, le foyer opératoire est demeuré indemne de toute repullulation : 2 fois jusqu'à la mort, survenue après 7 ans et après 17 mois; 5 fois jusqu'à l'époque où les malades ont été perdues de vue en très bon état, 3 ans en moyenne après l'opération; 2 fois chez des opérées encore vivantes aujourd'hui, mais atteintes de récidive à distance, survenue après 3 ans de guérison apparente; 3 fois enfin chez des femmes actuellement bien portantes opérées depuis 5 ans, 17 mois, et 3 mois[2].

J. Byrne[3], dans un mémoire plus récent, a publié les résultats de sa propre expérience depuis plus de 20 ans. Il est intervenu dans 81 cas de cancer du col et a toujours pratiqué des ablations partielles au galvano-cautère. Au point de vue de la récidive, il a remarqué que le néoplasme n'avait pas reparu depuis plus de 17 ans chez 1 malade, depuis 13 ans chez une autre, 11 ans chez 2, 7 ans chez 6, 5 ans chez 8, 4 ans chez 6, et enfin depuis plus de 3 ans chez 11 opérées.

En opposition avec ces séries si probantes pour l'efficacité thérapeutique des opérations partielles, il faut, à la vérité, citer les résultats de la pratique de M. A. Martin[4]. Élevé à l'école de Schröder, il

[1] Verneuil. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, oct. 1888, p. 717.

[2] Winter (*Ueber die Schröder'sche hohe Amputation*, in *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 29, p. 616) a publié tout récemment les résultats immédiats de l'amputation partielle; d'après Schröder, dans 155 cas : il y eut 10 morts opératoires, soit 6,5 pour 100; après 2 ans, 38 pour 100 des femmes restèrent guéries; 26,5 pour 100 n'avaient pas de récidive au bout de 5 ans.

[3] J. Byrne. *A digest 20 years experience in the treatment of uterine cancer* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1889, t. XXII, p. 1052) et *tirage à part*. Philadelphie, 1890, p. 16.

[4] Martin, *loc. cit.*, 3e édit., p. 332.

avait commencé par pratiquer, comme son maître, l'amputation supra-vaginale dans les cas de cancroïde du museau de tanche où elle était théoriquement indiquée. Les suites en furent déplorables. Sur 28 malades, 2 seulement restèrent plus d'un an sans récidive. Dès lors, il a adopté l'hystérectomie précoce et la durée des guérisons a considérablement augmenté.

Devant ces données contradictoires et en l'absence de moyens rigoureux de comparaison, je persiste à récuser la valeur comparative de documents disparates et à invoquer le raisonnement. Or la logique me paraît opposée à cette conclusion paradoxale qu'une ablation restreinte de tissu autour du mal soit plus efficace qu'une ablation aussi large que possible.

Hystérectomie par la voie périnéale.

Tout récemment, la chirurgie s'est efforcée d'ouvrir des voies nouvelles pour pénétrer dans le petit bassin. Otto Zuckerkandl[1] a proposé **la voie périnéale, par dédoublement de la cloison recto-vaginale,** au moyen d'une incision transversale, de façon à se donner tout l'espace compris entre les tubérosités ischiatiques, au lieu d'être limité par les parois du vagin. Frommel[2] a mis ce procédé à exécution avec succès, et prétend qu'il permet de considérablement reculer les bornes ordinaires de l'hystérectomie. Sänger[3], au contraire, qui a répété l'opération sur le cadavre, la rejette complètement.

L'incision para-sacrée et para-rectale de E. Zuckerkandl[4] et de Wölfler[5] pourrait, d'après ces auteurs, donner pendant l'hystérectomie un jour suffisant dans les cas difficiles. Elle consiste en une profonde incision faite soit à gauche (E. Zuckerkandl), soit à droite (Wölfler). Wölfler la fait partir d'un peu plus haut que l'articulation du coccyx et du sacrum, à 1 ou 2 centimètres en dehors de ce point, et la dirige en bas, avec une légère concavité externe qui répond à la tubérosité ischiatique, jusqu'à 2 ou 3 centimètres de la fourchette. On pénètre ainsi inférieurement dans la fosse ischio-rectale; on désinsère et l'on résèque en partie le grand fessier (Wölfler extirpe le coccyx que respecte E. Zuckerkandl) ainsi que les ligaments sacro-sciatiques, on divise le releveur de l'anus, et l'on détache le rectum du vagin. On incise ensuite les culs-de-sac de ce canal, et l'on pro-

[1] Otto Zuckerkandl. *Wien. med. Woch.*, 1888, n°s 11 et 16; 1889, n°s 12, 14, 15, 16 et 18; et *Wien. med. Presse*, 1889, n° 7, p. 249.

[2] Frommel (d'Erlangen), 3e *Congrès des Gyn. all., Fribourg*, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n°s 31, p. 542).

[3] Sänger. *Ibid.*, p. 435.

[4] E. Zuckerkandl (ne pas confondre avec Otto Zuckerkandl). *Notiz über die Blosslegung der Beckenorgane* (*Wien. klin. Woch.*, 1889, p. 276 et 356).

[5] A. Wölfler. *Ueber den para-sacralen und para-rectalen Schnitt zur Blosslegung des Rectums, des Uterus und der Vagina* (*Wien. klin. Woch.*, 1889, n° 15, p. 296).

cède à l'hystérectomie, selon les règles que j'ai données plus haut. On doit terminer l'opération par l'occlusion exacte du péritoine et du vagin, et le drainage de la plaie para-sacrée, légèrement rétrécie par des sutures. Wölfler a utilisé cette voie pour l'extirpation du rectum et pour celle de l'utérus, sur le vivant, tandis que E. Zuckerkandl s'est borné à des recherches cadavériques.

Hystérectomie par la voie sacrée.

Bien plus hardie et bien plus rationnelle me paraît être l'application à la gynécologie de l'*opération préliminaire*, imaginée d'abord par Kraske, pour arriver profondément dans le bassin, sur le rectum cancéreux. Elle consiste, on le sait, à **extirper** non pas seulement le **coccyx**, comme l'avaient fait Verneuil et Kocher, mais encore

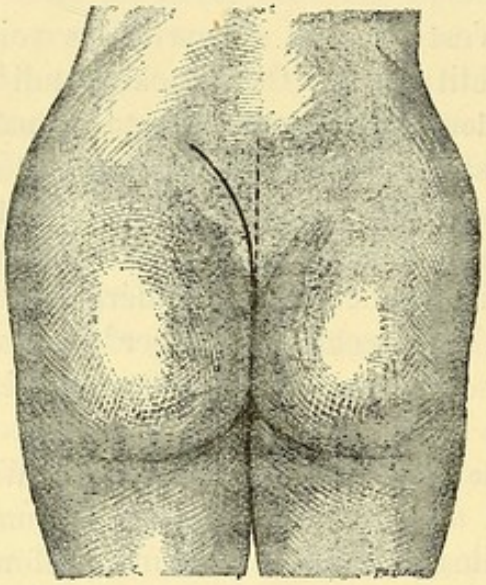


Fig. 237. — Hystérectomie par la voie sacrée. Tracé de l'incision (la ligne pointillée marque seulement l'axe du corps).



Fig. 238. — Hystérectomie par la voie sacrée. Tracé des diverses sections du sacrum.

la partie inférieure du **sacrum**, de façon à créer une très large brèche où l'on manœuvre à l'aise.

La malade est couchée dans le décubitus latéral droit; on fait, à partir de la pointe du coccyx, une incision qui longe le côté de cet os et remonte jusqu'à 10 centimètres environ, pour se recourber ensuite et se terminer vers le milieu de la symphyse sacro-iliaque (fig. 237). Le coccyx est décortiqué avec une rugine, et extirpé; on dégage de même la portion inférieure du sacrum, et on l'abat avec une forte pince coupante, d'abord latéralement, puis, s'il est nécessaire, transversalement; il suffit de faire porter cette section au-dessous du troisième trou sacré pour avoir un espace suffisant, sans léser de branche nerveuse importante (fig. 238). Le rectum (qu'on a conseillé de bourrer de gaze iodoformée pour faciliter la manœuvre) est alors déjeté latéralement; on pénètre, en incisant le

péritoine, dans le cul-de-sac de Douglas. On obtient ainsi une brèche énorme (fig. 239), par laquelle on a pu voir largement la paroi antérieure de l'abdomen, entre la symphyse et l'ombilic, par-dessus la vessie[1].

Les premières recherches anatomiques faites pour appliquer la méthode de Kraske à l'hystérectomie appartiennent à C. A. Herzfeld[2] (de Vienne); mais c'est Hochenegg[3] qui a publié les premières opérations sur le vivant. L'une a pour auteur Gersuny, qui put ainsi extirper un utérus volumineux avec un ganglion cancéreux plongé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; l'autre est une opération de Hochenegg lui-même; il enleva en même temps que l'utérus un kyste de l'ovaire, gros comme le poing, qui lui adhérait. Guérison dans les deux cas, mais, dans le second, avec une fistule intestinale.

Une modification de la méthode précédente a été presque immédiatement inaugurée par Hegar[4]. Elle consiste à ne plus faire l'extirpation, mais seulement la section et la réclinaison temporaire du coccyx et de la partie inférieure du sacrum. Quand l'hystérectomie est terminée, on remet en place le lambeau contenant les os; on fait

[1] Kraske. *Verhandl. des XIV^ten Kongr. der deutsch. Gesell. f. Chir.*, 1885. — J. Hochenegg. *Die sacrale Methode*, etc. (*Arbeit. und Jahresb. der ersten chirurg. Universitäts-Klinik zu Wien.* Vienne, 1889, p. 15). — Roux. *De l'accès aux organes pelviens par la voie sacrée.* (*Corr. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1889, t. XIX, p. 449.)

[2] C. A. Herzfeld. *Ueber die Anwendung des Kraske'schen Verfahrens in der Gynækologie* (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1888, p. 411).—*Ueber eine neue Methode der Totalexstirpation des Uterus.* (*Centralbl. f. Gyn.*, 1895, p. 17.)

[3] J. Hochenegg (de Vienne). *Die sakrale Operat. in der Gyn.* (*Wien. klin. Woch.*, 1889, n° 9, p. 171). Cet auteur avait déjà, du reste, incidemment émis l'idée que l'opération préliminaire de Kraske pourrait être appliquée à l'extirpation de l'utérus et des annexes, dans un mémoire relatif à l'extirpation du rectum qui est un peu antérieur au travail de Herzfeld (J. Hochenegg. *Wien. med. Woch.*, août 1888, n° 19). — Hochenegg (*Eine neue Methode der Uterusexstirpation. Wiener klin. Woch.*, 1892, n° 24) a modifié sa méthode primitive de la façon suivante : L'incision commence exactement sur la ligne médiane, à 1 centimètre au-dessus des bourrelets sacro-coccygiens, elle va jusqu'à l'anus, contourne ce dernier à gauche et se termine sur la ligne médiane du périnée. A sa partie supérieure, cette incision pénètre jusqu'à l'os; plus bas, presque dans le tissu cellulaire péri-rectal; au périnée, elle n'intéresse que la peau. Après énucléation du coccyx, on détache à gauche le rectum, qu'on laissera avec ses connexions à droite et en avant; on contourne le rectum à gauche et l'on arrive à la paroi vaginale postérieure, dont on isole la partie gauche, avec des ciseaux, au fond du vagin. A l'extrémité supérieure de la plaie, on isole le rectum de la paroi postérieure de l'utérus et l'on ouvre le Douglas. On a ainsi toute la face postérieure de l'appareil génital; on a tout sous la main. On isole la vessie; on voit les uretères, on voit les vaisseaux à lier. On lie les ligaments larges. On peut même enlever une partie du vagin. Après extirpation de l'utérus, on suture le péritoine.

[4] Hegar, *cité par* Wiedow. *Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 10, p. 202. — Wiedow. 3e *Congrès des Gyn. all., Fribourg*, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 29, p. 502). — Bernhardt v. Beck. *Die osteoplastische Resection des Kreuzbeines*, etc. (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1890, Bd. XVIII, Heft 1, p. 37) et *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, 5 nov. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 3, p. 50). Sur 4 cas rapportés par von Beck, il y a 2 morts et 2 guérisons, suivies de consolidation rapide du sacrum. — Zinsmeister (*ibid.*) rapporte 1 cas où il y eut blessure du rectum et mort au bout de quatre heures.

Hegar a fait sa première hystérectomie par la voie pelvienne en novembre 1888, tandis que Gersuny a fait la sienne en décembre. Mais celle-ci a été publiée la première.

ainsi une *opération préliminaire ostéoplastique*. Hegar a une fois constaté la nécrose de l'os déplacé; une autre fois, l'os réappliqué est resté mobile. Roux (de Lausanne)[1], Terrier[2] ont suivi l'exemple de Hegar pour extirper des cancers volumineux qu'on n'aurait pu extraire par la voie vaginale.

Hochenegg recommande, pendant l'opération, de ne procéder au détachement des culs-de-sac vaginaux qu'après avoir fermé la plaie du côté du péritoine, en suturant les lèvres de cette séreuse; de cette façon, on se met le plus possible à l'abri de son infection par la tumeur cancéreuse. Dans le même but et pour rendre cette occlu-

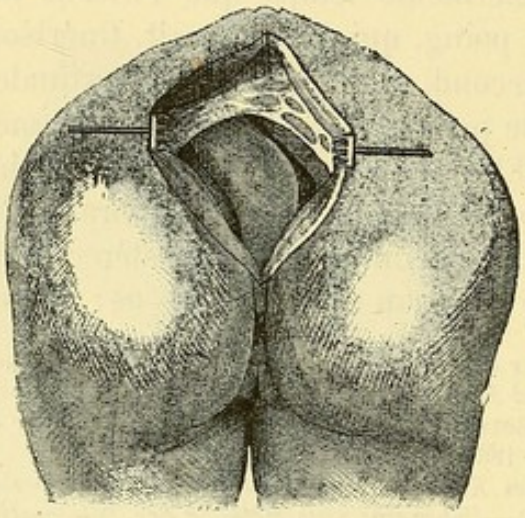


Fig. 239. — Hystérectomie par la voie sacrée. Brèche obtenue par l'opération préliminaire.

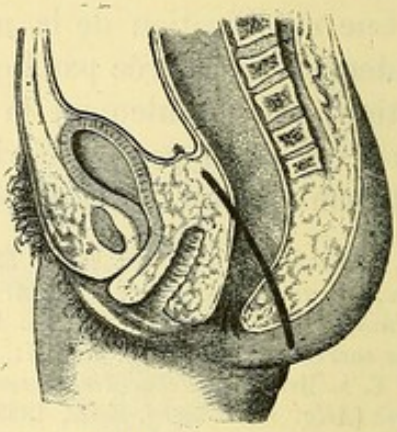


Fig. 240. — Hystérectomie par la voie sacrée. Réunion et drainage de la plaie.

sion plus parfaite, v. Beck dissèque et utilise un lambeau du péritoine sur la face antérieure de l'utérus.

Zinsmeister a signalé une certaine difficulté à trouver, au fond de la plaie, le cul-de-sac du péritoine; cela paraît tenir à une faute opératoire, à une incision insuffisamment prolongée par en bas; il faut que cette dernière atteigne presque l'anus.

Considérant les rapports du rectum, il est préférable de l'aborder du côté gauche et de le rejeter latéralement. Cet organe est rendu plus apparent et, par suite, on risque moins de le blesser, quand il

[1] Dans le second cas qu'il cite, il y avait, en outre, une grande étroitesse du vagin et l'on avait lieu de craindre des adhérences du côté de la vessie. Roux a relevé le lambeau ostéo-cutané, comme on ouvre une porte, par une section transversale du sacrum avec une pince coupante, et l'a suturé momentanément à la fesse pour le maintenir facilement. Après l'ablation de l'utérus, le vagin a été suturé, le lambeau réappliqué, la plaie a été tamponnée à la gaze iodoformée et fermée à ses extrémités. Les deux malades ont guéri.

[2] Terrier et Hartmann. *De l'extirpation de l'utérus par la voie sacrée* (*Annal. de Gyn. et d'Obstét.*, 1891, t. XXXVI, p. 84 et 91). Ces auteurs ont réuni 23 cas d'hystérectomie par la voie sacrée avec 7 morts. — N. Schede (*Die sacrale Methode der Totalexstirpation des carcinomatosen Uterus. Jahrbuch der Hamburger Staatskrankenanstalten*, 1891, t. II, p. 190), rapporte 28 hystérectomies par la voie sacrée avec 8 morts opératoires.

a été d'abord modérément tamponné. Sa blessure constitue pourtant un des dangers de l'opération, et nécessiterait une suture à étages immédiate. L'uretère aussi peut être sectionné ; si cela arrivait, on l'aboucherait dans le rectum ou dans le vagin, quitte à établir ensuite une large communication entre celui-ci et la vessie, et à en oblitérer la partie inférieure. Cela serait préférable à l'établissement d'une fistule urinaire, au niveau de la plaie.

Après avoir exactement suturé le fond de celle-ci, d'abord du côté du péritoine (avant l'extirpation de l'utérus), puis du côté du vagin (une fois que cette extirpation est accomplie), on refermera la plaie extérieure, en laissant toutefois une assez large fenêtre qui permette le drainage et le tamponnement antiseptique de la cavité, ou *espace mort*, qui subsiste toujours ; le tamponnement pourra d'abord être laissé en place six à huit jours, puis renouvelé, et de plus en plus diminué, à mesure que la cavité se comble. Il serait tout à fait dangereux de faire une occlusion complète, sans soupape de sûreté pour l'issue des liquides sécrétés.

Il n'est pas douteux que l'opération préliminaire de la résection du coccyx ou du sacrum ne facilite l'ablation de cancers qu'on n'aurait pu, sans elle, aborder que par l'abdomen. Toutefois j'estime que la voie vaginale, grâce à la forcipressure et au morcellement, suffit amplement à l'ablation de tous les utérus cancéreux qui réclament une intervention radicale, et je crois qu'on peut hardiment poser en principe que tout cancer de l'utérus, dont l'extirpation par voie vaginale est impossible, n'est plus justiciable que du traitement palliatif.

Cancer propagé aux tissus voisins.

IV. **Cancer limité au col avec certitude ou soupçon de propagation profonde.** — Quand la recherche de la mobilité utérine a montré que l'organe s'abaisse très difficilement, et que la palpation bi-manuelle a fait constater de la tuméfaction, de l'empâtement sur les côtés de l'organe, deux hypothèses sont possibles : périmétrite avec adhérences, propagation du cancer au tissu cellulaire pelvien et aux ligaments larges. Dans le premier cas, l'opération serait difficile et peut-être dangereuse (car il peut exister des foyers purulents comme dans un cas malheureux de Le Bec[1]) ; dans le second, elle est dangereuse et inutile. Mieux vaut donc s'abstenir, quelque précieuse que soit la ressource qu'offre la voie sacrée.

Du reste, le pronostic opératoire est deux fois plus grave dans les cancers propagés. Martin[2] a noté 32 pour 100 de morts en pareil

[1] Le Bec. *Hystérectomie vaginale, double pyo-salpingite, péritonite septique* (*Gaz. des Hôp.*, 1888, p. 32).

[2] A. Martin. *Zur Statistik der vaginalen Totalexstirpation bei Carcinom* (*Berl. klin. Woch.*, 1887, n° 5, p. 69).

cas, au lieu de 16,92 pour 100 qu'il obtient dans les cas de cancer limité; ce qui grève encore la plupart de nos statistiques, c'est assurément le grand nombre de cas de ce genre. On a eu tort de décorer du nom d'**hystérectomie palliative**[1] l'ablation de l'utérus au milieu d'un foyer cancéreux profond; comme on a aussi donné un état civil, en les baptisant du nom d'**amputations sus-vaginales irrégulières**[2], aux hystérectomies qu'on est obligé de laisser inachevées, après une sorte de dissection exploratrice. C'est un regrettable abus du langage scientifique qui semble justifier l'opération dans des cas où elle est formellement contre-indiquée. Une opération de ce genre, quand elle ne tue pas la malade (ce qui est fréquent), est un palliatif beaucoup moins efficace qu'un simple curage suivi de cautérisation.

V. **Cancer du col ayant envahi le vagin primitivement ou consécutivement.** — Cet envahissement est à mes yeux une contre-indication formelle de l'opération radicale; en effet, ou elle est l'indice de la propagation d'un cancer avancé, qui a probablement déjà infecté les lymphatiques, ou bien elle résulte de la forme dite *vaginale* (que j'ai proposé d'appeler *liminaire*) du cancer du col, qui a une tendance invincible à s'étendre au vagin et à récidiver fatalement sur place : rationnellement c'est alors tout le vagin, plutôt que tout l'utérus, qu'il faudrait enlever. Là encore, le curage et la cautérisation sont les meilleurs palliatifs. Il en est de même des cancers de la mamelle (cancers pustuleux, cancers en cuirasse de Velpeau), devant lesquels il faut savoir s'abstenir, même quand ils sont *anatomiquement* opérables; la chirurgie n'est pas la médecine opératoire.

VI. **Cancer du col propagé non seulement au vagin, mais encore à la vessie ou au rectum.** — Malgré l'avis contraire de quelques chirurgiens distingués[3], tenter une opération curative dans ces conditions et, pour cela, enlever l'utérus et les parties envahies du rectum et de la vessie, me paraissent une illusion funeste. Certes, l'opération est faisable et peut réussir immédiatement : mais la récidive, ou pour mieux dire la repullulation sur place, est fatale

[1] De Madec. *Traitement chirurgical du cancer de l'utérus.* Thèse de Paris, 1887, p. 90.

[2] Voir les critiques que j'ai formulées à ce sujet (*Ann. de gyn.*, août 1888, t. XXX, p. 92).

[3] Mikulicz, cité par Schwartz (*Revue de chir.*, 1882, p. 497), s'exprime ainsi sur ce point : « Tant que l'on regardera la vessie et le rectum comme des *noli me tangere*, aussi longtemps l'extirpation de l'utérus ne donnera pas les résultats désirables; il ne faut pas craindre d'attaquer franchement le rectum et la vessie, qui ne sont pas des organes essentiels à la vie. » — Terrier (cité par Gomet, *Thèse citée*, 1886) s'est évidemment inspiré de ces paroles quand il a dit « qu'il n'hésitera pas à opérer tant que l'extirpation de la portion envahie du rectum et de la vessie ne sera pas incompatible avec l'existence ».

à bref délai, car un cancer aussi avancé a sûrement déjà infecté les lymphatiques. Enfin, la gravité de l'hystérectomie étant considérablement augmentée en pareil cas, on peut se demander s'il est sage d'exposer les malades à de si gros dangers pour un bénéfice si précaire.

Dans les trois dernières catégories que je viens de passer en revue, on doit s'adresser à une **opération palliative**, susceptible de supprimer les deux grandes causes d'affaiblissement des malades, hémorrhagie et écoulement fétide. Pour cela, il faut rapidement détruire les fongosités qui se désagrègent avec lenteur et qui entraînent par ce travail d'élimination spontanée les symptômes précédents. L'instrument de choix est la **curette**, et plus spécialement la **cuiller tranchante** de Simon, qui attaque très facilement les masses cancéreuses (fig. 241); on évide rapidement, avec l'instrument de gros modèle, les fongus volumineux, puis on poursuit les végétations dans les anfractuosités avec les curettes plus petites. Il faut toutefois manœuvrer avec la plus grande prudence dans les régions dangereuses et notamment en avant (vessie, uretères). Si l'on pénètre dans la cavité utérine envahie, on aura soin de n'attaquer les surfaces qu'obliquement et non perpendiculairement, afin d'éviter les perforations.

Traitement palliatif

Curage.

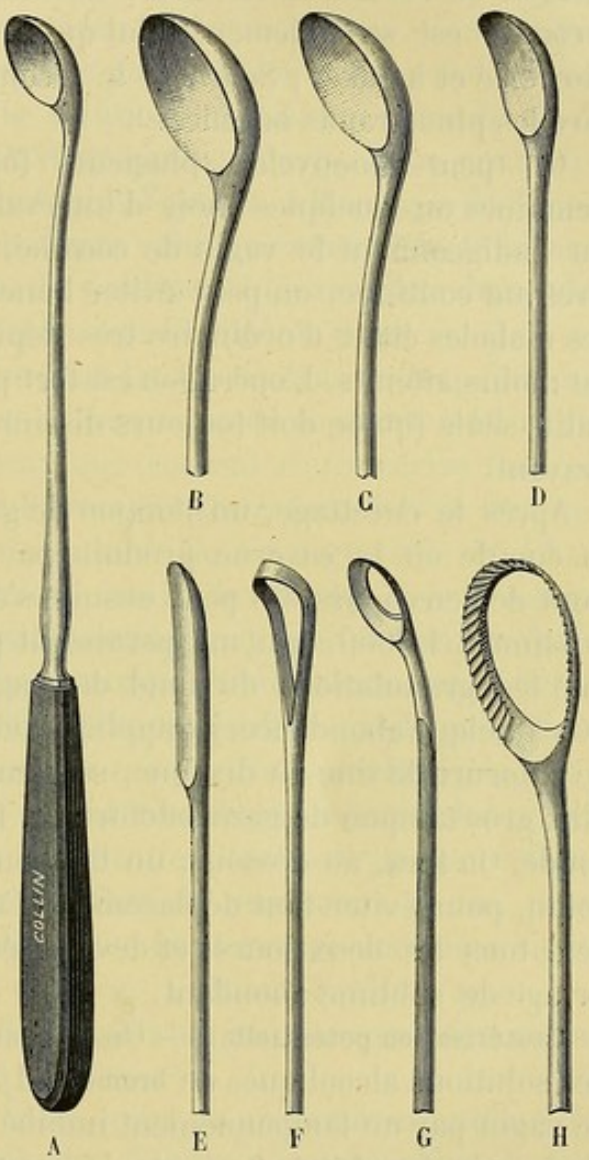


Fig. 241. — Curettes tranchantes.

A. B. C. D. Cuillers tranchantes de Simon. — E. Curette tranchante de Récamier. — F. Curette de Sims. — G. Curette fenêtrée à tige malléable. — H. Curette de Thomas taillée en scie.

Le nettoyage des surfaces terminé, Martin[1] n'hésite pas à réunir les surfaces avivées pour provoquer leur cicatrisation par première intention ; il me semble que les cas favorables à l'application de

[1] Martin, *loc. cit.*, p. 99, et v. Rabenau. *Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 13, p. 188.

cette méthode ingénieuse sont très rares, et qu'elle offre plus d'un inconvénient. Je préfère de beaucoup faire suivre le curettage d'une
Cautérisation. énergique **cautérisation avec le fer rouge**, qui poursuit au loin par son rayonnement les traînées néoplasiques et les frappe de mort, au milieu des tissus sains, plus résistants. On doit employer les cautères actuels en roseau et olivaires. Le thermocautère est insuffisant. Ce procédé est sensiblement celui qui a donné de si bons résultats à Kœberlé et à Baker; Schröder le recommande également. J'en ai retiré les plus grands bénéfices [1].

On peut renouveler plusieurs fois ce traitement à quelques semaines ou quelques mois d'intervalle. Si l'on opère rapidement, en badigeonnant le vagin de cocaïne, et sous une irrigation froide presque continue, on peut éviter l'anesthésie, ce qui est préférable, les malades étant d'ordinaire très déprimées et ayant les reins plus ou moins atteints. L'opération est fort peu douloureuse, et les préparatifs seuls (qu'on doit toujours dissimuler) ont quelque chose d'effrayant.

Après le curettage, un tampon de gaze iodoformée est placé dans la cupule ou la caverne produite par l'évidement, et renouvelé au bout de deux jours. On peut ensuite s'en tenir aux injections avec le sublimé à 1/5000, qui me paraissent préférables à toute autre. Dès que les granulations du fond du vagin recommencent à sécréter avec quelque abondance, j'y applique un petit tampon discoïde imbibé de chlorure de zinc au dixième, solidement maintenu et isolé par un plus gros tampon de gaze iodoformée, trempé dans le bicarbonate de soude. On fera, au-dessous, un tamponnement complet du vagin, au coton, pour éviter tout déplacement. Ce pansement peut être renouvelé tous les deux jours, et devrait être précédé chaque fois d'un lavage de sublimé abondant.

Cautérisation potentielle. **Cautérisation potentielle.** — On a beaucoup employé, à l'étranger [2], les solutions alcooliques de **brome** (à 1/5) : il faut alors bien protéger le vagin par un tamponnement imbibé d'une solution de bicarbonate de soude. La **pâte de Canquoin**, le **caustique de Filhos**, etc., ont eu des défenseurs ardents; mais les très nombreux accidents (perforations, péritonites, etc.), dus en particulier à l'emploi des **flèches**, en ont presque fait abandonner l'emploi : cependant il faut reconnaître que le **chlorure de zinc**, manié avec prudence, peut rendre de réels ser-

[1] Kœberlé. *Gaz. hebd.*, 26 févr. 1886, n° 9, p. 140. — W. H. Baker. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1882, p. 265, et 1886, p. 184. — Schröder, *loc. cit.*, p. 525. — Despréaux. *Du curettage utérin.* Thèse de Paris, 1887. — Adrien Pozzi. *Le traitement du cancer de l'utérus.* Thèse de Paris, 1888. — J. Montaigne. *Traitement du cancer de l'utérus en dehors de la grossesse : curettage et cautérisation ignée.* Thèse de Lille, 1894.

[2] C. H. F. Routh. *Brit. med. Journ.*, févr. et mars 1870, t. I, p. 178 et 230. — Schröder, *loc. cit.*, p. 525.

vices. C'est Maisonneuve et Demarquay qui ont les premiers appliqué ce caustique au traitement du cancer du col. Marion Sims[1], auquel beaucoup d'auteurs étrangers rapportent le mérite de ce procédé, n'est venu qu'après eux : van de Warker[2] a imité ce dernier dans sa technique spéciale, sans le citer. Fränkel[3] a tout récemment encore recommandé cet agent. Voici comment il procède : il nettoie le col avec la curette et fait l'hémostase avec le thermocautère, sans insister sur cette première cautérisation; puis il place sur le col de petits tampons d'ouate, imbibés de la solution à 2/3 de chlorure de zinc. Il les laisse en place de douze à vingt-quatre heures. Pour neutraliser les effets du caustique sur le vagin, Fränkel, à l'exemple de Sims, superpose des tampons imbibés d'une solution concentrée de bicarbonate de soude et oint la vulve de vaseline au bicarbonate de soude (à 1/3) ; l'eschare tannée se détache vers le dixième jour.

Traitement symptomatique.

Comme injection désinfectante dans les cas de cancers trop fétides, on se trouvera bien de solutions de **permanganate de potasse** à 10 ou 20 pour 1 000 (la solution doit avoir une couleur rouge cerise foncée) ou de solutions très diluées de **liqueur de Labarraque**. Mais je ne saurais trop conseiller de ne pas s'en tenir là, ainsi que cela est l'habitude de la plupart des praticiens, mais de joindre à leur usage un **curage destructeur** des fongosités putrides, qui ne constitue vraiment pas une véritable *opération* ; ceux qui reculeraient devant l'emploi du fer rouge obtiendront déjà de bons résultats par l'application de rondelles imbibées de chlorure de zinc, après le raclage[4].

Hémorrhagies.

Contre les **hémorrhagies**, qui seront très diminuées par les soins précédents, on peut recourir à l'application locale de tampons faits avec de la gaze ou du coton imbibés de **perchlorure de fer**, puis desséchés et saupoudrés d'iodoforme. Le **fer rouge** énergiquement manié est le moyen le plus efficace, l'*ultima ratio*. L'ergot de seigle est à peu près sans effets; mais on se trouvera bien de la digitale.

Érythème de la vulve...

L'**érythème de la vulve** cédera à des soins de propreté minutieux, à des bains de siège fréquents, à des lotions d'eau blanche, à des onctions de vaseline boriquée formant enduit protecteur contre le suintement vaginal.

[1] Marion Sims. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1879, t. XII, p. 451.

[2] E. van de Warker. *Ibid.*, 1884, t. XVII, p. 225.

[3] Fraenkel. *Centr. f. Gyn.*, sept. 1888, n° 37, p. 593. — Voir sur ce sujet une discussion à la *Soc. gyn. de Berlin*, 22 juin 1888 (*ibid.*), où Martin condamne les caustiques, qu'il accuse d'agir aveuglément et d'être dangereux.

[4] Schultz (*Centr. f. Gyn.*, 1892, p. 255) et Bernhardt (*ibid.*, 1893, p. 900) ont prétendu obtenir sinon des guérisons, du moins des améliorations notables par les injections interstitielles d'alcool à 90 degrés. — J. Schramm (*ibid.*, 1892, p. 621), qui a expérimenté la méthode de Schultz, la condamne comme très douloureuse et inefficace.

Troubles gastriques.

Les **phénomènes gastriques** seront traités par les toniques et les amers (vin de quinquina, vin de Colombo, macération aqueuse de quinquina, teinture amère de Baumé à la dose de 2 à 3 gouttes avant chaque repas ou teinture de noix vomique 10 à 15 gouttes); la quassine amorphe en pilules de 1 centigramme, une à deux par jour; enfin, le régime lacté, s'ils sont liés à des altérations rénales.

Contre les vomissements répétés d'origine urémique, Winker s'est bien trouvé de l'administration d'une goutte de teinture d'iode dans de l'eau, à chaque repas.

Constipation.

La **constipation** sera combattue avec soin, car elle est une cause de métrorrhagies par les efforts qu'elle nécessite. Le mieux est de faire prendre aux malades une nourriture rafraîchissante, beaucoup de légumes verts, des fruits, des pruneaux, etc. Un grand lavement quotidien d'eau chaude avec addition de deux cuillerées de gros miel, et au besoin de miel de mercuriale, dispense de l'emploi toujours nuisible de purgatifs répétés. On pourra cependant, s'il est nécessaire, donner des petits paquets de rhubarbe associés à la belladone pour éviter les coliques (90 centigrammes de poudre de rhubarbe avec 1 centigramme de poudre de belladone dans un cachet). Enfin, si ces moyens échouent, on aura recours aux drastiques dont l'un des meilleurs est le podophyllin (une pilule contenant : podophyllin, 5 centigrammes; extrait de belladone, 1 centigramme).

Douleurs.

Les **douleurs** sont rarement soulagées par l'intervention chirurgicale; mais les injections et les pansements fréquents les diminuent sensiblement. On ne pourrait, sans cruauté, refuser les injections de morphine à des malades condamnées; on devra seulement s'efforcer d'en limiter l'emploi et d'éviter les abus qui achèvent d'altérer les fonctions digestives et de déprimer les forces.

Prétendus spécifiques.

On a vanté comme **spécifiques** : la **ciguë**, qui n'a d'autre effet que d'aggraver les troubles gastriques; le **condurango** (en décoction, 15 grammes pour 200 grammes d'eau), qui agit seulement comme stomachique; la **térébenthine de Chio** ($0^{gr},5$ à 1 gramme en pilules), qui paraît n'avoir aucune action nuisible, si son pouvoir n'est pas démontré.

Cancer du col compliqué de grossesse.

Cancer du col compliqué de grossesse. — Il est impossible, chez une femme atteinte de cancer de l'utérus, de reconnaître une grossesse avant le quatrième mois, car le volume du corps peut être légitimement attribué à une extension du néoplasme. Si l'on faisait pourtant le diagnostic à cette période précoce, cette constatation devrait-elle modifier le traitement? Je ne le pense pas. Ce que nous savons de l'influence néfaste de la grossesse sur l'évolution du cancer, d'une part, la grande probabilité de l'avortement, d'autre part,

légitiment parfaitement l'hystérectomie vaginale toutes les fois qu'elle est applicable à l'utérus gravide. Il faut pour cela : 1° que le cancer soit limité, non propagé; 2° que le volume de l'utérus permette son extraction par le vagin. L'opération a été parfois remarquablement facile, par suite de la laxité des tissus[1]. Elle est infiniment préférable à l'amputation infra- ou supra-vaginale du col qui, lorsqu'elle a été faite, a le plus souvent déterminé l'avortement et a été suivie de récidive rapide[2].

Si le cancer est propagé, il faut distinguer les différents cas; le col est-il très dur, manifestement inextensible? on devra provoquer l'avortement, puis faire le traitement palliatif du cancer (curettage et cautérisation). Le col est-il fongueux mais extensible, toute sa circonférence n'étant pas envahie? Il vaut mieux attendre, et ne provoquer l'accouchement prématuré que si l'affaiblissement des bruits du cœur fœtal fait craindre une mort imminente.

Quand l'accouchement est laborieux, l'accoucheur doit avoir recours, selon les circonstances, au forceps ou à la version, en dernier lieu à l'opération césarienne. On ne doit pas, me semble-t-il, sacrifier un enfant vivant à une mère condamnée et faire ici la craniotomie[3].

Enfin, il faut envisager les cas, rares à la vérité, où le cancer est encore limité, mais où l'utérus est trop développé pour qu'on puisse songer à l'hystérectomie vaginale, avant de l'avoir évacué. Il est impossible de donner des règles immuables, applicables à tous les cas; l'étude de chaque malade devra guider le chirurgien. Voici les opérations auxquelles on pourra alors avoir recours, selon les circonstances :

a. Accouchement provoqué, suivi d'hystérectomie vaginale au bout de peu de jours[4].

b. Opération césarienne, suivie plus tard de colpo-hystérectomie[5].

[1] Hofmeier. *Présentation à la Soc. gyn. de Berlin d'un utérus gravide au 2e mois avec cancer du col, enlevé par l'hystérectomie* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 13, p. 212).

[2] Hofmeier. *Ueber Operationen am schwangeren Uterus* (*Deutsche med. Woch.*, 1887, n° 19, p. 397).

[3] Consulter sur ce point spécial : Barbulée. *De la conduite à tenir dans le cancer du col de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.* Thèse de Paris, 1884. — Bar. *Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement.* Thèse d'agrégation, Paris, 1886. — A. Gusserow. *Die Neubildungen des Uterus*, 1886, p. 251. — E. Herman. *On the treatment of pregnancy complicated with cancerous disease of the genital canal* (*London obst. Trans.*, 1878, t. XX, p. 191). — H. T. Hanks. *Pregnancy complicated by uterine tumors* (*Amer. Journ. of Obstet.*, mars 1888, p. 242 et 304). — Pinard. *Du cancer de l'utérus pendant la grossesse.* (*Bull. méd.*, 1895, p. 553.)

[4] Berthod (*Gaz. des hôp.*, 1886, n° 46) a rapporté une observation de Bouilly, suivie de guérison de la mère. Grossesse de 6 mois.

[5] Teuffel. *Ein Fall von Kaiserschnitt bei Carcinoma uteri* (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXVI, Heft 2, p. 352) : Extraction d'un enfant vivant par l'opération césarienne. La

c. Hystérectomie supra-vaginale (Porro) suivie immédiatement de l'extirpation vaginale du reste de l'utérus.

d. Extirpation totale de l'utérus gravide par la laparotomie combinée à la dissection vaginale, selon le procédé mis en usage pour la première fois et avec un plein succès, par Spencer Wells, le 21 octobre 1881[1].

Cancer du col compliqué de corps fibreux.

Cancer du col compliqué de corps fibreux. — Si le corps fibreux est très volumineux et doit constituer un obstacle absolu à l'accomplissement de l'hystérectomie vaginale, on n'a plus que le choix entre l'opération de Freund (par la voie abdominale), l'extirpation par la voie pelvienne et le curage suivi de cautérisation. C'est l'un ou l'autre de ces deux derniers partis que je suivrais, tant les dangers de l'hystérectomie abdominale sont alors redoutables.

Le corps fibreux est-il, au contraire, dans les limites que j'ai indiquées plus haut (p. 514), l'hystérectomie vaginale par morcellement doit être faite.

Cancer du col compliqué de kyste de l'ovaire.

Cancer du col compliqué de kyste de l'ovaire. — Faut-il, si le cancer du col légitime l'hystérectomie, faire cette opération avant ou après l'ovariotomie ou toutes deux en une seule séance? J'estime qu'il faut traiter d'abord l'affection dont la marche est la plus menaçante : le cancer; s'il est justiciable d'une opération radicale, on fera l'extirpation totale par le vagin et on s'efforcera, après ponction, d'extraire la poche kystique par la plaie vaginale. Si cette manœuvre était trop difficile il vaudrait mieux s'en abstenir, et, après la guérison, procéder à l'ovariotomie; si, au contraire, un traitement palliatif seul du cancer peut être fait à cause de sa propagation, on n'a pas à songer à l'ovariotomie, la malade étant condamnée à mourir dans un bref délai. R. Asch[2] n'a pas craint de faire les deux opérations en une même séance.

mère survécut 21 jours et succomba à l'infection septique. Teuffel recommande pour l'éviter de faire suivre l'opération d'un drainage du col avec un gros drain quand il est obstrué par le néoplasme. — Wilh. Merkel (*Münch. med. Woch.*, 21 mai 1889, p. 365) a obtenu de la même façon un enfant vivant, mais la mère est morte au septième jour.

[1] Sp. Wells. *Ovarian and uterine tumours*, Londres 1882, p. 518.

[2] Robert Asch. *Vaginale Totalexstirpation des Uterus und Ovariotomie in einer Sitzung* (*Centr. f. Gyn.*, n° 27, p. 425). Il a d'abord enlevé l'utérus par le vagin, puis le kyste ovarique par la laparotomie. L'opérateur remarqua, en commençant sa seconde opération, la présence de bulles d'air dans le péritoine, évidemment introduites par l'ouverture faite au vagin. Au huitième jour après l'ablation des sutures, déhiscence de la plaie, issue des intestins, qui sortent du bandage et séjournent deux heures sur les cuisses. On nettoie les anses avec des compresses phéniquées, on les réintègre dans l'abdomen et l'on fait une deuxième suture: guérison. Il est évident que ce grave accident aurait été évité si l'on avait procédé en deux temps.

CHAPITRE III

CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

Définition. Adénome bénin et malin. — Formes du cancer du corps. — Épithélioma de la muqueuse : Anatomie pathologique. Signes. Diagnostic. Pronostic. Étiologie. — Sarcome diffus de la muqueuse : Anatomie pathologique. Signes et Diagnostic. Pronostic. Étiologie. — Corps fibreux sarcomateux : Anatomie pathologique. Signes. Diagnostic. Étiologie. — Déciduome malin : Anatomie pathologique. Symptômes. Pronostic. Étiologie. — Traitement des cancers du corps. Hystérectomie vaginale. Hystérectomie par la voie sacrée. Hystérectomie supra-vaginale. Hystérectomie abdominale totale (opération de Freund). Gravité. Traitement palliatif.

Définition.

Adénome bénin et malin.

Adénome de l'utérus. — Il règne une certaine confusion dans les travaux publiés à l'étranger, relativement à l'**adénome de l'utérus**. Certains auteurs nomment **adénome typique** ou **bénin** ce que j'ai décrit dans un chapitre précédent (p. 150) comme endométrite glandulaire, et **adénome atypique** ou **malin** les premières phases de la dégénérescence de la muqueuse en épithélioma. Tandis que les uns se placent exclusivement au point de vue anatomique et tiennent surtout aux distinctions et dénominations histologiques, j'ai fait, avec tous les auteurs français, une part prépondérante à la clinique dans la division nosologique : d'où la divergence. Or, la conception de l'adénome de l'utérus n'a aucune raison d'être, au lit de la malade. Je renverrai donc purement et simplement, en ce qui concerne l'**adénome bénin**[1], au chapitre de la Métrite. On consultera ce qui a trait à la métrite glandulaire pour sa description anatomo-pathologique; je renvoie de même à la métrite catarrhale et hémorrhagique et aux polypes muqueux pour les symptômes.

Quant à l'**adénome malin**, c'est, en somme, le processus initial du cancer de la muqueuse. Si on veut le distinguer plus spécialement, on l'appellera, dans les descriptions histologiques[2], *épithélioma glandulaire*, *adéno-carcinome* ou *carcinome glandulaire*.

Il suffit de jeter les yeux sur les deux figures suivantes pour voir

[1] H. Coe (*Adenoma uteri*, in *Amer. Journ. of med. Sciences*, août 1891) a publié un mémoire sur l'adénome utérin, envisagé comme entité morbide bien définie.

[2] Carl Ruge. *Ueber Adenoma Uteri* (*Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. zu Halle*, mai 1888, p. 195).

la différence énorme qui les sépare, et pour saisir en même temps les transitions qui permettent la transformation de l'une de ces affections dans l'autre, si bien que la lésion commencée par une endométrite glandulaire légère devient, en s'invétérant, une endométrite glandulaire dans sa forme la plus accusée (adénome typique bénin), puis, en dégénérant, un adénome atypique malin, qui est le premier stade du cancer[1].

Dans le prétendu **adénome bénin** (fig. 242), la prolifération glandulaire est absolument typique; on ne rencontre nulle part de tubes épithéliaux solides; l'épithélium cylindrique est à une seule couche.

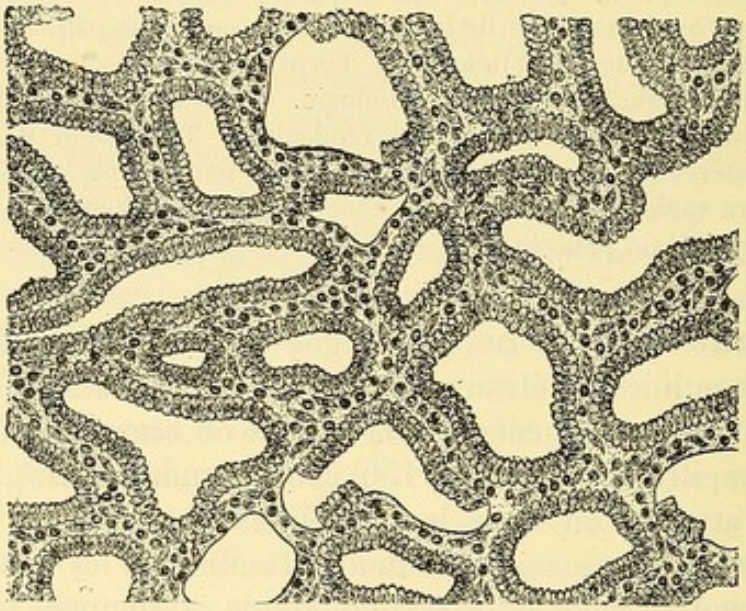


Fig. 242. — Adénome bénin de la muqueuse utérine (Wyder).
(Comparer cette figure avec la figure 120, endométrite glandulaire.)

Entre les tubes glandulaires, on trouve encore une certaine quantité de tissu interglandulaire normal. La couche glandulaire et la couche musculaire sont bien délimitées; les glandes n'ont aucune tendance à pénétrer dans le parenchyme musculaire et à le détruire.

Dans l'**adénome malin** (fig. 243), contrairement à ce qu'on voit dans le cas précédent, la prolifération des glandes est atypique. Munies d'un revêtement simple de cellules épithéliales cylindriques, elles se replient et s'enroulent en glomérules, justifiant la comparaison de « vers de terre » faite par Schröder. Le substratum fibreux a presque entièrement disparu et les glandes se touchent même directement en divers points. Il n'y a plus de frontière entre les glandes et le muscle utérin.

[1] Comme exemple des abus de langage qu'entraîne l'emploi du mot *adénome*, voir les nombreuses observations allemandes et, en particulier, Friedrich Schatz. *Ein Fall von Fibro-adenoma cysticum et polyposum corporis et colli uteri* (*Arch. f. Gyn.*, 1884, Bd. XXII, p. 456).

La figure ci-dessous, empruntée à Ruge et Veit[1], reproduit les lésions initiales du cancer dérivé de l'adénome malin, formant ainsi la dernière étape de la progression pathologique que je viens de signaler. La lumière des glandes s'y élargit aux dépens de la substance interglandulaire, le bel épithélium à cils vibratiles change de forme, devient stratifié, s'aplatit, grossit ou prend un aspect épidermoïdal, suivant la plus ou moins grande rapidité de prolifération; la coloration des glandes se fait aussi plus difficilement. En dernier lieu, l'espace

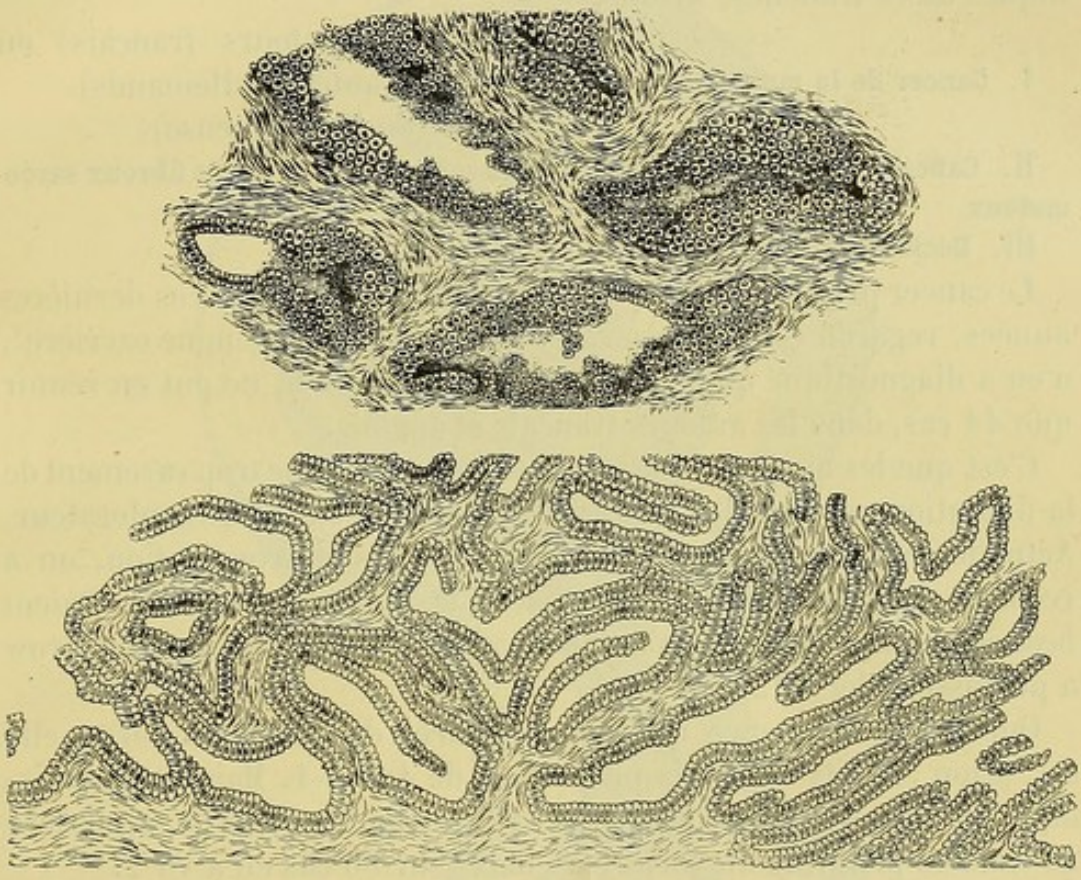


Fig. 213. — Adénome malin de la muqueuse utérine (Ruge et Veit). (Épithélioma glandulaire au début.)

qu'occupe la glande par son accroissement peut être cinquante fois plus grand que son ancien volume. La prolifération épithéliale peut commencer sur une des parois et remplir peu à peu le canal glandulaire, de façon à ce qu'il ne reste plus qu'une partie insignifiante encore couverte d'un épithélium à une seule couche; ou bien, la prolifération commence en même temps sur tout le pourtour, laissant subsister encore le canal glandulaire. Dans d'autres cas, ce dernier disparaît aussi, et on ne trouve plus à sa place qu'une masse solide de cellules. Enfin, la prolifération cellulaire partant de plusieurs points de la glande à la fois, produit, par sa réunion, des ponts cel-

[1] Ruge et Veit. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1881, Bd. VI, p. 302.

lulaires plus ou moins bien marqués, qui divisent la glande en deux ou trois cavités. Ces glandes, en partie dégénérées, forment le moyen terme entre celles qui sont encore normales et celles qui sont transformées en des cylindres pleins, bourrés de cellules du cancer.

Au point de vue des **symptômes**, du **pronostic** et du **traitement**, l'adénome malin se confond avec le cancer du corps.

Formes du cancer du corps.

Cancer du corps de l'utérus. — Le cancer du corps présente diverses formes anatomiques qui répondent à des types cliniques assez tranchés, savoir :

I. **Cancer de la muqueuse** { A. **Épithélioma** (auteurs français) ou **carcinome** (auteurs allemands). B. **Sarcome** (de la muqueuse).

II. **Cancer du parenchyme**, ou **fibro-sarcome**, ou **corps fibreux sarcomateux.**

III. **Déciduome malin.**

Le cancer primitif du corps de l'utérus était, jusqu'à ces dernières années, regardé comme très rare. Gallard, dans sa longue carrière[1], n'en a diagnostiqué que 2 cas, et Pichot[2], en 1876, ne put en réunir que 44 cas, dans les auteurs français et anglais.

C'est que les anciens gynécologistes n'usaient que trop rarement de la dilatation exploratrice et presque jamais du curettage explorateur. Actuellement, grâce à ces précieux moyens d'investigation, on a reconnu que les cancers primitifs de la muqueuse utérine étaient beaucoup plus fréquents qu'on ne l'avait cru. C'est ainsi que Gusserow a pu rassembler 122 cas.

Quant à la fréquence relative du cancer du col et du corps, elle est, selon Szukits[3], dans la proportion de 420 à 1. Mais cette statistique est ancienne; Schröder[4], sur 812 cancers de l'utérus, a observé 28 cancers primitifs du corps et Schatz[5] sur 80 cas en a vu 2.

Je décrirai successivement les quatre formes de cancer primitif du corps.

Épithélioma de la muqueuse.

A. **Épithélioma (ou carcinome) de la muqueuse.** — L'école allemande appelle ordinairement **carcinome** ce que l'école française[6] qualifie maintenant d'**épithélioma**. Je me servirai indistinctement de ces deux termes qui désignent une seule et même lésion.

On pourrait presque l'appeler **cancer de la ménopause**, vu sa fréquence particulière à cette époque de la vie génitale.

[1] T. Gallard, *loco cit.*, p. 946.

[2] L. Pichot. *Étude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus.* Thèse de Paris, 1876, n° 276.

[3] Szukits, cité par C. Schroeder, *Die Krankh.*, etc., 10e édit., 1890, p. 577.

[4] Voir Hofmeier. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1884, Bd. X, p. 269.

[5] Schatz. *Handb. der path. Anatomie*, 1876, p. 867.

[6] Cornil. *Histologie des épithéliomas du corps* (*Journ. des connaiss. méd.*, 1889, p. 34 et suiv.).

Il a pour point de départ une transformation des altérations de la métrite glandulaire, que j'ai signalées. On a parfois pu suivre cette transformation, pas à pas, chez une même malade, grâce à des curettages successifs[1].

Anatomie pathologique. — Au point de vue macroscopique, on peut distinguer deux variétés. Tantôt on a affaire à une **production** villeuse générale, **diffuse**, de toute la cavité utérine, qui lui donne à

Anatomie pathologique.

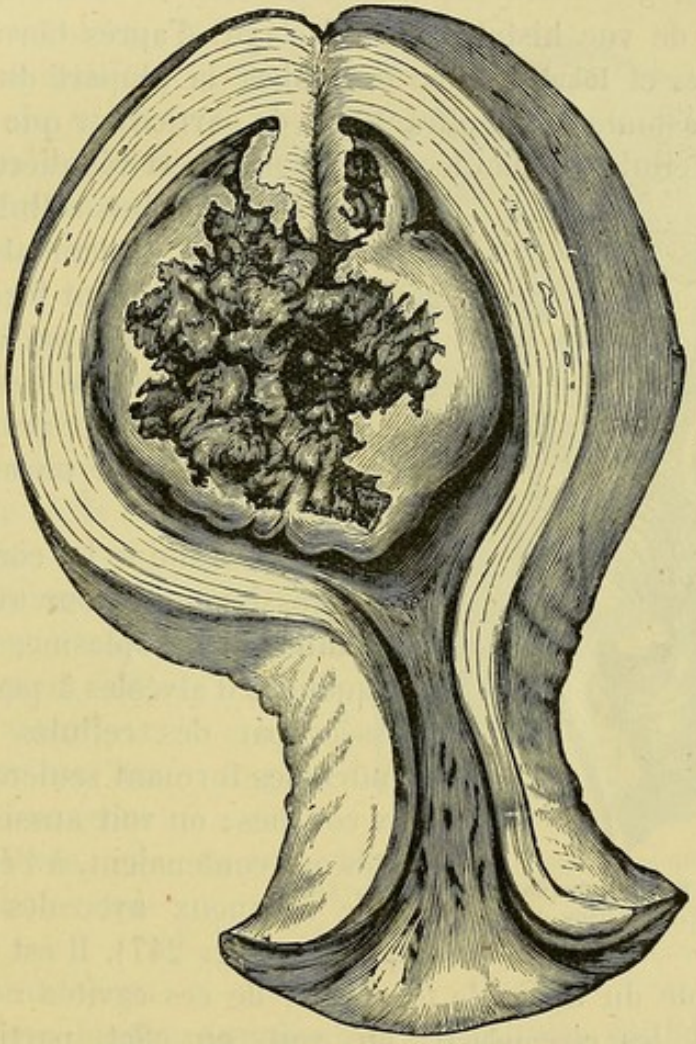


Fig. 244. — Épithélioma de la muqueuse utérine. Forme circonscrite.

la coupe l'aspect d'une figue mûre (fig. 245 et 246); tantôt il existe un **fongus** isolé, à implantation plus ou moins large, parfois polypiforme (fig. 244).

Il faut noter le peu de tendance du néoplasme à envahir la muqueuse cervicale; cette indemnité du col est à la fois une difficulté pour le diagnostic et une ressource pour le traitement. La paroi utérine, au contraire, est peu à peu détruite et rongée par l'envahissement de tissus rapidement caducs qui, à peine formés, se désa-

[1] Breisky. *Prag. med. Woch.*, 1877, p. 78.

grègent. Des noyaux métastatiques se forment en divers points du parenchyme et jusque sous le péritoine; celui-ci réagit par la formation d'adhérences protectrices qui soudent autour de la matrice la vessie et les intestins; une perforation amène parfois une péritonite mortelle ou une communication anormale.

On observe assez souvent aussi des noyaux métastatiques, superficiellement dans le vagin, et profondément dans les ovaires, les trompes, etc.

Au point de vue histologique, il s'agit, d'après Cornil[1], d'**épithéliomas tubulés** et **lobulés**, avec des tubes la plupart du temps très larges et anastomosés, et offrant ceci de particulier que la première couche de cellules implantées sur la paroi est régulièrement cylindrique; ce sont des cellules allongées avec des noyaux fortement colorés. Les couches successives sont formées par des cellules polyédriques, parfois pavimenteuses. Les plus internes deviennent muqueuses, se chargent de granulations, et souvent l'on voit leur noyau complètement s'atrophier.

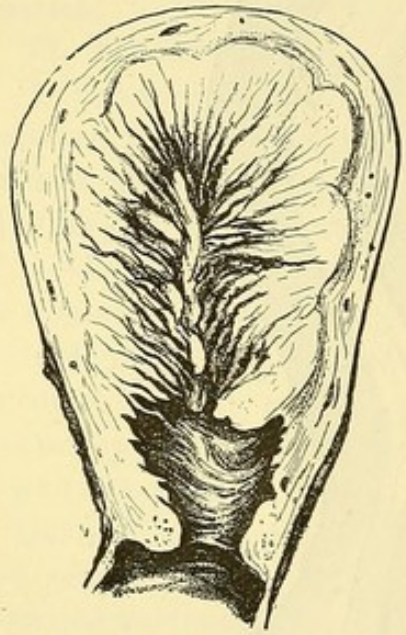


Fig. 245. — Épithélioma de la muqueuse utérine. Forme diffuse.

Lorsqu'on examine les coupes avec un faible grossissement pour avoir une vue d'ensemble du néoplasme, on constate une quantité d'alvéoles à parois minces, tapissées par des cellules épithéliales cylindriques formant seulement une ou deux couches; on voit aussi de grandes cavités qui contenaient, à l'état frais, un liquide muqueux avec des cellules en suspension (fig. 247). Il est facile de se rendre compte du mode de formation de ces cavités : de la paroi fibreuse qui les circonscrit, on voit, en effet, partir des vaisseaux capillaires qui pénètrent dans la couche épithéliale et qui s'en coiffent; ces vaisseaux végètent dans la couche épithéliale elle-même sous forme de papilles; on les observe tantôt coupés suivant leur longueur, tantôt suivant leur largeur, et ils apparaissent alors, suivant une coupe transversale, entourés de cellules cylindriques; il existe, de plus, des cavités muqueuses au milieu du revêtement épithélial; certains tubes, primitivement étroits, se sont donc transformés en grandes cavités, à parois bourgeonnantes.

[1] Cornil. *Leçons sur l'anatomie pathol. des métrites, etc.* Paris, 1889, p. 136.

A un plus fort grossissement, on se rend encore mieux compte du processus (fig. 248 et 249).

A côté de ces lésions nettement épithéliomateuses, on trouve presque constamment les altérations de la métrite chronique simple. Aussi, faut-il toujours multiplier les recherches et ne pas se contenter de l'examen de petits fragments, sous peine de s'exposer à de grosses erreurs.

La grande quantité de cellules cylindriques, dans ces formations tubulées ou lobulées, distingue ces épithéliomas du col et du corps de l'utérus des épithéliomas tubulés pavimenteux ordinaires, de ceux, par exemple, qui se développent dans la peau. Ils présentent, en réalité, une forme spéciale, en rapport avec les éléments de la muqueuse où ils se sont développés.

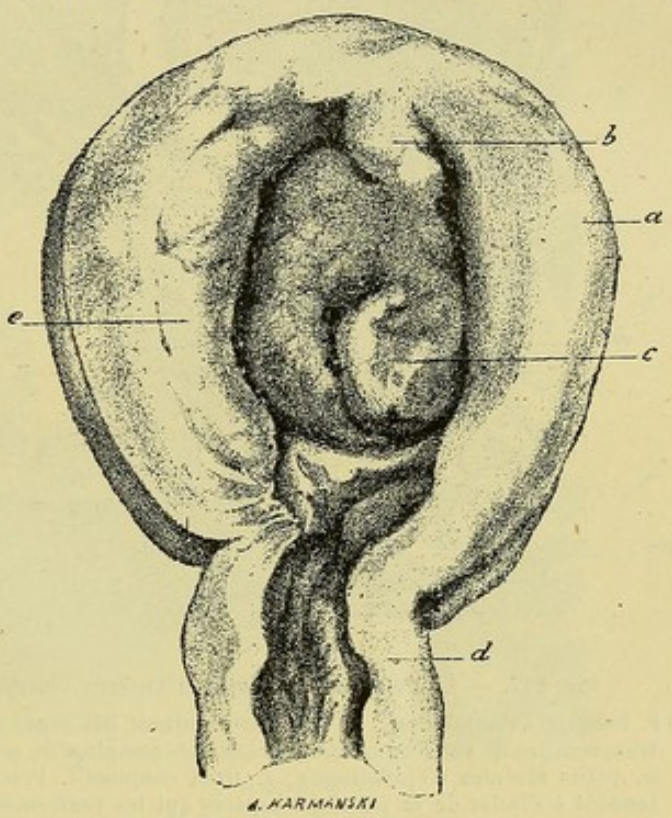


Fig. 246. — Épithélioma de la muqueuse utérine. Forme diffuse avec épaississement circonscrit.

a. Paroi musculaire de l'utérus; *b e*. coupe du néoplasme; *c*. le néoplasme vu de face; *d*. col de l'utérus indemne.

A une période avancée de son évolution, le cancer du corps peut s'ulcérer; mais Cornil a trouvé dans un cas, au début, la muqueuse conservée et soulevée au-devant des lobules épithéliaux.

La muqueuse du corps est parfois encore bien reconnaissable, ses cellules épithéliales sont conservées, bien que couvertes par quelques cellules migratrices; seulement les glandes sont atrophiées; leurs cellules cylindriques sont petites. Le tissu conjonctif est comprimé, tassé et peu épais. Dans d'autres parties, la muqueuse est réduite à une très mince couche de tissu conjonctif recouvert d'une simple rangée de cellules cylindriques de revêtement (fig. 250).

Plus tard les couches musculaires sont infiltrées par la néoplasie. Il peut y avoir aussi une propagation du côté des trompes et des ovaires

Je dois signaler, à titre de curiosité anatomique, quelques cas isolés d'**épithélioma pavimenteux** primitif du corps de l'utérus.

Ils ont été observés par O. Piering[1], C. Gebhard[2], Pfannenstiel[3], Löhlein[4], Flaischlen[5] et Emanuel[6].

Signes. **Symptômes.** — L'**hémorrhagie** est le symptôme primitif, et, comme pour le cancer du col, elle s'accompagne ordinairement de

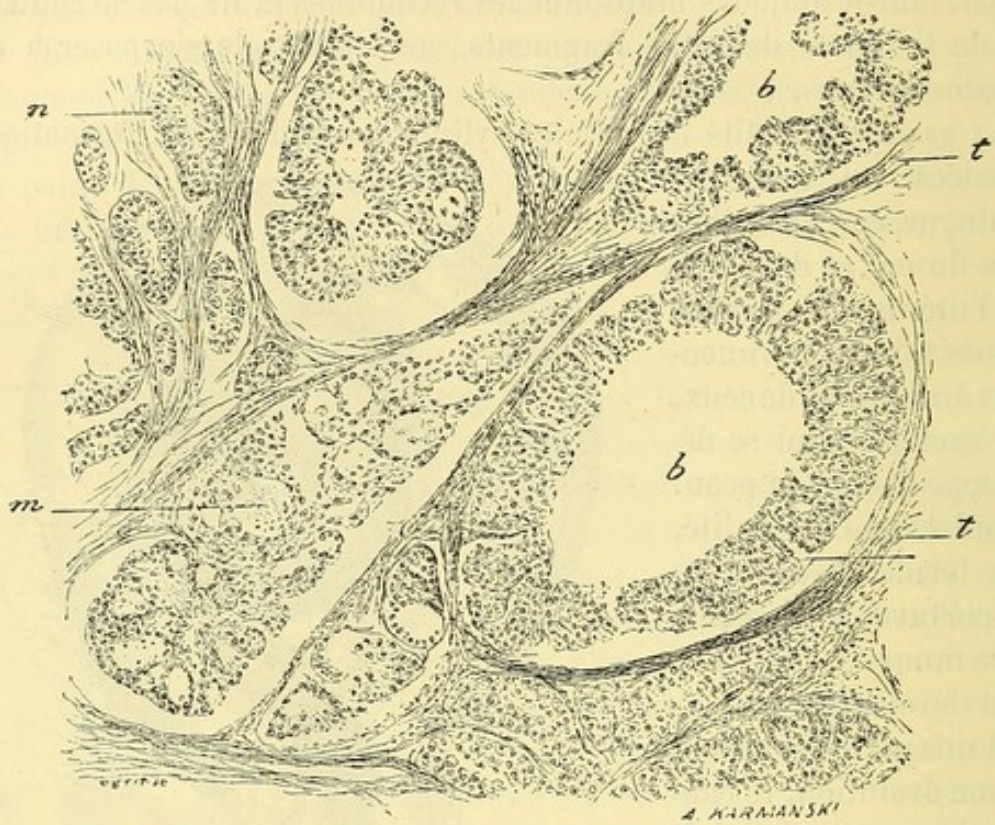


Fig. 247. — Épithélioma du corps de l'utérus. (Grossissement de 120 diamètres.)

b b. Lobules d'épithélioma; *m.* lobules montrant des espaces vides qui sont tantôt des sections transversales de vaisseaux, tantôt des cavités remplies de cellules en dégénérescence muqueuse; *n.* petits alvéoles d'épithélioma; *t.* tissu conjonctif. Presque toutes les cellules épithéliales tendent à s'isoler de la paroi des espaces qui les renferment. (Cornil.)

bonne heure d'un **écoulement séreux**[7] ou roussâtre, à odeur fade ou fétide; on note aussi parfois l'expulsion de petits lambeaux ressemblant à de la raclure de boyaux, provenant des fongosités désagrégées.

[1] O. Piering. *Ueber einen Fall von atypischer Carcinombildung im Uterus* (*Zeitschr. f. Heilk.*, 1887, Bd. VIII, p. 335).

[2] C. Gebhard. *Ueber die vom Oberflæchenepithel ausgehenden Carcinomformen des Uteruskörpers so wie über den Hornkrebs des Cavum Uteri* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd. XXIV, Heft 1).

[3] J. Pfannenstiel. *Beitrag zur pathologischen Anatomie und Histogenese des Uteruskrebses, etc....* (*Centr. f. Gyn.*, 1893, p. 414).

[4] Löhlein. *Zur Diagnose und Therapie des Gebärmutterkrebses* (*Gyn. Tagesfr.*, 1893, Heft 3, p. 174).

[5] Flaischlen. *Ueber den primären Hornkrebs des Corpus Uteri* (*Zeit. f. Geb. und Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, p. 347).

[6] Emanuel. *Ueber einen werleren Fall von Hornkrebs des Uteruskörpers* (*Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, p. 478).

[7] Mlle Coutzadrida (*De l'hydrorrhée et de sa valeur séméiologique dans le cancer du corps de l'utérus.* Thèse de Paris, 1884) a considérablement exagéré la valeur de ce symptôme, que j'ai vu manquer totalement.

Les **douleurs** et les autres symptômes fonctionnels et réflexes restent longtemps ceux que j'ai caractérisés, sous le nom de **syndrome utérin** (voir chapitre MÉTRITES). Mais à mesure que la maladie s'aggrave, les douleurs prennent un caractère paroxystique des plus remarquables, qui a quelque chose de presque pathognomonique. Ces crises de douleur excruciantes, signalées d'abord par Simpson, sont attribuées, à tort, je crois, par Schröder, à des contractions

Douleurs.

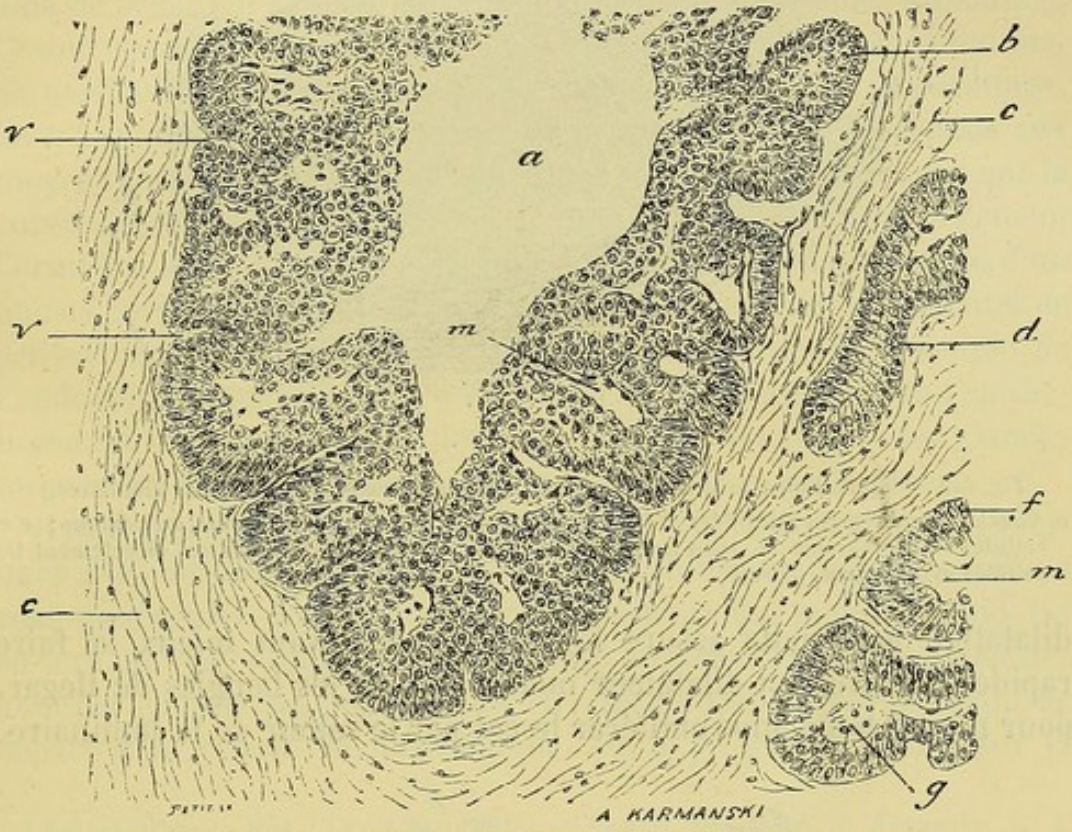


Fig. 248. — Épithélioma du corps de l'utérus. (Fort grossissement.)

c. Tissu conjonctif; *d*. cul-de-sac glandulaire à peine modifié; *f g m*. glandes dilatées et modifiées; leur revêtement épithélial *f* est formé de cellules cylindriques, mais leur cavité *m g* est remplie de cellules, la membrane glandulaire fait défaut; *a*. grande cavité au milieu d'un îlot d'épithélioma; la masse épithéliale *b* est pénétrée par des vaisseaux qui partent du tissu conjonctif voisin comme on le voit en *v*; *m*. sections obliques ou en divers sens de ces mêmes vaisseaux. (Cornil.)

utérines pour l'expulsion du contenu anormal de la matrice. Elles n'ont nullement le caractère de coliques, et leur apparition à des heures régulières, une ou deux fois par jour, même après un curettage qui a détruit la tumeur, ainsi que je l'ai observé, prouve bien qu'il s'agit plutôt de véritables névrites, par propagation le long des nerfs de l'utérus désorganisé.

La palpation de l'utérus par l'exploration bi-manuelle montre une **augmentation de volume** de cet organe qui peut atteindre les dimensions d'une grossesse de quatre mois. L'utérus reste longtemps mobile; il finit cependant par s'enclaver dans le pelvis, par suite des adhérences. Au toucher, le col est indemne, mais souvent ramolli et un peu entr'ouvert comme celui d'un utérus gravide.

Volume.

Le cathétérisme, qui doit être fait avec beaucoup de précautions, révèle une **augmentation de capacité** de l'utérus et la présence de masses irrégulières. On peut parfois le dilater suffisamment avec
Fongosités. l'index pour arriver à sentir les **fongosités** de la cavité utérine : une

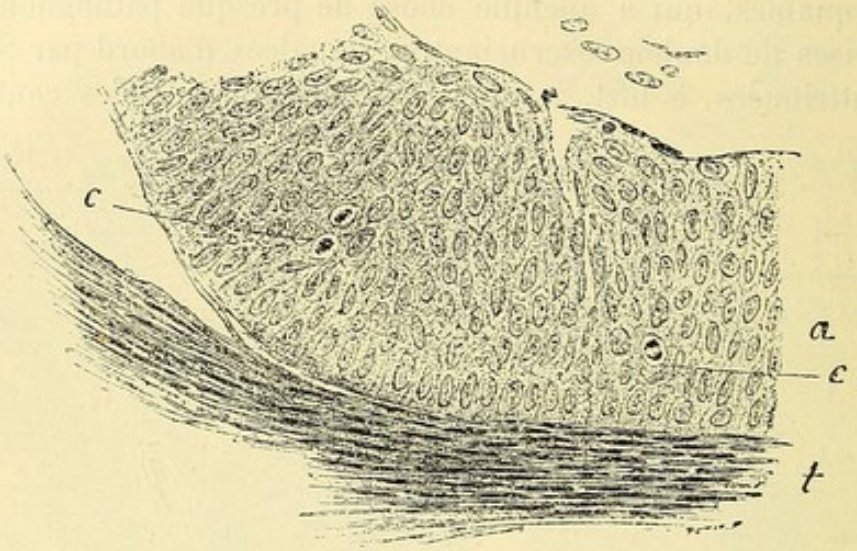


Fig. 249. — Épithélioma primitif du corps de l'utérus. (Grossissement de 300 diamètres.)
a. Couches nombreuses, stratifiées d'épithélium dont la couche profonde est cylindrique; *c c*. cellules en karyokinèse; *t*. tissu musculaire de l'utérus sur lequel s'implantent directement les cellules cylindriques. (Cornil)

dilatation artificielle assure le diagnostic; il vaut mieux la faire rapidement avec un dilatateur métallique ou les bougies de Hegar, pour ne pas longtemps oblitérer le col par le séjour de la laminaire.

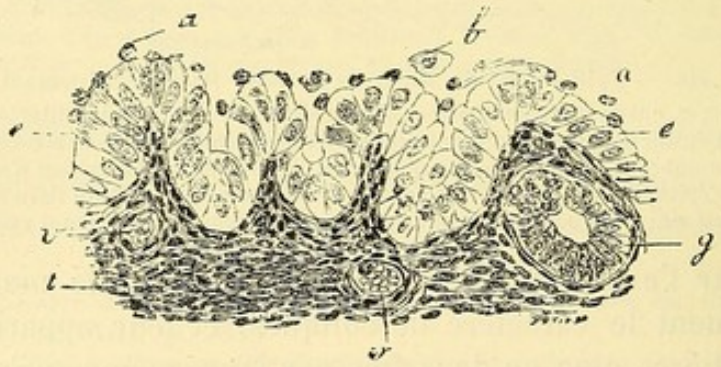


Fig. 250. — Muqueuse de l'utérus comprimée et atrophiée au niveau d'un cancer développé dans ses couches profondes. (Grossissement de 300 diamètres.)
c c. Cellules du revêtement épithélial claires, muqueuses, n'ayant plus de cils vibratiles; *a*. cellules migratrices situées à la surface de l'épithélium; *b*. une cellule épithéliale desquamée; *t*. tissu conjonctif comprimé de la muqueuse; *v*. vaisseaux; *g*. tube glandulaire. (Cornil.)

Le dépérissement de l'état général suit les phases du développement du néoplasme et aboutit à la **cachexie**.

Diagnostic. **Diagnostic**. — Les hémorrhagies, l'écoulement séreux, l'augmentation de volume de l'utérus, l'exploration intra-utérine constituent des éléments d'appréciation suffisants. L'examen de parcelles

enlevées par le *curettage* pourra parfois définitivement trancher la question entre le cancer ou une **métrite**, sans néoplasie maligne. Cet examen sera particulièrement nécessaire pour différencier du cancer du corps certains cas d'endométrite fétide que l'on rencontre chez les femmes âgées[1]. On distinguera aussi de cette manière le carcinome du **sarcome**.

Il est des cas, toutefois, où le diagnostic d'avec la métrite, même aidé de l'examen histologique, rencontre les plus grandes difficultés. Ce sont ceux où, avec un ensemble de symptômes rationnels communs, en particulier une hémorrhagie persistante qui a résisté au curettage, on n'a, pour décider de la nature de la lésion, que sa résistance aux moyens thérapeutiques et l'examen des parcelles insignifiantes que la curette parvient à entraîner. Or, comme le remarque très justement Cornil[2], si le diagnostic histologique est facile, quand on dispose d'un utérus entier, il en est tout autrement quand on doit se contenter de petits fragments de muqueuse. L'hypertrophie glandulaire simple de l'endométrite peut alors être très difficile à différencier de l'épithélioma, surtout lorsque, sur les fragments de muqueuse, les glandes ne peuvent pas être examinées jusque dans leur profondeur[3].

Il peut arriver qu'on soit alors obligé de faire l'hystérectomie vaginale avec un simple diagnostic de probabilité et comme suprême ressource contre une métrorrhagie persistante qui menace la vie. On se sera, du reste, soigneusement assuré auparavant par l'examen des annexes qu'elles ne peuvent pas être incriminées, comme point de départ d'un réflexe hémorrhagique. On a pu parfois alors, sur la

[1] Levrat (*Progr. Méd.*, 17 octobre 1891). — Fritsch (*Handbuch f. Frauenkr.* t. I, p. 990). — Patru. *Endométrite purulente sénile ou endométrite atrophiante* (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, 20 mai 1895, p. 285). — G. Maurange. *Endométrite fétide des femmes âgées* (*Presse Médicale*, 1895, n° 4, p. 26).

[2] Cornil et Brault. *Notes sur les lésions de l'endométrite chronique* (*Bull. de la Soc anat.*, janv. 1888, p. 57 et suiv.).

[3] Voici les particularités qui pourront servir de guide dans cet examen : dans les hypertrophies glandulaires simples il existe souvent, entre les culs-de-sac et le tissu conjonctif, une couche très régulière de cellules plates servant, pour ainsi dire, de membranes d'implantation aux épithéliums. Les cils vibratiles sont presque toujours conservés, on les retrouvera jusqu'au fond des glandes; la transformation muqueuse des cellules n'est jamais complète, elle ne porte que sur leur extrémité libre. A côté de cellules muqueuses on retrouve, en général, des épithéliums ayant conservé leurs cils.

Le tissu inter-glandulaire est moins chargé de cellules lymphatiques que dans les épithéliomas, et les couches de tissu conjonctif jeune sont régulièrement ordonnées, suivant les lignes parallèles à la direction des conduits excréteurs.

Dans les épithéliomas, au contraire, il y a en même temps que l'allongement hypertrophique des glandes, une multiplication abondante de cellules qui perdent rapidement le type des épithéliums à cils vibratiles. De cette prolifération il résulte que la partie profonde des glandes est bientôt obstruée par des amas épithéliaux pleins. D'autre part, les cellules peuvent subir la transformation muqueuse ou représenter la forme polyédrique ou cubique. A peine les parois glandulaires sont-elles rompues que la tumeur offre la disposition générale des épithéliomas ou des carcinomes. Cornil, in P. Valat. *De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus.* Thèse de Paris, 1888.

pièce enlevée, constater les lésions caractéristiques de l'épithélioma que l'examen des fragments fournis par la curette ne permettait pas de déterminer. Martin et Löhlein[1] ont cité des cas de ce genre qui sont cliniquement fort instructifs.

Dans les cas douteux on reconnaîtrait de même un **corps fibreux en voie de décomposition**, grâce à l'examen histologique.

La présence d'un noyau cancéreux métastatique dans le vagin vient parfois rendre la nature du mal évidente.

Pronostic.

Le **pronostic** est grave. Toutefois une opération précoce a été souvent suivie d'une très longue survie.

Étiologie.

Étiologie. — Cette forme de cancer primitif du corps est propre aux femmes ayant dépassé la ménopause; la moyenne de l'âge des malades observées par Hofmeier est de 54 ans. Sur 31 cas de tumeurs malignes, comprenant les diverses variétés de cancer du corps, relevés par Pichot[2], 9 seulement étaient au-dessous de 50 ans. Il a relevé dans un seul cas l'influence manifeste de l'hérédité. Les nullipares en sont bien plus fréquemment atteintes que de cancer du col. 21 pour 100 des malades observées par Hofmeier n'avaient pas eu d'enfants.

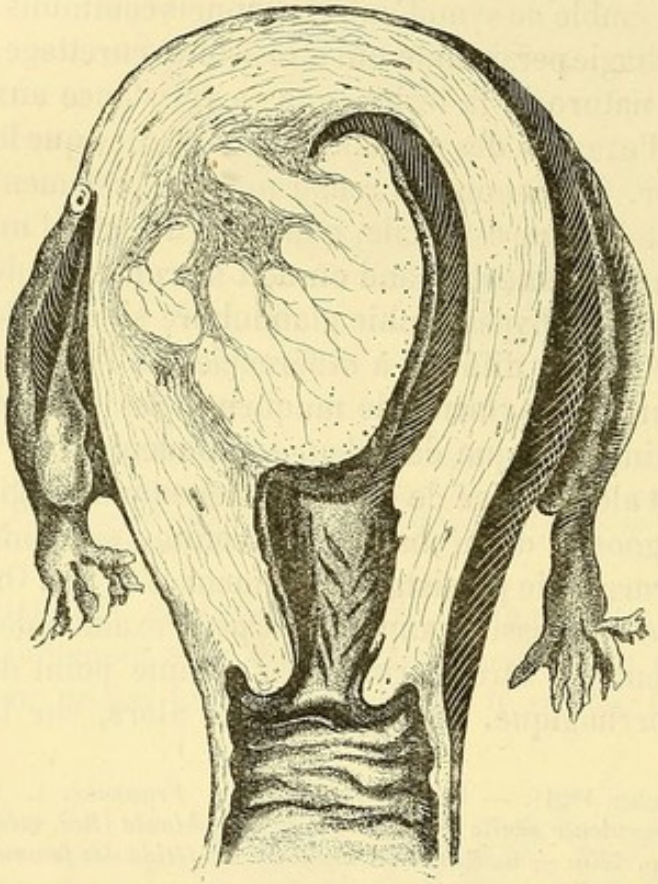


Fig. 251. — Sarcome de la muqueuse utérine.

Sarcome diffus de la muqueuse.

B. — **Sarcome diffus de la muqueuse.** — On donne, depuis Virchow, le nom de **sarcome diffus** à un épaississement de la muqueuse par la prolifération de cellules rondes ou fusiformes qui l'infiltrent, et y déterminent l'apparition de tumeurs molles, villeuses ou lobulées (fig. 251), ayant l'aspect encéphaloïde et reproduisant le type

[1] Martin. *Réunion des naturalistes et médecins allemands.* Heidelberg, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 40, p. 690 et suiv.). — Löhlein. *Ibid.* — Voir aussi D. de Ott. *Extirpation de l'utérus par la voie vaginale* (*Annal. de gyn.*, oct. et nov. 1889); p. 36 du tirage à part.

[2] Pichot. *De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus.* Thèse de Paris, 1888.

embryonnaire du tissu conjonctif. C'est un **cancer des femmes jeunes.**

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Je ne m'étendrai pas sur les caractères histologiques bien connus du sarcome, qui n'ont ici rien de spécial (fig. 252). On a pourtant noté, parfois, la réunion des caractères histologiques du sarcome et du carcinome, donnant lieu à des tumeurs mixtes, à de véritables carcino-sarcomes (Klebs).

Lorsque le sarcome forme une tumeur pédiculée, il peut s'engager dans le col comme un polype[1]. Son ulcération et sa désagrégation sont beaucoup moins rapides que celles de l'épithélioma. Mais, lorsqu'elles ont commencé, le sarcome peut ainsi détruire le parenchyme utérin.

Abel[2], ainsi que je l'ai dit plus haut, a affirmé que le sarcome

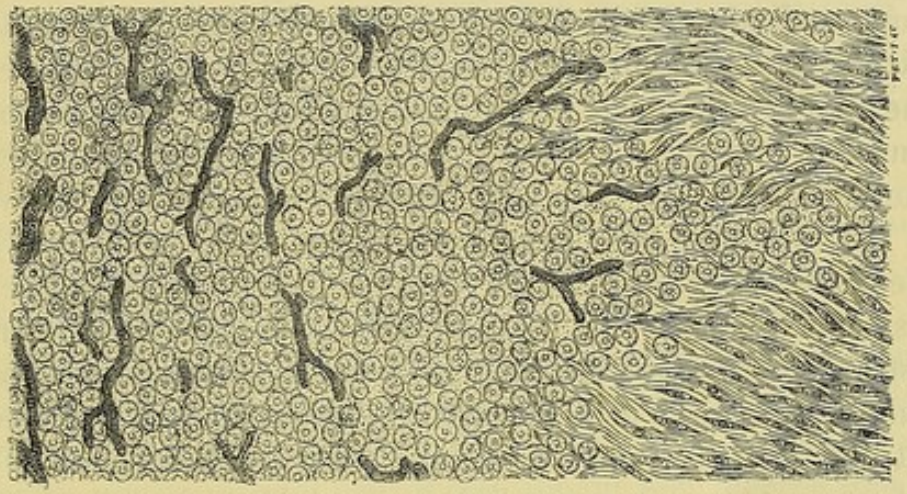


Fig. 252. — Sarcome diffus de la muqueuse de l'utérus. (Wyder.)

Le néoplasme est séparé du péritoine (à gauche) par une couche bien marquée de tunique musculaire saine, épaisse de plusieurs millimètres. Les parties superficielles du côté de la cavité utérine (à droite) sont en voie de désagrégation.

Dans les parties profondes on voit par place des lames connectives fibrillaires et riches en cellules fusiformes à prolongements longs et courts. Entre ces cellules, une substance fondamentale amorphe et une forte accumulation de cellules rondes à noyaux apparents, très rapprochées les unes des autres. Dans les couches superficielles, les faisceaux de tissu fibreux et musculaire disparaissent complètement, pour faire place aux cellules rondes. La richesse vasculaire du tissu est très grande : autour des vaisseaux existent quelques foyers hémorrhagiques. Nulle part on ne rencontre de trace quelconque de la muqueuse utérine, en particulier pas de glandes.

diffus de la muqueuse du corps coïncide souvent avec un épithélioma circonscrit du museau de tanche. Mais il semble avoir confondu le sarcome avec des lésions purement inflammatoires.

Signes et diagnostic.

Symptômes et diagnostic. — Les signes ressemblent à plus d'un point de vue à ceux de la forme précédente : **hémorrhagies, écou-**

[1] P. Mundé. *Myxo-fibroma of the endometrium* (*Obst. Soc. of New York* in *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1885, t. XVIII, p. 65).

[2] K. Abel, *loc. cit.* — Voir sur le même sujet un article contradictoire de E. Fraenkel (*Arch. f. Gyn*, 1888, Bd. XXXIII, Heft 1, p. 146); une importante discussion à la Société de gyn. de Berlin, 13 juill. 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 46, p. 753 et suiv.); enfin un long article de Thiem. *Réunion des naturalistes et médecins allemands*. Cologne, le 25 septembre 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 47, p. 762).

lement séreux, augmentation de volume de l'utérus, col indemne; l'introduction du doigt, après dilatation, permet aussi de reconnaître le néoplasme.

Les caractères cliniques qui distinguent le sarcome de l'épithéliome sont surtout : la moindre fétidité de l'écoulement pendant les premières périodes, l'ulcération ne survenant que plus tard, la moindre dilatation du col, l'apparition possible d'une tumeur polypeuse l'entr'ouvrant et descendant dans le vagin, causant parfois une inversion utérine.

Pour ce qui est du diagnostic avec d'autres affections, je renvoie à l'article précédent.

Pronostic. **Pronostic.** — Il est de la plus grande gravité. La récidive du sarcome est fatale, même lorsqu'on opère[1] dès le début (Freund).

Étiologie. **Étiologie.** — Un des caractères les plus remarquables de ce néoplasme, qui le différencie de l'épithélioma, c'est l'âge des malades qui en sont atteintes. Il y en a de nombreux exemples chez des femmes de moins de vingt ans. Zweifel[2] a rapporté l'observation d'une hystérectomie faite pour un sarcome utérin, chez une jeune fille de *treize ans*, et Kaltenbach[3] chez une jeune fille de *quinze ans*. Il est surtout fréquent chez les nullipares. Il semble avoir pour premier stade histogénique l'endométrite interstitielle; comme on observe souvent cette dernière dans le corps de l'utérus, tandis que le col est atteint d'épithélioma, on conçoit que l'endométrite se transforme alors facilement en sarcome, d'où, suivant Abel, dont l'opinion est d'ailleurs très contestée, la coexistence fréquente de ces deux néoplasmes différents dans la matrice.

Corps fibreux sarcomateux. II. — **Corps fibreux sarcomateux.** — Synonymie : *sarcoma fibrosum seu nodosum*, *fibro-sarcome circonscrit*, *sarcome du parenchyme utérin*.

Anatomie pathologique. **Anatomie pathologique.** — On pourrait, se plaçant au point de vue clinique, appeler ces productions des corps fibreux malins. Comme leurs homologues bénins, les fibro-myomes, ils peuvent être sous-muqueux, interstitiels ou sous-péritonéaux. Ils naissent comme eux dans le parenchyme utérin, mais, circonstance capitale, au lieu d'y constituer des masses plus ou moins isolées par une capsule lâche, ils y sont profondément enracinés. Leur surface de section est pâle, leur consistance molle et homogène. Quand ils sont pédiculés, leur pédicule est fibreux et il est évident qu'ils proviennent de la dégéné-

[1] Freund. *Réunion des naturalistes et médecins allemands.* Heidelberg, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 40, p. 693).

[2] Zweifel. *Drei Fälle von vaginaler Totalexstirpation des Uterus*, etc. (*Centr. f Gyn.*, 1884, n° 26, p. 407).

[3] Kaltenbach. *Erfahrungen über Uterussarkom* (*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 131, *supplément*).

rescence d'un polype fibro-musculaire. Les vestiges d'une constitution première bénigne se reconnaissent souvent dans les tumeurs sessiles, mais le tissu caractéristique du sarcome (accumulation de cellules arrondies et plus rarement fusiformes) n'est plus traversé que par de rares travées conjonctives. Quoi qu'il en soit, il est extrêmement probable qu'un fibro-sarcome a toujours eu pour tissu matriculaire un fibro-myome. On a souvent surpris sur le fait cette dégénérescence, et des observations de Chrobak, G. Müller, A. Simpson, Frankenhäuser et de Kurz[1] en sont des exemples remarquables.

On a observé des noyaux métastatiques éloignés dans le vagin, le péritoine, le poumon, le foie et les vertèbres.

Les transformations du fibro-sarcome en myxo-sarcome, en cysto-sarcome et autres tumeurs mixtes, sont excessivement rares[2], et je me borne à mentionner ici une observation très intéressante de Gusserow[3], relative à un myxo-sarcome avec noyaux sarcomateux métastatiques dans le péritoine, et une autre de Rabl-Rückard[4], où il y avait combinaison de carcinome et de fibro-sarcome; les partisans de la proposition soutenue par R. Maier[5] pourraient même voir là un exemple de transformation directe du sarcome en carcinome.

Symptômes. — Au début, rien ne distingue le fibro-sarcome du corps fibreux bénin : hémorrhagie sous forme de ménorrhagie ou de métrorrhagie; écoulement séreux, sorte d'hydrorrhée non odorante; douleurs médiocres, augmentation de volume de l'utérus. Les phénomènes physiques sont ceux d'une tumeur non ulcérée, que la dilatation permet d'atteindre, si elle est sous-muqueuse. Symptômes.

Plus tard, l'ulcération du néoplasme change la scène; les **hémorrhagies** deviennent un suintement de sang presque continuel; la **leucorrhée** prend une **odeur fétide** et contient des débris riziformes où le microscope décèle la présence du tissu sarcomateux. Les **douleurs** s'accusent et peuvent revêtir le **caractère paroxystique**, à apparitions régulières, que j'ai indiqué à propos du carcinome de la muqueuse. L'examen local permet au doigt introduit dans le col intact, mais dilaté, de sentir la **masse friable** du néoplasme qui parfois fait spontanément saillie entre les lèvres du museau de tanche. Le corps utérin peut être très **augmenté de volume** et bosselé; il est parfois en rétro-

[1] Chrobak. *Arch. f. Gyn.*, 1872, Bd. IV, p. 549. — G. Müller. *Ibid.*, 1874, Bd. VI, p. 126. — A. R. Simpson. *Contributions to Obstet. and Gyn.*, p. 240. — Frankenhäuser, cité par A. Rogivue. *Du sarcome de l'utérus.* Thèse de Zurich, 1876. — Kurz. *Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.*, 16 juin 1877.

[2] O. Terrillon. *Sarcomes de l'utérus* (*Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1890, t. XVI, p. 746). Cet auteur a cependant observé 3 cas de sarcomes kystiques de l'utérus.

[3] Gusserow, *loc. cit.*, p. 163.

[4] Rabl-Rückard. *Beitr. zur Geb. und Gyn.*, 1872, t. I, p. 76.

[5] R. Maier. *Virchow's Arch.*, 1877, Bd. LXX, p. 378.

version et devient immobile, à la dernière période. On a même vu l'inversion de l'utérus être une conséquence du sarcome (Simpson). La **cachexie** se prononce enfin de plus en plus.

Souvent, cette seconde phase est précédée d'un soulagement passager dû à l'extirpation du sarcome qui a été pris pour un corps fibreux. Déjà, pendant l'opération, on aura pu soupçonner la nature de la tumeur à sa fusion complète avec le tissu voisin qui rend l'énucléation impossible. Une **récidive** rapide sur place ne laisse plus de doute; c'est ce caractère qui avait fait nommer cette tumeur par les auteurs anglais **fibrome récidivant** (*recurrent fibroid*).

Freund a observé un cas curieux de fibro-sarcome d'un utérus cloisonné, ayant amené l'hydrométrie.

Diagnostic. **Diagnostic.** — Soupçonné d'après les signes rationnels et généraux, il sera assuré par l'examen de la tumeur avec le doigt, introduit assez profondément, après dilatation, s'il est nécessaire au début. On ne pourrait hésiter qu'entre une **métrite hémorrhagique** ou un **corps fibreux**, plus tard entre un **corps fibreux sphacélé** et un **épithélioma** ou un **sarcome de la muqueuse utérine**. L'examen microscopique, après un curettage explorateur, sera d'un précieux secours.

La durée totale de la maladie varierait entre quatre mois (cas de Frankenhäuser) et dix ans (cas de Hegar). La moyenne, d'après Rogivue, serait de trois ans.

Pronostic. Le **pronostic**, toujours sérieux, est d'une gravité variable: la récidive prompte s'observe surtout chez les sujets jeunes et dans les tumeurs qui ont présenté un développement rapide.

Étiologie. **Étiologie.** — En réunissant tous les cas publiés jusqu'en 1885, Gusserow a dressé le tableau suivant, qui établit l'influence de l'âge :

Avant 10 ans.	4	cas
de 20 à 29	5	
30 à 39	15	
40 à 49	28	
50 à 60	18	
au-dessus de 60	3	(dont 1 cas de 20 à 72 ans).

Ce tableau met en évidence la prédisposition, créée par la ménopause, pour le sarcome comme pour les autres productions malignes.

Sur 74 cas analysés par le même auteur, au point de vue de la stérilité et de la fécondité, 25 femmes étaient stériles (dont 4 vierges). Ce chiffre paraît très élevé et forme contraste avec ce que j'ai dit de la prédisposition des multipares au cancer du col.

Déciduome malin. III. — **Déciduome malin.** — Les tumeurs malignes, qui surviennent à la suite d'une grossesse et que l'on désigne habituelle-

ment sous le nom de **déciduomes malins**, sont de connaissance récente. R. Maier[1], qui a créé le mot, avait entrevu leurs rapports avec les éléments de la caduque; mais, c'est à Sänger[2] que revient le mérite d'avoir nettement précisé leurs caractères cliniques et d'avoir appelé l'attention sur la nature spéciale de ces néoplasmes. Ils ont, depuis lors, fait l'objet de nombreuses publications et discussions.[3]

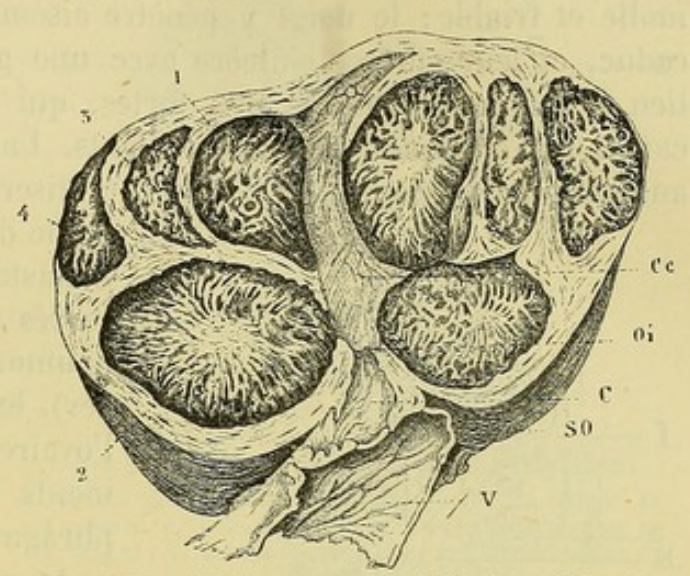


Fig. 253. — Déciduome malin de l'utérus. (Sänger.)

Utérus sectionné sur sa paroi antérieure et ouvert. — 1, 2, 3, 4. Tumeurs. *Cc.* Cavité utérine. *Oi.* Orifice interne. *C.* Cavité du col. *SO.* Surface séreuse de l'utérus. *V.* vagin.

Anatomie pathologique. — Au point de vue macroscopique, le déciduome malin ne se distingue guère du cancer ordinaire du corps, avec lequel il a certainement souvent été confondu par les anciens auteurs. Il se présente habituellement sous la forme de noyaux, souvent multi-

[1] R. Maier. *Ueber Geschwulstbildungen mit dem Bau des Deciduagewebes* (*Virchow's Archiv.*, Bd. 67, 1876, p. 55).

[2] Sänger. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Leipzig* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 132).

[3] Chiari. *Ueber 3 Fäll von primären Carcinom im Fundus und Corpus des Uterus* (*Wien. med. Jahrb.*, 1878, p. 364). — Pfeiffer. *Ueber eine eigenartige Geschwulstform des Uterusfundus* (*Deciduoma malignum*). (*Prag. med. Woch.*, 1890, n° 26, p. 327.) — Sänger. *Verhandlungen der gynäkologischen Gesellschaft*, 1891. Bd. IV, p. 333. — *Ueber Sarcoma deciduo-cellulare und andere deciduale Geschwulste* (*Arch. f. Gynäk.*, 1893, Bd. XLIV, p. 49). — Schmorl. *Ueber malignes Deciduom* (*Centralbl. f. Gynäk.*, 1895, n° 8). — Gottschalk. *Ueber das Sarcoma chorion-deciduo-cellulare* (*Deciduoma malignum*) (*Berl. klin. Woch.*, 1893, n° 4). — *Das Sarcom der Chorionzotten* (*Arch. f. Gynäk.*, 1894, Bd. XLVI, p. 1). — A. Kœttnitz. *Ueber chorio-deciduale Tumoren malignen Charakters* (*Deut. med. Woch.*, 1895, n° 21). — H. Löhlein. *Sarcoma deciduo-cellulare nach vorangegangenem Myxoma Chorii* (*Centr. f. Gyn.*, 1895, n° 14 et *Ibid.*, 1894, p. 20). — Nové-Josserand et Lacroix. *Sur le déciduome malin* (*Annal de gynéc. et d'obstét.*, 1894, t. XLI, p. 100). — Raviot. *Un cas de déciduome malin avec noyaux métastatiques multiples* (*Annales de gynéc. et d'obstétr.*, 1894, t. XLI, p. 306). — R. Klein. *Fall von Deciduo-sarcoma utero-giganto-cellulare* (*Arch. f. Gynäk.*, 1894, Bd. XLVII, p. 243). — K. Menge. *Ueber Deciduosarcoma Uteri* (*Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1894, Bd. XXX, p. 323). — A. Perske. *Ein Fall von Sarcoma deciduo-cellulare* (*Dissert.* Greifwald., 1894). — L. Fraenkel. *Das von dem Epithel der Chorionzotten ausgehende Carcinom des Uterus* (*nach Blasenmole*) (*Arch. f. Gyn.*, 1895, Bd. XLVIII, p. 80). — Jeannel. *Du déciduome malin* (*Congrès de chirurgie*, 8e *session*, Lyon, 1894, p. 773). — Beach. Th. de Paris, 1894. — Marchand. *Ueber die sogenannten deciduale Geschwülste in Anschluss an normale Geburt, Abort, Blasenmole und Extra-uterinschwangerschaft* (*Monats. f. Geburtsh. u. Gynäk.* 1895, Bd. I, p. 419). — Kossmann. *Das Carcinoma syncytiale Uteri* (*Monatsch. f. Geburt. u. Gynäk.*, 1895, Bd. II, p. 100). — Ruge. *Ueber Deciduoma malignum und der Sarcom der Chorionzotten* (*Centr. f. Gyn.*, 1895, p. 759). — Pestalozza.

ples, envahissant rapidement toute l'épaisseur de la paroi utérine et faisant saillie aussi bien dans la cavité de l'utérus que du côté du péritoine (fig. 253). La consistance de ces noyaux est généralement molle et friable; le doigt y pénètre aisément. Leur tissu est assez caduc, et leur surface s'ulcère avec une grande rapidité, donnant lieu à des hémorrhagies très fortes, qui constituent un de leurs caractères cliniques les plus saillants. Une de leurs particularités anatomo-pathologiques est de se généraliser avec une grande rapidité et de donner lieu à des noyaux métastatiques qui ont été observés principalement dans les poumons (Chiari, Pfeiffer, Sänger), le vagin (Chiari, Pfeiffer), l'ovaire (Chiari, Cazin), les ligaments larges (Chiari), le diaphragme (Sänger).

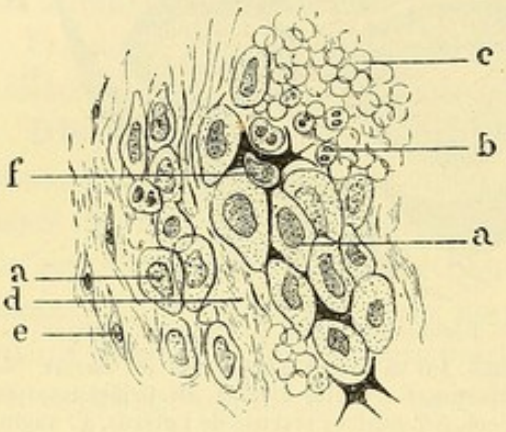


Fig. 254.
Coupe d'un fragment de déciduome (fig. 253).

a. Cellules déciduales. *b*. Leucocytes. *c*. Hématies. *d*. Tissu cellulaire inter-musculaire. *e*. Cellules fusiformes. *f*. Reticulum.

Au point de vue histologique, le déciduome malin est caractérisé par la présence de grandes cellules (fig. 254 et 255) sur l'origine et la nature desquelles les auteurs sont loin d'être d'accord. D'après Lacroix[1], ces cellules sont essentiellement polymorphes. Un grand nombre d'entre elles sont arrondies ou polygonales à angles mousses; dans ce cas leur aspect épithélial est des plus nets. Lorsque ces cellules sont tassées les unes contre les autres, elles deviennent polygonales à angles vifs, fusiformes et plus ou moins allongées. Le protoplasma de ces cellules est le plus souvent granuleux : quelquefois cependant il paraît plus homogène et il se colore d'une façon plus intense par les réactifs ordinaires. Ces grosses cellules du déciduome sont pourvues d'un seul ou de plusieurs noyaux. Les cellules du déciduome se montrent dans les différentes parties de la tumeur, soit isolées, soit groupées en petit nombre (fig. 256 et 257), soit

Sul sarcoma deciduo-cellulare (*Estratto degli atti della Società italiana di ostet. e gyn.*, 1895, vol. 1). — Schauta. *Ein Fall von Sarcoma deciduo-cellulare* (*Centr. f. Gyn.*, 1895, p. 268). — Hartmann et Toupet. *Sarcome chorio-cellulaire* (*Ann. de gyn. et d'obst.*, 1895, t. XLIII, p. 296). — Carl Ruge. *Ueber das Deciduoma malignum* (*Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXIII, p. 102). — Bacon. *A case of deciduoma malignum* (*Amer. Journ. of Obst.*, 1895, t. XXI, p. 679). — Whidtridge Williams (*Am. Gyn. and. Obst. Journ.*, juin 1895). — M. Cazin. *Contribution à l'étude du déciduome malin* (*La Gynécologie*, 15 février 1896).

[1] Nové-Josserand et Lacroix, *loc. cit.*, p. 239

disposées en amas considérables. Dans le premier cas ces cellules s'insinuent dans les interstices du tissu conjonctif, écartent autour d'elles cellules fixes et fibres, et pénètrent dans l'intérieur même des faisceaux musculaires. Lorsque, par suite de leur multiplication rapide, ces cellules se réunissent en groupes, elles atrophient les éléments conjonctifs et musculaires compris dans leurs intervalles.

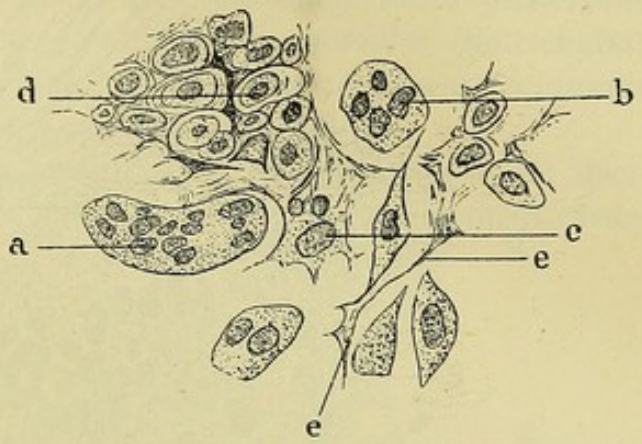


Fig. 255.
Coupe très fine d'un fragment de déciduome (fig. 253 .
a. Cellule déciduale avec 13 noyaux. *b*. La même av 4 noyaux. *c*. Cellule géante en voie de formation av 3 noyaux. *d*. Cellule déciduale uninucléaire incluse dan un stroma réticulé. *e*. Stroma réticulé.

Ce n'est pas le lieu ici de suivre les auteurs dans la discussion sur la nature et l'origine de ces cellules. Nous nous contenterons de rappeler que les uns les font dériver des cellules spéciales de la caduque dont elles ne sont que la prolifération, que d'autres les con-

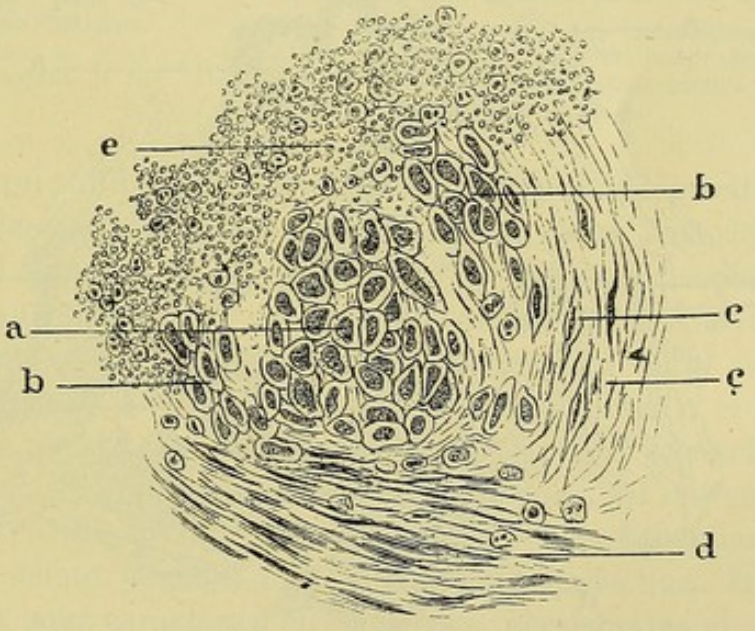


Fig. 256. — Coupe d'un autre fragment de déciduome (fig. 253).
a. Nid de cellules déciduales ressemblant à une alvéole cancéreuse. *b b*. Deux nids semblables en voie de formation. *c*. Tissu cellulaire inter-musculaire. *d*. Fibres musculaires. *e*. Extravasations sanguines.

sidèrent comme de nature épithéliale, opinion qui tend à se généraliser depuis l'important mémoire de Marchand, mais placent leur point de départ en des lieux différents, la caduque sérotine pour

les uns, les villosités choriales pour les autres; Ruge en fait des

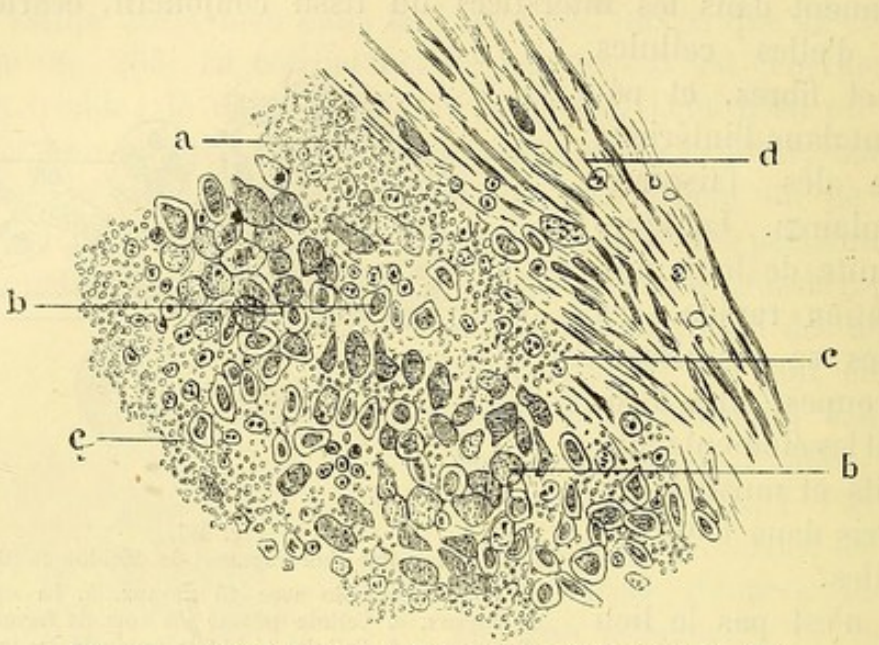


Fig. 257. — Coupe d'un autre fragment de déciduome (fig. 253).
a. Capillaires veineux. *b b*. Nids de cellules déciduales éclatées. *c*. Extravasations sanguines. *d*. Musculaire.

cellules sarcomateuses préexistant à la grossesse et prenant, par le

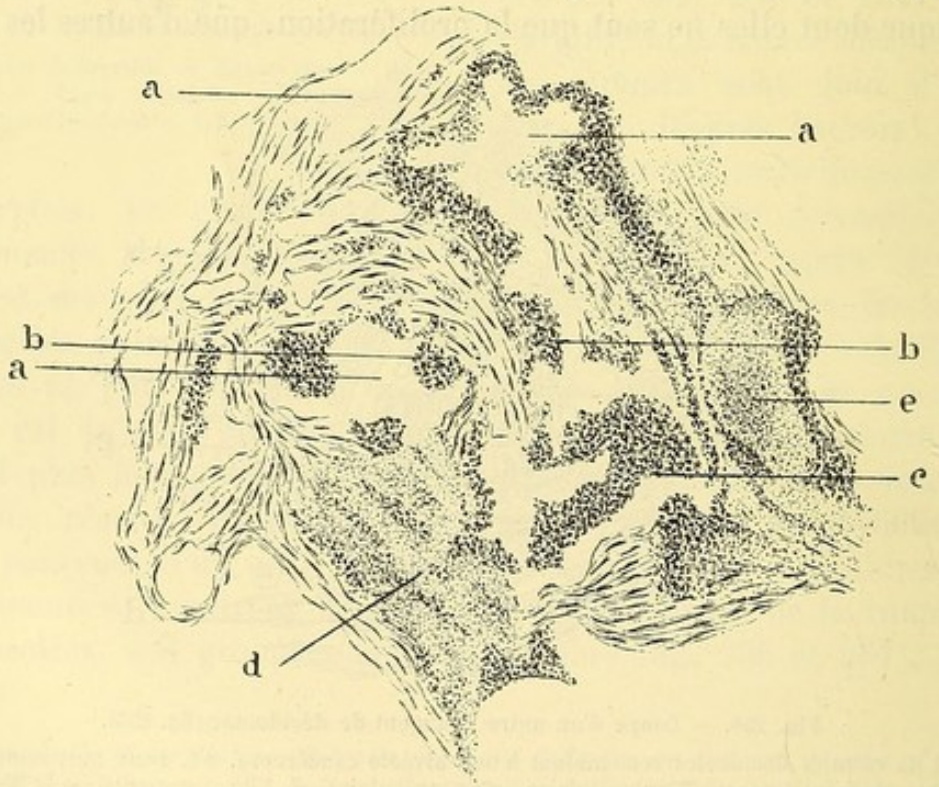


Fig. 258. — Coupe au niveau de la transition de la tumeur sur la paroi utérine (fig. 253).
a a. Coupe des veines de la musculaire. *b b*. Proliférations sarcomateuses le long de la paroi interne des veines. *c*. Tissu musculaire ayant subi totalement la transformation sarcomateuse. *d*. Portion nécrosée de la musculaire infiltrée de leucocytes. *e e*. Extravasations sanguines.

fait de cette dernière, une apparence de cellules déciduales. De

cette divergence d'interprétations est née une synonymie un peu déconcertante : *sarcome déciduo-cellulaire* (Sänger), *sarcome chorio-déciduo-cellulaire* (Gottschalk), *blastoma deciduo-chorion-cellulare* (Schmorl), *sarcome des villosités choriales* (Gottschalk), *deciduo-sarcoma uteri gigantocellulare* (Klein), *tumeurs déciduales* (Marchand), *carcinoma syncytiale uteri* (Kossmann).

Toutefois ce qui montre bien que les grandes cellules du déciduome constituent, quelle que soit leur origine, un élément caractéristique qui suffit à justifier la place à part assignée à cette affection dans les classifications des tumeurs, c'est, d'une part, la présence exclusive d'éléments cellulaires de ce type dans ces néoplasmes utérins, et, d'autre part, leur présence constante dans les noyaux secondaires observés dans les poumons (fig. 260), le vagin ou l'ovaire.

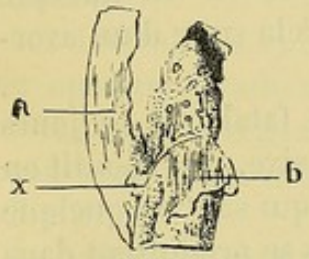


Fig. 259.

Point sur lequel porte la coupe de la figure 258 (grandeur naturelle). *a*. paroi utérine. *b*. noyaux de la tumeur.

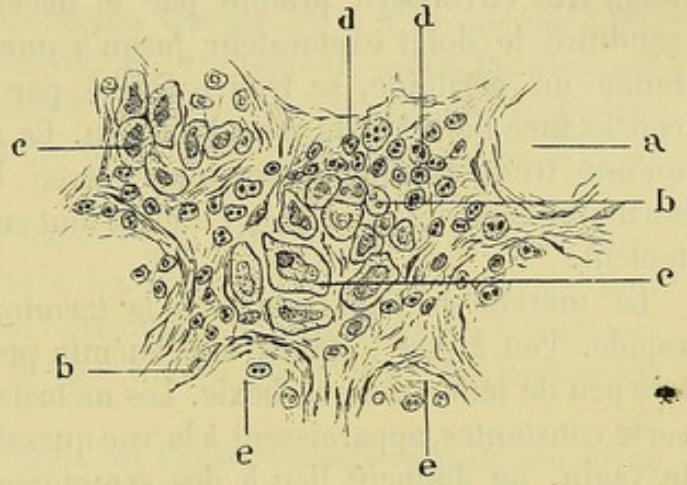


Fig. 260. — Coupe d'un noyau métastatique des poumons.

a. Petite veine pulmonaire. *b b*. Endothélium pulmonaire. *c c*. Cellules déciduales dans l'intérieur des alvéoles. — *d d*. Tissu cellulaire inter-alvéolaire infiltré de leucocytes. *e e*. Alvéoles avec exsudat fibrineux.

Symptômes. — Le début est en général insidieux, et il est difficile de dire au bout de combien de temps après l'accouchement ou l'avortement, la tumeur fait son apparition. C'est en général par une métrorrhagie qu'elle annonce sa présence. Cependant celle-ci peut faire défaut pendant tout le cours de l'affection. Les hémorrhagies ont pour caractère d'être profuses, persistantes et de réapparaître aussi abondantes et à courte échéance, après le curettage de l'utérus; il est exceptionnel de constater leur cessation absolue après un curettage. Ces hémorrhagies sont le symptôme essentiel; les autres symptômes sont secondaires. Les écoulements fétides ne surviennent que plus tard, généralement après un examen ou une intervention intra-utérine; ils s'accompagnent de fièvre et dénotent une infection surajoutée.

L'utérus subit une augmentation de volume progressive, que l'on apprécie aisément par le toucher vaginal et la palpation combinée de l'abdomen. Parfois il est possible de s'assurer des irrégularités de la paroi. Mais c'est surtout le doigt, introduit dans la cavité utérine, après dilatation préalable, qui permettra de se rendre compte non seulement de l'existence de la tumeur, mais encore de sa consistance spéciale, et pourra au besoin ramener un fragment qui sera soumis à l'examen histologique.

Comme le font remarquer Nové-Josserand et Lacroix, le ramollissement très circonscrit produit par le déciduome malin et qui peut conduire le doigt explorateur jusqu'à une distance plus ou moins faible du péritoine, se trouve limité par des bords nets ayant la consistance normale du muscle utérin. Ce ramollissement n'a donc qu'une très lointaine ressemblance avec la friabilité en quelque sorte uniforme que présente l'utérus tout entier à la suite d'un avortement.

La marche de l'affection vers la terminaison fatale est toujours rapide. Peu à peu s'établit une anémie progressive, qui aboutit en très peu de temps à la cachexie. Les métastases, qui sont en quelque sorte constantes, apparaissent à la vue quand elles se produisent dans le vagin, ou donnent lieu à des symptômes spéciaux, quand elles siègent dans le poumon (dyspnée, toux, expectorations sanglantes, signes physiques indiquant une condensation pulmonaire ou un épanchement pleural). Ce sont elles qui, dans plusieurs observations, ont permis de faire le diagnostic indécis avant leur apparition : elles précèdent aussi de peu la terminaison fatale. La durée totale de l'affection ne dépasse guère six à sept mois.

Pronostic. — Le pronostic du déciduome malin est absolument le même que celui du cancer vulgaire de l'utérus. Dans les observations réunies par Cazin, on voit que la mort est survenue rapidement chez toutes les malades qui n'ont pas été traitées chirurgicalement, ou qui n'ont subi qu'un traitement palliatif, sous la forme d'un ou plusieurs curettages. La récidive a été observée dans 3 cas où l'hystérectomie vaginale avait été pratiquée : chez trois malades hystérectomisées depuis un temps plus ou moins long, la récidive ne s'est pas encore produite. L'une d'elles, opérée par Segond en septembre 1893, est actuellement dans un parfait état de santé, au point de vue local et général : elle avait cependant déjà une propagation à l'un des ovaires, ainsi que l'a constaté Cazin, qui a pratiqué l'examen histologique de l'utérus et des annexes.

Etiologie. — Au point de vue étiologique, on ne possède comme donnée certaine que ce fait, à savoir que les déciduomes malins surviennent à la suite d'une grossesse. Dans un assez grand nombre

d'observations, leur apparition a été précédée de l'expulsion d'une môle hydatique. Mais à quel moment ces tumeurs se développent-elles? Est-ce pendant la grossesse ou après l'accouchement ou l'avortement? Seraient-elles même simplement, ainsi que le veulent Veit et Ruge, des sarcomes préexistant à la grossesse et subissant, du fait de celle-ci, certaines modifications cellulaires? On ne peut répondre à ces questions que par des hypothèses. De même nous ne possédons aucune donnée sur la cause première de l'affection.

Traitement des cancers du corps.

Traitement des cancers du corps. — Il n'y a aucune différence à établir, au point de vue du traitement, entre les diverses formes anatomiques de cancer du corps utérin. Ce qui suit s'applique donc à l'épithélioma (ou carcinome) comme au sarcome et au déciduome.

Les indications sont les mêmes que pour le cancer du col : faire une opération radicale toutes les fois qu'on espère pouvoir tout enlever, et que la gravité de l'opération est légitimée par les grands bénéfices qu'on en attend. En cas contraire, se borner à un traitement palliatif.

Hystérectomie vaginale.

Le traitement curatif de choix est l'**hystérectomie vaginale.** On devra tâcher de la faire le plus tôt possible, afin de prévenir le développement excessif de l'utérus. Schröder[1] pose, en effet, comme règle que l'on ne doit ordinairement extraire par le vagin qu'un utérus dont le volume ne dépasse pas le poing. Mais cette limite est purement théorique : grâce au morcellement elle peut être notablement franchie. Je sais bien que le morcellement en cas d'utérus cancéreux fait courir à la femme des chances d'infection, mais cette considération doit être reléguée au second plan, étant données les facilités opératoires que donne cette méthode. Il faut d'ailleurs noter que l'opération vaginale est rendue bien plus facile par la présence d'un col sain sur lequel on a de la prise et qui n'infecte pas la plaie; de là, les beaux succès opératoires qu'on peut obtenir[2].

Quand les lésions sont très étendues, au lieu de s'en tenir, comme je le conseille, à une série de curages et de cautérisations énergiques, certains chirurgiens, surtout en Allemagne, ont eu

[1] Schröder. *Die Krankh. der weibl. Organe*, 7e édit., 1886, p. 319.

[2] Routier. *Congrès français de chir.*, 1888, t. II, p. 586 et *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, nov. 1888, p. 841. — Terrillon (*Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 351) a rapporté trois observations d'hystérectomies pour tumeurs malignes, suivies de guérison. — P. Segond (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, nov. 1891, p. 688), sur 8 cancers du corps de l'utérus, n'a pas eu de mort opératoire. 6 cas datent depuis plus de 1 an; 2 sont opérées depuis août 1891. — Terrier (*ibid.*, p. 666) a opéré 2 cancers du corps, avec 1 mort opératoire; la malade guérie a survécu 2 mois et demi. — Bouilly (*ibid.*, déc. 1891, p. 710), sur 2 cancers du corps, a eu 2 morts (malades opérées *in extremis*).

Hystérectomie par la voie sacrée.

recours à l'**hystérectomie** par la **voie sacrée**, que j'ai décrite dans le chapitre précédent.

Autrefois, quand l'utérus était trop volumineux pour être enlevé par le vagin, on s'adressait, le plus souvent, à l'incision abdominale.

Deux cas peuvent alors se présenter :

Hystérectomie supra-vaginale.

1° Le col est demeuré sain : alors on n'enlèvera que le corps, laissant le col comme pédicule ; on fera, en un mot, l'**hystérectomie sus-** ou **supra-vaginale** (qu'il ne faut pas confondre avec l'hystérectomie totale). Malheureusement, le col de l'utérus fournira souvent un pédicule trop court pour qu'on puisse le fixer à l'extérieur. On l'abandonnera donc dans l'abdomen, suturé selon le procédé de Schröder qui a été décrit, à propos de l'hystérectomie appliquée aux myomes. Mais on devra bien s'assurer auparavant qu'il est intact, et même en curetter et en cautériser la muqueuse, au thermo-cautère.

L'hystérectomie abdominale appliquée au cancer de l'utérus a fourni à Schröder 4 morts sur 13 malades, soit 30,77 pour 100[1].

Les récidives rapides semblent *a priori* fort à craindre, car la section du col porte nécessairement très près des tissus malades. Cependant, sur les 11 malades guéries par Schröder, 3 seulement succombèrent à la récidive dans le cours de la première année : 4 étaient encore guéries après plus de 2 ans et 2 après 5 ans. Dans sa dixième édition (1890) Schröder mentionne deux guérisons, datant l'une de 5, l'autre de 7 ans, qui évidemment appartiennent à la même série, après une plus longue observation.

2° Si, l'utérus étant très gros, le col lui-même était malade, ce n'est plus l'hystérectomie supra-vaginale qu'on ferait par la laparotomie,

Hystérectomie abdominale (opération de Freund).

mais l'**extirpation totale par la voie abdominale** ou **opération de Freund**[2].

Cette opération a d'abord été indistinctement appliquée à tous les cancers du col et du corps. Ce n'est que devant sa mortalité effrayante qu'on a reculé et qu'on a cherché et adopté la voie vaginale, incomparablement moins grave. L'opération de Freund, telle qu'elle est pratiquée, n'est, en somme, qu'un retour à une opération proposée par Delpech[3], dès 1830 (combinaison de la méthode hypogastrique et de la méthode vaginale). L'opération typique de Freund, celle qu'il a décrite dans ses premiers mémoires, n'est plus, en effet, pratiquée par son auteur lui-même, sans la modification que Rydygier[4] a proposée (à l'instar de Delpech), et qui consiste à libérer

[1] M. Hofmeier. *Zur Statistik des Gebärmutterkrebses*, etc. (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1884, t. X, p. 280).

[2] W. A. Freund. *Eine neue Methode der Extirpation des ganzen Uterus* (*Samml. klin. Vortr.*, n° 133, p. 912) et *Centr. f. Gyn.*, 1878, n° 12, p. 265.

[3] J. Delpech. *Arch. gén. de méd.*, 1830, 1re s., t. XXIV, p. 299.

[4] Rydygier. *Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 45, p. 642.

d'abord complètement le col, du côté du vagin, avant d'ouvrir l'abdomen.

Voici comment on procède à l'opération, ainsi perfectionnée :

La malade devra être couchée de manière à ce que la tête et la partie supérieure du tronc soient plus basses que le bassin. Elle aura été préparée, comme il a été dit pour l'hystérectomie vaginale.

Le 1er et le 2e **temps** de celle-ci sont exécutés. On place alors un tampon iodoformé dans le vagin et l'on fait la laparotomie.

3e **temps. Ouverture du ventre.** — Incision commençant à l'ombilic et allant jusqu'à deux travers de doigt du pubis : il est bon, pour éviter les décollements, de placer une suture provisoire en masse sur les parois abdominales, de chaque côté de l'angle inférieur de la plaie. Si la paroi abdominale est très rigide, on peut au niveau du pubis désinsérer un ou les deux muscles droits. Crédé[1] a conseillé et exécuté une audacieuse manœuvre pour se donner du jour : il a, dès le début de l'opération, pratiqué la résection d'une partie de la paroi pelvienne.

Les intestins, dont on favorisera l'ascension par la position inclinée de la malade, seront repoussés vers le diaphragme avec des compresses-éponges; s'il n'y a absolument pas moyen d'y voir clair, on pourra se résoudre à l'*éviscération*, c'est-à-dire à la sortie momentanée d'une partie du paquet intestinal hors de la cavité et sur la paroi abdominale, où il est maintenu humide et chaud par un enveloppement, souvent renouvelé, de compresses-éponges.

4e **temps. Ligature et section des ligaments larges.** — L'utérus est saisi avec des pinces de Museux et fortement attiré en haut. Freund liait alors successivement les ligaments larges en trois paquets. Pour passer le fil inférieur qui devait étreindre l'artère utérine, il se servait d'une sorte d'aiguille-trocart dont la pointe pouvait être poussée hors de la canule et venait ensuite s'y cacher par l'effet d'un ressort. Mais, depuis que l'opération est commencée par le vagin, la manœuvre est très simplifiée, car les vaisseaux utérins sont liés par cette voie. Ces temps préliminaires ont, en outre, l'énorme avantage de permettre d'éviter plus sûrement les uretères, qui se dégagent et se portent naturellement en haut lorsqu'on dissèque le col de l'utérus en l'attirant en bas. Il est, du reste, possible de les apercevoir, après l'ouverture du ventre.

L'utérus, que l'on attire commodément hors de la plaie, peut être détaché « comme une tumeur ». Au préalable, Bardenheuer lie isolément les vaisseaux de quelque importance qu'il est facile de reconnaître dans les ligaments larges, et ne coupe ces ligaments

[1] B. Crédé (de Dresde). *Eine neue Methode der Extirpation des Uterus* (*Arch. f. Gyn.*, 1879, Bd. XIV, Heft 3, p. 430).

qu'après les ligatures. La séparation d'avec la vessie doit être faite avec grandes précautions, après incision du cul-de-sac péritonéal.

Les ovaires devront être enlevés chez les jeunes femmes.

5e **temps. Pansement.** — On doit ensuite faire la toilette du péritoine, refermer la plaie abdominale et placer dans le cul-de-sac de Douglas et dans le vagin de la gaze iodoformée.

Freund préfère fermer avec soin la plaie vaginale, en réunissant le péritoine, au-dessus d'elle, par des sutures; il ramène les fils de ligature par le vagin et exerce une traction plus forte sur les fils qui lient les parties supérieures des ligaments larges, provoque ainsi leur inversion destinée à donner lieu à un noyau cicatriciel, qui prendra la place de l'utérus entre la vessie et le rectum.

Bardenheuer[1] use d'un mode de drainage excessivement compliqué dont il a varié les types.

Martin a conseillé de modifier l'opération que je viens de décrire, d'enlever d'abord le corps par la laparotomie, puis le col par le vagin[2]. Sur 3 cas, il compte 2 morts, et l'opérée guérie est morte de récidive, dans le cours de la première année.

Gravité. L'opération de l'extirpation totale est, du reste, d'une excessive **gravité**. La statistique que Hegar et Kaltenbach avaient donnée en 1881 comprenait 93 cas dont 63 morts, soit 67,73 pour 100 de mortalité. Dans la troisième édition de leur ouvrage (1886)[3], ils ont porté les chiffres à 119 opérations avec 80 morts, soit 67,2 pour 100. En outre, il y a 4 opérations non terminées et 1 dont l'issue est inconnue; toutes ces 5 devraient compter parmi les morts.

Récidive. La **récidive** est souvent rapide et toujours à peu près certaine. Les auteurs précédents ne connaissent qu'un seul cas de guérison durable, relatif à une malade opérée par Freund, en 1878. Toutes les fois qu'on a pu suivre les malades, on a vu survenir une récidive, à délai plus ou moins court.

L'extirpation totale par l'abdomen est donc à la fois une opération des plus redoutables et d'un bénéfice précaire. Cela ne doit-il pas suffire à faire reculer le chirurgien? Pour ma part, dans les cas où l'hystérectomie vaginale ne me paraîtrait pas possible, je préférerais avoir recours aux opérations palliatives.

Traitement palliatif. Enfin, quand les limites de l'utérus sont dépassées, on se bornera au **traitement palliatif**, curage suivi de cautérisation ignée (voir le chapitre relatif au TRAITEMENT DU CANCER DU COL).

[1] BARDENHEUER. *Die Drainirung der Peritonealhöhle*, Stuttgard, 1881.

[2] A. MARTIN. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, p. 320. — ALBERT SIPPEL. *Eine Freund'sche Totalextirpation* (*Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 49, p. 844). Cet auteur a récemment obtenu un succès par cette méthode mixte.

[3] HEGAR et KALTENBACH, 3e édit., 1886, p. 453.

L'antisepsie exacte des cavités vaginale et utérine a ici une importance excessive. En effet, les produits de désagrégation du néoplasme n'ayant qu'une issue plus ou moins incomplète par le col séjournent dans la cavité et provoquent des phénomènes d'intoxication putride. J'ai eu l'occasion de voir des malades qui paraissaient absolument septicémiques, renaître, pour ainsi dire, à la vie, après un nettoyage par la curette, un tamponnement antiseptique à la gaze iodoformée et des irrigations intra-utérines persévérantes. Plusieurs de ces observations ont été consignées dans la thèse de mon frère, Adrien Pozzi[1].

La solution de sublimé, même à 1/5000, offre ici quelques dangers, à cause de la grande surface d'absorption. Il faut donc toujours à la suite de son emploi faire une irrigation à l'eau filtrée et bouillie, simplement aseptique. Pour une désinfection énergique, je me suis bien trouvé d'injections au permanganate de potasse (10 à 20 pour 1000); comme désodorant, on peut les faire suivre d'injections à la liqueur de Labarraque ou au vinaigre de Pennès (une ou deux cuillerées par litre).

Je ne saurais trop insister sur le grand bénéfice qu'on retire, dans les cas d'intoxication septicémique aiguë, de grandes irrigations intra-utérines suivies d'un pansement de la cavité utérine, avec des bandelettes de gaze iodoformée qu'on laissera séjourner 24 heures. C'est un moyen de désinfection énergique et rapide. Ce **tamponnement antiseptique** de l'utérus a été recommandé par Fritsch[2], après le curage du cancer, à la fois comme antiseptique et comme hémostatique

Tamponnement antiseptique.

[1] Adrien Pozzi. *Le traitement du cancer de l'utérus.* Thèse de Paris, 1888.
[2] H. Fritsch. *Die Krankh. der Frauen*, 1886, p. 77.

LIVRE VI

DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS

Considérations générales sur la statique de l'utérus. — Division des déplacements utérins. — Aperçu historique.

Considérations générales sur la statique de l'utérus.

L'utérus est solidement fixé en arrière par les ligaments utéro-sacrés qui attachent, au niveau du col, leurs faisceaux inextensibles et résistants. Les connexions avec la vessie en avant, avec les ligaments larges et les ligaments ronds sur les côtés, servent bien moins à le soutenir qu'à l'orienter, si l'on peut ainsi dire, et à le maintenir dans la position d'antécourbure qu'il conserve, comme un vestige de sa situation fœtale[1]. La tonicité du plancher pelvien, dont l'occlusion normale du vagin fait disparaître le seul point faible, empêche la pression intra-abdominale de s'exercer dans le sens de la pesanteur : elle s'équilibre sur toute sa surface, et l'utérus flotte comme suspendu au milieu des organes du petit bassin qui lui forment, de tous côtés, des coussinets élastiques. On se rend bien compte de cette statique particulière lorsqu'on abaisse l'utérus artificiellement : jusqu'au moment où les ligaments utéro-sacrés sont tendus et s'opposent à une descente ultérieure, l'utérus cède à la traction avec la douce résistance d'un corps qui nage entre deux eaux.

La réplétion de la vessie porte la matrice en haut et en arrière, en effaçant momentanément son antécourbure qui reparaît et s'exagère, lorsque le réservoir urinaire est vide. La réplétion de l'ampoule rectale pousse l'utérus directement en avant et en haut : mais à l'état physiologique, elle est rarement assez prononcée pour que son action soit notable. Il n'en est pas de même de celle de la vessie, et les habitudes sociales, qui deviennent vite des habitudes organiques, l'exagèrent encore.

En somme, il existe pour l'utérus un seul point à peu près fixe,

[1] La connaissance de cette antécourbure normale est de date assez récente : elle est due à Velpeau et à ses élèves. Velpeau. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1849-1850, t. XV, p. 72. — L. Piachaud. *Les déviations de l'utérus à l'état de vacuité.* Thèse de Paris, 1852. — C. F. Boullard. *Quelques mots sur l'utérus.* Thèse de Paris, 1853, n° 87.

c'est l'attache des ligaments postérieurs; comme elle se fait au niveau du point où l'organe est le plus mince, on voit qu'il représente à peu près, au point de vue statique, une pyramide posée sur sa pointe. Cette situation paradoxale n'existe pas chez les animaux. Elle s'explique par l'attitude de l'espèce humaine, qui constitue une anomalie dans le règne animal.

Si l'on considère les changements considérables de volume, de

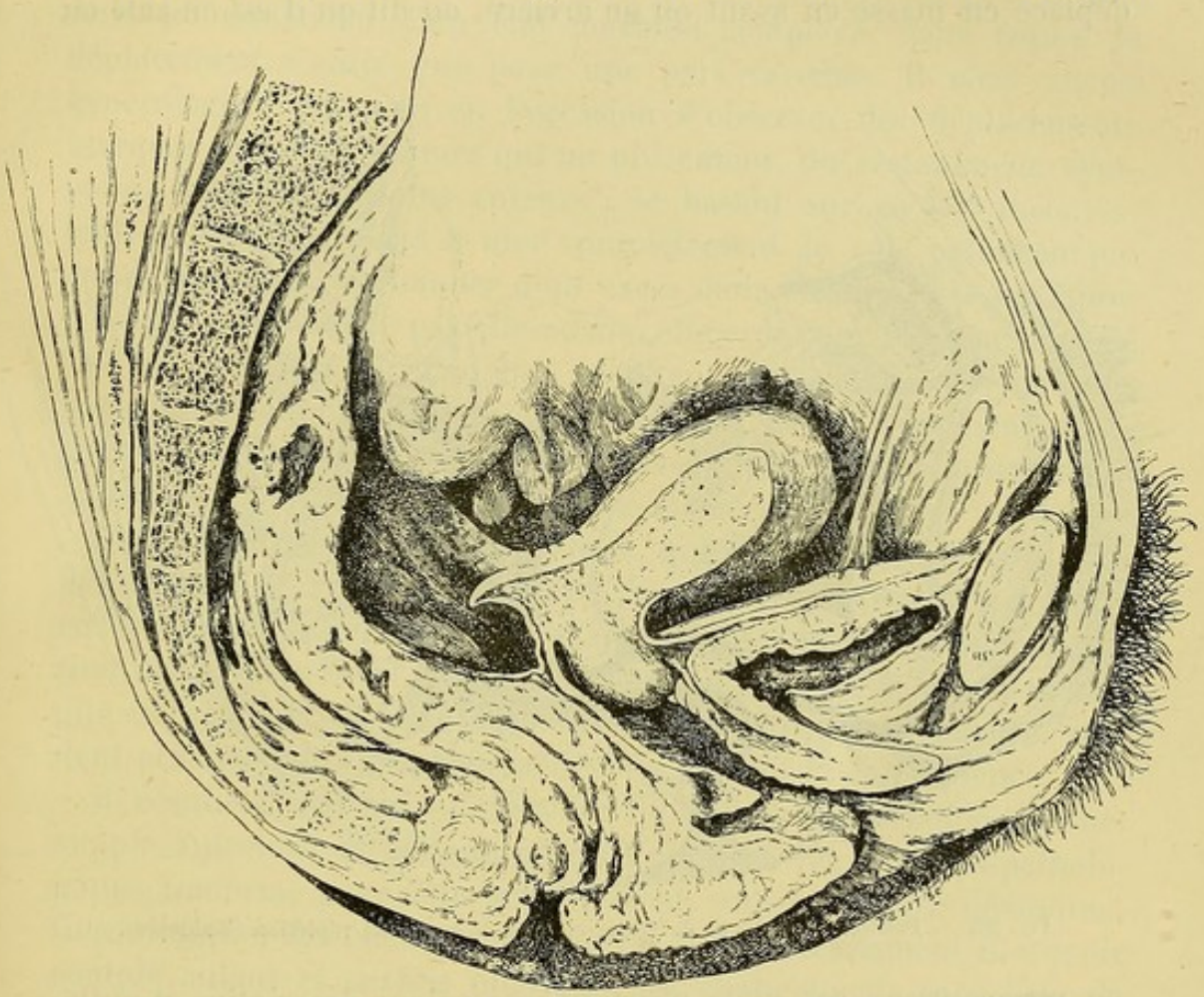


Fig. 261. — Position de l'utérus, la vessie vide.

forme et de consistance, subis par l'utérus à chaque grossesse; les altérations et les lésions que l'accouchement peut infliger aux organes voisins, ligaments, muscles, séreuse; et enfin l'influence que les efforts de toutes sortes peuvent exercer sur un équilibre aussi instable, on sera surpris, non que les déplacements de l'utérus soient aussi fréquents, mais qu'ils ne le soient pas davantage.

Je décrirai d'abord les **déplacements** qui se produisent, suivant les plans verticaux, auxquels on a réservé le nom de **déviations**, comprenant les **flexions** et les **versions**; j'étudierai ensuite ceux qui se produisent selon les plans horizontaux, **élévation, abaissement ou prolapsus, inversion.**

Division des déplacements utérins.

Division. — On divise communément les déplacements suivant les plans verticaux en **versions** et en **flexions**, selon que l'organe est dévié en totalité ou que le corps seul est dévié et, par suite, fléchi sur le col. Il y a une **anté** et une **rétroversion**, une **anté** et une **rétroflexion**, une **latéroversion** et une **latéroflexion**. Ces dernières sont très rares à l'état de simplicité, mais se combinent souvent avec les précédentes. Je me bornerai pour elles à cette simple mention. Quand l'utérus est déplacé en masse en avant ou en arrière, on dit qu'il est en **anté** ou

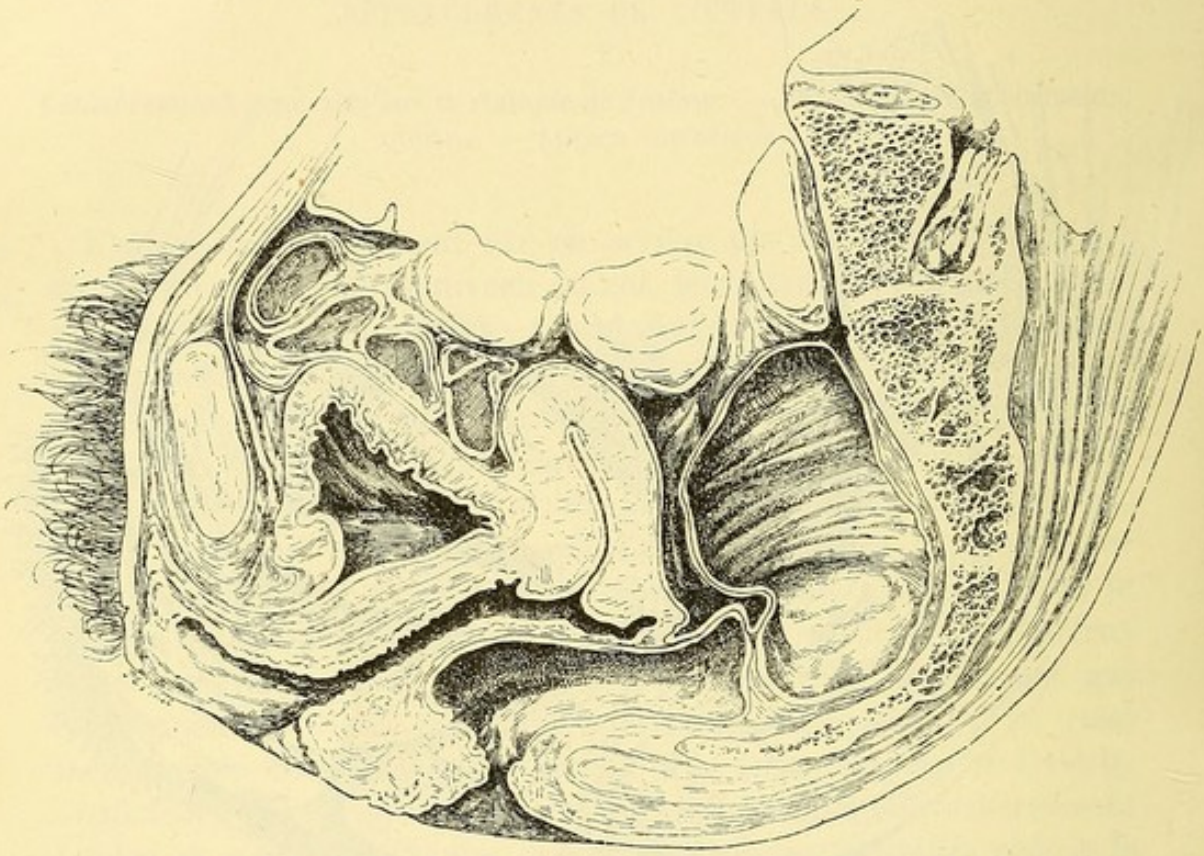


Fig. 262. — Position de l'utérus, la vessie en état de moyenne réplétion (Waldeyer).

en **rétroposition**; ces mots n'ont qu'une valeur descriptive et nullement nosologique.

Aperçu historique.

Aperçu historique. — L'histoire des déviations utérines a passé par bien des phases successives. Méconnues avant Récamier, à une époque où l'on attribuait le principal rôle des maladies utérines sans néoplasme à l'*abaissement*, reléguées au second plan par Récamier et Lisfranc, en faveur des *ulcérations*, les **versions** et **flexions** prirent, au contraire, avec Velpeau, la première place en pathologie utérine[1]. Leur rôle fut considérablement exagéré alors, jusqu'au moment où Gosselin[2] provoqua une réaction en faveur de la *métrite*. Actuelle-

[1] On doit une simple mention au travail antérieur de Hervez de Chégoin. *De quelques déplacements de la matrice et des pessaires les plus convenables pour y remédier* (*Mém. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1833, t. II, p. 139).

[2] Gosselin (*Arch. gén. de méd. de Paris*, 1833, t. II, p. 129).

ment, la gynécologie, devenue plus analytique et partant plus éclectique, tend à rendre à chacun de ces états morbides la place qui lui est due; elle fait, en outre, intervenir des éléments nouveaux ou à peu près ignorés jusqu'ici, résultant de l'état pathologique des annexes.

On sait maintenant que la déviation de l'utérus ne constitue pas à elle seule une maladie, mais seulement un facteur, ou, pour mieux dire, un coefficient d'un état morbide complexe, dans lequel le déplacement n'entre que pour une part variable. Il n'est aucun gynécologiste qui n'ait eu l'occasion d'observer des déplacements marqués chez des femmes qui ne présentent, du reste, aucun symptôme maladif. Certains auteurs[1], se basant sur ce fait incontestable, n'ont pas hésité à nier complètement le rôle pathogénique des déviations. C'est tomber d'un excès dans l'autre. Si la déviation n'est pas une maladie par elle-même, elle crée pour l'organe déplacé une vulnérabilité particulière, résultant de troubles circulatoires par augmentation de la tension veineuse et par les altérations nutritives qui peuvent en être la conséquence[2]; elle favorise et entretient l'inflammation dans la cavité et à la surface de l'utérus.

De plus, le prolapsus des annexes, qui souvent participent à l'inflammation de l'utérus, peut être la source de troubles nerveux réflexes dont l'influence n'est pas négligeable, surtout dans la déviation en arrière. Enfin, les adhérences dues parfois à la péri-salpingite consécutive, en fixant la matrice dans sa position vicieuse, rendent plus pénibles les phénomènes qui en sont la conséquence.

Il résulte de ce qui précède que la notion de déviation utérine, simple autrefois, et réduite au seul point de vue anatomo-pathologique, renferme pour nous actuellement, sous une même dénomination clinique, des éléments complexes dont le traitement doit tenir compte autant et parfois plus que des changements dans l'axe de l'organe, à savoir : la métrite, le prolapsus des annexes saines ou enflammées, la péri-salpingite, et enfin, dans une large mesure, surtout au début, l'excès de mobilité utérine, due à la laxité ligamentaire.

[1] J. Matthews Duncan. *Clin. lectures on the diseases of women*, Londres, 3e édit., 1886 (Leçons 44 et 45). — Vedeler (*Arch. f. Gyn.*, 1886, Bd. XXVIII, Heft 2, p. 228) soutient que la rétroflexion n'a qu'un intérêt anatomo-physiologique et nullement anatomo-pathologique. Sur 313 cas de rétroflexion, 40 femmes sur 100 ne présentaient aucun symptôme morbide, et chez 60 malades, il s'agissait de troubles attribuables à l'état nerveux, à la gonorrhée, etc.

[2] Mary Putnam Jacobi. *Notes on uterine versions and flexions* (*Amer. Jour. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 225). — Cet article contient des considérations intéressantes, quoique d'une ingéniosité parfois trop théorique, sur la pathogénie des déviations et sur la physiologie pathologique des troubles qu'elles entraînent.

CHAPITRE I

DÉVIATIONS EN AVANT

I. — Antéversion.

Anatomie pathologique. Étiologie. — Symptômes. — Diagnostic avec : corps fibreux; exsudat inflammatoire ou sanguin; antéflexion. — Traitement.

Anatomie pathologique. Étiologie.

Anatomie pathologique. Étiologie. — La courbure normale de l'utérus coïncide assez sensiblement avec l'axe curviligne de la filière pelvienne. Dans l'antéversion, cette courbure est redressée et l'organe tombe en avant, se couche derrière le pubis, sur la vessie; le col se porte directement en arrière (fig. 263). L'utérus est alors ordinairement augmenté de volume par un certain degré de métrite. Il existe souvent, vers un des pôles de l'organe, soit en avant au niveau du fond, soit en arrière au niveau du col, un exsudat périmétritique qui fixe l'utérus dans sa mauvaise position.

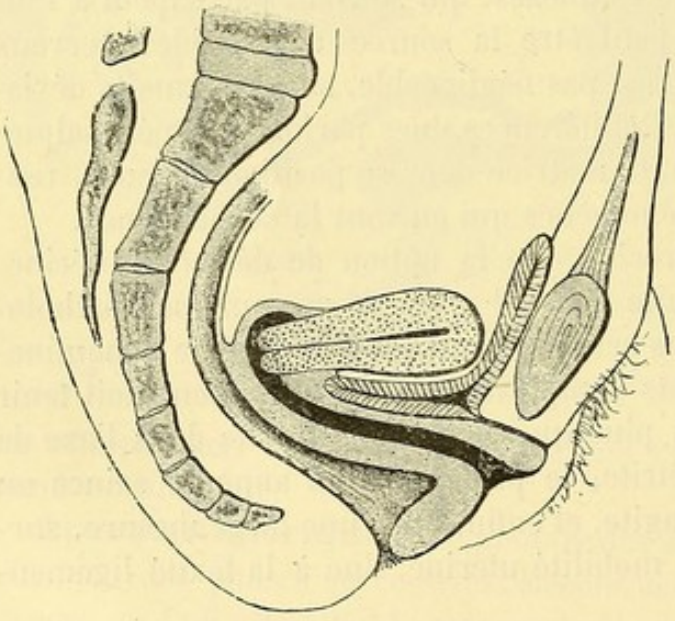


Fig. 263. — Antéversion de l'utérus.

La grande cause de l'antéversion réside dans les changements de structure de l'utérus, après l'accouchement ou l'avortement et dans une involution vicieuse, amenée par une légère infection; l'organe prend cette attitude quand il est encore malléable et la conserve parce que sa tonicité normale n'est pas revenue; les adhérences péritonéales viennent enfin l'y fixer.

Le poids d'une tumeur peut aussi déterminer cette déviation, qui n'est plus alors qu'un épiphénomène.

Symptômes.

Symptômes. — Le **syndrome utérin**, que j'ai décrit à propos de la métrite, peut se retrouver ici avec tous ses caractères. Il faut noter plus spécialement le **ténesme vésical** et **rectal**, exagéré par la pression du fond et du col de l'utérus, mais qui manque souvent et se rencontre, du reste, dans des cas de simple métrite; la difficulté de la marche, les phénomènes nerveux réflexes sont communs à toutes les déviations, et attribuables, sans doute, à la **mobilité utérine** et à l'**entéroptose** qui en résulte, plus qu'au déplacement de la matrice : c'est ce que prouve bien l'efficacité de l'immobilisation par le pessaire ou la ceinture.

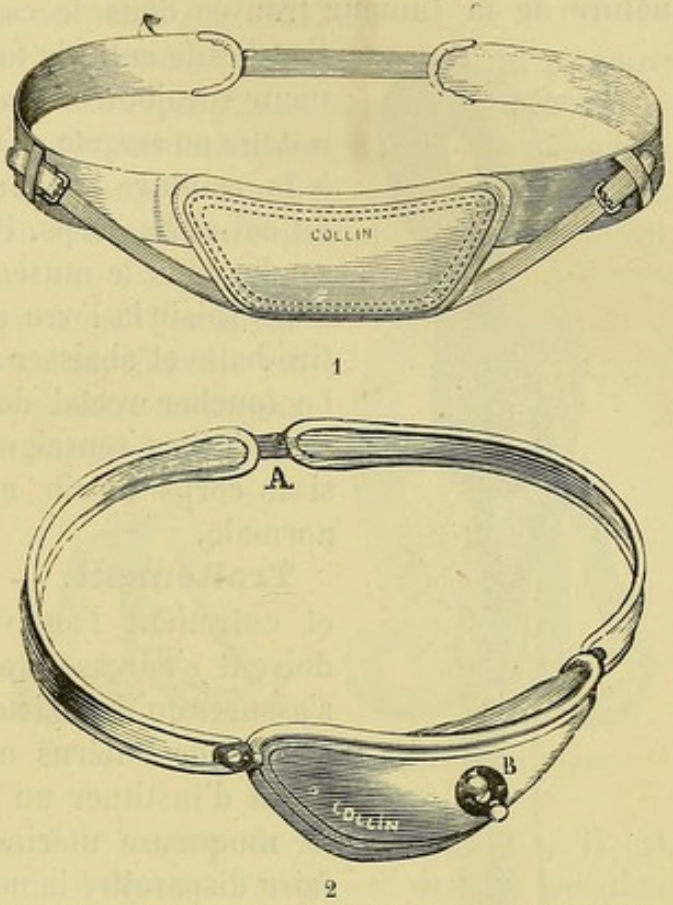


Fig. 264. — 1. Ceinture hypogastrique à pression élastique (Pajot). 2. Ceinture hypogastrique avec plaque mobile à double mouvement (Collin).

Diagnostic.

Diagnostic. — La palpation bi-manuelle permet facilement de faire le diagnostic : le doigt vaginal doit chercher l'orifice du col très en arrière, contre le cul-de-sac postérieur, puis, se reportant en avant, il sent le corps à travers le cul-de-sac antérieur et peut le suivre sur sa face antérieure, tandis que la main placée sur le pubis explore sa face postérieure horizontalement couchée. Le cathétérisme est difficile et n'est généralement pas

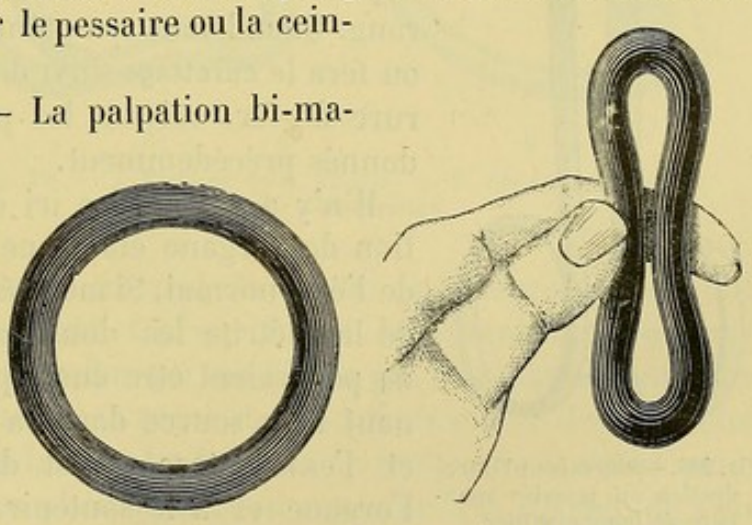


Fig. 265. — Pessaire annulaire, dit de Dumontpallier (ou de Mayer).

nécessaire. On ne l'emploiera que si l'on conçoit des doutes sur la nature de la tumeur trouvée dans le cul-de-sac antérieur, et si l'on hésite entre le fond de l'utérus ou une tumeur surajoutée : **corps fibreux, exsudat inflammatoire** ou **sanguin**. L'**antéflexion** serait reconnue à la coudure existant au niveau de l'union du col et du corps. Pour faciliter l'accès de la sonde dans le museau de tanche, on pourra alors saisir la lèvre antérieure avec une pince tire-balle et abaisser l'organe très légèrement. Le toucher rectal donnera aussi, en pareils cas, d'utiles renseignements, en faisant savoir si le corps utérin est, ou non, en situation normale.

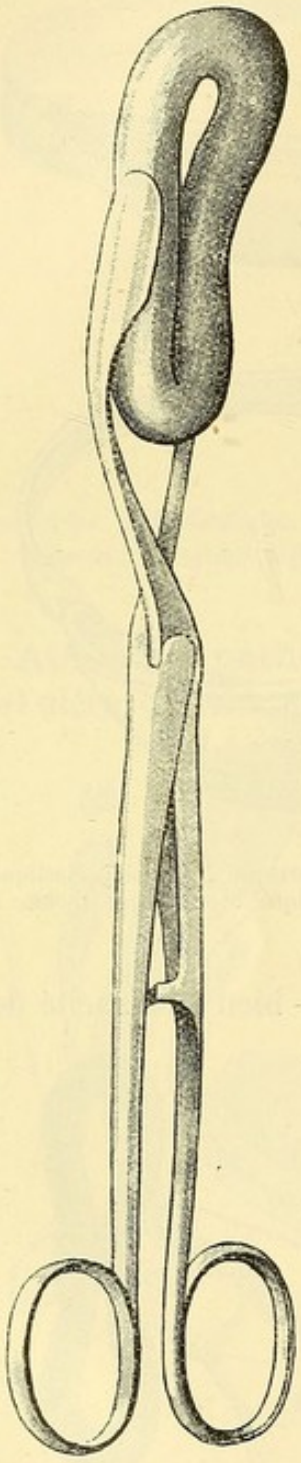


Fig. 266. — Pinces pour l'introduction du pessaire annulaire de Dumontpallier.

Traitement.

Traitement. — C'est la **métrite** qui cause et entretient l'antéversion; c'est à elle que doivent s'adresser les premiers soins. Il faut s'assurer qu'il n'existe pas d'inflammation aiguë autour de l'utérus ou du côté des trompes, avant d'instituer un traitement énergique de la muqueuse utérine. On commencerait par faire disparaître la métrite à l'aide de moyens appropriés, parmi lesquels les douches vaginales très chaudes, les tampons glycérinés, les bains de siège fréquents et les vésicatoires répétés sur le bas-ventre tiennent le premier rang. Quand tout symptôme aigu aura disparu, on fera le **curettage** suivi d'injection de perchlorure de fer, suivant les préceptes qui ont été donnés précédemment.

Curettage.

Réduction.

Il n'y a pas à faire ici de **réduction**, la position de l'organe étant une simple exagération de l'état normal. Si malgré l'entière disparition de la métrite les douleurs persistaient, elles ne pourraient être dues qu'à des réflexes prenant leur source dans la laxité ligamentaire et l'entéroptose. C'est donc à immobiliser l'organe et à le soutenir qu'on doit songer. Pour cela, on peut agir sur lui de deux façons : ou par l'intermédiaire des parois abdominales, ou par le vagin.

Ceintures.

La meilleure **ceinture** dans les déviations en avant est la ceinture hypogastrique à pelote mobile, qui s'incline soit par l'action d'une

bretelle élastique, soit à l'aide d'un pas de vis qu'on serre, après l'avoir appliquée au-dessus du pubis (fig. 264, 2).

Pessaires.

Le meilleur **pessaire** pour combattre l'antéversion est un pessaire rentrant dans la catégorie de ceux que j'appelle **pessaires indifférents**, c'est-à-dire pouvant s'appliquer indifféremment à tous les cas, parce que leur principale, sinon leur unique fonction, est de distendre les culs-de-sac du vagin et, par suite, d'immobiliser l'utérus dont le col se trouve fortement maintenu. Le pessaire dit de Dumontpallier (appelé à l'étranger pessaire de Mayer), formé d'un anneau en caoutchouc élastique, est le **pessaire indifférent** par excellence; il est facile à appliquer, à retirer et à nettoyer. On a construit des pinces qui permettent de l'introduire dans le vagin sans douleur (fig. 266) : avec un peu d'habileté on obtient le même résultat en le pliant entre le pouce, d'une part, l'index et le médius de l'autre (fig. 265). Il est plus commode de le placer lorsque la femme est dans la position latérale ou genu-pectorale. On n'a qu'à loger la partie supérieure du pessaire dans le cul-de-sac postérieur, et à l'abandonner ensuite à lui-même, en en repoussant un peu la partie antérieure, pour qu'il se place automatiquement. On en choisit les dimensions, d'après celles du vagin. Un pessaire qui ne blesse pas la malade peut sans inconvénients être laissé en place deux et trois mois; il n'empêche ni le coït, ni la fécondation. Au bout de ce temps, on le retire pour le nettoyer dans l'eau phéniquée et on conseille à la malade de s'en passer pendant quelques jours, pour ne le remettre que si son usage paraît encore utile.

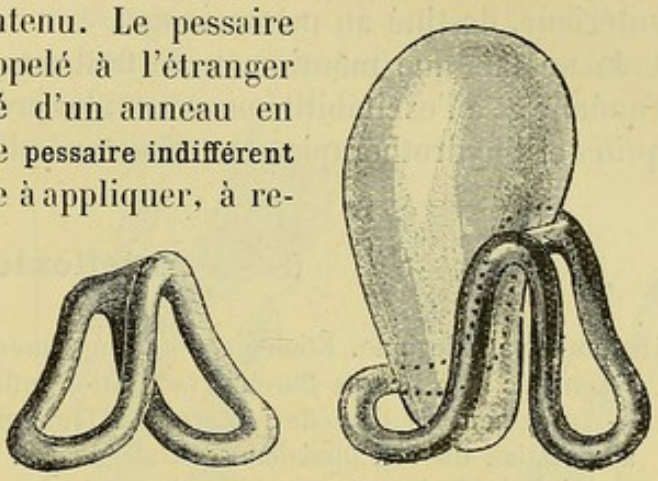
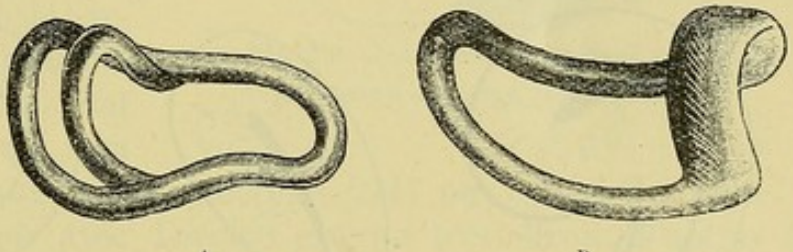


Fig. 267. — Pessaire en berceau, de Graily Hewitt.



A B

Fig. 268. — A. Pessaire de G. Thomas. — B. Pessaire de Galabin, pour l'antéversion.

On a inventé et préconisé plusieurs **pessaires spéciaux** pour l'antéversion. J'avoue n'en avoir jamais retiré le moindre avantage.

Je donne ici des figures montrant le mode d'application du pes-

saire en berceau de Graily Hewitt. On comprendra mieux l'usage du **pessaire de Thomas** (fig. 268, A), en se reportant plus loin aux figures relatives à l'emploi du pessaire de Hodge dans la rétroflexion : en effet, ce pessaire s'applique comme celui de Hodge, dont il ne diffère que par une pièce mobile en fer à cheval, qui passe au-devant du col pour soutenir le corps utérin.

Le **pessaire de Galabin** (fig. 268, B) présente un fort épaississement antérieur, destiné au même usage.

Traitement général.

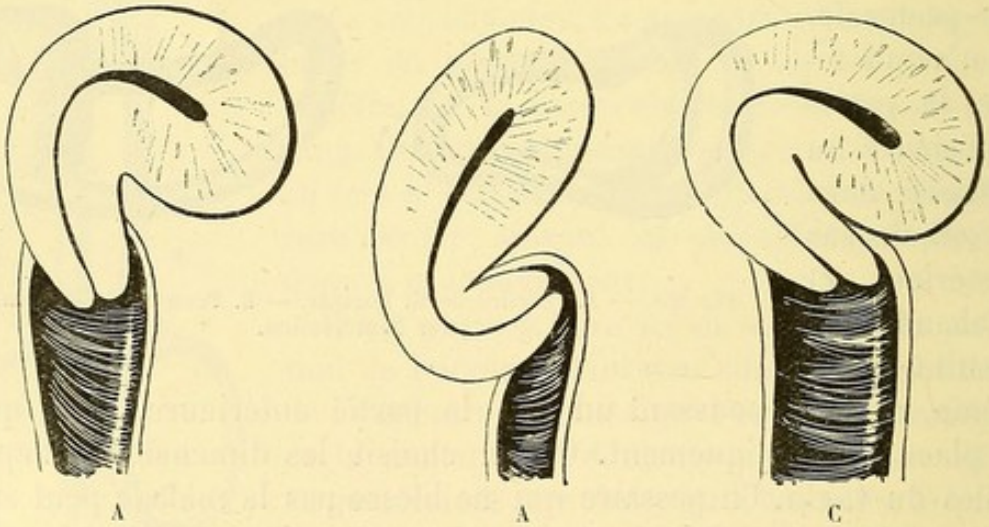
Je ne fais que mentionner le **traitement général** qui s'adressera à l'anémie et à l'excitabilité nerveuse; les préparations de fer, de quinquina et l'hydrothérapie seront surtout utiles.

II. — Antéflexion.

Anatomie pathologique. Étiologie. — Symptômes. — Diagnostic de la variété Diagnostic avec : corps fibreux; induration inflammatoire; calcul de la vessie. — Traitement de l'antéflexion acquise. Traitement de la métrite : curettage; amputation du col. Discision sagittale du col. — Traitement de l'antéflexion congénitale. Redressement. Dilatation. Pessaires. Castration. Incision bilatérale du col. Stomatoplastie. Discision sagittale du col. Cunéihystérectomie.

Anatomie pathologique. Étiologie.

Anatomie pathologique. Étiologie. — L'antéflexion est l'exagération de l'état normal d'antécourbure. Avant que celle-ci ne fût



A A C

Fig. 269. — Antéflexion de l'utérus : variétés (G. Thomas).
A. Corporelle. — B. Cervicale. — C. Cervico-corporelle.

bien connue, on a longtemps pris pour des utérus pathologiquement déviés des organes en parfaite situation. Il est difficile de tracer une limite rigoureuse entre l'état physiologique et l'état morbide; on peut dire pourtant que celui-ci commence lorsque l'angle de flexion est perceptible au doigt explorateur comme une brusque coudure.

Gaillard Thomas distingue trois variétés (fig. 269) :

1° **Flexion corporelle**; le corps est fléchi sur le col en situation normale : c'est le type ordinaire;

2° **Flexion cervicale**, inverse de la première;

3° **Flexion cervico-corporelle**, où les deux segments de l'utérus sont fléchis l'un vers l'autre.

Au point de vue de l'étiologie, il existe deux sortes d'antéflexion : **l'antéflexion congénitale et l'antéflexion acquise**.

Dans la première enfance, comme chez le fœtus, il y a une courbure exagérée de l'organe, dont le corps est alors petit, relativement au col déjà très développé. Il suffit qu'au moment de la puberté la croissance de l'utérus se fasse irrégulièrement, que la paroi antérieure soit en retard sur la paroi postérieure, pour que l'antéflexion, dite **congénitale**, se manifeste : elle pourra, seconde marque de l'arrêt de développement, coïncider avec un état infantile du col qui sera relativement long et conique (fig. 271) ou même *tapiroïde*, en museau de tapir avec l'orifice externe très étroit. D'autres fois même, l'atrophie de la lèvre antérieure sera très manifeste, et fournira un sûr indice de l'atrophie de la paroi correspondante; enfin, on a vu coïncider cette antéflexion congénitale avec l'hypoplasie de tous les organes génitaux et l'étroitesse du bassin.

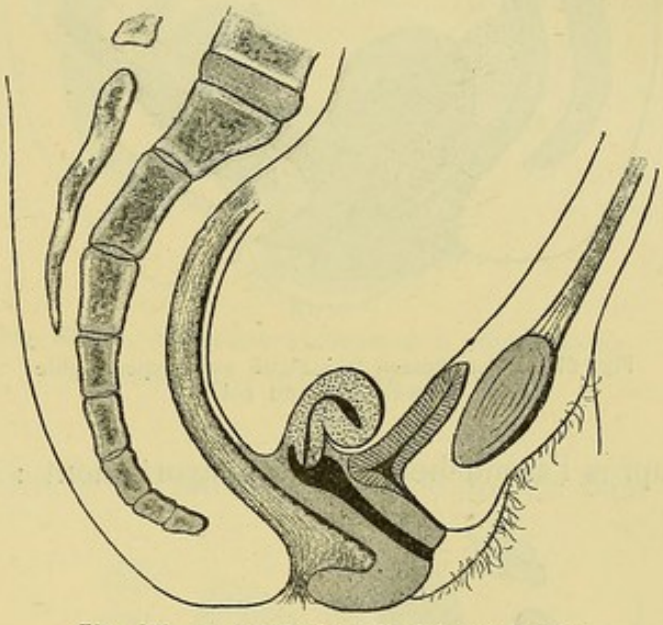


Fig. 270. — Antéflexion d'origine infantile. (Courbure à angle aigu ; corps globuleux.)

Les antéflexions congénitales ne présentent pas un angle aussi aigu que les antéflexions acquises ; elles appartiennent généralement aux deux premières variétés de G. Thomas (fig. 269).

L'antéflexion peut être **acquise** au moment de la puberté, si l'hygiène de la jeune fille est mauvaise ; quand l'utérus se gonfle et se ramollit sous l'influence des premières règles, les fatigues excessives de l'équitation, la masturbation et toutes les causes de la *métrite virginale* peuvent ici entrer en ligne de compte pour produire à la fois l'inflammation et la déviation de l'utérus. On comprend très bien qu'un ramollissement général de l'organe lui permette de

plier au niveau de l'isthme comme sur une charnière et de s'infléchir du côté où l'inclinait déjà son antécourbure infantile. On a parfois noté un effort ou une chute à l'origine des accidents.

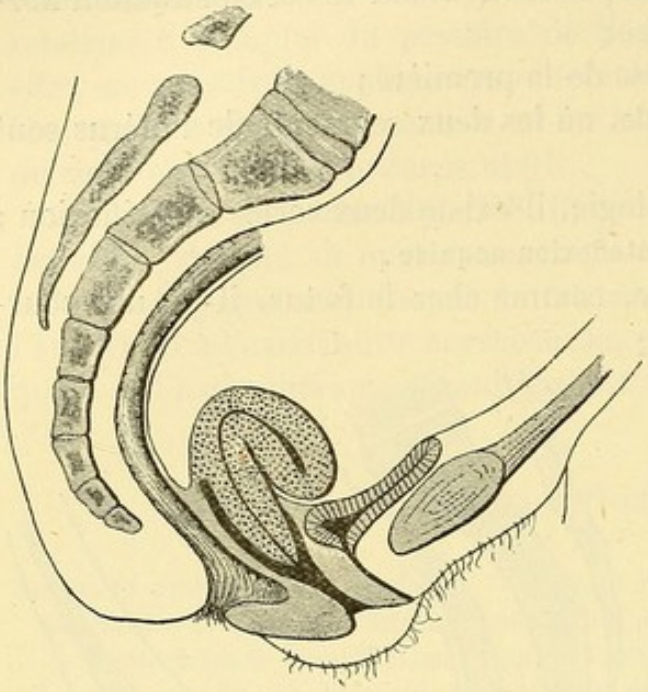


Fig. 271. — Antéflexion très aiguë avec hypertrophie sous-vaginale du col.

La métrite d'origine puerpérale doit être comptée parmi les causes d'antéflexions acquises, bien qu'elle produise beaucoup plus fréquemment la rétroflexion. On peut l'attribuer, très vraisemblablement, avec E. Martin[1], à l'absence d'involution suffisante de la paroi postérieure de l'utérus, après l'accouchement ou l'avortement : celle-ci serait causée par des débris de membranes ou de placenta, amenant une infection locale plus intense au niveau de leur implantation. Schultze[2], après E. Martin, a donné une grande importance à la paramétrite postérieure siégeant au niveau des ligaments utéro-sacrés et amenant leur rétraction (fig. 272). Schultze affirme qu'en pareil cas le col est toujours situé plus haut dans la cavité pelvienne et que, par suite, le vagin subit un allongement. Quant à l'origine de la paramétrite

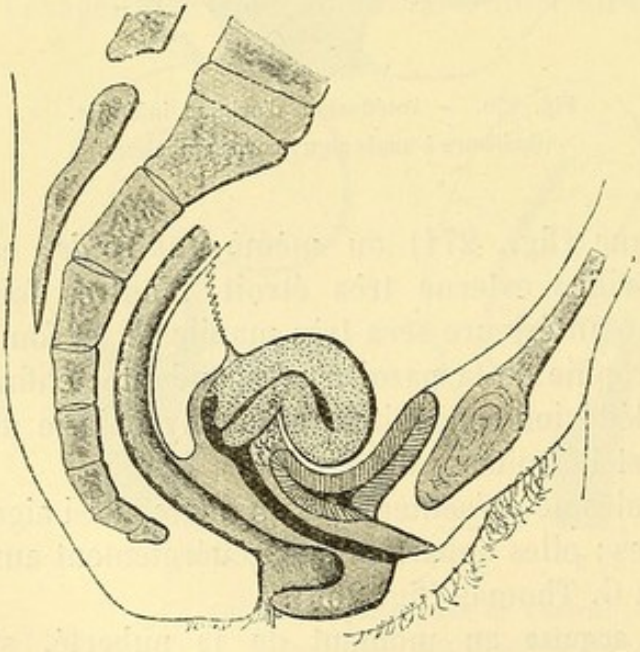


Fig. 272. — Antéflexion par raccourcissement des ligaments utéro-sacrés.

[1] E. Martin père. *Die Neigungen und Beugungen des Uterus*. Berlin, 1870, p. 144.
[2] Schultze. *Traité des déviations utérines*, trad. de Herrgott. Paris, 1884, p. 210. — Martin, *loc. cit.*, p. 123.

postérieure, il l'attribue le plus souvent à l'infection puerpérale ou gonorrhéique.

Je crois que le plus souvent elle est due à une péri-salpingite. Les adhérences qui en résultent et qui fixent le col fortement en arrière font alors basculer le corps en avant et en amènent la flexion, au niveau de l'isthme affaibli par la métrite concomitante, tandis que le col hypertrophié et sclérosé par une inflammation ancienne reste rigide (fig. 273). L'allongement sus-vaginal du col, résultant d'un catarrhe invétéré, coexiste très souvent avec l'antéflexion, ainsi que l'a bien indiqué A. Martin; cet auteur attribue peu d'importance aux lésions congénitales[1].

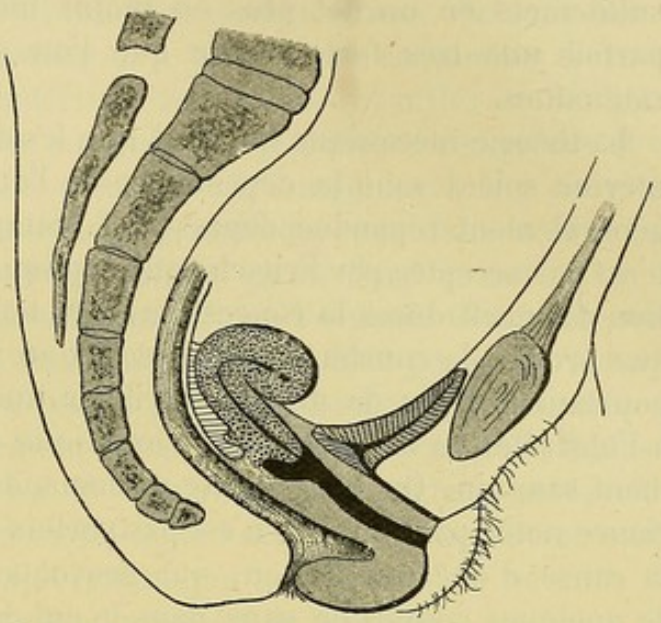


Fig. 273. — Antéflexion combinée à la rétroposition. Adhérences dans le cul-de-sac de Douglas.

Symptômes.

Symptômes. — L'antéflexion d'origine congénitale amène de l'**aménorrhée** ou un retard dans l'apparition des règles, quand elle coïncide avec l'infantilisme des organes génitaux internes. Si les règles paraissent à l'époque ordinaire, elles sont rares et irrégulières.

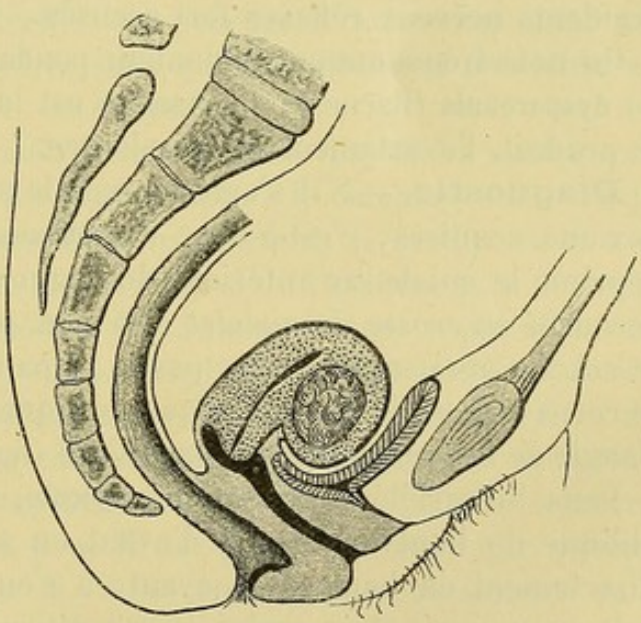


Fig. 274. — Antéflexion simulée par un corps fibreux de la paroi antérieure de l'utérus.

D'autres fois, le flux sanguin ayant son abondance normale, des phénomènes de **dysménorrhée** prennent naissance. De violentes douleurs de reins surviennent, tandis que le

[1] A. Martin. *Traité clin. des mal. des femmes*, trad. franç., 1889, p. 93.

sang distend la cavité de l'utérus au-dessus du point de flexion; puis, à un certain moment, l'obstacle est vaincu, le sang est expulsé subitement en un flot plus ou moins mêlé de caillots et exhalant parfois une très forte odeur que l'on a attribuée à sa longue stagnation.

La théorie mécanique qui veut que les douleurs de dysménorrhée utérine soient sous la dépendance de l'antéflexion est celle qui est généralement répandue depuis J.-Y. Simpson et Marion Sims. Elle n'est pas acceptée par Fritsch, qui explique les douleurs par l'irritation des nerfs due à la congestion, à la tension vasculaire anormale que produit la courbure des vaisseaux au niveau de la flexion. Il est pourtant difficile de ne pas attribuer une très grande importance à l'obstacle, vu le caractère paroxystique des crises et de l'écoulement sanguin. On peut même se demander si la périmétrite postérieure notée par Schultze n'est pas parfois la conséquence plutôt que la cause d'une antéflexion, qui provoque tous les mois l'effusion de quelques gouttes de sang dans le cul-de-sac de Douglas à travers les trompes, produisant ainsi une sorte d'hématocèle minuscule et périodique. Ainsi s'expliqueraient les phénomènes aigus et fébriles qui terminent parfois les crises de dysménorrhée.

Les malades présentent tous les troubles qui appartiennent au **syndrome utérin**. La dysurie est ordinairement très marquée et les accidents nerveux réflexes fort accusés.

On note fréquemment la douleur pendant les rapports conjugaux, ou **dyspareunia** (Barnes); la **stérilité** est la règle, et si la conception se produit, l'avortement est à redouter.

Diagnostic. **Diagnostic.** — S'il s'agit du type le plus fréquent dans les antéflexions acquises, c'est-à-dire l'**antéflexion corporelle**, le doigt qui déprime le cul-de-sac antérieur du vagin sentira le fond de l'utérus recourbé en *crosse de pistolet* et à peu près sur le même plan que le col. En abaissant l'organe par la palpation bi-manuelle, on rendra le corps accessible à l'index qui pratiquant le toucher reconnaîtra l'angle de flexion. Le col est dans l'axe (fig. 269, A).

Dans la variété d'**antéflexion cervicale**, le col est, au contraire, oblique de haut en bas et d'avant en arrière, l'orifice regardant directement en haut et en avant; à s'en tenir au seul toucher du col, on pourrait alors croire à une rétroversion; mais la palpation bi-manuelle décèle la présence du corps à sa place normale (fig. 269, B).

Dans la variété d'**antéflexion cervico-corporelle**, la direction du col est la même que la précédente, mais le corps est aussi courbé en avant et se cache derrière le pubis; en déprimant le cul-de-sac antérieur du vagin au-devant du col, on arrive à le sentir (fig. 269, C).

Parfois, l'utérus est ainsi tellement enroulé sur lui-même, qu'on ne peut toucher l'angle de flexion, et qu'il forme une sorte de masse globuleuse que l'on pourrait très bien confondre avec un **corps fibreux** ou une **induration inflammatoire**. On peut aussi commettre l'erreur inverse (fig. 274). Le cathétérisme sera alors très utile; on facilitera l'introduction de la sonde en saisissant le col avec des pinces et en l'attirant un peu en arrière et en bas; la sonde devra être convenablement courbée et dirigée avec grande douceur dans la direction présumée de la cavité utérine, tandis qu'un doigt pressera sur le cul-de-sac antérieur pour redresser un peu l'organe. Quand la sonde a pénétré, il suffit, pour redresser l'utérus, d'en porter le manche en avant. On peut alors, par la palpation bi-manuelle associée au toucher rectal, très nettement explorer les deux faces de la matrice, s'assurer de la présence ou de l'absence d'une tumeur surajoutée, et se rendre compte de la mobilité de l'organe. On ne devra, toutefois, se livrer à cette exploration que si l'apparition récente des règles vient infirmer un commencement de **grossesse**.

Un **calcul de la vessie**, déprimant le cul-de-sac vaginal antérieur, n'en imposerait pour une antéflexion que si l'on négligeait à la fois l'examen méthodique de l'utérus et le cathétérisme vésical.

Traitement

Traitement. — L'**antéflexion acquise** ne fait généralement souffrir que par l'inflammation concomitante ou par la pression sur la vessie et l'excès de mobilité utérine; on procurera du soulagement avec une ceinture ou un pessaire, sans qu'une réduction préalable soit nécessaire (*voir ci-dessus* : Antéversion).

Traitement de la métrite. Curettage. Amputation du col.

Mais c'est surtout à la **métrite concomitante** que devra s'attaquer le traitement. Dans les cas les plus simples, le **curettage** suivi d'injections iodées pourra suffire. Le plus souvent, il faudra aussi avoir recours soit à l'**amputation bi-conique**, soit à l'**excision de la muqueuse**, selon le procédé de Schröder. On amènera ainsi rapidement une involution progressive de l'hypertrophie cervicale qui dépassera de beaucoup le résultat immédiatement donné par le bistouri, et qui, avec l'amélioration de la métrite, fera disparaître les symptômes morbides qu'on pouvait attribuer à la déviation. Celle-ci se corrige parfois d'elle-même peu à peu. Il me paraît probable que quelques bons résultats acquis par M. Sims avec la **discision sagittale du col** (fig. 275), qui a joui d'une si grande vogue, et dont il a tant abusé, doivent être attribués à l'action indirecte de l'opération sur l'involution de l'utérus atteint de métrite chronique, plutôt qu'au rétablissement du calibre du col.

Discision sagittale du col.

Redressement. Dilatation.

L'**antéflexion congénitale** réclame une intervention soit par suite de la dysménorrhée très pénible qu'elle occasionne, soit pour remédier à la stérilité. Le **redressement** et la **dilatation** ont été préconisés; si l'on

s'y détermine, il est bon de les combiner et de faire précéder toute tentative de redressement par l'introduction de tiges de laminaire, après s'être assuré exactement, avec la sonde, de la perméabilité et de la direction du canal cervico-utérin. Les tiges de laminaire iodoformée, suffisamment minces, offrent une souplesse qui permet de les incurver convenablement. Il est inutile de rechercher une très grande dilatation. Le rôle principal des laminaires est plutôt de ramollir les tissus, de les rendre plus malléables, en vue du redressement ultérieur. Celui-ci est, du reste, commencé par la dilatation elle-même. Après avoir élargi, dilaté et un peu rectifié l'axe par l'application d'une ou deux bougies dilatatrices, on doit continuer à passer des tiges de Hegar deux ou trois fois par semaine, en fixant le col avec des pinces et en refoulant le corps avec le doigt, à travers le cul-de-sac antérieur. On s'arrêtera après les bougies n° 10 ou 12.

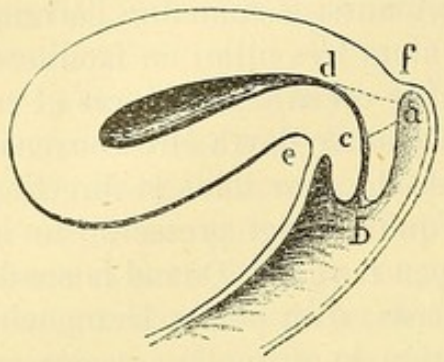


Fig. 275. — Discision sagittale du col dans l'antéflexion cervicale (Sims).

a, *b*, *c*. Portion du col à diviser par les ciseaux. — *c*, *a*, *d*. Portion triangulaire du tissu cervical qui échappe à l'action des ciseaux et qu'on divise avec un hystérotome ou un bistouri boutonné. — *e*, *f*. Partie sus-vaginale du col au niveau de laquelle s'est faite la flexion.

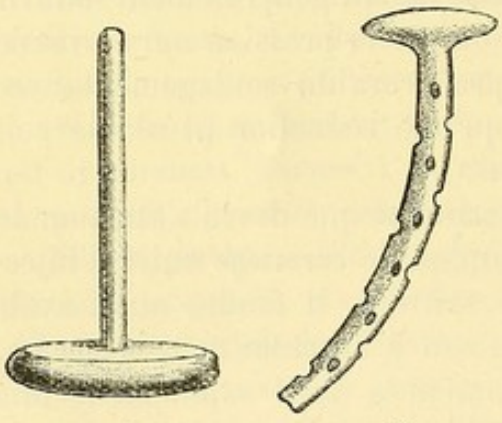


Fig. 276. — Pessaires à tige.

A. Pessaire à tige. — B. Tige intra-utérine de Fehling.

Quant au redressement brusque fait avec la sonde, retournée par un véritable *tour de maître*, qui porte momentanément le corps en arrière, il est ici inopportun.

Comme il s'agit presque toujours alors d'utérus incomplètement développé, la dilatation progressive et le passage successif des bougies amènent une fluxion et provoquent une suractivité nutritive de l'organe qui constituent vraisemblablement leurs principaux avantages.

Pessaires. Outre les **pessaires** que j'ai indiqués dans l'article précédent, et qui tous s'appliquent indifféremment à l'antéversion ou à l'antéflexion, on en a décrit de spéciaux pour l'antéflexion. Celui de Fancourt-Barnes est la combinaison du pessaire de Hodge et de Graily Hewitt. Thomas a inventé un instrument compliqué, formé par un pessaire de Hodge supportant une cuvette d'où part une tige intra-utérine; je

mentionnerai aussi celui de Gehrung. Je préfère de beaucoup les **ceintures hypogastriques** aux pessaires vaginaux dans les cas d'antéflexion comme dans l'antéversion, et, parmi ceux-ci, celui de Dumontpallier est, je crois, suffisant.

Les **pessaires à tige**[1] ou intra-utérins, si prônés par Simpson en Angleterre et par Valleix en France[2], et qui ont causé tant d'accidents quand la chirurgie utérine n'était pas antiseptique, ne doivent être employés qu'à titre d'exception[3]. Mais, a-t-on affaire à une jeune femme très pusillanime, très nerveuse, pour laquelle les manœuvres répétées de la dilatation progressive constituent un supplice, ou bien encore celles-ci présentent-elles chaque fois une difficulté réelle, on est autorisé à laisser à demeure un agent de dilatation et de redressement. Les anciens pessaires à tige étaient tout à fait rectilignes, ce qui était une erreur, puisque l'état normal de l'utérus est l'antécourbure. Ils étaient le plus souvent composés de deux métaux, cuivre et zinc, dont l'action galvanique était censée joindre à la dilatation une influence salutaire. Fehling a fait construire un instrument beaucoup plus rationnel : c'est un tube de verre épais, fenêtré, pourvu d'un pavillon, et légèrement incurvé; on peut, du reste, le courber davantage à la lampe. On le remplit de poudre d'iodoforme maintenue par une boulette d'ouate, et on l'introduit dans l'utérus, en ayant soin qu'il soit plus court d'environ 1/2 centimètre que la cavité de l'organe, préalablement mesurée. La malade est tenue au lit huit jours en observation, après quoi on peut lui permettre de se lever; d'après l'auteur[4], on enlève la tige au bout de huit, dix ou douze mois. L'instrument est retenu par la saillie que fait la muqueuse dans les trous dont il est percé; il est, du reste, très léger et n'a pas de tendance à tomber (fig. 276, B). Je crois le délai de huit mois trop long, car l'effet utile doit être produit au bout d'un ou deux mois au plus.

Contre les douleurs vives de la dysménorrhée, on emploiera comme calmant des suppositoires à la morphine et à la belladone[5]. On en introduira dans le rectum deux ou trois au besoin dans les vingt-quatre heures. Le **massage**[6] aurait donné de bons résultats. Massage.

[1] Winckel. *Die Behandlung der Flexionen des Uterus mit intra-uterinen Elevatoren*, 1872.

[2] Voir sur ce point historique : Rochard. *Histoire de la chirurgie française au* XIXe *siècle*, 1875, p. 834.

[3] Ce traitement trouve encore des partisans enthousiastes. G. Thomas. *New York med. Journ.*, déc. 1888, t. XLVIII, p. 720.

[4] H. Fritsch. *Die Krankh. der Frauen*, 3e édit. 1886, p. 244.

[5] En voici une formule : *R.* Beurre de cacao. . . . . 2 grammes.
Chlorhydrate de morphine . . . . . } aā 0,01 f. s. a.
Extrait de belladone . . . . . }

[6] Vierow. *Zur mechanischen Behandlung der Dysmenorrhée bei Anteflexio Uteri nach* Thure-Brandt (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 52, p. 930).

Enfin, si l'on acquiert la conviction que la dysménorrhée est d'origine ovarienne et non utérine, de telle sorte que l'antéflexion n'y joue qu'un rôle apparent, on ne s'attardera pas à cet épiphénomène, et si l'intensité des symptômes légitime une décision aussi grave, on aura recours à la **castration**[1] ou opération de Battey (voir le chapitre Dysménorrhée).

Castration.



Fig. 277. — Hystérotome (Collin).

Dans les antéflexions congénitales, le col est souvent conique et l'orifice sténosé : c'est la principale cause des douleurs. On a longtemps pratiqué pour ces cas l'**incision bilatérale** avec le bistouri, le métrotome de J. Simpson, l'hystérotome de Collin (fig. 277), ou les ciseaux de Küchenmeister. Les résultats ainsi obtenus ne sont pas durables, car la cicatrisation rétablit à peu près l'état primitif. Une véritable **stomatoplastie** par l'amputation du col à lambeaux bi-coniques, est de beaucoup préférable[2].

Incision bilatérale du col.

Stomatoplastie.

L'**antéflexion cervicale** présente des indications spéciales; c'est surtout pour combattre la stérilité qu'on a pratiqué les opérations de **discision**. Marion Sims (fig. 275) incisait la lèvre postérieure à l'aide de son bistouri à lame courte et tournante; Emmet pratique la même incision avec des ciseaux coudés, ce qui est préférable; il achève la rectification du canal, en incisant, avec un ténotome courbe, sur la face antérieure, une certaine épaisseur de tissu formant une sorte d'éperon. L'incision est maintenue ouverte par un tube de verre. On a aussi enlevé un fragment triangulaire de la lèvre postérieure, ou cette lèvre tout entière. On a proposé des opérations plastiques plus compliquées (Küstner, Dudley, Reed[3]); je les réprouve toutes également. S'il existe une difformité quelconque du col, le mieux est de l'amputer (selon les règles que j'ai décrites au chapitre des Métrites), en apportant un soin particulier à la réfection d'un ample orifice.

Discision.

Plus récemment Thiriar[4] a tenté de pratiquer la cure radicale de

Cunéihystérectomie.

[1] H. Fritsch. *Die Lageveränderungen der Gebärmutter, etc.* (*Deutsche Chir.*, Stuttgart, 1885, p. 69).

[2] A. Martin. *Path. und Ther. der Frauenkrankh.*, p. 85.

[3] Dudley. *A plastic operation to straighten the anteflexed uterus* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1891, t. XXIV, p. 145). — Reed. *The surgical treatment of anterior displacements of the uterus* (*Trans. of the Amer. Gyn. Soc. Philadelphie*, 1891, t. XVI, p. 12).

[4] Thiriar. *Procédé opératoire pour guérir les flexions utérines* (*Congrès international et périodique de gyn. et d'obst.* Bruxelles, 1894, p. 512).

l'antéflexion au moyen d'une opération qu'il appelle **cunéihystérectomie**. Il fait une laparotomie et, les intestins étant refoulés en dehors de la cavité pelvienne, il attire le plus possible l'utérus au moyen d'une pince-érigne. Sur l'angle postérieur saillant de la flexion il fait un avivement elliptique de 2 centimètres environ de large et comprenant toute la largeur de la matrice. Le lambeau enlevé doit intéresser toute l'épaisseur du tissu utérin moins la muqueuse. Les bords de cet avivement sont réunis par des points séparés au catgut et le ventre est refermé sans drainage.

Cette opération ingénieuse est, au dire même de son auteur, peu facile à exécuter. Aussi, malgré un succès complet obtenu par Thiriar, il faut l'accueillir avec la plus grande réserve.

CHAPITRE II

DÉVIATIONS EN ARRIÈRE

Les déplacements en arrière sont de beaucoup les plus fréquents et ils entrent pour une assez large part dans la pathologie utérine. Sänger[1], sur 700 maladies de femmes, a compté 108 cas de rétrodéviations, soit 15,43 pour 100. Winckel a trouvé 19,10 et Löhlein 17 à 18 pour 100[2].

I. — Rétroversion

Anatomie pathologique. Étiologie. — Symptômes. — Diagnostic. — Traitement.

Anatomie pathologique et étiologie.

Anatomie pathologique. Étiologie. — Toutes les fois que la vessie s'emplit, la matrice se place en rétroversion physiologique temporaire ; la tonicité des ligaments larges, des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés, qui, il ne faut pas l'oublier, contiennent une grande quantité de tissu musculaire lisse, ramène ordinairement l'organe dans sa situation normale. Mais son poids est-il augmenté

[1] Sänger. *Soc. obstét. de Leipzig*, 17 nov. 1884 (*Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 664).

[2] Löhlein. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VIII, p. 102. — Mundé. *Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1881, p. 789.

par une inflammation et surtout par un retard dans l'involution post-puerpérale, les ligaments ont-ils eux-mêmes subi un relâchement, tandis que la matrice est rendue turgescente par la métrite, il peut se faire que la rétroversion devienne permanente sous l'influence du décubitus horizontal prolongé.

Des adhérences viennent fixer l'organe dans sa position nouvelle. Cette pelvi-péritonite postérieure, prenant son origine au niveau du pavillon des trompes enflammées, est même peut-être parfois le fait primordial.

Un effort brusque ou une chute est d'autres fois la cause déterminante de la déviation[1] : on peut voir ensuite se prononcer un prolapsus du vagin et un léger abaissement.

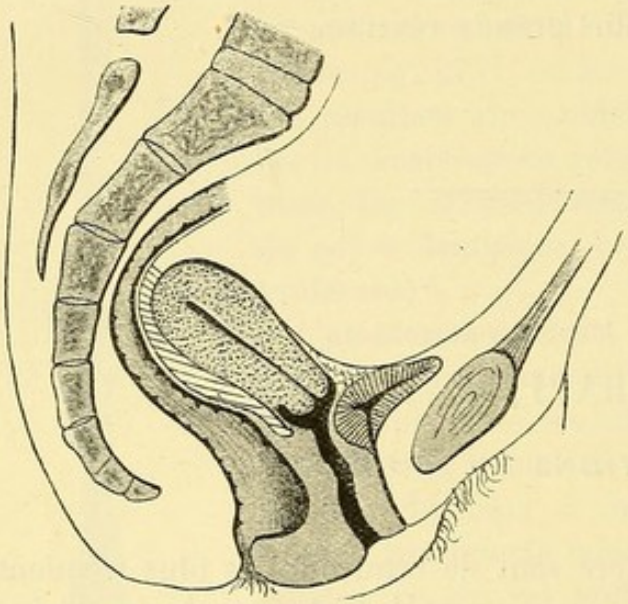


Fig. 278. — Rétroversion avec adhérences étendues de la face postérieure.

La rétroversion est plus rare que la rétroflexion.

Symptômes.

Symptômes. — Quand le déplacement se produit brusquement, à la suite d'un effort, il s'accompagne d'une **douleur** subite et de phénomènes nerveux variés, comme peut le faire un abaissement subit de la matrice survenu dans les mêmes conditions.

Quand la déviation se développe progressivement, les symptômes se confondent d'ordinaire avec ceux de la métrite ou de la paramétrite circonscrite qui lui ont donné naissance ; on observe le **syndrome utérin.** La stérilité est la règle. Quant au ténesme vésical et rectal, parfois très marqués, ils peuvent faire défaut.

La palpation, aidée du toucher, fait reconnaître la position du col en avant, celle du corps en arrière, vers la concavité du sacrum où il est plus ou moins immobilisé. Les deux segments de la matrice se continuent, du reste, directement.

Diagnostic.

Diagnostic. — La palpation bi-manuelle aidée du toucher rectal et, au besoin, le cathétérisme sont les moyens de reconnaître exactement la situation de l'organe dont le col est dirigé en avant, tandis que le fond du corps peut se sentir à travers le cul-de-sac postérieur.

[1] P. Tillaux. *Rétroflexion accidentelle et instantanée de l'utérus; guérison immédiate par le redressement* (*Annal. de gyn.*, déc. 1889, t. XXXII, p. 405).

Ce qui distingue cette déviation de la **rétroflexion**, c'est l'absence d'angle, de coudure, entre le corps et le col. On ne confondra pas avec elle un **fibrome** de la paroi postérieure de l'utérus, un noyau d'**hématocèle rétro-utérine**, une **tumeur de l'ovaire** ou de la **trompe**, prolabée dans le cul-de-sac de Douglas, un noyau inflammatoire de **paramétrite postérieure**, des **scybales** accumulées. Presque toutes les hésitations que pourraient soulever ces diverses hypothèses seraient facilement tranchées par le cathétérisme utérin combiné aux autres modes d'exploration : il sera surtout utile pour la différencier de l'**antéflexion cervico-corporelle**, qui est la source d'erreurs presque inévitables, si l'on se borne au simple toucher du col, vu la direction antéro-postérieure de ce dernier.

Traitement. — Il se confond avec celui de la rétroflexion. (Voir ci-dessous.) Traitement.

II. — Rétroflexion.

Anatomie pathologique. Étiologie. — Symptômes. — Diagnostic. — Traitement de la métrite : curettage, amputation du col. Réduction par la position. Réduction bi-manuelle. Réduction avec la sonde. Fixation de l'utérus réduit. Pessaires. — Opération d'Alquié-Alexander-Adams. Technique opératoire. Gravité. Résultats. Grossesse ultérieure. Indications. — Hystéropexie vaginale. Procédés d'Amussat, Richelot père, Bossi, Sims, Byford, Doléris, Skutsch, Schücking v. Rabenau, Sänger, Mackenrodt, Dührssen. — Vagino-fixation et grossesse. Procédés de Nicolétis, Péan, Pryor, Candela, Freund. — Hystéropexie abdominale. Aperçu historique. Technique opératoire. Procédés de Kœberlé et Klotz, de Olshausen et Sänger, de Kelly, Leopold, Czerny, Terrier. Pronostic de la gastro-hystéropexie. Grossesse et hystéropexie. Indications. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins. *a*. Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés : procédé de Kelly. — *b*. Raccourcissement des ligaments ronds : procédés de Ruggi, G. Wylie, Bode, Polk et Dudley. Procédé de Caneva : gastro-hystéropexie sans laparotomie. — Hystérectomie vaginale. — Choix de l'opération.

Anatomie pathologique. Étiologie. — A l'inverse de l'antéflexion, la flexion en arrière date rarement de l'enfance ou de la puberté. Cependant on peut la voir succéder à la métrite virginale : la constipation habituelle et la masturbation en favorisent le développement (Fritsch). Dans l'immense majorité des cas, la rétroflexion succède à une métrite d'origine puerpérale ; l'absence d'involution de la face antérieure de l'utérus, causée par l'insertion de débris placentaires, jouerait ici, d'après E. Martin, un rôle analogue à celui que j'ai indiqué pour l'antéflexion. Il faut aussi attribuer une influence considérable au poids de l'organe enflammé, au relâchement des ligaments larges et des ligaments ronds qui cessent d'orienter le corps Anatomie pathologique et étiologie.

en avant; tandis que le col reste fixé par les ligaments utéro-sacrés plus résistants, la flaccidité de ces ligaments permet au corps de l'utérus de se couder en arrière au niveau de l'isthme, en obéissant aux lois de la pesanteur et à la pression du paquet intestinal. On peut voir, du reste, la rétroflexion succéder à la simple rétroversion ou même à l'antéversion : il suffit, dans ce dernier cas, que l'angle de flexion soit resté flexible à la manière d'une charnière.

Le col est dirigé en bas et en avant; il est ordinairement assez

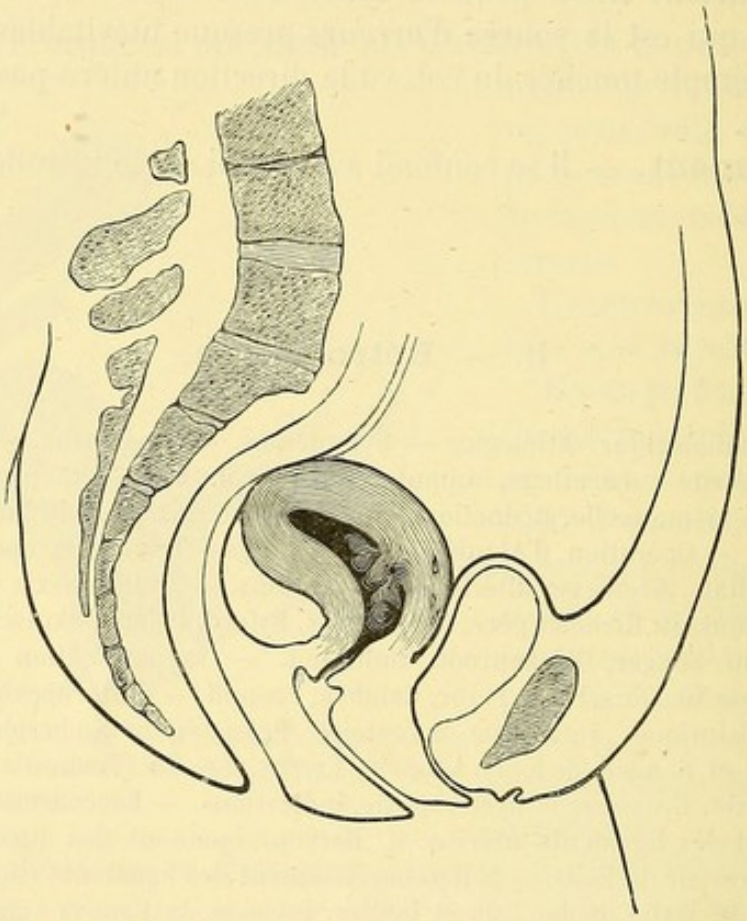


Fig. 279. — Rétroflexion de l'utérus, consécutive à une sub-involution de la paroi antérieure sur laquelle on distingue encore l'insertion du placenta (E. Martin, père).

rapproché de la vulve, car il y a souvent un certain degré d'abaissement. L'orifice du col est entr'ouvert, les lèvres tuméfiées, par suite de la gêne de la circulation veineuse qui résulte de la coudure des vaisseaux; il ne faut pas oublier, du reste, qu'il s'agit presque toujours de femmes atteintes en même temps de métrite d'origine puerpérale. Le corps de l'organe occupe le cul-de-sac de Douglas.

On a trouvé un amincissement marqué sur l'une ou l'autre de ces parois, en avant (Ruge) ou en arrière (Fritsch).

On a souvent l'occasion de constater des adhérences, les unes périmétritiques, produites par des exsudats dans le cul-de-sac de

Douglas, les autres paramétritiques, siégeant sous la séreuse, au niveau des ligaments utéro-sacrés. Schultze[1] a fait jouer un grand rôle au relâchement et à la perte de tonicité de ces ligaments (ou plis de Douglas) sous l'influence de la **paramétrite postérieure** post-puerpérale, dans la production de tous les déplacements utérins. Pour bien comprendre alors la production de la rétroflexion, il faut supposer que, dans une première phase d'inflammation aiguë, ces ligaments conservent toute leur résistance, de manière à fixer encore le col; ce ne serait que plus tard, dans la phase de régression de l'exsudat, que la dénutrition des ligaments amènerait leur flaccidité. Selon que l'isthme a résisté ou fléchi dans la première phase, on aurait alors une rétroversion ou une rétroflexion. En d'autres termes, la version suppose une altération des ligaments; la flexion, une altération des ligaments et du parenchyme utérin tout à la fois.

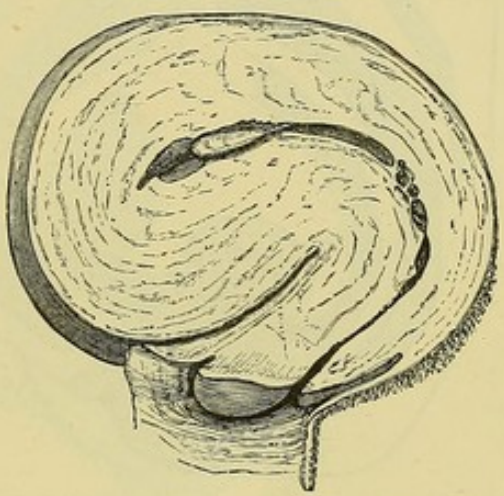


Fig. 280. — Rétroflexion extrême de l'utérus.

Les adhérences péritonéales, unissant le fond de l'organe au cul-de-sac recto-utérin, sont le plus souvent lâches et filamenteuses, se laissant facilement déchirer. D'autres fois, elles présentent une très grande résistance, qu'elles soient funiculaires ou lamellaires.

Les ovaires et les trompes sont souvent entraînés par la déviation utérine, sur les côtés du cul-de-sac de Douglas. Il est probable qu'une partie au moins des phénomènes nerveux réflexes, souvent graves, pouvant aller jusqu'à la paraplégie, qui ont été notés dans certaines rétroflexions, est due aux tiraillements des annexes et non à la compression problématique des nerfs du plexus sacré.

Il y a très souvent coïncidence de salpingite; celle-ci est même de règle dans les rétroflexions irréductibles, et parfois cette irréductibilité provient bien moins de l'adhérence du corps utérin que de l'accolement des annexes aux parois pelviennes. Des poussées de péri-salpingite sont l'origine de ces adhérences, ainsi que des noyaux indurés douloureux ou indolents, à apparition et disparition rapides, que l'on observe souvent en arrière et sur les côtés du corps rétrofléchi[2].

[1] Schultze. *Loc. cit.*, p. 259.

[2] U. Trélat. *Des rétroversions et des rétroflexions adhérentes* (*Semaine méd.*, 4 juill. 1888, p. 261).

Symptômes.

Symptômes. — **Syndrome utérin** (étudié dans les métrites), **phénomènes nerveux réflexes** très accentués, **stérilité**; tel est, en résumé, le bilan des symptômes rationnels. La **constipation**, avec ou sans ténesme, présente une opiniâtreté particulière, et Barnes attribue à la **coprémie** qui en résulte le dépérissement des malades, dont l'origine est beaucoup plus complexe, en réalité.

Il convient d'insister particulièrement sur les **troubles nerveux** auxquels j'ai déjà fait allusion. Ils se traduisent le plus souvent par une difficulté extrême de la marche, hors de proportion avec ce que produirait une simple fatigue musculaire, et pouvant simuler la **paraplégie**; on observe des **névralgies** multiples; une **excitabilité hystériforme**; la **toux quinteuse**, la **dyspepsie**, etc. Chrobak[1] a observé un **asthme** très intense; Schröder, la **chorée**[2]; Kehrer[3], l'**aphonie**; Sielski[4], l'**hystéro-épilepsie**; Kiderlen[5], des **vomissements** incessants; le simple redressement de l'utérus a fait rapidement disparaître ces graves symptômes.

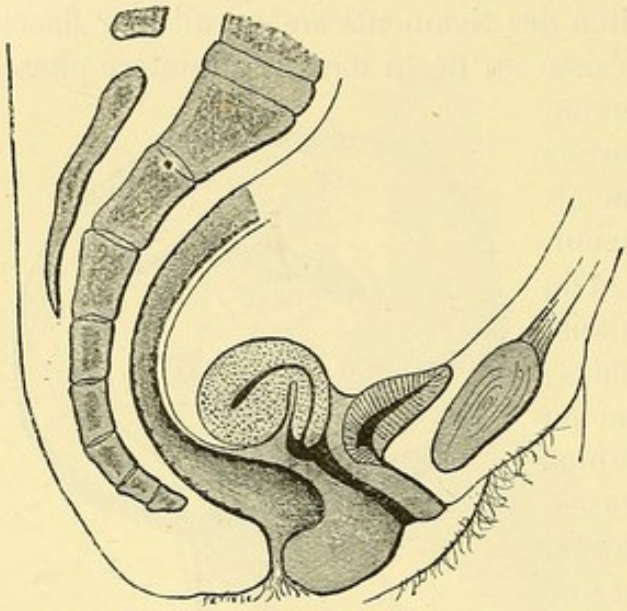


Fig. 281. — Rétroflexion de l'utérus chez une nullipare. (Le corps est mobile; le museau de tanche a conservé sa situation normale.)

La **stérilité** est ordinairement la suite d'une rétroflexion. Toutefois la fécondation peut avoir lieu, et alors, ou l'utérus se redresse ou il reste fléchi et s'enclave de plus en plus dans le petit bassin, donnant lieu aux phénomènes graves qui sont étudiés en obstétrique sous le nom de **rétroflexion de l'utérus gravide**[6]. Si l'on a soin de veiller à ce que l'involution de l'utérus se fasse dans de bonnes conditions après l'accouchement, on peut parfois obtenir ainsi, spontanément, le redressement de l'organe gestateur; la gravidité joue véritable-

[1] Chrobak. *Wien. med. Presse*, 1869, n° 1, p. 8, et n° 2, p. 41.

[2] Schröder. *Berl. klin. Presse*, 1879, n° 1, p. 1.

[3] Kehrer. *Beiträge zur klin. und exper. Geb. und Gyn.*, Giessen, 1887, Bd. II, Heft 3.

[4] Sielski. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 695.

[5] Kiderlen. *Soc. obstet. et gyn. de Hambourg*, 2 avril 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 81).

[6] Certains auteurs distinguent aussi la *rétroflexion post-puerpérale*, ou celle qui survient immédiatement après l'accouchement. Elle n'est souvent qu'un des symptômes de la métrite post-puerpérale avec retard d'involution, et disparaît comme elle par un traitement approprié. C'est dans ces cas, en particulier, que l'opération d'Emmet ou l'amputation du col avec ou sans sutures spéciales (Nicoletis) ont pu faire merveille.

ment alors un rôle thérapeutique indéniable, mais qu'on a pourtant exagéré.

Diagnostic.

Diagnostic.— Le siège de la tumeur dans le cul-de-sac postérieur, facilement reconnu pour être le fond de l'utérus, grâce à la palpation bi-manuelle, l'absence de résistance dans le cul-de-sac antérieur au niveau de l'emplacement normal de l'organe, la possibilité de sentir l'angle de réunion du col et du corps, tels sont les caractères distinctifs que recherchera le clinicien. Le Dentu[1] attribue une grande valeur diagnostique à la présence d'une crête longitudinale, médiane, facile à sentir sur la face postérieure de l'utérus. Sänger[2] a signalé chez les femmes atteintes de rétroversion congénitale, la présence d'une saillie médiane du cul-de-sac vaginal antérieur, véritable frein de 1 centimètre à 1 centimètre et demi de hauteur qui divise le cul-de-sac en deux facettes planes. Elle paraît être le vestige de la fusion tardive des canaux de Müller. Le toucher rectal est ici indispensable. L'exploration avec la sonde lèvera les derniers doutes : on devra lui donner une courbure convenable et abaisser ou, du moins, fixer le col utérin avec des pinces. Je renvoie, du reste, pour plus de détails, au diagnostic, déjà exposé, de la rétroversion.

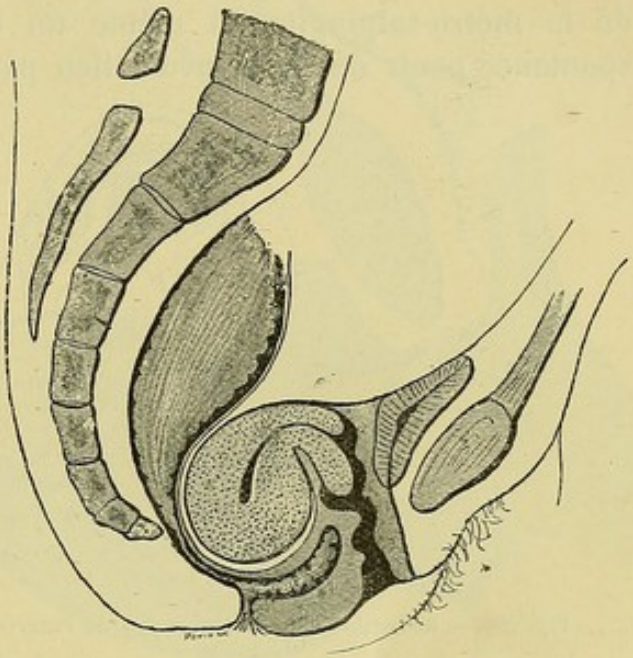


Fig. 282. — Rétroflexion très prononcée de l'utérus.

Compression du rectum dont la lumière est effacée. Hypertrophie du corps utérin. Atrophie de l'angle de flexion. Épaississement de la lèvre postérieure du col; l'antérieure, amincie, se cache dans le cul-de-sac.

Il importe de bien spécifier le degré de mobilité de l'utérus, afin de déterminer la nature du traitement. Le professeur Trélat divise, à ce point de vue, les rétroflexions en trois classes : 1° **réductibles**; 2° **résistantes**; 3° **adhérentes**. On se rend compte de ces divers degrés en essayant la réduction, soit par la manœuvre bi-manuelle, soit

[1] Le Dentu. *Sur un signe de la rétroflexion et de la rétroversion de l'utérus* (*Gaz. méd. de Paris*, 1892, p. 241). *La crête médiane postérieure du corps de l'utérus*, etc. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1895, t. XXI, p. 214).

[2] Sänger. *Festschrift zur Feier des fünfzigjährigen Stiftungsfestes der Gesell. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.* Wien, 1894.

par la sonde, en appréciant la résistance qu'on rencontre et le degré de permanence de la réduction.

Traitement.

Traitement. — Faut-il préalablement traiter la **métrite concomitante** ou tout d'abord corriger la déviation? Les auteurs ont résolu cette question de différentes manières. Je crois qu'il y a tout intérêt à guérir d'abord l'inflammation de l'utérus, et de recourir pour cela au **curettage** suivi d'injections iodées dans les métrites catarrhales et douloureuses chroniques, à l'**amputation du col.** Il est assez fréquent de voir des rétroflexions cesser d'être douloureuses après guérison de la métro-salpingite, et même un certain degré de réduction spontanée peut, dès lors, avoir lieu par involution de l'utérus. Il

Trait. de la métrite.

Curettage.

Amputation du col.

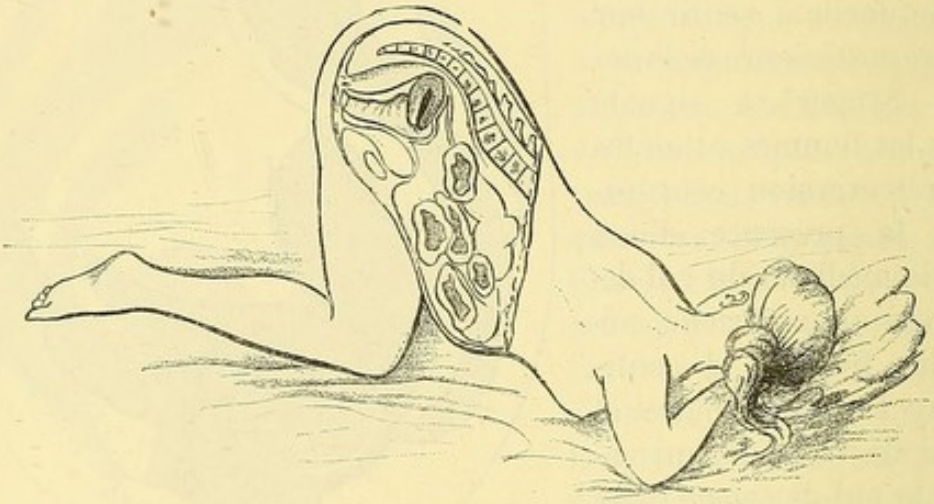


Fig. 285. — Réduction d'une rétroversion de l'utérus par la position genu-pectorale.

est bon, dans ces cas spéciaux, de toujours recourir, avant le curettage, à une dilatation préalable avec la laminaire, ce qui commence déjà à redresser momentanément le canal utérin.

Si une péri-métro-salpingite aiguë vient compliquer la métrite, on s'efforcera de la faire disparaître par un traitement approprié (injections chaudes, bains, applications de tampons glycérinés sur le col, de révulsifs sur le ventre). Ce n'est que lorsque tout phénomène inflammatoire aura cessé, que le toucher des culs-de-sac n'éveillera plus de douleur, qu'on devra songer au redressement d'abord, puis au maintien de la réduction. La pratique contraire, préconisée par Poullet[1], me paraît très imprudente.

Réduction.

Réduction de la rétroflexion. — On peut provoquer la réduction de la déviation utérine de diverses manières.

Réduction par la position.

1° **Réduction par la position genu-pectorale**[2]. — Quand la femme se

[1] Poullet. *De l'intervention intra-utérine*, etc., lu à la *Soc. de méd. de Lyon*, 6 fév. 1888. — Roland. *Du traitement des rétroversions et rétroflexions utérines adhérentes*. Thèse de Lyon, 1888.

[2] Les avantages de cette posture paraissent d'abord avoir été mis en relief en Amérique par H.-F. Campbell (d'Augusta, Géorgie), *Pneumatic self replacement of uterus*

met dans la position genu-pectorale, les jambes un peu écartées, et la fourchette déprimée de façon à permettre l'entrée de l'air dans le vagin (fig. 283), les viscères abdominaux tombent vers la concavité du diaphragme et l'utérus en rétroversion ou en rétroflexion mobile reprend sa position naturelle. On peut, du reste, aider à cette réduction en maintenant la paroi vaginale écartée et en exerçant une traction sur le cul-de-sac postérieur avec une valve dépri-

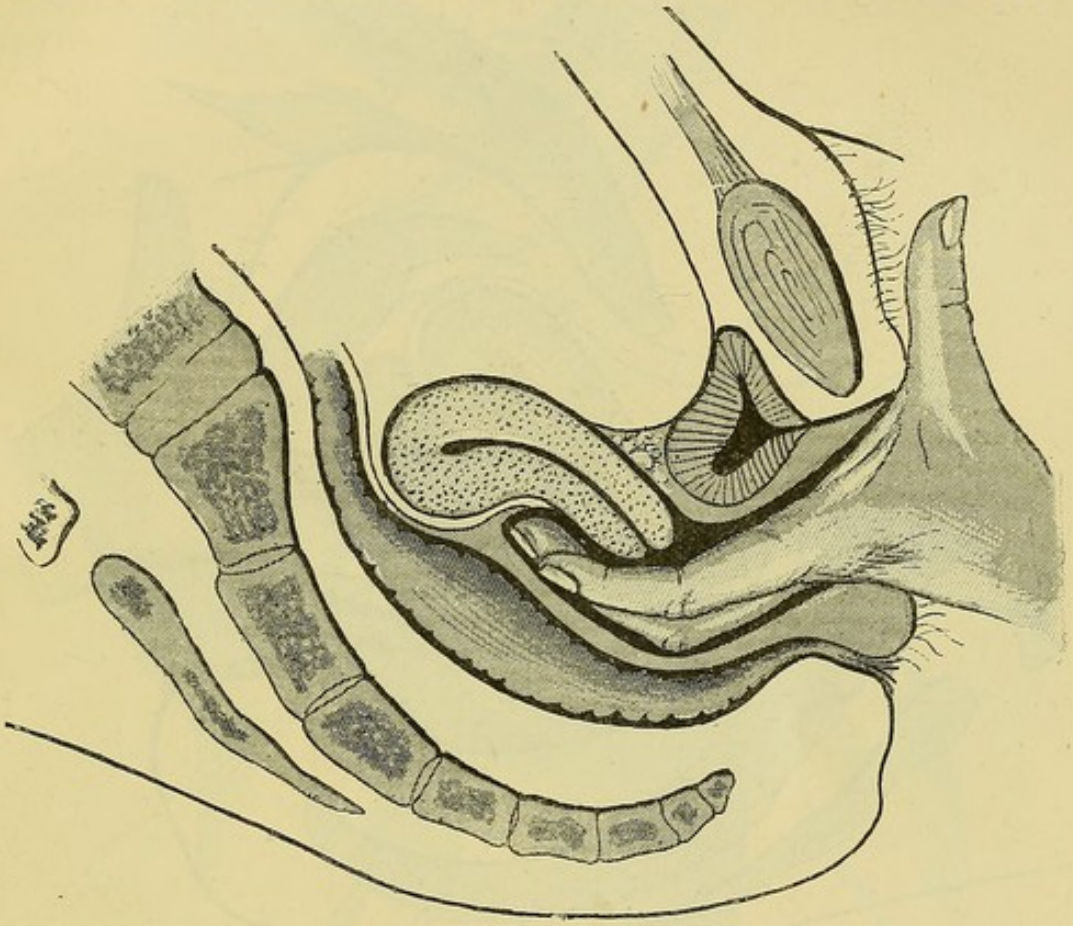


Fig. 284. — Réduction bi-manuelle d'une rétroversion ou rétroflexion.
1er temps : soulèvement de l'utérus.

mant la fourchette. Cette *réposition spontanée aérienne*, comme l'a appelée Courty, constitue une gymnastique précieuse que toute femme peut facilement faire chaque jour, prenant matin et soir, durant quelques instants, l'attitude de la *prière mahométane* (Tarnier[1]).

Tarnier recommande aux femmes, quand elles prennent cette posture, de s'introduire dans le vagin un petit spéculum grillagé ou

(*Trans. of the Amer. gyn. Soc.*, Boston, 1877, t. I, p. 193); en Allemagne, par Solger, *Beiträge zur Geb. u. Gyn. f. Geb. zu Berlin*, 1875; en France, par Courty, *Comptes rendus de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*. Paris, 1881.

[1] Tarnier. Préface à la trad. franç., par Bar, du *Traité de gyn. opér.* de Hegar et Kaltenbach. Paris, 1885.

simplement une canule à injections, afin de faciliter l'accès de l'air et le refoulement de l'utérus. Elisa Mosher[1], qui a, de nouveau, insisté récemment sur le traitement par cette position, engage les malades à introduire leur doigt dans le vagin et à presser sur la face antérieure du col de manière à faire basculer l'utérus en avant. Si

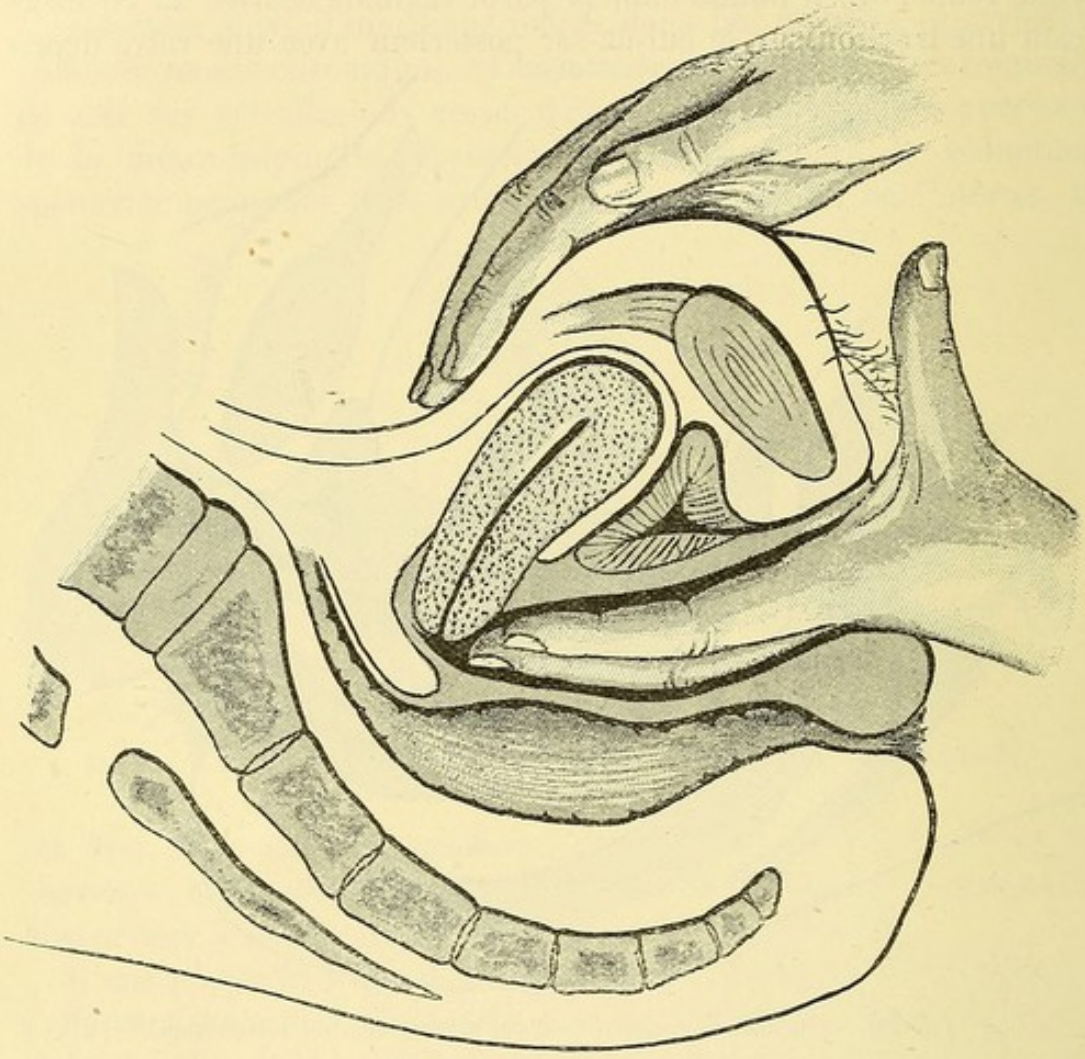


Fig. 285. — Réduction bi-manuelle d'une rétroversion ou rétroflexion.
2e temps : placement en antéversion de l'utérus réduit.

cette gymnastique est rarement suffisante par elle-même, elle est, assurément, un précieux auxiliaire pour le traitement des déviations en arrière qui sont de date récente. On doit aussi conseiller aux malades de s'habituer à dormir sur le ventre ou en semi-pronation.

Réduction bi-manuelle.

2° **Réduction bi-manuelle.** — On fait mettre la malade dans la position latérale de Sims, ou au besoin même dans la position genu-pectorale : on place dans le cul-de-sac postérieur ou dans le rectum

[1] Elisa Mosher. *Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1887, p. 1028.

deux ou trois doigts de la main gauche et l'on pousse le col en arrière, tandis que la main droite, déprimant les parois abdominales au-dessus du pubis, va saisir le corps et le ramène en avant en antéversion. Il faut, en effet, exagérer la nouvelle position pour combattre efficacement la tendance de l'organe à la rétroflexion. On

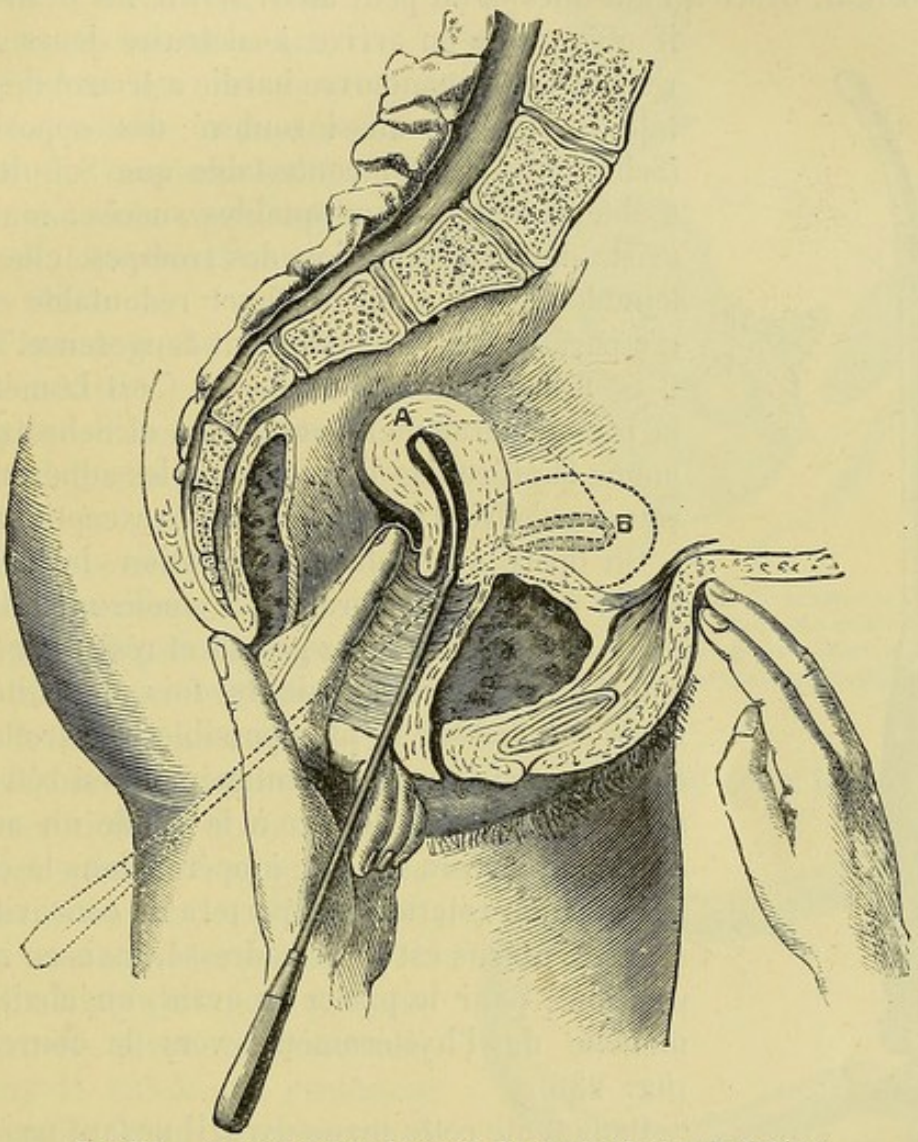


Fig. 286. — Réduction avec la sonde d'une rétroflexion de l'utérus.

facilite beaucoup cette manœuvre en fixant le col avec des pinces et en l'attirant légèrement en bas[1].

Dans les cas difficiles, Schultze[2] a préconisé l'introduction de l'index dans la cavité utérine préalablement dilatée; grâce à l'action

[1] Otto Küstner. *Centr. f. Gyn.*, 1882, n° 28, p. 453.

[2] Schultze. *Eine neue Methode der Reposition hartnäckiger Retroflexion des Uterus* (*Centr. f. Gyn.*, 1879, n° 3, p. 49). — *Ueber Diagnose und Lösung peritonealer Adhäsionen* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1887, Bd. XIV, Heft 1, p. 25). — *Zur Therapie hartnäckiger Retroflexion der Gebärmutter* (*Samml. klin. Vorträge*, N. F., 1891, n° 24, p. 187). — Erich. *Eleven cases of retroflexion on the uterus, etc., treated by forcible separation of adhesions* (*Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1880, t. XIII, p. 836).

qu'il exerce ainsi directement sur le tissu utérin, il déchire par des tractions énergiques les adhérences postérieures qui s'opposent à la réduction. Il décrit minutieusement la façon de libérer l'utérus des pseudo-ligaments ou adhérences funiculaires qui le fixent en arrière et latéralement, ou, les adhérences en surface, à la paroi antérieure du rectum. Grâce à l'anesthésie, on peut aussi sentir les ovaires, et il affirme qu'on arrive à détruire leurs adhérences. Cette manœuvre hardie a trouvé des imitateurs, mais a aussi soulevé des oppositions (Schröder). Il est incontestable que Schultze en a obtenu de très remarquables succès ; mais s'il existe de l'inflammation des trompes, elle peut leur donner un coup de fouet redoutable et elle me paraît alors véritablement dangereuse.

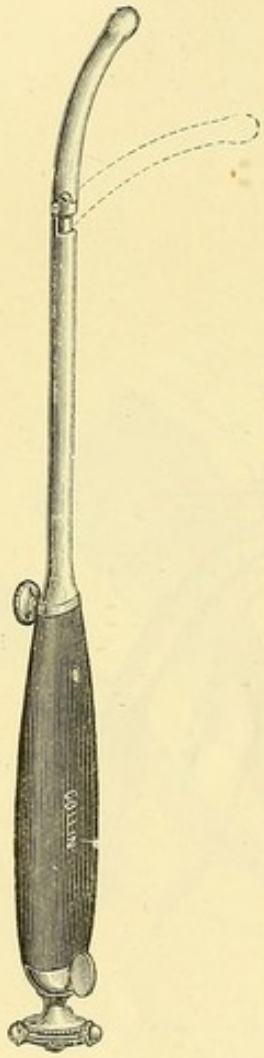


Fig. 287 — Redresseur utérin de U. Trélat.

Réduction avec la sonde.

3° **Réduction avec la sonde.** — C'est la méthode la plus généralement employée, et Schultze lui-même la préconise dans le cas où les adhérences à vaincre n'offrent pas une résistance exceptionnelle.

On opère aussi dans la position latérale de Sims, ou genu-pectorale. La sonde métallique, qu'on doit choisir assez grosse et résistante, sera d'abord introduite plusieurs fois de suite, de façon à redresser le plus possible la rétroflexion et à la transformer momentanément en rétroversion. Puis, faisant décrire à la sonde un arc de cercle, on forcera son bec à opérer dans la cavité utérine une rotation qui portera sa concavité en avant. L'utérus est alors redressé, mais en rétroposition : pour le porter en avant, on abaisse le manche de l'hystéromètre vers la fourchette (fig. 286).

Dans toute cette manœuvre, il ne faut pas faire d'efforts brusques, mais exercer une pression douce et continue, qui peut être très forte si elle est progressive. Il est bon de faire précéder la séance de redressement d'une dilatation à la laminaire qui donne plus de souplesse aux tissus ; on fera aussi, dès le début, le curettage de l'utérus dont la muqueuse est plus ou moins malade, surtout au niveau de l'angle de flexion. On peut terminer la réduction en une séance. D'autres fois, il y aura intérêt à faire plusieurs séances, tous les deux ou trois jours ; après chacune d'elles on maintiendra le degré de redressement obtenu, en plaçant avec soin des tampons de gaze antiseptique dans le cul-de-sac postérieur. Finalement, on introduira un pessaire.

L'instrument le plus simple, pour la réduction, est l'hystéromètre. Je le préfère aux **répositeurs** divers qui ont été inventés, dont le plus connu est celui de Sims et l'un des plus récents celui de J. A. Miller (de San Francisco[1]). Le professeur Trélat a aussi fait construire un **redresseur** très ingénieux, qui est une sonde utérine articulée dont la courbure peut être exagérée après son introduction dans l'utérus (fig. 287).

Fixation de l'utérus réduit. — On peut employer dans ce but des moyens prothétiques (pessaires) ou pratiquer des opérations diverses.

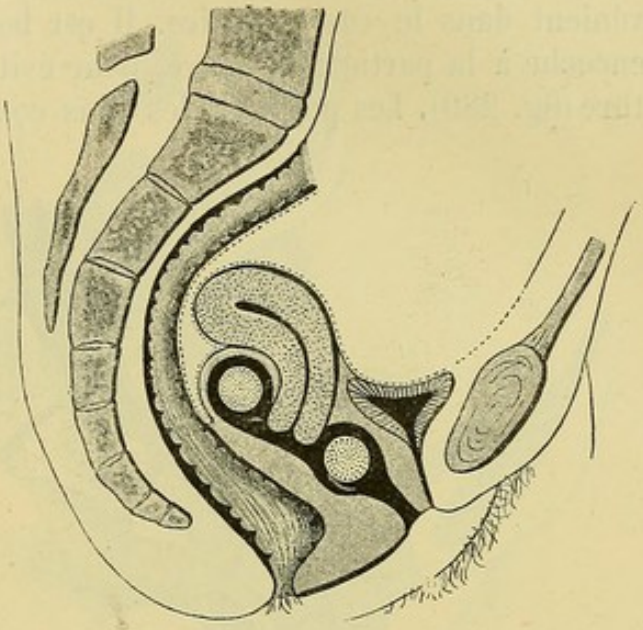


Fig. 288. — Pessaire annulaire de Dumontpallier en place, dans un cas de rétroflexion réductible qu'il est en train de transformer en rétroversion (la réduction de celle-ci peut parfois ensuite se faire spontanément).

Pessaires.

Pessaires. — Le nombre de pessaires employés pour maintenir les rétroflexions est considérable et augmente tous les jours. Je renvoie pour la description de ces modèles variés aux articles spéciaux[2], et je me bornerai à décrire les plus usuels, qui sont aussi les meilleurs.

Un simple tampon, convenablement placé et renouvelé, dans le cul-de-sac postérieur du vagin, est déjà un moyen de contention. Mais il vaut beaucoup mieux appliquer un **pessaire indifférent**, comme le pessaire annulaire de Dumontpallier, qui a pu, parfois, dans les cas de rétroflexion réductible, même en l'absence de manœuvre chirurgicale, amener le redressement de l'utérus par la pression qu'il exerce (fig. 288). Enfin, un moyen de contention meilleur encore est le **pessaire de Hodge**, à double courbure (fig. 289, 290 et 291).

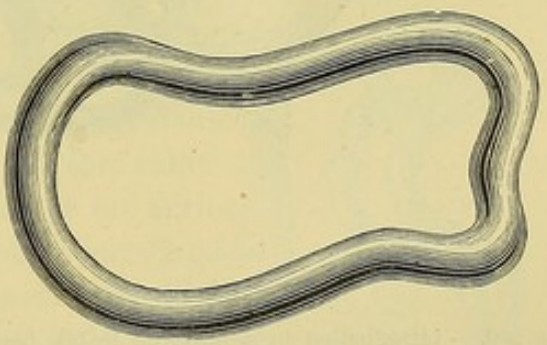


Fig. 289. — Pessaire de Hodge avec une encoche antérieure pour éviter la compression du canal de l'urèthre.

[1] Alex. Miller. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 146.

[2] A. Auvard. Art. Pessaire du *Dict. encycl. des sciences méd.*, 2e s., t. XXIII, p. 614.

On doit choisir le pessaire pour chaque cas, selon les dimensions du vagin; trop petit, il n'est d'aucune utilité; trop grand, il devient intolérable. Si le périnée est résistant, le pessaire pourra être un peu rétréci inférieurement (pessaire d'Albert Smith) : ce serait un inconvénient dans le cas contraire. Il est bon de ménager une petite encoche à la partie antérieure, pour éviter la compression de l'urèthre (fig. 289). Les pessaires les plus commodes sont ceux qui sont

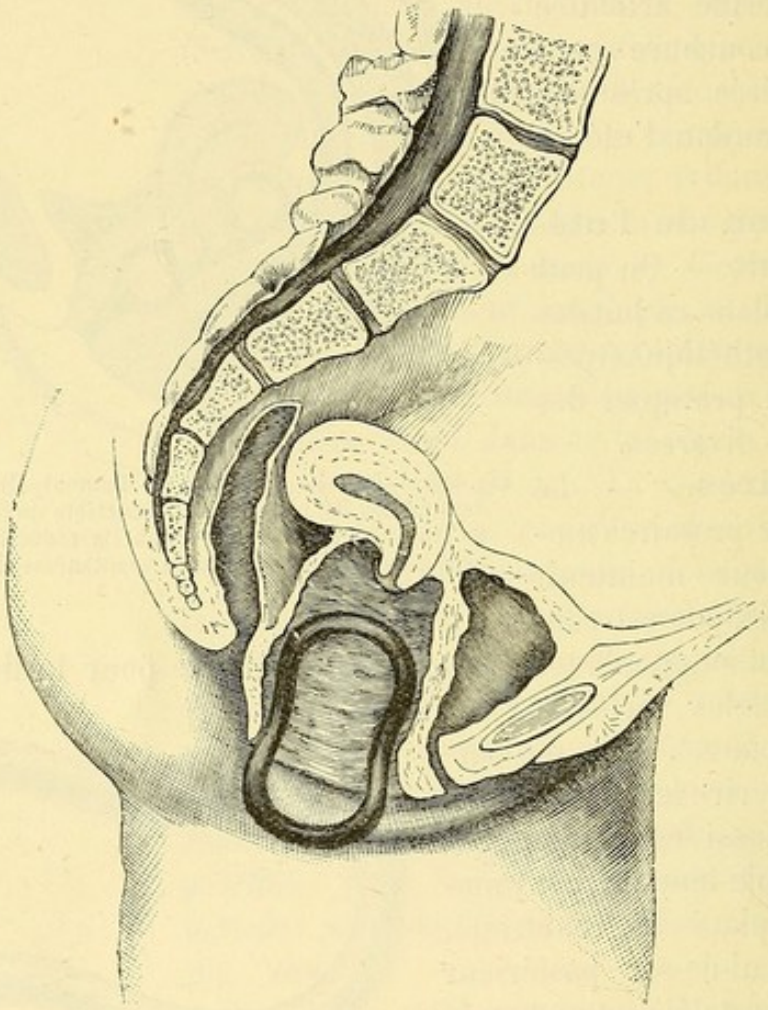


Fig. 290. — Introduction du pessaire de Hodge dans un cas de rétroflexion (celle-ci devra être préalablement réduite).

formés d'un épais fil de cuivre recouvert de caoutchouc : on peut instantanément modifier leur forme, quoiqu'ils offrent une bonne résistance; on doit, en effet, savoir adapter l'instrument à chaque cas déterminé, en donnant une ampleur plus ou moins grande aux courbures. Les pessaires en caoutchouc durci sont aussi très bons, inaltérables, et l'on peut les ramollir dans l'eau chaude pour en remanier la forme. Dans les cas difficiles, j'ai l'habitude de modeler le pessaire avec un anneau d'étain flexible, et quand je me suis

assuré qu'il est exactement adapté au cas spécial, je fais faire sur ce modèle un pessaire en aluminium, qui a l'avantage d'être à la fois léger et résistant; mais les sécrétions vaginales l'altèrent et on devra souvent le renouveler.

Il faut toujours que l'extrémité inférieure reste un peu au-dessus du méat urinaire.

G. Thomas a augmenté l'épaisseur de l'arc postérieur du pessaire de Hodge pour l'empêcher de se loger dans l'angle de l'antéflexion reproduite, et en a accentué la courbure (fig. 292 et 293).

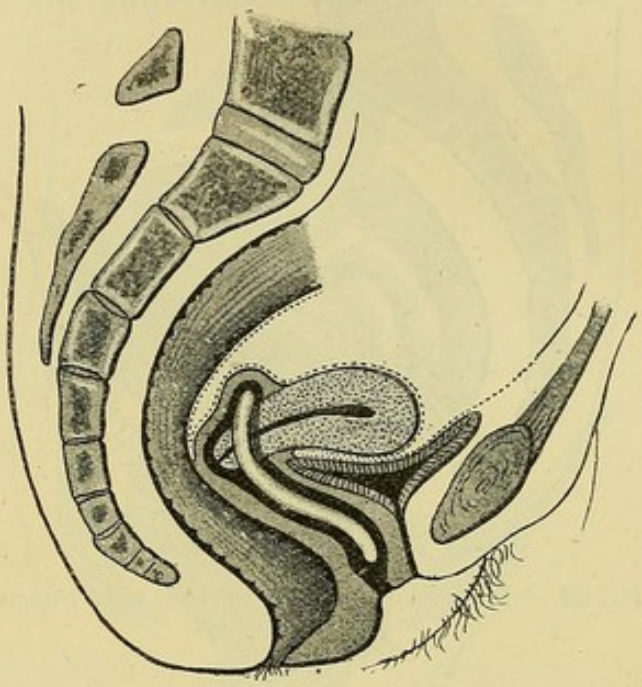


Fig. 291. — Pessaire de Hodge en place, après réduction d'une rétrodéviation.

Pour introduire un pessaire de Hodge, la malade sera couchée sur le côté. On présente l'instrument enduit de vaseline à la vulve de manière à le faire cheminer d'abord à plat le long d'une des faces latérales du vagin; pendant ce temps on écarte d'abord les lèvres, puis on accroche la fourchette avec le doigt pour la déprimer. Dès que le pessaire a franchi la partie inférieure du vagin (fig. 290) et peut facilement être tourné dans la partie supérieure plus vaste, on lui fait subir un mouvement de glissement en haut et en arrière, suivant une demi-spirale qui le porte sur la paroi postérieure. On n'a plus qu'à presser avec l'index sur la courbure supérieure pour qu'il aille se loger dans le cul-de-sac postérieur. Le pessaire se trouve ainsi placé obliquement dans le vagin, de haut en bas et d'arrière en avant. La pression abdominale, agissant sur le plancher pelvien d'une façon constante et avec exagération au moment des efforts, tend à refouler le pessaire sur un plan horizontal. Il oscille alors au niveau d'un axe fictif qui passerait par le milieu de son diamètre transversal, de telle sorte que son extrémité inférieure s'élève, tandis que la supérieure s'abaisse et, par suite, presse sur la paroi postérieure du vagin. Le cul-de-sac postérieur est donc d'autant plus tendu et le col utérin d'autant plus



Fig. 292. — Pessaire de Gaillard-Thomas.

attiré en arrière que la pression intra-abdominale est plus forte. Du même coup, le corps se porte en totalité en avant, si la rétroflexion a été préalablement réduite. Du reste, il n'est pas inutile de remarquer que même quand cette réduction est incomplète, on a pu retirer quelque bien d'un pessaire de Hodge et même d'un simple pessaire annulaire; sans doute, ils n'agissent alors qu'en diminuant la mobilité de l'utérus.

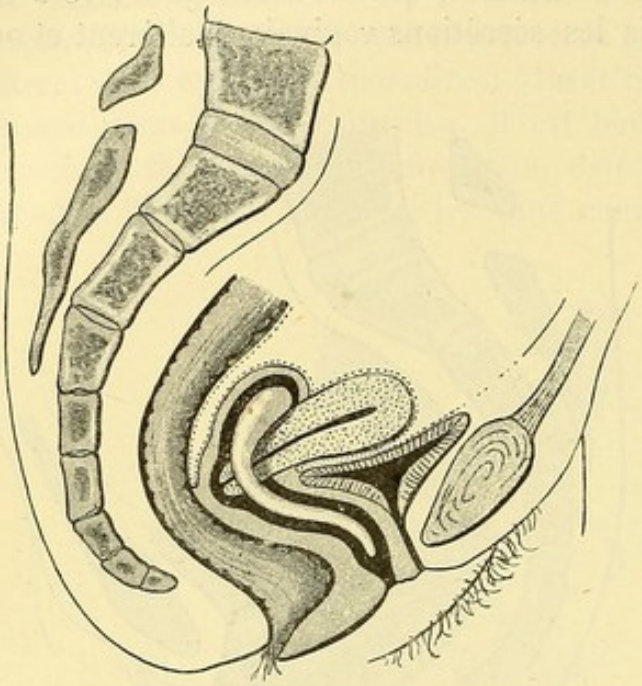


Fig. 293. — Pessaire de G. Thomas en place, après réduction de la rétrodéviation.

Le **pessaire en berceau**, ou à simple courbure (fig. 294), a l'avantage de ne pas descendre aussi bas que celui de Hodge et de soutenir du même coup la paroi antérieure du vagin; il convient donc spécialement aux cas où il existe aussi un peu de relâchement de cette paroi. Mais il a une action moins puissante que le pessaire-levier à double courbure de Hodge[1].

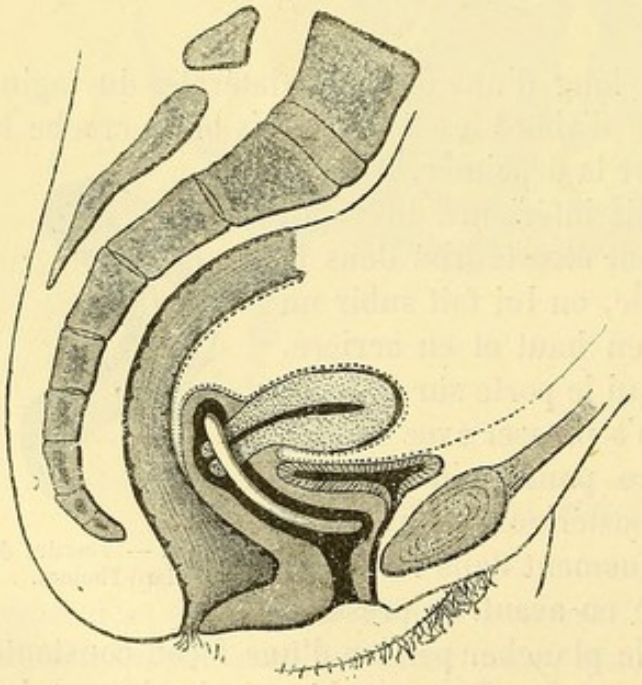


Fig. 294. — Pessaire en berceau en place, après la réduction d'une rétrodéviation.

Pourvu que la malade se fasse des injections vaginales deux fois par jour, elle peut conserver le pessaire deux ou trois mois, au bout desquels on le retire pour se rendre compte de la position de l'utérus. S'il demeure réduit en antéversion, on peut supprimer le pessaire, sinon on le replace. Les accidents

[1] Schröder. *Mal. des organes génitaux de la femme*, trad. franç., p. 178.

qu'on a cités après le long séjour de pessaires sont relatifs à l'oubli complet, durant des années, de ces instruments au fond du vagin, sans aucun soin de propreté.

Les pessaires précédents agissent indirectement sur le col par la tension des parties voisines. Une autre espèce de pessaire est constituée par ceux qui ont une action directe sur l'organe. Schultze applique des **pessaires en huit de chiffre** qui saisissent le col lui-même et le refoulent en arrière; ils sont formés d'un fil de cuivre entouré d'une chemise de caoutchouc (fig. 295). On choisit le pessaire de telle sorte que la boucle supérieure du 8 embrasse le col sans l'étrangler, tandis que la boucle inférieure est proportionnée à la capacité du vagin et à l'ouverture de l'arcade ischio-pubienne. Ces pessaires sont mieux supportés par les nullipares dont le vagin offre une résistance suffisante pour qu'on n'aille pas chercher un point d'appui au delà, sur le squelette; ils peuvent, dans ce dernier cas, devenir intolérables.

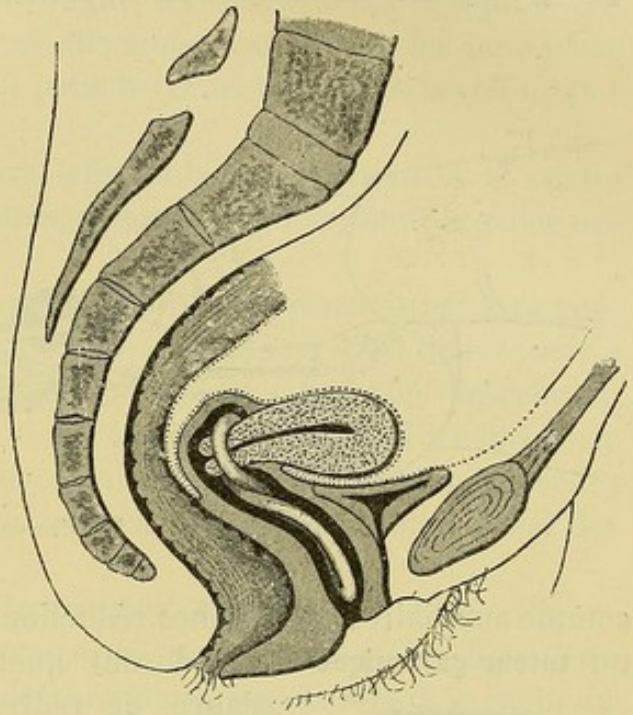


Fig. 295. — Pessaire en huit de chiffre de Schultze en place, après réduction d'une rétrodéviation.

Quand le périnée est très flasque, le vagin vaste et relâché, Schultze emploie un **pessaire en traîneau** (fig. 296), dont se rapproche beaucoup le pessaire plus récemment proposé par Vulliet (fig. 297).

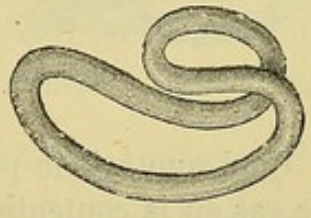


Fig. 296. — Pessaire en traîneau, de Schultze.

Fritsch[1] (fig. 298) a combiné le pessaire de Schultze à celui de Hodge (il se sert d'instruments en caoutchouc durci); c'est spécialement dans les premiers jours qui suivent la réduction qu'il les emploie, après quoi il les remplace par un pessaire de Hodge à forte courbure.

Tous ces pessaires s'appliquent plus commodément dans la position de Sims (semi-pronation latérale).

[1] H. Fritsch. *Die Lageveränderungen*, etc., p. 141. — Le professeur Tarnier, pour remplir la même indication, a fait adapter à la partie moyenne du pessaire de Hodge une barre transversale courbée en croissant, à concavité postérieure.

On a préconisé[1] des pessaires dont le point d'appui est à l'extérieur, comme dans les **hystérophores** employés pour les chutes de l'utérus. Ce sont de mauvais appareils, incommodes et infidèles.

Les **pessaires à tige intra-utérine** ont joui d'une grande vogue, il y a quelques années. Ils peuvent être utiles pour maintenir durant quelques jours une réduction difficilement effectuée, en particulier

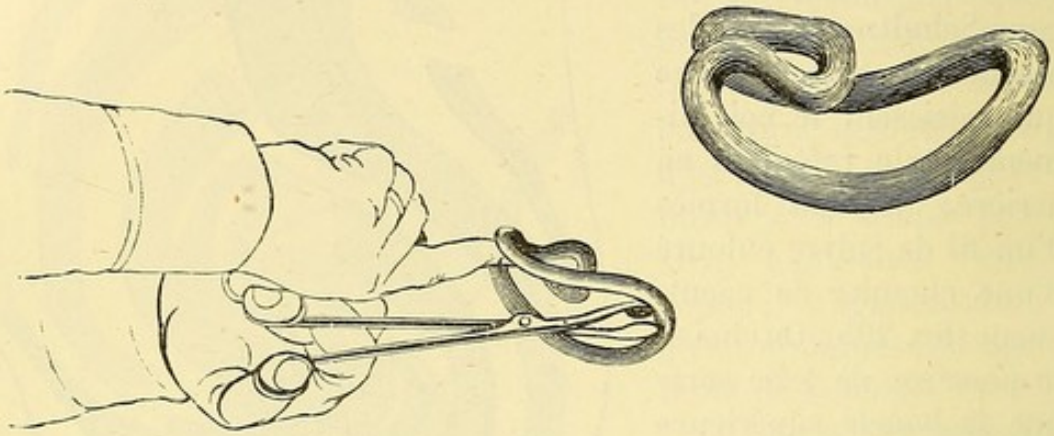


Fig. 297. — Pessaire de Vulliet.

comme auxiliaires de certaines réductions opératoires. Courty[2] plaçait un **tuteur galvanique utérin** durant quelques heures, après chaque séance de redressement à la sonde, une à deux fois par semaine. Alexander maintient aussi l'utérus en antéversion avec le pessaire intra-utérin, après le raccourcissement des ligaments ronds. Ce sont là, je crois, les deux seules bonnes applications des pessaires à tige intra-utérine, dans la rétroflexion.

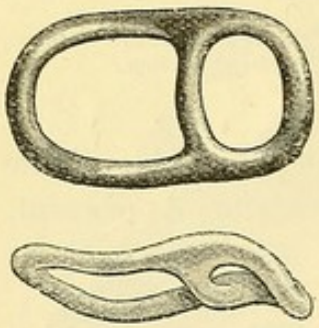


Fig. 298. — Pessaire de Fritsch.

Les nouveaux modèles de Chambers, Meadows, etc., tout ingénieux qu'ils sont, ne valent pas mieux que les anciens.

Quel que soit le pessaire qu'on emploie, il y a un grand nombre de cas où la contention est absolument impossible. Sänger[3], d'après une statistique personnelle très soignée, faite de 57 cas de sa pratique privée, n'a obtenu que 7 guérisons, soit 12,2 pour 100, par les pessaires, et 27 améliorations, soit 47 pour 100; dans 15 cas, soit 26,3 pour 100, aucun résultat local, quoiqu'il y ait eu diminution des symptômes subjectifs[4].

[1] G. Thomas. *Diseases of women*, 3e édit., p. 363 et 379.

[2] Courty. *Traité prat. des maladies de l'utérus*. Paris, 3e édit., 1881, p. 705.

[3] Sänger. *Ueber Behandlung der Retroversio-flexio Uteri* (*Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 666).

[4] Sänger (*loc. cit.*), indique dans son mémoire des chiffres de pourcentage erronés; je les ai modifiés.

Parfois, c'est la mobilité extrême de l'organe, d'autres fois l'amplitude et la laxité du vagin, le relâchement du périnée, qui sont cause de l'insuccès du pessaire. Dans ce dernier cas, on peut essayer d'en combiner l'emploi avec celui d'une **pelote périnéale** qui souvent soulage beaucoup les malades. S'il y a en même temps abaissement de l'utérus ou procidence du vagin, les opérations plastiques, qui seront décrites à propos de ces affections, trouveront ici leur place et donneront un point d'appui pour le traitement de la déviation par le pessaire.

Les malades seront toujours très soulagées, surtout si le ventre est volumineux, par une **ceinture abdominale** qui soutient le poids des viscères.

Quoi qu'il en soit, beaucoup de femmes ne peuvent pas être guéries par les moyens prothétiques. On est alors en droit de recourir à une opération. Il en est deux surtout qui méritent une description détaillée : le raccourcissement des ligaments ronds et l'hystéropexie abdominale; j'indiquerai plus sommairement les divers procédés d'hystéropexie vaginale et de raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins.

Opération d'Alquié-Alexander-Adams.

Opération d'Alquié-Alexander-Adams. — L'idée de redresser ou de soulever la matrice en raccourcissant les ligaments ronds qui sont, sans grands délabrements, accessibles à la main du chirurgien dans leur partie terminale, appartient à Alquié, de Montpellier[1]. Deux chirurgiens anglais, Alexander et Adams, ont eu le mérite d'inventer l'opération de nouveau et de la pratiquer presque simultanément; mais il n'est que juste de joindre à leurs noms celui de notre compatriote.

Le raccourcissement des ligaments ronds a été employé à la fois contre la rétroflexion pour maintenir la réduction, préalablement effectuée, et contre le prolapsus utérin. J'aurai donc à y revenir, à propos de cette dernière affection.

L'opération a d'abord été très froidement accueillie en Angleterre[2],

[1] Alquié présenta à l'Académie de médecine, le 17 nov. 1840, un mémoire *sur une nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice* (*Bull. de l'Acad.*, 1840-1841, t. VI, p. 223), mais aucun rapport ne fut fait à ce sujet. En 1858, Aran (*Maladies de l'utérus*, p. 1039) mentionne le procédé d'Alquié en disant : « Ce sont là des choses sinon impraticables, du moins dont l'exécution présente de sérieuses difficultés et des dangers tels que l'on ne saurait les recommander expressément. » Rien n'était venu relever cette opération du discrédit où elle était tombée, avant même d'avoir été pratiquée, car Dexeffe, qui l'essaya en 1864, à Gand, fit une opération incomplète (*Presse méd. belge*, sept. 1885), et Freund s'était borné, en Allemagne, à des expériences cadavériques (Fritsch, *loc. cit.*, p. 160). — Alexander fit sa première opération le 14 déc. 1881, et la publia dans le *Liverpool med. Journ.*, janv. 1883. — Adams en avait déjà décrit le manuel opératoire dans le *Glasgow med. Journ.*, juin 1882, mais sa première opération ne fut faite que deux mois après celle d'Alexander. (Voir pour l'historique détaillé J. E. Manrique, *Etude sur l'opération d'Alexander*. Thèse de Paris, 1886.)

[2] *Brit. med. Assoc.*, 10 juin 1885. — *Société obstét. d'Edimbourg*. 25 mai 1885.

en Allemagne[1] et en France[2]. On a déclaré, après des recherches insuffisantes ou malheureuses, que les ligaments ronds étaient à peu près introuvables au delà de l'orifice inguinal interne. Une réaction s'est ensuite produite, et l'opération compte aujourd'hui de nombreux partisans, quoique ses indications précises et ses avantages soient loin d'être également appréciés.

Je décrirai la technique opératoire, en me basant à la fois sur le mémoire où Alexander[3] a indiqué sa pratique définitive, et sur ma propre expérience. Cette opération doit toujours être précédée, je crois, comme temps préliminaire, du curettage.

Technique opératoire.

1er et 2e temps. Découverte des ligaments. — Recherche de l'épine du pubis; incision parallèle à l'arcade de Fallope sur une étendue de 5 centimètres, allant jusqu'aux aponévroses; on reconnaît avec l'index le point faible qui correspond à l'anneau inguinal externe, et on dissèque avec précaution pour mettre à nu les piliers, ainsi que les fibres intercolumnaires ou arciformes qui limitent en haut et en dehors l'orifice inguinal. On incise la lamelle celluleuse qui s'étend entre les piliers de l'anneau inguinal; aussitôt on voit saillir hors de l'orifice un peloton de graisse fine et jaune, sur laquelle Imlach[4] a insisté. On écarte une branche nerveuse (rameau génital du nerf génito-crural) et l'on cherche, avec la sonde cannelée, le ligament rond qui se présente

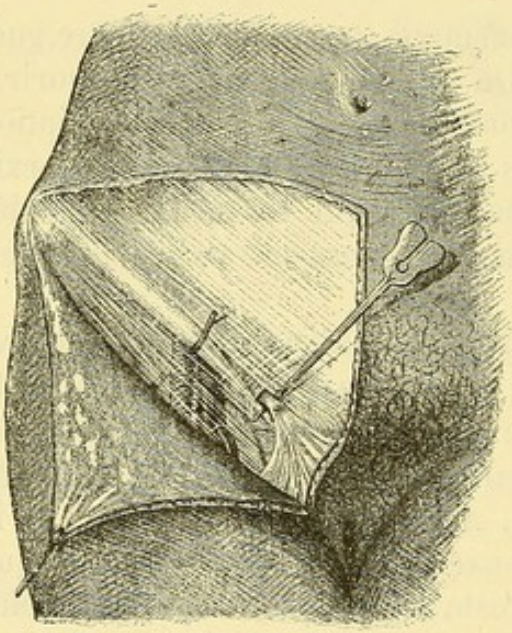


Fig. 299. — Le ligament rond au niveau de l'anneau inguinal externe.

[1] Winckel. *Lehrb. der Frauenkr.*, 1886, p. 563.

[2] Doléris et Ricard (*Union méd.*, 24 nov. 1885), se basant sur des investigations portant sur 28 cadavres, affirmèrent « qu'à partir de l'orifice inguinal interne, il n'existe plus, à proprement parler, que des vestiges insignifiants du ligament rond : nuls chez es jeunes sujets, nuls chez les femmes maigres, introuvables, s'ils existent, chez les sujets très gras, ils sont un peu plus visibles chez quelques vieilles femmes et dans la période post-puerpérale ». — Toutefois, à la suite d'une note contradictoire de Beurnier (*Union méd.*, 6 déc. 1885), ces mêmes auteurs se hâtèrent de revenir (*Union méd.*, 29 déc. 1885) sur les affirmations si catégoriques de leur premier mémoire. Doléris fit dans le même sens rectificatif une communication à la Société obstétricale de Paris (*Nouv. Arch. d'obstét. et de gyn.*, 1886, p. 90), et depuis, il est devenu le plus ardent partisan de l'opération qu'il avait d'abord déclarée presque impraticable. Doléris. *De l'opération du raccourcissement des ligaments ronds* (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1886, p. 10, 68, 158, 229), et *Pathogénie et traitement des déviations utérines* (*Ibid.*, 1890, p. 52).

[3] W. Alexander. *Brit. gyn. Journ.*, nov. 1885, p. 246.

[4] F. Imlach. *Edinb. med. Journ.*, avril 1885, p. 913.

sous l'aspect d'un cordon rosé, parfois pénicillé à son extrémité inférieure (fig. 299); dès qu'il est reconnu, on le saisit avec des pinces, puis on le dénude avec un instrument mousse. Cela fait, on recouvre la plaie d'un tampon antiseptique et on passe à l'autre côté pour répéter la même manœuvre; on recouvre aussi provisoirement la seconde plaie pour s'occuper du troisième temps.

3e temps. Redressement de l'utérus. — Le redressement se fait aisément avec l'aide de la sonde, comme le préfère Alexander; pendant qu'un aide opère ce redressement en s'aidant de la réduction bi-manuelle, le chirurgien découvre les plaies, saisit les ligaments ronds incomplètement dénudés, et achève leur isolement soit avec une spatule, soit en coupant avec des ciseaux les tractus fibreux qui les relient aux parties voisines : on tâche de poursuivre cette libération jusqu'au voisinage de l'orifice inguinal interne, c'est-à-dire dans une étendue d'environ 10 centimètres. La longueur de 4 à 5 centimètres, qui a paru suffisante à quelques chirurgiens, ne donne qu'un redressement illusoire. Pour éviter de blesser la séreuse, le professeur Duplay a proposé[1] de jeter, sur la partie la plus reculée de la portion intra-inguinale du ligament rond mis à nu, une ligature au catgut; si la séreuse a été attirée en doigt de gant, la ligature ferme ce cul-de-sac. Je m'abstiens, pour ma part, de cette manœuvre.

Il faut tirer à la fois et également des deux côtés; on doit être prévenu que les ligaments viennent très facilement avec un léger effort, surtout lorsqu'on aide la réduction de l'utérus avec la sonde; cette facilité ne devrait pas faire croire à l'opérateur novice qu'il les a rompus profondément. On sent une résistance, dès que la traction maintient l'utérus; on s'assure, du reste, que cette traction transmet alors des oscillations à la sonde placée dans l'organe réduit.

4e temps. Suture des ligaments ronds raccourcis; occlusion de la plaie. — Le chirurgien confie alors à un aide le soin de maintenir les ligaments modérément attirés, tandis qu'il se met en devoir de les fixer. Une aiguille courbe armée de soie traverse le pilier externe et le ligament vers son bord supérieur, puis celui-ci et le pilier interne, de façon à unir solidement à l'orifice inguinal externe ce qui va devenir l'extrémité du ligament rond; une seconde suture perdue semblable est faite sur le bord inférieur du ligament. On coupe alors toute la partie du ligament rond qui dépasse ces sutures. Si l'on a dû débrider supérieurement les fibres arciformes et ouvrir un peu le trajet inguinal, on le ferme par un surjet au catgut; alors même que ce débridement n'existe pas, je ferme toujours l'anneau inguinal par un surjet de catgut qui constitue le plan le plus profond de la

[1] Voir C.-L.-E. Beurnier. *Ligaments ronds de l'utérus.* Thèse de Paris, 1886, p. 95.

suture perdue à étages superposés qui me sert pour l'occlusion de la plaie. Il est tout à fait inutile de placer un tube à drainage, si la recherche n'a pas été pénible et si la plaie est bien nette. Pansement antiseptique, légèrement compressif[1].

5e temps. — Alexander considère comme essentiel de maintenir l'utérus en bonne place, durant la convalescence, avec un pessaire de Hodge et un pessaire à tige intra-utérine : le premier assure l'antéversion, le second la rectitude. Les ligaments sont ainsi soustraits à la traction que l'utérus ne manquerait pas d'exercer sur eux, par suite du *faux pli* qui a une tendance à se reproduire. Le pessaire doit être gardé durant un mois pendant lequel la malade restera au lit. J'ai renoncé au pessaire intra-utérin, mais je crois utile de maintenir l'utérus et de soulager ainsi les ligaments, soit avec un pessaire de Hodge, soit avec des tampons antiseptiques fréquemment renouvelés.

[1] E. Casati, de Rome (*Raccogl. med.* 1887, n° 5-8), a proposé une modification du manuel opératoire. Il fait une incision curviligne réunissant les deux anneaux : il croise les extrémités des ligaments excisés, et les fixe profondément par une suture continue au catgut. — Duret (*Congrès de Gyn. et d'Obst.*, Bordeaux, 1895, in *France médicale*, 1895, p. 604) incise les téguments comme Casati, puis il fend le canal inguinal dans toute sa longueur, libère les deux ligaments ronds et les noue l'un à l'autre par un triple nœud dont la masse est fixée dans le trousseau fibreux pré-symphysien. Le reste du ligament est ensuite suturé au trajet inguinal.

Doléris (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 25 févr., 1889, p. 49), dans les cas où les ligaments sont faibles et grêles, met en usage un procédé qui est analogue au précédent, avec cette différence que le croisement et la suture sont faits sous la peau et non à ciel ouvert. Le tronçon libre d'un des ligaments (droit), coupé à son insertion pubienne, est saisi dans les mors d'une pince introduite dans l'orifice du côté opposé (gauche), et porté sous la peau au-devant du pubis, à la rencontre du bout du ligament gauche qui est ramené dans l'incision droite. Le ligament gauche est suturé aux piliers correspondants, et le tronçon qui reste libre est réséqué de son extrémité mise en contact avec l'extrémité du ligament opposé. L'accolement et la suture de ces deux tronçons sont pratiqués, après avivement préalable des surfaces. Sutures au catgut; drainage.

P. Segond (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1889, p. 268), par une première suture à la soie, fixe le ligament rond dans l'angle supérieur de l'orifice inguinal. Cela fait, il pratique à la partie moyenne des deux piliers, près de leur bord libre et parallèlement à ce bord, une courte incision pareille à celle que Reverdin a conseillée pour faciliter la suture des piliers, dans la cure radicale de la hernie inguinale. Il obtient ainsi deux petites boutonnières dont il se sert pour nouer le ligament rond autour des piliers. Saisissant l'extrémité du ligament qui flotte au-dessous du point de suture, il la fait successivement passer d'arrière en avant dans la boutonnière de l'un des piliers, puis d'avant en arrière dans la boutonnière de l'autre pilier, et finalement il la fait ressortir dans l'angle supérieur de l'orifice inguinal. Il forme ainsi un véritable nœud qu'il fixe avec une ou deux sutures qui rapprochent les piliers et donnent plus de solidité à la fixation du ligament. — G. M. Edebohls (*A modified Alexander-Adam's operation*, in *New-York med. Journ.*, 11 oct. 1890, p. 400) incise tout le canal inguinal pour découvrir plus facilement le ligament rond. — H. P. Newmann (*Amer. journ. of Obstet.*, 1891, t. XXIV, p. 257) réclame la priorité de cette modification. — Chalot (*Assoc. franç. pour l'avancement des sciences*, 1892, Pau, p. 282), incise tout le canal comme Edebohls et suture le ligament rond à toute l'étendue du canal inguinal. — Kocher in Hanz (*Arch. f. Gyn.*, 1895, Bd. XLIV, p. 548) recommande un procédé analogue avec cette particularité qu'il soulève et suture un pli du péritoine au fond du canal inguinal largement ouvert.

Je crois que le procédé, plus simple, que j'ai décrit, est tout aussi efficace que les précédents.

Gravité de l'opération. Indications. Résultats. — A la fin du travail que j'ai cité, Alexander mentionne 26 cas de rétroversion ou de rétroflexion opérés (jusqu'en juin 1885) avec un succès constant. Il s'agit là évidemment d'une opération **bénigne**. Toutefois, Alexander avoue que la mort a pu survenir dans quelques circonstances exceptionnelles, comme après toute intervention chirurgicale, si petite qu'elle soit. Il en connaît trois cas, dont un seul personnel; il s'agissait dans le sien d'une pyohémie par contagion avérée. Gravité. Indications. Résultats.

De nombreuses observations ont été publiées en France[1] et à l'étranger. Trélat, Doléris, Schwartz et Terrillon en ont surtout retiré des avantages réels dans les rétroflexions facilement réductibles : ils n'ont pas observé d'accidents. Ceux-ci ont été surtout signalés à l'étranger. Harrington[2] a réuni une statistique de 140 cas provenant de 21 opérateurs avec 1 mort.

L'opération s'est maintenant vulgarisée, et elle est pratiquée partout[3], avec des succès variables, qui paraissent résulter surtout de l'appréciation plus ou moins exacte des indications. Outre les importantes discussions à la Société de chirurgie de Paris, on doit signaler celles du Congrès de Gynécologie de Munich[4] et celles du Congrès de Halle[5].

Trélat[6], qui a fait quatorze fois l'opération d'Alexander dont 5 fois pour des rétroversions mobiles ou adhérentes et préalablement réduites par des séances successives, a obtenu d'excellents résultats. Il formule nettement cette règle que le raccourcissement des ligaments ronds est l'opération directement **indiquée** pour maintenir en antéversion l'utérus précédemment fixé en rétroflexion adhérente, mobilisé par le traitement, mais impossible à contenir par la position seule ou par les pessaires. Bien plus, comme les rétrodéviations lui paraissent constituer une menace certaine pour l'avenir, vu la complication presque fatale de métrite et de salpingite qui provoque des adhérences, il croit d'une bonne pratique d'intervenir préventivement même contre les rétroversions absolument indolentes, puis- Indications.

[1] S. Pozzi. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1887, p. 93. — Bouilly. *Ibid.*, 1887, p. 134. — Trélat. *Semaine méd.*, 4 juill. 1888, p. 261 et *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, p. 256. — Doléris, *loc. cit.* — Schwartz. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, p. 241. — Terrillon. *Ibid.*, 1889, p. 278. — Roux (de Lausanne). *Revue méd. de la Suisse romande*, 20 nov. 1888, p. 645.

[2] F. B. Harrington. *Boston med. and surg. Journ.*, 29 avril 1886, p. 390.

[3] W. Gardner (*Austral. med. Journ.*, 15 oct. 1886, anal. dans *Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 227), rapporte 20 observations personnelles, avec résultats presque toujours satisfaisants.

[4] *Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Gyn.* (*Erster Kongress*), 1886, p. 252 et suiv. (Zeiss, Slavjansky, Küstner, Munoé, Winckel).

[5] Werth. (*Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 391) a mentionné 9 cas heureux de sa pratique, dont l'un datait de 1 an et demi et un autre de 1 an.

[6] U. Trélat, *loc. cit.*

qu'on peut seulement ainsi se mettre à l'abri des accidents ultérieurs.

Ce précepte me paraît étendre d'une manière exagérée le champ de l'opération. J'inclinerais plutôt à admettre l'avis de Mundé[1] qui, grand partisan du raccourcissement des ligaments ronds, le réserve cependant pour les déviations douloureuses et facilement réductibles.

Polk n'a pas combiné l'opération d'Alexander avec l'hystéropexie, comme cela a été dit par erreur[2]. Il a simplement, dans un cas[3] où il venait de redresser l'utérus par la laparotomie, refermé le ventre et pratiqué l'opération d'Alexander.

Résultats. En résumé, l'opération d'Alquié-Alexander, quoique souvent infidèle, peut donner des **résultats** excellents dans la rétroflexion de l'utérus. Dans les cas simples, on pourra lui préférer le pessaire, mais dans les cas où le pessaire s'applique mal, où il est difficilement supporté et maintient incomplètement la réduction de l'utérus, le raccourcissement des ligaments ronds est une précieuse ressource; on a pu guérir ainsi des malades jusqu'alors impotentes. Pourtant il faut savoir que les cas rebelles à l'emploi du pessaire donnent souvent des mécomptes à l'opérateur. Küstner[4] et Keith[5] ont publié à ce sujet des observations instructives.

Il est aujourd'hui parfaitement démontré que le raccourcissement des ligaments ronds n'entrave nullement le développement normal de la **grossesse** et ne complique pas l'accouchement; il semble même que la déviation n'ait plus tendance à se reproduire après l'accouchement. Plusieurs cas de grossesse et d'accouchement à terme ont

Grossesse. été publiés. Alexander[6], sur 8 cas de grossesse, a vu heureusement accoucher 7 de ses opérées; Polk a constaté la grossesse chez une femme, opérée pour une rétroversion adhérente; elle avorta au quatrième mois. Doléris a observé la grossesse, 7 fois, et Imlach, 4 fois.

[1] Mundé. *Amer. Journ. of Obst.*, nov. 1888, t. XXI, p. 1131.

[2] Mundé. *Ibid.*, p. 1137.

[3] W. M. Polk. *Hysterorrhaphy and Alexander's operation* (*Amer. Journ. of Obstetr.*, juin 1887, t. XX, p. 630), et *Amer. Journ. of Obstetr.*, déc. 1888, p. 1271. — Voir, sur ce point, M. Baudouin. Th. de Paris, 1890, p. 167.

[4] Küstner. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 259.

[5] S. Keith. *An unsuccessfull case of Alexander's operation.* (*Obst. Soc. of Edinburgh*, 12 mai 1886, *The Brit. gyn. Journ.*, 1886, t. II, p. 408).

[6] W. Alexander. *Reciprocal effects of pregnancy and parturicion upon the operation of shortening the round ligaments of uterus* (*Brit. med. Journ.*, 14 févr. 1891, p. 348). — Polk. *Removal of one tube and ovary; the other allowed to remain although diseased; Alexander's operation, marriage and pregnancy* (*Amer. journ. of Obstet.*, juin 1890, p. 627). — Doléris. *L'objectif physiologique en gynécologie. Nécessité d'une chirurgie conservatrice*, lu au congrès de Berlin, 1890. (*Nouv. Arch. d'obstét. et de gyn.*, 1890, t. V, p. 498). — Imlach cité par R. Lamort. *De l'influence comparée du raccourcissement des ligaments ronds et de l'hystéropexie abdominale au point de vue obstétrical.* Th. de Bordeaux, 1895. Cet auteur a réuni 17 cas de grossesse dont 15 furent menées à terme chez des femmes ayant subi l'opération d'Alexander.

Colpo-hystéropexie ou **hystéropexie vaginale.** — Les premières tentatives pour fixer, par le vagin, l'utérus réduit et ramené à une bonne position, sont de date assez ancienne. Amussat[1], dans les cas de version, en avant ou en arrière, pratiquait la **cautérisation au fer rouge du côté opposé** à la déviation, de manière à produire une bride cicatricielle qui fît basculer l'organe. Courty[2] prétend avoir retiré de très bons effets de la cautérisation faite dans le sens de l'inclinaison, « afin que la bride cicatricielle en se rétractant rapproche le col de la paroi du vagin en faisant basculer tout l'organe ». Colpo-hystéropexie. Procédé d'Amussat.

Richelot père[3] a proposé de souder le col à la paroi postérieure du vagin. Bossi[4] a récemment décrit un procédé analogue, sous le nom de **vagino-fixation du col.** Procédés de Richelot père et de Bossi.

On a employé dans le même but la **suture d'un pli transversal du vagin,** de manière à raccourcir l'une ou l'autre des parois de ce canal. Sims l'a faite trois fois pour l'antéversion. Procédés de Sims, de Byford, de Doléris.

Byford[5] a pratiqué, chez des femmes ayant dépassé la ménopause, une **métro-élytrorrhaphie** analogue à l'opération de Richelot père : l'union de la paroi vaginale antérieure ou de la face antérieure du col avec la paroi postérieure du vagin.

Doléris[6], suivant le cas, fait une **colporrhaphie pré-cervicale** ou **rétro-cervicale,** après avoir réduit la déviation. Quand la paroi vaginale antérieure paraît trop courte, Skutsch a conseillé de l'allonger par une **incision transversale** qu'on réunit en long[7]. Procédé de Skutsch.

Schücking (de Pyrmont[8]) a pratiqué la **fixation du fond de l'utérus** Procédé de Schücking.

[1] Amussat. *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, févr. 1850. — Philippeaux. *De la cautérisation*, Paris, 1856, p. 557.

[2] Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 2e édition, Paris 1872, p. 876.

[3] Richelot, père. *Union méd.*, 1868, nos 58 et 59.

[4] S. M. Bossi (de Gênes). *Riv. di ost. e gyn.*, oct. et nov. 1890.

[5] Byford. *Diseases of women*. Philadelphie, 1888, p. 526.

[6] Doléris. *Traitement des flexions utérines* (*Gaz. des Hôp.*, 1888, n° 3, p. 23).

[7] Skutsch. Discussion au Congrès de Halle (*Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 392).

[8] A. Schücking. *Eine neue Methode der Radicalheilung der Retroflexion Uteri* (*Centr. f. Gyn.*, 24 mars, 1888, n° 12, p. 181, et n° 42, p. 682) ; *Bemerkungen über die Methode der vaginalen Fixation bei Retroflexio und Prolapsus Uteri* (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 8, p. 123) et *Bemerkungen zur vaginalen Ligatur des Uterus*, etc. (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 13, p. 249). — *Weitere Erfahrungen über die vaginale Ligatur bei Retroflexio und Prolapsus uteri* (*Deutsche med. Woch.*, 1891, n° 10). Il déclare que son procédé a été employé dans 217 cas ; 88 malades ont été suivies pendant un laps de temps suffisant, au point de vue des résultats ultérieurs : il n'y a eu, parmi elles, que 4 insuccès. L'auteur obtint aussi 30 guérisons de rétroflexions adhérentes, par son procédé : les fils ne sont enlevés qu'au bout de 6 semaines et, immédiatement après l'opération, un pessaire est placé dans le vagin et gardé pendant 12 semaines environ. — Sur ces 217 cas de ligature vaginale, on compte 25 accouchements à terme, à la suite de l'opération (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 29, p. 394). — Klotz (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 4, p. 98 et *Communic. écrite*) à lui seul a vu normalement accoucher 11 opérées sur 81 malades ; chez une seule on dut faire la version, et la rétroflexion s'est reproduite. — C. Theim (de Kottbus), *Congrès des natur. all. à Heidelberg*, sept. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 735), a un peu modifié l'opération de Schücking et lui a dû 36 succès immédiats. — W. Rühl (*Bemerkungen*

au cul-de-sac vésico-utérin (fig. 300); il se sert d'une aiguille montée armée d'un fil double, qu'il introduit dans l'utérus réduit et dilaté, et pique dans le cul-de-sac vaginal fortement déprimé jusqu'à toucher l'organe : Zweifel[1], pour éviter sûrement de blesser la vessie, l'intestin ou l'uretère comme cela est à redouter[2], ouvre au préalable le cul-de-sac antérieur. Malgré cette modification que Schücking regarde comme excellente et malgré les succès enregistrés, ce procédé dont je n'ai pas l'expérience me paraît *a priori* peu recommandable.

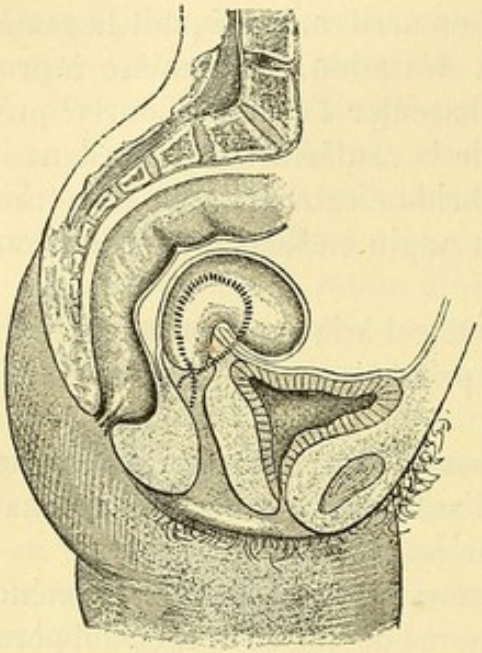


Fig. 300. — Hystéropexie vaginale. Opération de Schücking (de Pyrmont).

Procédé de v. Rabenau.

Von Rabenau[3] a proposé d'inciser le col, puis d'ouvrir le cul-de-sac antérieur et de séparer l'utérus de la vessie par un instrument mousse; on excise ensuite la paroi antérieure de l'utérus sur une longueur de 4 centimètres et on suture la plaie. Cette conduite a été imitée par Schmidt (de Cologne)[4]. Fraenkel[5] lui a adressé la juste critique d'attirer si fortement le col en avant, par l'effet de la cicatrice, que le corps de l'utérus a une tendance à retomber en arrière.

Procédé de Sänger.

Sänger[6] a repris théoriquement l'idée de Schücking; mais son procédé opératoire de **suture du fond de l'utérus au cul-de-sac vaginal antérieur** qu'il propose, serait différent : ouverture transversale du cul-de-sac antérieur du vagin et du cul-de-sac du péritoine en arrière de la vessie, suture du corps de l'utérus au vagin avec des fils d'argent; puis, réunion de la plaie vaginale suivant une ligne verticale, de façon à allonger la paroi antérieure de ce canal et à permettre au col de se porter en arrière.

über die Schücking'sche Methode, etc., in *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 51, p. 916) cite 14 nouveaux cas de Theim, suivis de succès, et 4 cas personnels. — Voir encore Debrunner. *Zur vaginalen und ventralen Fixation der rückwärtsgebeugten Gebärmutter* (*Corr. Bl. f. Schweitz. Aertze*, 1890, n° 11, p. 337). — H. Hartmann. *De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des rétrodéviations utérines* (*Ann. de Gyn.*, 7 juin 1890, p. 455).

[1] P. Zweifel. *Ueber die Vaginalfixatio Uteri*, etc. (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 39, p. 689).

[2] Gläser. *Leichen Versuche über das Schücking'sche Verfahren der vaginalen Fixation* (*Centr. f. Gyn.*, 1892, n° 21, p. 393).

[3] Von Rabenau. *Ueber neue operative Behandlung der Retroflexio Uteri* (*Berl. klin. Woch.*, 3 mai 1886, n° 18, p. 284).

[4] Schmidt. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 685.

[5] Fraenkel. *Deutsche med. Woch.*, 1888, n°s 45 et 46.

[6] Sänger. *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 2, p. 17, et n° 3, p. 34.

Un autre procédé pourrait, suivant le même auteur, être employé : dilatation de l'utérus, introduction du doigt dans sa cavité, et, grâce

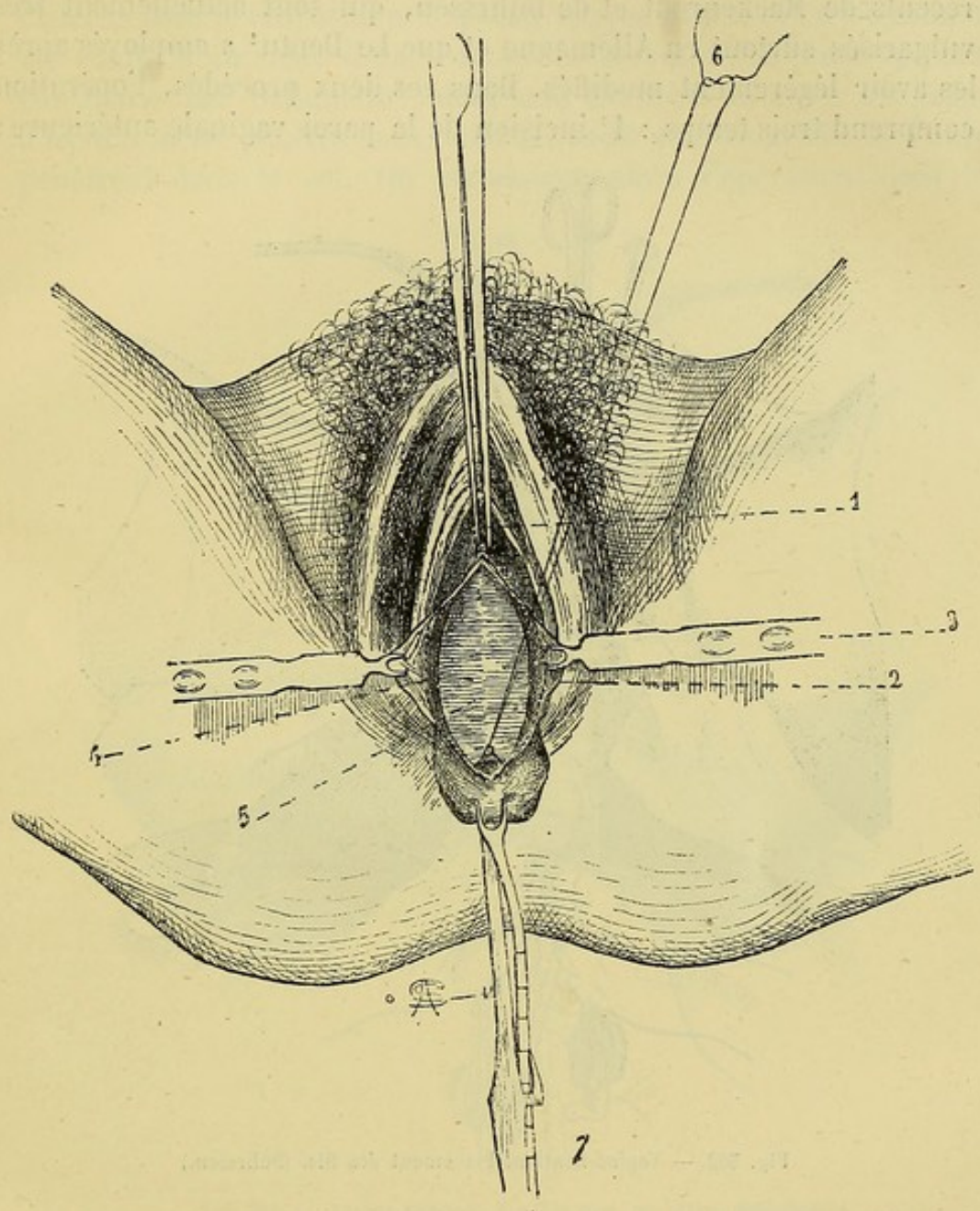


Fig. 301. — Vagino-fixation (Mackenrodt) d'après Arrizabalaga[1].

Incision médiane antérieure et décollement des lambeaux vaginaux.

1. Pince placée au-dessous du tubercule de la colonne antérieure du vagin. — 2. Face profonde du lambeau vaginal décollé. — 3. Écarteur-érigne montrant la face interne du lambeau. — 4. Pointillé indiquant le tracé de la future colporrhaphie. — 5. Paroi vésicale. — 6. Fil placé dans le tissu cellulaire situé entre la vessie, le vagin et le col et soulevant la partie inférieure de la vessie. Au-dessous de ce lambeau soulevé par le fil on commence à apercevoir la face antérieure du col. — 7. Pince-hystéromètre tirant le col hors de la vulve.

à ce guide, placement direct d'un fil métallique dans l'organe, à travers le cul-de-sac antérieur du vagin laissé intact.

[1] G. Arrizabalaga. *Colpohystéropexie antérieure*. Thèse de Paris, 1894. — G. Arrizabalaga et R. Pichevin. *Gaz. méd. de Paris*, 1895, p. 207.

Mais ces divers procédés de **vagino-fixation** ne satisfont pas l'esprit et n'ont été que peu employés. Il n'en est pas de même des procédés récents de Mackenrodt et de Dührssen, qui sont actuellement très vulgarisés surtout en Allemagne et que Le Dentu[1] a employés après les avoir légèrement modifiés. Dans ces deux procédés, l'opération comprend trois temps : 1° incision de la paroi vaginale antérieure;

Procédés de Mackenrodt.

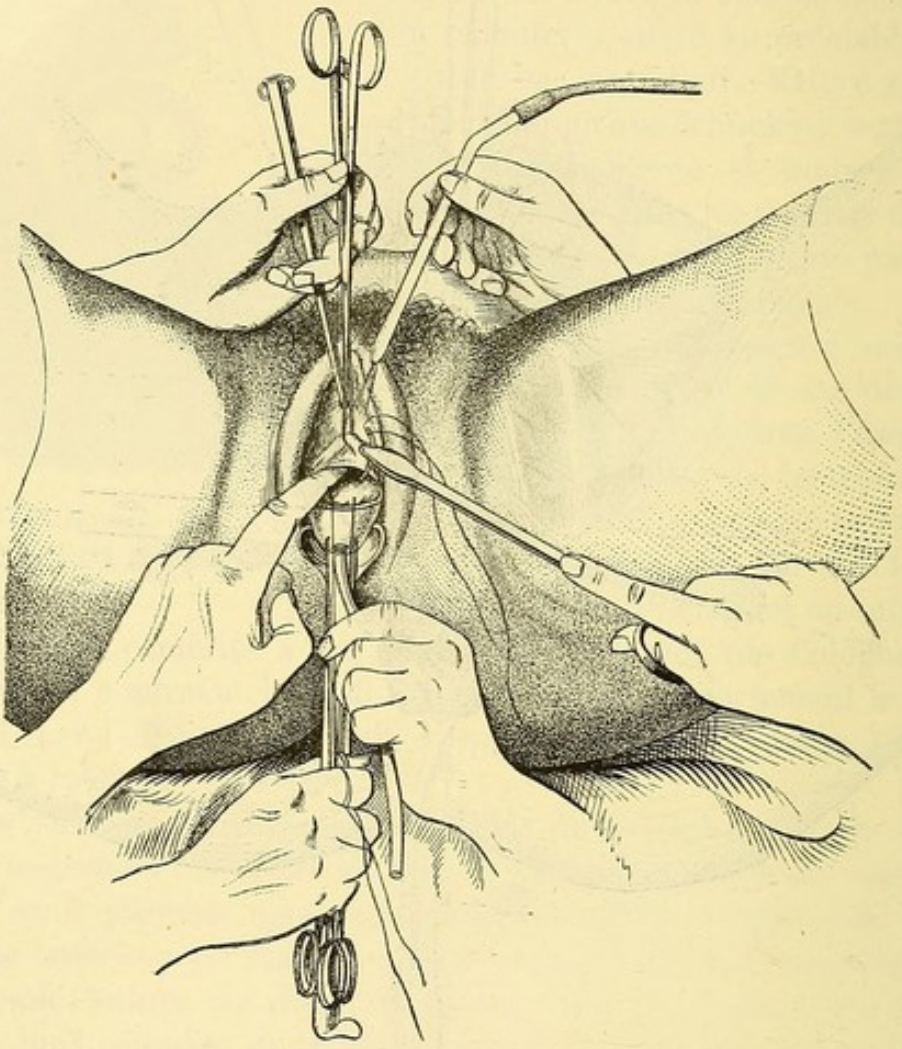


Fig. 302. — Vagino-fixation. Placement des fils. (Dührssen.)

2° dissection et refoulement en avant et en haut de la vessie; 3° suture du corps de l'utérus aux bords avivés de l'incision vaginale, avec ou sans ouverture du cul-de-sac péritonéal. Le corps utérin se trouve de la sorte soudé à la paroi vaginale antérieure sur une étendue assez grande, et, si la paroi ne se relâche pas, on comprend que l'utérus se trouvera placé et maintenu en antéversion.

Mackenrodt et Dührssen commencent tous deux par abaisser énergiquement le col utérin, en bas et en arrière, de façon à bien étaler

[1] Le Dentu. *De la colpo-hystéropexie antérieure pour le traitement des rétrodéviations de l'utérus* (*La Semaine gynécologique*, 1896, n° 3).

la paroi vaginale antérieure. La vessie est vidée et sa limite inférieure reconnue avec soin. On introduit alors un hystéromètre dans l'utérus pour le redresser et le porter très en avant, et l'hystéromètre est confié à un aide; il vaut mieux se servir d'une pince spéciale, construite par Orthmann[1], dont une branche allongée en forme d'hystéromètre pénètre dans l'utérus tandis que les griffes de l'autre pénètrent dans le col. On commence alors l'opération dont les

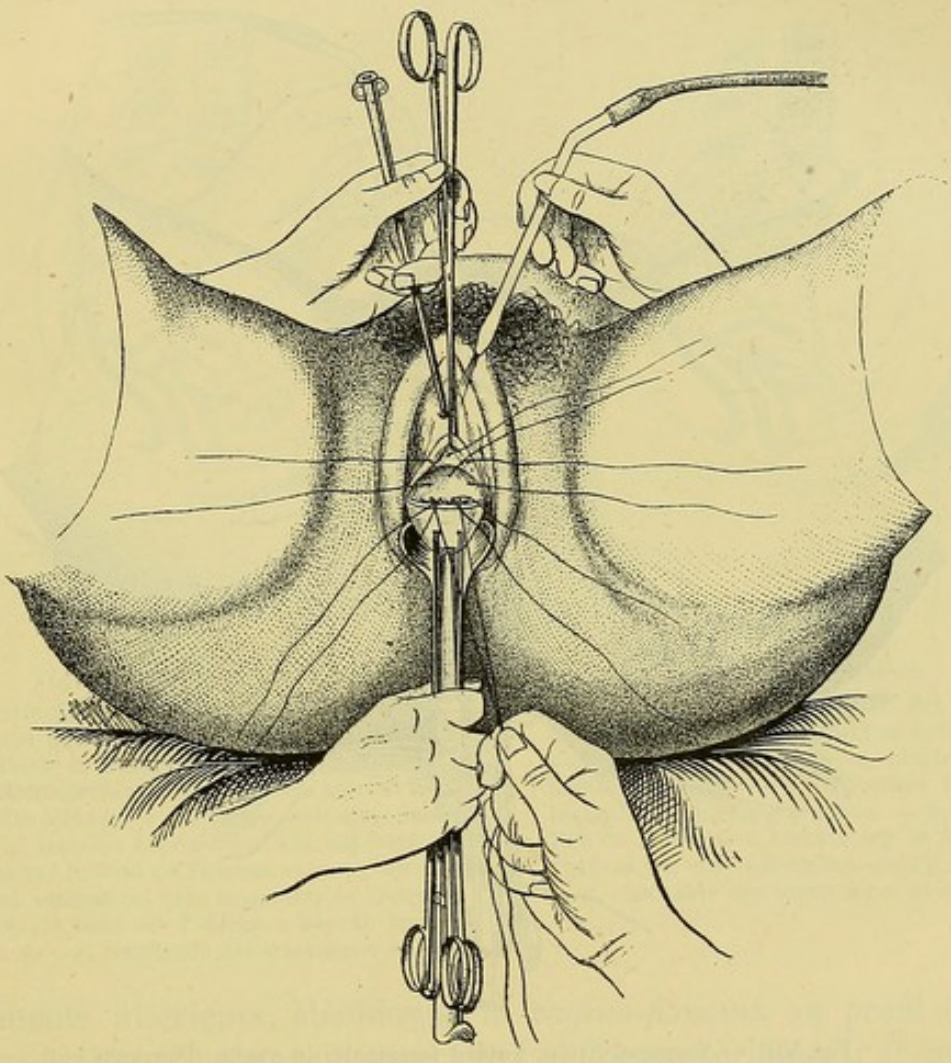


Fig. 303. — Vagino-fixation. Les fils sont en place. (Dührssen.)

détails varient, suivant qu'on suit le procédé de Mackenrodt ou celui de Dührssen.

Mackenrodt[2], dans son premier procédé, traçait un peu au-dessous de la limite inférieure de la vessie, une incision transversale courbe à convexité antérieure, allant jusqu'au tissu du col utérin. Puis il incisait la paroi vaginale antérieure sur la ligne médiane depuis 1 centimètre en arrière du tubercule sous-uréthral jusqu'à l'incision transversale précédente, et disséquait les deux lambeaux triangulaires

[1] Orthmann. *Centr. f. Gyn.*, 1893, n° 45, p. 1038.
[2] Mackenrodt. *Die Therapie der Retroflexio Uteri* (*Centr. f. Gyn.*, 1892, p. 479).

ainsi formés. Après avoir décollé complètement la vessie de l'utérus jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin, il attirait l'utérus en avant (fig. 301) et le fixait aux deux lambeaux vaginaux par des crins de Florence qui passaient un peu au-dessus de la partie supérieure du col; il réappliquait ensuite les deux lambeaux triangulaires dans leur situation primitive.

Ce procédé primitif a donné plusieurs revers entre les mains de

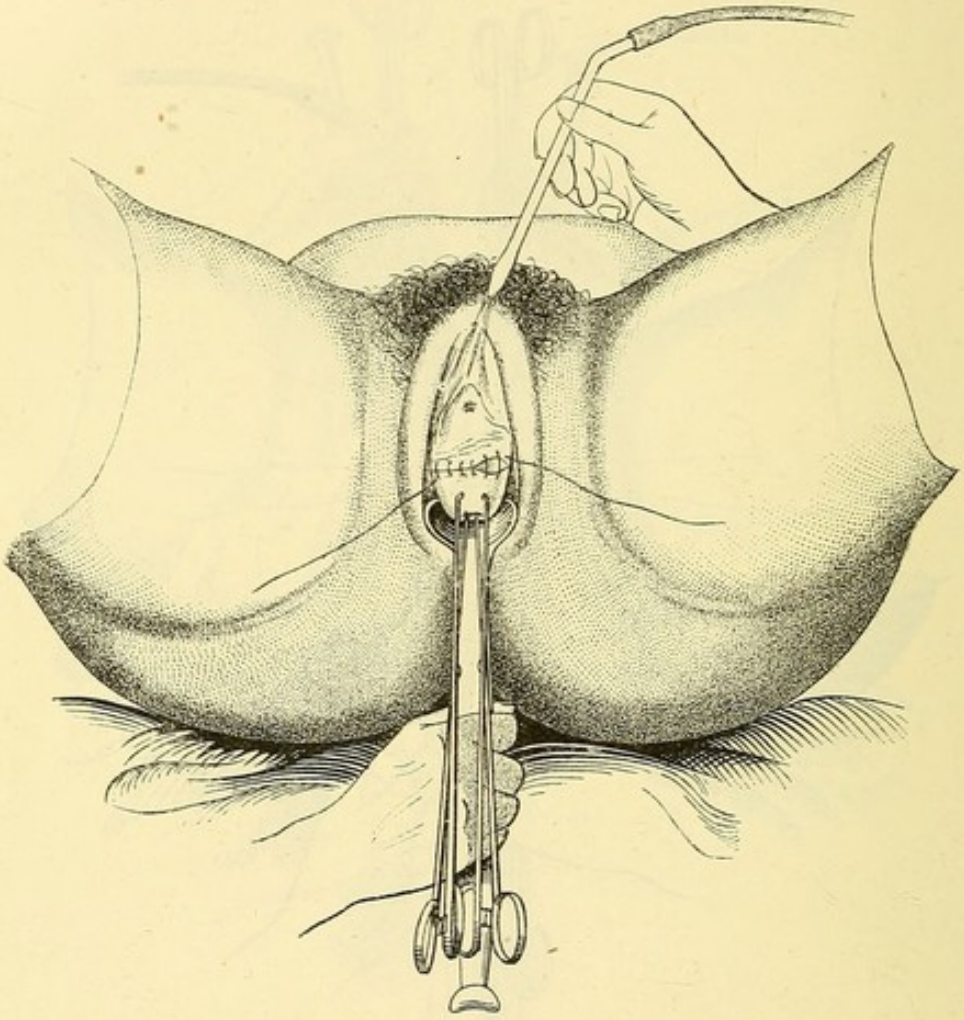


Fig. 304. — Vagino-fixation. Suture terminale du vagin. (Dührssen.)

son auteur et de ceux qui l'ont suivi. Aussi Mackenrodt[1] lui a-t-il fait subir successivement plusieurs modifications. Convaincu que les récidives étaient dues à la persistance du cul-de-sac vésico-utérin, il fit de l'oblitération de ce cul-de-sac un temps spécial et important de l'opération; à cet effet il passait transversalement, à travers le cul-de-sac, plusieurs fils de catgut, destinés à accoler l'un à l'autre les feuillets antérieur et postérieur. La fixation utérine était ensuite pratiquée, à travers ce cul-de-sac oblitéré, dans toute l'étendue

[1] Mackenrodt. *Congrès des naturalistes allemands à Vienne.* (*Centr. f. Gyn.*, 1894, n° 41, p. 1025) et *Die Technik der Vagino-fixation in Beziehung zu den Resultaten derselben.* (*Berl. klin. Woch.*, 1894, p. 715.)

de la face antérieure de l'utérus, depuis le col jusqu'au fond.

Plus tard Mackenrodt[1], acceptant la modification proposée, au Congrès des naturalistes allemands à Vienne, par Schauta, ouvrit délibérément le cul-de-sac péritonéal, attira l'utérus en dehors du péritoine et le fixa ainsi dans toute sa hauteur.

Enfin, tout récemment, ce même auteur[2], frappé par les inconvénients de la fixation de l'utérus au vagin au point de vue des accou- Vésico-fixation.

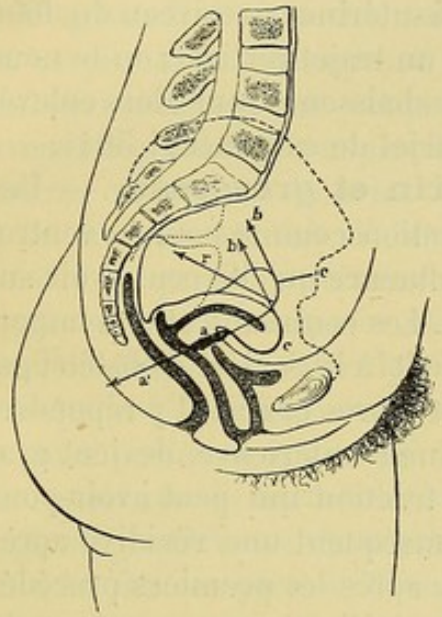


Fig. 305. — Vagino-fixation.
Correction théorique de l'action des adhérences postérieures d'un utérus fixé par la méthode de Mackenrodt. — *a*, cicatrice de fixation utérine. — *a'*, direction suivant laquelle elle exerce son action. — *b*, direction de la traction exercée par une adhérence fixée sur le fond de l'utérus. — *c*, *c'*, situations successives dans lesquelles se trouve attiré le fond de l'utérus *c* par la traction *b*. — *r*, résultante des tractions *a'* et *b*.

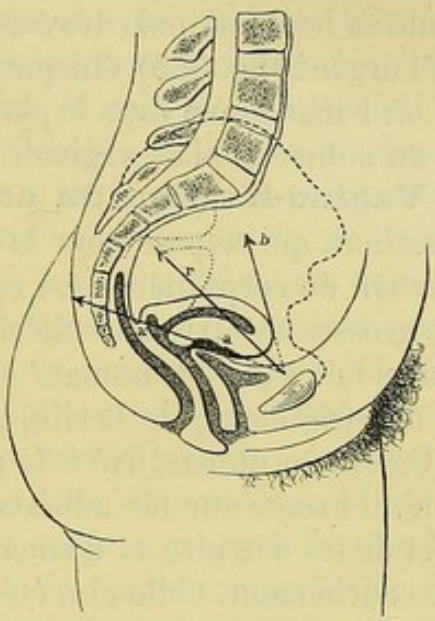


Fig. 306. — Vagino-fixation.
Correction théorique de l'action des adhérences postérieures d'un utérus fixé par la méthode de Dührssen. — *a*, cicatrice de fixation utérine. — *a'*, direction suivant laquelle elle exerce son action. — *b*, direction de la traction exercée sur le fond de l'utérus par une adhérence qui s'y insère. — *r*, résultante des tractions *a'* et *b*.

chements ultérieurs, abandonne la *vagino-fixation* au profit de la **vésico-fixation**. Après avoir ouvert le cul-de-sac péritonéal, il suture au fond de l'utérus le lambeau péritonéal adhérent à la vessie, puis fixe la vessie à la paroi antérieure de l'utérus jusqu'à l'orifice interne du col. Les fils fixateurs sont enlevés au bout de trois à quatre semaines.

Dührssen[3] incise transversalement la paroi vaginale antérieure près de son insertion sur le col, décolle complètement la vessie de façon à mettre à nu la plus grande partie possible de la face anté- Procédé de Dührssen.

[1] Mackenrodt. *Ueber einige neuere Operations-Methoden* (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1895. *Supplément*, p. 96).

[2] Mackenrodt. *Ueber die Unzulässigkeit der Vaginofixation und ihren nothwendigen Ersatz durch die Vesicofixation* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1895. Bd. XXXIII, p. 514).

[3] Dührssen. *Ueber Vaginofixatio Uteri* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd. XXIV, p. 368 et *Centr. f. Gyn.*, 1893, n° 30, p. 681).

rieure de l'utérus. L'utérus étant alors redressé par un aide au moyen d'un hystéromètre, on passe transversalement, à travers la paroi antérieure de l'utérus, un fil de soie destiné à abaisser le corps utérin (fig. 302). Si la chose est nécessaire, on peut placer successivement au-dessus de ce premier fil un deuxième et un troisième fil abaisseur. Il reste alors à placer les trois fils fixateurs de la façon suivante : Le fil pénètre à la face cruentée du lambeau vaginal supérieur, près de son bord libre, le traverse dans son épaisseur et sur toute sa hauteur, puis traverse la paroi utérine au niveau du fond de l'organe (fig. 303). Chaque fil a donc un trajet vertical ; on le noue et on l'abandonne dans la plaie. Les fils abaisseurs sont alors enlevés et on suture la plaie vaginale par un surjet de catgut (fig. 304).

Vagino-fixation et grossesse.

Vagino-fixation du corps utérin et grossesse. — Une question, qui se pose pour la vagino-fixation comme pour la ventrofixation du corps utérin, est celle de l'influence qu'elle peut avoir sur les grossesses survenant ultérieurement. Les communications importantes faites par Strassman[1] et Mackenrodt[2] à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, permettent d'ores et déjà d'y répondre.

Quand un utérus, fixé à la paroi vaginale antérieure, devient gravide, il exerce sur les adhérences une traction qui peut avoir pour effet de les détruire et d'amener par conséquent une récidive après l'accouchement. Celle-ci a été fréquente après les premiers procédés de Mackenrodt, alors que la fixation avait lieu sans ouverture du péritoine.

Après ouverture du péritoine, c'est-à-dire avec le procédé de Dührssen et le procédé de Mackenrodt modifié, les adhérences sont infiniment plus solides. Elles ne cèdent pas à la traction, et opposent au développement régulier du corps utérin un obstacle insurmontable. Il en résulte de très fréquents avortements. Ainsi Dührssen[3] compte 6 avortements sur 24 grossesses survenues dans ces conditions. Weberstedt[4], sur 24 grossesses observées à la clinique de Gusserow chez des malades opérées par le procédé de Dührssen, accuse 6 avortements.

Quand la grossesse est menée à terme, des complications sérieuses peuvent se présenter au moment de l'accouchement. Strassmann a bien montré que, quand les adhérences ne cèdent pas, le développement de l'utérus gravide se fait surtout aux dépens de la paroi

[1] Strassmann. *Zur Kenntniss des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufes bei antefixirtem Uterus* (*Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXIII, p. 510 et *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. L, p. 473).

[2] Mackenrodt. *Ueber die Unzulässigkeit der Vaginofixation und ihren nothwendigen Ersatz durch Vesicofixation* (*Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1895. Bd. XXXIII, p. 514).

[3] Cité par Strassmann (*Loc. cit.*, p. 491).

[4] Weberstedt. *Beobachtungen über die Beziehungen gynäkologischer Erkrankungen zur Schwangerschaft.* Dissert. inaug., Berlin, 1895.

postérieure ; la paroi antérieure s'épaissit, mais ne sort pas du petit bassin où elle reste enclavée. Le col utérin, attiré par la paroi postérieure, se porte très haut en arrière. Strassmann rapporte deux cas, dans lesquels l'accouchement normal fut impossible. Dans le premier on dut faire la version, et la malade faillit succomber à une hémorrhagie consécutive. Dans le second, on dut recourir à l'opération de Porro, qui fut suivie de mort. A ces deux faits malheureux Mackenrodt en ajoute un troisième appartenant à Græfe.

Vagino-fixation du col

Vagino-fixation du col. — A côté des procédés de fixation du corps utérin au vagin, il convient de décrire ceux dans lesquels les opérateurs se sont contentés de fixer le col. Ainsi, Richelot[1] a vivement préconisé un procédé dû à Nicolétis et destiné à relever l'utérus en prenant un point d'appui sur la paroi vaginale postérieure et le périnée. On fait d'abord l'amputation sus-vaginale du col : puis, à la partie postérieure, on passe trois fils de catgut dans le vagin et dans le moignon utérin ; de façon à les faire ressortir par l'orifice de la cavité utérine. Ces trois fils sont médians ; à côté d'eux, à droite et à gauche, on en passe deux autres, partant également de la paroi postérieure du vagin et qui vont sortir, non plus dans l'orifice, mais sur le bord antérieur du moignon, de sorte que la paroi vaginale postérieure s'accroche à ce bord, en grimpant sur la tranche utérine. On complète l'affrontement par des points superficiels. Le chirurgien se propose ainsi, tout en ménageant l'orifice, de souder la paroi postérieure du vagin au bord antérieur du moignon. Toute l'insertion vaginale est reportée en avant ; la paroi tire à la manière d'un cordon de sonnette et fait basculer le fond de l'organe, au moins au moment de l'opération. C'est, je crois, en effet, se faire illusion que de compter sur un effet mécanique durable : l'extensibilité constante du vagin et la flaccidité fréquente du périnée réduisent, en réalité, ce procédé à une ingénieuse conception théorique. Les bons résultats qu'on en a obtenus sont simplement dus à l'amputation du col, qui agit alors contre la métrite[2].

Procédé de Nicolétis.

Procédés divers

Procédés divers. — Péan[3] a décrit le procédé suivant : on saisit les cloisons recto et vésico-vaginales avec de fortes pinces portées aussi en dehors que possible ; on fait écarter les parois du vagin l'une de l'autre ; sans procéder à aucun avivement, on traverse avec

Procédé de Péan.

[1] Richelot. *De l'hystéropexie vaginale* (*Comptes rendus du 4e Congrès de chir.*, Paris, 1889, p. 482. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 11 déc. 1889, p. 765 ; — *Union méd.*, 17 déc. 1889). — L. H. Debayle. *De l'hystéropexie vaginale.* (*Opération de Nicolétis.*) Thèse de Paris, 1890. — Nicolétis n'a rien publié lui-même avant ces travaux ; il a fait sa première opération sur le cadavre en 1887 et Richelot la première sur le vivant, en juin 1889 (Debayle, *loc. cit.*, p. 39).

[2] U. Trélat et S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1889, p. 771.

[3] Péan. *Bull. méd.*, 27 févr. 1889.

l'aiguille chasse-fil, aussi profondément que possible, la paroi latérale du vagin d'avant en arrière, dans toute sa largeur, en comprenant une grande épaisseur de tissu sous-muqueux. Des anses de fil sont ainsi passées dans toute la hauteur du vagin à deux centimètres l'une de l'autre. La paroi du vagin se trouve, de la sorte, suturée à la paroi correspondante du bassin. Les fils sont laissés en place et coupent les tissus, en y produisant des brides cicatricielles transversales allant dans la profondeur jusqu'au voisinage des os. Cette opération n'exclut pas la périnéorrhaphie comme opération complémentaire, et il est utile de faire porter un pessaire. Péan ne l'a mise en pratique qu'une seule fois, et les suites éloignées n'en sont pas indiquées. Ce procédé paraît *a priori* dangereux et peu efficace.

Procédé de Pryor.

Un nouveau procédé de fixation de l'utérus a récemment été préconisé par Pryor[1] (de New-York). Dans les cas de rétroversion mobile ce chirurgien fixe l'utérus à la vessie. Pour cela il ouvre le cul-de-sac antérieur et taille, sur la face antérieure de l'utérus, une petite bande d'avivement : il en fait autant sur la face postérieure de la vessie et fixe les deux organes l'un à l'autre, par quelques points de suture.

Quand l'utérus est fixé en arrière par des adhérences, Pryor ouvre le cul-de-sac postérieur, détruit les adhérences et mobilise complètement l'utérus. Il se contente alors de placer dans le cul-de-sac de Douglas un tampon de gaze iodoformée qui repousse en avant le corps de l'utérus. Un second tampon placé dans le vagin appuie sur le col qu'il refoule en arrière. Le redressement est ainsi maintenu. Le tampon pelvien est retiré au bout de peu de jours, le tampon vaginal est maintenu plus longtemps.

Procédé de Candela.

Sous le nom de **hystéro-gastrorrhaphie vaginale**, Candela[2] a décrit une opération compliquée, exposant à la blessure de l'intestin, et d'une valeur douteuse. Elle n'a à son actif qu'un seul cas. Je me borne à la mentionner.

Procédé de Freund.

Colpo-hystéropexie pelvienne postérieure. — Tel est le nom qu'on pourrait donner à l'opération exécutée par Freund[3], à la fois dans

[1] W. R. Pryor (de New-York). *A new Operation for acquired retroversion und retroflexion* (*New-York J. of Gyn. and Obst.*, juillet 1895). — *A new Method of treating adherent retrodisplace Uteri* (*Med. Rec.*, juillet 1895).

[2] Candela, in Dumoret. *Laparo-hystéropexie*, etc. Thèse de Paris 1889, p. 23. — *Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 271.

[3] Freund. 3e *Congrès des gyn. all.*, Fribourg, juin 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 30, p. 515). La conception opératoire de Freund se trouve en germe dans des propositions déjà formulées par Schultze (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, Heft 1, p. 23) qui avait proposé le procédé suivant : ouverture transversale du cul-de-sac postérieur du vagin : libération de l'utérus et des annexes ; réduction de l'utérus ; retranchement du cul-de-sac de Douglas par des sutures, de manière à ramener le col en arrière. Sänger

les cas de prolapsus et dans les cas de rétroflexion grave avec grand développement du cul-de-sac de Douglas. Il croit que l'un ou l'autre de ces déplacements de l'utérus est parfois dû à la persistance de l'étendue de ce repli chez le fœtus ; jusqu'au septième mois de la vie intra-utérine, en effet, il descend jusqu'au milieu du vagin. Freund fait une large ouverture du cul-de-sac postérieur du vagin, pénètre dans le péritoine et suture la face postérieure de la partie sus-vaginale du col au revêtement séreux situé au-dessous du promontoire, au voisinage des ligaments utéro-sacrés; il prend bien soin dans cette manœuvre d'éviter de blesser le rectum. Il bourre ensuite le cul-de-sac de Douglas de gaze iodoformée et rétrécit la plaie vaginale. Plus tard, il refait un périnée, s'il est nécessaire.

Cette opération, qui est, en définitive, une cure radicale de la hernie congénitale du cul-de-sac de Douglas, a été appliquée par Freund dans deux cas de rétroflexion compliqués de hernie de cette nature.

Il ne semble pas que la colpo-hystéropexie pelvienne doive être plus bénigne et plus efficace que l'hystéropexie abdominale.

La plupart des procédés d'hystéropexie vaginale ont un double défaut : ils agissent directement sur le fond de l'utérus réduit et fixent l'organe à des tissus mobiles et extensibles. On ne peut faire ce reproche à la suture de l'utérus à la paroi abdominale.

Gastro-hystéropexie ou fixation à la paroi abdominale (*ventro-fixation*, *gastro-hystérorrhaphie*, *gastro-hystérosynaphie*). Gastro-hystéropexie.

Aperçu historique. — On a pu souvent observer, quand on fixait au dehors de l'abdomen le pédicule des kystes ovariques, les effets heureux de cette manœuvre sur les déplacements de l'utérus. De là est née l'idée de souder cet organe à la paroi abdominale par l'intermédiaire des ligaments larges, avec ou sans ablation des ovaires, ou directement au niveau du fond. La première opération de ce genre appartient à Kœberlé [1]. Le 27 mars 1869, dans un cas de Aperçu historique.

(*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 2, p. 17) s'est aussi demandé si l'on ne pourrait pas provoquer des adhérences curatives par l'ouverture du cul-de-sac de Douglas et le tamponnement avec la gaze iodoformée. Il a été (*ibid.*, n° 5, p. 40) jusqu'à proposer de faire des injections d'alcool dans le voisinage des ligaments utéro-sacrés et dans le tissu cellulaire rétro-cervical, dans l'espérance de produire ainsi une antéversion par la rétraction de ces ligaments. Ce serait assurément jouer gros jeu, et s'exposer à voir l'inflammation dépasser les limites thérapeutiques.

[1] Kœberlé. *Rétroversion de la matrice irréductible. Constipation opiniâtre suivie d'iléus. Gastrotomie et ovariotomie dans le but de fixer la matrice d'une manière permanente à la paroi abdominale. Guérison* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 64). — Schröder (*Malad. des org. génit. de la femme*, trad. franç., p. 181), qui cite l'opération de Kœberlé, en s'en référant à Schetelig (*Centr. f. med. Wissensch.*, juin 1869, p. 417), dit « qu'il ramena l'utérus en avant et le réunit ainsi qu'un pédicule de kyste ovarique au bord inférieur de la plaie ». C'est une erreur, il n'y avait pas de kyste ovarique; la confusion provient du mot *ovariotomie*, employé par Kœberlé.

rétroflexion donnant lieu à des symptômes d'occlusion intestinale chronique, il incisa les parois abdominales, ramena l'utérus en avant, enleva un ovaire sain et sutura le pédicule au bord inférieur de la plaie.

Sims[1], le 18 février 1875, chez une femme de 32 ans qui souffrait d'une rétroflexion atrocement douloureuse, fit la laparotomie, enleva l'ovaire gauche, du volume d'une noix, atteint de dégénérescence kystique, et fixa le pédicule dans l'angle de l'incision, de manière à retenir l'utérus dans sa position normale. La malade guérit parfaitement. Schröder[2], un peu plus tard, ayant à donner ses soins à une malade atteinte de rétroflexion compliquée de chorée symptomatique, et présentant aussi un petit kyste de l'ovaire, vit la rétroflexion et la chorée disparaître après l'ovariotomie et la fixation du pédicule à l'abdomen. Lawson Tait[3], le 26 février 1880, fit la laparotomie sur une femme souffrant d'une ovarite et d'une rétroflexion utérine que rien n'avait pu soulager. Il trouva les ovaires gros, mous, non kystiques, les enleva, et, en fermant la plaie abdominale, passa un point de suture à travers le *fond* de l'utérus, qu'il fixa à la paroi. Une seconde opération analogue fut faite, le 9 avril 1880. Les guérisons s'étaient maintenues en 1883. Hennig[4], en 1881, après une castration, sutura les ligaments ronds, les ligaments larges et le fond de l'utérus aux téguments pour une rétroflexion rebelle.

Mais il n'y avait là que des faits isolés, sans méthode définie. Olshausen[5] a, le premier, systématisé l'opération dans un travail qui a été une véritable initiation. Il y cite trois observations remarquables (la première seule est relative à une rétroflexion, les deux autres à des prolapsus). Il unit, par plusieurs points de suture au crin de Florence (non absorbable), la partie des ligaments ronds et des ligaments larges immédiatement voisine des cornes utérines, avec la paroi abdominale, en prenant grand soin de sentir préalablement et d'éviter l'artère épigastrique. Dans un cas de ménopause imminente, il extirpa les ovaires, mais il fait remarquer que ce complément de l'opération était purement contingent.

Au Congrès où fut présentée la communication d'Olshausen, une

[1] Sims. *Brit. med. Journ.*, 10 déc. 1877, p. 840. — Courty (*Traité pratique des mal. de l'utérus*, 3e édit. 1881, p. 707), en indiquant les deux observations précédentes, ajoute : « Je ne prétends pas citer ces opérations comme des exemples à imiter ».

[2] Schröder. *Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 1, p. 1.

[3] L. Tait. *The pathology and treatment of diseases of the ovaries*, 4e édit., 1883, p. 95 et 96.

[4] Hennig (de Leipzig). *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 41, p. 667.

[5] Olshausen. *Ueber ventrale Operationen bei Lage-anomalien* (59e *Naturforschr. Samml. zu Berlin*, 20 sept. 1886, anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 667). Le travail complet a été publié sous ce titre : *Ueber ventrale Operation bei Prolapsus und Retroversio Uteri* (*Centr. f. Gyn.*, 25 oct. 1886, n° 43, p. 698).

discussion[1] suivit un mémoire de Fraenkel, et de nouveaux faits furent cités, les uns appartenant à Bardenheuer (rapportés par Frank), les autres à Czerny.

Bientôt après, Kelly[2], de Philadelphie, publiait, avec l'analyse partielle des travaux précédents, l'observation intéressante d'une rétroflexion guérie par l'ablation d'un ovaire et la fixation du pédicule à l'abdomen. L'autre ovaire avait été extirpé quelque temps auparavant par l'incision vaginale. Kelly publiait en même temps le résumé de deux faits inédits, castration avec suture des ligaments larges à l'abdomen, par Sänger.

Celui-ci a publié sur ce sujet un mémoire très complet, dans lequel il relatait 7 cas personnels[3]. Depuis cette époque, il a pratiqué la ventro-fixation 12 fois ; dans 9 cas il a fait l'ablation des annexes[4].

Klotz[5] avait déjà en 1887 communiqué, à la Société gynécologique de Dresde, 17 cas de fixation d'utérus rétrofléchis à la paroi abdominale par l'intermédiaire d'un pédicule formé par l'ablation de la trompe ou de l'ovaire.

Leopold[6], un mois plus tard, présentait trois succès, après fixation du fond même de l'utérus à la plaie abdominale.

H. Kelly[7], en Amérique, a fait paraître, en mai 1888, un nouveau travail où il a rassemblé des faits restés inédits : 4 cas de P. Zweifel pour rétroflexion (hystérorrhaphie sans castration), 1 cas de Staude pour rétroflexion (hystérorrhaphie avec ablation d'un seul ovaire, le second n'ayant pu être extirpé, à cause des adhérences)[8].

[1] Séance du 20 sept. 1886 (*Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 42, p. 685).

[2] Howard A. Kelly. *Hysterorrhaphy* (*Amer. Journ. of Obstet.*, janv. 1887, t. XX, p. 33). Le travail de H. Kelly a été lu devant la *Société obst. de Philadelphie*, le 4 nov. 1886 (*Amer. Journ. of Obstet.*, t. XX, p. 67), mais il n'a été publié qu'en janv. 1887, après de nombreuses additions tirées du mémoire d'Olshausen, qui avait lu le sien publiquement le 20 sept. 1886, et l'avait publié dans le *Centralblatt*, dès octobre 1886.

[3] M. Sänger. *Ueber operative Behandlung der Retroversio-flexio Uteri* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n°s 2 et 3, p. 17 et 34).

[4] M. Sänger. *Ueber Schwangerschaft nach conservativer Ventrofixatio uteri retroflexi Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 16, p. 305). Ce travail a été lu à la Société d'Obstétrique de Leipzig, le 16 mars 1891.

[5] Klotz. Soc. gyn. de Dresde, 6 oct. 1887 (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 1, p. 11, et, *in extenso*, *Berl. klin. Woch.*, 1888, n° 4). — Pour la discussion soulevée à cette occasion entre Klotz et Sänger, voir *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 5, p. 69, et *ibid.*, p. 102.

[6] Leopold. *Ueber die Annähung der retroflektirten Gebärmutter an der vorderen Bauchwand*. Communiqué à la Soc. de gyn. de Dresde, 3 nov. 1887 (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 11, p. 161).

[7] H. Kelly. *Hysterorrhaphy* (*Amer. Journ. of med. sciences*, 1888, p. 468).

[8] Ces faits sont de véritables hystéropexies. On ne peut mettre sur le même rang les opérations complémentaires faites successivement, au cours d'une autre opération.

Il est probable que beaucoup de laparotomistes ont fait, sans le publier, la fixation complémentaire et occasionnelle de l'utérus, après l'ablation d'un kyste de l'ovaire ou d'un corps fibreux, pour remédier à une rétroflexion ou à un prolapsus. C'est ce que j'ai fait moi-même en avril 1882, fixant un pédicule de kyste ovarique et guérissant ainsi

En Angleterre Phillips[1] a publié un fait de ventro-fixation (pour prolapsus). Schauta[2] a rapporté quatre observations de sa pratique. Czerny[3], dans un important mémoire paru en octobre 1888, a publié quatre observations de gastro-hystéropexie et décrit son procédé. En France, Terrier et Picqué ont les premiers pratiqué l'opération : Terrier au mois de mars 1888 pour une rétroflexion, au mois d'août 1888 pour un prolapsus, et Picqué, au mois de septembre[4], pour une rétroflexion.

Depuis lors, les observations se sont excessivement multipliées en France[5] comme à l'étranger, et leur énumération n'offre plus le même intérêt qu'à la période initiale de l'hystéropexie.

une chute de l'utérus; cette observation n'a été mentionnée pour la première fois qu'à l'occasion de la discussion sur l'hystéropexie (*Soc. de chir.*, 11 nov. 1888), et publiée *in extenso* dans la thèse de Dumoret, *loc. cit.*, 1889, p. 119.

Czerny avait pratiqué, dans le cours d'une laparotomie, une suture analogue du pédicule ovarique pour une rétroflexion, et avait présenté ce cas le 15 juin 1886 à la *Société méd. rhénane* de Darmstadt, mais le fait n'a été publié qu'en 1888. V. Czerny. *Ueber die Vornähung der rückwärts gelargerten Gebärmutter* (*Beitr. zur klin. Chir.*, 1888, Bd. IV, p. 164). Il avait pratiqué, à cette époque, 3 ou 4 fois cette hystéropexie complémentaire sur 46 ovariotomies.

Il convient à peine de ranger au nombre des hystéropexies complémentaires la fixation obligée d'un pédicule d'amputation supra-vaginale (Müller. *Corresp. Blatt. f. Schw. Aertze*, 1878, nos 20 et 21). La fixation de l'utérus, après extirpation d'un myome sous-péritonéal, se rapproche davantage d'une opération spéciale (Kaltenbach. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1878, Bd. II, p. 188).

Brennecke, de Magdebourg (cité par Kelly, *loc. cit.*, p. 473), a fait la suture de la corne droite de l'utérus à l'abdomen, au cours d'une ovariotomie (en 1885), pour remédier à un prolapsus (succès). Dans un second cas, pendant une ovariotomie, suture des deux cornes utérines pour un prolapsus (insuccès); nouvelle opération sur la même malade : suture du pédicule (ovarique) à la paroi abdominale (1885-1886).

A l'exception, peut-être, de cette dernière opération, ces faits n'ont rien de commun avec les hystéropexies faites d'emblée et de propos délibéré.

Werth (de Kiel), en 1887 (cité par Kelly, *loc. cit.*, p. 474), faisant une castration pour remédier à des hémorrhagies, sutura les pédicules à la paroi, afin de guérir par la même occasion une rétroflexion extrême. En 1884, dans une autre ovariotomie pour un kyste dermoïde, Werth sutura l'utérus rétrofléchi *au péritoine de la vessie* par des sutures à la soie. Ce n'est pas là une *ventro*, mais une *vésico-fixation*, une *cysto-hystéropexie*. Un cas de Weist (cité par Kelly, *loc. cit.*, p. 475), où il est dit qu'après l'ovariotomie on attacha le pédicule à l'abdomen pour guérir un prolapsus, rentre dans la classe des opérations fortuites très différentes des véritables gastro-hystéropexies.

[1] Phillips. *On ventral fixation of the uterus for intractable prolapse* (*Lancet*, 20 oct. 1888, t. II, p. 760).

[2] F. Schauta. *Prag. med. Woch.*, 1888, n° 29 (Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 45, p. 755).

[3] V. Czerny, *loc. cit.*, p. 164.

[4] S. Pozzi. *Rapport sur une observ. de* Picqué (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 5 déc. 1888, p. 956). — Terrier. *Ibid.*, 28 nov. 1888, p. 901.

[5] J'ai moi-même fait plusieurs fois l'hystéropexie pour rétroversion avec succès. Chez une de mes opérées, le raccourcissement des ligaments ronds avait été pratiqué quelques mois auparavant par un opérateur habile et n'avait été suivi d'aucun résultat. (S. Pozzi. *Annal. de Gyn.*, mai 1890, t. XXXIII, p. 353.)

Pour la bibliographie complète de la question, consulter l'excellent travail de Marcel Baudouin (*Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes contre les rétrodéviations de l'utérus*, Paris 1890), qui a réuni deux cent trente-cinq cas d'hystéropexies faites pour rétrodéviations jusqu'en juillet 1890.

Technique opératoire. — On peut distinguer trois procédés principaux et divers procédés secondaires : Technique opératoire.

1° **Procédé de fixation indirecte** (Kœberlé, Klotz). — L'ovaire ou la trompe étant d'abord enlevés, le pédicule est fixé à la paroi abdominale. Klotz, qui a employé son procédé dans 38 cas[1], attache beaucoup d'importance à l'adjonction d'un tube de verre, en arrière de l'utérus jusqu'au cul-de-sac de Douglas, qu'on retire au bout de peu de temps et qui a pour effet de solliciter des adhérences fixatrices. Procédé de Kœberlé et Klotz.

Ce procédé a l'inconvénient de sacrifier l'ovaire, de tordre l'utérus et de faire une réunion assez médiate ; il compte plusieurs insuccès[2].

2° **Procédé de fixation directe latérale du corps utérin** (Olshausen-Sänger). — Les sutures sont faites de chaque côté, non sur le fond, mais sur les limites de l'utérus, au niveau de ses bords, à l'aide du crin de Florence. On en fait trois de chaque côté ; on a soin de ne comprendre dans la suture que le feuillet séreux antérieur et de ne pas piquer la trompe ou l'artère épigastrique (fig. 307 et 308). Ce procédé offre l'inconvénient de ménager une sorte de fente ou de boutonnière, entre l'utérus et la paroi abdominale, qui peut offrir des dangers d'étranglement interne. Procédé de Olshausen et de Sänger.

Le procédé de Kelly[3] se rapproche de celui d'Olshausen et ne mérite pas une description spéciale ; ce chirurgien fixe les cornes utérines au niveau de l'insertion des ligaments ronds, à la séreuse pariétale[4]. Procédé de Kelly.

3° **Procédés de fixation directe médiane du corps utérin** (Leopold, Czerny, etc.). Leopold fixe le fond même de l'utérus à la paroi abdominale. Le ventre ayant été ouvert, et l'utérus étant redressé après rupture des adhérences, on traverse la paroi abdominale tout entière, d'avant en arrière, un peu en dehors des bords de la plaie, au niveau du fond de l'organe, avec une forte aiguille munie d'un fil de soie. On pénètre dans l'épaisseur du tissu utérin, à la partie la plus élevée de la face antérieure de l'utérus, sur la ligne Procédé de Leopold.

[1] C. L. Klotz. *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 4, p. 97.

[2] On a eu tort de voir un procédé analogue à celui de Klotz dans une indication très brève donnée par Polk (*Trans. of the Amer. gyn. Soc.*, sept. 1887, *Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 1045) dans un travail intitulé : *Les trompes et les ovaires doivent-ils être sacrifiés dans tous les cas de salpingites?* Polk se borne à dire que quand la déviation (en arrière) de l'utérus était due à l'action des annexes, « il a essayé deux fois, après avoir détaché les adhérences, d'y porter remède par un simple tube à drainage ; mais il a obtenu des résultats inférieurs à ceux que lui a donnés ensuite l'opération d'Alexander appliquée aux mêmes cas ». Il n'y a donc eu là aucune *fixation* de l'utérus, mais un simple *redressement*, tandis que Klotz *suture* avec soin un pédicule ovarique ou tubaire.

[3] H. A. Kelly. *Hysterrorrhaphy* (*Amer. Journ. of med. sciences*, mai 1888, p. 468).

[4] Kelly (*New-York med. Journ.*, 5 oct. 1889, p. 383, et *On Hysterorrhaphy*, in *John's Hopkins Hosp. Rep.*, 1889, n° 2, p. 17) a décrit un nouveau procédé d'hystéropexie intra-péritonéale, qui ne semble guère supérieur au premier. Voir Baudouin, *loc. cit.*, p. 81.

qui réunit l'insertion des deux ligaments ronds; l'aiguille chemine sous la séreuse et la couche superficielle du tissu musculaire dans une étendue de 1 centimètre, puis elle pénètre de nouveau, et cette fois-ci d'arrière en avant, dans la paroi abdominale sur l'autre lèvre de la plaie. On place une seconde suture au-dessus de la première, sur la ligne transversale qui réunit les insertions tubaires dans une largeur de 2 centimètres, et une troisième un peu au-dessus de la seconde, de la même manière.

Pour rendre plus facile l'adhérence à ce niveau, Leopold gratte

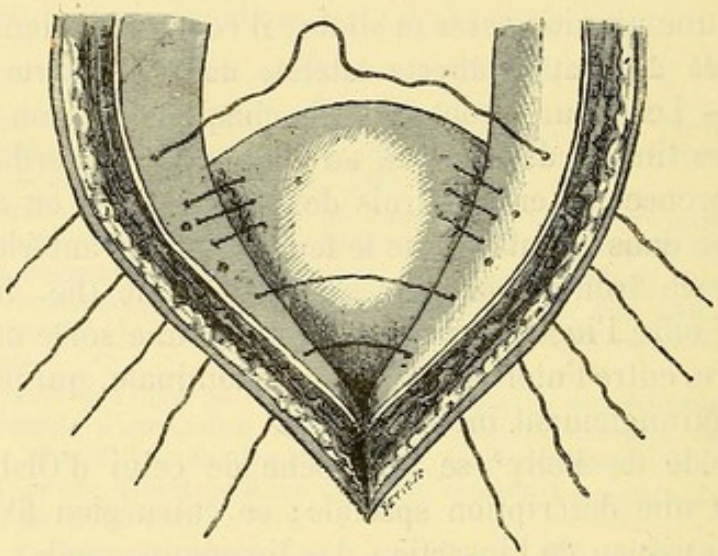


Fig. 307. — Gastro-hystéropexie; procédé de Olshausen et Sänger.

légèrement, avec le dos du bistouri, la surface de revêtement péritonéal de l'utérus dans l'espace que circonscrivent ces sutures, de manière à faire un avivement superficiel non sanglant qui enlève simplement l'épithélium. Puis, on réunit les lèvres de la plaie abdominale à ce niveau, on serre et l'on noue ces trois sutures *au-dessus de la paroi abdominale* (fig. 309), de telle sorte que la face antérieure de l'utérus s'applique exactement en ce point au péritoine pariétal. On procède ensuite à la réunion du reste de la plaie, au-dessus et au-dessous. Les sutures de l'utérus sont enlevées au bout de douze à quinze jours. En s'abstenant de sutures perdues, Leopold pense qu'il provoque des adhérences plus lâches, moins serrées, moins gênantes pour la vessie[1].

Il est bon de placer un pessaire de Hodge, pendant un mois, pour soulager les sutures et maintenir la bonne position acquise.

Procédé de Czerny.

Czerny[2] pique la paroi antérieure, près du fond de l'utérus, avec une aiguille très forte munie de catgut sublimé (il se servait primi-

[1] Leopold. *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 11, p. 161, et *ibid.*, 1890, p. 185

[2] Czerny. *Beitr. zur klin. Chir.*, 1888, Bd. IV, Heft 1, p. 179.

tivement de catgut chromique). L'aiguille traverse d'abord l'aponévrose et le péritoine, et chemine de nouveau sous eux du côté opposé, mais sans comprendre les téguments dans le point de suture, ce qui est une différence capitale d'avec le procédé de Leopold. On place ainsi de un à deux fils, en ayant soin de ne pas exercer de traction sur l'utérus et de le fixer en un point où il s'applique facilement ; on noue les fils, on en coupe les chefs, et on suture par-dessus la paroi abdominale (fig. 310).

Procédé de Terrier.

Le procédé de Terrier[1] est une variante du précédent. Terrier commence par passer provisoirement un fil de soie dans le fond de l'utérus, en pénétrant très peu dans son tissu, pour attirer l'organe en haut. Un gros catgut sert pour les sutures définitives, au nombre de trois, sur la face antérieure de l'utérus : la première, au niveau de la réunion du col et du corps, la seconde vers le milieu du corps, la troisième très près du fond. Ces fils traversent la couche superficielle de l'utérus et toute l'épaisseur de la paroi abdominale, à l'exception du tissu cellulaire et de la peau. C'est là que réside la différence réelle avec le procédé de Leopold, mais la seule qui le sépare de celui de Czerny est le soin que prend Terrier de passer ses fils en faufilant, de manière à ce qu'une portion du fil ne soit pas cachée dans l'épaisseur des tissus, et à l'interposer entre la face antérieure de l'utérus et la paroi abdominale. Il pense que la production des adhérences est ainsi mieux assurée (fig. 311). Ces fils étant noués, constituent des sutures perdues par-dessus lesquelles on réunit les téguments, en haut par 3 fils d'argent passant par le péritoine, et en bas par 3 crins de Florence, au niveau des sutures de l'utérus. Un petit drain est placé dans l'angle inférieur de la plaie.

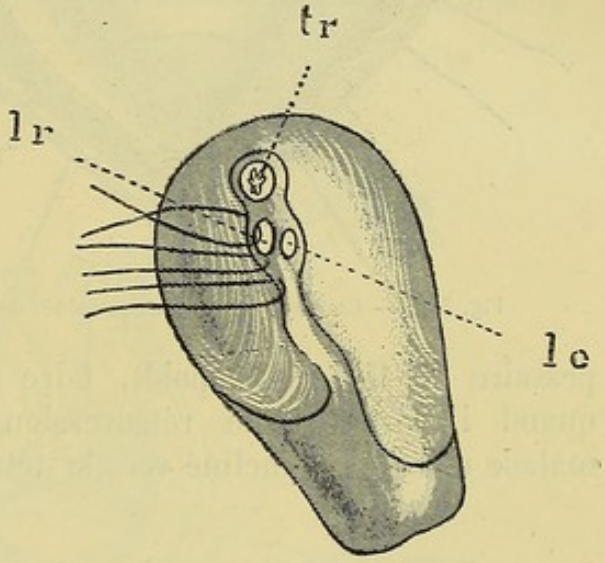


Fig. 308. — Gastro-hystéropexie; procédé de Olshausen et Sänger.

Vue de profil pour montrer le trajet des fils. *tr*, trompe ; *lr*, ligaments ronds ; *lo*, ligament de l'ovaire.

Pour ma part, j'ai longtemps appliqué à l'hystéropexie le procédé de la suture en surjet qui me sert toujours dans les réunions de quelque étendue. Actuellement, j'en suis revenu au pro-

[1] Dumoret, *loc. cit.*

cédé de Olshausen, Sänger et Kelly. J'emploie le crin de Florence.

Sur beaucoup de questions secondaires de technique, les chirurgiens ne sont pas d'accord. Faut-il employer un fil de suture non absorbable (soie ou crin de Florence), comme Leopold, Sänger, Phillips, ou du fil d'argent, comme Olshausen le propose, pour plus de solidité dans les cas de prolapsus, ou du gros catgut absorbable, comme Terrier et Czerny? Faut-il placer, immédiatement après l'opération, un pessaire de Hodge (Leopold), faire le tamponnement du vagin, quand il s'agit d'une rétroversion (Sänger), ou maintenir la malade dans un lit incliné vers la tête pour éviter la pression intestinale quand on a opéré pour un prolapsus (Phillips)?

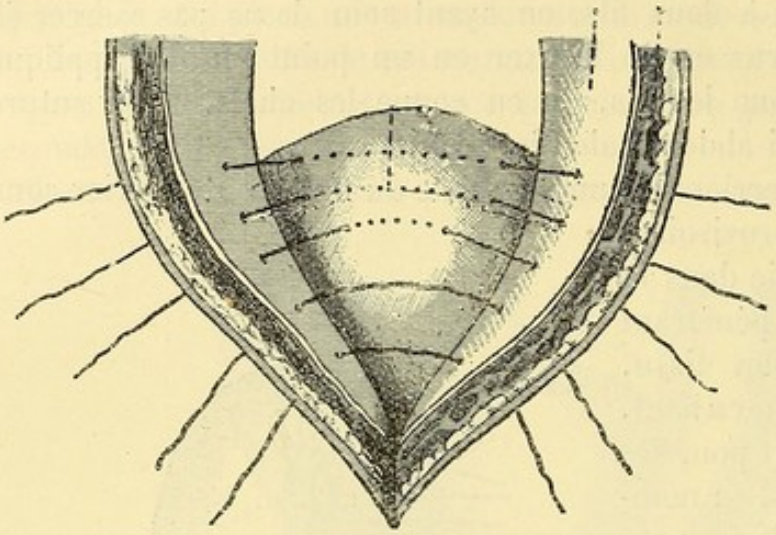


Fig. 309. — Gastro-hystéropexie; procédé de Leopold.

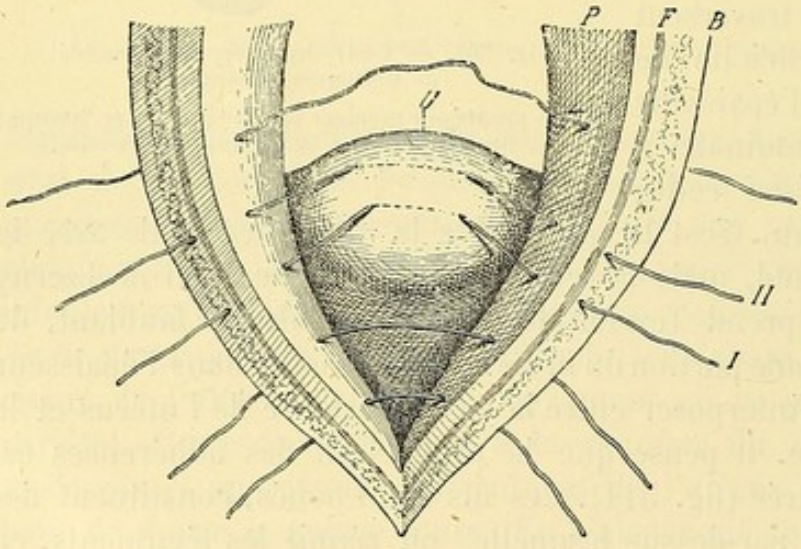


Fig. 310. — Gastro-hystéropexie; procédé de Czerny.

Ce sont là des points de détail que je ne saurais discuter : qu'il me suffise de les avoir indiqués.

Gastro-hystéropexie d'emblée.

Gastro-hystéropexie d'emblée, sans laparotomie. — La profonde terreur que le péritoine inspirait autrefois à tous les chirurgiens leur a fait longtemps redouter l'incision de cette séreuse. D'autre part, la possibilité de redresser momentanément l'utérus rétrofléchi, de manière à porter son fond au contact de la paroi abdominale antérieure, a fait naître, depuis longtemps, l'idée de procéder à sa fixation antérieure, directement, sans laparotomie. D'après

Emmet[1], ce serait Marion Sims qui, dès 1859, aurait eu, le premier, cette conception opératoire. Il fit même fabriquer une aiguille tubulée spéciale dans le but de passer un fil d'argent à travers le fond de l'utérus. Mais, ayant un jour commencé l'opération, il n'eut pas l'audace de la terminer.

Procédé de Caneva.

Caneva[2], plus de vingt ans après, formula les règles d'une hystéropexie abdominale (pour le prolapsus), faite à travers la séreuse mise à nu dans une petite étendue. Il ne paraît pas l'avoir exécutée. Par contre, Kaltenbach[3] a mis ce procédé cinq fois en usage; il se sert de fil d'argent qu'il fixe lâchement au périoste de la

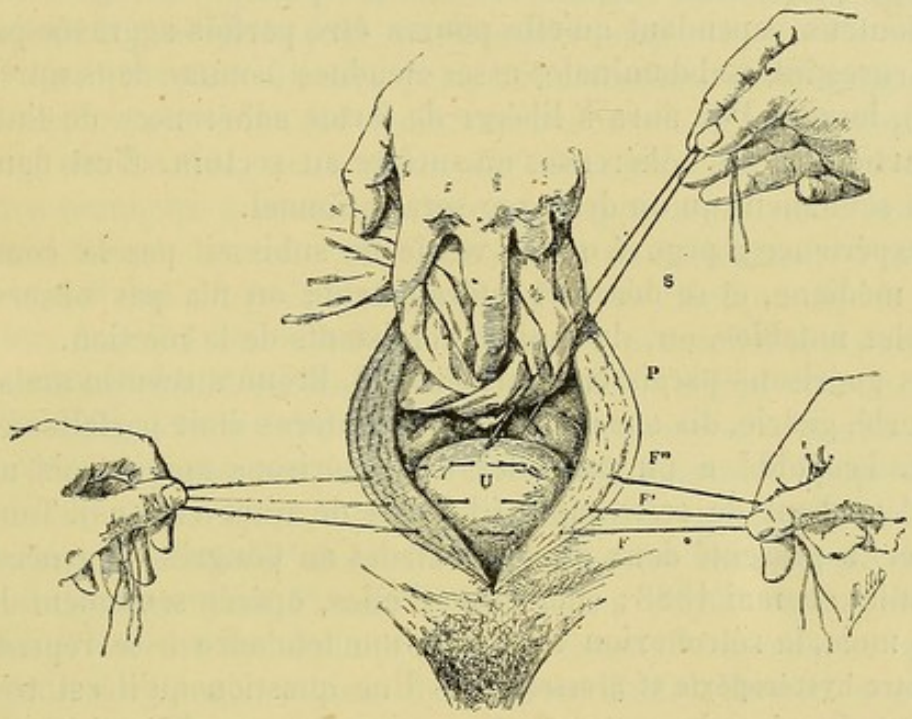


Fig. 311. — Gastro-hystéropexie; procédé de Terrier.

symphyse pubienne. H. A. Kelly[4], plus hardi encore, a, par trois fois, suturé l'utérus à l'abdomen, en passant profondément deux ou trois sutures de crin de Florence ou de fil d'argent à travers le fond de l'organe, sans aucune incision préalable. Les sutures, fixées par un grain de plomb écrasé, sont retirées au quinzième jour.

Assaky[5] a proposé cette opération à la Société de chirurgie, et a

[1] Emmet. *Trans. of the Amer. gyn. Soc.*, Boston, sept. 1889 (*Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1889, p. 1069).

[2] Caneva. *Gaz. degli Ospit.*, 20 déc. 1882, n° 102, p. 810.

[3] Kaltenbach. *Réunion des natur. all.*, Heidelberg, 3 sept. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 731).

[4] H. A. Kelly. *Amer. Journ. of Obst.*, oct. 1887, p. 1068.

[5] Assaky (de Bucarest). *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 20 nov. 1889. Il l'a, depuis, exécutée sans accident (*La Clinica*, Bucarest, 1890, n° 1).

fourni à Roux (de Lausanne)[1] l'occasion d'en démontrer lès dangers par un exemple personnel : ayant eu la pensée de faire cette opération, Roux fut pris d'un scrupule, au moment de traverser le péritoine que rien ne paraissait séparer de l'utérus, il incisa la séreuse et trouva immédiatement sous elle une anse d'intestin grêle, aplatie, qu'il avait failli traverser. Ce fait démontre péremptoirement tous les dangers de ce procédé brillant, mais aveugle.

Pronostic.

Pronostic de la gastro-hystéropexie. — D'après les résultats publiés jusqu'ici, les cas de mort[2] à la suite de cette opération ont été très rares ; elle n'offre pas plus de gravité qu'une laparotomie non compliquée, qui constitue actuellement une opération bénigne. Il n'est pas douteux cependant qu'elle pourra être parfois aggravée par des déchirures intra-abdominales assez étendues (comme dans un cas de Klotz), lorsque l'on aura à libérer de fortes adhérences de l'utérus, en particulier des adhérences en surface au rectum. C'est dans ces cas-là seulement qu'un drainage sera rationnel.

L'expérience a prouvé que la vessie ne subissait pas la compression médiane, et se dérobait latéralement ; on n'a pas observé de troubles notables, ou, du moins, persistants de la miction.

Les guérisons paraissent durables : C. Braun a revu la malade de Kœberlé, guérie, dix ans après (1879) ; l'utérus était parfaitement en place. Leopold[3] a pu constater des guérisons après trois ans et Korn[4] au bout de seize mois (il s'agit de rétroversions). Toutefois Sänger[5] a présenté deux de ses malades au Congrès de gynécologie de Halle, en mai 1888 ; chez l'une d'elles, opérée seulement depuis trois mois, la rétroflexion avait déjà une tendance à se reproduire.

Gastro-hystéropexie et grossesse. — Une question qu'il est très important de résoudre autrement que par des considérations théoriques, c'est l'influence que peut avoir la grossesse sur la position de l'utérus suturé à l'abdomen. Les adhérences sont-elles détruites? La grossesse est-elle entravée par la gêne apportée au développement de l'utérus, ou bien celui-ci peut-il se faire librement en dehors et au-dessus du point très limité où l'organe est immobilisé? Une des raisons pour lesquelles Olshausen, Sänger, etc., ont adopté la suture des bords et non de la face antérieure de l'organe et pour

Grossesse.

[1] Roux (de Lausanne). *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 4 déc. 1889, p. 755.

[2] L'auteur de l'analyse d'un travail de Lee (*Amer. Journ. of med. sciences*, févr. 1889, p. 216) cite deux cas de mort, l'une immédiate, l'autre tardive, à la suite de la gastro-hystéropexie. Ils ne paraissent pas avoir été publiés. Polaillon (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, p. 66) a rapporté un cas de mort ; l'opération avait été faite pour un prolapsus.

[3] Leopold. *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 11, p. 186.

[4] Korn. *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 1, p. 11.

[5] Sänger. *Verhandl. der deutsch. Ges. f. Gyn.*, 2° *Kongress*, 1888, p. 110.

lesquelles aussi Leopold a redouté la suture perdue, semble être précisément la crainte de gêner le développement de la matrice durant la gestation. Mais leur procédé assure une adhérence moins efficace, et, de plus, la fente que laisse subsister Olshausen entre l'utérus et la vessie constitue, malgré toutes les précautions opératoires, une boutonnière dangereuse au point de vue de l'étranglement interne.

Du reste, l'expérience, sur ce point encore, a eu raison des objections théoriques. Il est actuellement démontré que la grossesse et l'**accouchement à terme** ne sont pas chose rare, à la suite de l'hystéropexie; les exemples de grossesse évoluant normalement se sont rapidement multipliés dans ces derniers temps.

Accouchement à terme.

Sänger[1] a opéré d'hystéropexie deux femmes chez lesquelles la grossesse est survenue et a évolué normalement. L'une d'elles avorta une première fois, mais mena une deuxième grossesse à terme; l'autre accoucha à terme. Olshausen[2] rapporte un cas d'accouchement à terme, survenu chez une opérée de Kaltenbach. Fraipont[3], relevant 6 cas d'hystéropexie opérés à la clinique de v. Winiwarter, trouve 1 accouchement à terme, 1 accouchement prématuré (traumatisme) et 1 accouchement au 8e mois (enfant vivant). Jacobs (de Bruxelles)[4] a vu une de ses opérées accoucher à terme. Klotz[5] a observé 4 grossesses : 4 accouchements à terme. Leopold[6], sur 19 cas de ventro-fixation pour rétroflexion, a constaté 3 grossesses normales. Gottschalk[7] a constaté la grossesse chez une de ses opérées : avortement au 3e mois. Flaischlen a publié un cas d'accouchement à terme tiré de la pratique de Carsten[8]; une de ses opérées, enceinte de 4 mois, est en observation. Enfin, Howitz[9] a constaté la grossesse chez une de ses opérées, quelques semaines après l'opération : l'accouchement se fit normalement. Chez nous, Rou-

[1] M. Sänger. *Ueber Pessarien*, Leipzig, 1890, p. 43. — *Ueber Schwangerschaft nach konservatiren Ventrofixatio Uteri retroflexi* (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 16, p. 306).

[2] Olshausen. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1890, t. XX, p. 230.

[3] F. Fraipont. *Arch. de Tocol. et de Gyn.*, juill. 1891, p. 551.

[4] Jacobs. *Communic. écrite à* Sänger. *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 44, p. 882. — *Observation inédite* in R. Labusquière, *De la grossesse après l'hystéropexie* (*Annal. de Gyn. et d'Obstét.*, 1891, p. 131).

[5] C. L. Klotz. Soc. gynécol. de Dresde, 13 nov. 1890 (*Centr. f. Gyn.*, 1891, p. 97) et *Communic. écrite*, déc. 1891.

[6] G. Leopold, cité par Sperling. *Zehn weitere Fälle von Ventrofixatio Uteri retroflexi* (*Deutsche med. Woch.*, 1891, n° 5). — Leopold. *Ventrofixatio Uteri und Schwangerschaft* (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 16, p. 317).

[7] Gottschalk. *Zur Frage des Einflusses der Ventrofixatio Uteri auf spätere Schwangerschaft* (*Centr. f. Gyn.*, 1891, p. 155).

[8] Carsten, cité par Flaischlen. *Zur Ventrofixatio Uteri* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1891, t. XXII, Heft 1, p. 191).

[9] F. Howitz et L. Meyer (de Copenhague). *Zur operativen Behandlung der Retrodeviationen des Uterus* (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 48, p. 979).

tier[1] a vu heureusement accoucher une de ses opérées; 2 des miennes ont accouché sans accidents, 1 seconde opérée de Routier, 1 opérée de Michaux et 2 opérées de Terrier ont également accouché sans accident à la clinique Baudelocque[2].

Goubaroff[3] a publié récemment un cas où il dut pratiquer une opération césarienne chez une femme ayant subi l'hystéropexie abdominale quatre ans auparavant.

J. Miländer[4] a réuni 74 cas de grossesse chez des femmes ayant subi la gastro-hystéropexie; 65 fois la grossesse s'est terminée à terme par un accouchement normal, 3 fois par un accouchement prématuré et 6 fois par un avortement. 8 femmes ont eu deux grossesses et 3 femmes trois grossesses après l'opération. L'utérus s'est toujours maintenu en antéversion, sauf dans 2 cas appartenant l'un à Fraipont, l'autre à Olshausen, où la rétroversion s'est reproduite.

D'une façon générale il est à remarquer que ces différents cas de grossesse et d'accouchement que nous venons d'énumérer n'ont pas été suivis de récidive de la rétrodéviation. Ni chez les 3 accouchées de v. Winiwarter, en effet, ni chez celles de Sänger, il n'y eut récidive; pas de récidive non plus chez les 4 accouchées de Klotz, chez celles de Leopold ni celle de Howitz. Six semaines après l'accouchement, l'utérus de la malade de Kaltenbach était encore en antéversion. Jacobs a présenté sa malade, parfaitement guérie, à la Société gynécologique de Bruxelles. Routier a noté que, chez son accouchée, les adhérences fixatrices n'étaient pas détruites. La malade de Carsten n'a pas été revue; celle de Flaischlen avait l'utérus en antéflexion, au quatrième mois de sa grossesse. En résumé, et c'est ce qui résulte des travaux les plus récents[5], la gastro-hystéropexie semble donner des résultats thérapeutiques durables et ne guère créer d'obstacles aux grossesses et accouchements ultérieurs. Les observations montrent cependant que la fixation de l'utérus par le fond, en amenant une antéversion exagérée, prédispose aux présentations vicieuses.

Indications de la gastro-hystéropexie.

Indications de la gastro-hystéropexie dans les cas de rétroversion. — Doit-on, avec Sänger et Leopold, confiants dans l'innocuité absolue

[1] Routier, cité par Baudouin, *loc. cit.*, p. 375.

[2] P. Lafaye. *Etude de quelques opérations sur l'utérus et les annexes dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement.* Th. de Paris, 1895.

[3] Goubaroff. *Dystocie due à une hystéropexie antérieure, ayant nécessité l'opération césarienne* (*Arch. de toc.*, 1895, p. 806).

[4] J. Miländer, *Ventrofixatio des Uterus*; *Schwangerschaft und Querlage des Kindes* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXIII, p. 464).

[5] Léon. *Des résultats éloignés de l'hystéropexie abdominale antérieure au point de vue de la grossesse.* Thèse de Lyon, 1895. — Berruyer. *De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement des rétroversions utérines*; *étude des résultats éloignés.* Thèse de Lyon, 1895. — R. Narris. *Pregnancy fallowing ventrofixation* (*Amer. Journ. of Obst.*, 1895, t. XXXII, p. 955).

de la laparotomie antiseptique, la pratiquer même pour des cas de *retroversio mobilis*, c'est-à-dire réductibles, lorsque le pessaire convenable, recherché avec persévérance de la part du médecin et avec patience de la part de la malade, se montre impuissant et que les accidents persistent? Ce serait là, me semble-t-il, une faute. Le raccourcissement des ligaments ronds, malgré les mécomptes auxquels il a donné lieu, offre une ressource trop précieuse[1] pour être, en pareil cas, négligée. Il en est de même de la vagino-fixation (Mackenrodt), au moins chez les malades voisines de la ménopause ou l'ayant dépassée. Il vaut mieux s'en abstenir chez les jeunes femmes, car la grossesse leur ferait ensuite courir de réels dangers.

Mais, si je repousse comme une exagération la gastro-hystéropexie faite d'emblée pour une rétroversion douloureuse mobile et incoercible au moyen du pessaire, avant d'avoir fait l'essai de l'opération d'Alexander, ou de la vagino-fixation, je la crois légitime quand cette première ressource aura échoué.

Enfin, l'indication principale de l'hystéropexie abdominale me paraît résider dans les cas de rétroflexions irréductibles, où des fausses membranes et des adhérences, qu'on n'a pu vaincre sous le chloroforme, ramènent toujours le fond de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas, parfois après une fausse réduction où l'organe ne s'est déplacé qu'en entraînant avec lui la paroi antérieure du rectum. Quand, pendant une séance d'épreuve sous l'anesthésie, on s'est convaincu de l'irréductibilité par les manœuvres externes aidées de l'emploi de la sonde ou du redresseur; quand, surtout, on s'est aussi assuré que le doigt, directement introduit dans la matrice, préalablement dilatée, comme le conseille Schultze, ne peut en effectuer le redressement, dans ces cas-là, on n'a que deux partis à prendre : ou s'abstenir de nouvelles tentatives, qui n'auraient pour effet que d'exposer la malade à des accidents sérieux, du côté des annexes et du péritoine pelvien, et se borner alors à un traitement palliatif dirigé contre les symptômes; ou bien, si l'intensité des phénomènes morbides le réclame, recourir à la laparotomie pour libérer, puis fixer l'utérus.

Je n'ai eu en vue jusqu'ici que l'hystéropexie faite comme opération principale, et d'emblée, pour la rétroversion. Il va sans dire que, si celle-ci est discutable, il n'en est pas de même de l'hystéropexie secondaire, qu'on pourrait appeler complémentaire. Lorsque, au cours d'une laparotomie faite pour une autre lésion, corps fibreux, kyste de l'ovaire, inflammation des annexes, etc., on trouve l'utérus

[1] M. Trélat. *Des rétroversions et des rétroflexions adhérentes* (*Semaine méd.*, 4 juill. 1888. p. 261).

dévié en arrière, il suffit souvent de faire l'ablation des annexes pour le ramener en avant; il faut se souvenir, en effet, que l'ablation des annexes, en amenant une certaine atrophie de l'utérus, atténue et corrige même rapidement les rétroflexions. Cependant, si l'on a à sa disposition un pédicule, on pourra l'insérer dans la plaie abdominale et l'y suturer. Je crois, toutefois, qu'il sera bon de ne pas s'en tenir là, et de passer un ou deux points de suture sous la couche la plus superficielle du fond de l'utérus ou de sa face antérieure, sur la partie médiane, pour assurer la bonne position de l'organe.

Une autre indication de la laparotomie qui peut fournir indirectement l'occasion de fixer secondairement l'utérus est relative aux cas où il existe des douleurs très vives, ou des réflexes très pénibles sous la dépendance des annexes, que celles-ci soient simplement prolabées (rétroflexions mobilisables) ou qu'elles soient recouvertes d'adhérences (rétroflexions résistantes et irréductibles), ou atteintes d'inflammation. Sänger et Leopold ont, dans ce dernier cas, combiné la castration avec la gastro-hystéropexie. Cette dernière suffit souvent dans le prolapsus simple de l'ovaire; elle devient même alors une opération conservatrice, car les phénomènes réflexes disparaissent par la fixation de l'utérus, qui se substitue ainsi heureusement à l'opération de Battey.

Raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins. — J'indiquerai sommairement quelques opérations analogues à l'hystéropexie abdominale qui ont un intérêt particulier, quoiqu'elles me paraissent inférieures, à divers titres, aux procédés que j'ai précédemment décrits [1].

Raccourcissements des ligaments utéro-sacrés. Procédé de Kelly.

a. **Raccourcissement intra-abdominal des ligaments utéro-sacrés.** — Ce procédé, proposé par Kelly [2], consisterait à passer une suture de chaque côté du rectum au fond du cul-de-sac de Douglas, de dedans en dehors, puis profondément dans le col, au niveau des insertions latérales du ligament utéro-sacré. Frommel [3] (d'Erlangen) l'a pratiqué une fois avec un succès qui s'est maintenu [4].

[1] Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments larges, préconisé par Lawson Tait et Imlach, ne nous occupera pas. Nous croyons que ce procédé est très inférieur aux procédés ordinaires. — Voir, pour plus de détails, M. Baudouin. *Gaz. des Hôp.*, déc. 1890, n° 145, p. 1325.

[2] Kelly. *Amer. Journ. of med. sciences*, 1888, t. XCV, n° 5, p. 468.

[3] Frommel. *Congrès des gynéc. all.* Fribourg, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 32, p. 567). — *Ueber operative Behandlung der Retroflexio Uteri* (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 6, p. 94).

[4] O. E. Herrick (*An operation for shortening the utero-sacral ligaments*, in *Amer. journ. of Obstet.*, 1891, t. XXIV, p. 514) pratique le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la voie vaginale. — Sänger (*Ueber Retrofixatio Colli Uteri retroflexi*, in *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 44, p. 893) a pratiqué, dans 6 cas, la fixation du col au cul-de-sac de Douglas, sans l'ouverture de ce dernier. Les résultats lui paraissent satisfai-

b. **Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.** — Gill Wylie d'abord, puis Ruggi (de Bologne) et Émile Bode (de Dresde) ont proposé un procédé de raccourcissement par plicature de chacun des ligaments ronds.

Procédé de Ruggi.

Ruggi[1], ayant ouvert le ventre et réduit la déviation, traverse le ligament rond avec une aiguille courbe armée d'un fort catgut, à très peu de distance de son entrée dans le canal inguinal et sur le repli péritonéal qui l'entoure. A l'extrémité non enfilée de catgut, il pratique un nœud solide, puis il enfonce l'aiguille dans le ligament rond du même côté, tout près de son extrémité utérine. Il rapproche alors par plicature les deux parties du ligament traversé

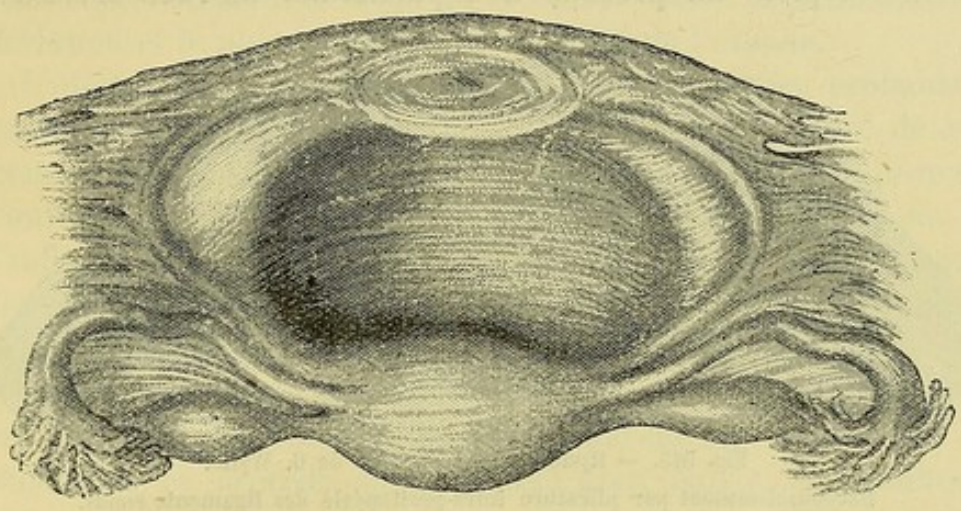


Fig. 312. — Trajet des ligaments ronds, vus par transparence sous le péritoine (G. Wylie).

par le fil; pour maintenir ces parties repliées en contact, il fait une suture en surjet double. Même manœuvre du côté opposé.

Procédé de G. Wylie.

Le procédé que Gill Wylie[2] a employé, avec succès, dans un grand nombre de cas est très analogue. Il saisit un des ligaments ronds, à égale distance de la corne utérine et du pubis, et l'attire au dehors par la plaie abdominale; il avive ensuite *la face interne du pli*, formé en soulevant le ligament. Cet avivement, qui consiste à gratter le péritoine à la surface du ligament, devra assurer la soudure au niveau de la portion repliée (fig. 312 et 313). A cet effet, il applique

sants. Lors de sa première opération, il n'avait pas connaissance des essais de Herrick dans le même sens. — C. H. Stratz (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1891, Bd. XXI, p. 337) ouvre, au contraire, le cul-de-sac de Douglas.

[1] G. Ruggi. *Sulla cura endo-abdominale de alcuni spostamenti uterini* (*Boll. delle Scienze med. della Soc. medico-chir., de Bologna*, 1888, t. XXII, 1er et 3e fasc., p. 30). Sa première opération date du 19 oct. 1886. — E. Michelli. *Riforma med.*, Rome, 8 et 9 janv. 1889 (*Anal.* in *Revue des Sc. méd.*, juill. 1889, n° 67, p. 156).

[2] W. Gill Wylie. *Surgical treatment of retroversion of the uterus with adhesions, with a method of shortening the round ligaments* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1889, t. XXII, p. 478). Cet auteur affirme (*Pittsburgh med. Review*, juill. 1888, p. 161) qu'il pratiqua sa première opération en 1886.

trois solides ligatures de soie autour du pli formé, en comprenant le plus de ligament rond possible. Il en fait autant de l'autre côté, referme la plaie abdominale et place finalement un pessaire d'Albert Smith dans le vagin.

Procédé de Bode.

Bode[1] procède un peu différemment pour la suture. Il prend du ligament rond, *à partir de l'utérus*, autant qu'il en faut pour le raccourcir de la quantité qu'il juge nécessaire. Relevant alors le ligament, il lui fait un pli, et, au point de traction, il passe un fil qui l'entoure presque en entier. Ce fil est noué une première fois, puis il traverse la corne utérine adjacente. On en noue facilement les deux chefs, après avoir raccourci le ligament rond jusqu'à le tendre.

Procédé de Polk.

Polk[2] emploie un procédé très particulier de raccourcissement

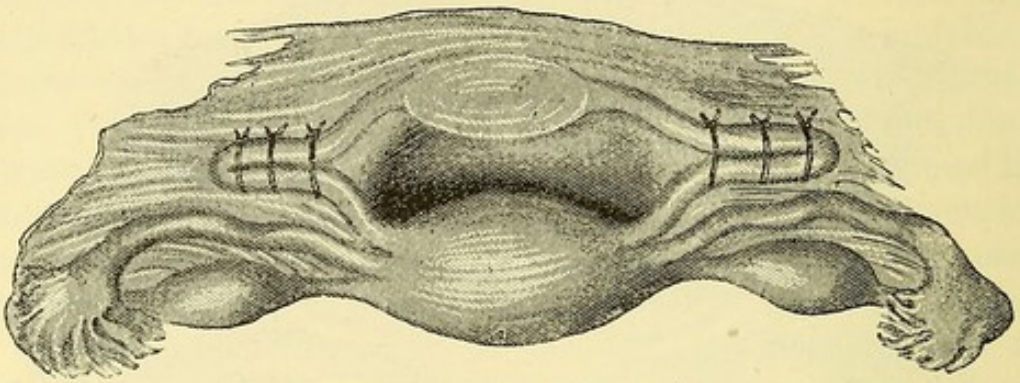


Fig. 313. — Hystéropexie; procédé de G. Wylie.
Raccourcissement par plicature intra-péritonéale des ligaments ronds.

par coudure des ligaments ronds en avant de l'utérus. Il avive, près de leur extrémité utérine, les ligaments ronds, au niveau de leur face interne, les ramène au-devant du fond de l'utérus et les coude en dedans; au sommet de l'anse, il les unit l'un à l'autre, au point avivé, grâce à une suture faite avec un fil résistant. En anastomosant en X, en arrière de la vessie, les deux ligaments ronds accolés, il provoque donc la formation d'un repli qui est interne et non externe, comme dans l'opération des auteurs précédents.

Procédé de Dudley.

Enfin, Dudley (de New-York)[3] a proposé un procédé bien plus complexe que les précédents. Il raccourcit les ligaments ronds

[1] Émile Bode. *Soc. gyn. de Dresde*, 6 juin 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 48, p. 795). Sa première opération date du 10 mai 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 3, p. 33). — Voir encore *Ibid.*, 1889, n° 16, p. 285.

[2] W. Polk. *Observations upon the surgical treatment of retroversions and retroflexions* (*Transact. of the Amer. gyn. Soc.*, Philad., 1889, t. XIV, p. 250). Une analyse très écourtée de ce mémoire a été donnée dans l'*Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1889, p. 1066.

[3] A. Palmer Dudley. *A new method of surgical treatment for certain forms of retrodisplacement of the uterus, with adhesions* (*Amer. Journ. of Obstet.*, déc. 1890, p. 1336). — M. Baudouin (*Gaz. des Hôp.*, 1890, p. 1529) a proposé une légère modification du procédé du gynécologiste de New-York.

par la coudure de leur extrémité utérine et leur fixation sur la face antérieure de l'utérus. Il l'applique aux cas où il existe des adhérences péri-utérines, sans complications sérieuses du côté des annexes, avec perméabilité des trompes.

Hystérectomie vaginale.

Hystérectomie vaginale. — L'hystérectomie a été pratiquée par divers chirurgiens pour combattre les accidents dus à une rétroversion très douloureuse et très rebelle[1]. Une pareille opération ne serait légitime qu'après l'emploi infructueux de moyens moins radicaux, en particulier de l'hystéropexie abdominale.

Choix de l'opération.

Choix de l'opération contre la rétroflexion. — La première indication, dans toute rétroflexion douloureuse, est de rechercher soigneusement le siège de la complication inflammatoire de la déviation et le plus ou moins de mobilité de l'organe.

L'utérus est-il facilement **réductible**? Il est très probable qu'il existe seulement, outre la déviation, un certain degré de métrite concomitante. Si l'examen local fait par la palpation bi-manuelle confirme ce diagnostic, on se préoccupera avant tout de guérir l'inflammation de l'utérus et on instituera d'abord le traitement de la métrite catarrhale ou de la métrite douloureuse chronique. Le **curettage** s'imposera, et l'**amputation du col**, à un ou deux lambeaux, sera indiquée dans la majorité des cas. J'ai remarqué à plusieurs reprises que l'amputation infra-vaginale du col (procédé de Simon Markwald et procédé de Schröder) était suivie du redressement spontané de l'utérus, grâce, sans doute, au travail d'involution qui lui succède et qui rend à l'organe une légèreté et une tonicité nouvelles. Le même fait a été constaté par d'autres auteurs[2], et il rend compte des guérisons faussement attribuées à des procédés compliqués d'excisions ou de sutures qui agissent, en définitive, non sur la déviation, mais sur la métrite.

L'utérus étant réductible, constate-t-on une lésion notable des annexes? Il faut encore provisoirement suivre le même plan, et tâcher de la guérir indirectement par la voie utérine. On appliquera ensuite un pessaire. On pourra aussi redresser définitivement l'utérus, soit par l'opération d'Alexander-Adams, soit par la vagino-fixation. Toutefois le raccourcissement des ligaments ronds, même avec les derniers perfectionnements, ne donne que des résultats d'une durée contestable; quant à la vagino-fixation, il faut n'y avoir recours que chez les femmes ayant dépassé la ménopause, car on a signalé les sérieux dangers qui en résultent pour l'accouchement.

[1] Richelot. *Union méd.*, 1886, p. 101. — Bouilly. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 24 oct. 1888, p. 762.

[2] Triaire. *Rétroflexion de l'utérus. Guérison par l'excision du col* (*Gaz. des Hôp.*, 26 mai 1889). — Quénu. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1889, p. 771.

Si au bout de quelques mois la déviation se reproduit et si les douleurs persistent, on sera autorisé à faire la laparotomie que nous allons examiner plus loin, à propos des déviations adhérentes[1].

Le **raccourcissement des ligaments ronds**, ou opération d'Alexander-Adams, n'ayant aucune gravité, sera pratiqué dans la même séance où l'on fera le curettage suivi ou non de l'amputation du col, dans les cas de métrite avec rétroflexion. En relevant à la fois l'utérus et les annexes, cette opération prévient la formation d'adhérences périsalpingiennes dans le cul-de-sac de Douglas.

Rétrodéviations mobiles.

Il y a aussi toute une catégorie de **rétro-déviations mobiles** auxquelles (après échec du pessaire) cette opération convient essentiellement. On les observe surtout chez les femmes, de constitution délicate et de tempérament nerveux, des classes élevées de la société. Il s'agit de cas où la déviation occupe le premier plan, l'inflammation étant nulle ou presque nulle. Dans la déviation, même facilement réductible, c'est plutôt alors la mobilité excessive de l'utérus qui paraît être la cause des accidents, que telle ou telle position anormale. On voit, en effet, l'utérus reprendre une mauvaise position après la réduction, et se placer en latéro-version ou flexion et même en antéversion : il y a là, si l'on peut ainsi dire, une *luxation vague* de l'organe, analogue à certains déplacements articulaires avec grande laxité ligamentaire, décrits par Gerdy. L'état pathologique qui en résulte, caractérisé surtout par des réflexes nerveux et de la neurasthénie, se rapproche jusqu'à un certain point de ceux que F. Glénard[2] a synthétisés sous le nom d'*entéroptose*, sans toutefois se confondre avec eux.

Chez de pareils malades, on devra d'abord essayer de faire supporter un **pessaire** immédiatement appliqué après la réduction de l'utérus, effectuée par le redressement bi-manuel ou avec la sonde. Ce moyen si simple rend d'immenses services, et l'on s'étonne de la proscription que lui ont infligée des chirurgiens distingués[3]. On fera aussi porter aux malades une **ceinture** immobilisant l'abdomen.

[1] Skeee Keith (*Edinb. med. Journ.*, juill. 1886, t. XXXII, p. 55) a suivi le plan que j'indique ici, dans une intéressante observation qui est une des premières d'hystéropexie abdominale, faite de propos délibéré. L'opération d'Alexander-Adams ayant échoué, il pratiqua la laparotomie et fixa dans la paroi abdominale les pédicules des ovaires enlevés. Si l'on trouvait les annexes saines, c'est le fond de l'utérus qu'on fixerait seul, sans enlever les ovaires ni les trompes.

[2] Frantz Glénard. *Neurasthénie et entéroptose* (*Semaine méd.*, 19 mai 1886, p. 211).

[3] F. Terrier. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 3 avril 1889, p. 277 : « Je me suis gardé de conseiller les pessaires, pour lesquels j'ai une *horreur instinctive* ». — Bouilly (*ibid.*, p. 293) s'est justement élevé contre cette opinion radicale, que j'ai moi-même combattue (*ibid.*, p. 295). Plus récemment encore (*La Gynécologie*, 1896, n° 1, p. 3) Bouilly s'est fait le défenseur des pessaires judicieusement appliqués.

Rétroflexions adhérentes

Restent les **rétroflexions adhérentes.** Ici encore le diagnostic de la complication me paraît capital. Je ne suis pas éloigné d'admettre avec G. Wylie[1] qu'il y a neuf fois sur dix, dans les rétroflexions adhérentes, coexistence de salpingite ayant provoqué cet enroulement particulier des ligaments larges en arrière qui est la conséquence de la traction opérée sur eux par les annexes enflammées. Je crois dangereux de faire alors des tentatives réitérées de réduction, soit avec le doigt introduit dans l'organe dilaté, soit avec des sondes ou instruments redresseurs. Je connais plusieurs faits d'accidents sérieux, survenus après ces manœuvres, qui provoquent le retour et l'exacerbation de l'inflammation des annexes; quelques-uns seulement ont été publiés[2]. Si, après une séance de tentatives modérées sous le chloroforme, la réduction ne peut pas être obtenue, je l'abandonne. S'il y a surtout de la métrite, on se bornera à la traiter chirurgicalement (curettage et amputation du col), avec l'espoir que les douleurs disparaîtront en même temps que l'état inflammatoire. Si la métrite est peu prononcée et qu'il s'agisse manifestement d'une lésion des annexes, ancienne ou persistante, on fera la laparotomie. On la fera encore si, en l'absence de lésion manifeste des annexes, il subsiste des douleurs liées à la déviation contre laquelle le raccourcissement des ligaments ronds ne saurait être tenté.

Quand la laparotomie, qui alors est toujours à un certain degré exploratrice, fait reconnaître une lésion des annexes en voie d'évolution (pyo-salpinx, salpingite parenchymateuse, ovarite, dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire, etc.), on enlèvera les organes malades. Il est fréquent de voir, après la castration bilatérale et la destruction des adhérences, l'utérus se redresser spontanément[3] : on pourrait alors, à la rigueur, se dispenser de faire l'hystéropexie : en effet, rien ne vient plus attirer l'organe en arrière, et l'atrophie qui va succéder suffira à en maintenir la rectitude[4]. Mais pour peu qu'il ait une tendance à retomber en arrière, on suturera l'utérus à la paroi abdominale.

Enfin, il y a des **cas complexes**, à d'autres titres, dans lesquels la rétroversion utérine coïncide avec un certain degré d'affaiblissement général du plancher pelvien et des moyens de fixité de l'utérus. Chez ces femmes, ordinairement multipares, il semble que la rétroflexion soit le premier stade du prolapsus, annoncé par le relâchement du vagin et la béance de la vulve. Il faut alors successivement s'atta-

[1] G. Wylie, *loc. cit.*, p. 482.

[2] P. Delbet. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 980. — Picqué. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, p. 937.

[3] Routier. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 16 janv. 1889, p. 39.

[4] Olshausen. *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 8 nov. 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 49, p. 850).

Opérations combinées.

quer à tous les éléments morbides par des **opérations combinées**[1]; à la métrite, par le curettage et l'amputation du col; à la faiblesse du périnée, par la colpo-périnéorrhaphie; à la déviation utérine, par le raccourcissement des ligaments ronds, si l'utérus est mobile, et par l'hystéropexie abdominale, si l'organe est adhérent. On ne fera les opérations plastiques sur le vagin et le périnée qu'après avoir d'abord fixé l'utérus, afin de pouvoir apprécier le degré d'avivement nécessaire.

[1] La nécessité des *opérations combinées*, dans les cas de ce genre, a été très nettement formulée par Doléris. *Gaz. méd. de Paris*, avril 1886. — *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1886, p. 350. — *Mémoire à la Soc. de méd. de Paris* in *Union méd.*, 11 juin 1887. — *Mémoire à la Soc. gyn. amér.* in *Trans. of the Amer. gyn. Soc.*, 1887, p. 488. (Ces deux derniers mémoires ont été reproduits dans les *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, p. 34, 49, 97, 177, 257 et 329.)

Mundé (*The value of Alexander's operation* in *Amer. Journ. of Obst.*, 1888, t. XXI, p. 1132 et 1136), qui, depuis longtemps, emploie aussi des opérations combinées, fait remarquer que pratiquer d'abord les opérations plastiques sur le vagin et le périnée, puis ensuite le raccourcissement des ligaments (comme Doléris), c'est « mettre la charrue avant les bœufs ».

CHAPITRE III

PROLAPSUS DES ORGANES GÉNITAUX[1]

Définition. — Étiologie. — Anatomie pathologique : 1° Procidence du vagin seul. 2° Procidence simultanée du vagin et de l'utérus avec élongation du col. 3° Procidence du vagin et de l'utérus résultant d'une hypertrophie primitive du col. 4° Procidence de l'utérus et du vagin sans hypertrophie du col. — Symptômes. — Marche. Pronostic. — Diagnostic avec : Polype ; inversion ; uréthrocèle. — Traitement. Ceintures. Pessaires. Hystérophores. — Traitement chirurgical. Opérations préliminaires. I. Constitution d'un point d'appui inférieur. Colpo-périnéorrhaphie : procédé de Hegar. Périnéauxésis, procédé de A. Martin. Procédés de Bischoff, de Winckel. Colpo-périnéoplastie par glissement : procédé de Doléris. Élytrorrhaphie antérieure : procédé de Stoltz. Cloisonnement du vagin de L. Le Fort. Soins consécutifs à la colpo-périnéorrhaphie. Gravité. Résultats immédiats et éloignés de la colpo-périnéorrhaphie. II. Soulèvement de l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds. III. Suture de l'utérus à la paroi abdominale : gastro-hystéropexie. IV. Hystérectomie vaginale et colpectomie. — Choix de l'opération.

Définition.

Je réunis sous une même rubrique, à l'exemple de Trélat[2], l'**abaissement de l'utérus** (*prolapsus*, *descente*, *chute*, *précipitation*), celui de la paroi antérieure du vagin, qui entraîne la vessie (**cystocèle**) et celui de la paroi postérieure qui suit ordinairement le rectum (**rectocèle**). Ces déplacements divers, qui ont été artificiellement séparés, sont étroitement solidaires ; s'il est vrai qu'ils peuvent

[1] Je crois inutile de consacrer un chapitre spécial à d'autres déplacements peu importants de l'utérus. Je me bornerai à les mentionner.

L'utérus peut être porté directement en avant, ANTÉ-POSITION, quand il est refoulé par une tumeur développée derrière lui ; un exemple frappant de ce déplacement est offert au clinicien dans l'hématocèle rétro-utérine ; le changement de position n'est jamais qu'un épiphénomène.

La RÉTRO-POSITION est le transport en totalité de la matrice en arrière, sans déviation de son axe. On peut la voir succéder à la paramétrite ou à la périmétrite postérieure ; elle peut être exceptionnellement observée à l'état de pureté. Mais il s'y joint bien vite une flexion en avant du corps de l'utérus (fig. 273). Les symptômes observés sont dus aux adhérences inflammatoires, et le traitement doit être uniquement dirigé contre elles.

L'ÉLÉVATION DE L'UTÉRUS n'est pas, non plus, une maladie, mais un symptôme. Une tumeur siégeant dans le cul-de-sac de Douglas, une tumeur intra-ligamentaire ou enclavée dans le pelvis, peuvent ainsi soulever l'utérus ; parfois il est maintenu, comme suspendu, par des adhérences qui se sont produites durant la grossesse et se sont opposées à ce qu'il aille ensuite reprendre son siège normal. Dans tous ces cas, on observe ordinairement une certaine élongation du col.

[2] U. TRÉLAT. *Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme* (*Annal. de gyn.*, mai 1888, t. XXIX, p. 321).

exister isolément, ce n'est qu'à titre d'exception : le plus souvent, ils se succèdent et se commandent. Enfin, l'étiologie et le traitement forment de nouveaux liens entre ces diverses lésions et leur donnent une véritable unité clinique. L'**hypertrophie** et l'**allongement du col de l'utérus** viennent encore s'y joindre et doivent entrer dans le tableau anatomique et symptomatique, sous peine de le dénaturer complètement.

Étiologie. **Étiologie**. — Hart[1] a judicieusement assimilé ces déplacements aux hernies, en général. Mais il y a cette différence que, dans les hernies ordinaires, les organes poussés au dehors par la pression intra-abdominale sont essentiellement mobiles (intestin, épiploon), tandis qu'ici il s'agit d'organes fixes, qui conservent forcément des points stables au niveau de leurs attaches profondes et qui, par suite, doivent subir des déformations. C'est là, en particulier, qu'est la clef des hypertrophies du col utérin.

Quoi qu'il en soit, on peut, comme pour les hernies, distinguer dans les prolapsus génitaux les déplacements *de force* et les déplacements *de faiblesse*. Les premiers se produisent à la suite d'un **effort** violent, soit d'emblée, soit lorsqu'une cause prédisposante a, pour ainsi dire, déjà frayé la route. Une chute sur le siège, une attaque d'épilepsie, de violents accès de toux, ont pu produire ce que certains auteurs ont appelé des **prolapsus aigus**, même chez les vierges[2]; mais, le plus souvent, un ou plusieurs accouchements antérieurs ont affaibli les soutiens de l'utérus quand un effort vient déterminer sa chute.

On a aussi observé le même fait durant la **grossesse**[3], dans les mêmes circonstances. On conçoit très bien, en effet, que les grands changements survenus dans les connexions de l'utérus gravide facilitent considérablement un prolapsus. Tous les ligaments sont plus volumineux, mais sont aussi ramollis; la pression intra-abdominale est augmentée et agit plus énergiquement sur les points faibles du plancher pelvien, où la fente vaginale forme une sorte de ligne de clivage toujours prête à céder sous l'effort.

La déchirure du périnée est au nombre des causes prédisposantes

[1] Hart. *The structural anatomy of the female pelvic floor*. Édimbourg, 1880.

[2] R. Barnes. *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. franç. Paris, 1876, p. 540. — Mundé. *Forcible and complete prolapse of the uterus in a virgin* (*Amer. journ. of Obst.*, 1888, t. XXI, p. 70).

[3] Dutauzin. *Étiologie et symptômes de la chute de la matrice*. Thèse de Paris, 1887. — Gorodichze. *Du prolapsus de l'utérus gravide*. Thèse de Paris, 1888. — Faivre. *Contrib. à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide*. Thèse de Paris, 1890. — A. Berne (*Observation d'un prolapsus utérin complet pendant la grossesse*, Lyon, 1891) a vu survenir cet accident au 5e mois et demi de la grossesse. L'accouchement se fit à terme et la malade guérit de son prolapsus.

non douteuses, quoi qu'en aient dit certains auteurs[1]. Elle permet, en effet, un état de béance de la vulve qui entraîne l'accès de l'air dans le vagin, en sépare les parois, et dédouble, pour ainsi dire, la résistance du plancher périnéal. On a même avancé[2] que le transverse du périnée et le releveur de l'anus peuvent avoir subi une déchirure sous-cutanée ou être paralysés tardivement, après le traumatisme puerpéral, sans aucune lésion apparente du tégument. Enfin, la laxité du péritoine qui a été distendu par l'ascension de l'utérus gravide, entre sans doute pour une part dans l'action de la **parturition**, prédisposante au prolapsus.

Faut-il encore admettre une **prédisposition congénitale héréditaire**[3] ou simplement une disposition individuelle particulière, résultant de la faiblesse des moyens de fixité de l'appareil génital[4]? Ce dernier fait, tout au moins, est très vraisemblable et explique comment des efforts qui resteraient sans effet sur la majorité des femmes agissent sur certaines autres. C'est aussi, du reste, ce qu'on observe pour les hernies.

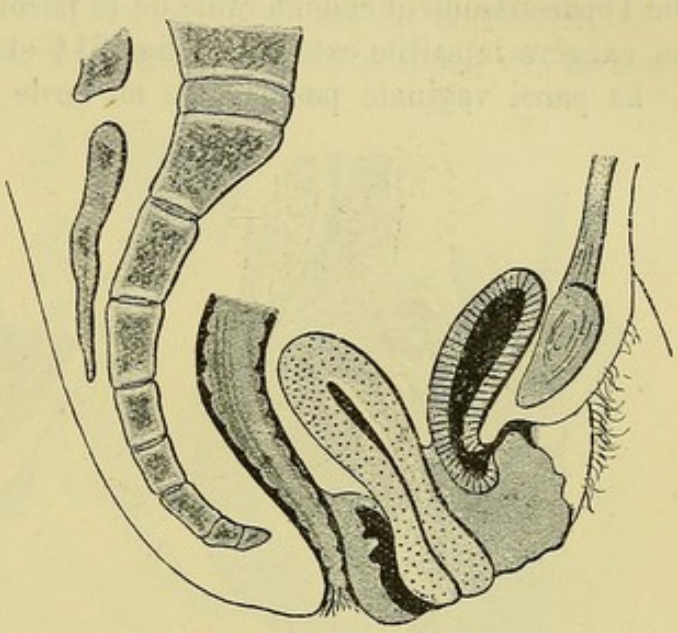


Fig. 314. — Prolapsus génital.
Procidence de la paroi antérieure du vagin très épaissie; légère cystocèle; persistance du cul-de-sac postérieur du vagin; hypertrophie de la portion moyenne du col.

Anatomie pathologique. — Il est indispensable de distinguer nettement certaines catégories. Anatomie pathologique.

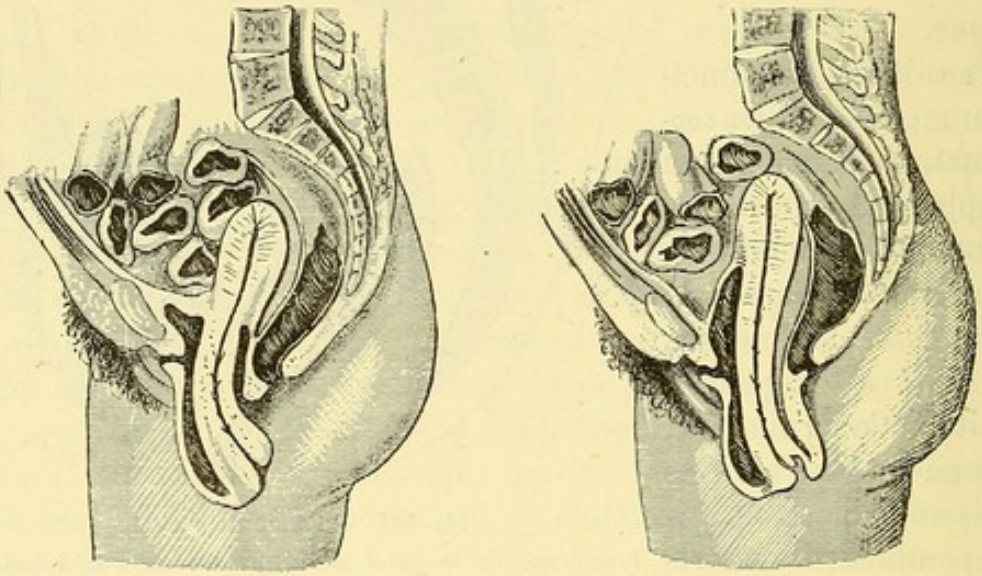
1° **Procidence du vagin seul (cystocèle et rectocèle).** — Dans l'immense majorité des cas, la chute du vagin précède l'abaissement de l'utérus, et l'entraîne, au bout d'un temps plus ou moins long, comme phénomène secondaire. Procidence du vagin seul.

La paroi antérieure du vagin est celle qui descend le plus facilement; il est même ordinaire d'observer chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants un très léger degré de **cystocèle** quand la vessie Cystocèle.

[1] B. Hart et F. Barbour. *Manuel de gyn.*, trad. franç., Paris 1886, p. 610.
[2] B.-E. Hadra (San Antonio). *Amer. journ. of Obstet.*, avril 1884, p. 365. — U. Trélat. *Prolapsus des organes génitaux* (*Annal. de gyn.*, sept. 1888, p. 174).
[3] A. Doran. *Trans. of the obstetr. Soc. of London*, 1884, p. 88.
[4] U. Trélat, *loc. cit.*, p. 328.

est pleine, et sans que cela constitue une véritable condition pathologique la paroi vaginale antérieure déborde simplement la postérieure, et cela n'entraîne aucune conséquence fâcheuse si le périnée a conservé une tonicité suffisante. Il en est autrement dans le cas contraire; une sorte de hernie de la vessie tend à se prononcer à travers la vulve, car le réservoir urinaire, étroitement lié au vagin par sa face postérieure, ne peut s'en séparer; mais parfois cette hernie de la vessie est beaucoup plus apparente que réelle, à cause de l'épaississement considérable de la paroi vaginale qui la recouvre et exagère la saillie extérieure (fig. 314 et 315).

La paroi vaginale postérieure ne tarde pas à suivre ce mouve-



A B

Fig. 315. — Prolapsus génital.

A. Procidence de la paroi antérieure du vagin avec cystocèle et élongation hypertrophique de la portion moyenne du col (Schröder); le cul-de-sac postérieur du vagin est conservé. — *B*. Procidence complète du vagin avec cystocèle et sans rectocèle. Élongation hypertrophique de la portion sus-vaginale du col; le cul-de-sac postérieur du vagin est inversé.

ment de descente; l'ampoule rectale dilatée s'insinue dans le repli vaginal; mais la laxité des liens existant entre l'intestin et la paroi postérieure du vagin empêche que le rectum soit entraîné d'emblée; la **rectocèle** est donc beaucoup moins fréquente que la cystocèle. Lorsque l'une et l'autre existent, le doigt introduit dans l'anus peut se recourber en crochet dans la partie postérieure de la tumeur qui sort de la vulve, tandis que le cathéter, également recourbé, promène son bec dans le segment antérieur. On a alors une saillie bilobée, d'ordinaire inégalement développée en avant et en arrière, qui se prononce et se tend sous l'influence des efforts et dont la surface présente encore un peu les plis et la couleur du vagin; mais le contact de l'air et les frottements modifient vite cette surface, l'épaississent, la durcissent et parfois l'ulcèrent.

Rectocèle.

Entérocèles vaginales.

Si la vessie (ce qui est absolument rare) ou le rectum (ce qui l'est beaucoup moins) n'a pas été entraîné par les parois du vagin, c'est le péritoine qui vient s'insinuer en arrière et en avant, creusant d'une façon démesurée le cul-de-sac vésico-utérin et le cul-de-sac de Douglas. Cela suppose une fixité très grande de l'utérus avec une flaccidité considérable de la séreuse, ou encore, d'après Freund, la persistance d'un état fœtal, car chez le fœtus les replis du péritoine descendent relativement beaucoup plus bas. Il est alors possible que l'intestin grêle s'insinue en avant ou en arrière, déprimant les parois du vagin et formant ce qu'on a appelé des **hernies ou entérocèles vaginales.** En réalité, on doit classer ces lésions parmi les variétés très rares de **prolapsus du vagin.** Il n'existe que très peu de cas publiés de **prolapsus vaginal avec entérocèle antérieure**[1], tandis que l'on rencontre bien moins exceptionnellement le **prolapsus vaginal avec entérocèle postérieure**[2].

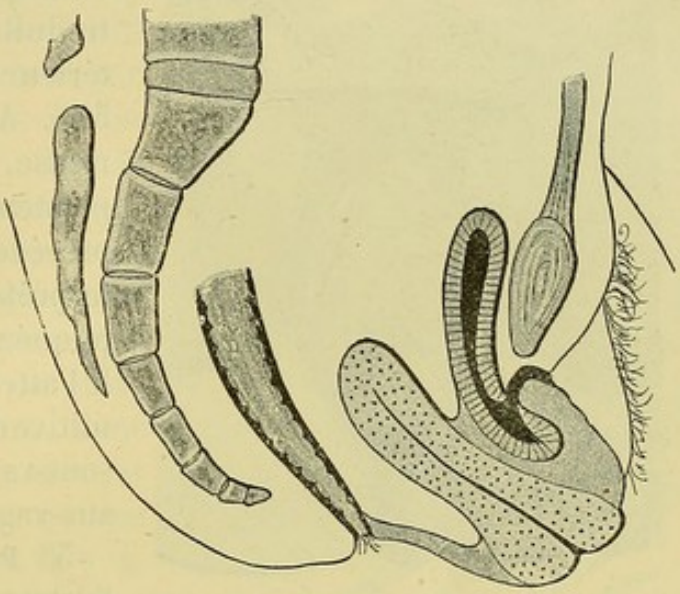


Fig. 316. — Prolapsus génital.

Procidence complète du vagin épaissi; légère cystocèle; effacement du cul-de-sac postérieur du vagin; hypertrophie de la portion sus-vaginale du col.

Procidence simultanée du vagin et de l'utérus avec élongation du col.

2° **Procidence vaginale et prolapsus utérin simultanés, avec élongation hypertrophique secondaire de la portion sus-vaginale du col.** — Les tractions exercées par le vagin prolabé sur ses attaches au col de l'utérus finissent bientôt par agir. Il arrive d'ordinaire que ces attaches sont peu à peu désinsérées et glissent de haut en bas, de telle sorte que le museau de tanche disparaît sous l'effacement des culs-de-sac. Le vagin tirant toujours et l'utérus étant encore fixé supérieurement, le col, qui est tout entier devenu sus-vaginal, subit une élongation progressive; parfois il y a allongement et comme étirement sans hypertrophie; le plus souvent, la congestion passive et l'inflammation qui règnent dans les organes prolabés amènent un épaississement hypertrophique du col allongé; mais cette hyper-

[1] Breisky. *Krankh. der Vagina*, 1886, p. 69. — Etheridge. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 5 févr. 1887 (Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 33, p. 535).

[2] A. Martin. *Path. und Ther. der Frauenkrankh.*, 1887, p. 121.

trophie est consécutive, secondaire, et non primitive. La marque et comme la signature de ce processus réside dans la disparition préalable du museau de tanche, absorbé par les efforts de traction.

Au centre de la tumeur formée par le vagin renversé, on sent alors une colonne cylindrique qui est le col allongé et épaissi.

Si, ce qui est fréquent, la paroi postérieure du vagin a cédé plus tardivement et moins complètement que la paroi antérieure, la procidence vaginale ne se produit qu'en avant; la cavité du vagin existe encore en arrière; toutefois, en arrière aussi, le col a participé à l'hypertrophie, et celle-ci peut être appréciée par le doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur persistant (fig. 314 et 315, A). Cette disposition curieuse, qui s'explique très simplement par les considérations précédentes, a donné lieu à une interprétation beaucoup plus compliquée de la part de Schröder. Il l'attribue à l'hypertrophie primitive du segment moyen du col, sous-vaginal ou libre en arrière, sus-vaginal en avant (fig. 319, *bb*).

Procidence du vagin et de l'utérus résultant d'une hypertrophie primitive du col.

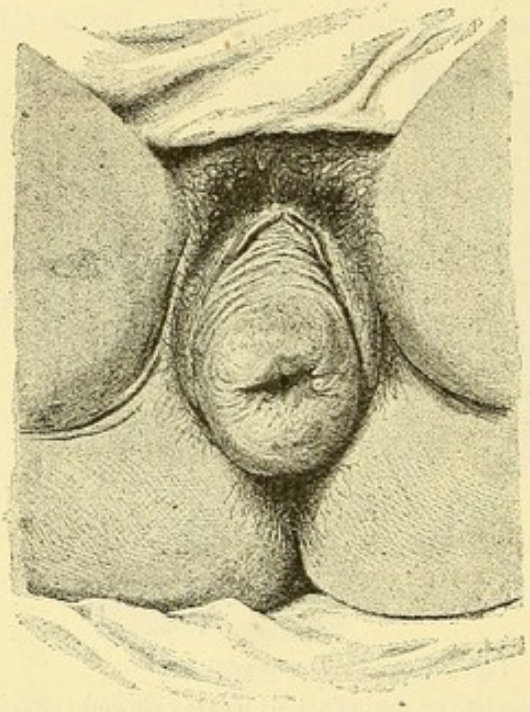


Fig. 317. — Prolapsus de l'utérus; allongement hypertrophique considérable du col; cystocèle.

5° Procidence du vagin et de l'utérus résultant d'un allongement hypertrophique primitif de la portion sus-vaginale du col. — Les faits de cet ordre, longtemps méconnus, que Huguier a cru beaucoup plus fréquents qu'ils ne le sont en réalité, et que certains auteurs tendraient aujourd'hui à contester de nouveau (Virchow), ne sauraient être mis en doute. On observe, en effet, chez des femmes vierges, dont le vagin et le périnée sont parfaitement résistants et sans abaissement du corps de l'utérus, une inversion de la partie supérieure du vagin coexistant avec une hypertrophie du col, portant souvent à la fois sur la partie sous-vaginale (museau de tanche) et sur la partie profonde ou sus-vaginale[1]. J'ai opéré un cas de ce genre dans le service de mon regretté maître Gallard. On est bien forcé alors d'admettre que c'est l'allongement initial du col qui a entraîné en bas les attaches du vagin. Plus tard, du reste, les rôles peuvent être intervertis, et la procidence vaginale devient le phéno-

[1] Hegar et Kaltenbach, *loc. cit.*, trad. franç., p. 559.

mène principal et allonge le col à son tour. Quoi qu'il en soit, le point de départ a été inverse ; je crois qu'on doit attacher une grande valeur, pour sa détermination, à la conservation complète de la longueur du museau de tanche, souvent exagérée par l'hypertrophie. Elle est un sûr témoignage de l'absence de traction exercée à ce niveau par les insertions vaginales.

Rôle de l'hypertrophie du col.

Rôle de l'hypertrophie du col dans les prolapsus génitaux. — Il n'est pas inutile de jeter un coup d'œil d'ensemble sur l'hypertrophie du col et sur le rôle qu'elle joue dans les prolapsus génitaux.

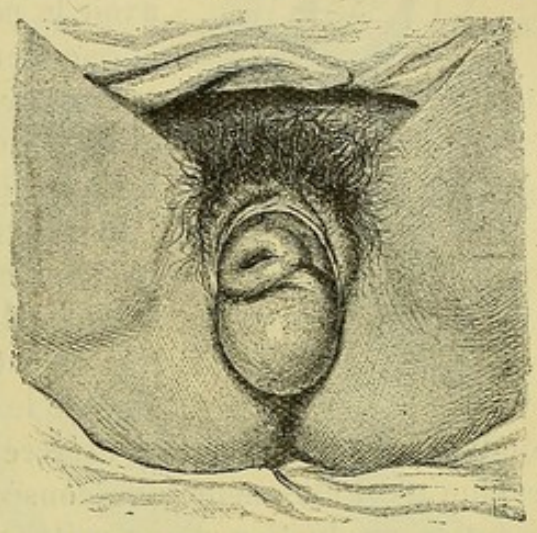


Fig. 318. — Prolapsus de l'utérus; allongement hypertrophique du col; rectocèle.

L'hypertrophie et l'allongement du col, au-dessus des attaches du vagin, avaient été observés et notés isolément par quelques auteurs, mais aucun n'avait songé à lui donner une importance prépondérante, lorsque Huguier publia son célèbre mémoire[1]. Il employa un grand talent pour démontrer, à l'aide de faits cliniques et de pièces anatomiques, que, dans l'immense majorité des cas, les *chutes de l'utérus* ont reçu une interprétation vicieuse; il y a, dit-il, non pas *abaissement* ou *précipitation* ou *prolapsus* de la matrice refoulée en totalité hors de l'abdomen, à travers l'orifice vulvaire, à la façon d'une hernie, mais bien **allongement primitif de la portion sus-vaginale du col** qui, s'étant hypertrophiée et ne pouvant se développer du côté de l'abdomen, vient faire saillie à travers l'ouverture vaginale, entraînant avec elle le vagin et les viscères voisins qui lui adhèrent plus ou moins intimement. Ainsi, Huguier produisait une véritable révolution dans les notions jusqu'alors admises. Avant lui, la *chute* de l'utérus n'était que le dernier terme de l'*abaissement*, pour lequel on admettait trois degrés : 1° l'*abaissement* simple; 2° la *descente* où le col se présente entre les lèvres; 3° la *chute* ou *précipitation* où le corps a suivi le col et pend tout entier hors de la vulve[2]. Or, les faits de cet ordre, sans hypertrophie préalable du col, constitueraient, d'après Huguier, la grande exception; dans l'immense majorité, l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col serait la lésion initiale engendrant le

[1] Huguier. *Mémoire sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus.* Paris, 1860. — *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1859, t. XXIII, p. 279.

[2] Courty. *Traité prat. des mal. de l'utérus*, 1881, p. 589.

déplacement réel du vagin et apparent de l'utérus. C'est lui qui caractérisait la maladie, et c'est à lui que s'adressait le traitement. Huguier faisait consister ce dernier dans l'amputation conoïde du col ; celui-ci était d'abord disséqué entre la vessie et le rectum, puis sectionné aussi haut que possible[1] (fig. 320).

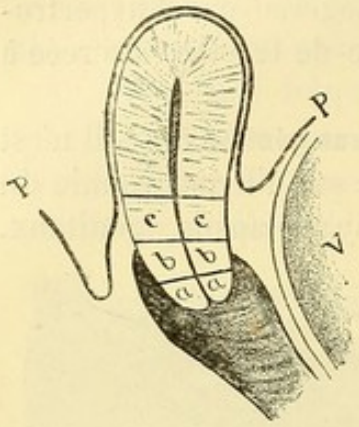


Fig. 319. — Division du col en trois parties (Schröder).

P, péritoine. — V, vessie. — *a*, portion sous-vaginale. — *b*, portion moyenne (sous-vaginale en arrière, sus-vaginale en avant). — *c*, portion sus-vaginale.

Si l'on cherche actuellement à apprécier avec justice la contribution apportée à nos connaissances par Huguier, on voit que, sans avoir la portée excessive qu'il lui a donnée, et que d'autres ensuite, comme Gallard[2], lui ont attribuée, elle n'en est pas moins très importante. Au point de vue anatomo-pathologique, il a établi la fréquence extrême de l'allongement hypertrophique sus-vaginal du col dans les prolapsus génitaux. Cette hypertrophie, il est vrai, n'est pas toujours, contrairement à son opinion, le fait primordial ; elle est le plus souvent une élongation secondaire, due à la traction exercée par le vagin prolabé, et l'hypertrophie n'est elle-même que consécutive à la stase sanguine, favorisant la production d'une métrite cervicale parenchymateuse. Mais

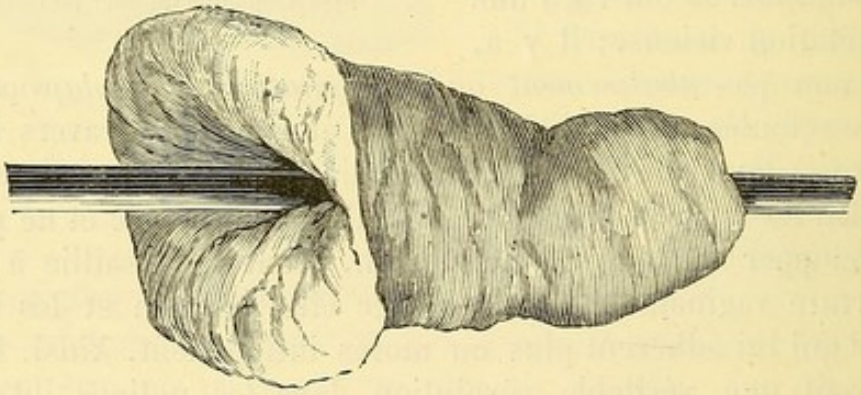


Fig. 320. — Amputation conoïde du col de l'utérus (procédé de Huguier). Portion du col ainsi obtenue (elle est traversée par une sonde). Grandeur naturelle.

le fait existe ; il avait été méconnu, et Huguier a eu le mérite de le mettre en relief. Il a eu encore celui de faire entrer dans le traitement l'amputation du col hypertrophié. Certes, il a eu tort

[1] J'ai plusieurs fois pratiqué cette opération, et j'ai acquis la conviction qu'elle constituait un temps préliminaire précieux. Mais pratiquée selon le procédé de Huguier, sans affrontement des muqueuses par une suture, elle expose à des rétrécissements qui, sans grande importance chez les vieilles femmes, sont un inconvénient sérieux chez les femmes encore réglées.

[2] Gallard. *Leçons clin. sur les mal. des femmes*, 1879, p. 783.

de la juger suffisante ; mais, si l'on se souvient de l'insuccès presque constant des opérations plastiques avant l'antisepsie, on avouera que Huguier est excusable d'avoir partagé à leur égard le découragement de presque tous ses contemporains. Quoi qu'il en soit, l'amputation du col est restée, dans la thérapeutique, comme temps préliminaire important des opérations pratiquées dans la plupart des prolapsus.

Quelle est la nature de l'hypertrophie du col? Quand elle succède à la traction continue du vagin prolabé et à l'élongation qui en est la suite, on ne peut se refuser à y voir un processus inflammatoire. Mais, lorsque l'hypertrophie se produit d'emblée, primitivement, d'où provient-elle? Est-elle le résultat d'une prédisposition congénitale de l'ordre des malformations, prédisposition qui ne manifesterait ses effets qu'au moment du complet développement de l'organe, sous l'incitation de la puberté ou après la suractivité nutritive du traumatisme d'une grossesse? Est-elle, même alors, l'indice d'une métrite parenchymateuse localisée au col, comme Gallard incline à le penser? Il est possible que l'un et l'autre de ces facteurs agissent à tour de rôle ou simultanément. L'examen histologique[1] des cols amputés n'a pas donné de résultats bien instructifs; ils avaient, à peu de chose près, la structure de l'utérus atteint de métrite. On n'a pas, du reste, assez distingué les pièces provenant d'une hypertrophie secondaire à l'élongation de celles où l'hypertrophie est le phénomène initial. Les lésions inflammatoires pouvaient souvent être non primitives mais secondaires,

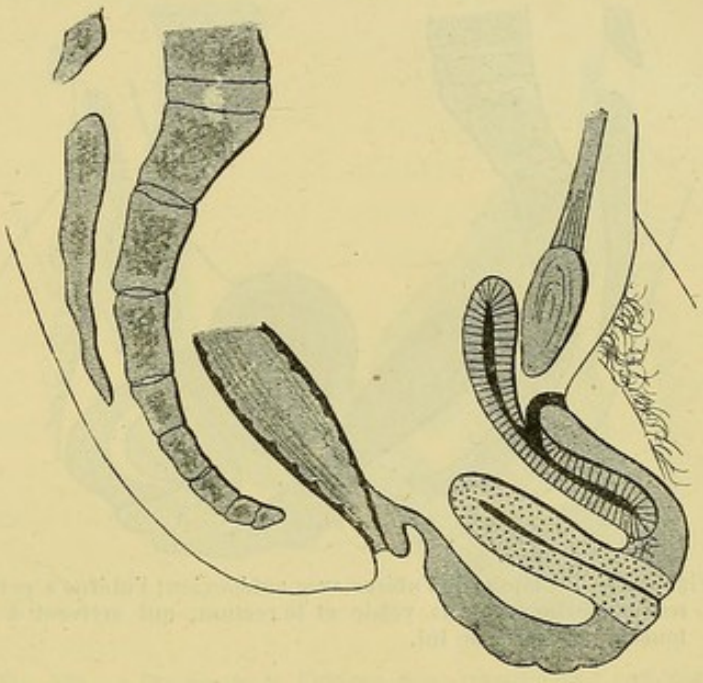


Fig. 321. — Prolapsus de l'utérus primitif, sans hypertrophie du col, consécutif à une rétroversion.

[1] Olivier a donné le résumé d'examens histologiques faits par lui sur des cols que j'avais enlevés par le procédé de Huguier, dans le service de Gallard. Il n'a pas trouvé d'hypertrophie, mais une artério-sclérose localisée. Olivier, in Emmet. *Pratique des maladies des femmes*, trad. franç. p. 496, et *Note sur un cas d'allongement hypertrophique* (*Annal. de gyn.*, sept. 1888, t. XVI, p. 202).

car tout utérus abaissé est presque fatalement voué à l'infection extérieure.

Procidence sans hypertrophie.

4° **Procidence de l'utérus et du vagin sans hypertrophie du col.** — On observe fréquemment un certain degré d'abaissement qui rend le col plus accessible au doigt, en augmentant la profondeur des culs-de-sac vaginaux. Mais la chute complète et brusque de l'utérus est rare. En effet, la force de résistance à vaincre est considérable[1]. Ce sont là véritablement des *hernies de force*, demandant un violent effort. C'est généralement alors l'utérus qui entraîne le vagin après lui; il est à peu près indispensable, pour qu'un effort ait assez de prise sur l'utérus pour le déplacer vers la vulve, que l'organe soit déjà en rétroversion (fig. 321).

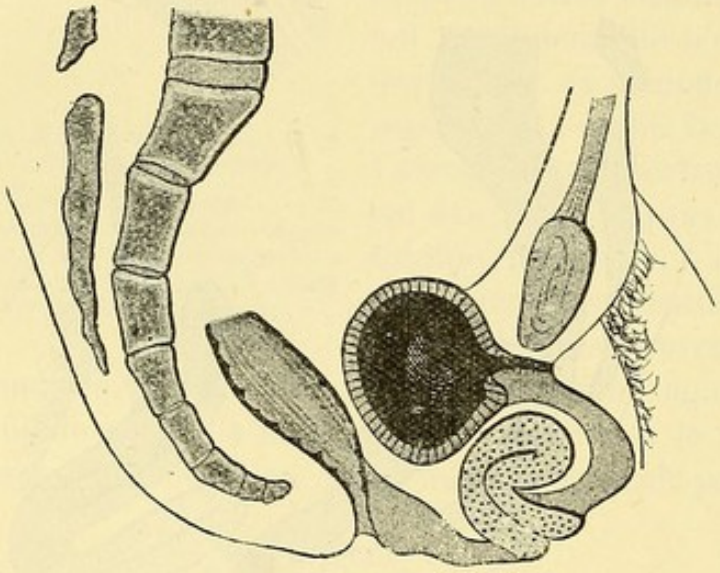


Fig. 322. — Prolapsus de l'utérus avec antéflexion; l'utérus a perdu ses connexions avec la vessie et le rectum, qui arrivent à se toucher au-dessus de lui.

Quand l'utérus a franchi la vulve, il peut, au milieu de l'espèce de sac herniaire où il est contenu, subir des **déviations** sur son axe et se placer en antéflexion (fig. 322) ou en rétroflexion (fig. 323).

Déviations.

Enfin, on a observé l'inversion combinée au prolapsus.

Rapports des organes voisins.

Les **rapports** des organes voisins varient, selon les variétés et les degrés; d'une façon générale, plus le col est hypertrophié (et par col il faut ici toujours entendre la portion sus-vaginale ou profonde et non pas le museau de tanche), plus les replis du péritoine sont éloignés de l'orifice utérin; ils en sont donc très rapprochés dans la variété que j'étudie maintenant (fig. 321).

Quand il existe un degré prononcé de **rectocèle** (fig. 323), les matières fécales peuvent s'accumuler et se durcir dans le cul-de-sac qui déprime le vagin.

[1] Bastien et Legendre (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 15 avril 1859, t. IX, p. 417) ont assurément exagéré cette résistance. Il faut, disent-ils, exercer sur le cadavre une traction de 15 à 20 kilogrammes pour abaisser le col jusqu'à la vulve, et de 50 kilogrammes pour lui faire franchir cet orifice. L'expérience clinique journalière apprend qu'on peut momentanément obtenir ces résultats chez la plupart des femmes, sans violence véritable; mais l'abaissement ainsi obtenu disparaît normalement, dès que la traction cesse, par l'élasticité des tissus. Ce qui constitue l'état pathologique, c'est l'abaissement persistant, résultant des ressorts forcés.

La **cystocèle** arrive bientôt à donner à la vessie la forme d'un bissac dont la poche inférieure, située au-dessous de l'orifice interne de l'urèthre, permet la stagnation de l'urine (fig. 315 et 321) ; il y a donc souvent dilatation de la vessie, des uretères, des bassinets et des calices, par suite du tiraillement ou de la compression de la partie terminale des uretères[1]. On a indiqué la présence de **calculs** dans la cystocèle; mais les observations n'en sont pas aussi nombreuses qu'on pourrait le prévoir *a priori*[2].

Calculs.

Il faut noter l'épaississement de la muqueuse du vagin, qui prend parfois la consistance de la peau ou du cuir, son aspect blanchâtre ou violacé, parfois l'œdème des parties prolabées, enfin l'ulcération ou l'ectropion de l'orifice du col, ou des écorchures et des **ulcères** dus au frottement de la surface de la tumeur.

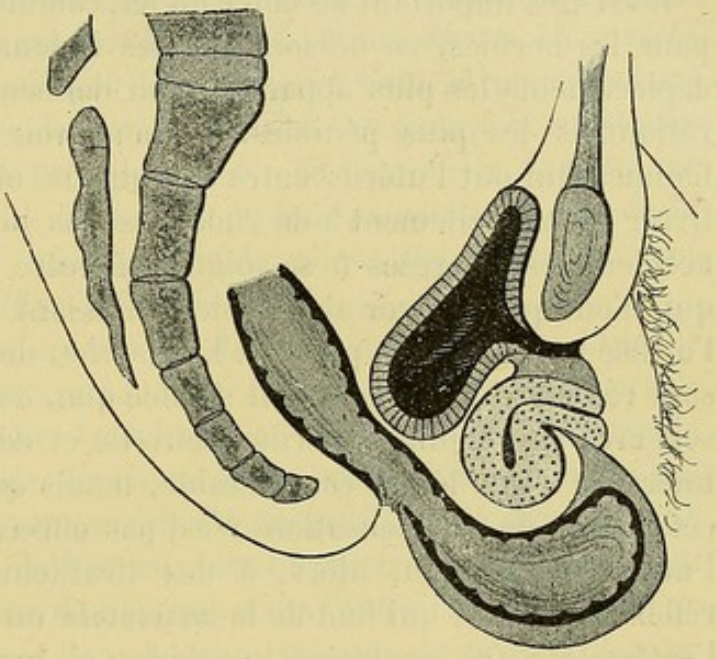


Fig. 323. — Prolapsus de l'utérus avec rétroflexion; rectocèle.

Ulcères.

L'immense majorité des utérus prolabés sont atteints de métrite. La salpingite chronique est également assez fréquente.

Symptômes. — Le **prolapsus aigu**, comme on l'a appelé, ou celui qui se produit brusquement dans un violent effort, comme une hernie de force, est rare, mais a été observé. On voit alors pendre hors de la vulve, immédiatement après la violence qui l'a causée, une tumeur formée soit par la paroi antérieure du vagin seulement, soit aussi par l'utérus lui-même. Une douleur intense, parfois une syncope et une péritonite, accompagnent ces phénomènes.

Symptômes. Prolapsus aigu.

Mais, ordinairement, l'abaissement se produit d'une manière **progressive** et en donnant lieu seulement à des symptômes fonctionnels vagues et indéterminés : pesanteur au périnée, tiraillement dans les reins et le bas-ventre, fatigue durant la marche, accompagnée des

Prolapsus progressif.

[1] Féré. *Notes sur les lésions des organes urinaires consécutives à la chute de l'utérus* (*Progrès méd.*, 1884, p. 22).

[2] Varnier. *Des cystocèles vaginales compliquées de calculs, avec ou sans chute de l'utérus*. Paris, 1886.

d'hypertrophie du col, le milieu de la tumeur, ne pourrait être refoulée qu'au prix de dangereuses violences.

La disposition exacte de la vessie sera appréciée avec une sonde d'homme qu'on introduira en dirigeant le bec en bas; souvent le réservoir urinaire arrive jusqu'au voisinage immédiat de l'orifice utérin (cas d'élongation secondaire du col par traction (fig. 315); d'autres fois, le museau de tanche resté intact fait encore, au-dessous de la limite extrême de la vessie, une saillie qui peut même être exagérée (cas d'allongement hypertrophique primitif du col utérin dans sa portion sus-vaginale (fig. 316).

Marche. Pronostic.

Marche, Pronostic. — La marche de l'affection est essentiellement chronique et, livré à lui-même, le prolapsus devient de plus en plus complet. Il est des malades chez lesquelles cette chute des organes génitaux coexiste avec d'autres hernies volumineuses, et constitue une sorte d'éventration pelvienne aussi incurable que l'éventration abdominale.

On a parlé[1] de guérisons spontanées après des péritonites, ayant fixé l'utérus par la production de fausses membranes, durant une réduction momentanée; ces cas me paraissent mériter confirmation.

Diagnostic.

Diagnostic. — La palpation bi-manuelle, le toucher rectal, le cathétérisme utérin et vésical permettront de distinguer d'abord la

Polype. Inversion.

tumeur qui sort de la vulve d'un **polype** ou d'une **inversion** de l'utérus.

A vrai dire, le point difficile du diagnostic n'est pas celui-là; il réside tout entier dans la détermination précise des parties prolabées et des modifications de **siège**, de **forme** et de **volume** qu'elles ont subies. Une sonde d'homme promenée dans la vessie en indiquera bien les limites; le doigt recourbé en crochet dans le rectum en poursuivra le reploiement en avant : la recherche d'un axe rigide au milieu de la tumeur par la palpation, et la profondeur de la cavité utérine indiquée avec l'hystéromètre, détermineront ce qui appar-

Hypertrophie du col.

tient à l'**hypertrophie du col**. L'état des culs-de-sac péritonéaux est impossible à apprécier, sauf lorsque le gargouillement, produit par des tentatives de réduction, permet de supposer la présence d'anses intestinales en arrière ou même en avant de la matrice prolabée :

Entérocèle.

ces **entérocèles** qui sont excessivement rares, comme je l'ai dit, ne se rencontrent guère quand il y a hypertrophie sus-vaginale du col; alors, en effet, le péritoine est plus éloigné du vagin qu'à l'état normal; dans les chutes simples, sans hypertrophie cervicale, le péritoine est, au contraire, plus près (fig. 321).

Une variété intéressante de prolapsus vaginal, qui peut presque être considérée comme un cas particulier de cystocèle, est

[1] Fritsch. *Die Krankh. der Frauen*, 1886, p. 276.

l'**uréthrocèle**, sur laquelle le professeur Duplay[1] a publié un travail important. La tumeur est formée par la dilatation de l'urèthre ou par une cavité en communication avec ce canal, la vessie pouvant rester indemne. Cette affection est caractérisée par la présence à la vulve d'une tumeur qui n'excède généralement pas le volume d'une noix, située immédiatement au-dessous du canal de l'urèthre et semblant se continuer avec le méat : elle devient plus saillante durant les efforts. On ne la distingue de la cystocèle que par un examen attentif, et en remarquant qu'elle est bien limitée supérieurement, et ne se continue pas avec la vessie qui n'a aucune tendance à prolaber. Le cathétérisme permet aussi de pénétrer d'abord dans la poche de l'uréthrocèle, puis dans la vessie, et cela par un trajet beaucoup plus long, en suivant la paroi inférieure de l'urèthre, qui est infléchie, qu'en longeant la paroi supérieure, demeurée rectiligne. La cloison uréthro-vaginale est parfois très épaissie, ou, au contraire, très amincie. Uréthrocèle.

En continuant à se dilater, l'uréthrocèle peut-elle dépasser le col de la vessie et se transformer alors en cystocèle? Le fait est douteux.

Traitement. — La **prophylaxie** des prolapsus génitaux réside tout entière dans le traitement rationnel, durant l'accouchement et dans l'hygiène consécutive. Traitement prophylactique.

Les **ceintures** et les **pessaires** ne donnent ici qu'un soulagement précaire et souvent tout à fait illusoire; il ne faut pas, toutefois, négliger de faire soutenir le ventre par une ceinture abdominale bien faite qui empêche le poids du paquet intestinal de peser autant sur les organes pelviens. Quant aux **pessaires**, ils ne peuvent donner quelque résultat que si le périnée a conservé une certaine tonicité. On se trouve bien, parfois, comme adjuvant de leur action, d'une **pelote périnéale** (fig. 324 et 325). Breisky[2] dit avoir obtenu de bons résultats avec des pessaires oviformes qui peuvent prendre un point d'appui suffisant chez les vieilles femmes à vagin étroit. On doit aussi essayer l'anneau de Dumontpallier, le pessaire de Hodge, le pessaire en traîneau de Schultze, le pessaire en gimblette, le pessaire Gariel à air. Le pessaire à ailettes de Zwanck-Schilling, quoique médiocre, est un instrument qui a joui d'une grande vogue. Ceintures. Pessaires.

Pour que tous ces pessaires aient quelque chance de succès, il faut, je le répète, que le périnée ait encore quelque tonicité et la

[1] S. Duplay. *Contribution à l'étude des maladies de l'urèthre chez la femme* (*Arch. gén. de méd.*, juill. 1880, 7e sér., t. V, p. 12). — Piedpremier. *De l'uréthrocèle.* Thèse de Paris 1887. — Th. A. Emmet. *The cause and treatment of urethrocele* (*New-York med. Journ.*, 27 oct. 1888, p. 449). — D. Témoin. *Contribution à l'étude des prolapsus génitaux.* Thèse de Paris 1889.

[2] Breisky. *Prag. med. Woch.*, 1884, n° 33.

vulve quelque étroitesse; ils conviennent particulièrement bien aux cystocèles, mais échouent dès que l'utérus prend une part notable au déplacement. Du reste, ils ne doivent être prescrits que comme palliatifs temporaires, en attendant une opération curative.

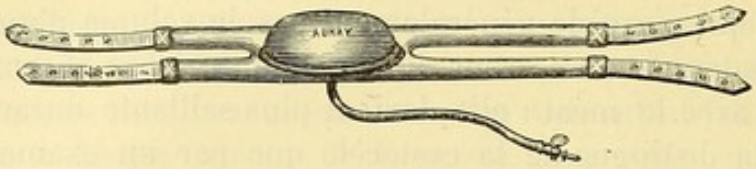


Fig. 324. — Pelote périnéale à air.

Cependant, si la malade se refuse à toute intervention chirurgicale, ou si celle-ci paraît n'offrir aucune chance sérieuse de succès, comme dans ces énormes prolapsus chez des femmes obèses et éventrées où le vagin et l'utérus, comme les autres viscères, ont véritablement perdu droit de domicile dans la cavité abdominale, la seule ressource réside dans l'emploi de pessaires à tiges, soutenus par une ceinture, auxquels on devrait réserver le nom d'**hystérophores**[1]. Des types très analogues ont été fournis par Scanzoni, Courty, Grandcollot

Hystérophores.

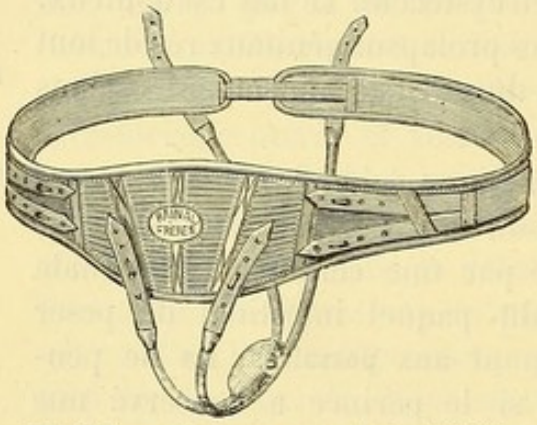


Fig. 325. — Ceinture avec pelote périnéale.

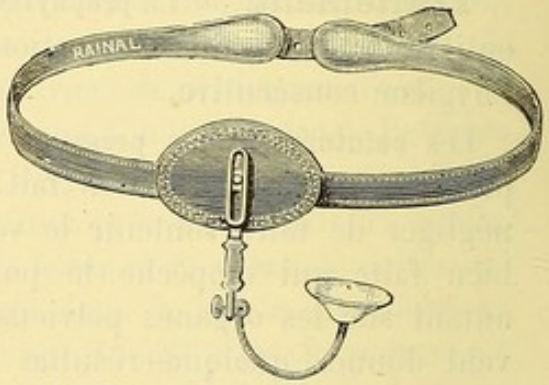


Fig. 326. — Hystérophore à cuvette.

(fig. 326 et 327) : le pessaire Dumontpallier, monté sur une tige qui doit prendre un point d'appui sur la surface de l'abdomen, constitue alors un hystérophore, mais l'anneau doit être rigide pour former un support suffisant. Le pessaire de Cutter, à tige terminée par un anneau ou par une cuvette, est très employé en Amérique (fig. 329 et 330). Le pessaire de Borgnet, ou en *bondon*, convient surtout par sa simplicité, sa solidité et son bon marché à la clientèle des hôpitaux (fig. 328).

Réduction.

Quel que soit le pessaire qu'on emploie, il faut faire précéder son application d'une **réduction** des parties prolabées et de soins destinés à diminuer l'engorgement des parties. S'il y a de l'œdème ou de l'inflammation, on commencera par maintenir la malade au repos

[1] Auvard (art. Pessaire du *Dict. encycl. des sciences méd.*, 2e s, t. XXIII, p. 614) propose d'appeler ces pessaires *vagino-abdominaux*.

horizontal; on administrera des bains fréquents, des injections tièdes prolongées dans le vagin, on appliquera sur le col des tampons glycérinés et on pratiquera le massage. Dès que les tissus auront recouvré quelque souplesse, on procédera, après avoir préalablement vidé la vessie et le rectum, à la réduction, dans la position de semi-pronation latérale, ou dans la position genu-pectorale, qui facilitent l'entrée de l'air dans le vagin. Si l'on éprouve des difficultés à réduire, il faut patienter et ne pas user de force.

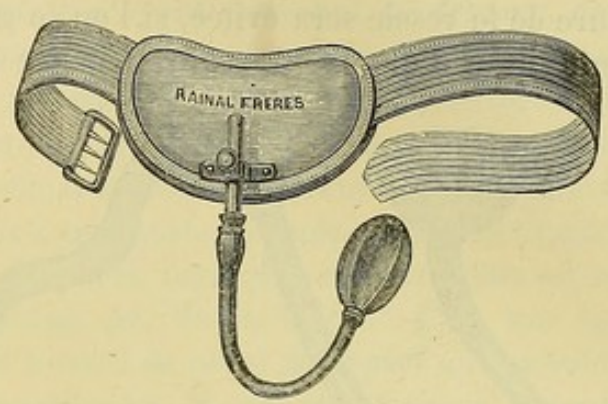


Fig. 327. — Hystérophore de Roser-Scanzoni.

Traitement chirurgical. — Il offre les plus grandes chances de succès et ne présente que peu de gravité; on doit donc le préférer de beaucoup à l'emploi des pessaires. Traitement chirurgical.

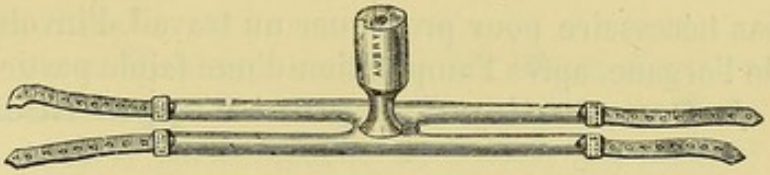


Fig. 328. — Pessaire de Borgnet.

On peut classer de la façon suivante les diverses méthodes qui ont été employées[1] :

1° **Constitution d'un point d'appui inférieur du côté du vagin, de la vulve et du périnée;**

2° **Soulèvement de l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds;**

3° **Suture de l'utérus aux parties voisines (hystéropexie), par la voie vaginale ou par la laparotomie;**

4° **Hystérectomie.**

Avant d'aborder l'étude de ces diverses opérations, il faut noter à titre **d'opération préliminaire**, destinée à favoriser le retrait de l'utérus quand le col est hypertrophié, l'**amputation du col utérin**, qui rendra les plus grands services. Au lieu d'y procéder, comme Huguier, sans s'inquiéter de la réunion consécutive, on devra tou- Opération préliminaire.

[1] E. C. Dudley (de Chicago) (*New-York Journal of Gynæcology and Obstetrics*, juillet 1894) a proposé de s'opposer à la descente de l'utérus en rétablissant l'organe dans une position normale d'anté-courbure qui permette à la pression abdominale d'exercer son action pour l'y maintenir. Il pratique une double *élytrorrhaphie latérale*; la première transversale, après dissection d'une languette, d'avant en arrière, dans les culs-de-sac vaginaux, a pour but de ramener le col en arrière et de faire basculer le corps en avant; la seconde, verticale, le long des parois antéro-latérales du vagin est suivie d'une suture oblique qui doit théoriquement produire le même effet. On peut reprocher à cette opération ingénieuse de trop compter sur des points d'appui instables.

jours se ménager la possibilité d'affronter les muqueuses, après l'excision d'un lambeau conoïde sur chaque lèvre (fig. 331). La blessure de la vessie sera évitée, si l'on se guide sur une sonde d'homme introduite dans le réservoir urinaire et maintenue par un aide : la blessure du péritoine ou du rectum, en arrière, n'aura pas lieu si on dirige toujours le tranchant du bistouri vers la partie à enlever. Une suture réunira la muqueuse vaginale à celle du col. Elle ne serait pas possible si on enlevait un trop grand segment de celui-ci; mais on doit se souvenir que cela n'est pas nécessaire pour provoquer un travail d'involution dans le reste de l'organe, après l'amputation d'une faible partie du col (C. Braun).

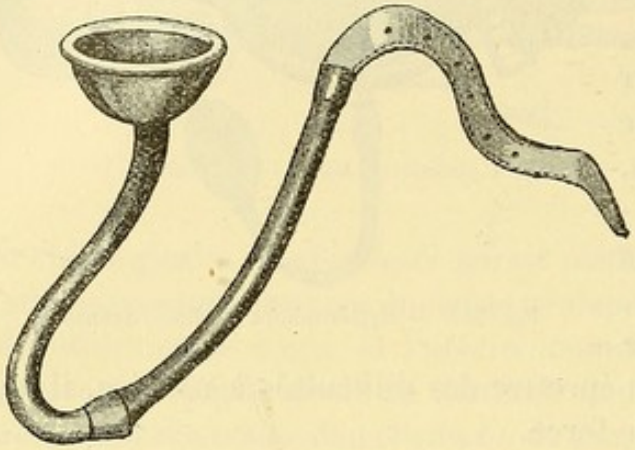


Fig. 329. — Pessaire à cuvette de Cutter.

Constitution d'un point d'appui inférieur.

I. **Constitution d'un point d'appui inférieur.** — Les procédés qui relèvent de cette méthode sont les plus nombreux. Je me bornerai à énumérer ceux qui sont tombés en désuétude pour m'attacher à la description de ceux qu'on doit employer[1].

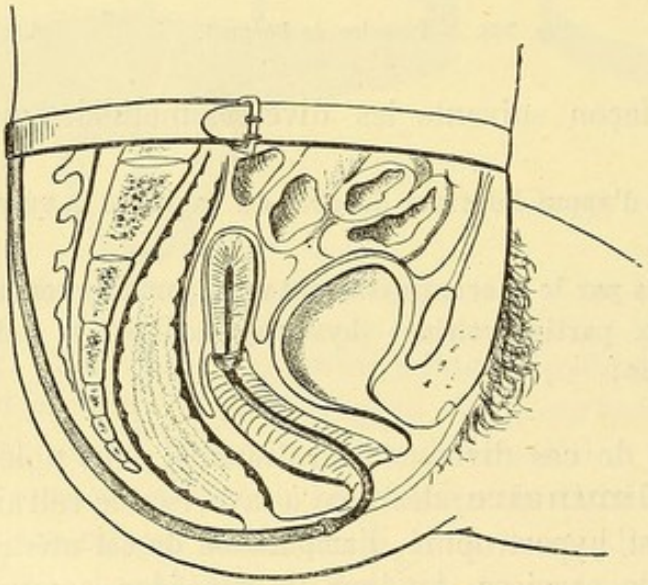


Fig. 330. — Pessaire de Cutter en place.

Parmi les vieux procédés, je citerai : l'**épisiorrhaphie**[2], ou suture des grandes lèvres, pour rétrécir la vulve; l'avivement et la **suture de l'orifice vulvaire**[3]; l'**infibulation**, à l'aide d'un anneau métallique[4]; les **cautérisations** de la paroi vaginale avec divers

[1] Les procédés de Schücking (de Pyrmont), de Freund, de Péan, décrits dans le chapitre relatif à la Rétroflexion, ont été également appliqués au prolapsus.

[2] Fricke. *Annal. der chir. Abtheil. des Krankenhauses in Hamburg*, 1833, t. II, p. 142.

[3] Malgaigne. *Manuel de méd. opér.*, 1873, p. 738.

[4] Dommes. *Hanover'sche Annal. für die ges. Heilk.*, t. V, p. 20.

caustiques[1], ou avec le fer rouge[2], détestables procédés qu'on a récemment essayé de faire revivre. J'en dirai autant de la **ligature**[3].

Franck[4] pratique une opération ayant pour but de former, dans l'intérieur du vagin, une sorte de **pli vertical** projeté en avant comme un tampon vivant. Pour cela il dissèque le vagin jusque près du cul-de-sac postérieur et fait des sutures perdues au catgut pour constituer cette espèce d'éperon. Mais telle n'est pas la seule conséquence de cette opération, qui constitue aussi une sorte de colpo-périnéorrhaphie.

L'excision d'un lambeau de paroi vaginale, **élytrorrhaphie** ou **colporrhaphie**, fut d'abord préconisée par Marshall Hall[5]. C'est son opération, bien incomplète, qui a servi de point de départ aux procédés perfectionnés de **colpo-périnéorrhaphie** et de **périnéauxésis** exécutés aujourd'hui, dérivant tous du plan opératoire institué par Simon[6], qui, le premier, comprit l'utilité d'aviver largement le périnée, tout en pénétrant profondément aussi dans le vagin; son avivement avait la forme d'un trapèze.

Quant à la colporrhaphie ou **élytrorrhaphie antérieure**, elle a d'abord été bien décrite par Sims[7].

Depuis Simon, on a beaucoup multiplié les tracés d'avivement pour la colpo-périnéorrhaphie. Je n'exposerai que ceux de Hegar et de A. Martin, ainsi que la périnéoplastie de Doléris. Le procédé de Lawson Tait modifié, que j'emploie exclusivement dans ces cas-là, sera décrit plus loin (DÉCHIRURES DU PÉRINÉE) avec les détails qu'il mérite.

Je décrirai aussi l'opération de Le Fort, qui s'adresse exclusivement au vagin pour y faire un **cloisonnement**.

Colpo-périnéorrhaphie. Procédé de Hegar.

Colpo-périnéorrhaphie (procédé de Hegar). — La malade ayant d'abord été purgée, sondée et lavée, est endormie et mise dans la position dorso-sacrée. On se rend compte de l'étendue du tissu qu'il est nécessaire d'enlever, en saisissant la paroi postérieure du vagin avec des pinces et en l'attirant ainsi au dehors pour l'étaler. Dans les cas légers, il suffit d'aviver un triangle isocèle présentant 6 à

[1] PHILLIPS. *London med. Gaz.*, 1839, t. II, p. 494 (acide azotique). — JOBERT DE LAMBALLE. *Gaz. méd. de Paris*, 1840, n° 5, p. 79 (nitrate d'argent). — DESGRANGES, cité par MALGAIGNE (chlorure de zinc).

[2] LAUGIER, VELPEAU, KENNEDY, DIEFFENBACH, cités par SCHRÖDER, *loc. cit.*, p. 213. — JOHN BYRNE (de Brooklyn), *Trans. of the Amer. gyn. Soc.*, 1886 (anal. in *Amer. Journ. of med. sciences*, oct. 1887), préconise encore comme traitement, après l'amputation du col, des cautérisations au galvano-cautère formant autour du moignon une gouttière cicatricielle, et, de plus, des cautérisations linéaires du vagin.

[3] GILLETTE. *The radical cure of rectocele and cystocele by ligature* (*Obstet. Soc. of New-York*, in *Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 73).

[4] FRANCK. *Arch. f. Gyn.*, 1888, Bd. XXXI, p. 453.

[5] MARSHALL HALL. *Dublin journ. of med. and chem. science*, nov. 1851, t. IX, p. 269. — *Gaz. méd. de Paris*, 21 janv. 1852, p. 32.

[6] SIMON. *Prag. Vierteljahrschr.*, 1867, Bd. III, p. 112. — ENGELHARDT. *Die Retention des Gebärmutter-Vorfalls*. Heidelberg, 1871.

[7] SIMS. *Uterine surgery*. Londres, 1865.

7 centimètres de large au niveau de sa base, qui est à la fourchette, et une hauteur de 7 centimètres dans le vagin. Quand le prolapsus est très volumineux, on augmente de 1 à 2 centimètres.

Pendant l'opération, il est bon de faire pratiquer une irrigation continue très lente avec de l'eau tiède légèrement antiseptique (eau phéniquée à 10/1000), ou simplement filtrée et salée (6/1000). Un aide donne le chloroforme. Deux aides tiennent les cuisses et les pinces. Un autre passe les instruments.

Pour découvrir le champ opératoire, il est inutile d'employer des écarteurs; le chirurgien saisit avec une paire de pinces tire-balle la paroi postérieure du vagin (mise momentanément à découvert, à l'aide d'une valve qui soulève la paroi postérieure). Il place ces pinces au milieu de la paroi postérieure, à 7 ou 8 centimètres de la fourchette, de manière qu'elles correspondent au sommet du

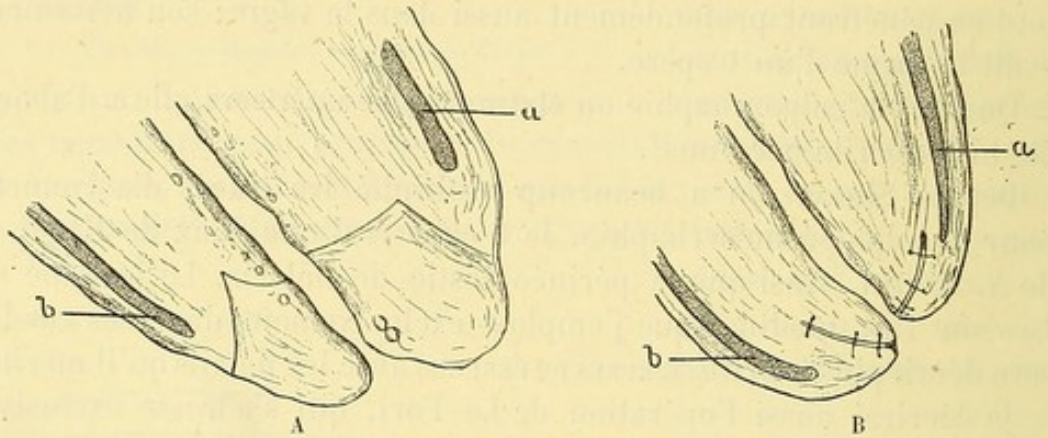


Fig. 331. — Prolapsus utérin, amputation de la portion vaginale du col.
A. Avant la suture. — B. Après la suture. — *a*. Vessie. — *b*. Cul-de-sac de Douglas.

triangle de muqueuse qu'il va délimiter et disséquer. On fait écarter les lèvres; deux autres pinces sont placées aux limites de la base du triangle projeté, à 6 ou 7 centimètres de distance les unes des autres, à l'extrême limite inférieure du vagin. On place ensuite deux nouvelles pinces vers le milieu des côtés du triangle. Quand toutes ces pinces sont convenablement tirées par les aides, l'opérateur a le champ opératoire étalé et tendu. Avec un bistouri convexe bien affilé, il trace les limites du triangle, en ayant soin de donner une forme concave, à la base, et légèrement convexe en dedans, aux côtés. Pour disséquer ensuite la muqueuse, on en saisit la pointe avec des pinces à dents de souris et on l'isole jusqu'à ce qu'elle soit assez dégagée pour qu'on puisse remplacer les pinces par les doigts. Pendant tout ce temps, on tire assez fortement sur la muqueuse détachée, ce qui facilite la dissection. Si la cloison recto-vaginale est mince, et qu'on redoute de la blesser, l'opérateur peut introduire son doigt dans l'anus. C'est pour cela qu'il faut avoir, avant l'opération, exactement purifié le rectum par des lavages boriqués ou

salicylés, qu'on aura fait pratiquer par un aide, qui devra ensuite se désinfecter très soigneusement. Si quelques vaisseaux saignent abondamment, on y placera des pinces. L'épaisseur à enlever doit comprendre toute la muqueuse, qui est parfois assez hyperplasiée par l'inflammation. La plaie est, à l'aide de ciseaux courbes, régu-

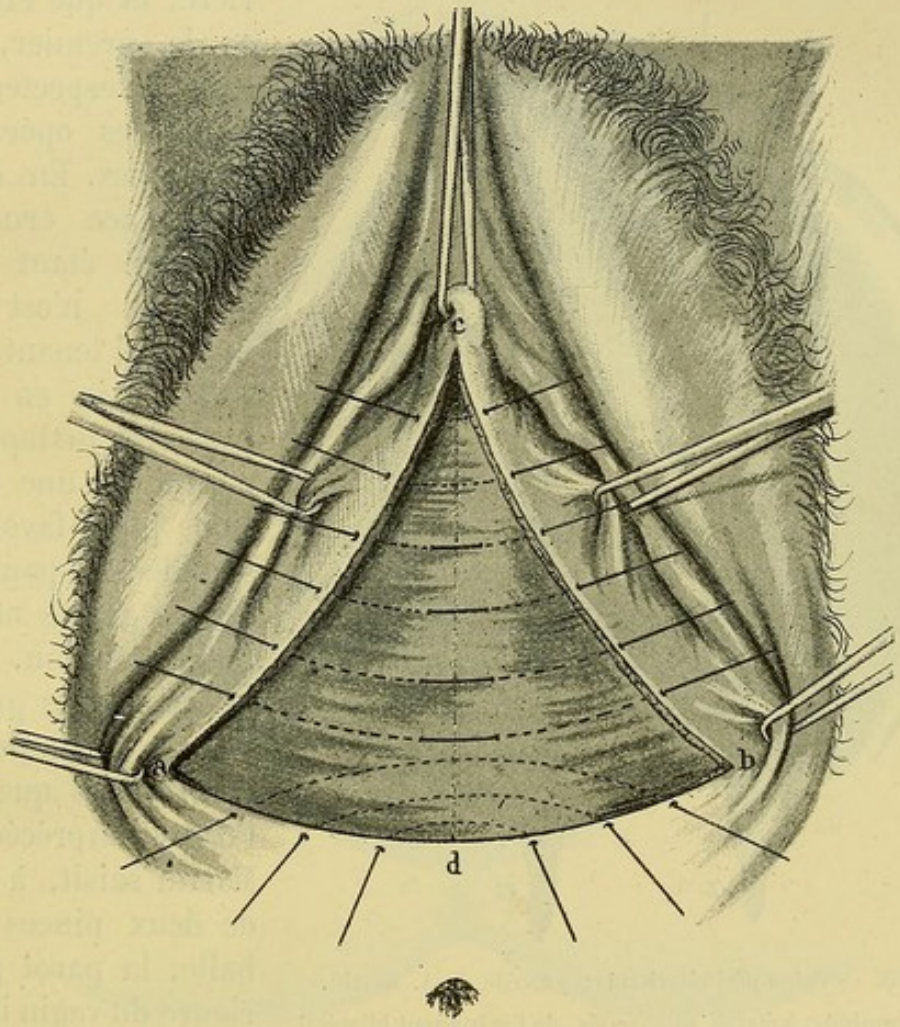


Fig. 332. — Colpo-périnéorrhaphie; procédé de Hegar.

larisée avec le plus grand soin, de façon à enlever les aspérités ou les îlots de la muqueuse[1].

Pour la suture, Hegar se sert de fils d'argent qu'il fait cheminer sous toute la surface de la plaie, autant que possible, et, entre ces points profonds, il place des points superficiels.

[1] Pendant l'opération de colpo-périnéorrhaphie, l'ouverture du cul-de-sac de Douglas a été faite assez souvent. Dans un fait de ce genre, Schauta (*Réunion des natur. et méd. all.* Heidelberg, 1889, in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 43, p. 747) a profité de cette ouverture accidentelle pour attirer et réséquer le cul-de-sac péritonéal. Cette manœuvre est à rapprocher de l'opération de Freund (*ibid.*, p. 691), que j'ai décrite, p. 556.

La suture continue, au catgut à étages, telle que je l'ai décrite, me paraît infiniment préférable[1].

Périnéauxésis. Procédé de A. Martin.

Colpo-périnéorrhaphie ou périnéauxésis (procédé de A. Martin). — Martin a eu surtout pour but, en instituant son procédé, de ménager la colonne postérieure du vagin, qui forme la partie la plus résistante du vagin en arrière, et que Freund[2] a, le premier, conseillé de respecter dans toutes les opérations plastiques. En outre, la surface cruentée, tout en étant aussi étendue, n'est plus d'un seul tenant, mais fragmentée en trois parcelles juxtaposées, ce qui est une condition plus favorable, semble-t-il, pour une suture exacte et une bonne réunion.

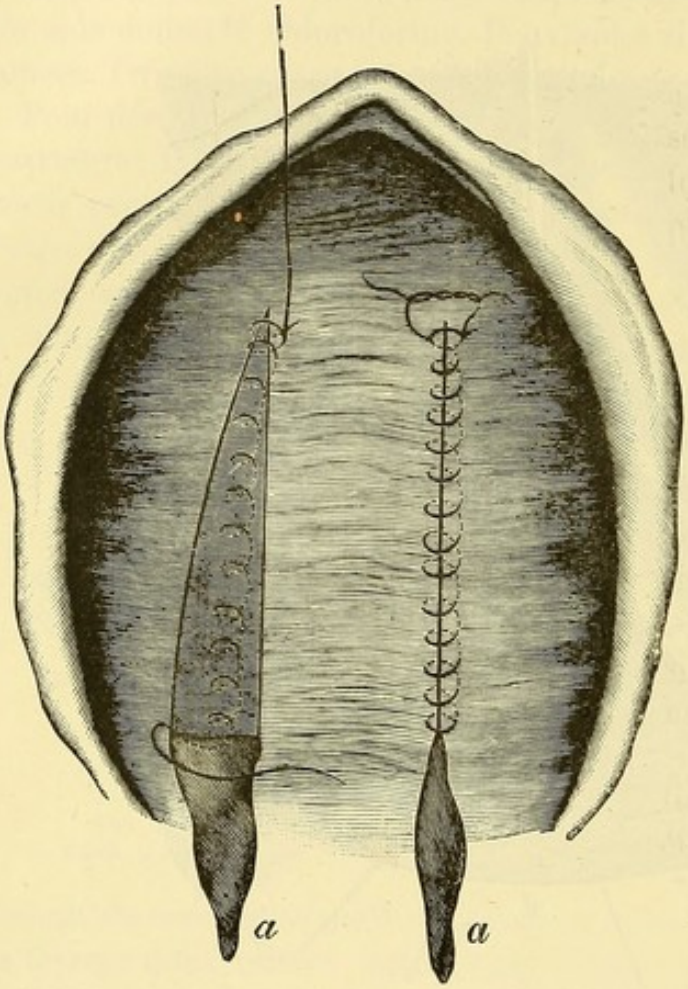


Fig. 333. — Colpo-périnéorrhapie; procédé de A. Martin.
Suture continue, à étages superposés, de l'avivement bilatéral du vagin.

Les mêmes précautions préliminaires étant prises que pour l'opération précédente, Martin saisit, à l'aide de deux pinces tire-balle, la paroi postérieure du vagin immédiatement au-dessous du cul-de-sac et la tend fortement; la colonne vaginale (*columna rugarum*) apparaît alors comme un repli saillant le long duquel on fait avec le bistouri une incision de chaque côté; puis on dessine et on dissèque deux petits lambeaux latéraux, allant jusqu'à un travers de doigt de la fourchette; à la base de ces petits lambeaux, de même qu'au sommet, on place des pinces tire-balle pour aider à la tension du champ opéra-

[1] Coux (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, p. 518) a publié une statistique importante destinée à déterminer les résultats primitifs et consécutifs des opérations plastiques contre le prolapsus. Il a constaté que les meilleurs étaient fournis par la suture perdue à étages superposés.

[2] Freund. *Gynäkologische Klinik*. Strasbourg 1885. — On y trouvera la description détaillée et l'exposé des motifs de sa méthode.

toire. Les deux petites plaies sont réunies avec une suture continue à plans superposés (fig. 333) ; les pinces sont retirées, et la première partie de l'opération, la **double élytrorrhaphie latérale**, est alors terminée. Reste la seconde partie ou **périnéauxésis.** Une incision transversale est faite un peu au-dessus de la fourchette, tranche la colonne du vagin et s'élève de chaque côté jusqu'à la moitié de la

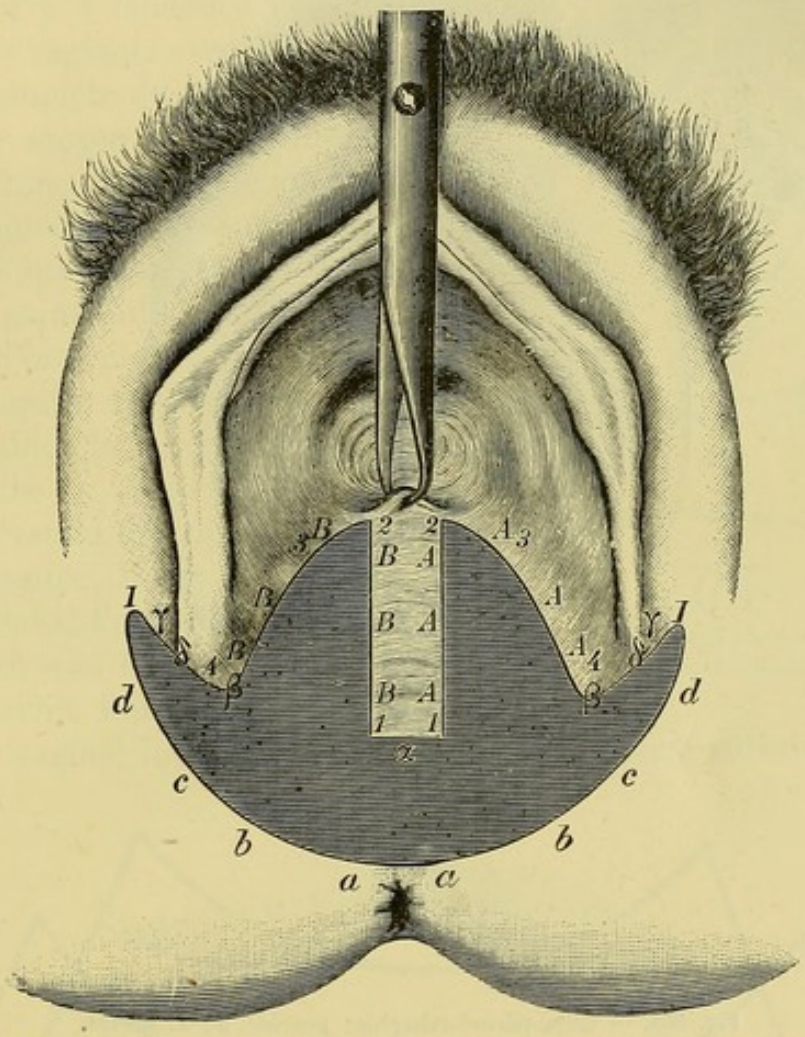


Fig. 334. — Colpo-périnéorrhaphie; procédé de A. Martin. Surface d'avivement.

1, 2 — Incision longeant la colonne vaginale postérieure.
3, 4. — Incision sur la paroi latérale du vagin.

I, extrémité de l'avivement au niveau de l'orifice vulvaire. — A-A, B-B, *a-a*, *b-b*, *c-c*, *d-d*, β-α-β, δ-δ, γ-γ, indiquent les points qui doivent se superposer après la suture.

hauteur de l'anneau vaginal. De l'extrémité de cette incision on en fait partir une autre concentrique, qui s'en écarte à angle aigu pour aller passer à la base des petites lèvres et rejoindre les incisions verticales de l'élytrorrhaphie. On obtient ainsi un lambeau transversal en forme de croissant à concavité supérieure à l'état de repos (fig. 334), qui, lorsqu'on tire sur ses extrémités, prend l'aspect d'un losange. Ce lambeau est disséqué, et la plaie est réunie à l'aide de la suture continue à plans superposés au catgut (fig. 335).

La suture continue, au catgut à étages, telle que je l'ai décrite, me paraît infiniment préférable[1].

Périnéauxésis. Procédé de A. Martin.

Colpo-périnéorrhaphie ou périnéauxésis (procédé de A. Martin). — Martin a eu surtout pour but, en instituant son procédé, de ménager la colonne postérieure du vagin, qui forme la partie la plus résistante du vagin en arrière, et que Freund[2] a, le premier, conseillé de respecter dans toutes les opérations plastiques. En outre, la surface cruentée, tout en étant aussi étendue, n'est plus d'un seul tenant, mais fragmentée en trois parcelles juxtaposées, ce qui est une condition plus favorable, semble-t-il, pour une suture exacte et une bonne réunion.

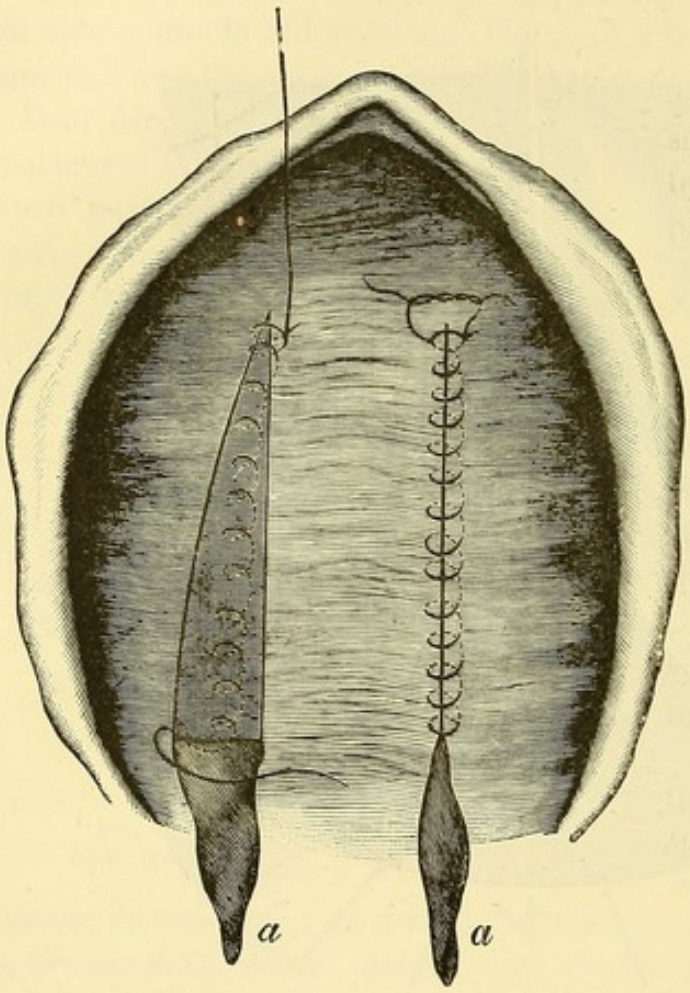


Fig. 333. — Colpo-périnéorrhapie; procédé de A. Martin.
Suture continue, à étages superposés, de l'avivement bilatéral du vagin.

Les mêmes précautions préliminaires étant prises que pour l'opération précédente, Martin saisit, à l'aide de deux pinces tire-balle, la paroi postérieure du vagin immédiatement au-dessous du cul-de-sac et la tend fortement; la colonne vaginale (*columna rugarum*) apparaît alors comme un repli saillant le long duquel on fait avec le bistouri une incision de chaque côté; puis on dessine et on dissèque deux petits lambeaux latéraux, allant jusqu'à un travers de doigt de la fourchette; à la base de ces petits lambeaux, de même qu'au sommet, on place des pinces tire-balle pour aider à la tension du champ opéra-

[1] Cohn (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, p. 518) a publié une statistique importante destinée à déterminer les résultats primitifs et consécutifs des opérations plastiques contre le prolapsus. Il a constaté que les meilleurs étaient fournis par la suture perdue à étages superposés.

[2] Freund. *Gynäkologische Klinik*. Strasbourg 1885. — On y trouvera la description détaillée et l'exposé des motifs de sa méthode.

toire. Les deux petites plaies sont réunies avec une suture continue à plans superposés (fig. 333) ; les pinces sont retirées, et la première partie de l'opération, la **double élytrorrhaphie latérale**, est alors terminée. Reste la seconde partie ou **périnéauxésis**. Une incision transversale est faite un peu au-dessus de la fourchette, tranche la colonne du vagin et s'élève de chaque côté jusqu'à la moitié de la

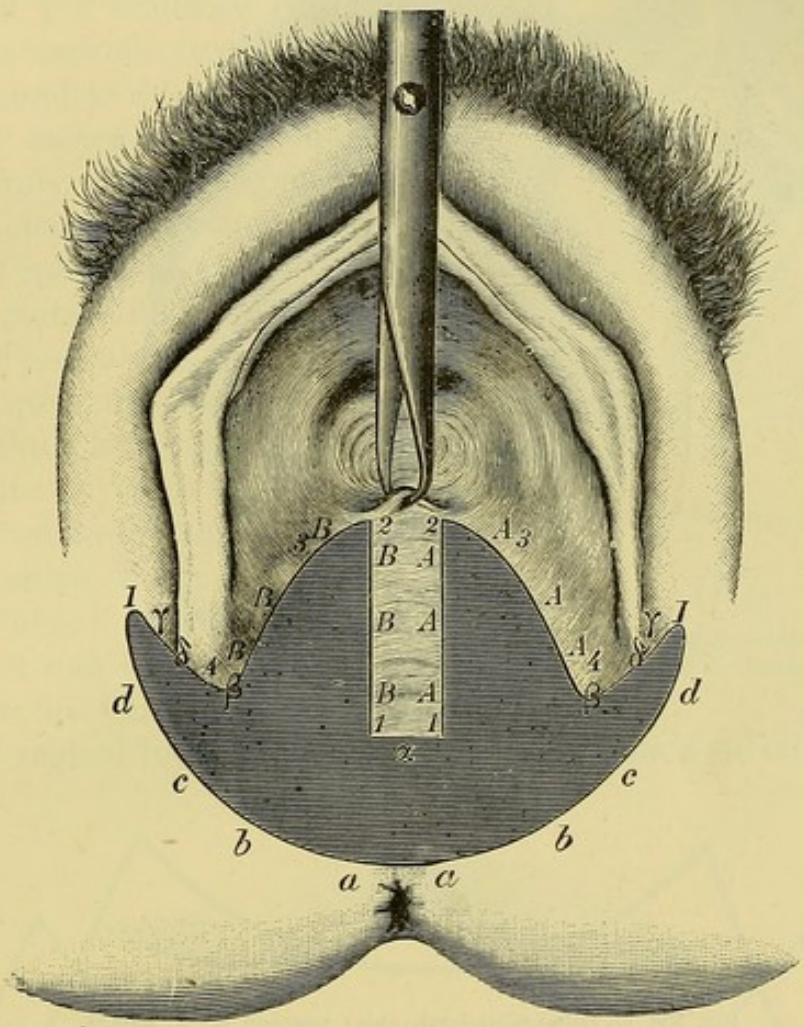


Fig. 334. — Colpo-périnéorrhaphie ; procédé de A. Martin. Surface d'avivement.

1, 2, 3, 4. — Incision longeant la colonne vaginale postérieure.
3, 4. — Incision sur la paroi latérale du vagin.

I, extrémité de l'avivement au niveau de l'orifice vulvaire. — A-A, B-B, *a-a*, *b-b*, *c-c*, *d-d*, β-α-β, δ-δ, γ-γ, indiquent les points qui doivent se superposer après la suture.

hauteur de l'anneau vaginal. De l'extrémité de cette incision on en fait partir une autre concentrique, qui s'en écarte à angle aigu pour aller passer à la base des petites lèvres et rejoindre les incisions verticales de l'élytrorrhaphie. On obtient ainsi un lambeau transversal en forme de croissant à concavité supérieure à l'état de repos (fig. 334), qui, lorsqu'on tire sur ses extrémités, prend l'aspect d'un losange. Ce lambeau est disséqué, et la plaie est réunie à l'aide de la suture continue à plans superposés au catgut (fig. 335).

Pour la dissection des lambeaux, Martin se sert d'un bistouri particulier en forme de truelle, et enroule les lambeaux de muqueuse sur une sorte de râteau. Un bon bistouri ordinaire fortement convexe et de simples pinces longues me paraissent aussi commodes.

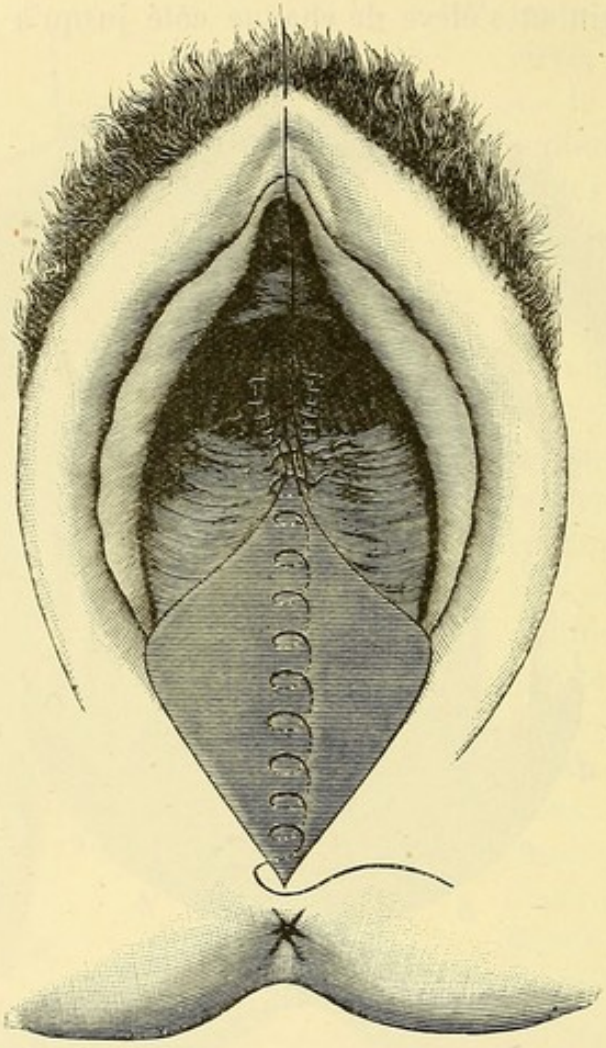


Fig. 335. — Colpo-périnéorrhaphie; procédé de A. Martin.
Suture continue à étages superposés de l'avivement du périnée (étage profond).

Procédés de Bischoff et de Winckel.

Bischoff[1] a recommandé un procédé qui, comme celui de Martin, respecte la colonne vaginale (fig. 336).

Winckel[2] avive le tiers inférieur du vagin dans une hauteur de 2 à 3 centimètres au-dessus des vestiges de l'hymen, jusqu'à 3 ou 4 centimètres de l'orifice de l'urèthre, réunit cet avivement et suture au-dessus l'un à l'autre, comme une sorte de pont, deux petits lambeaux (fig. 337).

[1] Voir Metzinger. *Zur Kolpo-perineoplastik nach Bischoff* (*Wien. med. Blätter*, 1880, nos 27 et suiv.).

[2] Winckel. *Lehrb. der Frauenkr.*, 1886, p. 299

Colpo-périnéoplastie par glissement. Procédé de Doléris.

Colpo-périnéoplastie par glissement, procédé de Doléris[1]. — Cette ingénieuse combinaison du procédé de dédoublement de Lawson Tait, du décollement de la muqueuse de Schröder et de la suture d'Emmet, trouvera son application dans les cas où le prolapsus de l'utérus est nul ou peu prononcé, mais où la vulve étant béante, il y a tendance marquée au prolapsus vaginal, avec ou sans rupture incomplète du périnée : c'est un excellent moyen de le renforcer, à peu de frais. On en augmente, à la fois, rapidement, et sans suture vaginale, l'épaisseur et la longueur. Mais le point faible du procédé, qui le rend d'une utilité contestable dans les prolapsus utérins accusés, c'est qu'il diminue la longueur de la paroi postérieure du vagin et s'oppose ainsi à une élévation de l'utérus, si celle-ci est nécessaire. Il ne peut donc être combiné avec l'opération d'Alexander, aussi bien que les procédés de Hegar ou de Martin. Enfin, il ne rétrécit pas le canal vaginal lui-même, mais seulement l'orifice vulvaire ; c'est,

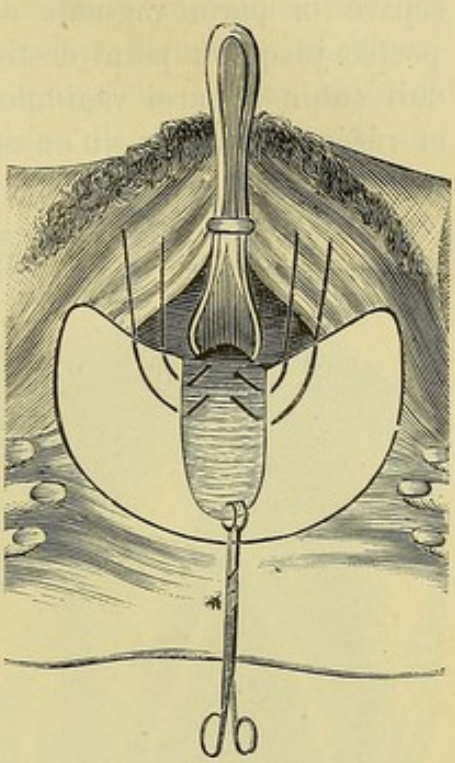


Fig. 356. — Colpo-périnéorrhaphie ; procédé de Bischoff.

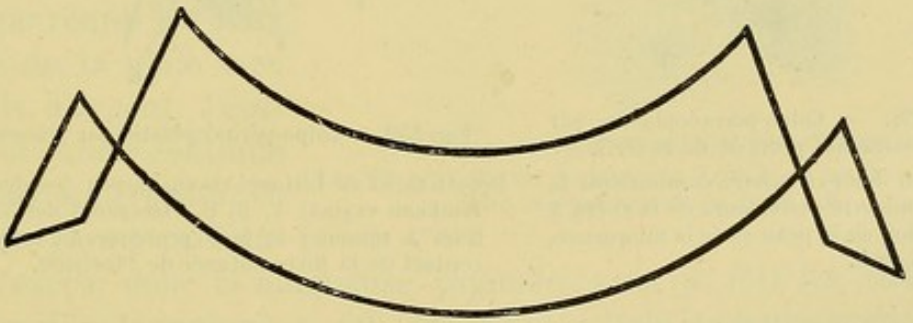


Fig. 357. — Colpo-périnéorrhaphie ; procédé de Winckel, tracé de l'avivement.

en réalité, une périnéoplastie pure et simple, car la portion de vagin enlevée ne saurait jamais être considérable.

Doléris trace profondément, au bistouri, une incision courbe à la limite de la peau et de la muqueuse. Des pinces sont placées aux deux points extérieurs pour fixer les tissus. La lèvre supérieure,

[1] Doléris. *Communic. faite à la Soc. obstét. de Paris*, 11 avril 1889. (*Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 345.)

muqueuse, de l'incision, est légèrement disséquée, puis est relevée avec des pinces. L'opérateur ne se sert plus alors que de l'index de la main gauche, qui s'engage lentement en fouillant les tissus et sépare la paroi vaginale de la paroi rectale. Cette séparation est portée jusqu'au point destiné à limiter la perte de substance que doit subir la paroi vaginale, qui doit être attirée hors de la vulve et réséquée, tandis qu'on affrontera un point propice de cette paroi avec l'incision première. L'affrontement s'opère avec trois gros crins

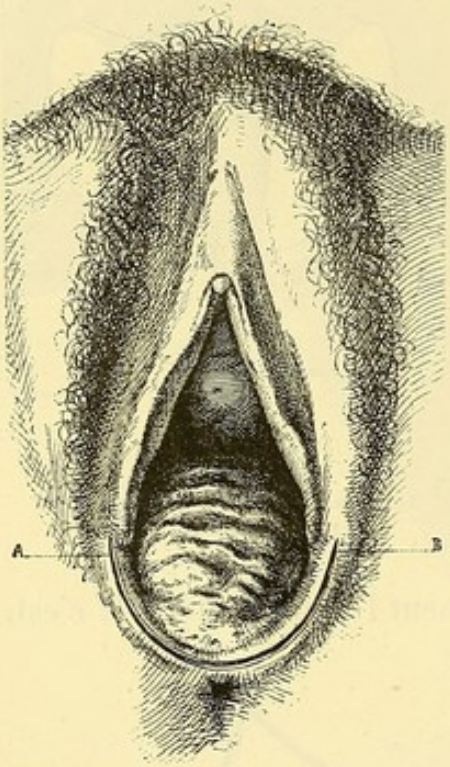


Fig. 338. — Colpo-périnéoplastie par glissement; procédé de Doléris.

Incision demi-circulaire contournant la commissure postérieure de la vulve, à l'union de la peau et de la muqueuse, de A en B.

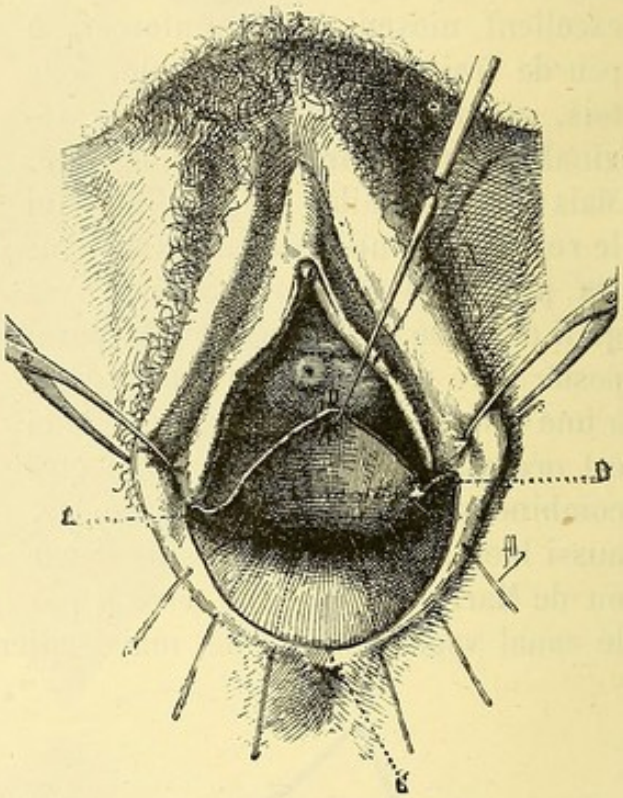


Fig. 339. — Colpo-périnéoplastie par glissement.

Décollement au bistouri et au moyen des doigts d'un lambeau vaginal A, B, D. Placement des 3 fils destinés à ramener la face profonde du lambeau au contact de la lèvre cutanée de l'incision.

de Florence et des aiguilles courbes. Le premier fil est le plus médian : l'aiguille pénètre latéralement à gauche de l'anus, y chemine profondément dans les tissus et vient accrocher le lambeau vaginal tout près du point extrême du décollement; elle pénètre ou non dans le vagin, et suit ensuite un chemin inverse qui la ramène sur le côté droit de l'anus (fig. 339). Ce premier fil est destiné à ramener la paroi vaginale vers la commissure vulvaire, en même temps qu'il sert à affronter les bords opposés de la lèvre cutanée de l'incision. Le second et le troisième fils sont placés de même un peu plus en dehors du premier. On résèque alors l'excédent de la paroi

vaginale qui déborde la fourchette reconstituée, et l'on réunit les deux lèvres, muqueuse et peau (fig. 340, 341, 342).

La **colpo-périnéorrhaphie** est l'opération fondamentale des prolapsus génitaux. Toutefois, elle a besoin d'être souvent complétée par des opérations auxiliaires, l'**amputation du col**, déjà décrite, et la colporrhaphie ou **élytrorrhaphie antérieure**. La première a pour objet de faciliter le retrait de l'utérus; la seconde, d'agir directement sur la procidence de la paroi antérieure ou cystocèle.

Élytrorrhaphie antérieure.

L'**élytrorrhaphie antérieure** était pratiquée par Sims, sous la forme d'un fer à cheval, à sommet aigu dirigé vers l'urèthre. Emmet donna à la plaie la forme d'une truelle de maçon. Hegar recommande de donner à l'avivement la forme d'une ellipse dont l'extrémité supérieure devra être aussi mousse que possible. En général, il est inutile de s'attarder à tailler un lambeau d'une forme spéciale; il faut franchement exciser toute la portion exubérante du vagin.

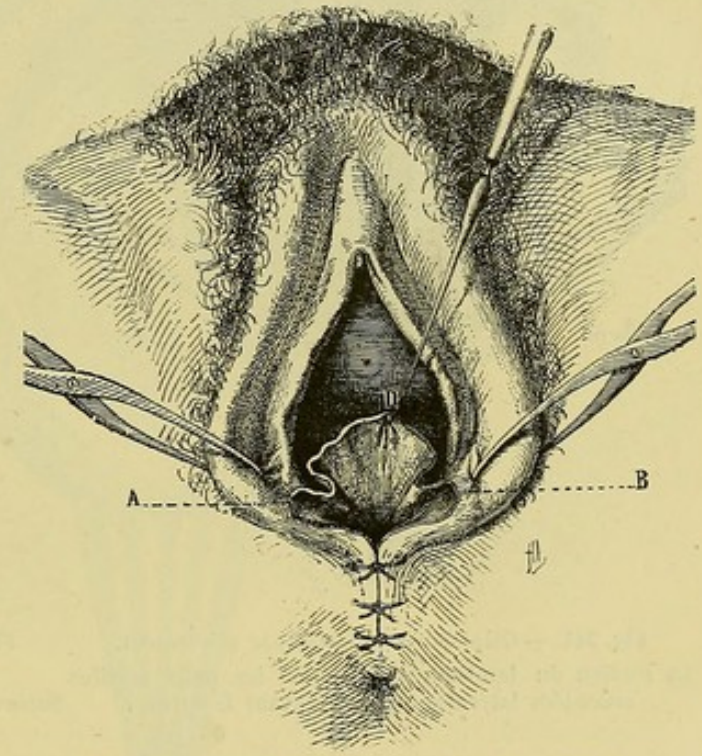


Fig. 340. — Colpo-périnéoplastie par glissement.
Les fils sont serrés; le lambeau A, B, D est soulevé, prêt à être réséqué suivant la ligne A B.

Hegar réunit les deux lèvres de la plaie avec des fils d'argent. J'emploie la suture continue à étages superposés, ce qui me paraît préférable; j'excise donc la muqueuse vaginale, puis je fais les sutures, comme il a été indiqué (p. 60), après avoir étalé le champ opératoire à l'aide de pinces convenablement placées (fig. 343).

Procédé de Stoltz.

Stoltz, de Nancy, a inventé un ingénieux moyen de suture pour la colporrhaphie antérieure[1]. Après l'avivement, à l'aide d'un fil armé d'une aiguille à chaque extrémité, il *faufile* les bords de la plaie à 1 centimètre environ de la tranche des tissus, de telle sorte que le fil passe autour de la plaie comme le cordon d'une blague à tabac autour de l'ouverture de cette dernière; on n'a plus qu'à tirer sur

[1] Stoltz, cité par Mundé (*Minor surg. gynecol.*, New-York, 1885, p. 522) en donne une figure.

les deux chefs, en déprimant le fond de la surface dénudée pour fermer celle-ci, en refoulant dans la vessie une sorte de proéminence en forme de bouton. Cette manière de faire était la plus expéditive, avant l'emploi de la suture continue à plans superposés qui doit maintenant la remplacer.

Stolz avive directement par dissection, avec des ciseaux courbes,

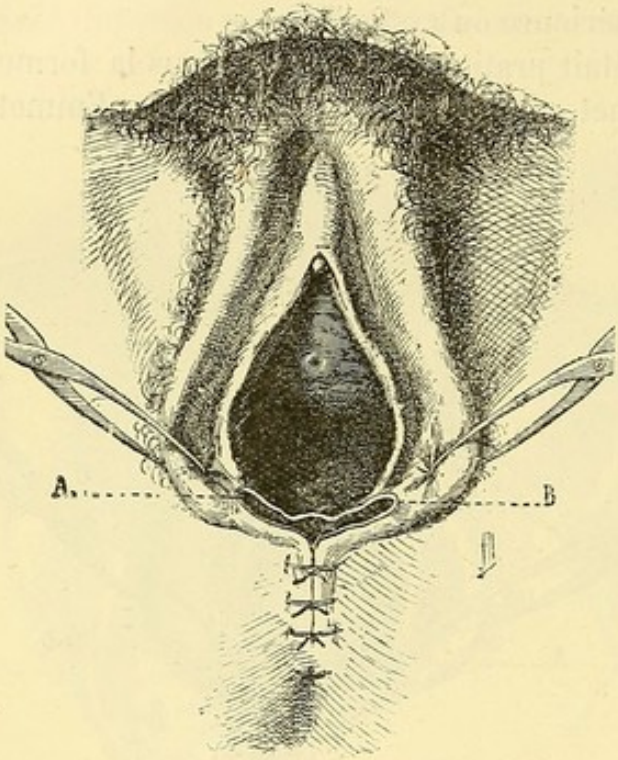


Fig. 341. — Colpo-périnéoplastie par glissement. La section du lambeau est opérée, les deux oreilles cruentées latérales sont vues avant la suture.

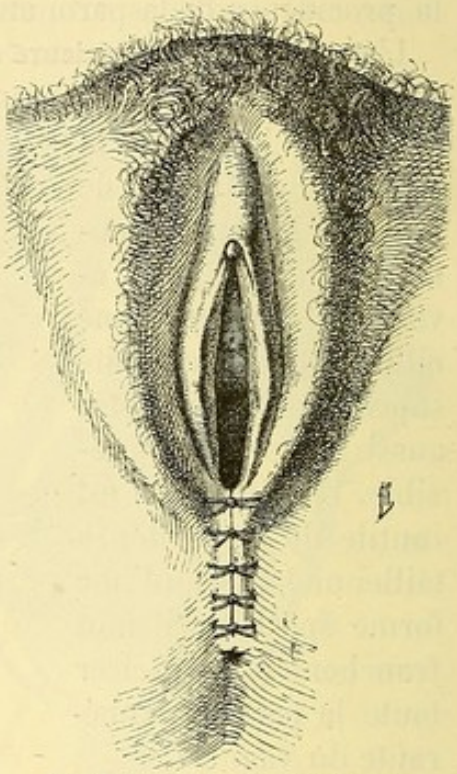


Fig. 342. — Colpo-périnéoplastie par glissement. Sutures terminées, toutes sont extérieures.

la paroi vaginale antérieure que déprime une sonde placée dans la vessie.

Cloisonnement du vagin; procédé de L. Le Fort.

Cloisonnement du vagin (procédé de L. Le Fort). — Le Fort[1] fait remarquer que la chute de l'utérus est presque toujours précédée de celle du vagin dont les parois sortent, pour ainsi dire, par déplissement. Si l'on pouvait maintenir en rapport ces parois opposées, tout prolapsus deviendrait impossible : de là, l'idée de les unir par la suture après avoir enlevé sur chacune d'elles une lanière verticale de la muqueuse (fig. 344 et 345).

Quelquefois l'utérus en prolapsus a acquis un volume tel qu'on le réduit difficilement d'emblée. Pour obtenir cette réduction peu à

[1] Léon Le Fort. *Nouveau procédé pour la guérison du prolapsus utérin* (*Bull. de thérap.*, 30 avril 1877). — *Manuel de méd. opér. de Malgaigne*, 9e édit., 1889, t. II, p. 783, et *Communic. écrite.*

peu, on laisse la femme au lit pendant huit ou quinze jours. Après ce temps l'engorgement passif a cessé ou, du moins, diminué.

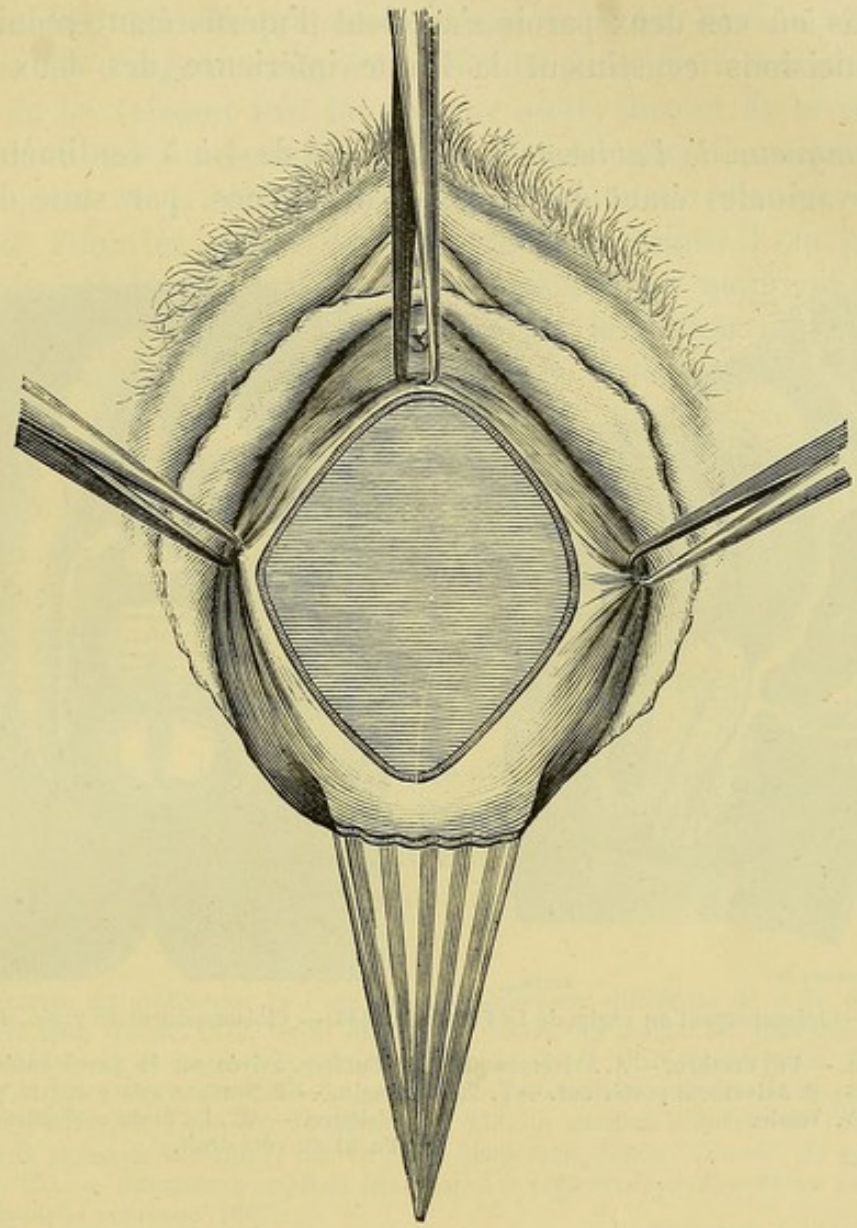


Fig. 343. — Élytrorrhaphie antérieure; le lambeau a été disséqué.

La surface cruentée qui va être affrontée par un surjet à étages superposés est étalée à l'aide de pinces. En bas, on voit le faisceau de fils provenant de la suture du col amputé.

Pour pratiquer l'opération, on commence par attirer l'utérus hors de la vulve.

Le *lieu de l'avivement* doit être le plus près possible de la vulve, puisque c'est à partir de la portion antérieure du vagin que les parois vaginales antérieure et postérieure tendent à s'écarter pour permettre le prolapsus. Si l'on opère trop près du col, on peut avoir de la peine à rapprocher les parties de l'avivement qui sont voisines de l'utérus, par suite du volume de cet organe. D'ordinaire, au

moment d'opérer, le chirurgien réduit l'utérus, écarte la vulve, et fait avec le bistouri deux incisions transversales, l'une sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure du vagin, au point le plus bas où ces deux parois s'accolent (l'utérus étant réduit); les deux incisions constituent la limite inférieure des deux avivements.

La *longueur de l'avivement vertical* est de 4 à 5 centimètres, les parois vaginales étant déplissées et distendues, par suite du pro-

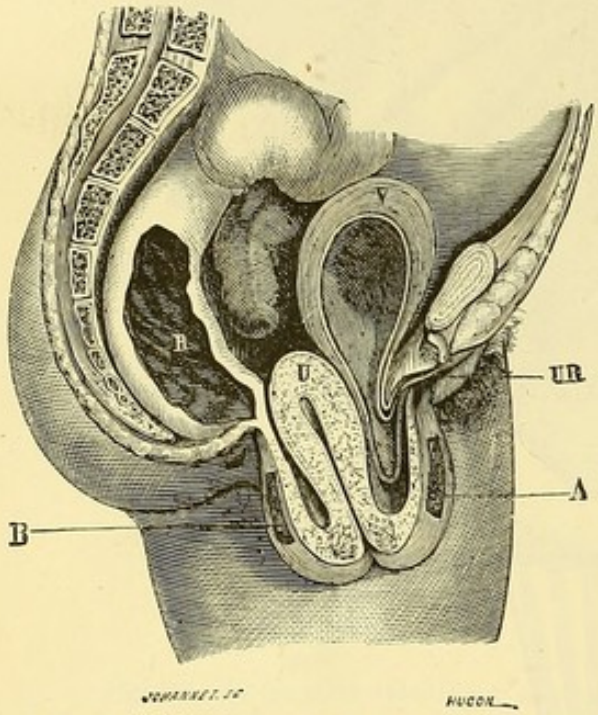


Fig. 344. — Cloisonnement du vagin, de Le Fort.

R. Rectum. — UR. Urèthre. — A. Avivement antérieur. — B. Avivement postérieur. — U. Utérus. — V. Vessie.

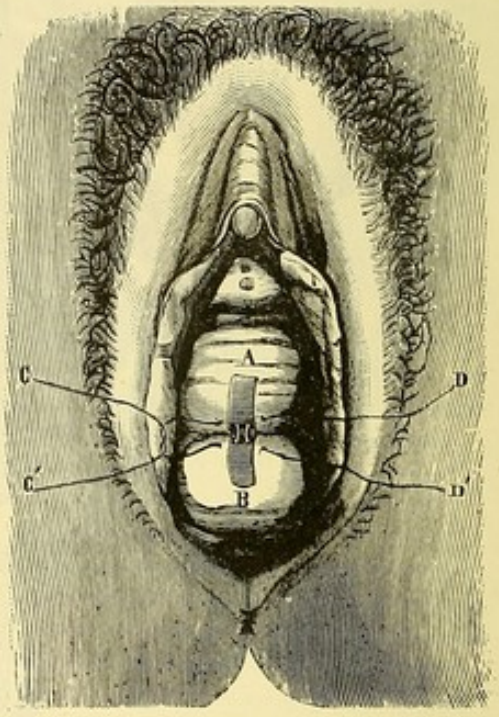


Fig. 345. — Cloisonnement du vagin, de Le Fort.

A. Surface avivée sur la paroi antérieure du vagin. — B. Surface avivée sur la paroi postérieure. — CC'. Un fil du côté gauche. — DD'. Un fil du côté droit.

lapsus utérin dont on a provoqué la reproduction, avant de commencer l'avivement.

La *largeur de l'avivement*, conseillée par Le Fort, était d'abord assez médiocre : 1 centimètre ou 1 centimètre 1/2. Le Fort le fit ensuite plus large (2 centimètres). Il ne faut pas dépasser certaines limites, car, si l'avivement est trop large, l'accolement ne se fait pas bien.

L'*épaisseur de l'avivement* doit être aussi mince que possible ; il suffit que la surface soit cruentée. Si l'on enlevait toute l'épaisseur de la partie vaginale de la cloison, on risquerait, au voisinage de l'utérus et en arrière, de s'approcher trop près du cul-de-sac. Tillaux l'a fait une fois; la malade est morte de périto-

nite. Le Fort n'avait pas relevé d'autre accident de cette nature.

D'ordinaire, il commençait à tracer, par 4 incisions, les limites des lambeaux, leur dissection étant ainsi rendue plus facile.

La *suture*, dans la première opération de Le Fort, a été faite avec des fils d'argent, malgré la difficulté de les retrouver plus tard, même en les laissant très longs pour qu'ils sortent de la vulve. Il a échoué 2 fois, en employant les fils de soie. Ceux-ci irritent, enflamment, et la suture manque; il est donc revenu aux fils d'argent. Pour les passer, dans quelques opérations il n'a pris que les bords, et s'en est mal trouvé; en effet, si on ne prend que les bords et si l'avivement est un peu large, le milieu ne se réunit pas, le sang s'y amasse, et l'on échoue. Il poussait donc ses fils jusqu'au centre de l'avivement, passant le premier au milieu du bord de l'avivement le plus près de l'utérus; ce fil servira de fil réducteur du prolapsus. Une fois les parties A, B en contact par suite du refoulement de l'utérus en partie réduit, on n'a plus à suturer que des bords. Le fil, inséré de la muqueuse vers la plaie sur une des parois vaginales, sort de la plaie, et rentre dans l'autre surface cruentée pour ressortir à la muqueuse de la paroi opposée du vagin.

Le Fort laissait les fils 15 jours en place, quelquefois trois semaines, et il ne cherchait à les retirer que lorsqu'il était sûr d'une réunion solide. Aucun pansement.

Tel est le procédé du professeur Le Fort[1]. Sur 40 observations de

[1] L'opération du professeur Le Fort est essentiellement différente de celle de Spiegelberg (*Berl. klin. Woch.*, 1872, nos 21 et 22), qui suture les points les plus inférieurs de la paroi antérieure du vagin à la partie supérieure de la paroi postérieure. Neugebauer (*Centr. f. Gyn.*, 1881, nos 1 et 2) revendique pourtant la priorité de ce procédé, et A. Martin (*Path. und Ther. der Frauenkr.*, p. 138) lui attribue le mérite de l'avoir introduit dans la pratique. Consulter, sur ce point historique, Skoloff (*Annal. de gyn.*, 1884, t. XXI, p. 13). — Neugebauer appelait son opération *elytrorrhaphia mediana sive elytrocleisis partialis mediana* (1867).

On pourrait découvrir, peut-être, un ancêtre du procédé de Le Fort chez un autre chirurgien français, Jobert de Lamballe (cité par Le Fort-Malgaigne, *Manuel de méd. opér.*, 9e édit., 1889, t. II, p. 779). Son procédé d'excision et de suture de la paroi vaginale consistait à enlever sur la paroi antérieure du vagin deux lambeaux de muqueuse, longitudinalement, à une certaine distance l'un de l'autre, en laissant entre eux une portion de vagin non avivée. En affrontant et suturant les surfaces cruentées, on formait un pli permanent rétrécissant le vagin. Mais ce rétrécissement était formé par une cloison latérale et non médiane, comme dans le procédé de Le Fort.

Jobert n'avait fait lui-même que perfectionner le procédé de Gérardin (de Metz), qui provoquait, dès 1823, l'oblitération du vagin en avivant dans une certaine étendue la portion inférieure des deux parois et en suturant ces surfaces. Voir André. *Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Le Fort.* Thèse de Paris, 1889. — Eustache (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, nov. 1881, p. 826) a pratiqué l'opération de Le Fort avec quelques modifications; il avive dans une longueur qui va jusqu'à 6 centimètres, du col à la vulve, et recommande l'emploi du catgut. Il a eu deux insuccès par l'opération type de Le Fort, et cinq succès par cette opération modifiée. — Ch. E. Taft (*Le Fort's operation for complete procidence of the uterus, with report of a case*, in *Amer. Journ.*

cloisonnement du vagin qu'il a réunies dans sa thèse (1889), André a compté 55 succès, dont 31 obtenus d'emblée. Il est très intéressant d'observer que cette opération n'empêche ni le coït, ni la fécondation, ni l'accouchement. Celui-ci s'est fait normalement chez une des plus anciennes opérées de Le Fort. On n'a eu qu'à sectionner la bride avec des ciseaux pour permettre le passage du fœtus.

Soins consécutifs à la colpo-périnéorrhaphie.

Soins consécutifs à la colpo-périnéorrhaphie. — Les soins qu'on donne aux opérées, après les opérations plastiques ayant pour but de renforcer le périnée et de rétrécir le vagin, sont très importants pour la réussite de la réunion par première intention. Cette réunion vient-elle à manquer, le résultat est presque toujours compromis, quoiqu'on ait cité des faits où la granulation laissée à elle-même et surtout la réunion *immédiate secondaire* de la plaie granuleuse ont donné des succès.

La ligne de suture sera saupoudrée d'iodoforme et recouverte de gaze iodoformée. La sonde à demeure doit être proscrite, car elle amène de la cystite. Il est préférable de sonder les femmes toutes les deux ou trois heures avec une sonde bien aseptique. Faut-il constiper les opérées ou provoquer des selles précoces? Je crois préférable d'éviter la défécation jusqu'au quatrième jour, puis de la solliciter par un lavement. On aura, du reste, eu soin de purger énergiquement la malade et de nettoyer le rectum, avant l'opération. L'administration de deux pilules d'opium de 2 centigrammes par jour suffit, avec la demi-diète, pour empêcher les évacuations prématurées. S'il survient un sentiment de besoin, on prescrira un suppositoire contenant 10 centigrammes d'extrait thébaïque. Au dixième jour, j'administre 50 grammes d'huile de ricin et, deux heures plus tard, un lavement avec quatre cuillerées d'huile d'amandes douces et deux de glycérine. A partir de ce moment, on doit veiller à la régularité des selles. La malade ne devra pas se lever avant un mois.

Gravité. Résultats immédiats et éloignés de la colpo-périnéorrhaphie.

Gravité. Résultats immédiats et éloignés de la colpo-périnéorrhaphie. — Les gynécologistes autorisés qui ont fréquemment pratiqué cette opération affirment sa grande bénignité et son efficacité.

J'aurai particulièrement en vue, dans ce qui va suivre, le procédé de Hegar, qui me paraît le plus pratique, et celui de Martin, qui offre aussi de sérieux avantages quand la paroi postérieure du vagin est exceptionnellement lâche et plissée; si l'on voulait, dans ces derniers cas, appliquer le procédé de Hegar, on serait, en effet,

of med. Sciences, août 1889, p. 128) a rapporté un succès en Amérique. Les premières opérations de Le Fort faites dans ce pays appartiennent à Fanny Berlin (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1881, p. 866), qui en cite trois observations.

d'après son propre conseil[1], obligé de le faire précéder d'une élytrorrhaphie antérieure elliptique, quelque temps auparavant.

Accidents.

Les **accidents** à redouter sont : l'ouverture du péritoine, qui, avec une exacte antisepsie, ne présente pas de gravité ; la blessure du **rectum**, qu'une bonne suture rend inoffensive ; la **suppuration** et la déhiscence de la suture, qu'on évitera en préparant soigneusement le catgut et en prenant les précautions les plus minutieuses contre l'infection.

Septicémie.

Hegar, sur environ 400 opérations faites à sa clinique, a vu 2 morts par **septicémie**, et chaque fois il a pu découvrir que l'origine de l'infection provenait de cas opérés auparavant. Dorff[2], assistant de Hegar, a publié une intéressante statistique sur les résultats tardifs de 136 opérations. Il n'a pu recueillir de renseignements certains que sur 65 opérées ; sur ce nombre, 53 étaient restées guéries (quelques-unes depuis dix ans), 9 avaient accouché sans accident et sans récidive consécutive ; chez 10 opérées, il y avait eu insuccès soit primitif, soit tardif, dont 2 fois après accouchement.

Les résultats récents sont encore plus satisfaisants : depuis trois ans et demi, sur 150 opérations, Hegar n'a pas eu un seul insuccès[3]. Ernest Cohn[4], réunissant dans un mémoire très étudié les cas de la clinique et de la pratique de Schröder, a trouvé sur 74 femmes dont on a pu suivre l'observation, 46 guérisons définitives, soit près de 62,2 pour 100[5]. Les cas hospitaliers seuls donnent 56,6 pour 100 et les cas de la clientèle 86,7 pour 100 (il s'agit d'opérations par le procédé de Hegar avec la suture continue à étages au catgut à l'essence de genévrier). Trois des opérées guéries ont accouché sans accident et sans suites fâcheuses.

Soulèvement de l'utérus par les ligaments ronds.

II. **Soulèvement de l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds.** — C'est l'opération d'Alquié-Alexander-Adams. Je renvoie, pour la description technique, au chapitre relatif à la Rétroflexion (p. 487). Cette opération, appliquée isolément au traitement du prolapsus, a donné, en général, d'assez médiocres résultats, quoiqu'on ait aussi publié de beaux succès[6]. Mais elle peut donner des guérisons durables **combinée aux opérations plastiques** portant sur le périnée et le vagin, chez les femmes maigres dont la paroi abdominale n'est pas trop relâchée. Elle me paraît surtout agir en

[1] Hegar et Kaltenbach. *Loc. cit.*, trad. franç., p. 577.

[2] Dorff. *Wien. med. Blätter*, 1879, nos 47-52, et 1880, nos 1, 4 et 5.

[3] Hegar et Kaltenbach. *Ibid.* (3e édit. all.), p. 773.

[4] E. Cohn. *Ueber die primären und definitiven Resultate der Prolapsoperation* (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, p. 518).

[5] Il est évident que l'auteur se trompait en indiquant 67,5 pour 100.

[6] Polk. *Soc. obst. de New-York*, 6 avril 1886 (*Amer. Journ. of Obstet.*, juin 1886, p. 606), cite 15 cas suivis de succès ; il a renoncé alors à toute opération plastique du vagin ; ces succès seraient donc dus au seul raccourcissement des ligaments ronds.

redressant la rétroversion qui accompagne le prolapsus et en constitue un des éléments.

Gastro-hystéropexie.

III. Suture de l'utérus à la paroi abdominale : gastro-hystéropexie[1]. — Je renvoie aussi, pour l'exposé du manuel opératoire et l'historique, au chapitre précédent, où j'ai traité de la rétroflexion,

S'il y a complication de tumeur abdominale, fibrome ou kyste, la fixation du pédicule dans la plaie, après la laparotomie, sera un excellent moyen curateur. J'ai vu ainsi guérir une de mes malades, après l'ovariotomie. Schröder cite des cas semblables, et des faits analogues, que j'ai rappelés à l'historique général de la gastro-hystéropexie (voir p. 537), sont dus à Olshausen, Brenneke, Weist, etc.

Il est très important de remarquer que ce n'est pas contre tous les

[1] On peut ranger, à côté de la gastro-hystéropexie, une opération qu'a décrite et pratiquée H. T. Byford, pour guérir la cystocèle, et qu'il propose d'employer comme complément de l'opération d'Alexander, en se servant de la même incision, que l'on approfondit pour pénétrer dans le tissu cellulaire et y suturer le vagin. Byford incise le canal inguinal en allant jusqu'au tissu cellulaire rétro-pubien (cavité de Retzius); il sépare ce tissu du pubis, et s'assure par la palpation bi-manuelle de la situation de l'uretère. Il passe alors une aiguille armée de crin de Florence de haut en bas, jusqu'à travers la paroi vaginale, dans le cul-de-sac latéral gauche. L'aiguille est ensuite poussée de bas en haut à travers le vagin à une distance d'un quart de pouce du point d'entrée et on la fait ressortir par la plaie inguinale. On a ainsi une anse de crin de Florence, comprenant une petite partie de la paroi vaginale antérieure; avec un autre point de suture on prend un appui solide dans le tissu cellulaire. Les fils sont alors tendus et noués sur le canal inguinal et ferment l'incision de sa paroi postérieure. De cette manière la paroi vaginale est attirée jusque vers le milieu du corps du pubis et soulève la vessie. On fait la même opération de l'autre côté.

Il est très important, d'après Byford, de comprendre dans la suture une partie de la muqueuse vaginale où les fils s'enfoncent et s'ensevelissent peu à peu, ce qui augmente la force de l'union. Mais il faut bien prendre garde, quand on opère des deux côtés, de ne pas trop rapprocher de l'urèthre les sutures, de crainte de rétrécir son calibre. Il faut aussi prendre grand soin d'éviter l'uretère. Byford a fait cette opération deux fois. Une première fois, il échoua, ce qu'il attribua à une insuffisance de technique. La seconde fois, il réussit, quoique n'ayant fait qu'une seule suture à gauche. Mais ce dernier cas n'est nullement probant. En effet, il s'agit d'une femme à qui on avait pratiqué l'hystérectomie vaginale; de plus, dans la même séance, Byford fit l'élytrorrhaphie double avec colpo-périnéorrhaphie de Martin. Il est fort probable que cette dernière opération seule a suffi pour assurer le succès; en tous cas, on ne peut déterminer la part qui revient à la première.

Henry T. Byford (*The cure of cystocele by inguinal suspension of the bladder : colpo-cystorrhaphy* in *Amer. Journ. of Obstet.*, févr. 1890, t. XXIII, p. 152) donne à son opération le nom de *colpo-cystorrhaphie*, qui me paraît très impropre, puisque, si l'on soulève la vessie, ce n'est pas elle que l'on suture au vagin, mais bien la paroi abdominale. Il faut donc employer le mot de *laparo* ou de *gastro-colpopexie*.

La *cystopexie* a été pratiquée par d'autres opérateurs (de Vlaccoz, Dumoret et Tuffier). Les deux premiers, après avoir découvert la vessie par la laparotomie, la fixent à la paroi abdominale, mais tandis que de Vlaccoz suture à la fois la musculeuse et la séreuse vésicales au péritoine pariétal, Dumoret fixe surtout le péritoine vésical. Dans ces deux cas, il s'agit d'une *cystopexie antérieure intra-péritonéale*. Tuffier (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1890, t. XVI, p. 454 et suiv. et *Ann. de Gyn.*, juill. 1890) fait au contraire une *cystopexie abdominale extra-péritonéale*; il fait l'incision de la taille hypogastrique au niveau de la cavité de Retzius et suture la vessie, latéralement à droite et à gauche.

prolapsus génitaux, mais seulement contre la chute de l'utérus lui-même, que peut agir l'hystéropexie. L'issue, au travers de la vulve, des parois vaginales relâchées en cystocèle ou rectocèle, ne saurait être justiciable de la fixation de la matrice, si celle-ci n'est pas prolabée. Le prolapsus ne serait qu'incomplètement corrigé par la seule gastro-hystéropexie, alors même qu'il s'agirait d'un prolapsus à la fois utérin et vaginal, pour peu qu'il fût invétéré, accompagné d'une distension considérable de la muqueuse vaginale et d'une hypertrophie sus-vaginale du col. Au point de vue théorique comme au point de vue pratique, l'hystéropexie ne peut être une opération suffisante par elle-même que dans des cas relativement rares où l'utérus, non augmenté de volume, est seul abaissé. Dans tous les autres cas, une opération complémentaire pratiquée sur le col, sur le vagin ou le périnée, sera nécessaire : amputation conoïde de Huguier ou biconique de Simon, élytrorrhaphie antérieure et postérieure, colpo-périnéorrhaphie, d'après les procédés variés, cloisonnement de Le Fort, etc.

A ce point de vue donc, l'hystéropexie n'a aucune supériorité sur l'opération d'Alexander, qui, elle aussi, ne peut que rarement suffire, dans ces cas complexes, et ne constitue alors qu'un très précieux auxiliaire. C'est donc véritablement entre le raccourcissement des ligaments ronds et la gastro-hystéropexie qu'il faut établir un parallèle, tant au point de vue de la *gravité* que de l'*efficacité*.

Sur le premier point, il est inutile de s'appesantir; la *bénignité* relative de l'opération d'Alexander est évidente. Cette considération ne résout pas la question assurément, mais elle impose à tout chirurgien le devoir de ne recourir au procédé le plus grave qu'après avoir tenté le plus bénin.

Reste le point de vue de l'*efficacité*. Les éléments d'appréciation nous faisant défaut, nous ne saurions nous prononcer définitivement sur la valeur de la gastro-hystéropexie contre le prolapsus. Les opérations sont trop rares et trop récentes. Une première opérée de Olshausen[1] a vu son infirmité reparaître très vite; il est vrai que le nombre des sutures ne paraît pas avoir été suffisant (deux points de suture au crin de Florence sur l'insertion de chaque ligament rond). Une seconde opérée du même auteur, où la fixation a été faite au cours d'une ovariotomie, était, en 1886, guérie depuis un an et

[1] Olshausen (*Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 667 et 698) a le premier fait l'hystéropexie (qu'il appelle ventro-fixation) pour le prolapsus; c'est le créateur de la méthode. Leopold et Czerny ont modifié son procédé, pour l'utérus en rétroversion. Terrier, le premier en France, a appliqué à la cure du prolapsus la *méthode* d'Olshausen, et le *procédé* légèrement modifié de Czerny pour la rétroflexion.

demi. Chez une malade de Phillips[1], la guérison s'était maintenue depuis six mois, au moment de la publication de l'observation. Là encore, c'est le pédicule d'un ovaire enlevé qui avait été fixé. Dumoret[2] a cité 8 succès opératoires sur 11 opérations de ce genre. Les 3 malades de Terrier et celle de Tuffier[3] ne paraissent pas avoir été revues et ne peuvent fournir des éléments d'appréciation. La proportion de 2 insuccès et d'une mort n'est déjà pas négligeable, et ne justifie guère l'enthousiasme que cette opération a éveillé chez certains chirurgiens.

L'opinion des chirurgiens étrangers ne paraît pas favorable à l'hystéropexie pour le prolapsus. Kelly[4] en conteste formellement la valeur. Müller, qui l'a pratiquée 12 à 15 fois, n'a eu que de mauvais résultats; il a observé le retour de la chute de l'utérus et du vagin. Dans beaucoup de cas, les adhérences à la paroi abdominale ont cédé; dans beaucoup d'autres, elles ont subsisté, mais en entraînant et en déprimant la paroi abdominale. Hofmeier n'en a pas vu de bons résultats entre les mains de Schröder; Freund fait observer, pour expliquer ces échecs, que même après la myomotomie avec fixation extra-péritonéale du pédicule, on peut voir celui-ci se détacher de la paroi. Fehling, sur 3 cas, a eu 1 insuccès[5].

Du reste, s'il existe une grande hypertrophie du col et un prolapsus du vagin, on aura beau fixer l'utérus, et même l'enlever, on n'empêchera pas le prolapsus vaginal de se reproduire avec tous ses inconvénients. C'est ce qui est déjà arrivé à des chirurgiens qui avaient fait l'hystérectomie vaginale. C'est aussi le résultat déplorable obtenu par Müller (de Berne), à la suite d'une opération relativement grave (hystérectomie abdominale supra-vaginale avec fixation du pédicule dans la plaie de l'abdomen). Cet auteur n'a pas pratiqué moins de trois fois une pareille mutilation contre le prolapsus[6].

[1] J. Phillips. *On ventral fixation of the uterus for intractable prolapse* (*Lancet*, 20 oct. 1888, t. II, p. 760).

[2] Dumoret. *Laparo-hystéropexie dans le prolapsus*. Thèse de Paris, 1889, p. 99.

[3] Dumoret. *Loc. cit.*

[4] H. Kelly. *Amer. Journ. of Obstet.*, janv. 1887, t. XX, p. 33.

[5] Müller, Hofmeier, Freund, Fehling. *Réunion des natural. et méd. all.* Heidelberg, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 45, p. 747).

[6] J. Rendu (*Notes sur quelques voyages à l'étranger au point de vue de l'obstétrique et de la gynécologie* in *Lyon méd.*, 1881, t. XXXVI, p. 343) a publié les résultats d'une des opérations de Müller sous ce titre : *Enorme prolapsus utérin; laparotomie suivie de l'amputation de la partie supérieure de l'utérus et de la fixation du moignon dans la plaie abdominale; récidive.* Une femme de trente-huit ans, ayant eu un enfant, était affligée d'un prolapsus complet de la matrice. Müller avait déjà pratiqué, en décembre 1878, la colpo-périnéorrhaphie, suivant la méthode de Bischoff, mais sans résultat. Le 16 juin 1879, ayant ouvert l'abdomen en faisant sur la ligne blanche une incision de 4 à 5 centimètres, il avait, à l'aide d'une sonde introduite dans l'utérus, porté cet organe jusque dans la plaie; puis, plaçant un clamp sur l'utérus, il en avait excisé la partie

Hystérectomie vaginale et colpectomie.

IV. **Hystérectomie vaginale et colpectomie.** — L'hystérectomie abdominale, en dehors des cas de fibrome, est, je crois, injustifiée. Quant à l'hystérectomie vaginale, quoique moins grave, elle est cependant beaucoup plus sérieuse que les opérations plastiques. On ne devra donc s'y résoudre que dans des cas très déterminés.

Leopold[1], qui l'a employée, n'a pas eu à s'en louer. Müller, qui l'a faite 3 fois, a dû pratiquer plus tard la colporrhaphie 2 fois. Baumgartner a vu, à la suite de cette opération, survenir une hernie vaginale; par contre, Kehrer[2] l'a employée avec succès contre un prolapsus récidivant. R. Asch[3] a rapporté 8 cas d'hystérectomies pour prolapsus faites à la clinique de Fritsch. Celui-ci combine l'opération avec une large résection du vagin. Braun[4], dans un cas de prolapsus, récidivé malgré les opérations plastiques, a fait aussi l'extirpation totale de l'utérus.

En France l'hystérectomie vaginale pour prolapsus complet a été pratiquée un certain nombre de fois[5]. J'y ai eu recours moi-même souvent avec succès[6]. A mon avis, l'hystérectomie n'est qu'un temps complémentaire, quoique initial, de l'opération complexe du prolapsus génital total; il faut toujours joindre à l'extirpation de l'utérus l'ablation du segment vaginal éversé et faire une *colpectomie* concomitante, puis la colpo-périnéorrhaphie. En effet, le point capital du traitement de tout prolapsus est le renforcement du plancher périnéal, la cessation de la béance et l'occlusion physiologique, sinon anatomique, de la vulve.

supérieure et fixé le reste entre les lèvres de la plaie abdominale. La malade, guérie, s'était levée le 16 juillet. Au passage de Rendu à Berne (novembre de la même année), ses règles étaient revenues deux fois, sous la forme d'un suintement sanguin, par la vulve et par la cicatrice abdominale. Celle-ci était très profondément déprimée, ou plutôt elle se trouvait au fond d'un infundibulum étroit, formé par les parois de l'abdomen. Le prolapsus utérin s'était reproduit à peu près comme auparavant. Le col dépassait la vulve de 7 centimètres environ, ses lèvres étaient grosses, tuméfiées, et sa cavité laissait pénétrer la première phalange de l'index.

Ce fait prouve bien, me semble-t-il, qu'il ne suffit pas de soutenir l'utérus (même réduit à un moignon) *par en haut*, lorsque l'hypertrophie du col et le prolapsus vaginal l'attirent constamment *par en bas*; la gastro-hystéropexie, comme l'opération d'Alexander, en dehors des cas exceptionnels de prolapsus utérin simple, devra donc être toujours combinée à une opération complémentaire faite sur le col, le vagin ou le périnée, si l'on veut obtenir des résultats durables.

[1] Voir Münchmeyer. *Congrès de Gyn. all. Fribourg*, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 31, p. 544).

[2] Müller, Baumgärtner, Kehrer. *Réunion des natur. et méd. all.* Heidelberg, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 747).

[3] Robert Asch. *Exstirpation des Uterus mit Resection der Scheide wegen Vorfalles* (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, Heft 2, p. 187).

[4] C. v. Braun. *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 28, p. 596.

[5] *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1893, t. XIX, p. 710, 729; 1894, t. XX, p. 40, 45, 49, 110, 112, 118, 120, 127. — Voir encore A. Prieur, *Le prolapsus utérin et l'hystérectomie vaginale*. Thèse de Paris, 1894.

[6] S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 112.

Voici comment je procède :

Je commence par circonscrire au bistouri sur la paroi vaginale antérieure (fig. 346), un grand lambeau triangulaire, dont le sommet répond au voisinage du méat urinaire et en est distant de 2 à 3 centimètres au plus. La base de ce lambeau comprend dans son écartement le col utérin dont il longe les côtés. Un petit lambeau triangulaire analogue est dessiné au bistouri sur la paroi postérieure; ces deux triangles inégaux se confondent par leur base et forment par leur ensemble un losange allongé d'avant en arrière (fig. 347).

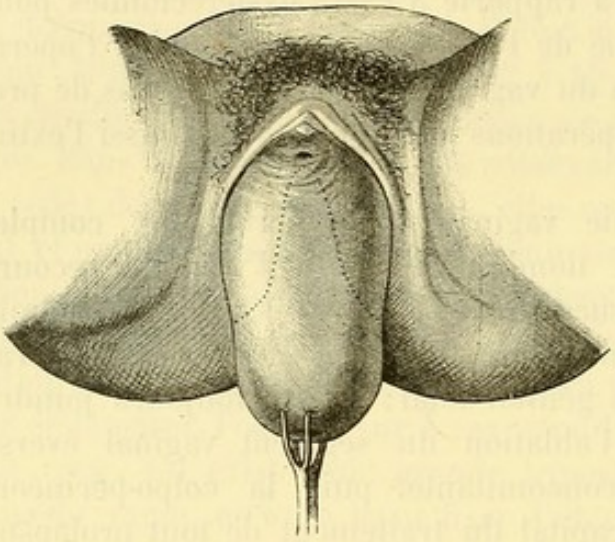


Fig. 346. — Hystérectomie vaginale et colpectomie pour prolapsus utérin. Tracé de l'incision sur la paroi antérieure du vagin.



Fig. 347. — Hystérectomie vaginale et colpectomie pour prolapsus utérin. Utérus et portion de vagin enlevés par l'opération. A. Lambeau vaginal antérieur; P. Lambeau postérieur.

Je dissèque alors aux ciseaux les deux lambeaux de la muqueuse du vagin. Pour faciliter ce temps, il faut placer une sonde d'homme dans la vessie et en promener le bec sous l'endroit que l'on dissèque. Il faut également bien tendre les parties à l'aide de pinces tire-balles fixées sur les limites du champ opératoire. Lorsque les deux lambeaux vaginaux sont disséqués et pendent en avant et en arrière du col, on se trouve dans les conditions de l'hystérectomie ordinaire, avec cette différence que la vessie affecte ici des rapports plus intimes et plus étendus avec le col de l'utérus élongé. Je dissèque aux ciseaux la vessie, et à mesure que le col utérin devient libre, je l'incise de bas en haut sur sa face antérieure, et je fixe les pinces sur la tranche de l'incision, de façon à abaisser de plus en plus l'organe. On peut ainsi arriver dans certains cas jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin. Mais, si l'on éprouve trop de difficultés, on doit renoncer à l'atteindre d'emblée, et passer immédiatement au temps suivant. Celui-ci consiste dans l'ouverture du cul-de-sac de Douglas avec

les ciseaux. Par cette ouverture, on peut alors recourber les doigts en crochet par-delà l'utérus, et, grâce à cette manœuvre, déprimer le cul-de-sac vésico-utérin et parvenir à l'inciser. L'utérus étant ainsi complètement dégagé sur ses deux faces, on procède à la ligature des ligaments larges avec des fils de soie et à leur incision. On place d'abord un fil de chaque côté et à la partie inférieure des ligaments larges. On parvient ainsi à dégager suffisamment l'utérus pour pouvoir saisir sa face postérieure et le faire basculer d'avant en arrière pour achever de lier les ligaments larges de leur sommet à leur base. Aucune manœuvre spéciale n'est nécessaire pour fixer le fond du vagin aux moignons des ligaments larges; le processus cicatriciel se chargera de ce soin.

Reste à réunir la large plaie vaginale qui laisse à découvert une grande partie de la surface de la vessie. En avant, cette réunion est faite au catgut à l'aide d'une suture continue à trois plans superposés. En arrière, on place simplement quelques points séparés de suture au catgut de manière à réunir la plaie qui résulte de l'ablation du petit lambeau vaginal postérieur. Avant de les serrer, on introduit une mèche de gaze iodoformée au niveau de l'espace qu'occupait l'utérus enlevé.

Enfin, dans un dernier temps, on pratique une périnéorrhaphie par dédoublement, selon le procédé de Lawson Tait modifié. C'est là, je le répète, le point capital de l'opération, quoique par son peu de durée et sa facilité relative il paraisse n'être qu'accessoire.

Les **indications** de l'hystérectomie vaginale pour prolapsus complets sont limitées. On ne devra avoir recours à cette opération que lorsqu'on trouvera, par la palpation et le cathétérisme, l'utérus allongé ou hypertrophié, de telle sorte que la réduction portera un obstacle évident au succès de la reconstitution du périnée. En pareil cas, le vagin éversé a aussi pris des dimensions exagérées, si bien que les mêmes raisons existent pour en supprimer un segment : l'hystérectomie vaginale doit donc bien être alors, dans toute l'acception étymologique du mot, une *colpohystérectomie*. Indications.

A cette indication capitale, je reconnais trois **contre-indications** : le jeune âge relatif, c'est-à-dire l'éloignement de la ménopause permettant d'espérer des enfants, la débilité sénile et la déchéance vitale résultant d'une lésion organique du cœur, des poumons, des reins ou de toute autre cause. Enfin si la malade a dépassé la ménopause, on peut se contenter d'extirper le col, après l'avoir disséqué le plus haut possible, sans ouvrir le péritoine. A la suite de cette amputation élevée du col, rappelant celle de Huguier, il se fait une sténose ou même une atrésie cicatricielle de l'orifice qui serait à redouter seulement chez une femme encore réglée. Contre-indications.

Choix de l'opération.

Choix de l'opération. — On peut résumer ainsi les indications thérapeutiques des divers types de prolapsus génital que j'ai distingués.

Comme **traitement palliatif temporaire**, les **pessaires** ou **hystérophores** appliqués après réduction du prolapsus par le repos, les bains, les tampons, et, au besoin, l'**amputation du col hypertrophié**.

Le **massage**[1] a été vivement prôné dans ces derniers temps contre la plupart des affections utérins, et en particulier contre le prolapsus. Je le crois appelé à rendre ici de réels services, combiné avec le repos et les bains, pour diminuer le volume des parties prolabées et en faciliter la réduction. Brandt préconise le *massage à deux* : l'un des opérateurs soulève l'utérus avec un ou deux doigts introduits dans le vagin; l'autre enfonce les mains à plat entre l'utérus et la symphyse et appuie lentement le bout de ses doigts le plus profondément possible, puis les élève et les abaisse successivement une douzaine de fois. Une séance quotidienne pendant 8 jours suffirait.

Il serait, à la vérité, tout à fait illusoire de compter sur une contention spontanée durable des organes ainsi replacés. On n'obtiendra jamais de la sorte qu'un soulagement temporaire qui ne dispensera pas d'une opération plastique,

Pour ce qui est du **traitement curatif**, il faut distinguer plusieurs catégories de cas :

1° Procidence du vagin simple sans hypertrophie du col et sans abaissement très notable de l'utérus : *Élytrorrhaphie antérieure* et *colpo-périnéorrhaphie* (procédé de Hegar), quand le vagin est très élargi: dans les cas de cystocèle peu prononcée, *élytrorrhaphie antérieure*, suivie de *colpo-périnéoplastie par glissement* (procédé de Doléris), pour augmenter la résistance du périnée.

2° Procidence vaginale et prolapsus utérin avec élongation hypertrophique de la portion sus-vaginale du col : *Amputation du col, élytrorrhaphie antérieure et colpo-périnéorrhaphie*. J'emploie exclusivement pour cette dernière opération le procédé de Lawson Tait modifié.

Quand le corps de l'utérus sera lui-même sensiblement abaissé, on pourra faire le *raccourcissement des ligaments ronds*, aussitôt après l'amputation du col, avant de procéder aux opérations plastiques sur le vagin[2].

[1] F. Sielski (*Das Wesentliche der Thure Brandt'schen Behandlungsmethode des Uterusprolapses*, in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 4, p. 49) préconise le massage et une modification qui consiste à réduire l'utérus avec une sonde à bout renflé. — E. Strovnowski (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 29, p. 505) a publié deux observations de prolapsus utérin, guéri par le massage à deux, selon le procédé de Brandt. — K. Pawlik (*Beitrag zur Behandlung des Gebärmuttervorfalles*, in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 13, p. 217) a essayé le massage dans le prolapsus et n'a eu que des résultats négatifs.

[2] Cette combinaison de plusieurs procédés à la cure du prolapsus génital, et, en particulier, l'adjonction de l'opération d'Alexander à la colpo-périnéorrhaphie, a été indiquée

Dans les chutes complètes et invétérées de l'utérus et du vagin, où les parties herniées, très hypertrophiées, sont difficilement réduites et maintenues, où elles ont, pour ainsi dire, perdu droit de domicile dans le bassin, on sera autorisé à faire l'*hystérectomie vaginale* suivie d'une large excision du vagin (*colpectomie*) et, soit en même temps, si l'opération n'a pas duré trop longtemps, soit un peu plus tard, la *colpo-périnéorrhaphie* pour rétrécir considérablement l'orifice vulvaire.

5° Chute de l'utérus et du vagin sans hypertrophie du col : *Raccourcissement des ligaments ronds*, puis *colpo-périnéorrhaphie*.

Enfin, comme la métrite existe presque dans tous les cas d'abaissement, on commencera ordinairement par un *curettage utérin*.

CHAPITRE III

INVERSION DE L'UTÉRUS

Définition, division. — Pathogénie et étiologie. — Anatomie pathologique. Inversion récente puerpérale. Inversion chronique. — Symptômes. — Diagnostic avec : polype; inversion accompagnant un polype; prolapsus simple. — Marche et pronostic. — Traitement. Procédés de force. Réduction manuelle. Taxis avec des instruments. Laparotomie et réduction par la voie péritonéale. Procédés de douceur. Pression continue par le pessaire à air, le colpeurynter, le pessaire à compression élastique, le tamponnement à la gaze iodoformée. Hystérectomie partielle. Écraseur linéaire, clamp; anse galvano-caustique; ligature lente, élastique; ligature à traction élastique. Hystérectomie partielle à l'instrument tranchant. Hystérectomie totale.

Définition. Division.

On désigne, sous le nom d'**inversion de l'utérus** le renversement de l'organe sur lui-même, en invagination, de telle sorte que le fond

pour la première fois par cet auteur lui-même. Doléris (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1886, p. 350 et 1890, p. 118) a vivement préconisé ce procédé mixte. Mundé (*Obstet. Soc. of New-York*, nov. 1887, in *Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 70) déclare qu'il a fait très fréquemment ces opérations multiples. — Le raccourcissement des ligaments ronds me paraît être surtout utile dans le prolapsus, en réduisant la rétroversion, compagne ordinaire de la chute utérine et cause puissante de récidive.

On voit qu'on peut avoir ainsi jusqu'à 5 opérations à faire, coup sur coup, sur la même malade; mais elles sont toutes bénignes et rapides; on peut terminer en une heure la série complète, grâce surtout au temps épargné par la suture continue à étages superposés.

déprimé en doigt de gant vient faire une saillie plus ou moins forte, soit dans l'intérieur de la cavité utérine, soit dans le vagin.

Les premiers stades de cette inversion échappent ordinairement à l'observation et peuvent, du reste, n'être que temporaires. Il faut que le fond de l'organe franchisse le col et forme une tumeur appréciable au toucher ou à la vue, pour attirer l'attention du clinicien. Les divers degrés antérieurs admis et figurés par les auteurs classiques (fig. 348) n'ont donc qu'un intérêt théorique. La distinction en **inversion complète** et **incomplète** n'est pas beaucoup plus importante : le renversement complet, celui où il n'existe plus de rebord dû à la saillie cervicale, est tellement rare qu'on n'en cite que des exemples

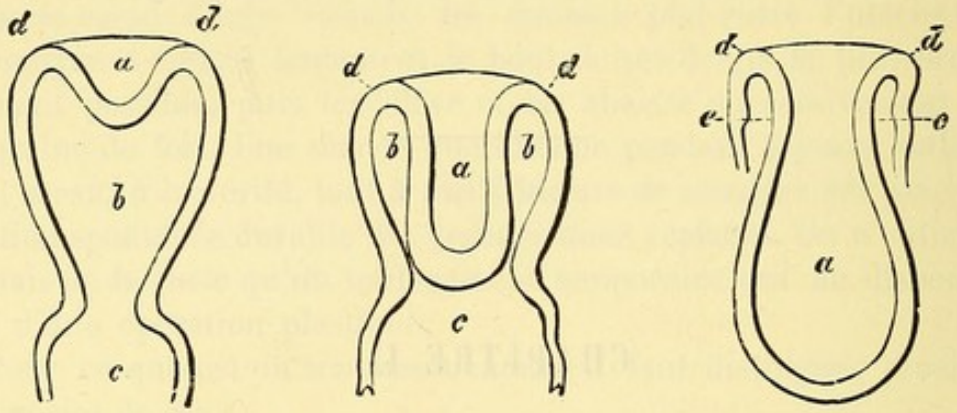


Fig. 348. — Inversion de l'utérus.

Figure schématique montrant les trois degrés; *a*, fond inversé; *b*, cavité utérine; *c*, vagin; *d*, bord supérieur de la dépression formée par le fond inversé.

contestés; ils ne méritent pas qu'on crée pour eux une classe spéciale.

La seule division utile en clinique est celle de l'**inversion simple** (fig. 349) et de l'**inversion avec prolapsus** (fig. 350).

Pathogénie et étiologie.

Pathogénie. Étiologie. — Pour que l'inversion de l'utérus se produise, il faut qu'une partie du corps, devenue inerte, donne prise aux contractions de la portion du muscle utérin située au-dessous de lui. Ces conditions se trouvent remplies dans deux circonstances différentes : après l'**accouchement**, ou par suite de la présence d'un **corps fibreux** pointant vers la cavité. Dans l'une et l'autre de ces circonstances, en effet, l'utérus est hypertrophié et dilaté; dans l'une et l'autre, une zone de sa surface est inerte et déprimée. Dans le cas d'accouchement, c'est la région où s'implantait le placenta, si bien que Rokitansky[1] a pu décrire l'affection comme une « paralysie de la zone placentaire »; dans les cas de fibrome, c'est la surface d'implantation de la tumeur. Une traction exercée d'en bas sur le cordon, une impulsion d'en haut, provenant d'un effort exagéré des parois

Accouchements. Polypes.

[1] Rokitansky, cité par Hart et Barbour. *Manuel de gyn.*, trad. franç., 1886, p. 411

abdominales en cas d'inertie utérine, peuvent, dans ces cas-là, amener la dépression du fond de l'utérus ; si le reste de l'organe est alors en train de se contracter, la portion déprimée est, pour ainsi dire, saisie, et un mouvement automatique, comparable à celui de la déglutition, l'amène invinciblement à passer par le col utérin ; il faut, en effet, le remarquer, un commencement de renversement passif donne aussitôt prise à des contractions dont la direction se trouve renversée.

Causes efficientes.

Au nombre des **causes efficientes** les plus habituelles, on doit mentionner : la brièveté du cordon, les tractions excessives exercées sur le placenta, les adhérences anormales de cet organe ou son insertion au fond de l'utérus, l'accouchement dans la station debout. L'inversion partielle s'est alors souvent effectuée à l'insu de l'accoucheur ; puis l'utérus, dont le fond s'est déprimé « en cul de bouteille » (Mauriceau), combine sa descente dans les premiers jours qui suivent la délivrance, et l'inversion, qui est effective depuis le premier moment, ne devient apparente qu'au bout de quelques jours. L'apparition se fait parfois d'une façon lente et insensible, parfois brusquement.

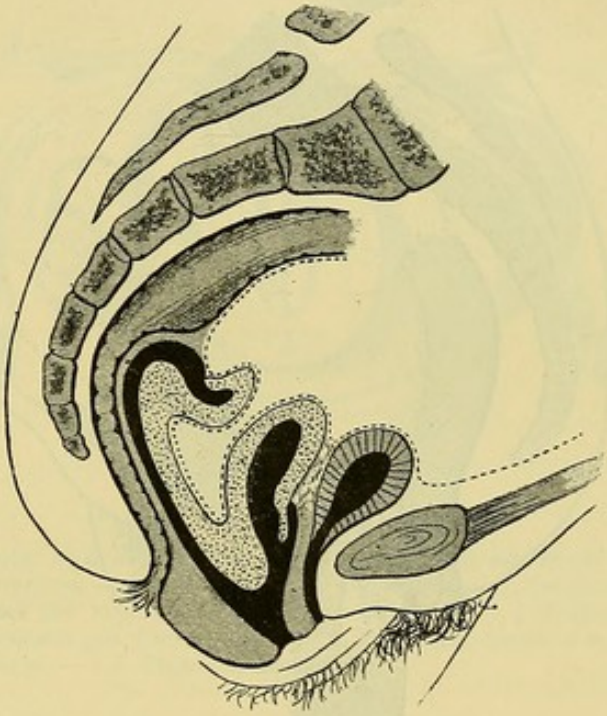


Fig. 349. — Inversion de l'utérus avec abaissement, sans prolapsus.

Cette origine puerpérale est la plus fréquente. Cross [1], sur 400 cas d'inversion, en a trouvé 350 consécutifs à l'accouchement et 50 aux polypes. Cette dernière cause vient en seconde ligne. Les corps fibreux, les fibro-sarcomes insérés au fond de l'utérus (fig. 350), spécialement ceux qui ont été l'objet de tentatives de traction, peuvent causer l'inversion, même chez les nullipares. On sait que la présence de ces tumeurs met la matrice dans un état d'hypertrophie et de vascularisation qui la rapproche sensiblement de l'état gravide (grossesse fibreuse).

L'inversion est une affection rare. Beigel, après des recherches

[1] Cross. *An essay, literary and pratical, on inversio uteri* (*Trans. provinc. med. and surg. Assoc.*, Londres, 1845).

statistiques, a trouvé qu'on la rencontre 1 fois sur 190 000 accouchements.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Une distinction importante est celle entre les **inversions récentes puerpérales** et les **inversions chroniques.** L'état tout particulier de l'utérus au moment de l'accouchement établit une différence radicale entre ces deux affections.

Dans la première, il existe une variété de renversement qu'on pourrait appeler **aigu**, accident formidable qui amène la mort par hémorrhagie foudroyante. Je n'ai pas à m'étendre ici sur cette espèce clinique, qui est essentiellement obstétricale. On a signalé également[1] des inversions puerpérales *agoniques* fort importantes à connaître en raison des erreurs médico-légales auxquelles elles ont pu donner lieu.

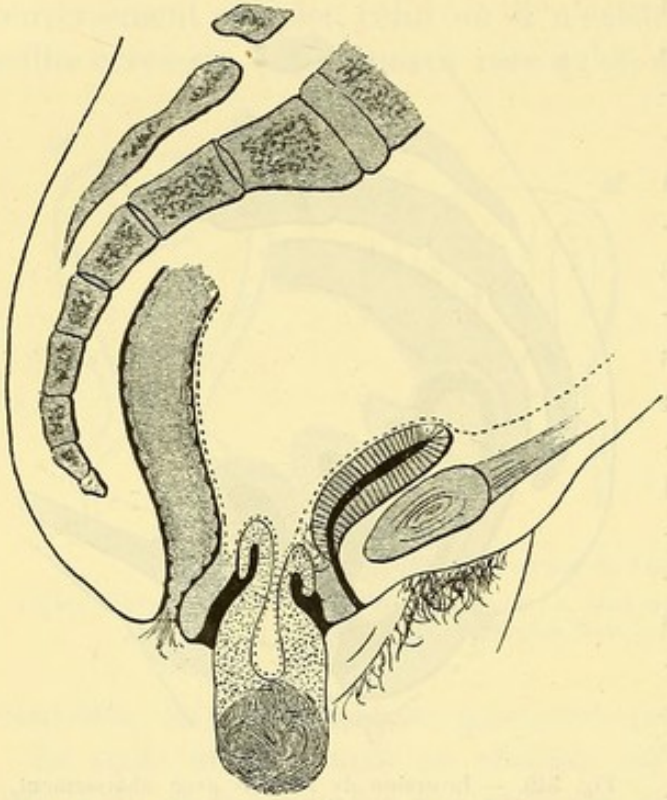


Fig. 350. — Inversion de l'utérus et prolapsus causés par un corps fibreux.

Par **inversion récente puerpérale**, je n'entendrai que les cas où l'apparition de la tumeur constitue le phénomène principal auquel on est appelé à porter remède, et se présente au chirurgien dans une période qui suit de près l'accouchement (un mois et demi, en moyenne) et où l'involution utérine peut ne pas être terminée. Par **inversion chronique**, je désignerai les cas les plus anciens.

Inversion récente puerpérale.

Dans l'**inversion récente puerpérale**, la cupule formée par la dépression du fond de l'utérus est ordinairement très prononcée et contient les trompes, les ovaires et parfois des anses intestinales (fig. 351). Plus tard, cette cavité s'efface, et il ne reste qu'une simple fente. La **tumeur** utérine est assez grosse; son tissu, qui n'a pas encore subi l'involution complète, est spongieux et vasculaire. Sa surface molle et tomenteuse est en contact avec la muqueuse vaginale; on y

[1] Kaltenbach. *Zur forensichen Bedeutung der postmortalen Uterus Inversio* (*Centr. f. Gyn.*, 1873, p. 954).

découvre, à un examen attentif, deux petites ouvertures latérales, très étroites, distantes d'environ 2 centimètres, dans lesquelles on peut parfois engager des soies de sanglier; ce sont les ouvertures des trompes. La partie supérieure de cette tumeur, qui est piriforme, est sertie par l'anneau cervical; quand celui-ci prend part au renversement, il le fait inégalement, plus en arrière qu'en avant, et le cul-de-sac antérieur conserve une profondeur plus grande que le cul-de-sac postérieur. On peut observer sur la muqueuse utérine les lésions macroscopiques et microscopiques de l'endométrite glandulaire.

Inversion chronique.

L'**inversion chronique sans prolapsus** forme une tumeur qui ressemble beaucoup, par l'aspect et la consistance, à un polype fibreux; le pédicule est simulé par la portion étranglée du corps utérin qui passe par la filière du col. Celui-ci reste dans sa position normale; dans les cas très exceptionnels, où l'inversion est complète, le bourrelet cervical a disparu et la muqueuse utérine et vaginale se continue directement sans relief intermédiaire.

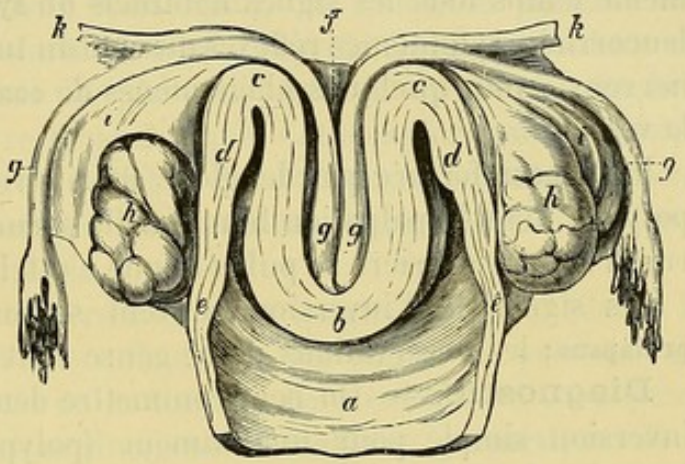


Fig. 551. — Inversion de l'utérus.

a. Vagin. — *b*. Fond de l'utérus. — *c*, *c*. Bords supérieurs de l'inversion. — *d*, *d*. Portion du col non inversé. — *f*. Cul-de-sac formé par le retournement du fond utérin. — *g*, *g*. Trompes entraînées par l'inversion. — *k*, *k*. Ligaments ronds. — *h*, *h*. Ovaires. — *i*, *i*. Ligaments larges.

La muqueuse qui revêt la tumeur utérine dans l'inversion chronique a souvent pris les caractères extérieurs de celle du vagin et ses glandes disparaissent en grande partie (Schröder).

Ulcérations.

L'**inversion chronique avec prolapsus**, très rare, peut s'accompagner d'**ulcérations**, à la suite du frottement et de l'irritation; la muqueuse se cutanise par production, à sa surface, de couches d'épithélium pavimenteux.

Gangrène.

On a cité des cas où l'utérus inversé a été éliminé par **gangrène**; c'est une sorte de guérison spontanée,

Symptômes.

Symptômes. — Je ne parlerai pas de l'inversion **aiguë** au moment de l'accouchement, qu'il n'est pas possible de méconnaître pour peu qu'on examine la malade avec quelque attention[1]. On doit être pré-

[1] W. Jaggard (*Soc. gyn. de Chicago*, 19 nov. 1886, anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 402) a rapporté un cas où une inversion datant de l'accouchement fut méconnue et où les accidents observés furent attribués à l'état puerpéral, les médecins s'étant abstenus d'examiner la malade de crainte de l'infecter!

venu que ce renversement, s'il est partiel, peut ne pas s'accompagner d'hémorrhagie inquiétante.

L'inversion dans la période **récente puerpérale** peut se faire brusquement et être accompagnée d'une vive douleur avec phénomènes réflexes graves, allant jusqu'à la syncope. La **douleur** a pourtant manqué dans des cas rares[1]; l'**hémorrhagie** est variable. Si l'inversion se fait lentement, d'une manière progressive, comme c'est le cas habituel lorsqu'il s'agit de polypes, les symptômes peuvent ne pas différer de ceux d'un simple prolapsus; les métrorrhagies sont pourtant plus fréquentes et doivent attirer l'attention. On a noté en même temps tous les signes habituels du **syndrome utérin** : douleurs, leucorrhée, symptômes réflexes du côté du tube digestif et du système nerveux, enfin quelques phénomènes de **compression** du rectum et de la vessie.

La **tumeur** formée par le globe utérin ressemble beaucoup à un polype : mais la palpation bi-manuelle permet de s'assurer que l'utérus n'est pas derrière le pubis et que c'est lui qui remplit le vagin.

Les signes de l'inversion peuvent se combiner avec celui d'un **prolapsus**; les observations de ce genre sont d'une excessive rareté[2].

Diagnostic. **Diagnostic.** — On peut commettre deux erreurs : prendre une inversion simple pour une tumeur (polype) ou méconnaître une inversion compliquée de tumeur.

Polype. Toutes les fois qu'un **polype** présumé présente un large pédicule, il faudra redouter l'une ou l'autre de ces confusions. Certains signes positifs permettront de l'éviter. L'absence du globe utérin derrière le pubis, constatée par le toucher rectal combiné avec la palpation hypogastrique, ou le cathétérisme vésical; la présence d'un bourrelet circulaire en forme de rainure tout autour de la tumeur, en arrière duquel la sonde ne peut pénétrer; enfin, parfois, la possibilité de reconnaître les orifices des trompes, sont les signes propres à l'inversion simple.

L'**inversion accompagnant un polype** est plus difficile à reconnaître, et l'on se trouve souvent embarrassé de déterminer ce qui appartient à l'un ou l'autre. On a donné comme signe distinctif la sensibilité de la muqueuse utérine, en opposition avec l'insensibilité de la surface du corps fibreux (Tillaux, Guéniot, Gosselin). Ce signe a été contesté[3]

[1] Homolle et Martin. *Annal. de gyn.*, 1875, t. III, p. 214.

[2] Mac Clintock (*Diseases of women*, Dublin, 1865, p. 97) en a figuré un exemple. — Schröder (*Mal. des org. gén. de la femme*, trad. franç., 1886, p. 220) en a représenté un autre. — F. S. Barber. *Case of inversion of the uterus with complete prolapse* (*Lancet*, 1887, t. II, p. 660).

[3] Leprévost. *Inversion utérine irréductible*, etc. Rapport de Tillaux (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, juin 1888, p. 503). — Berger et Ribemont (*Annal. d'hygiène et de méd. légale*, 1882, t. VIII, p. 521) ont, du reste, constaté, dans des expériences faites à Lourcine, que la muqueuse utérine est insensible à l'état normal.

et il n'a évidemment pas une valeur pathognomonique. La souplesse plus grande, la couleur plus foncée du tissu utérin, ne sont que de faibles indices; il en est de même du degré de consistance apprécié avec une épingle. Si l'étude très attentive de la région, faite pendant l'anesthésie, laissait persister des doutes, je crois qu'il serait indiqué, après avoir jeté une ligature élastique provisoire sur le pédicule, d'inciser couche par couche la surface de la tumeur à une épaisseur suffisante pour s'assurer qu'elle ne renferme pas de fibrome; si l'on arrivait ainsi dans la capsule d'un corps fibreux, on l'énucléerait avec des instruments mousses, après quoi on ferait un tamponnement iodoformé et l'on réduirait l'inversion. Si l'incision donnait un résultat négatif, on la refermerait soigneusement par une suture en surjet à étages superposés ou par une série de sutures profondes, avant d'enlever la ligature hémostatique. Cette exploration n'offrirait pas de dangers et mettrait à l'abri des fâcheuses surprises qu'ont éprouvées les chirurgiens qui, en pareil cas, ont procédé d'emblée à l'ablation totale de la tumeur.

Prolapsus simple.

Le **prolapsus simple** de l'utérus ne peut longtemps faire hésiter le diagnostic; l'effacement des culs-de-sac du vagin, la présence de l'orifice utérin au sommet de la tumeur, la possibilité d'y enfoncer une sonde à une distance ordinairement exagérée, permettront de le reconnaître; la déviation ou l'oblitération de l'orifice du col et la coexistence d'une tumeur fibreuse pourraient donner le change; on doit être prévenu de cette éventualité.

Pronostic.

Pronostic. — La lésion, une fois acquise, tend généralement à s'aggraver; de plus, les hémorrhagies, la leucorrhée, la douleur épuisent les malades. Il ne faut guère compter sur les cas heureux où l'on a vu la réduction spontanée s'effectuer[1], ni sur ceux, plus exceptionnels encore et non dépourvus de danger, où l'élimination s'est faite par gangrène[2]. On ne doit pas ignorer cependant, qu'une tolérance remarquable peut s'établir, même pour des lésions très accusées.

Traitement.

Traitement. — Plus on est rapproché du début de l'accident, plus la réduction est facile. Immédiatement après la délivrance, quand on se sera assuré qu'il ne reste aucun débris de placenta, la main sera hardiment introduite dans la cavité et repoussera le fond de l'organe qu'on cherchera à saisir avec l'autre main en déprimant fortement l'abdomen[3].

La réduction est tout autrement laborieuse, quand il s'agit de cas

[1] Spiegelberg. *Arch. f. Gyn.*, 1872, Bd. IV, p. 550, et 1875, Bd. V, p. 118.

[2] Hutson. *Med. Rec.*, 1895, p. 108.

[3] R. Teuffel (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 25, p. 401) cite un succès remarquable de cette manœuvre, pour laquelle il donne une bonne figure.

chroniques. Cependant on doit se souvenir qu'on a pu réduire des inversions invétérées. Audigé[1] en cite une qui datait de trente ans.

On pourrait diviser les moyens employés en **procédés de force** et **procédés de douceur.**

Procédés de force.

Procédés de force. — Je les énumérerai, sans m'y arrêter longuement, car je crois qu'ils sont destinés à disparaître[2] : l'immense majorité des inversions est susceptible d'être réduite par la douceur, et, quant aux cas exceptionnels, auxquels elle n'est pas applicable, ils sont passibles, non d'un taxis forcé, mais de l'extirpation de l'organe.

Réduction manuelle.

Réduction manuelle. — La malade est chloroformée, trois doigts sont enfoncés dans le vagin et saisissent la tumeur ; l'autre main fixe l'utérus à travers la paroi abdominale et dirige le sens des pressions. On a conseillé deux manœuvres : la réduction en masse, en pressant sur la totalité de l'utérus inversé, et la réduction successive de chaque corne séparément (Nœggerath).

Emmet[3] recommande, tandis que la paume de la main presse sur le fond de l'utérus, d'essayer de dilater le col avec l'extrémité des doigts. Courty[4] abaisse l'utérus avec des pinces de Museux, introduit dans le rectum deux doigts qui, en se recourbant, immobilisent le col à travers la paroi rectale pendant qu'avec le pouce et l'index de la main opposée on exerce une pression sur le pédicule, de manière à augmenter peu à peu le sillon utéro-cervical. Courty pratique parfois le débridement par deux ou trois incisions longitudinales, partant du museau de tanche et s'étendant le long du col, de manière à diviser les fibres circulaires de l'isthme. Barnes est aussi partisan de ces incisions. Küstner[5] a fait une incision longitudinale postérieure unique après avoir préalablement ouvert le cul-de-sac de Douglas pour libérer l'utérus de ses adhérences et en explorer les connexions. Emmet conseille, dès que la réduction a dépassé le museau de tanche, de prendre possession du résultat acquis, en fermant l'orifice du col au moyen de sutures, pendant quelques jours.

Taxis avec des instruments.

Taxis avec des instruments. — Le *repoussoir* de Viardel, en forme de baguette de tambour, l'instrument de White (de Buffalo), sorte de

[1] M. Audigé. *Contrib. à l'étude de l'inversion utérine chronique*. Thèse de Paris, 1881, n° 448.

[2] Ces manœuvres offrent toujours un certain danger : le vagin a souvent été déchiré pendant les efforts de taxis : T.-P. Teale. *Chronic inversion of the uterus reducted by taxis; laceration of vagina into Douglas's pouch; recovery* (*Lancet*, 1887, t. I, p. 11).

[3] Th. A. Emmet. *Principles and practice of gynec.* New-York, 1880, p. 410-458.

[4] Courty. *Traité pratique des mal. de l'utérus*, 3e édit., 1881, p. 750. — Chauvel. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1879, p. 352.

[5] O. Küstner. *Methode konservirender Behandlung der inverterirten Inversio Uteri puerperali* (*Centr. f. Gyn.*, 1895, p. 945).

cupule embrassant la tumeur et ayant pour pied un grand ressort plastique qui s'applique contre la poitrine de l'opérateur, n'ont plus qu'un intérêt historique.

Laparotomie et réduction par la voie péritonéale.

Laparotomie et réduction par la voie péritonéale. — Gaillard Thomas[1], en présence des difficultés qu'on éprouve à vaincre par la voie vaginale l'obstacle que la constriction du col utérin oppose à la réduction, a fait la laparotomie, puis a dilaté l'anneau cervical à l'aide d'un dilatateur analogue à l'instrument qui sert à élargir les doigts de gant, pour pouvoir refouler l'utérus par le vagin : il a ensuite réduit l'utérus très difficilement; il y eut perforation du vagin et forte hémorrhagie; sa maladie guérit pourtant; mais une seconde opérée mourut de péritonite. D'après ces faits, il me paraît difficile de déclarer, avec Bouilly[2], que cette opération est « très recommandable ». Même pour des femmes encore jeunes et susceptibles d'avoir des enfants, l'hystérectomie vaginale me paraît préférable aux périls d'une pareille manœuvre.

Procédés de douceur.

Procédés de douceur. — Le repos au lit, les douches vaginales chaudes et le massage doivent être employés comme moyens d'atténuer la congestion et d'amener une diminution de volume. Mais c'est la **pression continue** sur la tumeur qui est le moyen curatif par excellence. Continuée avec persistance, elle triomphera de presque tous les cas. Hofmeier[3] ne l'a jamais vue échouer.

Les moyens employés ont varié. Tylor Smith[4], bientôt imité par Teale, West, Bockendhal, Courty, etc., obtint le premier la réduction d'une inversion, datant de douze ans, par la pression continue avec un **pessaire à air.** Les pessaires Gariel se prêtent très bien à cet usage. On les introduit vides, et on les gonfle le plus possible. Leur action paraît être complexe; la pression sur la tumeur provoque la diminution de son volume; le contact permanent avec le col en amène le relâchement; enfin, l'excitation de la fibre utérine par l'action réductrice du pessaire peut éveiller des contractions, dont la pression exercée de bas en haut assure l'efficacité. A l'étranger, on emploie couramment un sac de caoutchouc rempli d'eau, appelé **colpeurynter**[5].

Pessaire à air.

Colpeurynter.

[1] G. Thomas. *Disease of women*, 1872, p. 434.

[2] G. Bouilly. *Encyclop. internat. de chirurg.*, édit. franç., t. VII, p. 689. — Mundé (*Laparotomy for reduction of an inverted uterus*, in *Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 1279), après avoir vainement essayé la réduction dans un cas d'inversion chronique, se décida à pratiquer la laparotomie pour essayer de dilater, par en haut, l'anneau constricteur, selon le procédé de Thomas. N'ayant pu y réussir, il fit la castration, puis l'ablation de l'utérus par la ligature élastique. Guérison.

[3] M. Hofmeier. *Grundriss der gynäk. Operat.*, 2e édit., 1892, p. 281.

[4] Tylor Smith. *Med. Times and Gaz.*, 24 avril 1858, t. I, p. 457.

[5] B. Campbell Gowan (*Lancet*, 21 sept. 1889, p. 598) a décrit un nouveau ballon hydrostatique pour la réduction de l'inversion chronique; on le fixe à une ceinture à l'aide d'un bandage en T.

La réduction peut tarder à se produire un mois et plus; elle est ordinairement précédée de très vives douleurs.

Pessaire avec compresion élastique.

Un **pessaire à tige**, en forme de cupule et **muni de bandes élastiques** qu'on fixe sur une ceinture abdominale, a été vanté par Thomas, Barnes, Duncan, Aveling, etc. C'est un moyen dangereux, qui peut donner lieu à des eschares.

Tamponnement iodoformé.

Bien préférable est le **tamponnement avec la gaze iodoformée**[1] dont l'emploi est simple, facile, et ne demande aucune instrumentation spéciale. On le renouvellera tous les deux ou trois jours et on le fera chaque fois avec le plus grand soin, en employant de longues bandelettes de gaze, larges de deux travers de doigt, qu'on tassera peu à peu autour et au-dessus de la tumeur : il faut, pour cela, employer une certaine force. La malade sera maintenue au repos horizontal; pendant toute la durée du traitement, on assurera la liberté du ventre par des lavements, et, si la miction est difficile, on pratiquera régulièrement le cathétérisme.

Restent des cas très peu nombreux où la réduction aura été impossible, malgré la compression longtemps continuée. **L'ablation de la partie inversée de l'utérus** sera alors légitime, car l'inversion, par les accidents qu'elle entraîne, abrège fatalement l'existence.

Hystérectomie partielle.

L'histoire des procédés employés avant la période antiseptique pour l'excision de l'utérus inversé est aussi longue que fastidieuse; ces cas constituent les observations les plus anciennes d'hystérectomie[2].

Écraseur, clamp, anse galvano-caustique, ligature lente élastique.

L'amputation à l'aide de l'**écraseur linéaire**[3] doit être rejetée; elle est très lente, donne lieu à des douleurs atroces, n'assure pas contre l'hémorrhagie et expose à la blessure d'organes voisins.

L'incision immédiatement précédée de l'application d'une **ligature**[4] ou d'un **clamp**[5], la section à l'**anse galvano-caustique**, la **ligature lente**, soit avec des fils de fer, soit avec des tubes en caoutchouc progressi-

[1] Barsony (*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 502) tamponne les culs-de-sac vaginaux avec la gaze iodoformée, avant l'emploi du *colpeurynter*. — Kocks (*ibid.*, p. 658) a, paraît-il, préconisé ce procédé, il y a 10 ans.

[2] On en trouve deux exemples curieux dans l'ouvrage célèbre de F. Rousset, *Cæsarei partus assertio historiologica*. Paris, 1590, p. 332. Il opéra la section après ligature préalable et avec cautérisation consécutive au fer rouge. Une des observations, qui est personnelle à Rousset, date de 1555. Les deux femmes guérirent. J'ai rapporté un grand nombre de faits de ce genre dans ma thèse d'agrég., *Sur la valeur de l'hystérotomie*, 1875, p. 149. — Voir aussi Denucé. *Traité de l'inversion utérine*. Paris 1885.

[3] Aran, *loc. cit.*, p. 914. — Mac Clintock, *loc. cit.*, p. 85. — Sims, *loc. cit.*, p. 155. — V. Faucon. *Sur une forme particulière d'inversion polypeuse de l'utérus, inversion supéro-latérale, amputée par l'écraseur linéaire avec suture* (*Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*, 1887, p. 725-738).

[4] Palasciano, cité par Courty, *loc. cit.*, p. 736.

[5] Valette (de Lyon). *Lyon méd.*, avril 1871, t. VII, p. 342.

vement serrés, également précédée du tracé d'un sillon au thermocautère (Courty), sont des procédés archaïques qui doivent aussi être abandonnés, quoiqu'ils puissent, bien employés, donner quelques succès[1].

Ligature à traction élastique de Périer.

Je signalerai, surtout à titre de document, un perfectionnement notable introduit par Périer[2] dans la technique de la ligature lente, par l'invention de son procédé de **ligature à traction élastique**, à l'aide d'un serre-nœud spécial à crémaillère; il a pu être utilement employé par les praticiens peu familiarisés avec l'hystérectomie vaginale.

Hystérectomie partielle à l'instrument tranchant.

Kaltenbach[3] a préconisé l'**amputation** immédiate **de la partie inversée**, avec l'instrument tranchant, après l'application d'une ligature élastique provisoire.

Hystérectomie totale.

La technique de l'**hystérectomie vaginale totale** est actuellement si bien fixée, les résultats qu'elle donne sont si satisfaisants, qu'il est préférable d'y avoir recours plutôt qu'à l'amputation de la partie inversée, si l'impossibilité d'une réduction est démontrée.

[1] Le Fort. *Inversion utérine. Ligature élastique. Guérison* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 201). Un fil de caoutchouc fut enroulé sept ou huit fois autour du pédicule; on fit au-dessous une ligature avec un fil ordinaire enroulé aussi plusieurs fois. Pas d'excision de la tumeur; au bout de treize jours, la ligature tombe. Guérison.

[2] Périer. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 16 juin 1880, p. 579. — *De la ligature à traction élastique, appliquée au traitement de l'inversion utérine* (*Revue de chir* , déc. 1886, p. 969). — Le Fort, *loc. cit.* — Leprévost, *loc. cit.*, p. 503.

[3] Hegar et Kaltenbach. *Die oper. Gynäk.*, 3e édit., 1886, p. 575. — Hicguet (*Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*, 1885, p. 500) a publié un succès obtenu par la ligature élastique double, suivie de l'excision au thermocautère. — Goossens, de Rotterdam (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 37, p. 598), a amputé l'utérus au-dessous d'une ligature élastique. Guérison.

LIVRE VII

DES DIFFORMITÉS DU COL DE L'UTÉRUS
ATRÉSIE. — STÉNOSE. — ATROPHIE. — HYPERTROPHIE

Atrésie du col.

Définition. — Étiologie. — Traitement.

Définition. L'**atrésie** est l'imperforation ou l'occlusion du museau de tanche.

Étiologie. L'**atrésie congénitale**[1] coïncide le plus souvent avec d'autres malformations plus importantes, comme la duplicité de l'utérus et du vagin et l'atrophie d'un des deux canaux génitaux. L'étude de l'hématométrie et de l'hématocolpos qui en résultent doit être faite avec l'histoire générale des MALFORMATIONS DES ORGANES GÉNITAUX.

A la vérité, on devrait, théoriquement, placer ici la description des faits rares, mais incontestables, où la seule lésion congénitale paraît consister dans l'imperforation du col, soit au niveau de son orifice interne, soit au niveau de son orifice externe[2]. Mais les conséquences cliniques de cette anomalie sont identiques à celles qui résultent de l'absence de développement de la portion supérieure du vagin, et je m'exposerais inutilement à des répétitions.

L'**atrésie acquise**[3] est consécutive à des eschares après l'accouchement, à des cicatrices survenues à la suite de cautérisations excessives ayant porté sur toute la périphérie du col, à des amputations faites par un mode d'exérèse qui n'a pas eu pour effet de border le pourtour de l'orifice avec la muqueuse et a donné lieu à une rétrac-

[1] P. MÜLLER. *Die Sterilität der Ehe. Entwicklungsfehler des Uterus.* Stuttgard, 1885, p. 216 et suiv. — A. BREISKY. *Krankh. der Vagina*, in *Deutsche Chir.*, Stuttgard, 1886, p. 58.

[2] G. LOWE. *Case of atresia of the uterine cervical canal; distension of the uterus; escape of the menstrual fluid between the walls of the vagina* (*Obstetr. Trans.*, Londres, 1887, t. XXIX, p. 401).

[3] W. A. MEREDITH. *A case of hæmatometra associated with a degenerating fibromyoma*, etc. (*Obstetr. Trans.*, Londres, 2 nov. 1887, t. XXIX, p. 422). — DUBREUILH. *Hématométrie* (*Revue de chir.*, août 1889, p. 677). — CHIARLEONI. *Ematometra per chiusura acquisita del muso di tancia* (*Gazz. di osp.*, Milan, 1888, t. IX, p. 139). — W. S. A. GRIFFITH. *Pyometra* (*Obstetr. Trans.*, Londres, 1887, t. XXIX, p. 398).

tion concentrique du tissu inodulaire. Elle peut aussi succéder à la cicatrisation d'ulcérations du col, coïncidant avec l'atrophie sénile de l'utérus; enfin, à la présence de tumeurs dans la cavité du col ou dans la portion inférieure du corps, chez les vieilles femmes. On observe encore l'atrésie dans le prolapsus utérin, à la suite du frottement d'un pessaire sur le museau de tanche ou simplement à la suite de l'irritation produite par le frottement de cet organe prolabé à l'extérieur. En dehors de toutes ces causes, elle peut s'établir spontanément par les progrès de l'âge. On a enfin signalé des cas, qui me paraissent douteux, d'atrésies survenues durant le cours d'une grossessse[1].

Les conséquences de cette oblitération sont variables, selon que la femme n'a pas atteint ou a dépassé la ménopause. Dans le premier cas, des accidents graves d'**hématométrie** et d'**hématosalpinx** sont à redouter (je renvoie pour leur étude au chapitre des MALFORMATIONS). Dans le second cas, la lésion passe généralement inaperçue, à moins qu'une cause d'irritation septique n'existe dans l'intérieur de la cavité utérine, et ne donne lieu à une accumulation de pus (**pyométrie**) ou de gaz (**physométrie**). J'ai observé deux exemples de pyométrie à la suite de cancer du corps utérin et de corps fibreux enflammé chez des vieilles femmes.

Le **traitement** consiste alors à rétablir d'abord la perméabilité du col par des incisions et le cathétérisme, et s'il est nécessaire, à désinfecter la cavité utérine, puis à suivre les indications qui peuvent être fournies par une lésion concomitante, corps fibreux ou cancer. Traitement.

Sténose du col.

Étiologie et anatomie pathologique. — Symptômes. Dysménorrhée. Métrite. Stérilité. — Diagnostic : sténose de l'orifice externe; sténose de l'orifice interne. — Pronostic. — Traitement. Dilatation lente. Discision sanglante de l'orifice externe et de l'orifice interne. Électrolyse. Stomatoplastie par amputation du col. Évidement commissural du col.

La **sténose** est le rétrécissement du col; c'est la *dysménorrhée obstructive* des auteurs anglais. Étiologie et anatomie pathologique.

Elle peut être **congénitale** ou **acquise**.

Quand elle est **congénitale**, elle coïncide ordinairement avec la forme conique du col, parfois avec son hypertrophie, qui est souvent en raison inverse du peu de développement du corps.

Le col, pointu à la manière d'un pain de sucre, présente une

[1] EDIS. *Diseases of women*, Londres, 1882, p. 33.

consistance très ferme, et à son sommet un petit orifice qui paraît percé avec une aiguille (fig. 352). La lèvre antérieure déborde souvent un peu, donnant l'apparence d'une sorte d'hypospadias du col, ou encore d'une petite trompe (col tapiroïde). La sténose coïncide alors fréquemment avec l'hypertrophie congénitale du museau de tanche (fig. 353).

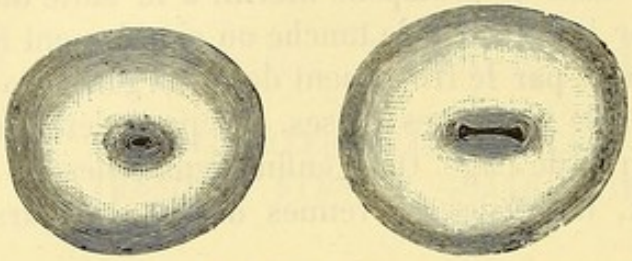


Fig. 352. — Sténose du col.
Orifice normal et orifice en trou d'aiguille, vus au spéculum.

La sténose congénitale peut être la simple conséquence d'une antéflexion cervico-corporelle qui efface le calibre du canal cervical.

La **sténose acquise** reconnaît les mêmes causes que l'atrésie.

Une des conséquences importantes de cette lésion est la difficulté

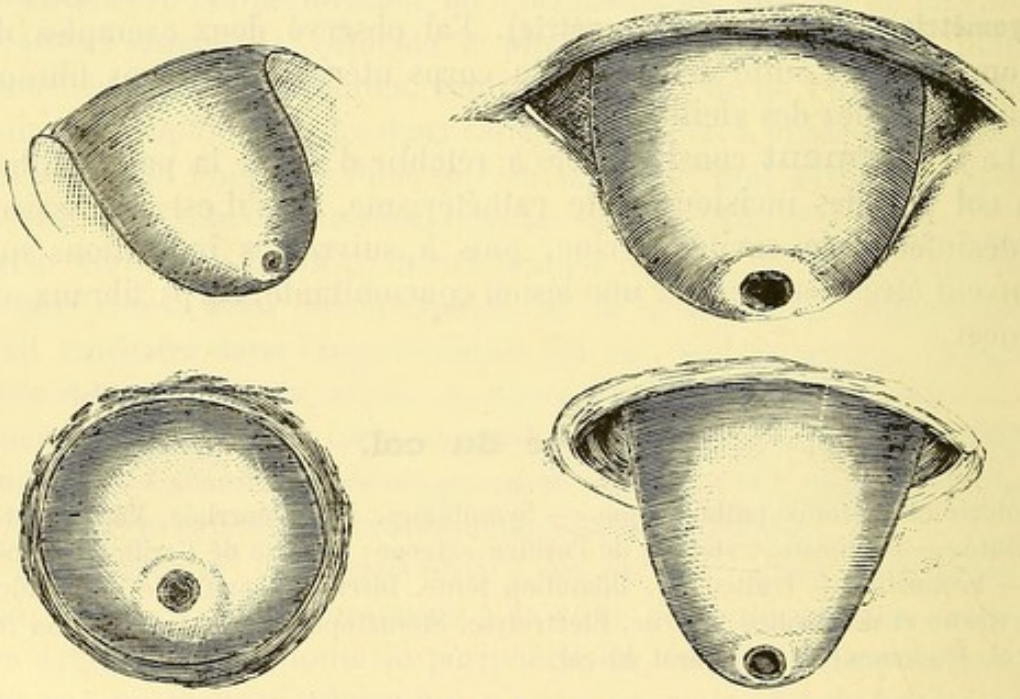


Fig. 353. — Sténose du col.
Cols coniques. — Formes diverses.

d'évacuation du mucus cervical, et, par suite de sa stagnation, la dilatation de la cavité du col qu'elle provoque; cette dilatation ne tarde pas à se compliquer d'inflammation de la muqueuse, et la lésion secondaire joue bientôt un rôle prépondérant, en augmentant à son tour l'abondance et la viscosité du mucus (fig. 354).

Symptômes. **Symptômes.** — L'examen au spéculum et les tentatives de cathé-

térisme ne laissent aucun doute sur l'existence de cette lésion; l'orifice rétréci étant franchi, on tombe souvent dans le col dilaté en ampoule.

Dysménorrhée et **stérilité**, tels sont les deux symptômes capitaux. Il faut noter, toutefois, que la dysménorrhée manque parfois chez des femmes manifestement atteintes d'étroitesse du col.

La **douleur durant les règles** siège surtout dans les régions lombaires, iliaques et sacrées; elle a le caractère de coliques, revenant par accès, quand l'exhalation du sang se fait avec trop d'abondance pour l'étroitesse du canal ou quand celui-ci est obstrué par un caillot : Dysménorrhée.

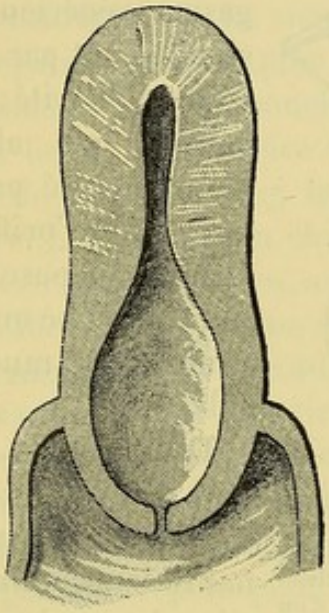


Fig. 354. — Sténose du col (orifice externe). Dilatation de la cavité du col par rétention du mucus dans le cas de métrite cervicale, avec étroitesse de l'orifice externe.

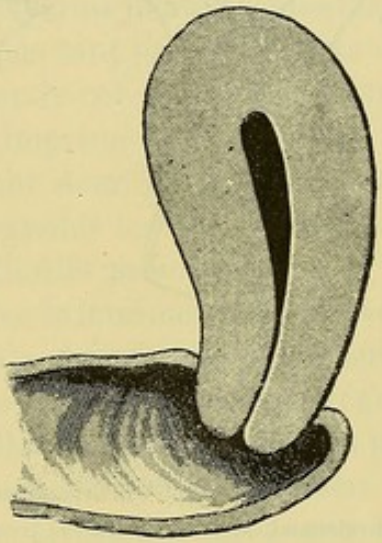


Fig. 355. — Sténose du col (canal cervical). Utérus à canal cervical étroit, sans flexion du col (cas type pour l'opération de Simpson).

aussi observe-t-on des moments de répit après de petites débâcles sanguines. L'intensité des douleurs est telle, parfois, que les malades ont des crises nerveuses, des syncopes, des vomissements incoercibles, et à ces crises succède souvent un état de prostration extrême.

Ces malades sont généralement chloro-anémiques, dyspeptiques et névropathiques.

La **métrite** est une conséquence fréquente de cette difficulté d'évacuation du mucus et du sang provenant de la cavité utérine; les signes du **syndrome utérin** persistent alors dans l'intervalle des règles et relient l'une à l'autre les périodes aiguës. Ainsi se trouve constituée une des formes fréquentes de la **métrite virginale**. Métrite.

La **stérilité** est une conséquence de la sténose du col, quoique, Stérilité.

depuis Sims, on en ait sûrement exagéré l'influence, à ce point de vue. Ce n'est pas tant par l'obstacle mécanique opposé à l'entrée du sperme qu'agit la difformité; quelque étroit que soit le passage, il serait toujours suffisant. C'est plutôt à ce qu'on pourrait appeler l'*engouement muqueux* de la cavité cervicale qu'il faut attribuer la stérilité. Normalement, au moment du coït, le col, sous l'influence de l'éréthisme que Rouget a comparé à une véritable érection, expulse le mucus qu'il contient[1]. A sa place, du mucus vaginal alcalin mêlé de sperme[2] pénètre dans sa cavité, soit par une sorte d'aspiration résultant de la cessation de l'orgasme vénérien, soit simplement par l'effet de la capillarité; or cet échange est absolument entravé par l'étroitesse de l'orifice externe qui oppose à l'accès du sperme un épais bouchon de mucus acide.

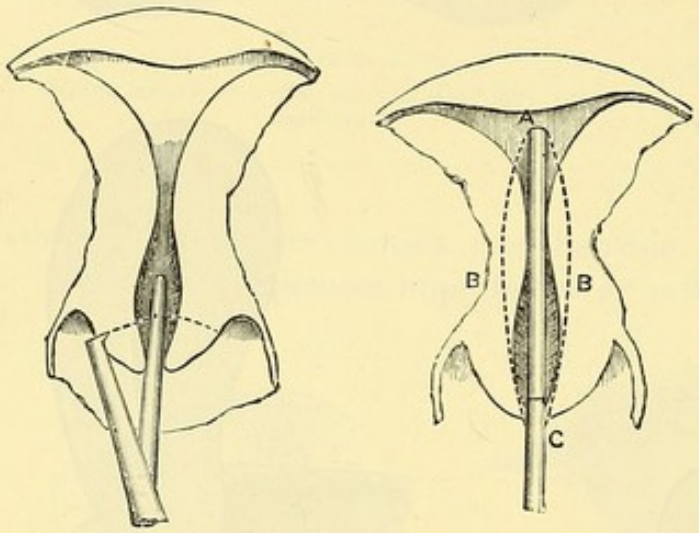


Fig. 356. — Débridement du col.

1. Débridement de l'orifice externe avec des ciseaux de Küchenmeister. — 2. Débridement de l'orifice interne à l'aide d'un métrotome double. — L'arc A B C indique la section obtenue par l'écartement des lames.

Diagnostic.

Diagnostic. — Le seul détail intéressant et délicat est de reconnaître le **point exact** où siège le maximum de rétrécissement. Quand le col offre l'aspect conique avec orifice punctiforme, masqué par une gouttelette visqueuse qu'on peut comparer aux petits crachats concrets venus du larynx, il n'y a pas de doute, c'est l'**orifice externe** qui est un des points de départ des accidents. Mais il peut ne pas être le seul; selon la juste remarque de Bennett, il existe un autre défilé normal au-dessus du col, où peut exister un rétrécissement (fig. 355).

Orifice externe.

Orifice interne.

La **sténose de l'orifice interne** peut-elle être due à une contracture, comme on l'a soutenu? Cela est douteux. Je crois qu'elle est le résultat d'un développement incomplet, avec ou sans antéflexion congénitale. Je ne parle que pour mémoire des sténoses acquises à la suite de cautérisations exagérées; elles sont beaucoup plus rares là qu'à l'orifice externe.

[1] Kristeller. *Berl. klin. Woch.*, 1871, n°s 27 et 28, p. 315 et 325.
[2] Beck. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1874, t. VII, p. 555.

Il ne faut pas se hâter de conclure à un rétrécisssement de l'orifice interne, parce qu'on ne passe pas facilement une sonde à ce niveau. On doit bien s'assurer que l'obstacle n'est pas dû à ce que le bec de la sonde s'engage dans un repli de la muqueuse, ou bute contre un angle de flexion. Pour cela, on modifiera la courbure du cathéter, selon la direction présumée de la cavité cervico-utérine, on en abaissera convenablement le manche vers la fourchette, on fixera, au besoin, ou l'on attirera légèrement la lèvre postérieure du col, s'il s'agit d'une antéflexion, la lèvre antérieure, s'il s'agit d'une déviation en arrière. Ce n'est qu'après une série de tâtonnements prudents qu'on arrivera à établir le diagnostic.

Pronostic.

Pronostic. — La sténose du col d'origine congénitale, qui est incomparablement la plus fréquente, disparaît définitivement après la fécondation et l'accouchement, non pas tant par suite de la dilatation forcée et excessive subie alors par le col que par le changement de structure que la gravidité a imprimé à la matrice tout entière. Les efforts du chirurgien doivent donc avoir pour but de favoriser la fécondation, et il ne doit regarder les divers moyens de dilatation artificielle que comme des palliatifs provisoires.

Traitement. Dilatation lente

Traitement. — La **dilatation lente** avec la laminaire, ou **immédiate progressive** avec les bougies graduées, n'a donné que des résultats éphémères : on peut cependant l'employer avec avantage, régulièrement avant chaque période menstruelle. J'accorde, pour ma part, la préférence aux bougies dilatatrices de Hegar, et je considère que leur passage répété peut avoir un effet favorable, en donnant un coup de fouet à la vitalité des utérus plus ou moins incomplètement développés, qui sont généralement ceux où siège une sténose cervicale congénitale[1].

Discision sanglante. Orifice externe.

La **section de l'orifice externe** par l'instrument tranchant peut se faire directement avec le bistouri, avec de forts ciseaux, avec des ciseaux spéciaux munis d'un crochet qui empêche le glissement (ciseaux de Küchenmeister), ou avec les divers modèles de métrotomes qui se sont multipliés depuis que Simpson[2] a, le premier, préconisé cette opération, en Angleterre, et inventé un instrument analogue au lithotome de Dupuytren.

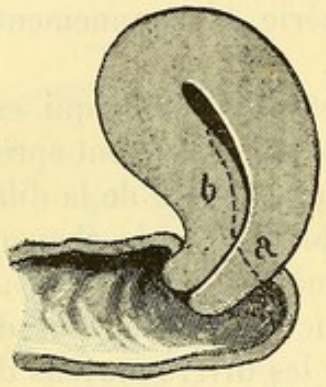
Marion Sims[3], en Amérique, étendit ensuite considérablement

[1] Voir pour la technique de la dilatation, p. 126. — Il ne faut pas considérer cette petite opération comme insignifiante, et les plus grandes précautions antiseptiques devront être prises. On connaît plusieurs observations d'accidents graves, et un plus grand nombre encore n'ont sans doute pas été publiées. T. C. Smith. *Accidents from the use of laminaria tents* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, p. 694). — C. C. Lee. *Dilatation of the cervix; septic peritonitis; death* (*ibid.*, p. 498).

[2] J. Y. Simpson. *Med. Times and Gaz.*, févr. et mars 1859, et *Selected obst. works*, Londres, 1871, p. 677.

[3] M. Sims. *Lancet*, 1865, t. I, p. 224 et suiv. — *Uterine surgery*, Londres, 1865

cette pratique et lui donna une vogue qu'on a peine à comprendre aujourd'hui, en se plaçant au point de vue exclusivement scientifique. La gynécologie a passé, dès lors, par une période, qui n'est pas encore partout terminée, où le débridement et la discision des orifices utérins interne et externe ont été pratiqués, surtout à l'étranger, avec un véritable excès. Il n'était nouvelle mariée tardant quelque peu à avoir un enfant, jeune fille ou femme souffrant au moment des règles, qui ne fût déclarée passible de cette opération. Or, quelque petite qu'elle soit en apparence, elle n'est pas sans avoir entraîné de nombreux accidents mortels, surtout avant l'ère antiseptique.



Orifice interne.

Fig. 357. — Sténose du col (canal cervical). — Lignes d'incision au niveau de l'orifice interne du col. *a*, incision de l'orifice externe au niveau de la lèvre postérieure. *b*, incision de l'orifice interne, au niveau de la paroi antérieure.

Il faut séparer de la section portant sur l'orifice externe (qui peut être médiane, postérieure, bilatérale ou multiple) la **section portant profondément sur l'orifice interne** et toute l'étendue du **canal cervical** (fig. 357). Les incisions peuvent être faites avec un bistouri boutonné, après fixation et léger abaissement du col, rendu accessible par une valve. Cette opération est bien plus sérieuse que la précédente.

Pour arrêter l'hémorrhagie, on tamponne légèrement l'incision avec des boulettes d'ouate imbibées de perchlorure de fer qu'on retire le lendemain. La malade doit garder le lit pendant trois jours. Un petit pessaire à tige élastique (Barnes), ou une cheville en verre (Thomas), est maintenu quelques jours dans le col[1].

Je ne m'arrête pas davantage à décrire ces opérations, parce que je les considère comme mauvaises. Les incisions de l'orifice externe se cicatrisent et reproduisent la difformité ou restent béantes et donnent lieu à l'ectropion de la muqueuse et perpétuent le catarrhe cervical. Quant aux incisions profondes, elles ne sont pas sans danger, car, quelque soin qu'on mette à régler le jeu du *métrotome*, cet instrument, qui agit à l'aveugle, peut dépasser les limites prévues et donner lieu à des accidents. Je lui préférerais donc le bistouri boutonné, dont on est maître.

La dilatation du col avec les divers procédés, non sanglants ou

[1] Consulter sur ce point : Marion Sims, *On the surgical treatment of stenosis of the cervix uteri* (*Amer. gyn. Trans.*, 1878, p. 54). — Thomas. *Diseases of women*, Londres, 1880, p. 615. — Barnes. *Diseases of women*. Londres, 1878, p. 245. — Mundé. *Minor surg. gynecology*. New-York, 1885, p. 297. — Heyder. *Zur Behandlung der Stenose des Uterus* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1887, Bd. XIV, p. 259).

sanglants, peut donner des résultats excellents, chez une catégorie spéciale de malades : c'est dans les cas de sténose peu marquée, accompagnée de phénomènes nerveux réflexes disproportionnés avec la lésion. Deux théories ont même été émises à ce sujet. Schauta, qui préconise la section par l'instrument tranchant, prétend avoir ainsi guéri des névroses hystériformes, ce qu'il attribue à la section des filets nerveux ; il déclare qu'en pareil cas la dilatation non sanglante échoue complètement[1]. D'autre part, Doléris préconise la dilatation forcée du col dans les mêmes circonstances; elle est analogue, dans son action, à l'élongation nerveuse[2]. Je crois que, dans l'une ou l'autre de ces dilatations, le soulagement rapide des malades peut être expliqué, beaucoup plus simplement, par l'écoulement facile des mucosités qui étaient jusqu'alors retenues; une constante source d'actions réflexes est ainsi tarie. Ce ne sont pas seulement les douleurs, mais les troubles gastriques qui sont alors rapidement[3] amendés.

L'**électrolyse**[4] a été fortement préconisée dans ces derniers temps. Les avantages qu'on fait valoir sont : l'innocuité, l'absence de douleur, l'efficacité, due à ce que l'eschare du pôle fluidifiant laisse une cicatrice molle et extensible, comme celle que donnent les caustiques alcalins. On a recommandé d'employer alors des courants très faibles, en faisant de très longues séances.

Électrolyse.

Dans les cas où la sténose du col n'est pas très grande, je préfère, à ce moyen assez compliqué, la **dilatation immédiate progressive** avec les bougies de Hegar (après ramollissement du col avec la laminaire). Je combine, au besoin, cette manœuvre avec de très petits débridements sur la périphérie de l'orifice du museau de tanche, à l'aide d'un ténotome boutonné, pour faciliter le passage de la fine tige de laminaire.

Dilatation immédiate progressive.

Dans les cas de sténose très accusée, la seule opération rationnelle me paraît être la réfection autoplastique d'un orifice suffisant pour le museau de tanche, à l'aide d'une opération de **stomatoplastie**. Cette

Stomatoplastie par amputation du col

[1] Schauta. *Zur gynäkologischen Behandlung der Neurosen* (*Wien. med. Blätter*, 27 mai 1886).

[2] Doléris. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1887, t. II, p. 55.

[3] J. W. Farlow. *Menorrhagia and chronic dyspepsia two years standing cured by dilatation of the cervix uteri* (*Boston med. and surg. Journ.*, 1883, t. CIX, p. 296). — Boissarie. *Des vomissements incoercibles en dehors de la grossesse; de la dilatation du col* (*Annal. de gyn.*, oct. 1887, t. XXVIII, p. 284). Le chirurgien de Sarlat déclare s'être basé sur un travail de Copeman, publié dans le *Brit. med. Journ.* et analysé dans les *Annal. de gyn.*, nov. 1878, où les vomissements incoercibles de la grossesse avaient cessé après la dilatation du col avec l'index.

[4] Leblond. *Annal. de gyn.*, 1878, t. IX, p. 339. — Henri Fry. *The relative merits of electrolysis and rapid dilatation in the treatment of sterility and dysmenorrhea* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 40). — Voir la discussion à ce sujet de la *Soc. obstétr. et gynéc. de Washington* (*ibid.*, p. 78).

opération n'agit pas seulement, comme on pourrait le croire, sur la constitution de l'orifice externe. Par les modifications profondes de vitalité qu'elle entraîne dans le col, la partie supérieure de ce canal devient, comme je l'ai constaté moi-même, plus perméable. Elle agit, du reste, aussi en détruisant la flexion cervico-corporelle dont l'éperon donne souvent l'illusion d'un rétrécissement supérieur. Je crois donc qu'après avoir fait cette opération, il faut attendre quelque temps, avant de s'attaquer à une sténose placée au-dessus et constatée par un examen antérieur. On pourra reconnaître, plus tard, que cet obstacle a disparu ; s'il existe encore, la dilatation progressive avec des bougies de Hegar est infiniment préférable à l'incision : on favorisera le passage des premières bougies par de très légères scarifications internes à l'aide d'un ténotome : mais il n'y a là rien de comparable aux profondes discisions de Simpson, Sims, etc.

L'opération de stomatoplastie n'est, en somme, qu'une amputation du col. J'en ai décrit la technique dans le chapitre du TRAITEMENT DES MÉTRITES (p. 246). Je n'y reviendrai pas. On choisira l'un ou l'autre des procédés que j'ai exposés, selon le cas. S'il s'agit d'un col épais, charnu, c'est à l'**excision bi-conique** (Simon-Markwald), à deux lambeaux, qu'on aura recours. Si la muqueuse est manifestement très altérée, on adoptera plutôt le procédé à un lambeau avec **excision de la muqueuse** (Schröder). J'ai parfois combiné ces deux procédés pour les cols tapiroïdes, en faisant deux lambeaux à la lèvre antérieure de manière à en enlever un segment cunéiforme plus considérable, un seul lambeau à la lèvre postérieure. Quoi qu'il en soit, le but qu'on doit, avant tout, se proposer d'atteindre est de reconstituer un orifice de forme transversale et de dimensions suffisantes, très exactement ourlé par la muqueuse, de telle sorte qu'aucun travail de rétraction et de rétrécissement post-opératoires ne puisse se produire.

Stomatoplastie par évidemment commissural du col.

Depuis quelque temps je préfère pour les cols tapiroïdes une opération nouvelle à laquelle j'ai donné le nom d'**évidement commissural du col**[1]. On commence par sectionner latéralement le col de façon à former deux longues valves cervicales, l'une inférieure, l'autre supérieure. Par l'écartement de ces deux valves, presque toute la cavité cervicale se montre à découvert et la muqueuse apparaît divisée en deux moitiés correspondant aux deux valves. De chaque côté de cette muqueuse, en haut et en bas, se trouve une surface avivée (fig. 358. 1. 2. 3. 4.). Sur chacune de ces surfaces, étroites mais longues, on enlève un long lambeau en forme de coin, à l'aide de deux incisions longitudinales partant d'une troisième

[1] S. Pozzi. *Nouvelle opération applicable à la sténose congénitale du col de l'utérus* (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1895, t. XIX, p. 93 et *Ann. de Gyn.*, 1895, t. XLI, p. 407.)

incision transversale parallèle à l'angle de réunion des deux valves et aboutissant à l'orifice externe sectionné. L'une de ces incisions, longitudinale, est parallèle à la muqueuse cervicale ; l'autre longe la muqueuse vaginale du col (fig. 358. 2), et toutes deux vont dans la profondeur à la rencontre l'une de l'autre (fig. 358. 3), de façon à délimiter un lambeau prismatique et triangulaire (fig. 358. 3′) qu'on enlève. Une des faces de ce lambeau regarde vers l'extérieur, tandis que l'arête correspondant à cette face, qui mesure en largeur toute la largeur de la surface cruentée, se trouve dans la profondeur du parenchyme cervical.

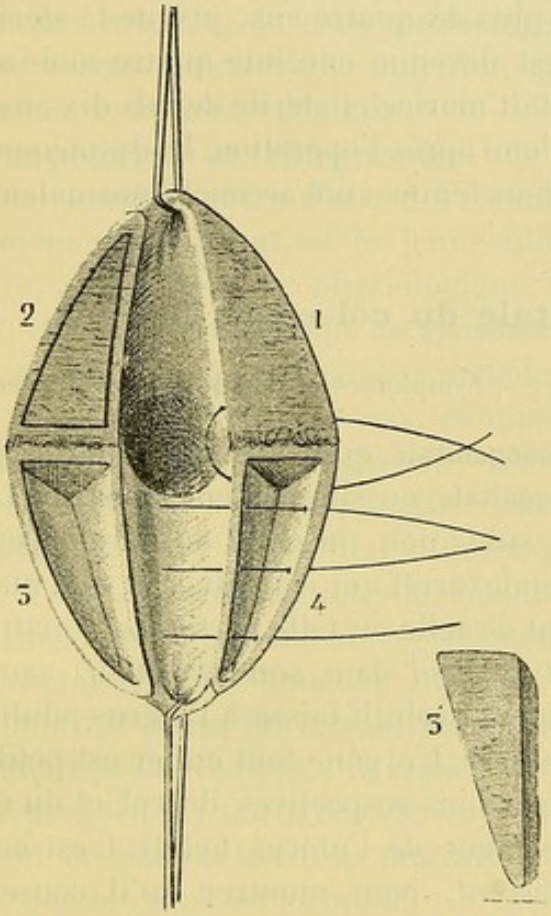


Fig. 358. — Evidement commissural du col. — 1. Surface de section après incision des commissures. — 2. Tracé de l'évidement. — 3. Surface de section après ablation du lambeau prismatique 3′. — 4. Disposition des fils pour la suture.

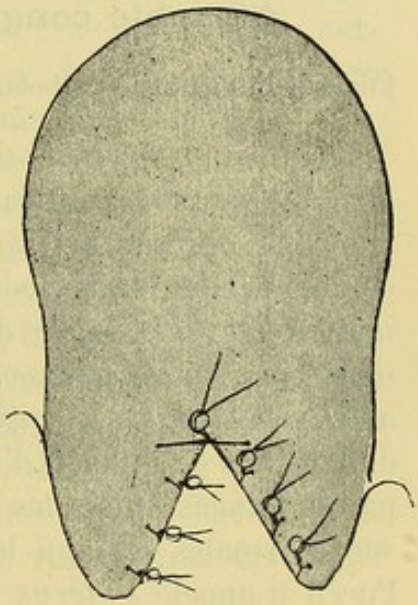


Fig. 359. — Évidement commissural du col. — Schéma montrant le résultat immédiat de l'opération.

Quand le lambeau est enlevé, la surface de section latérale se présente sous forme d'une gouttière aplatie latéralement. Il suffit maintenant d'affronter les deux bords de cette gouttière et de les suturer transversalement dans toute leur longueur, c'est-à-dire depuis l'angle de réunion des deux valves jusqu'à l'orifice externe sectionné (fig. 358. 4). La suture se fait à l'aide de fils d'argent fixés par des tubes de plomb (fig. 359). Ainsi se trouve suturée la muqueuse interne ou intra-cervicale à la muqueuse externe ou vaginale du col. Lorsqu'on a répété les mêmes manœuvres pour chaque surface cruentée, l'affrontement est parfait, les tranches de section n'ont plus de tendance à se réunir l'une à l'autre et le col reste

divisé à une grande hauteur. Il en résulte que, immédiatement après l'opération, l'orifice du museau de tanche a la forme d'une ligne courbe elliptique et les lèvres ont l'aspect d'un bec de canard (fig. 359). Mais, par suite de la rétraction qui s'opère peu à peu, cet aspect se modifie et l'orifice extérieur se présente sous la forme d'une ligne horizontale ourlée de lèvres rectilignes.

Cette opération m'a toujours donné d'excellents résultats. Une de mes opérées, mariée depuis plus de quatre ans, jusque-là stérile et souffrant de dysménorrhée, est devenue enceinte quatre mois après l'opération[1]. Une autre, qui était mariée et stérile depuis dix ans, est devenue enceinte deux ans et demi après l'opération. La dysménorrhée avait totalement disparu. Ces deux femmes ont accouché normalement.

Atrophie congénitale du col et de l'utérus.

Étiologie et anatomie pathologique. — Symptômes et diagnostic. — Traitement.

Étiologie et anatomie pathologique.

Il existe une atrophie, dite **congénitale**, qu'il vaudrait mieux appeler atrophie **par prédisposition congénitale**, ou simplement **évolutive**. L'utérus peut, après la naissance, subir non un *arrêt* de développement comme pendant la période fœtale (arrêt qui constituerait une malformation par excès ou par défaut de telle ou telle partie de la matrice), mais bien un *ralentissement général* dans son évolution; sans en altérer le type, ce ralentissement évolutif laisse à l'utérus adulte les dimensions de l'utérus d'un enfant. L'organe tout entier est petit, ses parois minces, mais les proportions respectives du col et du corps sont normales (ce qui le distingue de l'utérus fœtal). C'est ce que Puech a appelé l'*utérus pubescent*, pour montrer qu'il conservait les dimensions du début de la puberté; Virchow lui donne le nom d'*hypoplasie de la matrice*. Généralement les autres organes génitaux internes et externes sont également atrophiés.

Le poids de l'**utérus pubescent** est moindre, d'après Puech[2], que celui de l'utérus vierge normal; il est en moyenne de 27 grammes, au lieu de 45 grammes.

Cet état infantile des organes génitaux coïncide parfois chez la femme (comme, du reste, aussi chez l'homme) avec un ralentissement de tout le développement de l'organisme, et l'on peut voir des jeunes filles ayant dépassé vingt ans avoir la taille et l'aspect de fillettes impubères. D'autres fois, l'atrophie reste limitée à l'appareil sexuel et rien ne vient la déceler à l'extérieur qu'une plus grande

[1] S. Pozzi. *Traitement chirurgical de certaines causes de stérilité* (*Communication au IIe Congrès des sciences médicales de Rome. Ann. de Gyn.*, 1894, t. XLI, p. 589).

[2] Puech. *Annal. de Gyn.*, 1874, t. I, p. 278.

étroitesse du bassin. Il y a, en effet, une corrélation intime entre l'état de ce segment du squelette et celui des organes génitaux internes : en langage mathématique, on peut dire que le bassin *est fonction* de l'utérus. Les exceptions à cette règle sont rares.

C'est à une prédisposition congénitale d'origine obscure qu'il faut attribuer l'atrophie. On a dit qu'elle était parfois sous la dépendance de la chlorose ou de la tuberculose. L'inverse me paraît plus exact : les femmes atteintes de cette malformation ont un système nerveux plus ou moins altéré et une nutrition générale très précaire par le fait même de la lésion génitale.

Symptômes et diagnostic. — L'**aménorrhée** complète ou presque complète attire d'abord l'attention. Le molimen menstruel peut même faire défaut, et la jeune fille n'avoir véritablement pas de sexe, au point de vue physiologique. Si les règles font leur apparition, elles s'accompagnent de **dysménorrhée** et de phénomènes nerveux graves. Une partie de ces malades sont des *héréditaires*, au point de vue du système nerveux, et appartiennent à la classe que les aliénistes appellent les *dégénérés*; l'intelligence est débile ; il y a des accès d'hystérie ou d'épilepsie. Cela n'est pourtant pas général ; une autre catégorie de femmes à utérus pubescent, est, au contraire, douée d'une constitution robuste sous tous les autres rapports.

Symptômes et diagnostic.

Dysménorrhée.

L'examen local montre un **col** très petit, à orifice étroit ; la palpation bi-manuelle, le toucher rectal et le cathétérisme indiquent l'atrophie de l'**utérus** lui-même ; les **organes génitaux externes** sont ordinairement peu développés, le **vagin** est plus court.

Les proportions normales du col de l'utérus pubescent le différencient de l'**utérus fœtal** ou **infantile**[1], où le col est très développé tandis que le corps est atrophié.

Traitement. — Il doit s'adresser d'abord à l'**état général** ; les toniques, les reconstituants, l'hydrothérapie, le séjour au bord de la mer amélioreront la santé de la malade et favoriseront sa croissance. Quant au traitement local, on est à peu près désarmé. On a conseillé d'exciter l'utérus par des **pessaires** à tige galvanique (fer et cuivre), pouvant donner naissance à de faibles courants électriques, et agissant en tout cas comme excitant local. C'est un moyen qui n'est pas exempt de difficultés ni même de dangers ; son efficacité est, du reste, problématique. Il serait plus rationnel d'employer l'électrisation directe au moyen des **courants continus**. On insistera enfin sur le traitement symptomatique, pour calmer les douleurs dysménorrhéiques :

Traitement.

Pessaires galvaniques.

Électricité.

[1] Cette dernière épithète ne doit pas prêter à l'équivoque ; ce mot dérive d'*infans*, qui veut dire proprement fœtus à terme. On pourrait, d'autre part, appliquer à l'*utérus pubescent* le nom de *puéril* ou d'*enfantin*, pour indiquer qu'il est analogue à celui d'un *enfant* (avant la puberté).

si elles offraient, ainsi que les accidents nerveux qui les accompagnent, une réelle gravité, on serait alors autorisé à penser que le développement des ovaires est exagéré relativement à celui de l'utérus, et, après examen sous le chloroforme pour vérifier le fait, la Castration. **castration** serait indiquée[1].

Atrophie acquise ou superinvolution du col et du corps de l'utérus[2].

Anatomie pathologique. — Étiologie. Atrophie sénile. Superinvolution postpuerpérale. Causes diverses. — Symptômes et diagnostic. — Pronostic et traitement.

Anatomie pathologique. Étiologie. **Anatomie pathologique et étiologie.** — Normalement, la fin de la vie génitale chez la femme est marquée par une diminution de volume de l'utérus qui se poursuit progressivement avec l'âge, si bien que chez les très vieilles femmes on trouve l'utérus réduit à des proportions minimes, à moins qu'il ne contienne des noyaux fibreux, ce qui est fréquent.

Atrophie sénile. L'**atrophie sénile** porte à la fois sur le corps et sur le col; aussi celui-ci n'est-il souvent qu'un moignon informe ou même a-t-il disparu au point de ne laisser subsister que l'orifice au fond du vagin. C'est, spécialement, chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants que ce fait s'observe.

Superinvolution post-puerpérale. On voit parfois un processus analogue s'établir prématurément, avant l'époque normale de la ménopause, et cela après un accouchement où il semble que toute la vitalité de l'utérus se soit épuisée d'un coup. L'**involution normale** dépasse, pour ainsi dire, le but, dans ces cas-là, et se poursuit au delà des limites physiologiques. Simpson[3] a constaté cette atrophie environ 1 fois 1/2 sur 100, après l'accouchement, et Frommel[4], 1 fois sur 100. Mais il faut noter que ces superinvolutions ne sont parfois que transitoires.

Causes diverses. Au nombre des causes de la superinvolution, Frommel compte surtout la **lactation prolongée**[5]. Les grandes **pertes de sang**, au moment de l'accouchement, semblent aussi avoir une réelle influence : en

[1] M. Stauch. *Zur Kastration wegen funktionirender Ovarien bei rudimentären Entwickelung der Müller'schen Gänge* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, p. 158).

[2] On consultera avec profit sur l'ensemble de ce sujet l'important mémoire de Wilhelm Thorn. *Beitrag zur Lehre von der Atrophie Uteri* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1889, Bd XVI, Heft 1, p. 57).

[3] J. Y. Simpson. *Superinvolution of the uterus* (*Edimb. med. Journ.*, mai 1885, t. XXVIII, p. 960).

[4] Frommel. *Ueber puerperale Atrophie des Uterus* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VII, p. 305).

[5] Gottschalk. *Ein Fall hochgradiger Galactorrhöa, complicirt mit Atrophia Uteri acquisita. Heilung durch Skarifikation der Vaginalportion* (*Deutsche med. Zeit.*, 1887, t. VIII, p. 915).

somme, il en est de même de toute cause débilitante et prédisposante : **tuberculose**, **chlorose**, **syphilis**, **diabète**[1], **mal de Bright**, **morphinisme**[2], **maladies de Basedow**[3], etc. Les maladies des organes génitaux se terminent parfois par l'atrophie utérine : la **métrite**, l'**oophoro-salpingite** prolongées peuvent y aboutir.

La pelvi-péritonite pendant l'état puerpéral, ou pour mieux dire, la **péri-oophoro-salpingite septique** qui peut suivre l'accouchement et l'avortement, en amenant la sclérose de l'ovaire, peut aussi être une cause de ménopause anticipée et de superinvolution.

Enfin, j'ai remarqué que la diminution de volume du corps de l'utérus, bien constatée par C. Braun, à la suite des **amputations du col**, pouvait aller jusqu'à l'atrophie de la matrice. Chez une vieille femme atteinte de prolapsus à laquelle j'ai pratiqué, il y a cinq ans, l'amputation conoïde du col, selon le procédé de Huguier, le corps utérin ne présente plus que le volume d'une noisette. Chez une jeune femme, dont j'ai excisé la muqueuse cervicale pour une métrite intense du col, l'utérus a momentanément diminué de volume dans des proportions excessives pour revenir ensuite à l'état normal.

L'**ablation des ovaires** est aussi une cause d'atrophie de l'utérus, et certains auteurs[4] n'ont pas hésité, par suite, à pratiquer la castration pour amener la guérison des métrites douloureuses chroniques.

Dans les cas d'atrophie sénile, le tissu utérin est scléreux; dans la superinvolution post-puerpérale, il peut être ramolli et friable, par suite de la résorption incomplète des matériaux graisseux provenant de la désintégration des fibres musculaires[5].

Symptômes et diagnostic.

Symptômes et diagnostic. — La **cessation des règles** et la **diminution de volume** du col et du corps constatées par les différents modes d'exploration constituent à elles seules le tableau clinique. Il faut recommander la plus grande prudence dans le cathétérisme des atrophies post-puerpérales, la paroi pouvant être amincie; on ne pénètre qu'à 5 ou 6 centimètres dans les cas d'atrophie sénile, tandis que, dans les cas de superinvolution puerpérale, la cavité est normale, mais peut paraître augmentée, par suite de la dépressibilité du tissu utérin.

[1] Hofmeier. *Berl. klin. Woch.*, 1885, n° 42, p. 641. — Cohn. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, Heft 1, p. 194. — Lecorché. *Du diabète sucré chez la femme*, Paris, 1886, p. 171. — A. Nebel. *Kasuistischer Beitrag zur Atrophie der weibl. Genitalien bei Diabetes mellitus* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 31, p. 499).

[2] Levinstein. *Frühzeitige Atrophie des gesammten Genitalapparates in einem Fall von Morphium-Missbrauch* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n°s 40 et 52, p. 655 et 841).

[3] L. Kleinwächter (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1889, Bd. XVI, Heft 1, p. 145) la signale comme constante. — Sänger (*Soc. obst. de Leipzig*, 20 mai 1889, in *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 133) ne l'a pas toujours rencontrée.

[4] Kelly. *Removal of ovaries and tubes for subinvolution and chronic metritis* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 180).

[5] J. M. Klob. *Path. Anat. der weibl. Sexualorgane*, Vienne, 1864, p. 205.

Pronostic et traitement.

Pronostic et traitement. — Il est possible que la superinvolution post-puerpérale ne soit que temporaire, et des observations nombreuses prouvent que la fécondation et la grossesse peuvent survenir ensuite. On doit favoriser le retour à l'activité de l'utérus par des **toniques généraux**, l'hydrothérapie, les bains salés, l'électrisation intra-utérine et une **excitation locale** produite par des irrigations chaudes et le passage souvent répété du cathéter dans la cavité utérine. Je préférerais ces moyens à la présence d'un pessaire à tige galvanique ou élastique, dont le rôle de corps étranger me paraît plus nuisible qu'utile. On a souvent constaté des inflammations périmétritiques dues à son emploi.

Hypertrophie de la portion sus-vaginale du col utérin.

L'hypertrophie peut porter sur la portion sus-vaginale (ou cachée) du col, ou affecter sa portion sous-vaginale (ou museau de tanche). J'ai déjà décrit la première lésion, à propos du PROLAPSUS DES ORGANES GÉNITAUX dont elle est la compagne fréquente. Je renvoie donc à ce chapitre.

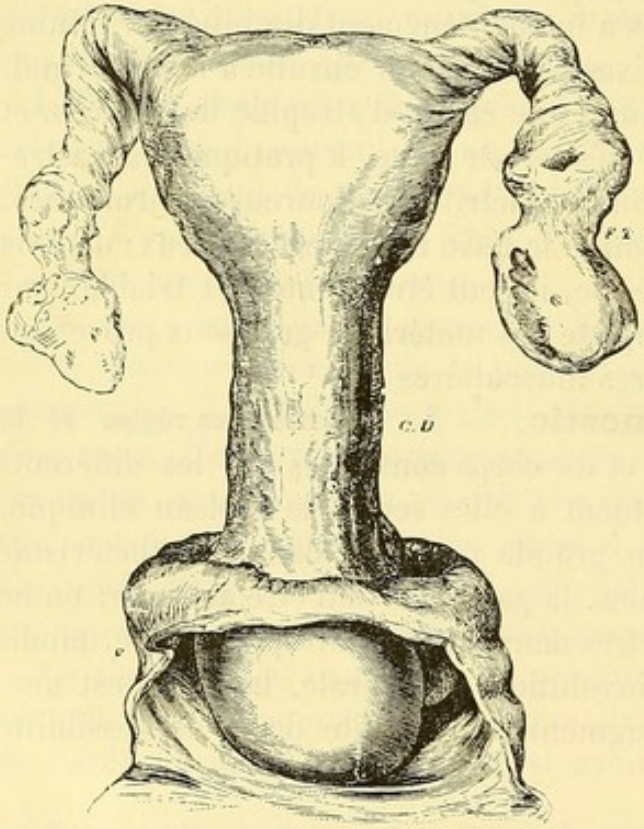


Fig. 560. — Hypertrophie de la portion sus-vaginale du col.

Polaillon[1] a observé un fait où non seulement la partie sus-vaginale du col, mais aussi le corps utérin avait subi une hypertrophie gigantesque : l'utérus occupait tout l'abdomen, sans altération de sa forme et sans tumeur. On ne pourrait pas confondre ces cas exceptionnels de **gigantisme utérin** avec l'hypertrophie sus-vaginale du col. L'hypertrophie consécutive à la présence d'un corps fibreux, ou **grossesse fibreuse**, sera également reconnue à l'aide des signes spé-

[1] POLAILLON. *Gigantisme utérin* (*Union méd.*, 22 nov. 1887, 3e sér., t. XLIV, p. 745). Il s'agissait d'une femme de trente ans; étiologie inconnue; symptômes de métrite. — POLAILLON conseille les injections d'ergotine dans le parenchyme utérin, les courants continus, et, comme *ultima ratio*, la castration.

ciaux qu'elle présente. Le seul symptôme commun dans tous ces cas est la profondeur inusitée à laquelle pénètre le cathéter.

Hypertrophie du museau de tanche.

Étiologie et anatomie pathologique. — Je ne m'arrêterai pas longtemps à décrire ici l'hypertrophie **acquise**, consécutive à la métrite, qui a été précédemment étudiée (p. 176). Je rappellerai

Étiologie et anatomie pathologique.

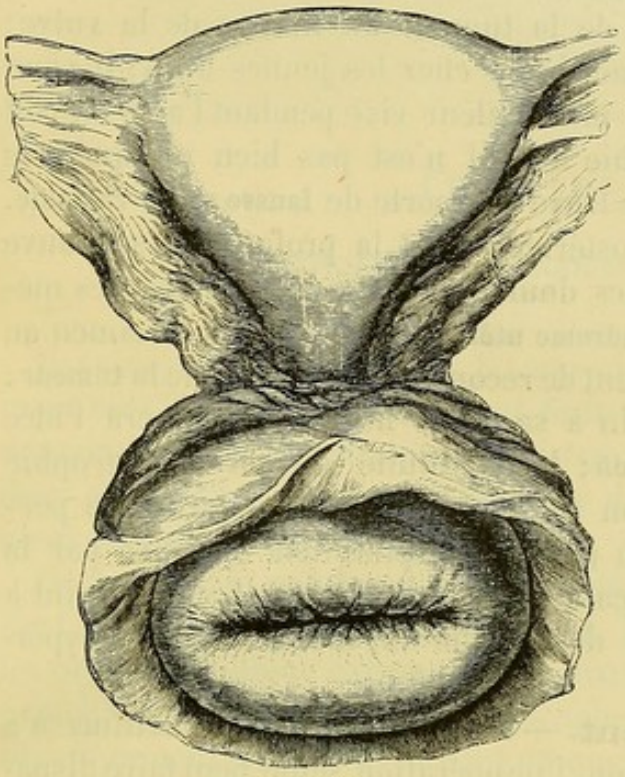


Fig. 561. — Hypertrophie du museau de tanche avec élongation de la portion sus-vaginale du col.

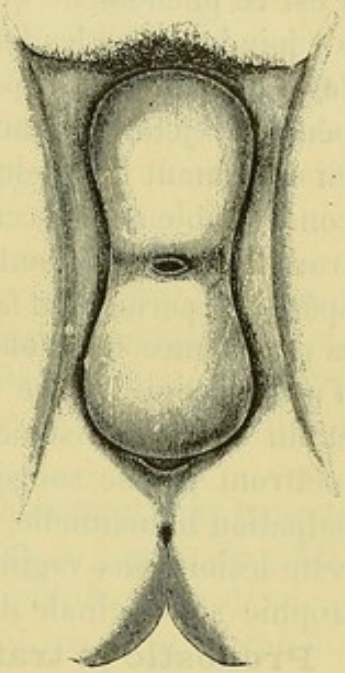


Fig. 562. — Hypertrophie du museau de tanche avec déchirure bilatérale.

qu'elle peut affecter deux formes : l'**hypertrophie folliculaire** portant surtout sur la muqueuse, qu'infiltrent des glandes de nouvelle formation, ayant plus ou moins subi des transformations kystiques; l'**hypertrophie scléro-kystique**, où le parenchyme du col est distendu par la production adventice de faisceaux conjonctifs et la présence de nombreux petits kystes ou œufs de Naboth. La première de ces formes est surtout fongueuse, molle au toucher; la seconde tubéreuse, de consistance ferme. Elles donnent souvent au col la forme d'une *massue* ou d'un *battant de cloche* (fig. 561 et 562).

Bien différentes, comme aspect et comme structure, sont les hypertrophies d'**origine congénitale** et **évolutive**, qui apparaissent au moment de l'évolution de l'utérus, à la puberté, et se prononcent plus ou moins dans la suite. Ici, ce n'est pas un changement de texture dû à l'inflammation qui cause l'augmentation de volume. Tous les éléments parais-

sent simultanément hyperplasiés sans dévier du type normal; la muqueuse est saine. Le col est très allongé, **conoïde** ou **cylindroïde**, d'autres fois **tapiroïde** par excès de saillie de la lèvre antérieure[1]. Il peut remplir le vagin et dépasser l'orifice vulvaire, formant ainsi une saillie que la femme prend pour une chute de la matrice. Au sommet de la tumeur on voit un orifice généralement très petit par où s'échappe une gouttelette de mucus. La **sténose** de l'orifice externe est un corollaire fréquent de cette difformité, et j'ai déjà signalé cette coïncidence (p. 612).

Symptômes et diagnostic.

Symptômes et diagnostic. — Des signes de **dysménorrhée** ont souvent précédé l'apparition de la tumeur au niveau de la vulve; c'est ce phénomène qui donne l'éveil chez les jeunes filles; il vient s'y joindre, chez les femmes, une douleur vive pendant l'acte du coït (**dyspareunia**). Si l'hypertrophie du col n'est pas bien marquée, le pénis le rejette en avant et se fraye une sorte de **fausse route vaginale**, en déprimant le cul-de-sac postérieur dont la profondeur se trouve considérablement accrue. Des douleurs, de la leucorrhée, des métrorrhagies complètent le **syndrome utérin**. Le toucher et l'examen au spéculum permettent facilement de reconnaître la nature de la **tumeur** : la persistance du globe utérin à sa place normale éloignera l'idée d'un **prolapsus**, d'une **inversion**; la continuité du col hypertrophié et du corps, l'existence à son sommet de l'orifice externe, ne permettront pas de songer à un **polype**. L'exploration attentive par la palpation bi-manuelle et le cathétérisme indiqueront s'il se joint à cette lésion sous-vaginale un degré plus ou moins grand d'hypertrophie sus-vaginale du col.

Pronostic et traitement.

Pronostic et traitement. — La tumeur une fois constituée n'a aucune tendance à la régression. Une opération seule peut faire disparaître cette source constante de douleurs et d'accidents de toutes sortes.

L'**amputation bi-conique** du col est le procédé par excellence (p. 245). Si l'on redoute une hémorrhagie et qu'on ne soit pas très habitué à ce genre d'opération, pour la terminer très rapidement, il sera bon de faire, au préalable, l'hémostase provisoire avec un cordon élastique maintenu par une forte aiguille, enfoncée dans le col au-dessous de l'insertion du vagin, pour empêcher le glissement. Mon ligateur élastique rend cette manœuvre particulièrement facile.

A la suite de l'amputation de la portion sous-vaginale du col, la partie sus-vaginale, qui était hypertrophiée, peut subir une régression complète.

[1] Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 3e édit. Paris, 1881, p. 991. — C. Ebermaier. *Ueber Cervixhypertrophien des Uterus*. Thèse de Würzbourg, 1887.

LIVRE VIII

DES TROUBLES DE LA MENSTRUATION

CHAPITRE I

MENSTRUATIONS PRÉCOCES ET TARDIVES

Menstruations précoces.

Dans nos climats tempérés, la menstruation commence généralement vers l'âge de quinze ans et finit vers l'âge de quarante-sept, donnant ainsi à la femme une existence génitale d'environ trente-deux années. Les femmes menstruées de bonne heure le demeurent aussi un peu plus tardivement[1].

On connaît de nombreux exemples où l'établissement de la puberté s'est fait chez des enfants très jeunes. Le pubis se couvre de poils, les organes génitaux externes et les mamelles prennent un développement hâtif, enfin les menstrues apparaissent, pour se maintenir régulièrement ou cesser au bout de quelques années[2].

Sur le cadavre d'une enfant de quatre ans qui avait été bien réglée toutes les trois semaines depuis sa naissance, Campbell[3] a trouvé un développement excessif de l'appareil génital. Prochownick[4], qui a pu faire l'autopsie d'une petite fille de trois ans qui avait été réglée à un an, a pu constater sur les ovaires tous les signes d'une ovulation ancienne et récente.

[1] E. J. Tilt. *The change of life in health and disease*, 3e édit. Londres, 1870. — Cohnstein. *Ueber Menopause* (*Deutsche Klin.*, 1873, n° 5, p. 45).

[2] Puech. *Des ovaires et de leurs anomalies*. Paris, 1873. — Voir des considérations intéressantes sur la menstruation selon les races et les climats dans un discours de James Stirton : *On hæmorrhages from the unimpregnated uterus* (*Glasgow med. Journ.*, juill. 1887, t. II, p. 1 et suiv.). — Sur l'influence de la constitution et de la couleur des cheveux, voir Sellies, *Ueber die Zeit des Eintritts der Menstruation*. Dissert. inaug., Kœnigsberg, 1886. Les femmes blondes et grandes seraient, d'après cet auteur, réglées plus tôt.

[3] Campbell, cité par F. Müller, *Die Krankheiten des weibl. Körpers*, 1888, p. 226.

[4] Prochownick. *Fall von Menstruatio præcox mit Sectionsbericht* (*Arch. f. Gyn.*, 1881, Bd. XVII, p. 330).

On a vu des fillettes devenir enceintes, dans ces conditions, à des âges tout à fait invraisemblables : sept et huit ans[1], dix ans[2], onze ans[3] et douze ans[4].

Ces faits de puberté précoce chez la femme doivent être rapprochés des faits similaires observés chez l'homme[5], et dont j'ai vu moi-même un exemple.

Menstruations tardives.

Les **menstruations tardives** sont beaucoup plus sujettes à caution ; toute hémorrhagie intermittente, même irrégulière, est facilement prise par une femme, encore au voisinage de la ménopause, pour la persistance de ces règles, surtout s'il n'y a eu entre ces phénomènes aucun intervalle de quelque durée. Il s'agit alors souvent d'une affection utérine encore méconnue[6], endométrite, polypes

[1] Lutaud. *Menstruation précoce chez une enfant de 7 ans (Soc. obstét. et gyn. de Paris*, 11 déc. 1890, in *Répert. univ. d'obstét. et de gyn.*, 1891, p. 302). — Küssmaul. *Von dem Mangel der Verkümmerung und der Verdoppelung der Gebärmutter.* Würzbourg, 1859, p. 42.

[2] Rowlet. *Amer. Journ. of med. sciences*, 1854, t. XV, p. 266. — Cortis. *Med. Times*, avril 1865. — C. Macnamara. *Lancet*, 15 déc. 1875, p. 852.

[3] Fox, cité par Harris. *Amer. Journ. of Obst.*, 1870, t. III, p. 616. — Willard. *Ibid.*, p. 658.

[4] M. Horwitz. *St-Petersb. med. Zeit.*, 1867, Bd. XIII, p. 221. — On trouvera dans ce mémoire l'analyse de la plupart des cas connus au moment de son apparition : on pourra compléter cet historique à l'aide du travail de Wallentin, cité plus bas. Voici, en outre, l'indication des cas les plus récemment publiés sur ce sujet :

A. Van Derveer. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1885, t. XVI, p. 1008. Enfant réglée depuis l'âge de 4 mois, règles survenant tous les 28 jours et durant 4 à 5 jours. A l'âge de 2 ans et 7 mois, elle avait l'aspect d'une fillette de 10 ou 12 ans ; mamelles développées, ainsi que les organes génitaux externes. — Cabadé. *Gaz. méd. de Paris*, 6 oct. 1883, p. 474. Fillette réglée à 9 mois. Développement rapide des organes génitaux externes. — Wallentin. *Dissert. inaug.*, Breslau, 1886. Enfant réglée depuis l'âge de 15 mois. Développement des mamelles et des organes génitaux externes. L'enfant était extraordinairement grande pour son âge, à 6 ans 1/2 : taille de 1 m. 24, poids de 28 kilogr., tandis que les chiffres moyens (Gehrard) sont, pour un enfant de 6 ans, 1 mètre et 19 kilogr. (Dans ce travail sont analysés tous les faits antérieurement connus.) — Casati. *Il Raccogl.*, 30 oct. 1886. Enfant rachitique réglée à 6 ans et 1 mois. Développement des organes génitaux externes et des seins : au toucher rectal, *utérus pubère.* — Loviot. *Annal. de gyn.*, avril 1887, t. XXVII, p. 295. Petite fille de 4 ans réglée (observ. comm. à la *Soc. de gynécol. de Paris*). — Bernard. *Lyon méd.*, 14 août, t. LV, p. 517. Jeune fille réglée depuis sa naissance jusqu'à l'âge de 12 ans, sans développement des organes génitaux. La menstruation, disparue à la suite d'une vive émotion, est demeurée irrégulière. Mariée à 20 ans, elle contracte la syphilis de son mari et meurt à 27 ans d'un cancer de l'utérus. Bernard se demanda (sans raison plausible) si la menstruation précoce ne l'a pas prédisposée au cancer. — Diamant. *Internat. klin. Rundschau*, 1888, n° 40. Enfant de 6 ans présentant un développement des organes génitaux et des mamelles analogues à celui d'une fille pubère. Toutes ses dents à la fin de la 1re année ; à 2 ans à peine la menstruation a commencé et a duré 4 jours. A 6 ans, les règles ont cessé et n'avaient pas reparu depuis 6 mois quand l'enfant est examinée. Des crises épileptiformes se sont montrées dès lors, à la place des époques menstruelles. — Kornfeld. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 395. Enfant de 3 ans, fille d'un aliéné qui l'excitait à la masturbation. Les règles parurent pendant trois mois : pas de détails ultérieurs ; masturbation : état mental normal.

[5] H. Beigel. *Die Krankh. des weibl. Geschlechts*, Erlangen, 1874, t. I, p. 325 (obs. de Flint South).

[6] F. Siredey. Art. Métrorrhagie, in *Dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1886, t. XXII, p. 450.

muqueux, corps fibreux et surtout cancer. On a toutefois cité des exemples indubitables de menstruations très tardives, allant jusqu'à cinquante-six et cinquante-sept ans[1].

CHAPITRE II

AMÉNORRHÉE

Définition. — Pathogénie. Étiologie. Aménorrhée consécutive à la castration. Aménorrhée primitive. Aménorrhée secondaire. Influence de l'anémie. Influence du système nerveux. Atrophie de l'appareil génital. — Symptômes. Éruptions cutanées. Sécrétions supplémentaires. Menstruation supplémentaire ou règles déviées. — Traitement.

Définition.

On entend par **aménorrhée** l'absence de menstruation et non l'absence d'écoulement régulier par les voies génitales. En effet, il peut se faire que la menstruation soit non *absente*, mais seulement *latente*, comme dans les cas de rétention du flux menstruel par atrésie, etc. Ces deux ordres de faits doivent être soigneusement distingués. Dans le dernier, l'aménorrhée qu'on pourrait appeler **obstructive**[2] n'est qu'un symptôme secondaire et je renvoie pour son étude au chapitre des MALFORMATIONS DES ORGANES GÉNITAUX.

L'**aménorrhée primitive** ou **permanente** est celle où les règles n'ont jamais fait leur apparition ; on l'a aussi appelée *emansio mensium*.

L'**aménorrhée** dite **transitoire**, ou mieux **secondaire** ou **accidentelle**, a aussi été appelée *suppressio mensium*.

[1] E. BARIÉ. *Étude sur la ménopause*. Thèse de Paris, 1877. — KISCH. *Das Klimakterische Alter bei Frauen*, p. 44. — BARKER. *Phil. med. Times*, 12 déc. 1874. — KNOX. *Menstruation in old age* (*Med. Record*, 1888, t. XXXIII, p. 538). — A. MARX (*Przeglad lekarski*, 1889) a cité un cas où les règles seraient apparues à 48 ans et auraient été observées régulièrement, depuis 4 ans.

[2] Un exemple frappant de la nécessité de l'examen local, dans le cas d'aménorrhée, a été cité par WARNEK. *Soc. obst. et gyn. de Moscou* (*Annal. de gyn.*, janv. 1890, t. XXXIII, p. 43). Il s'agissait d'une femme de 53 ans, multipare, chez laquelle les règles cessèrent brusquement. Une tumeur abdominale apparut et la malade succomba à une péritonite, malgré une tentative faite pour évacuer par le vagin le sang retenu dans l'utérus, dont le col était oblitéré. Cette atrésie succédait, sans doute, à une sténose ancienne, méconnue.

Pathogénie. Étiologie.

Pathogénie. Étiologie. — On peut dire que, dans l'organisme féminin, pendant la période qui s'étend de la puberté à la ménopause, deux existences se poursuivent simultanément : celle de l'individu, celle de l'espèce ; celle de tous les organes, en général, celle de l'appareil génital, en particulier. Cette dualité, dont les conséquences physiologiques et psychologiques sont si importantes, peut être interrompue par l'influence de la maladie, comme elle cesse par l'effet de l'âge. L'*aménorrhée* n'est pas autre chose que l'absence ou la suspension de la vie génitale, produite, soit par une insuffisance organique, soit par une perturbation profonde de la nutrition générale de la femme. Il faut se placer à ce point de vue pour bien comprendre les désordres inattendus et excessifs parfois causés par la rupture de cet équilibre. L'appareil génital n'est pas, si l'on peut ainsi dire, un rouage accessoire dans l'organisme féminin : il en représente, au contraire, le principal; c'est en vue de la fonction qu'il remplit que des épargnes et des réserves obligatoires sont incessamment faites ; toute l'économie des recettes et dépenses nutritives est établie en vue de la conception imminente à laquelle la femme doit, d'après le plan de la nature, se trouver toujours exposée. Les Hindous considèrent, non sans quelque apparence de raison, toute menstruation qui n'a pas été précédée de coït comme un infanticide ; aussi marient-ils les jeunes filles immédiatement avant la puberté, pour leur épargner ce crime involontaire. On pourrait dire de même, avec une concision paradoxale, que l'état normal de la femme est la grossesse ou l'allaitement. Pendant ces époques, la menstruation cesse; elle reprend dès que l'excès de matériaux nutritifs ne trouve plus à se dépenser utilement ainsi. La menstruation fait donc l'office d'une soupape de sûreté; son absence est l'indice d'un abaissement dans l'intensité de la nutrition, quand elle n'est pas le résultat normal d'une utilisation de ses matériaux, en vue de la reproduction de l'espèce.

On ne connaît guère d'exceptions certaines[1] à la règle générale, qui veut que la menstruation soit interrompue pendant toute la durée de la grossesse ; pour l'allaitement, il y a des exceptions très nombreuses, mais généralement la sécrétion lactée est plus ou moins altérée pendant la période menstruelle[2].

Les conditions d'une menstruation régulière peuvent se résumer de la façon suivante :

a. Intégrité de l'appareil génital ;

[1] DE SAINT-MOULIN, de Bruxelles (*Journ. d'accouch. de Liège*, 1888, n° 18, p. 205), rapporte un cas de persistance de la menstruation durant la grossesse et un cas de grossesse chez une femme de 24 ans, non réglée.

[2] L. MAYER. *Berl. Beitr. zur Geb. u. Gyn.*, 1878, t. II, p. 124. — M. A. RACIBORSKI. *Traité de la menstruation*, Paris, 1868.

b. Composition normale du sang;

c. État normal du système nerveux.

Une influence perturbatrice quelconque ayant l'une ou l'autre de ces origines peut, ou empêcher la maturation de l'ovule, ou troubler l'ovulation, ou entraver, par action inhibitrice sur le grand sympathique et les vaso-moteurs, la congestion intense qui est la condition immédiate de l'écoulement menstruel.

Les **altérations des deux ovaires**, kystes, sclérose, péri-ovarites, agissent directement sur le point de départ du réflexe et, si elles sont assez avancées, peuvent complètement l'abolir. Mais il est plus fréquent de voir ces altérations, n'ayant pas entièrement détruit l'organe, jouer le rôle inverse d'excitant, et produire des métrorhagies avec dysménorrhée, au lieu de l'aménorrhée.

Aménorrhée consécutive à la castration.

L'ablation bilatérale des ovaires amène-t-elle sûrement la cessation des règles? Cette question, dont la réponse a longtemps paru non douteuse, s'est de nouveau et tout récemment posée en chirurgie, après un très grand nombre d'observations contradictoires.

Une distinction capitale doit être faite, dès le début. On ne doit pas accorder la même valeur aux faits où des tumeurs de l'ovaire, kystiques ou papillaires, ont été enlevées, et aux faits où la castration a été pratiquée pour des altérations très minimes, ayant peu modifié le volume et les connexions de l'organe, comme la dégénérescence scléro-kystique, ou même a porté sur des ovaires tout à fait sains (opération de Battey). Les faits de la première catégorie doivent être récusés, car il est impossible dans les cas de grosses tumeurs d'affirmer avec certitude qu'on n'a pas laissé un fragment de tissu ovarien dans le pédicule; or, cela seul suffit pour permettre la continuation du réflexe menstruel.

Reste une grande quantité de faits indéniables, appartenant aux deux dernières catégories, où, malgré la double castration, la menstruation a continué plus ou moins régulièrement[1]. Mais il est à

[1] Storer. *Amer. Journ. of med. sciences*, janv., 1866, t. LI, p. 119. — Voss (Suède). *Centr. f. d. med. Wissensch.*, 27 nov. 1869, p. 857. — Goodmann. *Richmond and Louisville med. Journ.*, 1875, et *Annal. de gyn.*, 1876, t. VI, p. 251. — Terrier. *Gaz. hebd.*, 27 déc. 1878, p. 851. — Malins. *Brit. med. Journ.*, 1880, t. I, p. 772. — Ormières. *Sur la menstruation après l'ovariotomie et l'hystérectomie.* Thèse de Paris, 1880 (Ormières a rassemblé 45 cas). — Campbell. *Soc. amér. de gyn. de Philad.*, sept. 1883 (*Centr. f. Gyn.*, 1884, p. 348). — Hennig. *Ueber Menstruation nach doppelter Oophorotomie* (*Soc. obstétr. de Leipzig*, nov. 1887, in *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 360). Il cite deux cas personnels et un cas de Ch. Braun, de Vienne. — Tuttle. *Regular menstruation after Tait's operation* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 612). — L. Tait. *Menstruation and the ovaries* (*Lancet*, 1888, t. II, p. 1044 et 1204). — Bantock (*Brit. gyn. Journ.*, févr. 1889) cite plusieurs cas où la menstruation a persisté longtemps après l'ablation complète des deux ovaires. — Macario, Quénu, Terrillon. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1889, p. 31. — R. Pichevin. *Des abus de la castration chez la femme.* Thèse de Paris, 1889. — Glaevegne

noter que, toutes les fois qu'on a suivi les malades, durant un laps de temps très long, on a vu ces menstruations prolongées et, si l'on peut ainsi dire, *posthumes*, cesser au bout de quelques mois. Il n'est donc pas nécessaire d'invoquer ici, comme on l'a fait pour les besoins de la cause, l'existence possible d'un ovaire supplémentaire; il suffit de rappeler la loi bien connue de la persistance des habitudes organiques. On comprend fort bien que le système nerveux de la vie végétative, tout comme celui de la vie de relation, puisse reproduire, pour ainsi dire automatiquement et sous l'influence d'une incitation ancienne, des actes tels que la congestion de l'appareil génital. Il y a là comme un mouvement continué par le fait de la vitesse acquise, mais qui, en l'absence d'une nouvelle impulsion, ne tarde pas à s'affaiblir et à s'arrêter.

Une circonstance qui peut, du reste, favoriser la prolongation éphémère du molimen menstruel, c'est la présence d'altérations de la muqueuse utérine ou de son parenchyme, constantes dans les cas de fibromes où l'on a pratiqué la castration, très fréquentes dans les oophoro-salpingites invétérées pour lesquelles on enlève les annexes. Aussi ne devrait-on, je crois, jamais négliger, dans tous ces cas, de terminer l'opération principale par un curettage complémentaire[1].

Czempin[2] attribue aussi une certaine importance à la congestion passive, due à la compression des veines par le tissu cicatriciel, résultant de l'opération.

L'aménorrhée consécutive à la castration coïncide généralement avec certains changements physiques : augmentation de l'embonpoint, atrophie des mamelles, et parfois avec un changement marqué de l'humeur, qui devient plus placide[3].

L'ablation des trompes seules ne paraît pas influencer la menstruation si les ovaires sont sains[4], ce qui ruine l'opinion de Lawson

(*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, Heft 1, p. 1) est arrivé à la conclusion que la menstruation cesse tout à fait dans 88 pour 100 immédiatement après la castration ou après une courte période. Dans 12 pour 100 il persiste un flux peu abondant et irrégulier. Dans la moitié des cas le *molimen* persiste : dans la même proportion environ, les femmes prennent de l'embonpoint.

[1] Sänger (*Soc. obst. de Leipzig*, in *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 561), sur 49 castrations, n'a observé que deux fois une persistance de l'hémorrhagie mensuelle; dans l'un des cas, après la castration faite contre une rétroflexion compliquée d'endométrite, les ménorrhagies périodiques ayant continué, le chirurgien n'hésita pas à rouvrir le ventre pour vérifier l'état des pédicules; il ne trouva aucune trace des annexes. Les hémorrhagies disparurent après un curettage, montrant bien la part prise à leur production par l'endométrite concomitante. Dans un second cas, la castration fut faite pour des myomes multiples. Persistance des règles, un peu diminuées durant un an; Sänger les attribue à l'endométrite.

[2] A. Czempin. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1886, Bd. XIII, Heft 2, p. 339.

[3] Glaevecke. *Körperliche und geistige Veränderungen im weiblichen Körper, nach künstlichem Verluste der Ovarien, etc.* (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, Heft 1, p. 1).

[4] J. L. Championnière (*Répert. univ. d'obst et de gyn.*, 1888, p. 220) a cité un cas où

Tait sur l'influence prépondérante de ces organes dans cette fonction.

Aménorrhée primitive.

L'**aménorrhée primitive** peut être due à une mauvaise nutrition, à une hygiène défectueuse, ayant amené un retard dans le développement général de l'organisme : le surmenage intellectuel et l'absence d'exercice, dans certaines pensions et certains couvents, ont pu produire l'aménorrhée aussi bien que la chlorose. On comprend que les jeunes filles ayant des antécédents héréditaires scrofuleux, et qui sont particulièrement débiles, y soient plus spécialement prédisposées. Inversement, le changement de régime, une nourriture azotée et abondante brusquement substituée à un régime exclusivement végétal, l'absence d'exercice au grand air chez les jeunes filles de la campagne venant habiter les villes, tout en produisant une pléthore subite, ont souvent amené un retard dans l'apparition des règles.

Aménorrhée secondaire. Influence de l'anémie.

L'**aménorrhée secondaire** peut reconnaître pour cause un appauvrissement du sang et un état de débilitation profonde dans le cours d'une maladie chronique ou à la suite d'une maladie aiguë. L'anémie, la chlorose, la maladie de Bright, le diabète[1], l'alcoolisme[2], le morphinisme[3], la cachexie cancéreuse ou palustre, la tuberculisation pulmonaire, la convalescence des grandes pyrexies, agissent de la sorte. Les affections chirurgicales aiguës ou chroniques peuvent de la même manière amener l'aménorrhée. Ces faits, qui ont été de nouveau récemment étudiés, avaient été bien observés déjà par Dupuytren[4].

C'est encore à l'anémie profonde qui accompagne l'invasion de la diathèse qu'on doit sans doute attribuer l'aménorrhée des syphilitiques sur laquelle a insisté Fournier[5], et celle des jeunes femmes atteintes de polysarcie[6], qui est une dystrophie souvent très débilitante.

la menstruation est restée intacte, après une double salpingotomie, sans qu'on eût touché aux ovaires qui étaient sains.

[1] Cohn. *Zur Kasuistik der Amenorrhöe bei Diabetes mellitus und insipidus* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1887, Bd. XIV, Heft 1). — Lecorché. *Du diabète sucré chez la femme.* Paris, 1886, p. 171.

[2] C. H. Carter. *Amenorrhœa associated with alcoholism* (*Brit. med. Journ.*, 1888, t. I, p. 1383).

[3] Roller. *Ueber das Verhalten der Menstruatio bei Anwendung von Morphium und Opium* (*Berl. klin. Woch.*, 1888, n° 48, p. 966).

[4] Dupuytren (*Leçons orales*, t. II, p. 505) cite un travail de Brierre de Boismont que l'Académie a jugé digne de récompense, où il a signalé l'influence des maladies sur la menstruation. « Plusieurs fois (ajoute Dupuytren), nous avons vu les règles se déranger, se supprimer, dans le cours d'une affection chirurgicale aiguë ou chronique, ou après une grande opération. » (Suivent de longs développements sur le retard ou l'avance, les déviations par la plaie, etc.) — Cette étude a été reprise par Terrillon, *Progrès méd.*, 1874, p. 737.

[5] A. Fournier. *Leçons sur la syphilis chez la femme*, Paris, 1873.

[6] C. A. Currier. *The influence of obesity in young women upon the menstrual and reproductive functions* (*Med. Record*, 1888, t. XXXIII, n° 6, p. 162).

Influence du système nerveux.

L'influence du système nerveux est considérable dans la production de l'aménorrhée. La **frayeur** produit souvent une suspension temporaire des règles[1].

C'est à la **dépression morale** autant qu'à l'anémie provoquée par la reclusion qu'est due l'aménorrhée des prisonnières, des aliénées enfermées dans un asile. La **chlorose** qui provoque l'aménorrhée paraît bien être réellement une maladie du système nerveux. L'absence de règles est très fréquente chez les **hystériques**.

Le **refroidissement** brusque, qui est souvent noté comme cause occasionnelle de l'aménorrhée, agit probablement par la voie vasomotrice.

C'est au pouvoir inhibitoire du système nerveux qu'il faut rapporter l'aménorrhée **émotive** des nouvelles mariées ou des femmes désirant ardemment des enfants; sa coïncidence avec un certain degré de tympanite a souvent provoqué des illusions, suivies de cruelles déceptions. Il y a une aménorrhée, qu'on pourrait appeler **craintive**[2], des femmes qui, par suite d'une liaison irrégulière ou pour toute autre raison, redoutent une grossesse (Raciborski). J'ai observé plusieurs exemples de ces diverses variétés. Les deux dernières ne sont pas sans quelque analogie avec des **auto-suggestions**.

La **suggestion** a une influence non douteuse chez une certaine classe de sujets[3].

Atrophie de l'appareil génital.

L'**atrophie de l'utérus** par involution exagérée, consécutive à des grossesses répétées, à une lactation prolongée, et au morphinisme[4] (voir p. 621), etc., cause l'aménorrhée.

Symptômes.

Symptômes. — L'**absence d'écoulement sanguin** par les voies génitales à des époques déterminées constitue le signe capital. Mais il ne faut pas omettre les **symptômes nerveux** concomitants qui peuvent parfois être très sérieux, et qui se présentent sous la forme de **chlorose** ou d'**hystérie**. Quelques **troubles sensoriels**, affaiblissement de la **vue**[5], de

[1] Inversement, on a cité des exemples d'aménorrhée guérie par une vive émotion. R. J. Roberts (*Brit. med. Journ.*, 16 nov. 1889, p. 1093) rapporte le cas d'une jeune femme chez laquelle une frayeur fit revenir les règles supprimées depuis neuf mois.

[2] Raciborski (*loc. cit.*) a fort nettement indiqué ces aménorrhées de *cause psychique*.

[3] Le pouvoir de la suggestion sur les fonctions menstruelles est mis hors de doute par de nombreuses observations. J'ai vu une femme hystérique internée à l'asile de Villejuif dans le service de Marcel Briand, chez laquelle il a pu ainsi faire avancer ou retarder de plusieurs jours l'apparition des règles. — Consulter sur ce sujet : Bernheim. *Sur un cas de régularisation de la menstruation par suggestion* (*Arch. de tocol.*, 1887, p. 891). — Kobylinski. *Dysménorrhée guérie par la suggestion* (*Vratch*, 1887, n° 45). — Hugenschmidt. *Treatment of dysmenorrhœa by mental suggestion or hypnotism* (*Med. and surg. Report.* Philad., 1888, t. IX, p. 458).

[4] W. Levinstein. *Frühzeitige Atrophie des gesamm. Genitalapp. in einem Fall von Morphiummissgebrauch* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 40, p. 653).

[5] Abadie. *Traité des maladies des yeux*, 1884, t. II, p. 260. — Debenne. *Rapports pathologiques de l'œil et de l'utérus* (*Annal. de gyn.*, 1879, t. XII, p. 174). — Mooren. *Gesichtsstörungen und Uterinleiden* (*Arch. f. Augenheilk.*, 1881, Bd. X). — Karafiath.

l'audition, paraplégie[1], paraissent être autant sous la dépendance immédiate de l'aménorrhée que de l'hystérie seule.

L'aménorrhée coïncide, dans certains cas, avec des **éruptions cutanées** périodiques qui, chez d'autres femmes, surviennent à l'époque des règles, acné, eczéma, herpès, urticaire, pemphigus, érysipèle[2]. On a aussi signalé l'hyperhydrose et le gonflement de la face et des pieds, sans doute par angio-névrose[3], le développement excessif du système pileux[4]. Éruptions cutanées.

Ces faits servent, pour ainsi dire, de transition à l'étude si curieuse des menstruations supplémentaires. Ils indiquent bien le consensus organique et la suppléance possible qui peuvent exister entre le tégument externe et la muqueuse utérine.

Il y a dans la science des cas curieux de ce qu'on pourrait appeler des **sécrétions supplémentaires**. Jones[5] a rapporté le cas d'une jeune femme qui, après une suppression menstruelle probablement due à un brusque refroidissement, fut atteinte d'aménorrhée et présenta pendant cinq ans, en guise de règles, un abondant écoulement de lait par les mamelons, durant trente-six heures. Une autre femme ayant eu plusieurs enfants avait, pendant les trois premiers jours de la période cataméniale, une abondante diarrhée avec écoulement leucorrhéique cessant avec l'apparition d'un peu de sang. Il cite encore un exemple de leucorrhée périodique, au lieu des règles. Sécrétions supplémentaires.

La déviation des règles, **menstruation supplémentaire**[6], vicariante, Menstruation supplémentaire ou règles déviées.

Erblindung mit akuter Papillo-retinitis bedingt durch Ausbleiben der Menstruation (*Cent. f. Gyn.*, 1884, n° 17, p. 270). — Clifton S. Morse. *New-York med. Journ.*, 22 janv., 1887, p. 95. — Cohn. *Uterus und Auge*, etc. Wiesbaden, 1890.

[1] J. W. Bowee. *Suppressio mensium and paralysis of lower extremities resulting from nostalgia; local and general faradization, cure.* (*Obstet. Gaz., Cincinnati*, 1888, t. XI, p. 285.)

[2] Danlos. *Des éruptions cutanées à l'époque des règles.* Thèse de Paris, 1874. — G. H. Rose. *Assoc. amér. d'obst. et de gyn.*, sept. 1888 (anal. in *Annal. de gyn.*, janv. 1889, p. 66). — Stiller. *Berl. klin. Woch.*, 1877, n° 50, p. 731. — Wilhelm. *Ibid.*, 1878, n° 4, p. 50). — Schramm. *Ibid.*, n° 42, p. 626. — Wagner. *Allg. med. Centralzeit.*, 1878, n° 94, p. 1173. — Rouvier. *Phénomènes supplémentaires des règles* (*Annal. de gyn.*, 1879, t. XII, p. 10). — L. Joseph. *Ueber die Beziehungen von Dermatosen in Genitalerkrankungen des Weibes* (*Berlin. klin. Woch.*, 1879, n° 37, p. 554 et suiv.). — J. Heitzmann. *Vicarürende Menstruation und Menstrual-Exanthem* (*Wien. med. Jahrb.*, 1884, Heft I, p. 9).

[3] Borner. *Ueber nervöse Hautschwellung als Begleiterscheinung der Menstruation und Climax* (*Samml. klin. Vortr.*, 1888, n° 90, p. 312).

[4] Teplischin. *Med. Rundschau*, 1888, n° 1.

[5] G. F. Jones. *Trans. of the obst. Soc. of Cincinnati* (*Amer. Journ. of Obstetr.*, 1887, t. XX, p. 92).

[6] Ce curieux phénomène est connu depuis longtemps. G. E. Stahl. *De mensium insolitis viis*, Halle, 1702. — A. de Haller (*Elementa physiologiæ*, Berne, 1765, t. VII, 2e partie, p. 157) décrit très exactement *Quæ mensium locum tenent.* — Consulter sur ce sujet : Scanzoni, *loc. cit.*, p. 277. — Courty, *loc. cit.*, p. 473. — Puech. *Comptes rendus Acad. des sciences*, 9 déc. 1861, t. LIII, p. 1066. — G. Lorey. *Des vomissements de sang supplémentaires des règles.* Thèse de Paris, 1875. — L. Torthe. *D'une forme rare de déviation menstruelle.* Thèse de Paris, 1877.

ou *ectopique*, offre les exemples les plus curieux et les plus inattendus[1]. Une des voies les plus fréquentes est la muqueuse bronchique pulmonaire[2]; la malade a des hémoptysies régulières qui peuvent faire croire à une phtisie commençante. On a aussi observé des hématémèses, des épistaxis, des hémorrhagies rectales[3], particulièrement chez les femmes pléthoriques atteintes d'hémorrhoïdes, des otorrhagies[4], soit qu'il existât antérieurement une otorrhée purulente qui eût fait de l'oreille un *locus minoris resistentiæ*, soit même que la membrane du tympan fût saine. Plus rares sont les hémorrhagies cutanées, sous forme d'ecchymoses et pétéchies, d'écoulement de sang à une région déterminée où le tégument est intact[5], ou à la surface d'un ulcère. J'ai vu à l'hôpital Saint-Louis une infirmière atteinte de lupus de la face qui avait, à chaque époque menstruelle, un abondant suintement sanguin en cet endroit.

Traitement.

Traitement. — C'est une erreur de croire que l'aménorrhée réclame des médicaments spéciaux, ayant une action élective sur la

Emménagogues.

muqueuse utérine. Les **emménagogues**, rue, sabine, safran[6], apiol[7], peuvent tout au plus être employés dans les cas spéciaux où une cause occasionnelle très nette (refroidissement, émotion violente) a déterminé la cessation des règles. C'est au moment même de la

[1] J. H. Camiade. *Étude sur la déviation des menstrues*. Thèse de Paris, 1872.

[2] R. Thomas. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1886, t. XIX, p. 141. — C. O. Wright (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 88) en rapporte trois cas.

[3] E. C. Barrett. *Vicarious menstruation per rectum* (*Virginia med. Monthly*, Richmond, 1875, p. 671).

[4] Gilles de la Tourette (*Progrès méd.*, 1882, n° 35, p. 668) a rapporté l'observation d'une jeune fille de 18 ans, ayant depuis l'âge de 12 ans un écoulement purulent par l'oreille. A l'âge de 14 ans elle s'éveille, une nuit, baignant dans le sang qui s'écoulait par cette voie. Depuis lors, ce fait s'est régulièrement reproduit toutes les trois semaines; une seule fois les règles sont normalement revenues. — Stepanow (*Med. Rundschau*, 1885, n° 19) cite une jeune fille de 17 ans, hystérique, chez laquelle le tympan n'est pas perforé et l'oreille paraît saine. L'écoulement menstruel se fait à ce niveau et dure deux jours. L'auteur rappelle trois cas analogues de Ménière, mais où l'oreille était malade, et des cas de Jacobi, Benni, Henzinger, Huss et Lang.

[5] Stear (*Lancet*, 13 mai 1882, p. 786) aurait observé une hémorrhagie supplémentaire par les mamelons; femme de 50 ans : l'hémorrhagie date de 12 mois. — Gordon (*Amer. Journ. of Obstet.*, avril 1882, p. 343) a publié l'observation suivante : Femme de 41 ans, fortement constituée. Depuis 7 ans les règles ont disparu et l'écoulement sanguin, qui dure de 3 à 5 jours, se fait régulièrement par une petite tache bleuâtre qui existe au niveau du pli de flexion de l'articulation phalangienne des pouces. Cet écoulement a été interrompu par une grossesse.

[6] Voici une formule donnée par de Sinéty :

R. Aloès, Rue, Sabine, Safran } aā 0,05 pour un cachet (dont on prendra de 1 à 2 par jour).

[7] L'apiol, principe actif de l'*apium petroselinum*, a été surtout vanté, par Joret. *Bull. gén. de thér.*, fév. 1860, t. LIX, p. 97, Marotte, *ibid.*, oct. 1863, t. LXV, p. 295 et 341, Delmis. *Abeille méd.*, avril 1891. On l'administre à la dose de 2 capsules de 25 centigrammes chacune par jour, une le matin, une le soir, au moment des règles, dans la dysménorrhée, ou à leur époque présumée, dans l'aménorrhée.

période d'absence qu'il faut les prescrire avec modération. J'en dirai autant des bains très chauds (40 à 45°). Les purgatifs drastiques et salins[1] peuvent aussi être administrés pour provoquer un certain degré de congestion pelvienne. Récemment, on a vanté le permanganate de potasse comme spécifique souverain[2].

Ordinairement, c'est l'indication causale qu'il faut suivre, et, comme l'aménorrhée est sous la dépendance soit d'un appauvrissement du sang, soit d'un trouble nerveux, c'est aux reconstituants, aux **toniques**, aux modificateurs généraux et, en particulier, au fer et au manganèse[3] ou à l'hydrothérapie qu'on aura recours. J'attache beaucoup plus d'importance à ce traitement général qu'aux scarifications du col utérin, à l'application d'un pessaire galvanique, etc. L'**électricité** (courants *faradiques* ou continus)[4] peut donner de bons résultats et on ne devra pas négliger d'y avoir recours. Bigelow[5] recommande, dans l'aménorrhée des jeunes filles chloro-anémiques, l'électricité statique (*franklinique*) comme tonique général. Dans la forme intermittente de l'aménorrhée, chez les pléthoriques, on se trouve bien du courant continu, le pôle positif étant placé dans la cavité utérine. Chez les vierges, on placera un pôle sur la région lombaire et l'autre au niveau de l'utérus, extérieurement; chez les femmes anémiques non vierges, on placera de préférence un pôle dans l'utérus et un pôle à l'hypogastre. Bigelow est aussi très partisan de l'électrisation générale dans l'aménorrhée, un pôle placé à la nuque, et l'autre dans un bain de pieds salé; il se loue particulièrement de ce moyen chez les jeunes filles irritables, nerveuses et chlorotiques. On doit commencer le traitement quelques jours avant l'époque présumée des règles et faire une séance quotidienne jusqu'à ce moment. On prescrira aussi, spécialement, les exercices physiques, les promenades au grand air, la gymnastique, le séjour au bord de la mer ou à une

Toniques.

Électricité.

[1] Les drastiques les plus usuels sont les suivants : aloès, scammonée, jalap, podophylle, cascara, etc. Je prescris volontiers 10 grammes d'eau-de-vie allemande (teinture de jalap composée) dans une tasse de café léger. — Le purgatif salin le mieux accepté est le citrate de magnésie (45 grammes) ou les diverses eaux minérales naturelles, Hunyadi-Janos, Pullna, Birmenstorff, etc.

[2] Boldt (de New-York). *Therap. Gaz.*, 15 janv. 1887, p. 625. — P. W. Macdonald. *Permanganate of potassium in the treatment of amenorrhæa associated with mental disease.* (*Practitioner*, Londres, 1888, t. XI, p. 428). — Hart et Barbour donnent cette formule :

R. Permanganate de potasse Kaolin	āā 0 gr. 15.
Vaseline	q. s. pour une pilule.

(Prendre trois pilules par jour.)

[3] Watkins. *Arch. de tocol.*, 1887, p. 614.

[4] Davenport. *Bost. med. and Surg. Journ.*, 1891, p. 380.

[5] H. Bigelow. *Gynæcol. Electrotherapeutics*, Londres, 1889, p. 159.

certaine altitude, enfin la distraction et l'absence de toute préoccupation morale.

Dans les cas d'aménorrhée chez les jeunes femmes menacées ou atteintes d'obésité, j'ai plusieurs fois amené le retour des règles en attaquant l'obésité par le régime sec, l'abstention des féculents, l'exercice, le traitement thermal (Brides, Salies-de-Béarn), et enfin par l'excitation de la muqueuse utérine, à l'aide du **curettage** suivi d'**injections iodées**, à l'époque présumée des règles.

Curettage.

Chez les femmes qui ont subi la castration et qui sont demeurées aménorrhéiques, il n'est pas rare d'observer, dans les premiers mois qui suivent la cessation des règles, l'apparition de certains troubles périodiques constitués par des douleurs lombaires, des bouffées de chaleur, des vertiges, une irritabilité de caractère spéciale, en un mot un *molimen* véritable, qui est d'autant plus pénible qu'il ne se dissipe que lentement en l'absence de crise naturelle. Dans ces cas-là, je me suis très bien trouvé de **scarifications du col** effectuant une petite saignée locale, tous les mois, aux époques déterminées. J'y ajoute l'emploi de **purgatifs** salins. Une de mes opérées est régulièrement revenue pendant plus d'un an se faire pratiquer cette petite opération qui lui procurait un soulagement immédiat. A la longue, ces phénomènes finissent par disparaître spontanément.

Scarifications du col.

CHAPITRE III

MÉNORRHAGIE

Définition. — Symptômes. — Étiologie. — Pathogénie. — Traitement.

Définition.

L'exagération de l'écoulement menstruel constitue la **ménorrhagie**; la **métrorrhagie** s'en distingue par l'apparition déréglée du sang.

Symptômes.

Symptômes. — L'abondance, la longue durée du flux, la production de caillots, l'affaiblissement général, tels en sont les caractères. Ces phénomènes ne constituent point une maladie, mais le symptôme de plusieurs maladies.

Étiologie.

Étiologie. — Deux catégories de causes peuvent la produire :

1° Les **causes générales** qui agissent par l'**altération du sang** : de cet

ordre sont toutes les maladies dyscrasiques, hémophilie, purpura, scorbut, ictère grave, empoisonnement par le phosphore, maladies de Bright, de Werlhof, la polysarcie et toutes les cachexies. On voit parfois alors l'aménorrhée alterner avec la ménorrhagie. Enfin de véritables *épistaxis utérines* (Gubler) marquent parfois le début de certaines pyrexies.

2° Les **causes locales** qui sont :

A. Les **excitations réflexes** ayant pour point de départ les organes génitaux (et, en particulier, les annexes), indépendamment de toute lésion appréciable et par simple trouble nerveux, comme au moment de la puberté, de la défloraison, de la ménopause. Dans cette classe on doit aussi ranger les métrorrhagies provoquées par l'allaitement[1], sans doute par l'excitation réflexe partie du mamelon :

B. Presque toutes les **maladies de l'utérus et des annexes**; la métrite, les corps fibreux, le cancer, les tumeurs de l'ovaire[2] (surtout celles qui sont très voisines de l'utérus, comme les kystes intra-ligamentaires), les affections des trompes. Je me borne ici à cette énumération, car je n'ai qu'à tracer un cadre et non à faire un tableau complet; ces traits épars se retrouveront plus utilement dans l'exposé de chaque affection en particulier.

Traitement. — Ce symptôme ne doit être traité isolément que lorsqu'il prend une importance inquiétante. Il faut toujours en même temps chercher à s'attaquer à sa cause. Je rappellerai donc simplement ici les moyens hémostatiques empiriques qui sont à la disposition du médecin. Les premiers, locaux, sont surtout les irrigations prolongées d'eau très chaude (45 à 50 degrés) et le tamponnement du vagin. Emmet a, le premier, employé la suture temporaire du col, qui peut être mise en usage dans les cas où tout autre moyen a échoué[3]. Martin pratique parfois la ligature en masse des branches inférieures de l'utérine, à travers les culs-de-sac vaginaux (p. 240). J'ai vu ce moyen réussir entre ses mains. Traitement.

Des moyens généraux seront simultanément employés : repos au lit avec légère élévation du bassin, opium sous la forme de lavements laudanisés, ergot de seigle par la voie stomacale et en injections hypodermiques[4]. Gallard se loue beaucoup de l'infusion de

[1] Lande. *Sur une forme de métrorrhagie provoquée par l'allaitement* (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1878-79, p. 369).

[2] S. Gottschalk, élève de Landau (*Arch. f. Gyn.*, 1888, t. XXXII, Heft 2, p. 254), a récemment signalé une curieuse altération de l'ovaire ayant donné lieu à des hémorrhagies profuses; c'était une véritable métamorphose caverneuse. L'ablation de l'utérus et des ovaires avait été faite par le vagin.

[3] Koteliansky (*Presse méd. belge*, 1889, p. 380) a relaté une opération de ce genre faite par Onoutrieff et suivie de succès.

[4] R. Ergot de seigle fraîchement pulvérisé, 4 grammes; divisez en 8 paquets : en prendre un toutes les 3 heures. — L'ergotine Yvon peut être administrée par la méthode

feuilles de digitale[1] pour calmer l'hémorrhagie, en abaissant la tension artérielle.

Enfin, si la ménorrhagie devenait menaçante, aurait-on le droit, même en l'absence de diagnostic précis, d'entreprendre une opération radicale? L'hystérectomie vaginale a pu, en pareil cas, paraître légitime, même pour des endométrites hémorrhagiques ayant résisté à tout autre traitement (p. 240). D'autres ont fait alors la castration[2]. Olshausen cite le cas d'une femme de trente-neuf ans, atteinte, sans aucune lésion appréciable, de ménorrhagies si rebelles, qu'il pratiqua la castration, pour ce seul symptôme, avec le plus grand succès. Il faut se garder toutefois d'ériger ces exceptions en règle thérapeutique, et Walton[3] s'est, avec juste raison, élevé contre les exagérations de certains chirurgiens.

CHAPITRE IV

DYSMÉNORRHÉE ET TROUBLES NERVEUX D'ORIGINE MENSTRUELLE

Définition. — Division. Dysménorrhée ovarienne. Dysménorrhée utérine. — Symptômes et diagnostic. Prolapsus de l'ovaire. Troubles nerveux. — Traitement. Castration (opération de Battey). Castration utérine. Technique de la castration ovarienne. Incision abdominale. Incision vaginale.

Définition.

A l'époque menstruelle, les femmes se trouvent normalement, comme elles disent, *indisposées*, c'est-à-dire qu'elles ressentent un malaise général, quelques douleurs vagues dans les reins et une irritabilité d'humeur particulière. Mais ces phénomènes sont ordinairement peu accusés. Si la menstruation devient très pénible et s'accomplit avec difficulté, il y a **dysménorrhée.**

endermique à la dose d'une demi-seringue de Pravaz, deux ou trois fois en 24 heures; mais l'emploi de l'ergot à forte dose ne saurait être longtemps continué sans danger.

[1] Dix centigrammes de feuilles de digitale en infusion pour un litre d'eau, à prendre en 24 heures.

[2] Hofmeier, cité par Olshausen. *Die Krankh. der Ovarien*, 1886, p. 449. — O. Terrillon. *Soc. obst. et gyn.* (*Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, 1888, p. 194 et suiv. — L. Lucas-Championnière, *ibid.*, p. 210.

[3] Walton. *Du drainage de la cavité utérine*. Gand, 1888.

On a multiplié les divisions; on a admis une dysménorrhée : 1° névralgique ou sympathique; 2° congestive ou inflammatoire; 3° mécanique ou obstructive; 4° membraneuse; 5° ovarienne. On peut simplifier beaucoup en classant les douleurs en deux catégories, suivant qu'elles se produisent pendant l'acte ovario-tubaire (maturation du follicule, ponte), ou pendant l'acte utérin (expulsion du sang menstruel). Division.

Dysménorrhée d'origine ovarienne. — Elle peut résulter d'un **développement irrégulier des organes génitaux**, suivant que les ovaires, comme l'utérus, sont restés au *stade pubescent* ou que, l'utérus étant demeuré en arrière, les ovaires sont arrivés, avant lui, à l'état adulte. Il y a alors une irrégularité inévitable dans le jeu de la menstruation, par la difficulté de l'ovulation, ou par la disproportion qui existe entre l'intensité des phénomènes congestifs du côté de l'ovaire pendant la ponte et l'état précaire de la congestion concomitante du côté de l'utérus : de là, une exagération anormale de l'éréthisme ovarien et les douleurs de la dysménorrhée. Dysménorrhée ovarienne.

Les **maladies des annexes** en sont une autre cause très fréquente. Je ne parle pas seulement des inflammations aiguës ou des altérations profondes, salpingites, hydro, hémato et pyo-salpinx. Mais les résidus, souvent peu étendus, de lésions anciennes, les adhérences, les fausses membranes comprimant la surface des annexes ou les luxant dans une fausse position, amenant la sclérose de l'ovaire et l'oblitération de la trompe, sont des causes très fréquentes et souvent méconnues de douleurs intenses, au moment des règles. Le **varicocèle tubo-ovarien** (Richet), c'est-à-dire la dilatation variqueuse du plexus pampiniforme et des veines du ligament large, paraît aussi y prendre une certaine part; il s'accompagne souvent, ainsi que je l'ai observé, d'ovarite chronique et d'atrophie de l'ovaire, de même que l'atrophie du testicule survient chez l'homme atteint de varicocèle[1].

Dysménorrhée d'origine utérine. — Le principal facteur de cette sorte est la gêne mécanique à l'expulsion du sang : ainsi agissent la **sténose du col** avec ou sans hypertrophie, les déviations de l'utérus, et particulièrement les **flexions**, la **métrite** (gonflement de la muqueuse malade et salpingite concomitante), les **tumeurs diverses, corps fibreux, polypes muqueux, cancers**. J'ai décrit, avec la métrite aiguë, la forme spéciale qui s'accompagne de desquamation complète de la muqueuse et qui constitue la maladie artificiellement créée par les auteurs, sous le nom de **dysménorrhée membraneuse**. Dysménorrhée.

[1] P. Petit. *Des lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien* (*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gyn.*, 1891, p. 488).

Y a-t-il lieu de distinguer une **dysménorrhée diathésique, goutteuse ou rhumatismale**? Je ne le pense pas; on peut seulement dire que les arthritiques sont particulièrement exposés à des névralgies diverses.

Symptômes et Diagnostic.

Symptômes et diagnostic. — Les douleurs de la dysménorrhée ont un caractère assez différent, suivant leur point de départ. C'est au début de la menstruation que prédominent les douleurs ovariennes; c'est quand elle est dans son plein que les douleurs utérines s'accentuent.

La prétendue **dysménorrhée intermenstruelle** (*Mittelschmerz* des auteurs allemands) n'est appelée dysménorrhée que par abus de langage. On a donné ce nom à des douleurs dans la région ovarienne survenant par crises dans l'intervalle des règles et hypothétiquement attribuées à l'ovulation[1]. Ce sont des symptômes d'inflammation de l'utérus ou des annexes.

J'ai précédemment décrit[2] les caractères des douleurs de la dysménorrhée; je n'y reviendrai pas longuement.

Habituellement, les douleurs apparaissent en même temps que l'écoulement sanguin et sont surtout violentes les deux premiers jours. Parfois même, en l'absence d'obstacle mécanique ou de rétrécissement du col, le sang ne vient que goutte à goutte, comme l'urine dans la strangurie, d'où le nom *stillicidium uteri*, donné à ce phénomène par Aétius. L'apparition de petits caillots est l'indice de la stagnation du sang dans la cavité utérine, et leur expulsion coïncide avec des accès de coliques parfois très intenses, provoquant des crises hystériformes, pouvant aller jusqu'à la syncope.

La période menstruelle peut devenir très pénible, après avoir été longtemps une époque de soulagement pour les malades; c'est ce qu'on observe, en particulier, dans certaines salpingites passant de l'état aigu à l'état chronique.

Le **diagnostic** doit se proposer de distinguer d'abord la dysménorrhée véritable des **névralgies lombo-abdominales**, exaspérées au moment des règles qui pourraient la simuler; la coexistence d'autres névralgies, la recherche des points douloureux d'élection, faciliteront cette tâche. Ensuite, pour reconnaître l'**origine** ovarienne ou utérine des douleurs, une étude locale attentive sera nécessaire. Les phénomènes observés antérieurement aux règles seront d'un grand secours.

L'étude de ces diverses questions est faite, à propos de chacune des maladies que j'ai énumérées.

[1] W. Priestley. *Cases of intermenstrual or intermediate dysmenorrhœa* (*Brit. med. Journ.*, 19 oct. 1871). — H. Fasbender. *Ueber den sogenannten Mittelschmerz.* (*Zeitschr. f. Geb. u. Frauenkr.*, 1875, t. I, p. 125). — Sorel. *Douleur hypogastrique ou dysménorrhée intermenstruelle* (*Arch. de tocol.*, mars 1887, p. 269).

[2] Voir le chap. métrite, et le chap. sténose du col.

Prolapsus de l'ovaire.

Je signalerai spécialement la dysménorrhée et les phénomènes réflexes graves qui peuvent être produits par le **prolapsus de l'ovaire** : le toucher permet de reconnaître alors dans le cul-de-sac de Douglas une tumeur dont la sensibilité *nauséeuse* est caractéristique. Deux symptômes concomitants sont la douleur pendant la défécation et pendant le coït, *dyschezia* et *dyspareunia* des auteurs anglais[1].

Troubles nerveux.

Battey et, après lui, beaucoup de gynécologistes, surtout en Amérique, ont attaché une très grande importance à la coexistence de troubles menstruels, aménorrhée et dysménorrhée, avec des **troubles nerveux** graves, hystérie, épilepsie, manie; ainsi ont été créés les mots de *oophoralgie*, *oophorépilepsie*, *oophoromanie*. Il n'est pas douteux qu'un certain nombre de ces malades ne soient sous la dépendance d'un réflexe pathologique, venu des ovaires mal développés ou altérés. Mais la difficulté est extrême pour poser un diagnostic précis, et la réserve du chirurgien doit être grande; on l'observe trop rarement au delà de l'Atlantique. A côté d'un petit nombre de cas très nets où l'influence prépondérante de l'époque menstruelle est évidente, et où l'ovaire congestionné semble être le point de départ de l'*aura*, par exemple, dans l'épilepsie, il en est un grand nombre où les troubles menstruels, peuvent évoluer parallèlement, et où la coïncidence n'entraîne pas l'idée de causalité.

Traitement.

Traitement. — Comme **traitement palliatif** pour calmer les douleurs, on peut employer le bromure de potassium, le chloral[2], le valérianate d'ammoniaque, l'assa fœtida[3], le musc, la teinture de *cannabis indica*, la belladone et la jusquiame[4]. L'antipyrine[5] en injection est une ressource précieuse; dans les crises les plus intenses, on pourra aussi faire prudemment inhaler de l'éther. On a vanté l'oxalate de cérium[6]. Wylie[7] se loue beaucoup de l'électricité; il place le pôle positif dans l'intérieur du col utérin. Les lavements au laudanum, à la valériane, procurent parfois un soulagement que les autres remèdes n'ont pas donné.

Le traitement général sera approprié à l'état d'anémie ou de nervosisme de la malade.

[1] Paul Vallin. *Situation et prolapsus des ovaires*. Thèse de Paris, 1887, n° 266.

[2] Dubois. *Chloral et bromure de potassium dans la dysménorrhée* (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 5 juin 1888).

[3] A. Courty (*Traité prat. des maladies de l'utérus*, 3e édit., Paris 1881, p. 492) recommande 10 centigrammes d'assa fœtida en pilules, d'heure en heure, ou 25 à 30 gouttes de la mixture antispasmodique suivante : éther sulfurique, teinture de valériane, teinture de castoreum, laudanum de Sydenham : aa 5 grammes.

[4] Schaw. *The value of belladonna and hyosciamus in dysmenorrhœa* (*Lancet*, 1888, t. II, p. 570).

[5] Dellenbauch. *Med. Record*, 21 mai 1887, t. XXXI, p. 578. — Windelschmidt. *Allg. med. Centralzeit.*, Berlin, 1888, p. 1029.

[6] M. L. Chambers. *Oxal. of cerium in dysmenorrhœa* (*Med. Rec.*, New-York, 1888, t. II, p. 12).

[7] Wylie. *The American system of gynæcology*, t. V.

Le **traitement curatif** ne comporte pas d'indications générales. Il varie essentiellement selon la cause de la dysménorrhée. Réside-t-elle manifestement dans l'utérus ou les annexes, c'est à la lésion initiale qu'on doit s'attaquer. Dans les cas où cette lésion est douteuse, où la maladie est sous la dépendance de troubles fonctionnels d'origine mal déterminée, la thérapeutique offre de grandes difficultés. A la vérité, on peut souvent espérer voir la maladie disparaître presque spontanément avec les progrès de l'âge, le mariage et la fécondation, dans une grande quantité de cas où elle est due à un retard dans le développement complet des organes génitaux internes, avec ou sans sténose du col. Il est cependant des cas où le parallélisme ne s'établit point entre les fonctions de l'ovaire et celles de l'utérus. Il en est d'autres où ces fonctions sont définitivement troublées par des lésions acquises (adhérences, déplacements), qui entravent d'une façon permanente les fonctions de l'ovaire. Les douleurs périodiques deviennent intolérables et altèrent la santé. En outre, on a pensé que des désordres souvent graves, épilepsie, manie, étaient d'origine réflexe et sous la dépendance immédiate de la dysménorrhée. C'est dans ces cas-là que l'on a pratiqué l'extirpation des ovaires sains pour faire cesser la douleur, en abolissant la fonction qui la provoquait.

Castration (opération de Battey).

Cette indication spéciale de l'**oophorectomie**, **castration** ou **ovariotomie normale** (épithète qui signifie que l'ovaire a conservé son volume normal) a été posée d'abord par Battey[1], en Amérique, puis par Hegar[2], en Allemagne et par Lawson Tait[3], en Angleterre.

D'après Battey[4], dont l'opération a conservé le nom, le chirurgien doit, avant de se résoudre en pareil cas à la castration, se poser les questions suivantes : 1° Le cas est-il grave? 2° Est-il curable par un autre moyen médical ou chirurgical? 3° Est-il curable par l'établissement de la ménopause?

A la vérité, toute la difficulté réside dans ce dernier point. Il ne suffit pas que l'ovaire soit très douloureux, pour qu'on soit *certain* qu'il est le point de départ de la maladie; on connaît l'*ovarie* des hystériques; de plus, il peut exister, chez toutes les femmes, des

[1] R. Battey. *Normal ovariotomy* (*Atlanta med. and surg. Journ.*, 1872 et 1873). Sa première opération date du 17 août 1872.

[2] A. Hegar. *Die Castration der Frauen* (*Volkmann's klin. Vortr.*, Leipzig, 1878, n° 42). Sa première opération date du 27 juillet 1872; elle est, par conséquent, antérieure de près d'un mois à celle de Battey. Mais la malade de Hegar mourut de péritonite, et il ne répéta l'opération que le 2 août 1876, longtemps après que Battey eût vulgarisé l'opération qui porte son nom.

[3] Lawson Tait. *Brit. med. Journ.*, 31 mai 1879. — *Diseases of the ovaries*, 1883, p. 327. — Sa réclamation de priorité (*Med. News*, juillet 1886, p. 26) est insoutenable.

[4] R. Battey (de Rome, Géorgie). *What is the field for Battey's operation?* Mémoire lu à la Soc. amér. de gynécologie de Cincinnati, le 1er sept. 1880, cité par W. H. Byford : *The practice of medicine and surgery applied to the diseases and accidents incident to women*, 4e édit., Philad., 1888, p. 676.

douleurs névralgiques ayant une origine centrale, avec irradiations centrifuges. Souvent des dents saines sont d'une sensibilité extrême dans la névralgie du trijumeau; il ne viendra à l'idée de personne de les extraire[1]. On a objecté à cette juste remarque d'Olshausen que, la castration étant très bénigne dans ces cas où l'ovaire n'est pas malade, et les douleurs étant atroces, beaucoup de malades consentiraient à une opération qui peut leur offrir des chances même incertaines de guérison. Elle aurait, du moins, l'effet d'abolir l'exaspération constante qui se produit, au moment de la menstruation.

Pour l'**épilepsie menstruelle** (*menstrual epilepsy*), Lawson Tait a obtenu des guérisons très encourageantes. Toutefois, G. Willers, élève de Hegar, a fait des relevés qui établissent qu'on a alors plus de chances d'obtenir la guérison si l'ovaire est lésé que s'il est sain. Il en est de même dans l'**hystérie** et l'**hystéro-épilepsie**, avec exacerbation notable au moment des règles et lésion présumée ou constatée des ovaires.

Si la castration a donné des succès[2], elle a aussi donné de nombreuses déceptions[3]. Les guérisons, dont quelques-unes ont été très remarquables, peuvent totalement manquer ou n'être que temporaires[4]. Enfin, on doit se demander si elles ne sont pas parfois sous la dépendance de la forte impression morale et de l'espèce de suggestion produite par l'opération. Ce qui prouve bien cette dernière influence, c'est l'heureux effet qu'a pu produire, exceptionnellement, une castration simulée[5].

Quant aux castrations pour **manies** ou **psychoses**, paraissant influencées par la menstruation, je crois qu'on doit les repousser sans hésitation[6]. On a cité des cas où, loin d'obtenir une amélioration, on avait vu se produire une aggravation. On ne saurait se placer au point de vue, au moins étrange, des chirurgiens qui ont pratiqué la castration pour provoquer la stérilité et empêcher la reproduction de folies héréditaires[7].

[1] Olshausen. *Die Krankh. der Ovarien*, 1886, p. 452.

[2] Observ. de Heilbrunn, Walton, V. Hoffmann, Bircher, Hegar, etc. — Voir les indications bibliographiques à la fin de ce chapitre.

[3] Playfair (*Brit. med. Journ.*, 1891, p. 119) déclare que la castration dans les cas de névroses (*hystéro-épilepsie*) est une mauvaise opération. Spencer Wells et Priestley partagent la même opinion. Il semble cependant que Playfair exagère, en disant que « si l'état nerveux se complique de lésions avérées des annexes, il faut d'abord traiter systématiquement l'état nerveux dans l'espoir d'éviter la castration ».

[4] Observ. de J. Friedmann, L. Landau et Remak, A. Leppmann, Mundé, etc.

[5] J. Israel. *Beitrag zur Würdigung des Werthes der Castration bei hysterischen Frauen* (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 17, p. 243). — A. Hegar. *Zur Israël'schen Scheincastration* (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 48, p. 682). — Chiarleoni (*Gaz. degli Ospit.* 1888, n°s 8 et 9), chez une hystérique de 29 ans (aménorrhée, vomissements incoercibles, maigreur extrême), a fait le simulacre de la castration (incision superficielle de l'abdomen). Les vomissements cessèrent dès le premier jour, sommeil, appétit. Au bout de 15 jours la malade se lève. Les règles apparaissent, un mois après.

[6] Spencer Wells. *Modern abdominal Surgery* (lu au *Royal College of surgeons of England*, le 18 déc. 1890). Londres, 1891, p. 35 et suiv.

[7] W. Goodell. *Removal of the ovaries in the treatment of confirmed masturbation and of ovarian insanity* (*New-York med. Record*, 15 oct. 1885, t. XXIV, p. 402).

Dans les considérations précédentes, je n'ai pas fait entrer la notion de l'état anatomique des ovaires. Malgré les efforts très louables de Hegar pour restreindre la castration aux cas où l'on peut constater des lésions de l'ovaire, et pour donner à cette opération, même quand on la pratique contre les accidents nerveux, une base anatomique, il n'est pas douteux que c'est là, dans l'immense majorité des cas [1], un diagnostic tout à fait impossible. La dégénérescence scléro-kystique, la cirrhose et l'hyperplasie du stroma ovarien se laissent bien rarement reconnaître à la palpation bi-manuelle, et quant aux signes que provoquent de pareilles lésions, ils n'ont rien qui les distingue de troubles purement nerveux.

Il ne me paraît pas douteux que l'ablation même d'ovaires sains ait pu modifier l'état du système nerveux, de manière à amener la disparition de réflexes graves, contemporains de la fonction menstruelle. Par suite, l'opérateur ne doit pas tant se préoccuper de savoir si l'ovaire qu'il doit enlever présente une *lésion anatomique* que s'assurer qu'il est le point de départ *physiologique* des accidents; l'examen des signes rationnels prime ici l'examen physique. Mais il faut avouer qu'il est excessivement difficile de se prononcer, et, à moins d'une conviction bien arrêtée, un chirurgien consciencieux reculera toujours devant une opération qui, lorsqu'elle est inutile, constitue une véritable mutilation, bien plus grave au point de vue social que l'amputation d'un membre [2].

Castration utérine.

Péan [3] préfère à la castration ovarienne l'hystérectomie vaginale, qu'il appelle **castration utérine**; il la trouve supérieure à l'ablation des ovaires, contre les phénomènes nerveux. Je ne suis pas éloigné de partager cette manière de voir. La castration utérine agit, en effet, en supprimant plus largement le point de départ des réflexes morbides : dans quelques cas exceptionnels, j'ai suivi cette pratique et j'en ai obtenu des guérisons remarquables [4].

Technique de la castration.

Technique de la castration. — J'ai déjà décrit cette opération, à propos du traitement indirect des CORPS FIBREUX (p. 376) : quelques points spéciaux méritent seulement d'être ici notés.

[1] HEGAR (HEGAR et KALTENBACH. *Oper. Gyn.*, 3e édit., 1886) reconnaît implicitement ce fait lorsqu'il écrit : « Nous avons plusieurs fois obtenu des résultats durables de la castration dans des cas où un examen attentif n'a montré, à part une légère péri-oophorite, qu'un état simplement hyperplasique du stroma de l'ovaire ». Ces lésions, on le voit, sont tout à fait insignifiantes; autant dire que la castration a souvent réussi après avoir été pratiquée sur des ovaires sains.

[2] SÄNGER (*Ueber Descensus und Pelvifixura Ovariorum. Centr. f. Gyn.*, 1896, p. 241) dans les cas de dysménorrhée liée au prolapsus des ovaires a proposé et exécuté deux fois la fixation de l'ovaire à la paroi pelvienne (*oophoro-pelio-pexie*).

[3] PÉAN. *Gaz. des Hôp.*, 1886, n° 145, p. 1170.

[4] S. POZZI et E. BAUDRON. *Revue de Chir.*, août 1891, p. 622.

L'**incision abdominale** doit être aussi petite que possible, puisqu'il n'y a qu'à y faire passer l'ovaire et la trompe, sans recherche laborieuse ou dégagement difficile; il est, du reste, toujours temps de l'agrandir secondairement : généralement, 5 à 6 centimètres suffisent. On doit, par l'exploration bi-manuelle, se rendre exactement compte de la situation du fond de l'utérus, et faire porter le milieu de l'incision à ce niveau; l'extrémité inférieure de la plaie reste généralement éloignée du pubis de deux travers de doigt. Battey, au moins dans ses premières opérations, n'enlevait que l'ovaire. Hegar[1] a, dès le début, compris l'importance de l'ablation simultanée de la trompe, ce qui, du reste, facilite l'opération plus que cela ne la complique. Lawson Tait[2] ajoute à ce complément une valeur capitale, et a beaucoup contribué à transformer l'*oophorectomie* en *salpingo-oophorectomie*. Incision abdominale.

La cicatrice laissée par une petite incision telle que la pratique Lawson Tait, est tout à fait insignifiante, surtout lorsqu'on a soin, comme je l'ai recommandé, de suturer les parois abdominales par trois plans superposés avec deux étages de suture perdue au catgut[3], auxquels on peut joindre la suture intra-dermique de la peau.

L'**incision vaginale** n'offre donc guère d'avantages, à ce point de vue On pourra, toutefois, pratiquer la castration par cette voie pour éviter une cicatrice apparente, lorsque les malades lui attacheront une préférence marquée[4] et surtout si les ovaires sont prolabés, facilement accessibles. On reconnaîtra sans difficultés les ovaires prolabés dans le cul-de-sac de Douglas au toucher vaginal et aussi à deux signes caractéristiques, douleur pendant la défécation, douleur pendant le coït. Incision vaginale.

L'opération, quand l'utérus est bien mobile, est d'une grande simplicité : la malade étant dans la position dorso-sacrée, une courte valve de Simon abaisse la fourchette, le col de l'utérus est fixé et attiré en avant, un aide abaisse l'utérus en pressant sur l'hypogastre. Une incision transversale de 4 centimètres est faite dans le cul-de-sac postérieur, le plus près possible de l'utérus. On introduit l'index et le médius dans le cul-de-sac de Douglas, on accroche l'ovaire et la trompe, on transfixe le hile avec une aiguille mousse, et on applique le nœud de Lawson Tait. Il vaut mieux enlever les annexes des deux côtés, même si un seul ovaire est prolabé, quand il y a des désordres nerveux très accusés, car la ménopause artificielle agit encore plus sûrement que la suppression de l'organe déplacé. Si l'opération n'a été troublée par aucun incident et s'il n'y a pas de raison spé-

[1] Hegar. *Die Castration der Frauen*, p. 112.
[2] Lawson Tait. *Diseases of the ovaries*, Birmingham, 1883, p. 526.
[3] S. Pozzi. *Comptes rendus du Congrès français de Chir.*, 5e sess., Paris, 1891, p. 211.
[4] Bonnecaze. *Valeur et indications de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire et de la trompe.* Thèse de Paris, 1889.

ciale de faire le drainage, on refermera complètement la plaie avec des sutures au catgut[1].

[1] Voici quelques indications bibliographiques relatives aux travaux sur la castration dans les cas de dysménorrhée spécialement accompagnées de troubles nerveux et mentaux. R. Battey. *Extirpation of the functionnally active ovaries for the remedy of otherwise incurable diseases* (*Transact. of the Amer. gyn. Soc.*, 1876, t. I, p. 101 à 121). — M. Sims. *Brit. med. Journ.*, déc. 1877, t. II, p. 795. — E. Börner. *Wien. med. Woch.*, 1878, n°s 47 à 50, p. 1247 et suiv. — J. H. Aveling. *The spaying of women* (*Obstet. Journ. of Great Britain.*, janv. 1879, t. VI, p. 617). — Spencer Wells. *Case of removal of both ovaries for dysmenorrhæa* (*Trans. of the amer. gyn. Soc.*, Boston, 1879, t. IV, p. 198). — A. Hegar. *Zur Castration bei Hysterie* (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 26, p. 365). — Bruntzel. *Arch. f. Gyn.*, 1880, Bd. XVI, p. 107. — Dawson. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1881, t. XIV, p. 419. — Maurer. *Deutsche med. Woch.*, 1881, p. 530. — H. Klotz. *Hysterie und Castration* (*Wien. med. Woch.*, 1882, n°s 38-41, 1129 et suiv.). — W. Goodell. *Amer. Journ. of Insanity*, 1882, et *Philad. med. Times*, 29 déc. 1883, t. XIV, p. 229. — Jessett. *Lancet*, juin 1882, t. I, p. 910. — Leopold. *Arch. f. Gyn.*, 1882, Bd. XX, p. 88. — Fehling. *Zehn Castrationen* (*Arch. f. Gyn.*, 1883. Bd. XXII, p. 441). — Mundé. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1883, p. 944. — Carstens. *Ibid.*, p. 266 et 522. — Jos. Peretti. *Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 10, p. 141. — Landau et Remak. *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1883, p. 457. — G. Thomas, *New-York med. Journ.*, janv. 1883, t. XXXVII, p. 52. — B. Heilebunn. *Centr. f. Gyn.*, 1883, n° 38, p. 601. — Malins. *Brit. med. Journ.*, 12 mai 1883, t. I, p. 911. — J. Friedmann. *Vergleich einiger Fälle von Operationen an den Ovarien wegen Psychose.* Dissert. inaug., Berlin, 1883. — Tauffer. *Beiträge zur Lehre der Castration der Frauen* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1883, Bd. IX, Heft. 1, p. 58). — L. Tait. *The pathology and treatment of diseases of the ovaries*, 4e éd., 1883, p. 528. — P. Müller. *Beiträge, etc.* (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1884, Bd. XX, p. 1). — G.-L. Walton. *Boston med. and surg. Journ.*, 1884, t. CX, n° 23, p. 529. — V. Hoffmann. *S. Francisco western Lancet*, janv. 1884. — P. Flechsig. *Neurol. Centralbl.*, 1884, n° 19, p. 433 et n° 20, p. 457. — Bircher. *Castration bei Ovarial-Neuralgie und Hysterie* (*Corresp. Bl. f. Schw. Aertze*, 1884, t. XIV, p. 447 et 470). — A. Hegar. *Arch. f. Gyn.*, 1884, t. XXIV, p. 318 et *Centr. f. Gyn.*, 1884, p. 593. — *Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden*, 1885. — *Zur Begriffsbestimmung der Kastration* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 44, p. 698). — Schmalfuss. *Zur Castration bei Neurosen* (*Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXVI, p. 1). — H. Menzel. *Beiträge zur Castration der Frauen* (*Ibid.*, p. 56). — A. Leppmann. *Ibid.*, p. 57. — Tissier. *De la castration de la femme en chirurgie.* Thèse de Paris, 1885. — Uherek. *Die funktionellen Neurosen beim weiblichen Geschlecht und ihre Beziehung zu den Sexualleiden*, in *Frauenarzt* 1886 (anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 4, p. 50). — L. Tait. *Brit. med. journ.*, 1886, t. II, p. 852. — *A case of hystero-epilepsy successfully treated by removal of damaged uterine appendages* (*Lancet*, 1887, t. II, p. 1213). — Schröder. *Ueber die Castration bei Neurosen* (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1886, Bd. XIII, Heft 2, p. 325). — Widmer. *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 40, p. 657. — Mundé. *Amer. Journ. of Obstet.*, mars 1886, t. XIX, p. 324 et janv. 1888, t. XXI, p. 55. — Magnin. *De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux.* Thèse de Paris, 1886. — J. Schramm. *Ueber Castration bei Epilepsie* (*Berl. klin. Woch.*, 1887, n° 3, p. 38). — Gustav Willers. *Ueber die Berechtigung der Castration der Frauen zur Heilung von Neurosen und Psychosen bei intactem Sexualsystem.* Dissert. inaug., Fribourg, 1887. — Lucas-Championnière. *Trois cas d'ablation des ovaires pour accidents nerveux* (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, in *Annal. de gyn.*, 1885, t. XXVII, p. 450). — E. W. Cushing. *Melancholia, masturbation cured by removal of both ovaries* (*Journ. of the amer. med. Assoc.*, Chicago, 1887, p. 441). — Reany. *A case of oophorectomy for epilepsy* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 435). — F. Merkel. *Beitrag zur Kasuistik der Kastration bei Neurosen.* Nüremberg, 1888. — May. *A case of hystero-epilepsy; Tait's-operation, cure* (*Virginia med. Month.*, Richemond, 1888-89, t. XV, p. 174). — Imlach. *A case of hystero-epilepsy of 20 years duration treated by removal of the uterine appendages* (*Brit. med. Journ.*, 1888, t. I, p. 140). — S. Brodnitz. *Die Wirkungen der Kastration auf den weiblichen Organismus.* Dissert. inaug., Strasbourg, 1890. — Playfair. *On removal of the uterine appendages in cases of functional neurosis* (*Brit. med. Journ* , 17 janv., 1891, p. 119). — P. Charrier. *De la castration chez la femme comme traitement de la dysménorrhée* (*Gaz. méd. de Paris*, 1892, p. 39). — E. Garton. *A case of insanity due to the menstrual functions; oophorectomy; recovery* (*Med. Rec.*, 1894, p. 235).

LIVRE IX

INFLAMMATION DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

Considérations générales. — Classification des salpingites.

Considérations générales.

Le rôle capital que joue, en gynécologie, l'inflammation de ce qu'on est convenu d'appeler les *annexes* de l'utérus (ovaire et trompe) n'a été définitivement admis que dans ces dernières années. Aran et son élève Siredey[1] l'avaient nettement entrevu et indiqué. Mais ces notions importantes, formulées par des médecins et dépourvues du contrôle et de la sanction de l'intervention chirurgicale, devaient passer inaperçues. Les opérations retentissantes de Lawson Tait[2] ont plus fait pour la vulgarisation de cette vérité que toutes les considérations de physiologie et d'anatomie pathologique; l'histoire si controversée des inflammations péri-utérines[3] en a été éclairée d'un jour nouveau.

L'interminable et fastidieuse discussion qui a fatigué toute une génération, à savoir si l'inflammation se produisait dans le tissu cellulaire circum-utérin ou dans le péritoine voisin, s'il y avait *phlegmon péri-utérin* ou *pelvi-péritonite*, n'est plus qu'un lointain souvenir; l'ardente controverse à ce sujet entre Nonat, Bernutz, Goupil et Gallard, nous paraît aussi surannée que les débats entre Gendrin et Lisfranc sur l'*engorgement de l'utérus* et la *métrite chronique partielle*, pour expliquer les mêmes symptômes. La distinction même entre la *paramétrite* et la *périmétrite*, conservée par les auteurs

[1] Aran. *Leçons clin. sur les maladies de l'utérus et de ses annexes.* Paris, 1858. — Siredey. *De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les maladies dites utérines.* Thèse de Paris, 1860.

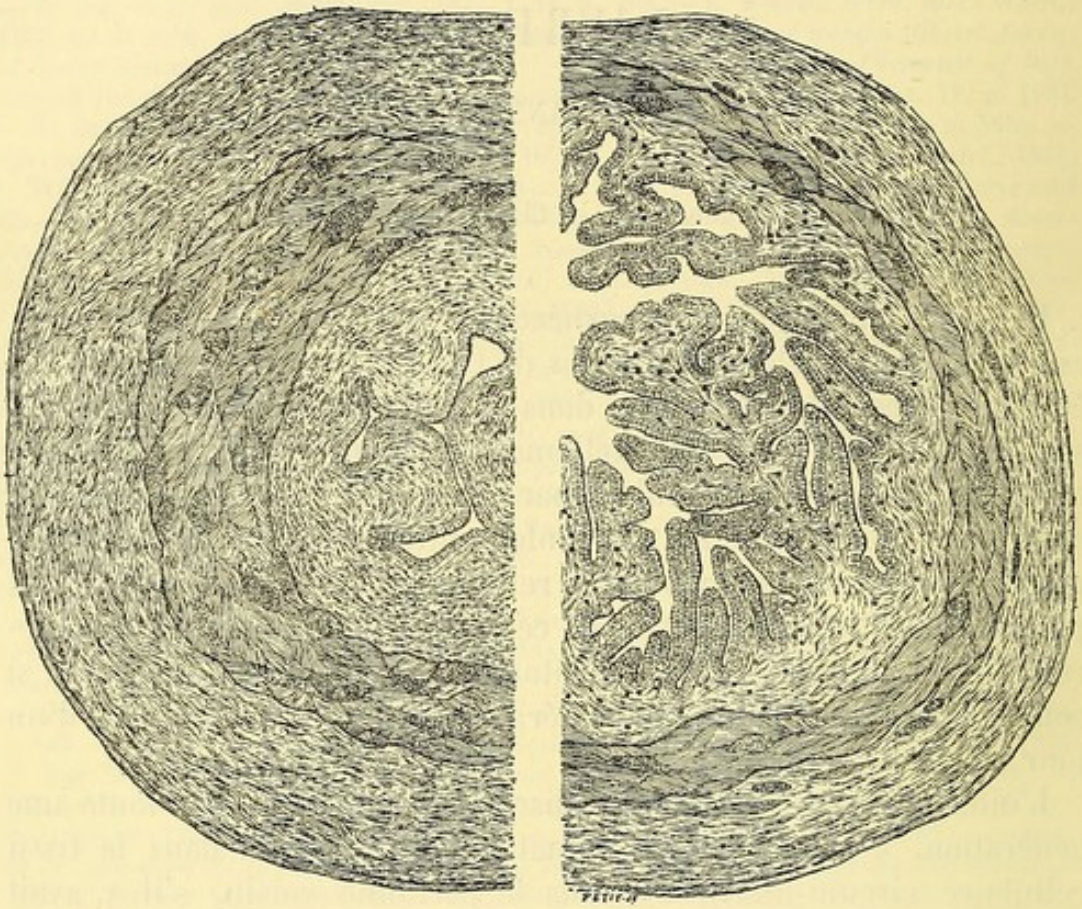
Au siècle dernier déjà, en France, la fréquente propagation de l'inflammation de l'utérus aux trompes et aux ovaires avait été formellement signalée. Astruc. *Traité des maladies*, 1770, t. VI, p. 46. — Lieutaud. *Précis de médecine pratique*, 1776, t. II, p. 462.

[2] Lawson Tait, *loc. cit.*, 4e édit. 1883 (trad. franç. par Olivier). — Hegar revendique la priorité des opérations de pyo-salpingotomie. — Voir Wiedow. *Zur operativen Behandlung des Pyosalpinx* (*Centr. f. Gyn.*, 1885, n° 10, p. 145).

[3] On se sert fréquemment des mots : *péri-utérin*, *péri-ovarite*, *ovario-salpingite*, qu'a consacrés l'usage, bien que leur composition soit très défectueuse, puisqu'ils résultent de la combinaison hybride d'un mot grec et d'un mot latin ; il faudrait dire, pour parler correctement : *circum-utérin*, *circum-ovarien*, *tubo-ovarite*, ou bien *périmétrite*, *péri-oophorite*, *oophoro-salpingite*.

contemporains, paraît à peine justifiée, en clinique. C'est un vestige attardé des anciennes doctrines.

Pour bien comprendre l'étroite solidarité de l'utérus et des trompes, il faut se souvenir que leur origine embryonnaire est commune. A la fin du second mois de la vie intra-utérine, les canaux de



A. B.

Fig. 363. — Trompes utérines; état normal.

Coupes : A, au niveau de la partie voisine de l'utérus; B, auprès du pavillon (Wyder).

Succession des couches : 1. En haut et en dehors, *tunique séreuse*. 2. *Couches de tissu conjonctif fasciculé*, lâche, riche en vaisseaux. 3. *Tunique musculaire*, beaucoup plus considérable au voisinage de l'utérus (segment utérin) que près du pavillon (segment abdominal). Elle consiste principalement en fibres circulaires. En haut et en dedans, il s'y joint des faisceaux de fibres longitudinales dont quelques-uns s'épanouissent dans la muqueuse; d'autres (plus externes) pénètrent entre les deux feuillets du ligament large; d'autres encore vont au hile de l'ovaire, ou envoient des prolongements sur le fond de l'utérus; quelques fibres pénètrent dans la couche circulaire. 4. *Tunique muqueuse*. La trame de cette tunique est formée par un tissu conjonctif embryonnaire, riche en cellules fusiformes; il s'avance dans la lumière de la trompe en plis longitudinaux que la coupe a attaqués plus ou moins obliquement. Au voisinage de l'utérus, ces plis sont trapus et donnent sur la coupe de la lumière de la trompe un aspect étoilé. Près du pavillon, ils deviennent plus allongés et sont en partie accompagnés de replis accessoires, ce qui donne à la coupe un aspect très déchiqueté et dendritique. Toute la surface de la muqueuse est tapissée d'une couche simple de cellules cylindriques à cils vibratiles; le mouvement de ces cils, sur le vivant, est dirigé de l'ovaire à l'utérus.

Müller se fusionnent inférieurement pour former l'utérus et le vagin, tandis qu'ils restent distincts en haut et constituent les trompes. Celles-ci ne sont, en réalité, que le prolongement effilé des cornes

utérines; il y a continuité immédiate entre leurs diverses tuniques, d'où la possibilité d'une salpingite ascendante consécutive à la métrite, de même qu'il y a une pyélite ascendante à la suite d'une cystite invétérée. L'ovaire, relié à la trompe par le ligament tubo-ovarien et en contact presque immédiat avec son pavillon, peut de même être facilement infecté par voisinage.

En outre, ces organes sont reliés par des connexions vasculaires et

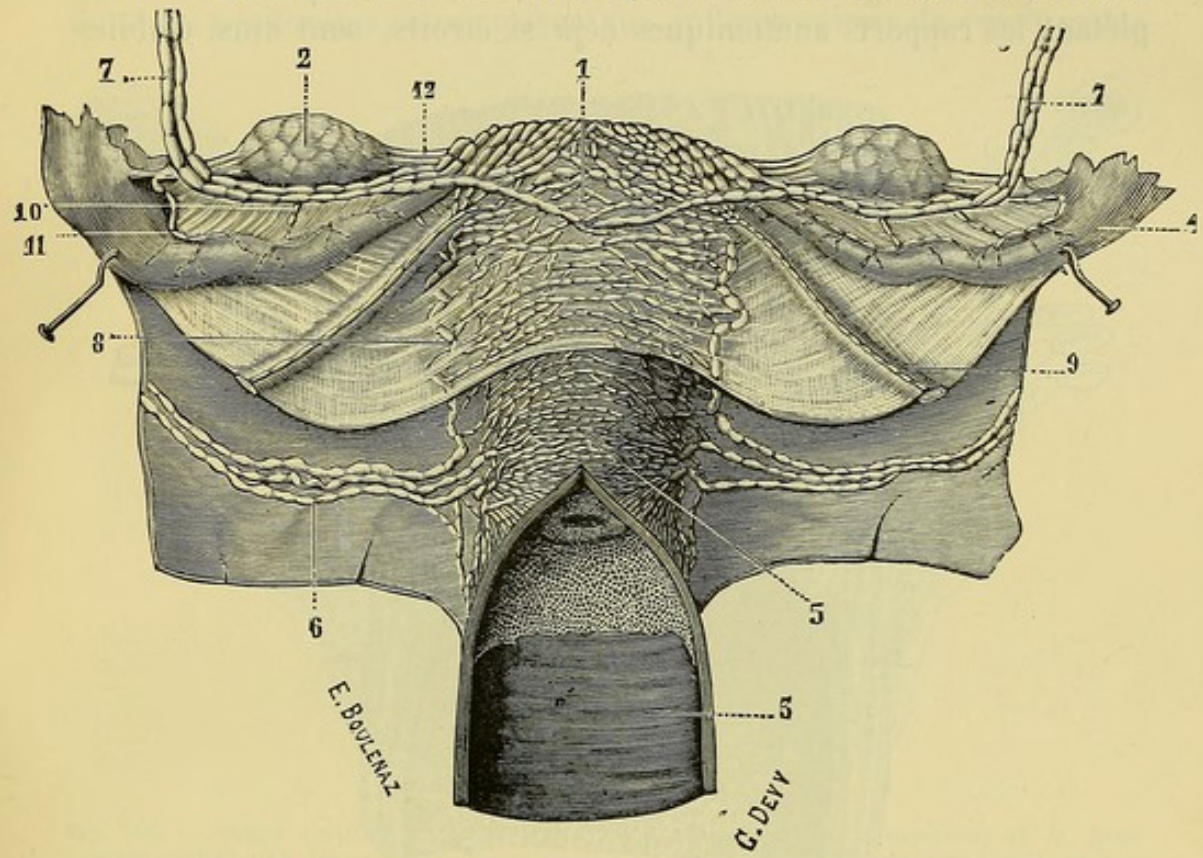


Fig. 364. — Vaisseaux lymphatiques de l'utérus (Poirier).

1. Lymphatiques venant du corps et du fond de l'utérus. — 2. Ovaire. — 3. Vagin. — 4. Trompe. — 5. Lymphatiques venant du col utérin. — 6. Vaisseaux lymphatiques venant du col utérin et se rendant aux ganglions iliaques. — 7. Vaisseaux lymphatiques venant du corps et du fond de l'utérus et se rendant aux ganglions lombaires. — 8. Grande anastomose unissant les vaisseaux du col et du corps utérin. — 9. Petit vaisseau lymphatique situé dans le ligament rond et se rendant aux ganglions inguinaux. — 10, 11. Vaisseaux lymphatiques de la trompe allant se jeter dans les gros vaisseaux lymphatiques nés du corps utérin. — 12. Ligament de l'ovaire.

lymphatiques importantes. Je rappellerai les anastomoses des artères et veines utéro-ovariennes avec les artères utérines. Bien plus dignes encore d'attention sont les connexions lymphatiques. Lucas-Championnière a eu le mérite d'y insister, après Cruikshank et Cruveilhier[1]. Il a décrit, en particulier, au niveau des angles de l'utérus, des lym-

[1] J.-L. Championnière. *Lymphatiques utérins*, etc. Thèse de Paris, 1870. — Quant à Cruveilhier, c'est dans son *Anatomie pathologique* et non dans l'*Anatomie descriptive* qu'on doit chercher la description des lymphatiques de l'utérus. Cela tient à ce que ces recherches se font beaucoup mieux dans les cas pathologiques et sur des femmes mortes de fièvre puerpérale, où les lymphatiques sont rendus plus évidents à la fois par la gravidité et par l'inflammation. — Voir les intéressantes recherches de P. Poirier, *Du rôle*

phatiques superficiels qui se perdent dans le ligament large en arrière et au-dessous de la trompe, entre la trompe et le ligament rond, et surtout au-dessous de l'ovaire et de la trompe. Il existe également des lymphatiques profonds, formant un second plan qu'on ne peut voir qu'en coupant perpendiculairement l'angle utérin; il y a là un groupe lymphatique remarquable qui occupe le creux formé entre la trompe et le ligament de l'ovaire; des relations importantes, complétant les rapports anatomiques déjà si étroits, sont ainsi établies

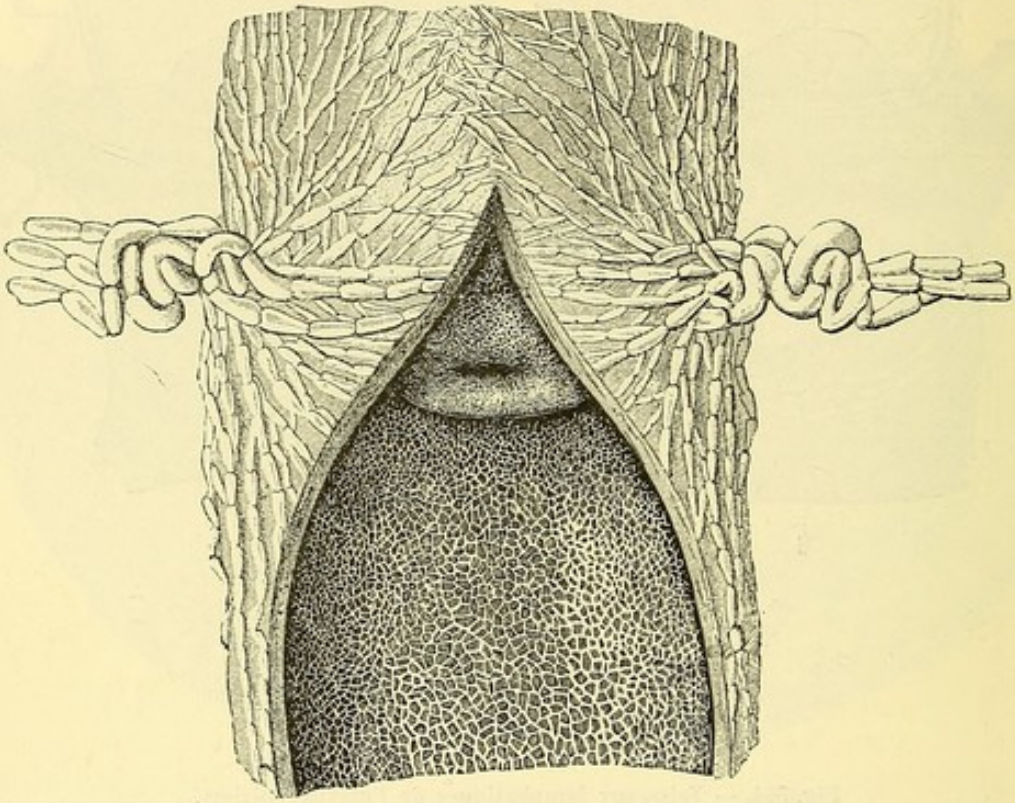


Fig. 365. — Lymphatiques du col utérin et du tiers supérieur du vagin (P. Poirier).

entre l'ovaire et la trompe (fig. 364). Aussi n'y a-t-il, pour ainsi dire, pas d'ovarites sans salpingite ni de salpingites sans ovarite; l'inflammation des annexes est, à bon droit, réunie dans une même description.

Presque toujours, l'inflammation passe de la trompe à l'ovaire directement par contact et adhérence. Mais on observe aussi, parfois, une suppuration de l'ovaire, sans continuité avec l'inflammation de la trompe; on peut alors expliquer ce fait par les relations lymphatiques. En effet, les vaisseaux qui émanent du pavillon suivent le ligament latéral externe de l'ovaire et se jettent dans le vaste confluent lymphatique qu'on a appelé plexus sous-ovarique. On n'a donc nulle difficulté à comprendre qu'un abcès de l'ovaire s'observe

des lymphatiques dans les inflammations de l'utérus (*Progrès méd.*, 1889, n° 47, p. 491 et 492, n° 48, p. 509 et suiv., n° 49, p. 527 et suiv., n° 52, p. 590 et suiv.; — 1890, n° 3, p. 41 et 42 et n° 4, p. 65 et suiv).

avec des lésions relativement minimes de l'oviducte[1]. Les adhérences, très riches en lymphatiques, comme l'a démontré Poirier, peuvent aussi servir de véhicule à l'inflammation.

D'autre part, le réseau lymphatique qui recouvre la surface de l'ovaire communique largement avec celui du péritoine : il suffit, d'après Waldeyer[2], de piquer l'ovaire avec un tube à injection lymphatique, pour injecter tout le réseau de la séreuse abdominale. Si donc les péritonites consécutives aux inflammations de ces organes

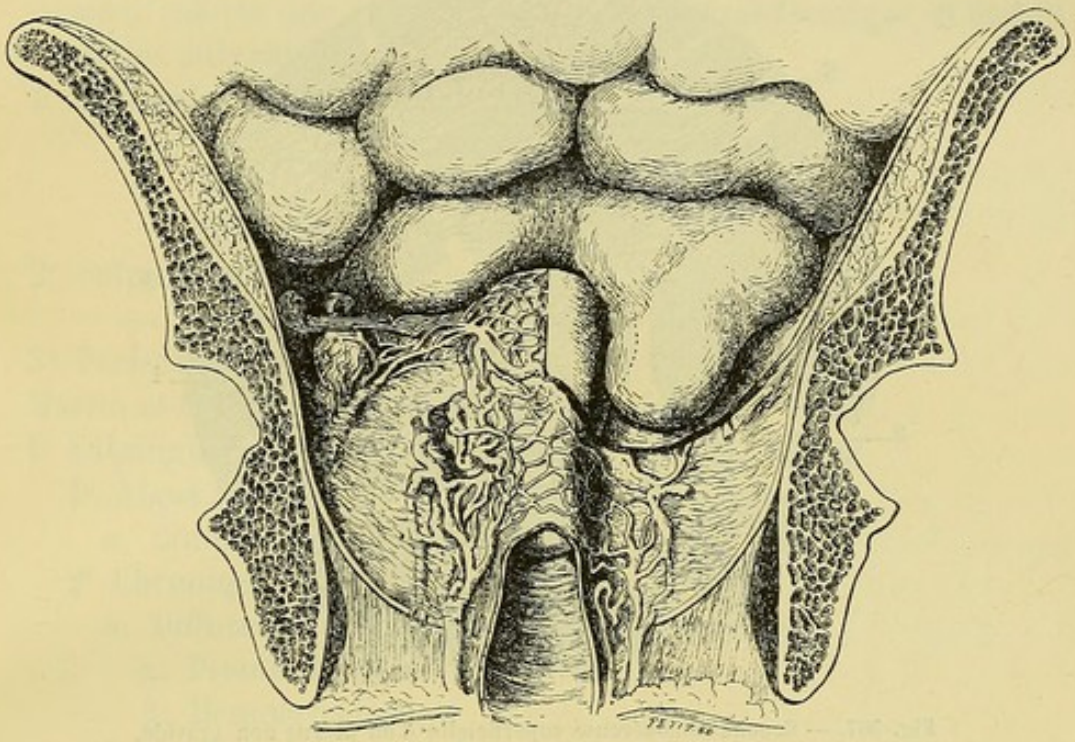


Fig. 366. — Coupe verticale du bassin montrant l'espace pelvi-rectal supérieur et la fosse ischio-rectale. (La coupe passe, à gauche, au niveau du ligament large, à droite, un peu en avant.)

restent le plus souvent circonscrites, c'est, sans doute, parce qu'un des premiers stades du processus consiste dans une oblitération plastique, dans une sorte de thrombose lymphatique adhésive[3].

[1] Quénu. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 12 déc. 1888, p. 954.

[2] Waldeyer. *Eierstock und Ei.* Leipsick, 1870.

[3] D'après les recherches de Wallich sur le système lymphatique sous-séreux de l'utérus pendant la grossesse, ce système est formé de très nombreux vaisseaux capillaires. Ces vaisseaux, beaucoup plus nombreux que les capillaires sanguins, sont disposés sur plusieurs plans ; ils sont en communication avec les capillaires lymphatiques superficiels de la couche musculaire, et ils aboutissent d'une part à des troncs, d'autre part à un système vasculaire spécial. Les troncs sont peu volumineux à l'état normal, ils sont plus considérables pendant la grossesse, quoique n'atteignant pas les proportions qu'on leur avait trouvées sur l'utérus atteint de lymphangite puerpérale, pendant la période d'involution de cet organe. Les capillaires lymphatiques sont aussi en communication avec un système vasculaire très fin, constitué par des travées et des espaces de forme variable, tapissés comme les capillaires lymphatiques de cellules à contour dentelé (fig. 367). Le système lymphatique acquiert donc dans la région sous-séreuse de l'utérus une grande

Enfin, le tissu cellulaire sous-péritonéal qui existe dans les ailerons de la trompe et de l'ovaire est une dépendance de celui des ligaments larges, qui se continue lui-même en bas sur le plancher pelvien et sur les côtés avec le tissu lamellaire plus ou moins infiltré de graisse qui double le péritoine et qui offre une laxité spéciale, en avant de la vessie, dans la pseudo-cavité de Retzius (fig. 366).

La connaissance de ces particularités est indispensable pour expli-

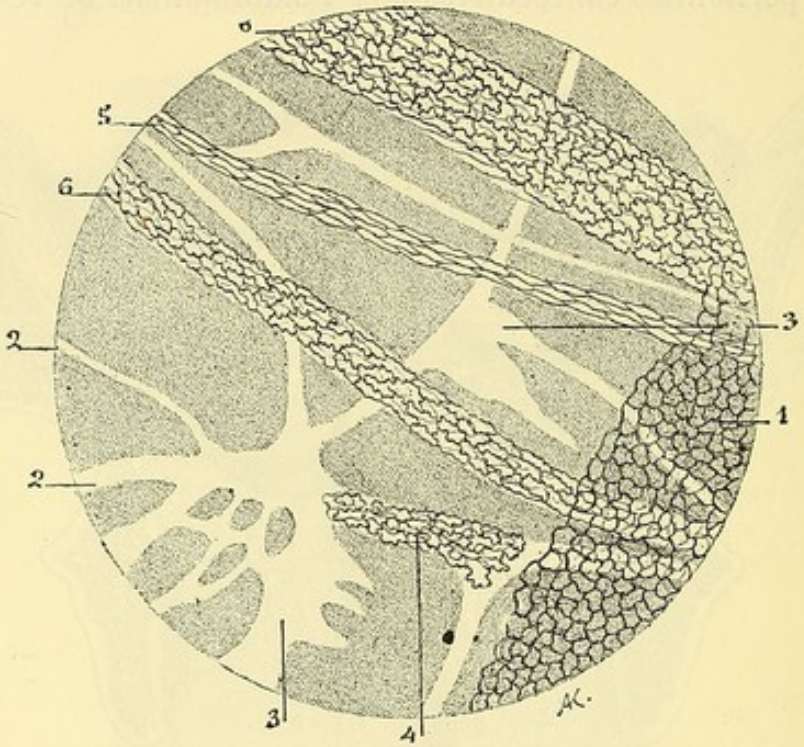


Fig. 367. — Couche sous-séreuse superficielle d'un utérus non gravide, faible grossissement (Wallich).

1. Épithélium péritonéal. — 2. Bandes claires[1]. — 3. Espaces étoilés. — 4. Cellules dentelées de la paroi des bandes claires. — 5. Capillaire sanguin avec les cellules allongées de sa paroi. — Gros capillaires lymphatiques avec les cellules dentelées de leur paroi.

quer la propagation profonde et superficielle de l'inflammation.

Classifications des salpingites.

Les **classifications des salpingites** que l'on a données diffèrent assez sensiblement.

Cornil et Terrillon[2] admettaient :

1° La salpingite catarrhale végétante ;

2° La salpingite purulente (pyo-salpingite) ;

importance, et ces nouvelles données anatomiques peuvent aider à comprendre un certain nombre de faits pathologiques. V. Wallich. *Recherches sur les vaisseaux lymphatiques sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide.* Thèse de Paris, 1891.

[1] Wallich (*loc. cit.*) désigne sous ce nom les espaces mis en évidence par la nitratation, portant des cellules dentelées sur certains points de leur trajet, et qui sont très vraisemblablement un système d'espaces lymphatiques situé au delà des capillaires.

[2] Cornil et Terrillon. *Arch. de physiol.*, 1887, 3e sér., t. X, p. 533.

3° La salpingite hémorrhagique (hématome de la trompe, hémo-salpingite);

4° La salpingite blennorrhagique;

5° La salpingite tuberculeuse.

Cette division est incomplète, car elle laisse de côté certaines formes d'inflammation diffuse interstitielle qu'on rencontre dans les affections chroniques. Elle est un peu défectueuse, en ce qu'elle sépare la salpingite purulente des salpingites tuberculeuse et blennorrhagique qui en sont de simples variétés.

Landau[1] adopte une classification purement anatomique et établit les variétés suivantes :

1° Endosalpingite catarrhale aiguë et chronique;
— purulente aiguë et chronique;
— hyperplastique (végétante),
— diphthérique;

2° Salpingite aiguë et chronique,
— purulente ou disséquante;

3° Périsalpingite aiguë et chronique.

Martin et Orthmann[2] donnent ces divisions :

I. Salpingite catarrhale :
1° Aiguë,
a. Simple ou endosalpingite;
2° Chronique;
a. Diffuse ou interstitielle (myo-salpingite);
α. Pseudo-folliculaire,
β. Hémorrhagique;
b. Sous-variétés : salpingite isthmique noueuse (Chiari),
— salpingite chronique végétante (Sawinoff).

Ces formes conduisent, comme terme ultime, à ces lésions :
1° Sactosalpinx[3] séreux.
2° Sactosalpinx hémorrhagique.

II. Salpingite purulente :
1° Aiguë,
a. Septique.
α. Puerpérale (diphthérique),
β. Non puerpérale;
b. Gonorrhéique;
2° Chronique;
Sous-variété : Salpingite interstitielle disséminée (Zweifel).

[1] L. Landau. *Ueber Tubensäcke* (*Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XL, p. 1).
[2] A. Martin. *Die Krankheiten der Eileiter*, Leipzig, 1895, p. 133.
[3] A. Martin (*loc. cit.*, p. 62) propose de dénommer ainsi toute collection tubaire. Le mot est dérivé du grec σακτός rempli, bourré; σακτοσάλπιγξ, signifie *trompe distendue*

La terminaison de ces formes peut être la suivante :

3° Sactosalpinx purulent.

En se plaçant au point de vue clinique et anatomique à la fois, je crois qu'il importe de diviser d'abord les inflammations des trompes, selon qu'elles aboutissent ou non à la formation d'une tumeur enkystée. Chacune de ces divisions comporte elle-même diverses variétés :

- I. **Salpingites non kystiques.**
  - *a*. **aiguë catarrhale**;
  - *b*. **aiguë purulente**;
  - *c*. **chronique parenchymateuse** (*pachy-salpingite*).
    - **Variété hypertrophique** ou *végétante*.
    - **Variété atrophique** ou *scléreuse*.
- II. **Salpingites kystiques.**
  - *a*. **hydro-salpinx** ou *séreuse*.
  - *b*. **hémato-salpinx** ou *hématique*.
  - *c*. **pyo-salpinx** ou *purulente*.

Je ne fais pas intervenir ici la notion étiologique, car une salpingite blennorrhagique, par exemple, peut évoluer suivant les types les plus divers : type purulent non kystique, salpingite purulente kystique ou pyo-salpinx, qui peut lui-même se transformer ultérieurement en hydro-salpinx ou aboutir à la formation d'une salpingite parenchymateuse.

Les lésions des ovaires sont le plus souvent solidaires de celles des trompes. Il est très difficile de décrire, au point de vue clinique, une *ovarite* qui ne soit pas une *tubo-ovarite*. Voilà pourquoi j'ai cru devoir subordonner l'inflammation de l'ovaire à celle de la trompe, au point de vue nosologique et clinique. Ainsi qu'on va le voir plus loin, une exception peut cependant être faite pour l'**ovarite scléro-kystique**, avec ou sans œdème, qui existe parfois indépendamment de la salpingite et prend naissance dans des troubles nutritifs spéciaux, fonctionnels ou diathésiques et encore à la suite de varicocèle tubo-ovarien.

Au point de vue purement histologique, on peut, avec Paul Petit[1], établir les classifications suivantes :

- 1° **Ovarite non kystique.**
  - A. **Aiguë.**
    - *a*. Ovarite d'origine corticale.
    - *b*. — interstitielle diffuse.
    - *c*. — parenchymateuse.
  - B. **Chronique.**
    - *a*. Ovarite d'origine corticale.
      - *a'* Ovarite hypertrophique.
    - *b*. Ovarite disséminée.
      - *b'* Ovarite atrophique.

[1] St. Bonnet et P. Petit. *Traité pratique de gynécologie*, p. 245.

- 2° **Ovarite kystique.**
  - A. **Hydro-kystique.**
    - *a.* Par hydropisie du follicule.
    - *b.* — du stroma.
  - B. **Hémato-kystique.**
    - *a.* Par hémorrhagies dans les follicules.
      - I. Kystes multiples et de petit volume (origine infectieuse).
      - II. Kystes peu nombreux et assez volumineux (dus à la périovarite).
    - *b.* Par hémorrhagies dans les corps jaunes.
    - *c.* Par hémorrhagies dans le stroma.
    - *d.* Forme mixte (kyste sanguin par ponte intra-ovarienne).
  - C. **Pyo-kystique.**

CHAPITRE I

OOPHORO-SALPINGITE SANS TUMEUR KYSTIQUE

Pathogénie. Étiologie. Hétéro-infection. Blennorrhagie. Accouchement, avortement. Infection mixte. Exploration septique. Auto-infection. Tuberculose. Causes exceptionnelles. — Anatomie pathologique. I. Lésions de la trompe : salpingite aiguë catarrhale, purulente, chronique parenchymateuse, variété hypertrophique, variété atrophique. II. Lésions de l'ovaire : ovarite, dégénérescence microkystique, sclérose. Kystes folliculaires par ovulation anormale et maladie kystique de l'ovaire. Kystes du corps jaune. Petits kystes résiduaux Wolffiens et Müllériens. Ovarite suppurée. — Symptômes. Coliques salpingiennes. Troubles de la menstruation. Tumeurs des annexes. — Diagnostic avec : ovarie, névralgie lombo-abdominale, métrite. Diagnostic de la prédominance de l'ovarite ou de la salpingite; de la salpingite kystique ; de la périsalpingite. — Marche et pronostic. Poussées aiguës, noyaux inflammatoires, pseudo-adénite péri-utérine, stérilité. — Traitement. Médication indirecte intra-utérine. Électricité. Massage. Oophoro-salpingotomie (opération de Lawson Tait). Rupture simple des adhérences (opération de Hadra). Expression des trompes (opér. de Polk). Salpingostomie. Gravité de la salpingotomie.

Pathogénie. Étiologie. — Existe-t-il une ovarite primitive, lésion initiale et originelle, liée aux troubles de la menstruation, aux

Pathogénie. Étiologie.

excès vénériens, indépendante de toute infection ou lésion antécédente de l'utérus et des trompes? Dalché et Prochownick[1] l'ont encore soutenu récemment, mais sans preuves suffisantes. Le fait me paraît absolument douteux, à l'exception de faits rares d'ovarites scléro-kystiques, d'origine fonctionnelle et diathésique[2]. Dans l'immense majorité des cas, l'ovarite provient d'une endométrite ou d'une salpingite antérieure: à la vérité, l'une ou l'autre de ces étapes a pu être définitivement franchie sans laisser de traces anatomiques durables; mais on peut les reconstituer par l'étude des antécédents.

J'emploierai donc de préférence le terme de *tubo-ovarite*, ou de *oophoro-salpingite*, et s'il m'arrive d'abréger en disant *salpingite* ou *ovarite*, le lecteur est prévenu que ce terme a trait à une lésion mixte.

Les inflammations de l'utérus sont, sans contredit, la grande source des inflammations des annexes. Il y a longtemps que Postello[3] a comparé le pavillon de la trompe à l'épididyme, et récemment Bernutz[4] a nettement formulé l'analogie entre la tubo-ovarite de la femme, d'origine blennorrhagique, et l'épididymo-orchite de l'homme. C'est par continuité de tissus, de proche en proche, par la voie de la muqueuse, que se fait ordinairement l'infection, qu'il s'agisse d'une inflammation spécifique ou de toute autre. Schröder n'admet que cette voie. Dans une discussion à la Société de Chirurgie, cette opinion a été émise par la majorité des orateurs[5]. J. L. Championnière[6], à peu près seul, y a défendu la propagation constante par les lymphatiques, qu'il avait d'abord admise exclusivement pour les accidents puerpéraux. Il s'appuie, en particulier, sur l'intégrité relative de l'extrémité utérine des trompes, même dans le cas où les deux tiers externes sont excessivement altérés. On peut répondre à cela qu'il n'y a pas indemnité histologique, mais simple indemnité apparente, car la trompe, à peu près saine à l'œil nu, est, au microscope, notablement enflammée à ce niveau. Du

[1] Dalché. *De l'ovarite*. Thèse de Paris, 1885. — L. Prochownick. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXIX, Heft. 2, p. 185.

[2] Il existe des causes prédisposantes spéciales de l'ovarite. Je serais disposé à faire jouer un grand rôle, dans la production des lésions scléro-kystiques de l'ovaire, à la diathèse rhumatismale, au refroidissement pendant les règles, aux excès vénériens, et aussi à la dilatation des veines du petit bassin qui produit ce qu'on a appelé le *varicocèle tubo-ovarien*. J'ai eu l'occasion de vérifier ce dernier fait dans trois cas : l'un d'eux a été bien étudié par Paul Petit. *Bull. et Mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, juin 1891. — Voir sur ce varicocèle : Dudley. *New-York med. Journ.*, 11 et 18 août 1888, t. XLVIII, p. 147 et 174. — H. Coe. *Amer. Journ. of Obstet.*, mars 1889, p. 504.

[3] Postello (Medicinæ in Academia Cadoueni Professor). *Acta eruditorum Lipsiæ* (1692), t. III, p. 140.

[4] Bernutz. *Conférences clin. sur les mal. des femmes*, Paris, 1888.

[5] Trélat, Terrillon, Quénu, Routier. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, déc. 1888, p. 862 et suiv.

[6] J. L. Championnière. *Ibid.*, p. 927.

reste, des interruptions analogues se trouvent dans les différentes lésions propagées de la vessie aux uretères et aux reins. Toutefois, le rôle des lymphatiques est loin d'être négligeable. On connaît la fréquence extrême des adhérences unissant le fond de l'utérus aux annexes. Or ces adhérences sont, comme Poirier l'a constaté, presque entièrement composées de lymphatiques, mettant en communication le réseau sous-endothélial de l'utérus avec les lymphatiques des annexes. Il n'est pas douteux que ces adhérences ne soient le résultat d'une métrite antérieure, ayant agi sur le réseau lymphatique profond dont le réseau sous-endothélial n'est que le prolongement. L'inflammation du corps de l'utérus peut suivre cette voie pour se porter sur la trompe et sur l'ovaire, surtout si une nouvelle influence pathologique vient lui donner un coup de fouet.

Quoi qu'il en soit, pour peu qu'une endométrite catarrhale dure depuis quelque temps, les trompes sont plus ou moins atteintes, mais les symptômes sont trop peu marqués de ce côté pour que cet épiphénomène arrête l'attention des cliniciens. Dans les métrites intenses avec salpingite légère, on ne voit et on ne traite que la métrite. D'autre part, dans la salpingite accentuée, une métrite légère, point de départ de l'affection tubaire, peut facilement passer inaperçue.

La très grande fréquence de l'endométrite explique celle des lésions des trompes, d'autant plus qu'à une métrite passagère succède généralement une lésion des trompes durable. Winckel[1], sur 575 cadavres de femmes, a trouvé 182 fois des lésions plus ou moins accusées des annexes. Arth. Lewers[2], sur 100 autopsies faites au *London Hospital*, a trouvé 17 fois les lésions de l'hydro-salpinx, du pyo-salpinx ou de l'hémato-salpinx. Galabin, de 1883 à 1886, a trouvé à *Guy's Hospital* 12 cas sur 302 autopsies, soit 4 pour 100 : selon la remarque de Lawson Tait, cet hôpital se recrute dans une population moins pauvre que celle de *London Hospital*, et l'infection blennorrhagique et la puerpéralité y sont moins fréquentes. Sur 20 605 affections gynécologiques, observées à sa clinique par Martin[3] du 15 septembre 1886 au 31 décembre 1894, il y avait 1363 lésions des annexes; sur 2078 cas[4], la blennorrhagie a pu être invoquée 279 fois.

Blennorrhagie.

L'**infection blennorrhagique** est la cause la plus ordinaire de l'inflammation des trompes, d'après Nöggerath, qui a repris cette étude

[1] F. Winckel. *Lehrb. der Frauenkrankh.*, Leipzig, 2e édit., 1890.

[2] Arth. Lewers. *On the frequency of pathol. conditions of the Fallopian tubes* (*Trans. of the obstet. Soc.*, Londres, 1887, t. XXIX, p. 198). — Discussion par Galabin, L. Tait.

[3] A. Martin. *Die Krankheiten der Eileiter*, p. 61.

[4] A. Martin. *Ibid.*, p. 112.

après Ricord, Requin et Bernutz[1], et d'après les travaux de Zweifel[2] et de Rosthorn. Ces auteurs ajoutent une importance particulière aux inoculations de virus blennorrhagique, pour ainsi dire atténué, qui est le résultat des vieilles blennorrhées, chez l'homme, vestiges souvent négligés et réputés à la fois incurables et inoffensifs (*goutte militaire*). Un nombre considérable de jeunes mariées seraient ainsi infectées, et les prétendues fatigues du voyage de noces seraient beaucoup moins responsables qu'on ne l'a cru jusqu'à ce jour. Une légère endométrite et une salpingite catarrhale intense sont souvent produites de la sorte; l'avortement en est la conséquence et aggrave la situation de la jeune femme, qui peut demeurer souffrante et inféconde.

L'infection blennorrhagique donne parfois lieu à des accidents beaucoup plus graves, amène d'emblée la suppuration des trompes qui s'enkyste ou se propage au petit bassin[3]. C'est la forme que Bernutz a surtout décrite et que j'ai, comme lui, fréquemment observée à Lourcine. J'ai vu, dans un cas, se développer d'une façon foudroyante une véritable pyohémie blennorrhagique, avec des foyers de suppuration multiples et indépendants, disséminés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et dans l'épaisseur du mésentère. Il existait une vaginite intense avec pyo-salpingite.

La présence du gonococcus de Neisser ne peut pas toujours être mise en évidence, même quand l'origine blennorrhagique de l'affection n'est pas douteuse. On l'a cependant nettement constaté un grand nombre de fois.

C'est Westermark[4] qui le premier a trouvé le gonocoque dans le pus d'une salpingite blennorrhagique. Depuis lors les recherches se sont multiplées : en Allemagne surtout, où Schmidt[5], Carsten[6], Zweifel[7], Witte[8], Wertheim[9], Schauta[10], Prochownick ont publié des observations tout à fait concluantes. Martin[11], réunissant les statistiques de Wertheim, Charrier, Prochownick, Schauta et la sienne

[1] Requin. *Éléments de path. méd.*, 1846, t. XI, p. 201. — E. Nöggerath. *Ueber latente und chronische Gonorrhoe beim weiblichen Geschlecht* (*Deutsche med. Woch.*, 1887, n° 49, p. 1059).

[2] P. Zweifel (*Arch. f. Gyn.*, 1891, p. 371). Pour lui, la grande majorité des salpingites purulentes est due à la blennorrhagie. — A. v. Rosthorn. *Ueber die Folgen der gonorrhischen Infection bei der Frau.* (*Prag. med. Woch.*, 1892, n°s 2 et 3.)

[3] Ad. Schmidt. *Zur Kenntniss der Tubengonorrhoe* (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, Heft 1, p. 162). — P. Charrier. *De la péritonite blennorrhagique chez la femme.* Thèse de Paris, 1891.

[4] F. Westermark. *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 10, p. 157. — E. G. Orthmann. (*Berl. klin. Woch.*, 1887, n° 14, p. 286.) — Menge. (*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 81, *supplément.*)

[5] Ad. Schmidt. *Loc. cit.*

[6] Carsten. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, [Bd. XXI, p. 214.

[7] Zweifel. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XXXIX, p. 371.

[8] Witte. *Centr. f. Gyn.*, 1892, p. 453.

[9] Wertheim. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd. XLII, p. 1.

[10] Schauta. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. XLIV, p. 574

[11] Martin. *Loc. cit.*, p. 163.

propre, trouve 76 cas de salpingite purulente, dans lesquels la présence du gonocoque fut dûment constatée. En France, Hartmann et Morax[1] ont trouvé 13 fois le gonocoque sur 55 salpingites suppurées. Jayle[2], 4 fois sur 30 cas.

Le gonocoque a été plus difficilement décelé dans les différentes couches de tissus qui composent la trompe utérine. Cependant Wertheim l'aurait rencontré dans la muqueuse et dans la tunique musculeuse. D'après Reymond[3], c'est à la surface de la muqueuse, dans une couche purulente, composée d'un grand nombre de leucocytes et de quelques cellules desquamées, que ce micro-organisme est le plus abondant. Il siège dans les cellules épithéliales desquamées, dans les leucocytes et aussi parfois entre les cellules.

L'**infection puerpérale**, qui succède à un accouchement et surtout à un avortement fait dans des conditions septiques, doit être mise au premier rang comme cause d'inflammation des annexes ; ainsi dans la statistique déjà citée de Martin on relève 374 cas d'origine puerpérale. C'est surtout dans les métrites *post abortum*, avec rétention de débris du placenta, que les lésions de la trompe sont à craindre tardivement, et ce n'est pas là une des moindres raisons qui rendent alors préférable une intervention énergique (nettoyage par la curette mousse et les irrigations) à l'expectation ou à l'intervention timide que préconisent encore certains auteurs. Les guérisons obtenues par eux ne sont souvent complètes qu'en apparence. La femme qui a conservé plusieurs jours des débris mortifiés dans la cavité utérine est presque fatalement vouée à une métro-salpingite. Accouchement. Avortement.

Le streptocoque est l'agent infectieux de cette forme de salpingite. On ne compte plus les observations où la présence de ce micro-organisme a été constatée. Le streptocoque se trouve surtout dans le pus, libre entre les cellules épithéliales, plus rarement dans l'intérieur des leucocytes ou dans les cellules épithéliales elles-mêmes. On l'a rencontré dans l'épaisseur de la muqueuse[4], dans les vaisseaux thrombosés[5].

Presque toutes les femmes atteintes de salpingites à streptocoques ont eu à un moment donné des accidents puerpéraux. Cependant Kaltenbach[6] aurait observé une ovarite à streptocoque chez une vierge.

Le staphylocoque peut au cours de l'infection puerpérale se com-

[1] Hartmann et Morax. *Ann. de Gyn., et d'Obst.*, 1894, t. XL, p. 2.
[2] F. Jayle. *Bull. de la Soc. anat.*, 1895, p. 222.
[3] E. Reymond. *Contribution à l'étude de la bactériologie et de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites*. Th. de Paris, 1895, p. 87.
[4] Bumm. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XL, p. 398.
[5] E. Reymond. *Loc. cit.*, p. 104.
[6] Kaltenbach et Eberth. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1889, Bd. XVI p. 375.

porter comme le streptocoque. Toutefois sa présence dans le pus des trompes est tout à fait exceptionnelle. Les auteurs qui l'ont rencontré l'ont toujours vu associé avec le streptocoque[1].

Infection mixte.

Chez les femmes atteintes de blennorrhagie, au moment de la parturition, il se fait, semble-t-il, une sorte d'**infection mixte** puerpéro-blennorrhagique, qui explique comment la métro-salpingite est si fréquente en pareil cas. Gerheim[2], Wertheim[3], Witte[4], ont constaté l'influence que peut avoir le gonocoque sur le développement du streptocoque. L'élévation de température que présentent si souvent après l'accouchement les femmes atteintes de blennorrhagie[5], doit, selon moi, être mise sur le compte du streptocoque, dont le gonocoque n'a fait que favoriser le développement.

Exploration septique.

Contamination par l'exploration et l'intervention obstétrico-chirurgicale. — Je pourrais renvoyer à ce que j'ai dit, à ce sujet, dans le chapitre des Métrites. L'hystéromètre a causé de nombreuses victimes : la discission du col en a fait aussi beaucoup, à la période pré-antiseptique. Encore aujourd'hui, il faut se souvenir, pour que l'exploration intra-utérine soit dépourvue de tout danger, que non seulement l'instrument ou le doigt ne doit être souillé d'aucun germe, mais encore que la cavité vaginale ait, par des lavages successifs, été débarrassée de ceux qu'elle renferme normalement.

La présence d'une cause permanente de contamination dans la cavité vaginale pourrait rendre compte de la production de certaines métrites et salpingites qui n'ont d'autre étiologie appréciable qu'une gêne apportée à l'évacuation des sécrétions du col par une déviation ou une sténose; le drainage normal de ces mucosités ne se faisant plus facilement, l'**auto-infection** pourrait ainsi se produire. Ce qui n'est pas douteux, c'est que l'inflammation de la matrice et des annexes est assez fréquente dans ces conditions[6].

Auto-infection.

Tuberculose.

Les **salpingites tuberculeuses** peuvent coïncider avec d'autres désordres de même nature de l'appareil génital et se perdre, pour ainsi dire, au milieu des autres lésions. Mais, dans de très nombreux cas, comme on l'a observé depuis longtemps, la salpingite tuberculeuse est une lésion isolée[7].

[1] Witte. *Centr. f. Gyn.*, 1892, p. 433. — Schauta. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. XLIV, Heft 3, p. 574.

[2] Gerheim. *Ueber Mischinfektion bei Gonorrhoe, Verhandl. der phys. med. Ges. zu Würzburg*, 1888, Bd. XXI).

[3] Wertheim. *Die Ascendirende Gonorrhoe.* (*Arch. f. Gyn.*, 1892, t. XLI, Heft 1.)

[4] Witte. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1893, Bd. XXV, p. 1.

[5] Krönig. *Centr. f. Gyn.*, 1892, n° 8, p. 157.

[6] W. Gill Wylie. *The med. Record*, New-York, 24 janv. 1885, t. XXVII, p. 85.

[7] Brouardel. *De la tuberculose des organes génitaux de la femme.* Thèse de Paris, 1865. — Cayla. *Bull. de la Soc. anat.*, 1881, p. 350.

Est-ce à l'*auto-infection* ou à l'*hétéro-infection* (par l'introduction d'un sperme tuberculeux dans les voies génitales) qu'il faut attribuer ces salpingites tuberculeuses, dont la fréquence est peut-être plus grande encore qu'on ne le croit?

La porte d'entrée des bacilles de Koch paraît bien, dans certaines observations, avoir été les voies génitales (Conheim, Verneuil)[1]. Toutefois, il est un certain nombre de tuberculoses des annexes chez des vierges qui échappent, quoi qu'on en ait dit, à cette explication. Dans ces cas-là, il est probable qu'une auto-infection ordinaire, septique, a d'abord été provoquée par une sténose du col, et que le bacille introduit dans la circulation par la voie pulmonaire ou digestive s'est fixé sur les trompes enflammées, comme sur un lieu de moindre résistance. Cette hypothèse concorde avec les notions qui tendent à prévaloir, en pathologie générale, sur ce qu'on a appelé l'*inflammation prétuberculeuse*.

Les **malformations** et **atrophies congénitales** des trompes constitueraient aussi pour ces organes une véritable prédisposition morbide que Lawson Tait a indiquée[2], et sur laquelle Freund[3] a spécialement attiré l'attention.

Causes exceptionnelles.

Je ne mentionne que pour mémoire l'influence rare des **fièvres éruptives**[4], notamment de la scarlatine ou de la variole, bien établie par L. Tait, et celle de la contagion très problématique de **papillomes génitaux**[5], signalée par Alban Doran pour expliquer une **salpingite papillomateuse** dont la nature exacte reste indécise.

Les faits de **salpingite syphilitique** qu'on a cités ne résistent pas à la critique[6]. De nouvelles observations sont nécessaires sur ce sujet. La salpingite de l'**actinomycose**[7] n'est qu'une curiosité anatomique.

J'ai signalé pour la première fois[8] l'**origine intestinale** de certaines

[1] Voir Verchère. Thèse de Paris, 1884. — Derville. Thèse de Paris, 1887.

[2] Lawson Tait. *Brit. med. Journ.*, 16 avril 1887, t. I, p. 825. — Voici comment s'exprime l'auteur anglais : « A ces diverses causes d'inflammation des trompes, L. Tait est disposé à en ajouter une nouvelle qui a besoin encore d'être étudiée, relativement à son mode d'action, mais qui fournit des indications beaucoup trop évidentes pour qu'il puisse la passer sous silence. Il a observé un nombre considérable de cas formant un groupe distinct, cas dans lesquels la seule explication qu'on pût donner de la production d'une inflammation chronique des annexes était la persistance d'un état infantile de l'utérus, dû à un arrêt de développement. Dans ces faits-là, en général, l'utérus était en rétroversion, complètement immobile, et les annexes augmentées de volume pouvaient être senties par le toucher de chaque côté; l'utérus lui-même était toujours infantile; quant aux annexes, leur état était tout à fait défiguré par des lésions inflammatoires. »

[3] Freund. *Volkm. Samml. klin. Vortr.*, 1889, n° 323.

[4] Lawson Tait. *Loc. cit.*

[5] Alban Doran. *Trans. of the obstetr. Soc.*, Londres 1886, p. 229.

[6] Monprofit. *Salpingites et ovarites*. Thèse de Paris, 1888.

[7] Voir Ad. Zehman. *Ueber die Actinomycose des Bauchfells und der Baucheingeweide beim Menschen* (*Med. Jahrb. der Ges. der Aerzte, in Wien*, 1883, p. 477, cas 4).

[8] S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, déc. 1890, t. XVI, p. 779.

oophoro-salpingites. J'ai observé trois cas où, en l'absence de toute autre étiologie, l'infection des trompes paraissait remonter manifestement à une ancienne *lésion de l'intestin* (entérite, fièvre typhoïde). La propagation se fait alors soit par les adhérences réunissant les annexes à l'intestin, à l'appendice cæcal enflammé, soit par les communications lymphatiques signalées par Clado[1], entre ce dernier organe et l'ovaire. A côté de ces cas d'origine intestinale pure, il faut mentionner l'infection possible de pyosalpinx blennorrhagiques ou puerpéraux par le tube digestif. Schauta (1 fois)[2], Hartmann et Morax[3] (1 fois), Reymond[4] (6 fois), Girode[5] (2 fois), Jayle[6] (6 fois), ont en effet rencontré le *bacterium coli commune* dans des salpingites suppurées d'origine nettement blennorrhagique ou puerpérale, ayant contracté des adhérences avec diverses portions de l'intestin.

D'après Reymond, en présence du *bacterium coli commune*, les micro-organismes qui se trouvent préalablement dans les trompes semblent présenter un regain de virulence.

Enfin on a publié un certain nombre de salpingites à **pneumocoques**[7]. Mais dans aucun cas on ne trouve de pneumonie dans les antécédents des malades. Frommel et Witte ont observé le pneumocoque dans des salpingites puerpérales. Zweifel et Girode dans des salpingites blennorrhagiques. Une particularité intéressante de la salpingite à pneumocoques serait d'être toujours unilatérale.

Anatomie pathologique. Lésions des trompes.

Anatomie pathologique. — I. Lésions des trompes. — Elles sont beaucoup plus constantes et caractéristiques que celles des ovaires, au moins dans les formes aiguës : leur surface muqueuse est, en effet, plus vulnérable que la séreuse qui entoure l'ovaire.

On a beaucoup abusé du terme compréhensif de *salpingite catarrhale*. Toutes les inflammations des trompes non purulentes ont été, à vrai dire, placées pêle-mêle dans cette classe, depuis la simple endo-salpingite légère, compagne éphémère d'une endométrite dont la guérison eût pu entraîner la sienne, jusqu'à la pachy-salpingite hypertrophique, avec végétation luxuriante des plis foliacés de la muqueuse et épaisseur excessive des parois. C'est cette confusion qui rendait si difficile l'appréciation exacte, au point de vue de leur mérite

[1] Clado. *Gaz. des hôp.*, 6 févr., 1892, p. 150 (*Soc. de biologie*).
[2] Schauta. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. XLIV, Heft 3, p. 514.
[3] Hartmann et Morax. *Loc. cit.*
[4] Reymond. *Loc. cit.*, p. 117.
[5] Girode (cité par Reymond). *Ibid.*, p. 118.
[6] F. Jayle. *Loc. cit.*
[7] Zweifel. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XXXIX, Heft 3, p. 353 (1 cas). — Frommel. *Centr. f. Gyn.*, 1892, p. 205 (1 cas). — Wertheim. *Ibid.*, 1894, p. 149 (1 cas). — Witte. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd. XXIV, p. 322 et *Ibid.*, 1893, Bd. XXV, p. 1 (4 cas). — Hartmann et Morax. *Loc. cit.* (2 cas). — Girode cité par Reymond. *Loc. cit.*, p. 115 (1 cas).

thérapeutique, des nombreux résultats opératoires autrefois publiés en France ou à l'étranger. Puisqu'il suffit qu'une trompe soit légèrement augmentée de volume et plus ou moins congestionnée pour mériter, de la part de certains chirurgiens, d'être accusée de salpingite et condamnée à l'ablation, on hésite à sanctionner la valeur de brillantes séries, qui ne démontrent, en somme, que la simplicité

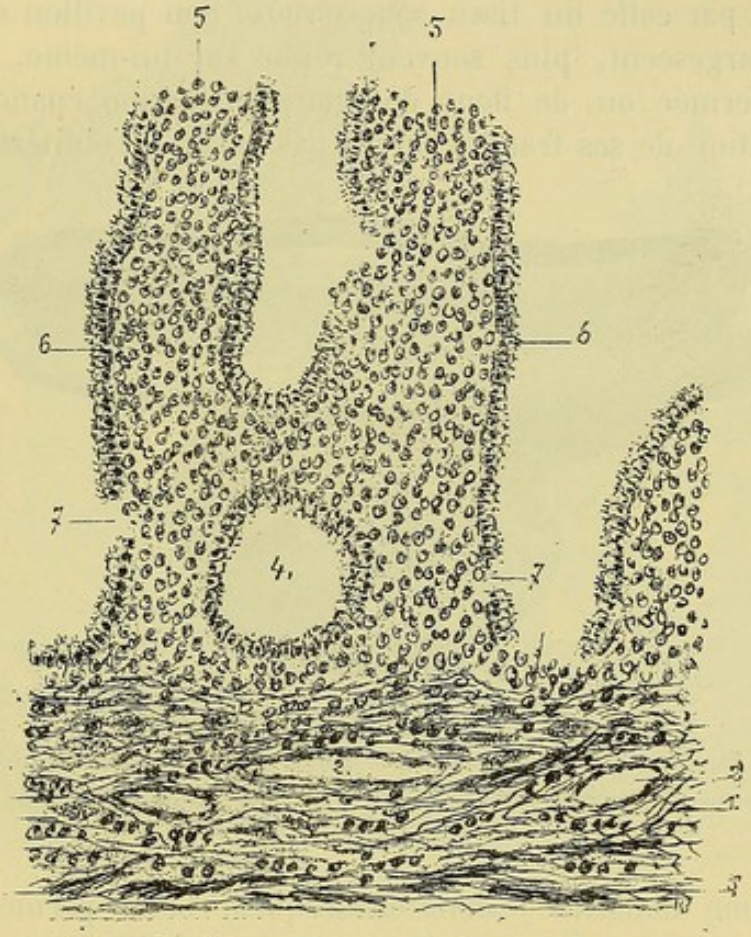


Fig. 368. — Salpingite aiguë catarrhale.

Coupe perpendiculaire à la surface de la trompe (350 diamètres).

1. Tissu fibro-musculaire infiltré par quelques cellules embryonnaires. 2. Orifices vasculaires. 3. Faisceaux musculaires. 4. Orifice provenant de la soudure de deux villosités voisines. 5. Tissu des villosités hypertrophiées et complètement infiltrées d'éléments cellulaires. 6. Revêtement épithélial à cils vibratiles. 7. Point où les cellules embryonnaires en se développant ont déterminé la chute de l'épithélium.

incontestable et l'innocuité réelle de la castration, faite avec les précautions antiseptiques. Pour qu'il en fût autrement, il serait indispensable que toute observation d'extirpation d'annexes fût accompagnée de la description sommaire, mais précise, des lésions, au lieu d'être simplement justifiée par une vague étiquette. Je crois aussi qu'il faut très soigneusement distinguer la salpingite aiguë catarrhale de la salpingite chronique à poussées aiguës que j'ai appelée *parenchymateuse*, avec laquelle on l'a parfois confondue, sous le nom commun de *salpingite catarrhale végétante*, faute d'avoir tenu

suffisamment compte de l'histoire clinique des malades d'où provenaient les pièces fournies à l'examen histologique. Ce qui facilite cette confusion, c'est que beaucoup de femmes sont, en effet, opérées d'une lésion ancienne, après une poussée aiguë qui rend incertaine son exacte chronologie.

Salpingite catarrhale aiguë.

Dans la **salpingite catarrhale aiguë**, on constate d'abord une hypertrophie de l'organe, qui est tuméfié, tant par l'infiltration de sa paroi que par celle du tissu sous-séreux. Son pavillon est parfois étalé et turgescent, plus souvent replié sur lui-même, en forme d'astérie fermée ou de fleur de marguerite non épanouie. Mais l'agglutination de ses franges ne va pas jusqu'à l'oblitération com-

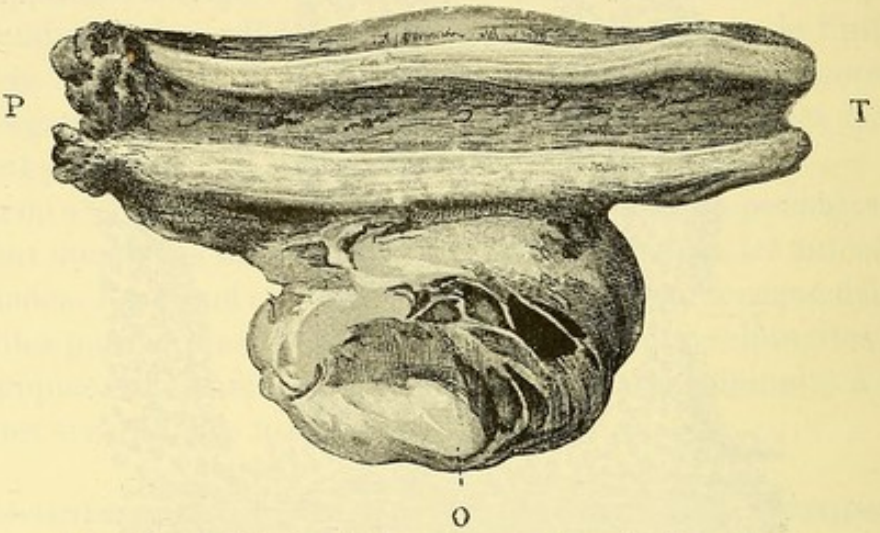


Fig. 369. — Salpingite aiguë purulente, blennorrhagique. (Pozzi.)
T. Trompe épaissie, à parois lardacées. P. Pavillon gonflé et incomplètement agglutiné.
O. Ovaire kystique et adhérent.

plète comme dans les lésions chroniques. Cette perméabilité du pavillon est, à mon sens, pathognomonique de l'inflammation simplement catarrhale, c'est-à-dire superficielle et curable, ne nécessitant pas fatalement l'extirpation. De fausses membranes, généralement fines, molles, lamellaires ou filamenteuses, laissant voir par transparence des vaisseaux sanguins, relient parfois la trompe à l'ovaire et aux parties voisines. La surface de la trompe est rose, le pavillon d'une teinte plus vive. A la coupe, on voit la cavité pleine de replis normaux hypertrophiés, de couleur gris rosé ou gris argenté qui lui donnent un aspect végétant; du mucus vient parfois sourdre à la surface.

L'examen histologique[1] montre que les lésions sont surtout accusées dans la muqueuse; les plis sont couverts de bourgeons

[1] E. G. Orthmann. *Virchow's Arch.*, 1887, Bd. CVIII, p. 165. — Cornil et Terrillon. *Arch. de physiol.*, 1887, p. 529 et suiv.

latéraux de nouvelle formation ; au lieu d'être effilés et minces, ils sont épais et terminés en massue. Beaucoup s'anastomosent en arcades, à leur extrémité interne, avec les voisins, ce qui donne à la coupe un aspect réticulé. La charpente de ces végétations est cellulo-vasculaire, infiltrée de cellules embryonnaires ; une couche de cellules épithéliales cylindriques à cils vibratiles les recouvre par

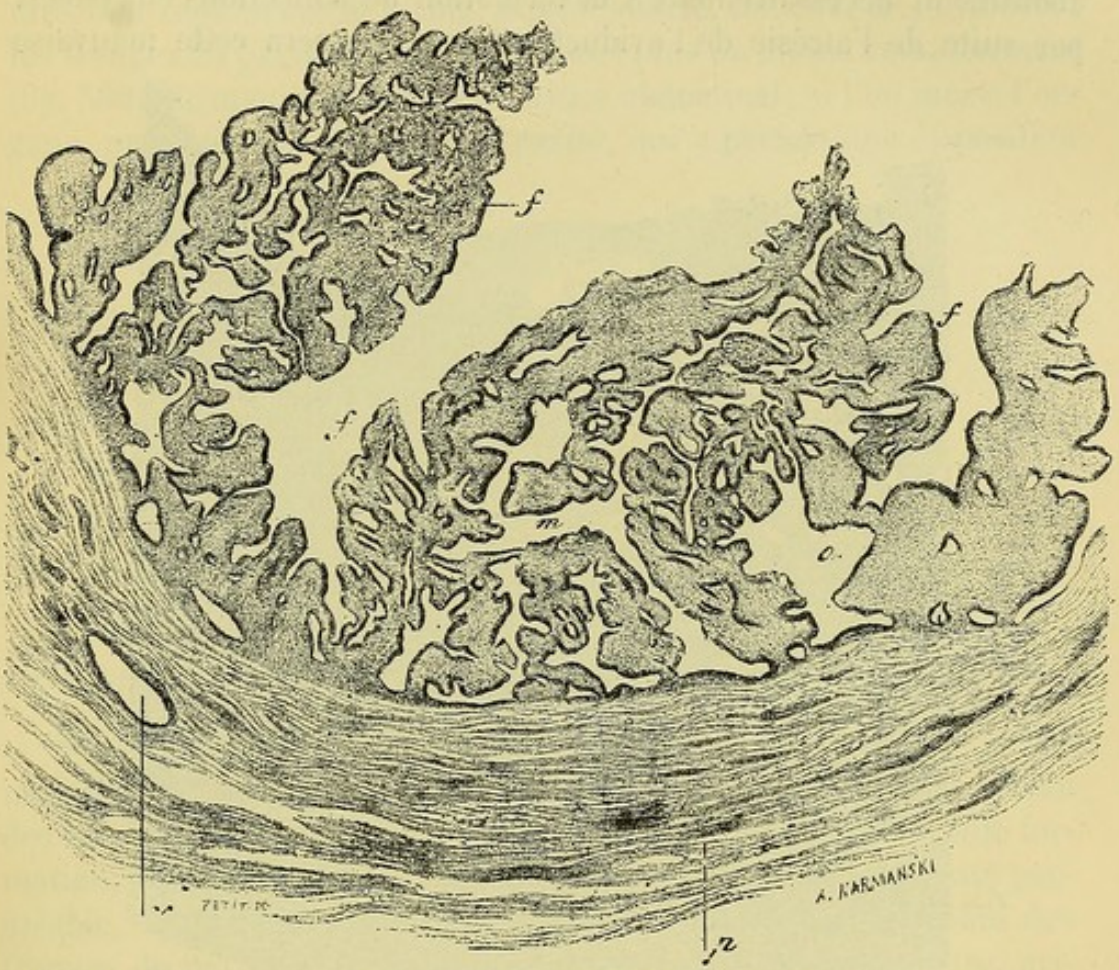


Fig. 370.— Salpingite aiguë purulente. Coupe transversale (grossissement de 12 diamètres).

f, *f*, végétations épaissies, anastomosées pour la plupart les unes avec les autres et laissant entre elles des espaces étroits d'aspect pseudo-glandulaire. — *p*, paroi de la trompe. — *v*, vaisseau. (Cornil.)

places. Les lésions sont relativement peu marquées dans la tunique fibro-musculaire ; on constate seulement une hyperplasie de ses éléments.

La **salpingite aiguë, purulente, non kystique**, s'observe beaucoup plus rarement que la forme enkystée ou pyo-salpinx, à laquelle elle conduit fatalement pour peu qu'elle dure avec acuité et que le pus ne puisse plus facilement s'écouler par l'orifice utérin. Selon Freund[1], cette condition défavorable serait surtout liée à un développement

Salpingite purulente.

[1] Freund. *Samml. klin. Vortr.*, 1889, n° 323.

incomplet de l'oviducte. Il prétend qu'on peut rencontrer deux catégories de trompes chez la femme saine : les unes, presque droites et de calibre normal ; les autres, contournées et à calibre rétréci par places, ce qui est le vestige d'un état infantile. Dans la première catégorie, les affections tubaires évoluent rapidement et peuvent guérir seules. Dans la deuxième, les inflammations suppuratives aboutissent nécessairement à la formation de collections enkystées, par suite de l'atrésie de l'oviducte. On soupçonnera cette mauvaise

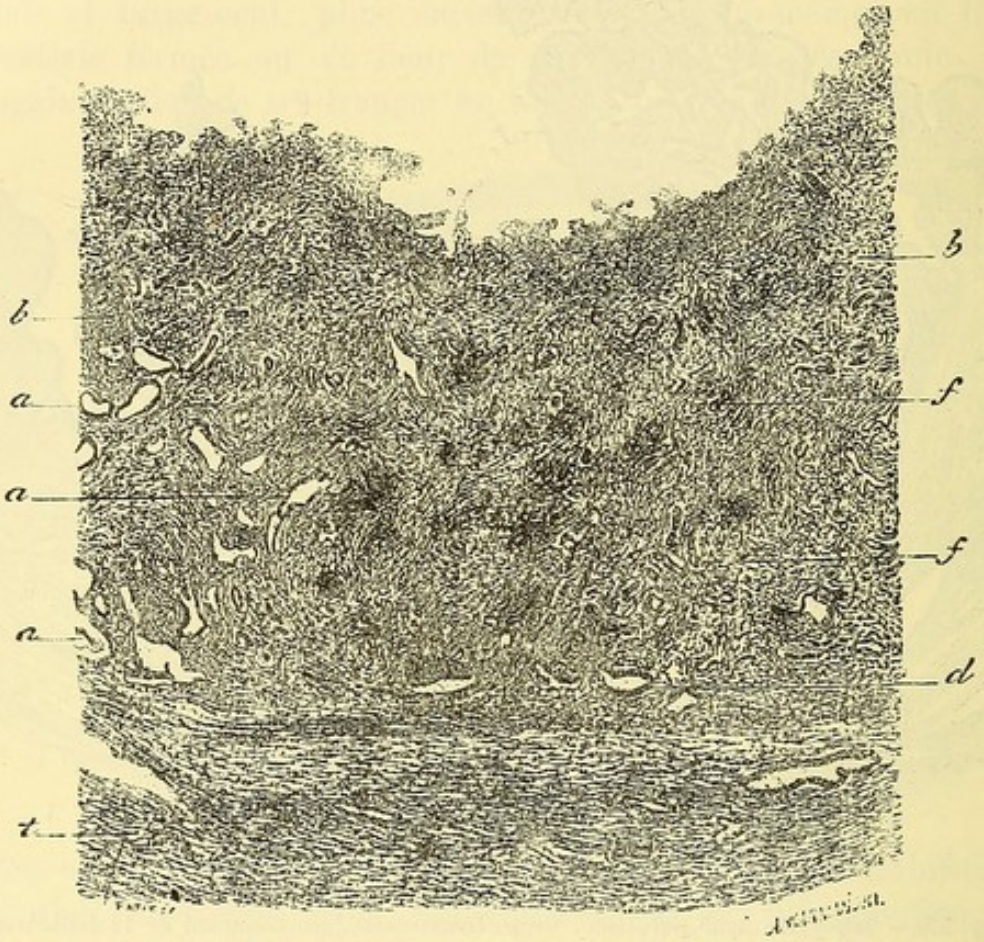


Fig. 371. — Salpingite aiguë purulente. Coupe transversale (grossissement de 12 diamètres).

t, tissu conjonctif de la paroi. — *v*, vaisseau. — Au-dessus du tissu conjonctif il existe une couche épaisse d'un tissu embryonnaire *b*, *b*, parsemé de cavités *a*, *a*, *a*, tapissées de cellules épithéliales et de fentes plus étroites *f*, *f*, *f*, contenant également des cellules épithéliales. — *d*, cavités de même nature rapprochées de la paroi (Cornil).

conformation quand existent les signes d'une complexion délicate et de dysménorrhée, dès l'apparition de la menstruation.

Il est possible que cette considération doive entrer en ligne de compte, mais le plus souvent il suffit, sans doute, que l'inflammation soit très intense pour qu'il se produise, outre l'occlusion protectrice de l'orifice abdominal, un gonflement et une infiltration des parois telles que le calibre de la trompe s'oblitère ou cesse d'être perméable du côté de l'utérus. C'est ce qui arrive souvent dans la blennorrhagie.

Quoi qu'il en soit, la transformation en pyo-salpinx est toujours précédée d'une phase de salpingite aiguë purulente, **profluente**, si l'on peut ainsi parler, c'est-à-dire avec perméabilité de l'*ostium uterinum* et écoulement libre de la sécrétion purulente. Quand on a été amené à opérer à ce moment-là, on observe tous les signes extérieurs d'une inflammation intense de la trompe : gonflement, direction contournée et même, aspect bosselé, noueux, de l'oviducte ; les franges du pavillon sont agglutinées plus ou moins complètement (fig. 369), de manière à fermer l'orifice abdominal ; si l'on incise l'organe, on trouve du pus dans sa cavité, qui a parfois une disposition

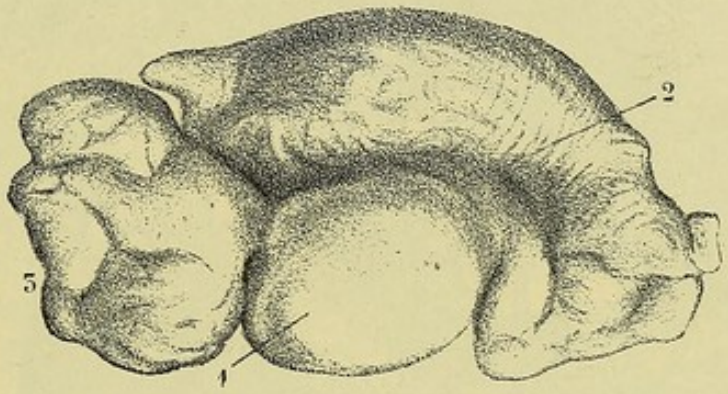


Fig. 372. — Pachy-salpingite hypertrophique, et sclérose de l'ovaire (Pozzi).

1. Petit kyste parovarien du ligament large. 2. Trompe considérablement épaissie. 3. Ovaire d'apparence cirrhotique, fusionné avec le pavillon de la trompe.

moniliforme, par suite des rétrécissements qui existent au niveau des coudures. Le pus, crémeux, comme l'est le pus de récente formation, peut se vider dans l'utérus par l'orifice interne, resté perméable, tandis que l'orifice externe est oblitéré par la fusion des franges du pavillon. La muqueuse de la trompe est tomenteuse, grisâtre. Le microscope montre, sur des coupes transversales, des plis très épais, couverts de bourgeons anastomosés, formant un système de plis principaux et de plis secondaires dont la soudure produit des cavités irrégulières qui ressemblent à des glandes. Cet épaississement est dû à l'abondance des cellules migratrices qui infiltrent les mailles du tissu conjonctif. Les cils vibratiles de l'épithélium cylindrique de la muqueuse sont tombés presque partout, et les cellules épithéliales sont déformées, devenues cubiques ou plates, ne conservant leur forme que dans les sinus qui séparent les plis. Là, les extrémités en cul-de-sac des fentes sont tapissées par un épithélium cylindrique bas qui les fait ressembler à des segments de glandes (fig. 370). Toute l'épaisseur de la paroi est, du reste, infiltrée de cellules migratrices rondes, et les vaisseaux sont volumineux et dilatés (Cornil). Quand la salpingite purulente ne se transforme pas en pyo-salpinx, elle peut

guérir spontanément, comme le prouve l'observation clinique.

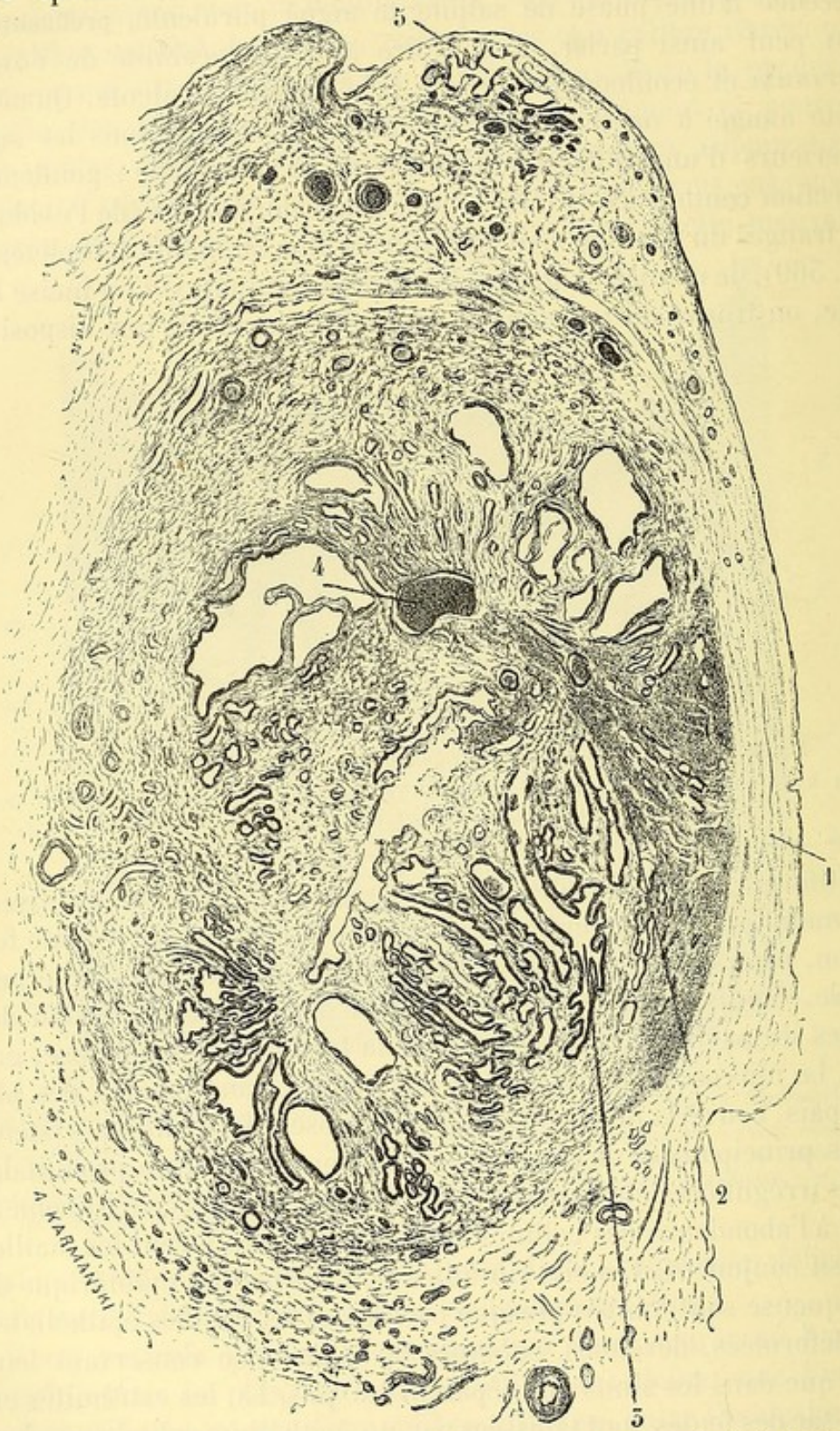


Fig. 375. — Salpingite chronique hypertrophique. — Coupe transversale de la trompe représentée figure 374 : grossissement de 10 diamètres.

1. Paroi épaissie et sclérosée de la trompe. 2. Villosités épaissies et fusionnées. 3. Formations pseudo-glandulaires. 4. Vaisseau sanguin. 5. Conduit accessoire de la trompe.

Ce processus régressif est rare, et pendant toute sa durée la malade

est exposée à la réapparition de phénomènes aigus. Quand cette régression s'accomplit, la guérison se fait *par induration*, comme disaient les anciens, c'est-à-dire avec formation de tissu conjonctif embryonnaire qui aboutit à l'hypertrophie au moins temporaire de l'organe, à la pachy-salpingite.

Cornil a figuré un bel exemple de salpingite purulente où ce processus semble en voie d'évolution (fig. 371). Les végétations primitivement isolées se réunissent et constituent un tissu embryonnaire



Fig. 374. — Salpingite chronique hypertrophique.

Tissu de la paroi de la trompe représentée figure 372 (250 diamètres).

1. Tissu fibro-musculaire, faisceaux longitudinaux. 2. Les mêmes coupés transversalement. 3. Infiltration de cellules embryonnaires. 4. Gros amas des mêmes éléments. 5. Lymphatique. 6. Vaisseaux hypertrophiés à parois épaissies.

qui paraît, au premier abord, homogène. Il en résulte qu'on a affaire à une couche de tissu nouveau qui double la paroi de la trompe et en rétrécit le calibre, en présentant, du côté de la cavité, de légères saillies, comme papillaires, constituées par du tissu embryonnaire ou des bourgeons charnus. Que le pus disparaisse, que ces végétations caduques s'organisent, la salpingite chronique sera constituée.

Salpingite chronique parenchymateuse.

Dans la **salpingite chronique parenchymateuse**[1], il est de règle de trouver les deux trompes atteintes, tandis que les lésions très aiguës et légères peuvent être unilatérales. Cette particularité a motivé le précepte radical de Lawson Tait[2], de faire toujours l'ablation des

[1] Je crois avoir été le premier (dans ma première édition, août 1890) à employer cette dénomination qui a été depuis adoptée par beaucoup d'auteurs.

[2] Lawson Tait. *On the unsatisfactory results of unilateral removal of the uterine appendages* (*Birmingh. med. Review*, 1887, p. 145). — *Brit. med. Journ.*, 1887, t. I, p. 1211.

deux trompes, la seconde étant presque fatalement destinée à s'altérer après la première. On observe aussi, le plus souvent alors, des lésions assez notables du côté de l'ovaire (péri-oophorite, sclérose). Des adhérences très fortes unissent, dans la majorité des cas, les annexes à la paroi pelvienne ou au cul-de-sac de Douglas. Il peut arriver que ces adhérences soient même si compactes qu'on ne

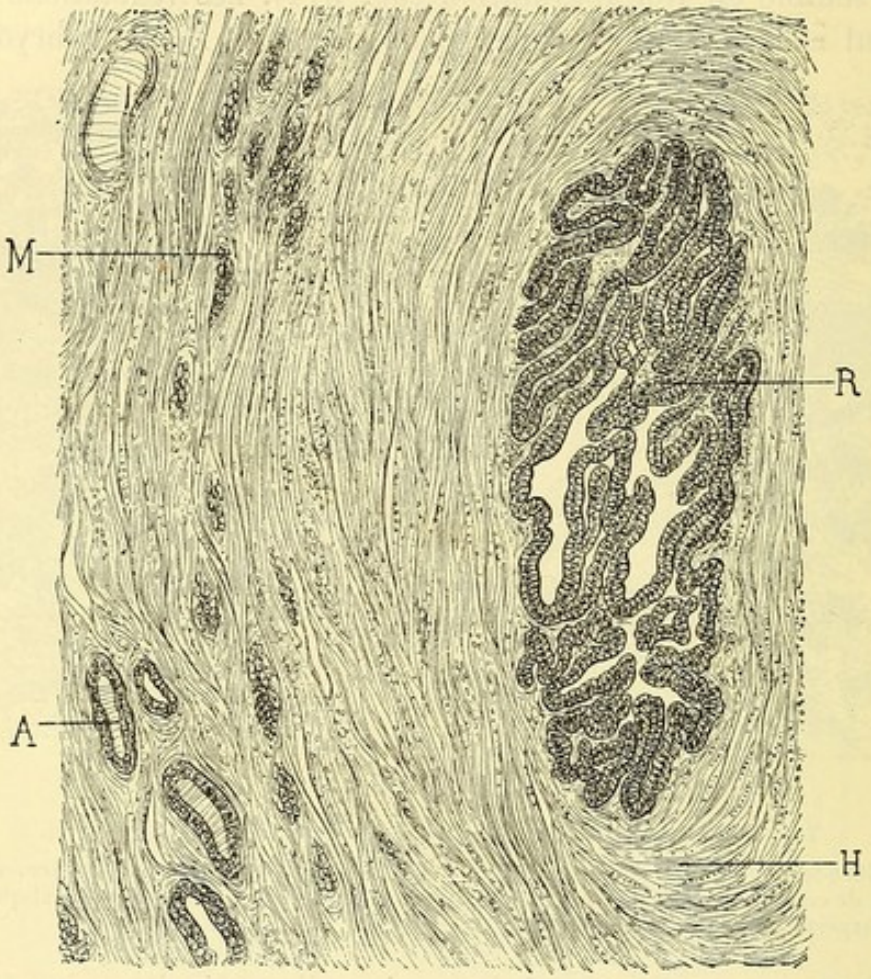


Fig. 375. — Salpingite chronique, variété atrophique (Boldt). — Faible grossissement.
R. Restes des plis de la muqueuse et calibre effacé du canal tubaire. — H. Hypertrophie du tissu conjonctif sous-muqueux et de la tunique moyenne. — M. Faisceaux musculaires disséminés, coupés transversalement. — A. Artérioles voisines de la surface péritonéale.

puisse libérer l'ovaire et les trompes, devenus du reste charnus et friables, que par une véritable dilacération. La trompe épaissie a parfois la dureté d'une cordelette.

Les lésions, au lieu d'être bornées à la muqueuse comme dans les formes précédentes, se sont propagées à toute l'épaisseur des parois. On peut même dire que les altérations de la tunique moyenne du parenchyme ont ici la plus grande importance. La salpingite chronique, bien plus encore que la métrite chronique, est donc essentiellement *parenchymateuse*, ainsi que j'ai cru pouvoir la dénommer. A la coupe, on constate la grande épaisseur de toutes les parois. La

muqueuse est de couleur ardoisée. L'orifice du pavillon est toujours oblitéré, parfois il adhère à l'ovaire. L'orifice utérin, par contre, est le plus souvent perméable; mais la perméabilité de la trompe a souvent aussi disparu par places.

On a encore appelé cette lésion **pachy-salpingite** ou **salpingite interstitielle**, vu la prolifération considérable de tissu conjonctif qu'y décèle le microscope. C'est l'analogue de l'épididymite chronique, avec transformation scléreuse du cordon.

On peut distinguer deux variétés anatomiques de la salpingite parenchymateuse, répondant assez exactement à celles qu'on observe aussi dans la métrite parenchymateuse. Dans la première variété, dont un bel exemple a d'abord été décrit par Kaltenbach, dont Schauta et Sawinoff[1] ont de nouveau observé des cas, et dont j'ai vu moi-même des spécimens, il y a **salpingite chronique hypertrophique**. La trompe, de la grosseur du petit doigt à celle de l'index, a une couleur lie de vin, violacée, et une consistance charnue. Si on l'incise, on découvre une épaisse coque, soit de tissu musculaire hypertrophié, soit de tissu conjonctif de nouvelle formation, et, au-dessous, remplissant l'intérieur du canal effacé de la trompe, comme la moelle remplit un os, une substance pulpeuse, d'un aspect brillant et argenté, formée par la muqueuse végétante dont l'épithélium est très altéré. Dans le fait de Kaltenbach, il y avait une grande dilatation des vaisseaux et quelques petites apoplexies pariétales. L'extrémité abdominale est oblitérée, l'extrémité utérine est simplement rétrécie. Salpingite hypertrophique.

Ces faits me paraissent relatifs à d'anciennes salpingites purulentes, que la perméabilité de l'*ostium uterinum* a préservées de la dilatation kystique. Dans mes observations et dans celles de Kaltenbach et de Schauta, il y avait des antécédents certains de blennorrhagie. Ces auteurs attribuent une part peut-être exagérée à l'hypertrophie musculaire dans la production des coliques salpingiennes que nous décrirons plus loin; on peut les observer quand l'hypertrophie des parois tubaires est purement conjonctive, et ces crises douloureuses paraissent dues à la compression des filets nerveux, à une périnévrite qui a été parfaitement démontrée par les préparations de Sawinoff.

La seconde variété de **salpingite chronique** peut être appelée **atrophique**. L'infiltration cellulaire des parois tubaires, au lieu de donner naissance à un produit persistant, à une prolifération durable, Salpingite atrophique.

[1] Kaltenbach. *Ueber Stenose der Tube mit consecutiver Muskelhypertrophie der Wand.* (*Centr. f. Gyn.*, 1885, n° 45, p. 677). — Schauta. *Ueber Diagnose der Frühstadien chronischer Salpingitis* (*Arch. f. Gyn.*, 1888, Bd. XXXIII, Heft 1, p. 27 et suiv.). — N. Sawinoff (de Moscou). *Ein Fall von Salpingitis chronica productiva vegetans* (*ibid.*, 1889, Bd. XXXIV, Heft 2, p. 259 et suiv.).

comme dans le cas précédent, s'est résorbée en produisant la rétraction des tissus par un véritable travail inodulaire. Il ne s'agit probablement là que d'un stade plus avancé, et pour ainsi dire secondaire, de la pachy-salpingite hypertrophique, passée à l'état de cirrhose de la trompe. Le tissu musculaire disparaît devant le tissu fibreux, tout l'organe se rétracte et se transforme finalement en un cordon dur et imperméable. Boldt[1] a fort bien observé et décrit ces lésions (fig. 375). Il a vu plusieurs fois la lumière de la trompe complètement effacée par agglutination des parois. Il rapproche la destruction complète de l'épithélium, qui s'est alors produite, de celle qu'on observe dans les cirrhoses du foie et du rein.

Salpingite folliculaire.

Orthmann distingue, sous le nom de **salpingite folliculaire**, une lésion anatomique qui ne mérite pas de constituer une espèce dis-

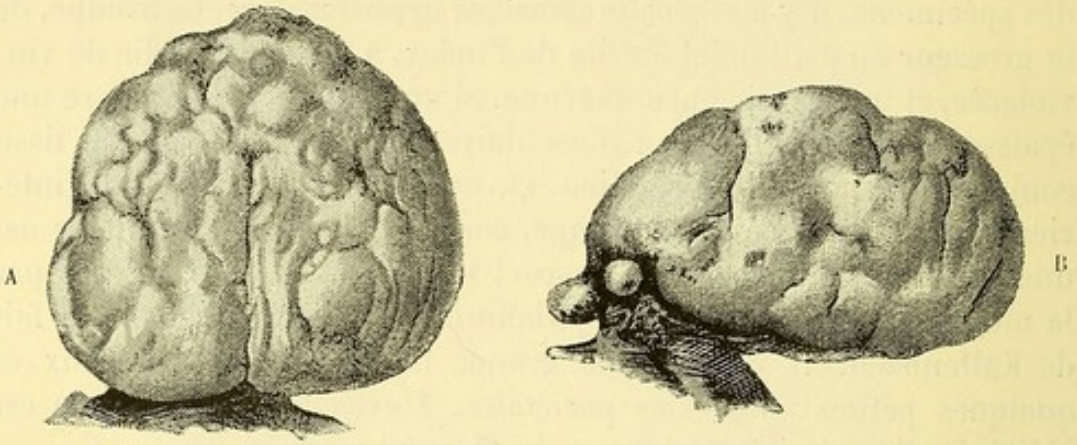


Fig. 376. — Ovarite chronique scléreuse sans lésion salpingienne (Pozzi).
A. Ovaire droit. B. Ovaire gauche : on voit à sa base deux petites nodosités détachées.

tincte. Il s'agit de cavités kystiques contenues dans la paroi, lui donnant un aspect aréolaire. Cette formation pseudo-glandulaire est commune à toutes les formes d'inflammation de la trompe (fig. 370 et 373). Il en est de même de petites nodosités, semblables à des myomes, qu'on a observées dans les parois de la trompe enflammée ou devenue kystique. Leur présence ne suffit pas cependant à distinguer une forme spéciale de salpingite sous le nom de **salpingite nodulaire**[2].

Salpingite nodulaire.

Dans toutes les salpingites que je viens de décrire, la perméabilité de l'*ostium uterinum* permet au mucus d'être évacué à mesure qu'il est sécrété. De là vient l'absence de dilatation ampullaire ou kystique.

Lésions des ovaires.

II. **Lésions des ovaires.** — L'ovaire, souvent indemne dans la salpingite catarrhale, est ordinairement lésé dans les cas de salpingite aiguë purulente et de salpingite chronique. Il est alors le plus souvent dévié, fixé par des adhérences dans le cul-de-sac de Douglas ou sur les côtés

[1] H. O. Boldt. *Amer. Journ. of Obstet.*, fév. 1888, p. 122. — Voir, en particulier, la figure 3 (atrophie de la trompe consécutive à une inflammation interstitielle), que je reproduis ci-dessus, et la figure 5 (transformation du muscle lisse en tissu conjonctif fibreux).

[2] A. H. Pilliet. *Fibro-myome de la trompe utérine.* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1894, p. 554.)

du bassin. Il n'est pas impossible qu'il suppure indépendamment de la trompe; mais ces faits constituent une exception extraordinairement rare. En général, les lésions ovariennes sont plutôt en retard qu'en avance sur celles des trompes. Elles peuvent exceptionnellement exister seules, ainsi que je l'ai précédemment signalé : il s'agit alors d'ovarite (ou oophorite) scléro-kystique.

Le plus souvent l'ovarite a son point de départ dans une péritonite

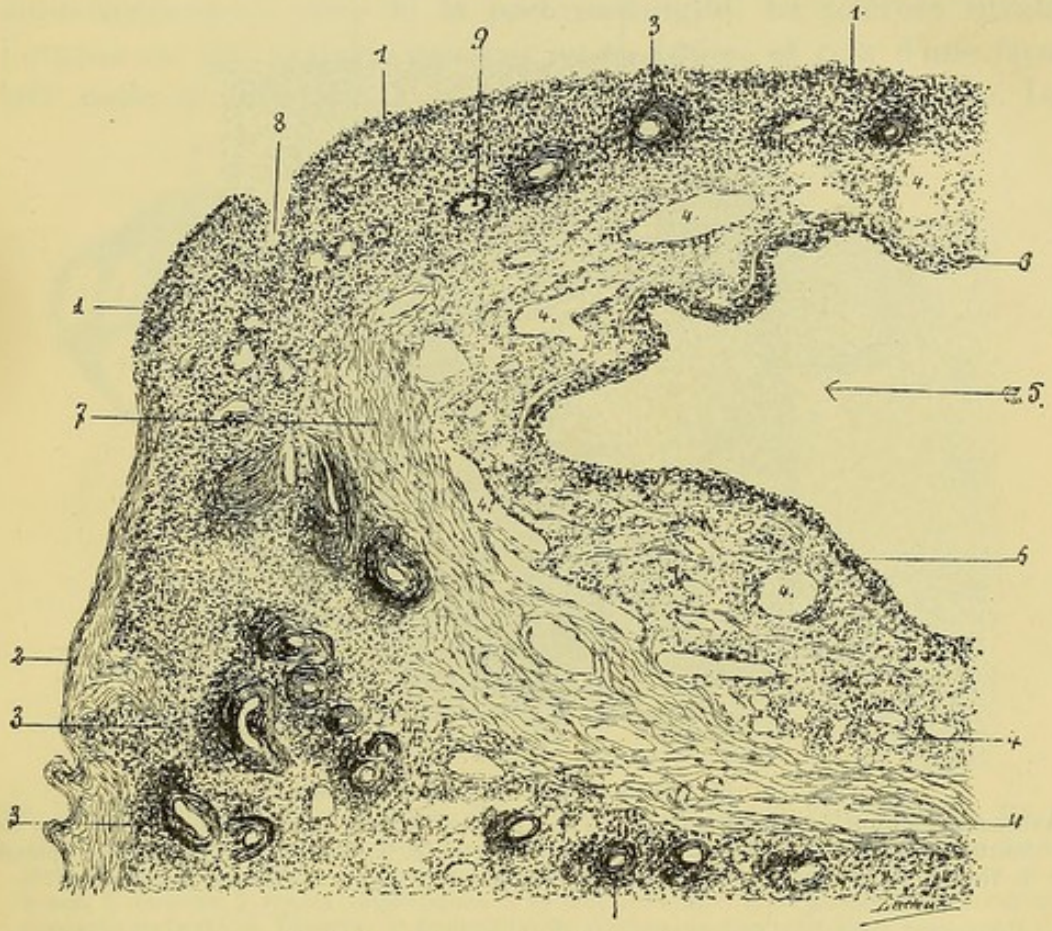


Fig. 377. — Ovarite chronique scléreuse.

Coupe perpendiculaire à la surface de l'ovaire ratatiné (fig. 376) et présentant des anfractuosités analogues à celle d'une masse cérébrale. Toute la surface de l'ovaire est formée d'un tissu dense plus ou moins sclérosé. — 1. Couche corticale très riche en éléments cellulaires condensés. 2. Zone sclérosée superficielle. 3. Vaisseaux à paroi sclérosée. 4. Lymphatiques. 5. Micro-kyste sous-cortical. 6. Couche de cellules périphériques condensées. 7. Zone de tissu conjonctif lâche œdématié, infiltré de granulations fibrineuses. 8. Anfractuosité à la surface. 9. Follicule ayant persisté.

localisée, une péri-oophorite, et l'altération gagne de la périphérie au centre. Cette péri-oophorite peut cependant manquer et le point de départ de la prolifération siège alors dans l'épaisseur même de l'organe, autour des vaisseaux et des ovisacs.

Quoi qu'il en soit, on connaît mal les altérations initiales de l'**ovarite aiguë**[1]; Paul Petit admet les formes suivantes, basées sur des faits bien observés :

Ovarite aiguë. a. *Ovarite corticale*. — Cette ovarite est secondaire Ovarite aiguë.

[1] K. Slavjansky. *Die Entzündung der Eierstöcke* (*Arch. f. Gyn.*, 1872, Bd. III, p. 183).

à la périoophorite. D'après Cornil et Terrillon[1], dans un bon nombre de cas celle-ci, qui est l'analogue de la vaginalite chez l'homme (Bernutz), pourrait exister seule, le parenchyme ovarique restant intact et les lésions se bornant à des fausses membranes plus ou moins résistantes. Mais Lawson Tait ne partage pas cet avis, et pour lui, quand le revêtement séreux de l'ovaire est atteint, on trouve

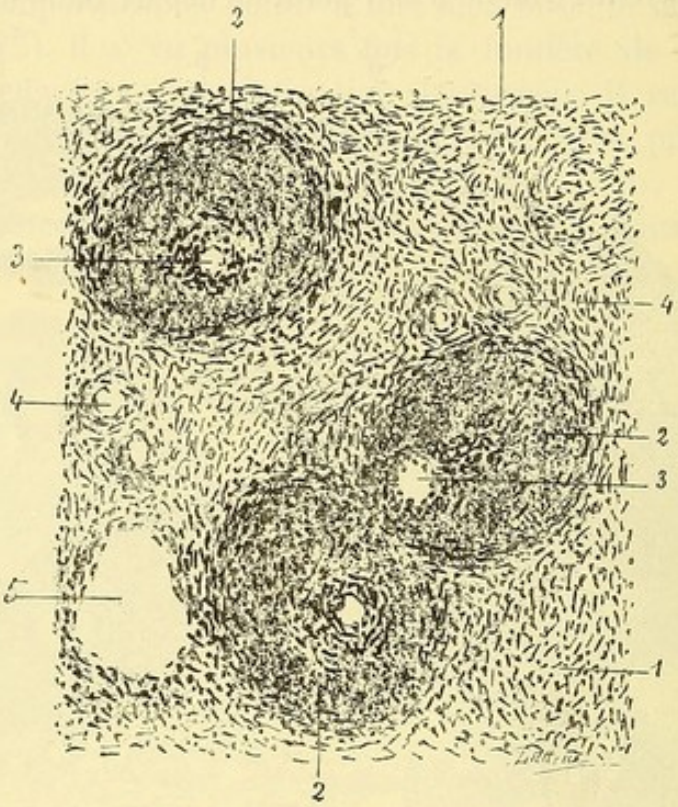


Fig 378. — Ovarite chronique scléreuse.

Vaisseaux sclérosés ne présentant plus qu'une lumière extrêmement rétrécie. — 1. Tissu conjonctif très riche en cellules de la couche corticale. 2. Vaisseaux à paroi très épaissie. 3. Vestige de la lumière du vaisseau. 4. Vaisseaux plus petits. 5. Lacune lymphatique.

toujours des lésions à une certaine distance de la capsule, l'organe, dans son ensemble, étant notablement augmenté de volume.

b. *Ovarite diffuse.* — Dans l'ovarite diffuse[2] l'ovaire augmenté de volume, infiltré de liquide, est parsemé de kystes folliculaires à contenu séreux ou sanguinolent. Le stroma est le siège d'une infiltration embryonnaire diffusée en tous sens, plus prononcée cependant autour des follicules et des vaisseaux qui sont en voie d'oblitération plastique.

c. *Ovarite suppurée.* — L'ovarite suppurée succède aux deux formes précédentes quand elles ne tournent pas à la sclérose. Elle débute sous forme de collections miliaires dans l'intérieur même des follicules.

[1] Cornil et Terrillon. *Anat. et physiol. pathol. de la salpingite et de l'ovarite* (*Arch. de physiol.*, nov. 1887, p. 529 et suiv.).

[2] Paul Petit. *Ovarite et kystes de l'ovaire* (*Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, nov. 1888, p. 307, Obs. III). — St. Bonnet et P. Petit. *Traité pratique de Gynécologie*, p. 245.

Ovarite chronique.

Ovarite chronique. — Au point de vue purement histologique, on peut établir, avec Paul Petit, un certain nombre de divisions dans les *ovarites chroniques*. Malheureusement elles ne correspondent pas à des formes cliniques bien distinctes. Il n'est pas moins utile de les connaître :

a. *Sclérose corticale.* — L'ovaire est entouré de fausses membranes au milieu desquelles se rencontrent parfois des foyers sanguins analogues à ceux de la pachyméningite. La sclérose envahit l'organe sur une grande épaisseur ou se limite, et cela d'une façon très nette et uniforme, à quelques millimètres de la surface. Les

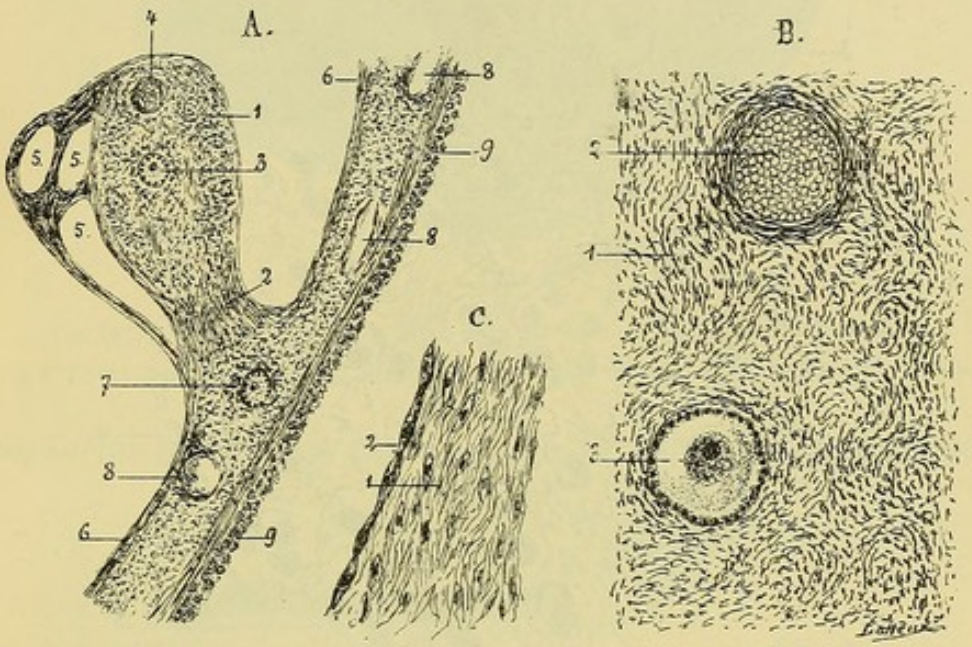


Fig. 379. — Ovarite chronique scléreuse. Petites nodosités à la base de l'ovaire (voir fig. 376, B.)

A. Coupe perpendiculaire à la surface de l'ovaire et passant par l'axe d'une végétation (50 diamètres), vue d'ensemble. — 1. Corps de la tumeur. 2. Pédicule fibreux. 3. Corpuscule de de Graaff. 4 Vaisseau. 5. Fentes lymphatiques. 6. Surface de l'ovaire. 7. Corpuscule de de Graaff dans la couche corticale. 8. Vaisseau. 9. Épithélium de revêtement d'un petit kyste sous-jacent.

B. La région 3-4 de la figure A (500 diamètres). 1. Tissu conjonctif à faisceaux dirigés en tous sens, avec noyaux allongés un peu flexueux. 2. Vaisseau. 3. Corpuscule et ovule.

C. Coupe perpendiculaire à la surface d'une des petites tumeurs (500 diamètres). 1. Tissu fibreux à cellules allongées. 2. Cellules endothéliales.

tissus sous-jacents n'en sont pas moins voués à la désorganisation ; l'obstacle apporté à la ponte et à la circulation veineuse du hile détermine l'hydropisie folliculaire et des raptus hémorrhagiques autour desquels se greffent des foyers secondaires de sclérose.

b. *Ovarite chronique disséminée.* — Elle est caractérisée par des plaques de sclérose qui ont pris naissance autour des vaisseaux et des follicules, ce qui revient au même d'ailleurs, car l'ovisac représente la région la plus vascularisée de l'ovaire. Il s'agit là probablement d'un processus assez lent, chronique d'emblée; on l'observe communément, avec ou sans ectasies vasculaires, dans les ovaires attenant aux volumineux fibromes utérins.

c. *Ovarite chronique hypertrophique.* — L'hypertrophie scléreuse de l'ovaire est caratérisée par l'hypergenèse du tissu fibreux avec destruction des follicules. Ce n'est en somme, comme le dit très bien Lawson Tait, que la sclérose à la deuxième période, précédant celle de rétraction. « J'ai eu l'occasion, dit-il, de suivre un de ces cas pendant plusieurs années; actuellement il semble arriver à la sclérose. » L'hypertrophie est totale ou bornée à la périphérie[1]. Dans les deux cas la surface de l'ovaire, du fait de l'accentuation de ses

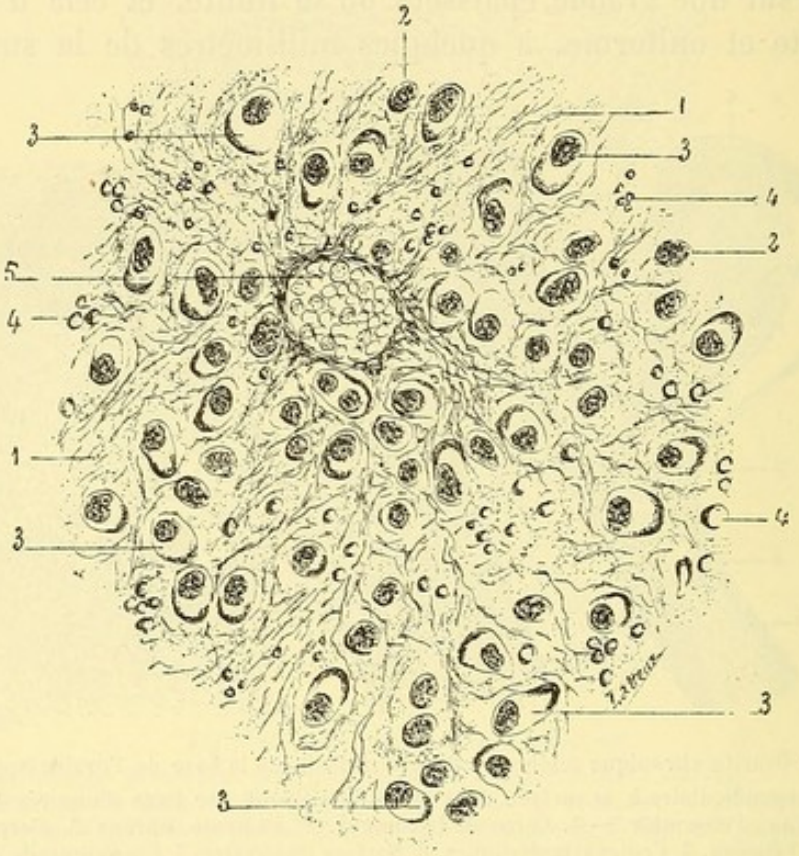


Fig. 380. — Ovarite chronique scléreuse.

Partie centrale de l'ovaire en dégénérescence graisseuse (500 diamètres). — 1. Tissu conjonctif fibrillaire œdématié. 2. Grosses cellules granuleuses laissant voir la petite couche protoplasmique qui les limite. 3. Les mêmes se transformant en vésicules adipeuses. 4. Gouttelettes graisseuses libres. 5. Capillaire rempli de globules rouges et blancs.

sillons normaux, rappelle absolument l'aspect des circonvolutions cérébrales.

Indépendamment de l'hypertrophie scléreuse, Lawson Tait et Slavjansky admettent l'existence d'une hypertrophie vraie provenant de l'hypergenèse des éléments normaux de la glande et pouvant porter le poids de l'organe jusqu'à 60 et 70 grammes (L. Tait).

d. *Dégénérescence graisseuse.* — On rencontre fréquemment dans les ovaires suppurés ou scléreux de petits foyers de graisse (fig. 380). Dans certains cas, exceptionnels il est vrai, ces foyers peuvent s'é-

[1] Dabié et Bourges. *Bull. de la Soc. anat.*, 31 mai 1889.

tendre sur de grandes étendues de façon à transformer le tissu propre de l'ovaire en un tissu analogue au fibro-lipome.

c. *Ovarite micro-kystique.* — On a donné ce nom, ou celui

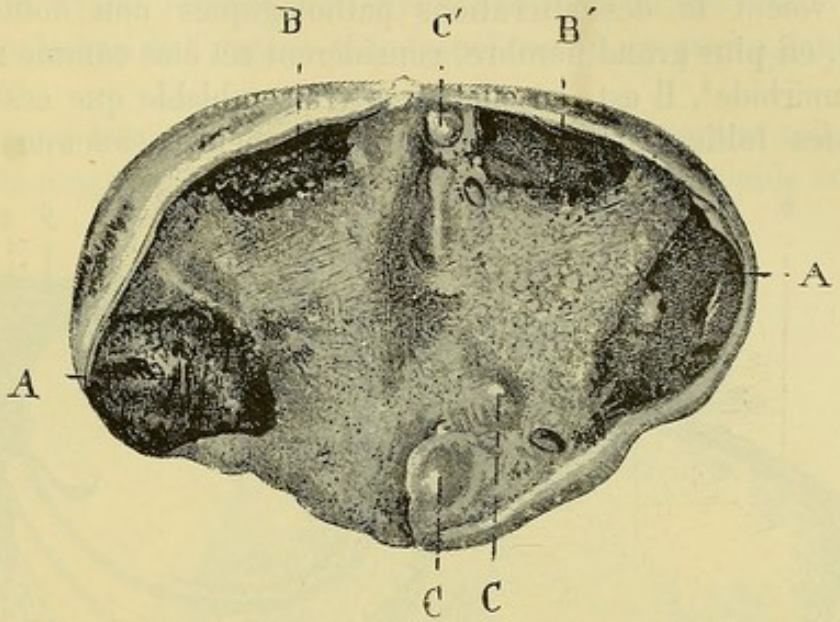


Fig. 581. — Ovarite chronique micro-kystique avec foyers apoplectiques (Pozzi).
A A' Corps jaune kystique. B B' Foyers apoplectiques. C C' Petits kystes folliculaires.

d'*oophorite folliculaire chronique*, à la lésion caractérisée par la

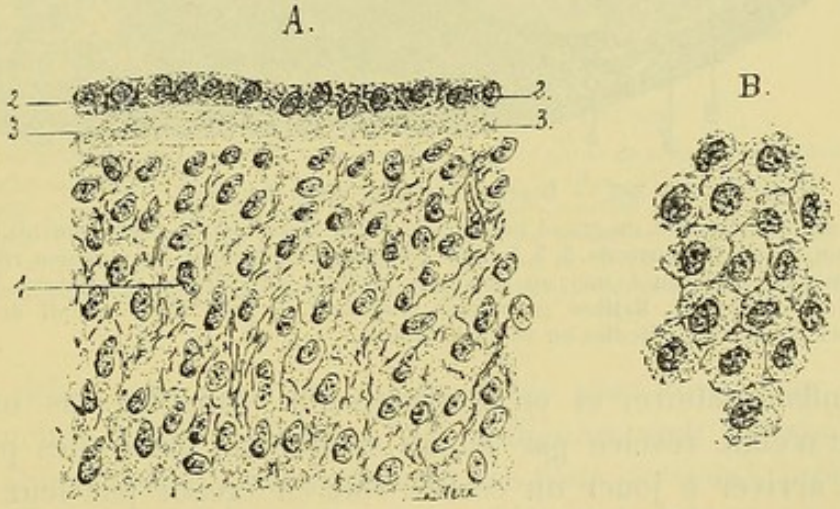


Fig. 582. — Ovarite chronique micro-kystique.
Coupe perpendiculaire à la surface d'un follicule dilaté. — A. Paroi du kyste. — 1. Tissu conjonctif dense contenant un grand nombre de grosses cellules granuleuses à nucléole brillant. 2. Couche épithéliale composée d'une seule rangée de cellules, dont on voit nettement le noyau; mais, dont les limites sont peu accentuées. 3. Couche homogène intermédiaire. — B. Un lambeau du même épithélium détaché et vu à plat.

présence de nombreuses cavités qui, variant du volume d'un grain de millet à celui d'un gros pois, parsèment la surface de l'ovaire et qu'on a souvent décrites dans les cas où la castration a été simplement faite pour des symptômes douloureux (opération de Battey). Ces

cavités sont si petites qu'elles ne méritent pas de faire ranger les lésions de l'ovaire dans la classe des ovarites kystiques; elles contiennent un liquide séreux, clair, parfois des caillots. Quelques auteurs voient là des altérations pathologiques non douteuses[1]. D'autres, en plus grand nombre, considèrent cet état comme n'ayant rien de morbide[2]. Il est, en effet, très vraisemblable que ces petites hydropisies folliculaires n'ont, par elles-mêmes, aucune signifi-

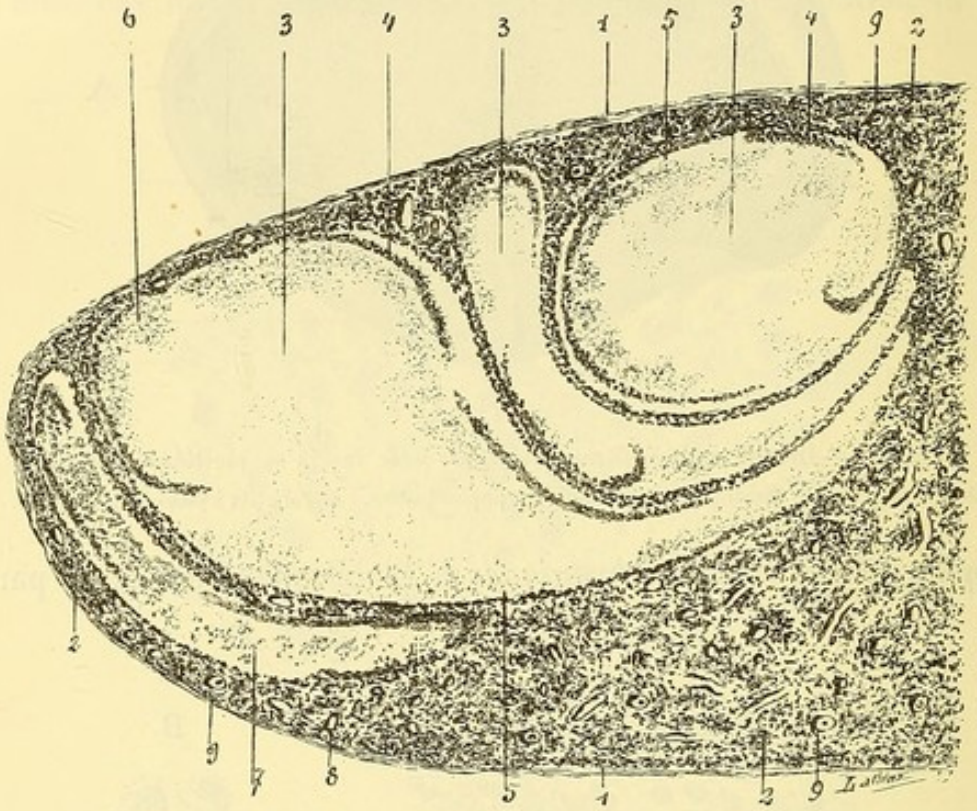


Fig. 383. — Ovarite chronique micro-kystique.

Coupe d'un ovaire contenant un grand nombre de petits kystes (faible grossissement). — 1. Couche fibreuse. 2. Couche corticale. 3, 3, 3. Cavités kystiques déformées par pression réciproque. 4. Lambeaux d'épithélium à une ou plusieurs couches de cellules superposées. 5. Point dépourvu d'épithélium. 6. Matière granuleuse muqueuse. 7. Petit kyste rempli de sang. — 8. Vaisseaux divers. 9. Follicules en voie d'évolution.

cation inflammatoire, et on les rencontre dans les cas où leur existence n'était révélée par aucun symptôme. Mais elles peuvent pourtant arriver à jouer un certain rôle en créant par leur multiplicité une véritable vulnérabilité de l'organe, et, de fait, on constate très souvent la sclérose interstitielle dans les ovaires qui en sont atteints[3].

[1] Hegar et Kaltenbach (*loc. cit.*) et L. Prochownick (*Arch. f. Gyn.*, 1886, Bd. XXIX, Heft 2, p. 183) ne leur attribuent une signification pathologique que si le stroma présente une prolifération inflammatoire.

[2] Olshausen, *loc. cit.* — E. Zeigler. *Lehrbuch der allg. und spec. path. Anatomie*, 4e édit., 1886, p. 924. — Leopold. *Arch. f. Gyn.*, 1883, Bd. XXI (fig. 19, 23 et 24). — W. Nagel. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXXI, Heft 3, p. 527.

[3] Dans certains cas, il semble qu'il s'agisse non d'hydropisie du follicule, mais d'hydropisie de l'ovule; alors, selon Toupet, on distingue très nettement, de la périphérie au

Quoi qu'il en soit, on a sûrement abusé de cette dénomination de dégénérescence scléro-kystique pour justifier l'extirpation d'organes qui auraient dû être conservés. Il faut la réserver exclusivement aux cas où les kystes folliculaires existent en très grand nombre dans toute l'épaisseur de l'organe et le transforment en un véritable tissu aréolaire[1].

f. *Sclérose totale.* — Il peut arriver que tout l'organe soit envahi par l'inflammation interstitielle qui produit l'hypertrophie conjonc-

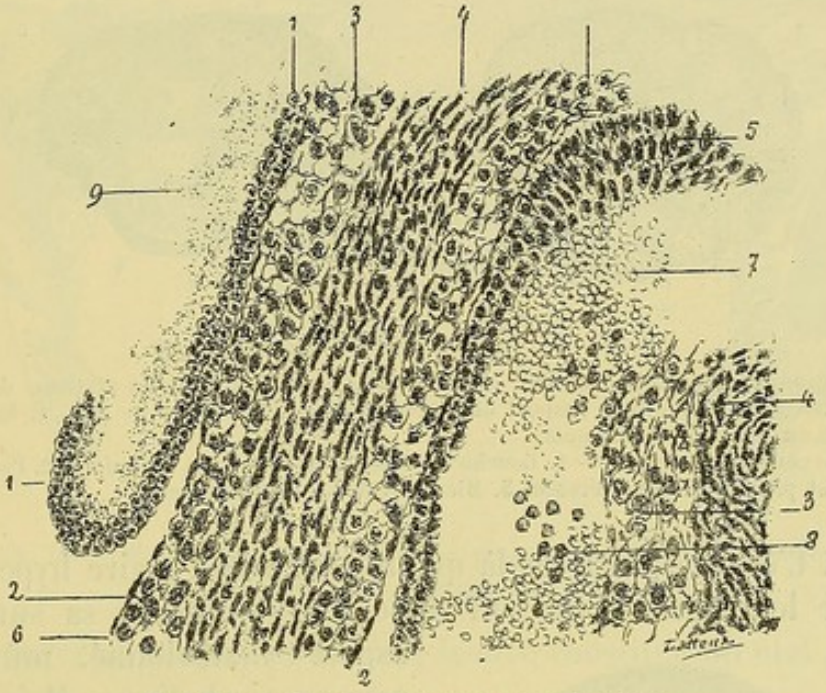


Fig. 384. — Ovarite chronique micro-kystique.

Un point plus grossi de la figure 385 (coupe comprenant la paroi de séparation de deux cavités). — 1. Couche épithéliale à une ou plusieurs rangées de petites cellules arrondies, répondant à la couche granuleuse du follicule. 2. Petites cellules aplaties (couche basale). 3. Couche lymphatique réticulée. 4. Couche fibreuse. 5. Épithélium prolifère (les éléments les plus profonds sont cylindriques ou cylindroconiques. 6. Point où le revêtement épithélial a disparu. 7. Épanchement de globules sanguins. 8. Cellules épithéliales détachées. 9. Liquide du kyste concrété.

tive; au début, elle n'est pas incompatible avec l'ovulation. Mais si elle franchit certaines limites, les follicules sont comprimés et étouffés (Slavjansky). La compression des filets nerveux[2], produite de la même façon quand l'ovaire est atrophié par la sclérose, a été considérée comme la principale cause des accidents nerveux pour

centre du kyste : la couche de cellules cubiques de la paroi, une étroite zone granuleuse formée probablement de détritus cellulaires, une deuxième couche épithéliale péri-ovulaire, une membrane hyaline plus ou moins marquée qui correspondrait à la membrane vitelline, une masse granuleuse représentant le vitellus devenu hydropique et offrant, en son milieu, un noyau avec nucléole. — Paul Petit, *loc. cit.* — *Note sur l'évolution norm. et pathol. du follicule de de Graaf* (*Bull. et Mém. Soc. obstét. et gyn.*, Paris, 11 juill. 1889).

[1] Conzette. *Ovaires à petits kystes.* Thèse de Paris, 1890.

[2] Une figure démonstrative a été donnée par Mary A. Dixon Jones. *Amer. Journ. of Obstet.*, fév. 1888, t. XXI, p. 164.

lesquels on a fait l'opération de Battey[1]. Le plus souvent, la condition immédiate de la sclérose paraît être une péritonite localisée, une péri-oophorite, et l'altération gagne de la périphérie au centre. Cette péri-oophorite peut cependant manquer (Nagel), et le point de départ de la prolifération est dans le tissu interstitiel même de

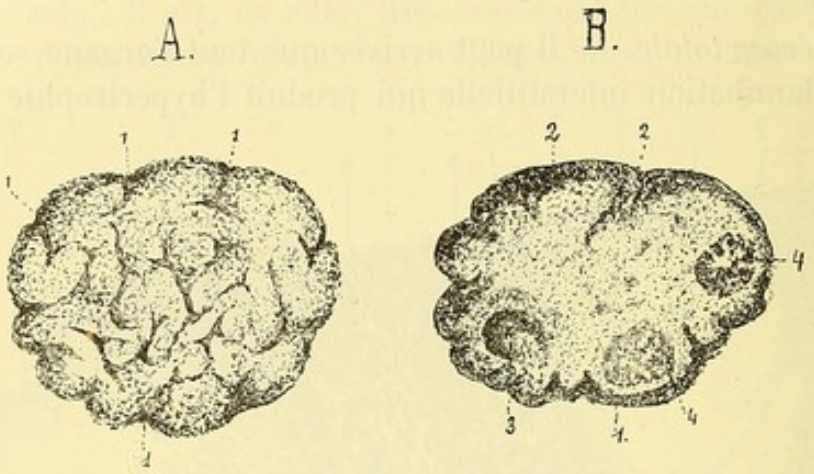


Fig. 385. — Ovarite chronique scléreuse totale.

A. Ovaire (grandeur naturelle) ratatiné et montrant à sa surface tout un système de sillons et d'anfractuosités, lui donnant l'aspect de circonvolutions cérébrales. — 1, 1, 1. Sillons pénétrant plus ou moins profondément.

B. Le même coupé en travers. — 1. Couche corticale très nettement délimitée. 2. Point où cette couche est plus ou moins sclérosée. 3. Micro-kyste. 4, 4. Corps jaunes.

l'ovaire. C'est dans ces cas-là qu'on peut voir l'ovaire hypertrophié acquérir le volume d'un œuf d'oie, et présenter à sa surface un aspect mamelonné, mûriforme, comme cirrhotique. Mais le plus souvent, au contraire, l'ovaire est comme ratatiné (fig. 385) et diminué de volume, par suite de la rétraction du tissu fibreux de nouvelle formation.

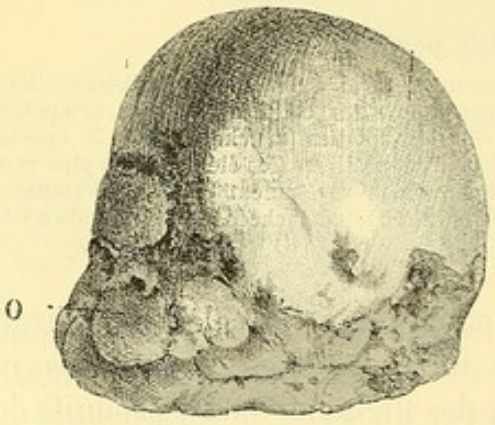


Fig. 386. — Ovarite scléro-kystique avec un gros kyste folliculaire.

O. Ovaire scléreux surmonté d'un gros kyste folliculaire transparent.

Mary A. Dixon Jones[2] a trouvé sur un ovaire de ce genre, de la grosseur d'un œuf et granuleux à la surface, qui était prolabé et qui avait été enlevé par la castration, une lésion intéressante que j'ai déjà signalée dans les lésions de la métrite chronique, l'ectasie lymphatique; les lacunes étaient remplies de lymphe à peu près homogène avec quelques corpuscules

[1] Palmer Dudley. *New-York med. Journ.*, 11 et 18 août 1888, t. XLVIII, p. 147 et 174.

[2] Mary A. Dixon Jones, *loc. cit.*, p. 158. (Voir la fig. 1, dessinée d'après une préparation de C. Heitzmann.) — L'auteur rapproche l'hypertrophie de l'ovaire, résultant de l'ectasie lymphatique, de la macroglossie due à une même cause.

lymphatiques : on y distinguait nettement une tunique élastique et un endothélium épais.

La sclérose de l'ovaire coïncide ordinairement avec la dégénéres-

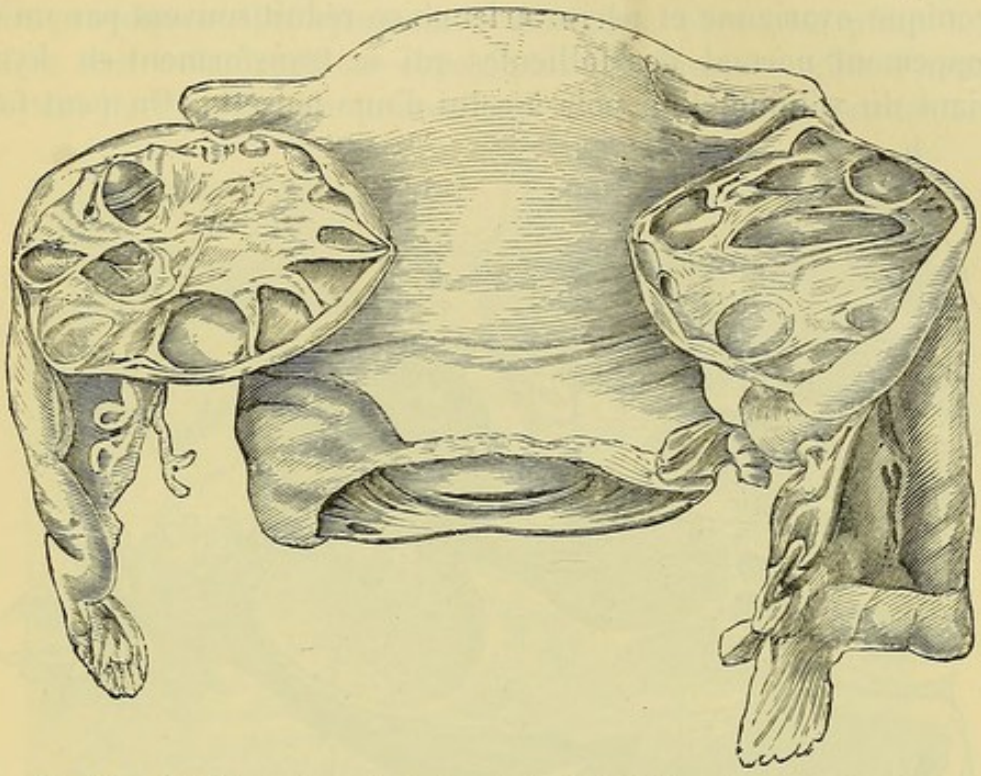


Fig. 387. — Maladie kystique de l'ovaire (kystes folliculaires séreux conglomérés). Les tumeurs sont montrées ouvertes (Barnes).

cence mycro-kystique, et ainsi se trouve constitué un état mixte bien

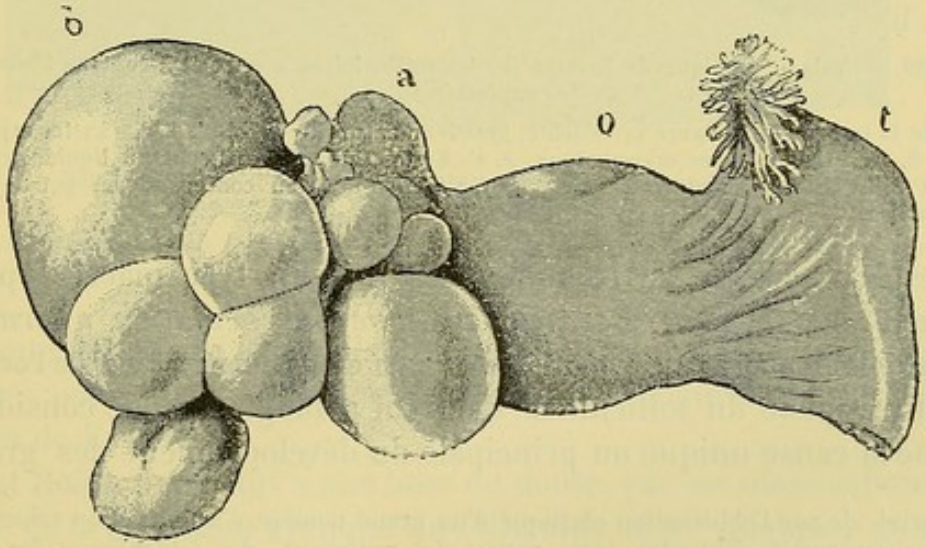


Fig. 388. — Maladie kystique de l'ovaire (kystes folliculaires séreux et myxomateux conglomérés). *t*. Trompe. — *o*. Ovaire. — *a*, *b*. Kystes folliculaires myxomateux.

plus fréquent que les deux lésions isolées : l'*ovarite scléro-kystique*[1].

[1] Le stroma normalement formé de cellules conjonctives à prolongements multiples, tassées les unes contre les autres, ce qui leur donne une apparence fusiforme, se change peu à peu en un tissu fibreux à faisceaux denses et ondulés, pauvre en cellules et peu

Cette lésion s'accompagne parfois d'œdème de l'ovaire, sur lequel je reviendrai plus loin (*ovarite œdémateuse chronique*).

J'ajouterai une forme nouvelle aux précédentes. L'inflammation chronique ovarienne et péri-ovarienne se réduit souvent par un développement normal des follicules qui se transforment en kystes variant du volume d'un pois à celui d'une noisette. On peut faire

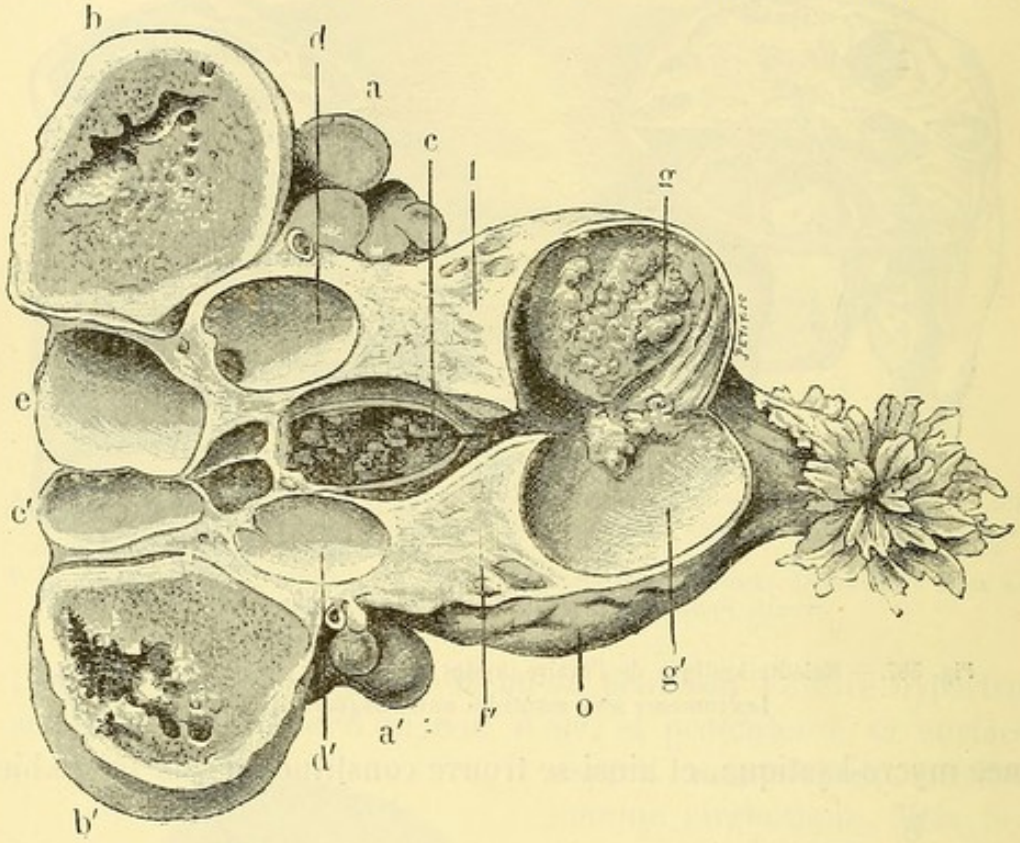


Fig. 389. — Maladie kystique de l'ovaire (kystes folliculaires séreux et à contenu fibrineux conglomérés).

Coupe de la tumeur de la figure précédente, grandeur naturelle. — *a*. *a'*. Petits kystes myxomateux. *b*. *b'*. Grands kystes myxomateux. *e*. *e'*. Kystes folliculaires à contenu liquide. *c*. *g*. *g'*. Kystes folliculaires à contenu caséeux. *o*. *f*. *f'*. Tissu ovarien contenant des petits kystes folliculaires.

une espèce spéciale de cette forme qui a un type macroscopique très net sous le nom d'*ovarite kystique par ovulation anormale.*

Kystes folliculaires par ovulation anormale.

Kystes folliculaires par ovulation anormale et maladie kystique de l'ovaire. — L'hydropisie du follicule de de Graaf a longtemps été considérée comme la cause unique ou principale du développement des grands

vascularisé, de par l'oblitération plastique d'un grand nombre d'artères et de veines. Les faisceaux conjonctifs sont plus épais autour des vaisseaux, des follicules et des corps jaunes qui se présentent pour la plupart sous forme de débris parfois très nombreux, reconnaissables à leur plissement et à leur apparence hyaline. Cette multiplication des corps jaunes provient évidemment d'une sorte de maturation morbide des follicules au cours des phases aiguës de la maladie. On voit également dans le tissu néoformé, quand la sclérose est avancée, des fentes allongées, ovalaires, étoilées, vestiges de vaisseaux sanguins et lymphatiques et d'ovisacs. Ceux-ci, par ailleurs, sont diminués de nombre, parfois totalement absents, suivant les progrès du mal; quelques-uns ont subi les modifications qui aboutissent à la formation de micro-kystes séreux ou sanguins (P. Petit). —

kystes de l'ovaire. Quelques auteurs anglais se rattachent même encore à cette théorie, qui doit être complètement abandonnée. Les kystes qui reconnaissent cette origine sont toujours de médiocre volume, et s'ils provoquent des symptômes morbides, c'est bien plutôt à la manière des inflammations chroniques des annexes qu'à l'instar des kystes de l'ovaire; on pourrait dire, en forçant un peu les ter-

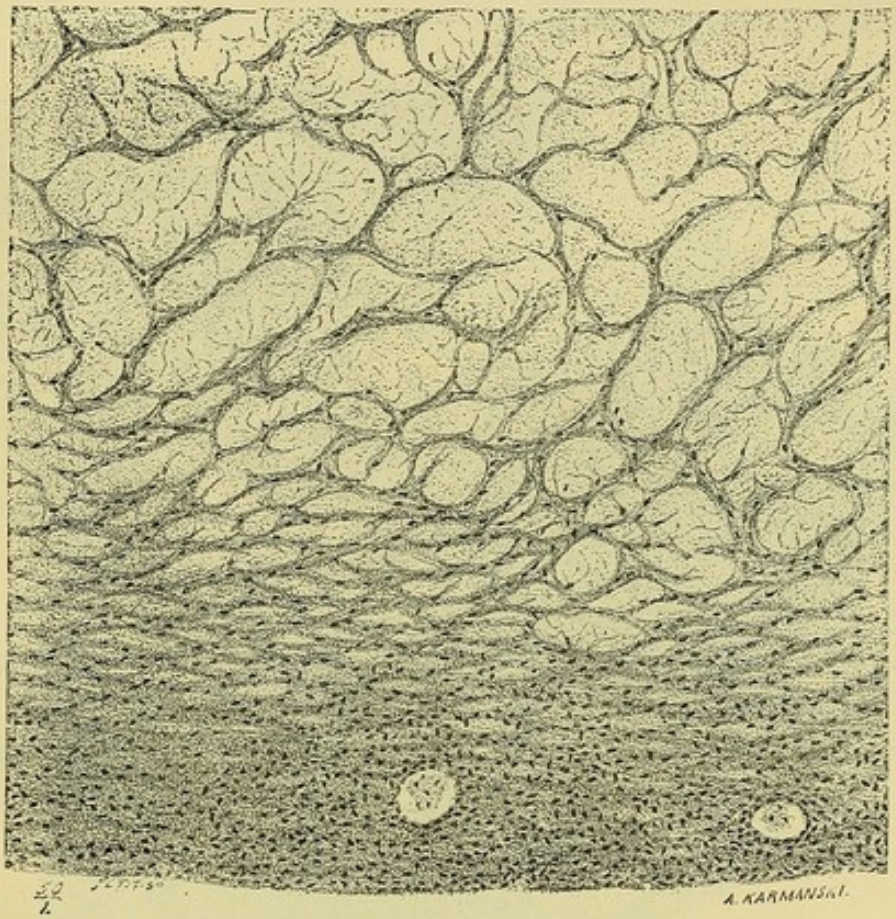


Fig. 390. — Kyste folliculaire de l'ovaire avec dégénérescence myxomateuse (grossissement de 50 diamètres).

A. A. Tissu myxomateux lâche, vers l'intérieur du kyste. B. B. Tissu myxomateux, dense vers la surface externe.

mes, que les opérations qu'ils nécessitent sont plutôt des castrations que des ovariotomies. Je dois donc les faire figurer ici parmi les lésions de l'**ovarite**.

C'est Rokitansky[1] qui a mis hors de doute, par ses observations, la réalité de la dilatation kystique du follicule; aussi, quelques auteurs donnent-ils à cette forme anatomique le nom de celui qui l'a bien décrite.

Le kyste folliculaire (fig. 386), ou *hydropisie folliculaire*, forme une petite poche uniloculaire, allant du volume d'un grain de chè-

[1] Rokitansky. *Woch. der Zeitschr. der Ges. der Wien. Aerzte*, 1855.

nevis à celui d'une noix[1]: c'est le *kyste en miniature* de Cruveilhier. Mais l'agglomération de plusieurs de ces poches peut, exceptionnellement, donner à l'ovaire la grosseur du poing ou d'une tête de fœtus (Rokitansky, L. Tait). La paroi est lisse, tapissée d'une seule couche épithéliale; le liquide est peu épais; on peut souvent découvrir l'ovule, même dans d'assez grandes cavités[2].

Chez le nouveau-né, on trouve parfois des follicules extrêmement

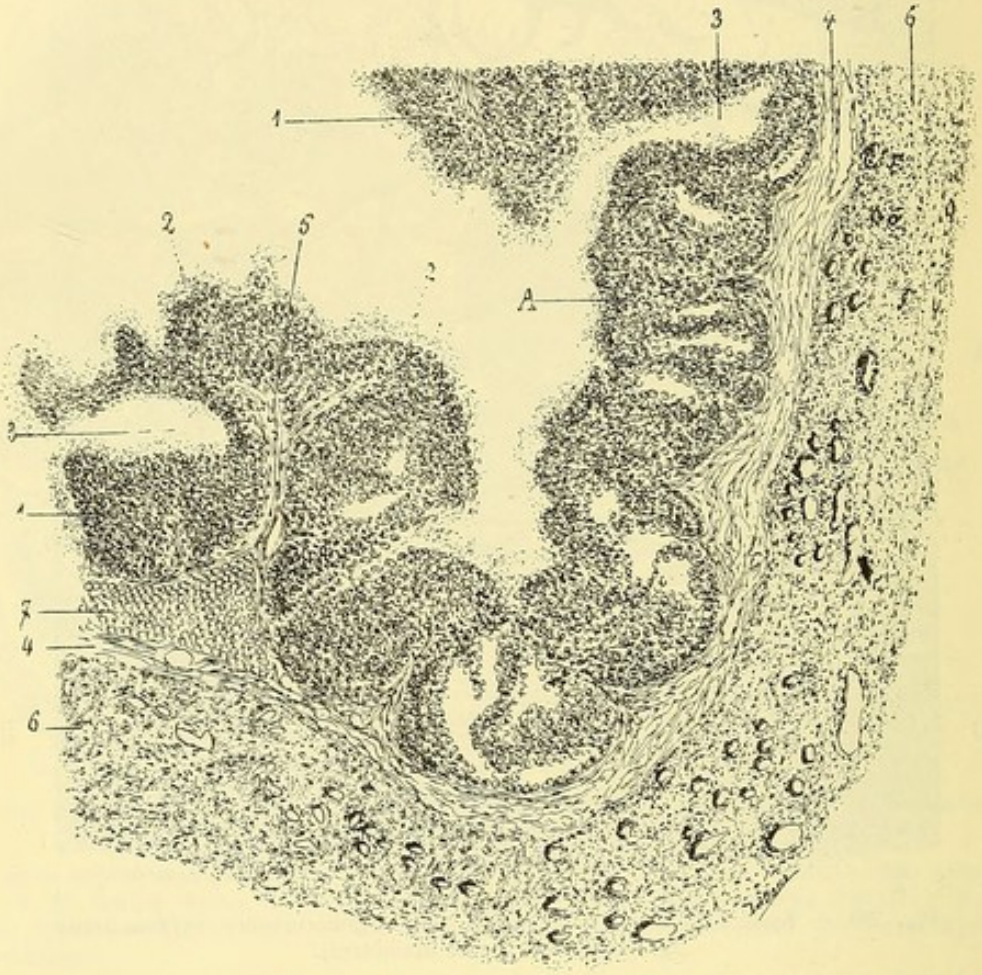


Fig. 391. — Corps jaune normal.
Coupe passant par le centre de la dépression (30 diamètres).

1. Corps jaune (substance formée de cellules intimement soudées). 2. Mucus à la surface. 3. Sillons entre les lobules. 4. Couche conjonctive. 5. Prolongements dans l'intérieur des lobules. 6. Ovaire (couche corticale criblée d'orifices vasculaires. 7. Suffusion sanguine.

développés vers le centre de l'ovaire; ils paraissent en rapport avec la poussée évolutive qui se fait là, au moment de la naissance. Mais il serait abusif de donner à ces gros follicules le nom de kystes.

Les **gros kystes folliculaires conglomérés** qui transforment tout l'ovaire en une masse d'aspect cloisonné et multiloculaire constituent un type anatomique très défini qui correspond à un type clinique éga-

[1] Voir, à ce sujet, une observation intéressante de Neumann (p. 715).
[2] Ritchie. *Contrib. to assist. the study of ovarian phys. and pathol.*, Londres, 1863.

lement bien caractérisé. Il y aurait, je crois, tout intérêt à distinguer nettement des autres kystes de médiocre volume, sous le nom de **maladie kystique** de l'ovaire (fig. 387, 388, 389), cette lésion si particulière par son évolution. Ces kystes conglomérés dont l'ensemble dépasse rarement le volume de la tête, sont ordinairement de la grosseur du poing, mais nullement le premier stade d'une tumeur plus volumineuse, comme on le croyait autrefois : ils conservent indéfiniment leurs proportions moyennes, circonstance qui les sépare,

Maladie kystique de l'ovaire.

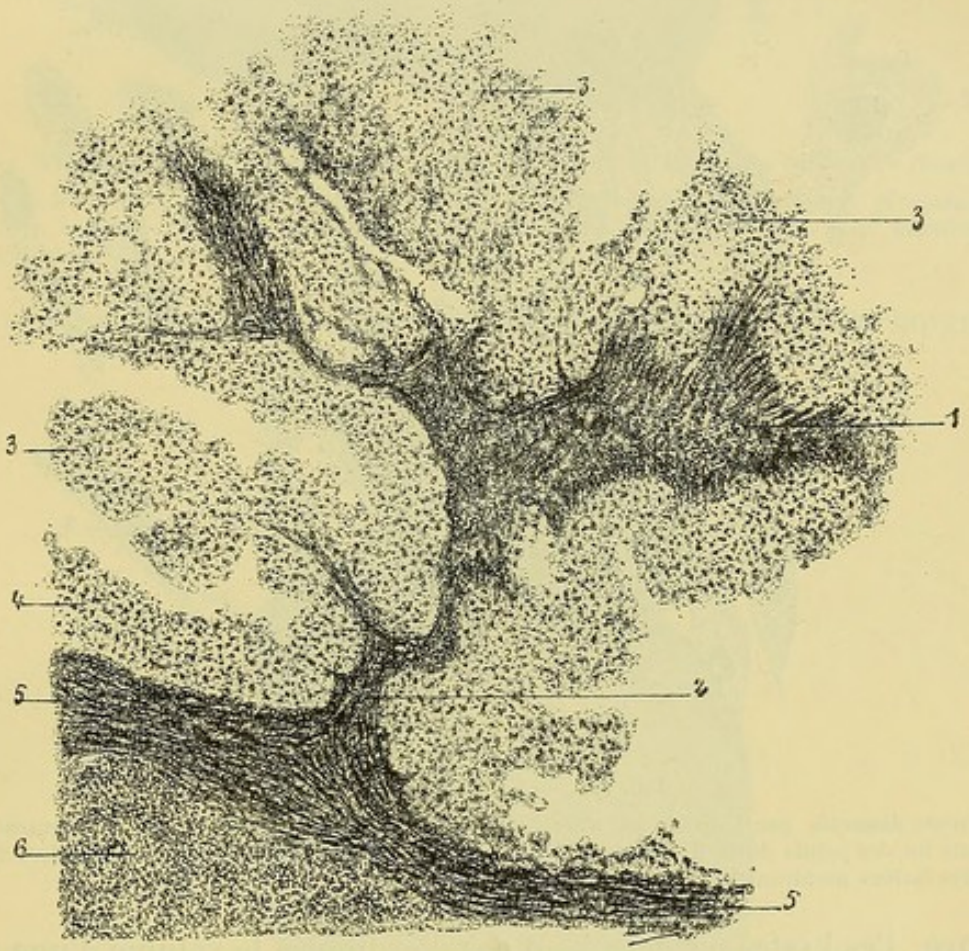


Fig. 392 — Kyste du corps jaune, d'après une photographie (faible grossissement).

1. Grosse masse végétante faisant saillie dans le kyste. 2. Pédicule contourné. 3. Tissu du corps jaune hypertrophié. 4. Couche du corps jaune tapissant la cavité du kyste. 5. Paroi fibreuse du kyste. 6. Épanchement de sang périphérique.

au point de vue chirurgical, des kystes proligères glandulaires, si différents, du reste, déjà au point de vue histologique.

Le contenu des cavités, dans la maladie kystique de l'ovaire, est séreux ou sanguinolent. Toutefois, j'ai extirpé un ovaire polykystique, dans lequel une certaine quantité des poches, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noisette, était remplie d'un liquide séreux, tandis que d'autres contenaient une matière caséeuse ou lardacée, où l'examen microscopique, pratiqué par Toupet au laboratoire du professeur Cornil, a fait reconnaître du

tissu myxomateux (fig. 390). La lésion était unilatérale; l'autre ovaire était scléro-kystique. Il y a là une sorte de dégénérescence secondaire des kystes folliculaires qui n'a pas encore, je crois, été décrite.

Kystes du corps jaune.

Kystes du corps jaune. — C'est encore à Rokitansky[1] qu'on en doit la première description. Il croyait que les *corps jaunes de la grossesse* (fig. 391) pouvaient seuls se transformer en kystes; cette opinion était trop absolue; Gottschalk[2] en a trouvé chez une femme nul-



Fig. 393. — Kyste du corps jaune.

Éléments dissociés par l'alcool au tiers (grossissement, 1000 diamètres). — 1. Fragment pris dans un des points de la figure précédente pour montrer le groupement des cellules. 2. Cellules isolées montrant les formes les plus variées.

lipare. Ces kystes ne dépassent pas d'ordinaire le volume d'une noisette. On en cite pourtant qui dépassent de beaucoup ces proportions. Les deux tumeurs décrites par Gottschalk avaient l'une le volume d'une orange, l'autre celle d'une petite pomme. Schröder en a vu de la grosseur d'un œuf de pigeon, Nagel en a observé qui avaient le volume d'une pomme et même d'une tête d'adulte. L'examen microscopique de la paroi montre les bourgeons papillaires caractéristiques

[1] V. Rokitansky. *Ueber Abnormitäten des Corpus luteum* (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1859, nos 34 et 35). — Voyez encore Ritchie, *loc. cit.* — Slavjansky. *Zur normalen und pathol. Histologie des Graaff'schen Bläschens* (*Virchow's Arch.*, 1870, Bd. LI, p. 470). — W. Nagel, *Arch. f. Gyn.* 1887, Bd. XXI, Heft 3, p. 327.

[2] Gottschalk. *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 22 nov. 1880 (*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 12).

[3] Schröder. *Loc. cit.*, p. 393.

[4] Une observation d'ovarite suppurée de Quénu (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 416) pourrait bien être relative à un kyste du corps jaune enflammé.

du corps jaune et ne peut laisser de doute. Il empêchera de confondre les kystes du corps jaune (fig. 392 et 393) avec des kystes follicu-

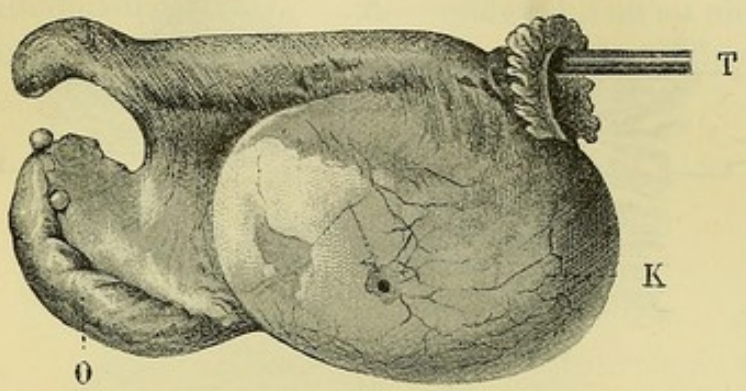


Fig. 394. — Micro-kyste du ligament large développé entre la trompe et l'ovaire (Pozzi).

K. Kyste à parois et à contenu transparents. O. Ovaire. T. Trompe saine scléreuse présentant de petites nodosités fibreuses. T. Trompe saine traversée par une sonde pour montrer sa perméabilité.

laires dont la paroi serait épaisse et colorée par des dépôts sanguins

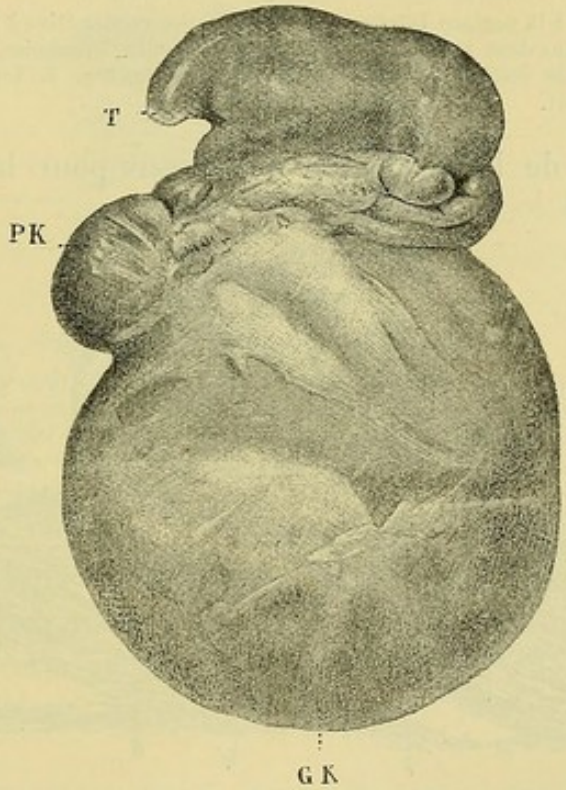


Fig. 395. — Micro-kyste sous-tubaire du ligament large (Pozzi).

GK. Kyste (volume d'une mandarine) à paroi et à contenu transparents. PK. Kyste accessoire (volume d'une noisette) à paroi et à contenu transparents. T. Trompe atteinte de salpingite parenchymateuse adhérente et superposée à l'ovaire.

ou mieux avec une ovarite suppurée avec inspissation de pus quand ces kystes se sont enflammés sous l'influence d'une salpingite concomitante.

Pour comprendre la genèse de kystes aux dépens de ce qu'on con-

sidère généralement comme un processus cicatriciel, il faut remar-

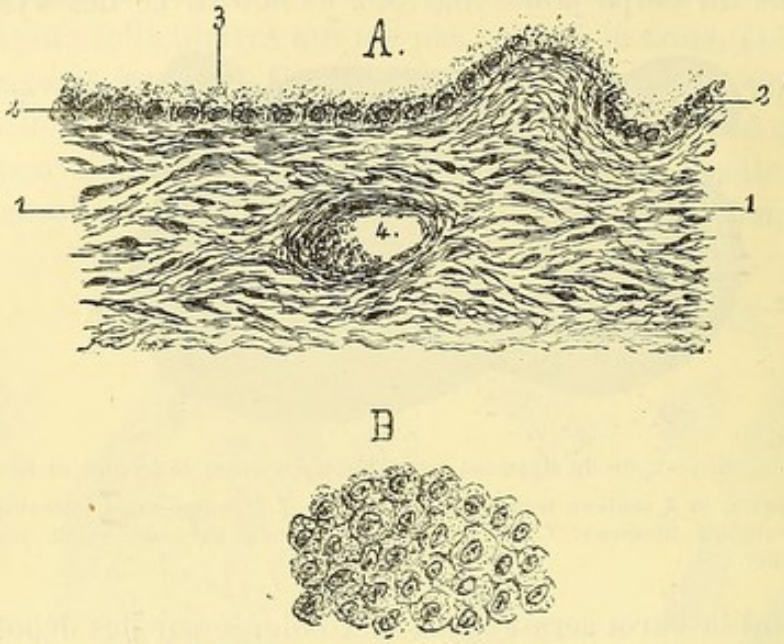


Fig. 396. — Micro-kyste sous-tubaire.

Coupe perpendiculaire à la surface interne. — A. 1. Couche conjonctive à faisceaux assez lâches, mais imbriqués les uns dans les autres, avec cellules ovoïdes allongées. 2. Couche épithéliale à une seule rangée de cellules. 3. Matière granuleuse coagulée. 4. Vaisseau. — B. Lambeau d'épithélium vu à plat.

quer que l'idée de la rétraction des tissus pour la formation des

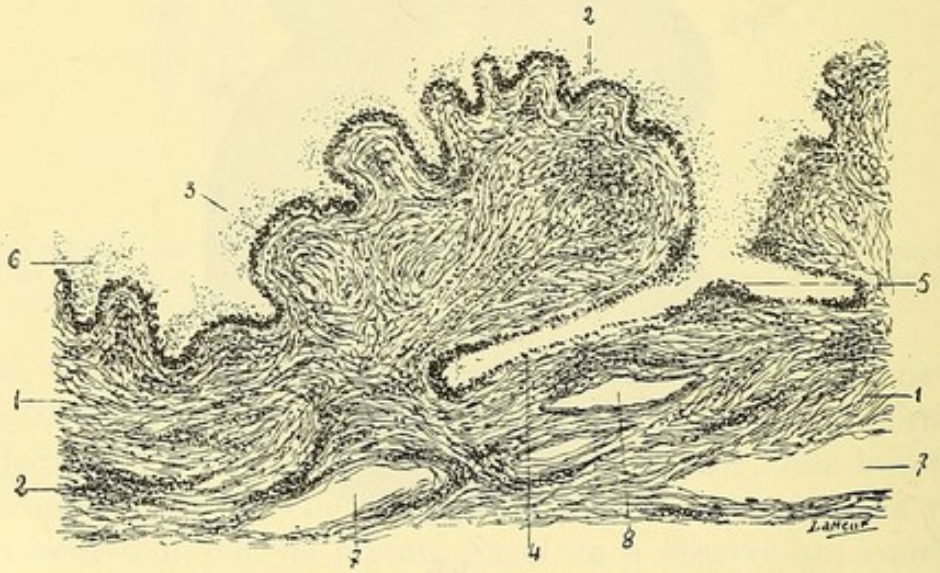


Fig. 397. — Micro-kyste sous-tubaire.

Coupe perpendiculaire à la paroi (faible grossissement). — 1. Tissu fibreux, à filaments flexueux denses et parallèles. 2. Amas de petites cellules embryonnaires. 3. Couche épithéliale à cellules cylindriques vibratiles. 4. Point où la paroi du kyste est dénudée. 5. Point où l'épithélium est devenu pavimenteux. 6. Mucus à la face interne du kyste. 7. Fentes lymphatiques. 8. Vaisseau.

corps jaunes est tout à fait erronée. On doit la remplacer par l'idée de prolifération et de néoformation du tissu ovarien (Call et Exner)[1].

[1] Call et Exner. *Zur Kenntniss der Graff'schen Follikel und des Corpus luteum bei Kaninchen* (*Sitzungsber. der Wien. Akad.*, 15 avril 1865, Bd. LXXI).

La nouvelle théorie proposée par Toupet[1] ferait même rentrer la formation des corps jaunes dans la loi générale du développement des tissus, en leur attribuant un processus identique à celui qu'on observe sur les muqueuses en voie de développement ou lors de leur inflammation.

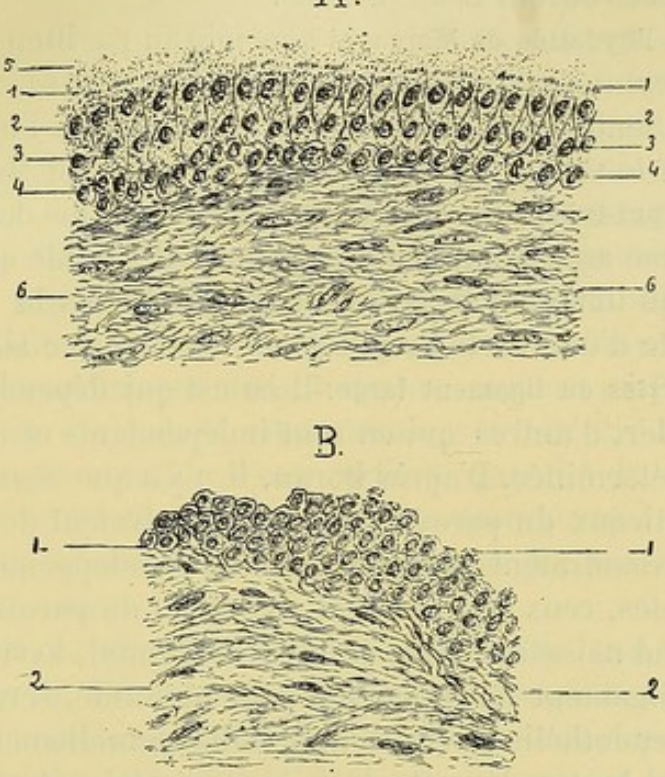


Fig. 398. — Micro-kyste sous-tubaire.

A. Coupe du point 3 de la figure 397 (500 diamètres). — 1. Couche de cils vibratiles. 2. Cellules cylindro-coniques à gros noyau. 3. Cellules ovoïdes allongées. 4. Cellules arrondies de la couche profonde. 5. Mucus. 6. Tissu conjonctif assez dense, à cellules fusiformes.
B. Coupe du point 5 de la figure 397 (500 diamètres). — 1. Cellules polyédriques pavimenteuses. 2. Couche de tissu conjonctif.

A côté de ces lésions de la trompe et de l'ovaire on rencontre parfois des lésions de l'aileron du ligament large qui doivent être attribuées aussi à cette origine inflammatoire. En effet, si l'on peut les observer en dehors de cette étiologie, le fait est exceptionnel.

[1] Voir J. Luquet. *Contrib. à l'étude des corps jaunes.* Thèse de Paris, 1888, p. 35. Cette théorie, tout en attribuant la formation du corps jaune à la membrane granuleuse, comme Waldeyer, en diffère par l'hypothèse de la nature conjonctive de la membrane vitelline, ou tout au moins en ce qu'il admet une couche fibreuse qui la doublerait et servirait de support aux cellules de la granuleuse ovulaire. Ce fait une fois admis, voici comment s'explique facilement la formation du corps jaune : à la rupture de l'ovisac, la granuleuse ovulaire et la couche conjonctive sous-jacente restent en place comme la granuleuse pariétale, la vésicule germinative et le vitellus étant seuls expulsés; les deux couches de tissu conjonctif sous-épithélial interne et externe entrent en prolifération et forment les prolongements papillaires qui pénètrent au milieu des cellules de la granuleuse, en se dirigeant les uns vers le centre, les autres vers la périphérie.

Kystes résiduaux Wolffiens et Müllériens.

Kystes résiduaux Wolffiens et Müllériens[1]. — Il est très fréquent, surtout dans les cas de corps fibreux utérin ou de tumeur commençante de l'ovaire, de trouver, soit dans le ligament large, soit au niveau de la trompe, des petites vésicules transparentes n'ayant aucun intérêt chirurgical, mais dont la signification anatomique mérite d'être spécifiée. Ces kystes offrent trois variétés.

Kyste de l'hydatide de Morgagni.

1° **Kyste de l'hydatide de Morgagni** appendu au pavillon de la trompe variant du volume d'un pois à celui d'une cerise, transparent, tapissé d'une seule couche endothéliale; on sait que l'hydatide morgagnienne est le vestige de l'extrémité du conduit de Müller.

Kyste supra-tubaire.

2° **Kyste supra-tubaire** ne dépassant guère le volume des précédents, offrant le même aspect, la même structure, il semble que ce soit un micro-kyste du ligament large ayant cheminé sous la séreuse pour aller à la suite d'une sorte de glissement occuper ce siège insolite[2].

Micro-kystes du ligament large.

3° **Micro-kystes du ligament large.** Il en est qui dépendent du corps de Rosenmüller, d'autres qui en sont indépendants et dont l'origine exacte est indéterminée. D'après Doran, il n'y a que ceux qui naissent des tubes verticaux du parovaire qui contiendraient de l'épithélium cilié et qui deviendraient papillaires par un développement ultérieur; les autres kystes, ceux qui naissent en dehors du parovaire et même celui qui prend naissance dans le tube horizontal, kyste qui peut se détacher du ligament large par un pédicule effilé, seraient tapissés d'un simple endothélium. Il est impossible actuellement d'affirmer que les micro-kystes de cette troisième variété ont une évolution nettement limitée comme ceux de la première. Il paraît même probable que si certains d'entre eux restent insignifiants durant toute leur évolution, d'autres, sous l'influence d'un processus irritatif inconnu, sont le point de départ de grands kystes du ligament large à contenu purement liquide ou à contenu papillaire.

Ovarite suppurée.

Ovarite suppurée. — La suppuration de l'ovaire coexiste le plus souvent avec celle de la trompe; l'une et l'autre sont pour ainsi dire

[1] Bland Sutton (*Med. Times*, 26 nov. 1884, t. II, p. 728 et *Trans. of the Royal Soc.*, Londres, 1885) a fait connaître d'intéressantes notions d'anatomie comparée relatives aux lésions de l'utérus et des ovaires chez les animaux. Ces lésions sont infiniment plus fréquentes à l'état domestique qu'à l'état sauvage. Les kystes provenant des vestiges des corps de Wolff sont assez fréquents chez les batraciens. Sur 250 grenouilles et crapauds, Sutton en a trouvé 10 cas. Chez les oiseaux et les batraciens, le canal de Müller gauche persiste seul, on le sait, pour former l'oviducte. Le droit disparaît et vient s'aboucher, sous forme d'un petit cæcum, dans le cloaque. Ce petit rudiment de canal est souvent le point de départ de formations kystiques. Une particularité curieuse est la suivante : quand un oiseau de basse-cour femelle présente un plumage et des allures qui rappellent le mâle, on trouve généralement chez lui une altération de l'ovaire. Chez les vieilles juments, les kystes des trompes et des ovaires sont très fréquents : les 2/3 en sont atteints; on en a trouvé chez les chattes, les chèvres, etc.

[2] P. Petit (*La Semaine gynécologique*, 31 mars 1896, p. 65) émet l'opinion que ces petits kystes résultent de l'inclusion de l'endothélium péritonéal, au niveau des plissements de la trompe, du fait d'une péritonite adhésive et circonscrite.

fusionnées, et forment parfois une même poche purulente; le pyosalpinx est donc alors, en réalité, un *pyo-oophoro-salpinx*. Aussi l'ovarite suppurée sera-t-elle décrite en même temps que cette dernière lésion.

Symptômes. — Il est rare d'observer l'oophoro-salpingite aiguë, en dehors d'une inflammation analogue de l'utérus. Le départ entre ce qui se rapporte à la première et à la seconde est donc difficile à établir d'une manière exacte. Le **syndrome utérin**, sur lequel je me suis si longuement étendu, occupe également le premier plan sur la scène symptomatique; je noterai cependant les points spéciaux qui permettront de diagnostiquer l'inflammation des trompes et des ovaires.

La **douleur** offre le caractère de crises pseudo-névralgiques qui siègent à la région même des annexes ou à la région lombaire; il y a des irradiations en haut, vers l'épigastre, en bas, vers la cuisse, parfois, mais nullement dans tous les cas, ce sont de véritables **coliques** qu'on a appelées **salpingiennes**, et leur cessation peut être marquée par l'évacuation d'une certaine quantité de muco-pus, provenant, quoi qu'on en ait dit, moins des trompes que de la cavité de l'utérus dont les contractions réflexes ont été provoquées par les crises douloureuses. Coliques salpingiennes.

La pression au niveau des annexes est pénible, par le palper abdominal et par le toucher vaginal. Si l'on comprime entre les deux mains l'ovaire enflammé, on réveille une douleur *exquise* (Gallard)[1], surtout à gauche, car c'est le côté gauche qui est le plus souvent atteint; de même, on sait que chez l'homme le testicule gauche est de beaucoup le plus vulnérable (varicocèle, épididymite, etc.). La plus grande fréquence de la déchirure du col à gauche et la propagation plus directe de l'inflammation qui se fait de ce côté, soit par endométrite ascendante, soit par lymphangite, peuvent être aussi invoquées.

La douleur au niveau des flancs et des lombes est souvent accompagnée de gastralgie et de vomissements; elle se manifeste le plus ordinairement au moment du molimen cataménial; on observe exceptionnellement que les règles coïncident avec une période d'accalmie et que les crises se produisent dans l'intervalle (**dysménorrhée intermenstruelle**).

La **ménorrhagie** est un symptôme à peu près constant; mais il y a souvent des périodes assez longues d'**aménorrhée**, d'où une grande irrégularité dans la menstruation. Troubles de la menstruation.

[1] Dalché. *De l'ovarite*. Thèse de Paris, 1885. — Pour l'étude des symptômes, consulter encore A. Ferrand, art. Ovarite du *Dict. encycl. des sciences méd.*, Paris, 1882, t. XVIII, p. 760 et suiv. — O. Terrillon. *Salpingites et ovarites*. Paris, 1891, p. 33 et suiv. — Ozenne. *Des salpingites* (*Arch. gén. de méd.*, mai-juin 1890).

Tumeurs des annexes.

L'examen des organes enflammés est très difficile dans la tubo-ovarite aiguë, à cause de la douleur provoquée; on devra endormir les malades, si l'on a quelque hésitation et si l'on doit se décider à une intervention rapide. Je ne saurais trop m'élever contre la négligence systématique de ce précieux auxiliaire pour l'investigation, et contre la substitution d'un seul élément de diagnostic, la douleur localisée[1]. On s'expose ainsi à multiplier à l'excès les laparotomies exploratrices.

On fera la **palpation des annexes** en se conformant aux excellents préceptes de Schultze[2]. Pour l'examen du côté droit, on introduit l'index et le médius de la main droite dans le vagin, la main gauche étant placée sur l'abdomen; pour les annexes gauches, c'est l'inverse. La malade est couchée sur le dos, ses genoux sont relevés et ses cuisses placées dans la rotation en dehors : les muscles psoas sont ainsi tendus. On doit suivre comme point de repère le bord interne de ces muscles jusqu'au détroit supérieur, et diriger alors l'exploration un peu plus en dedans, vers les cornes de l'utérus. On y rencontre une petite tumeur ovoïde, normalement de la grosseur d'une amande, qu'on saisit entre les deux mains. Une lésion des annexes ne peut guère échapper à une exploration bien conduite suivant ces règles, durant l'anesthésie.

Nöggerath[3] a proposé de faire l'exploration des trompes par le toucher vésico-rectal, et il a ainsi apprécié des détails qu'il serait évidemment impossible de reconnaître autrement; mais on n'emploiera qu'à la dernière extrémité ce moyen qui n'est pas dépourvu d'inconvénients. Quoique Hegar affirme pouvoir reconnaître au toucher la dégénérescence micro-kystique de l'ovaire et la salpingite catarrhale, il faut avouer que cette finesse de tact ne sera jamais l'apanage que d'un nombre infime de cliniciens. Toutefois, dans la salpingite aiguë, on percevra souvent bien plus facilement les lésions qu'on ne pourrait le penser d'après leur médiocre étendue, parce qu'il s'y joint de l'œdème périphérique qui double ou triple le volume de la trompe enflammée. Dans la salpingite chronique, on sentira la trompe comme un cordon résistant, immobilisé par des adhérences aux côtés du bassin. Quand, avec ces signes physiques et des antécédents avérés de métrite, on trouvera une douleur fixe localisée au niveau des annexes, offrant les caractères que j'ai indiqués, s'accompagnant de temps à autre de poussées aiguës de péri-salpingite que je décrirai plus loin, on pourra diagnostiquer

[1] L. Championnière. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, déc. 1888, p. 927.

[2] B. S. Schultze. *Zur Kenntnisse von der Lage der Eingeweide im weiblichen Becken* (*Arch. f. Gyn.*, 1876, Bd. IX, p. 262).

[3] Nöggerath. *The vesico-vaginal and recto-vaginal touch* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1875, t. VIII, p. 123).

une salpingite avec certitude; on soupçonnera la purulence si les phénomènes rationnels ont une acuité extrême et si le point de départ est une blennorrhagie récente ou réchauffée par une infection septique *post abortum*.

Diagnostic. — On évitera de confondre la douleur de la salpingite avec celle de la **névralgie ovarienne, ovarialgie** ou **ovarie**, qui est simplement un symptôme d'hystérie. Elle a son siège généralement à gauche, mais elle peut être bilatérale. Charcot a démontré qu'elle est souvent accompagnée d'anesthésie du même côté et d'attaques hystéro-épileptiformes. Cette douleur se manifeste spontanément pendant les attaques de grande ou de petite hystérie : la pression la réveille, et comme elle est fréquemment associée à la dysménorrhée d'origine nerveuse, on peut alors être tenté d'attribuer ce symptôme à une inflammation de l'ovaire[1]. Diagnostic avec Ovarie.

La façon dont la malade se défend contre la douleur provoquée par la pression est, par elle-même, caractéristique; dans les cas d'inflammation des annexes, la femme se plaint et se débat instinctivement par des mouvements destinés à écarter la main de l'explorateur; dans les cas d'ovarie, les mouvements n'ont rien de coordonné et affectent le type de convulsions irrégulières.

La **névralgie lombo-abdominale**, qui peut exister seule, et qui accompagne si souvent la métrite, a pour signe distinctif de siéger surtout dans la paroi abdominale et d'y être réveillée par une pression superficielle, spécialement aux points d'émergence bien connus des filets nerveux. La pression des annexes par la palpation bi-manuelle peut alors paraître douloureuse parce qu'on comprime en même temps les parois du ventre : il est facile de s'en assurer, en répétant successivement les deux modes d'exploration. Névralgie lombo-abdominale.

L'**inflammation de l'utérus** sera reconnue à ses signes spéciaux, sur lesquels je n'ai pas à revenir. Il est rare qu'il n'en existe pas au Métrite.

[1] C'est bien, suivant Charcot, dans l'ovaire et non pas seulement dans la région que siège la douleur. Ayant observé une grossesse chez une hystéro-épileptique atteinte d'ovarie prononcée, il a pu suivre l'ascension de la zone douloureuse, à mesure que l'ovaire s'élevait dans l'abdomen, entraîné par le développement de l'utérus. Les caractères de cette douleur ont quelque chose de spécial qui peut empêcher d'en méconnaître la nature. La pression progressive amène l'apparition d'une crise hystérique plus ou moins marquée, débutant par une constriction épigastrique, des nausées, des palpitations de cœur, l'accélération du pouls, la boule hystérique; puis surviennent des sifflements d'oreille, une douleur vive à la tempe, une obnubilation de la vue, phénomènes marqués surtout du côté affecté d'ovarie; enfin, il peut y avoir perte de connaissance plus ou moins complète. D'autre part, une pression énergique sur la région ovarienne peut faire avorter ou arrêter l'attaque. On doit, parfois, employer toute sa force pendant quelques minutes, pour vaincre la contracture des muscles de l'abdomen. Il est difficile, d'après cet ensemble de particularités cliniques, de méconnaître la nature purement névralgique d'une pareille douleur : le diagnostic sera encore assuré par la présence d'autres névralgies, de paralysies, de contractures, d'attaques hystéro-épileptiques. On pourra, d'autre part, retrouver les *stigmates* de l'hystérie : zones hystérogènes (points sous-mammaire, dorsal), régions anesthésiques, rétrécissement du champ visuel, etc.

Tumeurs des annexes.

L'examen des organes enflammés est très difficile dans la tubo-ovarite aiguë, à cause de la douleur provoquée; on devra endormir les malades, si l'on a quelque hésitation et si l'on doit se décider à une intervention rapide. Je ne saurais trop m'élever contre la négligence systématique de ce précieux auxiliaire pour l'investigation, et contre la substitution d'un seul élément de diagnostic, la douleur localisée[1]. On s'expose ainsi à multiplier à l'excès les laparotomies exploratrices.

On fera la **palpation des annexes** en se conformant aux excellents préceptes de Schultze[2]. Pour l'examen du côté droit, on introduit l'index et le médius de la main droite dans le vagin, la main gauche étant placée sur l'abdomen; pour les annexes gauches, c'est l'inverse. La malade est couchée sur le dos, ses genoux sont relevés et ses cuisses placées dans la rotation en dehors : les muscles psoas sont ainsi tendus. On doit suivre comme point de repère le bord interne de ces muscles jusqu'au détroit supérieur, et diriger alors l'exploration un peu plus en dedans, vers les cornes de l'utérus. On y rencontre une petite tumeur ovoïde, normalement de la grosseur d'une amande, qu'on saisit entre les deux mains. Une lésion des annexes ne peut guère échapper à une exploration bien conduite suivant ces règles, durant l'anesthésie.

Nöggerath[3] a proposé de faire l'exploration des trompes par le toucher vésico-rectal, et il a ainsi apprécié des détails qu'il serait évidemment impossible de reconnaître autrement; mais on n'emploiera qu'à la dernière extrémité ce moyen qui n'est pas dépourvu d'inconvénients. Quoique Hegar affirme pouvoir reconnaître au toucher la dégénérescence micro-kystique de l'ovaire et la salpingite catarrhale, il faut avouer que cette finesse de tact ne sera jamais l'apanage que d'un nombre infime de cliniciens. Toutefois, dans la salpingite aiguë, on percevra souvent bien plus facilement les lésions qu'on ne pourrait le penser d'après leur médiocre étendue, parce qu'il s'y joint de l'œdème périphérique qui double ou triple le volume de la trompe enflammée. Dans la salpingite chronique, on sentira la trompe comme un cordon résistant, immobilisé par des adhérences aux côtés du bassin. Quand, avec ces signes physiques et des antécédents avérés de métrite, on trouvera une douleur fixe localisée au niveau des annexes, offrant les caractères que j'ai indiqués, s'accompagnant de temps à autre de poussées aiguës de péri-salpingite que je décrirai plus loin, on pourra diagnostiquer

[1] L. Championnière. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, déc. 1888, p. 927.

[2] B. S. Schultze. *Zur Kenntnisse von der Lage der Eingeweide im weiblichen Becken* (*Arch. f. Gyn.*, 1876, Bd. IX, p. 262).

[3] Nöggerath. *The vesico-vaginal and recto-vaginal touch* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1875, t. VIII, p. 123).

une salpingite avec certitude; on soupçonnera la purulence si les phénomènes rationnels ont une acuité extrême et si le point de départ est une blennorrhagie récente ou réchauffée par une infection septique *post abortum*.

Diagnostic. — On évitera de confondre la douleur de la salpingite avec celle de la **névralgie ovarienne, ovarialgie ou ovarie**, qui est simplement un symptôme d'hystérie. Elle a son siège généralement à gauche, mais elle peut être bilatérale. Charcot a démontré qu'elle est souvent accompagnée d'anesthésie du même côté et d'attaques hystéro-épileptiformes. Cette douleur se manifeste spontanément pendant les attaques de grande ou de petite hystérie : la pression la réveille, et comme elle est fréquemment associée à la dysménorrhée d'origine nerveuse, on peut alors être tenté d'attribuer ce symptôme à une inflammation de l'ovaire[1]. Diagnostic avec Ovarie.

La façon dont la malade se défend contre la douleur provoquée par la pression est, par elle-même, caractéristique; dans les cas d'inflammation des annexes, la femme se plaint et se débat instinctivement par des mouvements destinés à écarter la main de l'explorateur; dans les cas d'ovarie, les mouvements n'ont rien de coordonné et affectent le type de convulsions irrégulières.

La **névralgie lombo-abdominale**, qui peut exister seule, et qui accompagne si souvent la métrite, a pour signe distinctif de siéger surtout dans la paroi abdominale et d'y être réveillée par une pression superficielle, spécialement aux points d'émergence bien connus des filets nerveux. La pression des annexes par la palpation bi-manuelle peut alors paraître douloureuse parce qu'on comprime en même temps les parois du ventre : il est facile de s'en assurer, en répétant successivement les deux modes d'exploration. Névralgie lombo-abdominale.

L'**inflammation de l'utérus** sera reconnue à ses signes spéciaux, sur lesquels je n'ai pas à revenir. Il est rare qu'il n'en existe pas au Métrite.

[1] C'est bien, suivant Charcot, dans l'ovaire et non pas seulement dans la région que siège la douleur. Ayant observé une grossesse chez une hystéro-épileptique atteinte d'ovarie prononcée, il a pu suivre l'ascension de la zone douloureuse, à mesure que l'ovaire s'élevait dans l'abdomen, entraîné par le développement de l'utérus. Les caractères de cette douleur ont quelque chose de spécial qui peut empêcher d'en méconnaître la nature. La pression progressive amène l'apparition d'une crise hystérique plus ou moins marquée, débutant par une constriction épigastrique, des nausées, des palpitations de cœur, l'accélération du pouls, la boule hystérique; puis surviennent des sifflements d'oreille, une douleur vive à la tempe, une obnubilation de la vue, phénomènes marqués surtout du côté affecté d'ovarie; enfin, il peut y avoir perte de connaissance plus ou moins complète. D'autre part, une pression énergique sur la région ovarienne peut faire avorter ou arrêter l'attaque. On doit, parfois, employer toute sa force pendant quelques minutes, pour vaincre la contracture des muscles de l'abdomen. Il est difficile, d'après cet ensemble de particularités cliniques, de méconnaître la nature purement névralgique d'une pareille douleur : le diagnostic sera encore assuré par la présence d'autres névralgies, de paralysies, de contractures, d'attaques hystéro-épileptiques. On pourra, d'autre part, retrouver les *stigmates* de l'hystérie : zones hystérogènes (points sous-mammaire, dorsal), régions anesthésiques, rétrécissement du champ visuel, etc.

moins des vestiges chez les malades atteintes d'inflammation tubaire caractéristique. J'ai déjà dit, en effet, que ces deux affections étaient rarement isolées. Même lorsqu'elle est prépondérante, la métrite s'accompagne très souvent d'un léger degré de salpingite ascendante, trop atténué pour donner lieu à des signes physiques appréciables par le toucher, pour mériter de prendre part à la dénomination de l'affection ou pour modifier le traitement, mais pourtant suffisante pour provoquer de la sensibilité des annexes.

Diagnostic de la prédominance de l'ovarite ou de la salpingite.

Est-il possible de déterminer, dans l'oophoro-salpingite, d'après l'examen physique et indépendamment des commémoratifs, la part qui revient à la trompe ou à l'ovaire? C'est là, il faut l'avouer, un diagnostic le plus souvent impossible, et qui, du reste, heureusement, n'est pas nécessaire, au point de vue de l'indication opératoire. L'altération sclèro-kystique de l'ovaire peut, à la vérité, exister sans lésion salpingienne notable. Toutefois les lésions des deux organes sont rarement dissociées. L'ovaire est même très souvent plus ou moins étroitement uni à la trompe par des adhérences, si bien que la tumeur qu'on rencontre est mixte, tubo-ovarienne. Il existe des cas, cependant, où le toucher, par la palpation bi-manuelle, permet de différencier le cordon épais que forme la trompe, de la tumeur oblongue que forme l'ovaire. Celle-ci est incomparablement plus mobile et plus détachée des bords de l'utérus; elle demande souvent, pour être trouvée, une assez longue recherche, et l'introduction profonde de deux doigts, index et médius, dans les culs-de-sac postérieur et latéraux du vagin; dans certains cas, la palpation bi-manuelle combinée au toucher rectal sera préférable. Outre ces caractères de forme et de mobilité, l'ovaire présente, quand il est enflammé, une sensibilité excessive, qui arrache un cri à la malade et provoque un mouvement de recul, dès qu'il a été seulement frôlé par le doigt explorateur. Enfin, c'est quand l'ovarite est prédominante, surtout des deux côtés, que la métrorrhagie ou la dysménorrhée sont le plus intenses, et qu'on observe des augmentations subites de la tumeur au moment des règles, soit qu'il y ait alors simple congestion ou qu'il se produise même une extravasation sanguine dans les cavités micro-kystiques[1].

Salpingite kystique. Péri-salpingite.

Les **salpingites kystiques** et les **péri-salpingites** seront reconnues d'après le volume, les caractères et les connexions de la tumeur, incomparablement plus volumineuse.

Toutefois, il n'est pas inutile de remarquer qu'à très peu de jours d'intervalle le clinicien peut rencontrer, tour à tour et à diverses

[1] Eug. Bœckel. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1861, p. 79. — F. Rollin. *De l'hémorrhagie de l'ovaire* (*Annal. de Gyn.*, nov. 1889, t. XXII, p. 354).

reprises, soit la tumeur allongée et comme funiculaire de la salpingite aiguë ou chronique, soit la tuméfaction arrondie et plus ou moins diffuse de la péri-salpingite provoquée par une poussée aiguë de courte durée.

Marche et pronostic

Marche et pronostic. — L'inflammation de la muqueuse des trompes est infiniment plus rebelle que celle de l'utérus. Quand l'élément septique s'est cantonné dans les replis multiples du tiers externe de l'organe, il est inaccessible aux moyens thérapeutiques directs, et, si la maladie guérit, on peut dire justement que c'est d'elle-même et par destruction des microbes sur place. On sait que cette heureuse évolution naturelle n'est pas impossible dans d'autres régions. Elle peut donc se produire là aussi, surtout si un traitement attentif dirigé sur la muqueuse utérine, dont celle des trompes dépend anatomiquement et physiologiquement, met, pour ainsi dire, le siège autour de l'inflammation salpingienne et fortifie incessamment les éléments anatomiques des tissus dans leur lutte contre les microbes.

La guérison peut-elle se faire complètement avec *restitutio ad integrum?* Assurément; mais elle doit être excessivement rare. La trompe guérie d'une inflammation aiguë demeure le plus souvent très altérée. Les faits anatomiques, pareils à ceux qu'a observés Boldt, montrent aussi la possibilité d'une guérison avec atrophie; d'autre part, en clinique, la persistance des symptômes morbides, lorsqu'une fois les annexes ont été atteintes, prouve combien cette maladie est rebelle et laisse des vestiges tenaces.

Poussées aiguës. Noyaux inflammatoires (pseudo-adénite péri-utérine).

Ce qui fait la gravité particulière de la salpingite aiguë ou chronique, ce sont les **poussées de péri-salpingite** (pelvi-péritonite) qui sont toujours imminentes. Il suffit d'une fatigue, d'un écart de régime, pour que les symptômes reçoivent un coup de fouet et pour que l'état de la malade devienne subitement plus sérieux. Lawson Tait pense qu'en pareil cas quelques gouttes de muco-pus sont tombées dans le péritoine et l'ont irrité. Quoi qu'il en soit de cette théorie un peu grossière, on constate alors au toucher un empâtement périphérique, causé par l'infiltration ou œdème aigu du tissu cellulaire sous-péritonéal. Le plus souvent, la résolution est obtenue par le repos et des soins appropriés, jusqu'à de nouvelles rechutes. Celles-ci peuvent aussi se produire durant des mois et même des années, remarquables chaque fois par la soudaineté de l'apparition et de la disparition des tumeurs inflammatoires, constatées dans les culs-de-sac. Ces tumeurs formées par de petits noyaux assez circonscrits, éveillent la sensation de masses ganglionnaires, et ont été, par suite, attribuées par beaucoup d'auteurs à des ganglions enflammés sans autre constatation anatomique : d'où le nom d'*adénite péri-utérine*, d'*adéno-lymphite*

donné à cette affection[1]. Il n'existe pas de ganglions à ce niveau, par suite, pas d'adénite ; mais cet œdème aigu se produit sans doute autour des troncs lymphatiques, et constitue de la péri-lymphangite. On l'observe précisément au-dessus du cul-de-sac vaginal, sur les côtés du col, en un point où Poirier a décrit une sorte d'enroulement des vaisseaux lymphatiques qui partent du col et se rendent dans les ganglions iliaques.

Stérilité.

La **stérilité** ne paraît pas être la conséquence fatale de la salpingite, qui peut guérir sans oblitération du pavillon. Cependant, quand une inflammation tubaire ancienne a oblitéré les deux trompes, la fécondation est impossible, et telle est sans doute la cause de la stérilité de la plupart des femmes de mauvaise vie.

Traitement.

Traitement. — Il ne suffit pas, quoi qu'en aient dit certains opérateurs, qu'une femme souffre avec persistance dans la région des annexes pour qu'on soit autorisé à pratiquer la laparotomie, dût-elle demeurer à l'état d'incision exploratrice. Après une période de véritables excès chirurgicaux, surtout à l'étranger où, selon l'expression d'Emmet[2], « l'ablation des annexes était pratiquée d'un cœur léger par des gens compétents et incompétents », on est arrivé à ne plus faire si aisément le sacrifice de la fécondité des femmes et à essayer de guérir, au lieu d'extirper[3].

Médication indirecte intra-utérine.

Le traitement de la tubo-ovarite catarrhale se confond, on peut le dire, avec celui de la métrite, comme celui de la pyélo-néphrite ascendante coïncide avec celui de la cystite qui lui a donné naissance. Repos absolu, purgatifs légers, antisepsie exacte du vagin, irrigations vaginales chaudes et prolongées : tels sont les premiers remèdes à prescrire. On y joindra, au besoin, des émissions sanguines, soit par la scarification du col, soit par des sangsues placées dans les fosses iliaques : c'est un excellent moyen pour calmer les douleurs aiguës quand il n'y a pas de contre-indications. Les applications de petits vésicatoires successifs avec du chlorhydrate de morphine (1 centigramme) sur la surface dénudée, les pointes de feu répétées dans la région iliaque, les bains tièdes prolongés, les lavements au laudanum, à la valériane, au chloral, sont les meilleurs moyens de calmer la douleur.

[1] Guéneau de Mussy. *Clin. méd.*, t. I, p. 474. — Martineau. *Leçons clin. sur les maladies de l'utérus*, p. 779. — Courty. *Annal. de gyn.*, 1881, t. XV, p. 241. — J. S. Carreau. *Med. Record*, 2 juill. 1881, t. XX, p. 5. — Émile Tillot. *De l'adénite péri-utérine chronique en petits noyaux et de son traitement thermal*, 1885. — A. Martin. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, 1887, p. 404.

[2] T.-A. Emmet. *Congrès de Baltimore*, sept. 1886 (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 25, p. 370)

[3] Henry Coe. *Is disease of the uterine appendages as frequent as it has been represented to be?* (*Amer. Journ. of Obstet.*, juin 1886, p. 561). — Sarah Post, W. Polk. *New-York med. Journ.*, 24 sept. 1887 et *Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 631. — P. Mundé. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 150.

On peut, comme je l'ai dit plus haut, conserver l'espoir de guérir la salpingite en même temps que l'endométrite, pourvu que les lésions n'aient pas le temps de s'invétérer. Le **curettage utérin** suivi d'injections réitérées de teinture d'iode, selon le procédé longuement décrit dans le chapitre des Métrites, m'a plus d'une fois permis de guérir, d'une manière indubitable, des salpingites au début[1]. Trélat[2] a obtenu des succès analogues par le curettage et les injections à la glycérine créosotée. C'est aussi, tout simplement, au traitement antiseptique de la métrite, bien plutôt qu'à une action mécanique problématique, et à une dilatation assurément bien indirecte de l'*ostium uterinum*, qu'il faut rapporter les guérisons publiées par Walton, Gottschalk et Doléris[3]. Curettage.

Le curettage doit-il être fait quand la salpingite s'accompagne de péri-salpingite aiguë, caractérisée par des noyaux douloureux dans les culs-de-sac vaginaux? Je ne le pense pas. Il est, je crois, préférable d'attendre que cet empâtement ait disparu sous l'influence des antiphlogistiques et du repos, ce qui a lieu très rapidement quand il ne s'agit pas d'une tumeur tubaire enkystée. Cette attente permet de trancher sûrement un diagnostic important. En effet, prôner la dilatation forcée et le curettage comme moyen curatif des exsudats périmétriques, ainsi que l'ont fait Walton (de Bruxelles) et Poullet (de Lyon), c'est formuler un précepte dangereux, parce que c'est supposer qu'on ne fera jamais une erreur de diagnostic. Certes, le traitement de la métrite par le curettage a pu, dans certains cas, guérir ou améliorer la péri-salpingite séreuse en même temps que la salpingite. Mais ce traitement peut, dans des circonstances analogues,

[1] Alex. Rizkallah. *Étude critique du traitement des salpingites et, en particulier, valeur du curettage de l'utérus dans la salpingite catarrhale.* Thèse de Paris, 1889. — M. Cuellar. *Du curettage utérin dans les affections péri-utérines.* Thèse de Paris, 1891.

[2] U. Trélat. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 26 déc. 1888, p. 1035 et suiv. — Hélène Finkelstein. *De l'influence du curage de l'utérus sur les complications des endométrites.* Thèse de Paris, 1889. — Le traitement indirect des complications tubaires de l'endométrite paraît avoir été d'abord décrit par Walton, *Acad. roy. de Belgique*, 30 juill. et 30 déc. 1887, et 28 janv. 1888. — *Drainage de la cavité utérine, en cas d'abcès pelvien*, Gand, 1888. — Poullet, de Lyon (*Lyon méd.*, févr. et mars 1888) a formulé, à sa suite, des conclusions analogues, mais en leur donnant une extension qui me paraît excessive.

[3] Doléris. *Évacuation artificielle des collections enkystées de la trompe par la dilatation permanente et le drainage utérin* (*Comptes rendus Soc. de biol.*, 21 déc. 1888). Le diagnostic de collections enkystées dans les cas cités me paraît plus que douteux; il s'agissait, sans doute, plutôt de ces noyaux d'œdème aigu périphérique qui compliquent souvent la salpingite et donnent la sensation d'une tumeur. C'est ce que Doléris lui-même semble avoir reconnu plus tard, et ce dont il convient avec loyauté. « Je ne suis pas bien certain que dans quelques-uns des cas où j'ai vu la dilatation de l'utérus et le curage faire évanouir en quelque sorte de semblables tumeurs, il ne s'agissait pas d'enkystements péritonitiques secondaires du bassin. » (*Quelques points du diagnostic différentiel de l'oophoro-salpingite* in *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, août 1889, p. 355.)

tuer les malades atteintes de pyo-salpinx méconnu, en amenant la rupture du kyste. En face de ce terrible danger, et en présence de l'incertitude souvent très grande du diagnostic, ne vaut-il pas mieux attendre, pour faire le curettage de l'utérus, que la poussée aiguë, dont on ne saurait apprécier l'intensité, ait disparu, et que l'on soit certain qu'elle ne masque pas une collection purulente?

Électricité. C'est encore à propos du traitement indirect qu'il convient de mentionner l'emploi de l'**électricité** dans certaines salpingites[1]. Je crois qu'on en a considérablement exagéré la portée. Il me paraît certain qu'on ne saurait agir sur les collections enkystées des trompes que par une ponction, tout aussi dangereuse avec la pointe *fluidifiante* d'une électrode qu'avec la pointe d'un trocart. S'il s'agit d'un hydro-salpinx ou d'un hémato-salpinx, on s'expose par cette ouverture incomplète, non seulement à une fistule interminable, mais encore à des accidents septiques. La galvano-puncture vaginale a, de plus, l'inconvénient, si elle n'ouvre pas des collections, d'amener des adhérences, qui elles-mêmes demeurent une cause de tiraillements douloureux et rendent ensuite toute tentative opératoire plus laborieuse. Ces réserves faites, je ne fais nulle difficulté de reconnaître que la galvano-caustique intra-utérine, en modifiant heureusement l'endométrite, peut améliorer une salpingite catarrhale. Seulement, je crois ce moyen plus compliqué et moins sûr que le curettage et les injections intra-utérines.

Chez les femmes très nerveuses, les courants faradiques continus, portés dans l'utérus avec l'excitateur bipolaire, ont pu amener du soulagement. Mais il faut procéder avec beaucoup de ménagements et toujours craindre la présence larvée du pus : en effet, on a vu l'électrisation de la cavité de l'utérus entraîner la rupture d'un pyo-salpinx[2].

Massage. Le **massage** a été vivement préconisé dans ces dernières années pour toutes les inflammations de l'utérus et des annexes[3], et, comme tous les procédés nouveaux, il a excité des enthousiasmes excessifs[4]. Ce moyen est loin d'être inoffensif. Je crois qu'il faut uniquement le réserver aux cas de salpingite chronique, sans aucun soupçon de

[1] Apostoli. *Bull. de thérap.*, 30 sept. 1888. — *Union méd.*, 1889, p. 330, 338 et 358.

[2] Kehrer. *Réunion des natur. et des méd. all.*, Heidelberg, sept. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 42, p. 736).

[3] Seiffart. *Die Massage in der Gynäk.*, Stuttgart, 1888. — Alf. Resch. *Thure Brandt's heilgymnastische Behandlung weibl. Unterleibskrankheiten*, 1888. — A. Semiannikow. *Soc. obst. et gynéc. de Saint-Pétersbourg*, 22 sept. 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 5, p. 81).

[4] Weissenberg (*Centr. f. Gyn.*, n° 22, p. 380) propose aux opérateurs qui n'ont pas les doigts assez longs et assez déliés pour pratiquer commodément le massage, de se servir d'une tige de bois semblable à l'embout d'un spéculum et coiffée de caoutchouc, pour remplacer les doigts introduits dans le vagin comme point d'appui aux manipulations externes.

collection enkystée, car celle-ci peut être accidentellement rompue dans le péritoine, au lieu d'être vidée à travers l'*ostium uterinum*, selon les désirs du masseur. Dans le cas d'inflammation aiguë, le massage est plus nuisible qu'utile. En froissant des tissus friables et gorgés de sang, il peut amener des ruptures et des hémorrhagies[1] très dangereuses. Cependant je conseillerai d'user de ce moyen pour les cas de *résidus* d'anciennes inflammations depuis longtemps éteintes, brides, adhérences, déviations cicatricielles, entretenant des douleurs pour lesquelles on a trop souvent eu recours d'emblée à la laparotomie.

En somme, le massage antiphlogistique doit suivre, en gynécologie, les règles analogues à celles que la chirurgie générale lui a imposées dans le traitement des arthrites, par exemple.

Si tous les moyens thérapeutiques ont échoué, au bout d'une attente suffisante on est autorisé à avoir recours à une opération radicale, l'**oophoro-salpingotomie.**

Oophoro-salpingotomie (opér. de Lawson Tait).

Il ne faudrait pas hésiter à la pratiquer sans retard, lorsque l'intensité des symptômes fait soupçonner une salpingite purulente pouvant devenir rapidement menaçante pour la vie. Il ne faut pas non plus proscrire l'opération, quoiqu'on doive alors être beaucoup plus réservé, dans les cas de tubo-ovarites chroniques, non purulentes. Ces lésions, en effet, tout en ne menaçant pas l'existence, la rendent tout à fait insupportable par les douleurs presque incessantes qu'elles occasionnent et le retentissement qu'elles entraînent sur l'état général. Mais ce n'est qu'après six mois, au moins, de traitement patient par les moyens que j'ai indiqués, qu'on sera autorisé à proposer et à pratiquer la castration pour une salpingite non purulente.

L'ablation des annexes, sauf dans des cas exceptionnels, est une opération bénigne. Elle comprend, en réalité, deux opérations distinctes : 1° la rupture des adhérences périphériques et le redressement de l'utérus, généralement dévié en rétroversion ou en rétroflexion; 2° l'ablation de la trompe et de l'ovaire, le plus près possible de l'utérus.

[1] H. Polk (*Amer. Journ. of Obst.*, fév. 1889, p. 126) a signalé ces dangers d'hémorrhagie, d'effusion de pus, de rupture de kystes folliculaires, par le massage; il rapporte un cas d'hématome ainsi produit en une seule séance. — Dührssen (*Soc. obstét. et gyn. de Berlin*, 10 mai 1889, in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 24, p. 417) cite le cas d'une femme qui avait été opérée par Gusserow pour une tumeur ovarienne suppurée, avec péritonite. On trouva la trompe pleine de sang, ce qu'on attribua, ainsi que la péritonite, au massage auquel la femme avait été soumise peu auparavant. La malade succomba. — J'ai observé récemment (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1895, t. XXI, p. 52) un cas de pyosalpinx double dans lequel le massage avait provoqué à droite, une hémorrhagie intra-tubaire, à gauche l'expression hors de la trompe d'une petite quantité de pus qui s'était heureusement enkysté.

craindre la présence du pus et ses conséquences; 2° les ovarites scléro-kystiques douloureuses; 3° les salpingites chroniques parenchymateuses et kystiques (séreuses et hématiques), où, malgré la marche peu menaçante des lésions, il y a lieu de faire l'opération pour remédier aux accidents ménorrhagiques, dysménorrhéiques et nerveux réflexes.

Gravité de la salpingectomie.

L'ablation des annexes enflammées, ne contenant qu'une petite quantité de mucus ou de muco-pus sans transformation en poche purulente ou pyo-salpinx, est, on peut le dire, une opération extrêmement **bénigne**. La réserve n'est pas commandée par la gravité de l'intervention, mais plutôt par la stérilité qui en est la conséquence.

CHAPITRE II

OOPHORO-SALPINGITE KYSTIQUE

Anatomie pathologique. — I. Salpingite kystique : pyo-salpinx; hydro-salpinx; hémato-salpinx et apoplexie de la trompe. — II. Ovarite kystique : kystes séreux; ovarite œdémateuse; kystes sanguins; kystes purulents; kystes lymphatiques. — Symptômes. Salpingite profluente. — Diagnostic de l'hydro-hémato- et pyo-salpinx entre eux. Diagnostic différentiel avec : kyste intra-ligamentaire; grossesse tubaire; corps fibreux (ponction et incision exploratrices); tumeur fibro-kystique; adénite pelvienne; grossesse; entérocèle adhésive. — Marche. Durée. Terminaison. Pronostic. Rechutes. Ruptures. Fistules. Propagation. Résidus. — Traitement. Laparotomie. Oophoro-salpingotomie. Technique opératoire. Position déclive de Trendelenburg. Eviscération. Résection partielle de la trompe. Salpingostomie. Résection partielle et ignipuncture de l'ovaire. Salpingorrhaphie. Hystérectomie vaginale. Gravité de la laparotomie. Parallèle entre la laparotomie et l'hystérectomie vaginale. Hystérectomie abdominale totale.

Anatomie pathologique. Salpingite kystique.

Anatomie pathologique. — Salpingite kystique. Il convient de mettre en première ligne, parmi les dilatations kystiques de la trompe, celle qui est due à une accumulation de pus. Il semble, en effet, avéré que le pyo-salpinx se transforme souvent en kyste séreux et parfois en kyste hématique. Lorsque, sans doute par la destruction spontanée des germes, le travail phlegmasique s'est arrêté, l'abcès de la trompe peut, comme un abcès froid, se changer en une collection séreuse par une sorte de *clarification du pus* dont les éléments

solides se déposent sur la paroi, tandis que la partie séreuse augmente. Telle paraît être l'origine de la grande majorité des hydrosalpinx. Enfin la rupture de jeunes vaisseaux des parois de la poche d'un ancien pyo-salpinx l'a parfois remplie de sang.

Pyo-salpinx.

Le **pyo-salpinx**, ou kyste purulent de la trompe, est une conséquence de la salpingite purulente, en particulier de l'infection blennorrhagique ou de l'infection puerpérale, cette dernière agissant principalement *post abortum*. Lawson Tait[1], puis Freund[2] ont attaché une grande importance, comme je l'ai dit, au développement incomplet, à l'état infantile de l'oviducte, qui le prédisposerait à s'oblitérer et à se transformer en kyste.

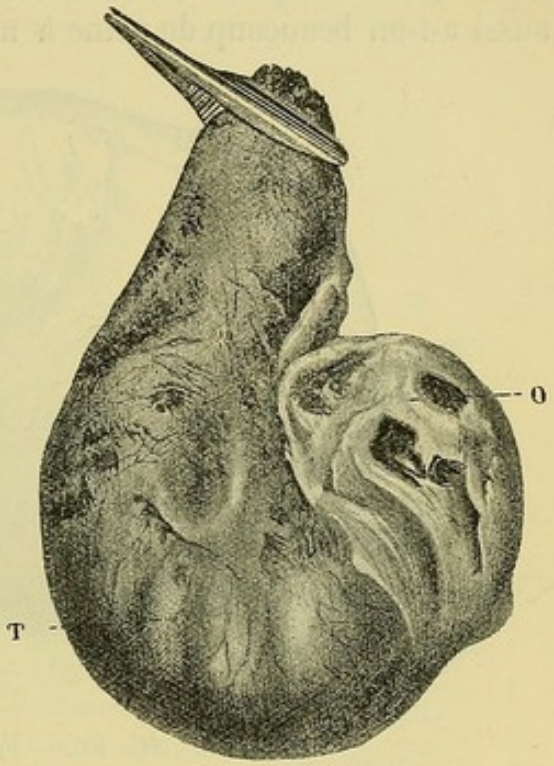


Fig. 399. — Pyo-salpinx adhérent à un ovaire scléro-kystique (Pozzi).

T. Trompe dilatée. O. Ovaire scléro-kystique.

La trompe, dont l'extrémité externe est fermée par une agglutination et une sorte d'intussusception des franges du pavillon, est dilatée dans ses deux tiers externes, plus rarement dans sa presque totalité; il reste le plus souvent une longueur de 1 à 2 centimètres près de la corne de l'utérus, où elle a conservé à peu près sa grosseur normale, tout en y présentant une dureté plus grande. On peut observer à ce niveau une torsion du pédicule utérin de la trompe[3]. Le pavillon est parfois adhérent à l'ovaire qui se fusionne plus ou moins intimement avec le kyste (fig. 399); il est très rare de trouver ce pavillon intact et libre, dépassant la poche purulente oblitérée en dedans de lui, plus près de l'utérus. Des fausses membranes sont disséminées autour de la trompe et de l'ovaire qu'elles fixent le plus souvent en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas. L'utérus lui-même est, par

[1] Lawson Tait. *Traité des maladies des ovaires*, trad. franç., Paris, 1886, p. 78. — *Brit. med. Journ.*, 16 avril 1887, t. I, p. 825.

[2] W. A. Freund, *Samml. klin. Vortr.* 1889, n° 325.

[3] Cette torsion que j'ai observée depuis fort longtemps n'a pas, à mon sens, l'importance que quelques auteurs lui ont attribuée au point de vue de l'oblitération de la trompe; cette oblitération est surtout due au travail inflammatoire : Bland Sutton. *Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes*. Londres, 1891, p. 526. — P. Delbet. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1892, p. 300. — H. Hartmann et E. Reymond. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1894, t. XLII, p. 172.

suite, ordinairement dévié. La trompe gauche est à peu près constamment plus anciennement atteinte et plus altérée que la droite.

Les dimensions des kystes sont très variables; on en a cité qui étaient gros comme une tête de fœtus[1], une noix de coco[2]. Mais ordinairement, ils ne dépassent pas le volume d'une petite poire dont ils affectent la forme; souvent ils sont un peu contournés sur eux-mêmes, en cor de chasse (fig. 400). Leur couleur est blanc jaunâtre. L'épaisseur de la poche est variable; il existe fréquemment un point faible qui correspond aux adhérences de cette poche en arrière; aussi a-t-on beaucoup de peine à ne pas crever le sac, à ce niveau,

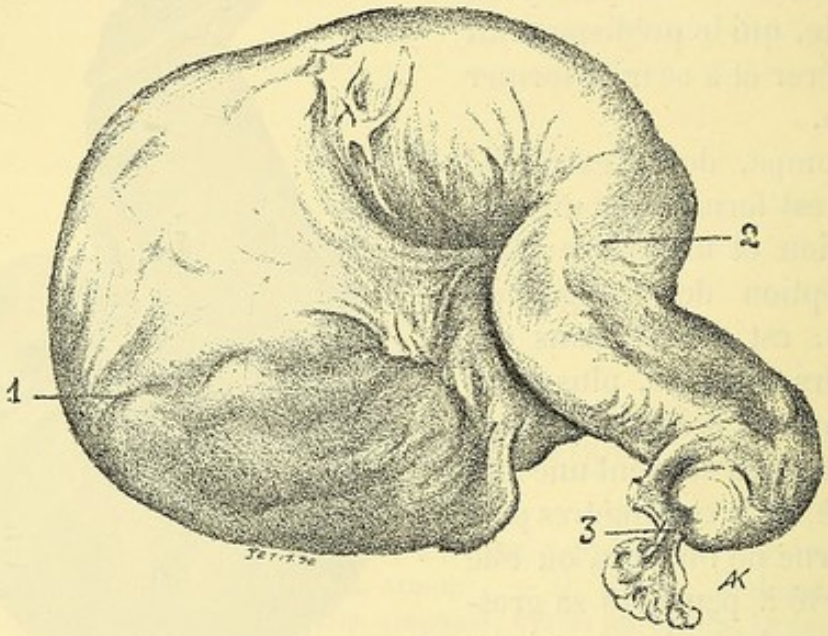


Fig. 400. — Pyo-salpinx.

1. Partie dilatée de la trompe formée par son extrémité externe oblitérée : on ne voit plus trace du pavillon. — 2. Partie moyenne épaissie et recourbée. — 3. Section de la trompe près de l'extrémité utérine; au-dessous on voit le débris d'une adhérence.

en le décortiquant. La surface interne est tomenteuse; le pus est ordinairement crémeux et jaunâtre; il présente une odeur fétide quand les adhérences avec le rectum sont intimes.

On peut voir un kyste du ligament large ou de l'ovaire, immédiatement situé sous la trompe enflammée, suppurer à son tour et même se mettre en communication avec elle[3]. J'ai rencontré un exemple de la première variété.

Au microscope, on trouve la surface interne recouverte de végé-

[1] Dagron. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 26 (avec fig.) ; opération par L. Championnière. La tumeur avait la forme d'une cornemuse ou d'un estomac et contenait approximativement 1200 grammes de pus. Elle est aussi figurée dans les *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 18 janv. 1888, p. 66.

[2] J. W. Elliot. *Boston med. and surg. Journ.*, 21 avril 1887, t. CXVI, p. 378.

[3] J. W. Elliot. *A case of chronic salpingitis; tubo-ovarian cyst acutely inflamed; hemorrhage into the cyst.* (*Amer. Journ. of Obstet.*, févr. 1887, t. XX, p. 141, avec fig.)

tations ramifiées analogues à celles de la salpingite aiguë catarrhale, mais deux ou trois fois plus épaisses, ce qui est dû à l'infiltration infiniment plus abondante de leur stroma par des cellules embryonnaires. Elles sont tapissées par une couche simple de cellules cylindriques qui a persisté dans le fond des anfractuosités qui les séparent. Les couches profondes de la muqueuse sont riches en cellules fusiformes. Plus près de la surface, existe une zone d'infiltration cellulaire si abondante qu'elle donne l'apparence d'un tissu de granu-

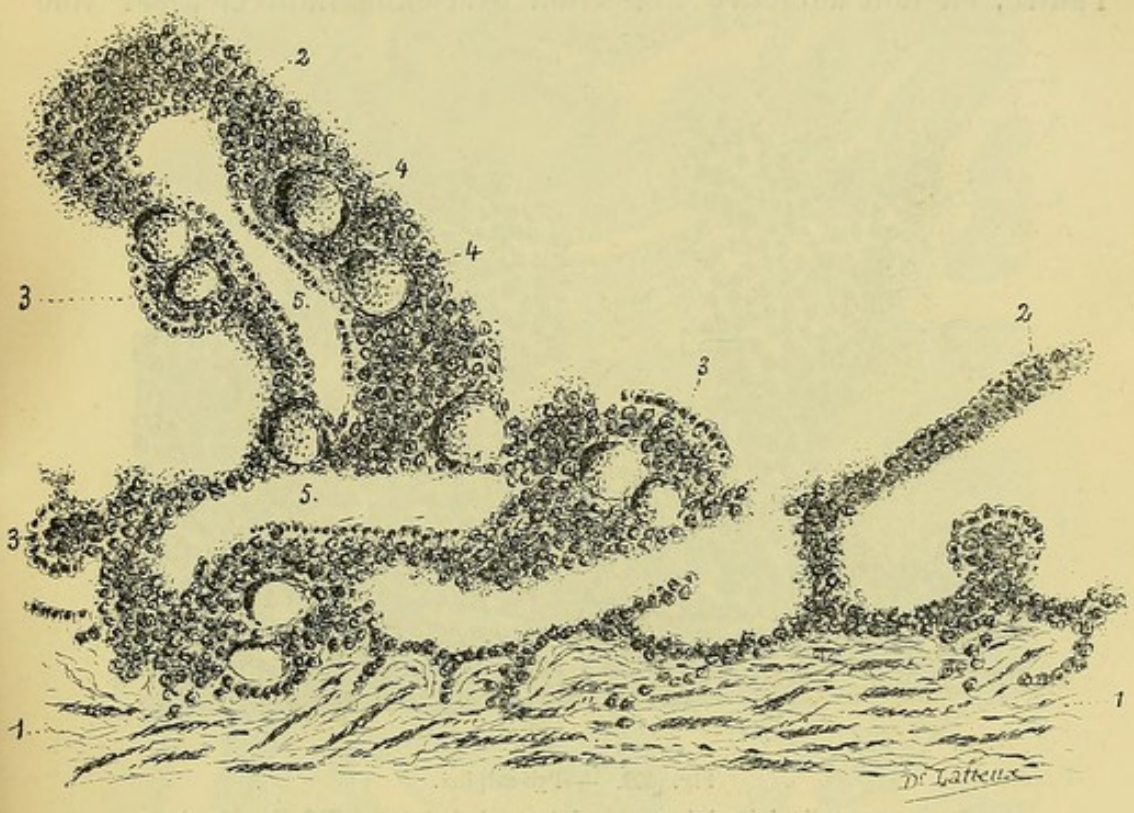


Fig. 401. — Pyo-salpinx.

1. Tissu fibro-musculaire de la trompe. 2. Villosités infiltrées de cellules embryonnaires et dénudées de leur épithélium. 3. Points où l'épithélium est encore visible. 4. Vaisseaux dilatés et pleins de sang. 5. Lacunes provenant de la soudure de villosités voisines.

lation. Les parois de la trompe, dans le point non dilaté, qui, à l'œil nu, paraît relativement sain, sont aussi infiltrées de cellules embryonnaires; partout la dilatation des vaisseaux est notable.

Dans les pyo-salpinx, il peut exister une certaine perméabilité du bout inférieur de la trompe. On a dit que, dans cette variété profluente, les parois étaient plus épaisses; cela paraît tenir à ce qu'elles ne sont pas alors distendues à l'excès. On a aussi prétendu que l'hypertrophie des fibres musculaires pouvait, alors, assurer l'évacuation de la poche. Cela est très douteux; cette dernière se fait plutôt par trop-plein.

Il peut se faire que, la trompe étant, du reste, plus ou moins

altérée et offrant les signes d'une inflammation interstitielle chronique, l'ovaire soit seul transformé en une cavité purulente, ou présente des abcès circonscrits. En pareil cas, l'inflammation s'est souvent propagée par adhérence et inoculation venue de la trompe, atteinte la première, et, qui a sans doute, après évacuation de son contenu dans l'utérus, spontanément évolué vers l'inflammation chronique, tandis que la suppuration continuait à se faire dans l'ovaire. D'autres fois, ces organes étant restés très éloignés l'un de l'autre, on doit admettre l'infection ovarienne indirecte, par voie

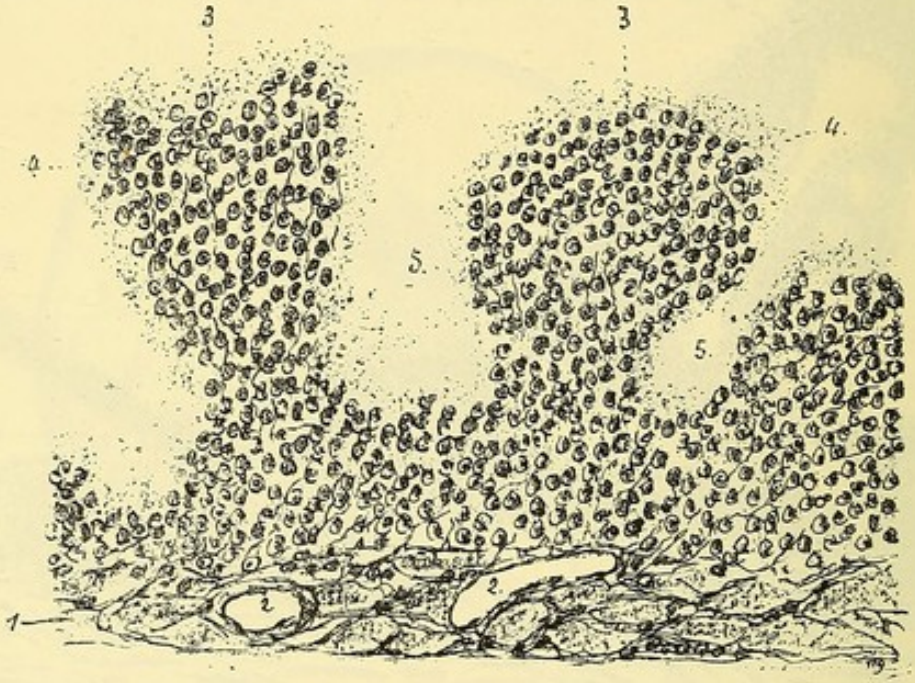


Fig. 402. — Pyo-salpinx.

Coupe perpendiculaire à la surface interne de la trompe (350 diamètres).

1. Tissu fibro-musculaire. 2. Vaisseaux. 3. Villosités formées entièrement d'un tissu conjonctif lâche infiltré d'innombrables cellules et ne présentant à leur surface aucune trace d'épithélium. 4. Masse granuleuse de fibrine coagulée avec éléments sanguins interposés. 5. Espaces entre les villosités.

lymphatique. Quoi qu'il en soit, il est probable que la formation d'abcès dans l'ovaire, par contagion tubaire, est ordinairement favorisée et comme préparée par un petit kyste préexistant, kyste folliculaire ou kyste du corps jaune, ou même simplement par la dégénérescence micro-kystique.

Le pyo-salpinx peut coïncider avec des tumeurs utérines, corps fibreux et cancer.

L'abcès froid de la trompe, ou **pyo-salpinx tuberculeux**, se reconnaît assez difficilement lorsqu'il n'existe pas en même temps des lésions similaires de l'ovaire ou de l'utérus. Il peut cependant exister, sur le péritoine voisin, des granulations tuberculeuses caractéristiques;

quant aux masses caséeuses contenues dans la trompe, elles pourraient être produites par une simple inspissation du pus, et l'on sait que cet aspect phymatoïde, auquel les anciens attachaient tant d'importance, n'a qu'une très médiocre valeur. Le microscope seul

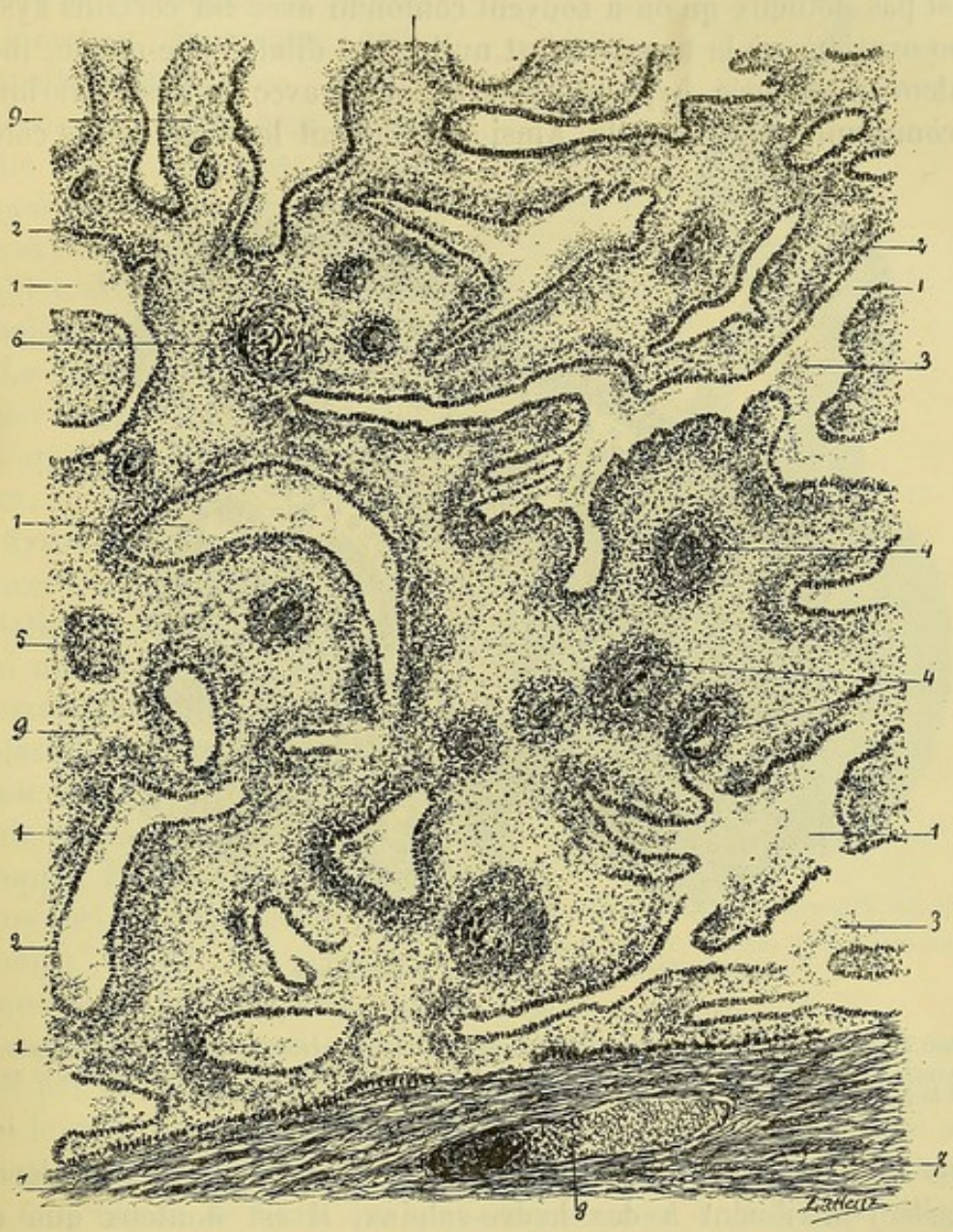


Fig. 403. — Salpingite tuberculeuse.

Coupe perpendiculaire à la paroi de la trompe (vue d'ensemble).

1. Villosités de la trompe, plus ou moins soudées et laissant entre elles des cavités irrégulières plus ou moins considérables. 2. Épithélium cylindrique à cils vibratiles. 3. Mucus. 4. Follicules tuberculeux avec cellules géantes. 5. Follicule sans cellule géante. 6. Vaisseau oblitéré. 7. Paroi de la trompe. 8. Gros vaisseau plein de sang coagulé. 9. Tissu des villosités infiltré de nombreuses cellules embryonnaires plus abondantes au voisinage des follicules.

peut trancher la question, en décelant l'architecture cellulaire spéciale du follicule tuberculeux (fig. 403) avec ses zones nucléaires groupées autour de la cellule géante, et surtout le bacille de Koch. Hegar, Orthmann l'ont rencontré; mais, comme le gonocoque de Neis-

ser dans la blennorrhagie, il peut manquer (parce qu'il a disparu), sans qu'on puisse, pour cela, affirmer que la lésion n'est pas spécifique.

Hydro-salpinx.

L'**hydro-salpinx**[1], ou *hydropisie tubaire*, est, au point de vue anatomique, la lésion de la trompe la plus anciennement connue. Mais il n'est pas douteux qu'on a souvent confondu avec lui certains kystes tubo-ovariens où la trompe n'est nullement dilatée elle-même, mais seulement allongée, hypertrophiée, et soudée avec un kyste ovarique, et communiquant avec elle. Ainsi s'expliquent les dimensions colos-

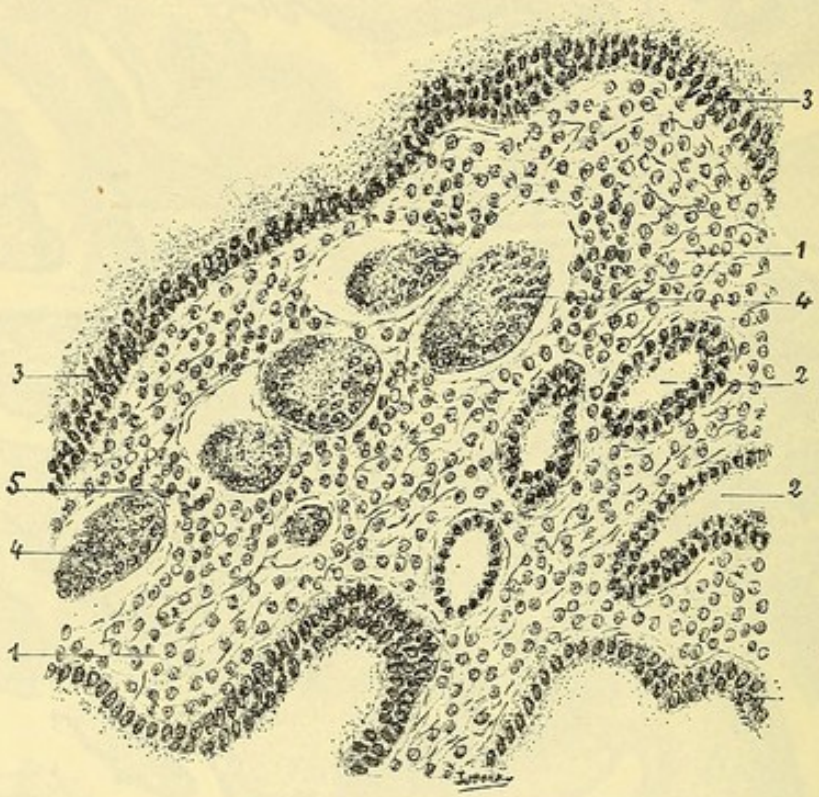


Fig. 404. — Salpingite tuberculeuse.

(Un point de la figure 403 fortement amplifié.)

1. Tissu des villosités avec nombreux éléments embryonnaires arrondis. 2. Villosités coupées en travers. 3. Épithélium à cellules disposées sur plusieurs rangées, et cylindriques dans la partie profonde. 4. Six cellules géantes de volume variable. 5. Cellules proliférées.

sales que certains anciens auteurs, et même quelques modernes (Peaslee) attribuent à des hydro-salpinx. Il est douteux que ces tumeurs puissent dépasser le volume d'une tête de fœtus. Le plus souvent, elles atteignent seulement celui d'une petite poire (fig. 405). Leur aspect est lisse, leur couleur blanc bleuâtre; les parois sont très minces, transparentes par place, papyracées. Dans quelques

[1] Une figure très démonstrative de l'hydro-salpinx a été donnée, il y a près de deux siècles, par Abraham Cyprianus dans sa *Lettre rapportant l'histoire d'un fœtus humain de 21 mois*, Amsterdam, 1707, p. 22. Cette lésion fut trouvée sur le cadavre d'une femme devenue stérile, après un accouchement laborieux.

Une autre figure analogue existerait dans Dekker, *Exercitationes practicæ*, Leyde, 1695, d'après J. Greig Smith. *Abdominal Surgery*, Londres, 1887, p. 157 (en note).

cas, la trompe ne se distend pas d'une façon égale en tous ses points et l'hydro-salpinx présente des coudures sigmoïdes (fig. 406). Il y a, généralement, peu de fausses membranes périphériques, ou bien elles sont minces et distendues, car l'hydropisie des trompes correspond toujours à une inflammation d'ancienne date, actuellement éteinte.

Froriep[1], qui a bien étudié cette lésion autrefois, divisait l'*hydrops tubæ* en deux espèces : *aperta* et *occlusa*, selon qu'il y avait ouverture ou occlusion de l'extrémité interne.

Le liquide est citrin; on y observe parfois un peu de sang ou quelques flocons puriformes.

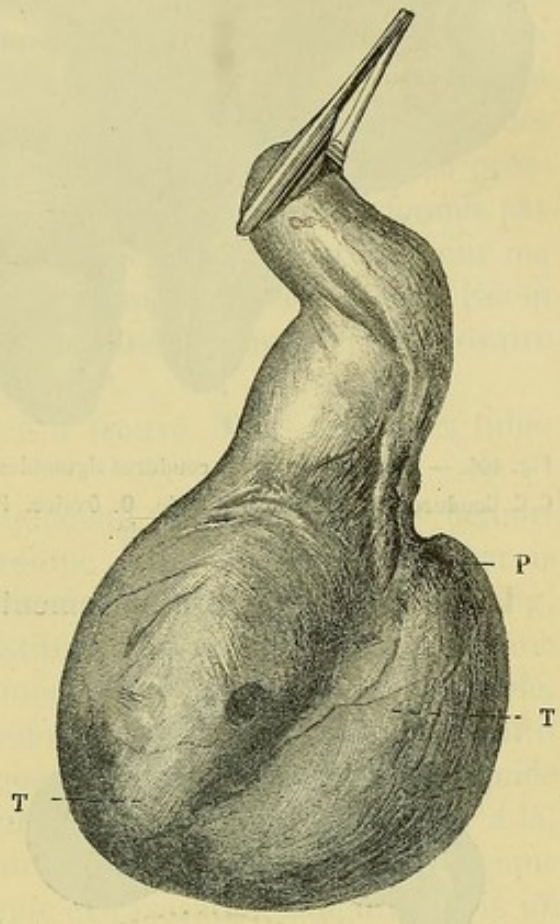


Fig. 405. — Hydro-salpinx en forme de sac (Pozzi). T. Trompe dilatée. P. Vestiges du pavillon complètement oblitéré.

Kystes tubo-ovariens.

Kystes tubo-ovariens. — Je placerai ici quelques détails relatifs à une variété de kystes qui mérite d'être distingués et classés, par suite d'une particularité morphologique importante qu'ils doivent à leurs connexions acquises avec la trompe. L'ovaire kystique est, dans ces cas-là, greffé à la trompe dilatée qui communique avec lui, en sorte que la cavité, généralement très infléchie en forme de cornue, est constituée par une portion tubaire et une portion ovarienne. C'est Richard[2] qui le premier a donné une bonne description de cette variété anatomique. Généralement ce sont des petites tumeurs de l'ovaire (kystes du follicule de de Graaf qui sont ainsi soudées à la trompe dilatée, en sorte que leur volume n'est ordinairement pas considérable. Mais

[1] Froriep. *Beobachtung einer wahren Sackwassersucht der Fallopischen Trompeten.* (*Med. Zeit.*, Berlin, 1834, n° 1, p. 3 et suiv.)

[2] A. Richard. *Mém. de la Soc. de chir.*, 1853, t. III, p. 121. — *Bull. de l'Acad. de méd.* 1856, t. XXI, p. 356. — *Bull. gén. de thérap.*, 1857, t. LII, p. 152. — Voir aussi à ce sujet : Labbé. *Bull. de la Soc. anat.*, mai 1857, p. 141. — Rokitansky. *Allg. Wien. med. Zeit.*, 1859, n° 35. — Hennig. *Monatschr. f. Geb.*, 1862, t. XX, p. 128. — Hildebrandt. *Die neue gynäk. Universitätsklinik zu Königsberg.* Leipzig, 1875, p. 109. — Thornton, *Trans. of the obstet. Soc. of London*, 1879, t. XXI, p. 119. — H. Burnier. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1880, Bd. V, p. 357 et 1881, Bd. VI, p. 90. — Wachsmuth. Dissert. inaug. Halle, 1885. — Terrillon. *Progrès méd.*, 1888, n° 49, p. 472.

Hildebrandt et Olshausen ont vu des kystes tubo-ovariens formés par des kystes proliferes, ayant par suite de très grandes dimensions, et deux autres cas de ce dernier auteur se rapportent vraisemblablement à des kystes du ligament large[1]. Cette variété peut donc se surajouter, pour ainsi dire, à toutes les espèces de kystes.

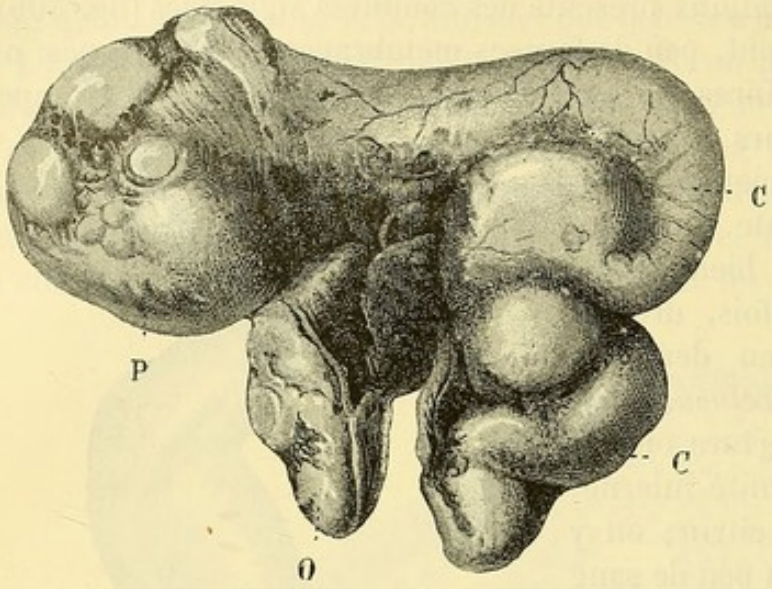


Fig. 406. — Hydro-salpinx ave coudures sigmoïdes de la trompe (Pozzi). C. C. Coudures de la trompe dilatée. O. Ovaire. P. Pavillon oblitéré et distendu.

La trompe reste ordinairement perméable, ce qui permet au

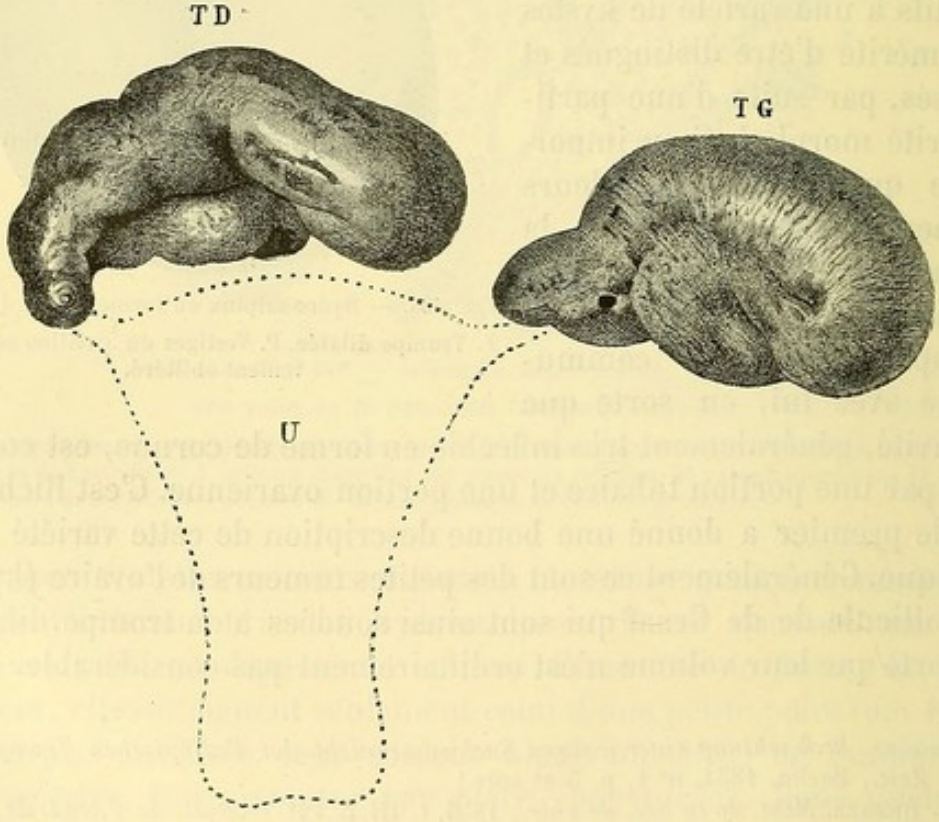


Fig. 407. — Hydro-salpinx double. Renversement interne des annexes droites (Pozzi).

liquide de s'écouler dans l'utérus, dès que la pression dans la poche devient exagérée. Ainsi se trouve constituée une *hydropisie ovarique*

[1] Olshausen, *Die Krankh. der Ovarien*, Stuttgart, 1886, p. 59.

profluente, comparable à ce qu'on a décrit dans l'hydro-salpinx sous le nom d'*hydropisie tubaire profluente*. Cette communication joue le rôle d'une soupape de sûreté qui empêche la distension exagérée du kyste et s'oppose à son accroissement. Hennig a pu constater dans un cas l'affaissement périodique après leur évacuation, des tumeurs qui étaient bilatérales. Quant à la genèse de ces kystes composés, on peut se demander si l'adhérence de la trompe à l'ovaire précède ou suit la formation du kyste, s'il n'y a pas au début inflammation des annexes amenant leur adhérence ou bien encore coïncidence préalable d'hydro-salpinx et de kyste ovarique réunis et fusionnés par résorption de la cloison (Schramm)[1]. Je suis porté à croire pour ma part que tel est le plus souvent le processus, en sorte que la lésion pourrait être aussi bien décrite au chapitre des maladies de l'ovaire qu'à celui de la pathologie de la trompe[2].

Sur 300 ovariotomies, Olshausen a trouvé 5 cas de kystes tubo-ovariens dont 1 était bilatéral.

Hémato-salpinx et apoplexie de la trompe.

L'**hémato-salpinx**[3] devrait être totalement séparé des petites hémorragies ou hématomes de la trompe qui distendent les parois simplement enflammées de l'oviducte; ces épanchements de sang, susceptibles de se résorber, constituent un accident plutôt qu'une maladie. L'hématocèle de la trompe, ou hémato-salpinx véritable, comporte à la fois l'altération profonde des parois, qui ont définitivement pris la constitution kystique, et une modification du liquide sanguin, analogue à celle qu'il subit dans les hématocèles. Il y a là, en un mot, une lésion stable, au lieu d'un accident pathologique transitoire, comme l'est une simple extravasation sanguine dans un organe enflammé. Mais la distinction précédente n'ayant pas été faite par les auteurs, je devrai me conformer à l'usage.

Si on laisse de côté les cas de rétention du sang menstruel par atrésie des voies génitales, qui doivent être traités dans le chapitre spécial des MALFORMATIONS, il reste deux grandes variétés d'hémato-salpinx :

1° La première, qui est sans doute la plus fréquente, dont je viens

[1] J. SCHRAMM. *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 33, p. 593. — GOTTSCHALK (*ibid.* 1891, n° 22, p. 458) pense que le point de départ primitif est une hydropisie du follicule de de Graaf.

[2] Voir sur ce sujet DORAN. *Specimen illustrating the development of tubo-ovarian cysts as a result of inflammation of the uterine appendages* (*Brit. med. journ.*, 1887, p. 781). — GRIFFITH. *Tubo-ovarian cysts.* (*Trans. obst. Soc. of London*, 1er juill. 1887, in *Brit. med. Journ.*, 1887, p. 1277). — ELLIOT. *A case of chronic salpingitis; tubo-ovarian cysts acutely inflamed, hemorrage into the cyst; operation; recovery* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, p. 141). — F. B. ROBINSON. *Tubo-ovarian cysts.* (*Ibid.*, 1890, t. XXIV, p. 1311). — V. ROSTHORN. *Réun. de la Soc. gyn. de Bonn*, 1891 (*Centr. f. Gyn.*, 1891, p. 515) et *Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Gyn.*, 1891, p. 327.

[3] Une des premières observations anatomiques d'hémato-salpinx est due à BÉRAUD. (BECQUEREL. *Traité clin. des maladies de l'utérus*, 1859, t. II, p. 280.)

de parler, est l'**apoplexie de la trompe** qui peut incidemment survenir dans le cours d'une inflammation catarrhale, ou même dans le cours d'une menstruation troublée par un écart de régime, par une fatigue exagérée, par un refroidissement chez les névropathes ou les

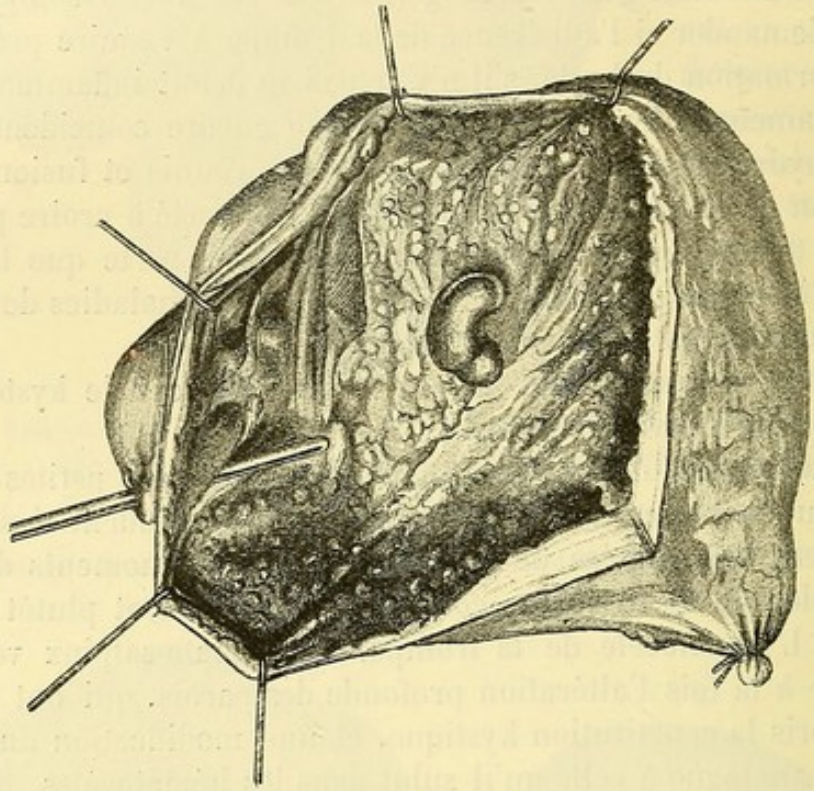


Fig. 408. — Hémato-salpinx suppuré.

La poche est ouverte : on y voit l'aspect mamelonné de la surface interne et un petit corps réniforme (embryon?)[1]. Une sonde cannelée *a* traverse un orifice qui faisait communiquer la poche avec le rectum. *b*. Ligature placée sur l'extrémité utérine (pièce enlevée par la laparotomie).

pléthoriques. Il est possible que les symptômes attribués par certains auteurs à la *congestion de l'utérus*, à la *congestion pelvienne*, n'aient pas une autre origine. La lésion ne persiste pas généralement, le caillot se résorbe, et les accidents peuvent cesser peu à peu, à moins qu'ils n'aient été greffés, ce qui est fréquent, sur les symptômes d'une salpingite chronique parenchymateuse[2].

[1] Ce petit corps réniforme représenté sur cette figure, qui avait été considéré comme un caillot au moment où la pièce a été dessinée et qui a été ensuite malheureusement perdu, était peut-être un caillot, peut-être un embryon, et l'hémato-salpinx n'était alors que le sac transformé d'une grossesse tubaire, arrêtée de très bonne heure dans son évolution par une apoplexie, puis par la suppuration. La malade, que j'ai opérée en janvier 1887, a rapidement guéri ; l'observation a été publiée. Voir Riskallah, Thèse de Paris 1889. (Obs. 5.)

[2] Il n'est pas douteux que la muqueuse des trompes soit le siège d'une exhalation sanguine durant la menstruation. Il y aurait, d'après A. Pech, une hémorrhagie physiologique dans la cavité tubaire, comme dans la cavité utérine. Quand le moignon de

2° La seconde variété d'hémato-salpinx, la seule qui possède effectivement une véritable personnalité anatomique, est caractérisée surtout par la présence d'un sac, analogue à celui du pyo-salpinx. Pour que ce sac se constitue, il faut, je crois, admettre, ou une grossesse tubaire arrêtée dans son développement par la mort précoce de l'embryon qui s'est résorbé[1], ou bien un pyo-salpinx antérieur ayant oblitéré le pavillon et épaissi les parois, à mesure qu'elles

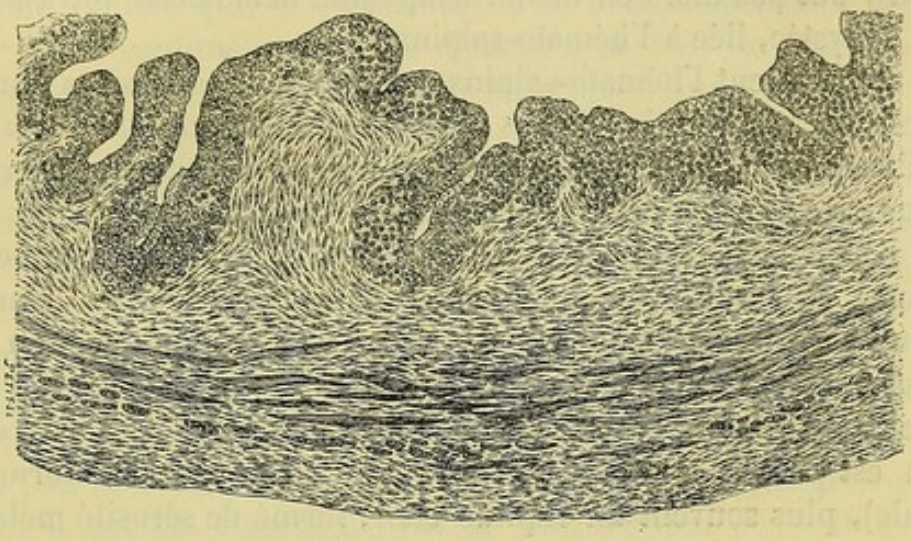


Fig. 409. — Hémato-salpinx.
Coupe vue à un faible grossissement (Wyder).

se dilataient; l'hémorrhagie survenue dans une cavité pathologique, dont la surface est incapable de résorption, devient, par suite, définitive. Parfois la transformation se fait directement de pyo en hémato-salpinx; c'est dans ces cas-là que le liquide est le plus clair et la paroi le plus mince.

trompe est fixé à la paroi abdominale, après l'ovariotomie, par le clamp ou la ligature extra-péritonéale, on voit très fréquemment, au moment des règles, un suintement se faire par la surface de section. Spencer Wells. *Diagnostic et traitement des tumeurs abdominales*, trad. franç., 1886, p. 168. — A. Poncet. Thèse de Paris 1878, p. 28. — T. E. Prewitt. *Amer. Journ. of med. sciences*, avril 1876, t. LXX, p. 422. — Lawson Tait. *Brit. med. Journ.*, 1878, t. I, p. 935. — Migrew. *Amer. Journ. of Obstet.*, sept. 1884, p. 912. — Cette hémorrhagie physiologique est donc, sinon constante, au moins très fréquente, et elle doit se produire très facilement, quand une cause quelconque vient augmenter la congestion active ou passive de l'appareil génital. Si l'hémorrhagie se produit quand les extrémités de la trompe sont libres, elle a grandes chances pour passer entièrement dans l'utérus, sans produire de troubles (état physiologique); est-elle plus abondante, elle peut donner lieu à des caillots dans l'intérieur de la trompe, et à des phénomènes morbides mal déterminés, jusqu'à leur résorption; est-elle excessive, une hématocèle rétro-utérine peut en résulter. — Landau et Rheinstein. *Ueber das Verhalten der Schleimhäute in verschlossenen und missbildeten Genitalien und über die Tubenmenstruation* (*Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd. XLII, p. 273).

[1] A. Martin (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 40, p. 689) a montré à la 62e *réunion des naturalistes et médecins allemands à Heidelberg*, une pièce d'hémato-salpinx où, en l'absence de toute trace de fœtus, il a pu découvrir des villosités choriales. — On devra toujours les rechercher, avant de se prononcer sur la nature d'un sac tubaire.

Inversement, il peut arriver qu'un hémato-salpinx suppure secondairement; l'infection se fait alors, sans doute, bien plutôt par les lymphatiques que par l'intermédiaire de la cavité utérine avec laquelle toute communication est interrompue.

Le volume de ces poches n'excède généralement pas celui d'une poire; cependant Lawson Tait en cite une qui dépassait l'ombilic et contenait plusieurs litres. Il me paraît difficile de ne pas admettre qu'il n'y eût pas alors en même temps une hématocèle intra-péritonéale enkystée, liée à l'hémato-salpinx.

On voit souvent l'hémato-salpinx coïncider avec des corps fibreux; ce n'est pas à la pression de ces tumeurs sur l'*ostium uterinum* qu'il faut l'attribuer, mais bien plutôt à la métro-salpingite hémorrhagipare qui accompagne le développement des myomes[1].

La poche des hémato-salpinx est épaisse par places, mince en certaines autres. L'hypertrophie des fibres musculaires peut s'y rencontrer, comme dans le pyo-salpinx. La communication peut persister avec l'utérus. Quant au contenu, il peut être du sang sirupeux de couleur chocolat (principalement dans les cas où la lésion est due à la rétention des menstrues, par malformation génitale), plus souvent un liquide clair, formé de sérosité mélangée de sang ou de pus mêlé de sang. Les caillots peuvent y former des couches sur les parois ou de petites masses fibrineuses libres (fig. 409).

L'étude histologique de la poche montre un processus irritatif moindre que dans le pyo-salpinx. Cependant on constate encore une richesse inaccoutumée de la muqueuse en cellules fusiformes qui, dans quelques replis, semblent s'élever perpendiculairement de la couche profonde. Le sommet de ces plis est généralement privé d'épithélium; les intervalles qui les séparent peuvent conserver un riche réseau de capillaires gorgés de sang qu'on suit jusque près de la surface de la muqueuse. En plusieurs endroits, de petites hémorrhagies parenchymateuses masquent la trame des tissus (fig. 410).

Ovarite kystique.

II. **Ovarite kystique.** — Les *micro-kystes* ou *kystes de l'ovaire à médiocre développement* ont leur place marquée dans l'étude de l'inflammation dont ils dérivent et non dans le chapitre des kystes proligères de l'ovaire, ou kystes de l'ovaire proprement dits dans une néoplasie.

Petits kystes séreux.

A. **Petits kystes séreux.** — Il est ordinaire de rencontrer à la surface d'ovaires normaux un certain nombre de follicules gonflés de liquide; il ne s'agit donc là probablement que d'un état purement

[1] v. Campe. *Verhandl. der Berl. Ges. f. Geb. und Gyn.*, 1883. — A. Th. Wyder. *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 55.

physiologique[1], de l'évolution simultanée d'un certain nombre d'ovules, en vue d'assurer la ponte. D'autre part, les auteurs les plus compétents affirment que, même dans les cas où les tissus périphériques sont nettement altérés, on ne peut trouver, dans les follicules existants, de modifications histologiques permettant de les différencier des follicules normaux en voie d'accroissement ou de régression. C'est donc sur la multiplicité de ces follicules et surtout sur leur volume qui, à l'état normal, ne doit pas dépasser 2 centimètres à 2 centimètres 1/2 de diamètre, et sur les lésions concomitantes, que nous devons nous baser pour juger de l'état morbide.

Les **gros kystes folliculaires** se présentent sous forme de poches sphériques, uniloculaires, variant ordinairement du volume d'une petite cerise à celui d'une noix, mais pouvant atteindre des dimensions beaucoup plus considérables[2]. Disséminés ou agglomérés de préférence à la surface de l'ovaire, ils se rencontrent également dans son épaisseur. Ils présentent à la coupe une paroi à double contour, à surface lisse, un contenu limpide et incolore[3]. D'après Ritchie et Webb[4], on ne retrouve plus d'ovule dans les kystes plus gros qu'une cerise; il semble disparaître par la prolifération des cellules granuleuses qui l'entourent. L'épithélium pariétal, d'abord à l'état de prolifération, dégénère plus tard sous forme colloïde ou granuleuse. Quant à la couche dite lymphoïde (Slavjansky), elle se confond peu à peu avec la couche cellulo-vasculaire contenue dans un commun processus de sclérose. Dans certains cas, d'après Toupet, il semblerait s'agir d'une hydropisie non du follicule, mais de l'ovule lui-même[5].

J'ai extirpé un ovaire polykystique, dans lequel une certaine quantité de poches, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noisette, était remplie d'un liquide séreux, tandis que d'autres contenaient une matière caséeuse ou lardacée, où l'examen micro-

[1] Olshausen, *loc. cit.* — Leopold. *Arch. f. Gyn.*, 1883. Bd. XXI (Taf. III, fig. 19, 23 et 24). — E. Ziegler. *Lehrbuch der allg. und spec. pathol. Anatomie*, 4e édit., 1886, p. 924. — W. Nagel. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXXI, Heft 3, p. 327.

[2] E. Neumann (*Hydrops eines Graaf'schen Follikels mit zahlreichen Eiern in Virchow's Arch.*, 1889, Bd. CIV, p. 489 et suiv.) a décrit un kyste multiloculaire de la grosseur de la tête, qui serait, selon lui, le résultat d'une hydropisie folliculaire. — Pour la critique de cette observation et pour celle de toute la question de l'hydrops folliculaire, voir Nagel, *Beitrag zur Anatomie gesunder und kranker Ovarien* (*Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXXI, Heft 3, p. 327).

[3] Doléris et Bourges (*Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 25 nov. 1895, p. 429) ont trouvé dans le liquide d'ovarites kystiques des staphylocoques, mais dénués de toute virulence.

[4] Ch. G. Ritchie. *Contribution to assist the study of ovarian physiology and pathology*. Londres, 1865, p. 197.

[5] Paul Petit. *Ovarite et kystes de l'ovaire* (*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gyn.*, juillet 1888, p. 296).

scopique, pratiqué par Toupet, au laboratoire du professeur Cornil, a fait reconnaître un tissu myxomateux. Il s'agissait probablement là d'un processus analogue au processus de cicatrisation des follicules normaux.

Au point de vue clinique, il y a intérêt, je crois, à distinguer l'altération micro-kystique accompagnée de sclérose des gros kystes folliculaires conglomérés qui transforment tout l'ovaire en une masse d'aspect cloisonné et multiloculaire atteignant le volume du poing ou

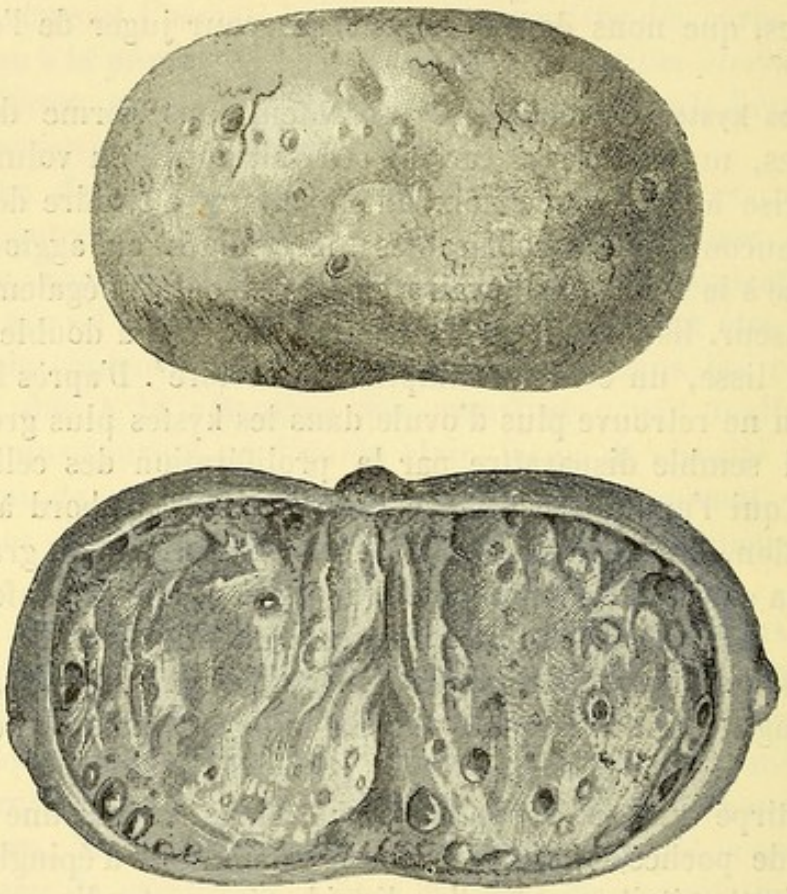


Fig. 410. — Ovarite chronique œdémateuse sans lésion salpingienne (Pozzi).

même de la tête. J'ai donné à ce type de la lésion le nom de *maladie kystique de l'ovaire* (p. 684).

Ovarite chronique œdémateuse.

L'**ovarite chronique œdémateuse**, dont j'ai dit quelques mots précédemment (p. 681) se rencontre surtout dans le cas de varicocèle tubo-ovarien. J'en ai donné pour la première fois une description succincte dans les thèses de deux de mes élèves[1]. Depuis lors des études histologiques ont complété nos connaissances.

L'aspect de l'ovaire œdémateux est caractéristique : il est doublé ou triplé de volume, sa surface est lisse et nacrée, sa consistance

[1] G. Roussan. *Du varicocèle pelvien*. Th. de Paris, 1892. — Delaunay. *Des opérations conservatrices de l'ovaire*. Th. de Paris, 1892.

molle élastique. A la coupe on trouve son stroma infiltré, gélatiniforme et parsemé de petits kystes séreux qui font hernie sur son tissu mollasse comme des cabochons transparents (fig. 410).



Fig. 411. — Ovarite chronique œdémateuse. Sclérose du hile. (Grossissement de 75 diamètres.) (P. Petit.)

Le microscope révèle une sclérose profonde des vaisseaux tant

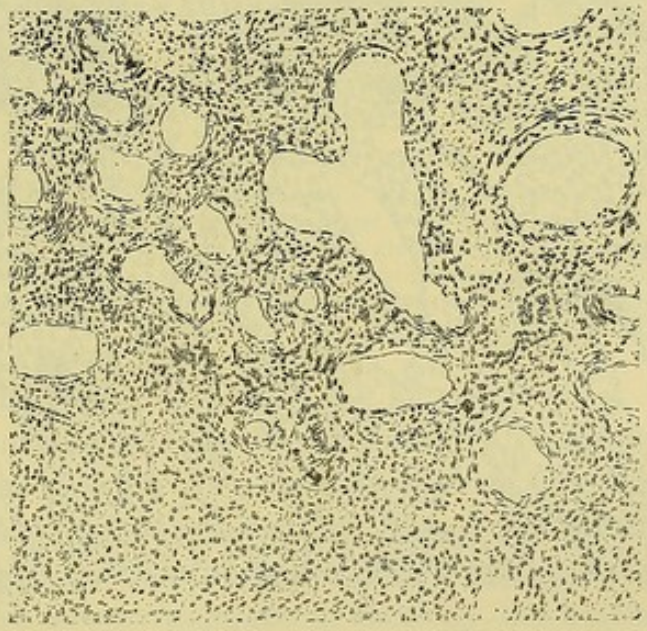


Fig. 412. — Ovarite chronique œdémateuse. Premier degré de l'œdème dans la couche médullaire. (Grossissement de 150 diamètres). (P. Petit.)

artériels que veineux au niveau du hile (fig. 411) ; un processus inflammatoire actif portant sur les capillaires sanguins et lymphatiques (avec dilatations des fentes lymphatiques), une dilatation du stroma ovarien par l'œdème (fig. 412 et 413), et la transformation des follicules en

cavités interstitielles par bourgeonnement de leurs parois conjonctives

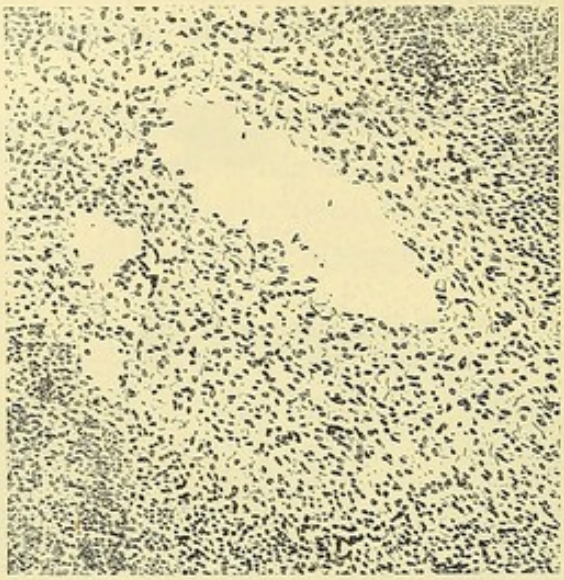


Fig. 413. — Ovarite chronique œdémateuse. Troisième degré de l'œdème. Vacuolisation du stroma. (Grossissement de 90 diamètres). (P. Petit.)

et destruction de leur épithélium. Il y a donc bien dans l'œdème de

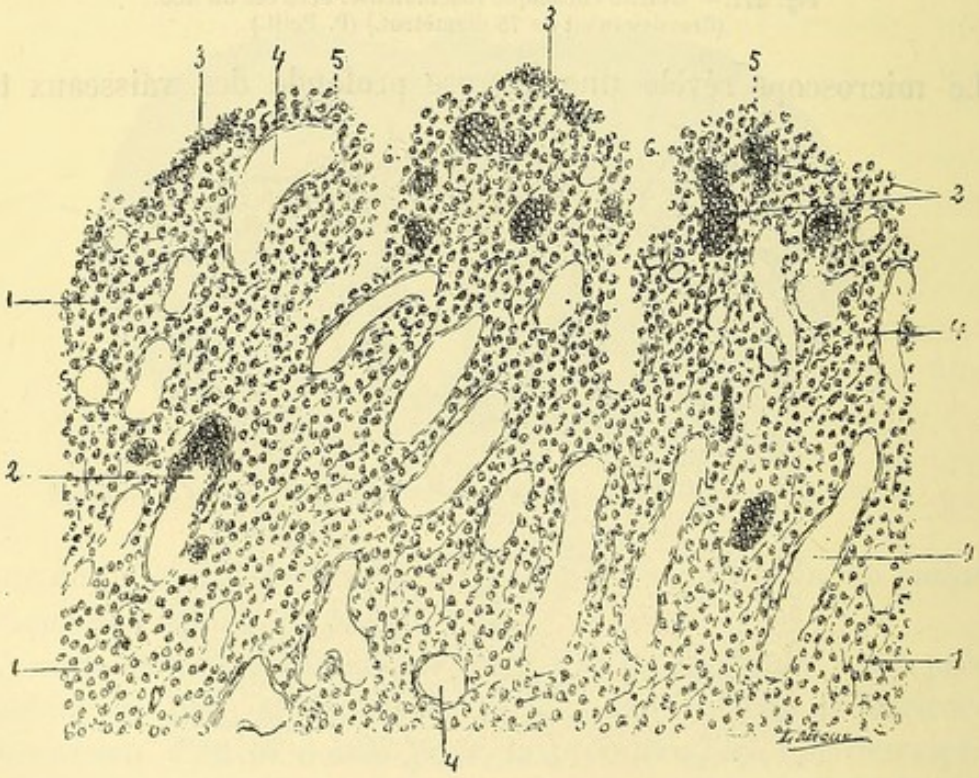


Fig. 414. — Ovarite suppurée.

L ovaire, de la grosseur d'un œuf de poule, contenait une collection purulente. Coupe perpendiculaire à la surface de la poche qui présentait un aspect tomenteux. (Vue d'ensemble.)

1. Tissu conjonctif très lâche infiltré d'un grand nombre d'éléments cellulaires. 2. Vaisseaux dilatés et remplis de sang. 3. Extravasation sanguine à la surface. 4. Larges lymphatiques, 5. Mamelons de la surface interne de la poche. 6. Espaces séparant les mamelons.

l'ovaire, ovarite aiguë ou subaiguë diffuse. Le travail de dissociation

du tissu conjonctif de l'organe peut être poussé assez loin pour donner lieu à la formation de pseudo-kystes décrits par Paul Petit, d'après des pièces de mon service[1]. Ces pseudo-kystes, analogues à la boule d'œdème physiologique, pourraient être confondus au premier abord avec les kystes folliculaires, mais ils s'en distinguent nettement par l'absence de paroi propre et leur effacement dès qu'ils sont ouverts.

B. **Kystes sanguins.** — Les kystes sanguins des follicules se présentent sous des aspects divers, suivant les causes qui les engendrent. Multiples et de petit volume, criblant parfois l'organe dans toute son épaisseur, ils représentent la lésion dominante de l'ovarite infectieuse d'origine interne[2]. Les kystes plus gros, variant du volume d'une amande à celui du poing, contiennent un fluide séro-sanguinolent, et dans ce cas semblent résulter d'hémorrhagies dans des follicules hydropiques ou être formés de sang à peu près pur. Ces derniers se rattachent surtout à la sclérose corticale et l'on a avancé qu'ils étaient susceptibles de s'accroître jusqu'à rupture, par une sorte de ponte intra-kystique des follicules voisins (*kystes ménorrhagiques* de Bœckel). Ces kystes ont une paroi fibreuse, parfois très mince; leur épithélium de revêtement est dégénéré ou détruit.

Kystes sanguins.

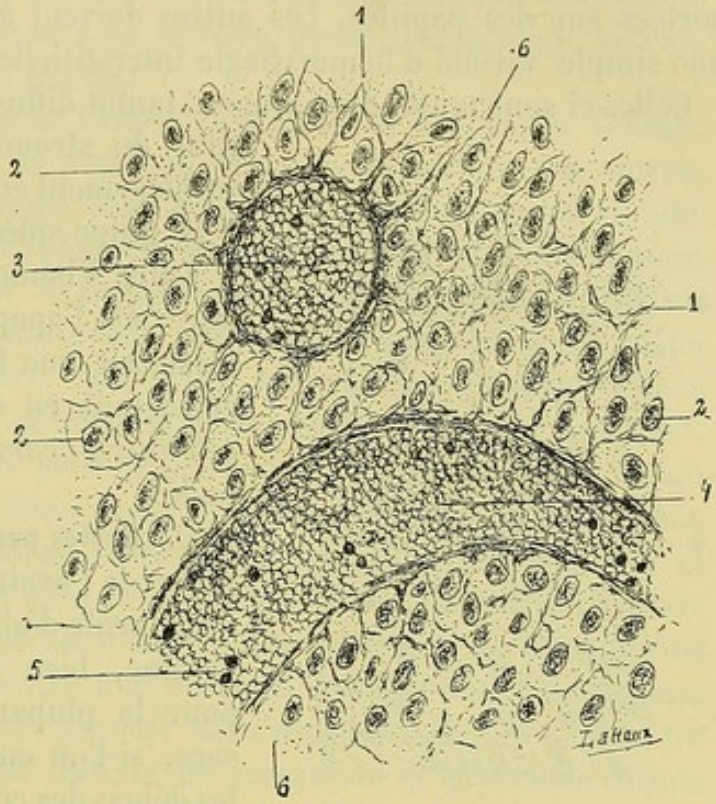


Fig. 415. — Ovarite suppurée.

Un point de la figure précédente (500 diamètres).

1. Fin réticulum de fibrilles conjonctives. 2. Cellules arrondies à gros noyau entouré d'une faible couche protoplasmique. 3. Vaisseau rempli de globules sanguins, coupé transversalement. 4. Vaisseau rempli de globules sanguins, coupé en long. 5. Globules blancs. 6. Fines granulations moléculaires de fibrine épanchée.

[1] Paul Petit. *Des lésions de l'ovaire dans le varicocèle ovarien* (*Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1891, p. 488). — A. Pilliet. *L'ovarite œdémateuse* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 6 janvier 1894, p. 4).

[2] F. Rollin. *Hémorrhagies de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1889. — Slavjanski, *loc. cit.*

Les kystes sanguins ayant leur siège dans les *corps jaunes* résultent d'une exagération de l'hémorrhagie physiologique après la ponte ou de ruptures hémorrhagiques dans des corps jaunes cicatrisés. Les kystes de la première espèce ont une enveloppe à peu près uniforme dans laquelle on retrouve plus ou moins altérés les éléments distinctifs des corps jaunes, masses vitreuses d'épithélium dégénéré portées sur des papilles. Les autres doivent être considérés comme une simple variété d'hémorrhagie interstitielle.

Celles-ci sont tantôt disséminées, tantôt diffusées dans toute l'épaisseur du stroma de l'ovaire, qu'elles transforment en une bouillie analogue à la pulpe splénique.

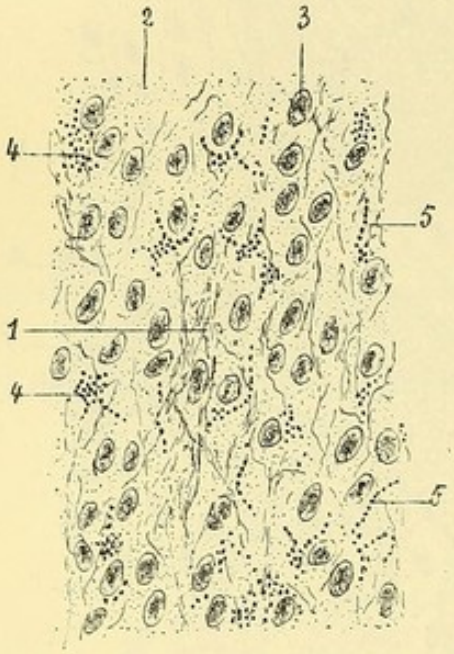


Fig. 416. — Ovarite suppurée.

Coupe traitée par la méthode de Weigert (800 diamètres).

1. Fin réticulum conjonctif. 2. Granulations moléculaires épanchées. 3. Cellules arrondies à gros noyaux. 4. Petits amas de microcoques. 5. Les mêmes en chaînette.

Entre l'hémorrhagie intra-vésiculaire et l'apoplexie du stroma, il existerait une forme mixte (Besnier) consistant en une véritable *hématocèle intra-ovarienne*, par ponte anormale.

Kystes purulents.

C. **Kystes purulents.** — La suppuration de l'ovaire se présente au début sous forme d'abcès multiples, de petit volume, bien limités, qui semblent pour la plupart siéger dans les ovisacs, si l'on en juge par leur forme, les débris des cellules épithéliales que l'on retrouve sur leurs parois. Peu à peu, ces cavités se fusionnent par fonte purulente du tissu cellulaire interposé et arrivent à constituer des poches plus ou moins vastes, parfois une poche unique. La paroi du gros abcès est constituée, de dedans en dehors, par une couche embryonnaire, une couche fibreuse dense, et enfin une couche vasculaire dans laquelle on retrouve plus ou moins modifiés les éléments de l'organe. Aux kystes purulents se rattachent, probablement, les kystes par ramollissement circonscrit, signalés par Rindfleisch et Mayweg. L'abcès de l'ovaire serait presque toujours unilatéral (28 fois sur 29 cas)[1]. L'infection de l'ovaire, quand la trompe malade ne lui adhère pas ou qu'elle est saine, se faisant toujours par voie lymphatique ou sanguine, le pus des ovarites sup-

[1] Edebohls. *New-York med. Woch.*, 1892, n° 3, p. 77.

purées ne devrait contenir que du streptocoque[1]; dans un cas, Etheridge dit avoir trouvé du pneumocoque[2]. Zweifel[3] y aurait rencontré très nettement le gonocoque.

Kystes par ectasie lymphatique.

D. **Kystes lymphatiques.** — Ces pseudo-kystes, probablement toujours dépendants du varicocèle ovarien, peuvent atteindre les dimensions des petits kystes folliculaires. Ils se présentent sous forme de masses étoilées, tapissées de cellules plates, renfermant un certain nombre de globules blancs.

Tous ces micro-kystes de variété si diverse, et à contenu séreux, sanguinolent, purulent, le plus souvent associés les uns aux autres, ont pour caractère commun leur origine inflammatoire ou simplement irritative et leur développement restreint. Il paraît absolument établi qu'ils ne peuvent se transformer en kystes prolifères. A un moment donné, ils se déversent soit dans la grande cavité abdominale (kystes sanguins), soit dans les viscères voisins (kystes purulents), ou bien ils s'atrophient après résorption de leur contenu[4].

Symptômes.

Symptômes. — Il peut paraître singulier, *a priori*, qu'on essaye de présenter simultanément le tableau clinique de collections purulentes et de collections séreuses et sanguines des trompes et des ovaires. C'est qu'en effet, à moins de l'avoir vérifié par l'observation clinique, on pourrait difficilement se figurer qu'une femme puisse porter dans le ventre une ou deux poches remplies de pus, sans offrir de phénomènes graves; sans même, parfois, en paraître souffrir. Entre la période initiale de formation et la période ultime d'inflammation de voisinage et d'efforts d'évacuation spontanée, le pyo-salpinx passe par une phase torpide et pour ainsi dire latente, où l'économie, parfaitement protégée par l'enkystement exact du liquide septique, semble tolérer sa présence[5] : les signes rationnels sont exactement semblables, alors, à ceux d'une salpingite chronique, et les signes physiques ne diffèrent pas de ceux de l'hydro- ou de l'hémato-salpinx. On peut donc en présenter le tableau d'ensemble, en y ajoutant seulement quelques traits relatifs aux périodes aiguës de l'abcès des trompes.

[1] J. Veit. *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 13 déc. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 66). — R. Schœffer. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890. Bd. XX, Heft. 2, p. 281.

[2] H. Etheridge. *Pneumococcus; abcess of the ovary with report of three cases* (*Amer. J. of med. Sc.* 1896, t. CXI, p. 577).

[3] Zweifel. *Soc. obst. et gyn. de Leipzig*, 16 fév. 1891 (*Centr. f. Gyn.*, 1891, p. 403).

[4] Je dois à M. Paul Petit la rédaction du passage relatif à l'anatomie pathologique de l'ovarite kystique. Je l'en remercie sincèrement.

[5] Lawson Tait (*Brit. med. Journ.*, 4 juin 1887, t. I, p. 1211) raconte qu'il enleva à la femme d'un de ses confrères un pyo-salpinx bilatéral sur le point de se rompre et qui aurait vraisemblablement, dit-il, tué la malade avant une semaine, quoiqu'elle n'eût jamais souffert; l'éminent chirurgien avait eu toutes les peines du monde à faire accepter l'opération par le mari.

Ce tableau ne diffère pas sensiblement de celui que j'ai tracé précédemment, à propos de la salpingite non kystique. Ce sont les mêmes douleurs, les mêmes troubles de la menstruation (aménorrhée, dysménorrhée, ménorrhagie); pourtant, ces derniers peuvent exceptionnellement manquer, et les règles ne subir aucune perturbation[1].

Dans l'hémato-salpinx, Puech a parfois noté un écoulement incessant de sang, se faisant en très petite quantité, en l'absence de règles véritables : c'est ce phénomène que quelques auteurs avaient appelé *aménorrhée distillante*; il n'a, du reste, rien de pathognomonique et peut se rencontrer dans la métrite.

Salpingite profluente.

Je dois mentionner encore un signe accessoire et dont on a beaucoup exagéré la valeur; je veux parler de l'**écoulement subit**, survenant à la suite d'une crise de coliques, d'une certaine quantité de liquide séreux, hématique ou purulent : ce phénomène peut se produire à des intervalles irréguliers, tous les mois, tous les six mois, par exemple. Est-il en rapport avec la persistance d'un orifice utérin perméable, que vient de temps en temps forcer la réplétion exagérée du kyste? Y a-t-il là seulement expulsion du contenu de l'utérus enflammé lui-même, par contraction réflexe des parois de la matrice? Si l'on considère combien est habituelle l'oblitération des trompes kystiques, du côté de la cavité utérine, on sera souvent tenté d'accepter cette dernière explication. Quoi qu'il en soit, cette particularité a depuis longtemps été notée par les observateurs : c'est l'*hydrops tubæ profluens* de Froriep. Klob, se basant sur des observations faites sur de vieilles femmes, pense qu'on pourrait expliquer ainsi certains prétendus retours des règles après la ménopause[2]. Parfois, en pressant sur la tumeur au niveau du ventre, on en aurait fait sourdre le contenu dans le vagin[3]. Cet écoulement de pus provoqué par la pression abdominale, ou **pyo-métrorrhée**, a été fréquemment indiqué comme un signe probant de pyo-salpinx.

Deux groupes de symptômes sont seuls assez caractéristiques : les **douleurs** qui éveillent l'attention du côté des annexes de l'utérus; l'examen local qui décèle une **tumeur** particulière sur les côtés de l'utérus.

L'examen physique sera fait par la palpation bi-manuelle combinée au toucher rectal. On doit y procéder avec de grands ménagements; des accidents graves et même mortels ont été causés par la rupture d'un pyo-salpinx trop violemment exploré.

[1] L. Championnière. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 18 janv. et 8 févr. 1888, p. 65 et 145.

[2] Becquerel (*Traité clin. des maladies de l'utérus*, 1859, t. II, p. 279) rapporte trois faits analogues, chez des vieilles femmes de la Salpêtrière.

[3] Haussmann (cité par Güemes, Thèse de Paris, 1887, p. 64) a publié un cas de ce genre chez une jeune fille, pour un hémato-salpinx, observé par Frankenhäuser. — Routier (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 12 oct. 1887, p. 547) a publié une observation de pyo-salpinx qui paraissait se vider par la pression.

La **tumeur kystique** des trompes offre des caractères très différents, selon qu'elle est libre et, jusqu'à un certain point, mobile sur les côtés de l'utérus, ou qu'elle est tombée dans le cul-de-sac de Douglas où l'ont fixée des adhérences.

Dans le cas type, où la tumeur est libre, les deux mains peuvent saisir une petite masse allongée, en forme de boudin ou de poire, appendue sur les côtés de la matrice dont la sépare ordinairement une sorte de rainure constituée par le pédicule plus mince et moins accessible. Quand la tumeur est bilatérale, il semble qu'une besace soit jetée d'un côté à l'autre de l'utérus. On ne perçoit que rarement de la fluctuation, mais on provoque toujours de la douleur si l'on examine une malade non endormie. D'autres fois, tout en percevant cette sensation d'un côté, on trouve tout le cul-de-sac vaginal de l'autre côté, ainsi que le cul-de-sac postérieur, occupés par une tumeur globuleuse qui semble faire corps avec la face postérieure de l'utérus, d'une consistance élastique ou fluctuante. C'est une trompe dilatée en forme de cornue dont le ventre s'est logé dans le cul-de-sac de Douglas et qui soulève l'utérus, en déprimant le rectum. Si la tumeur est purulente, elle conservera encore quelque temps son indépendance, puis pourra par la suite s'agglutiner tellement aux parties voisines, qu'elle se transformera en un véritable abcès non énucléable, accolé au pelvis, en un abcès pelvien.

Diagnostic de l'hydro-hémato- et pyo-salpinx entre eux.

Diagnostic. — Est-il toujours possible de distinguer le pyo-salpinx des kystes séreux ou hématiques de la trompe? J'ai dit combien ce diagnostic doit inspirer de réserves, et la tolérance extraordinaire, durant de longues périodes, pour une poche de pus exactement limitée. Toutefois, on soupçonnera le pyo-salpinx si la dilatation de l'oviducte s'est produite après une infection blennorrhagique, ou puerpéro-gonorrhéique, et si la tumeur est très adhérente. Quand on observe des fistules purulentes intermittentes ou permanentes, il n'y a plus de doute. Le seul diagnostic qui reste à faire alors est celui de la limitation exacte du foyer, de sa transformation possible en **abcès pelvien**. Mais, dans les cas douteux, il faut l'avouer, ce n'est qu'à l'ouverture du ventre que la question peut être tranchée.

L'hydro-salpinx et le pyo-salpinx sont presque toujours doubles, tandis que l'hémato-salpinx serait plus souvent unilatéral[1]. On peut se demander si ce fait n'est pas dû à ce que ce dernier provient presque toujours d'une grossesse tubaire, arrêtée dans son développement. Il peut exister, du reste, d'un côté une collection purulente et de l'autre une collection séreuse.

Le volume très considérable de la tumeur salpingienne et l'absence

[1] C. Hennig. *Die Krankheiten der Eileiter*, Stuttgart, 1876.

d'adhérences étendues seront en faveur de l'hydro-salpinx; la pression est alors aussi moins douloureuse que dans le kyste purulent.

Diagnostic différentiel avec : Kyste de l'ovaire. Kyste intra-ligamentaire.

On peut, quand la tumeur est encore libre, confondre les collections enkystées de la trompe avec un **kyste de l'ovaire** au début et surtout avec un **kyste intra-ligamentaire** ; ce dernier est cependant plus franchement latéral, et n'est pas ordinairement séparé de l'utérus par l'intervalle qui correspond au pédicule du kyste tubaire.

Grossesse tubaire.

Le diagnostic de la **grossesse tubaire**, durant les quatre premiers mois, est, on doit l'avouer, presque impossible. La plupart des opérations où l'on a extirpé ces kystes fœtaux avaient été entreprises pour des salpingites présumées. L'hypertrophie de l'utérus et l'expulsion d'une caduque sont les seuls signes de probabilité; les règles peuvent, en effet, persister.

Corps fibreux.

Les **corps fibreux de l'utérus** sont une des maladies auxquelles un observateur inexpérimenté est surtout enclin à rapporter les gros kystes séreux ou hématiques de la trompe. Il est parfois presque impossible de les distinguer à la première exploration. Mais le cathétérisme utérin, fait avec précaution, montre la grande augmentation de profondeur de l'organe dans les corps fibreux, son état normal dans l'affection tubaire. Enfin, la fluctuation est toujours perceptible dans l'hydro- et l'hémato-salpinx lorsqu'ils offrent un certain volume, pourvu qu'on endorme la malade avant l'exploration; on est alors surpris de percevoir une sensation toute nouvelle de celle que l'on avait avant l'anesthésie. Les pyo-salpinx adhérents faisant saillie dans le cul-de-sac de Douglas donnent souvent la sensation du *vagin de carton*.

Ponction et incision exploratrices.

Dans le doute, est-il permis, pour éclairer le diagnostic, de faire une **ponction exploratrice**? Je repousse ce moyen comme dangereux, pour peu que la tumeur soit éloignée du point où l'on pratique la ponction, paroi abdominale ou cul-de-sac vaginal. Il expose à la blessure de l'intestin; il expose, surtout, à l'effusion d'un liquide septique dans le péritoine, soit primitivement, si, malgré l'aspiration, l'évacuation n'a pu être faite entièrement, soit secondairement, quand la réplétion nouvelle du kyste viendra désunir les lèvres récemment agglutinées de la petite plaie. Cette exploration, qui paraît insignifiante à la malade et à son entourage, est, en réalité, plus grave qu'une **incision exploratrice**, faite avec les précautions antiseptiques. Certes, il ne faut pas se résoudre légèrement à cette dernière entreprise; mais on ne doit pas non plus perdre de vue que c'est une des ressources les plus précieuses de la chirurgie contemporaine[1].

[1] Lawson Tait, dans une conférence faite au *Jefferson med. College*, le 15 sept. 1884, disait : « L'expérience m'a enseigné que c'était un crime chirurgical de laisser une malade descendre dans la tombe sans opération, quand celle-ci présente une chance de

Tumeur fibro-kystique.

Le diagnostic d'un volumineux kyste de la trompe avec une **tumeur fibro-kystique** de l'utérus est presque impossible dans certains cas : cependant l'augmentation de la cavité de l'utérus, mesurée à l'hystéromètre, peut le trancher. La ponction exploratrice serait alors particulièrement dangereuse[1].

Adénite pelvienne.

L'**adénite pelvienne**, affection rare et d'origine souvent indéterminée, a pu occasionner des erreurs de diagnostic. Les signes rationnels auxquels elle donne lieu, la tumeur qu'elle forme, ont simulé le pyo-salpinx adhérent. Terrier en a cité un cas intéressant. L. Championnière et moi-même en avons observé d'analogues[2].

Grossesse.

Enfin, une **grossesse** compliquée de pyo-salpinx bilatéral a été observée, et la tumeur complexe à laquelle elle donnait lieu n'a été déterminée qu'après la laparotomie exploratrice[3].

Entérocèle Adhésive.

Doléris[4] a cité deux cas curieux d'**entérocèle adhésive** dans le cul-de-sac de Douglas, où les phénomènes douloureux et les signes fournis par l'exploration avaient fait croire à une tumeur inflammatoire des annexes. La tumeur, qu'on sentait par le toucher en arrière de l'utérus, était formée par des anses intestinales, agglutinées par des fausses membranes. L'ablation des annexes pratiquée dans ces deux cas n'a pas été suivie d'amélioration. J'ai observé[5] un cas analogue, mais où les accidents avaient une forme suraiguë et semblaient avoir pour point de départ une péri-salpingite, quoique les trompes fussent peu altérées. La laparotomie suivie de la rupture des adhérences, du lavage du péritoine et du drainage amena une guérison rapide.

Marche. Durée. Terminaison. Pronostic.

Marche. Durée. Terminaison. Pronostic. — On peut affirmer que les collections enkystées de la trompe sont des affections définitives, inguérissables autrement que par l'extirpation; les femmes qui en sont atteintes sont des infirmes, que la moindre

soulagement. » — L. Tait fait une très petite incision (2 ou 3 pouces anglais) suffisante à l'indroduction de 1 ou 2 doigts ; toute l'exploration doit se faire par le toucher, sans le contrôle de la vue. — Gaillard Thomas (*Med. News*, Philad., déc. 1886), dans un article intitulé : *La Laparotomie comme ressource de diagnostic*, exprime les mêmes idées que L. Tait. Il voudrait qu'on écrivît sur les murs de tout hôpital où l'on fait de la chirurgie abdominale, cet aphorisme : « Quand il existe un doute sur le diagnostic d'un néoplasme abdominal donnant lieu a des troubles sérieux, ou sur un état morbide indéterminé de la cavité abdominale menaçant l'existence, donnez au malade la chance d'une incision exploratrice. » — Voir aussi sur ce sujet Joseph Price. *Obstet. Soc. of Philad.*, avril 1887 (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 749).

[1] Schröder. *Die Krankh. der weibl. Geschlechtsorgane*, 1886, p. 243.

[2] S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 14 avril 1886, p. 300. — Terrier, L. Championnière. *Ibid.*, 3 juill. 1889, p. 551 et 555.

[3] Sacré. *Soc. obst. et gyn. de Bruxelles*, 21 juill. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 39, p. 683). — L'opération de Porro fut pratiquée : guérison.

[4] Doléris. *Quelques points de diagnostic différentiel de l'oophoro-salpingite* (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, août 1889, p. 357).

[5] S. Pozzi et Baudron. *Revue de chir.*, août 1891.

fatigue expose aux accidents aigus de la péri-salpingite : aussi la marche de cette affection est-elle essentiellement à **répétitions** ou à
Rechutes. **rechutes**, ainsi que les cliniciens l'avaient, depuis longtemps, noté pour le phlegmon péri-utérin et la pelvi-péritonite. De fait, les lésions des trompes étaient, naguère encore, confondues et englobées, sous ce nom, avec les inflammations propagées dont elles sont l'origine. Les crises aiguës sont surtout marquées par l'exacerbation des phénomènes douloureux et nerveux dans les tumeurs non purulentes; dans ces dernières, il s'y joint de la fièvre survenant par poussées, avec des rémittences presque complètes. L. Tait a attribué ces accidents répétés à l'issue de quelques gouttes de liquide irritant par des éraillures de la trompe[1]. Quoi qu'il en soit, de petites poussées de péri-salpingite se reproduisent incessamment. Enfin, il peut se faire
Ruptures. des **ruptures** complètes. Alors, s'il s'agit d'un kyste séreux ou hématique, les accidents peuvent être relativement légers[2] (comme dans le cas de rupture de kyste de l'ovaire). Mais si c'est un pyo-salpinx qui se rompt dans le péritoine, des accidents formidables et foudroyants se produisent, et la cause en est parfois méconnue. Le médecin légiste doit être averti de la possibilité de ces morts rapides qui peuvent emporter des femmes dont la santé était, en apparence, à peine ébranlée; ces faits sont comparables, par leur gravité inattendue, aux ruptures de grossesses extra-utérines.

Quand la poche tubaire, remplie de pus, ne peut se vider par l'orifice utérin définitivement oblitéré et que le processus infectieux n'est pas épuisé, le pus, qui continue à se produire, distend la poche outre mesure, et l'amène au contact des cavités voisines, rectale et vaginale : elle leur adhère et se vide par une perforation. L'orifice créé tend à se rouvrir incessamment, et ainsi se produisent des
Fistules. **fistules**. On les observe surtout du côté du rectum, le pyo-salpinx étant ordinairement prolabé dans le cul-de-sac de Douglas, mais on peut également les observer dans des portions d'intestin plus élevées que le rectum[3], de sorte qu'évacuation d'un abcès par l'anus n'est pas le moins du monde synonyme d'ouverture d'un abcès dans le rectum[4]. On voit plus rarement le pus se frayer un chemin direct dans le vagin, dans la vessie ou dans l'uretère[5]. Des élancements, du

[1] Lawson Tait. *Traité des mal. des ovaires*, trad. franç. d'Olivier, 1886, p. 92 et 150.

[2] On a pourtant cité un cas de mort par la rupture d'un hydro-salpinx, à la suite de la dilatation du col et de l'abaissement de l'utérus. A. Mermann. *Centr. f. Gyn.*, 1881, p. 513.

[3] M. Laren. *Northwestern Lancet*, 15 décembre 1891, p. 408. Sur 11 cas de pyo-salpinx, cet auteur en a observé 6 ouverts dans le gros intestin au-dessus du rectum.

[4] F. Terrier et H. Hartmann. *Remarques cliniques*, etc. (*Ann. de gyn.*, mai 1893, t. XXXIX, p. 419).

[5] Wylie. *Complication of salpingitis : right tube adherent to ureter* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1891, t. XXIV, p. 544).

ténesme, de la diarrhée glaireuse (Nonat), précèdent l'ouverture rectale : des signes de cystite annoncent l'ouverture vers la vessie. Une communication recto-vésicale peut être créée par une double ouverture.

Ces fistules sont généralement intermittentes; après un orage fébrile et douloureux prémonitoire, le pus s'évacue brusquement; un soulagement remarquable et instantané se produit aussitôt; la malade, qui paraissait parfois à toute extrémité, renaît à la vie; elle se rétablit même plus ou moins en apparence, jusqu'à ce qu'une nouvelle poussée analogue l'abatte de nouveau. De pareilles alternatives peuvent durer assez longtemps avant d'altérer profondément l'état général. Mais, d'autres fois, ces accès revêtent un caractère de septicité extrême, le thermomètre monte jusqu'à 41 degrés; des frissons violents, du délire, une altération profonde des traits, indiquent l'intensité de l'infection. Au bout de quelques attaques, la malade demeure affaiblie, en proie à une petite fièvre hectique qui l'épuise. Une anorexie invincible est un des caractères les plus frappants de cet état morbide : il est des femmes qui ne peuvent plus supporter aucun aliment, qui les vomissent tous, et qui meurent littéralement d'inanition.

Il existe un autre type clinique où la fistule, permanente ou intermittente, ne provoque presque pas de réaction, mais entraîne graduellement un dépérissement général.

Propagation.

L'ouverture de la trompe suppurée peut aussi se faire latéralement, vers la fosse iliaque, en donnant lieu à des abcès de cette région, ou en avant, dans le tissu cellulaire pré-vésical, d'où une forme spéciale de suppuration de la cavité de Retzius. Ces lésions, qui seront spécialement étudiées dans le chapitre suivant, sortent du cadre des inflammations circonscrites pour entrer dans celui des abcès pelviens.

Résidus.

Lorsqu'une guérison relative est spontanément obtenue, les **résidus plastiques** qui emprisonnent et déplacent l'utérus et les annexes constituent une cause permanente de douleurs et une menace incessante de retour d'inflammation aiguë. De plus, les trompes, même après l'évacuation de leur contenu, restent atteintes de salpingite interstitielle, d'abord hypertrophique, puis atrophique, qui perpétue les douleurs.

Traitement.

Traitement. — « Nombre de maladies qui font le désespoir de la médecine guérissent très facilement par les secours de la chirurgie », écrivait Louis il y a plus d'un siècle. Ces paroles n'ont jamais trouvé une démonstration plus éclatante que pour les affections des trompes. Il y a quelques années à peine, les femmes qui en étaient atteintes, confiées à la médecine expectante, étaient condamnées

les unes à un état perpétuel d'infirmité, les autres à une mort lente et douloureuse. Actuellement la chirurgie les guérit presque sûrement.

Est-il possible de s'adresser ici au traitement indirect que j'ai préconisé pour les salpingites non enkystées? Nombre d'auteurs recommandables, Walton d'abord, puis Doléris, Gottschalk, etc.[1], ont eu la pensée de provoquer l'expulsion du liquide contenu dans la poche tubaire en débouchant, pour ainsi dire, l'orifice utérin par le **curettage** et la **dilatation de l'utérus.** Il suffit de se rappeler l'anatomie pathologique de pareilles lésions, l'oblitération complète et définitive du calibre de la trompe, dans l'immense majorité des cas, pour voir tout ce qu'un pareil espoir a de théorique. Les améliorations et guérisons réelles observées après ce traitement sont certainement relatives à des péri-salpingites séreuses prises, à tort, pour des pyo-salpinx.

Quant à l'idée d'évacuer le contenu des trompes par leur **cathétérisme**[2], c'est à peine si elle mérite d'être mentionnée. La possibilité de pénétrer dans une trompe saine est déjà douteuse[3]; la manœuvre serait à la fois illusoire et dangereuse pour une trompe malade.

Dès que l'on a constaté une tumeur enkystée des trompes, il faut pratiquer son ablation, en choisissant pour cela le moment convenable. Autant que possible, on n'opérera pas durant une poussée aiguë. Cependant, si celle-ci présentait un caractère grave et menaçait de donner lieu à une péritonite généralisée; si surtout on avait quelque raison de craindre la rupture d'un pyo-salpinx, on ouvrirait immédiatement l'abdomen; ce serait le seul moyen de sauver la malade[4]. Deux méthodes de traitement chirurgical se partagent actuellement les préférences des chirurgiens : la **laparotomie** et l'**hystérectomie vaginale.**

[1] Walton. *Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite, son traitement par la dilatation forcée et le curettage de l'utérus* (*Mémoire présenté à l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, 30 juill. 1887, *et publié dans les Mémoires couronnés*, 1888, t. VIII). — *Du drainage de la cavité utérine, en cas d'abcès pelviens* (*Annal. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, 1888, p. 102). Walton appuie ses propositions thérapeutiques sur une expérience fort contestable faite avec une boule creuse de caoutchouc qu'il dilate avec un pessaire Gariel. L'application qu'il en fait aux conditions pathologiques me semble très discutable. — Doléris (*Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, 21 déc. 1888) reproduit les idées précédentes. Dans un article plus étendu (*Journ. de méd. de Paris*, 1889, n°s 7 et 9), il relate des expériences sur le cadavre et sur des pièces pathologiques, qui n'entraînent guère la conviction. — S. Gottschalk. *Zur Behandlung der Pyosalpinx* (*Deutsche med. Zeit.*, 1889, n° 30, p. 351).

[2] S. Post (*Med. News*, 9 janv. 1892, p. 29) a émis l'idée qu'on pouvait guérir les salpingites catarrhales et même suppurées en introduisant dans la cavité des trompes un petit ballon de caoutchouc qu'on insufflerait. Je ne signale cette proposition qu'en raison de sa singularité.

[3] A. Martin. *Arch. f. Gyn.*, 1884, t. XXIV, p. 305.

[4] Gottschalk. *Centr. f. Gyn.*, 1893, n° 22, p. 457, a guéri une malade opérée 48 heures après les premiers symptômes de la rupture intra-péritonéale d'un pyo-salpinx.

Laparotomie. — L'opération de l'**oophoro-salpingotomie**, faite pour lésions kystiques, offre des difficultés incomparablement plus grandes que lorsqu'il s'agit de salpingites catarrhales. La multiplicité des adhérences, le danger de crever une poche pleine de liquide prêt à infecter le péritoine, commanderont les plus grandes précautions. On devra, généralement, faire une incision plus grande que pour la castration proprement dite. Parfois, on tombe sur un épiploon adhérent au pubis et boursouflé par des bulles de sérosité (œdème aigu) qui en dénaturent complètement l'aspect : il sera détaché avec les doigts coiffés de compresses-éponges, et, s'il est très altéré, réséqué après ligature au catgut, par petits paquets. Les doigts chercheront aussitôt à s'orienter sur le fond de l'utérus, et, en suivant les cornes, on palpera les trompes et les ovaires. Dès qu'on aura reconnu la trompe qui est la plus altérée, on s'attaquera à elle en essayant de faire le tour de la tumeur, de la décoller, si elle est adhérente, en insinuant le doigt entre elle et les organes voisins. Quand le sac est très volumineux et présente des parois minces, il faut, par crainte de le crever, en aspirer le contenu avec l'appareil de Potain ou de Dieulafoy, puis fermer la piqûre en y plaçant une ou deux pinces à forci-pressure. Si la tumeur est petite, ferme, résistante, il vaut mieux, en allant avec précaution, la détacher sans la vider, ce qui donne beaucoup plus de prise à l'action des doigts. Quand la tumeur est libérée et ne tient plus au ligament large que par les ailerons de la trompe et de l'ovaire, on traverse ce pédicule membraneux avec l'aiguille mousse armée d'un fil de soie et on lie, soit par le nœud de Lawson Tait, soit par les deux fils croisés ou avec une série de ligatures en chaîne, si le pédicule est trop large. Si les adhérences rendaient très difficile le début de la décortication d'une trompe kystique soudée au cul-de-sac de Douglas, on pourrait commencer, pour se donner du jour, par sectionner la trompe entre deux ligatures à un centimètre de l'utérus, en un point où elle est généralement peu altérée et point dilatée, et offre un véritable pédicule; on opérerait ensuite le détachement des adhérences de dedans en dehors, au lieu de procéder de dehors en dedans.

Laparotomie. Oophoro-salpingotomie. Technique opératoire.

Je signalerai, à ce propos, une erreur que pourrait causer l'adhérence de l'appendice vermiculaire à la tumeur : on évitera de le prendre pour le pédicule, ce qui serait très dangereux.

La surface de section de la trompe doit être cautérisée au thermocautère dans un but antiseptique, car elle présente toujours, au centre du moignon, une petite hernie de la muqueuse malade.

Quand on éprouve une grande difficulté à isoler les parties, on a une tendance naturelle à agrandir la plaie pour se donner du jour et pour contrôler par la vue la manœuvre des doigts. Lawson Tait,

qui a une expérience incomparable de l'opération, condamne formellement cette pratique. Il conseille de s'en rapporter exclusivement au toucher et de ne pas compliquer la tâche par la nécessité de refouler les intestins et de rétracter les lèvres d'une plaie abdominale souvent très résistante. Si, au moment de faire la ligature du pédi-

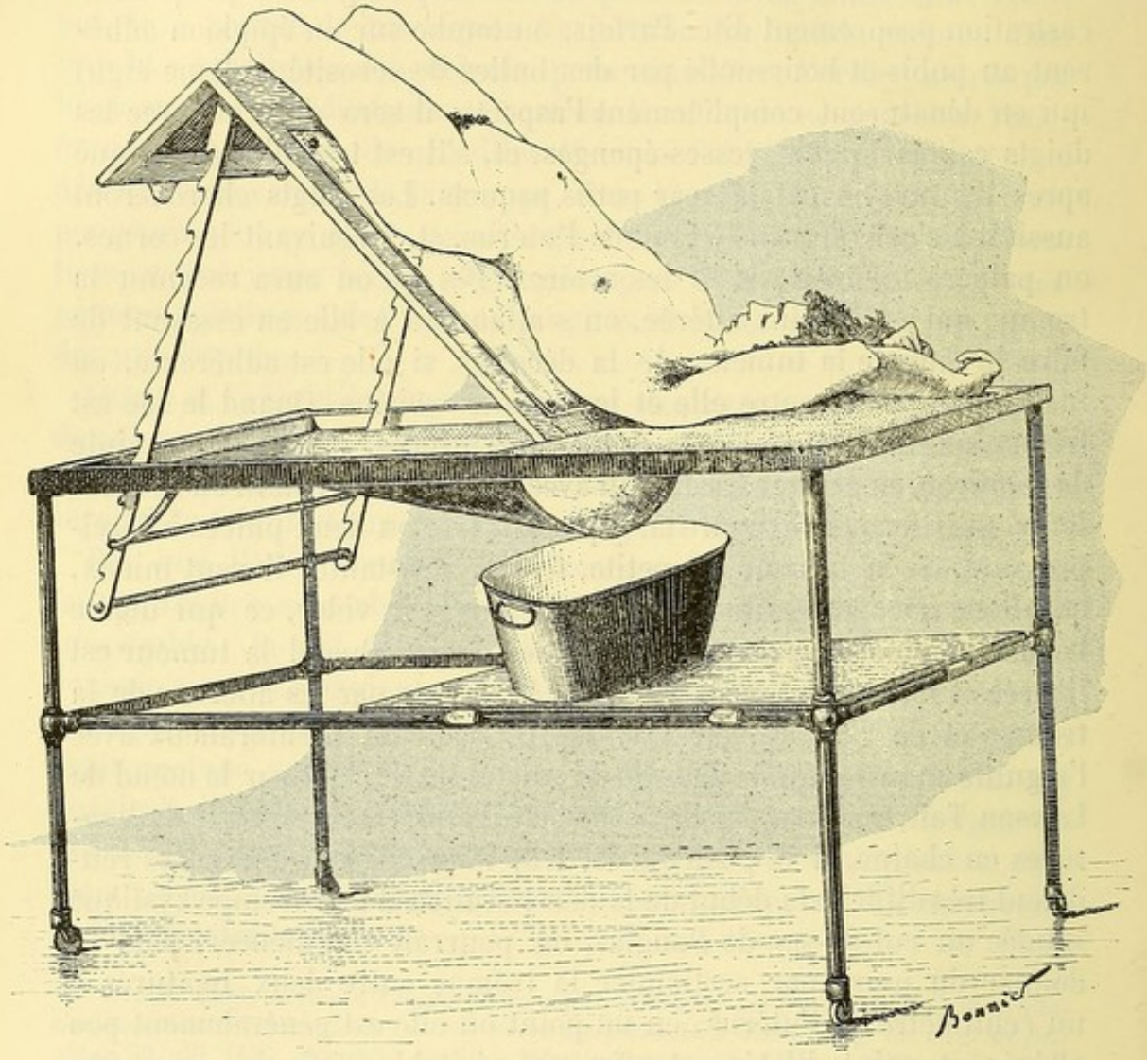


Fig. 415. — Position déclive de Trendelenburg sur la table d'Edebohls[1].

cule, on trouve qu'il est large, tendu, inextensible, et menace d'être déchiré par la traction qui est nécessaire pour l'amener à portée des instruments, ou s'il risque d'être coupé par la striction des fils, Lawson Tait conseille le procédé suivant pour lui donner plus de laxité : il glisse ses doigts le long du ligament large jusqu'au niveau de son insertion au pelvis, et, en grattant avec les ongles, il produit en ce point des éraillures de la séreuse et de la charpente fibreuse du ligament; ces éraillures n'entament pas les vaisseaux qui

[1] Voir *New-York journ. of Gyn. and Obstet.*, déc. 1891, p. 149.

échappent par leur élasticité et leur mobilité. On donne ainsi du jeu au ligament large, et l'on arrive bien plus facilement à attirer le pédicule vers la plaie et à le lier sans le déchirer ni le couper[1].

Enfin, dans des cas exceptionnels[2], si le toucher ne fournit pas des indications suffisantes ou si l'on craint de s'en rapporter à lui seul, il peut être nécessaire de s'aider de la vue, soit en mettant la malade dans la *position déclive de Trendelenburg* (fig. 415), soit en pratiquant l'*éviscération* ou extraction temporaire d'une ou de plusieurs anses intestinales, qui seront recouvertes de compresses aseptiques, chaudes. J'ai pu ainsi séparer commodément avec les ciseaux et le

Position déclive de Trendelenburg. Éviscération.

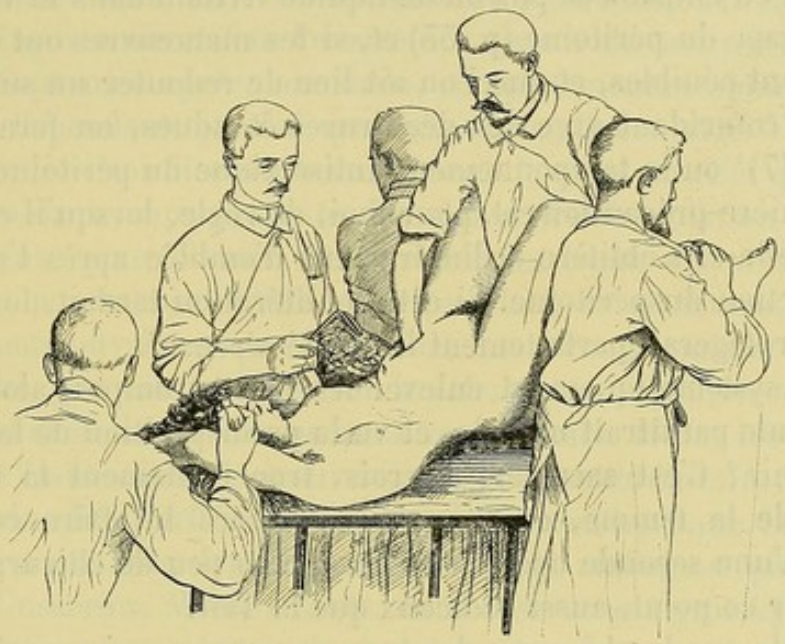


Fig. 416. — Position de Trendelenburg extemporanée (effectuée par les assistants).

thermocautère les annexes intimement adhérentes à l'S iliaque, dans un cas de pyo-salpinx[3].

Le meilleur moyen d'arrêter les hémorrhagies, dans ces opérations, c'est la compression : je me sers exclusivement pour cela de compresses-éponges. On interrompt momentanément l'opération, et l'on fait une compression énergique, avec les mains, sur des compresses accumulées dans la plaie. Les hémorrhagies provenant de la décortication d'une tumeur remplissant le cul-de-sac de Douglas s'arrêtent très bien ainsi. Celles qui sont dues à une déchirure des bords de

[1] Grieg Smith, *loc. cit.*, p. 170.

[2] Certains chirurgiens ont érigé en règle cette position déclive dans les opérations de salpingotomie (H. Delagenière. *Du plan incliné dans certaines laparotomies*, in *Progrès méd.*, 14 et 21 mars 1891. — Terrier et Hartmann. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1893, t. XXXIX, p. 417). Elle offre l'inconvénient grave, en cas de rupture d'une poche purulente, de faciliter la souillure étendue du péritoine.

[3] S. Pozzi et E. Baudron. *Loc. cit.*, p. 654.

l'utérus peuvent persister; un surjet au catgut en vient à bout. Le lavage à l'eau très chaude, l'attouchement avec le thermocautère seront au besoin essayés. Ce n'est qu'en cas de nécessité absolue qu'on aurait recours au tamponnement hémostatique du péritoine avec la gaze faiblement iodoformée, ou même à la forcipressure à demeure, qui sera l'*ultima ratio*. On devrait, dans ce dernier cas, y joindre le drainage capillaire en enveloppant les pinces de gaze iodoformée. Certains chirurgiens ont même été forcés, quand l'hémorrhagie provenait d'adhérences utérines, de pratiquer l'hystérectomie abdominale pour obtenir l'hémostase.

S'il y a eu effusion de pus ou de liquide irritant dans le ventre, on fera le lavage du péritoine (p. 33) et, si les manœuvres ont été particulièrement pénibles, et que l'on ait lieu de redouter un suintement abondant coïncidant avec des déchirures étendues, on fera le drainage (p. 77)[1] ou le tamponnement antiseptique du péritoine (p. 85). Cette dernière précaution est, pour moi, de règle, lorsqu'il existe une fistule; celle-ci s'oblitère ordinairement d'emblée après l'opération sans infection du péritoine. Si cette oblitération tardait, le tamponnement protégerait parfaitement la cavité séreuse[2].

Faut-il systématiquement enlever les deux trompes, alors même qu'une seule paraîtrait malade, et vu la prédisposition de la seconde à le devenir? C'est sacrifier, je crois, trop facilement la fécondité possible de la femme, et mieux vaut encore lui faire courir les chances d'une seconde opération. Il est bien peu de chirurgiens qui soient, sur ce point, aussi radicaux que L. Tait.

Résection de la trompe.

Il semble que la chirurgie des trompes, après avoir passé par une phase de véritable témérité, veuille entrer maintenant dans une période conservatrice. J'ai déjà signalé (p. 700) la pratique de beaucoup d'opérateurs qui se contentent de la libération des adhérences et de la toilette antiseptique dans tous les cas où la laparotomie a seulement montré un léger degré d'altération des annexes. Martin[3] s'est borné, parfois, à ouvrir le pavillon en écartant les unes des autres les franges agglutinées ou en y pratiquant une ouverture artificielle par **résection partielle** de ce conduit. Il a pratiqué 65 fois cette résection de la trompe, sans un cas de mort. Chez 2 femmes auxquelles, après ablation des annexes d'un côté, il avait réséqué partiellement l'autre trompe, il a observé une grossesse[4].

[1] Voir à propos du drainage : Schauta. *Communication au 5e Congrès de la Soc. all. de Gyn. de Breslau*, mai 1895 (*Centr. f. Gyn.*, 1895, p. 802) et la discussion qui a suivi.

[2] S. Pozzi, Lostalot-Bachoué et Baudron. *Remarques clin. et opérat. sur une série de trente laparotomies* (*Annal. de Gyn.*, mai 1890, t. XXXIII, p. 251 et suiv.).

[3] A. Martin. *Ueber partielle Ovarien und Tubenexstirpation* (*Samml. klin. Vorträge*, 1889, n° 345).

[4] A. Martin. *Die Krankheiten der Eileiter*, p. 214.

Skutsch[1] rapporte une observation de ce genre pour laquelle il propose le nom de **salpingostomie**. Au lieu d'extirper la trompe transformée en un kyste séreux, il s'assura de la nature du contenu par une ponction aspiratrice, ouvrit le bout abdominal, en excisa un morceau ovale de 1 centimètre carré et réunit à la soie la muqueuse et la séreuse autour de l'orifice. Une sonde passée dans la trompe en avait établi la perméabilité. Skutsch se demande s'il ne vaudrait pas mieux, en pareil cas, suturer le nouveau pavillon à l'ovaire. Cela me paraît préférable. Dans un cas récent, Gersuny[2] tint cette conduite chez une femme à laquelle il avait enlevé les annexes gauches. A droite l'ovaire était sain et il existait un hydro-salpinx. Gersuny fit une salpingostomie et fixa l'ovaire au niveau du nouveau pavillon tubaire. Sept mois après, la malade, complètement rétablie, devenait enceinte. Cependant, je n'ai que peu de confiance dans l'utilité de cette opération soi-disant conservatrice : je crois en effet que toutes les fois que la trompe présente des signes d'inflammation ancienne assez intense pour l'avoir transformée en kyste séreux ou même seulement pour avoir oblitéré son pavillon, sa structure, partant, ses fonctions physiologiques sont fortement compromises.

Salpingostomie.

J'attache, par contre, une grande valeur aux opérations conservatrices de l'ovaire, **résection partielle**, **ignipuncture**, toutes les fois que, la trompe étant saine, on trouvera une portion de l'ovaire indemne, comme cela a lieu parfois dans l'altération scléro-kystique. La **résection de l'ovaire** a été faite dans des circonstances analogues par Martin, Zweifel, Gusserow, Wiedow[3], etc. Je la réserve aux gros kystes folliculaires (séreux ou sanguins) et aux kystes du corps jaune dont le volume se rapproche de celui d'une petite noisette. La portion d'ovaire malade est réséquée en forme de cône et les deux lèvres sont réunies par quelques points de catgut. Dans les cas beaucoup plus fréquents d'ovarite diffuse œdémateuse ou de dégénérescence micro-kystique, je pratique l'**ignipuncture** de l'ovaire en enfonçant la pointe du thermocautère au niveau des petits kystes. Il est nécessaire de bien cautériser toute leur surface interne. Quand le kyste est un peu volumineux (gros kyste folliculaire), la paroi doit être reséquée aux ciseaux, de manière à exciser un lambeau qui pourrait se mortifier. On réunit par un point ou un petit surjet de catgut les surfaces cautérisées de quelque étendue; on arrête de même tout suintement sanguin persistant. La bénignité des opérations conservatrices (résection ou ignipuncture) est extrême, puisque, sur 49 opérées, je n'ai

Résection de l'ovaire.

Ignipuncture de l'ovaire.

[1] Skutsch. *Beitrag zur operat. Therapie der Tubenerkrankungen.* 5e Congrès des gynécol. all., Fribourg, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 566).

[2] Gersuny. *Eine Operation des Tubenverschlusses* (*Centr. f. Gyn.*, 1896, p. 35).

[3] A. Martin. *Verhandl. der deut. Gesell. f. Gyn.* 1891, p. 242.

observé aucun accident. Les résultats éloignés sont des plus encourageants. L'an dernier (1895) j'avais pu revoir 22 femmes opérées depuis 6 mois au moins et 3 ans au plus: 13 ont présenté une guérison complète définitive : sur ce nombre 4 sont devenues enceintes dont 3 ont accouché à terme d'un enfant vivant ; 4 ont été très améliorées ; 1 n'a obtenu qu'une amélioration passagère ; 2 seulement n'ont retiré aucun bénéfice de l'intervention et ont dû subir plus tard une opération complémentaire[1]. Depuis lors 3 autres femmes opérées sont devenues enceintes.

Salpingorrhaphie

J'ai aussi plusieurs fois pratiqué la **salpingorrhaphie**[2], c'est-à-dire la suture sur l'ovaire du pavillon de la trompe saine, mais retenue loin de lui par des adhérences que j'avais détachées. Dans tous les cas, j'avais préalablement fait la résection d'une partie de l'ovaire.

Résultats immédiats de l'oophoro-salpingotomie.

Il faut être prévenu que l'ablation des trompes et des ovaires peut quelquefois ne faire sentir ses bons effets qu'au bout de quelques semaines ou de quelques mois. La malade peut continuer, durant ce temps, à éprouver des douleurs abdominales qui, quoique bien moins fortes qu'auparavant, la désespèrent en lui faisant croire que l'opération n'a pas atteint son but[3]. On doit attribuer ces phénomènes à deux causes : l'irritation péritonéale au niveau de la ligature qui, ayant porté sur des tissus enflammés, provoque une certaine réaction périphérique : la persistance de l'inflammation dans le tronçon de trompe respecté par l'opération. Je crois donc qu'il faut toujours réséquer la trompe le plus loin possible et ne laisser attachée à l'utérus que la longueur strictement nécessaire pour faire une ligature solide. Enfin, on doit faire suivre toute opération sur les trompes d'un curettage de l'intérieur de l'utérus avec injections iodées, pour modifier énergiquement l'endométrite concomitante et guérir du même coup l'inflammation réfugiée dans le moignon tubaire. Je ne fais généralement ce curettage qu'au bout d'un mois.

Toutes les fois qu'on a enlevé les deux trompes et les deux ovaires, la ménopause n'est pas immédiatement survenue (p. 629). Les cas où les règles persistent plus ou moins longtemps encore paraissent souvent relatifs à des faits où une lésion de l'utérus (endométrite, etc.) jouait le rôle d'épine irritative : de là l'utilité de la traiter consécutivement. L'ablation seule des trompes, par

[1] S. Pozzi. *Des opérations conservatrices de l'ovaire (résection, ignipuncture). Comm. à l'Acad. de méd.*, 21 fév. 1893 in *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1893, t. XXXIX, p. 166. — *Brit. med. Journ.*, 1893, p. 618. — *Comm. au 11e Congrès des sciences médicales de Rome* (*Ann. de gyn. et d'obst.*, 1894, t. XLI, p. 565). — Delaunay. *Des opérations conservatrices de l'ovaire*. Th. de Paris, 1893). — Donnet. *Résultats éloignés des opérations conservatrices de l'ovaire*. Th. de Paris, 1895.

[2] S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 592.

[3] H. Coe. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1886, t. XIX, p. 561.

contre, n'amène pas la cessation des règles, quoique L. Tait ait fait jouer à ces organes le rôle prépondérant dans la fonction menstruelle. Toutefois, la salpingotomie seule (sans oophorotomie) entraîne, on le comprend, la stérilité.

Hystérectomie vaginale. — L'hystérectomie vaginale, ou **castration utéro-ovarienne** par la voie vaginale, a été préconisée par Péan[1] et vulgarisée par P. Segond comme l'opération de choix dans les lésions inflammatoires bilatérales des annexes. Le procédé opératoire auquel je donne la préférence est celui qu'a préconisé Segond et dont j'emprunte la description à la thèse de Baudron[2] :

Le col étant fortement saisi par chacune de ses lèvres avec des pinces de Museux, on incise la muqueuse vaginale. Segond complète toujours l'incision circulaire classique par deux incisions libératrices latérales. Le cul-de-sac postérieur étant effondré et la vessie complètement décollée du col avec le doigt, deux pinces-longuettes courtes sont placées à la base des ligaments larges sur les artères utérines et la portion de ligament hémostasiée est sectionnée. Le col ainsi libéré est divisé par deux incisions latérales en deux valves antérieure et postérieure et chacune de ces valves est successivement réséquée. A ce moment l'opérateur, maintenant avec une forte pince de Museux la lèvre antérieure du moignon utérin, fait une hémisection antérieure à la manière de Doyen. Celle-ci suffit dans beaucoup de cas à permettre l'abaissement de l'utérus. Si cette manœuvre ne suffit point, on procède à l'évidement central conoïde. Armé d'un bistouri courbe, on dessine en plein tissu utérin un cône dont la base répond à la pince de Museux. Avant de détacher complètement ce cône, on s'amarre avec une pince à deux dents sur la lèvre du cône creux concentrique qu'on vient de tailler et l'on achève l'ablation du cône plein. La même manœuvre est ainsi répétée en cheminant pas à pas du col vers le fond de l'utérus. Le point capital c'est de se tenir toujours sur la ligne médiane de la face antérieure de l'utérus. Si l'on se conforme à ce précepte fondamental, même en exerçant sur l'utérus une traction modérée, on opère pour ainsi dire à blanc. Peu à peu, et grâce à la disparition de la paroi utérine antérieure ainsi réséquée

[1] Péan (*Comm. au Xe Congrès international de Berlin*). *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1890, t. XXXIV, p. 110. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXIV, p. 9. — *Bull. méd.*, 1890, p. 633. C'est à Péan et à lui seul que revient l'idée de la *castration utéro-ovarienne* par voie vaginale; on a donc justement dénommé cette opération : *opération de Péan*. Les revendications tardives de Doyen, auxquelles tout récemment en Allemagne, on a semblé donner crédit (Sänger. *Soc. obst. et gyn. de Leipzig, Centr. f. Gyn.*, 1896, p. 70), ne sauraient en aucune façon enlever à Péan une priorité à laquelle il a des droits incontestables. Voir d'ailleurs pour l'historique complet de cette question : E. Baudron. *De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus*. Th. de Paris, 1894.

[2] E. Baudron, *loc. cit.*, p. 42.

par segments coniques successifs, l'organe bascule en avant dans le cul-de-sac antérieur, entraînant avec lui le bord supérieur des ligaments larges. A ce moment seulement l'opérateur doit songer à l'hémostase. En dehors des annexes, si celles-ci sont entraînées à la suite du corps utérin, en dedans d'elles, pour peu que des adhérences solides les empêchent de descendre, on place de haut en bas de petites pinces-longuettes, généralement deux par ligament large. Chaque ligament est sectionné et les pinces retombent en faisant décrire à la portion de ligament qu'elles hémostasient une torsion de 180°. A mesure qu'une pince est placée, on sectionne une étendue de ligament égale à la longueur de ses mors, et en deux ou trois coups de ciseaux l'utérus est libéré et l'opération terminée avec quatre ou six pinces.

Si la bascule antérieure ne se faisait pas, à cause des adhérences postérieures, il ne faudrait pas hésiter à traiter la paroi utérine postérieure comme la paroi antérieure, à en évider la portion médiane de telle sorte que l'utérus, réduit à ses deux angles tubaires, s'infléchisse au niveau de son fond comme au niveau d'une charnière.

L'utérus enlevé, les pinces hémostatiques des ligaments larges sont réunies en deux faisceaux droit et gauche, et l'on va à la recherche des annexes. Pour peu que leur ablation soit pénible ou dangereuse, il est préférable de les abandonner après avoir effondré avec le doigt les cavités purulentes ou kystiques.

Le pansement est fait avec des lanières de gaze stérilisée ou iodoformée dont l'extrémité, tassée en accordéon, est portée au delà des mors des pinces. Une sonde à demeure est mise dans la vessie. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures. Les lanières sont laissées en place de 6 à 8 jours si la température reste à 37°. Dans le cas où elle s'élève, on les retire et des injections vaginales antiseptiques sont faites, à faible pression, matin et soir dans la cavité vaginale.

Je préfère ce procédé à l'hémisection antérieure systématique de Doyen ou à l'hémisection totale de Müller-Quénu. En effet, j'estime avec Segond[1] que la libération préalable du col donne le maximum de sécurité au point de vue de l'uretère, qui, une fois ce premier temps exécuté, se trouve ainsi à l'abri de tout pincement ultérieur.

Gravité. **Gravité de la laparotomie** (*oophoro-salpingotomie pour lésion inflammatoire, opération de L. Tait*). — Les statistiques, pour avoir une véritable valeur et permettre de juger de la gravité de l'opération, devraient être dressées en établissant soigneusement les catégories suivantes :

1° Oophoro-salpingites aiguës catarrhales non suppurées ;

[1] P. Segond. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI, p. 276.

2° Oophoro-salpingites suppurées;
3° Oophoro-salpingites chroniques;
4° Oophoro-salpingites kystiques séreuse et hématique.

Malheureusement, il est peu de séries publiées où l'on puisse établir ces distinctions. Quoi qu'il en soit, on est en mesure, d'après les documents connus, d'affirmer que l'opération est ordinairement bénigne. Elle ne devient réellement grave que si la suppuration a dépassé les annexes, envahi le tissu cellulaire et le péritoine voisins. La présence d'une fistule purulente amène aussi, sans aucun doute, à elle seule, et même avec une poche d'ailleurs bien limitée et énucléable, une aggravation au pronostic opératoire. L'état général de la malade doit, enfin, entrer en grande considération; il en est qui sont arrivées à un tel degré d'épuisement, que l'opération faite *in extremis* a bien peu de chance de succès. On observe pourtant alors de véritables résurrections et le chirurgien n'a pas le droit de refuser à une malade ce seul espoir de salut.

Je ne crois plus utile de rapporter les résultats de la pratique des divers chirurgiens qui font l'oophoro-salpingotomie, le nombre des documents s'étant infiniment multiplié depuis quelques années. Voici les chiffres qui proviennent exclusivement de ma pratique intégrale à l'hôpital Broca durant ces cinq dernières années (du 1er février 1891 au 1er février 1896) :

Sur 262 laparotomies pour lésions inflammatoires des annexes de gravité variable, j'ai obtenu 255 guérisons, soit une mortalité de 2,66 pour 100. Sur ce nombre, 176 appartiennent à des lésions non suppurées; je n'ai pas eu une seule mort, quoique la majorité de ces faits soient relatifs à des oophoro-salpingites kystiques ou parenchymateuses avec adhérences. Les lésions suppurées (pyo-salpinx avec ou sans périmétro-salpingite suppurée) sont au nombre de 86 : il y a eu 79 guérisons et 7 décès, soit une mortalité de 8,13 pour 100.

Je ferai remarquer que, depuis deux ans surtout, je pratique beaucoup plus fréquemment l'hystérectomie vaginale pour des lésions inflammatoires des annexes que précédemment, quoique je sois demeuré un adepte de la laparotomie dans la grande majorité des cas.

Parallèle de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale.

Parallèle de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale. Gravité comparative. — Pour beaucoup de chirurgiens, l'hystérectomie vaginale (opération de Péan) a remplacé actuellement la laparotomie dans le cas de lésions bilatérales des annexes, quelle que soit, du reste, l'étendue des désordres inflammatoires. Ils invoquent en faveur de cette conduite la moindre gravité, la guérison plus durable, l'absence de cicatrice[1].

[1] Péan, *Loc. cit.* — P. Segond. *De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppu-*

Je me suis élevé avec force contre une proposition aussi absolue et je crois avoir démontré que, présentée de la sorte, elle était inexacte[1]. Si l'on excepte une catégorie restreinte de cas, que je spécifierai bientôt, la laparotomie est au moins aussi bénigne que l'hystérectomie. Elle donne des guérisons plus complètes et plus durables, car elle permet mieux que celle-ci d'enlever toutes les lésions annexielles. S'il persiste ensuite de l'endométrite, le curettage en fait vite justice. La cicatrice abdominale est insignifiante quand on se conforme aux procédés d'incision et de suture que j'ai recommandés[2]. Enfin, la laparotomie permet de réformer des erreurs de diagnostic que ne peut toujours éviter l'examen clinique; elle empêche ainsi, parfois, des extirpations inutiles. C'est grâce à elle que sont possibles les opérations de résection de l'ovaire et d'ignipuncture, dans nombre de cas où, *a priori*, on aurait jugé la castration double indispensable.

Je conserve donc la laparotomie comme opération *de choix* dans la presque totalité des lésions inflammatoires non suppurées des annexes, et même dans les lésions suppurées bilatérales où la tumeur est distincte de l'utérus et peut, par suite, en être facilement séparée. Par contre je considère que l'hystérectomie vaginale constitue un progrès très grand dans deux catégories de faits : 1° les tumeurs annexielles, suppurées ou non, quand elles sont fusionnées avec l'utérus et ne pourraient en être décollées qu'avec des délabrements d'autant plus redoutables que l'utérus, en pareil cas, est dégénéré et friable; 2° les suppurations d'origine annexielle, qui ont dépassé leur point de départ, se sont propagées aux tissus voisins, en donnant naissance à la *péri-métro-salpingite suppurée*, qui sera étudiée dans le chapitre suivant.

L'hystérectomie est donc supérieure à la laparotomie dans les cas d'oophoro-salpingite kystique ou non kystique, *très adhérente à l'utérus*. J'insiste sur cette indication qui est pour moi le véritable *critérium* du chirurgien[3]. Certes, avant l'apparition de l'opération de Péan, on arrivait bien à guérir ces cas compliqués par la laparotomie, en mettant en usage, pour faciliter l'opération, la position de Trendelenburg et l'éviscération, et en faisant ensuite un large emploi du drainage avec ou sans tamponnement de Mikulicz. J'ai publié à ce propos des

rations pelviennes (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1891, p. 161). — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1891, t. XVII, p. 155; 1892, t. XVIII, p. 55; 1894, t. XIX, p. 162. — *Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1894, pp. 57, 259 et 455. — *Congrès français de Chirurgie* (7e session), Paris, 1895, p. 701.

[1] S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* 1891, p. 205.

[2] S. Pozzi. *Congrès français de Chirurgie* 1891, p. 210. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1894, p. 145.

[3] S. Pozzi. *Zeitschrift für Geb. und Gyn.* 1894, Bd. XXX, p. 574.

faits très démonstratifs[1]. Je n'en suis pas moins venu à faire à l'hystérectomie une part beaucoup plus large que je ne l'avais cru d'abord, au moment où je réagissais contre un penchant excessif des chirurgiens à lui abandonner tous les cas. Je pose, actuellement, en principe que : l'*hystérectomie vaginale doit être préférée à la laparotomie dans tous les cas où les annexes paraissent fortement adhérentes à l'utérus et dans ceux où la suppuration s'étend autour d'elles* (*péri-métro-salpingite suppurée*).

La question de **gravité comparative** de la laparotomie et de l'hystérectomie a donné lieu à la publication de nombreuses statistiques qui arrivent à des conclusions opposées[2]. Je m'abstiendrai de les discuter. Je me bornerai à dire qu'entre les mains d'opérateurs habiles, l'une ou l'autre de ces interventions me paraît à peu près également bénigne dans les cas simples ; s'il y avait un avantage pour l'une d'elles, il me paraîtrait être plutôt du côté de la laparotomie. Mais dans les cas compliqués, très adhérents ou avec inflammation diffuse, l'hystérectomie est incontestablement moins grave.

En somme, cette opération a rendu un très grand service à la chirurgie des inflammations annexielles graves. Mais il ne faut pas y avoir recours indifféremment dans tous les cas ; elle demeure pour moi l'opération d'exception, la laparotomie étant la règle, comme plus sûre, plus efficace et plus bénigne. Enfin, les femmes qui ne sont pas complètement privées de leur sexe, soit parce qu'elles ont conservé seulement leur utérus, soit parce qu'elles ont aussi gardé un segment ou un fragment d'ovaire permettant la continuation d'une menstruation même irrégulière, paraissent moins exposées aux troubles divers qui suivent parfois la castration et qui apparaissent plutôt chez les opérées qui n'ont plus rien conservé de leurs organes génitaux internes[3].

Hystérectomie abdominale totale.

Hystérectomie abdominale totale. — En présence des résultats parfois incomplets que donne l'extirpation simple des annexes par laparotomie, quelques chirurgiens n'ont pas hésité à faire simultanément l'ablation des trompes malades et de l'utérus par voie abdominale. Pratiquée pour la première fois par Polk[4], cette opération a trouvé en Amérique d'ardents partisans en Baldy[5], Krug,

[1] S. Pozzi et E. Baudron. *Revue de Chirurgie* 1891, p. 622.

[2] S. Pozzi. *Congrès français de Chirurgie* (7e session), Paris, 1893, p. 662. — E. Baudron. *Loc. cit.* — F. Terrier et H. Hartmann. *Remarques cliniques anatomiques et opératoires à propos de 59 cas de laparotomie pour lésions suppurées péri-internes* (*Congrès français de Chir.* (7e session), Paris 1893, p. 565).

[3] A. Martin. *Résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines par laparotomie.* Thèse de Paris 1893.

[4] W. Polk. *New-York Journ. of Gyn. and Obst.*, 1893, t. III, n° 5.

[5] Baldy. *Amer. Journ. of Obst.*, 1894, p. 28.

Slocum, Pryor[1]. En France elle n'a guère été faite que par Chaput[2] et Delagénière[3] (du Mans).

Le manuel opératoire, d'après Pryor, est le suivant : la malade étant dans la position de Trendelenburg et le ventre ayant été ouvert comme pour une laparotomie ordinaire, on divise l'étage supérieur du ligament large entre deux ligatures. On peut alors soulever l'utérus, décoller la vessie et ouvrir le cul-de-sac postérieur. L'utérus n'est plus fixé que par deux pédicules latéraux contenant les artères utérines; on les lie au moyen de l'aiguille de Deschamps et on enlève l'utérus. La tranche de section des ligaments larges est fermée de chaque côté par un surjet : les pédicules supérieurs coupés courts sont abandonnés dans le ventre, les inférieurs refoulés dans le vagin. On peut suturer complètement la cavité péritonéale ou drainer le pelvis par une mèche de gaze iodoformée qui est ramenée dans le vagin. Dans tous les cas, la plaie abdominale est complètement refermée.

Comme je l'ai dit déjà[4], j'estime qu'il est excessif d'ériger en méthode de choix une manœuvre de nécessité. Je n'admets alors l'hystérectomie que quand on se trouve en présence de difficultés d'hémostase très grande provenant de l'adhérence des *annexes* à l'utérus. Si l'on avait pu les diagnostiquer d'avance, mieux eût valu assurément faire d'emblée l'oophoro-hystérectomie vaginale. La préférence des chirurgiens américains pour l'hystérectomie abdominale totale a eu pour raison qu'ils sont demeurés longtemps sans bien connaître la technique de l'hystérectomie vaginale par morcellement avec forcipressure, la seule qui convienne à de pareils cas. Je ne doute pas que, lorsqu'ils seront plus familiarisés avec cette opération, ils ne reconnaissent sa supériorité sur l'oophoro-hystérectomie abdominale.

[1] W. Pryor. *The Amer. Gyn. and Obst. Journ.*, nov. 1894.
[2] Chaput. *Bull. et Mém. de la Soc. Obst. de Paris*, 1894, p. 18.
[3] H. Delagénière. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1894, t. XX, p. 157.
[4] S. Pozzi. *Ibid.*, p. 160.

CHAPITRE III

PÉRI-MÉTRO-SALPINGITE

(INFLAMMATION PÉRI-UTÉRINE, PÉRIMÉTRITE, PARAMÉTRITE, PELVI-PÉRITONITE, PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE, ADÉNO-LYMPHITE, ADÉNO-PHLEGMON JUXTA-PUBIEN, ABCÈS PELVIEN, CELLULITE PELVIENNE.)

Définition. Localisation. Types cliniques. — Aperçu historique des doctrines. Rôle du tissu cellulaire, du péritoine pelvien, des lymphatiques, de l'inflammation des annexes. — Anatomie pathologique. Péri-métro-salpingite séreuse. Noyaux d'œdème inflammatoire. Collections séreuses. Péri-métro-salpingite suppurée. Abcès pelviens. Phlegmon du ligament large. Abcès résiduaux tardifs. Cellulite pelvienne diffuse. — Étiologie générale. — Symptômes et diagnostic. Noyaux d'œdème inflammatoire : diagnostic avec les corps fibreux; le prolapsus de l'ovaire; les kystes ovariques; les scybales. — Abcès pelviens : diagnostic avec le pyo-salpinx, le phlegmon du ligament large, l'hématocèle pelvienne. — Phlegmon du ligament large : diagnostic avec l'abcès pelvien; l'abcès de la fosse iliaque; la périty phlite; l'abcès ossifluent; le cancer de l'os iliaque. — Cellulite diffuse pelvienne. — Pronostic. — Traitement. Ponction par le vagin. Incision par le vagin, par le rectum, par la voie périnéale, par la voie pelvienne. Laparotomie sous-péritonéale et trans-péritonéale. Incision en deux temps. Incision par la paroi abdominale des abcès devenus superficiels. Hystérectomie vaginale pour les abcès infiltrés dans le plancher pelvien. Manuel opératoire. — Résidus d'inflammations anciennes. Massage. Électricité. Libération des adhérences. — Paramétrite chronique. Paramétrite chronique atrophique.

Définition. Localisation.

La confusion qui a longtemps régné dans l'interprétation et la dénomination des inflammations diffuses du petit bassin n'est pas encore entièrement dissipée. Cependant, grâce aux notions sur l'inflammation des trompes récemment acquises par l'étude plus éclairée des faits cliniques, puissamment aidée des particularités observées pendant les opérations, nous commençons à arriver à une vue à la fois plus nette et plus simple. On le sait aujourd'hui : si le point de départ est fréquemment dans l'utérus (Bernutz et Goupil), c'est le plus souvent d'une oophoro-salpingite comme centre que rayonne l'inflammation qui envahit les environs de l'utérus, ligament large, cul-de-sac de Douglas, tissu cellulaire pelvien. Il est donc juste de faire entrer les annexes dans la dénomination de la maladie et de réunir toutes ces lésions sous le nom générique de péri-métro-oophoro-salpingite, ou seulement par euphonie, de **péri-métro-salpingite**.

Types cliniques.

Cet envahissement présente des caractères cliniques très différents par sa marche et son intensité, selon les conditions étiologiques où il s'opère. De là, une série de **types cliniques** distincts, quoiqu'une même pathogénie réunisse toutes ces espèces dans un genre commun.

Aperçu historique des doctrines.

Aperçu historique. — Ce furent d'abord les formes les plus violentes qu'on observa, et on décrivit les grandes et rapides suppurations qui succèdent à une septicémie localisée d'origine puerpérale. Grisolle et Bourdon[1] marquèrent par leurs travaux cette première étape[2] : le phlegmon du ligament large y était encore confondu avec les abcès de la fosse iliaque de toute autre origine.

Nonat, Valleix et leurs élèves[3] firent faire un pas de plus à la connaissance clinique des inflammations péri-utérines, en décrivant les collections purulentes plus limitées qui se produisent en arrière et sur les côtés de l'utérus ; ces auteurs les localisaient dans le **tissu cellulaire**, qui existerait, d'après eux, non seulement entre les feuillets du ligament large, mais encore autour de la portion sus-vaginale du col, surtout en arrière, comme une bague dont le chaton serait dirigé vers le cul-de-sac de Douglas, suivant une comparaison de Gallard.

Rôle du tissu cellulaire.

D'interminables discussions, plus théoriques que pratiques, s'élevèrent à ce propos ; au même moment, une autre interprétation des mêmes faits venait de se produire. Bernutz et Goupil[4], après une description remarquable des phénomènes cliniques que nous rapportons maintenant à l'inflammation circonscrite ou diffuse des trompes, les avaient attribués, sans exception, à des inflammations du péritoine pelvien, à des **pelvi-péritonites**[5].

Rôle du péritoine pelvien.

[1] Grisolle. *Arch. gén. de méd.*, 1839, 3e sér., t. IV, p. 39 et suiv. — H. Bourdon. *Revue méd.*, 1841, t. III, p. 5 et suiv.

[2] Il convient de mentionner seulement les notions antérieures : Mauriceau attribuait toutes les tumeurs post-puerpérales à la rétention des lochies ; Puzos croyait à une métastase laiteuse et son opinion, soutenue jusqu'au commencement de ce siècle par Ritgen, A. E. Siebold, Busch, etc., a laissé des vestiges encore vivaces dans les préjugés populaires.

[3] Nonat. *Gaz. des Hôp.*, 1850, p. 97, 110 et 129. — Eleuthère Martin. Thèse de Paris, 1851. — Valleix. *De l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin.* (*Union méd.*, 1853, 5e sér., t. IX, p. 285 et 419). — Gallard. *De l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la matrice.* Thèse de Paris, 1855.

[4] G. Bernutz et E. Goupil. *Arch. gén. de méd.*, 1857, 5e sér., t. IX, p. 419, et *Clin. méd. sur les maladies des femmes*, Paris, 1862, t. II, p. 7.

[5] Le mot de *péri-métro-salpingite* a pour but dans ma pensée d'indiquer expressément que ces inflammations sont consécutives, sans exception, à des lésions de l'utérus ou des annexes. Le terme de *pelvi-péritonite*, au contraire, que les travaux de Bernutz et Goupil avaient rendu classique en France, laisse ce point dans le doute, et paraît même indiquer qu'il s'agit d'une inflammation primitive du péritoine ; c'est pourquoi je ne saurais comprendre la réhabilitation qu'en a tentée P. Reclus. *Semaine méd.*, 1891, n° 35, p. 282.

Quelques auteurs éclectiques, comme Matthews Duncan et Simpson[1], admettaient les deux origines précédentes. Virchow[2] créa les mots de **périmétrite** et de **paramétrite**, pour distinguer l'inflammation du péritoine de celle du tissu cellulaire circum-utérin.

Une nouvelle interprétation d'une série de faits très analogues, sinon identiques, venait encore ajouter aux embarras des nosologistes.

Le rôle des **lymphatiques** dans les inflammations péri-utérines, après l'accouchement, avait été entrevu par beaucoup d'auteurs. J.-L. Championnière[3] leur attribua encore plus d'importance et étendit leur action jusqu'en dehors de l'état puerpéral à l'utérus en état de vacuité. Rôle des lymphatiques.

Alph. Guérin[4] crut avoir découvert un nouveau type clinique et

[1] M. Duncan. *A practical treatise on perimetritis and parametritis.* Edimbourg, 1869. — J. Y. Simpson. *On pelvic cellulitis and pelvic peritonitis*, in *Clinical lectures on the diseases of women* (éditées par A. R. Simpson). Edimbourg, 1872.

[2] Virchow, cité par P. Delbet. *Des suppurations pelviennes chez la femme.* Paris, 1891, p. 153. — Beaucoup d'auteurs attribuent encore ces dénominations à Duncan.

[3] J.-L. Championnière. Thèse de Paris, 1870.

[4] Alph. Guérin. *Leçons clin. sur les mal. des organes génitaux internes de la femme* (11e *leçon*). Paris, 1868. — Dans une communication à l'Académie de médecine (*Bull. de l'Acad* , 11 mai 1887, p. 535), Alph. Guérin nie catégoriquement le phlegmon du ligament large, qui ne serait que l'adéno-phlegmon juxta-pubien méconnu. Il appuie cette affirmation sur des considérations anatomiques. D'après lui, le ligament large serait constitué par deux aponévroses placées de champ et une aponévrose placée de plat, à leur base. Une véritable cavité close serait ainsi constituée : le pus ne saurait se répandre hors d'elle pour fuser dans le tissu cellulaire voisin, comme cela s'observe cependant en clinique : d'après l'éminent académicien, l'ancienne localisation était donc erronée. L'adéno-phlegmon serait le résultat d'une lymphangite du réseau lymphatique du col de l'utérus allant dans des ganglions placés près du trou sous-pubien. Ce serait un véritable bubon inflammatoire, et les larges connexions du tissu cellulaire qui l'entoure avec celui qui double la paroi abdominale rendraient parfaitement compte du *plastron* inflammatoire. Malheureusement, cette séduisante théorie n'est pas à l'abri de la critique, au point de vue des faits anatomiques sur lesquels elle se base. La conception nouvelle du ligament large comme une cavité close que le péritoine envelopperait « de même qu'il enveloppe l'estomac ou l'intestin » est encore à démontrer ; les pièces sèches de Jarjavay, qu'on a invoquées, ne sauraient être une preuve suffisante, car sur de pareilles préparations, l'artifice, même inconscient, défigure les dispositions naturelles. Quant au ganglion sous-pubien (signalé par Cruveilhier), il ne recevrait pas les lymphatiques du col utérin. Sappey (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 18 mai 1887) affirme contradictoirement que les lymphatiques utérins se rendent : ceux du tissu musculaire dans des ganglions placés au niveau de l'angle de bifurcation de l'iliaque primitive (vaisseaux de la face antérieure de l'utérus qui ont d'abord cheminé sur les bords du ligament large) ; ceux de la face postérieure, dans les ganglions lombaires. Les lymphatiques de la muqueuse iraient parfois, d'après Sappey, dans un petit ganglion non constant, près de l'insertion du vagin sur le col. Le savant anatomiste n'hésite pas à affirmer qu'une pièce sèche, déposée au musée de Clamart, et que A. Guérin invoquait à l'appui de sa théorie, est tout à fait artificielle et ne saurait faire foi.

Si la suppuration du ligament large existe, est-elle due à une lymphangite ? Guéneau de Mussy l'a le premier avancé ; L. Championnière l'a soutenu et a même prétendu que ce ligament contenait souvent des ganglions lymphatiques, fait qui est inexact. Ce même auteur en a décrit autour des vaisseaux utéro-ovariens que ni Auger ni Poirier n'ont retrouvés. (G. Auger. *De la lymphadénite péri-utérine.* Thèse de Paris, 1876. — Fiouppe. *Lymphatiques utérins*, etc. Thèse de Paris, 1876.) Mais il est indiscutable que de gros

une localisation différente de l'inflammation autour de l'utérus; il les décrivit sous le nom d'**adéno-phlegmon juxta-pubien**. Le point de départ serait dans un ganglion lymphatique rétro-pubien ou obturateur, ainsi que dans les vaisseaux afférents répandus au-dessous du péritoine et autour de l'utérus. Toutes les fois que les prétendus phlegmons du ligament large s'étendraient au tissu cellulaire de la paroi abdominale, on aurait affaire, d'après Alph. Guérin, à un adéno-phlegmon juxta-pubien. En outre, Guérin, L. Championnière, Guéneau de Mussy, Siredey, Martineau admettaient l'**adéno-lymphite**, pour expliquer les inflammations plus circonscrites péri et paramétritiques.

L'interprétation lymphatique avait, dès lors, tout envahi, et il ne restait plus rien du rôle attribué soit au tissu cellulaire, soit au péritoine. Dans cette théorie, du reste, comme dans les précédentes, l'inflammation partait de la muqueuse de l'utérus et la métrite initiale attirait alors toute l'attention du clinicien[1].

Rôle de l'inflammation des annexes.

Au début même des débats contradictoires qui partageaient la majorité des gynécologistes, une théorie s'était fait jour timidement, et, faute de démonstration suffisante, n'avait pas reçu l'accueil qu'elle méritait. Aran[2], qui le premier a eu une vue nette de l'importance extrême de l'ovaire et de la trompe en pathologie utérine, devança, on peut le dire, son époque, en subordonnant franchement la pelvi-péritonite à l'inflammation des annexes de la matrice. Il indiqua nettement que celles-ci forment toujours le foyer central autour duquel pus et fausses membranes s'amassent. Des observations isolées[3] tendant à démontrer cette proposition furent publiées, mais passèrent inaperçues.

Actuellement, on tend à revenir à la doctrine d'Aran, sans affirmer pourtant, me semble-t-il, avec assez de décision, que seule elle peut et doit rendre compte de presque toutes les inflammations péri-utérines. Les auteurs les plus récents[4] conservent encore une description séparée pour la paramétrite et la périmétrite, en y ajoutant parfois l'adéno-lymphite, et le lecteur désorienté ne sait comment se reconnaître au milieu des subtilités d'un diagnostic illusoire. Pour

troncs lymphatiques les côtoient et peuvent servir de chemin à l'inflammation. Poirier en a donné une bonne description dans la thèse de Cantin : *Des lymphangites péri-utérines non puerpérales*. Thèse de Paris, 1889. — Voir aussi P. Poirier : *Progrès méd.*, 1889, nos 47 à 51 ; 1890, nos 2 et 4.

[1] Il conviendrait, à propos de ces débats, de citer encore les noms de Gosselin, Doherty, Churchill, Lever, Bennett, Kiwish, Scanzoni, et les noms plus récents de Olshausen, Spiegelberg, W. A. Freund, Monprofit, Routier, Poirier, etc. Mais je ne fais pas ici un historique complet, me bornant à esquisser l'évolution des idées.

[2] Aran. *Leçons clin.*, p. 667.

[3] M. Bouveret. *Annal. de Gyn.*, 1875, t. IV, p. 427. — C. Darolles, *ibid.*, t. VI, p. 419.

[4] A. Martin. *Traité clin. des maladies des femmes*, trad. franç., Paris, 1889.

ma part, je me rallie franchement à la doctrine d'Aran. Les faits que j'ai observés me démontrent que la grande majorité des inflammations *péri* et *para*-utérines ne sont que des salpingites et des péri-salpingites[1]. Les lymphatiques y jouent assurément un grand rôle, mais ce rôle est lui-même subordonné à l'inflammation antérieure de la muqueuse de l'utérus et de son prolongement dans l'oviducte. Or, c'est le phénomène primordial qui doit imposer son nom à la maladie.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Je décrirai successivement les diverses formes anatomiques que peut affecter l'inflammation autour de l'utérus et de ses annexes, en commençant par la plus atténuée pour arriver ensuite à des formes de plus en plus graves. Ces types cliniques sont : 1° La **péri-métro-salpingite séreuse**; 2° L'**abcès pelvien**; 3° Le **phlegmon du ligament large**; 4° La **cellulite pelvienne diffuse.**

Péri-métro-salpingite séreuse.

I. **Péri-métro-salpingite séreuse.** — Ce n'est pas dans les autopsies que l'on peut observer cette lésion; mais il est possible de la voir très distinctement au cours de certaines opérations. Pour ma part, j'ai, plusieurs fois, trouvé une infiltration œdémateuse de l'aileron du ligament large autour d'une trompe atteinte de salpingite purulente. Avant la laparotomie, et par la palpation bi-manuelle, cette infiltration donnait la sensation d'une tumeur assez volumineuse qui pouvait, à tort, être attribuée à la trompe elle-même. La lymphangite joue assurément un grand rôle dans cet **œdème aigu** donnant lieu à des **noyaux inflammatoires.** On en a la preuve dans l'engorgement qui se produit parfois dans les ganglions inguinaux, lesquels communiquent avec les lymphatiques de la surface de l'utérus par un petit vaisseau qui suit le ligament rond (fig. 364, 9).

Noyaux d'œdème.

Ces œdèmes durs peuvent, sans doute, envahir le tissu cellulaire lâche qui entoure l'oviducte, sous l'influence d'une poussée aiguë de la salpingite qui leur sert de noyau. Il n'est pas inadmissible non plus, qu'une effusion de muco-pus ou de sang provenant de la muqueuse enflammée vienne de temps à autre irriter le cul-de-sac de Douglas où les annexes sont si souvent prolabées (L. Tait). Quoi qu'il en soit, l'œdème inflammatoire intermittent autour des annexes malades ne saurait être contesté. L'observation directe l'a démontré, et l'induction autorise à l'invoquer, selon de Sinéty, dans le cas où des masses volumineuses apparaissent et disparaissent en quelques jours sur les côtés de l'utérus, comme cela a été constaté par tous les cliniciens. C'est ainsi qu'une carie dentaire amène une tuméfaction volumineuse de la joue dont on ne trouve souvent plus de traces, au

[1] Voir, sur ce sujet, J. W. Taylor. *Clinical lecture on pyo-salpinx, with remarks on the old faith and the new, regarding parametritis.* (*Lancet*, 1889, t. II, p. 581.)

bout de quarante-huit heures[1]. A côté de cette péri-salpingite séreuse il faut placer la péri-métrite séreuse. Il est des cas, en effet, où l'œdème inflammatoire se produit à la base du ligament large, autour des gros troncs lymphatiques venus du col utérin (fig. 365). C'est ce qu'on observe, en particulier, après certaines opérations sur cet organe (opération de Schrœder, d'Emmet, etc.), quand elles n'ont pas été suffisamment aseptiques.

A cet œdème inflammatoire du tissu conjonctif sous-péritonéal,

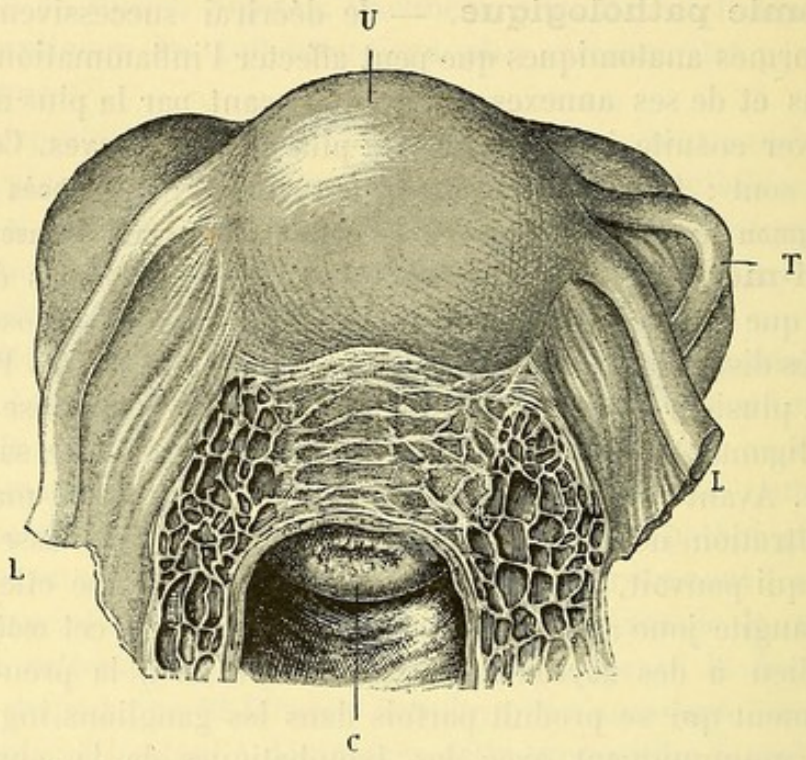


Fig. 417. — Péri-métro-salpingite séreuse (œdème inflammatoire).
C. Col de l'utérus, vu par une ouverture faite à la paroi du vagin.

anatomiquement comparable à l'*œdème expérimental* produit par le procédé de Ranvier, se joint parfois une sécrétion de sérosité entre les fausses membranes autour des annexes et, en particulier, dans le cul-de-sac de Douglas, formant des **collections séreuses**. Des ponctions capillaires faites dans ces circonstances dans un but thérapeutique ont mis le fait hors de doute et en ont établi la fréquence. Du reste, il a pu être constaté au cours de certaines laparotomies. A. Doran[2] a publié un cas curieux où une collection séreuse de cette nature a été prise, après l'ouverture de l'abdomen, pour un sarcome

Collections séreuses.

[1] De Sinéty. *Traité prat. de Gyn.*, 2e édit., Paris, 1884, p. 817. — *Des inflammations qui se développent au voisinage de l'utérus considérées surtout dans leur forme bénigne.* (*Progrès méd.*, 1882, p. 591 et 611.)

[2] Alban Doran. *Anterior serous perimetritis simulating ovarian sarcoma when explored by abdominal section. Recovery with disappearance of the cyst.* (*Trans. of the Obst. Soc.*, Londres, 1889, t. XXXI, p. 217, et *ibid.*, 6 mai 1891.)

de l'ovaire, qu'on n'osa pas extirper; la disparition rapide de la tumeur ne laissa aucun doute sur sa nature[1].

Tel est le premier degré de l'inflammation autour de l'utérus et de ses annexes; il correspond dans l'immense majorité des cas à un type clinique très défini, celui des poussées aiguës éphémères dans les inflammations des trompes. C'est aussi à lui, sans doute, que se rapportent les paramétrites circonscrites et larvées qui ont été invoquées pour expliquer le relâchement ou la rétraction des ligaments de l'utérus (Schultze).

Péri-métro-salpingite suppurée.

La péri-métro-salpingite suppurée présente deux types cliniques fort différents. L'un correspond aux phases ultimes de la pelvi-péritonite des auteurs, comme la salpingite et le pyo-salpinx correspondent aux premières phases : c'est l'**abcès pelvien.** L'autre, le **phlegmon des ligaments larges,** est caractérisé par un mode d'extension particulier de la suppuration, déterminé par certaines circonstances étiologiques.

Abcès pelviens.

II. **Abcès pelviens.** — Cette expression ne doit plus être comprise comme elle l'était encore récemment. En effet, les pyo-salpinx volumineux, qui forment de grandes poches purulentes adhérentes sur une grande partie de leur surface au petit bassin, ont longtemps été pris pour des collections de pelvi-péritonite enkystée ou pour des abcès développés au-dessous du feuillet péritonéal, et appelés à tort *abcès pelviens*[2]. Leur véritable origine est, à la vérité, difficile à démontrer, et demande une décortication du sac tubaire que les premiers opérateurs qui sont allés chercher le pus dans l'abdomen n'auraient pas osé entreprendre, alors même qu'ils l'auraient cru possible. Quand on se trouve, à l'ouverture du ventre, en présence d'une poche égale ou supérieure au volume des deux poings, circonscrite de tous côtés par des adhérences, semblant faire corps en arrière avec le cul-de-sac de Douglas qu'elle remplit, soudée latéralement au pelvis et supérieurement à l'épiploon et même à l'intestin, il est très naturel de penser qu'il y a là un *abcès* formé, soit dans le tissu sous-péritonéal (paramétrite), soit dans le péritoine cloisonné par des fausses membranes (pelvi-péritonite); il s'agit pourtant alors, dans la grande majorité des cas, d'un *kyste purulent tubaire* qui, d'abord libre, a été soudé par un travail ultérieur. C'est ce dont on peut s'assurer par la décortication hardie de cette poche (qu'il est prudent de vider d'abord par l'aspiration). Quand ce travail, souvent

[1] Ces collections séreuses peuvent suppurer et constituent alors des poches adventices, autour des annexes malades, où celles-ci sont parfois entièrement dissimulées; ce sont ces lésions que l'on a décrites depuis Bernutz sous le nom de *pelvi-péritonites.*

[2] J'ai pris pour type de la description des abcès pelviens la variété la plus fréquente. Ce n'est pas à dire que je méconnaisse les autres origines de collections purulentes du petit bassin, comme on l'a cru à tort. (Reclus, *loc. cit.*)

très laborieux, est terminé, on rencontre un kyste muni d'un pédicule interne inséré sur la corne de l'utérus, et l'on reconnaît qu'on avait véritablement affaire à la trompe dilatée.

La majeure partie des prétendus *abcès pelviens* traités par la laparotomie et l'incision, sans tentative d'extirpation totale, par L. Tait, Hegar, Terrillon, etc., il y a encore peu d'années, n'étaient donc que des pyo-salpinx adhérents, qu'actuellement on doit s'efforcer d'extirper en totalité[1]. Leur histoire clinique et opératoire appartient au chapitre des pyo-salpinx auquel je renvoie.

Reste cependant parmi ces collections enkystées un certain nombre de cas où la fusion avec les parties voisines est telle qu'une ablation totale serait impossible ou trop dangereuse. Ces faits peuvent être différenciés, avec raison, par une appellation spéciale, et le nom d'**abcès pelviens** peut leur être conservé, en spécifiant qu'il sera réservé aux *collections purulentes non énucléables*. Ce nom a donc une valeur chirurgicale plutôt qu'anatomique. De fait, à l'autopsie, il est généralement impossible, dans ces cas avancés, de se rendre compte de la nature de la paroi de l'abcès, et de savoir s'il s'agit du péritoine, d'une fausse membrane ou de la paroi de la trompe dilatée[2].

Parmi les abcès pelviens, on doit, pour la même raison, classer certains kystes inclus dans le ligament large, certaines hématocèles, ayant suppuré et s'étant transformées en collection purulente, en abcès, adhérant de tous côtés et insolublement aux parties molles ou dures du pelvis. Au nombre des cas d'abcès pelviens guéris par la laparotomie et l'incision que cite L. Tait[3], on en trouve un qu'il

[1] Tel est, en particulier, le cas des observations publiées par O. Terrillon, *Ouverture des abcès intra-péritonéaux et profonds du bassin par la laparotomie.* (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1887, p. 567.)

[2] On trouvera de nombreux exemples de ces difficultés d'interprétation de pièces. Alph. Guérin (*Leçons clin. sur les maladies des org. génitaux internes de la femme.* Paris, 1878, p. 558) rapporte qu'il a eu l'occasion d'assister à l'autopsie d'une femme morte, dans le service de Noxat, d'une affection qualifiée de *phlegmon péri-utérin* par ce médecin, tandis qu'il a constaté qu'il s'agissait d'une *pelvi-péritonite*. Cela lui prouve « que la pelvi-péritonite est bien la maladie que Noxat a rapportée à l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin ». Mais A. Guérin passe ici sous silence l'état des ovaires et des trompes. — Goudeau et Moulonguet (*Bull. de la Soc. anat.*, 27 avril 1887) ont montré une pièce caractéristique à ce point de vue. Il s'agissait d'un pyo salpinx survenu en dehors de l'état puerpéral, et ayant donné lieu à tous les symptômes classiques de la pelvi-péritonite de Bernutz. On trouva, à l'autopsie, le petit bassin rempli par une masse volumineuse remontant jusqu'auprès de l'ombilic et recouverte par les intestins, qui lui adhéraient intimement. L'utérus était refoulé à gauche par une tumeur fluctuante, grosse comme les deux poings, pleine de pus, à parois épaisses; elle était formée de deux poches communiquant entre elles. Elle était accolée à l'utérus et semblait développée aux dépens de la trompe et de l'ovaire droit, dont il était impossible de retrouver les traces.

[3] L. Tait. *Pathological importance of the broad ligaments.* (*Edimb. med. Journ.*, août 1889, t. XXXV, p. 97.)

rapporte à une grossesse extra-péritonéale intra-ligamentaire. On ne rencontra pas de vestige de fœtus dans le pus, mais seulement des débris de placenta.

Donc, si les pyo-salpinx excessivement adhérents constituent la grande majorité des abcès pelviens, ceux-ci ont exceptionnellement une autre localisation.

Dans certains cas, du reste, les annexes malades, mais peu volumineuses, sont le point de départ d'un gros abcès pelvien, dont la cavité est circonscrite par des fausses membranes et des anses intestinales agglutinées. C'est dans ces cas surtout qu'on a été tenté d'attribuer dans la dénomination de la maladie la plus grande part à l'inflammation du péritoine, et qu'on l'a qualifiée de *pelvi-péritonite*, en faisant trop bon marché de l'oophoro-salpingite initiale.

Enfin, j'ai exceptionnellement observé des collections purulentes assez éloignées de pyo-salpinx, développées probablement autour des vaisseaux lymphatiques infectés à distance par la lésion utéro-tubaire; mais toujours on peut constater que cette lésion primordiale existe[1].

Fistules.

L'adhérence intime d'un pyo-salpinx aux parois pelviennes ou aux organes contenus dans le petit bassin est un premier pas vers l'ouverture spontanée. Celle-ci tend à se faire surtout dans le rectum: après une première évacuation qui a détendu la poche, momentanément, une nouvelle survient, et bientôt la communication entre la poche et l'intestin devient, sinon permanente, au moins régulièrement intermittente. Ces **fistules** se produisent aussi du côté du cul-de-sac vaginal, quoique plus rarement. Enfin, si le développement de l'abcès s'est accompli peu après l'accouchement, quand les annexes soulevées par l'ascension de l'utérus gravide ont une tendance à se porter en avant, la suppuration peut se faire jour dans la loge antérieure du petit bassin, et, après s'être étalée dans la cavité pré-vésicale de Retzius, fuser vers le pli de l'aine ou l'ombilic[2].

Ces **abcès pelviens fistuleux** constituent une variété des plus impor-

[1] En d'autres termes, s'il y a toujours dans les lésions complexes qui donnent lieu aux abcès pelviens, soit de la pelvi-péritonite, soit de la lymphangite, soit de la cellulite, il faut reconnaître que ces éléments morbides ne sont que secondaires; par suite, j'ai cru devoir les placer au second plan, au point de vue nosologique, et donner à la maladie le nom plus compréhensif de *péri-métro-salpingite*, nom destiné à guider à la fois le clinicien et l'opérateur. Les abcès pelviens, qui constituent une *espèce* de ce *genre*, sont plus spécialement dus à la *péri-oophoro-salpingite*, tandis que les phlegmons du ligament large, seconde espèce des suppurations pelviennes, sont le plus souvent consécutifs à une infection utérine, à une *périmétrite*.

[2] Bernutz (*Arch. de tocol.*, 1874, t. I, p. 486) cite deux cas de suppuration péri-utérine ouverte à la région ombilicale; les malades moururent. — Alph. Guérin (*loc. cit.*, p. 283) cite un cas où une fistule ombilicale persista longtemps et guérit après une nouvelle grossesse; il semble qu'il s'agissait, dans ce dernier cas, d'un phlegmon du ligament large survenu peu de jours après l'accouchement.

tantes. A une période éloignée de leur développement initial, ils se réduisent à des clapiers de peu d'étendue, mais très sinueux et plongés dans le tissu d'induration chronique dont la cure est excessivement difficile[1].

Klob[2] a indiqué la dégénérescence graisseuse fréquente des fibres musculaires de l'utérus, au voisinage des suppurations pelviennes. J'ai eu moi-même l'occasion de l'observer : elle est particulièrement appréciable quand on essaye de décortiquer une poche adhérente à cet organe, qui se déchire alors facilement.

Résidus. Des amas indurés formés par l'infiltration et la prolifération du tissu conjonctif existent souvent sur la limite des abcès pelviens et s'étendent plus ou moins loin d'eux. Ils peuvent survivre à leur évacuation et constituer des **résidus** très lents à se dissiper. L'épiploon peut aussi présenter des masses ligneuses d'épiploïte chronique. Toutes ces lésions disparaissent très vite, après l'évacuation du foyer purulent.

Phlegmon du ligament large. III. **Le phlegmon du ligament large** est presque toujours consécutif à un récent accouchement, lorsque le tissu cellulaire de ce repli séreux a été distendu et relâché, et que ses veines, rendues variqueuses, sont devenues le siège de thrombus ou même présentent des ruptures qui ont permis au sang de s'épancher en nappe plus ou moins grande. Il y a là un état anatomique éminemment propre à favoriser l'invasion rapide, en masse, de la suppuration. Quel est, du reste, son point de départ précis? L'infection se fait-elle par les trompes enflammées qui occupent le bord supérieur du repli ou par une véritable péri-lymphangite des gros troncs qui côtoient le ligament large? Les deux processus sont également vraisemblables et peuvent, du reste, coexister; ce qu'il importe de ne pas perdre de vue, c'est l'état anatomique préalable ou l'intensité de l'infection qui permettent à la lésion de revêtir d'emblée un caractère spécial,

[1] Trélat (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 26 déc. 1888, p. 1035) les a très nettement indiqués sous le nom de « cas complexes se reliant plus ou moins directement aux salpingites et aux pelvi-péritonites anciennes ». Il propose pour eux le nom de *cellulite pelvienne*, que je réserve, pour ma part, à une autre espèce. — Wiedow (3e *Congrès des gyn. all.*, Fribourg, 1889, in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 30, p. 520) fait aussi une catégorie spéciale des abcès fistuleux.

On a signalé l'ouverture de pyo-salpinx et d'abcès pelviens dans la vessie ; je crois que le fait d'Aug. Reverdin (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1888, p. 1016) n'est pas probant et que la lésion vésicale a pu être produite par le trocart et non par une perforation spontanée. Les observations de Mundé (*Amer. Journ. of Obst.*, févr. 1886, p. 113 et suiv.) montrent la facilité de cette blessure. Quant à l'ouverture des suppurations pelviennes à l'échancrure sciatique, et au triangle de J.-L. Petit dans la région lombaire, elles sont, je crois, plutôt relatives à des abcès de la fosse iliaque par périty phlite, ou à des abcès périnéphrétiques, et non à des suppurations provenant des organes génitaux. Des confusions ont été souvent faites à ce sujet.

[2] Klob. *Wien. med. Woch.*, 1862, nos 48 et 49, et *Path. Anat. der weibl. Sexualorgane*, 1868.

celui d'un *phlegmon* ayant tendance à la diffusion, bien différent d'un *abcès* circonscrit[1].

Il n'existe dans la science que peu de documents anatomiques précis sur cette affection. Dans une autopsie publiée par Lewers[2], on trouve signalés des faits intéressants : les deux feuillets du péritoine étaient séparés par une exsudation abondante qui partait du bord inférieur de la trompe et s'étendait jusqu'à la base du ligament, en bas, jusqu'à la paroi pelvienne, en dehors. La trompe était étirée au-dessus de la surface convexe de cette tuméfaction; l'auteur ne donne aucun détail sur son état anatomique, qu'il ne paraît pas avoir recherché, mais il signale expressément un petit abcès dans l'épaisseur de l'ovaire et dit que sa surface adhérait par des exsudations récentes à la surface du ligament large. Il est donc extrêmement probable que la trompe était malade, et en tout cas le ligament large a pu être infecté par l'ovaire suppuré. La coupe du ligament large montrait un tissu aréolaire comme celui d'une grosse éponge, dont les cavités renfermaient du liquide séro-sanguinolent. Dans une autopsie à laquelle a assisté Carter[3], la coupe du ligament large donnait l'idée d'une injection interstitielle de matière plastique, séparant les uns des autres les éléments normaux, maintenant les veines distendues, les lymphatiques immobilisés et béants. Delbet[4] a publié l'autopsie d'une femme accouchée depuis trois semaines où il a trouvé à la base de chacun des ligaments larges une cavité purulente contenant environ 100 grammes de pus, traversée par des brides épaisses, lesquelles étaient formées par des vaisseaux artériels et veineux. Une injection poussée dans l'artère hypogastrique démontra que ces vaisseaux étaient les branches viscérales de l'iliaque interne. Raffray et Jayle[5] ont également publié un cas de phlegmon post-puerpéral de l'étage inférieur du ligament large, dont le pus contenait des streptocoques.

L'infiltration inflammatoire se propage facilement en dehors, sous le péritoine, le long du psoas iliaque, jusque vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, et là elle déborde dans le pannicule adi-

[1] P. Delbet (*Des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, 1891, p. 152 et suiv.) divise les phlegmons du ligament large en *phlegmons de la gaine hypogastrique* et en *phlegmons du ligament large proprement dits*. Les premiers, les plus fréquents, siègent dans le tissu cellulaire, traversé par les branches intra-pelviennes de l'iliaque interne et les lymphatiques du col et de la portion supérieure du vagin. Les seconds, rares, siègent dans la région du ligament large, traversée par l'artère utéro-ovarienne, par les lymphatiques du fond de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire.

[2] Arthur H. Lewers. *Note on the post-mortem appearances of the broad ligament.* (*Trans. of the obst. Soc. of London*, 1888, t. XXX, p. 7.)

[3] Carter, *ibid.*, p. 9.

[4] P. Delbet, *loc cit.*, p. 156 et suiv.

[5] Raffray et Jayle. *Bull. de la Soc. anat.*, 1895, p. 533.

peux sous-cutané par des points faibles de la couche musculo-aponévrotique, orifices vasculaires et canaux nerveux. Dès que la poche purulente est devenue tangente aux parois abdominales, elle s'y soude et, par suite, donne lieu à la sensation d'une plaque ou d'un plastron résistant[1]. La suppuration succède d'ordinaire à l'infiltration, mais elle peut manquer; alors le processus s'arrête et le phlegmon se résout, ne laissant subsister après lui que des masses cellulaires indurées. Dans ces circonstances, j'ai observé un phénomène curieux et peu connu qui survient assez longtemps après que les phénomènes d'inflammation péri-utérine paraissent entièrement dissipés : alors que tout semblait terminé, on voit apparaître les signes d'un foyer plus ou moins éloigné du lieu d'origine, vers la fosse iliaque, dans la gaine du psoas et jusque dans le tissu cellulaire péri-néphrétique. Il semble qu'il soit demeuré là des vestiges, des résidus septiques qui évoluent tardivement, après avoir perdu tout point d'attache avec leur premier point de départ. Il est probable que les lymphatiques jouent un rôle capital dans la formation de ces **abcès tardifs**, analogues à ceux qu'on voit se produire dans les régions où a évolué une lymphangite, plusieurs jours après sa disparition.

Abcès résiduaux tardifs.

IV. **Cellulite pelvienne diffuse.** — Dans tous les faits précédents, l'infection septique était plus ou moins localisée et aboutissait à des lésions maintenues dans de certaines limites. Il n'en est pas toujours ainsi : à la suite de certains empoisonnements puerpéraux, l'infiltration s'étend rapidement à tout le tissu cellulaire pelvien, à la manière d'un érysipèle malin, d'où le nom d'*erysipelas malignum puerperale* que lui a donné Virchow[2]. Les tissus œdématiés ont une couleur livide, les lymphatiques sont remplis de microcoques, les veines contiennent des caillots ou du pus; ces cas-là sont presque fatalement mortels. Le rôle capital des lymphatiques ne saurait ici être mis en doute; on est en présence d'une véritable lymphangite septique, partie de la plaie utérine et englobant tout ce qui entoure l'appareil génital. C'est à ce type clinique que je propose de réserver le nom de **cellulite pelvienne diffuse**[3].

Cellulite pelvienne diffuse.

Étiologie générale. — Je ne reviendrai pas sur ce qui a été dit relativement à l'étiologie des inflammations des trompes, et qui

Étiologie générale.

[1] O. Terrillon (*Arch. de tocol.*, 1889, p. 170) a montré par des observations probantes que le plastron abdominal se produit lorsque les annexes enflammées viennent se mettre en contact avec la paroi abdominale; le contact peut même ne pas être immédiat, mais se faire par l'intermédiaire de masses inflammatoires périphériques englobant l'épiploon. — Ce fait avait été signalé par Polk. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 651.

[2] Virchow. *Arch. f. path. Anat.*, 1862, Bd. XXIII, p. 415.

[3] Alex. J. C. Skene (*Pelvic cellulitis* in *The Brooklyn med. Journ.*, janv. 1889, t. III, p. 1) confond sous ce nom de cellulite pelvienne, ainsi que beaucoup d'auteurs, à la fois ce que j'appelle abcès pelvien et cellulite pelvienne diffuse.

s'applique très exactement ici, puisque, à l'exception de la cellulite pelvienne diffuse, qui constitue une classe à part, toutes ou presque toutes les inflammations péri-utérines ne sont que l'extension d'un foyer tubo-ovarien. Je me bornerai à signaler les circonstances étiologiques particulières aux diverses catégories que j'ai distinguées.

Les **noyaux d'œdème inflammatoire** s'observent dans le cours de toutes les formes d'inflammation aiguë ou chronique des trompes[1].

Les **abcès pelviens** succèdent aux pyo-salpinx ou à la suppuration d'un kyste ovarique inclus ou d'un foyer d'hématocèle pelvienne, au voisinage d'une trompe enflammée. La temporisation excessive, les explorations trop prolongées et trop violentes favorisent leur formation.

Les **phlegmons du ligament large** s'observent-ils en dehors de l'état puerpéral, dont j'ai essayé de faire ressortir l'influence prédisposante? Bernutz admet que, sur vingt cas, il y en a dix-sept qui doivent être rapportés à l'état puerpéral. Frarier[2], dans un travail qui eut un grand retentissement, a prétendu que le phlegmon du ligament large ne s'observait jamais en dehors de cette étiologie restreinte. Delbet[3] émet l'opinion qu'on observera bientôt plus de phlegmons du ligament large en *dehors* que *pendant* la puerpéralité. Ces deux opinions sont trop exclusives. Assurément, l'infection de l'utérus par des opérations septiques paraît avoir amené les mêmes accidents que la puerpéralité; mais ces faits sont rares, et ils sont toujours l'indice d'une infection due à la négligence des règles qui président actuellement aux opérations. Ces conditions pathogéniques se rencontrent surtout et encore trop souvent à la suite de certains accouchements ou avortements; de là vient que l'état puerpéral est la cause la plus ordinaire des phlegmons du ligament large.

Enfin, la **cellulite pelvienne diffuse** pourrait survenir dans les mêmes conditions, accouchement ou opération quelconque sur les voies génitales accomplis dans des conditions de septicité exceptionnelles; elle est assez comparable à la cellulite qu'on voyait autrefois survenir, après les opérations graves sur la vessie ou sur le rectum.

Symptômes et diagnostic.

Symptômes et diagnostic. I. Péri-métro-salpingite séreuse. — Les signes de l'inflammation propagée autour des

[1] La salpingite initiale, point de départ des accidents, a le plus souvent été méconnue jusqu'ici. Je n'en veux pour preuve que l'excellent tableau clinique tracé par de Sinéty (*loc. cit.*, p. 815), où, sous le nom d'*inflammation circum-utérine proprement dite*, il décrit admirablement les symptômes de la salpingite catarrhale, y compris les coliques salpingiennes, qu'il rapporte, après les avoir soigneusement notées, « à la constipation si fréquente dans ces conditions, et à la présence de gaz dans l'intestin ».

[2] Frarier. *Étude sur le phlegmon du ligament large.* Thèse de Paris, 1866.

[3] Delbet, *loc. cit.*, p. 204.

trompes et de l'utérus, dans sa forme la plus bénigne, sont ceux que j'ai sommairement indiqués dans le chapitre des salpingites sous le nom de **poussées aiguës.** La description en a été bien faite par divers auteurs, mais sous des noms différents. Peter[1], Guéneau de Mussy[2] les avaient signalées sans en spécifier la localisation exacte. Martineau[3] les a rapportées à l'adénite péri-utérine. Courty[4] admet aussi l'origine lymphatique. Mundé, en Amérique, et A. Martin, en Allemagne, l'ont acceptée. Cantin[5] a consacré un bon travail à la défense de cette opinion.

Outre les signes de la **salpingite concomitante**, voici ceux qui sont propres à l'inflammation circonvoisine : les femmes se plaignent d'une recrudescence de leurs malaises habituels; il est rare, cependant, qu'il y ait un **état fébrile** marqué; un peu d'embarras gastrique se montre seulement. A l'examen par le toucher, on constate une sensibilité plus grande dans les culs-de-sac; parfois même, une **douleur** très vive et très localisée arrache une plainte à la malade chaque fois que le doigt revient à la même place. Il peut y avoir de l'**empâtement** général de la région, surtout s'il y a eu déjà antérieurement des atteintes pareilles ou plus fortes, ayant laissé subsister des adhérences qui ont *ankylosé* l'utérus : dans ces cas-là, les signes fournis par le toucher pourront, au moment d'une simple poussée aiguë de cette nature, revêtir un caractère apparent de gravité contre lequel un clinicien expérimenté saura se mettre en garde; la bénignité des symptômes généraux prémunira, du reste, contre un pronostic exagéré.

Noyaux d'œdème inflammatoire.

Au bout de quelques jours, en effet, on verra l'empâtement se résoudre et faire place à des tumeurs indépendantes de l'utérus, qui est souvent redevenu tout à fait mobile. Il y a, généralement, plusieurs **noyaux** dans les culs-de-sac postérieur et latéraux. Ils donnent, ainsi que Guéneau de Mussy l'avait le premier indiqué, la sensation de ganglions arrondis, plus ou moins sensibles au toucher[6]. Les changements que subissent ces tumeurs sont très rapides, si bien que, si le résultat des explorations quotidiennes n'avait pas été

[1] Peter. Notes à la traduction de Bennett. *Traité prat. de l'inflammation de l'utérus*, p. 259.

[2] N. Guéneau de Mussy. *Clin. méd.*, t. I, p. 474.

[3] Martineau. *Leçons clin. sur les mal. de l'utérus.* Paris, 1880, p. 779.

[4] Courty. *Annal. de Gyn.*, 1881, t. XV, p. 242.

[5] Cantin. *Des lymphangites péri-utérines non puerpérales.* Thèse de Paris, 1889.

[6] Martineau (*Leçons clin. sur les mal. de l'utérus*, p. 779), guidé par les idées théoriques qui dominaient sa nosologie, prétendait nettement reconnaître au toucher les traînées lymphatiques formées par les vaisseaux malades, sous forme de cordes dures et résistantes et décrivait les caractères de l'adéno-lymphite en rapport avec la nature de l'affection utérine : dans la métrite scrofuleuse, les ganglions seraient volumineux, indolores, nombreux; dans la métrite arthritique, ils seraient petits, multiples, etc.

exactement noté, on croirait presque avoir été le jouet d'une illusion (de Sinéty).

Parfois, on peut voir persister pendant très longtemps certains noyaux très durs, ligneux, que leur consistance et leur forme font plus ou moins ressembler à des **fibromes** (Guéneau de Mussy). On les en distinguera facilement par le manque de connexions intimes avec l'utérus, l'absence de dilatation de la cavité de l'organe. L'**ovaire prolabé** est plus volumineux, forme une tumeur isolée, dont la pression amène une douleur spéciale, nauséeuse, syncopale; la tumeur formée par un petit **kyste de l'ovaire**, ou **un kyste du ligament large**, a un caractère tout à fait différent : elle est élastique ou fluctuante, franchement latérale, unique, accessible seulement par la palpation bi-manuelle et non par le toucher seul. Je ne parle que pour mémoire des **scybales**, qui pourraient seulement tromper un observateur inattentif, qui négligerait le toucher rectal.

Diagnostic avec :

Corps fibreux.

Prolapsus de l'ovaire.

Kystes de l'ovaire.

Scybales.

L'examen au spéculum ne fournit aucun renseignement.

La marche de ces noyaux d'œdème et de ces collections séreuses de la péri-salpingite, est capricieuse et intermittente; ils constituent un des éléments de ces inflammations à répétitions des annexes qui ont été décrites dans le chapitre des salpingites; ils ont une grande tendance à la récidive, mais aucune à la suppuration.

II. **Abcès pelviens.** — Ce nom ne désigne pas seulement des collections purulentes situées dans le petit bassin, car, à ce titre tous les pyo-salpinx devraient entrer dans cette classe. Ce qui caractérise chirurgicalement l'abcès pelvien, c'est d'être une collection qui n'est pas libre et indépendante, ni susceptible d'être énucléée, pédiculisée et enlevée, mais bien une collection *pelvi-pariétale*, soudée au bassin qui lui forme paroi. On les a décrits, à la fois, sous les noms de pelvi-péritonites et de paramétrites suppurées; on a même englobé aussi, à tort, sous le nom d'abcès pelviens, les phlegmons du ligament large, qui constituent un type clinique bien distinct.

Abcès pelviens.

Cliniquement, les abcès pelviens ne sont le plus souvent que les phases ultimes de l'évolution des pyo-salpinx, et aucune démarcation ne les sépare au point de vue symptomatique. Quelquefois cependant, des phénomènes aigus marquent le passage de la suppuration des trompes et des ovaires de la forme circonscrite (pyo-salpinx, abcès de l'ovaire) à la forme diffuse. S'il y a issue de pus dans le péritoine du petit bassin, ou, simplement, inflammation vive périphérique, la **douleur** peut subitement apparaître, vive, syncopale et accompagnée de phénomènes analogues à ceux de la péritonite : frissons, vomissements, ballonnement du ventre, face grippée, pouls filiforme. En même temps, la **fièvre**, qui avait pu manquer jusque-là ou n'être appréciable qu'à une exploration thermométrique

très attentive, se montre et affecte de préférence le type rémittent, à exaspérations vespérales. Il y a des **troubles de voisinage**, du côté du rectum et de la vessie : constipation, dysurie, ténesmes rectal et vésical. Si l'abcès proémine du côté du rectum, le cours des matières fécales peut être totalement interrompu[1].

Le toucher et la palpation bi-manuelle doivent être pratiqués avec grandes précautions. Ils font constater que l'utérus est fixe, enclavé dans le petit bassin et comme emprisonné dans une coulée de matière plastique, qui n'est autre que l'œdème inflammatoire intense qui a infiltré la totalité du tissu cellulaire voisin. Au bout de quelques jours, cet œdème diminue et démasque, pour ainsi dire, la saillie de l'abcès qui est alors séparé du col utérin par un sillon plus dépressible. Cette **tumeur** est lisse, régulière, difficile à limiter supérieurement; elle donne au doigt une sensation de chaleur, et on y perçoit souvent des battements artériels dus à la dilatation des vaisseaux; il est rare qu'on y trouve de la fluctuation, vu l'induration du vagin, qui parfois a la consistance du carton, et l'épaisseur très grande de tissus infiltrés qui séparent du doigt le foyer purulent, souvent très petit, quoique enveloppé dans une forte gangue. Un caractère important est l'immobilité de l'utérus et celle de la tumeur; l'un et l'autre paraissent solidaires, soudés; par la palpation bi-manuelle, on se rend compte, aussi, que la tumeur adhère aux parois du bassin. L'utérus est dévié en sens inverse, le col aplati contre le pubis, si, comme c'est le cas le plus fréquent, la tumeur siège dans le cul-de-sac postérieur; elle peut aussi faire surtout saillie sur les côtés; enfin, plus rarement encore, l'empâtement prédomine en avant, entre l'utérus et la vessie.

Le toucher rectal donne de précieux renseignements complémentaires sur les connexions de la tumeur. L'examen au spéculum est inutile.

Une période de **rémission** assez franche peut arriver à ce moment et durer un temps assez long, par suite de la formation d'adhérences protectrices qui limitent franchement le foyer. Mais, quand se prononcent de nouveau les tendances à l'**évacuation**, les douleurs lancinantes et la fièvre redoublent. Si l'évacuation tend à se faire vers le

[1] Un curieux épiphénomène des suppurations pelviennes est la production d'une pleurésie diaphragmatique qui serait assez fréquente. Potain (*Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*. Rouen, 1883) a signalé que de simples fluxions ou irritations ovariennes et péri-ovariennes peuvent, par une sorte de contre-coup (action nerveuse réflexe), retentir sur les plèvres. — A. Lasne (*Pleurésie diaphragmatique et pelvi-péritonite*. Thèse de Paris, 1887) a repris ce sujet, et admet que la pleurésie est alors due à la propagation de l'inflammation du péritoine pelvien au péritoine diaphragmatique par les vaisseaux lymphatiques et plus spécialement par ceux qui accompagnent les vaisseaux tubo-ovariens et qui aboutissent aux piliers du diaphragme. Il s'agirait généralement d'une pleurésie diaphragmatique sèche, très légère.

cul-de-sac postérieur, le vagin présente d'abord une plaque indurée ; si c'est vers le rectum, une pesanteur périnéale et un ténesme rectal des plus pénibles l'indiquent.

Une crise très grave précède souvent l'ouverture de l'abcès dans le rectum, le vagin, ou, plus rarement, dans le tissu cellulaire prévésical ; une brusque accalmie lui succède, mais n'est plus de longue durée. L'abcès se vide mal, et des faits de résorption chronique se manifestent, ou bien, l'abcès s'évacue en totalité, mais se remplit ensuite, et se vide encore à des périodes irrégulières, avec le même cortège de troubles généraux. La malade tombe dans un état d'affaiblissement et d'hecticité semblable à celui que j'ai déjà décrit à propos des pyo-salpinx fistuleux. A ce moment-là, du reste, les deux affections sont tout à fait confondues en clinique, et la différence qui résulte des connexions du foyer (énucléable dans un cas, impossible à décortiquer dans l'autre), n'est qu'une question de médecine opératoire. Dans les cas exceptionnels, la malade guérit après l'évacuation de l'abcès. Mais ceux-ci laissent alors souvent subsister après eux d'interminables **fistules**.

On a cité quelques faits de mort rapide par ouverture de l'abcès dans le péritoine ; ils sont très rares, car des fausses membranes se superposent pour circonscrire le foyer.

L'abcès pelvien peut être **tuberculeux**, comme le pyo-salpinx dont il dérive ; dans ces cas-là, on observe, ordinairement, d'autres signes de tuberculose du côté des poumons.

Le **diagnostic** de l'abcès pelvien et du **pyo-salpinx** se fait facilement quand existe encore la mobilité de la collection kystique et pédiculée des trompes ; il est impossible, si cette tumeur kystique est largement adhérente, et si elle est devenue fistuleuse ; ce n'est que par l'étude des symptômes généraux et les commémoratifs qu'on peut alors soupçonner que l'inflammation est devenue plus diffuse, et la laparotomie seule tranche tout à fait la question. Le **phlegmon du ligament large** forme une tumeur latérale, placée de champ à côté de l'utérus ; elle apparaît rapidement après un accouchement. L'**hématocèle pelvienne**, à ses débuts, est franchement fluctuante ; elle ne donne lieu à des phénomènes fébriles que lorsqu'elle suppure et se transforme en abcès pelvien.

Diagnostic avec : Pyo-salpinx.

Phlegmon du ligament large.

Hématocèle pelvienne.

III. **Phlegmon du ligament large.** — Il est, le plus souvent, désigné par les auteurs étrangers sous le nom de *paramétrite* ; mais il y a tout intérêt, me semble-t-il, à lui conserver la vieille dénomination sous laquelle il a été, en France, l'objet de descriptions devenues classiques, d'autant plus que ce terme répond, en somme, assez exactement au siège principal, sinon initial, des lésions.

Phlegmon du ligament large.

Il se déclare, ordinairement, vers la fin du premier septénaire

d'un accouchement que des conditions spéciales ont rendu septique (épidémie, manœuvres faites avec d'insuffisantes précautions, etc.). Un grand **frisson** peut en marquer le début; d'autres fois, c'est la **douleur locale** qui est le phénomène initial; elle siège vers les lombes et s'irradie dans la cuisse. L'abolition de l'appétit et du sommeil, des sueurs profuses, de petits frissons erratiques, une **fièvre** à caractère rémittent, l'altération profonde des traits, annoncent que la suppuration se poursuit; dès qu'elle est collectée, un calme relatif peut donner à la malade une sorte de répit trompeur. Si l'on a pratiqué le toucher à cette période, on n'a trouvé dans les premiers jours qu'un **empâtement général** des culs-de-sac, immobilisant l'utérus, avec prédominance de la tuméfaction d'un côté. Puis, si on l'examine ultérieurement, en y joignant la palpation bi-manuelle, on sent que l'empâtement s'est localisé en une **masse latérale**, faisant corps avec l'utérus, le reliant à la paroi pelvienne et s'élevant jusqu'au détroit supérieur, comme si le ligament large s'était solidifié. Un prolongement, en forme de croissant, entoure généralement le col de l'utérus dont il est séparé par un sillon. L'utérus est repoussé vers le côté sain, en latéroversion souvent très accentuée.

Il n'est pas impossible que la **résolution** se fasse à cette période et que la maladie se termine par la résorption des produits plastiques et la rétraction inodulaire du ligament large. Mais cela constitue une exception infiniment rare. Généralement, après une courte rémission, les frissons reviennent avec des sueurs profuses et de la diarrhée, l'état général s'altère de plus en plus et donne l'idée nette d'une **infection septique**. La mort peut arriver à cette période. Il est plus ordinaire de voir le pus se frayer un chemin à l'extérieur, si le chirurgien bien avisé ne prévient les efforts de la nature. L'infiltration purulente, gagnant de plus en plus les limites du ligament large, les dépasse vers le vagin et vers les côtés du pelvis; le cul-de-sac vaginal s'épaissit, s'indure, et donne au doigt explorateur la sensation qu'on a décrite sous le nom de **vagin de carton**. D'autre part, en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, ou un peu plus bas, exactement au-dessus du triangle de Scarpa et séparée de lui par l'arcade crurale, apparaît une induration sous forme de plaque ou de **plastron** qui est l'indice de l'envahissement du tissu cellulaire sous-cutané. A ce moment, la tumeur a souvent dépassé les limites du pelvis pour déborder dans la fosse iliaque. La plaque s'étend, se ramollit à son centre, rougit, et le pus verdâtre et bien lié coule en quantité énorme, invraisemblable, par un orifice souvent très petit. Même ouverture peut se faire par le **vagin**, et, plus rarement, par le **rectum** ou le **cæcum**, ou même la **vessie**. Les **péritonites** mortelles sont

bien plutôt dues à l'extension de l'inflammation qu'à l'ouverture du phlegmon dans la grande cavité séreuse.

L'ouverture peut rester **fistuleuse**, donner issue à des quantités de pus de plus en plus restreintes, et enfin se fermer après un temps souvent très long; les malades sont souvent emportées à cette période par l'**hecticité**, si le chirurgien n'intervient pas pour ouvrir largement, drainer et désinfecter un foyer où la suppuration croupit.

Le **diagnostic** ne pourrait être douteux qu'au début, quand on ne sait pas si la suppuration sera circonscrite, se bornera à un **abcès pelvien**, ou à la fin, quand, ayant dépassé le pelvis, elle a transformé le phlegmon du ligament large en un véritable **abcès de la fosse iliaque**. C'est donc par l'étude de la marche qu'on établira un jugement; elle est, du reste, très caractéristique, et ne permettra pas la confusion avec une **périty phlite**, un **abcès ossifluent**, ni surtout avec un **cancer de l'os iliaque**, à marche galopante.

Diagnostic avec :
Abcès pelvien.
Abcès de la fosse iliaque.
Périty phlite.
Abcès ossifluent.
Cancer de l'os iliaque.

IV. La **cellulite pelvienne diffuse** n'est que la manifestation locale d'un état général septicémique qui s'impose seul suffisamment par lui-même à l'attention du clinicien; je ne m'y appesantirai donc pas. Je me borne à signaler la rapidité extrême de l'extension, qui a été comparée à celle de l'érysipèle; la tendance à la mortification du tissu cellulaire, qui peut donner lieu à l'emphysème; l'ulcération de vaisseaux parfois importants, occasionnant de formidables hémorrhagies[1]; la marche fatale du mal.

Cellulite pelvienne diffuse.

Pronostic. — Il varie essentiellement selon les formes et les degrés de l'inflammation péri-métro-salpingienne. C'est faute d'avoir fait cette distinction que les auteurs diffèrent si notablement sur cette question de pronostic.

Pronostic.

La **péri-métro-salpingite séreuse** partage le pronostic de la lésion des trompes à laquelle elle se rapporte. Elle en a la **marche chronique à répétitions**, mais ne met pas la vie en péril; elle reste longtemps une infirmité plus qu'une maladie.

L'**abcès pelvien** est plus grave; il peut entraîner la **mort** par **péritonite** aiguë, par **septicémie** rapide ou par **hecticité** lente. Il offre aussi une marche capricieuse, **à redoublements**, bien indiquée par Gosselin[2]. Mais ce chirurgien confondait manifestement, comme ses contemporains, sous le nom de phlegmon péri-utérin, les salpingites catarrhales avec œdème inflammatoire et les pyo-salpinx.

[1] M. Duncan (*Trans. of the obstet. Soc.*, Londres, 1887, p. 191) a communiqué trois cas d'ouverture de gros vaisseaux, et même des vaisseaux iliaques, dans la cellulite pelvienne.

[2] Gosselin. *Clin. de la Charité*, t. III, p. 56. — Voir, par exemple, le chapitre relatif à une *métrite hémorrhagique avec coïncidence de phlegmon péri-utérin*, où le diagnostic de pyo-salpinx avec péri-métro-salpingite est de la dernière évidence.

Quand la malade a échappé aux accidents aigus et que la maladie, par résorption ou par l'évacuation spontanée du foyer, est arrivée à ce qu'on peut appeler sa guérison naturelle, il n'en existe pas moins des troubles incessants de la santé, par suite des **lésions chroniques** de la trompe, et aussi des adhérences anormales, des rétractions ligamentaires, des déplacements de l'utérus et de l'ovaire. Sänger a expressément noté que les uretères étaient beaucoup plus faciles à palper chez les femmes ayant eu des inflammations péri-utérines, comme si leurs parois étaient épaissies par le travail inflammatoire voisin. On a même rapporté des accidents de pyélo-néphrite causés par la rétraction cicatricielle résultant d'un abcès pelvien[1].

Freund[2] a décrit sous le nom de *paramétrite chronique atrophique* ou *atrophiante* une maladie spontanée qu'il ne faudrait pas confondre, dit-il, avec l'atrophie consécutive à un abcès pelvien guéri par résorption spontanée et sclérose consécutive des tissus atteints par l'inflammation. Quoi qu'il en soit, les effets peuvent être analogues. Sous l'influence de cette rétraction, les vaisseaux sont comprimés, et il en résulte une atrophie de tout le canal génital avec ménopause anticipée. Sänger a remarqué que l'uretère était plus facile à toucher, plus volumineux, et plus dur, du côté où avait existé anciennement une paramétrite; ce fait peut être causé par l'inflammation de voisinage et une sorte d'**uretérite** parenchymateuse consécutive.

Le **phlegmon du ligament large** est grave. La **mort** peut survenir dans l'orage inflammatoire du début, ou tardivement par la longueur de la suppuration, ou même subitement par l'**embolie** qui succède aux thromboses des veines du bassin.

La **cellulite pelvienne diffuse** est presque fatalement mortelle.

Traitement.

Traitement. — Le traitement de la **péri-métro-salpingite séreuse** se confond avec celui de la salpingite qui lui a donné naissance. Il consiste surtout dans le repos, les révulsifs, les injections prolongées d'eau chaude. Ce sont, assurément, des cas de ce genre dont on a obtenu la guérison rapide par l'électricité[3].

On a souvent vu de pareilles poussées aiguës disparaître rapidement à la suite d'un traitement intra-utérin énergique, curettage et

[1] L. Broun. *Pyelitis and an acute suppurative nephritis caused by compression of the ureter from cicatricial mass, the result of a pelvic abscess.* (*Med. Record*, New-York, 1889, t. I, p. 285.)

[2] W. A. Freund. *Versamml. deutscher Naturf. u. Aerzte, Innsbruck* (*Monatsch. f. Geb.*, 1869, Bd. XXXIV, p. 380); et *Gynäk. Klinik.* Strasbourg, 1885. (*Das Bindegewebe*, etc.)

[3] Apostoli. *Congrès de Copenhague*, août 1884, et *Bull. gén. de thér.*, 30 sept. 1887. — *Brit. med. Journ.*, 19 nov. 1887. — Bröse et Nagel (*Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 8 mars 1889, in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 16, p. 275) ont aussi obtenu d'excellents résultats. Toutefois Nagel avoue qu'il préfère encore le moyen, plus simple et tout aussi efficace, des irrigations d'eau chaude.

injections, et ce résultat a été invoqué à l'appui de l'origine lymphatique des accidents périmétritiques[1]. Ces poussées aiguës incessantes ne sont pas la moindre des indications qui ont conduit les chirurgiens à l'ablation des annexes[2], ce qui amène à la fois la guérison de la salpingite et de l'inflammation péri-salpingienne.

Les tumeurs d'œdème inflammatoire aigu n'ont que peu de tendance à suppurer, et comme elles sont les plus fréquentes, elles ont accrédité chez les médecins la pratique de l'expectation qu'on a trop généralisée. Je repousse complètement les ponctions faites pour évacuer des collections séreuses; elles peuvent les faire suppurer, et n'en accélèrent guère la résolution.

Pour les autres formes, **abcès pelvien, abcès du ligament large**, l'indication principale est d'abord de modérer l'intensité de l'inflammation par des douches chaudes prolongées, des évacuations sanguines locales, etc. Ensuite, dès que le pus est formé, il faut aller à sa recherche.

En quelle région faut-il faire l'ouverture de la collection purulente, et comment faut-il la faire?

J'examinerai successivement différents cas qui peuvent faire varier le mode d'intervention du chirurgien.

Ponction par le vagin.

A. **L'abcès proémine vers le vagin.** — La **ponction** avec un trocart est-elle suffisante? Elle a été préconisée par Simpson et reprise par Tenneson[3], qui la fait dans le cul-de-sac postérieur du vagin, même en l'absence de fluctuation; il emploie la ponction capillaire avec aspiration pour évacuer soit le sérum, soit le pus des périmétrites. Cette conduite est peu recommandable : elle est dangereuse et expose à la blessure de l'intestin, si la poche est encore éloignée de la paroi vaginale; elle est insuffisante si cette poche est adhérente; tout au plus pourrait-elle être employée dans ce dernier cas, comme moyen d'assurer le diagnostic et comme préliminaire immédiat d'une intervention plus efficace.

Le professeur Laroyenne[4] (de Lyon) fait aussi la ponction par le vagin dans les masses d'inflammation péri-utérine chronique avec épanchements latents de nature purulente, séreuse ou hématique. Son trocart spécial, d'assez gros calibre (sonde n° 20), est ouvert latéralement par une fente qui joue le rôle de la rainure directrice d'une sonde cannelée pour permettre, après la ponction, de guider

[1] Cantin. *Des lymphangites péri-utérines, non puerpérales.* Thèse de Paris, 1889.

[2] Korn. *Soc. gyn. de Dresde*, 3 mars 1887. (*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 451.)

[3] Voir H. Hervot. *Contrib. à l'étude de la périmétrite.* Thèse de Paris, 1887.

[4] Laroyenne. *Lyon méd.*, 21 fév. 1886. — Ed. Blanc. *De l'inflammation péri-utérine chronique*, etc. Thèse de Lyon, 1887. — P. Goullioud. *Congrès franç. de chir.*, 4e session, Paris, 1889, p. 692; *Débridement vaginal des collections pelviennes* (*Arch. de tocol.*, 1891, p. 562, 700, 788 et 801) et *ibid.* (*Arch. prov. de Chir.*, 1895, t. II, p. 452).

dans le foyer un lithotome qui opère ensuite un débridement latéral de 3 à 5 centimères (fig. 416). Un tube de verre à extrémité olivaire sert à faire des lavages antiseptiques sous une faible pression. Il a obtenu ainsi des succès.

Incision par le vagin.

Je crois qu'on peut simplifier la technique opératoire et, après une ponction aspiratrice qui a fait reconnaître la présence du pus, aller à sa recherche, en incisant, couche par couche, le cul-de-sac vaginal postérieur, et en arrêtant à mesure l'hémorrhagie par des points de suture hémostatiques, semblables à ceux qu'emploie Martin dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. On se rendrait maître, du reste, d'un écoulement de sang un peu abondant avec un tamponnement momentané. Le foyer ouvert, on y placera un tube de caoutchouc en croix qui se maintient facilement et on tassera autour de lui de la gaze iodoformée. Telle est, à peu près, la manière de procéder de Mundé[1]. Il y joint un nettoyage très prudent du foyer avec la curette mousse, qui ne me paraît offrir d'utilité réelle que dans des cas exceptionnels (un kyste dermoïde contenant des cheveux et autres débris était le point de départ d'un des abcès ouverts par Mundé). Le curage n'est pas dépourvu de dangers. Laroyenne a montré, en effet, que la paroi supérieure de l'abcès pelvien était généralement très friable et pouvait être dilacérée, rien que par des injections un peu fortes.

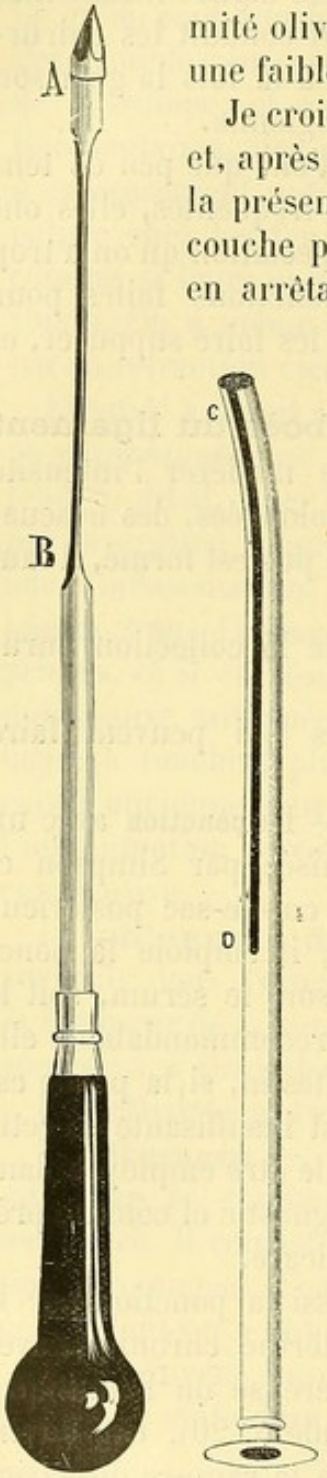


Fig. 416. — Sonde-trocart de Laroyenne (de Lyon).

Pour éviter de blesser les uretères et les artères utérines ou vaginales[2], il faudra se conformer aux règles suivantes dans le choix du lieu de l'incision.

Tumeur postérieure : incision transversale ou verticale, dirigée selon le grand axe de la tumeur.

Tumeur latérale : incision oblique en arrière et en dehors, ne dépassant pas en avant le prolongement du diamètre transversal du col.

[1] Mundé. *The treatment of pelvic abcess in women by incision and drainage.* (*Amer. Journ. of Obstet.*, févr. 1886, t. XIX, p. 113.)

[2] Reeves Jackson (cité par Mundé, *loc. cit.*, p. 119) a rapporté un cas de mort par

Tumeur antérieure : très petite incision transversale combinée avec une incision antéro-postérieure plus longue.

Je crois que cette incision par le vagin doit être réservée à un petit nombre de cas particulièrement favorables, et que, comme procédé général, elle est infiniment inférieure à la laparotomie. En effet, ce n'est qu'après l'exploration directe, après ouverture du ventre, qu'on peut être assuré de ne pouvoir faire l'extirpation de la poche, traitement qui guérit définitivement, tandis que l'incision laisse subsister des causes de rechutes incessantes. Enfin, quand on choisit la voie vaginale, on n'est jamais tout à fait à l'abri de la blessure d'anses intestinales agglutinées dans le cul-de-sac de Douglas.

B. **L'abcès proémine vers le rectum.** — Faut-il, pour cela, l'inciser par cette voie, si défavorable au point de vue de l'antisepsie ultérieure du foyer? Je ne le crois pas, contrairement à Byford[1], qui l'a vantée outre mesure. En pareil cas, du reste, le pus serait de préférence évacué par l'incision para-sacrée ou par la périnéotomie. Incision par le rectum.

C. **L'abcès est également éloigné du vagin et de la paroi abdominale.** — Diverses voies ont été proposées pour l'atteindre :

1° La **voie périnéale** (Hegar, Sänger, O. Zuckerkandl).

2° La **voie pelvienne** ou **sacrée** (E. Zuckerkandl, Wiedow, Sänger).

3° L'incision au-dessus du ligament de Poupart et le décollement du péritoine jusqu'au niveau du foyer (Hegar)[2], par une opération analogue à celle qu'on fait pour la ligature de l'iliaque, et que j'ai proposé d'appeler **laparotomie sous-péritonéale.**

4° La **laparotomie proprement dite** ou **trans-péritonéale**, préconisée surtout par L. Tait[3] : celle-ci comprend elle-même deux procédés, selon qu'on suture les parois de l'abcès à l'abdomen, ou qu'on les résèque, en drainant par le vagin la cavité aussi réduite que possible (Martin).

5° L'**incision en deux temps.**

Je passerai rapidement en revue ces divers procédés.

1° **Voie périnéale.** — Hegar[4] a, depuis longtemps, proposé d'aller à la recherche des abcès pelviens, à travers le creux ischio-rectal, par une incision allant de la tubérosité ischiatique à la pointe du coccyx. Incision par la voie périnéale.

hémorrhagie, à la suite d'une ponction aspiratrice pour un cas d'abcès pelvien. — Clinton Cushing (de San Francisco) a proposé d'employer un instrument analogue à une pince à gants, mais pointu, de manière à pouvoir par simple ponction et écartement de ses branches introduire un tube et éviter l'incision.

[1] H. Byford (de Chicago). *Amer. Journ. of Obstet.*, 1886, p. 425.

[2] Hegar et Kaltenbach. *Traité de gynécol. opér.*, trad. franç. de Bar, p. 464.

[3] Lawson Tait. *The pathology and treatment of the diseases of the ovaries.* Birmingham. 1883.

[4] Hegar et Kaltenbach. *Loc. cit.*, p. 464.

La **périnéotomie verticale**, qui a été recommandée par Sänger[1], n'est que l'incision périnéale de Hegar agrandie ; elle consiste en une incision à côté de la ligne médiane, commençant au niveau du tiers postérieur de la grande lèvre et finissant à 2 centimètres en dehors de l'anus, entre cet orifice et la tubérosité ischiatique; elle permet de pénétrer au-dessus du releveur de l'anus, en l'incisant (fig. 417).

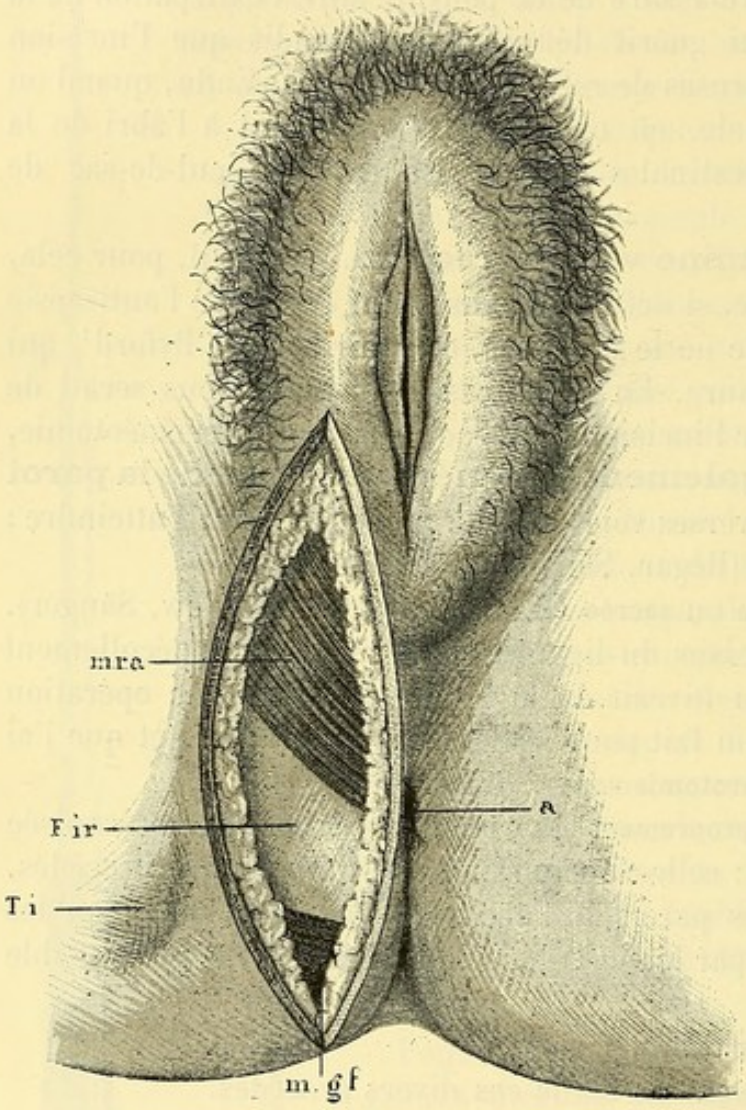


Fig. 417. — Périnéotomie verticale (Hegar, Sänger).
a. Anus. T.i. Tubérosité de l'ischion. m. gf. Muscle grand fessier m.r.a. Muscle releveur de l'anus. F.ir. Fosse ischio-rectale.

La **périnéotomie transversale**, de Otto Zuckerkandl, par dédoublement de la cloison recto-vaginale, a été surtout recommandée pour l'extirpation du cancer du col de l'utérus (p. 447), mais elle a été aussi indiquée (Sänger), comme pouvant servir à l'évacuation des collections situées dans le cul-de-sac de Douglas. L'incision va d'un ischion à l'autre, (fig. 418), et à ses deux extrémités on peut faire un petit prolongement oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors qui lui donne la forme d'un trapèze auquel manquerait sa base. On arrive ainsi très profondément jusque dans le cul-de-sac de Douglas, et on peut évacuer les collections d'une manière qui offre beaucoup moins de chance d'infection que l'ouverture par le rectum. Mais, comme la plaie est infundibuliforme, on ne peut pas y manœuvrer assez à l'aise pour pratiquer une extirpation de pyo-salpinx.

[1] M. Sänger. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVII, Heft 1, p. 100

2° **Voie pelvienne ou sacrée**[1]. — On a proposé divers procédés nouveaux pour arriver aux abcès : Incision par la voie pelvienne.

L'**incision para-sacrée** de E. Zuckerkandl et de Wölfler, grâce à une incision profonde sur les côtés du sacrum, pénètre dans l'espace pelvi-rectal supérieur, au-dessus du releveur de l'anus.

La **résection définitive ou temporaire du coccyx et du sacrum**, suivant la méthode de Kraske, qu'a modifiée Hegar (p. 449). Mais cette opération n'est utile que lorsqu'on a besoin de beaucoup de jour, comme pour l'extirpation d'une tumeur; une incision évacuatrice ne la nécessite pas.

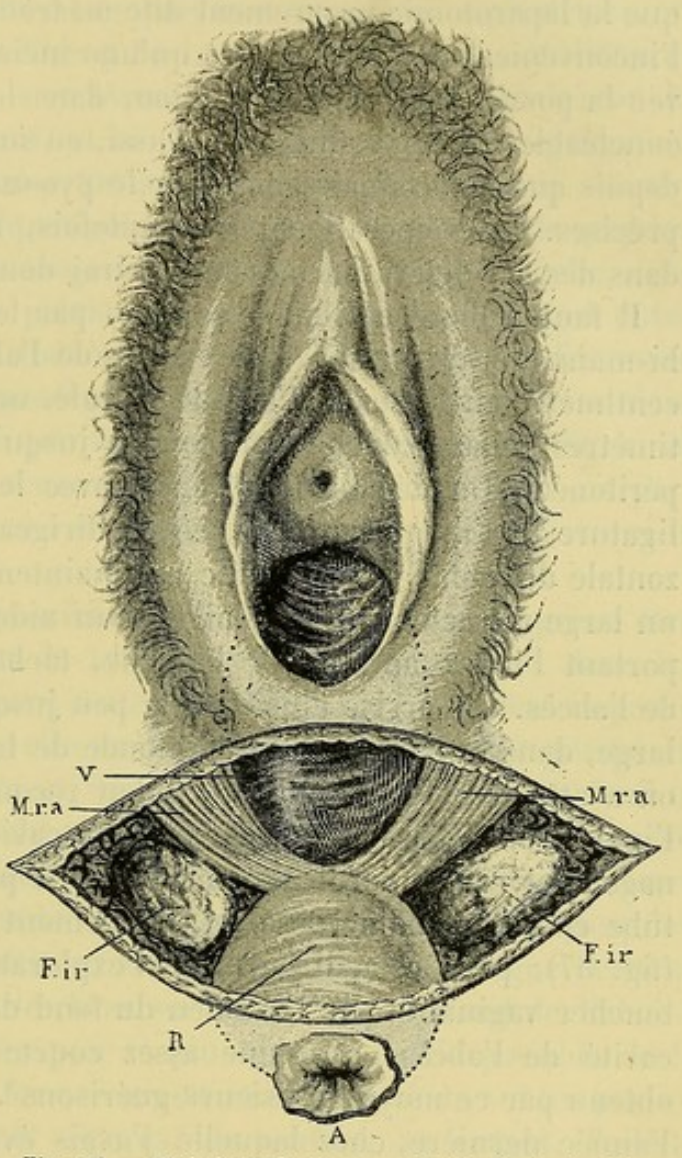


Fig. 418. — Périnéotomie transversale (O. Zuckerkandl).
A. anus. R. rectum. V. vagin. M.r.a. muscle releveur de l'anus. F.ir. fosse ischio-rectale.

Tous ces procédés sont ingénieux et peuvent rendre des services dans des cas spéciaux. Mais ils ont cette infériorité sur la laparotomie, que celle-ci seule permet de faire une véritable incision exploratrice assez large et assez bien disposée pour qu'on puisse se rendre compte si l'on a affaire à un pyo-salpinx énucléable ou à un abcès pelvien justiciable seulement de l'incision; on risque donc beaucoup d'inciser simplement des poches qu'on aurait pu extirper, ce qui aurait procuré une guérison incomparablement plus rapide et plus complète.

Wiedow. 3e *Congrès des gynéc. all. Fribourg*, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 30, p. 520, et *Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 18, p. 202). — Sänger. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 31, p. 542. — S. Saxtorph (de Copenhague). *Hosp. Tid.*, 1890, p. 1245, 1265 et 1891, p. 73.

Le premier cas d'incision d'abcès pelvien par la voie sacrée a été publié par Wiedow (*Berl. klin. Woch.*, 11 mars 1889). — Celui-ci rapporte en même temps une salpingotomie faite par cette voie.

Laparotomie sous-péritonéale.

3° La **laparotomie sous-péritonéale**[1] présente le grand avantage de ne pas faire courir à la malade les risques de l'effusion du pus dans la cavité séreuse; elle est infiniment plus bénigne, en pareil cas, que la laparotomie proprement dite ou trans-péritonéale. Mais elle a l'inconvénient de ne permettre qu'une incision du foyer, sans réserver la possibilité d'une extirpation, dans le cas où la poche serait énucléable, quoique adhérente. Aussi, en suis-je bien moins partisan depuis que nos connaissances sur le pyo-salpinx sont devenues plus précises. Cette opération peut, toutefois, rendre de réels services dans des cas déterminés. Je la décrirai donc rapidement.

Il faut d'abord se rendre compte, par le toucher et l'exploration bi-manuelle, des connexions exactes de l'abcès. On fait alors, à un centimètre au-dessus de l'arcade crurale, une incision de 8 à 10 centimètres, allant couche par couche jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal. On décolle la séreuse, avec les doigts comme dans la ligature de l'iliaque externe, en se dirigeant vers la branche horizontale du pubis. Le péritoine est maintenu soulevé en dedans par un large rétracteur ou les doigts d'un aide, tandis que l'opérateur, portant l'index au fond de la plaie, tâche de sentir la résistance de l'abcès. On arrive ainsi peu à peu jusqu'à la base du ligament large, dans la partie la plus profonde de la cavité pelvienne. Quand on a atteint le foyer purulent, qu'on reconnaît à sa fluctuation, on l'incise, on déterge soigneusement sa cavité et on pratique le drainage, soit par la paroi abdominale, soit par le vagin à l'aide d'un tube en croix qu'on passe très facilement avec la pince de Wölfler (fig. 57); pour cela, il faut que l'exploration faite à la fois par le toucher vaginal et par l'examen du fond de la plaie, montre que la cavité de l'abcès est à une assez courte distance du vagin. J'ai obtenu par ce moyen plusieurs guérisons[2]. Une de mes opérées de l'année dernière, chez laquelle j'avais évacué une collection suppurée à staphylocoques, d'environ 500 grammes, est actuellement enceinte de 8 mois et ne souffre plus.

Il peut arriver que le décollement du péritoine ne suffise pas pour parvenir sur le foyer, soit qu'on ait fait erreur sur sa situation, soit qu'une inflammation ancienne ait rendu la séreuse adhérente et friable et que des déchirures soient à craindre. On peut alors, séance tenante, appliquer l'ingénieux procédé indiqué par Hegar : l'ouverture en deux temps que je décrirai plus loin.

Laparotomie trans-péritonéale

4° L'incision par la **laparotomie** proprement dite, ou **trans-périto-**

[1] S. Pozzi. *De la laparotomie sous-péritonéale*, etc. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* 14 avril 1886.) — Bardenheuer. *Der extra-peritoneale Exploralivschnitt*. Stuttgart, 1887.

[2] Voir les observations contenues dans Verseputy. *De la périmétrite et de son traitement*. Thèse de Paris, 1888.

néale, a été faite d'abord par Lawson Tait, puis par beaucoup de chirurgiens, à son exemple[1]. On ouvre l'abdomen par une incision assez petite (7 à 10 centimètres) ; on introduit les doigts pour reconnaître la tumeur; on l'évacue par une ponction aspiratrice; on attire la poche entre les lèvres de la plaie abdominale, on l'ouvre, et on suture ses parois aux lèvres de la paroi abdominale; on la nettoie ensuite exactement, et on la bourre de gaze antiseptique ou on y place deux gros drains. On a obtenu ainsi de très beaux succès, mais on a eu aussi quelques revers. On peut rencontrer de grandes difficultés; il n'est pas toujours possible d'attirer la poche, très solidement adhérente au pelvis et de petite dimension, jusque entre les lèvres de l'incision abdominale[2], ou bien, si on l'y fixe avec effort, elle se déchire consécutivement et il y a effusion de matière septique dans la cavité péritonéale. Emmet rapporte qu'il a vu Lawson Tait lui-même renoncer à l'opération, parce qu'il ne parvenait pas à isoler la poche des anses intestinales agglutinées qui la recouvraient.

On doit procéder, si possible, de la façon suivante : après s'être assuré que l'énucléation de la poche est impraticable, et dans les cas rares où ses parois sont nettement distinctes, on videra la poche par la ponction, on l'ouvrira en protégeant exactement le péritoine, on la nettoiera avec soin et, explorant simultanément son fond et le cul-de-sac postérieur du vagin, on se rendra compte de la possibilité du drainage par cette voie. S'il est reconnu facile, on poussera un gros trocart ou la pince de Wölfler par le cul-de-sac vaginal jusqu'au fond de la poche et on attirera ainsi dans le vagin la longue branche d'un tube en croix dont les bras seront amenés au fond de l'abcès; il ne reste plus qu'à réséquer la plus grande partie possible de la poche purulente et à la fermer exactement du côté du ventre par un surjet et quelques points séparés, de renfort, au catgut. Toilette exacte du péritoine et suture complète de la plaie abdominale (Martin).

Si la paroi de l'abcès ne forme pas une poche distincte qui se prête à la manœuvre précédente, on se contentera de la nettoyer très exactement, puis on la remplira de gaze iodoformée, selon le procédé de tamponnement antiseptique du péritoine qui a été décrit (p. 85)[3].

[1] L. Tait. *Loc. cit.* — Au mois de juillet 1889, il avait ainsi opéré et guéri 38 abcès pelviens. (*Edinb. med. Journ.*, juillet-août 1889, t. XXXV, p. 1 et 97.) — Voir aussi Christian Fenger. *Soc. obst. de Chicago.* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1886, t. XIX, p. 428.) — Mac Kay. *Lancet*, 12 févr. 1887. — Terrillon. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1er juin 1887, p. 567.

[2] Wiedow. *Loc. cit.*

[3] S. Pozzi, de Lostalot-Bachoué et Baudron. *Remarques clin. et opérat. sur trente laparotomies.* (*Annal. de Gyn.*, mai 1890, t. XXXIII, p. 251 et suiv.)

Incision en deux temps.

5° Enfin Hegar[1] a proposé de faire, de propos délibéré, l'**ouverture en deux temps**, comme Volkmann l'a pratiquée pour les kystes hydatiques du foie. Dans un premier temps, on fait la laparotomie et on tamponne avec de la gaze iodoformée de façon à créer un canal reliant la poche à l'incision abdominale. Dans un second temps, on incise la poche, après quatre ou cinq jours, quand les adhérences sont assez fortes. Olshausen[2] l'a employée avec succès. On peut mettre en usage ce procédé à travers le cul-de-sac postérieur du vagin.

Incision par la paroi abdominale des abcès superficiels.

D. L'**abcès est plus rapproché de la paroi abdominale.** — On devra alors aller à la recherche du pus par une **incision** faite immédiatement au-dessous du ligament de Poupart et, s'il est nécessaire, décoller le péritoine dans une faible étendue. Il faut remarquer, du reste, que, même une boutonnière dans la séreuse, faite quand la poche purulente est volumineuse et voisine des téguments, n'offre que peu d'importance, car la pression intra-abdominale pousse la poche entre les lèvres de l'incision et l'y maintient de façon que l'introduction du pus dans le péritoine n'est guère à redouter.

Il ne faut pas confondre avec la laparotomie sous-péritonéale l'incision d'une collection située dans la fosse iliaque, accompagnée du décollement très limité de la séreuse, mais sans travail de recherche et pénétration profonde dans la cavité pelvienne. Certains auteurs ont commis cette confusion[3].

L'incision d'une vaste collection purulente, comme le sont généralement les phlegmons du ligament large, doit être suffisamment grande (6 à 8 centimètres) et sera maintenue béante par le passage de deux gros drains accolés en manière de canons de fusil et poussés doucement jusqu'au fond du foyer. On peut les remplacer par une lanière épaisse de gaze iodoformée. Si l'on pratique des injections, elles devront être faites avec un antiseptique assez faible (eau phéniquée à 10 pour 1000, sublimé à 1 pour 5000), et on devra toujours terminer par une injection d'eau filtrée et bouillie pour éviter de laisser séjourner dans la vaste cavité un liquide dont l'absorption

[1] Wiedow. *Zur operativen Behandlung der Pyo-salpinx* (*Centr. f. Gyn.*, 1885, n° 10, p. 145) et 3e *Congrès des gyn. all., Fribourg*, 1889. (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 30, p. 520.)

[2] Olshausen. *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 1, p. 19.

[3] Houzel (de Boulogne). *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 856. — Le mot de laparotomie (λαπάρα, flanc ; τέμνω, je coupe), employé seul, doit conserver la signification que lui a imposée l'usage et signifier l'incision de la totalité de la paroi abdominale, y compris la séreuse. Ce qui constitue un des traits essentiels de la laparotomie, c'est qu'elle est toujours plus ou moins *exploratrice* ; car, quelque assuré que soit le diagnostic, il est de nombreuses particularités qu'on ne peut connaître qu'après l'ouverture du ventre. C'est ce caractère explorateur qui se retrouve aussi dans l'incision du flanc sans ouverture du péritoine, mais avec cheminement sous la séreuse, et ce caractère la rapproche assez, m'a-t-il semblé, d'une *laparotomie* complète pour lui donner le même nom générique en y joignant l'épithète spécifique et restrictive de *sous-péritonéale*.

pourrait donner lieu à des accidents. Si l'on observait malgré cela du croupissement, on pourrait tamponner avec la gaze iodoformée les parties diverticulaires de la poche. Enfin, si celle-ci s'étend en bas jusque près du cul-de-sac postérieur du vagin, ce que le toucher combiné permet de reconnaître, on ferait aussi le drainage par cette voie. Mais il faut prendre les plus grandes précautions pour ne pas blesser alors la vessie, et guider avec le doigt la pointe de la pince de Wölfler ou du grand trocart de Chassaignac, jusque sur le cul-de-sac vaginal, en procédant de haut en bas, tandis qu'on pratique d'autre part le toucher. Mundé[1] a eu deux fois à déplorer cet accident, qui n'a, du reste, pas eu de suite graves.

E. L'**abcès a infiltré le plancher pelvien.** — L'abcès forme une sorte d'*éponge purulente* dont les mailles sont constituées par du tissu conjonctif épaissi et des fausses membranes résistantes. Dans ces cas-là, l'utérus et les annexes sont emprisonnés et comme cimentés, à la manière de pierres dans un mur, par les productions inflammatoires. C'est alors que l'intervention par la **laparotomie** est particulièrement grave. Elle doit se borner à ouvrir les collections et à les tamponner et les drainer à la fois par la boutonnière abdominale et par le vagin, grâce à une contre-ouverture faite dans le cul-de-sac de Douglas. La guérison est toujours longue, difficile et laisse longtemps persister des indurations et des fistules. J'ai pourtant obtenu ainsi de remarquables succès[2] et Bouilly[3] en a cité également.

Hystérectomie vaginale pour les abcès infiltrés dans le plancher pelvien.

L'**hystérectomie vaginale** a été proposée par Péan d'abord pour ce cas-là, et il l'a ensuite généralisée à toutes les lésions inflammatoires bilatérales des annexes. Cette extension me paraît abusive. Mais, bornée à des cas très déterminés de suppuration diffuse, l'hystérectomie vaginale est supérieure à l'intervention par l'abdomen, ou à la simple incision du cul-de-sac postérieur du vagin, telle que la recommande Laroyenne. Une réelle difficulté consiste à faire exactement le diagnostic entre les lésions que je viens de décrire et le pyo-salpinx médiocrement adhérent et énucléable, entouré d'une zone d'infiltration séreuse.

Certes, l'hystérectomie est alors loin d'être toujours une opération facile. L'utérus est immobile, il ne s'abaisse nullement; autour de lui tout est épaissi, friable et saignant. Il faut une habileté consommée, pour libérer l'organe ainsi enclavé, et lorsqu'on y est parvenu on s'aperçoit souvent qu'on n'est pas entré dans la cavité péritonéale qui est fermée de toutes parts par les produits inflammatoires, si bien

[1] Mundé. *Amer. Journ. of Obst.*, 1886, t. XIX, p. 113. (Observ. VI et IX.)

[2] S. Pozzi, de Lostalot et Baudron. *Annal. de Gyn.*, 1890, t. XXXIII, p. 252. — S. Pozzi et Baudron. *Revue de chir.*, août 1891, p. 520.

[3] G. Bouilly. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 520.

que le fond de l'utérus est enchâssé dans cette masse ligneuse à la manière d'un gland dans sa cupule. Mais une fois que l'hystérectomie a été effectuée, dans ces cas complexes, elle met les opérées dans de très bonnes conditions de guérison. On a créé ainsi un trou, comme à l'emporte-pièce, au milieu de tout le magma inflammatoire, composé de produits plastiques et de pus. Cette perforation permet un large drainage, dont la déclivité assure l'efficacité. On peut, par cette perte de substance, porter l'antisepsie, sous forme de tampons iodoformés et d'injections détersives, jusqu'au *milieu de l'éponge purulente* dont les mailles ont parfois été largement ouvertes par l'opération. Après l'ablation de l'utérus, il faut aller, en s'aidant de la palpation bi-manuelle, à la recherche des collections purulentes et, comme l'ont recommandé Péan et P. Segond, avec les doigts profondément introduits dans le vagin, découvrir les points fluctuants et les effondrer pour permettre une évacuation rapide et complète. Dans bien des cas on peut même extirper en partie ou en totalité les poches de pyo-salpinx. Toutefois, il ne faut pas s'obstiner à faire une ablation complète des parties malades, comme dans la laparotomie. On pourrait alors, en effet, s'exposer à déranger les pinces qui assurent l'hémostase, à porter l'infection au loin, et même à blesser des anses intestinales tendues, dont on aurait méconnu la nature.

Le manuel opératoire de l'**hystérectomie vaginale** pratiquée pour la cure des suppurations péri-utérines (et que je propose d'appeler pour cette raison **évacuatrice**) a été d'abord décrit par Péan. L'utérus, toujours plus ou moins fixé par des adhérences, ne peut être enlevé que par **morcellement** et par la méthode de la **forcipressure** : cette dernière seule est possible dans l'espèce.

Avant d'aborder la description de la technique, je signalerai le rôle capital qui est dévolu aux longs écarteurs coudés et contre-coudés (fig. 180) dont se sert Péan, pour maintenir la béance du champ opératoire et assurer, par compression, l'hémostase provisoire. Il faudra aussi avoir à sa disposition un certain nombre de pinces dentées très fortes (fig. 181). Elles sont indispensables pour le morcellement de l'utérus. Enfin, on devra être muni de pinces à mors courts et parallèles (fig. 179), qui serviront à la forcipressure des ligaments larges. En effet, je le répète, il n'y a pas à songer ici à faire des ligatures, vu la profondeur à laquelle on opère par suite de l'immobilité de l'utérus.

Hystérectomie vaginale évacuatrice.

Manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale évacuatrice [1]. — La

[1] J'emprunte presque textuellement une partie de la description qui va suivre à P. Segond. *De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes.* Paris, 1891, p. 24 à 26.

malade étant placée dans le décubitus latéral gauche ou dans la situation dorso-sacrée, la vulve est maintenue béante par des écarteurs coudés, et le col solidement saisi par une pince à abaissement. Cela fait, la muqueuse vaginale est incisée tout autour du col, qui est libéré aussi haut que possible par voie de décollement; puis on procède au morcellement. Celui-ci se fait par étapes successives, et chacune de ces étapes comporte quatre manœuvres principales : 1° la libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus; 2° la section des ligaments larges; 3° la division en deux valves de la portion d'utérus libérée par les deux manœuvres précédentes; 4° l'excision des deux valves ainsi obtenues.

La libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus doit se faire par décollement juxta-utérin, à l'aide de l'extrémité mousse d'un long écarteur de Péan qu'on manœuvre à la manière d'une rugine. Le décollement doit être poursuivi prudemment, avec le souci constant de maintenir strictement l'instrument contre le tissu utérin. On évitera de la sorte la blessure de la vessie et du rectum et, suivant les cas, on ouvrira soit le cul-de-sac péritonéal, soit une collection purulente. Il se peut aussi que le décollement se poursuive jusqu'au bout, sans qu'on ouvre ni le péritoine, ni la moindre collection. L'utérus est alors comme énucléé des fausses membranes qui l'entourent. Ce sont là autant d'éventualités qu'on doit s'attendre à rencontrer.

La section des ligaments larges se fait d'après les règles suivantes : les deux écarteurs qui ont été introduits contre les deux faces antérieure et postérieure de l'utérus, soit par décollement sous-péritonéal, soit par effraction des collections purulentes juxta-utérines, soit encore par pénétration intra-péritonéale, restent en place pour protéger la vessie et le rectum. On saisit, dans une pince à mors parallèles, la portion des ligaments larges correspondant au segment utérin rendu accessible et visible par les écarteurs, puis on les sectionne au ras de l'utérus.

Les deux dernières étapes de l'opération sont les suivantes : le segment d'utérus libéré par la section partielle des ligaments larges est divisé en deux valves que l'on excise l'une après l'autre, après avoir pris le soin de fixer la base de chacune d'elles par deux pinces à abaissement. Un premier segment d'utérus est de la sorte excisé, et, répétant aussitôt les mêmes manœuvres pour la portion restante du corps utérin, on arrive à pratiquer peu à peu l'ablation totale de l'organe, sans perdre de sang en quantité notable et en voyant toujours ce que l'on fait. C'est par exception que l'on est parfois forcé de laisser au fond de la plaie les parties les plus éle-

vées de l'organe, sans qu'il paraisse, du reste, en résulter aucun inconvénient sérieux, au point de vue du résultat thérapeutique de l'intervention. En effet, il suffit, pour qu'elle soit efficace, qu'une large voie ait été ouverte à la suppuration.

L'opération terminée, on nettoie avec soin le champ opératoire à l'aide d'éponges aseptiques, portées sur des pinces et enfoncées profondément. Je dois faire remarquer, à ce propos, que l'hystérectomie vaginale est la seule opération où je me serve encore d'éponges, parfaitement stérilisées[1]. Il est, en effet, difficile de les remplacer utilement par des tampons de coton hydrophile dont le pouvoir absorbant est très inférieur, et les compresses que j'emploie dans la laparotomie sont ici trop peu maniables.

On assure, enfin, le drainage par l'introduction de lanières de gaze iodoformées dans la cavité laissée béante par l'extirpation de l'utérus. Ces lanières sont placées au milieu des pinces à forcipressure qui assurent l'hémostase, pour empêcher qu'elles ne blessent les parois vaginales. Puis, tout le paquet de pinces est enveloppé de coton hydrophile, et on introduit dans la vessie une sonde de Malécot (fig. 187) qui doit rester à demeure jusqu'à ce qu'on ait enlevé les pinces.

Les pinces seront enlevées au bout de 48 heures et les tampons le troisième jour; dès lors, on pratiquera des irrigations, matin et soir, avec une solution de sublimé à 1/2000, en ayant soin de les faire porter seulement à l'entrée du vagin et sous une faible pression et de maintenir le vagin béant au moyen de deux doigts pressant sur la fourchette. Il est nécessaire, en effet, de pratiquer des injections détersives, à cause de la mortification des portions de tissu qui ont été étreintes par les pinces; mais il serait dangereux, d'autre part, de faire pénétrer le liquide antiseptique avec force au milieu du foyer opératoire.

Résidus d'inflammations anciennes.

Les **résidus** d'anciennes inflammations péri-salpingiennes, fausses membranes, adhérences, etc., donnent lieu à des phénomènes douloureux complexes, par la compression qu'ils exercent sur l'ovaire et la trompe, par les déviations de l'utérus qu'ils entretiennent, par l'agglutination des anses intestinales, la soudure de l'épiploon au pubis, la compression des uretères, etc. C'est à ces cas-là, spéciale-

[1] Pour la préparation des éponges aseptiques, voir F. Terrier. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1886, p. 929 (préparation à l'aide de l'acide chlorhydrique, de l'acide sulfureux et du permanganate de potasse, etc.).

[2] Je signalerai un moyen qui me semble bon pour distinguer les diverses pinces entre elles, afin de ne pas être exposé à tirer sur une pince à forcipressure, en croyant tirer sur une pince à préhension. Tandis que les premières sont simplement nickelées, je fais dorer les deux anneaux des pinces à préhension; les pinces à éponges se distinguent par la dorure d'un seul anneau.

ment, que convient le **massage**, pour favoriser la résorption des produits plastiques. Quand il y a prédominance de l'élément douleur et que cette dernière affecte le caractère névralgique, l'**électricité** faradique pourra rendre des services[1]. Massage. Électricité.

On a proposé, comme je l'ai indiqué plus haut à propos du traitement des salpingites, de faire la laparotomie dans le but de **libérer** les organes comprimés ou prolabés, en détruisant leurs **adhérences** sans enlever les annexes de l'utérus. Les bons résultats ainsi obtenus, sans prouver l'efficacité absolue de ces opérations incomplètes, qui ont trop souvent servi d'excuse à des erreurs de diagnostic, montrent, au moins, la part considérable qu'il faut attribuer à cet élément pathologique dans l'interprétation des symptômes morbides[2]. Libération des adhérences.

Un autre résultat éloigné des inflammations, nées autour des annexes de l'utérus, est la **modification de la résistance des ligaments** larges, des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés. Nos connaissances sont fort précaires à ce sujet, et les déductions tirées de ces lésions avérées sont plutôt théoriques que démontrées. Il n'en est pas moins certain que les déviations utérines doivent être fort souvent attribuées à des relâchements ou à des rétractions ligamentaires qui sont les résidus d'états inflammatoires anciens. Je signalerai, en particulier, la rétraction du ligament large qu'il est si fréquent d'observer dans les cas de déchirure profonde du col du même côté, et qui produit un certain degré de déviation latérale de l'utérus, en vertu d'une véritable **paramétrite chronique**. Celle-ci n'est, peut-être, que de la péri-lymphangite chronique, une sclérose du tissu conjonctif du ligament large autour des nombreux troncs lymphatiques qui rampent à sa base et qui, venant du col, vont aux ganglions iliaques (fig. 364 et 365). Là encore, le **massage** peut rendre des services réels. Paramétrite chronique.

C'est par suite d'une homonymie qui établit, je crois, un rapprochement forcé, que je dois parler au chapitre des paramétrites de la lésion décrite par Freund[3] sous le nom de **paramétrite chronique atrophiante** ou **atrophique**. Chez des femmes jeunes, on trouve parfois les organes sexuels aussi réduits que si elles avaient, depuis longtemps, dépassé la ménopause; les ligaments larges sont rétractés et durs. Ce serait donc une sorte d'extension de l'atrophie de l'utérus, ant dépassé l'organe lui-même pour atteindre aussi son voisinage Paramétrite chronique atrophique.

[1] Brösse (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 42, p. 737) recommande de se servir de bobines de fils fins et très longs. Sur 25 cas d'oophorites et péri-oophorites douloureuses, il aurait obtenu ainsi 21 guérisons durables et 2 améliorations.

[2] Polk. *Are the tubes and the ovaries to be sacrificed in all cases of salpingitis?* (*Amer. gynec. Soc.*, 3 sept. 1887, in *Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1887, t. XX, p. 1045.)

[3] Freund. *Monatschr. f. Geb.*, 1869, Bd. XXXIV, p. 380 et *Verhandl. der Rostock. Naturforschersamml.*, 1871, p. 65.

immédiat. Comme **traitement**, Freund recommande les douches chaudes et le **massage**[1].

Massage.

[1] Voici quelques indications sur la technique du massage des organes génitaux internes, que j'emprunte à un mémoire de Vulliet (*Le massage en gynécologie*. Paris, 1890, p. 10). Le massage externe des parois abdominales n'est qu'une manœuvre préparatoire, un massage d'assouplissement. C'est le massage mixte, ou abdomino-vaginal, qui est le plus en usage. Quelle que soit la rigidité initiale des parois abdominales et vaginales, il y a un espace où les deux mains arrivent toujours à se rencontrer. C'est dans la région suspubienne, immédiatement derrière la symphyse. La main qui est à l'extérieur se place le talon sur le mont de Vénus et les doigts tournés du côté de l'ombilic. L'index et le médius de l'autre main pénètrent dans le vagin ensemble, s'il est assez grand, successivement s'il est étroit. Une fois les deux doigts engagés, on les place le dos contre le périnée et la face palmaire contre la paroi vésico-vaginale. La commissure antérieure se trouve ainsi hors de portée des mouvements qui vont être exécutés. Les mouvements (frictions, pressions, malaxations) devront toujours être lents et soutenus. La main abdominale refoulera les tissus directement, de haut en bas, et la main vaginale les repoussera de bas en haut. On commet généralement la faute de trop plonger avec la main abdominale et de ne pas assez soulever avec la main vaginale. Chacune d'elles doit faire une partie du chemin. Immédiatement, derrière la symphyse, les mains ne sont séparées que par les parois qu'elles refoulent et par la vessie; mais un peu plus en arrière, l'utérus, s'il est dans sa situation normale, s'interpose entre elles. L'antéversion est la position qui se prête le mieux au massage de l'utérus, c'est celle où il faudra arriver à le ramener.

Dans la métrite chronique et dans toutes les affections autres que des néoplasmes qui ont déterminé l'hypertrophie de l'utérus, on procède de la façon suivante : une fois l'organe couché en avant, les doigts qui sont dans le vagin le soutiennent et l'immobilisent, pendant que la main externe pratique une série de frictions sur sa face postérieure, puis elles cherchent à enserrer le fond entre les doigts de manière à le comprimer d'une façon concentrique, comme dans la manœuvre obstétricale de l'expression.

S'il existe une infiltration du tissu cellulaire péri-cervical, c'est la main externe qui fixe et abaisse la matrice pendant que les doigts font des passes lentes et douces autour du col. Pour masser la marge de l'utérus, les deux mains, après s'être réunies sur le côté de l'organe, le refoulent latéralement; la région latérale devient ainsi plus médiane et plus accessible. Les brides se trouvent, en général, sur les parties antéro-latérales unissant l'un des côtés de l'utérus avec la séreuse pelvienne, du même côté; elles se tendent quand on attire ou on repousse l'utérus dans le sens opposé. Au moyen des mouvements communiqués, on arrive assez facilement à déterminer leur point d'attache. Le massage consistera à malaxer les régions où siègent les brides pour les faire résorber et en mouvements imprimés à l'utérus pour le dégager de ces liens.

LIVRE X

NÉOPLASMES DES ANNEXES ET DES LIGAMENTS DE L'UTÉRUS (OVAIRES, TROMPES, LIGAMENTS LARGES, LIGAMENTS RONDS).

CHAPITRE I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES KYSTES DE L'OVAIRE

Division des tumeurs de l'ovaire. — Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire. Division. — Kystes à grand développement. Volume. Surface externe. Conformation intérieure. Couches. Surface interne. Épithélium. — Kystes proligères ou prolifères glandulaires. — Kystes proligères ou prolifères papillaires. Histogénie. Contenu liquide. — Kystes dermoïdes. Tumeurs mixtes. Genèse. — Kystes parovariens, hyalins et papillaires. — Anatomie pathologique du pédicule. Kystes inclus dans le ligament large. Kystes rétro-péritonéaux. — Adhérences. Ascite. Apoplexie. Suppuration. Torsion du pédicule. Généralisation péritonéale. Métastases. a. métastase par infection spontanée. b. par infection opératoire.

Division des tumeurs de l'ovaire.

Au point de vue histogénique, on a divisé les **tumeurs de l'ovaire** en néoplasmes d'origine connective et néoplasmes épithéliaux. Le premier groupe, **tumeurs desmoïdes**, comprend les fibromes, les sarcomes, les myxomes, tumeurs très rares, surtout les dernières. Le second groupe, **tumeurs épithéliales**, renferme les cystomes, les carcinomes ou épithéliomas alvéolaires, et les adénomes ou épithéliomas mucoïdes.

Au point de vue clinique, la meilleure division est celle qui distingue les **tumeurs solides** et les **tumeurs kystiques**. Ces dernières, étant incomparablement les plus fréquentes, méritent d'abord d'attirer l'attention du clinicien.

Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire

Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire. — Toutes les parties de l'appareil tubo-ovarien peuvent être le point d'origine de formations kystiques : la portion corticale et la portion médullaire ou parenchyme, le bord inférieur ou hile, la région comprise entre la trompe et l'ovaire où se trouvent disséminés des vestiges du corps

de Wolff (corps de Rosenmüller ou parovarium, hydatide de Morgagni, restes oblitérés du canal de Gärtner). Essentiellement distincts au point de vue histogénique et anatomique, ces divers néoplasmes peuvent parfois se ranger artificiellement dans la même espèce clinique; ainsi, pour en citer un exemple, le fait seul qu'un kyste est inclus dans le ligament large suffit pour constituer une catégorie chirurgicale bien définie; or ce kyste inclus pourra prendre naissance sur place (kyste uniloculaire à contenu limpide), ou provenir soit du

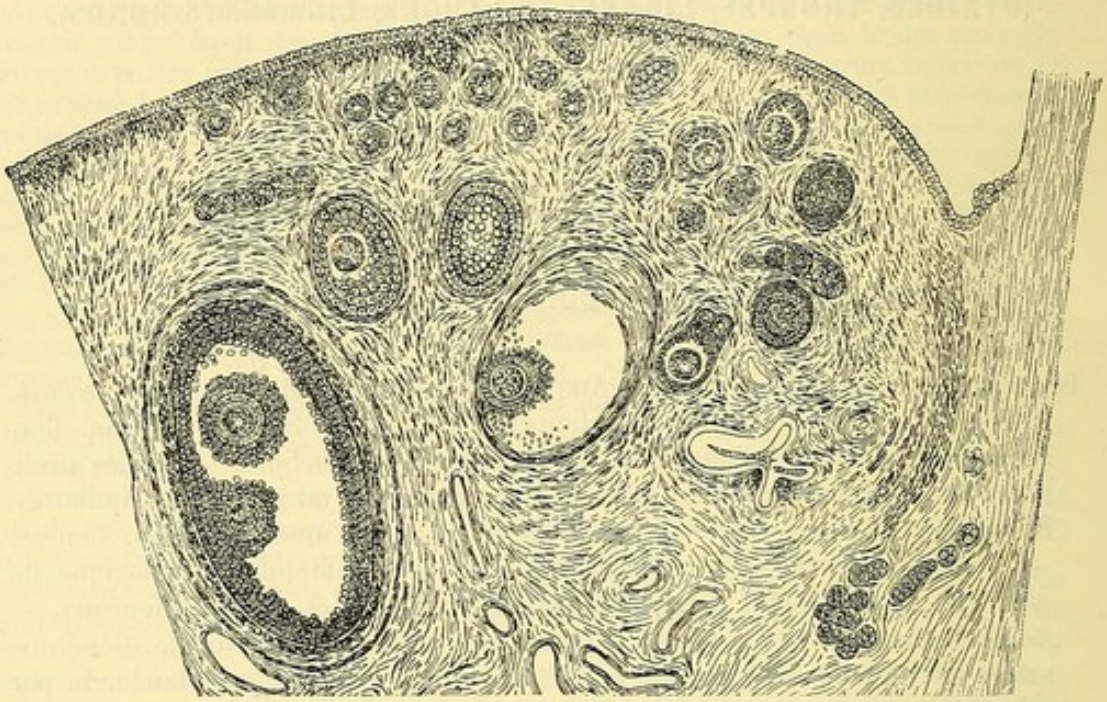


Fig. 419. — Coupe verticale de l'ovaire d'une chienne (Wyder).

On voit sur toute la surface libre de l'ovaire une couche de cellules épithéliales cylindriques (épithélium germinatif, *Keimepithel* des Allemands). En un point, existe une dépression en doigt de gant qui enfonce un tube de cet épithélinm dans le tissu de l'ovaire. Au-dessous se trouve une couche de tissu conjonctif dense dans lequel sont de jeunes follicules et des ovisacs. A gauche, vers le milieu de la préparation, se trouvent deux follicules plus âgés, avec des ovules complètement développés. A droite est la cicatrice étoilée et plissée d'un ancien follicule. Dans cette région on voit aussi le stroma du hile, riche en vaisseaux, et la coupe longitudinale et transversale de tubes du parovarium. Le plus gros follicule, à gauche, contient deux ovules et permet de reconnaître la structure générale des follicules, membrane fibreuse, membrane granuleuse, et disque proligère avec l'ovule; on distingue dans ce dernier la zone pellucide, le vitellus, la vésicule germinative et son nucléole.

hile de l'ovaire (kyste papillaire), soit du parenchyme de l'ovaire) (kyste glandulaire) et s'introduire, en les déplissant, entre les feuillets du ligament large.

Division. Je diviserai les kystes de l'ovaire de la façon suivante :

I. **Kystes proligères** ou **prolifères glandulaires.**
II. **Kystes proligères** ou **prolifères papillaires.**
III. **Kystes dermoïdes simples** ou **mixtes.**
IV. **Kystes parovariens**, comprenant eux-mêmes diverses espèces : **hyalins, papillaires, dermoïdes.**

I. et II. **Kystes proligères** ou **prolifères**. — L'aspect de ces tumeurs est très variable; cependant quelques caractères communs permettent d'en donner une description d'ensemble à laquelle j'ajouterai ensuite des détails spéciaux relativement à chaque variété. Kystes proligères ou prolifères.

Les deux ovaires peuvent être envahis, mais les lésions n'y ont pas alors le même degré de développement; ainsi, tandis qu'un des côtés est occupé par une tumeur énorme, de l'autre, il n'y a parfois

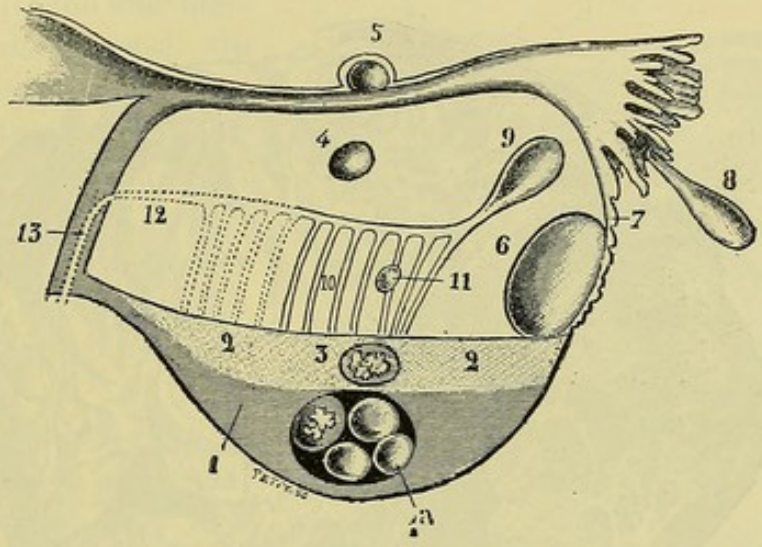


Fig. 420. — Schéma de l'appareil tubo-ovarien pour montrer les divers lieux d'origine des kystes (Doran).

1°. Kyste glandulaire multiloculaire développé dans 1. parenchyme ovarien; 3. kyste papillaire développé dans 2. tissu du hile de l'ovaire; 4. kyste uniloculaire du ligament large indépendant du parovarium 10; 5. kyste uniloculaire du ligament large situé au-dessus de la trompe, mais sans union avec elle; 6. kyste semblable tout près de 7. ligament tubo-ovarien; 8. hydatide de Morgagni qui n'est jamais le point de départ d'un grand kyste; 9. kyste développé aux dépens d'un conduit horizontal du parovarium; 11. kyste développé aux dépens d'un tube vertical : ce sont ces kystes qui constituent les kystes papillaires du ligament large (Doran); 12. 13. trajet du canal de Gärtner, oblitéré : des kystes papillaires pourraient se développer le long de ce trajet (Coblenz) et seraient l'origine des kystes papillaires en connexion avec l'utérus, 13.

qu'une altération commençante qui en augmente à peine le volume; le chirurgien ne doit pas oublier d'inspecter toujours soigneusement l'ovaire du côté réputé sain, avant de refermer le ventre.

Le **volume** peut être tel que l'abdomen entier est rempli[1], les cartilages costaux refoulés et déjetés en dehors, de telle sorte qu'après l'ablation de la tumeur la femme donne l'idée d'un poisson vidé. Volume.

La **forme** est sensiblement sphérique ou ovoïde, mais avec des bosselures au niveau des points faibles qui ont plus cédé que les autres à la distension. Dans les endroits où la paroi est le plus épaisse, la **couleur** est d'un blanc nacré ou bleuâtre, marbrée par Forme. Couleur.

[1] N. Maglioni (*Historia de un quiste del ovario*, etc. Buenos-Ayres, 1891) a enlevé à une femme de 65 ans un kyste pesant 35 kilogr. Guérison.

les vaisseaux veineux ; dans les parties plus minces, la coloration est violacée, verdâtre ou noirâtre selon la nature du contenu. La **surface externe**, lisse et onctueuse, est parfois parsemée de petites végétations papillaires ressemblant, soit à du frai de grenouille, soit aux végétations de certaines plaques muqueuses. Une portion rétrécie ou **pédicule** supporte généralement la tumeur.

Surface externe.

Conformation intérieure.

La **conformation intérieure** varie beaucoup quant au nombre des poches, et quant à leur contenu. Cruveilhier divisait les kystes en

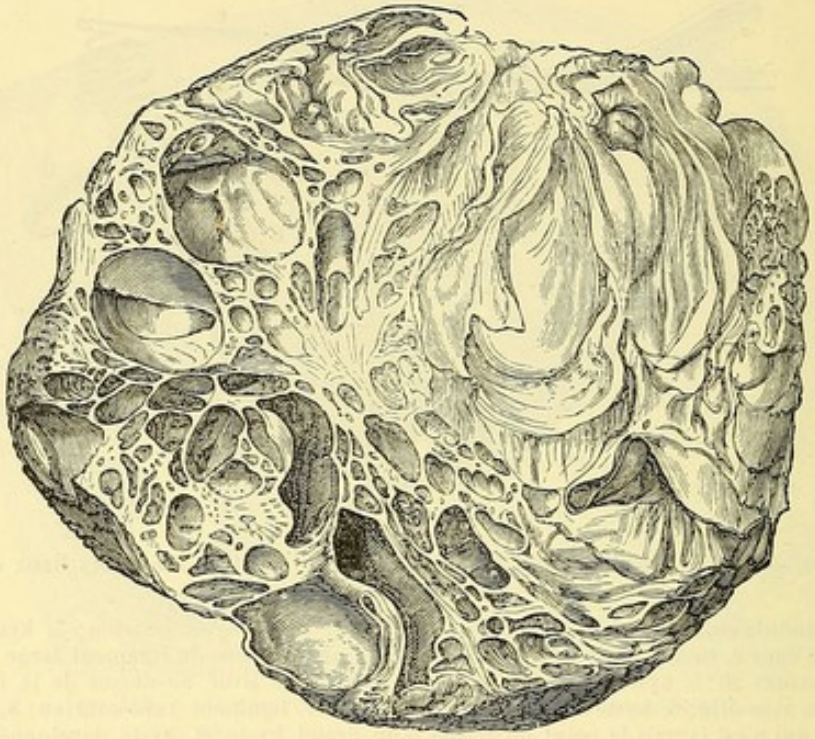


Fig. 421. — Kyste proligère glandulaire de l'ovaire, d'aspect aréolaire.

uniloculaires, multiloculaires, aréolaires et composés. Cette division ne mérite pas d'être conservée ; mais il est utile, pour la description, de garder les mots de kystes **aréolaires**, **uniloculaires** et **multiloculaires**.

On sait que les premiers sont dus à la destruction des cloisons intermédiaires dont on retrouve les vestiges sous forme d'éperons ou de trabécules. Une poche est généralement prééminente, parfois il y en a deux ou trois de volume analogue : à côté de cavités d'une capacité de plusieurs litres, on trouve alors de petits kystes du volume d'une orange ou d'une noix. En certains points, même, toute une partie de la tumeur peut être formée par une agglomération de très petites cavités séparées par un tissu plus ou moins dense, parfois gélatiniforme, donnant à la coupe l'aspect aréolaire d'un rayon de miel (fig. 421). Dans les kystes réputés uniloculaires, et qui chirurgicalement méritent ce nom, l'anatomiste découvre presque

toujours, dans l'épaisseur de la paroi, un certain nombre de cavités secondaires.

Couches.

La poche kystique peut souvent être dissociée en trois **couches** distinctes, principalement au niveau du pédicule : l'**externe** est fibreuse, la **moyenne** conjonctive, l'**interne** est formée d'un réseau capillaire que recouvre l'épithélium. Les veines, qui sont très grosses, pouvant égaler le volume de la fémorale ou même de la veine cave, rampent à la surface externe et lui sont adhérentes à la manière des sinus, ce qui rend leur blessure très dangereuse. On voit, parfois, de larges bandelettes de tissu musculaire lisse étalées sur la tumeur, près du pédicule [1]. L'épithélium qui tapisse la surface externe est cubique, différent de l'épithélium plat péritonéal.

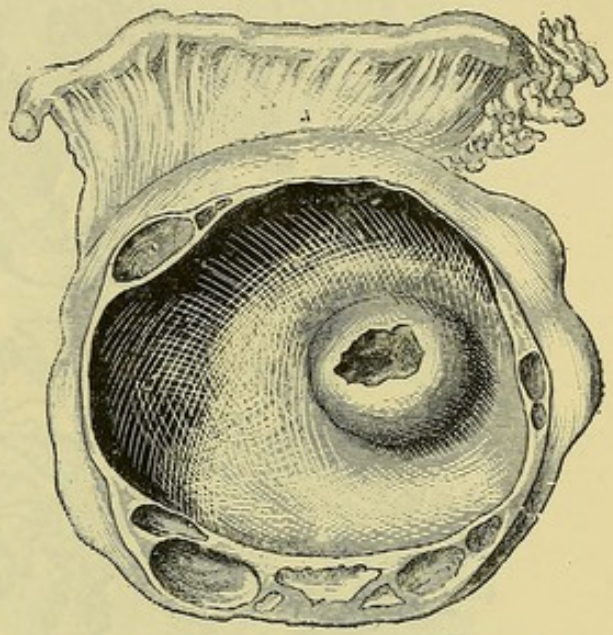


Fig. 422. — Petit kyste prolifère glandulaire, multiloculaire (Doran).

La coupe de la paroi montre des cavités accessoires; à l'intérieur du kyste existe une de ses poches rompues.

Surface interne. Épithélium.

La **surface interne** des kystes est revêtue d'un **épithélium** cylindrique très bas. Waldeyer en décrit une couche, Rindfleish plusieurs. Malassez et de Sinéty [2] ont insisté sur son polymorphisme. Ils y ont décelé une couche endothéliale sous-épithéliale et ont montré que, dans un même type de kyste, les formes les plus diverses d'épithélium peuvent se rencontrer, déformées et superposées. Ils ont indiqué l'importance des cellules caliciformes pour la viscosité du liquide; enfin ils ont établi un rapprochement entre les cellules dérivées du type normal qu'on rencontre dans les kystes, ou épithélium *métatypique*, et celui des épithéliomas glandulaires du sein.

Sur la coupe de la paroi, on trouve des dépressions du revêtement épithélial, donnant l'aspect de glandes acineuses à ouverture souvent

[1] Lawson Tait (*The pathological importance of broad ligament* in *Edinb. med. journ.*, juill. 1889, t. XXXV, p. 97) a vu dans un énorme kyste inclus dans le ligament large une couche de tissu musculaire lisse sur la paroi kystique si épaisse qu'elle le faisait ressembler à un utérus gravide.

[2] De Sinéty et Malassez. *Sur la structure, l'origine et le développement des kystes de l'ovaire* (*Arch. de physiol.*, 1878, p. 59 et 543; *ibid.*, 1879, p. 624; — *ibid.*, 1880, p. 867; — *ibid.*, 1881, p. 224).

étranglée. On trouve aussi à la surface interne des kystes, des végétations formées par une prolifération du stroma dont le type rappelle le myxome ou le fibro-sarcome ; elles sont recouvertes d'une couche unique d'épithélium, et affectent un aspect déchiqueté, dendritique. Parfois, des prolongements épithéliaux de forme tubulaire les pénètrent de bas en haut et leur donnent, à la coupe, une *apparence* carcinomateuse; de petits kystes peuvent se développer dans ces



Fig. 423. — Kyste proligère glandulaire de l'ovaire.

Vue d'ensemble. Faible grossissement.

1. Mamelons isolés. 2. Pédicules effilés. 3. Espace entre les mamelons. 4. Tissu conjonctif. 5. Tubes glandulaires jeunes. 6. Tubes glandulaires devenus kystiques. 7. Matière contenue dans ces cavités.

papilles[1]. Malgré les formes hybrides qui peuvent être ainsi fréquemment constituées, il n'est pas inutile de distinguer, avec Waldeyer, les néoplasmes où la végétation principale provient de l'épithélium, et aboutit à la formation des tubes glandulaires (*kyste proligère glandulaire*) et ceux où c'est surtout le tissu conjonctif de la paroi qui se développe et fait saillie sous forme de végétations à l'intérieur (*kyste proligère papillaire*). Certes, comme l'a fait remarquer

[1] Olshausen. *Die Krankh. der Ovarien*, Stuttgart, 1886, p. 64.

Quénu[1], il s'agit bien dans les deux cas d'un même processus de prolifération, se faisant en profondeur dans un cas, en surface dans l'autre ; mais la physionomie du néoplasme n'en subit pas moins un changement considérable, selon que c'est la vitalité de l'élément épithélial ou celle de l'élément conjonctif qui prédomine.

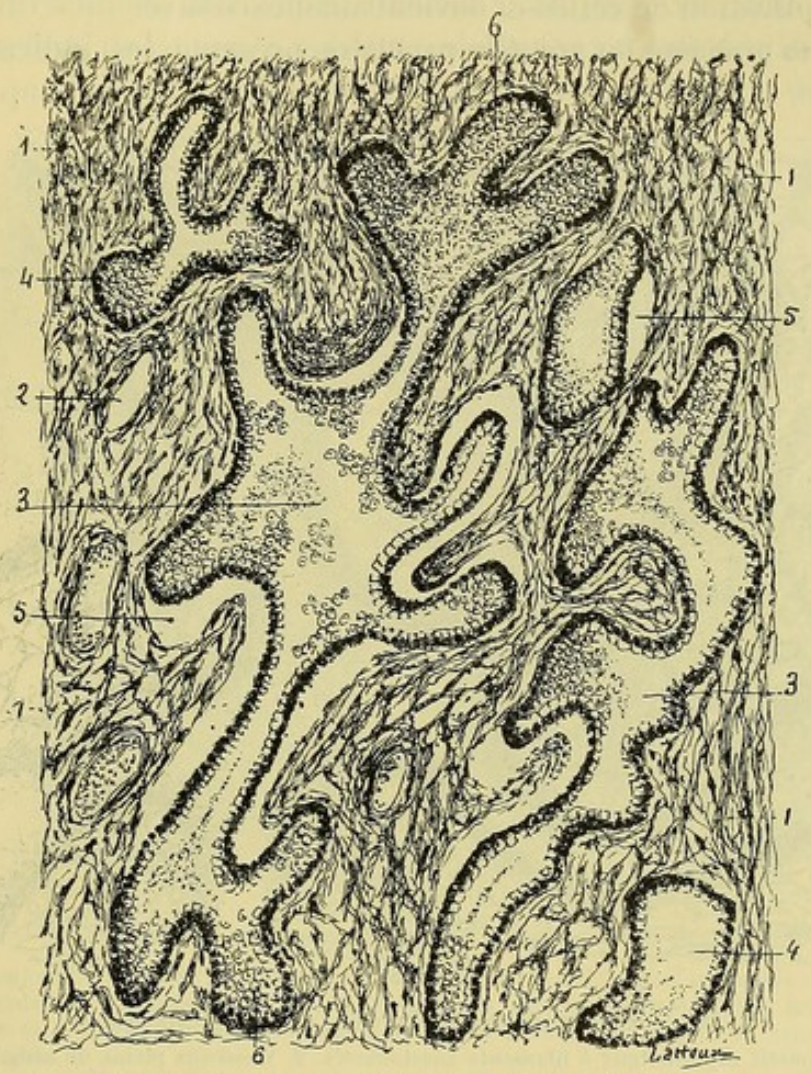


Fig. 121. — Kyste proligère glandulaire de l'ovaire.
Plus fort grossissement.

1. Stroma conjonctif lâche, myxomateux en certains points. 2. Vaisseaux sanguins. 3. Cavités glandulaires anfractueuses ou dilatées sous forme de kystes. 4. Cavités plus petites. 5. Lacune produite par le détachement de la couche épithéliale. 6. Épithélium proliféré, dont les cellules s'accumulent dans le fond des culs-de-sac glandulaires.

Il existe, du reste, une forme mixte de kystes à la fois papillaires et glandulaires.

Kyste proligère ou prolifère glandulaire.

Le **kyste proligère** ou **prolifère glandulaire** est caractérisé par l'abondance des petites glandes dans la paroi du kyste.

Les tubes glandulaires de nouvelle formation se transforment en

[1] Quénu. *Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire.* Thèse de Paris, 1881.

kystes par le processus suivant : leurs orifices qui s'ouvraient dans la cavité kystique principale s'obstruent et s'oblitèrent (fig. 423 et 424) ; leur extrémité opposée, infundibuliforme, se dilate alors, et il en naît d'autres tubes glandulaires, qui, à leur tour, passent par une phase kystique pour aboutir à une nouvelle génération de glandes. La multiplication de celles-ci devient ainsi excessive.

Kyste proligère ou prolifère papillaire.

Le **kyste proligère** ou **prolifère papillaire** présente les indices d'une

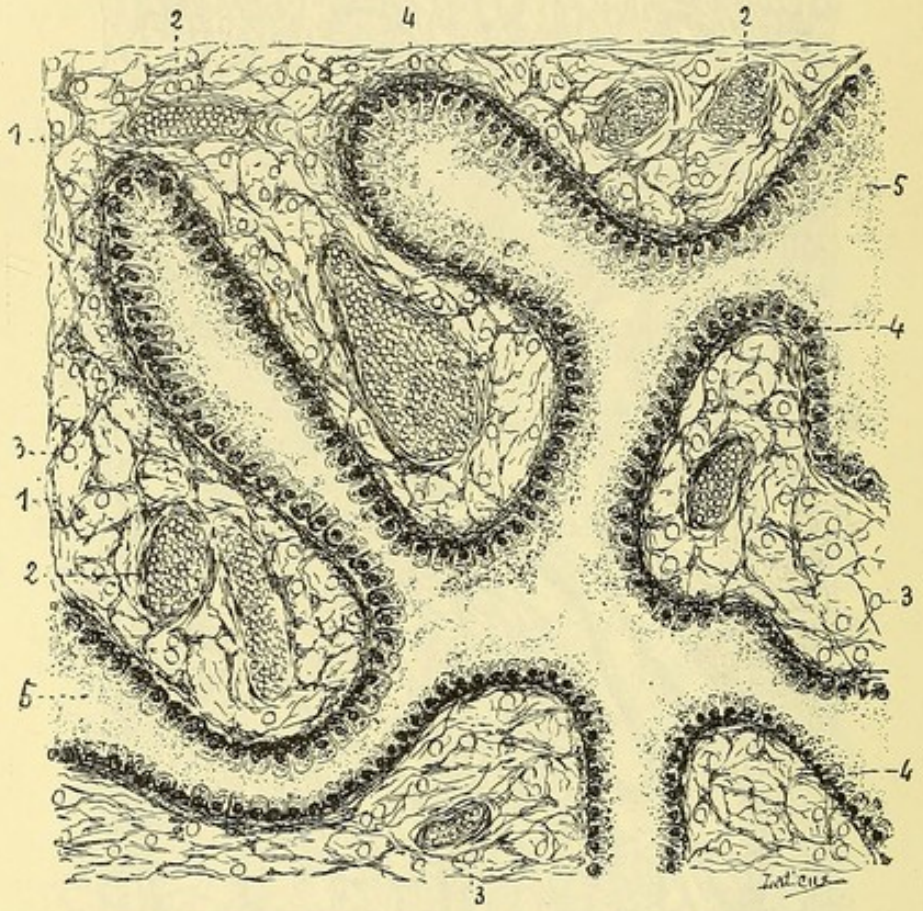


Fig. 425. — Kyste proligère papillaire de l'ovaire (500 diamètres).

1. Tissu conjonctif myxomateux à filaments anastomosés. 2. Vaisseaux pleins de sang. 3. Cellules conjonctives devenues vésiculeuses. 4. Villosités recouvertes d'un épithélium bas, à petites cellules possédant chacune un gros noyau. 5. Matière colloïde interposée entre les mamelons.

prolifération conjonctive prédominante : le tissu conjonctif forme des bourgeons qui font saillie dans la cavité kystique, en repoussant l'épithélium et en se divisant en ramuscules déliés, papilliformes. Ces excroissances dendritiques peuvent remplir et distendre le kyste au point de le crever et de faire saillie à l'extérieur, soit par une étroite éraillure, soit par une large déchirure. Alors le kyste peut, pour ainsi dire, se retourner ; son fond convexe étale les végétations nées à sa surface, et la tumeur change complètement d'aspect. En même temps, ses produits de sécrétion tombent dans le péritoine et y provoquent avec l'ascite la production métastatique de masses papillaires disséminées.

Les tumeurs de cette origine ont été souvent décrites comme des papillomes[1] superficiels de l'ovaire, tandis qu'elles reconnaissaient pour cause un kyste antérieur dont la déhiscence avait amené la disparition. Toutefois, les végétations peuvent, en apparence, naître d'emblée à la surface de l'ovaire. Prochaska, Gusserow et Eberth, Birch-Hirschfeld, Marchand, Coblenz[2], en ont cité des exemples. Mais les faits de ce genre méritent réellement d'être décrits en même temps que les kystes déhiscents, et les deux observations de Coblenz[2]

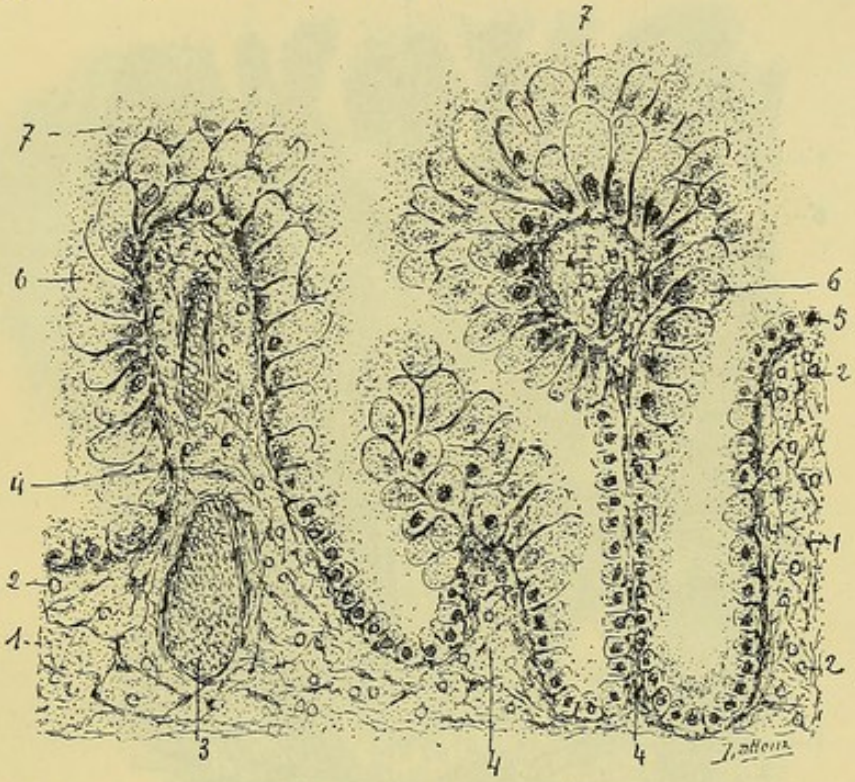


Fig. 426. — Kyste prolifère papillaire. Cellules en dégénérescence colloïde (500 diamètres).

1. Tissu conjonctif lâche en dégénérescence colloïde. 2. Cellules plus ou moins en régression. 3. Vaisseaux. 4. Villosités papillaires. 5. Épithélium cubique normal. 6. Les mêmes cellules tuméfiées et crevées pour laisser échapper la matière muqueuse. 7. Cellules ayant encore leur noyau visible.

montrent clairement cette parenté ; le stroma ovarien contenait, dans l'un et l'autre de ces cas, des tubes épithéliaux en train de se transformer en cavités kystiques, et, dans la dernière observation, il y avait même un commencement de formation papillaire dans l'intérieur de ces petits kystes ; on pouvait, du reste, voir à la surface de l'ovaire, tout à côté de la grosse masse papillaire, de petites végéta-

[1] Le mot de *papillome* ayant déjà reçu une signification histologique différente est ici très mauvais et ne saurait être employé que comme terme descriptif, n'ayant aucune valeur de classification histologique. Cette remarque a été faite avec raison par Terrier. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII. p. 411.

[2] Coblenz. *Das ovarial Papillom in pathologischer Anatomie und histogenetischer Beziehung* (*Virchow's Arch.*, 1880, Bd. LXXXII, p. 268). — *Die papillären Adenokystomformen* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VII, p. 14).

tions qui naissaient de dépressions, formées par des kystes superficiels rompus. On est donc autorisé à dire que le papillome superficiel de l'ovaire n'est, lui-même, que le produit de la déhiscence de très petits kystes superficiels papillaires. Ainsi s'expliquent les cas où l'on a observé d'un côté un kyste papillaire et de l'autre un papillome de l'ovaire [1].

Les kystes papillaires sont très souvent **inclus** dans le ligament

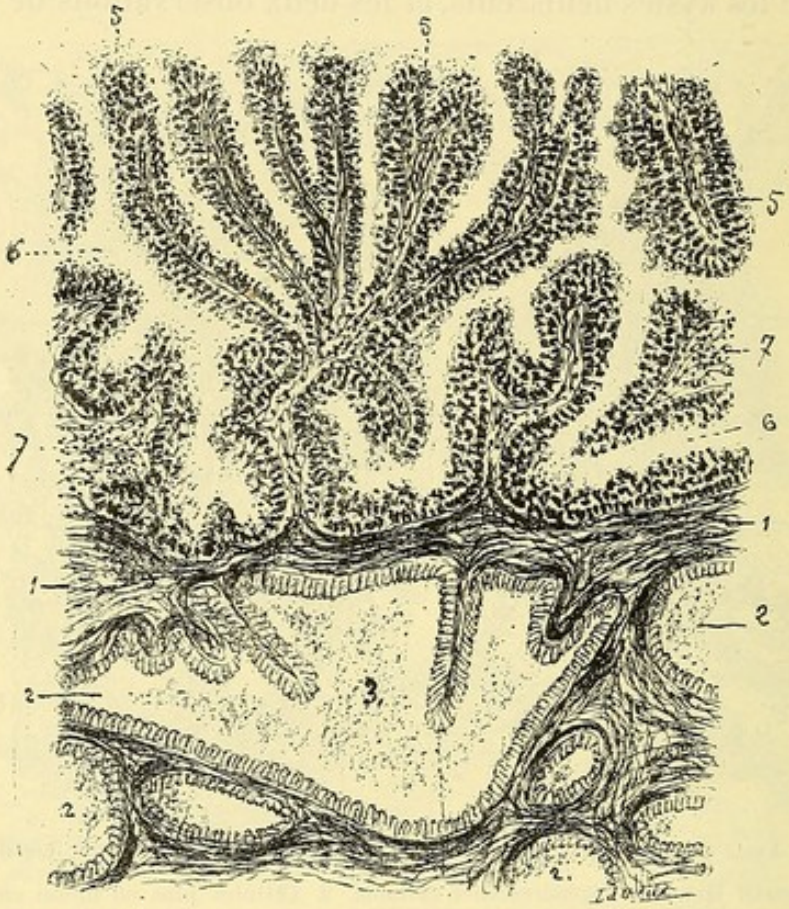


Fig. 427. — Kyste multiloculaire mixte (papillaire et glandulaire) de l'ovaire.

1. Tissu conjonctif de séparation. 2. 2. Kystes tapissés d'épithélium cylindrique remplis de matière colloïde. 3. 4. Bourgeonnements à la face interne des cavités. 5. Végétations papillaires ramifiées formant des masses analogues à des choux-fleurs. 6. Intervalles entre les végétations. 7. Infiltration de cellules embryonnaires.

large, car ils prennent naissance soit des vestiges du corps de Wolff, soit du hile de l'ovaire où pénètrent ces vestiges (Doran) ; ainsi, née du bord adhérent de l'ovaire, la tumeur se trouve naturellement amenée par son développement entre les feuillets du ligament. Elle doit à cette position de croître avec plus de lenteur, et aussi de donner naissance aux phénomènes de compression qui sont l'apanage de toutes les tumeurs intra-ligamentaires, bridées contre le plancher pelvien. La perforation de la poche par les végétations papillaires

[1] W. Netzel. *Hygiea*, 1887, Bd. XLIX, n° 3 (Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 23, p. 369).

qu'elle renferme peut se faire, par suite, non seulement du côté de la cavité péritonéale, mais aussi vers les parties profondes, et souder très intimement le kyste au bassin, à la vessie, au rectum et à l'utérus, dont on a pu voir le fond envahi de la sorte[1]. Il n'est pas très rare d'observer, dans les masses papillaires, des grains calcaires, analogues à des grains de sable (*corpora arenacea*). Ces corpuscules présentent une certaine analogie avec les dépôts de chaux qu'on

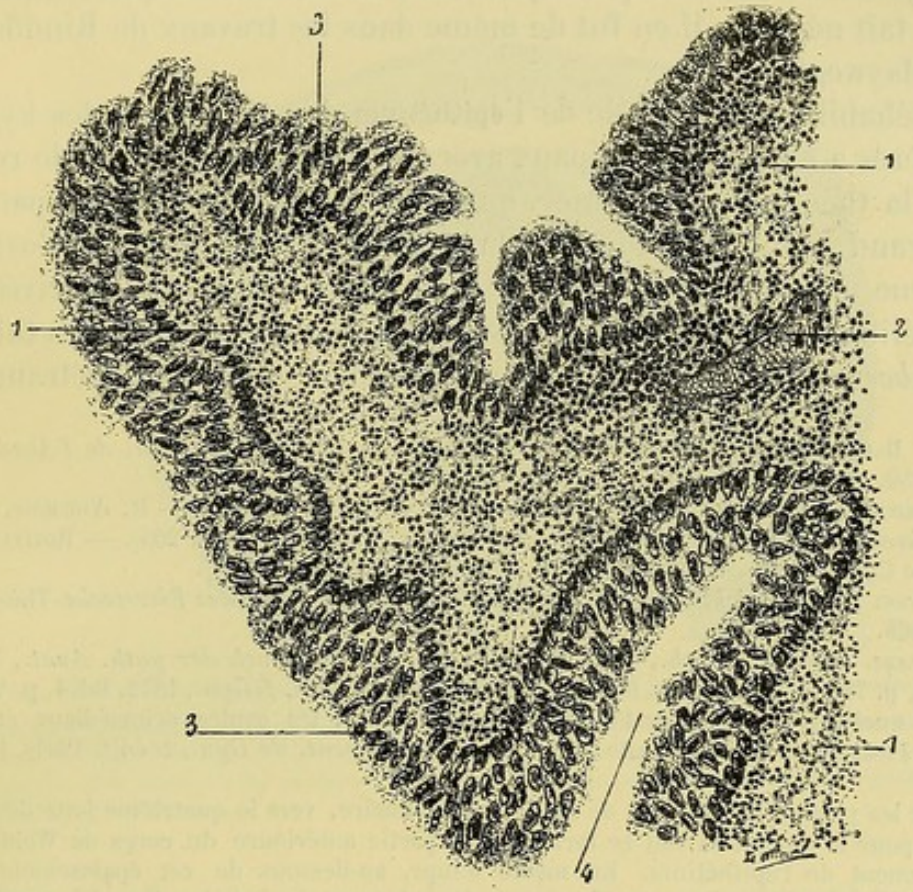


Fig. 428. — Kyste multiloculaire mixte (papillaire et glandulaire) de l'ovaire.
Un des points de la figure 427 (300 diamètres).

1. Tissu conjonctif constituant le stroma des villosités, avec d'innombrables petites cellules arrondies. 2. Vaisseau rempli de sang. 3. Revêtement épithélial composé de plusieurs rangées de cellules irrégulières intimement soudées entre elles et présentant des noyaux disposés sans ordre. 4. Sillon séparant les villosités.

observe dans certains placentas. Je rappellerai, du reste, que des concrétions calcaires s'observent dans d'autres tumeurs très vasculaires (tumeurs de l'arachnoïde, angiomes profonds, etc.), et leur ont valu le nom de *psammomes*.

Histogénie des kystes proligères.

Le mode de **genèse des kystes proligères** de l'ovaire (glandulaires et papillaires) a donné lieu à de très nombreuses controverses qui ne sont pas encore épuisées. L'ancienne conception de l'*hydatide* avait

[1] C. Lee. *Intraligamentous ovarian cystoma with papillomatous growths extending through the cyst into fundus uteri* (*Med. Record*, New-York, 1880, t. XVII, p. 267).

été remplacée, en 1807, par la théorie de Meckel sur l'*hydropisie du follicule de de Graaf*. Huguier et Bauchet[1] lui avaient imposé quelques restrictions, acceptant la théorie folliculaire pour les kystes simples, uniloculaires ou multiloculaires, seulement. Pour les formes plus complexes, on admit, après les travaux de Cruveilhier, de Virchow, de Rokitansky[2], une néoformation, avec **dégénérescence aréolaire** ou **colloïde** de l'ovaire. Le stroma et sa dégénérescence colloïde jouaient alors le principal rôle, et l'élément épithélial était tout à fait négligé ; il en fut de même dans les travaux de Rindfleish et de Mayweg[3].

La réhabilitation du rôle de l'**épithélium** dans la genèse des kystes proligères a eu pour principaux avocats Klebs et Waldeyer[4]. Je résumerai la théorie de ce dernier, qui est actuellement acceptée par un très grand nombre d'auteurs. On sait que chez l'embryon l'ovaire renferme une très grande quantité de tubes épithéliaux, dérivés de l'épithélium germinatif qui tapisse la surface de l'ovaire. Ces tubes, dits *tubes de Pflüger*[5], doivent plus tard se diviser et s'étrangler

[1] L. J. Bauchet. *Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1859, p. 23).

[2] Cruveilhier. *Anat. path. du corps humain*. Paris, 1830-1842. — R. Virchow. *Das Eierstockscolloïd* (*Verh. der Ges. f. Geb. in Berlin*, 1848, Bd. III, p. 203). — Rokitansky. *Ueber die Cyste* (*Denkschr. der k. Akad. der Wiss. zu Wien*, 1849).

[3] Mayweg. *Die Entwicklungsgeschichte der Cystengeschwülste des Eierstocks*. Thèse de Bonn, 1868.

[4] E. Klebs. *Virchow's Arch.*, 1867, Bd. XLI, p. 4, et *Handbuch der path. Anat.*, Berlin, 1873, p. 789. — Waldeyer. *Die Eierstockskystome* (*Arch. f. Gyn.*, 1872, Bd. I, p. 252).

[5] Voici quelques notions sur l'épithélium germinatif, les ovules primordiaux et les tubes de Pflüger ; je les emprunte à De Sinéty. *Traité prat. de Gyn.*, 2e édit. Paris, 1884, p. 610 :

« Dans les premières périodes de la vie embryonnaire, vers le quatrième jour de l'incubation pour le poulet, on voit se former, à la partie antérieure du corps de Wolff, un épaississement de l'épithélium. En même temps, au-dessous de cet épaissement, se développe, sur le même point, un bourgeon de substance conjonctive. Parmi les cellules cylindriques qui constituent la plus grande partie de la masse épithéliale, appelée par Waldeyer *épithélium germinatif*, on en observe quelques-unes, plus volumineuses, arrondies, munies d'un gros noyau : ces éléments sont désignés sous le nom d'*ovules primordiaux*. Pour bien étudier les premières phases de ce développement chez l'homme, Waldeyer conseille de choisir un embryon d'environ 9 centimètres. Sur un fœtus de trois à quatre mois, l'ovaire est presque exclusivement constitué par ce qui sera plus tard la substance corticale. La substance médullaire, formée par des vaisseaux et du tissu conjonctif embryonnaire, présente, sur les coupes transversales, l'apparence d'un pédicule isolé de la substance corticale, avec laquelle il ne communique que par un espace assez limité.... A cinq mois, l'ovaire présente de nouvelles modifications importantes. Les travées de tissu conjonctif, plus épaisses et plus abondantes, limitent bien nettement les espèces d'utricules connus sous le nom d'*utricules* ou *tubes de Pflüger* ou *de Valentin*, et que quelques anatomistes ont appelés *cordons glandulaires*. On peut, à cet âge, étudier parfaitement la formation des follicules primordiaux, par étranglement des tubes. On observe aussi des follicules primordiaux, complètement isolés, dans lesquels se distingue très nettement l'ovule avec sa vésicule et sa tache germinatrice, entouré d'une rangée de cellules épithéliales, et d'une couche limitante de tissu conjonctif.... Au moment de la naissance, on trouve encore, à la surface de l'ovaire, l'épithélium germinatif composé de ses deux espèces de cellules. Mais, à cette époque, les cellules rondes deviennent beaucoup plus rares. Les tubes ovariens, anastomosés entre eux, sont, pour

pour donner naissance aux follicules de de Graaf qui sont un produit d'évolution secondaire. Chez le nouveau-né, on trouve encore de ces tubes, et peut-être peuvent-ils anormalement persister ou même se former par *hétérochronie*, chez l'adulte. Leur persistance à un âge assez avancé ne peut en tout cas être mise en doute et Slavjansky[1] en a trouvé de légèrement kystiques dans l'ovaire d'une femme de trente ans. Ces tubes peuvent exceptionnellement, avant la puberté, se transformer en kystes, et on en trouve chez le nou-

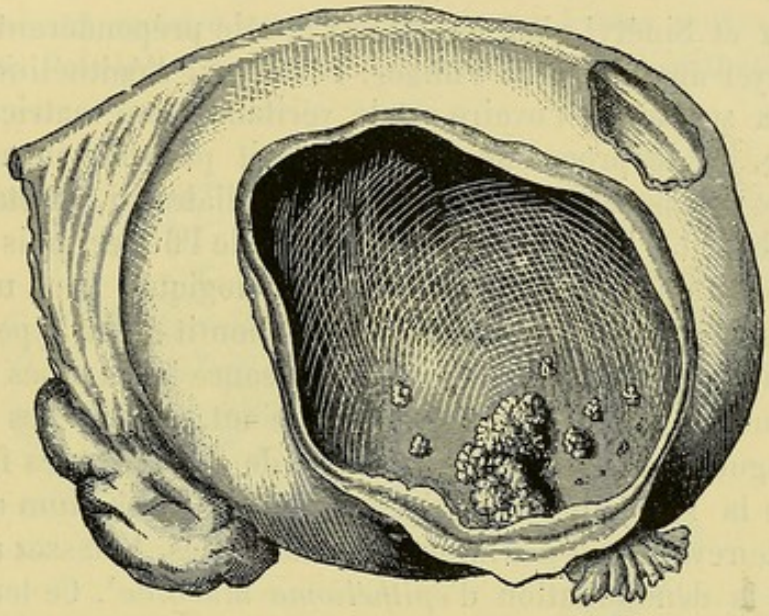


Fig. 429. — Kyste papillaire ayant son point de départ dans le hile de l'ovaire (Doran).

On voit, à gauche et en bas de la figure, l'ovaire encore presque intact. Le kyste est développé dans le ligament large. Une ouverture faite à celui-ci laisse voir en haut une partie de la trompe. Une fenêtre a été pratiquée à la paroi du kyste pour laisser voir les végétations papillaires, à l'intérieur.

veau-né qui ont la grosseur d'un pois, et ne grandissent qu'après la puberté[2]. On peut donc dire que non seulement tous les kystes de l'ovaire ont une origine congénitale, mais que beaucoup d'entre eux ont une date congénitale, et peuvent, ou rester stationnaires, ou se développer ultérieurement.

Quand un kyste se forme aux dépens des tubes glandulaires de Pflüger, les cellules centrales se ramollissent, se liquéfient et les parois distendues des tubes végètent et donnent lieu par bourgeonnement à des tubes nouveaux. Le kyste le plus complexe ultérieure-

la plupart, séparés de l'épithélium externe par une mince couche de tissu conjonctif. Cependant on en voit encore quelques-uns sur lesquels on constate très nettement la communication directe entre l'épithélium germinatif et leur contenu; la persistance de cette disposition anatomique a même été observée chez l'adulte. »

[1] Slavjansky. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, déc. 1873, et *Ann. de Gyn.*, févr. 1874, t. III, p. 126.

[2] Schröder. *Malad. des org. gén. de la femme*, trad. franç., 1886, p. 394.

ment se compose donc toujours au début d'une simple petite poche conjonctive, tapissée d'épithélium qui n'est que l'épithélium glandulaire primitif, en partie liquéfié pour former le contenu du kyste. La fusion de plusieurs de ces kystes primordiaux finit par constituer les plus énormes cavités ; tout kyste uniloculaire a commencé par être multiloculaire (Waldeyer). J'ai déjà montré précédemment comment la végétation ultérieure des parois donnait lieu à des saillies papillaires qui imposaient leur nom à une variété importante des kystes de l'ovaire

Malassez et Sinéty[1] n'admettent pas le rôle prépondérant attribué par Waldeyer aux tubes de Pflüger. Pour eux, l'épithélium germinatif de la surface de l'ovaire est le véritable tissu matriculaire du néoplasme, et le processus commencerait par des invaginations épithéliales ; mais cette néoformation épithéliale qui, à l'état physiologique, aboutit à la constitution des tubes de Pflüger, puis des follicules de de Graaf, s'engage, à l'état pathologique, dans une direction moins spéciale et moins élevée, et n'aboutit qu'au type vulgaire d'épithélium de revêtement, donnant naissance à des tubes ou à des cavités plus ou moins sphériques qui n'ont, d'après ces auteurs, qu'une vague similitude avec les tubes de Pflüger et les follicules. Frappé de la ressemblance qui existe entre l'épithélium de ces tumeurs et le revêtement des muqueuses normales, Malassez a proposé pour elles la dénomination d'*épithélioma mucoïde*[2]. Ce terme, très exact au point de vue histologique, prête à quelque confusion dans le langage clinique, où le mot *épithélioma* comporte, par un usage ancien, une signification de malignité : j'en dirai autant du terme de *cysto-épithéliomes*, adopté par certains auteurs[3]. Le nom de *kystes prolifères* me paraît préférable.

Les kystes papillaires ont-ils une histogénie différente des kystes glandulaires? En 1877, Olshausen suggéra l'hypothèse qu'ils provenaient du parovarium, après que Waldeyer eut montré que celui-ci

[1] De Sinéty et Malassez. *Bull. de la Soc. anat.*, 1876, p. 540. — *Arch. de physiol.*, 1878, p. 39 et 345; 1879, p. 624; 1880, p. 867 ; et 1881, p. 224. — Il y a beaucoup moins de différence qu'on ne pourrait le croire *a priori* entre la théorie de ces auteurs et celle de Waldeyer, comme le prouve cette phrase de De Sinéty (*loc. cit.*, p. 712) : « La formation de ces épithéliomes kystiques ressemble donc beaucoup à ce que nous connaissons du mode de développement de l'ovaire normal aux dépens de l'invagination de l'épithélium de la surface. On pourrait encore se demander si la pénétration de l'épithélium de la surface dans le stroma ovarien est bien, du commencement à la fin, un phénomène récent, ou si elle ne résulte pas de quelque malformation dans l'embryogénie de l'organe, malformation latente dont les conséquences funestes ne se montreraient que plus tard. *C'est dans cet ordre d'idées qu'on a fait jouer un rôle à la persistance des tubes de Pflüger chez l'adulte, signalée dans quelques cas.* » — N'est-ce pas reconnaître implicitement la probabilité de cette théorie?

[2] Malassez. *Bull. de la Soc. anat.*, 1874, p. 358 et suiv.

[3] P. Segond. *Encycl. internat. de chir.*, édit. franç. Paris, 1888, t. VII.

pénètre dans le hile de l'ovaire. Les raisons invoquées étaient la présence d'épithélium cylindrique et la fréquence de l'inclusion de ces kystes dans le ligament large. Fischel[1] développa ensuite cette opinion, et prétendit que ces tumeurs dérivaient des cellules de la membrane granuleuse, lesquelles, d'après lui, proviendraient sûrement des corps de Wolff. Malgré l'appui que Doran[2] a donné à cette manière de voir, en montrant des pièces où l'ovaire était conservé à côté du kyste papillaire, né au niveau du hile (fig. 429), on ne saurait aujourd'hui l'accepter sans réserve. En effet, Marchand et Flaischlen[3] ont montré que le début de ces kystes peut se faire à la surface de l'ovaire et qu'ils contiennent alors de l'épithélium vibra-

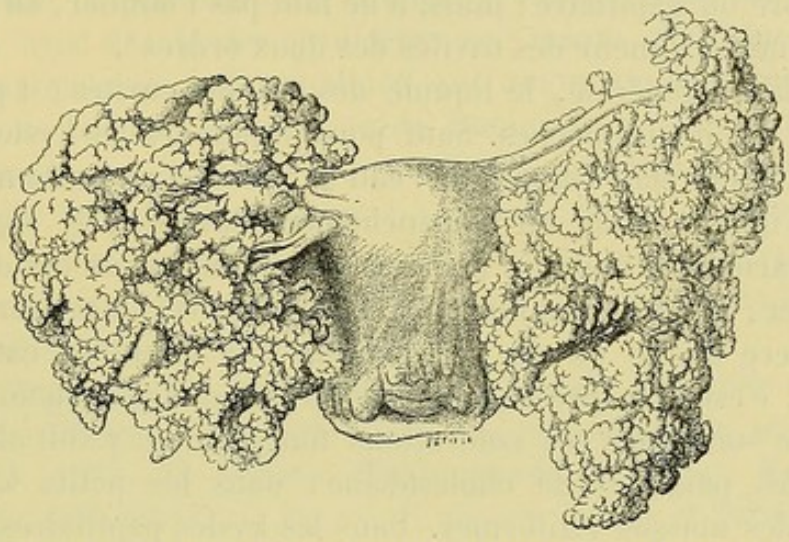


Fig. 450. — Tumeur papillaire des ovaires recouvrant la totalité des ligaments larges (Doran).

tile, en continuité avec l'épithélium germinatif. Selon la remarque de Marchand, il est, du reste, très facile de comprendre que l'épithélium vibratile des kystes papillaires puisse dériver pathologiquement de l'épithélium germinatif, puisque cette filiation a normalement lieu pour l'épithélium des trompes; quant à la structure papillaire, elle se retrouve aussi dans la muqueuse tubaire, et il n'y a rien de surprenant à ce que pareille disposition se produise, à l'état morbide, dans les tissus similaires.

[1] W. Fischel. *Arch. f. Gyn.*, 1879, t. XV, p. 198. — L'origine des cellules de la membrane granuleuse est encore controversée. Waldeyer croit à l'origine commune de ces cellules et des ovules, et en fait un dérivé de l'épithélium germinatif. Mais, pour His et Kölliker, les cellules de la granuleuse auraient leur point de départ dans le hile, aux dépens des canalicules du corps de Wolff. — Voir à ce sujet Kölliker. *Entwicklungsgeschichte.* Leipzig, 1879. — His. *Untersuchungen über das Ei*, etc. (*Zeitschr. f. Anat. und Entw.*, 1877, Bd. I).

[2] Alban Doran. *Clinical and pathological observations on tumours of the ovary.* Londres, 1884, p. 61 et 62 (fig. 15 et 16).

[3] F. Marchand. *Beiträge zur Kenntniss der Ovarialtumoren.* Halle, 1879. — N. Flaischlen. *Zur Lehre von der Entwickelung der papillären Kystome oder multilokulären Flimmerepithelkystome des Ovariums* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1881, Bd. VI, p. 231).

Donc, en somme, l'épithélium germinatif serait le point de départ des kystes papillaires aussi bien que des kystes glandulaires. Cette communauté d'origine, il faut bien l'avouer, ne satisfait pas entièrement l'esprit. Comment se rendre compte, dès lors, des profondes différences qui séparent ces deux ordres de néoplasmes, et des caractères si spéciaux des néo-productions papillaires? Comment expliquer la fréquence de leur bilatéralité, de leur inclusion sous-séreuse, enfin leur plus grande malignité? Il n'est pas douteux que ce point n'appelle encore de nouvelles recherches.

Contenu liquide. J'étudierai en même temps le **contenu liquide** de tous les kystes proligères, quoiqu'il diffère sensiblement, selon que la cavité est glandulaire ou papillaire ; mais, il ne faut pas l'oublier, on peut voir sur une même tumeur des cavités des deux ordres[1].

D'une façon générale, le liquide des grandes cavités est plus ténu que celui des petites poches. Sauf pour la plupart des kystes parovariens, où il est clair comme de l'eau de roche et non albumineux, à moins d'inflammation ou d'épanchement sanguin, le liquide des kystes ovariques a toujours une **consistance** plus ou moins onctueuse au toucher ; il est un peu filant, parfois sirupeux. La **couleur** varie du jaune sucre d'orge ou du vert-pomme à la teinte du café ou du chocolat; c'est à la présence et à l'altération d'épanchements sanguins que sont dues ces colorations foncées ; on y voit alors aussi parfois des paillettes de cholestérine ; dans les petits kystes, on observe des masses riziformes. Dans les kystes papillaires, vu l'absence de cellules caliciformes, le liquide ne prend jamais une viscosité comparable à celle qu'il a dans les kystes glandulaires.

Les **caractères chimiques** du liquide ont donné lieu à de grandes espérances, actuellement un peu déçues ; on a cru à la possibilité de faire le diagnostic, par leur moyen avec le liquide ascitique, dans les cas où les caractères extérieurs laissent substituer le doute. Une substance, la **paralbumine**[2], a été considérée par Waldeyer comme caractéristique des kystes de l'ovaire. Il paraît certain qu'elle est à peu près constante, au moins dans les kystes glandulaires ; quant aux kystes papillaires, ils peuvent n'en contenir que des traces. Sur 25 kystes examinés à ce point de vue, Oerum[3] a trouvé la paralbumine dans 18 cas, et n'en a pas trouvé dans 5. J'ajoute qu'on a démontré la présence de cette substance dans les crachats de la bronchite, dans un kyste du cou, dans l'urine des malades atteints de

[1] Olshausen, *loc. cit.*, p. 85.

[2] La paralbumine présente ce caractère d'être précipitée par l'acide nitrique et de se redissoudre ensuite par l'addition d'acide acétique. Mac Munn (*The spectroscope in medicine*, Londres, 1880) a fait, à ce sujet, des recherches spectroscopiques qui sont demeurées sans résultat.

[3] H. T. Oerum. *Kemiske Studier over Ovariecystevaedsker*. Copenhague, 1884.

suppurations osseuses, et même dans quelques cas d'ascite. On voit par là combien ce moyen de diagnostic est sujet à caution. Je renvoie, pour l'indication des procédés techniques de recherche de la paralbumine, aux travaux spéciaux de Huppert et de Hammersten[1].

Une autre donnée fournie par l'analyse chimique, et qui paraît plus positive, est tirée du chiffre des matériaux fixes des divers liquides. D'après Méhu, s'il approche de 70 grammes par litre, on a sûrement affaire à un kyste ovarique. D'après Quénu, ce chiffre serait trop faible et devrait être élevé à 100. Il constituerait alors un renseignement précieux[2].

Kystes dermoïdes.

III. **Kystes dermoïdes.** — Ces kystes sont le plus souvent petits; mais ils peuvent aussi devenir très volumineux par leur combinaison avec des kystes proligères ou même simplement par le fait d'une poussée inflammatoire qui augmente brusquement les proportions de leur contenu liquide. Quoiqu'ils puissent passer longtemps inaperçus et même n'être révélés que fortuitement à l'autopsie, dès qu'ils ont commencé à grossir ils se rapprochent, au point de vue clinique, des kystes ordinaires ou proligères que je viens de décrire. On a vu les deux ovaires transformés en kystes dermoïdes. Poupinel[3] en a réuni 44 cas.

Leur fréquence est beaucoup moins grande que celle des kystes proligères. Olshausen a réuni 2 275 cas, provenant des séries d'ovariotomies faites par Spencer Wells, Keith, Schröder, Krassowski, A. Martin, Billroth, C. v. Braun, Esmarch, Dohrn et lui-même. Sur ce nombre on a rencontré seulement 80 kystes dermoïdes (soit 3,5 pour 100).

Leur surface interne est tapissée par une membrane qui rappelle l'aspect de la **peau** et qui en présente la structure; on y voit une couche cornée, formée par plusieurs rangées de cellules plates, puis sphériques comme dans le *réseau de Malpighi*.

Un panicule adipeux sépare la couche dermique de la coque fibreuse du kyste. A la surface du derme existent des papilles dont la réunion a pu simuler un **mamelon**[4], et des poils qui sont implantés

[1] Huppert. *Ueber den Nachweis des Paralbumins* (*Prag. med. Woch.*, 1876, n° 17). = Hammersten. *Zeitschr. f. physiol. Chemie*, 1882, t. VI, Heft 5, p. 194, et *Upsala läkare. Förhandl.*, 1881, t. XVI, p. 461). — Voir aussi Alfred Gonner. *Ein Beitrag zur chemischen Diagnose der Ovarial Flüssigkeiten.* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1884, Bd. X, p. 105.) Il conclut d'une étude critique, consciencieuse, qu'il n'est point encore possible, au moyen de la chimie, de reconnaître sûrement le liquide d'un kyste ovarique. La réaction de Hammerstex constitue un renseignement précieux, mais n'est nullement pathognomonique.

[2] Quénu. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 25 juill. 1888, p. 645.

[3] G. Poupinel. *De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire.* Thèse de Paris, 1886.

[4] D. v. Velitz, de Budapest (*Virchow's Arch.*, 1887, t. CVII, p. 505), a rapporté un cas curieux de kyste dermoïde avec une mamelle. Femme de 40 ans, ayant eu 12 enfants.

dans des follicules pileux, pourvus parfois de glandes sébacées; ces derniers ont été démontrés pour la première fois par Friedländer. On trouve aussi des glandes sudoripares. Les **cheveux**, implantés ou libres, sont longs, de couleur fauve, agglutinés par de la matière sébacée et roulés en pelotons (fig. 431). Une agglomération de **sébum**, ressemblant au *vernix caseosa*, remplit plus ou moins la poche et forme souvent des espèces de boules isolées; cette graisse, qui a parfois une consistance huileuse, renferme une grande quantité de cel-

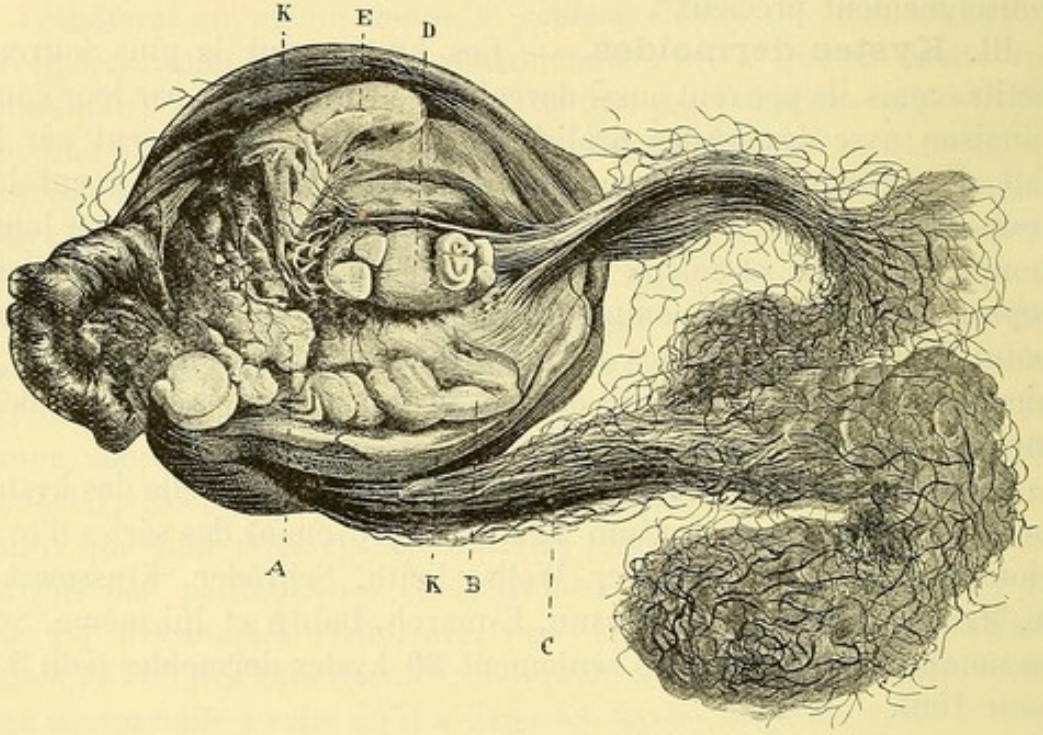


Fig. 431.. — Kyste dermoïde de l'ovaire (Pozzi).

A. Masse myxomateuse analogue à la gélatine de Wharton. B. Masse adipeuse. C. Cheveux mêlés à de la matière sébacée. D. Pièce osseuse ressemblant au rebord alvéolaire avec deux incisives et une molaire. E. Masse adipeuse à grains serrés ressemblant à la boule graisseuse de Bichat. K. K. Parois du kyste.

lules épithéliales, des cristaux de cholestérine et d'acides gras (fig. 436). On trouve aussi, assez fréquemment, dans ces kystes des **dents** et des **os**. Ceux-ci sont implantés dans la poche et plus ou moins recouverts par le derme; ils ont des formes irrégulières, généralement plates, et sont constitués par un tissu compact: le **cartilage** se présente par petites masses, et parfois, comme l'ont vu Labbé et Verneuil, celles-ci sont articulées par l'intermédiaire de faisceaux fibreux. Les **dents** sont enfermées dans la paroi et font saillie dans la cavité où

L'ovariotomie est pratiquée pour un kyste dermoïde contenant une matière onctueuse mélangée de poils blonds; sur la paroi interne; on trouve une sorte de mamelle grosse comme le poing d'un enfant; par la pression on fait sourdre du mamelon du lait ressemblant à du colostrum. L'aréole du sein est rose et entourée d'un cercle de poils.

elles sont implantées dans des débris osseux creusés de sortes d'alvéoles auxquels elles tiennent lâchement. Elles ne présentent que vaguement la forme de dents parfaites et ne répondent jamais entièrement au type des incisives, des canines ou des molaires; le cément

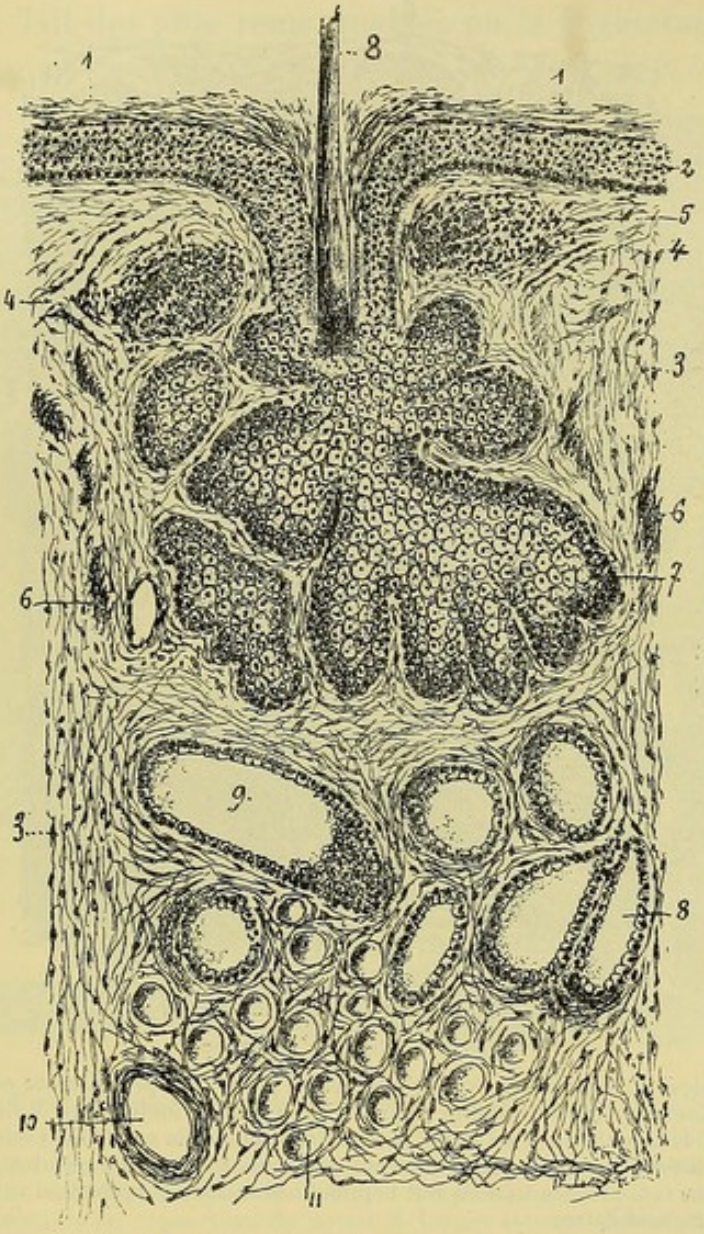


Fig. 452. — Kyste dermoïde de l'ovaire.

Coupe perpendiculaire à la surface interne.

1. Couche cornée. 2. Corps de Malpighi. 3. Tissu conjonctif avec nombreux éléments cellulaires. 4. Vaisseaux. 5. Points de genèse de cellules embryonnaires inflammatoires. 6. Faisceaux de fibres lisses. 7. Glande sébacée. 8. Glande sudoripare. 9. La même dilatée et coupée obliquement. 10. Vaisseau. 11. Tissu adipeux.

fait ordinairement défaut. Une curieuse remarque de Hollænder est que les dents sont toujours très exactement orientées, un peu inclinées vers l'axe médian du corps, si bien qu'en examinant l'intérieur d'un kyste on peut déterminer à quel côté il appartenait. On a trouvé

jusqu'à cent dents (Schnabel). Autenrieth a décrit un fait où trois cents dents furent enlevées d'un kyste qui en contenait encore. Quelques auteurs avancent qu'ils ont trouvé des dents cariées. Mais, comme le dit Lannelongue[1], il est permis de croire, avec Magitot, qu'il s'agis-

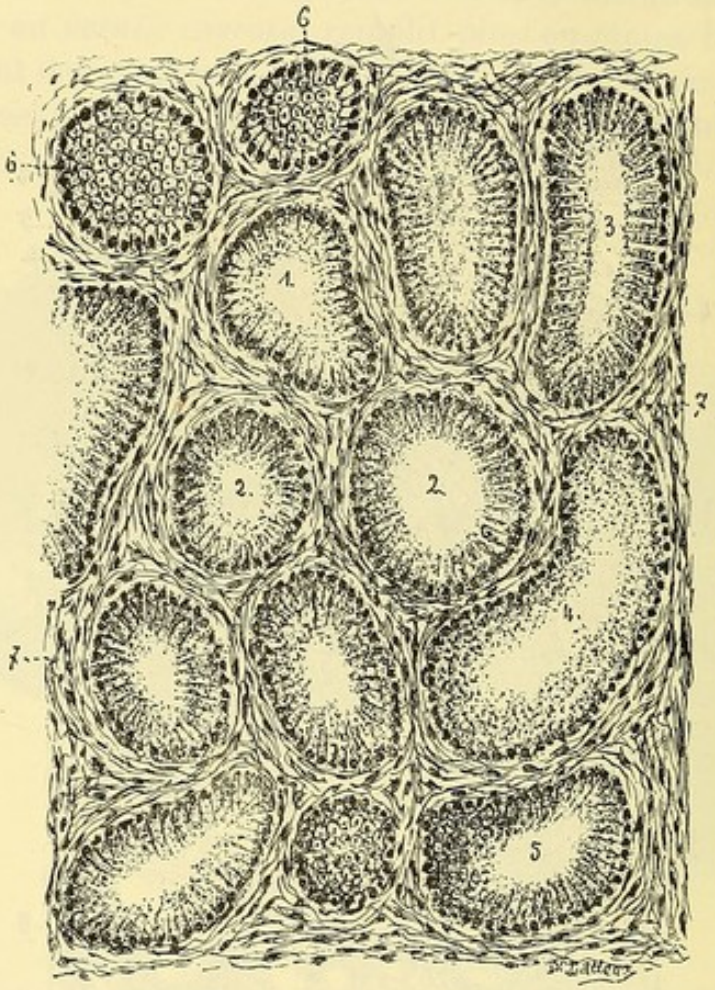


Fig. 433. — Kyste dermoïde de l'ovaire.

Glandes muqueuses en grappe.

1. Glandes normales — l'épithélium cylindrique est en place — le protoplasma est un peu granuleux. 2. 2. Les contours de l'épithélium commencent à devenir moins nets. 3. Glande légèrement hypertrophiée. 4. L'épithélium ne forme plus à l'intérieur de la cavité de l'acinus qu'une masse granuleuse et diffuse. 5. Glande sectionnée obliquement. A droite les cellules cylindriques sont coupées en travers. 6. Glandes dont on voit l'épithélium suivant sa projection verticale. 7. Stroma conjonctif inter-glandulaire.

sait là, non pas de carie véritable, mais simplement de phénomènes d'usure et de résorption.

P. Ruge[2] a trouvé dans un kyste dermoïde, au-dessous d'un os qui ressemblait à un maxillaire inférieur muni de molaires, une petite masse qui, par sa forme, sa grosseur et sa structure acineuse, donnait l'idée d'une **glande sous-maxillaire.**

[1] O. Lannelongue. *Traité des kystes congénitaux*, Paris, 1886.

[2] P. Ruge. *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 10 janv. 1890 (*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 99).

Des fibres **musculaires** lisses ont été vues dans le derme (Virchow); quant aux **fibres striées**, elles sont niées par Olshausen, qui croit qu'en pareil cas il s'agissait non de kystes dermoïdes, mais de *tératomes*. A la vérité, beaucoup d'auteurs confondent ces deux productions. Cruveilhier a cité un cas où il y avait des **ongles**[1]; Baumgarten[2] a rapporté un fait des plus remarquables où le kyste, outre la peau,

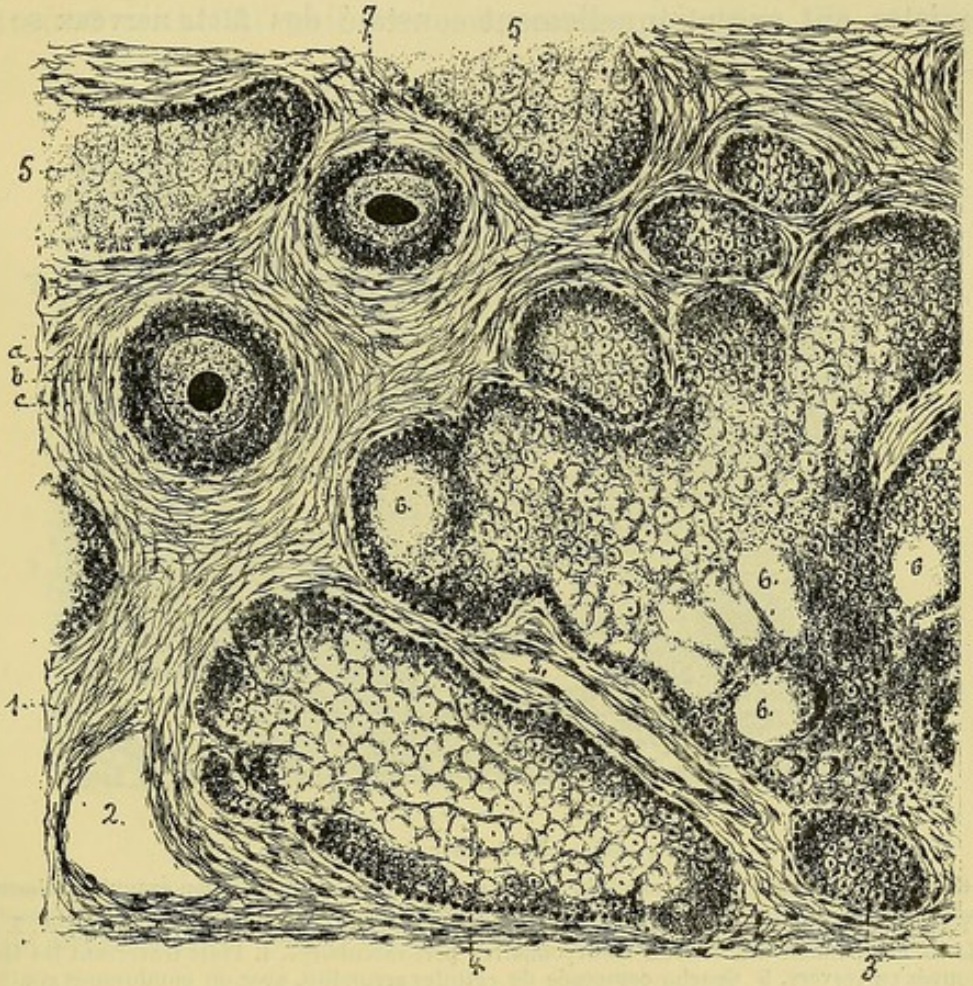


Fig. 434. — Kyste dermoïde de l'ovaire (énorme développement des glandes sébacées).

1. Tissu conjonctif assez lâche avec éléments cellulaires allongés. 2. Lymphatiques 3. Lobules normaux à petites cellules polyédriques possédant un noyau très accentué. 4. Lobule dont les cellules centrales sont transformées en vésicules remplies d'une matière huileuse. 5. Cellules devenues granuleuses et dépourvues de noyau. 6. Larges lacunes pleines de graisse. 7. Poils coupés transversalement : *a*. gaine, *b*. couche hyaline, *c*. poil.

les poils et les dents, contenait un corps ressemblant à un œil pourvu d'une sorte de cornée convexe et d'un épithélium de la nature de celui de la rétine. Il y avait aussi, dans ce kyste, une portion de

[1] Il existe au musée de la clinique gynécologique de Halle une pièce de kyste dermoïde trouvé chez une oie, et contenant de nombreuses plumes.

[2] P. Baumgarten. *Virchow's Arch.*, 1887, Bd. CVII, p. 515 et suiv. — De l'épithélium rétinien avait déjà été signalé dans un cas de Marchand. *Bresl. ärztl. Zeitschr.*, 1881, n° 21

muqueuse analogue à celle de l'**intestin** et de l'**estomac**, enfin de la **substance nerveuse** encéphaloïde.

La présence de **substance nerveuse grise** dans les kystes dermoïdes soulève de très grandes difficultés. Dans un cas, Virchow a trouvé de la substance nerveuse lamelleuse comme dans le cervelet. Key en a trouvé dans une cavité osseuse; Rokitansky, dans une sorte de capsule de la poche, près de l'implantation d'un os[1]. D'autres anatomistes ont exceptionnellement constaté des **filets nerveux** se ren-

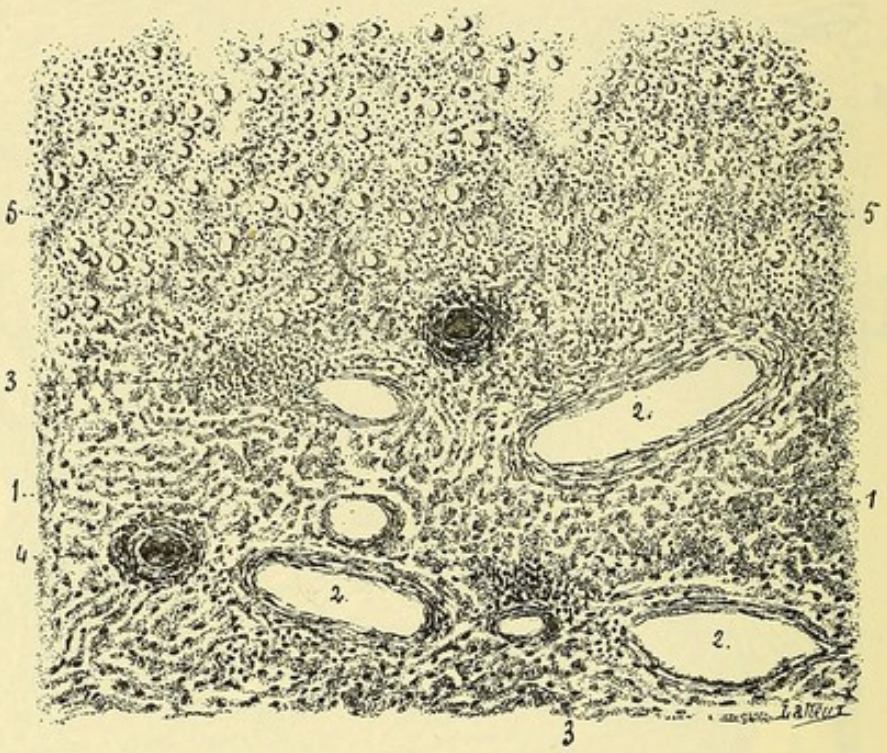


Fig. 433. — Kyste dermoïde de l'ovaire.

Coupe perpendiculaire à la paroi du kyste, dans un point en régression granulo-graisseuse.

1. Tissu conjonctif compact à faisceaux flexueux, avec cellules fusiformes. 2. Vaisseaux. 3. Centre de développement des cellules embryonnaires péri-vasculaires. 4. Poils traversant les tissus et coupés en travers. 5 Couche composée de cellules arrondies, avec de nombreuses gouttelettes de graisse intercalées. Cette couche est absolument ramollie et forme à l'intérieur du kyste un enduit jaunâtre et sans cohésion.

dant à des dents[2]. Outre ces matériaux solides, les kystes dermoïdes contiennent un **liquide** lactescent souvent mélangé de paillettes de cholestérine.

Tumeurs mixtes.

Les **tumeurs mixtes**, formées par la combinaison des kystes dermoïdes avec les autres formes des kystes de l'ovaire, ont été signalées et décrites depuis longtemps[3]. Elles l'ont été de nouveau par

[1] Olshausen, *Loc. cit.*

[2] Mohot et Legros. *Bull. de la Soc. anat.*, 1867, p. 102.

[3] Lebert. *Traité prat. d'anat. path. gén. et spéc.*, 1857, t. I, p. 258. — Eichwald. *Würzb. med. Zeitsch.*, 1864, p. 422. — E. Martin. *Berl. klin. Woch.*, 4 mars 1872, n° 10, p. 113. — Kreis. *Corresp. f. schweiz. Aertze*, 1872, n° 100. — Holscher. Dissert. inaug.,

Poupinel, auquel j'emprunte textuellement les développements qui suivent :

Dans une même tumeur, on peut trouver accolés l'un à l'autre des kystes dermoïdes et des kystes à épithélium pavimenteux, cubique, vibratile, caliciforme, polymorphe, etc. Bien plus, on peut trouver réunis, dans une seule et même cavité kystique, l'épiderme avec ses annexes (poils, glandes sébacées, glandes sudoripares) et un revêtement épithélial uniforme ou polymorphe (fig. 438 et 439).

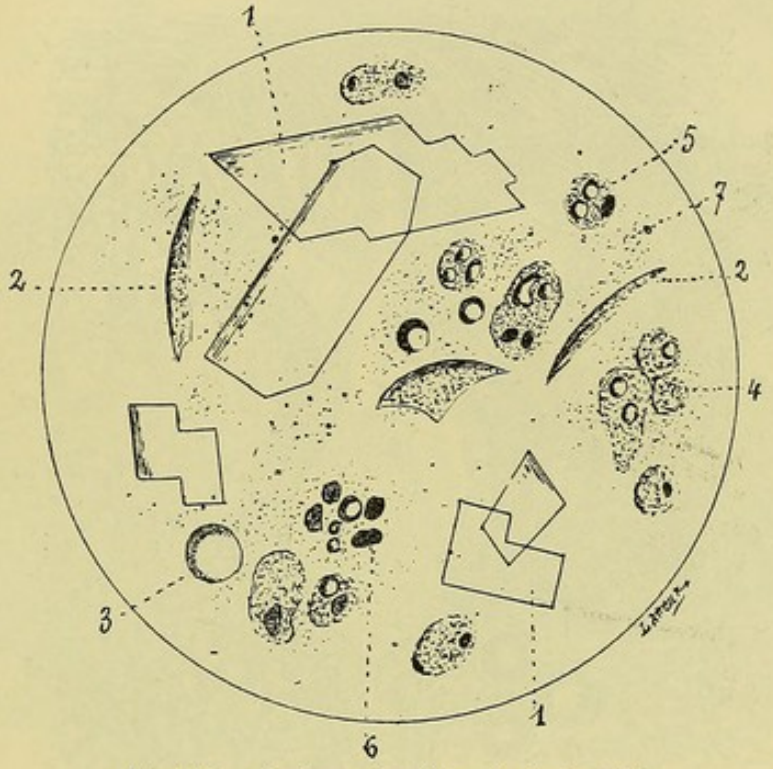


Fig. 438. — Contenu sébacé d'un kyste dermoïde.

1. Cristaux de cholestérine. 2. Cellules épithéliales. 3. Globule de graisse en liberté. 4. Cellules contenant des gouttelettes graisseuses. 5. Cellule avec son noyau encore visible et deux globules. 6. Petit groupe de noyaux libres et de gouttelettes. 7. Granulations graisseuses.

Enfin, le revêtement interne des loges peut être entièrement constitué de peau. Mais il n'est pas rare, même dans ce cas, que le revêtement cutané soit incomplet. On voit, en effet, dans un grand nombre d'observations, que la peau n'existe qu'en un ou plusieurs points de la cavité dermoïde. Elle affecte souvent la forme d'une grosse papille qui, d'ordinaire, sert seule de point d'implantation aux poils. Le reste de la paroi présente un aspect lisse, fibreux, ou ressemble plutôt à une muqueuse qu'à la peau.

Göttingue, 1878. — Flesch. *Verhandl. der phys. med. Gesellsch. in Würzburg*, 1872, Bd. III, p. 111. — Flaischlen. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1881. Bd. VI, p. 127 (observ. de Schröder) et Bd. VII, p. 448. — Spencer Wells. *Ovarian and uterine tumours*, 1882, p. 41 et 104. — Lannelongue et Achard, *Loc. cit.*, p. 57, 80 et 128. — G. Poupinel. *Des tumeur mixtes de l'ovaire* (*Arch. de physiol.*, 1887, 3e sér., t. IX, p. 394).

Cette description, qu'on retrouve, pour ainsi dire, à chaque pas dans les observations de kystes dermoïdes, fait vivement regretter la rareté des examens histologiques complets. On pourrait, sans nul doute, classer nombre de kystes dits dermoïdes purs, parmi les tumeurs mixtes.

La charpente fibreuse est le plus souvent constituée exclusivement de tissu conjonctif jeune, adulte ou myxomateux. Cependant, en

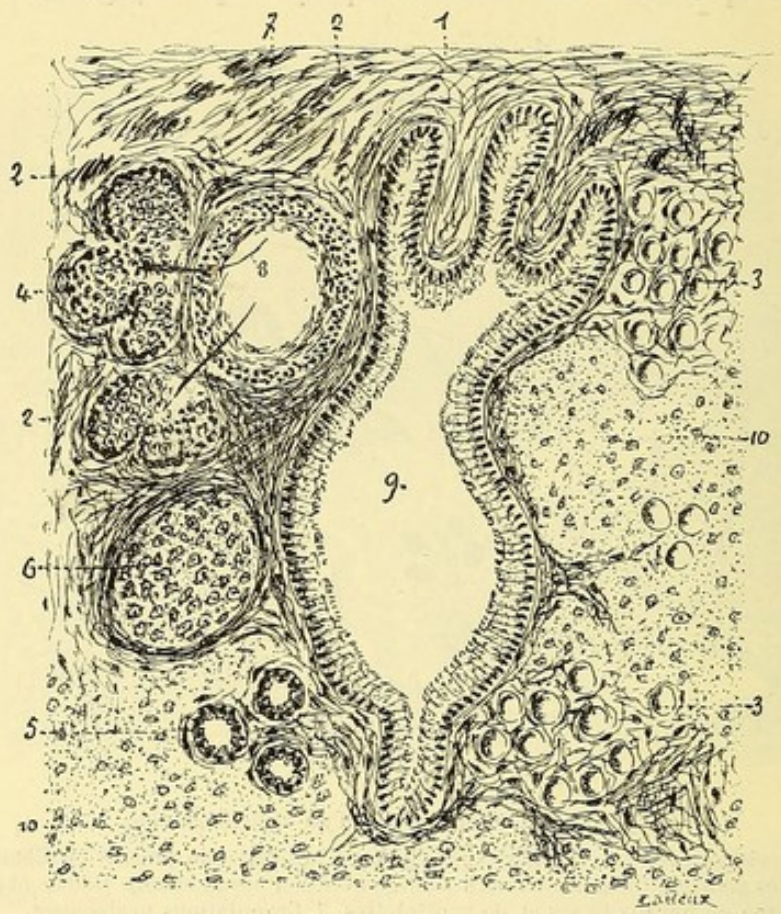


Fig. 457. — Kyste dermoïde mixte de l'ovaire.

Schéma.

1. Tissu conjonctif. 2. Fibres lisses. 3. Tissu cellulo-adipeux. 4. Glandes sébacées. 5. Glandes sudoripares. 6. Nodules de cartilage. 7. Kyste à revêtement cutané. 8. Poil. 9. Kyste à revêtement de cellules à cils vibratiles. 10. Tissu nerveux à petites cellules.

dehors des dents qui sont des produits d'origine ectodermique, et qu'on ne rencontre qu'au voisinage d'un revêtement cutané, on observe, dans les parois fibreuses, des tumeurs kystiques mixtes, du tissu cartilagineux et du tissu osseux. Cela peut s'observer même dans des tumeurs qui n'ont aucun caractère dermoïde. Poupinel a rapporté[1] un exemple de kyste mucoïde de l'ovaire suivi de généralisation; dans la paroi du kyste existaient des nodules cartilagineux.

[1] G. Poupinel. Thèse de Paris, 1886. (Observ. CLXIII.)

L'ossification est assez fréquente dans les tumeurs mixtes, comme dans les kystes dermoïdes purs; mais l'étude des tumeurs mixtes fait ressortir ce point intéressant, que les plaques osseuses ne sont pas forcément voisines des loges dermoïdes, et que, dans certains cas, elles en sont complètement indépendantes. Enfin, dans le stroma

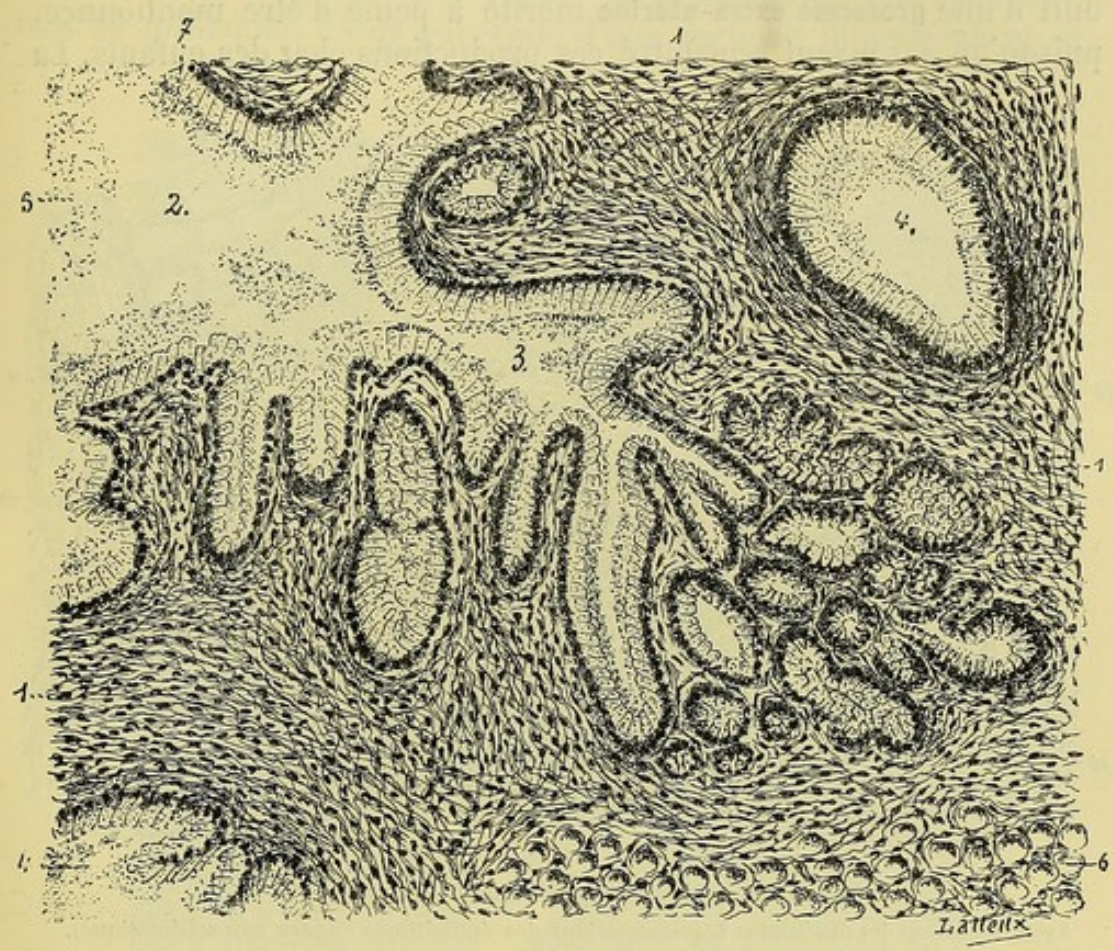


Fig. 458. — Kyste dermoïde mixte de l'ovaire.

Cavités tapissées d'épithélium cylindrique à cils vibratiles.

1. Tissu conjonctif très embryonnaire. 2. Cavité kystique principale. 3. Diverticulum ramifié à l'infini. 4. Petits kystes annexes. 5. Mucus. 6. Tissu adipeux. 7. Point où les cils vibratiles sont conservés.

des tumeurs mixtes on trouve encore d'autres tissus : du tissu musculaire lisse et strié, du tissu nerveux.

Les deux ovaires peuvent être pris simultanément. Alors comme dans les cas de tumeur ovarienne unilatérale, toutes les associations sont possibles entre les divers ordres de kystes. Les deux ovaires peuvent être occupés chacun par une tumeur épithéliale mucoïde, que l'épithélium soit d'un seul type ou polymorphe. Les deux kystes de l'ovaire peuvent être, par exemple, tous deux tapissés d'épithélium vibratile (Brodowski, etc.). Plusieurs fois, les deux ovaires étaient transformés chacun en une tumeur mixte (Flesch, Neumann et Poupinel).

On peut aussi voir, d'un côté, un kyste dermoïde et, de l'autre, un kyste mucoïde (Leber, Young, Herchl, Mugge, etc.), ou d'un côté, une tumeur mixte, et de l'autre, un kyste mucoïde (Poupinel).

Hystogénie des kystes dermoïdes.

La question de la **genèse des kystes dermoïdes** est une des plus obscures de la pathologie générale[1]. La théorie qui en faisait le produit d'une **grossesse extra-utérine** mérite à peine d'être mentionnée, puisqu'on a souvent rencontré ces productions chez des enfants. La

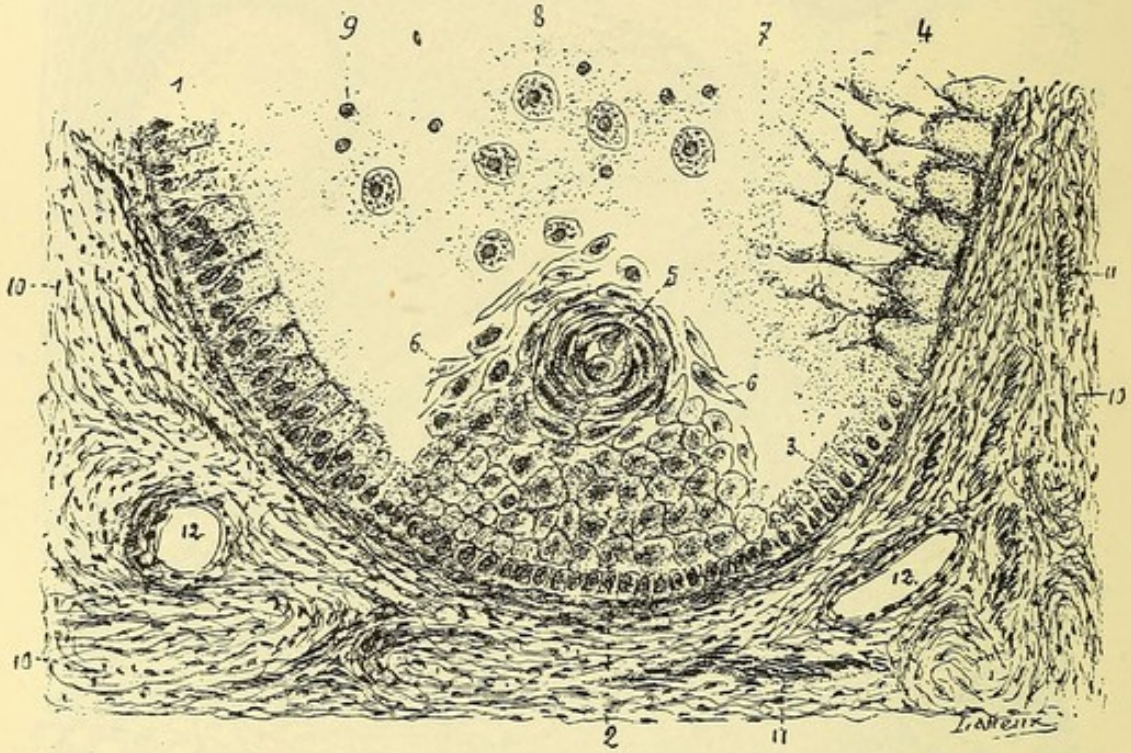


Fig. 439. — Kyste dermoïde mixte de l'ovaire.

Kyste montrant les différentes transformations des épithéliums (figure non schématique).

1. Épithélium cylindro-conique à cils vibratiles. 2. Transformation en épithélium pavimenteux. 3. Type cylindrique à cils vibratiles. 4. Cellules tuméfiées, vésiculeuses, en voie de transformation colloïde. 5. Globe épidermique. 6. Cellules épithéliales cornées, desquamées. 7. Matière colloïde. Cellules épithéliales granuleuses gonflées et devenues libres. 9. Noyaux en liberté. 10. Tissu conjonctif. 11. Fibres lisses. 12. Vaisseaux.

théorie de la **diplogenèse par inclusion fœtale** est aussi inadmissible, et la présence d'un nombre excessif de dents suffit à la ruiner.

Le mot d'**hétérotopie plastique**, employé par Lebert pour réunir tous ces faits, n'est pas une explication, mais une dénomination.

Restent d'autres théories plus soutenables : celle de la **parthénogenèse**[2], qui invoque la puissance de l'épithélium germinatif, est

[1] On connaît la fréquence des kystes purement dermoïdes en certaines régions déterminées de la tête et du cou ; d'autre part, les tumeurs complexes qu'on a désignées sous le nom de *tératome* se rencontrent assez fréquemment en d'autres points (région sacrée, scrobicule du cœur, voûte palatine).

[2] Répin (*De l'origine parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1891) a défendu cette théorie.

rendue douteuse par la présence de néoplasies analogues en d'autres points du corps où cet épithélium spécial n'existe pas.

La théorie de l'**enclavement**, bien qu'elle laisse encore prise à la critique, est, en somme, la plus satisfaisante. Elle admet que, pendant la vie intra-utérine, certaines parties du blastoderme ont été enclavées au milieu des tissus par suite d'une sorte de pincement, et se



Fig. 440. — Kyste dermoïde mixte de l'ovaire.

Tissu nerveux et gaines lymphatiques autour des vaisseaux.

1. Tissu nerveux à trame aréolaire contenant de grosses et de petites cellules. 2. Le même tissu fibrillaire. 3. Vaisseaux pleins de sang. 4. Gros tractus fibreux envoyant des prolongements qui s'enfoncent dans les masses de tissu nerveux. 5. Espace lymphatique péri-vasculaire. 6 Lymphe épanchée.

sont ensuite développées en donnant lieu à une formation désordonnée des tissus qui en dérivent normalement. Verneuil a, le premier, nettement formulé cette ingénieuse conception, à propos des kystes des fentes branchiales, au cou et à la tête[1]. Les recherches de His sur le *cordon axile* aux dépens duquel, d'après lui, se développent les parties génitales, permettent de mieux comprendre encore

[1] A. Fränkel. *Ueber Dermoïdcysten der Ovarien und gleichzeitige Dermoïde im Peritoneum* (*Wien. med. Woch.*, 1883, n° 28, p. 865, n° 29, p. 909, et n° 30, p. 940).

la complexité des éléments qu'on rencontre dans les kystes dermoïdes de l'ovaire. Il n'y a que les organes à la formation desquels prennent part tous les feuillets blastodermiques qui participent à celle du cordon axile. Il est impossible d'y différencier, par la dissection, les divers feuillets germinatifs, et l'on conçoit par suite, que dans l'ovaire, comme dans le testicule, puissent s'égarer des parties qui correspondent au feuillet corné, au tube médullaire (épithélium vibratile) ou au feuillet moyen (muscles, os). La théorie de l'enclavement est ainsi très sérieusement corroborée [1].

Lannelongue [2] se rattache nettement à cette théorie. Il fait, en outre, remarquer que l'évolution de ces tissus étrangers provoque dans l'organe qui en est le siège certaines modifications de structure et certaines altérations de voisinage, indépendantes du développement embryonnaire et qui, en s'associant aux tissus enclavés, viennent ajouter encore à la complexité de la production anormale. C'est peut-être ainsi, d'après Lannelongue, qu'on doit expliquer la réunion des kystes prolifères de l'ovaire et des kystes dermoïdes, et des transitions qui existent entre ces sortes de néoplasmes. Toutefois, Lannelongue n'abandonne pas entièrement la conception de la **diplogenèse** dans les cas où des vestiges considérables des parties fœtales existent dans les kystes qu'on a, pour cela, décrits parfois sous le nom de *kystes fœtaux*. D'après lui, ces productions bizarres participent à la fois des kystes et des monstres doubles. Dans leur genèse, dit-il, la production des monstres doubles se trouve associée à celle qui détermine la formation des kystes. La part de chacune varie suivant le cas; à mesure qu'on s'élève dans la série, la duplicité monstrueuse tend à devenir le facteur prépondérant, et l'élément kystique diminue d'importance pour disparaître entièrement. Ainsi, dans la genèse de ces tumeurs, on devrait distinguer deux facteurs : la production de cavités kystiques et l'existence d'un centre de développement supplémentaire. L'admission de ce centre indépendant est bien faite pour rendre compte de la complexité des néoformations; mais, il faut l'avouer, son origine soulève de nouveaux problèmes tout aussi difficiles eux-mêmes que ceux que devait résoudre cette hypothèse.

Kystes parovariens.

IV. **Kystes parovariens.** — Au point de vue pratique, il est impossible de séparer radicalement les kystes de la région ovarienne indépendants de l'ovaire, des kystes de l'ovaire proprement dits. Aussi, quoique les kystes dont je vais parler ne soient pas, en réalité, des *kystes de l'ovaire*, puisque anatomiquement ils en sont

[1] Olshausen, *Loc. cit.*, p. 404.
[2] Lannelongue et Achard, *Loc. cit.*, p. 128.

distincts, il convient de les décrire en même temps, en tenant compte de leur étroite solidarité clinique et chirurgicale.

Un ensemble de caractères réunis dans cette espèce de kystes en fait un groupe très défini. On les désigne habituellement sous le nom de *kystes du parovarium* ou de l'*organe de Rosenmüller*[1], parce que leur lieu d'origine évident dans le ligament large, où ils sont inclus, correspond assez exactement au siège de ces vestiges embryonnaires, et qu'à la spécialité de structure il a paru naturel d'assigner une genèse spéciale. Toutefois, il n'est nullement démontré que les kystes uniloculaires à paroi mince et à contenu transparent du ligament large proviennent toujours du parovaire. A. Doran[2] a observé et figuré des pièces qui sont contraires à cette théorie. Il incline à les considérer comme de simples *kystes lacuneux* ou hygromas sous-séreux de Verneuil. Mangin[3] croit aussi qu'ils pourraient se développer simplement dans le tissu connectif, indépendamment du parovarium. De Sinéty[4] considère comme très douteux leur développement aux dépens de l'organe de Rosenmüller. Il les rapproche des épithéliomas mucoïdes, et croit que la différence de liquide est due simplement à la simplicité de l'épithélium, car on voit aussi du liquide clair dans les kystes proligères de l'ovaire, non tapissés de cellules caliciformes. De Sinéty se demande même si des ovaires surnuméraires ne joueraient pas un rôle dans la production de ces kystes. Mais, s'ils ont la même origine que les kystes de l'ovaire, comment expliquer leur structure si particulière? Comment croire, du reste, à une telle fréquence d'ovaires surnuméraires? Il y a là une inconnue qui n'est pas entièrement dégagée. Cependant il convient d'adopter l'expression consacrée par l'usage de *kyste parovarien*, pour désigner les kystes de la région de l'ovaire, indépendants de cet organe que l'on trouve indemne à côté de la poche, soit dans son voisinage immédiat, soit séparé d'elle par un repli ligamentaire; seulement, le mot de *kyste parovarien* doit s'entendre dans le sens de kyste tangent à l'ovaire plutôt que dans le sens de *kyste du parovarium*.

Ces productions ne sont pas rares: Olshausen les a rencontrées 32 fois sur 284 ovariotomies, soit 11,3 pour 100.

[1] E. Follin. *Recherches sur le corps de Wolff*. Thèse de Paris, 1850. — Verneuil. *Recherches sur les kystes de l'organe de Wolff* (*Mém. de la Soc. de chir.*, 1857, t. IV, p. 58). — Pilliet et Souligoux. *Kyste du ligament large et du canal de Gärtner* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1894. p. 412). — Girerd. *Des kystes du parovaire avec persistance du canal de Gärtner*. Th. de Paris, 1894. — F. Legueu. *Kyste Wolffien du ligament large* (*Ann. de Gyn.*, 1896, t. XLV, p. 114).

[2] Alban Doran, *Loc. cit.*, p. 49 (fig. 10).

[3] Mangin. *Aperçu de l'état des kystes para-ovariques, à propos d'un kyste séreux du ligament large* (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 25 juin 1888, p. 104).

[4] De Sinéty, *Loc. cit.*, p. 866.

Il importe de diviser ces kystes en deux variétés : l'une, la plus fréquente, que j'appellerai **kystes parovariens hyalins** ; l'autre, plus rare, **kystes parovariens papillaires.**

Kystes parovariens hyalins.

Kystes parovariens hyalins. — Le kyste de cette espèce est ordinairement uniloculaire. Il y a quelques exceptions ; L. Tait [1] cite un cas qu'il a opéré, et examiné avec soin, où il y avait six sacs accolés, et, d'après lui, Spencer Wells aurait opéré un kyste biloculaire. Du reste, même quand il semble qu'il n'y ait qu'une poche unique, en cherchant avec soin dans la paroi, on peut parfois y découvrir de très petites cavités secondaires, grosses comme des graines de chènevis ou de pois.

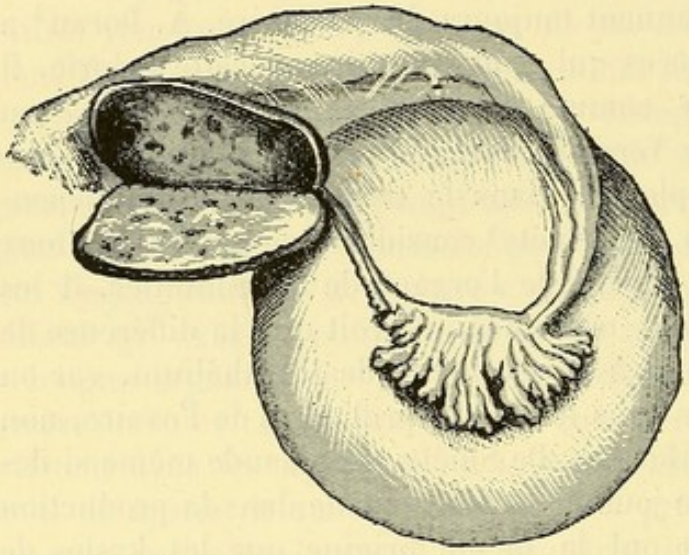


Fig. 441. — Kyste uniloculaire parovarien du ligament large.

On voit, en haut et à gauche l'ovaire tout à fait indépendant incisé. La trompe, allongée, s'étale à la surface du kyste (Doran).

La poche est remarquablement mince ; sa surface externe est recouverte, sans adhérence, par les feuillets du ligament large dans tous les points où elle n'est pas en contact immédiat avec les parois du pelvis ou les organes voisins. Toutefois une sorte d'élongation du ligament large fournit, dans bien des cas, un large pédicule. Quand le kyste est sessile, il est assez lâchement uni aux parties voisines, à moins d'inflammation antérieure. Sa couleur est blanche, légèrement verdâtre, et les fins vaisseaux du revêtement péritonéal se dessinent nettement par transparence. La trompe est accolée à la surface du kyste, le premier effet de son développement ayant été de dédoubler l'aileron tubaire ; l'ovaire est rejeté sur le côté externe, parfois aplati, mais toujours très distinct. La surface interne est lisse et tapissée d'épithélium à cils vibratiles, qui peut être combiné à l'épithélium cylindrique ordinaire. Le liquide est très clair, comparable à de l'eau de roche ; sa densité est à peine supérieure à celle de l'eau (1002 à 1008). Il ne précipite pas par la chaleur, car il ne contient pas d'albumine quand il n'y a eu ni suppuration, ni épanchement sanguin [2]. On y a noté une forte proportion de chlorures.

[1] Lawson Tait. *Edinb. med. journal*, juillet-août, 1889, t. XXXV, p. 97.

[2] Spiegelberg y aurait pourtant parfois trouvé de la paralbumine, d'après de Sinéty (*Loc. cit.*, p. 870). Mais ne s'agissait-il pas alors de kystes papillaires du ligament large ?

Kystes parovariens papillaires.

Kystes parovariens papillaires. — A côté du kyste parovarien hyalin à paroi lisse et à contenu transparent du ligament large qui constitue le type le plus fréquent, existe une autre variété caractérisée par la présence de productions papillaires. Cette espèce est-elle, originairement distincte ou n'est-elle, comme le croit L. Tait, qu'une phase évolutive de la précédente? C'est ce qu'il est

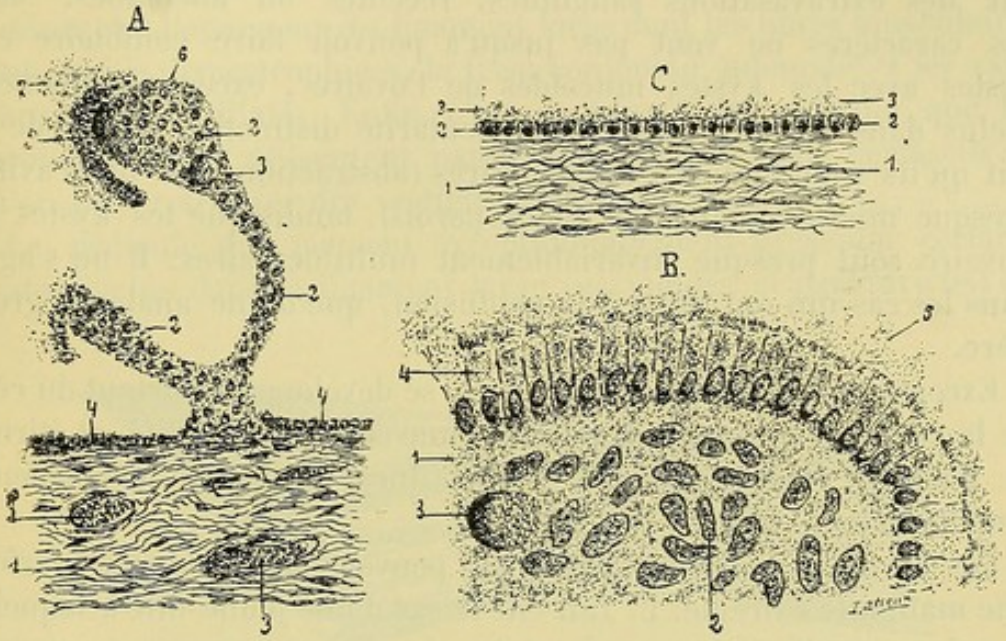


Fig. 442. — Kyste parovarien hyalin sous-tubaire

A. Coupe perpendiculaire à la surface interne du kyste (500 diamètres).

1. Paroi du kyste, formé de tissu conjonctif avec fibres élastiques réfringentes. 2. Villosité ramifiée. 3. Vaisseaux sanguins. 4. Couche épithéliale à petites cellules cubiques. 5. Épithélium cylindrique vibratile. 6. Point où manque la couche épithéliale. 7. Mucus.

B. Un point de la villosité 2. (500 diamètres).

1. Tissu granuleux compact. 2. Noyaux du centre groupés en tourbillon. 3. Vaisseau avec globules sanguins. 4. Épithélium cylindrique vibratile. 5. Mucus.

C. Paroi du kyste, avec son épithélium cubique à petites cellules (500 diamètres.)

1. Tissu fibreux avec nombreuses fibres élastiques. 2. Épithélium. 3. Mucus granuleux à la surface.

impossible d'affirmer. Quoi qu'il en soit[1], il importe d'être averti de l'existence de cette variété. Pendant longtemps, une certaine confusion a régné dans la science, par suite de connaissances incomplètes sur ce sujet. D'une part, certains auteurs faisaient, à tort, des désignations de *kyste parovarien* et de *kyste du ligament large* deux termes synonymes; d'autre part, ils croyaient que ces kystes

[1] Alb. Doran. *Loc. cit.*, p. 51 et suiv. — Pour Doran, ces kystes papillaires proviendraient du parovaire, et mériteraient seuls le nom de kystes parovariens, tandis que les kystes sans végétations et à contenu purement liquide naîtraient dans l'épaisseur du ligament large, indépendamment de tout vestige embryonnaire. L'absence d'épithélium vibratile dans les premiers n'infirmerait nullement leur origine. — Wilh. Fischel. *Ueber Parovarialcysten und parovarielle Kystome* (*Arch. f. Gyn.*, 1879, Bd. XV, p. 198), a fait remarquer, après Waldeyer, que l'épithéliun du corps de Wolff n'est pas originairement pourvu de cils vibratiles, en sorte que le revêtement d'épithélium cubique non cilié peut représenter dans les kystes le premier type de l'épithélium wolffien.

parovariens présentaient toujours une paroi mince et un contenu transparent, non filant, pauvre en matières albuminoïdes. Or, cette espèce est assurément la plus fréquente, mais non la seule. Il y a des kystes parovariens qui ont un contenu visqueux : il suffit, pour cela, que leurs parois présentent des végétations papillaires ; le contenu peut même être rendu albumineux et diversement coloré par des extravasations sanguines, récentes ou anciennes. Mais ces caractères ne vont pas jusqu'à pouvoir faire confondre ces kystes avec les kystes mucoïdes de l'ovaire[1], exceptionnellement inclus dans le ligament. Une particularité distinctive résulte de ce fait qu'ils sont toujours uniloculaires (abstraction faite des cavités presque microscopiques de leurs parois), tandis que les kystes de l'ovaire sont presque invariablement multiloculaires. Il ne s'agit, dans les cas qui ont prêté à la confusion, que d'une analogie grossière.

Exceptionnellement, ces kystes, en se développant surtout du côté de la cavité abdominale, acquièrent une certaine mobilité, et étirent le ligament large de façon à constituer une sorte de pédicule lamellaire[2].

Ces kystes, d'ordinaire si bénins, peuvent aussi acquérir parfois une malignité extrême. L. Tait cite le cas d'une jeune fille à laquelle il enleva un kyste parovarien très simple, en apparence, et sans aucune végétation antérieure; son opérée présenta, six semaines après, de l'infection ganglionnaire, et succomba en trois mois à des métastases cancéreuses dans divers organes.

Kystes parovariens dermoïdes. — On a observé dans le ligament large un certain nombre de faits authentiques de kystes dermoïdes, indépendants de l'ovaire[3].

Anatomie pathologique du pédicule.

Pédicule. — Quelle que soit l'origine des kystes de l'ovaire, une particularité morphologique importante domine, on peut le dire, leur histoire chirurgicale : c'est la présence, les dispositions diverses ou l'absence d'un pédicule, les reliant aux tissus voisins. Il est parfois très mince, presque membraniforme, et la trompe en est séparée par l'aileron libre de l'ovaire (fig. 443). Fréquemment, cet aileron est dédoublé, et la trompe, entraînée sur la tumeur, lui adhère et a subi un certain allongement concomitant. Le pédicule contient alors

[1] Terrillon. *Sur une variété de kystes para-ovariens et ses rapports avec les kystes de l'ovaire* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 13 juill. 1887, p 460). — Il est facile, par les observations de ce mémoire, de constater qu'il s'agit de la variété papillaire de kystes parovariens, depuis longtemps déjà bien décrite par A. Doran (*Loc. cit.*).

[2] Quénu (*Revue de chir.*, 1890, p. 46) a observé un cas de ce genre, accompagné d'ascite qu'il attribue à l'extrême mobilité de la tumeur.

[3] Lawson Tait. *Loc. cit.*— Sänger. 5e *Congrès des gyn. all.* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 31, p. 542).

deux cordons parallèles : la trompe et le ligament de l'ovaire. Le point le plus rétréci du pédicule est ordinairement au niveau de ce qu'on a appelé le *ligament infundibulo-pelvien*, ou repli du péritoine qui s'étend de la paroi pelvienne à l'ovaire et par où les vaisseaux abordent l'organe.

La largeur et l'épaisseur du pédicule sont excessivement variables ; elles tiennent à la fois à la distance qui sépare la tumeur du bord de l'utérus et à l'épaisseur du ligament large dont les fibres musculaires sont parfois hypertrophiées, le tissu conjonctif œdématié et les vaisseaux veineux dilatés. Enfin, c'est au niveau du pédicule que les parois kystiques présentent parfois leur plus grande épaisseur et qu'on peut retrouver des vestiges de l'ovaire.

Le pédicule que peuvent exceptionnellement présenter certains kystes inclus dans le ligament large (dermoïdes et parovariens) est

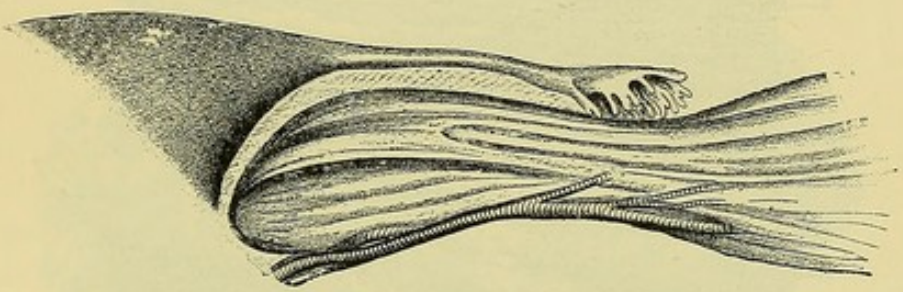


Fig. 443. — Pédicule d'un kyste de l'ovaire.
Le pédicule est court : l'aileron de l'ovaire n'a pas été entièrement dédoublé (le kyste a été vidé).

formé par la simple distension et le déplacement du péritoine : il est large et lamellaire, membraniforme.

Kystes inclus dans le ligament large.

Quand le pédicule manque, le kyste est **inclus dans le ligament large**, en totalité ou en partie. C'est la situation habituelle des kystes parovariens, hyalins et papillaires, de quelques kystes dermoïdes, et enfin de quelques kystes ovariques prolifères, glandulaires ou papillaires pour lesquels Freund invoque une malformation congénitale qui ne serait autre que l'enclavement excessif de l'ovaire. Les petits kystes folliculaires et les kystes du corps jaune peuvent exceptionnellement offrir ce siège, comme je l'ai observé (fig. 445). La classe des kystes inclus dans le ligament large est donc essentiellement artificielle, elle a un très grand intérêt au point de vue chirurgical, mais cette particularité ne peut servir de base à aucune classification nosologique. C'est à tort que quelques chirurgiens rendent encore ce terme synonyme de celui du kyste parovarien, et même seulement de la variété de kyste parovarien la plus fréquente, de celle dont la paroi est mince et le liquide hyalin. En réalité, les diverses espèces et

variétés suivantes de kystes peuvent être incluses dans le ligament large :

A, kystes parovariens hyalins et papillaires (constamment, au moins au début).

B, kystes proligères de l'ovaire, papillaires et glandulaires (rarement).

C, kystes dermoïdes, ovariens (souvent), ou parovariens (rarement).

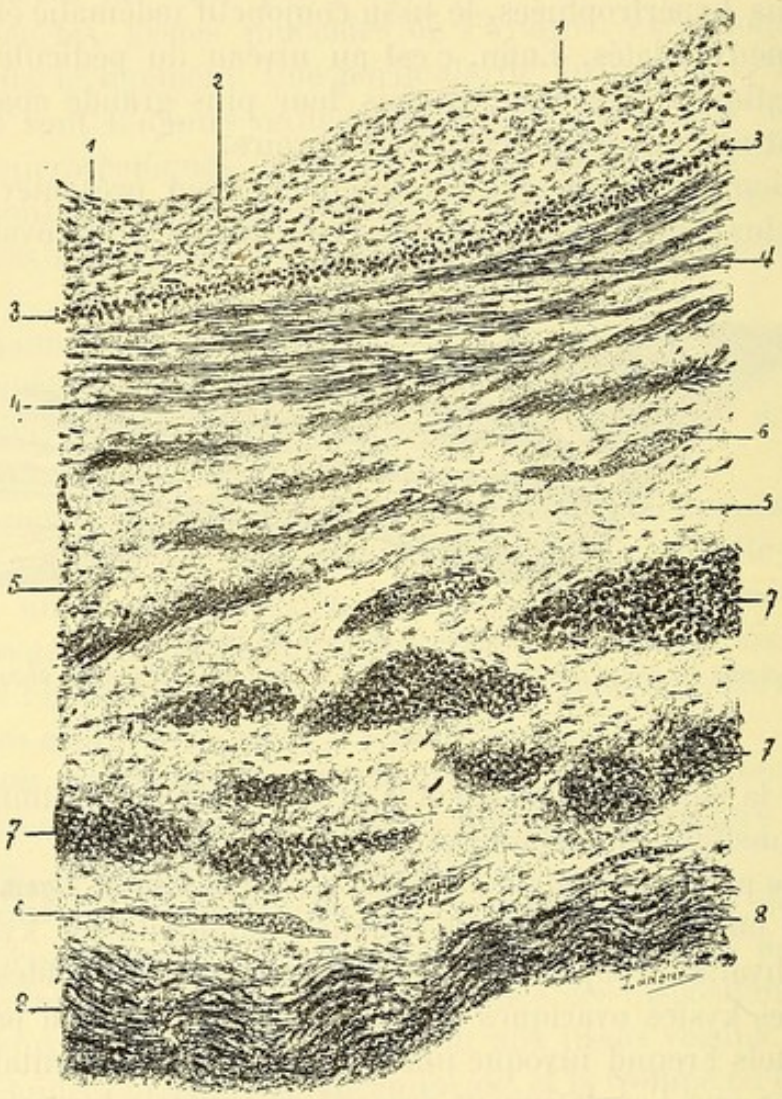


Fig. 444. — Kyste hyalin du ligament large.

Coupe comprenant toute l'épaisseur de la paroi (250 diamètres).

1. Couche de cellules plates à la face interne de la cavité. 2. Tissu conjonctif lâche à petites cellules étoilées. 3. Couche de cellules arrondies disposées sur plusieurs rangs. 4. Couche de fibres musculaires lisses longitudinales et très fines. 5. Tissu fibreux très dense, intermédiaire à de petites cellules allongées. 6. Vaisseaux. 7. Faisceaux de fibres lisses coupées en travers. 8. Couche fibreuse limitante avec fibres lisses flexueuses.

Le kyste inclus peut, suivant les cas, n'occuper que le côté externe du ligament, vers le pelvis, ou que le côté interne, et s'accoler à l'utérus, ou enfin remplir la totalité du ligament large et déjeter

alors cet organe en le luxant, pour ainsi dire, en haut et en dehors, du côté opposé. Un segment important de la tumeur peut dépasser le ligament large en haut, vers la cavité abdominale, en formant un kyste libre, surajouté au kyste inclus dont le sépare un sillon.

D'après Terrillon[1], l'enclavement secondaire des kystes prolifères différerait de l'enclavement primitif des kystes parovariens. Dans le premier cas, la portion enclavée du kyste contracte avec les tissus voisins des adhérences tellement intimes qu'il pourrait s'ajouter au pédicule vasculaire utéro-ovarien primitif un second pédicule vasculaire ; celui-ci provient de la corne utérine et est dû à la dilatation de l'anastomose qui existe normalement entre la branche supérieure de l'utérine et la terminaison de l'utéro-ovarienne[2] ; il en résulterait un aspect violacé et un épaississement du ligament large qui n'exis-

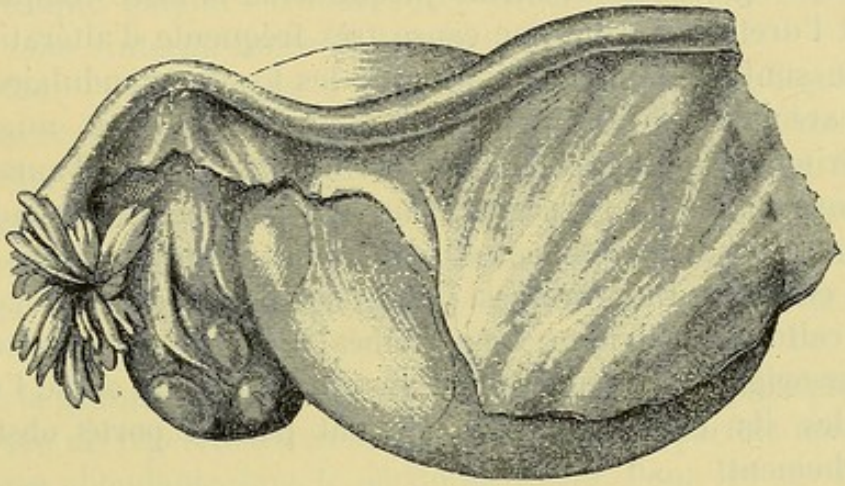


Fig. 445. — Kystes folliculaires conglomérés (maladie kystique de l'ovaire), inclus dans le ligament large.

terait pas dans les kystes parovariens. Une pareille distinction est tout à fait illusoire et basée sur l'observation restreinte à la variété des kystes parovariens hyalins. On connaît, au contraire, la tendance remarquable de certains kystes parovariens papillaires à envahir les parties voisines et spécialement à adhérer à l'utérus.

Il importe encore de distinguer une variété spéciale de kystes sessiles : ce sont ceux qui ne restent pas confinés dans le ligament large, mais qui en dépassent les limites et cheminent sous le péritoine dans les interstices cellulaires, très loin de leur point d'origine. On pourrait leur donner le nom de **kystes rétro-péritonéaux.**

Kystes rétro-péritonéaux.

Toutes les espèces de kystes paraissent pouvoir prendre cette

[1] Terrillon. *Rapports entre les kystes de l'ovaire et le ligament large* (*Revue de chir.*, 1884, p. 111).

[2] Pierre Delbet. *Kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large* (*Bull. de la Soc. anat.*, 27 avril 1888, p. 477).

marche ; on l'a observée surtout dans les kystes parovariens hyalins ou papillaires, mais aussi dans les kystes dermoïdes, dans les kystes ovariens glandulaires. A gauche, la tumeur peut dédoubler le mésocôlon iliaque et se mettre en contact avec l'os iliaque : j'ai énucléé un kyste parovarien hyalin qui avait contracté ces rapports. A droite, la poche peut s'avancer jusqu'au cæcum. Elle peut aussi, dépassant ce point, pénétrer dans le mésentère jusqu'au rein[1], jusqu'au foie[2] et jusqu'au diaphragme[3]. En arrière, on voit le cul-de-sac de Douglas soulevé et des poches kystiques se loger entre le rectum et l'utérus[4]. En avant, le cul-de-sac vésico-utérin est quelquefois soulevé ; la vessie, tiraillée par lui et par l'ouraque, s'allonge alors démesurément sous forme d'un boyau que l'opérateur est exposé à blesser. Latéralement, les masses kystiques, en s'infiltrant sous le péritoine entre lui et l'aponévrose pelvienne et même jusque dans la fosse iliaque, compriment l'uretère et sont une cause très fréquente d'altération des reins. Ce sont les kystes papillaires et les kystes glandulaires de la variété aréolaire et gélatineuse qui donnent lieu aux migrations rétro-péritonéales les plus étendues et les plus graves, d'autant plus qu'à l'inverse des kystes parovariens hyalins, ces tumeurs adhèrent fortement aux parties voisines et sont très difficiles ou parfois impossibles à énucléer. On a vu aussi des kystes dermoïdes se loger dans le tissu cellulaire pelvien rétro-péritonéal[5]. On a souvent rattaché, à tort, leur origine aux parois de la vessie, du rectum ou de l'utérus, auxquelles ils étaient accolés. Ils ont parfois porté obstacle à l'accouchement.

Adhérences.

Adhérences. — Dans les premières phases du développement des kystes, l'épithélium cylindrique qui les recouvre les protège contre la formation d'adhérences (Waldeyer). Mais la desquamation de ce revêtement permet ensuite la production des adhérences, sous l'influence des frottements et des irritations extérieures. Lâches et glutineuses au début, elles deviennent de plus en plus intimes, avec le temps. On a vu la face antérieure d'un kyste tellement soudée au

[1] Zweifel (*Soc. obstét. de Leipzig*, 17 oct. 1888, in *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 459) a opéré un kyste dermoïde rétro-péritonéal qui avait cheminé en arrière de la séreuse « par un travail de taupe », de manière à emprunter des vaisseaux au pancréas. Le rein gauche déplacé dut être extirpé ; guérison. Zweifel cite, à ce propos, un cas analogue de Bardenheuer (*Der extra-peritoneale Exploativschnitt*. Stuttgart, 1887, p. 680) où une tumeur analogue fut enlevée par incision lombaire. Mort en 15 heures.

[2] Bassini. *Actes de la 5e réun. des chirurg. italiens à Naples*, 1888.

[3] Heurtaux. *Gaz. des Hôp.*, 20 août 1889, p. 858.

[4] Wilhelm Hager. *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 1, p. 4. — Il s'agissait, dans ce cas, d'un kyste ovarien proligère.

[5] Sänger. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 31, p. 542. — Ce kyste a été énucléé par la périnéotomie. Dans un travail ultérieur, Sänger (*Ueber Dermoïdcysten des Beckenbindegewebes, etc.* in *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVII, Heft. 1, p. 100) a réuni 11 cas de kystes dermoïdes du tissu cellulaire pelvien.

péritoine que des opérateurs ont largement décollé celui-ci des parois abdominales, croyant dégager le kyste lui-même. Les adhérences épiploïques peuvent être si étendues et si riches en vaisseaux que le kyste y puise désormais les principaux éléments de sa nutrition. Dans un cas de ce genre, j'ai trouvé plus pratique de commencer l'ovariotomie par la section du pédicule, relativement grêle, puis de procéder à la ligature successive des adhérences, en faisant pivoter le kyste de bas en haut. L'intestin peut aussi être, pour ainsi dire, fusionné avec la paroi, de telle sorte qu'une dissection devienne impossible et qu'il faille entamer le kyste pour le séparer. Les adhérences aux parois pelviennes sont surtout graves à cause du danger qu'il y a à déchirer l'uretère ou un gros vaisseau; il est parfois impossible de les vaincre quand elles sont très étendues; il s'agit alors presque toujours d'adhérences directes de kystes rétro-péritonéaux, sans l'intermédiaire de la séreuse.

Ascite. — La présence d'une très petite quantité de liquide dans le péritoine est assez fréquente, mais son accumulation sous forme d'épanchement ascitique ne se rencontre que rarement. Terrier[1] paraît être tombé sur une série exceptionnelle quand il a trouvé, sur 100 ovariotomies, 10 cas d'ascite abondante et 25 cas d'ascite légère. Terrillon[2], sur 68 ovariotomies, ne note qu'une fois cette complication. Ascite.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit alors de kystes papillaires avec issue de végétations en dehors de la poche, parfois même avec métastase abondante dans le péritoine voisin. Dans les cas de kystes glandulaires, il peut y avoir dégénérescence graisseuse partielle de la paroi, ou même, selon Quénu[3], rupture de très petits kystes superficiels dont le contenu irrite le péritoine. Cet auteur attribue un rôle exagéré, je crois, aux phénomènes d'osmose provoqués par la matière colloïde sécrétée par les végétations ou déversée par les petits kystes; point n'est besoin de cette considération pour comprendre la production de l'épanchement ascitique causé par l'irritation d'un liquide pathologique: l'ascite constitue un véritable mode de défense du péritoine, quand il n'a pu isoler le corps irritant par la production d'adhérences. On a aussi incriminé, pour expliquer l'ascite, la richesse vasculaire des tumeurs[4]. Mais ce facteur ne paraît avoir qu'une bien médiocre importance, puisque des fibromes télangiectasiques peuvent exister sans ascite.

[1] O. Terrillon. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1884, p. 659 et 1886, p. 904.

[2] F. Terrier, 1re, 2e, 3e *et* 4e *série de* 25 *ovariotomies* (*Revue de chir.*, 1882, p. 549, 1884, p. 1, 1885, p. 12, 1886, p. 985).

[3] Quénu. *Revue de chir.*, 10 avril 1886, t. VI, p. 265.

[4] Gundelach. *De l'ascite symptomatique des tumeurs ovariques.* Thèse de Paris, 1887.

Les caractères du liquide ascitique qui accompagne les kystes de l'ovaire permettent souvent de le reconnaître : il est plus riche en matières fixes que celui de l'ascite de la cirrhose (60 à 70 grammes, au lieu de 25 grammes par litre, d'après Méhu[1]) et contient souvent des éléments cellulaires caractéristiques (Quénu). Il peut être citrin ou teinté de sang, et ce dernier caractère semble correspondre à un degré plus grand de malignité de la tumeur.

Apoplexie.

Apoplexie intra-kystique. — De petites hémorrhagies sont fréquentes à l'intérieur des poches, et ce sont elles qui communiquent au liquide son aspect foncé, parfois chocolat. On a aussi observé des hémorrhagies graves, véritables apoplexies qui peuvent compromettre l'existence : on trouve alors le kyste distendu par des caillots, sans qu'on puisse souvent reconnaître le point où s'est faite la rupture vasculaire[2]. L'élongation et la torsion du pédicule prédisposent aux hémorrhagies.

Suppuration.

Suppuration. — On peut voir survenir la suppuration d'une cavité kystique, après la ponction évacuatrice ou exploratrice; l'introduction de germes pathogènes ne saurait alors être mise en doute. C'est aussi à cette cause qu'il faut attribuer les inflammations dites spontanées : des adhérences avec les trompes enflammées ont parfois vraisemblablement permis l'accès des microbes[3]. L'inflammation suppurative peut succéder à la mortification par torsion du pédicule. Enfin, après la parturition et sous l'influence d'une septicémie puerpérale atténuée, on a observé la suppuration des kystes dermoïdes[4].

Torsion du pédicule.

Torsion du pédicule. — C'est un accident qui est peu fréquent, sans être très rare. On peut voir le kyste, complètement détaché de son insertion primitive, former une masse libre dans l'abdomen, ou retenue seulement par quelques tractus filamenteux[5]. Il s'agit alors généralement de tumeurs polykystiques aréolaires, ou de kystes dermoïdes à parois épaisses, ayant la consistance de masses solides; j'ai observé un cas du premier genre. Baumgarten et Hofmeier ont vu des kystes dermoïdes devenir tout à fait libres. Si la

[1] Méhu. *Étude sur les liquides path. de la cavité péritonéale* (*Arch. de méd.*, 9 nov. 1877, t. II, p. 513).

[2] Parry. *Amer. journal of Obstet.*, nov. 1871. — Rosenberger. *Berl. klin. Woch.*, 1880, p. 271. — P. Segond. *Encycl. intern. de chir.*, t. VII, p. 650.

[3] A. Mangold. *Ueber die Infektion der Ovarialkystome.* Dissert. inaug., Bâle, 1895. — Weil (*Prag. med. Woch.*, 1878, p. 43) a cité un fait de suppuration de kyste qui échappait à toute explication.

[4] G. Bouilly. *De la suppuration des kystes de l'ovaire* (*La Gynécologie*, 15 juin 1896, p. 195).

[5] Heurtaux (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII, p. 747) a soutenu que la rupture du pédicule pouvait s'opérer par simple élongation, sans torsion, dans certains cas.

tumeur n'a pas contracté des adhérences avant sa séparation, elle constitue un corps étranger qui provoque une assez vive réaction dans le péritoine, et une ascite, pour ainsi dire, aiguë. Dans le cas contraire, elle peut continuer à vivre par ses racines adventices. Mais celles-ci, à leur tour, peuvent devenir le siège du même accident[1]. Si la torsion se fait lentement, d'une façon chronique pour ainsi dire, on a prétendu qu'elle peut avoir des effets favorables et amener un arrêt de développement du néoplasme, sans provoquer de réaction. Il se produirait, alors, une régression graisseuse avec résorption partielle; on a aussi noté la calcification. Mais, le plus souvent, cette torsion progressive s'accompagne de poussées aiguës de péritonite et d'augmentation de volume du kyste par hémorrhagies. Un des résultats rares de la torsion est l'**inflammation gangréneuse** de la tumeur; on doit admettre alors une torsion brusque, amenant une mortification subite du néoplasme et des adhérences intestinales ayant servi de voie à l'accès des germes. L'**occlusion intestinale** peut aussi en être la conséquence.

Généralisation péritonéale. Métastases.

Généralisation péritonéale. Métastases. — La prolifération métatypique de l'épithélium des kystes glandulaires, sur laquelle Malassez a si justement insisté, les néoformations colloïdes et carcinoïdes constituent des caractères bien voisins des processus atypiques des néoplasmes malins; il n'est donc pas étonnant que, sous des influences encore inconnues, les kystes de l'ovaire revêtent l'allure de tumeurs malignes, se généralisent du côté du péritoine, quelquefois même plus loin, et récidivent après ablation. Tous ces faits ont été réunis sous le nom un peu vague, mais aujourd'hui consacré, de **métastases**[2]. On peut établir les catégories suivantes : A. **Métastase par infection spontanée**; B. **Métastase par infection opératoire.**

[1] V. Chalot. *Kyste de l'ovaire transplanté : accidents du nouveau pédicule* (*Annal. de Gyn.*, 1887, t. XXVII, p. 161).

[2] Voir sur ce sujet W. L. Atlee. *General and differential diagnosis*, etc. Philad., 1875, p. 372. — Beinlich. *Charité-Annal.*, 1874, Bd. I, p. 405. — Kolaczek. *Virchow's Arch.*, 1875, Bd. LXXV, p. 899. — Marchand. *Beitrag zur Kenntniss der Ovarialtumoren*. Halle, 1879, p. 9. — Mennig. Inaug. dissert. Kiel, 1880. — Thornton. *Med. Times*, 19 fév. 1881, t. I, p. 215 et 675. — G. Meyer. *Charité-Annal.*, 1882, t. VII, p. 417. — John Williams. *Obstet. Trans. of London*, 1882, t. XXIV, p. 93. — A. Fraenkel. *Wien. med. Woch.*, 1885, p. 805, 909 et 940. — Netzel. *Centr. f. Gyn.*, 1885, n° 6, p. 102, et 1884, n° 6, p. 95. — Werth. *Pseudo-myxoma Peritonei* (*Arch. f. Gyn.*, 1884, Bd. XXIV, Heft 1, p. 100). — Baumgarten. *Virchow's Arch.*, 1884, t. XCVII, p. 1. — Olshausen. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1885, Bd. XI, p. 238. — Schlegtendal. *Centr. f. Gyn.*, 1885, n° 38, p. 595. — Poupinel. *De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1886, et *Arch. de Physiol.*, 1887, t. IX, p. IX, p. 29. — Freund. *Ueber Häufigkeit und Behandlung der bösartigen Eierstocksgeschwülste* (61te *Versamml. deutsch. Naturforscher. in Köln.*, 1888). — Teichmann. *Ueber maligne Ovarialtumoren*. Diss. inaug., Iéna. 1888. — A. Hadiès. *Contrib. à l'étude de la généralisation des épithéliomas mucoïdes kystiques de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1889. — Pfannenstiel. *Ueber die papillären Geschwülste des Eierstocks* (*Arch. f. Gyn.*, 1894, t. XLV, p. 507). — W. Cazenave. *Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale*. Th. de Paris, 1895.

A. Métastase par infection spontanée.

A. Métastase par infection spontanée. — Les productions villeuses, en chou-fleur, des kystes papillaires peuvent longtemps rester incluses dans la poche ; mais, à un certain moment, soit qu'elles l'aient distendue, et qu'une rupture se soit produite, soit qu'elles aient simplement érodé et perforé un point limité de sa paroi, des végétations se font jour à la surface externe du kyste. Dès lors, une phase nouvelle commence pour ce dernier : d'une part, le revêtement épithélial protecteur étant rompu, le péritoine est irrité et l'ascite se produit; d'autre part, le néoplasme, qui a renversé les barrières qui l'avaient jusqu'alors retenu, tend à se généraliser en ensemençant les parties voisines, d'une manière qui a été comparée à la contamination de proche en proche par l'auto-inoculation des plaques muqueuses.

On trouve alors des végétations disséminées en quantité souvent considérable non seulement sur l'ovaire, la trompe, l'utérus, mais encore sur les intestins, le grand épiploon, le péritoine pariétal et même les parois aortiques[1]. On peut se demander si, en pareil cas, une opération ne risque pas d'être forcément incomplète et quelle est la destinée des végétations secondaires quand les tumeurs principales ont été extirpées. Des observations nombreuses prouvent pourtant que, même alors, la guérison peut s'effectuer et être durable, comme si les végétations disséminées subissaient une atrophie ou une régression secondaire. Dans une observation due à Thornton, de kyste papillaire bilatéral, rompu, avec dissémination de végétations sur le péritoine, la guérison fut constatée au bout de quatre ans ; dans une autre, la malade devint enceinte après une opération où tout le péritoine pelvien était semé de papillomes; dans une troisième, où Thornton dut laisser dans le cul-de-sac de Douglas une tumeur du volume d'une noisette, cette masse n'avait pris aucune extension, au bout de trois ans et demi. Flaischlen et L. Tait ont cité des cas analogues[2].

L'infection métastatique du péritoine a été très rarement observée dans les kystes glandulaires de l'ovaire[3]. Elle paraît être consécutive à la rupture spontanée du kyste, et on trouve alors dans le péritoine, avec ou sans masses gélatineuses, des poches, généralement de petit volume, greffées sur l'épiploon ou les intestins, ou rétro-péritonéales. J'ai moi-même observé un cas de ce genre. La tumeur était bilaté-

[1] Friedrich. *Ueber metastatische proliferirende Papillome der Aortenwand bei primären prolif. Kystome des Ovariums.* Kiel, 1888. — Fränkel. *Proliferirendes papilläres Ovarialkystom.* (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 21, p. 428).

[2] Thornton. *Loc. cit.* — Flaischlen. *Berl. klin. Woch.*, 1882, p. 92. — Lawson Tait. *Philad. med. Times*, 1884, t. XV, p. 1 (cités par Gundelach. *Loc. cit.*).

[3] Observations de Baumgarten et de Schlegtendal. *Loc. cit.*

rale, polykystique et il y avait des masses métastatiques dans le cul-de-sac de Douglas, outre une poche libre, du volume d'une orange, greffée sur le paquet intestinal, poche qui provenait sans doute de la rupture d'une des tumeurs ovariennes ; un peu d'ascite ; la malade a rapidement succombé. Runge[1] a obtenu une guérison, constatée six mois plus tard, dans un cas analogue. Des productions kystiques étaient disséminées sur l'épiploon, la vessie et la paroi abdominale postérieure.

Dans les kystes dermoïdes, des métastases ont été aussi signalées. Kolaczek rapporte une observation de Martin où, pendant l'opération d'un kyste dermoïde à parois épaisses et lisses, on trouva une ascite assez considérable et plusieurs nodules jaunâtres de la grosseur d'un pois, disséminés sur la séreuse ; plusieurs contenaient un cheveu de couleur claire. Fraenkel, dans un cas de Billroth, a vu aussi des productions dermoïdes, dans le ventre, associées à un kyste de cette nature.

Il y a des cas où l'infection ne se borne pas au péritoine, mais envahit la plèvre par l'intermédiaire des lymphatiques, après avoir contaminé la face inférieure du diaphragme. Dans un fait de Marchand[2], les tumeurs pleurales contenaient une substance gélatineuse et des alvéoles tapissées d'épithélium cylindrique, cilié par places. Dans une observation de Terrier[3], la tumeur de la plèvre diaphragmatique offrait les caractères du carcinome. En effet, ces métastases de kystes ovariques peuvent revêtir une structure histologique maligne. C'est ainsi qu'un kyste dermoïde peut devenir le point de départ d'épithélioma, susceptible lui-même de s'étendre à l'utérus, à l'épiploon, au duodénum, au foie, à la rate et au poumon[4]. On a très souvent noté la dégénérescence des kystes dermoïdes en néoplasmes malins, épithélioma, sarcome, carcinome[5].

Métastase par infection opératoire.

B. **Métastase par infection opératoire.** — On a rapporté de nombreux cas où, peu de temps après l'ovariotomie, on a observé des masses gélatineuses dans le péritoine (*myxoma peritonei*), paraissant provenir de l'ensemencement d'une matière analogue à celle contenue dans le kyste. Ces masses forment des nodules vitreux, de la dimension d'un grain de chènevis à celle d'une noisette, disséminés ou réunis en un amas qui peut égaler la grosseur de l'utérus à terme. Ils ont une couleur sucre d'orge ou grisâtre, et de délicates cloisons

[1] Max Runge. *Fall von glandulären Ovarialcystomen mit gelatinösem Inhalt und peritonealen Metastasen* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 15, p. 253).

[2] Marchand. *Loc. cit.*, p. 9

[3] Voir Poupinel. *Loc. cit.*, p. 154.

[4] Babinski. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, mai 1883, p. 234.

[5] Olshausen. *Loc. cit.*, p. 401. — G. Krukenberg. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXX, p. 241. — Pottion. Dissert. inaug., Iéna, 1887. — E. Tauffer. *Ueber die primäre carcinomatose Degeneration von Dermoïdcysten* (*Virchow's Archiv.*, 1895. Bd. CXLII. Heft 3).

connectives, parcourues ou non de vaisseaux; peuvent les traverser à la manière du corps vitré. Werth a montré qu'il ne s'agissait pas de vrais myxomes et a proposé de les appeler plutôt des **pseudo-myxomes du péritoine.**

Le péritoine est-il voué à une infection inévitable par l'effusion du contenu des kystes dermoïdes? Deux observations curieuses d'Engström[1] montrent que la guérison peut s'effectuer, quoique la cavité abdominale ait été ainsi fortement souillée. On sait aussi que la large contamination de la séreuse par le contenu colloïde des kystes proligères, tout en étant une mauvaise condition pour le succès opératoire, ne le rend pourtant pas impossible[2].

[1] Otto Engström. *Ist das Eindringen von Dermoidcysteninhalt in die Bauchhöhle unbedingt schädlich?* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 5, p. 68).

[2] H. Schmid. *Ovarialcystenriss; Ovariotomie, Heilung* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 772). — E. Neuber. *Pseudo-myxoma peritonei.* Inaug. dissert., Erlangen, 1888. — Ce mémoire est basé sur une observation de Frommel : kyste gélatineux avec accumulation de masses semblables dans le péritoine; ovariotomie, guérison. Huit cas analogues sont rapportés avec trois guérisons.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE, SYMPTOMES, MARCHE ET DIAGNOSTIC DES KYSTES DE L'OVAIRE.

Étiologie. — Symptômes. Période latente. Période de tuméfaction. Période de dépérissement. Tumeur pelvienne. Maladie kystique de l'ovaire. Tumeur abdominale. Troubles de la menstruation. Stérilité. Compression de la vessie, du rectum, du diaphragme, des uretères. Affections cardiaques. Péritonites partielles. État général. Facies ovarique. — Accidents. Inflammation. Suppuration. Torsion du pédicule. Rupture du kyste. Étranglement interne. Complications pleurales. — Pronostic. Marche. Guérison spontanée. Causes de la mort. Valeur pronostique de l'ascite. Kystes papillaires malins. Dégénérescence cancéreuse des kystes glandulaires. — Diagnostic des tumeurs pelviennes avec : noyau inflammatoire périmétrique; hématocèle pelvienne; tumeurs des trompes; grossesse extra-utérine; rétroflexion de l'utérus gravide. Diagnostic des tumeurs kystiques devenues abdominales avec : grossesse; ascite; péritonite tuberculeuse ou cancéreuse (ponction); corps fibreux de l'utérus; hématométrie; distension vésicale; tumeurs du rein, du foie, de la rate, du mésentère, de l'épiploon; échinocoques; tumeurs de la paroi abdominale; pseudo-kystes ou tumeurs-fantômes. (Incision exploratrice.) — Diagnostic de la variété du kyste. Diagnostic des adhérences.

Étiologie. — C'est dans la période de l'activité sexuelle de la femme qu'on observe surtout les kystes de l'ovaire. Cependant, il est certain que non seulement le germe de beaucoup de ces tumeurs existe dès la période fœtale, mais encore que le néoplasme a parfois débuté dès cette époque, et demeure à l'état latent jusqu'à l'impulsion qui lui permet de se développer. Cela ne saurait être mis en doute pour les tumeurs dermoïdes, et diverses observations tendraient à démontrer qu'il peut en être de même pour les kystes prolifères (kystes mucoïdes de Malassez, cysto-épithéliomes, kystes glandulaires et papillaires). Doran, Winckel, de Sinéty ont vu, chez le fœtus ou l'enfant à terme, de petites cavités kystiques dont la signification et l'évolution ultérieure ne sont pas déterminées. Les kystes dermoïdes peuvent se développer, même chez l'enfant, de manière à nécessiter une opération (Rœhmer, Hamaker, Polotebnoff, Bell, etc.). D'autre part, on a vu les kystes ovariques ne se développer que dans un âge avancé, de 65 et 75 ans (Johnson, Davis, Terrier, Owen, etc.). Je reviendrai, du reste, sur ce sujet, à propos des indications de l'ovariotomie. (Voir p. 844.)

Étiologie.

On a noté des cas curieux de kystes dans la même famille, chez des sœurs (Simpson, Rose, Lever, Olshausen).

L'affection est assez souvent bilatérale. Sur mille ovariotomies de Spencer Wells, elle l'était quatre-vingt-deux fois (soit 8,2 p. 100). La proportion est beaucoup plus forte pour les kystes papillaires et Olshausen l'estime à 77 pour 100, tandis que pour les kystes glandulaires considérés isolément elle ne dépasserait pas 4 pour 100.

Scanzoni a attribué une influence étiologique tout à fait hypothétique à la chlorose.

Symptômes.

Symptômes. — Le début n'est marqué que par des troubles vagues, qui n'ont rien de particulier et se rapportent aux formes atténuées de ce que j'ai décrit sous le nom de **syndrome utérin**. Ce sont d'abord de simples troubles réflexes, dus aux congestions et aux tiraillements des annexes. Il s'y joint plus tard des phénomènes de **compression** du rectum, de la vessie ou des nerfs, quand le kyste est inclus sous le péritoine et ne peut se porter librement dans la cavité abdominale. Mais ces phénomènes manquent dans la grande généralité des cas. Alors, à la **période latente**, ou simplement *métritique* (pseudo-métrite), succède d'emblée une **période de tuméfaction**, où le ventre prend un développement de plus en plus marqué. A ce moment aussi la santé s'altère et une dernière **période de dépérissement** précède les accidents ultérieurs qui amènent fatalement la mort, si l'art n'intervient pas à temps.

Période latente.

Période de tuméfaction.

Période de dépérissement.

Il faut distinguer deux phases dans l'évolution de la **tumeur kystique** et à chacune correspondent des signes physiques radicalement distincts : 1re phase : la tumeur, petite, est cachée dans le pelvis, appréciable seulement par le toucher combiné à la palpation bi-manuelle; 2e phase : la tumeur est devenue abdominale; on peut l'explorer facilement, à travers les parois du ventre.

Tumeur pelvienne.

1° **Tumeur pelvienne.** — Presque toujours, dès que la tumeur a acquis un volume double ou triple de celui de l'ovaire sain, son poids la fait tomber dans le cul-de-sac de Douglas : pourtant, en cas de rétroversion utérine qui lui barre le chemin, elle peut rester fixée sur les côtés, ou en avant. La palpation bi-manuelle fait reconnaître sa présence; son siège et ses connexions affirment sa nature ovarique; elle est le plus souvent dure, vu la petitesse et la tension de la poche, rarement élastique ou irrégulière. Pour la recherche du pédicule, la manœuvre de Hegar (abaissement de l'utérus avec des pinces combiné avec le toucher rectal ou la palpation bi-manuelle) est très utile. Quand la tumeur est franchement pédiculée, elle est très mobile et ne peut être sentie par le toucher vaginal que si on la refoule de haut en bas avec l'autre main. Quand elle est incluse dans le ligament large, elle peut paraître faire corps avec l'utérus, mais

on découvre, en examinant avec beaucoup de soin, entre cet organe et elle, un léger sillon ; il ne faut pas oublier qu'en pareil cas, le corps utérin est dévié, soit sur les côtés, soit en arrière, soit même en avant. Dans les kystes papillaires, la tumeur est souvent bilatérale et on peut exceptionnellement sentir à sa surface, à travers le cul-de-sac vaginal, des végétations analogues à des crêtes de coq ; il y a généralement aussi de l'ascite.

J'ai déjà indiqué, en parlant de l'anatomie pathologique, l'existence d'un type très défini de lésions kystiques de l'ovaire que j'ai proposé d'appeler **maladie kystique**. Elle est caractérisée par la multiplicité des poches, leur petit volume, qui ne permet pas à la tumeur d'acquérir d'ordinaire un volume supérieur à celui du poing ou d'une tête de fœtus, enfin par leur bilatéralité très fréquente. Ces tumeurs, grâce à leurs dimensions médiocres, restent indéfiniment pelviennes; par le toucher et la palpation bi-manuelle, on les rencontre, tantôt sur les côtés de l'utérus, tantôt en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, où peuvent les fixer des adhérences. Un de leurs signes les plus constants est la **ménorrhagie**. L. Tait[1] a incidemment indiqué, quoique d'une façon très nette, cette forme clinique spéciale qu'il considère comme le résultat de kystes folliculaires. Il a noté sa coïncidence fréquente avec des corps fibreux de l'utérus, mais elle existe souvent indépendamment de toute autre lésion, ainsi qu'il en cite des observations et comme j'en ai moi-même observé plusieurs exemples. Il est rare, alors, qu'on fasse le diagnostic exact, et l'on croit plus volontiers à une maladie des trompes (hydro-salpinx ou hémato-salpinx) qui est une affection plus fréquente, et qu'il est, il faut l'avouer, très difficile de distinguer.

Maladie kystique de l'ovaire.

2° **Tumeur devenue abdominale.** — La possibilité de sentir le fond de la tumeur à une certaine hauteur, au-dessus du pelvis, change complètement les caractères extérieurs. Si la femme est très grasse, ou si, étant nullipare, elle présente des parois abdominales très fermes et contracturées, l'anesthésie peut être utile pour les relâcher et faire un examen complet des connexions du kyste. Cette anesthésie sera, du reste, d'un égal secours à la première période, ou phase pelvienne, du développement de la tumeur. Par la palpation de l'abdomen, on sent une tumeur sphérique qu'on limite facilement en haut et sur les côtés, plus vaguement en bas; des irrégularités et proéminences annoncent, ordinairement, une tumeur polykystique; la résistance est plus élastique, moins dure, à mesure que la tumeur

Tumeur abdominale.

[1] L. Tait (*Diseases of the ovaries*, 4e édit., 1883, p. 113) dit qu'en pareil cas, l'absence de tumeur proprement dite, par suite du petit volume des kystes, doit faire rejeter le mot d'*ovariotomie*, pour qualifier leur extirpation; celui d'*oophorotomie* n'est pas plus approprié, et l'on est fort embarrassé pour désigner l'opération.

est plus grosse ; la fluctuation, qu'il était impossible de sentir auparavant, devient souvent très appréciable aussitôt que la malade est endormie. La percussion au niveau de la tumeur donne une matité souvent obscure : il faut percuter très légèrement, sans quoi on obtient la sonorité transmise du paquet intestinal ; cette sonorité de voisinage rend même trop souvent illusoire la délimitation exacte du kyste, à l'aide du plessimètre.

Par le toucher et la palpation bi-manuelle, on sent, le plus souvent, l'utérus couché au-devant du pubis en antéversion, un peu dévié du côté opposé à celui où siège le kyste. Le col, attiré en haut, est moins facilement accessible, et parfois il est comme absorbé par le déplissement des culs-de-sac du vagin. Au cathétérisme, on peut trouver alors une élongation notable de la cavité utérine[1]. Plus tard, en se développant, le kyste repousse l'utérus en arrière (Peaslee). Enfin, il est des cas où l'utérus est refoulé en bas, en prolapsus[2] : j'en ai observé un sur une malade guérie après l'ovariotomie avec fixation du pédicule dans la plaie abdominale. Dans les grands kystes du ligament large, l'utérus peut être tout à fait luxé sur le côté.

Quand le kyste a atteint des dimensions énormes, les parois abdominales sont amincies, craquelées, la ligne blanche est élargie, l'ombilic est très distendu ; ce n'est que s'il existe aussi de l'ascite que l'ombilic est proéminent. Des veines dilatées rampent sur les parois abdominales, surtout dans la région des fosses iliaques, tandis que dans l'ascite symptomatique de la cirrhose elles sont surtout visibles à la région sus-ombilicale. Quand la tumeur a dépassé l'ombilic, la **fluctuation** est facile à sentir, au moins dans une grande portion de la tumeur ; c'est surtout dans les kystes parovariens à parois minces, qu'elle est très nette. En déterminant l'étendue de sa répercussion, on peut avoir une idée du volume des poches, et, s'il y a plusieurs centres de fluctuation, affirmer que la tumeur est polykystique. Parfois, on perçoit plutôt une vibration, un ébranlement qu'une vraie fluctuation. En d'autres points, généralement vers les flancs, on trouve des masses solides, en forme de gâteau, de placenta. Ce sont des agglomérations microkystiques généralement aréolaires et colloïdes. La percussion accuse une **matité** irrégulièrement sphérique, convexe en haut, séparée par une zone claire de la matité hépatique, à moins de dimensions excessives de la tumeur qui amènent la confusion des deux matités. Tout autour existe encore la sonorité intestinale. Celle de l'estomac peut être diminuée, mais elle persiste tou-

[1] W. Farr (*Hypertrophic elongation of the uterus upward into the abdominal cavity*, etc. in *Amer. Journ. of Obstet.*, 1890, t. XXIII, p. 1195) a décrit un cas d'énorme élongation de l'utérus (21 centimètres) due à un volumineux kyste de l'ovaire.

[2] Thiriar. *Du prolapsus utéro-vaginal dans les kystes de l'ovaire* (*Ann. de la Soc. belge de Chir.* 1893, n° 3.)

jours à l épigastre et sur le bord gauche du thorax. Les changements de position sont sans influence sur la répartition de la matité. Dans les cas extrêmes, les cartilages costaux et l'appendice xiphoïde sont déjetés; le foie, devenu horizontal, est repoussé dans la concavité du diaphragme, le cœur est soulevé, l'abdomen fait saillie dans le thorax; le ventre n'est plus cylindrique, mais proéminent en avant et se continue en pente douce avec la poitrine qui semble en être devenue une dépendance.

La pression sur les vaisseaux, aorte, artères crurales, peut amener la production de **souffles vasculaires** qui n'ont aucune importance.

Il est un bruit que la main perçoit mieux que l'oreille : c'est, quand on palpe avec force certaines tumeurs, un **cri de neige écrasée**; il serait dû, d'après Olshausen, au déplacement de matière colloïde soit d'une cavité dans l'autre, soit à la surface du kyste, s'il est rompu : je crois qu'un simple frottement péritonéal donne la même sensation, et il m'est difficile de lui accorder beaucoup de valeur.

Troubles de la menstruation.

Les troubles du côté de la **menstruation** sont beaucoup plus rares qu'on ne pourrait le supposer *a priori*; il ne faut pas oublier que l'affection étant le plus souvent unilatérale, dans les grands kystes, l'ovaire sain suffit à assurer la régularité des règles.

Gallard[1], pour préciser l'influence des kystes sur la menstruation, a analysé cent soixante-neuf observations : une fois sur cinq, il y a eu diminution ou retard; et une fois sur huit, irrégularités, douleur ou augmentation. On a remarqué que la ménorrhagie n'est pas rare dans les cas de kystes inclus au voisinage immédiat de l'utérus. Après la ménopause, on a noté du côté de l'utérus des phénomènes congestifs, amenant la réapparition d'un écoulement sanguin plus ou moins irrégulier[2] qui a fait croire au retour des règles. Parfois enfin, sous l'influence des tumeurs ovariques ainsi que des tumeurs utérines, on voit se produire une modification réflexe du côté des seins, qui se gonflent et dont l'aréole se pigmente comme dans la grossesse. On a vu survenir de la sécrétion lactée, même chez de très jeunes filles.

Stérilité.

La **stérilité** ne serait certaine que si les deux ovaires étaient pris, et on sait que les kystes de l'ovaire compliquent souvent la grossesse.

Compression.

Il faut distinguer les phénomènes de **compression** du début de la tumeur qui ne se montrent que lorsqu'elle est enclavée dans le petit bassin (kystes inclus dans le ligament large et rétro-péritonéaux) et les troubles de compression qui se produisent à une période avancée de la maladie, quand le kyste agit par son poids et par son volume plus que par ses connexions.

[1] Gallard. *Leçons clin. sur les maladies des ovaires*, Paris, 1886.
[2] F. Terrier. *Revue de chir.*, 1884, p. 1.

Vessie. La compression de la **vessie** amène assez souvent l'incontinence d'urine, au début des kystes inclus dans le ligament large; d'autres fois, c'est du ténesme et de la dysurie; des douleurs très vives par compression des **nerfs** peuvent se montrer dans les mêmes circonstances. Le plus souvent, ce n'est que dans les dernières périodes du développement de la tumeur et quand elle distend l'abdomen que les troubles dus à la compression se prononcent; on peut encore alors voir apparaître des troubles vésicaux, des envies fréquentes d'uriner, par effacement de la capacité du réservoir urinaire. La constipation est la règle, par compression du **rectum**, et gêne des phénomènes physiologiques de l'effort; l'obstacle apporté à la dilatation normale de l'**estomac** et aux mouvements de l'**intestin** est une cause d'anorexie, de vomissements, et contribue à amener le marasme. Dans les cas où la tumeur remonte très haut, le jeu du **diaphragme** et même des côtes peut être gêné, d'où une **dyspnée** et une **cyanose** très pénibles. Une autre cause de dyspnée qui vient souvent se joindre à la première, et qui est parfois méconnue, est celle qui résulte de la compression des **uretères** et de l'**urémie chronique** qui en est la conséquence. On ne saurait trop insister sur l'importance capitale de cette complication, ni la trop rechercher par l'examen attentif des urines[1]. Les **affections cardiaques** qui ont été notées en pareil cas sont peut-être sous la dépendance indirecte des altérations rénales. J'ai assez longuement insisté sur ce sujet, dans le chapitre relatif aux CORPS FIBREUX, pour être dispensé d'y revenir ici. Les **varices**, les **hémorrhoïdes**, l'**œdème** des extrémités ne méritent qu'une simple mention, ainsi que les **vergetures** et les **éventrations**.

Rectum.

Diaphragme.

Uretères.

Affections cardiaques.

Péritonite partielle. Pour peu qu'un kyste acquière un certain volume, l'épithélium cylindrique qui lui sert de vernis protecteur se desquame par places et, dès lors, des adhérences se produisent sous l'influence des frottements. C'est surtout à la paroi antérieure, la plus directement en contact avec un plan résistant, qu'elles se forment, mais elles peuvent atteindre tous les autres organes contenus dans le ventre. Ce travail de **péritonite partielle** se fait sourdement, sans réaction fébrile, à moins d'être provoqué par un accident survenu du côté du kyste, torsion ou rupture, cas où tous les signes d'une inflammation plus ou moins violente peuvent se manifester.

État général. L'**état général** s'altère rapidement. Deux facteurs principaux concourent à amener le dépérissement des malades; la compression des divers segments du tube digestif qui, jointe à la dyspepsie d'origine réflexe qu'on observe dans toute maladie utéro-ovarienne,

[1] ALBAN DORAN. *Tumours of the ovary*, etc., Londres, 1884, p. 152. — TERRIER. *Ovariotomie: mort par péritonite; lésions des reins et albuminurie légère* (*Union méd.*, 1887, p. 224).

empêche la réparation des pertes incessantes de l'organisme ; la compression des uretères qui, alors même qu'elle resterait longtemps sans produire l'albuminurie, n'en trouble pas moins fortement l'uropoièse, avant d'être cliniquement reconnue, et contribue à la dénutrition ; toutes les autres compressions qui font souffrir la malade et la privent de sommeil, agissent dans le même sens. Les femmes deviennent alors très émaciées, mais sans que le prétendu **facies ovarien**, auquel certains auteurs ont voulu donner une valeur presque pathognomonique, ait, en somme, rien de très spécial. Facies ovarien.

Accidents. — **Inflammation. Suppuration.** L'élévation temporaire de la température et la sensibilité du ventre chez une femme atteinte de kyste de l'ovaire sont des indices d'une **inflammation** vive, soit autour du kyste, soit dans son intérieur ; mais il n'y a que la **suppuration** du kyste qui donne lieu à des accès réguliers de fièvre intense, avec frissons et sueur, accompagnés de douleur locale vive. On trouvera ordinairement dans les commémoratifs la raison de ces accidents (contusion, ponction, torsion du pédicule). Accidents. Inflammation. Suppuration.

Torsion du pédicule. — Cet accident a d'abord été signalé par Rokitansky[1]. De nombreux travaux ont été faits depuis, sur ce point spécial. Thornton[2] les a résumés, en y ajoutant le fruit de sa grande expérience personnelle. Sur 600 ovariotomies, il a observé la torsion du pédicule 57 fois. Cet accident semble moins fréquent que du temps de Rokitansky, car il était alors de 13,8 pour 100 et n'est plus maintenant que de 9,5 pour 100[3]. Cela tient à ce qu'on opère maintenant les kystes beaucoup plus tôt. Comme étiologie, il faut signaler la grossesse ; sur six cas de kystes compliqués de grossesse opérés par Thornton, la torsion existait 5 fois, et, dans 9 cas, les phénomènes aigus commencèrent après un accouchement ou un avortement. Dans quatre de ses observations, Thornton mentionne l'arrêt de la menstruation par le froid ; 4 fois, la ponction du kyste ; 8 fois, il n'existait aucune cause appréciable. Torsion du pédicule.

On a vu la torsion du pédicule se produire par l'effet de l'exploration d'une tumeur très mobile (Olshausen), par le changement de position dû à l'évacuation du kyste. Tout ce qui accroît la mobilité de la tumeur, ascite, longueur et gracilité du pédicule, est une cause

[1] Rokitansky. *Ueber die Strangulation von Ovarial-Tumoren durch Achsendrehung* (*Zeitschr. der k. k. Gesellsch. der Aerzte*. Vienne, 1865).

[2] J. Knowsley Thornton. *Rotation of ovarian tumours, its etiology, pathology, diagnosis and treatment* (*Amer. journ. of the med. sciences*, oct. 1888, p. 357).

[3] O. Terrillon (*De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*, in *Revue de chir.*, 1887, p. 245) indique le chiffre de 6 pour 100, et Olshausen celui de 6,5 pour 100. — O. Küstner (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 11, p. 210) paraît avoir exceptionnellement observé une série de 11 torsions du pédicule sur 33 cas.

prédisposante[1]. Les kystes dermoïdes y sont spécialement sujets, pour peu qu'ils soient mobiles, à cause de leur poids considérable.

Lawson Tait a vu plus souvent la torsion à droite, Olshausen à gauche. Veit, Röhrig et Thornton l'ont vue des deux côtés.

Quand cette torsion se fait lentement, on a soutenu qu'il peut en résulter une diminution progressive de la tumeur; pour moi, je ne crois pas que ce soit jamais un événement favorable. En effet une torsion d'abord légère peut être bientôt suivie d'une torsion complète et amener de graves accidents. Une douleur vive, instantanée, en est le premier indice. Si la torsion est complète, des signes de réaction péritonéale se produisent bientôt. Ils peuvent être très légers si le pédicule est lamelleux et peu vasculaire, comme dans les cas exceptionnels de kystes du parovaire pédiculés[2]. Le plus souvent ils sont le prélude d'une péritonite d'intensité variable. Celle-ci peut être rapidement mortelle, ou bien elle revêt le caractère d'hydropisie; du météorisme et une ascite aiguë se manifestent. On a vu ces accidents se dissiper en quelques jours, et Olshausen ne doute pas qu'il y ait des **torsions du pédicule temporaires** : il en a observé deux exemples qui lui paraissent certains. Enfin les accidents fébriles peuvent continuer par suite de la résorption des matériaux de mortification lente de la tumeur (*intoxication* plutôt qu'*infection*), et la malade meurt dans le marasme et la cachexie[3]. La rupture du kyste coïncide souvent avec la torsion du pédicule; celle-ci se complique parfois d'hémorrhagies intérieures considérables, le sang artériel continuant à affluer, tandis que les veines ont leur calibre effacé par la torsion. Ces hémorrhagies viennent ajouter une anémie aiguë à l'état déjà grave de la malade. Des signes de péritonite autour de la poche se montrent bientôt après, et la formation d'adhérences étendues est un des effets les plus constants de la torsion.

Rupture du kyste.

Rupture du kyste. — La rupture des petits kystes dus à l'hydropisie folliculaire paraît être un fait assez fréquent et sans grande conséquence; elle peut se faire par déhiscence spontanée[4].

Quant aux grandes poches kystiques, leur rupture peut être

[1] J'ai même observé un cas où toutes les lésions et les accidents occasionnés par torsion progressive du pédicule, avaient été produits par sa seule élongation exagérée, ayant succédé à une grossesse pendant laquelle le kyste avait contracté des adhérences à la partie supérieure de l'abdomen. S. Pozzi. *Remarques clin. et opérat. sur trente laparotomies* (*Annal. de Gyn.*, avril 1890, t. XXXIII, p. 252 et suiv.).

[2] W. Binaud et Chavannaz. *Torsion du pédicule d'un kyste du parovaire* (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.* 1896, p. 531).

[3] Olshausen, *Loc. cit.*, p. 109. — Terrillon. *Revue de chir.*, nov. 1886, p. 950. — On a noté la parotidite au nombre des accidents infectieux que peut provoquer la torsion du pédicule.

[4] Toutefois si ces kystes ont été le siège d'une hémorrhagie, leur rupture peut provoquer un épanchement sanguin plus ou moins grave dans le péritoine. C'est peut-être là l'origine de certaines hématocèles pelviennes. E. Bœckel. *Des kystes ménorrhagiques*

causée, soit par un traumatisme, un coup sur le ventre, une chute, un effort de vomissement[1], soit par un travail antérieur d'usure de la paroi ou de dégénérescence graisseuse causée par la thrombose; on l'a observée au cours d'une exploration chirurgicale[2]. Ce sont les kystes gélatineux qui présentent le plus fréquemment cet accident; la torsion du pédicule la précède souvent. L'érosion de la poche par des végétations papillaires peut encore être une cause suffisante.

La perforation peut se faire dans la **cavité péritonéale**, ou dans un organe voisin. Le premier cas est le plus fréquent : la résorption du liquide peut avoir lieu, sans grande réaction, si ce liquide n'est pas trop irritant, comme dans les kystes séreux[3]. Sur 127 cas recueillis par Nepveu, il y aurait eu 43 guérisons prolongées, 21 disparitions temporaires et 63 morts[4]. La mort peut être si rapide qu'elle semble due à une véritable intoxication par résorption des liquides morbides; ou bien elle est précédée des symptômes de péritonite aiguë[5].

La disparition brusque de la tumeur, le changement de forme du ventre, la présence d'une collection libre dans sa cavité, que la main doit déplacer pour arriver sur le restant du kyste, tels sont les signes pathognomoniques de l'accident, qu'annoncent, du reste, parfois à la malade une sensation particulière de défaillance et souvent une vive douleur. Si la malade survit, elle pourra présenter plus tard les signes d'une métastase péritonéale avec ascite. Rarement la rupture se fait d'une façon latente, et est annoncée par des symptômes qui attirent l'attention[6].

de l'ovaire (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1861, p. 79). — F. Rollin. *Des hémorrhagies de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1889, p. 23.

[1] Sänger (*Soc. gynéc. de Leipzig*, in *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 9, p. 147) a vu un kyste ovarique se rompre spontanément sous l'influence des efforts de vomissement, durant l'anesthésie, sur la table d'opération, avant l'incision abdominale. Si le diagnostic n'eût été soigneusement établi d'avance, la disparition de la tumeur eût pu faire croire à une erreur clinique. — Mon frère, Adrien Pozzi, a été témoin d'un fait semblable, en 1885, dans le service de Trélat, où il était interne.

[2] Demons. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1896, p. 219.

[3] Lannelongue, de Bordeaux (*Leçons de clin. chir.*, 1888, p. 563 et suiv.), en a cité un bel exemple.

[4] G. Nepveu. *Annal. de Gyn.*, juill. 1875, t. IV, p. 14. — Consulter sur ce sujet Aronson (Dissert. inaug., Zurich, 1882), qui a réuni 253 cas. — J. Heitzmann. *Ueber Ruptur der Ovarialcysten* (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1889, p. 45 et 56). — S. Rosinski. Dissert. inaug., Breslau, 1891.

[5] On peut, en pareil cas, sauver les malades par une intervention rapide, comme le prouvent quelques observations : R. Morison. *Multilocular ovarian cyst, ruptured into the peritoneum; operation; recovery* (*Edinb. med Journ.*, 1888, t. XXXIV, p. 45).

[6] Emmet (*New-York med. journ.*, 1884, t. I, p. 649) en a cité un remarquable exemple devant la Société obstétricale de New-York. — Rokitansky (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1886, n° 28) rapporte un cas bien fait pour montrer la tolérance extrême du péritoine dans certaines ruptures. Il s'agissait d'une femme ayant déjà subi 21 ponctions pour un kyste ovarique, qui tomba et vit sa tumeur s'affaisser. Il se produisit à la suite une ascite, mais sans aucune réaction fébrile; on lui fit encore 24 ponctions, puis la laparotomie qui

L'épanchement peut, du reste, être séquestré par des fausses membranes et former de nouveau une loge kystique intra-péritonéale.

Une diurèse et une diaphorèse abondantes ont été signalées dans les cas de rupture intra-péritonéale de kystes ovariques; on a vu aussi l'anasarque. Küstner a attiré l'attention sur un signe curieux, la **peptonurie**[1].

La rupture dans l'**intestin** a généralement lieu dans le rectum ou le côlon : dans les cas de suppuration du kyste, un grand soulagement en résulte d'abord, mais il est rare qu'il aille jusqu'à la guérison; au contraire, les matières intestinales peuvent venir infecter la cavité du kyste et provoquer l'hecticité.

L'**estomac** ou le **petit intestin** ont été le siège de l'évacuation dans des cas peu nombreux. Des vomissements abondants signalèrent le premier fait dans une observation de Portal. Dans les cas de rupture dans l'intestin, c'est une abondante diarrhée qui apparaît subitement.

La rupture à l'**extérieur** par une éraillure de la paroi abdominale au-dessous ou au niveau du nombril a été observée; elle est assez favorable.

La rupture par le **vagin** ou la **vessie**[2] est exceptionnelle. L'évacuation du liquide par ces différentes voies est caractéristique.

On pourrait, enfin, ranger parmi les ruptures de kystes leur évacuation par les **trompes**, après formation de kystes tubo-ovariens profluents, ainsi que je l'ai indiqué plus haut; l'évacuation est alors parfois intermittente.

Étranglement interne.

L'**étranglement interne** peut survenir durant l'évolution des kystes de l'ovaire, soit par pression excessive sur l'intestin, soit par enroulement autour du pédicule souvent tordu lui-même, soit enfin par l'effet d'une bride ou adhérence péritonéale s'attachant à la tumeur: la diminution de volume du kyste par l'effet d'une ponction peut, dans ce dernier cas, avoir de funestes effets.

Complications pleurales.

Les **complications pleurales** ont été signalées avec assez d'insistance pour qu'il ne soit pas superflu de les noter ici. Selon Terrier[3], ces complications précèdent ou suivent l'intervention chirurgicale et ne sont pas exceptionnelles. Demons[4] les a notées neuf fois sur cinquante cas, et il met en garde contre l'opinion généralement admise

permit de retirer une masse ratatinée, de la grosseur du poing; c'était tout ce qui restait de l'ancien kyste.

[1] Küstner. *Peptonurie bei geborstener Ovarialcyste* (*Centr. f. Gyn.*, 1884, n° 47, p. 745).

[2] P. Courrent. *Kyste de l'ovaire droit : ouverture accidentelle dans la vessie* (*Gaz. hebd. des Soc. méd. de Montpellier*, 1888, t. X, p. 160).

[3] Terrier. *Revue de chir.*, 1886, p. 169.

[4] A. Demons (de Bordeaux). *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 21 déc. 1887, p. 771.

que les épanchements pleuraux sont symptomatiques de la malignité du néoplasme. Comme pathogénie, il invoque la gêne de la circulation lymphatique de l'abdomen ayant son contre-coup sur la plèvre, au delà et à travers le diaphragme.

Pronostic.

Pronostic. — « Quand les tumeurs de l'ovaire, écrit Spencer Wells[1], ont acquis un volume tel que la santé générale en est affectée, la durée probable de la vie réservée à la patiente n'excède certainement pas deux années, et ces deux années sont le plus souvent une suite de maux, parfois même de tortures et de désespoir. Les cas où l'expectation ou les ponctions successives ont pu prolonger la vie pendant plusieurs années, constituent une exception très rare à la règle précédente. » Il est juste cependant de reconnaître que, dans certains cas exceptionnels, la **marche** de la maladie peut être excessivement lente. T.-P. Frank parle d'une femme qui portait un kyste depuis l'âge de treize ans et qui avait quatre-vingt-huit ans. Il s'agit alors, généralement, d'un kyste dermoïde ou parovarien[2]. Olshausen a observé un kyste, probablement de ce dernier genre, chez une femme de quarante-huit ans qui portait la tumeur depuis dix-neuf ans. Les kystes parovariens hyalins ou kystes uniloculaires du ligament large peuvent se rompre dans le péritoine plusieurs fois de suite, et à chaque rupture succède un **répit** assez long; par contre, les kystes prolifères affectent parfois une marche tout à fait **galopante**, après être restés plus ou moins longtemps stationnaires. Les kystes parovariens hyalins du ligament large grossissent très rapidement[3]. Les kystes papillaires peuvent subir un temps d'arrêt très long après leur première manifestation; mais quand apparaît l'ascite, montrant que les végétations ont perforé la poche, la terminaison fatale est prochaine.

Marche.

La **guérison spontanée**, absolue ou relative, n'est pas impossible. La rupture intra-péritonéale amène parfois la guérison des kystes parovariens; la torsion lente du pédicule provoque très exceptionnellement l'atrophie de kystes prolifères, par affaissement de leurs parois et par leur calcification.

Guérison spontanée.

La **mort** est le résultat ordinaire du développement des kystes lorsque la chirurgie n'intervient pas. Le **marasme**, la **péritonite**, l'**embolie**, telles sont les trois causes principales de la mort. La **suppuration** du kyste, à la suite de ponctions répétées ou de traitements intempestifs, était assez fréquente autrefois.

Causes de la mort.

Quelle est la valeur de l'**ascite**, au point de vue du pronostic? Assu-

Ascite.

[1] Spencer Wells, *loc. cit.*, p. 515.

[2] Lejars. *Note sur les kystes de l'ovaire à évolution tardive* (*La Sem. gyn.*, 1896, p. 81) a opéré chez une femme de 65 ans un kyste dermoïde demeuré latent depuis 25 ans.

[3] L. Tait (*Edinb. med. journ.*, août 1889, t. XXXV, p. 10) signale un kyste parovarien très volumineux opéré par lui, qui s'était développé en six semaines.

rément c'est une circonstance fâcheuse, car elle se rencontre surtout soit dans les kystes papillaires où les végétations ont dépassé les limites de la poche, soit dans les kystes glandulaires, dans les cas de rupture ou de torsion du pédicule. Cependant, des observations très nombreuses prouvent que cette complication n'est pas absolument grave, et L. Championnière[1], qui n'a jamais vu guérir de tumeur ovarique accompagnée d'ascite, a manifestement eu affaire à une mauvaise série.

Kystes papillaires malins.

Une question qui est encore pleine d'obscurité est celle de la **bénignité** ou de la **malignité des kystes papillaires.** Il y a de nombreuses guérisons durables après ablation; j'ai, moi-même, opéré, il y a dix-huit ans[2], d'un double papillome des ovaires avec ascite énorme une jeune fille qui est encore aujourd'hui parfaitement guérie. J'ai cité, en parlant des métastases, des cas analogues. D'autre part, de très nombreux faits de métastase ou même de généralisation de kystes papillaires sous des formes anatomiques malignes doivent rendre le pronostic très réservé. Il y a là, on peut le dire, un élément qui dépasse les ressources actuelles du microscope. Il semble que l'extrême instabilité histologique de ces néoplasmes, la transformation facile de leur épithélium cylindrique en épithélium métatypique ou atypique, placent ces kystes, pour ainsi dire, en état perpétuel d'*imminence maligne*. Cohn[3], sur cinquante cas de kystes papillaires dont l'observation a été suivie après l'ovariotomie, en a trouvé vingt qui lui ont paru sûrement malins, *anatomiquement*, et il faut remarquer que le microscope ne peut jamais permettre d'affirmer que de pareilles productions sont *cliniquement* bénignes. Il vaut mieux toujours mettre les choses au pire et craindre dans tous les cas une généralisation. Poupinel[4] a formulé des réserves très analogues.

Dégénérescence cancéreuse des kystes glandulaires et dermoïdes.

Les kystes glandulaires peuvent présenter une **dégénérescence cancéreuse.** Hofmeier[5], Cohn[6], Ruge[7] ont indiqué l'apparence racémeuse des masses kystiques, comme annonçant parfois cette transformation

[1] L. Championnière. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1885, p. 727.

[2] S. Pozzi. *Quatre ovariotomies*, etc. (*Gaz. méd. de Paris*, mars 1879, p. 130).

[3] Ernest Cohn. *Die bösartigen Geschwülste der Eierstöcke* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1886, Bd. XII, Heft 1, p. 14).

[4] Poupinel. *De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire.* Thèse de Paris, 1886. — A. Hadjès. *Contribution à l'étude de la généralisation des épithéliomas mucoïdes kystiques de l'ovaire.* Thèse de Paris, 1889. — Hanks. (*Amer. Journ. of. Obst.* 1891, t. XXIV, p. 941), a publié un cas de dégénérescence cancéreuse d'un kyste de l'ovaire chez une jeune fille de 19 ans. — W. Cazenave. *Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale.* Th. de Paris 1895. — E. Tauffer. *Ueber die primäre carcinomatose Degeneration von Dermoïdcysten* (*Virchow's Archiv.*, 1895. Bd. CXLII, Heft II).

[5] Hofmeier. *Soc. obst. gyn. de Berlin*, 28 janv. 1887 (*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 179).

[6] Cohn. *Ibid.*

[7] C. Ruge. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXI, H. 1.

maligne. Les caractères cliniques ne laissent aucun doute en pareil cas : développement rapide et brusque d'une tumeur existant déjà depuis longtemps, amaigrissement et cachexie rapides, adhérences multiples surtout dans le petit bassin, œdème des membres inférieurs et des parois abdominales hors de proportion avec le volume de la tumeur et la quantité de l'épanchement ascitique, apparition de pleurésie, etc. Les kystes dermoïdes peuvent également présenter la dégénérescence cancéreuse.

Le pronostic des opérations pour les tumeurs malignes, caractérisées par ces symptômes, est très défavorable. Cependant, comme on a sûrement observé des succès durables dans des cas réputés désespérés, il me paraît indiqué d'opérer toutes les fois que l'on est en droit d'espérer mener l'opération à bien. Leopold[1], dans la crainte de cette dégénérescence, a donné comme règle d'enlever toujours, dès son apparition, une tumeur de l'ovaire, surtout si elle est bilatérale.

Diagnostic. A. **Tumeur pelvienne.** — Au début du développement des kystes de l'ovaire, il est très difficile de les distinguer de toute autre tumeur, née sur les côtés de l'utérus. Un kyste sessile du ligament large, au début, pourra être simulé par un **noyau inflammatoire** de péri-métro-salpingite. Les anamnestiques, la marche de la maladie, la coexistence d'une inflammation des trompes et de l'utérus seront des garanties contre l'erreur. Ces tumeurs sont, du reste, moins bien limitées, plus sensibles à la pression, et sujettes à des variations rapides de volume. Une **hématocèle pelvienne**, de petit volume, est fluctuante au début, mais ne donne pas au toucher l'impression d'une tumeur encapsulée, surtout sur les côtés où elle est toujours un peu diffuse. La tumeur devient dure par la suite; enfin, son mode d'apparition, la réaction péritonéale intense du début sont très caractéristiques. La **variété extra-péritonéale** peut être très difficile à distinguer autrement que par la marche, qui conduit à sa résorption graduelle, d'avec un kyste du ligament large commençant. Les **tumeurs des trompes**, surtout l'hydro-salpinx, peuvent donner lieu à une hésitation considérable. La bilatéralité de la lésion devrait faire pencher en leur faveur : il est des cas où le diagnostic ne pourra réellement être fait qu'après la laparotomie, indiquée dans l'un et l'autre cas. La **grossesse extra-utérine**[2], au début, n'offre que peu de signes distinctifs, quoiqu'elle entraîne ordinairement l'aménorrhée, l'état

Diagnostic des tumeurs pelviennes.

Noyau inflammatoire périmétritique.

Hématocèle pelvienne.

Tumeurs des trompes.

Grossesse extra-utérine.

[1] Leopold. *Ueber die Häufigkeit der malignen Tumoren und ihre operative Behandlung* (*Deutsche med. Woch.*, 1887, n° 4, p. 61).

[2] F. Vulliet (*Arch. f. Gyn.*, 1884, Bd. XXII, p. 427 et suiv.) a relaté une observation curieuse de grossesse extra-utérine, paraissant s'être développée dans l'intérieur d'un kyste tubo-ovarien préexistant : le tissu ovarien étalé sur la paroi du kyste aurait été encore capable de donner lieu à des follicules dont l'un aurait été fécondé.

congestif de la muqueuse génitale ; plus tard, elle présente des caractères spéciaux qui seront étudiés dans un autre chapitre. La **rétroflexion de l'utérus gravide**, au troisième et au quatrième mois, devra être seulement soupçonnée, s'il y a des signes de grossesse commençante, et si la tumeur siège dans le cul-de-sac postérieur et provoque des phénomènes aigus de compression (rétention d'urine, constipation), enfin, si elle a une consistance solide, et se continue avec le col de

Rétroflexion de l'utérus gravide.

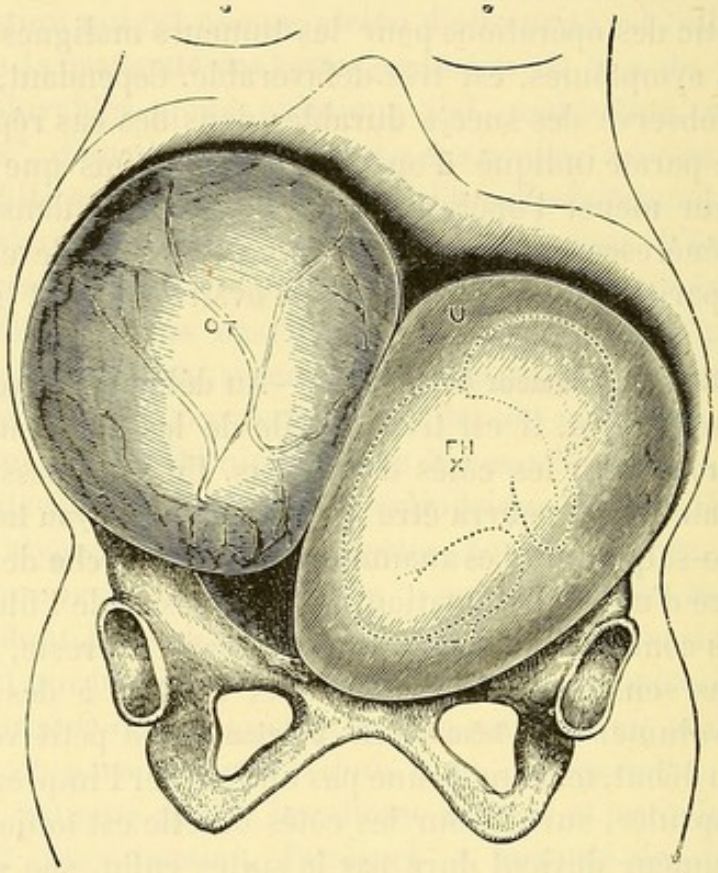


Fig. 146. — OT. Kyste repoussé hors du bassin par l'utérus U qui est refoulé sur la paroi pelvienne. FH. Centre d'auscultation des bruits du cœur.

l'utérus très fortement porté en avant ; les tentatives de réduction achèveront de dissiper le doute. On doit, du reste, toujours rechercher avec soin la position exacte de l'utérus avant de conclure à une tumeur indépendante de cet organe. Je ne parle que pour mémoire des **tumeurs stercorales**.

Diagnostic d'un kyste devenu abdominal : grossesse

B. **Tumeur devenue abdominale.** — La **grossesse**[1] doit être placée en première ligne, car c'est de toutes les erreurs celle qui serait la plus funeste. C'est surtout quand il y a complication d'hydramnios qu'on peut être disposé à la commettre, car alors on ne peut ni

[1] Metzlar, de Leyde (Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 40, p 712) a cité un cas de tumeur imaginaire due à une lordose, pour laquelle on fut sur le point de pratiquer la laparotomie.

palper le fœtus ni entendre les bruits du cœur[1]. Pour ne pas commettre l'erreur inverse et prendre un kyste pour un utérus gravide, il ne faut jamais s'en tenir aux signes de probabilité, mais rechercher les signes de certitude; on doit se souvenir que l'aménorrhée, le gonflement des seins, et même une fausse sensation subjective de mouvements fœtaux (produite par des borborygmes) peuvent exister dans les tumeurs de l'ovaire. La perception de ces mouvements et

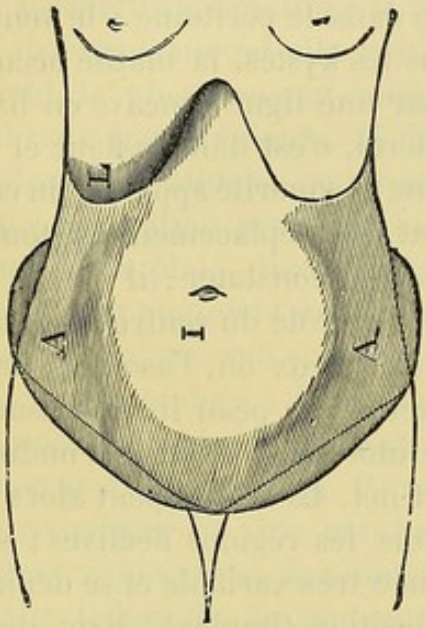


Fig. 447. — Topographie de la matité dans l'ascite.
I. Sonorité intestinale. — L. Matité hépatique.
AA. Matité des flancs.

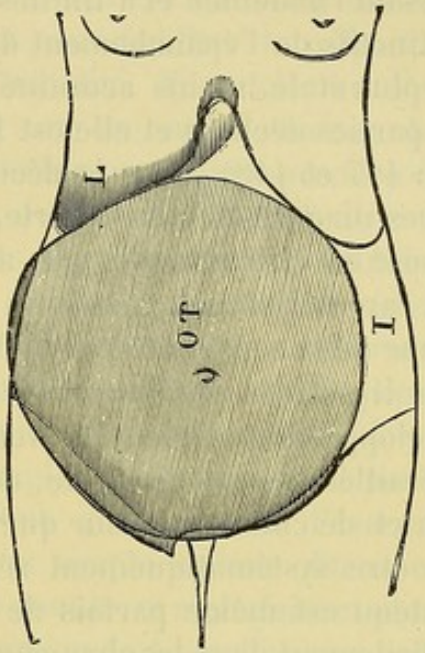


Fig. 448. — Topographie de la matité dans un cas de kyste ovarique.
I. Sonorité intestinale. — L. Matité hépatique.
OT. Matité au niveau du kyste.

l'audition des bruits du cœur, la détermination non douteuse des parties fœtales, la sensation des contractions de l'utérus gravide (Braxton Hicks), le ballottement, et, vers la fin de la grossesse, l'engagement dans le bassin d'une portion fœtale, trancheront seuls le diagnostic[2]. L'emploi de la sonde utérine est dangereux et inutile. Il faut se souvenir qu'il peut y avoir à la fois grossesse et kyste, ce qui complique beaucoup la tâche du clinicien; on devra s'attacher alors à la recherche exacte des parties fluctuantes et à l'étude de la posi-

[1] A. Iversen (in Howitz *Gyn. og obst. Meddel.*, 1888, Bd. VII, p. 63) a publié à ce sujet un fait instructif : femme de 39 ans, ayant eu 10 enfants; fluctuation manifeste et grande mobilité de la tumeur. On croit à un kyste et la laparotomie montre qu'il s'agit d'une grossesse de 5 mois avec élongation de la portion sus-vaginale du col et hydramnios; mort par péritonite. — J'ai moi-même observé un cas analogue et fait une petite incision exploratrice qui m'a permis d'assurer le diagnostic, resté douteux après une observation attentive. La grossesse n'a pas été troublée et s'est poursuivie normalement. La malade, qui désirait probablement se faire avorter, accusait de vives douleurs de compression, ce qui m'avait engagé à ne pas temporiser plus longtemps.

[2] Pinard. Art. Grossesse du *Dict. encycl. des sciences méd.*, Paris, 4e s., t. XI.

tion du fœtus, à l'aide de la palpation et de l'auscultation. Il est, du reste infiniment plus grave de croire à un kyste quand il s'agit de grossesse, que de faire l'erreur inverse[1]; et l'on devra dans le doute toujours temporiser. Inutile de dire que la ponction exploratrice est alors incomparablement plus grave qu'une incision exploratrice[2].

Ascite.

L'**ascite** peut seulement simuler un kyste très volumineux, remplissant l'abdomen et à limites indistinctes. Je rappellerai les signes distinctifs de l'épanchement du liquide dans le péritoine : le ventre est plus étalé, moins acuminé que dans les kystes, la matité occupe les parties déclives et elle est limitée par une ligne concave en haut (fig. 447 et 448). Dans le décubitus latéral, c'est dans le flanc et les fosses iliaques qu'elle se porte, tandis que la sonorité apparaît du côté opposé où elle n'existait pas auparavant ; ce déplacement est tout à fait caractéristique, lorsqu'on peut bien le constater ; il en est de même de la sensation de flot, transmise d'un côté du ventre à l'autre. Mais il est des cas plus difficiles : ce sont ceux où, l'ascite s'étant développée rapidement, le ventre est tendu, la peau lisse, luisante et éraillée, non dépressible, donnant plutôt une sensation d'ondulation et de choc en retour que d'un flot net. La matité peut alors ne pas être systématiquement répartie dans les régions déclives ; son contenu est même parfois de consistance très variable et se déplace difficilement dans les changements de position (Duplay)[3]. Mais alors, la rapidité excessive du développement du ventre, l'œdème habituel des membres inférieurs, les troubles concomitants de la santé dépendant de la maladie principale, enfin l'absence de tumeur limitée constatée à une époque antérieure constitueront des éléments d'appréciation qui guideront le clinicien. Un signe qu'on doit aussi toujours rechercher, c'est la mobilité de l'utérus, qui persiste dans l'ascite et qui est abolie dans les grands kystes. Enfin, il faut toujours examiner l'état des viscères (foie, cœur) dont l'altération donne le plus fréquemment naissance à l'ascite.

Péritonite tuberculeuse ou cancéreuse.

C'est surtout dans l'ascite symptomatique de **péritonite tuberculeuse** ou **cancéreuse** que les difficultés peuvent être extrêmes. Car l'hydropisie du péritoine peut alors être enkystée par des adhérences. Dans

[1] Cette erreur a été faite d'une manière funeste pour la mère et l'enfant à l'hôpital de Jassy, dans un cas qui a eu grand retentissement. *Grossesse de sept mois prise pour un kyste* (*France méd.*, 27 mars 1886).

[2] Tavignot (*Mémoire sur l'hydropisie des ovaires* in *Journal l'Expérience*, 1840, p. 55) rapporte un cas de mort chez une femme ainsi ponctionnée par erreur. Beaucoup d'autres n'ont sûrement pas été publiés. — Olshausen (*Loc. cit.*), ayant fait une laparotomie qui lui permit de reconnaître sa faute, referma le ventre, mais fit l'accouchement provoqué, par ponction des membranes. Guérison.

[3] Voir Gundelach. *De l'ascite symptom. des tumeurs ovariques*. Thèse de Paris, 1887, p. 44.

le premier cas, les signes concomitants de tuberculose intestinale et pulmonaire, l'irrégularité du ventre, due au météorisme gêné par des adhérences, le *cri intestinal* (Guéneau de Mussy) provoqué par la palpation; dans le cas du cancer, la présence de masses irrégulières ou gâteaux ligneux, dépendant de l'épiploon, leur fusion aux parties voisines, la cachexie rapide, tels sont les principaux éléments du diagnostic.

La **ponction** peut rendre de très grands services dans ces cas-là, pour permettre d'examiner le liquide, et pour faciliter la palpation de l'abdomen auquel elle restitue sa flaccidité. Toutefois, on s'en abstient le plus souvent aujourd'hui, car on en a reconnu les nombreux inconvénients. Si l'on s'y décide, on devra prendre de grandes précautions : nettoyage exact du trocart flambé avec la canule, aspiration avec des instruments de petit calibre, occlusion exacte de la plaie, immobilisation du ventre. La ponction suivie d'évacuation complète est infiniment moins grave dans une grosse tumeur que dans une petite, car le retrait considérable de la poche vidée s'oppose alors à l'effusion du liquide dans le péritoine. Il y a tout intérêt à vider lentement, mais complètement, une poche ponctionnée avec l'appareil de Potain. On peut, pour achever l'évacuation, remplacer le vide par l'action d'un simple siphon obtenu en adaptant un long tube de caoutchouc à la canule, et en le faisant plonger dans le liquide. La grosseur du trocart ne doit pas dépasser celle de l'instrument employé pour l'hydrocèle. Le lieu d'élection de la ponction est le milieu de la ligne comprise entre la ligne blanche et l'épine iliaque antéro-supérieure, ou encore la ligne blanche : on doit toujours auparavant vider la vessie avec le cathéter, s'assurer de la matité complète du point qu'on va ponctionner et nettoyer la paroi abdominale au savon et au sublimé. Ponction.

L'examen du liquide extrait permet le plus souvent de faire le diagnostic; il suffit qu'il soit visqueux et coloré en brun, en vert ou en noir, pour qu'on reconnaisse à ces caractères un contenu kystique; un liquide parfaitement clair et non coagulable par la chaleur serait celui d'un kyste parovarien hyalin du ligament large, ou celui d'un kyste hydatique. Mais il est des cas où cet examen laisse subsister le doute : ce sont ceux où le liquide est ténu, citrin ou ambré, ou seulement sanguinolent; l'ascite et certains kystes en présentent de semblables. J'ai dit plus haut les espérances qu'avait fait naître la recherche de la paralbumine, et qui ont été déçues[1].

La palpation de l'abdomen pratiquée après la ponction, avec de

[1] Toutefois, on peut ajouter à cette détermination la valeur d'un renseignement : s'il existe de la paralbumine, il y a, en somme, quelque chance pour qu'il s'agisse d'un kyste. De même (quoique cela ne soit pas pathognomonique non plus), si le liquide est sponta-

grands ménagements, donne des renseignements très précieux : elle fait reconnaître la tumeur ovarique, et permet aussi de déterminer les autres altérations des viscères que masquait l'accumulation du liquide.

On ne doit pas oublier que l'ascite peut compliquer un kyste, soit rompu, soit papillaire avec végétations extérieures ; on en est averti par les signes combinés des deux lésions. On peut avoir alors la sensation spéciale du ballottement due à ce que le kyste flotte dans l'ascite, à la manière d'un glaçon à la surface de l'eau.

La ponction d'un kyste n'est nullement une opération inoffensive, même faite avec les plus grandes précautions. Une évacuation incomplète peut être suivie de l'écoulement du liquide dans le ventre, et de péritonite mortelle[1] ; la négligence des précautions antiseptiques, ou une circonstance inconnue, peut amener la suppuration du kyste. Le fait a été signalé, en particulier, pour les tumeurs dermoïdes ; j'en ai observé un exemple suivi de guérison par l'ovariotomie. On a vu survenir des hémorrhagies graves par blessure de gros vaisseaux des parois de l'abdomen ou de la tumeur. Enfin l'affaiblissement de la paroi kystique qui résulte de la piqûre peut favoriser l'issue de végétations papillaires et l'infection péritonéale[2].

Corps fibreux de l'utérus.

Les corps fibreux de l'utérus ont été souvent simulés par des tumeurs oligocystiques, à contenu gélatineux, dont la consistance élastique est analogue ; cette erreur a surtout été commise quand l'absence de pédicule rendait les tumeurs solidaires des mouvements imprimés à l'utérus. L'anesthésie permet souvent de déceler une fluctuation qui aurait échappé sans elle. On doit, alors, s'ingénier à la rechercher par la palpation bi-manuelle, et exactement déterminer les connexions avec la matrice. Enfin une augmentation très notable de la cavité utérine, reconnue par la sonde, est en faveur du fibrome ; toutefois, une élongation de deux ou trois centimètres peut être produite par l'ascension et la traction de la tumeur ovarienne. Les **tumeurs fibro-kystiques** de l'utérus sont surtout sujettes à entraîner l'erreur. Les pre-

nément coagulable, c'est le plus souvent un liquide ascitique. Klob, Martin, Westphalen, Scanzoni, Olshausen (*Loc. cit.*) ont vu pourtant la coagulation spontanée survenir dans le liquide ovarique. Un chiffre de résidu fixe, supérieur à 100 grammes par litre, est favorable à l'idée de kyste (Méhu, Quénu). L'examen microscopique, auquel Spiegelberg et Waldeyer ajoutent une grande importance, montre dans le liquide ascitique des cellules amiboïdes, un épithélium pavimenteux, des corpuscules sanguins, mais jamais d'épithélium cylindrique, qui se rencontre, au contraire, dans les kystes glandulaires ; quant aux kystes papillaires, les éléments anatomiques contenus dans leur liquide sont généralement tout à fait défigurés.

[1] Mary Putnam Jacobi (*Amer. journ. of Obstet.*, 1883, p. 1160) a relaté deux cas de mort par épanchement du contenu de kystes dermoïdes dans le péritoine, après ponction aspiratrice.

[2] Westphalen. *Beiträge zur Lehre von der Probepunction* (*Arch. f. Gyn.*, 1875, Bd. VIII, p. 72).

miers cas d'hystérectomie abdominale ont été faits, il ne faut pas l'oublier, avec la croyance qu'on allait accomplir une ovariotomie [1].

L'**hématométrie** se distingue par son siège et ses causes spéciales. Hématométrie.

La **distension vésicale** a été la source de nombreuses erreurs qu'on évitera toujours, en sondant *soi-même* la malade avant tout examen. J'ai vu, dans un cas, la vessie distendue remonter jusqu'à l'épigastre : on m'avait appelé pour faire la ponction de ce prétendu kyste, chez une femme atteinte de paralysie générale. Spencer Wells, Atlee, Emmet en ont cité des observations remarquables [2]. Distension vésicale.

Les **tumeurs rénales**, hydronéphroses, kystes hydatiques, etc., ont donné lieu à des erreurs. On devra rechercher la fixation de la tumeur dans l'hypochondre, son isolement inférieur qui permet de passer la main, au-dessous d'elle, bien au-dessus du pubis ; le ballottement rénal [3] ; l'interposition des intestins et, en particulier, du côlon entre la tumeur et la paroi abdominale. Quand la tumeur remplit tout l'abdomen, ces signes différentiels font défaut : même alors cependant, la situation antérieure du côlon conserve son importance (Nélaton). On a recommandé, pour bien mettre ce signe en évidence, de vider d'abord partiellement la tumeur par la ponction, puis de donner des lavements effervescents capables de distendre de gaz le gros intestin (Simon). Pawlik [4] attache une très grande valeur à la persistance de la forme caractéristique du rein, constatée après la ponction. Le développement de la tumeur datant de l'enfance est en faveur de l'hydronéphrose et du cancer du rein. La présence de pus ou de sang dans l'urine sera recherchée. L'exploration de la région du rein, à l'aide de la main introduite tout entière dans le rectum, a donné d'utiles renseignements (Fraenkel), mais expose à des accidents si le chirurgien n'est pas doué d'une main spécialement fine et souple. Enfin, l'examen du liquide extrait par la ponction lève souvent tous les doutes, mais au contraire les augmente dans les cas où le liquide n'est pas caractéristique. L'urée peut manquer dans les hydronéphroses et se trouver dans les kystes ovariques ; il en est de même de l'acide urique. Pourtant, la forte proportion de ces produits serait décidément en faveur d'une altération rénale. Enfin, le cathétérisme de l'uretère, par les procédés de Pawlik ou de Simon, ne devrait pas être négligé en dernier ressort. Tumeurs des reins.

[1] W. L. Atlee. *General and différential diagnosis of ovarian tumours.* Philadelphie, 1873.

[2] T. A. Emmet (*New-York med. journ.*, 1884, t. XXXIX, p. 133) a rapporté une observation où l'erreur de diagnostic avait été commise et où le chirurgien avait laissé échapper le cathéter dans la vessie énormément distendue.

[3] F. Guyon. *Séméiologie et examen clinique des tumeurs du rein* (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1888, p. 641).

[4] Pawlik. *Ueber die Differentialdiagnose zwischen Nieren und Eierstocksgeschwülsten und ein neues diagnostisches Merkmal* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 35, p. 560).

T. du foie. T. de la rate.

Je mentionne seulement les **tumeurs du foie** et de la **rate** (kyste, hypertrophie) à cause de leur rareté : le diagnostic, quand il est difficile, ne pourra être fait que par la recherche attentive des connexions, parfois par l'incision exploratrice. Les **tumeurs du mésentère**[1] et de l'**épiploon** (kystes, lipomes), les **échiconoques de la cavité abdominale**[2] ne sont le plus souvent reconnus que par la ponction ou l'incision exploratrice : cette dernière est préférable.

T. du mésentère. et de l'épiploon. Échinocoques.

Tumeurs de la paroi abdominale.

Les **tumeurs de la paroi abdominale** ont pu causer des erreurs, que l'examen pratiqué sous l'anesthésie me paraît toujours devoir faire éviter[3].

Pseudo-kystes ou tumeurs-fantômes.

Pseudo-kystes, tumeurs-fantômes. — Le tympanisme associé à la contraction partielle des muscles abdominaux et à la surcharge graisseuse localisée, donne lieu, surtout chez les femmes hystériques, aux erreurs les plus bizarres et les plus invraisemblables. On a plusieurs fois ouvert le ventre dans ces conditions-là ; plus souvent encore on a failli l'ouvrir[4]. Dans un cas de Krukenberg[5], c'était une lordose qui avait causé l'erreur. Un fait exceptionnel est celui de Reeves Jackson[6] où l'on fit d'abord une ponction, puis la laparotomie, croyant avoir affaire à un kyste, dans un cas d'énorme dilatation de l'estomac : on poussa l'erreur jusqu'à inciser ce viscère. La malade mourut.

La meilleure manière d'éviter l'erreur dans les cas douteux, c'est d'abord d'endormir la malade, puis de pratiquer avec grand soin la palpation et la percussion.

Incision exploratrice.

Incision exploratrice. — Quand enfin tous les autres moyens de diagnostic sont insuffisants, est-on autorisé à ouvrir le ventre, afin de s'assurer de la nature de la tumeur et de l'opérer, si possible, du même coup ? Sur ce point, Lawson Tait[7] est catégorique : il substitue toujours l'incision à la ponction exploratrice ; sur 94 incisions exploratrices, il n'a constaté que deux morts : il les fait très petites, suffisantes seulement pour introduire deux ou trois doigts : de là, sans doute, cette bénignité exceptionnelle de sa pratique. Terrillon[8], dans le relevé plus étendu qu'il a publié des cas de diverses provenances, a trouvé 21 morts sur 100 cas, chiffre qui me paraît être devenu

[1] Coppens. *Bull. méd.*, 11 janv. 1888, p. 35.

[2] Witzel (*Beiträge zur Chirurgie der Bauchorgane* in *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1885, Bd. XXI, p. 139) fait remarquer que la confusion avec les kystes de l'ovaire est, alors, presque impossible à éviter, avant la laparotomie.

[3] Rob. F. Weir. *Med. Record*, 3 déc. 1887, t. XXXII, p. 705.

[4] Atlee, Spencer Wells, Olshausen, *loc. cit.*

[5] G. Krukenberg. *Arch. f. Gyn.*, 1884, t. XXIII, p. 139.

[6] A. Reeves Jackson. *Detroit Lancet*, janv. 1880 (anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1880, n° 15, p. 360).

[7] Lawson Tait. *Brit. med. journ.*, 1885, t. I, p. 218.

[8] O. Terrillon, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 168.

trop fort, si l'on tient compte des progrès actuels de la technique. Il faut se souvenir, en effet, que sous ce mot d'*incision exploratrice*, employé par euphémisme, on a publié nombre d'opérations demeurées incomplètes. Or, comme à une époque qui n'est pas encore reculée, l'incision seule du ventre était réputée très grave, quand on l'avait faite, on ne se résignait guère à refermer l'abdomen, avant d'avoir tenté l'extirpation de la tumeur, même dans des conditions devant lesquelles on reculerait aujourd'hui ; les statistiques se trouvaient ainsi très assombries. Je suis, pour ma part, partisan résolu de l'incision exploratrice, quand elle paraît seule pouvoir assurer le diagnostic.

Diagnostic de la variété du kyste.

Diagnostic de la variété du kyste. — Les développements qui précèdent peuvent déjà servir à résoudre cette question : je résumerai seulement ici les points principaux.

Une tumeur très volumineuse et très bosselée, avec inégalité de consistance des bosselures, est un kyste glandulaire. La présence de l'ascite (en l'absence de symptômes de rupture), la sensation de masses irrégulières et papillaires dans le cul-de-sac de Douglas, la bilatéralité, feront croire à un kyste papillaire. La fluctuation très facilement perceptible et superficielle dans toute l'étendue de la tumeur, la marche lente, la conservation presque parfaite de l'état général malgré le volume considérable de la tumeur, les connexions assez étroites de celle-ci avec l'utérus, soit que le kyste paraisse inclus dans le ligament large ou retenu par un court pédicule, sont des caractères de kyste parovarien hyalin. La possibilité de sentir l'ovaire et la trompe à côté de la tumeur a été signalée, en pareil cas, comme pathognomonique. Pour les kystes dermoïdes[1], on a indiqué la possibilité de faire des impressions dans la tumeur remplie de mastic graisseux, ou même de percevoir le froissement des cheveux qui y sont contenus[2]. Küster a insisté sur la tendance qu'auraient les kystes dermoïdes à se développer toujours sur la ligne médiane et à y revenir lorsqu'on les déplace au cours d'une exploration[3].

Diagnostic des adhérences.

Diagnostic des adhérences. — Pour reconnaître les *adhérences pariétales*, Spencer Wells recherche si les changements de position de la malade ou les mouvements respiratoires entraînent le néoplasme. En déplaçant les parois abdominales devant la tumeur, on voit si l'ombilic glisse sur elle facilement, et on perçoit des frottements, ou un bruit de *cuir neuf*, qui indiquent un certain travail de péritonite adhésive.

[1] Leopold. *Soc. obst. et gyn. de Dresde*, 5 nov. 1885 (*Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 30).

[2] Kocher. *Ein pathognomisches Zeichen zur Diagnose der Dermoïde* (*Centr. f. Chir.*, 1887, p. 44).

[3] E. Küster. *Ueber die Sackniere* (*Deut. med. Woch.*, 1888, nos 19 et 22).

Une tumeur qui, depuis longtemps, présente un très grand volume, offre de grandes chances d'adhérences à la paroi antérieure ou à l'épiploon, à moins qu'il n'y ait en même temps un certain degré d'ascite. Les adhérences aux viscères ne peuvent qu'être soupçonnées s'il y a eu des signes extérieurs d'inflammation péritonéale vive à la suite de ponctions, de torsion du pedicule ou de rupture.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE

Traitement médical. — Ponction par la paroi abdominale, par le vagin et par le rectum. — Injection iodée. — Drainage. — Ovariotomie abdominale. Aperçu historique. Indications générales. Dégénérescence maligne. Age. Technique opératoire. Instruments. Aides. Divers temps de l'opération. 1er temps : ouverture de l'abdomen. 2e temps : rupture des adhérences, évacuation. 3e temps : extraction du kyste et ligature du pédicule. 4e temps : toilette du péritoine et occlusion de l'abdomen. — Énucléation des kystes inclus dans le ligament large et rétro-péritonéaux. — Opérations incomplètes ; marsupialisation. — Pansement. — Ovariotomie vaginale. — Soins consécutifs. — Accidents. Hémorrhagie interne. Paralysie intestinale. Désunion secondaire de la plaie. Emphysème. Abcès superficiels. Abcès profonds. Parotidite. Péritonite. Occlusion intestinale. Tétanos. Phlébite. Embolie. Urémie. Shock. — Gravité de l'opération. — Suites. Récidives. Menstruation et fécondité post-opératoire. — Folie post-opératoire. — Kystes compliqués de grossesse ; ovariotomie pendant la grossesse.

Traitement médical.

Je ne m'appesantirai point sur le **traitement médical** : il est responsable de la mort de beaucoup de femmes, qu'il a empêchées de se faire opérer à temps. Les diurétiques et diaphorétiques, les préparations mercurielles et iodées, l'ergot de seigle, etc., doivent leurs prétendus succès à la méconnaissance des temps d'arrêt que peut subir la maladie. Le seul traitement interne rationnel est le traitement tonique et l'emploi de stomachiques et de laxatifs légers pour maintenir le plus possible les fonctions digestives. L'**électrolyse**, dont on a fait un tel abus en gynécologie, est ici à la fois inutile et dangereuse. Tout kyste de l'ovaire reconnu doit être, si possible, enlevé.

Ponction par la paroi abdominale.

La **ponction par la paroi abdominale** a été employée aussi, non comme traitement curatif, mais trop fréquemment comme palliatif avant la vulgarisation de l'ovariotomie. Certaines femmes ont ainsi subi

un nombre presque invraisemblable d'évacuations de leur kyste. On peut être amené à faire cette opération d'urgence, en cas de phénomènes de compression excessive, ou encore dans le cas de tumeurs inopérables. On enfoncera alors, de préférence, le trocart sur la ligne blanche ou dans la fosse iliaque en un point dont on aura reconnu la matité par la percussion. Ponctionner un kyste, sans nécessité absolue et alors qu'il est possible de l'extirper, est toujours une mauvaise pratique. On expose la malade à des accidents péritonitiques graves, et on risque, tout au moins, de provoquer des adhérences. On a voulu faire une exception pour la catégorie de kystes du ligament large, uniloculaires, à parois minces et à contenu transparent, les kystes parovariens hyalins[1]. Mais pour quelques guérisons définitives qui ont été constatées, et dont le résultat n'a pas toujours été assez longtemps suivi, on a eu à enregistrer de très nombreuses récidives. Du reste, la ponction est véritablement dangereuse au point de vue de la généralisation métastatique des kystes papillaires du ligament large, qu'il est à peu près impossible de distinguer sûrement, avant d'opérer, des kystes purement séreux. Si l'on considère, par contre, la grande bénignité de l'ovariotomie dans les cas de cette nature, on n'hésitera pas à lui donner la préférence et à renoncer à une doctrine qui, à part quelques cas heureux, compte de nombreux méfaits.

La ponction a généralement été faite à la paroi abdominale : on a aussi pratiqué la **ponction par le vagin** dans les cas où la tumeur, petite, était plus accessible par cette voie. C'est une pratique dangereuse, vu la facilité de l'infection consécutive et de la suppuration grave, surtout s'il s'agit d'un kyste dermoïde. Tavignot n'a pas craint de recommander la **ponction par le rectum** : c'est une détestable opération.

Ponction par le vagin et par le rectum.

L'**injection iodée**, recommandée par Boinet[2] avec un enthousiasme excessif, ne compte plus guère aujourd'hui de partisans ; elle n'est plus appliquée encore, par quelques rares chirurgiens, qu'aux kystes uniloculaires à parois minces. Elle est pour eux bien plus grave que l'ovariotomie, et n'a pu rendre de services qu'à une époque où celle-ci était considérée comme une opération téméraire.

Injection iodée.

Le **drainage**, après ponction ou incision[3], a été, à la même époque, appliqué à des kystes dont l'extirpation complète eût été pourtant

Drainage.

[1] Panas. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 18 mars 1876.

[2] Boinet. *Bull. de thérap.*, août 1852, t. XLIII, p. 161. — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1852, p. 165. — *Iodothérapie.* 2e édit., 1865. — *Discuss. à l'Acad. de Méd.* (*Bull.*, 1856, t. XXII, p. 20 et suiv.).

[3] La première incision de kyste ovarique a été faite par Houston (*Philos. Transact.*, 1724, t. XXXIII). — Le Dran, en 1737, fit la même opération hardie et l'érigea en méthode (*Mém. de l'Acad. de Chir.*, t. III, p. 431).

facile ; pour quelques rares succès, elle compte de nombreuses morts par hecticité et infection. Le drainage ne doit plus être fait actuellement que pour les reliquats de poche qu'on n'a pu entièrement extirper, ainsi que j'aurai à le décrire, ou encore lorsqu'un kyste suppuré inopérable s'est spontanément ouvert à l'extérieur.

Ovariotomie abdominale. Aperçu historique.

Ovariotomie abdominale. — **Aperçu historique.** — C'est Ephraïm Mac Dowell (du Kentucky), élève de John Bell (d'Édimbourg), qui a fait la première ovariotomie abdominale pour kyste de l'ovaire en 1809[1]. Le pédicule fut rentré dans l'abdomen ; guérison. C'est encore un Américain, Nathan Smith (de New-Hawen, Connecticut), qui fut le second ovariotomiste. Alban Smith vint le troisième. Ses premiers succès datent de 1827[2].

Mais il n'y avait là encore que des hardiesses isolées et sans écho.

J. L. Atlee[3] avait fait, en 1843, la première ovariotomie double, quand, l'année suivante, Washington L. Atlee[4], qu'il ne faut pas confondre avec lui, commença la remarquable série de ses opérations, qui se montait à 246 en octobre 1871. L'ovariotomie était tout à fait acclimatée en Amérique dès 1863 (Peaslee).

En Angleterre, Lizars (d'Édimbourg), s'inspirant des cas de Mac Dowell, pratiqua l'ouverture du ventre, en 1824, par suite d'une erreur de diagnostic, et, l'année suivante, pour des kystes de l'ovaire dont il en guérit 1 sur 3. Granville (de Londres) essuya deux échecs qui le découragèrent, et, jusqu'en 1842, l'opération tomba dans le discrédit. Walsh et Clay l'en relevèrent par une série remarquable de succès. Puis viennent ceux de Bird et de Baker-Brown, enfin ceux de Spencer Wells (1858)[5].

En Allemagne, Chrysmann fit, en 1823, une tentative malheureuse. Quelques opérateurs isolés, parmi lesquels il convient de mentionner

[1] C'est à tort qu'on a attribué la première ovariotomie à Abraham Cyprianus. Ce chirurgien a simplement ouvert un kyste fœtal suppuré, provenant d'une grossesse extra-utérine. On trouvera le récit de ce fait dans Ab. Cyprianus. *Lettre rapportant l'histoire d'un fœtus humain de 21 mois*, etc. Amsterdam, 1707. — Ce qui paraît avoir causé l'erreur de Ladouce (*Contribution à l'étude du sarcome de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1890), qui a pris cette observation pour le premier cas publié d'ovariotomie, c'est l'allusion dont elle est l'objet, à propos des kystes de l'ovaire et des adhérences qu'ils peuvent contracter, par J.-B. Morgagni. *De sedibus et causis morborum*, etc., 1761, XVIIIe lettre (Trad. franç. par Desormeaux et Destouet, Paris, 1820-1824, t. VI, p. 195).

[2] E. Mac Dowell. *Eclectic Repository and analyt. Review*. Philadelphie, avril 1817, p. 242. — Nathan Smith. *Amer. med. Record.*, juin 1822, t. V, p. 124. — Alban Smith. *North Amer. med. surg. Journ.*, janv. 1826, t. I, p. 30.

[3] J. L. Atlee. *Amer. journ. of med. sciences*, 1844, t. VII, p. 48.

[4] W. L. Atlee. *Amer. journ. of med. sciences*, 1855, t. XXIX, p. 387.

[5] Lizars. *Observ. on the extraction of diseased ovaria*. Edimbourg, 1825. — Ch. Clay. *Med. Times*, 1843, t. VII, p. 43, etc. — *Result of all the operations for extirpation of diseased ovaria by large incision*. Londres, 1848. — Sp. Wells. *History and progress of ovariotomy in Great Britain* (*Med. chir. Transact.*, 1863, t. XLVI, p. 33).

Stilling, s'y hasardèrent ensuite, mais sans que l'opération fût définitivement adoptée[1].

En France, Woyerkowsky (1844) aurait fait la première ovariotomie. En 1856, l'opération y était condamnée par l'Académie, avec l'unique protestation de Cazeaux. En 1862, Nélaton alla voir Spencer Wells, et, à son retour, pratiqua l'ovariotomie sans succès. Mais Kœberlé, en 1864, publia 9 guérisons sur 12 cas ; puis Péan montra d'une manière éclatante que l'opération pouvait réussir à Paris. C'est à ces deux auteurs que l'ovariotomie doit sa vulgarisation dans notre pays[2].

A ce moment, l'apparition de la méthode antiseptique fit entrer l'opération dans une nouvelle phase, et la fit passer des mains de quelques spécialistes éminents dans celles de tous les chirurgiens.

En résumé, l'ovariotomie a traversé trois phases successives : 1° Une phase de tâtonnements, qui prend fin d'abord en Amérique avec W. L. Atlee, en Angleterre, avec Baker Brown et Spencer Wells, en France avec Kœberlé et Péan. 2° Une phase très courte de spécialisation excessive, à laquelle se rattachent surtout les noms des initiateurs que je viens de citer. 3° Une phase de vulgarisation, sous l'impulsion puissante de l'antisepsie.

Indications générales.

Indications générales. — On peut déjà considérablement abréger ce chapitre, car bien des points, encore récemment contestés[3], sont aujourd'hui résolus. Quelques chirurgiens, se fondant sur la possibilité de guérison des kystes parovariens hyalins, après une simple ponction, guérison qui, d'après les relevés peut-être un peu optimistes, de Terrillon[4], s'observait 1 fois sur 3, conseillent, en pareil cas, d'essayer d'abord la ponction, et de ne faire l'ablation qu'en cas de récidive. Assurément, cette conduite serait sage si l'on était absolument certain de ne jamais confondre un kyste hyalin avec un kyste papillaire. Mais, comme cette distinction, avec la ponction, est parfois impossible, et que la ponction est très dangereuse dans le second cas, il est, me semble-t-il, préférable de faire toujours d'emblée l'ovariotomie qui, on ne saurait trop le répéter, est, dans ces cas simples, une opération bénigne.

Actuellement donc, on ne peut plus dire qu'il ne faut faire la lapa-

[1] Paul Grenser. *Die Ovariotomie in Deutschland, historisch und kritisch dargestellt.* Leipzig, 1870.

[2] Olshausen. *Loc. cit.* — Kœberlé. *Gaz. hebd.*, 13 juill. 1866, p. 456. — Péan. *L'ovariotomie peut-elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès?* (*Union méd.*, 1868, nos 125-145, et *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1868, t. XXXIII, p. 415).

[3] S. Duplay. *Des indications et des contre-indications de l'ovariotomie* (*Annal. de Gyn.*, 1879, t. XI, p. 208). — Il est intéressant, pour se rendre compte des progrès si rapidement accomplis, de comparer les conclusions de ce mémoire avec celles exposées par Chazan à la *Soc. gyn. de Dresde* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 454).

[4] O. Terrillon. *Annal. de Gyn.*, 1885, p. 426.

rotomie que lorsque le kyste est devenu, par son volume, un motif de gêne excessive pour les malades, ou une cause imminente de danger pour la vie. Dès qu'une tumeur commençante de l'ovaire est reconnue, il faut l'enlever : d'abord, parce que l'opération en elle-même est alors beaucoup moins grave, puisqu'il suffit de faire une petite incision sans avoir à déchirer d'adhérences notables ; en second lieu, parce qu'on évite à la malade les dangers ultérieurs de l'inflammation, de la rupture ou de la torsion du pédicule ; enfin et surtout, parce que tout kyste de l'ovaire est, si l'on peut ainsi dire, un néoplasme en équilibre instable entre la bénignité et la malignité. Cohn [1], sur 658 kystes enlevés par Schröder, en a trouvé 100 dégénérés en tumeur maligne, soit 15,1 pour 100. Leopold [2] en a compté 26 sur 116 (soit 22,4 pour 100). Schultze [3], sur une petite série de 33 cas, a trouvé 9 cas malins, soit 21 pour 100. Cette proportion est peut-être un peu élevée, parce que ces grands opérateurs ont surtout vu venir à eux les cas graves et difficiles. Cependant, on ne saurait douter qu'elle ne soit un signe de fréquence de la **dégénérescence maligne** des kystes. Le travail de Poupinel [4] conclut dans le même sens. Or, opérer un kyste déjà dégénéré, c'est faire une opération beaucoup plus grave (Cohn) et ne donner à la malade qu'un répit, au lieu d'une guérison.

Dégénérescence maligne.

On devra toujours se méfier de cette transformation néoplasique lorsque la tumeur, longtemps stationnaire, aura subi un accroissement rapide et inattendu en quelques mois. Mais, alors même qu'on aurait pu en faire le diagnostic, il ne faudrait pas s'abstenir. Cohn a trouvé que sur 86 malades opérées dans ces conditions, 19,5 pour 100 étaient encore guéries au bout d'un an, et dans 5 cas la guérison s'était maintenue de 3 à 4 ans 1/2. Ces résultats ne permettent pas d'hésitation. Freund [5] est arrivé aux mêmes conclusions. Une observation des plus remarquables de métastase péritonéale, dans un cas de kyste glandulaire, suivie de guérison par la laparotomie, a été publiée par Runge [6]. La femme avait 40 ans, la tumeur s'était développée en 5 mois, la cavité péritonéale contenait, partout répandues, des masses gélatineuses qui remplissaient aussi la poche. La guérison de cette tumeur, évidemment maligne, s'était pourtant maintenue depuis six mois.

[1] E. Cohn. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1886, Bd. XII, Heft 1, p. 14.

[2] Leopold. *Deutsche med. Woch.*, 1887, n° 4, p. 62.

[3] B. S. Schultze. *Corresp. des allg. ärztl. Vereins von Thüringen*, 1887, n° 3.

[4] Poupinel. *De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire.* Thèse de Paris, 1886.

[5] H. W. Freund. *Ueber die Behandlung bösartiger Eierstocksgeschwülste* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1889, Bd. XVII; Heft 1, p. 150).

[6] Runge. *Fall von glandulären Ovarialcystomen mit gelatinösem Inhalt und peritonealen Metastasen* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 15, p. 233).

Toutefois, il faut savoir que de cruels mécomptes peuvent attendre le chirurgien et une récidive à marche galopante emporter l'opérée en quelques jours. Hofmeier[1] cite deux cas observés par lui où les opérées succombèrent ainsi, l'une 17 jours, l'autre 25 jours après l'ovariotomie. Dans le premier fait, on n'avait trouvé dans le péritoine, au moment de l'opération, aucune trace de généralisation, et cependant à l'autopsie la totalité de la séreuse était revêtue d'une couche de carcinome haute d'un travers de doigt, tout l'épiploon était converti en une masse dure et épaisse, si bien qu'il paraissait invraisemblable qu'on eût pu le trouver sain, quelques jours auparavant. Dans le second cas, il y avait déjà un commencement de métastase péritonéale, au moment de l'opération.

Il est impossible, ainsi que je l'ai dit, de séparer des kystes papillaires de l'ovaire les tumeurs solides, appelés à tort papillomes et qui ne sont le plus souvent que des kystes papillaires rompus dans le péritoine. Dans cette dernière phase de leur évolution, les kystes papillaires, réduits à leur partie solide, compliqués d'ascite provoquée par l'irritation du péritoine où ils déversent leur épithélium caduc, semant autour d'eux des débris qui se greffent au hasard sur la séreuse, ont véritablement accaparé le péritoine pour en faire une cavité kystique. Même à cette période, la laparotomie peut amener la guérison durable de ces tumeurs que les ovariotomistes considéraient, naguère encore, comme de véritables *noli me tangere*; on pourrait établir un rapprochement entre ces effets inespérés et ceux qu'a donnés la laparotomie pour certaines péritonites tuberculeuses. Knowsley Thornton[2] a cité une guérison de ce genre, datant de 9 ans; Leopold[3], de 2 ans; Cohn[4], un cas de Schröder datant de 2 ans 1/2. Freund[5] a aussi observé des guérisons durables. Lomer[6] a rapporté un fait excessivement remarquable; il existait de petites excroissances papillomateuses sur l'épiploon, d'où l'on put les enlever, sur l'intestin et sur le péritoine pariétal, d'où on ne put les extraire: la guérison s'était maintenue, cinq ans après l'opération. J'ai moi-même[7] opéré un cas tout à fait analogue avec l'assistance de Terrier, il y a dix-huit ans, et la malade est actuellement en parfaite santé. Il ne faut donc pas considérer ces lésions-là comme au-dessus des

[1] M. Hofmeier. *Grundriss der gynäk. Operationen*, 1888, p. 285.

[2] Knowsley Thornton. *Trans. obstet. Soc. of London*, 1886 (*Schmidt's Jahrb.*, 1887, Bd. CCXV, p. 257).

[3] Leopold. *Loc. cit.*, p. 61.

[4] E. Cohn. *Loc. cit.*, p. 14.

[5] W. Freund. *Loc. cit.*

[6] Lomer. *Doppelseitiges Papillom des Ovarium mit Ascites und ausgedehnter Infection des Peritoneum; dauernde Heilung durch Laparotomie* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 52. p. 906).

[7] S. Pozzi. *Quatre ovariotomies, etc.* (*Gaz. méd. de Paris*, 1879, p. 130).

ressources de la chirurgie, bien que leur pronostic déjoue toute prévision, et soit sous la dépendance de facteurs jusqu'à ce jour inconnus.

Âge. L'âge du sujet ne saurait être une contre-indication. On a opéré avec succès des enfants très jeunes ; de Sant'Anna a extirpé un kyste dermoïde à une enfant de 1 an, Rœhmer[1] à un enfant de 20 mois, Schwartz[2] à une petite fille de 4 ans. Mears, Barker et Rein[3] ont opéré pour des tumeurs de l'ovaire des enfants de 6 ans et 6 ans et demi. Thornton, Lucas, Hamaker[4], Cupples, Chenoweth[5], des enfants de 7 ans et 7 ans et demi. Spencer Wells, Mackenzie et Duchamp[6] ont pratiqué l'ovariotomie chez des petites filles de 8 ans et 8 ans et demi, Polotebnoff chez une jeune fille de 9 ans et Wagner[7] chez une autre de 10 ans. Les opérées de Barlow et Marsh[8], de Jouon[9], de Heinricius[10] et de Mac-Graw[11] étaient âgées de 12 ans, celles de Bolling, de Carafy, de Bell et de Cameron[12] de 13 ans. Bryant[13], il y a déjà longtemps, a publié un fait d'ovariotomie chez une jeune fille de 14 ans.

D'autre part, on a pu guérir, par l'opération, des femmes très âgées; il faut, toutefois, se mettre alors en garde contre les fâcheux effets du décubitus prolongé (congestion pulmonaire hypostatique, eschares au sacrum), en faisant lever les malades et les maintenant

[1] J. de Sant'Anna. *Kyste dermoïde chez une enfant âgée de 1 an* (*La Gynécologie*, 15 juin 1896, p. 213). — Roehmer (de Berlin). *Ovariotomie bei einem 1 Jahr 8 Monate alten Kinde. Heilung* (*Deutsche med. Woch.*, 1883, n° 52, p. 762). — Chiene (*Edinb. med. journ.*, 1883, t. XXIX, p. 1152) paraît avoir opéré une enfant de 5 mois, avec succès. Il semble que dans ce cas il s'agissait bien plutôt d'une *hernie de l'ovaire* que d'une tumeur ovarique.

[2] Schwartz. *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 475.

[3] J. E. Mears. *Philad. med. Times*, 1871, t. II, p. 44. — W. B. Barker, cité par Chenoweth. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1882, t. XV, p. 628. — Rein. *Vratch*, 1896, n° 6.

[4] J. K. Thornton. *Brit. med. Journ.*, 1881, t. II, p. 933. — R. C. Lucas. *Med. Press. and Circ.*, 2 mai 1888, t. XCVI, p. 459. — W. D. Hamaker. *A case of ovarian tumor in a girl seven years old; ovariotomy, recovery* (*New-York med. Journ.*, 14 sept. 1889, p. 288).

[5] G. Cupples. *Excision of an ovarian cyst from a child seven and half years old* (*Richmond and Louisville med. Journ.*, 1874, p. 658). — W. J. Chenoweth, *Loc. cit.*, p. 625.

[6] Sp. Wells. *Ovariotomy successful in a girl eight years old* (*Brit. med. Journ.*, 1874, t. I, p. 452). — W. G. Mackenzie. *Dublin journ. of med. Science*, oct. 1888, t. LXXXVI, p. 302. (Il s'agissait, dans ce cas, d'un kyste dermoïde de l'ovaire.) — V. Duchamp, *Ovariotomie chez une enfant de 8 ans et demi; guérison* (*Arch. de Tocol.*, 1884, t. XI, p. 23).

[7] S. M. Polotebnoff. *Ejened klin. Gaz.*, Saint-Pétersbourg, 1887, p. 209. — P. Wagner. *Arch. f. klin. Chir.*, 1884, t. XXX, p. 506.

[8] T. Barlow et H. Marsh. *A case of ovariotomy in a child aged 12 years* (*Brit. med. Journ.*, 1878, p. 775).

[9] Jouon, de Nantes (cité in *Dict. encycl.* art. Ovariotomie, p. 304).

[10] G. Heinricius. *Finska läk. sälsk. Handl.*, Helsingfors, 1888, t. XXX, p. 492. Il s'agissait d'un kyste à contenu colloïde.

[11] T. A. Mac-Graw, cité par Chenoweth, *Loc. cit.*, p. 627.

[12] Bolling. *Hygiea*, 1887, t. XLIX, p. 788. — Carafy. *Lancet*, 1886, t. I, p. 920. — Bell. *Unilocular ovarian cyst in a girl aged thirteen; ovariotomy* (*Ibid.*, 1887, t. I, p. 418). — Cameron. *Glascow med. Journ.*, 1888, t. XXXI, p. 1.

[13] Th. Bryant. *A case of ovarian disease in a child* (*Guy's Hosp. Reports*, 1869, t. XIV, p. 216).

assises de très bonne heure, selon le conseil de F. Barnes. Johnson[1] a guéri une opérée de 64 ans. Davis[2] a publié un succès obtenu à l'âge de 65 ans, Pinnock[3] à 67 ans, Sp. Wells[4] et J. Bœckel[5] à 73 ans, Josephson[6] à 76 ans, Terrier[7] à 77 ans, Owen[8] à 80 ans, et Homans[9] à 82 ans et 4 mois.

Technique opératoire.

Technique opératoire de l'ovariotomie abdominale. — Kystes pédiculés. — Je renvoie, pour les **précautions préliminaires**, à l'exposé que j'ai présenté (p. 19 et suiv.)[10].

Beaucoup de chirurgiens ne procèdent à une ovariotomie qu'entourés d'un arsenal considérable : pinces de toutes formes et de toutes grandeurs, bistouris, ciseaux, écarteurs, porte-aiguilles, etc. Il y a intérêt, je crois, à réduire au strict nécessaire le nombre des **instruments** employés, pour éviter le plus possible les chances d'infection. Il suffira d'avoir de bons bistouris, des pinces à disséquer, une sonde de femme, une sonde d'homme et une sonde cannelée, des ciseaux, dont une paire courbée sur les bords, quelques pinces hémostatiques ordinaires, des pinces longues, à adhérences, droites et courbes, 2 pinces à kyste de Nélaton, 1 pince de Museux, 1 trocart, 1 paire de pinces porte-aiguilles, des aiguilles et 1 aiguille montée mousse ; enfin de la soie, du catgut et des compresses-éponges. Tous ces instruments doivent être exclusivement réservés aux laparotomies, et avoir été, comme je l'ai dit, chauffés pendant une heure à l'étuve, à 140°. Ils seront placés près de l'opérateur, à portée de sa main dans une cuvette plate remplie d'eau phéniquée à 2 pour 100. Il sera bon, toutefois, de conserver sur une table voisine un supplément d'instruments de rechange, pinces, bistouris, etc., pour les besoins imprévus (fig. 449).

Instruments.

Les chirurgiens qui se servent d'éponges conseillent de les compter avant et après l'opération, à cause de la facilité avec laquelle une

[1] Johnson. *Virginia med. Monthly.*, Richmond, 1888, t. XV, p. 644. — La tumeur pesait 63 livres.

[2] Davis. *Brit. med. Journ.*, 1887, t. II, p. 1050.

[3] Pinnock. *Austral. med. Gaz.*, Sydney, 1887, t. VII, p. 158.

[4] Sp. Wells. *Traité des tumeurs de l'ovaire*, trad. franç., 1888, p. 267.

[5] J. Bœckel. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1896, p. 26; il s'agissait d'un kyste suppuré.

[6] Josephson. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 47, p. 824.

[7] F. Terrier. *Progrès méd.*, 1888, n° 24, p. 466 ; il s'agissait, dans ce cas-là, non de kystes, mais de fibromes des ovaires.

[8] E. M. Owen. *Brit. gyn. Journ.*, Londres, 1888, t. IV, p. 38.

[9] J. Homans. *Med. Record.* New-York 5 mai 1888, t. XXXIII, p. 496. — La tumeur était un kyste multiloculaire avec végétations papillaires; poids du liquide, 15 livres; poids des parties solides, 1 livre 3/4. L'opération avait été indiquée par de grandes douleurs.

[10] L'antisepsie du tube digestif, sur laquelle Terrier a beaucoup insisté, me paraît être suffisamment assurée avant et après l'opération par l'emploi de laxatifs fréquents; ce n'est que dans des cas exceptionnels, en particulier quand il y a eu évacuation d'une collection purulente par le rectum, que j'administre du naphtol β et du salicylate de bismuth pour désinfecter énergiquement l'intestin.

petite éponge, même montée sur des pinces, peut, si cette dernière vient à lâcher, être oubliée dans le ventre. Pour ma part, j'ai complètement renoncé aux éponges, et je ne crois pas que pareil accident soit à redouter avec les compresses que j'emploie et dont l'extrémité dépasse toujours la plaie abdominale. On doit, du reste, placer sur elles, pour plus de sûreté, une pince indicatrice, à branches dorées de préférence. La précaution de compter les pinces a pu rendre

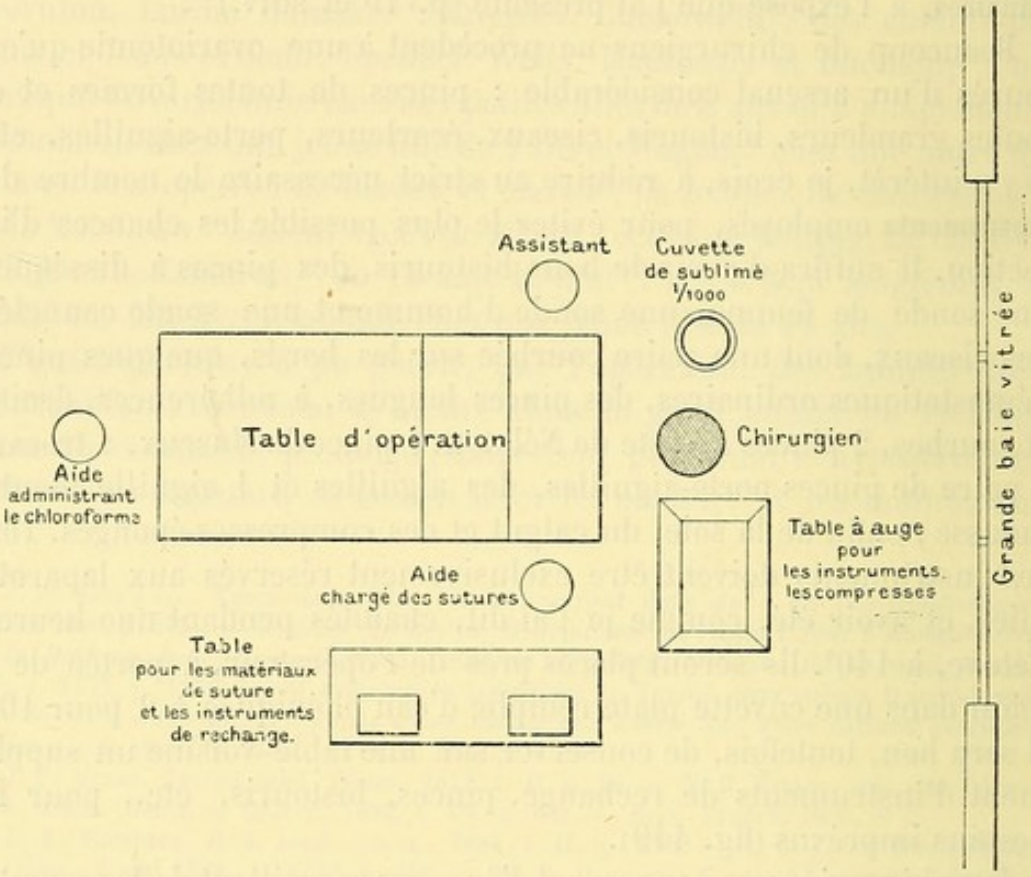


Fig. 449. — Disposition des aides et du mobilier opératoire pour une laparotomie.

des services, et l'on cite toujours le cas de Spencer Wells qui, grâce à elle, rouvrit le ventre et retira l'instrument oublié. Mais, d'autre part, une erreur inverse pourrait être ainsi commise, si une pince avait glissé dans un bassin ou avait été emportée attachée à la tumeur ou à une éponge, sans qu'on s'en fût aperçu[1]. Il suffit donc, je crois, d'exercer une exacte surveillance sur les instruments.

Aides. Le **nombre des aides** doit être aussi restreint que possible : 1 pour le chloroforme, 1 pour enfiler et faire passer les aiguilles ou les fils à ligatures (ceux-ci devront être coupés d'avance et maintenus dans une solution phéniquée ou sublimée faible) ; 1 troisième aide expérimenté suffit pour assister le chirurgien ; il doit se tenir à gauche

[1] H. C. Coe (*Amer. Journ. of Obstet.*, fév. 1889, t. XXII, p. 166) a deux fois rouvert le ventre pour rechercher une éponge qui était tombée dans un seau.

de la malade, tandis que l'aide chargé du soin des sutures est placé à droite de l'opérée, et par suite à gauche du chirurgien, à proximité suffisante pour lui passer directement les fils. Si l'on n'a pas à sa disposition un assistant expérimenté, on en prendra deux, l'un à droite, l'autre à gauche. Personne n'aura le droit de toucher un instrument, un objet quelconque servant à l'opération, en dehors des aides précités. Si un instrument tombe à terre, on l'y laisse.

On peut diviser en quatre temps l'opération de l'ovariotomie :

1er temps. Ouverture de l'abdomen.

1er temps. Ouverture de l'abdomen. — Il vaut mieux commencer par une ouverture de moyenne grandeur, quitte à l'agrandir ultérieurement. Tandis que l'assistant place son index au niveau de l'ombilic pour désigner ce point de repère et tire légèrement la peau en haut, le chirurgien, armé d'un fort bistouri convexe, fait une incision de 10 centimètres sur la ligne blanche, allant en bas jusque près de la symphyse. Le tégument et le tissu cellulaire étant rapidement divisés, on tâche de tomber dans l'interstice des muscles droits, qu'il faut chercher d'abord à la partie supérieure de la plaie. L'ouverture de leur gaine constitue plutôt un avantage qu'un inconvénient. On tombe immédiatement après sur le *fascia transversalis* et la graisse sous-péritonéale, qu'on ne confondra pas avec le grand épiploon. On incise et l'on excise, si c'est nécessaire, ces pelotons graisseux souvent très abondants, et l'on arrive sur la séreuse. Avant de l'ouvrir, on doit s'assurer que l'hémostase est complète et pour cela placer deux ou trois pinces sur les vaisseaux qui saignent. On saisit le péritoine avec des pinces à disséquer dans la partie supérieure de la plaie, et l'on fait une petite boutonnière au pli soulevé ; une sonde cannelée est introduite de haut en bas sur la ligne médiane, et le péritoine est largement incisé, soit au bistouri, soit aux ciseaux. On doit bien s'assurer, à ce moment, en soulevant la séreuse avec la sonde cannelée, et en la regardant au besoin à contre-jour, qu'on ne risque pas de blesser la vessie anormalement développée[1]. Dans des cas

[1] La blessure de la vessie est un accident qui est arrivé à de nombreux opérateurs expérimentés, dans les cas où la tumeur, développée sous la séreuse, a démesurément étiré le réservoir urinaire, qui, vidé, devient méconnaissable et peut très bien être pris pour une épaisse fausse membrane. J'ai eu moi-même à porter remède à cet accident dans un cas où la plaie avait 20 centimètres de longueur et comprenait à la fois la surface extra et intra-péritonéale du réservoir urinaire (*Annal. des mal. des org. génito-urin.*, 1er mai, 1883). Dans ce cas j'ai suturé toute la vessie, en laissant une boutonnière antérieure où j'ai placé un siphon ; après la guérison de la malade, j'ai facilement oblitéré cet orifice. De nouvelles publications de Reverdin et de Sänger autorisent à essayer la suture complète. Dans un cas où il avait enlevé une portion de la vessie, Sänger (*Congrès de Halle*, in *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 26, p. 418) l'a suturée à la soie et l'a fixée à la partie inférieure de la plaie, en attirant le péritoine au-devant d'elle ; drainage pré-vésical, et suture des parois abdominales au-dessus du moignon vésical, guérison. Leopold (*ibid.*), ayant de son côté enlevé le sommet de la vessie dans une hystérectomie, a fait des sutures complètes séro-séreuses, et a guéri sa malade. Je crois qu'il serait bon de faire, en pareil cas, deux plans de sutures, soit à points séparés comme dans le procédé

rares, la fusion du péritoine avec la paroi antérieure du kyste peut être telle que la distinction devient impossible. Il faut alors prolonger l'incision par en haut pour arriver en un point où la séreuse est libre, puis procéder ensuite au décollement de haut en bas. Cela vaut infiniment mieux que d'entrer immédiatement dans le kyste et de le décoller, en opérant une traction sur sa face interne.

2e temps. Rupture des adhérences.

2e **temps. Rupture des adhérences. Évacuation.** — A. **Adhérences à la paroi abdominale.** — La main droite est introduite à plat dans la plaie abdominale à la surface du kyste, et, manœuvrant avec son bord cubital, décolle peu à peu les adhérences à droite et à gauche aussi loin qu'elle peut aller. On a parfaitement la sensation de celles qui sont trop solides pour céder à la pression simple, et l'on s'abstient d'exagérer cette manœuvre, se réservant de rompre plus tard, après l'évacuation du kyste, celles qui résistent.

B. **Adhérences avec l'épiploon.** — Elles sont rompues de la même manière ; on s'aidera au besoin des deux mains. On place immédiatement des ligatures au catgut sur les points saignants. Si certaines parties sont trop adhérentes, on les saisit avec deux pinces juxtaposées, on incise entre celles-ci et on lie ensuite au catgut, par petits paquets. Cette manière de procéder remplace avantageusement la ligature élastique en masse qu'a employée Hegar.

C. **Adhérences avec les intestins.** — Les adhérences molles se détachent comme les précédentes ; celles qui sont moyennement tenaces cèdent à la tension et à la pression combinées, portant alternativement sur la paroi kystique et sur la paroi intestinale, et toujours exercée avec les doigts recouverts d'une compresse-éponge. L'intestin saigne-t-il, alors, en un point limité, on y placera avec une aiguille fine et du catgut une ou plusieurs sutures à points séparés. L'hémorrhagie se fait-elle sur une large surface, on essayera d'abord de la maîtriser par une compression de quelque durée, et, si cela ne suffit pas, on touchera les endroits qui donnent du sang avec la solution phéniquée forte. Hegar recommande de faire agir à distance la chaleur rayonnante d'un thermo-cautère. Enfin, si la séparation de l'intestin paraît dangereuse, il vaudra mieux renoncer à le décoller et procéder comme je l'ai indiqué au sujet de la myomectomie (p. 327), en laissant une mince couche de la paroi kystique adhérente à l'intestin que l'on dégage par une dissection minutieuse. Mais il est nécessaire de cautériser cette couche pour y détruire tous les éléments épithéliaux provenant de la paroi kystique. Du reste, avant de commencer

de Czerny pour la suture intestinale, soit en surjet. J'ai eu de la sorte un beau succès (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, déc. 1889, p. 786). La soie doit être préférée dans l'ovariotomie, où l'on réduit le pédicule, parce qu'on n'a pas à craindre son infection secondaire.

le détachement des adhérences intestinales de quelque étendue, il faut toujours s'assurer de leur nombre et de leur importance, et, si elles sont trop considérables, mieux vaut y renoncer, se borner à avoir fait, selon les cas, une incision exploratrice, ou traiter le kyste par la marsupialisation (voir plus loin).

D. **Adhérences pelviennes.** — Pour les petites tumeurs, on procédera, avant la ponction, à la recherche des adhérences ; quant aux grosses tumeurs, il est nécessaire de diminuer d'abord leur volume pour pouvoir glisser la main dans la cavité pelvienne ; on doit, en même temps, fortement les attirer en avant avec les pinces de Nélaton. Une erreur grave qu'il faut éviter serait de prendre pour un kyste fixé par de larges adhérences une tumeur intra-ligamentaire ; on ne pourrait détacher un kyste de ce genre qu'après en avoir ouvert la loge péritonéale, comme je l'indiquerai ci-après.

Les adhérences pelviennes seront rompues avec la main, et, si l'on est forcé d'employer les ciseaux, on coupera toujours entre deux pinces ou deux ligatures. Il peut arriver que la portion pelvienne de la poche soit tellement adhérente qu'elle ne puisse être extirpée. On fera alors une opération partielle ou incomplète dont j'indiquerai plus loin la technique.

Il y a tout intérêt pour les petites tumeurs à ne pas faire l'évacuation du kyste avant d'avoir détaché les adhérences susceptibles de céder à la pression de la main ; celle-ci s'exerce, en effet, beaucoup plus efficacement sur une poche tendue que sur une poche flasque, mais il faut réserver l'incision des adhérences invincibles pour le moment où la ponction du kyste et son affaissement permettent de s'aider du contrôle de la vue.

Évacuation.

L'évacuation du kyste peut être faite avec le bistouri, comme c'est l'habitude en Allemagne, mais cette manœuvre expéditive expose toujours plus ou moins à la souillure de la plaie, lorsque le jet du liquide a perdu de sa force ; l'usage du trocart me paraît donc préférable.

Il est parfois nécessaire de ponctionner successivement plusieurs cavités ; on peut souvent se borner, pour cela, à enfoncer davantage le trocart directement ou dans une autre direction, sans le retirer. On se sert avec avantage, pour les très grandes poches, d'un trocart communiquant avec un récipient volumineux où l'on a préalablement fait le vide.

Si la tumeur, microkystique et aréolaire, ne se laissait pas réduire par la ponction, on agrandirait, sans hésiter, l'incision abdominale, avec des ciseaux, jusqu'à l'ombilic, en divisant toutes les couches d'un seul coup : il n'y a aucun intérêt réel, quoi qu'on en ait dit, à contourner à gauche la cicatrice ombilicale, si on doit la dépasser.

3e temps. Extraction du kyste et ligature du pédicule.

3e temps. Extraction du kyste et ligature du pédicule. — On retire le trocart par un mouvement brusque, tandis que l'assistant pince la poche au niveau de la piqûre : on place sur elle des pinces de Nélaton pour l'oblitérer et faciliter la traction. Une seconde paire de pinces semblables ou des pinces de Museux sont placées en un point convenable, et on commence à faire, pour ainsi dire, l'accouchement du kyste, en tirant doucement et en s'aidant de mouvements de latéralité alternatifs. A mesure que la tumeur se dégage, l'aide exerce une pression sur les parois abdominales et applique de plus en plus l'une contre l'autre les lèvres de la plaie, de telle sorte qu'au moment où le kyste est entièrement sorti, celle-ci se trouve fermée sur le pédicule ; on évite ainsi toute issue de l'intestin. Si, pendant l'extraction, on avait à vaincre la résistance de brides ou d'adhérences ayant préalablement résisté à l'action de la main, on ferait soulever le paquet intestinal par la main de l'aide, avec interposition d'une compresse-éponge chaude, et on placerait au besoin des écarteurs dans la plaie pour l'entr'ouvrir et diviser entre deux ligatures, avec des ciseaux, les adhérences fibreuses qui sont très rarement vasculaires.

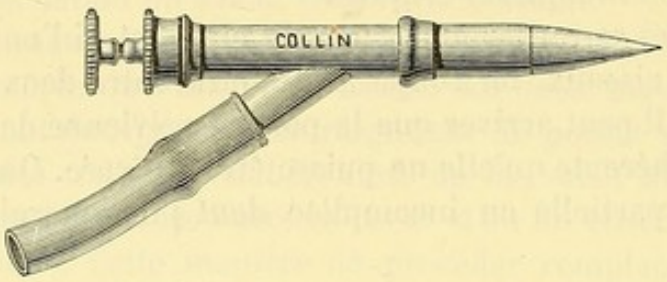


Fig. 450. — Trocart à pointe ronde et à tube d'écoulement latéral.

Le pédicule doit maintenant être lié, séparé de la tumeur et abandonné dans le ventre.

Cette méthode de **traitement intra-péritonéal** du pédicule est celle qu'avaient suivie les premiers opérateurs; elle avait été ensuite abandonnée pour le traitement **extra-péritonéal**, qui a été généralement employé jusque vers 1880, époque où la méthode intra-péritonéale s'est généralisée. C'est en 1841 que Stilling[1] restaura le traitement extra-péritonéal en Allemagne; de son côté, Duffin[2], en Angleterre, en 1850, la remit en honneur, mais il doit sa plus grande vulgarisation à Spencer Wells[3]. Auparavant, le pédicule avait simplement été suturé dans la plaie abdominale avec des points de suture ou des aiguilles. Un nouvel instrument, sorte d'étau ou **clamp** destiné à comprimer l'extrémité du pédicule, pour assurer l'hémostase et le

[1] B. Stilling. *Holscher's Hannov. Annal.*, 1841, p. 251 et 595.
[2] E. W. Duffin. *Med. chir. Transact.*, 1850, t. XXXIV, p. 1.
[3] Sp. Wells. *History and progress of ovariotomy in Great Britain* (*ibid.*, 1863, t. XLVI, p. 55).

maintenir solidement, fut inventé par Hutchinson en 1858 et fut aussitôt adopté avec une sorte d'enthousiasme. Spencer Wells, Atlee, Wilde, Kœberlé, Hegar et Kaltenbach inventèrent à leur tour divers modèles. Clay et Baker-Brown firent construire un *cautery-clamp*, destiné à combiner la compression et la cautérisation. A Paris, les chirurgiens se contentèrent généralement de la transfixion cruciale avec de longues et fortes aiguilles, jointe à la constriction avec le serre-nœud de Cintrat.

Les principaux inconvénients du traitement extra-péritonéal du pédicule sont : la mortification de celui-ci qui s'étend parfois assez loin et expose à l'infection de la plaie ; l'affaiblissement de la cicatrice abdominale qui prédispose aux hernies consécutives. Toutefois, ce procédé mérite d'être conservé dans les cas où, en même temps qu'un kyste de l'ovaire, on aura à combattre soit un prolapsus, soit une rétroflexion prononcée de l'utérus ; on opère, en effet, du même coup, une gastro-hystéropexie.

Il est tout à fait exceptionnel de rencontrer un pédicule assez mince pour qu'il soit suffisant de passer autour de lui un fil de soie et de le nouer. Il est toujours beaucoup plus sûr de le transfixer en son milieu et de faire soit le nœud de L. Tait, soit celui de Bantock, qui peuvent être très solidement serrés. Si la largeur du pédicule l'exige, on fera la ligature en chaîne (p. 67 à 70). Il est bon, quand le pédicule est court, de placer tous les fils avant de détacher la tumeur, et de n'inciser le pédicule, à 1 centimètre au moins au-dessus des fils, que progressivement, par petits segments liés d'avance à mesure et ensuite libérés. On évitera ainsi le retrait, très difficile à éviter au fond du pelvis, du pédicule prématurément sectionné en totalité. Si le pédicule est très épais, très succulent, peu différencié de la masse de la tumeur, on se trouvera bien d'y faire une forte empreinte par la compression excessive de fortes pinces à adhérences (fig. 65). Au bout de quelques instants d'application, on obtiendra ainsi une dépression ou sillon où la ligature tiendra beaucoup mieux et où l'hémostase sera déjà à moitié faite par l'écrasement des tissus.

Après avoir détaché la tumeur, on coupe tous les fils à un 1/2 centimètre au-dessus du nœud. Auparavant, toutefois, on recherche, à la surface de la section, la lumière des gros vaisseaux, et on les lie isolément à la soie fine ou au catgut ; on touche la tranche à la solution forte. Si le pédicule était exceptionnellement charnu et mollasse, ou surtout si la surface de section paraissait contenir des tissus suspects, ou enfin si la trompe présentait des signes d'inflammation, on mettrait en usage la pratique inaugurée par Clay et systématisée par Baker-Brown : la cautérisation de la plaie pédiculaire au fer

rouge. Les parties voisines seraient soigneusement protégées avec une compresse-éponge humide. Quelques auteurs[1] ont conseillé, dans le but d'éviter les adhérences futures avec l'intestin et la production d'étranglement interne, de suturer les deux lèvres de la plaie péritonéale au-dessus du pédicule; c'est, me semble-t-il, une complication inutile, car des fausses membranes viennent très vite l'encapsuler.

Le chirurgien examine alors l'ovaire du côté opposé, et pour peu qu'il lui paraisse suspect et que la femme touche à la ménopause, il l'enlève. Si la femme était encore jeune et la lésion du second ovaire très limitée, on pourrait suivre la conduite hardie de Schröder[2], qui, en pareil cas, excisa simplement une petite tumeur dermoïde et réunit la plaie de l'ovaire, après en avoir fait ainsi la résection. La femme devint enceinte et accoucha heureusement peu après. Schröder a fait quatre fois cette **résection de l'ovaire** chez des femmes jeunes. A. Martin[3] a depuis imité cette conduite que je préconise également. On doit aussi examiner avec soin l'utérus, et, si l'on y trouve des noyaux fibreux, en faire l'énucléation, quand il s'agit d'une femme jeune et quand l'opération paraît simple, à cause du siège des tumeurs; s'il s'agit d'une femme voisine de la ménopause ou que la myotomie doive offrir des difficultés, la castration, par ablation du second ovaire, est préférable.

4e temps. Toilette du péritoine et occlusion de l'abdomen.

4e **temps. Toilette du péritoine et occlusion de l'abdomen.** — Quand l'opération a été simple, quand il n'y a pas eu d'effusion de liquide irritant ni de sang, il est inutile de s'attarder à éponger les quelques gouttes de sang qui peuvent exister dans le pelvis et qui se résorberont facilement[4]. Le frottement des compresses-éponges a en effet toujours l'inconvénient d'enlever l'épithélium à la surface du péritoine et de détacher quelques petits caillots qui bouchaient des orifices vasculaires : un nouveau suintement sanguin peut en résulter. Tout autre doit être la conduite du chirurgien quand du liquide kystique, du sang en abondance, ou surtout du pus, a souillé le champ opératoire. S'il s'agit de sang ou de liquide kystique, l'usage des compresses-éponges suffit; on en coiffe le doigt et on le promène

[1] B. S. Schultze. *Bericht über die von* 1884-85 *und* 1886 *ausgeführten Laparotomien* (*Corresp. des allg. ärztl. Vereins von Thüringen*, 1887, n° 3).

[2] Schröder. *Gesell. f. Geb. und Gyn. zu Berlin*, juill. 1884. (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1885, Bd. XI, p. 560.)

[3] A. Martin. *Samml. klin. Vorträge*, 1889, n° 343.

[4] Gluge et Thiernesse, dès 1845, ont montré qu'on peut faire impunément des injections de sang dans la cavité abdominale. Récemment les essais de *transfusion intra-péritonéale* ont fait répéter ces expériences chez l'homme. Edler. *Die traumatische Verletzungen der parench. Unterleibsorgane* (*Arch. f. klin. Chir.*, 1886, t. XXXIV, p. 198). — Stephanesco (*Considérations sur le péritoine*. Thèse de Strasbourg, 1871) a fait des injections d'air chimiquement pur et de quelques substances colloïdes, sans accidents.

dans tous les points déclives; pour le cul-de-sac de Douglas, on saisit le coin d'une compresse avec une longue pince courbe, on l'enroule autour de la pince, et l'on va ainsi éponger jusque derrière l'utérus. Quand il y a eu effusion de pus ou de matière kystique très poisseuse et irritante, le lavage du péritoine sera indiqué (p. 33). J'ai antérieurement précisé dans quelles conditions on doit faire le drainage ou le tamponnement (p. 76 à 87).

Le chirurgien n'a plus qu'à refermer le ventre; j'ai longuement exposé (p. 56 à 66) comment il doit procéder et je n'y reviendrai pas. Mon procédé de suture[1] (suture continue à deux plans superposés pour le péritoine et les aponévroses, à surjet séparé pour les téguments) évite les hernies et éventrations, si fréquentes après le mode de suture *en masse*, généralement usité[2]. Si l'on se trouvait en présence de parois abdominales très saignantes sur une grande étendue de leur surface interne, par suite du détachement de larges adhérences, et si l'on craignait un suintement capillaire après l'occlusion de la plaie, on pourrait placer sur la paroi, au niveau des limites de ces *écorchures* de la séreuse, une série de sutures enchevillées serrées sur de petits rouleaux de gaze iodoformée, sutures destinées à appliquer, l'une contre l'autre, les surfaces saignantes relevées en dos d'âne; ces sutures seraient laissées deux ou trois jours en place[3].

Je viens de décrire l'opération pour ainsi dire typique, telle qu'elle se pratique pour les kystes. Je dois maintenant revenir sur deux conditions opératoires importantes qui peuvent se présenter et qui sont relatives, l'une à l'absence de pédicule, l'autre à l'impossibilité de le constituer.

Énucléation des kystes inclus et rétro-péritonéaux.

Énucléation des kystes inclus dans le ligament large et rétro-péritonéaux. — J'éliminerai tout d'abord les **masses métastatiques** sous-péritonéales que l'on rencontre soit dans le cul-de-sac de Douglas, soit dans les fosses iliaques, en même temps que les tumeurs pédiculées d'un ou des deux ovaires. S'attaquer à ces masses microkystiques et colloïdes, infiltrées plutôt qu'incluses sous la séreuse, c'est courir au-devant d'un échec opératoire certain; il est rarement possible de les extraire en entier, et les délabrements énormes qu'on est amené à faire, joints aux vestiges de néoplasmes laissés adhérents, suffisent à amener l'infection. On doit donc se borner alors à enlever la tumeur ovarienne pédiculée, si cette opé-

[1] Je l'emploie depuis 1886 (voir *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 19 oct. 1887, p. 577).

[2] Wertheimer. *Essai sur les hernies consécutives à la laparotomie.* Thèse de Paris, 1887, n° 165. — W. Gill Wylie. *Ventral hernia caused by laparotomy* (*Amer. journ. of Obstet.*, janv. 1887, t. XX, p. 25). — E. Fasola. *Hernie abdominale consécutive à la laparotomie* (*Annal. di obstet e gyn.*, 1888, p. 198).

[3] v. Hacker. *Wien. med. Woch.*, 1885, n° 48, p. 1466.

ration est simple, en laissant en place les masses secondaires, ou même refermer le ventre, si les adhérences multiples qui existent presque toujours, en pareil cas, font prévoir une opération à la fois laborieuse et incomplète.

A. **Kystes parovariens hyalins.** — Ces kystes, à parois minces, à contenu limpide, nés dans l'épaisseur du ligament large, peuvent de là avoir cheminé sous la séreuse jusque dans le mésocôlon et le mésentère. Ils sont très faciles à séparer de la séreuse, qui n'adhère pas à leur surface, à moins d'inflammation antérieure. Quand on les aura reconnus à leur aspect, il faudra avec précaution faire un pli au péritoine qui les recouvre, l'inciser, introduire le doigt dans la boutonnière et détacher la séreuse sur une petite étendue; on enfoncera le trocart sur la surface ainsi rendue libre et on extraira le liquide. Le trocart retiré, l'orifice oblitéré par des pinces, on décolle plus largement le péritoine à la surface du kyste, on l'incise dans une étendue suffisante, et, par des tractions successives, aidées de l'action du doigt qui brise les liens cellulaires, on enlève la totalité de la poche. On place, au fur et à mesure, des pinces sur les vaisseaux qui saignent. La cavité que laisse l'énucléation s'affaisse d'elle-même, sans qu'il soit nécessaire de s'en inquiéter[1].

Si la poche est devenue adhérente par suite d'une inflammation, souvent consécutive elle-même à une apoplexie intra-kystique dont on retrouve les vestiges dans la coloration du liquide et les dépôts brunâtres de la paroi, l'opération est plus difficile. Je me suis trouvé deux fois aux prises avec des cas de ce genre, et je n'en suis venu à bout qu'en ayant recours à ce procédé que je recommande : large incision de la poche; fixation des lèvres de la plaie avec une couronne de pinces, confiées à un aide; introduction de la main gauche dans l'intérieur du kyste, de manière à se rendre exactement compte de ses connexions et à aider, du dedans, les efforts de décortication de la main droite agissant au dehors, sous le péritoine. Une règle très importante est de procéder méthodiquement, avec suite, de ne pas disséminer les efforts, en abandonnant l'endroit par lequel on a commencé la décortication. Enfin, on ménagera, si possible, l'ovaire généralement sain.

B. **Kystes papillaires du ligament large et kystes glandulaires inclus.** — Je réunis ces deux espèces de kystes, quelque différence anatomique qu'ils présentent d'ailleurs, parce qu'au point de vue opératoire ils offrent ici de grandes ressemblances. J'ai déjà dit que les kystes

[1] La première indication nette de décortication des kystes inclus a été donnée par Miner (de Buffalo). *Internat. med. Congress*, 1876, p. 801. — Voir sur la technique L. Tait (*Edinb. med. journ.*, juill. 1889, t. XXXV, p. 20), qui a opéré 102 cas de kystes inclus avec 1 mort.

papillaires du ligament large[1], quoique procédant sans doute du parovaire (soit de sa portion intra-ligamentaire, soit de celle qui pénètre dans le hile de l'ovaire), ne sont pas de ceux que les cliniciens ont l'habitude de désigner habituellement sous le nom de kystes parovariens. Ils appliquent le plus souvent ce mot à la variété parovarienne, effectivement la plus commune, des kystes hyalins.

La poche des kystes parovariens papillaires est épaisse, souvent doublée de fibres musculaires lisses qui semblent les relier à l'utérus; leur contenu est trouble ou lactescent; ils renferment des masses végétantes, en chou-fleur. Au point de vue de l'épaisseur et de la vascularité de leur paroi, ils se rapprochent donc des kystes glandulaires ou papillaires de l'ovaire. Ces kystes eux-mêmes, soit par suite de leur point de départ au niveau du hile de l'organe (kystes papillaires), soit par suite d'un développement semi-hétérotopique ou d'une prédisposition congénitale (kystes glandulaires), peuvent dédoubler le ligament large pour y enfouir leur base, au lieu de se pédiculiser. Les connexions étroites et intimes avec la séreuse, l'utérus, le plancher et les parois du bassin, constituent de nouveaux traits de ressemblance. La différence capitale, au point de vue des connexions anatomiques, est dans l'indépendance de l'ovaire pour les kystes parovariens, et dans sa fusion avec la tumeur pour les kystes ovariens. Capitale au point de vue purement anatomique, cette différence est, au contraire, médiocre au point de vue opératoire.

Pour tous les kystes inclus dans le ligament large, la décortication est très pénible, à cause de l'adhérence du péritoine, qui ne se détache souvent que par lambeaux; elle est, en outre, laborieuse, à cause des gros vaisseaux profondément situés; enfin elle est dangereuse, vu les rapports étroits de la base de la poche avec l'uretère et la possibilité d'arracher ou de blesser ce conduit[2].

[1] William Goodell (*Amer. Journ. of Obstet.*, janv. 1888, p. 1), dans une étude intéressante consacrée à ces kystes, propose de les désigner sous le nom de *kystes intra-ligamentaires*, en réservant le nom de *parovariens* ou *kystes du ligament large* aux kystes à contenu limpide : il me semble que le seul moyen d'éviter la confusion est de viser la nature du contenu et de dire kystes (parovariens) *hyalins* et kystes *papillaires*, intra-ligamentaires ou du ligament large.

[2] Il faut distinguer la conduite à tenir immédiatement, quand on s'aperçoit de la blessure de l'uretère, ou tardivement, quand, la malade ayant survécu aux accidents qui peuvent se développer, il persiste une fistule uretéro-abdominale, ou utéro-vaginale. Ce dernier point rentre dans l'histoire des fistules urinaires, et je rappelle simplement que, pour un cas de ce genre, Simon le premier pratiqua la néphrectomie.

La conduite à tenir quand on s'aperçoit d'une blessure de l'uretère au cours d'une opération, sera différente selon qu'il s'agira d'une petite déchirure ou d'un arrachement complet. Dans le premier cas le mieux est de suturer la plaie du canal, le plus exactement possible, et d'y placer une sonde en gomme à demeure, en pratiquant d'abord le cathétérisme par la vessie (procédés de Pawlik et de Simon, p. 135 à 141), puis guidant la sonde par la plaie abdominale. Je crois qu'il serait également prudent, en pareil cas, de faire le tamponnement antiseptique du péritoine, au-dessus de l'organe blessé, car la

Il vaut mieux vider la poche d'emblée ; on saisit alors la partie saillante avec des pinces de Nélaton, on la porte hors de la plaie abdominale, et on y dessine, au bistouri, une grande ellipse où est inscrite toute la partie de la poche qu'on a pu faire sortir de l'abdomen. L'incision ne comprend, si possible, que le péritoine, et on décolle alors la séreuse en s'aidant de pinces, de la spatule et du doigt, de façon à disséquer une collerette circulaire de plus en plus profonde, concentriquement à la poche kystique contre laquelle on chemine. Il vaut mieux commencer ce travail de décortication dans les points les plus vasculaires et lier d'emblée les gros vaisseaux qui alimentent les troncs secondaires. Il sera souvent nécessaire, pour s'orienter, de faire placer et maintenir par un aide une sonde dans la cavité utérine, car l'utérus est parfois tellement déplacé ou masqué par la tumeur, qu'on ne le retrouve que difficilement. Pour le détachement des adhérences utérines, il faut autant

réunion peut manquer et il faut donner une issue au liquide, en comptant sur les adhérences protectrices qui peuvent alors encore limiter le foyer. Schoff (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1886, n° 31), dans un cas d'ovariotomie de kyste intra-ligamentaire où l'uretère avait été blessé, a d'abord placé des pinces provisoirement sur les deux bouts, puis les a réunis par 8 points de suture à la soie, sans comprendre la muqueuse ; il y eut une guérison temporaire de 4 semaines, puis des accidents survinrent et emportèrent la malade, en moins de deux mois. On trouva à l'autopsie une dégénérescence amyloïde des reins et de la péritonite plastique. Dans un autre cas, le même auteur préférerait désormais réunir l'uretère divisé sur une sonde anglaise (en gomme), passant par l'urèthre dont elle n'occuperait qu'une faible partie de manière à ne pas obstruer le passage pour l'urine du second rein. — A. Gusserow (*Charité-Annal.*, 1887, t. XII, p. 630) a lié l'uretère dans les circonstances suivantes : dans le cours de l'énucléation d'un kyste intra-ligamentaire malin, un petit lambeau de la tumeur qui n'avait pu être enlevé avait été lié au fond de la plaie ; l'uretère avait été compris dans la ligature, car au 9e jour survint un gros abcès avec péritonite septique et la malade succomba le 15e. Dans une occasion semblable, Gusserow conseillerait l'ouverture du foyer purulent par le cul-de-sac postérieur du vagin pour qu'il se produisit une fistule urétéro-vaginale. Je préférerais, en pareil cas, faire préventivement le tamponnement antiseptique du péritoine.

Dans un cas d'énucléation de kyste parovarien rétro-péritonéal, j'ai arraché l'uretère droit, qui était adhérent au kyste, et qui s'est rompu à 10 centimètres environ au-dessous du bassinet ; le reste de l'uretère était complètement détaché et pendait hors du ventre. Au lieu de tenter une suture qui eût sûrement manqué, je pris le parti d'établir une fistule urétérale dans la région lombaire droite, puis de réséquer le bout vésical de l'uretère, après l'avoir lié et suturé dans la plaie. J'ai fait secondairement la néphrectomie ; la malade a complètement guéri. (S. Pozzi. *Des blessures de l'uretère au cours de la laparotomie. Congrès fr. de chir.*, 5e session, Paris, 1891, p. 606.) Plus récemment, au cours d'une extirpation laborieuse d'un kyste du ligament large du côté gauche, adhérent de toutes parts, et ayant dû être disséqué de ses connexions profondes, l'uretère gauche fut sectionné près de son insertion vésicale. Je ne pus retrouver le bout inférieur de ce canal, mais je m'assurai par une injection vésicale qu'il était imperméable. Je me décidai alors à greffer le bout rénal de l'uretère dans un point voisin de la vessie. Pour cela, je fis une boutonnière de 1 centimètre environ au niveau de la partie moyenne de la face postérieure de la vessie et j'y implantai l'extrémité de l'uretère à l'aide de deux rangées de sutures à la soie, la première comprenant les muqueuses, la seconde les tuniques séreuses et musculaires. Les suites opératoires furent des plus simples et la guérison complète. Au cours d'une laparotomie faite récemment chez la même malade pour enlever les annexes droites atteintes d'hydrosalpynx, je trouvai l'uretère greffé atteint d'une légère dilatation : celle-ci semble devoir être attribuée au reflux possible de l'urine quand la vessie est distendue (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 26 mars 1895).

que possible attirer cet organe hors du ventre, et le faire reposer sur un lit de compresses-éponges. Il est des cas où l'on sera amené à pratiquer l'**hystérectomie** pour simplifier la manœuvre et terminer rapidement une opération déjà longue.

L'hémostase définitive sera obtenue soit par des ligatures, soit par des sutures en surjet, au catgut, qu'il faut passer très superficiellement sur toute la surface de la plaie saignante, pour éviter de blesser des vaisseaux profonds. La compression temporaire avec des compresses-éponges, l'attouchement au thermocautère pourront avoir raison des suintements capillaires persistants. Si ces moyens ne réussissaient pas, je préférerais le tamponnement du péritoine avec la gaze iodoformée à la forcipressure à demeure, avec réunion des pinces dans l'angle inférieur de la plaie.

L'opération terminée, il faut diminuer autant que possible l'étendue de la plaie intra-abdominale, en rapprochant par des sutures au catgut les lambeaux du péritoine. On excisera les débris flottants. S'il existe une cavité trop profonde pour qu'elle puisse être comblée facilement par une suture en surjet du ligament large, on devra se préoccuper du clapier ainsi constitué et le séquestrer de la grande cavité abdominale. Suivant les cas, on choisira la suture des bords de la poche à la plaie abdominale, avec tamponnement à la gaze iodoformée, ou bien l'introduction d'un tube en croix par le fond de la poche dans le cul-de-sac postérieur du vagin, puis suture exacte au catgut de cette poche, du côté du péritoine (Martin). L'introduction de ce tube se fera plus facilement par le vagin, de bas en haut, en suivant les préceptes que j'ai donnés (p. 82).

Opérations incomplètes. Marsupialisation.

Opérations incomplètes; marsupialisation du kyste. — Lorsque la ténacité des adhérences aux parois pelviennes ou aux feuillets du ligament large rend la formation d'un pédicule ou l'énucléation impossible, il reste encore une ressource au chirurgien. Elle consiste à fixer aux lèvres de la plaie abdominale les bords de la poche dont l'arrière-fond n'a pu être détaché, et à tamponner ou à drainer cette dernière comme une cavité d'abcès, en confiant à la nature le soin de l'oblitérer ou de l'éliminer. Avant de procéder à la fixation de la poche à la paroi abdominale, on commencera par fermer toute la portion supérieure de celle-ci, en ne laissant libre à son angle inférieur que l'espace jugé nécessaire pour l'accomplissement de la manœuvre. La poche ouverte est maintenue élevée au-dessus du ventre par un assistant : à l'aide de pinces, si cela est nécessaire, on y ménage un ou deux grands plis, dont on assure la permanence par un point de suture. Puis, on assujettit le pourtour de la poche, modérément tendue, en passant, en couronne, une série de points de suture à la soie forte, qui traversent toute l'épaisseur de la poche

et toute celle des parois abdominales, à deux centimètres des bords de la plaie. Chaque point doit être immédiatement tangent à son voisin. On fait ensuite une deuxième rangée de points de suture superficiels, réunissant la peau seule à la poche. On en nettoie soigneusement l'intérieur en enlevant toutes les végétations et tout le revêtement muqueux ; on la lave au sublimé, puis on y place un gros drain percé seulement de deux trous à sa partie inférieure, et autour duquel on tasse doucement de la gaze iodoformée.

Cette conduite, préconisée, dans ses grandes lignes, par Clay, Spencer Wells, Péan[1], et adoptée ensuite par tous les autres opérateurs, n'est évidemment qu'un pis-aller. Elle peut donner d'excellents résultats avec les kystes uniloculaires à parois minces comme les kystes hyalins parovariens, quand ils sont devenus adhérents par l'inflammation; mais on a rarement l'occasion de l'appliquer en pareil cas. C'est presque toujours pour les kystes prolifères qu'on est obligé d'y recourir. Alors, surtout quand les parois kystiques présentent des végétations papillaires, les résultats sont très médiocres. La tumeur tend incessamment à récidiver, la fistule abdominale persiste indéfiniment, et la suppuration interminable expose à la septicémie chronique et à l'épuisement[2]. On a vu une dégénérescence maligne se montrer au niveau de la plaie. On pourra augmenter considérablement les chances de succès en prenant soin de débarrasser le plus possible avec les doigts ou une curette mousse tout l'intérieur de la poche des éléments glandulaires qu'elle contient. Rheinstädter[3], qui insiste beaucoup sur cette manœuvre, a obtenu ainsi sept guérisons durables, dont quatre dataient de plus de deux ans. Dans les cas les plus heureux, la poche se mortifie et s'élimine en totalité.

Ce procédé, qui crée au-devant du pubis une poche quelque peu comparable à celle des sarigues, a reçu pour cette raison, de quelques auteurs américains, le nom expressif de **marsupialisation.**

On devra toujours procéder le plus rapidement possible à une ovariotomie dans les cas simples, sans adhérences notables; la durée moyenne, en comprenant la suture des parois, peut, comme je m'en suis assuré moi-même, ne pas excéder 20 minutes. Toute opération péritonéale qui dure plus d'une heure acquiert par cela seul un degré spécial de gravité. L'opération sera d'autant moins grave que certaines précautions auront été prises : l'assistant maintiendra toujours la plaie abdominale ouverte au *minimum*, ne laissera jamais

[1] Péan. *Union méd.*, déc. 1869, p. 874 et suiv. et *Gaz. des Hôp.*, 25 nov. 1871, p. 553. — Urdy. *De quelques cas difficiles d'ovariotomie et d'hystérotomie.* Thèse de Paris, 1874.

[2] F. Terrier. *Résultats fournis par l'ablation incomplète des kystes de l'ovaire* (*Revue de chir.*, 1881, t. I, p. 625).

[3] A. Rheinstädter. *Sieben Ovariotomien mit Einähung der Tumorbasis an die Bauchwunde; Heilung ohne Recidiv* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1884, Bd. X, p. 257).

à nu l'intestin ou l'épiploon, qu'on recouvrira de compresses humides et chaudes ; l'opérateur manœuvrera, dès qu'il le pourra, hors du ventre et nettoiera constamment ses mains en les plongeant dans la cuvette contenant la solution sublimée à 1/5000, placée auprès de lui. L'**éviscération**, ou extraction temporaire du paquet intestinal, qui est placé sur les parois abdominales, enveloppé de compresses chaudes, donne assurément beaucoup de jour à l'opérateur, mais ce doit être une manœuvre exceptionnelle. On peut éviter d'y avoir recours, en faisant relever avec force tout le paquet intestinal dans l'intérieur du ventre par la main de l'assistant recouverte d'une compresse-éponge. On peut aussi faire soulever le bassin de la malade par un aide qui place les genoux de l'opérée sur ses épaules, en lui tournant le dos. L'opérateur doit alors changer de place et se mettre sur le côté. Actuellement, on a plus volontiers recours à la **position déclive, dite de Trendelenburg.**

Pansement.

Le **pansement** est des plus simples : la plaie étant, en effet, exactement affrontée, si l'opération a été aseptique, on peut dire qu'il n'y aurait théoriquement besoin d'aucun pansement topique, et que l'immobilité et la compression suffiraient. J'ai eu de très belles réunions avec la simple ouate. Toutefois, il vaut mieux se mettre en garde contre une infection possible, et user de l'antisepsie pour tout ce qui n'est pas l'intérieur de la cavité péritonéale (p. 20). J'ai l'habitude de laver la surface du ventre au sublimé, d'appliquer un gâteau de gaze iodoformée coupée en lanières et chiffonnée sur la ligne de suture, par-dessus une couche de coton hydrophile, puis un matelas élastique fait avec de la tourbe emprisonnée dans une enveloppe de gaze, enfin un bandage en flanelle faisant le tour du corps. On ne doit pas accumuler trop d'ouate ni exercer une compression trop forte, comme l'ont fait les premiers opérateurs.

Ovariotomie vaginale.

Ovariotomie vaginale. — L'**incision vaginale** dont j'ai parlé à propos du traitement des oophorosalpingites (p. 700) a pu permettre, dans certains cas, d'extirper des kystes de l'ovaire. Malgré la réaction que l'on tente de faire en ce moment, en faveur de la voie vaginale[1], j'estime que la laparotomie demeure l'opération de choix pour les kystes de l'ovaire. D'une façon exceptionnelle, s'il s'agit d'un kyste unilatéral, très mobile, de petit volume, bombant nettement dans l'un des culs-de-sac antérieur ou postérieur du vagin, on pourra donner la préférence à l'incision vaginale. Le manuel opératoire en est d'ailleurs fort simple : on incise couche par couche la

[1] A. Dührssen. *Ueber eine neue Methode der Laparotomie (Vaginale Kœliotomie)* (*Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1894, Bd. XXVIII, p. 402). — A. Martin. *Die Colpotomia anterior* (*Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. II, p. 109. — E. Bumm. *Ueber Ovariotomie von der Vagina aus* (*Centr. f. Gyn.*, 1896, p. 513).

muqueuse vaginale et le péritoine pariétal; le kyste apparaît entre les lèvres de l'incision et est ponctionné soit avec un trocart, soit plus simplement d'un coup de bistouri. La poche ainsi vidée est facilement attirée au dehors avec les doigts ou à l'aide d'une pince à mors plats : le pédicule est lié le plus près possible de la corne utérine avec un fil de soie et réduit dans l'abdomen. On peut suturer complètement la plaie vaginale, ou drainer avec une petite mèche de gaze stérilisée qu'on enlève au bout de 48 heures. Quand la ligature du pédicule est impossible ou trop difficile, on laisse une pince à demeure pendant 48 heures. Dans les cas de tumeurs kystiques de l'ovaire, bilatérales et volumineuses, si l'on choisit la voie vaginale, il est absolument indiqué de faire préalablement l'hystérectomie, pour se donner un large accès vers les kystes qu'on enlève successivement après les avoir vidés de leur contenu[1].

Soins consécutifs. Accidents.

Soins consécutifs. Accidents. — La malade doit être sondée toutes les trois heures pendant les deux premiers jours au moins, et davantage s'il est nécessaire. Elle est couchée dans un lit préalablement chauffé, les cuisses légèrement relevées par un coussin placé au-dessous des genoux; si l'opérée est très affaiblie et dans un état syncopal, on tâchera de la relever par des injections sous-cutanées d'éther et on la maintiendra enveloppée de linges chauds.

Hémorrhagie interne.

On est parfois averti d'une **hémorrhagie interne**, peu après l'opération, par un sentiment d'angoisse subite, des défaillances, des frissons, des sueurs froides, l'affolement du pouls; la face pâlit; les extrémités se refroidissent; lorsqu'on a établi un drainage, on voit, en outre, le sang sourdre par le tube. Dans un cas de ce genre, Hofmeier, soupçonnant cet accident chez une opérée de Schröder, osa défaire deux points de suture huit heures après l'ovariotomie, trouva l'abdomen rempli de caillots, le pédicule échappé de sa ligature, et put ainsi sauver la malade. Il ne faudrait pas hésiter à imiter cette conduite. On combattrait ensuite l'anémie par des injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'eau salée[2]. La solution doit être tiède et à 10/1000[3]; suivant l'abondance de l'hémorrhagie on injectera des doses variant entre 200 grammes et 1500 grammes dans les 24 heures.

Pendant le premier jour, il ne faut donner à l'opérée, pour toute **alimentation**, que quelques morceaux de glace, un peu de grog froid

[1] P. Segond. *De l'hystérectomie vaginale dans l'ablation de certaines tumeurs des annexes* (*Congrès français de chirurgie* (8e session), Lyon, 1894, p. 681). — G. Richelot. *L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses*, p. 65.

[2] Münchmeyer. *Ueber den Werth der subkutanen Kochsalzinfusion zur Behandlung schwerer Anämie* (*Archiv f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXIV, p. 581).

[3] Cette proportion, indiquée déjà par S. Chazan (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 33, p. 581), a été de nouveau recommandée par L. Malassez (*La Sem. gyn.*, 1896, p. 156).

ou de champagne frappé. On se gardera de donner ces liquides en grande abondance, car un des meilleurs remèdes contre les vomissements est de maintenir l'estomac vide. Les **vomissements** dus au chloroforme n'ont, dans ces conditions, aucune valeur pronostique. Le second jour, on peut déjà ajouter à l'alimentation un peu de lait coupé avec de l'eau de Vals. Quelques chirurgiens administrent de l'opium pour calmer les douleurs et procurer le sommeil ; c'est une déplorable pratique, dont le principal effet est de paralyser l'intestin.

Au troisième jour, si les vomissements continuent ou reparaissent avec une couleur porracée, si le ventre devient douloureux et ballonné, le pouls fréquent, alors même que la température resterait basse, le développement d'une **péritonite septique** est presque certain. Pour le diagnostic de celle-ci, il faut savoir que l'étude du pouls a une valeur incomparablement plus grande que les données thermométriques. Les inflammations chirurgicales du péritoine s'accompagnent même parfois d'une véritable hypothermie. Quand l'issue fatale doit arriver, les vomissements deviennent, au moins au début, incessants, presque continus, et la malade meurt sans grandes souffrances avec un peu de subdélirium. Olshausen[1] a parfaitement indiqué, depuis longtemps, la nature septique de ces symptômes. La péritonite est plutôt sous la dépendance de la septicémie que cette dernière n'est produite par la première. A l'autopsie, on trouve seulement, avec un énorme météorisme, un peu de sérosité trouble dans le petit bassin. Olshausen[2] attribue une grande importance à la paralysie de l'intestin et à la résorption des substances toxiques qui y sont contenues. Verchère[3] a développé cette théorie, ainsi que Sänger[4]. Il faut se garder de prendre pour l'**iléus** cet ensemble symptomatique qui le simule parfois à s'y méprendre. Il s'agit plutôt sans doute d'une véritable toxémie par les leucomaïnes et ptomaïnes provenant, soit des liquides épanchés dans l'abdomen, soit des gaz et matières emprisonnés dans l'intestin paralysé. Quant au point de départ initial de la péritonite septique, on a incriminé la cessation des mouvements intestinaux dus à l'exposition à l'air, que celle-ci agisse directement sur la fibre musculaire ou indirectement sur les plexus nerveux de leurs tuniques. Mais il semble devoir reconnaître plus souvent une infection d'origine externe, opératoire, et la paralysie et la dilatation intestinales sont alors non la cause mais les effets immédiats de la septicémie péritonéale[5]. Iléus.

[1] Olshausen. *Die Krankh. der Ovarien*, p. 356.

[2] Olshausen. *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 1, p. 10.

[3] F. Verchère. *Comptes rendus du 3e Congrès franç. de chir.*, mars 1888, p. 291.

[4] Sänger. *Soc. gyn. de Leipzig*, 20 févr. 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 30 juin 1888, n° 26, p. 450).

[5] F. Jayle. *La septicémie péritonéale aiguë post-opératoire*. Thèse de Paris, 1895, p. 65.

Paralysie intestinale.

Quoi qu'il en soit, un des meilleurs signes de début de la péritonite est la **paralysie intestinale**, qui se traduit non seulement par le météorisme, mais encore par l'absence d'évacuation de gaz. Contre cette paralysie, qui ne tarde pas à se compliquer de septicémie intestinale, il convient de lutter dès le début; j'ai l'habitude, le soir du second jour, d'administrer à la malade un lavement composé de six cuillerées de vin de Bordeaux et trois cuillerées de glycérine, qui a pour but de provoquer de petites contractions intestinales; si ce lavement reste sans effet pour l'évacuation des gaz, je le renouvelle le lendemain matin, en y ajoutant une à deux cuillerées de miel de mercuriale, et je fais introduire dans l'anus une sonde en gomme n° 20, qui doit pénétrer de 10 centimètres pour permettre l'issue des gaz, malgré la tonicité du sphincter. Je crois cette conduite préférable à l'administration, par la bouche, de purgatifs qui sont souvent vomis[1].

Dès le quatrième jour, si tout va bien, la malade peut prendre quelques aliments solides.

Au huitième jour, on enlève les sutures à la soie qui ont pu être placées; la réunion est alors généralement parfaite, sauf au niveau de quelques plis où peut persister un peu de chevauchement. Le pansement est changé pour la première fois à ce moment s'il n'y a pas eu de drainage, et on en refait un semblable, après avoir lavé le ventre au sublimé. Du quinzième au vingt et unième jour, la malade peut être mise sur un fauteuil, et faire les premiers pas, une semaine après.

Désunion secondaire.

Après l'ablation des sutures on a vu, sous l'influence d'un accès de toux ou de vomissement, la **désunion secondaire de la plaie** et l'intestin y faire hernie; on possède de nombreux exemples où cet accident n'a pas eu de suites fâcheuses lorsque le nettoyage des viscères et leur réduction a eu lieu, même au bout de plusieurs heures; j'en ai moi-même observé un exemple chez une de mes malades, où l'issue de l'intestin s'était faite au niveau d'un tube à drainage; elle a parfaitement guéri.

Emphysème.

Un accident très rare est la production d'**emphysème** de la paroi abdominale causé par les efforts de vomissement : il n'a pas de gravité, mais prédispose à la suppuration[2].

Abcès.

Des **abcès superficiels** peuvent se former au niveau de la suture,

[1] Cette pratique de provoquer très hâtivement les mouvements de l'intestin, après la laparotomie, est actuellement générale. Hegar et Kaltenbach, *Loc. cit.*, Hofmeier, *Loc. cit.*, Lubarsch. Dissert. inaug. Strasbourg, 1884. — Wylie. *Med. Record.*, New-York, 19 mars 1887, t. XXXI, p. 315. — P. Mundé. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 156. — La plupart des chirurgiens français tiennent une conduite analogue.

[2] Winter (*Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 10 mai 1889 in *Centr. f. Gyn*, 1889, n° 24, p. 418) en a observé deux cas, dont l'un s'est produit sous les yeux de l'opérateur dans un cas, résolution; dans l'autre, abcès consécutif.

quand l'antisepsie a été incomplète ou quand la plaie a été infectée secondairement, par l'intermédiaire d'un drainage profond plongeant dans un foyer de suppuration. Il faut se hâter, dès qu'on en est averti par une induration et une douleur locale, de rouvrir légèrement la plaie avec une sonde cannelée, de la laver à la solution phéniquée forte et d'y introduire deux petits drains.

Les **abcès profonds** au niveau du pédicule ou des sutures perdues dans le ventre[1] sont plus difficiles à reconnaître. Si l'élévation de la température, l'empâtement profond en un point limité constaté par la palpation bi-manuelle permettent d'acquérir une certitude suffisante, on n'hésitera pas à rouvrir l'abdomen pour évacuer le pus et nettoyer le foyer; on devra alors établir un drainage.

On a signalé la **parotidite**[2] comme accident de la convalescence; elle est assez rare; elle est toujours l'indice d'un certain degré de septicémie; aussi son pronostic est-il sérieux. Parotidite.

La **péritonite**, qui peut se montrer d'une manière suraiguë au début, peut aussi ne survenir que du dixième au quinzième jour, et prend alors, sans doute, son origine dans la mortification septique du pédicule ou des autres ligatures en masse qui ont pu être laissées dans le ventre; j'en ai observé un cas dont le point de départ était dans de nombreuses ligatures de l'épiploon faites avec de mauvais catgut. Elle offre une allure plus insidieuse encore que la péritonite du début. L'élévation de la température y est peu fréquente; on observe aussi le météorisme et les vomissements, d'abord bilieux, puis fécaloïdes[3]. Péritonite

Le traitement de la péritonite est à peu près impuissant à l'arrêter. Dès qu'on peut craindre son développement, l'application du froid sur le ventre sera faite, avec une vessie de glace, ou plus commodément avec une plaque à réfrigération de Galante, où l'on entretiendra un courant d'eau glacée. De petits morceaux de glace seront administrés par la bouche, et rendront les nausées moins pénibles. Je crois les boissons gazeuses, comme la potion de Rivière, plus nuisibles qu'utiles. Quant aux injections de morphine, je n'autorise leur emploi que lorsque la situation me paraît désespérée.

La réouverture de l'abdomen n'a, dans ces cas-là, donné que des mécomptes. Schröder, Hofmeier, Hegar et Kaltenbach sont unanimes à la condamner. Je l'ai, moi-même, une fois, essayée sans succès; l'expérience sur ce point ne me paraît pourtant pas définitive.

Je préfère de beaucoup combattre les phénomènes infectieux au

[1] J. Bœckel (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1881, p. 75) rapporte deux cas probants d'accidents dus à la non-résorption (et probablement à la désinfection insuffisante) du catgut; un cas de péritonite, un d'abcès profond, guérison.

[2] Matwef. *Annal. de Gyn.*, 1885, p. 405. — E. Bumm (*Ueber Parotitis nach Ovariotomie* in *Münch. med. Woch.*, 1887, n° 10, p. 173) n'a pu en relever que 17 cas publiés.

[3] Levrat. *Septicémie péritonéale après l'ovariotomie.* Thèse de Paris, 1880.

moyen des injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel (eau salée à 10/1000)[1]. La dose à injecter doit être d'au moins 1 litre par 24 heures : mais on peut aller beaucoup plus loin et, chez un enfant, Lejars[2] n'a pas hésité à injecter 25 litres en 5 jours. Ce véritable *lavage du sang*[3], qui agit en diluant les toxines et en facilitant leur élimination, n'a toute sa valeur que si la fonction rénale est demeurée intacte.

Dans un cas de septicémie péritonéale grave consécutive à une hystérectomie vaginale, j'ai employé avec succès les injections sous-cutanées de sérum anti-streptococcique de Marmorek[4].

Occlusion intestinale.

Parmi les complications plus rares je citerai l'**occlusion intestinale**[5], qu'on a attribuée à des adhérences au niveau des ligatures perdues, ou des surfaces sectionnées ; elle peut même être favorisée par la destruction de l'épithélium péritonéal, causée par l'usage d'éponges ou de compresses trop fortement antiseptiques : d'où le précepte de les laver à l'eau bouillie avant de s'en servir, et, généralement, d'être simplement aseptique et non antiseptique dans la cavité péritonéale. Sur 1000 ovariotomies, Spencer Wells aurait observé 11 morts par occlusion intestinale. Comme traitement de cet accident, Leopold[6] préconise des lavements forcés d'injection chaude de camomille additionnée d'huile et de savon : plusieurs litres doivent être ainsi introduits, après quoi on couche la malade sur le côté. On peut essayer ce moyen, auquel Leopold croit devoir de beaux succès, mais il ne faudrait pas attendre trop longtemps pour rouvrir le ventre et aller à la recherche de l'obstacle, qui est généralement une adhérence au pédicule ou à la plaie abdominale[7]. On devra donc, dans cette dernière prévision, procéder avec de grandes précautions.

Tétanos. Phlébite. Embolie.

D'autres causes exceptionnelles de mort sont : le **tétanos**[8], la **phlébite** et l'**embolie**.

Urémie.

On a observé l'**urémie**, aiguë ou lente, due à la congestion des

[1] Voir la discussion récente de la Société de chirurgie (*Bull. et Mém.*, 1895, t. XXI, p. 798 et suiv.).

[2] Lejars. *Le lavage du sang dans les infections* (*Sem. méd.*, 1896, p. 195).

[3] Dastre et Love. *Le lavage du sang* (*Arch. de physiol.*, 1888, p. 93 et 1889, p. 253).

[4] S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI, p. 509.

[5] Nieberding. *Congrès gyn. de Halle* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 26, p. 425). — W. Hirsch. *Ueber Darmocclusion nach Ovariotomie* (*Arch. f. Gyn.*, 1888, Bd. XXXII, Heft 2, p. 247.) — Salin. *Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 822. — Tuttle. *Transact. of the obstet. Soc. of New-York* (*Amer. journ. of obstet.*, 1889, p. 952). — A. Obalinski. *Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 12, p. 251.

[6] Leopold. *Soc. gyn. de Dresde*, 3 janv. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 16, p. 285).

[7] W Hirsch. *Loc. cit.*

[8] Thiriar. *Relation de quatre cas de tétanos observés à la suite de l'ovariotomie* (*Comptes rendus du Congrès français de Chirurgie*, 1886, p. 97). — Johnson (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 13 juill. 1889, p. 63) en a rassemblé 15 cas. — Richelot. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 696. — J. Philipps, Doran, Humphry. *Soc. de méd. et chir.*, Londres, 12 janv. 1892.

reins déjà malades, provoquée par l'anesthésie prolongée et le traumatisme.

Shock.

Le **shock** est un terme vague qui englobe des accidents d'une pathogénie très variable, depuis l'embolie méconnue et l'urémie foudroyante jusqu'à la paralysie d'un cœur dégénéré, par suite du marasme de l'organisme [1].

Gravité de l'opération.

Gravité de l'opération. — Il est presque impossible d'établir le pronostic rationnel de l'ovariotomie comme de toute autre grande opération, sans faire le départ entre les cas simples et les cas compliqués. Malheureusement, cette classification n'existe pas dans les statistiques ; elle serait, du reste, très délicate à établir. Quoi qu'il en soit, d'après les documents les plus récents, il est démontré que l'extirpation d'un kyste dépourvu d'adhérences étendues est aujourd'hui une opération véritablement bénigne. Une autre lacune considérable de la plupart des statistiques est l'absence de renseignements suffisants sur les causes de la mort. Cependant on peut affirmer que la grande majorité des opérées meurent de péritonite septique. Ce sont presque toujours les tumeurs malignes, à adhérences étendues, qui assombrissent les statistiques. Aussi quelques chirurgiens n'ont-ils certainement pas hésité à n'opérer que des cas favorables. Les séries suivantes sont empruntées à Olshausen [2].

Spencer Wells	1000 cas	avec 768	guérisons
Keith	581 —	— 540	—
Kœberlé	506 —	— 234	—
Thornton	425 —	— 385	—
L. Tait	405 —	— 372	—
Olshausen	293 —	— 266	—
Schröder	658 —	— 575	—

Il serait intéressant de décomposer chaque série pour se rendre compte de la diminution du chiffre de la mortalité, à mesure que le chirurgien perfectionne sa technique. Hofmeier [3] a fait ce travail pour la statistique de son maître Schröder. Le voici :

De	1	à	100	17 morts
	100	—	200	18 —
	200	—	300	7 —
	300	—	400	16 —
	400	—	500	7 —
	500	—	600	7 —
	600	—	658	11
			658	83 morts = 12,6 pour 100

[1] M. Hofmeier. *Zur Lehre von Shock* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1885, Bd. XI, p. 366).

[2] Olshausen. *Loc. cit.*

[3] Hofmeier. *Loc. cit.*, p. 311.

Hofmeier remarque expressément que, parmi ces morts, une infime minorité est due à l'infection, et que la presque totalité doit être attribuée aux accidents graves qui suivent l'ablation des tumeurs malignes. C'est ainsi, par exemple, que s'explique le chiffre élevé de 11 morts sur les 58 dernières opérations. Dans la cinquième et la sixième centaine, il y a eu des séries de 20 et de 40 guérisons successives.

Lawson Tait [1], qui n'a eu dans sa première série de mille laparotomies que 9,2 pour 100 de morts, et dans sa seconde série semblable que 3,3 pour 100, a donné les chiffres suivants pour ses dernières ovariotomies : kystes parovariens, 1 mort sur 24; kystes de l'ovaire, d'un seul côté, 6 morts sur 158 ; des deux côtés, 2 morts sur 78 ; kystes inclus dans le ligament large, 12 cas, sans mort.

C. Braun [2], dans sa seconde série de 100 ovariotomies, représentant ses opérations de 1884 à 1887, a eu 13 morts, mais dans ce nombre ne figurent pas 7 morts, qualifiées d'incisions exploratrices. De 1888 à 1890, il y eut 2 morts sur 52 ovariotomies, soit 3,8 pour 100. Freund [3] sur 191 opérations a eu 17 morts.

G. Granville Bantock [4], sur sa quatrième centaine d'ovariotomies exécutées avec de simples précautions aseptiques, n'a constaté que 4 morts, tandis qu'il en avait observé 19 sur la première centaine, par la méthode listérienne. Dohrn [5], sur 100 ovariotomies faites de mai 1883 à avril 1889, n'a perdu que 4 opérées.

Terrier [6] a publié 200 ovariotomies pratiquées de juillet 1874 à juillet 1889 ; il a compté 37 morts, soit 18,5 pour 100.

Terrillon [7], sur 278 ovariotomies formant sa statistique de septembre 1880 à 1892, a observé 24 morts, soit 8,6 pour 100.

Je ne donne pas ici de statistiques plus récentes ; car depuis quel-

[1] L. Tait. *Seconde série de mille cas consécutifs de laparotomie* (*Bull. méd.*, 1888, n° 89, p. 1459).

[2] C. Braun von Fernwald. *Ueber ein zweites Hundert Ovariotomien* (*Wien. klin. Woch.*, 1888, t. I, p. 47, et *Wien. med. Blätter*, 1888, Bd. XI, n° 19, p. 587). — Egon Braun v. Fernwald. *Beitr. zur Lehre der Laparotomien*, etc., Vienne, 1890, p. 14 et suiv.

[3] Freund. *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 36, p. 646.

[4] G. Granville Bantock. *Brit. gyn. Journ.*, 1889, t. V, p. 343.

[5] Dohrn. 100 *Ovariotomien aus der Königsberger Frauenklinik* (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 9, p. 137).

[6] F. Terrier. *Revue de chir.*, t. II, p. 349; t. IV, p. 1; t. V, p. 12; t. VI, p. 985; t. VII, p. 677; t. VIII, p. 965; t. IX, p. 304, t. XI, p. 535. — Ces résultats se décomposent par séries de 25 ovariotomies : 1re série, 1874 à 1880, 3 morts; 2e série, 1880 à 1882, 9 morts; 3e série, 1882 à 1884, 2 morts; 4e série, 1884 à 1885, 5 morts; 5e série, 1885, 6 morts; 6e série, 1885 à 1886, 4 morts; 7e série, 1886 à 1888, 5 morts; 8e série, 1888 à 1889, 3 morts.

[7] O. Terrillon. *Communic. écrite*, janv. 1892. — Les séries sont de 35 cas, sauf la 1re série qui est de 33. En voici le relevé détaillé : 1re série, 1880 à 1884, 4 morts (sur 33) ; 2e série, 1884 à 1885, 6 morts (sur 35); 3e série, 1886 à 1887, 4 morts; 4e série, 1887 à 1888, 3 morts; 5e série, 1888 à 1884, 1 mort; 6e série, 1889 à 1890, 2 morts; 7e série, 1890 à 1891, 3 morts; 8e série, 1891 à 1892, 1 mort.

ques années, les chirurgiens semblent avoir renoncé à publier leurs statistiques spéciales d'ovariotomies qui se trouvent confondues avec la série générale des laparotomies pour lésions des annexes.

Suites de l'opération. — Lorsque la tumeur est de nature bénigne, la malade opérée se trouve définitivement guérie : elle est seulement prédisposée aux éventrations par relâchement de la cicatrice, si la suture n'a pas été faite avec le soin particulier que j'ai indiqué. Même alors, il est prudent de faire porter aux opérées une ceinture abdominale légèrement compressive ; mais il n'est pas besoin qu'elle soit matelassée, ni d'un modèle spécial, comme cela est indispensable lorsque la cicatrice, obtenue avec un seul rang de sutures, est d'une solidité douteuse. Suites de l'opération.

Un kyste du second ovaire ou du second ligament large peut survenir plus tard et forcer le chirurgien à rouvrir le ventre[1]. Quand il est appelé à faire ces opérations réitérées, il doit toujours se souvenir que l'intestin a une tendance à adhérer à la première cicatrice, il est donc prudent de commencer la nouvelle incision un peu au-dessus du sommet de la première, et de se guider sur le doigt introduit par cette boutonnière, pour achever la section de haut en bas. Grâce à cette précaution, j'ai pu éviter de blesser l'intestin, largement adhérent, dans plusieurs cas où j'ai fait une seconde laparotomie. Je connais, par contre, un exemple où l'intestin grêle a été divisé d'emblée sur l'ancienne cicatrice, par un chirurgien pourtant très expérimenté, dans un cas de laparotomie itérative ; la malade a rapidement succombé.

J'ai déjà traité, à propos du pronostic, la question des **récidives** des tumeurs malignes et celle de la généralisation. Je rappellerai qu'elle reste généralement localisée au péritoine, n'envahit qu'exceptionnellement les viscères abdominaux et la paroi, plus rarement encore la mamelle, le poumon et les ganglions du médiastin[2]. Segond a même constaté la dégénérescence épithéliale des ganglions axillaires. Les tumeurs secondaires peuvent présenter le type épithélial, le type sarcomateux ou un type mixte (Poupinel). Leur évolution est rapide et entraîne la mort à la manière des cancers. Récidives.

Est-il possible de voir dans l'exiguïté du pédicule, comme le croit Terrillon[3], un gage de la bénignité d'un kyste ? Cette considération est purement théorique.

[1] A. Martin. *Ueber die an derselben Person wiederholte Laparotomie* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, p. 239). — Il rapporte quatre observations personnelles.

[2] Poupinel. *Epithélioma kystique multiloculaire végétant de l'ovaire gauche ; ovariotomie, guérison. Epithélioma du sein gauche récidivant deux fois après l'ablation totale ; généralisation du cancer au péritoine et probablement aussi à la plèvre ; mort* (*Annal de Gyn.*, janv. 1890, p. 55).

[3] Terrillon. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1885, p. 269.

La greffe cancéreuse, signalée par Nicaise [1], à la suite de la ponction d'un kyste ovarique malin, me paraît une simple erreur d'interprétation ; il a vu se former au niveau de la petite cicatrice un noyau qu'il attribue à la greffe de quelques cellules entraînées par le trocart. Il est beaucoup plus simple de l'expliquer par le développement d'une métastase néoplasique, au niveau d'un *locus minoris resistentiæ*.

Menstruation, fécondité.

Menstruation et fécondité post-opératoires. — Les femmes opérées d'ovariotomie d'un seul côté continuent à être réglées, comme auparavant, et sont susceptibles d'être fécondées. L'opération bilatérale entraîne la ménopause prématurée toutes les fois que les deux ovaires ont été effectivement extirpés en totalité [2], mais elle peut tarder plusieurs mois. Les cas de résection intentionnelle d'une partie seulement d'un ovaire, après ablation totale de l'autre, où la grossesse s'est produite (Schröder), ainsi que de nombreux cas de menstruation persistante après de prétendues ovariotomies doubles évidemment incomplètes, montrent qu'il suffit d'une très petite portion de tissu ovarien pour maintenir le réflexe instigateur de la menstruation. Or, il est très difficile, quand on enlève une tumeur ovarique à court pédicule, et, en particulier, une tumeur papillaire, d'être certain de n'en rien avoir laissé de l'organe. J'ai, du reste, discuté cette question avec plus de détails dans le chapitre de l'Aménorrhée.

Folie post-opératoire.

Folie post-opératoire. — Après l'ovariotomie, plus encore qu'après toute autre opération portant sur les organes génitaux de la femme, on a observé l'apparition de troubles cérébraux de la catégorie de la manie aiguë ou de la lypémanie. C'est surtout chez les sujets présentants des antécédents héréditaires que ce fait peut se produire ; mais il peut aussi, dans des cas très exceptionnels, apparaître sans aucune cause connue. On doit toujours, en pareil cas, rechercher avec le plus grand soin s'il n'existe pas d'alcoolisme, ou si l'absorption de l'iodoforme n'explique pas les troubles cérébraux. Souvent ceux-ci ne sont que transitoires, ainsi que j'en ai observé un remarquable exemple, mais ils peuvent persister [3].

On a signalé des faits analogues en assez grand nombre, après l'hystérectomie abdominale [4], et même après des opérations portant

[1] M. Nicaise. *Revue de Chir.*, 1883, p. 806.

[2] Ormières. Thèse de Paris, 1880. — Terrier. *Revue de Chir.*, 1885, p. 955. — Auvard. *Gaz. hebd.*, 1887, p. 274. — Olshausen. *Loc. cit.*, p. 377.

[3] L. Montfort. *Arch. de tocol.*, 15 août 1886, p. 673. — Par contre, on a vu l'ovariotomie pratiquée chez une aliénée améliorer son état mental. — Terrillon. *Annal. de Gyn.*, 1887, p. 204.

[4] Lossen et Fürstner. *Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 34, p. 481. — F. Kaarsberg. *Nord med. Arkiv.*, 1884, Bd. XIX, Hett 4 (anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 692). — Th. Keith. *Brit. med. Journ.*, 10 déc. 1887

sur la vulve, le périnée, le col de l'utérus ou la mamelle[1]. Dans ces derniers cas, il est difficile de se défendre de l'idée qu'on avait affaire à des névropathes, chez lesquelles une circonstance quelconque devait tôt ou tard amener une catastrophe imminente. Quoi qu'il en soit, il est démontré par quelques faits bien étudiés que le chirurgien devra songer à la possibilité de cette complication, quelque rare qu'elle soit, et la faire même entrer en ligne de compte dans le pronostic de l'ovariotomie, s'il s'agit d'une malade présentant une prédisposition à la folie ou simplement des antécédents nerveux héréditaires

Complication de grossesse. Ovariotomie pendant la grossesse.

Kystes compliqués de grossesse. Ovariotomie pendant la grossesse. — On a vu parfois la grossesse se poursuivre et l'accouchement s'effectuer, sans que le chirurgien fût intervenu, mais il s'agit là de faits exceptionnels. La règle est que les petits kystes intra-pelviens, s'ils laissent évoluer la grossesse, provoquent des accidents formidables au moment du travail ; les grands kystes abdominaux sont une cause presque certaine d'avortement, et risquent beaucoup de se tordre au niveau du pédicule, de se rompre ou de suppurer, en provoquant une péritonite. Si l'on met en parallèle les dangers certains de l'expectation et la bénignité de l'ovariotomie entreprise à temps, l'hésitation n'est pas permise[2]. Celle-ci n'est cependant pas acceptée sans contestation; certains auteurs préfèrent l'avortement provoqué[3], l'accouchement prématuré, ou même la simple ponction de la tumeur[4]. Dans les deux premiers cas, l'obstacle apporté au retrait de l'utérus est une cause éventuelle d'hémorrhagie ou d'accidents puerpéraux ; dans le dernier cas, on est exposé à blesser l'utérus et l'on a vu le plus souvent l'avortement se produire dans de fâcheuses conditions.

[1] Barwell. *Congrès méd. internat. de Londres*, 1884. — Gnauck (*Soc. gyn. de Berlin*, 27 mai 1887, in *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 26, p. 418) cite un cas d'hypochondrie consécutive à une seconde opération de périnéorrhaphie. — E. Ill. *Pittsburg med. Journ.*, 16 janv. 1888. — Grace Pecham. *Med. Record.*, 18 févr. 1888, t. XXXIII, p. 177. — Werth. *Ueber Entstehung von Psychosen in Gefolge von Operationen im weibl. Genitalapparate* (*Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Gynäk.*, 2e *Congress.* Halle, 1888, p. 60 et suiv.). Voir la discussion. — Gaillard Thomas (*New York med. Journ.*, 25 mai 1889, t. XLIX, p. 580) a cité 6 cas de folie post-opératoire dont 2 mortels : chez 4 femmes, il y avait des antécédents héréditaires : 2, après l'ovariotomie; 1, après la périnéorrhaphie; 1, après l'opération d'Emmet; 2, après l'amputation du sein. — Quelques faits publiés paraissent contestables, comme celui de Kreutzmann (de San Francisco) (*New York med. Monatschr.*, fév. 1889, Bd. I, n° 2, p. 87; il semble qu'il s'agissait là d'accidents urémiques consécutifs à l'ovariotomie.

[2] Reuter. *Ovariotomie bei Gravidität.* Dissert. inaug., Iéna, 1888. — M. Cocard. *Le traitement des kystes de l'ovaire pendant la grossesse*, Th. de Paris, 1896.

[3] Barnes. *Traité clin. des maladies des femmes*, trad. franç. 1876, p. 541.

[4] Stoltz, d'après Doumairon. Thèse de Strasbourg, 1868. — Treille. *Les tumeurs de l'ovaire dans leurs rapports avec l'obstétrique.* Thèse de Paris, 1875. — Boinet et Ferrand. Article Ovaire. *Dic. encycl.*, 2e série, t. XIX, p. 220. — Polaillon. *Bull. et Mém de la Soc. de chir.*, août 1885, p. 607.

La question se pose différemment, selon qu'on est appelé près de la malade avant ou pendant le travail.

En dehors du travail, je ne crois pas que l'on doive hésiter à faire l'ovariotomie. A la vérité, d'après les statistisques déjà anciennes rapportées par Rémy[1], on constatait, sur 67 ovariotomies faites pendant la grossesse, 13 fois, une interruption de la gestation et la mort de la femme, 22 fois, l'avortement et la guérison et 32 fois l'accouchement à terme et la guérison; en d'autres termes, 19,4 pour 100 de morts pour la mère et 52 pour 100 de morts pour l'enfant. Mais ces résultats se sont bien améliorés depuis. Sur 36 cas opérés par L. Tait, Spencer Wells et Schröder, il n'y a eu qu'une seule mort. Dans l'immense majorité des cas, la vie du fœtus est aussi sauvegardée, et la grossesse continue.

Olshausen mentionne 7 observations où l'utérus gravide fut pris pour une poche kystique et ponctionné. La plupart des opérateurs firent alors immédiatement l'opération césarienne, et 5 malades guérirent[2].

L'opération avant le cinquième mois de la grossesse est infiniment moins sérieuse que plus tard; d'après Schröder[3], cela tient à ce que le pédicule ne tarde pas à être raccourci par le dédoublement des ligaments. Quoi qu'il en soit, sur 31 cas opérés après cette période, un seul fut suivi de mort[4].

Ce n'est que si l'on se trouvait en présence d'un kyste notoirement inopérable qu'on se bornerait à la ponction.

Pendant le travail, on a mis en œuvre, tour à tour, le forceps, la version, la craniotomie, et jusqu'à l'opération césarienne[5].

Avant tout, il faut essayer de **refouler la tumeur** au-dessus du promontoire à l'aide des doigts introduits dans le rectum, la femme étant placée en position genu-pectorale. Si l'on ne réussissait pas, on ferait la **ponction** de la tumeur à travers le cul-de-sac postérieur du vagin (Lomer). Si le contenu en est trop épais pour être ainsi évacué, on a conseillé de faire une large **incision** à ce niveau, pour enlever le kyste (d'ordinaire dermoïde), dont on n'a pu amener la réduction. Quant au **forceps**, il expose à de grands dangers de déchirure ;

[1] S. Remy. *De la grossesse compliquée de kyste ovarique*. Thèse d'agrég. Paris, 1886

[2] Olshausen. *Loc. cit.*, p. 129.

[3] Schröder. *Mal. des organes génitaux de la femme*, trad. franç., 1886, p. 454.

[4] Terrillon et Valat (*De la conduite à tenir en présence d'une grossesse compliquée de kyste ovarique* in *Arch. de tocol.*, avril 1888, p. 207) rapportent 5 observations suivies de guérison; il y a eu avortement dans l'une d'elles, où l'opération avait été faite à la fin du 2e mois de la grossesse. — O. Engström (*Ueber Ovariotomie während der Schwangerschaft*, in *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 41, p. 743) a pratiqué l'ovariotomie pendant la grossesse dans 7 cas; toutes ses opérées ont guéri et accouché à terme, excepté l'une d'elles, qui était sujette à des avortements répétés.

[5] S. Rémy. *Loc. cit.*

la **version** est rarement exécutable. On n'a guère le choix qu'entre la **craniotomie**, si le fœtus a succombé, et l'**opération césarienne**, si le fœtus est vivant.

Pour ma part, je n'hésiterais pas à faire la **laparotomie** pour reconnaître si l'ablation du kyste est possible ; l'ovariotomie lèverait alors l'obstacle et l'accouchement n'aurait plus de difficulté à se faire. Dans le cas contraire, l'opération césarienne ou l'opération de Porro ne me paraissent pas plus graves pour la mère que les violences aveugles et excessives exercées par les voies naturelles[1], et l'on a, en outre, ainsi l'avantage de sauver l'enfant.

CHAPITRE IV

TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE.

Définition. — Division. — Fibromes. Anatomie pathologique. Symptômes. Marche. Diagnostic. Pronostic. Traitement. — Sarcome. Anatomie pathologique. Symptômes. Marche. Traitement. — Épithéliome ou Carcinome. Anatomie pathologique. Symptômes. Marche. Diagnostic. Traitement.

Définition. Division. — On comprend ordinairement sous le nom de **tumeurs solides** les **fibromes**, les **sarcomes** et les **épithéliomes** ou **carcinomes**. Quelques auteurs y joignent les **papillomes**, les **enchondromes** et les **tubercules** ; je n'imiterai pas leur exemple. En effet, j'ai présenté l'histoire des premiers avec les kystes papillaires dont ils ne sont, en réalité, qu'une dépendance. L'enchondrome n'a aucune existence clinique propre, c'est une lésion anatomique excessivement rare (Kiwisch). Quant aux tubercules, ils sont très exceptionnellement localisés à l'ovaire, et quand ils donnent lieu à des symptômes, c'est en provoquant une péritonite tuberculeuse, ou une pyo-salpingite où le microscope décèle des cellules géantes et des bacilles, mais dont le tableau symptomatique se confond avec celui des autres

Définition. Division.

[1] Nolting (*Schwangerschaft und Geburt komplicirt durch Ovarialtumor.* Dissert. inaug., Berlin, 1884) rapporte l'observation d'une femme multipare, ayant un kyste de l'ovaire de la grosseur du poing. Au moment du travail, tentative d'application du forceps insuffisante, ponction du kyste. Enfant mort-né ; quatre jours après, la mère succombe à des accidents puerpéraux. — J. Williams (*Note on the involution of the puerperal uterus in the absence of the ovaries* in *Amer. Journ. of. Obstet.*, 1884, p. 778) a fait avec succès l'ovariotomie pendant le travail.

suppurations des annexes, à propos desquelles j'en ai parlé ; je renvoie au chapitre de l'OOPHORO-SALPINGITE KYSTIQUE.

Fibromes.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Les fibromes de l'ovaire sont rares. Ils ne forment pas des néoplasmes limités, circonscrits, sorte de parasites presque indépendants des parties voisines, comme les corps fibreux de l'utérus : c'est plutôt ici une dégénérescence fibreuse de l'organe, qui est assez uniformément hypertrophié pour que sa forme et ses rapports ne soient pas dénaturés. Leopold[1] a bien fait ressortir ce fait que la trompe conserve ici toute son indépendance, au lieu de devenir solidaire de la tumeur ovarienne, comme cela a lieu pour les kystes. Cependant, si la tumeur a largement dédoublé le ligament large en s'y enclavant, cette distinction disparaît. On peut, alors, avoir beaucoup de peine à distinguer un fibrome provenant de l'ovaire d'un fibrome provenant de l'utérus, et ayant acquis les mêmes connexions[2].

Ces tumeurs sont généralement assez petites, quand il s'agit de fibromes purs. Ce sont les **fibro-sarcomes**[3] ou les **fibro-myxomes**[4] qui acquièrent des dimensions énormes. Alban Doran[5] a pourtant enlevé un fibrome du ligament de l'ovaire qui ne pesait pas moins de 16 livres et Picqué[6] un fibrome de l'ovaire pesant 4 kilogrammes 800. La consistance des fibromes purs est dure, leur surface est mamelonnée ; ils sont habituellement pédiculés et libres d'adhérences ; on a parfois observé de l'ascite. Une variété de fibromes, intéressante au point de vue anatomique seulement, est le **fibrome du corps jaune**, décrit par Rokitansky[7] ; il ne dépasse pas de très petites dimensions. Cependant Klob[8] en a vu un, ayant la grosseur d'une tête d'enfant ; à la coupe, on reconnaît vers la surface la coque den-

[1] LEOPOLD. *Die soliden Eierstockgeschwülste* (*Arch. f. Gyn.*, 1874, t. VI, p. 189).

[2] SPENCER WELLS (*Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, trad. franç., Paris, 1883) prétend même que la plupart des prétendus fibromes ovariens ne sont que des fibromes utérins migrateurs.

[3] O. SPIEGELBERG (*Monatschr. f. Geb.*, 1866, Bd. XXVIII, p. 415) a décrit un fibrome pesant 50 kilos. C'était vraisemblablement un fibro-sarcome (Schröder). — CH. MOXON (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 15 nov. 1889, p. 718) a enlevé, chez une femme de 50 ans, un fibro-sarcome gros comme un melon, accompagné d'une ascite énorme.

[4] MARTIN (*Traité clin. des mal. des femmes*, trad. franç., p. 590) a enlevé, en juin 1886, à la même femme, deux ovaires ayant subi la dégénérescence fibro-myxomateuse, qui pesaient ensemble 2 500 grammes.

[5] ALBAN DORAN. *Brit. med. Journal*, 8 juin 1889, t. I, p. 1287.

[6] L. PICQUÉ. *Des tumeurs solides de l'ovaire.* (*La Sem. gyn.* 1896, p. 129.)

[7] ROKITANSKY. *Lehrb. der path. Anat.*, 3e édit., t. III, p. 425.

[8] KLOB. *Path. Anat. der weibl. Sexualorg.*, 4e édit., t. II, p. 127.

telée du corps jaune dont le microscope permet de retrouver la structure.

Les fibromes ovariens sont ordinairement creusés de petites **géodes** contenant du liquide; il est dificile de dire si ces cavités proviennent des follicules de de Graaf, de points limités de désintégration moléculaire ou d'ectasies lymphatiques[1].

On a constaté la **calcification** et même l'**ossification** des fibromes de l'ovaire[2].

La structure des fibromes est surtout fibreuse, dans le sens propre du mot; ils présentent d'abondantes fibres connectives et peu ou point de fibres musculaires lisses; quand celles-ci existent en grand nombre, il est très vraisemblable que l'origine de la tumeur a été

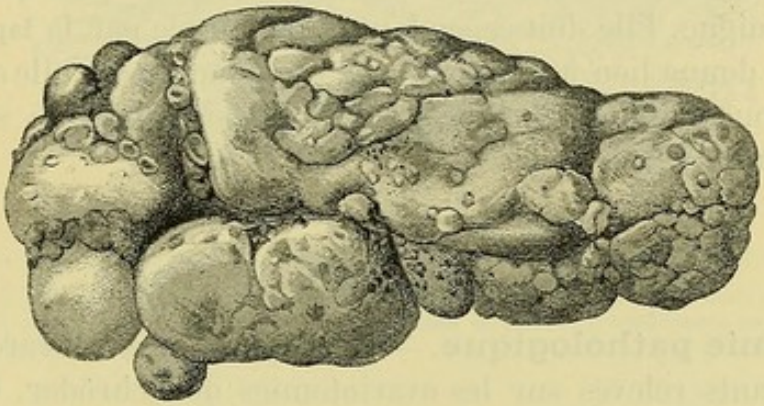


Fig. 451. — Fibro-sarcome de l'ovaire (opéré sans récidive depuis 5 ans). (Pozzi.)

méconnue et que cette dernière provient de l'utérus[3]. Exceptionnellement, les vaisseaux peuvent prendre des dimensions inusitées comme dans les **fibromes caverneux** de Spiegelberg; mais dans ces tumeurs très vasculaires, il y a souvent mélange de tissu sarcomateux.

Les fibromes de l'ovaire se rencontrent, relativement, assez souvent chez les jeunes femmes. Leopold en mentionne 13 cas, de 5 à 30 ans, et 4 seulement, de 30 à 40 ans; on les voit aussi dans la vieillesse. Terrier[4] en a enlevé par la laparotomie, chez une femme âgée de 77 ans.

Symptômes. — C'est l'**ascite** qui attire, souvent, l'attention tout d'abord; elle est provoquée par la grande mobilité de la tumeur, Symptômes.

[1] Patenko. *Ueber die Entwicklung der Corpora fibrosa in den Eierstöcken* (*Centr. f. Gyn.*, 1880, p. 441).

[2] Waldeyer. *Arch. f. Gyn.*, 1871, Bd. II, p. 440.

[3] P. Bagot. *Fibro-myoma of the ovary* (*New York med. Journ.*, 1890, p. 248). — Sur la pièce enlevée par cet auteur, Earl aurait trouvé une quantité considérable de fibres musculaires lisses.

[4] Terrier. *Progrès méd.*, 1888, p. 466

ainsi que cela se voit dans certains corps fibreux pédiculés de l'utérus. Lorsque ce symptôme manque, la **tumeur** peut rester inaperçue, ou n'être découverte que par hasard, si l'on pratique l'exploration bi-manuelle, ou si l'on fait la laparotomie pour une autre cause.

Marche. La **marche** est lente. On a signalé un cas de péritonite par torsion du pédicule (Van Burren). On connaît aussi quelques cas d'inflammation (Rokitansky, Kiwisch, Safford Lee).

Diagnostic. **Diagnostic.** — Il est presque impossible de distinguer un fibrome de l'ovaire d'un **corps fibreux pédiculé** de l'utérus; l'ascite pourrait également faire penser à une **tumeur maligne**. L'incision exploratrice est seule capable de lever les doutes. Elles est d'autant plus légitime que, dans tous les cas, la tumeur doit être enlevée.

Pronostic. Traitement. Le **pronostic** est favorable s'il s'agit d'un fibrome pur, qui est une tumeur bénigne. Elle doit cependant être extirpée par la **laparotomie**, dès qu'elle donne lieu à des douleurs, et même dès qu'elle est reconnue, car on n'est jamais absolument certain qu'il ne s'agit pas d'un sarcome.

Sarcomes.

Anatomie pathologique. **Anatomie pathologique.** — Ce néoplasme est très rare; d'après les importants relevés sur les ovariotomies de Schröder, Cohn[1] en estime la fréquence à 1 pour 100, relativement aux kystes. Sur 15 tumeurs solides de l'ovaire, Heim[2] a trouvé 7 cas de sarcome. Il est le plus souvent bilatéral[3]. La variété fasciculée ou fibroplastique est plus fréquente que la variété encéphaloïde ou embryoplastique; la première a une consistance lardacée, la seconde est beaucoup plus molle. Des cavités kystiques et des foyers de désintégration graisseuse sont fréquents dans l'épaisseur du tissu. On y observe de nombreux vaisseaux. Leur volume, généralement moyen, peut atteindre des proportions considérables. Suivant la remarque de Sinéty, on paraît avoir quelquefois confondu avec des sarcomes des kystes prolifères (épithélioma mucoïde de Malassez), dans lesquels l'élément solide dominait. La description d'une forme mixte, voisine de l'adénome et du carcinome (Olshausen), n'est peut-être pas toujours exempte de cette confusion[4].

Je dois exposer, à ce propos, des recherches intéressantes par la nouveauté de leurs résultats.

[1] Cohn. *Loc. cit.*, p. 19.

[2] Heim. *Ueber solide Ovarialtumoren*. Dissert. inaug. Erlangen, 1894.

[3] Brindel. *Sarcome des deux ovaires* (*Gaz. méd. de Paris*, 1894, p. 392).

[4] Seeger (*Ueber solide Tumoren des Ovarium*. Dissert. inaug. Munich, 1888) a publié 3 cas de *carcinoma sarcomatosum*.

On a récemment décrit une variété de néoplasme ovarien, inter-

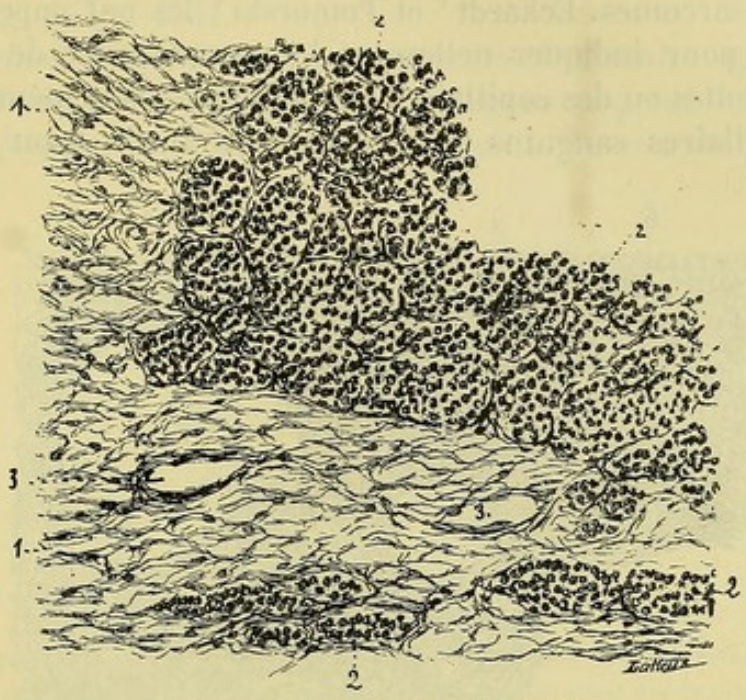


Fig. 452. — Endothéliome de l'ovaire.

Point pris dans l'ovaire pour montrer l'aspect alvéolaire (vue générale). (150 diamètres.)

1. Tissu de l'ovaire dont les faisceaux conjonctifs présentent un aspect réticulé; dans les vides apparaissent quelques cellules. 2. Les mêmes lacunes dilatées et transformées en alvéoles pleins de cellules. 3. Lymphatiques.

médiaire, au point de vue histologique, entre l'épithéliome et le

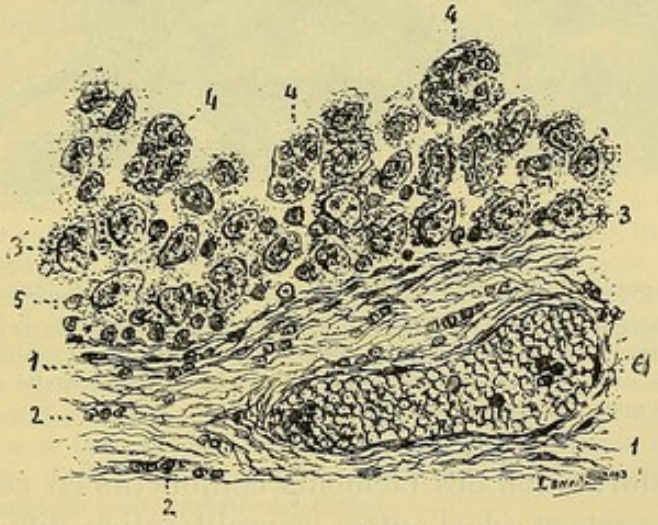


Fig. 453. — Endothéliome de l'ovaire.

Cellules géantes à noyaux multiples. (500 diamètres.)

1. Tissu conjonctif lâche à cellules allongées. 2. Prolifération cellulaire entre les faisceaux, 3. Cellules épithélioïdes nées aux dépens des cellules précédentes. 4. Cellules à noyaux multiples. 5. Cellules non encore transformées. 6. Vaisseau plein de sang.

sarcome, qu'on a rencontrée tour à tour dans certains kystes dermoïdes dégénérés, dans des kystes papillaires, et dans ces tumeurs

solides, criblées de petites cavités, qu'on rangeait jusqu'ici dans la classe des sarcomes. Eckardt[1] et Pomorski[2] les ont appelées *endothéliomes*, pour indiquer nettement leur provenance de l'endothélium des fentes ou des capillaires lymphatiques, soit même des vaisseaux capillaires sanguins (Eckardt) (fig. 452). On a pu suivre pas

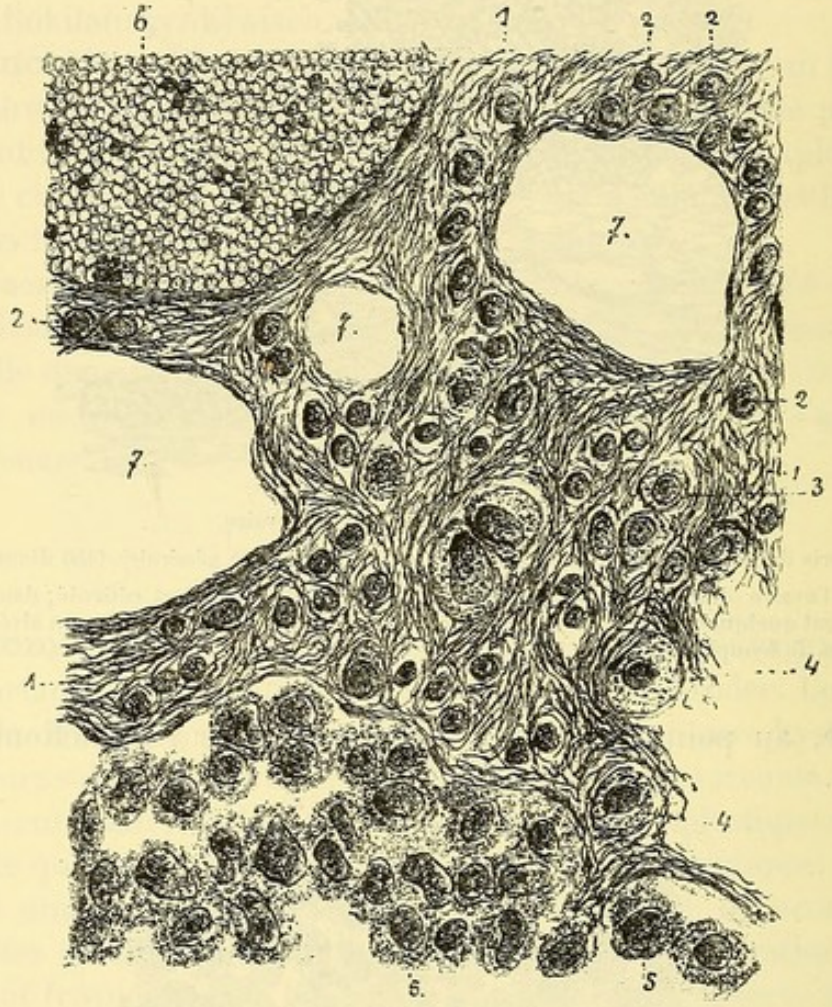


Fig. 451. — Endothéliome de l'ovaire.

Transformation graduelle des cellules proliférées en cellules épithélioïdes. (500 diamètres.)

1. Tissu conjonctif lâche. 2. Cellules proliférées, arrondies avec un nucléole brillant. 3. Les mêmes tuméfiées et augmentées de volume. 4. Développement encore plus avancé. 5. Cellules complètement transformées et lâchement soudées entre elles dans une large cavité alvéolaire. 6. Large vaisseau plein de sang. 7. Lacunes lymphatiques.

à pas la transformation des éléments conjonctifs en cellules épithélioïdes d'une part, et, de l'autre, la prolifération diffuse de l'endothélium des fentes lymphatiques du tissu conjonctif. Ce néoplasme est donc mixte et participe à la fois des tumeurs d'origine conjonc-

[1] Eckardt. *Ueber endotheliale Eierstocktumoren* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1889, Bd. XVI, Heft 2, p. 344). — Il s'agissait dans ce cas d'un kyste dermoïde, paraissant avoir subi une dégénérescence sarcomateuse.

[2] J. Pomorski. *Endothelioma ovarii* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn*., 1890, Bd. XVIII, Heft 1, p. 92).

tive, ou sarcomes, et des tumeurs d'origine épithéliale, ou épithéliomas[1] (fig. 453 et 454).

La première indication de ces tumeurs de l'ovaire appartient à Leopold[2]. Deux autres observations, analogues au point de vue histologique, quoique très différentes au point de vue de l'anatomie

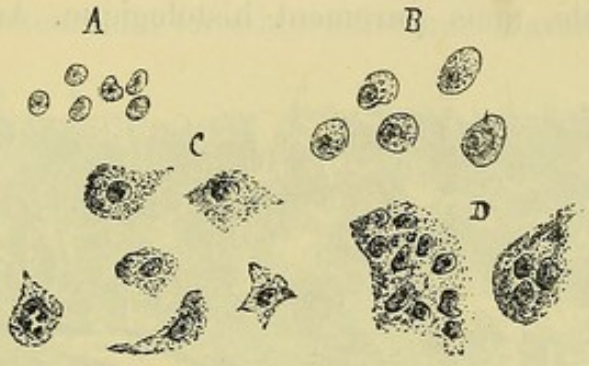


Fig. 455. — Endothéliome de l'ovaire.

Éléments dissociés à leurs diverses périodes de développement. (800 diamètres.

A. Petites cellules rondes avec nucléole provenant de la prolifération des cellules conjonctives dans les espaces lymphatiques. B. Les mêmes se tuméfiant et s'acheminant à la transformation épithélioïde. C. Les cellules sont devenues plus ou moins anguleuses et présentent les formes les plus variées. On remarque des phénomènes de karyokinèse sur celle du côté gauche. D. Cellules géantes à noyaux multiples.

pathologique macroscopique, avaient été publiées par Marchand[3], et on peut encore, rétrospectivement, rattacher à ce type[4] les obser-

[1] La première description de tumeurs de ce genre a été faite par J. Kolaczek. *Ueber das Angiosarcoma* (*Zeitschr. f. Chir.*, 1878, Bd. IX, p. 1 et 165; *ibid.*, 1880, Bd. XIII, p. 1). — Il a réuni soixante observations publiées sous les noms les plus divers, ayant toutes ce caractère commun de dériver des parois capillaires, d'être des productions endothéliales ou périthéliales. Il les a nommées *angiosarcomes*. Les observations de Kolaczek se rapportent presque exclusivement à des tumeurs de la tête, ayant leur point de départ au front, aux joues, à la mâchoire; aucune ne se rapporte à l'ovaire. — Gelgi. (*Sulla struttura e sullo svilappo degli Psammomi.* Pavie, 1869. Anal. in *Virchow's Arch.*, 1869, Bd. LI, p. 311) a le premier appelé *endothéliomes* les tumeurs de cet ordre. Au point de vue histologique pur, ces productions seront rapprochées avec intérêt des recherches de J. Michel. *Beitrag zur Kenntniss der Entstehung der sogen. Stauungspapille und der pathologischen Veränderungen in dem Raume zwischen äusserer und innerer Opticusscheide* (*Arch. der Heilk.*, 1873, t. XIV, p. 39).

[2] Leopold. *Die soliden Eierstockgeschwülste* (*Arch. f. Gyn.*, 1874, Bd. VI, p. 189). — Il lui donne le nom de *lymphangioma cystomatosum*. Tumeur trouvée à l'autopsie d'une petite fille de 8 ans, de la grosseur de la tête; à la coupe, trame réticulaire parsemée d'une grande quantité de petites cavités kystiques.

[3] Marchand. *Beitrag zur Kenntniss der Ovarialtumoren* (*Abhandl. der Naturf. Gesellsch.* Halle, 1879, Bd. XIV, Heft. 3). Dans le premier cas, il s'agissait d'une tumeur papillaire bilatérale chez une femme de 48 ans; dans le second, de nodules parsemant un ovaire gros comme une demi-pomme, rencontré dans une hernie inguinale.

[4] Olshausen. *Krankh. der Ovarien*, 2e édit., p. 340. Tumeur de la grosseur de la tête trouvée, à l'autopsie, sur une jeune fille de 17 ans, composée d'un amas réticulaire de capillaires remplis, non de globules sanguins, mais de cellules rondes. Les mailles du réseau étaient remplies d'une masse albumineuse, parsemée de noyaux. Il y a là pour Eckardt (*Loc. cit.*) un exemple certain d'*endothéliome intravasculaire de l'ovaire*, qu'il rapproche de sa propre observation.

vations plus anciennes de Olshausen-Ackermann et celles plus récentes de Flaischlen[1] et de Faguet[2].

D'après l'ensemble des faits connus, on voit qu'il s'agit là d'une variété curieuse de sarcome (fig. 456), soit primitif (tumeur papillaire de l'ovaire ou sarcome microkystique), soit secondaire (dégénérescence des parois d'un kyste dermoïde). L'intérêt de ces notions est considérable, mais purement histologique. Au point de vue

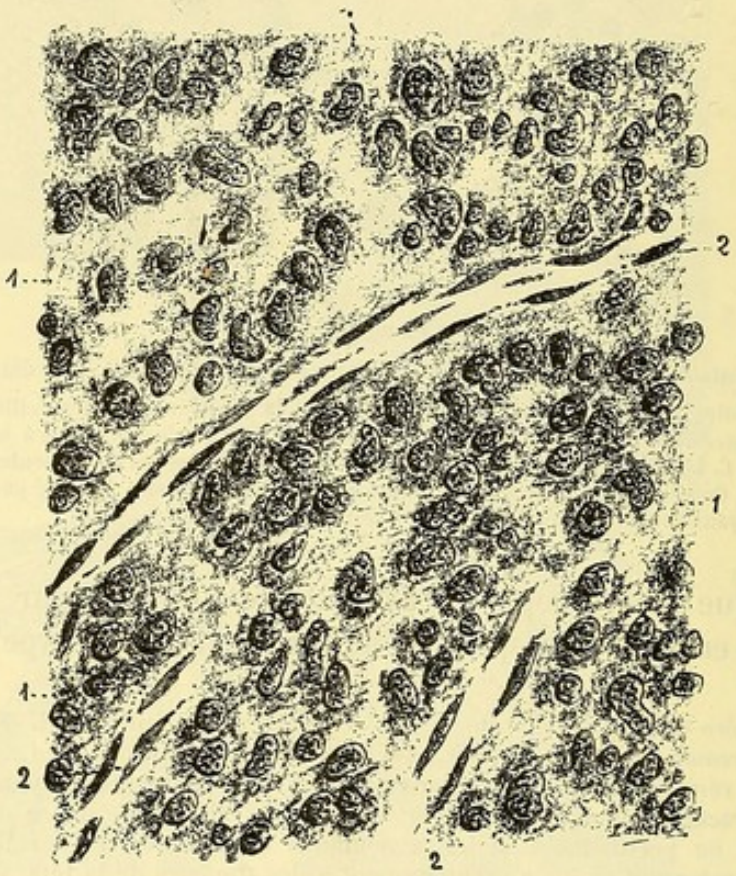


Fig. 456. — Endothéliome de l'ovaire.

Zone d'aspect sarcomateux. (800 diamètres.)

1. Tissu homogène granuleux uniquement composé de cellules très variées de forme et de volume et dont un grand nombre présentent des phénomènes de karyokinèse. 2. Ce tissu est parcouru par un grand nombre de capillaires à parois embryonnaires.

clinique, il semble qu'il s'agisse là de tumeurs d'une grande malignité[3].

[1] Flaischlen. *Zur malignen Degeneration von Ovarialkystomen* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VII, p. 449). Kyste dermoïde multiloculaire avec dégénérescence d'apparence sarcomateuse des parois de la poche, où le microscope fait voir que le néoplasme conjonctif a pour origine des fentes lymphatiques.

[2] Ch. Faguet. *Tumeur mixte de l'ovaire droit. Kyste dermoïde et endothéliome* (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mars 1895.)

[3] P. Friedländer (Dissert. inaug., Munich, 1891) a décrit un cas de sarcome ovarien avec métastase dans le péritoine, les ganglions rétro-péritonéaux et bronchiques et dans le foie.

Les **symptômes** sont ceux d'une tumeur maligne à développement rapide. Symptômes.

Leur surface est lisse et la forme générale de l'ovaire est conservée; la lésion est parfois bilatérale[1].

La grossesse lui donne parfois une sorte de coup de fouet. Münchmeyer[2], dans un cas où celle-ci avait amené un développement colossal de la tumeur, dut faire la craniotomie. L'ascite est constante Marche.

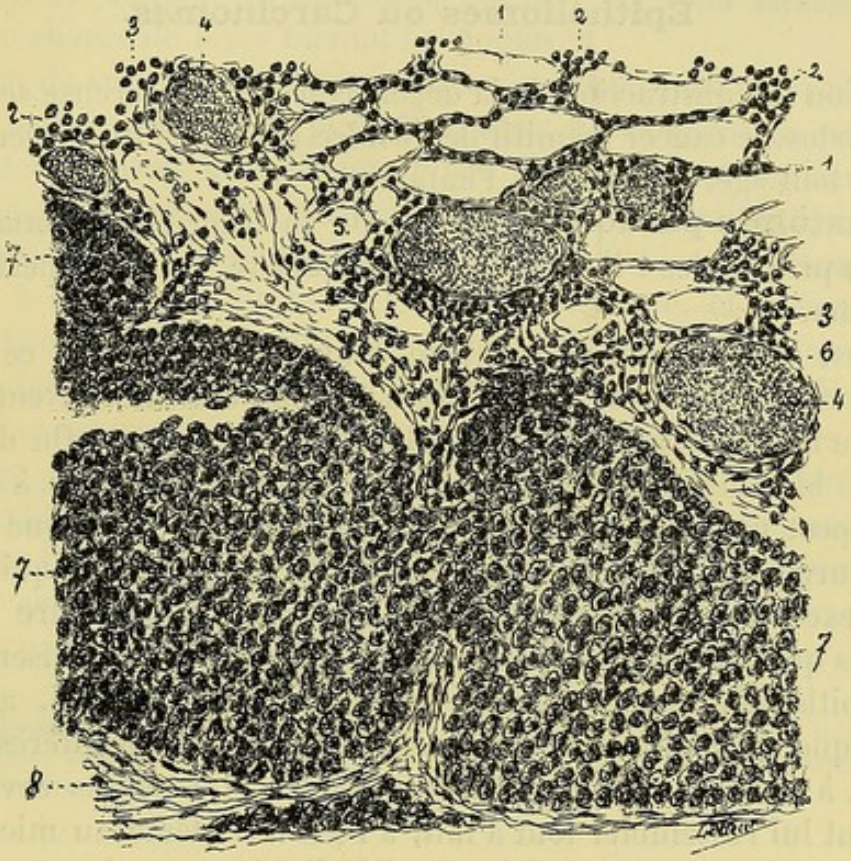


Fig. 457. — Endothéliome de l'ovaire.

Généralisation dans l'épiploon. (330 diamètres.)

1. Tissu cellulo-adipeux. 2. Cellules conjonctives proliférées dans les mailles du tissu précédent. 3. Prolifération surtout active au voisinage des vaisseaux. 4. Vaisseaux pleins de sang. 5. Lacunes lymphatiques. 6. Point où les cellules précédentes se transforment peu à peu en cellules épithélioïdes pour donner naissance à des masses compactes massives (7). 8. Cloisons conjonctives interposées.

et la cachexie survient hâtivement. Cette **marche** galopante est ce qui distinguera, cliniquement, le sarcome du fibrome. On l'observe le plus souvent dans la jeunesse, parfois dans l'enfance[3]; comme il en

[1] Weinlechner a montré à la *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, le 26 mars 1889, les deux ovaires d'une jeune fille de 21 ans, du poids de 600 et 700 grammes, transformés en sarcome rondo-cellulaire (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 36, p. 635).

[2] Münchmeyer. *Soc. gyn. de Dresde*, 4 juill. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 186).

[3] F. Page (*The Lancet*, 1895, p. 1622) a opéré une petite fille de 6 ans d'un fibro-sarcome de l'ovaire pesant plus de 5 livres. — Mac Burney (*Ann. of Surgery*, 1894, t. XXI, p. 706) a enlevé un sarcome de l'ovaire à une petite fille de 10 ans.

est de même de l'épithéliome, l'âge ne fournit ici aucun élément de diagnostic

Traitement. Le seul **traitement** est l'extirpation. La récidive est plus à craindre que dans le fibrome, mais est moins fatale que dans l'épithéliome. C. Braun[1] a cité un cas de sarcome avéré de l'ovaire où la guérison, sans récidive, s'est maintenue depuis onze ans.

Épithéliomes ou Carcinomes.

Si l'on fait abstraction de la dégénérescence cancéreuse secondaire des kystes, le cancer primitif de l'ovaire est rare[2]. On l'observe pourtant à tout âge, même dans l'enfance.

Anatomie pathologique. **Anatomie pathologique.** — On lui décrit deux **formes anatomiques** principales : l'une diffuse et **médullaire**, l'autre superficielle et **papillaire.**

Il est certain qu'une véritable confusion règne sur ce dernier point, et que des kystes papillaires rompus ont été souvent décrits, sous le nom de cancers ou de papillomes cancéreux. On doit, avec Cohn[3], bien distinguer des végétations qui peuvent avoir, à l'œil nu, un aspect commun, suivant que le microscope témoigne de leur structure carcinomateuse ou simplement papillaire. Ce qui rend le sujet exceptionnellement difficile, c'est la transition entre ces deux formes qui peut être cliniquement et anatomiquement insensible.

L'épithéliome ou carcinome médullaire devrait aussi, au moins théoriquement, être nettement séparé des kystes prolifères glandulaires, à contenu colloïde et gélatiniforme et à petites cavités, qui peuvent lui ressembler tout à fait, à l'œil nu. Même au microscope, le diagnostic exact est parfois très difficile, à cause des transformations carcinoïdes de la paroi des kystes. En somme il faut avouer, avec de Sinéty[4], « qu'aujourd'hui il nous semble impossible de tracer une ligne de démarcation précise entre les kystes et le cancer de l'ovaire ». Toutefois, si cela est absolument vrai dans une catégorie de cas douteux, au point de vue anatomique, la distinction est généralement possible, au point de vue clinique, quoiqu'elle expose encore à bien des mécomptes. Winter[5] a vu la trompe perforée et intérieurement envahie par le cancer né dans l'ovaire, qui la distendait de manière à simuler un hydro-salpinx.

[1] C. Braun. *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, 26 mars 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 36, p. 635).

[2] W. Binaud (*Gaz. heb. des Sc. méd. de Bordeaux*, janv. 1896) a opéré une jeune fille de 17 ans d'un cancer primitif de l'ovaire droit.

[3] Cohn. *Loc. cit.*, p. 23.

[4] De Sinéty. *Loc. cit.*, p. 758.

[5] Winter. *Soc. obstét. et gyn. de Berlin*, 24 juin 1887 (*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 497).

Les **symptômes** n'ont rien de caractéristique, au début. Mais bientôt le développement de l'ascite, dont le liquide est souvent sanguinolent, et le dépérissement général, ainsi que la **marche** extraordinairement rapide de la tumeur, viennent affirmer son caractère malin. On peut observer l'œdème des membres inférieurs, la thrombose ; enfin apparaît une généralisation métastatique. Symptômes et marche.

Le **diagnostic** n'est guère hésitant que dans la première période ; on peut croire alors à un **fibrome** de l'ovaire, ou à un **sarcome**. La marche se charge de lever bientôt les doutes. Diagnostic.

Au point de vue du **traitement**, deux opinions sont en présence. Les uns, parmi lesquels se place Schröder, envisageant le peu de chances de guérison durable offert par l'opération et ses dangers plus grands alors qu'en cas de tumeur bénigne, préconisent l'abstention et les palliatifs. Les autres, considérant que l'on peut toujours procurer à la malade un soulagement momentané, et même une guérison temporaire, opèrent, pour peu que l'extirpation entière soit possible. Spencer Wells, Gaillard Thomas, Ruge, Cohn, A. Martin, Duvelius[1] se rangent à cette opinion, que je partage. Je crois, avec ce dernier auteur, qu'on est autorisé, dans le doute, à faire une incision exploratrice et qu'elle n'a pas alors le fâcheux pronostic que lui attribue Olshausen. Dans les deux seuls cas où je l'ai pratiquée, la malade en a, au contraire, retiré le bénéfice de voir l'ascite diminuer pour quelques mois dans des proportions considérables. Traitement.

[1] Voir la discussion sur ce point à la *Soc. d'obst. et de gyn. de Berlin*, le 27 nov. 1885 (*Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 9). — Voir aussi, ci-dessus, les indications bibliographiques, citées à propos des indications et contre-indications de l'ovariotomie.

CHAPITRE V

TUMEURS DES TROMPES, DES LIGAMENTS LARGES ET DES LIGAMENTS RONDS

Tumeurs des trompes : Fibromes. Épithéliomes ou carcinomes et sarcomes. Papillomes. Échinocoques. Tumeur dermoïde. — Tumeurs des ligaments larges : Kystes. Corps fibreux. Lipomes. Épithéliomes et sarcomes. Varicocèle parovarien et phlébolithes. Échinocoques. Symptômes. Diagnostic. Traitement. — Tumeurs des ligaments ronds : Kystes ou hydrocèles. Fibromes. Anatomie pathologique. Symptômes. Diagnostic. Traitement.

Tumeurs des trompes[1].

Fibromes.

Les **fibromes** ou plus exactement les **fibromyomes** sont rares et de médiocre volume. Sänger et Barth[2] n'ont pu en réunir que 5 cas. Ils se développent vers l'extérieur et ne rétrécissent pas, d'ordinaire, le calibre de l'oviducte.

Épithéliomes.

Les **épithéliomes** ou **carcinomes** de la trompe se rencontrent, le plus souvent, comme propagation d'un cancer de l'ovaire, et comme propagation ou métastase d'un cancer de l'utérus. Il est très remarquable de voir, parfois, un cancer avancé de l'ovaire et une trompe absolument saine. Ce fait est peut-être dû à la direction du cours de la lymphe (Olshausen). Sur 73 observations d'utérus cancéreux, Kiwisch a noté 18 fois le cancer de la trompe, et Dittrich, sur un ensemble de 94 cas de cancers divers, a seulement trouvé 4 dégénérescences malignes de l'oviducte. Cette affection est donc assez peu fréquente. Orthmann[3] a rassemblé 13 observations où le point de départ était 9 fois l'utérus, et 4 fois l'ovaire. Dans un cas provenant de la clinique de A. Martin, le carcinome de la trompe était primitif; c'était un carcinome de forme végétante, papillaire, chez une femme de 51 ans. Dans les premières éditions de ce livre je n'avais pu réunir que très peu d'autres cas de cancer primitif; depuis lors plusieurs faits nouveaux ont été observés et,

[1] Les tumeurs kystiques ont été décrites au chapitre des OOPHORO-SALPINGITES KYSTIQUES (*Kystes tubo-ovariques, pyo-salpinx, hydro-salpinx, hémato-salpinx*).

[2] A. MARTIN. *Die Krankheiten der Eileiter*, p. 291.

[3] ORTHMANN. *Soc. gyn. de Berlin*, 27 avril 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 21, p. 345) et *Ueber Carcinoma Tubæ* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, 1888, Bd. XV, p. 212).

Sänger et Barth[1], s'appuyant sur 17 observations authentiques de

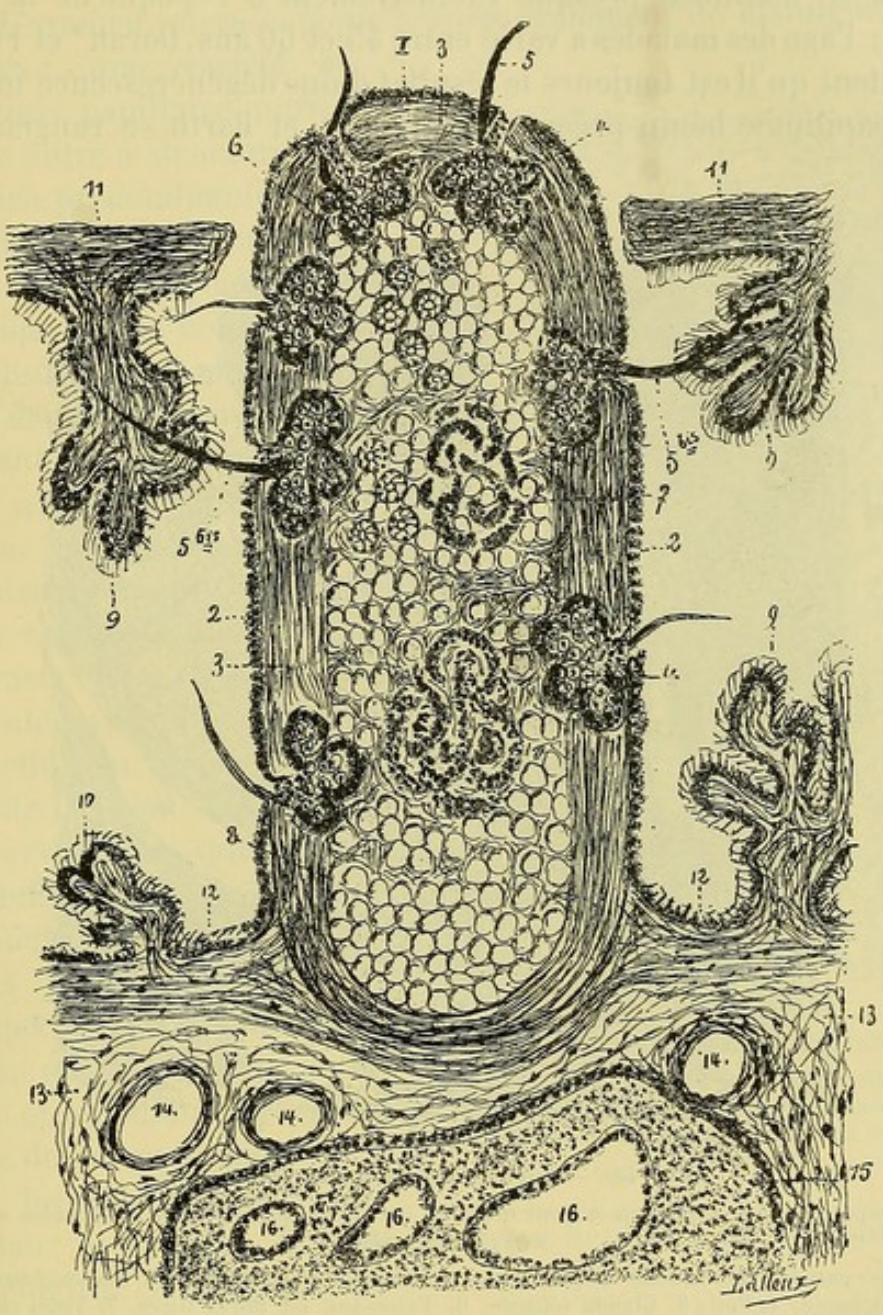


Fig. 458. — Tumeur dermoïde intra-tubaire.

Coupe longitudinale de la trompe et de la tumeur pour montrer leurs rapports réciproques (Schéma).

1. Partie de la tumeur ayant traversé le plancher supérieur de la trompe. 2. Épithélium. 3. Couche conjonctive. 4. Glandes sébacées. 5. Poil. 5bis. Poils ayant traversé le tissu des villosités. 6. Glandes en grappe. 7. Glandes sudoripares. 8. Tissu adipeux. 9. Villosités tubaires. 10. Villosité atrophiée. 11. Paroi supérieure de la trompe. 12. Plancher de la trompe. 13. Tissu conjonctif entre la trompe et l'ovaire. 14. Vaisseaux. 15. Ovaire. 16. Kystes.

carcinome primitif de la trompe, ont pu esquisser l'histoire clinique de cette affection.

[1] A. Martin. *Loc. cit.*, p. 251

Il semble, d'après les cas publiés, que le carcinome primitif de la trompe se manifeste presque exclusivement à l'époque de la ménopause; l'âge des malades a varié entre 43 et 60 ans. Doran[1] et Fearne[2] admettent qu'il est toujours le résultat d'une dégénérescence maligne d'un papillome bénin préexistant, Sänger et Barth se rangent, jus-

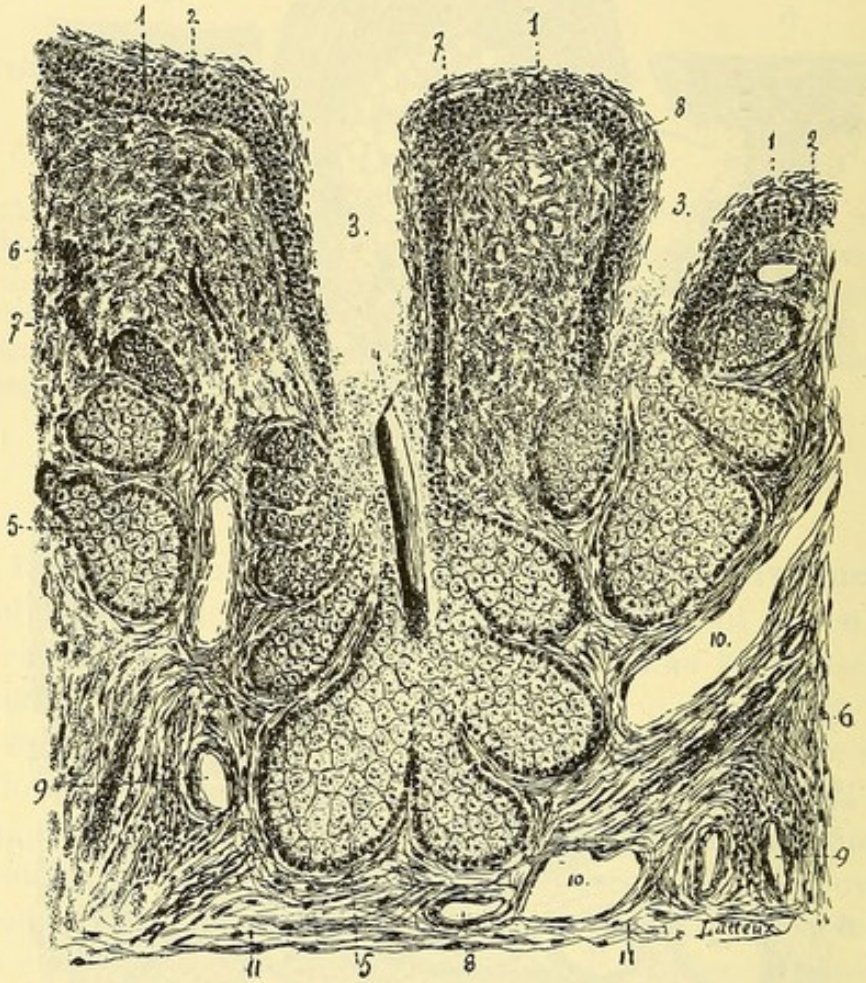


Fig. 459. — Tumeur dermoïde intra-tubaire.

Coupe perpendiculaire à la surface pour montrer la couche épithéliale et les glandes sébacées, avec leurs poils.)

1. Couche cornée. 2. Couche d'épithélium pavimenteux stratifié. 3. Embouchure d'une glande sébacée. 4. Poil. 5. Glande sébacée. 6. Faisceaux de fibres lisses. 7. Tissu conjonctif dense de la périphérie de la tumeur. 8. Orifices de capillaires. 9. Capillaires avec ceinture de cellules embryonnaires. 10. Orifices de lymphatiques. 11. Tissu conjonctif lâche de la partie profonde.

qu'à un certain point, à cette opinion, puisqu'ils admettent, à leur tour, que le carcinome primitif de la trompe se développe toujours sur le terrain d'une salpingite purulente chronique ancienne, à une époque tardive, alors qu'il n'y a plus de pus, le plus souvent au moment de la ménopause.

[1] A. Doran. *Primary Cancer of the Fallopian tube* (*Trans. of the pathol. Soc. of London*, vol. XXXIX, p. 208).

[2] Fearne. *Ueber primäres Tubencarcinom* (*Leopold. Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1895, Bd. II, p. 337).

Au point de vue anatomique, on peut admettre deux formes: une forme nodulaire, de beaucoup la plus fréquente, et une forme diffuse. L'examen microscopique permet également de distinguer deux variétés : une variété à structure papillaire pure, et une autre à structure alvéolaire prédominante.

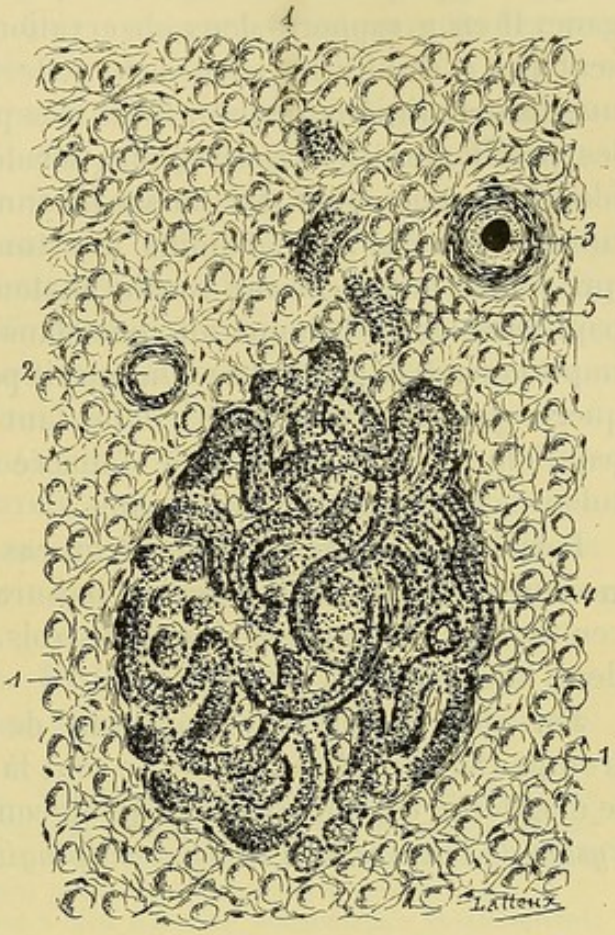


Fig. 460. — Tumeur dermoïde intra-tubaire.

1. Tissu cellulo-adipeux de la partie centrale de la tumeur. 2. Vaisseau. 3. Poil coupé verticalement, avec sa gaine. 4. Glande sudoripare. 5. Conduit excréteur.

Cette affection donne lieu à des symptômes peu caractéristiques; on note, dans les observations, des douleurs dans la région correspondant à la trompe malade avec irradiations vers la cuisse, des troubles de la menstruation, un écoulement vaginal sanieux qui contraste avec l'intégrité de l'utérus, enfin une tuméfaction du ventre et souvent de l'ascite[1]. Tuffier en a observé un cas qui simulait une hématocèle rétro-utérine[2].

Les **sarcomes** de la trompe sont extrêmement rares, on ne connaît que trois observations de sarcome de la muqueuse : ce sont les cas de Senger[3], Landau[4] et Sänger[5]. Il n'existe qu'un seul fait de sarcome de la musculaire, celui de Janvrin[6].

Ahlfeld et Marchand[7] ont rapporté un cas de déciduome malin de la trompe, consécutif à une grossesse tubaire.

[1] Fischel. *Ueber einem Fall von primären papillären Krebs der Muttertrompette.* (*Zeit. f. Heilk*, 1895, Bd. XVI, Heft 2).

[2] Tuffier. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1894, t. XLII, p. 203.

[3] E. Senger. *Ueber ein primäres Sarcom der Tuben* (*Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 601).

[4] Gottschalk. *Primäres Tubensarcom* (*Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 727).

[5] M. Sänger. *Sarcoma tubarum papillare* (*Verhandl. d. Gesellsch. f. Geb. zu Leipzig*, 1890-91, p. 30 et A. Martin, *Loc. cit.*, p. 286).

[6] Janvrin. *Myxo-sarcoma of the Fallopian tube* (*New-York med. Journ.*, 1889, p. 609).

[7] Ahlfeld. *Ein Fall von Sarcoma Uteri deciduo-cellulare bei Tubenschwangerschaft* (*Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. I. p. 209).

Papillomes.

A Doran[1] a décrit un **papillome** des trompes, qu'il croit de nature bénigne et qu'il rapproche des condylomes de la vulve et du vagin. Il pense que ces productions sont non des néoplasmes, mais de simples hyperplasies dues à une inflammation chronique de l'organe. Il en a rapporté deux observations intéressantes, qui ne suffisent pas à établir l'existence de cette lésion, comme répondant à une forme clinique définie. Il est très probable qu'ici, comme dans les papillomes de l'ovaire, une forme anatomique, en apparence identique, peut, pour des causes inconnues, évoluer soit comme une tumeur bénigne, soit comme une tumeur maligne. Bland Sutton, qui admet aussi comme forme anatomique spéciale et bénigne le papillome de la trompe, attribue dans ces productions une grande importance à la gonorrhée. On aurait peine, d'après cela, à s'expliquer son excessive rareté : il ne faut pas confondre, en effet, les papillomes et l'hypertrophie foliacée des plis de la muqueuse tubaire, dans certaines salpingites.

Échinocoques.

Doléris[2] a observé récemment un cas de salpingite double à **échinocoques**. Les deux trompes mesurant, la droite cinquante-sept centimètres, la gauche cinquante-trois, pesaient ensemble environ deux kilogrammes.

Tumeur dermoïde.

J'ai observé un cas intéressant de **tumeur dermoïde** de la trompe (fig. 458, 459 et 460). Ce sont là des faits exceptionnels, dont le diagnostic est impossible et qu'on confond ordinairement avec des *kystes de l'ovaire*, des *oophoro-salpingites* ou des *fibromes utérins*.

Tumeurs des ligaments larges.

Kystes.

Les **kystes** ont été étudiés en même temps que ceux de l'ovaire avec lesquels ils se confondent cliniquement.

Corps fibreux.

Des **corps fibreux**, indépendants de l'utérus, ont été observés dans le ligament large. Se sont-ils développés primitivement aux dépens des nappes des tissus conjonctif et musculaire propres à ces replis, ou bien ne sont-ils pas dus à la migration de corps fibreux de l'utérus? Il est impossible de résoudre cette question; la dernière opinion a été soutenue par Klob, Kiwisch et Virchow[3]; d'autre part, Sänger[4], Bilfinger[5] et Freund ont démontré l'origine autochtone de cas opérés par eux.

[1] A. Doran. *Trans. obstet. Soc.*, Londres, 1886, t. XXVII, p. 229.

[2] Doléris. *Kystes hydatiques du bassin chez la femme; salpingite double à échinocoques.* (*La Gynécologie*, 1896, p. 97.)

[3] Virchow. *Pathologie des tumeurs*, trad. franç., 1871, t. III, p. 412.

[4] Sänger. *Ueber primäre dermoide Geschwülste der Ligamenta lata* (*Arch. f. Gyn.*, 1880. Bd. XVI, Heft 2, p. 258 et 1883, Bd. XXI, p. 179).

[5] Bilfinger (*Ein Beitrag zur Kenntniss der primären dermoiden Geschwülste in den*

Tédenat[1] a observé une énorme **tumeur fibro-kystique**, accompagnée d'autres tumeurs purement fibreuses du ligament large.

Il ne faudrait pas prendre pour de petits corps fibreux les **ovaires accessoires** dont Waldeyer et Beigel[2] ont signalé l'existence possible, au-dessus de l'ovaire normal; leur grosseur atteint rarement et ne dépasse jamais celle d'une cerise.

Les **lipomes** ont été très rarement observés dans le ligament large. J'en ai vu un exemple qui avait été pris pour un kyste de l'ovaire, à cause de sa fausse fluctuation. La tumeur était énorme et remplissait l'abdomen. La malade mourut subitement d'embolie, trois jours après une ponction exploratrice. Terrillon[3] a opéré un cas où la tumeur énorme, pesant 57 livres, prenait naissance dans le mésentère. Ces tumeurs sous-séreuses laissent, après leur énucléation, une grande cavité qu'il faut traiter comme je l'ai dit, à propos des corps fibreux intra-ligamentaires de l'utérus. Lipomes.

Épithéliomes et sarcomes. — Ces néoplasmes ne sont ici que le résultat de l'extension de tumeurs voisines, siégeant, soit dans le péritoine, soit dans l'ovaire, soit dans l'utérus. Bandl a vu quelques cas où le cancer provenait des ganglions pelviens. Épithéliomes et sarcomes.

Varicocèle parovarien. Phlébolithes. — Signalées par Richet[4] et son élève Devalz[5], les dilatations variqueuses des veines Varicocèle parovarien. Phlébolithes.

breiten Mutterbändern. Dissert. inaug., Würzbourg, 1887) rapporte l'observation d'un fibrome de la grosseur d'un œuf d'oie, trouvé à l'autopsie chez une femme de 56 ans, et dont l'origine primitive ne peut être mise en doute. L'auteur donne un tableau comprenant les 13 cas certains de cette lésion jusqu'ici connus dans la science.

[1] Le professeur Tédenat, de Montpellier, a bien voulu me communiquer le fait suivant, qui est inédit : « *Fibro-myomes des ligaments larges pesant 7 kilogrammes, après évacuation d'un kyste-myome contenant 8 litres de liquide. Utérus normal.* Femme de 48 ans, mère de deux enfants. Le ventre a commencé à grossir, il y a 7 ans. Menstruation régulière, peu abondante. Constipation opiniâtre. Douleurs lombaires. Depuis deux ans, le volume énorme de la tumeur gêne la respiration. A l'examen, grosse tumeur fluctuante ayant avec l'utérus petit et mobile les rapports ordinaires des kystes de l'ovaire. Dans le cul-de-sac de Douglas, masses mobiles fuyant sous le doigt. Laparotomie. Ablation pénible des tumeurs de l'utérus et des annexes; les fibro-myomes adhèrent aux parois pelviennes. Hémorrhagie considérable. Mort au bout de 20 heures. Le kysto-myome développé dans le ligament large, droit, s'étale à droite et en avant de l'utérus. Il contenait 8 litres de liquide. Sa paroi, épaisse de 1 à 5 centimètres, a une face externe rosée, une face interne rouge, réticulée, lobulée. De sa partie postéro-externe se détache, par un pédicule long de 3 centimètres, épais de 3 centimètres, une tumeur rose pâle, flasque, du volume des deux poings. En arrière de ces deux grosses masses sont une dizaine de tumeurs dont le volume varie (œufs de poule, poing, grosse poire, rein), incluses dans les ligaments larges, reliées les unes aux autres par un tissu lâche qui leur laisse une grande mobilité. Elles n'ont aucun rapport de continuité avec l'utérus, qui est petit et normal. Les tumeurs sont des fibro-myomes typiques, certainement nés dans le ligament large et de texture plus lâche que celle des myomes utérins ordinaires. »

[2] Waldeyer. *Loc. cit.* — H. Beigel. *Ueber accessorische Ovarien* (*Wien. med. Woch.*, 1887, n° 12, p. 265).

[3] Terrillon. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 6 oct. 1885, et *Leçons de clin. chir.*, 1888, p. 460. La malade a succombé à la suppuration.

[4] Richet. *Traité d'anat. médico-chir.*, 1854, p. 755.

[5] Devalz. Thèse de Paris, 1858.

utéro-ovariennes n'ont pas été trouvées moins de dix fois sur 500 autopsies de Winckel. Il est certain qu'elles doivent avoir sur le vivant un volume incomparablement plus considérable que sur le cadavre. Winckel[1] y a observé des thrombus, Klob et Bandl, des phlébolithes.

Échinocoques. **Échinocoques.** — Freund[2] a consacré un important mémoire à l'étude de ces parasites dans le petit bassin de la femme; ils cheminent dans tous les interstices cellulaires qui communiquent avec l'espace pelvi-rectal supérieur, où ils paraissent s'être d'abord introduits, et peuvent ainsi arriver dans le ligament large, passer dans la fosse iliaque, et, de là, sortir du bassin au-dessous ou au-dessus de l'arcade crurale. Autour d'eux, ils provoquent une inflammation chronique avec induration du tissu conjonctif.

Symptômes. Les **symptômes** locaux peuvent être nuls, en dehors des phénomènes de compression, et la santé générale n'est pas altérée. Les tumeurs sont arrondies, élastiques, siègent de préférence sur le voisinage du rectum, dans la portion postérieure du pelvis, sont peu mobiles, non douloureuses. On peut reconnaître par la palpation bimanuelle qu'elles ne sont pas solidaires de l'utérus ou des ovaires. Il est assez dangereux de faire une ponction exploratrice qui peut être suivie d'inflammation.

Diagnostic. Le **diagnostic** ne pourra guère être fait que par exclusion et à l'aide des notions fournies par la géographie médicale qui nous a fait connaître la grande fréquence relative des échinocoques dans certains pays (Islande, Mecklembourg, etc.).

Traitement. Le **traitement** varie selon le siège de la tumeur. Si celle-ci est considérable et fait saillie dans l'abdomen, la laparotomie permettra soit d'énucléer complètement le sac, soit d'en faire la suture à la plaie abdominale, de la tamponner et de la drainer. Pour les petites tumeurs pelviennes, on n'interviendra que si l'on y est forcé par les accidents de compression. On incisera alors le cul-de-sac postérieur du vagin jusque sur la tumeur; on pourrait encore arriver sur la collection par la périnéotomie ou l'incision parasacrée, selon les cas. Si l'on a été obligé d'ouvrir le péritoine, on tamponnera à la gaze iodoformée pendant 24 ou 48 heures, dès qu'on sera arrivé sur la poche et avant de l'ouvrir, pour assurer l'hémostase et la formation d'adhérences protectrices; dans un second temps, on incisera largement la poche, dont on assurera l'antisepsie.

[1] Winckel. *Lehrb. der Frauenkr.*, 2e édit., 1890.

[2] W. A. Freund. *Die Echinococcenkrankheit. im weiblichen Becken* (*Gyn. Klin.*, 1885, p. 299). — Voyez aussi Charcot. *Mém. de la Soc. de Biol.*, 1852, t. IV, p. 101. — C. Davaine. *Traité des entozoaires*, 2e édit. Paris, 1877. — F. Villard. *Annal. de Gyn.*, 1878, t. IX, p. 101. — Doléris, *Loc. cit.*

Tumeurs des ligaments ronds.

Kystes ou hydrocèles.

Kystes ou hydrocèles. — On peut observer une accumulation de sérosité enkystée dans l'intérieur du canal inguinal ou à son orifice externe. Il était tout naturel d'attribuer cette lésion à la persistance du conduit péritonéal de Nuck, qui entoure le ligament rond pendant la vie intra-utérine. Cette origine, admise par beaucoup d'auteurs[1], a été niée par le professeur Duplay[2]. Cependant Schröder[3] affirme que dans un cas observé par lui, on pouvait refouler le liquide dans l'abdomen, ce qui semble bien démontrer une communication du kyste avec le péritoine et sa provenance analogue à celle de l'hydrocèle congénitale chez l'homme. Il est une autre origine qu'on peut invoquer : parfois le kyste pourrait siéger dans l'intérieur même du ligament rond. On sait, en effet, que le *gubernaculum* de Hunter, qui devient plus tard chez la femme le ligament rond, est, d'après E. H. Weber[4], primitivement creux ; il pourrait y avoir persistance d'un état fœtal, favorisant la production d'un travail pathologique[5].

Je reviendrai sur les **symptômes**, le **diagnostic** et le **traitement**, à propos des INFLAMMATIONS ET KYSTES DE LA GLANDE DE BARTHOLIN.

Fibromes.

Fibromes. — Ils peuvent se présenter soit à l'état de pureté, soit à l'état de **fibro-myomes**[6], de **myxo-fibromes**[7], ou de **fibro-myxo-sarcomes**[8]. On y a noté la dégénérescence calcaire (Duncan). Leopold a trouvé un **myome lymphangiectasique** dans le ligament rond.

Anatomie pathologique.

Symptômes.

Le siège le plus fréquent est à droite (8 fois sur 11 cas, d'après Sänger), il s'agit presque toujours de femmes ayant accouché.

La tumeur peut siéger dans l'orifice interne, être intra-péritonéale (3 cas connus, cités par Winckel, Duncan, Kleinwächter), ou être extérieure, dans la grande lèvre ou vers le pli de l'aine. Indépendante des téguments, souvent pédiculée, parfois sessile, la masse, de volume variable, est lisse ou légèrement lobulée, de consistance généralement fibreuse ; indolente à la pression, elle provoque des

[1] ZUCKERKANDL (cité par C. HENNIG. *Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXV, p. 103), sur 19 petites filles de 1 à 12 ans, a, paraît-il, trouvé 4 fois le canal de Nuck ; 3 fois, il était bilatéral.

[2] S. DUPLAY. *Des collections séreuses et hydatiques de l'aine*, Paris, 1865, et *Traité de path. externe*, 1887, t. VII, p. 721.

[3] SCHRÖDER. *Loc. cit.*, p. 455.

[4] E. H. WEBER, cité par BANDL et par SCHRÖDER, *loc. cit.*

[5] Consulter, sur la genèse de ces kystes, STAFFEL. *Ueber Cysten des Canalis Nuckii* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 272).

[6] WINCKEL. *Loc. cit.*, p. 711.

[7] S. DUPLAY. *Contrib. à l'étude des tumeurs du ligament rond* (*Arch. gén. de méd.*, mars 1882, p. 257 et suiv.).

[8] M. SÄNGER. *Arch. f. Gyn.*, 1883, Bd XXI, p. 299 et 1884, Bd XXIV, p. 1.

douleurs par les compressions qu'elle exerce, lorsqu'elle acquiert un certain volume. La toux et les efforts ne font subir aux fibromes aucune modification. Ce n'est qu'au début, quand ils sont très petits et placés à l'extérieur, qu'on peut parfois les réduire en partie dans le trajet inguinal. On les a vus augmenter de volume sous l'influence de la grossesse et même à chaque époque menstruelle. La **marche**, très lente dans les fibromes purs, peut offrir dans les cas de tumeurs mixtes, la rapidité de celle des productions malignes.

Diagnostic. Au point de vue du **diagnostic**, il faut distinguer, avec Duplay, le cas où il existe un pédicule, de celui où il n'y en a pas. S'il y a un pédicule et qu'il s'enfonce au-dessous de l'arcade crurale, on ne peut pas avoir affaire à un néoplasme du ligament rond. S'il passe au-dessus, la tumeur peut appartenir au ligament ou être une hernie graisseuse, une épiplocèle, une hernie de l'ovaire. Le diagnostic différentiel sera établi par les signes suivants : la **hernie graisseuse** diminue souvent par la pression, elle est douloureuse au toucher et pendant la marche ; sa consistance est molle, ses limites diffuses. L'**épiplocèle** irréductible, qui acquiert parfois une consistance fibreuse très comparable à celle du fibrome, serait impossible à distinguer, sans les commémoratifs et la présence d'une corde épiploïque tendue derrière la paroi abdominale. L'**ovaire hernié** est ovoïde, ayant la forme régulière de l'organe et présente une sensibilité exquise à la pression ; l'augmentation de volume, au moment des règles, est encore bien plus marquée que celle qu'on peut voir dans certains fibromes ; l'utérus est fortement en latéro-version.

S'il n'y a pas de pédicule à la tumeur et que celle-ci soit développée dans l'aine, on pourra croire à une **masse ganglionnaire**. Mais, dans ce cas, la tumeur est toujours multilobée et n'offre pas de connexions spéciales avec l'orifice inguinal. Si le néoplasme siège dans la grande lèvre, on pourrait penser à un **kyste de la glande de Bartholin** ; on recherchera avec soin son point de départ, tant par l'étude des commémoratifs que par l'examen direct ; si la tumeur ayant débuté au-dessus de la grande lèvre, y est ensuite descendue, et si l'insertion sur l'orifice inguinal externe peut être nettement appréciée, on n'hésitera pas à penser à une tumeur du ligament rond.

Le **pronostic** est indiqué par la marche.

Traitement. Le **traitement** est l'extirpation : il est généralement facile d'énucléer les fibromes quand ils siègent à l'orifice externe. Ceux qui sont prépéritonéaux, en arrière de l'orifice interne et offrent de grandes dimensions, pourraient entraîner de graves opérations.

LIVRE XI

DE LA TUBERCULOSE GÉNITALE

Aperçu historique. — Étiologie et pathogénie. Tuberculose génitale primitive. Infection directe. Infection mixte. Tuberculose génitale secondaire. Infection secondaire métastatique. Infection primitive secondaire. Tuberculose de la vulve, du vagin et du col. Anatomie pathologique. Diagnostic. Traitement. — Tuberculose de l'utérus. Anatomie pathologique. Symptômes et diagnostic. Traitement. — Tuberculose des ovaires et des trompes. Anatomie pathologique. Symptômes. Traitement.

L'envahissement de l'appareil génital par les bacilles tuberculeux est assez rare. Certaines régions, le vagin et le col, par exemple, y paraissent très réfractaires, sans doute à cause de la résistance de l'épithélium stratifié qui les protège. Ce sont les trompes qui sont le plus souvent le point de départ des lésions tuberculeuses. Des trompes, l'altération se propage facilement aux ovaires et, plus rarement, elle descend dans l'utérus lui-même.

Je présenterai un tableau d'ensemble de la tuberculose des organes génitaux, en adoptant l'ordre anatomique.

Aperçu historique.

Aperçu historique. — Les principaux travaux qu'il est nécessaire de signaler ont pour auteurs Louis, Senn, Raynaud, Cruveilhier, qui marquent les premières étapes dans cette voie. Avec Aran, Bernutz et surtout Brouardel[1], l'anatomie pathologique, quoique encore réduite à accorder une importance prépondérante à l'aspect macroscopique, prend plus de précision, et la clinique est déjà très avancée. Depuis lors, les découvertes du follicule tuberculeux, puis du bacille de Koch, ont donné un critérium certain aux recherches, en même temps qu'une hardiesse chirurgicale croissante permettait d'étudier les lésions sur des pièces fraîches. Les noms de Hegar, Wiedow, Cornil, Terrillon[2], se rattachent aux der-

[1] Louis. *Recherches sur la phtisie*, Paris, 1825. — Senn. *Arch. gén. de méd.*, 1851, t. XXVII, p. 282. — Raynaud. *Ibid.*, t. XXVI, p. 186. — Cruveilhier. *Anat. path. gén.*, t. IV, p. 674 et 718. — Aran. *Leçons clin. sur les mal. de l'utérus*, 1858, p. 710 et suiv. — Bernutz. *Clinique méd. des mal. des femmes*, Paris, 1861-62, t. II, p. 340. — Brouardel. *De la tuberculose des org. génit. de la femme.* Thèse de Paris, 1865.

[2] Hegar. *Die Entstehung, Diagnose und chir. Behandlung der Genitaltuberculose des Weibes*, Stuttgart, 1886. — Wiedow. *Die operative Behandlung der Genitaltuberculose*

niers travaux publiés sur l'anatomie pathologique et le traitement.

Au point de vue de la pathogénie, il convient de citer : Conheim[1], qui, le premier, émit l'idée d'une transmission possible par les rapports sexuels ; Verneuil[2], qui a vigoureusement défendu cette opinion et a démontré l'utilité de la *confrontation* de l'inoculée avec l'inoculateur, méthode qui avait fait faire de si grands progrès à l'étiologie des accidents syphilitiques ; Verchère[3], élève de Verneuil ; Fernet[4] et Derville[5], qui ont rapporté des faits très probables de contagion génitale, et enfin Reclus, qui les a discutés.

Étiologie et pathogénie. Tuberculose génitale primitive.

Étiologie. Pathogénie. — Y a-t-il une **tuberculose génitale primitive** ? Le fait n'est pas douteux. Geil[6] et Tomlinson[7], précisant des notions déjà indiquées par Namias[8], Cristoforis[9] et Rokitansky[10], ont depuis longtemps cité de nombreux exemples de tuberculose isolée des annexes. Il est vrai de dire que les observations antérieures à la détermination spécifique du follicule tuberculeux et du bacille caractéristique n'ont pas une importance décisive. Mais des constatations plus récentes ont pleinement confirmé le fait[11].

(*Centr. f. Gyn.*, 1885, n° 36, p. 561). — Cornil. *Journ. des connaiss. méd.*, juin, juill., 1888. — Terrillon. *Salpingo-ovarites tuberculeuses* (*Congrès franç. de chir.*, 4e session, 1889, p. 115).

[1] Conheim. *De la tuberculose au point de vue de l'infection*, trad. par De Musgrave Clay, Paris, 1882.

[2] Verneuil. *Lettre à M. le prof. Fournier* (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 6 avril 1883, p. 225)

[3] Verchère. *Les portes d'entrée de la tuberculose.* Th. de Paris, 1885.

[4] Fernet. *De l'infection tuberculeuse par la voie génitale* (*Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1884, p. 420). — Fernet et Derville. *Tuberculose des organes génitaux et sa contagiosité.* Comm. à la Société clinique (*France méd.*, 1886).

[5] L. H. Derville. *De l'infection tuberculeuse par la voie vaginale chez la femme.* Thèse de Paris, 1887.

[6] Geil. *Ueber die Tuberkulose der weibl. Genitalien.* Dissert. inaug., Erlangen, 1851.

[7] Tomlinson. *Obstet. Transact.*, 1864, t. V, p. 174.

[8] Namias. *Sulla tuberculosi dell' utero e degli organi ad esso attinenti* (*Memor. dell. instit. Stesso*, Venise, 1858-61, t. VII et IX).

[9] M. de Cristoforis. *Anal. univer. di med.*, 1858, t. LXV, p. 543.

[10] C. Rokitansky. *Lehrbuch der pathol. Anat.*, 3e édit., 1861, Bd. III, p. 444. — Lenhertdt (*Primäre Tuberculose der Tuben bei einer 67 jährigen Frau*, in *Beiträge der Berlin. Ges. f. Geb.*, t. I, p. 32) a cité un cas de tuberculose primitive de l'utérus avec oblitération de l'orifice utérin : celle-ci était peut-être antérieure à la tuberculisation, vu l'âge du sujet. — Derville (*Loc. cit.*) rapporte de nombreuses observations de tuberculose génitale primitive, mais quelques-unes paraissent d'une interprétation hasardée.

[11] Predöhl (*Soc. obstetr. de Hambourg*, 31 janv. 1888 *in Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 20, p. 331), a présenté l'observation probante d'une vieille femme de 61 ans, malade de diarrhée depuis un an et demi et souffrant de douleurs dans le côté gauche du bas-ventre, qui mourut subitement de méningite. A l'autopsie, on trouva une double salpingite caséeuse et un grand épaississement de la muqueuse utérine. Quoique la recherche des bacilles ait été négative, on ne peut guère douter qu'il ne s'agit là d'une affection tuberculeuse ancienne ; pas de tubercules dans le péritoine, mais des tubercules dans les méninges et dans le foie. L'antériorité des lésions de la trompe paraissait évidente. — Dudefoy (*Bull. de la Soc. anat.*, 15 mars 1889) a montré des lésions avancées des trompes chez une malade, morte de méningite tuberculeuse à marche rapide ; il est permis d'admettre avec lui et la nature tuberculeuse des salpingites et leur antériorité.

La tuberculose primitive des organes génitaux est, aussi, assez fréquente chez l'homme[1]. Un des points les plus curieux de cette espèce de tuberculose locale dans les deux sexes, c'est qu'elle peut rester longtemps, ou même indéfiniment, latente et méconnue, par suite de son exacte séquestration due aux fausses membranes et à l'inspissation du pus. C'est ce qu'on observe, notamment, dans les trompes, et il peut même être alors impossible de retrouver les bacilles, qui se sont, sans doute, détruits à la longue, quoique la nature tuberculeuse du foyer soit clairement démontrée, après l'opération par l'explosion d'une éruption miliaire aiguë, soit dans les poumons, soit dans les méninges. L'histoire des vieux foyers de tuberculose des os ou des articulations fournit au chirurgien de nombreux exemples analogues.

Comment le bacille tuberculeux est-il amené dans les organes génitaux de la femme? Leur communication facile avec l'extérieur semble, *a priori*, permettre l'infection fréquente, soit par l'atmosphère, soit par l'introduction de corps infectants, soit par l'introduction de sperme tuberculeux. Cette notion ne pouvait être admise, à la vérité, avant que les travaux de Villemin et de Koch eussent bouleversé les idées reçues sur l'origine de la tuberculose. Même actuellement, cette théorie de l'**infection directe** n'est pas adoptée sans conteste. Il semble qu'elle ait eu, à la fois, des défenseurs trop enthousiastes, disposés à l'accepter sans démonstration suffisante dans beaucoup d'observations douteuses, et, aussi, des détracteurs systématiques. En somme, cette voie paraît très probable, quoiqu'elle constitue assurément l'exception.

Infection directe.

La fréquence de ces tuberculoses primitives a été recherchée comparativement aux tuberculisations secondaires. Mosler[2] a trouvé 8 cas primitifs sur 46 observations. Frerichs[3] donne la proportion de 15 sur 96, et Schramm[4] seulement de 1 sur 34. On l'observe surtout de 20 à 40 ans[5].

Quant aux agents de l'infection des malades dans la tuberculose primitive, il est facile de s'en rendre compte si elles sont en contact avec des tuberculeux ; un linge, une canule, le doigt d'un médecin ou d'une sage-femme peuvent porter le germe. La cohabitation avec un homme atteint de tuberculose génitale ou pulmonaire paraît être

[1] P. Reclus. *Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse.* Thèse de Paris, 1876. — Schachmann. *Portes d'entrée et voies de propagation des bacilles de la tuberculose* (*Arch. gén. de méd.*, 1885, 7e série, t. XV, p. 584).

[2] Mosler. *Die Tuberculose der weibl. Genital.* Dissert. inaug., Breslau, 1883.

[3] E. Th. Frerichs. *Beitr. zur Lehre von der Tuberculose*, Marbourg, 1882.

[4] Schramm. *Zur Kenntniss der Eileitertuberculose* (*Arch. f. Gyn.*, 1882. Bd. XIX, p. 416).

[5] Whitridge Williams. *Tuberculosis of the female generative organs* (*Johns Hopkins Hospital Reports*, 1892, vol. III, n° 1, p. 3).

une cause avérée, dans de nombreuses observations[1]. Est-ce, alors, par le sperme, par la salive, par le sang d'une écorchure qu'a lieu l'inoculation? On ne peut le dire exactement[2].

L'état puerpéral joue un rôle incontestable dans l'infection primitive; ce fait est signalé par tous les auteurs. La voie génitale est alors, en effet, largement ouverte à l'entrée de tous les germes morbides, et les manœuvres obstétricales elles-mêmes peuvent contribuer à les y introduire. Il faut, du reste, remarquer qu'une infection d'une nature quelconque, septicémie ou blennorrhagie, prédispose à l'infection bacillaire. On sait combien la puerpéralité prédispose aux premières; celles-ci peuvent, pour ainsi dire, frayer le chemin à la seconde. Ces faits sont bien connus en pathologie générale sous le nom d'**infection mixte, combinée** (*Mischinfection* des Allemands) ou d'*association microbienne*.

Infection mixte.

On a signalé un cas où il existait un début de tuberculose de la cavité utérine en même temps qu'un cancer du col[3],

Tuberculose génitale secondaire.

La **tuberculose génitale secondaire**, c'est-à-dire développée au cours d'une dégénérescence tuberculeuse d'un autre organe et en particulier des poumons, s'observe incomparablement plus souvent que la tuberculose primitive. Avant d'affirmer qu'on a affaire à cette dernière, il faut être bien sûr qu'il n'existe pas au sommet du poumon le moindre nodule tuberculeux, et l'on sait combien ce diagnostic

[1] Observ. de Fernet, Verneuil, etc., citées par Schachmann, *loc. cit.*, p. 584. — Deux cas peuvent à ce point de vue être distingués, selon que l'individu infectant présente des tubercules des organes génitaux, ou seulement des tubercules d'autres organes. — Dans le premier cas, il y a lieu d'admettre que le sperme peut être mélangé de bacilles. Cornil et Babès ont, en effet, trouvé des bacilles dans l'urine d'individus atteints de cystite tuberculeuse; Rosenstein a fait la même constatation chez un sujet ayant seulement une épididymite caséeuse. On peut donc, en l'absence d'un examen positif du sperme, supposer que celui-ci s'est infecté en traversant l'urèthre. Restent les faits nombreux où l'on a cru pouvoir affirmer une infection tuberculeuse directe produite par un homme ayant seulement les poumons atteints. La virulence du sperme ne repose alors que sur des hypothèses; les expériences de Landouzy et de Martin (*Faits cliniques et expérimentaux pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose*, in *Revue de méd.*, 1883, p. 1014 et *Études expér. et clin. sur la tuberculose*, 1887, fasc. I, p. 59) n'entraînent pas entièrement la conviction. Les recherches de Curt Jani (*Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen im gesunden Genitalapparat bei Lungenwundsucht*, etc., in *Virchow's Arch. f. path. Anat.*, 1886. Bd. CIII, p. 522) montrent, à la vérité, qu'on peut rencontrer de rares bacilles dans les testicules et la prostate de phtisiques dont les organes génitaux étaient sains, en apparence. Mais il est à peu près certain qu'ils s'y trouvaient enfermés dans les capillaires sanguins, et rien n'autorise à croire qu'ils puissent en traverser la membrane pour s'échapper dans les sécrétions. Grawitz a bien constaté le passage des éléments corpusculaires et des spores de la moisissure (plus volumineuses que les bacilles) à travers l'épithélium des glomérules du rein, non altéré; seulement, un raisonnement par simple analogie n'a jamais qu'une valeur hypothétique.

[2] Emanuel. *Beitrag zur Lehre von der Uterus Tuberkulose* (*Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXIX, p. 135). — Brockmann. *Ueber die Tuberkulose des Peritoneums und der weiblichen Genitalien*. Dissert. inaug. Erlangen, 1895.

[3] M. Nassauer. *Ein Fall beginnender Tuberkulose der Gebärmutterschleimhaut*, etc. Dissert. inaug. Würzbourg, 1894.

précoce est difficile. Là est véritablement le défaut de la cuirasse de beaucoup d'observations soi-disant démonstratives, qui ont été publiées ; un autre de leurs points faibles a été d'admettre trop facilement la nature tuberculeuse de petites indurations de l'épididyme ou de la prostate, trouvées chez les auteurs présumés de la contamination : on a ainsi fait souvent une sorte de pétition de principe.

La tuberculose des organes génitaux qui survient dans le cours de la phtisie, une au point de vue étiologique, comprend deux variétés au point de vue de la pathogénie. Dans la plupart des cas, sans doute, la tuberculose génitale est **secondaire métastatique**, selon l'expression de Conheim, et le microbe a émigré avec le sang ou la lymphe du foyer primordial dans le foyer secondaire. Mais, d'autres fois, il y a contamination par un mécanisme différent qui se rapproche de celui de l'infection primitive des individus non tuberculeux : on pourrait l'appeler l'**infection primitive secondaire.** La malade contamine alors ses voies génitales par l'intermédiaire du milieu extérieur qu'elle a d'abord elle-même infecté. C'est, sans doute, par les linges souillés de matières diarrhéiques ou de crachats que s'inocule le vagin des tuberculeuses avancées qui présentent des ulcérations de cet organe[1].

Infection secondaire métastatique.

Infection primitive secondaire.

Enfin, l'inoculation tuberculeuse peut se faire de proche en proche, par contact ou par propagation, par la voie lymphatique, dans le cas où il existe de la tuberculose intestinale qui a atteint les ganglions pelviens. Les bacilles du péritoine peuvent aussi infecter le pavillon de la trompe. Pinner[2] a montré que les poussières introduites dans le péritoine sont rapidement entraînées dans la trompe et, de là, dans l'utérus ; il doit en être de même des germes, et Jani[3] a effectivement trouvé, dans un cas de phtisie pulmonaire et intestinale, de nombreux bacilles dans les coupes de trompes encore parfaitement saines : nul doute qu'ils ne vinssent du péritoine, où ils avaient pu parvenir en émigrant de l'intestin. L'infection de la trompe se fait, encore, par adhérence à une anse d'intestin tuberculeuse, de même qu'une fistule recto-vaginale tuberculeuse peut succéder à une perforation de la cloison, dans les cas d'ulcération du gros intestin.

La prédilection des lésions tuberculeuses pour les trompes s'explique par plusieurs considérations : leur muqueuse, très riche en replis, non sujette à la mue menstruelle comme celle de l'utérus, se prête admirablement bien à la rétention des germes morbides qui

[1] Weigert. *Virchow's Arch.*, 1879, Bd. LXVII, p. 264. — Kloe. *Path. Anat.*, etc., p. 452.
[2] Pinner. *Arch. f. Anat. und Physiol.*, 1880 (*Phys. Abth.*), p. 241.
[3] Jani. *Loc. cit.*, p. 522.

ont pu s'y localiser. La vitalité intense de la muqueuse utérine, sa desquamation partielle à chaque époque des règles, est, sans doute, sa principale défense contre les bacilles; quant au vagin, il est protégé par l'épaisse couche stratifiée de son épithélium et peut-être aussi par la concurrence vitale des germes nombreux auxquels il offre toujours un abri. Il n'y a pas, selon la judicieuse remarque de Verneuil, à établir de comparaison entre les conditions de prolifération du bacille, qui est anaérobie et se développe de préférence à une grande profondeur, et celles d'autres microbes qui, comme le gonococcus, attaquent les premières parties du canal génital qu'ils rencontrent.

Tuberculose de la vulve, du vagin et du col.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — L'**ulcération tuberculeuse** de la **vulve** est une lésion tout à fait exceptionnelle. Zweigbaum[1] qui en a

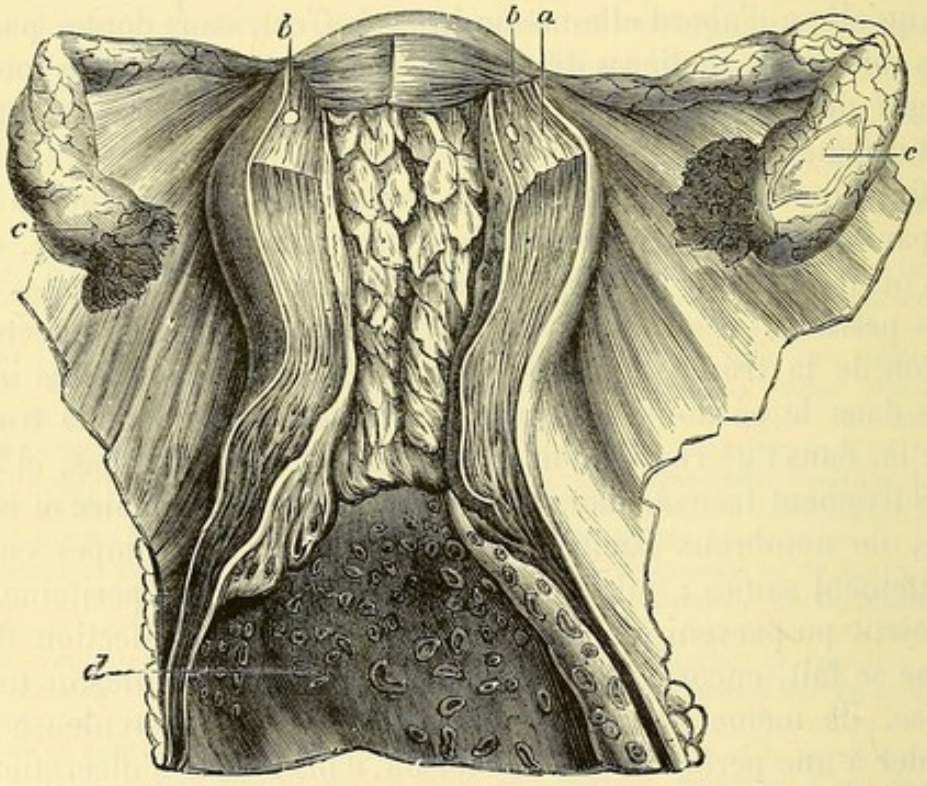


Fig. 461. — Tuberculose de l'utérus, du vagin et des trompes (Barnes).
a. b. Masses tuberculeuses de la muqueuse et du tissu utérin. *c.* Trompes transformées en pyo-salpinx. *d.* Ulcérations du vagin

décrit un exemple, n'en a trouvé que deux cas dans la science. Sa malade, âgée de 32 ans, était phtisique, et succomba à une tuber-

[1] M. Zweigbaum. *Ein Fall von tuberk. Ulceration der Vulva, Vagina, und der Portio vaginalis Uteri* (*Berl. klin. Woch.*, 1888, n° 22, p. 445)

culose pulmonaire et intestinale; l'auteur croit cependant que la lésion génitale était primitive. Il y avait aussi des ulcérations sur le vagin et le col utérin. On trouva des bacilles en abondance dans un petit lambeau excisé, pendant la vie, au niveau de l'ulcération vulvaire.

Les cas de lésions tuberculeuses du **vagin** ou de la **portion vaginale** du **col** sont rares. Daurios[1] en a pourtant réuni 24, mais il faut avouer que tous ne sont pas à l'abri de la critique : l'aspect extérieur ou certaines présomptions tirées de circonstances variées, ne suf-

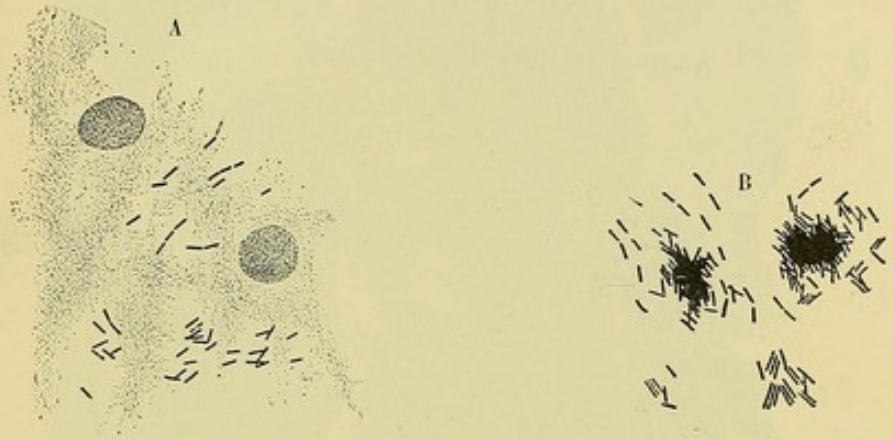


Fig. 462. — Bacilles de la tuberculose.

A. Crachats de phtisique; on y voit deux leucocytes granuleux et des bacilles.
B. Culture pure de bacilles de Koch.

fisent pas pour caractériser une pareille altération. Quoi qu'il en soit, il existe un certain nombre de faits incontestables.

On doit seulement mentionner les **tubercules miliaires**, qu'on peut rencontrer dans la tuberculose aiguë.

Il faut aussi distinguer dans un article spécial la tuberculisation primitive ou consécutive de certaines **fistules**, faisant communiquer le vagin avec les organes creux voisins.

Je n'ai trouvé qu'un seul cas d'**ulcération primitive isolée du vagin**, observé par Max Bierfreund[2]. Ordinairement, cette lésion coexiste avec des altérations primitives des trompes ou de l'utérus[3]. Dans un cas remarquable de Virchow[4], il y avait tuberculose des voies urinaires, et l'infection du vagin s'était faite par l'urine. Le rectum peut aussi en être le point de départ.

[1] Daurios. *Contribution à l'étude de la tuberculose de l'appareil génital chez la femme.* Thèse de Paris, 1889.

[2] Max Bierfreund. *Ein Fall von Tuberculose der Vagina ohne gleichzeitige Tuberculose der übrigen Beckenorgane* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, Heft. 2, p. 425).

[3] Späth. *Ueber die Tuberculose der weiblichen Genitalien.* Dissert. inaug., Strasbourg, 1885.

[4] Virchow. *Arch. für path. Anat.*, 1853, Bd. V, p. 404.

L'ulcération tuberculeuse du vagin se présente avec des bords taillés à pic, inégaux et anfractueux, un fond déprimé, gris jaunâtre, recouvert d'un enduit caséeux assez caractéristique. Autour de l'ulcération existent fréquemment de petits grains jaunes, opaques,

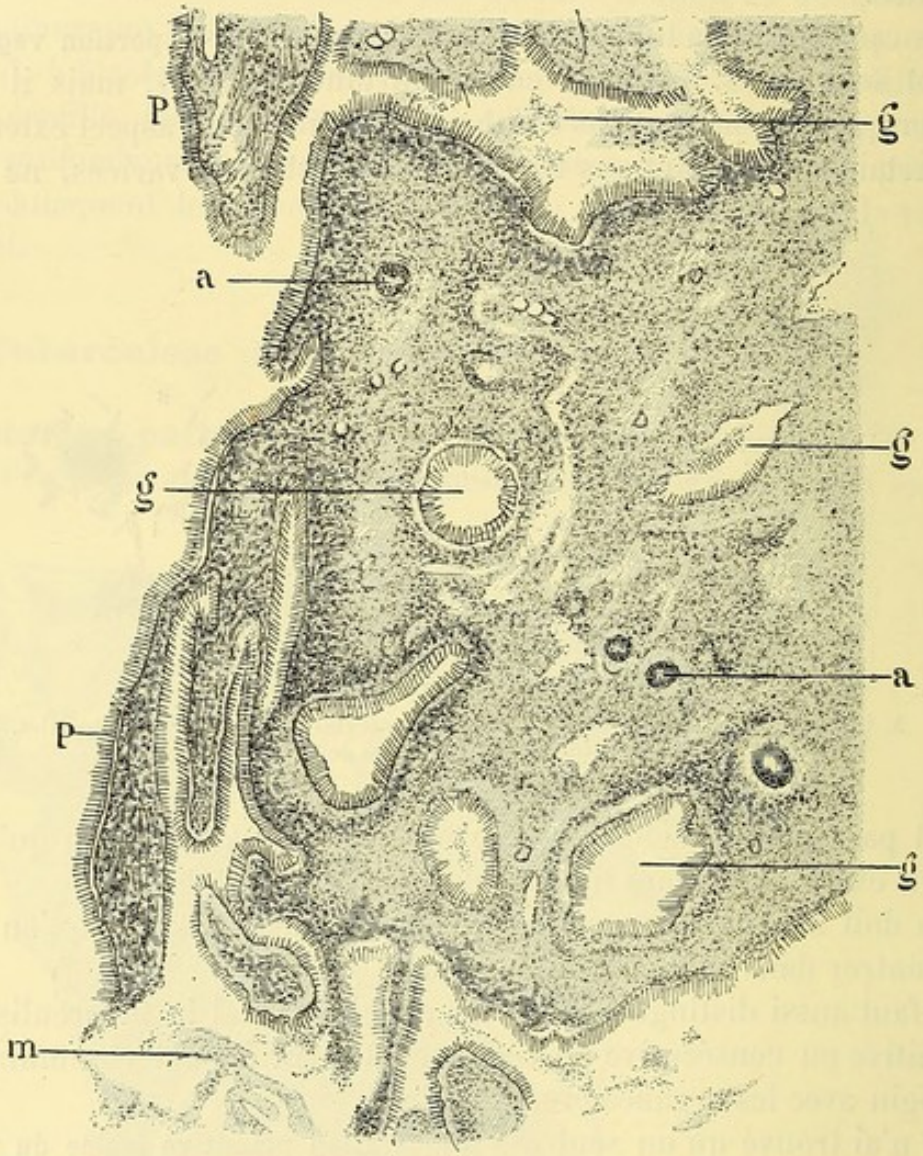


Fig. 465. — Tuberculose du col utérin. — Coupe de la surface de la muqueuse de la cavité du col. (Grossissement de 50 diamètres.)

m. Mucus situé à la surface de la muqueuse et dans les dépressions intermédiaires aux plis de l'arbre de vie ; *p*. saillies de l'arbre de vie et villosités couvertes d'un épithélium cylindrique *g. g. g*. glandes et dépressions intermédiaires aux plis de l'arbre de vie ; *a. a. a*. cellules géantes situées dans le tissu conjonctif de la muqueuse, au milieu de follicules tuberculeux microscopiques (Cornil).

absolument semblables à ceux qui entourent l'ulcération linguale tuberculeuse, si bien décrite par Trélat. Le bacille de Koch constaté à la surface de ces ulcérations ou dans les sécrétions vaginales ne laisse aucun doute sur la nature de la lésion, quand on peut le démontrer, ce qui n'a pas toujours lieu.

Ces ulcérations tuberculeuses guérissent, temporairement, par les

moyens simples, comme des badigeonnages de teinture d'iode,

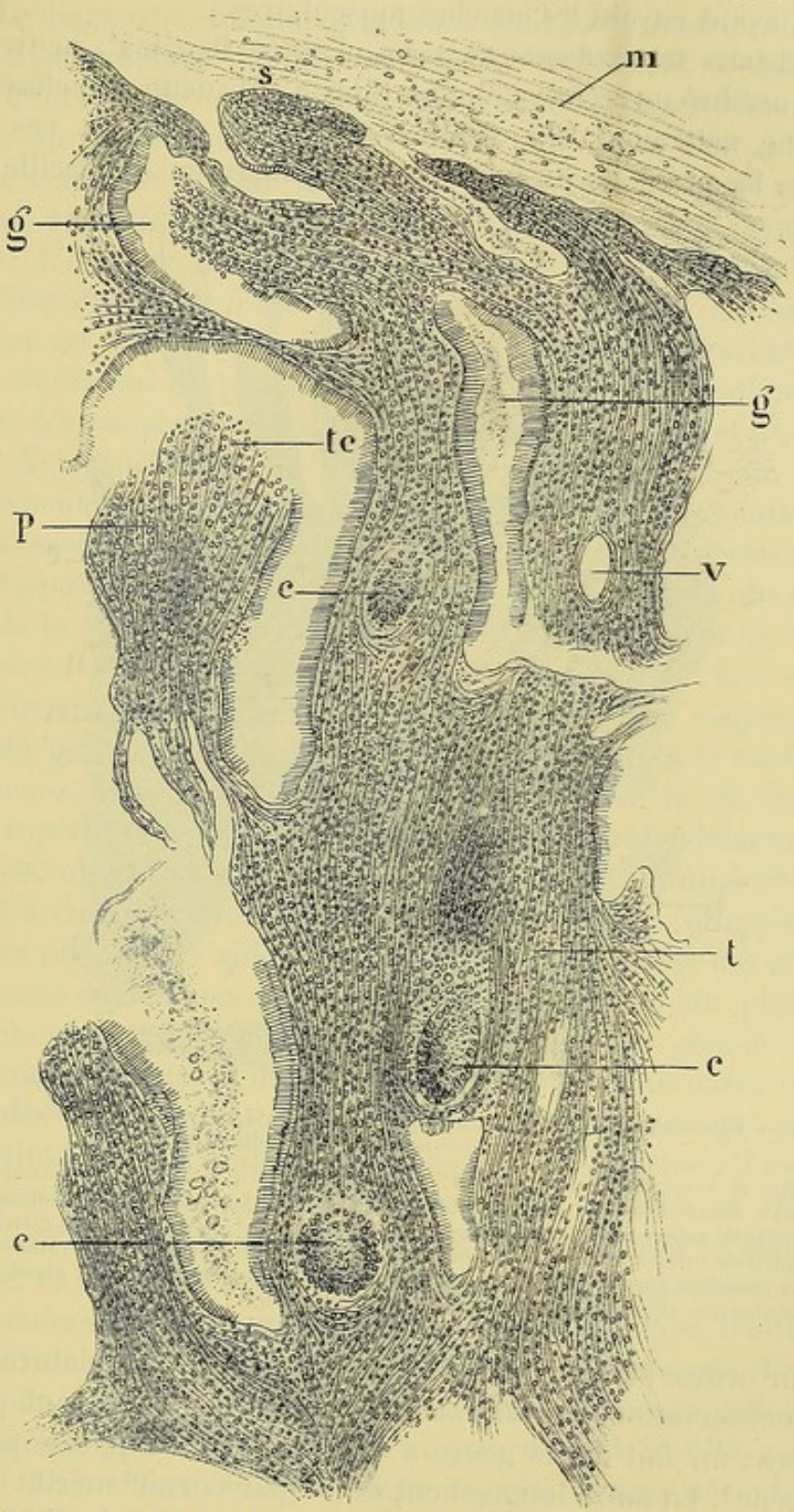


Fig. 461. — Tuberculose du col utérin Même coupe que dans la figure précédente, amplifiée. (Grossissement de 100 diamètres.)

m. Mucus; *s*. surface des villosités et papilles; *g*. glandes muqueuses tapissées d'épithélium cylindrique; *v*. vaisseau; *c*. cellule géante située dans le tissu conjonctif enflammé; *p*. une papille en partie bordée de son épithélium dont le tissu conjonctif *t* est enflammé et présente de nombreuses petites cellules (Cornil).

d'acide lactique; mais la récidive se fait rapidement, car, avec une

altération superficielle du col, on peut trouver des follicules tuberculeux, ayant envahi les couches musculaires.

Les **fistules tuberculeuses du vagin**, d'après Daurios[1], peuvent être vésico, uréthro ou recto-vaginales. Elles n'ont aucun caractère qui les distingue nettement des fistules ordinaires occupant ces mêmes régions. La présence du follicule tuberculeux ou du bacille autour

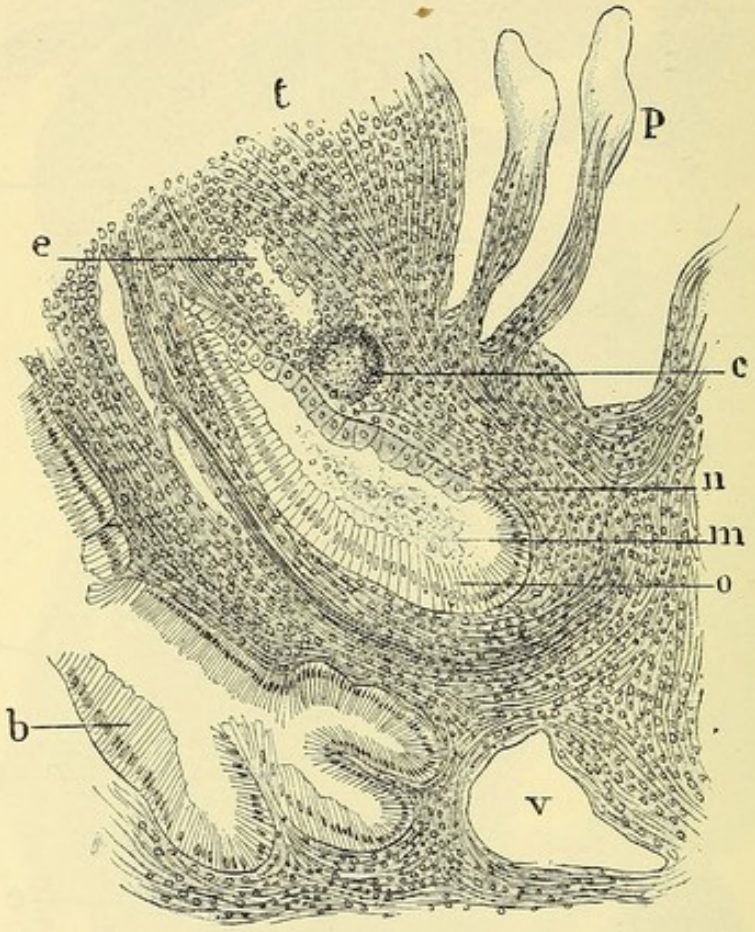


Fig. 465. — Tuberculose du col utérin. Même coupe que dans les figures précédentes, encore amplifiée. (Grossissement de 150 diamètres.)

p. Papilles et végétations superficielles; *t.* tissu conjonctif contenant beaucoup de cellules rondes; *e.* fissure dans un tissu tuberculeux où l'on voit des cellules épithélioïdes appartenant à un follicule tuberculeux; *c.* cellule géante; *n.* revêtement épithélial d'une glande, au niveau d'un follicule tuberculeux et présentant des cellules épithéliales grosses et ramassées; *o.* revêtement épithélial formé de longues cellules; *m.* mucus contenu dans la glande; *b.* cellules épithéliales très allongées d'une glande; *v.* vaisseau (Cornil).

de leur orifice permettra seule d'en diagnostiquer la nature spéciale.

Les observations de **tubercules limités au col utérin** sont peu nombreuses; un fait de ce genre a été cependant rapporté par A. Laboulbène[2]. Un autre longuement décrit par Cornil[3] mérite d'être cité comme un type remarquable de cette rare lésion. J'emprunterai donc sa description à l'éminent professeur.

[1] Daurios. *Loc. cit.*, p. 26 et 131.
[2] Laboulbène. *Éléments d'anat. pathol.*, p. 869 (fig. 249).
[3] Cornil. *Leçons sur l'anat. path. des métrites*, etc , 1889, p. 78.

Il s'agit d'un cas pour lequel Péan avait pratiqué l'hystérectomie totale. Le diagnostic clinique de la lésion était resté douteux. L'aspect du col hypertrophié, induré, hérissé de végétations irrégulières, baigné d'un liquide muqueux épais, jaunâtre, grumeleux, faisait redouter un cancer, et Péan avait enlevé l'utérus. « L'ouverture de la cavité cervicale fit voir les plis de l'arbre de vie très accusés, végétants, agglutinés par un mucus collant, parsemé de grumeaux opaques. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'une tuberculose du col de l'utérus, limitée à cette partie de l'organe. Cette pièce est extrêmement intéressante à raison de sa rareté même et de la limitation du processus tuberculeux. Les préparations obtenues par des coupes, après durcissement dans l'alcool, et perpendiculaires à la surface de la muqueuse montrent, avec un faible grossissement (fig. 463), les plis de l'arbre de vie présentant des villosités secondaires et séparées par de grandes dépressions où viennent s'ouvrir les glandes utriculaires ou composées du col. La surface de la muqueuse, aussi bien que les dépressions et les cavités glandulaires, sont tapissées et remplies de mucus. Les cavités glandulaires sont élargies en même temps que le tissu conjonctif est rempli de petites cellules. Dans ce tissu conjonctif, à la surface de la muqueuse, au sommet même des plis de l'arbre de vie, dans les couches superficielles aussi bien qu'un peu plus profondément entre les glandes, on distingue des **cellules géantes** assez volumineuses pour être vues à ce faible grossissement. La surface de la muqueuse, le fond de ses plis, de ses villosités, aussi bien que la cavité des glandes sont tapissés de longues cellules cylindriques. Avec un plus fort grossissement, on voit (fig. 464 et 465), entre les glandes, dans le tissu conjonctif de la muqueuse, infiltré de nombreuses petites cellules, des cellules géantes tout à fait caractéristiques, qui paraissent constituer à elles seules toute la lésion tuberculeuse. Il est vrai que le tissu conjonctif qui les entoure est plus riche en cellules rondes qu'à l'état normal; mais il en contient beaucoup à l'état physiologique, et il suffit d'avoir affaire à une endométrite du col pour qu'il en renferme autant que dans ce fait de tuberculose. D'ailleurs, le plus souvent, autour des cellules géantes il n'existe pas d'agglomération de cellules épithélioïdes, ni d'accumulation de cellules en dégénérescence granuleuse ou nécrosique, d'où il résulte que les follicules tuberculeux observés, dans ce cas, à une période très voisine de leur début, n'étaient point visibles à l'œil nu.

« Les productions tuberculeuses développées à la surface de la muqueuse qui revêt extérieurement le museau de tanche, c'est-à-dire dans sa portion vaginale où elle est recouverte d'épithélium pavimenteux, présentaient, sur cette pièce, la même apparence que les

tubercules de la muqueuse pharyngienne; en effet, les **follicules tuberculeux** siègent à la surface du chorion muqueux : on y voit des cellules géantes au milieu d'une accumulation de petites cellules: ces granulations sont recouvertes, à leur début et pendant longtemps, par les couches normales de l'épithélium pavimenteux stratifié. Au-dessous de la muqueuse, on trouve des follicules tuberculeux en petit nombre, situés au milieu des faisceaux musculaires entre-croisés. Ces faisceaux musculaires sont, en un point donné, séparés et éloignés par du tissu conjonctif embryonnaire formant un îlot, au centre duquel il y a une ou plusieurs cellules géantes entourées de cellules épithélioïdes. Ces granulations tuberculeuses sont plus volumineuses que celles de la surface de la muqueuse. Elles offrent là une disposition tout à fait analogue à ce que l'on observe dans les couches musculaires de l'intestin ou dans le muscle lingual, c'est-à-dire qu'elles s'étaient développées dans le tissu conjonctif inter-fasciculaire, en repoussant par leur extension les fibres musculaires à leur périphérie. Il faut donc s'attendre, même lorsqu'on croit avoir affaire à une éruption tuberculeuse légère, superficielle, de date récente, n'ayant point produit d'ulcération ni de perte de substance, à ce que le tissu profond de la muqueuse et même la couche musculaire soient envahis par quelques granulations tuberculeuses. Celles-ci, en petit nombre, il est vrai, suivent le trajet des vaisseaux dans les espaces conjontifs inter-musculaires. »

Lorsque, même dans des tuberculoses peu anciennes, l'examen histologique révèle une pareille extension du mal en profondeur, on peut en tirer cette conclusion qu'il ne suffirait pas au médecin de l'attaquer par des modificateurs superficiels ni même par un grattage, et que souvent l'ablation totale serait le seul moyen d'enlever toutes les parties tuberculisées de l'utérus.

Cornil a recherché en vain, dans ce fait si caractéristique, les **bacilles de la tuberculose**; il lui a été impossible d'en découvrir, soit dans les cellules géantes et dans les follicules, soit dans le mucus qui remplissait les glandes et couvrait la surface de la muqueuse. Mais l'inoculation faite à des cobayes a donné naissance à une tuberculose bacillaire.

Winter[1] a, par contre, trouvé des bacilles dans des cellules géantes, sur des lambeaux de muqueuse provenant du corps, et sur d'autres provenant du col de l'utérus. Il s'agissait d'une jeune femme tuberculeuse, à laquelle Schröder, cinq ans et demi auparavant, avait, pour une péritonite tuberculeuse, pratiqué la laparotomie suivie d'introduction d'iodoforme dans le ventre avec un tel succès

[1] Winter. *Soc. gyn. de Berlin*, 24 juin 1887 (*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 498).

que l'ascite ne s'était pas reproduite et que la malade s'était merveilleusement rétablie. Mais, après un assez long répit, la tuberculose s'était manifestée dans les poumons et dans l'appareil génital : les trompes étaient atteintes, ainsi que l'utérus.

Les lésions tuberculeuses provoquent, autour d'elles et dans toute la muqueuse, un degré très marqué d'**endométrite du col.** Ces troubles inflammatoires portent, à la fois, sur le revêtement épithélial de la surface, sur celui des glandes et sur le chorion.

En comparant la description qui précède avec celle des débuts de la tuberculose de la trompe que je rapporterai plus loin, d'après Cornil[1], on verra entre les troubles de la cavité du col et ceux de la muqueuse tubaire la plus grande analogie. C'est le même siège des cellules géantes, au sommet des plis et des villosités ou dans le tissu conjonctif de ces plis; ce sont les mêmes phénomènes inflammatoires, et la même sécrétion muqueuse, les mêmes modifications des cellules épithéliales.

Il est fort possible que l'inoculation tuberculeuse puisse se faire sans érosion ou solution de continuité de la muqueuse du col, par simple contact. C'est du moins ce qui a lieu sur le cobaye, ainsi que l'ont démontré les expériences de Cornil et Dobroklonsky[2]; mais on ne peut appliquer ces faits à l'espèce humaine qu'avec les plus grandes réserves.

Diagnostic.

Le **diagnostic** des ulcérations tuberculeuses de la vulve, du vagin ou du col utérin, ne sera fait avec quelque chance de certitude que dans les cas où ces lésions coexistent avec des altérations pulmonaires avancées qui peuvent mettre le clinicien sur la voie. La découverte des follicules tuberculeux, et surtout des bacilles, sur un fragment obtenu par le grattage ou l'excision, sera seule pathognomonique : toutefois, un résultat négatif ne pourra faire affirmer qu'il ne s'agit pas de tuberculose. Dans les cas de lésions génitales primitives, on risquera fort de la confondre avec une affection plus fréquente; c'est ainsi que Péan avait cru à un **cancer** au début dans le cas d'ulcération du col qui, après l'hystérectomie, a été reconnue tuberculeuse.

Traitement.

Le **traitement** doit être palliatif, s'il s'agit de phtisiques avancées, énergique dans le cas contraire. On cautérisera au fer rouge, on pansera les ulcérations du vagin à l'iodoforme. On excisera largement les trajets fistuleux. On n'hésiterait pas à pratiquer l'**hystérectomie vaginale** même pour une ulcération du col très circonscrite, si le diagnostic en était certain.

[1] Cornil et Terrillon. *Anatomie et physiologie pathologiques de la salpingite et de l'ovarite* (*Arch. de physiol.*, 16 nov. 1887, p. 550)

[2] Cornil. *Journ. des connaiss. méd.*, 30 août 1888.

Tuberculose de l'utérus.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Dans l'utérus, la tuberculose est presque toujours secondaire. On en a indiqué, un peu théoriquement, trois formes : 1° une **forme miliaire aiguë** rare, qui n'offre aucun intérêt au point de vue clinique et qui n'est qu'un épiphénomène dans le cours d'une infection générale de l'économie, avec prédominance des symptômes généraux; 2° une **forme interstitielle** à marche torpide, essentiellement chronique, rare également, dont le diagnostic est impossible, mais qui pourrait se manifester subitement par un accident grave, tel que rupture utérine, obstacle à l'accouchement, etc., résultant de l'altération du tissu utérin et de la gêne apportée à l'action physiologique de cet organe par les tubercules interstitiels; 3° une **forme ulcéreuse**, qui est la plus fréquente et la plus importante. Dans cette dernière forme, les lésions, au début, ressemblent à celles de l'endométrite (fig. 466), auxquelles viennent s'ajouter des nodules spéciaux et des cellules géantes contenant des bacilles. Plus tard, les follicules tuberculeux devenant confluents, toute la muqueuse est infiltrée par un tissu formé de petites cellules; elle présente, alors, une dégénérescence caséeuse totale, elle est jaunâtre et opaque dans une profondeur de 1 à 2 millimètres; au-dessous, la tunique musculeuse est souvent hypertrophiée. Ni à la surface de la muqueuse, ni sur la coupe, on ne distingue, à l'œil nu, de granulations tuberculeuses, rappelant la description classique de la tuberculose miliaire des séreuses. La cavité de l'utérus est, parfois, remplie d'un magma épais, caillebotté. Il peut arriver qu'elle soit transformée en une poche de pus par l'oblitération du museau de tanche[1].

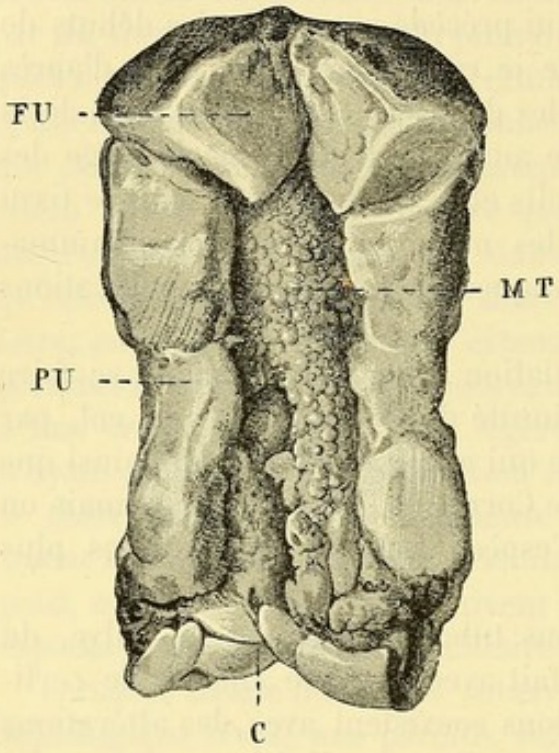


Fig. 466. — Tuberculose primitive de l'utérus. (Pozzi.)

C. Col. M. T. Muqueuse atteinte de tuberculose. P. U. Paroi de l'utérus. F. U. Fond de l'utérus.

[1] Cornil. *Journ. des connaiss. méd.*, 26 juill. 1888, p. 254.

Ordinairement, la lésion s'arrête nettement à la partie supérieure du col, qui reste intact ; la limite peut être marquée par une ulcération taillée comme à l'emporte-pièce. Voici, d'après Cornil[1], les altérations que révélait l'examen microscopique sur une pièce qui était un beau spécimen de tuberculose utérine :

« Les sections perpendiculaires à la surface de la muqueuse du corps, après durcissement dans l'alcool, n'ont montré aucun vestige

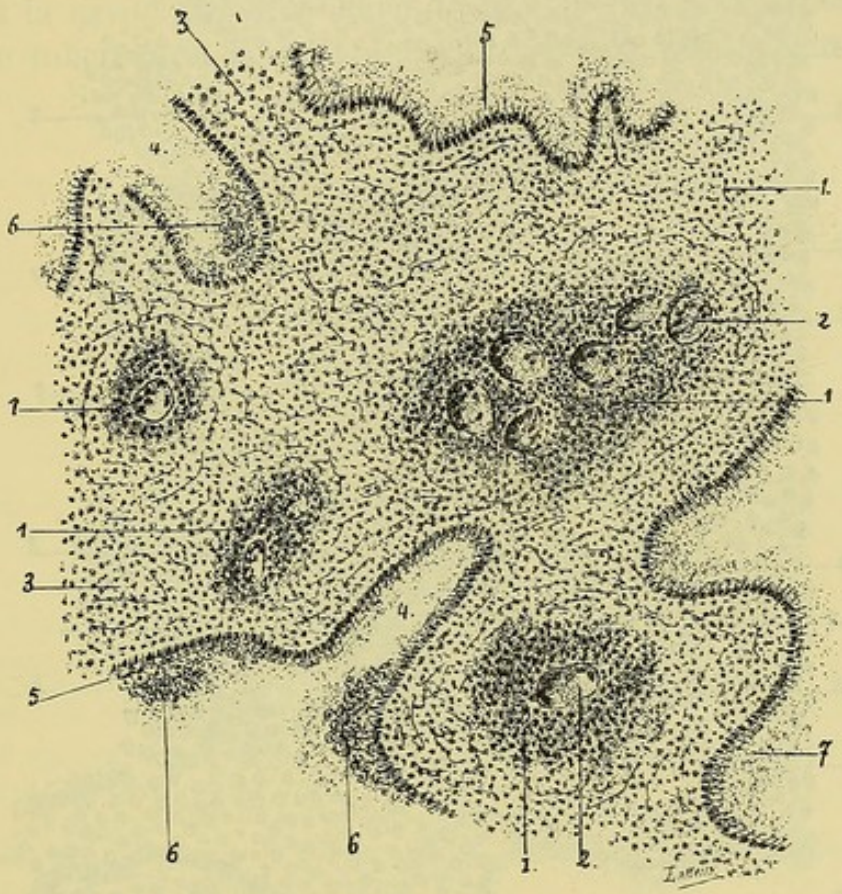


Fig. 467. — Tuberculose du corps de l'utérus.

Quatre nodules tuberculeux au milieu d'un tissu conjonctif formé par une innombrable quantité de cellules embryonnaires arrondies (chorion de la muqueuse).

1. Nodule tuberculeux. 2. 2. Cellules géantes. 3. Tissu conjonctif embryonnaire. 4. Glandes plus ou moins dilatées et déformées. 5. Épithélium cylindrique normal. 6. Le même proliféré et prenant le type pavimenteux. 7. Mucus tenant en suspension des éléments cellulaires en voie de régression.

de sa structure normale ; ni épithélium, ni glandes, ni vaisseaux sanguins reconnaissables (fig. 467). Toute la partie caséeuse de la surface présentait, au microscope, une couche homogène formée de petites cellules mortifiées, vitreuses, ne se colorant plus, dont les noyaux étaient à peine teintés en rose par le picro-carmin. Les cellules étaient séparées par de minces fibrilles entre-croisées dans tous les sens.

[1] Cornil. *Ibid.*, 19 juill. 1888, p. 226.

« Au-dessous de cette couche mortifiée, il y avait une zone possédant de petites cellules vivantes, et, entre elles, de distance en distance,

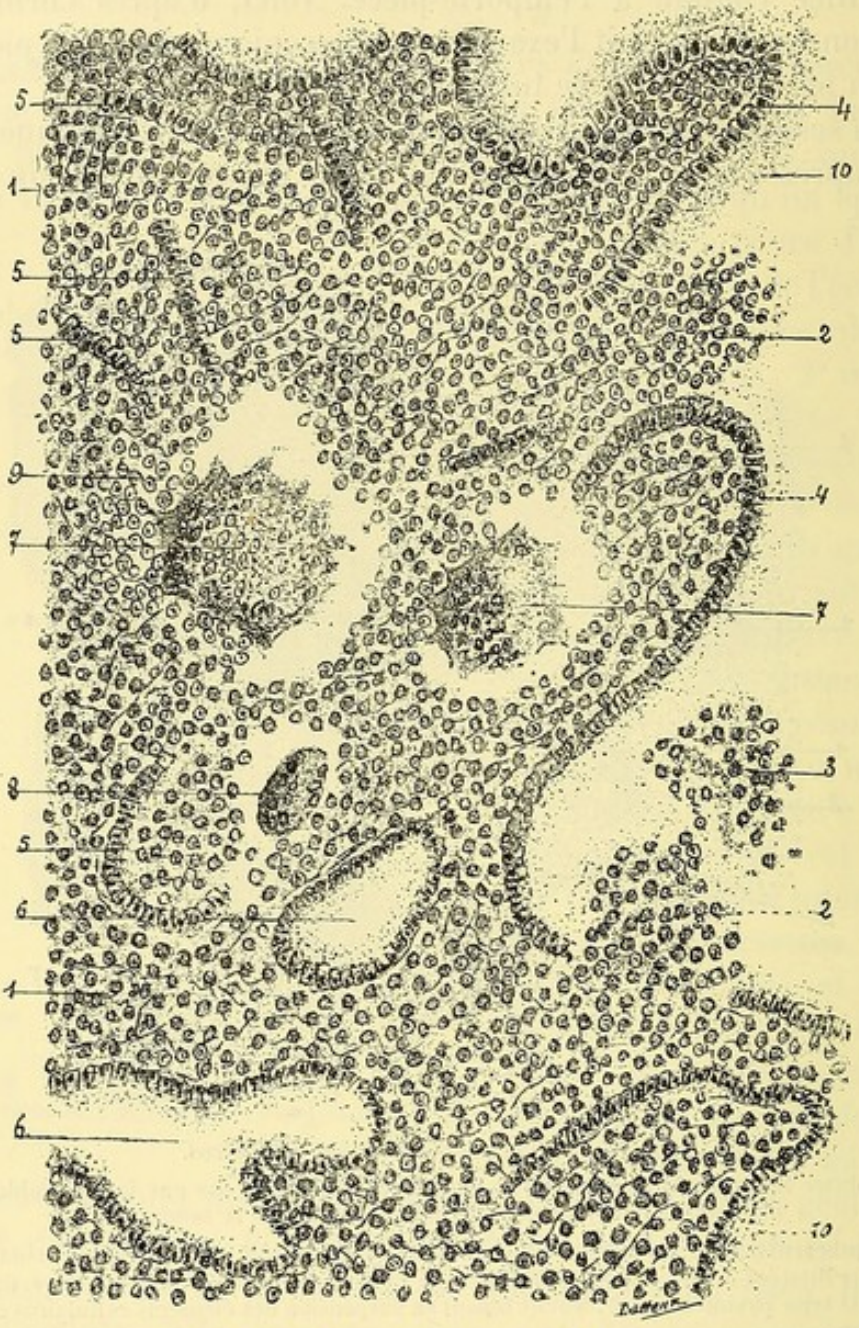


Fig. 468. — Tuberculose du corps de l'utérus
d'après une pièce photographiée.

1. Tissu conjonctif sous-muqueux avec nombreux éléments cellulaires. 2. Bourgeons embryonnaires faisant saillie à la surface de la muqueuse. 3. Les mêmes avec éléments partiellement dissociés et noyés dans une couche de mucus; 4. Épithélium de la muqueuse utérine à cellules cylindriques, mais dont les cils ont disparu. 5. Lambeaux d'épithélium provenant de glandes plus ou moins altérées et englobés dans le processus embryonnaire. 6. Glandes encore reconnaissables, bien que dilatées et déformées. 7. Cellules géantes énormes remplies de nombreux noyaux. 8. Cellules plus petites. 9. Cellules épithélioïdes périphériques. 10. Mucus.

quelques cellules géantes (fig. 468). Puis, venaient les plans musculaires; dans cette paroi musculeuse, on voyait aussi quelques follicules tuberculeux. Sur les coupes intéressant toute la paroi, y

compris le péritoine, on avait donc : en dedans, l'infiltration caséeuse qui remplaçait la muqueuse, quelques follicules tuberculeux dans la paroi musculaire et les granulations situées dans le péritoine. « J'ai vainement cherché, dit Cornil, les bacilles de la tuberculose, sur une dizaine de coupes, dans cette muqueuse utérine dégénérée. »

L'infiltration caséeuse, accompagnée de mortification superficielle dont les produits détachés constituent le pus caséeux, caillebotté, qui remplit la cavité du corps utérin, est le type le plus caractéristique de cette tuberculose chronique. Cornil compare cette lésion à celle

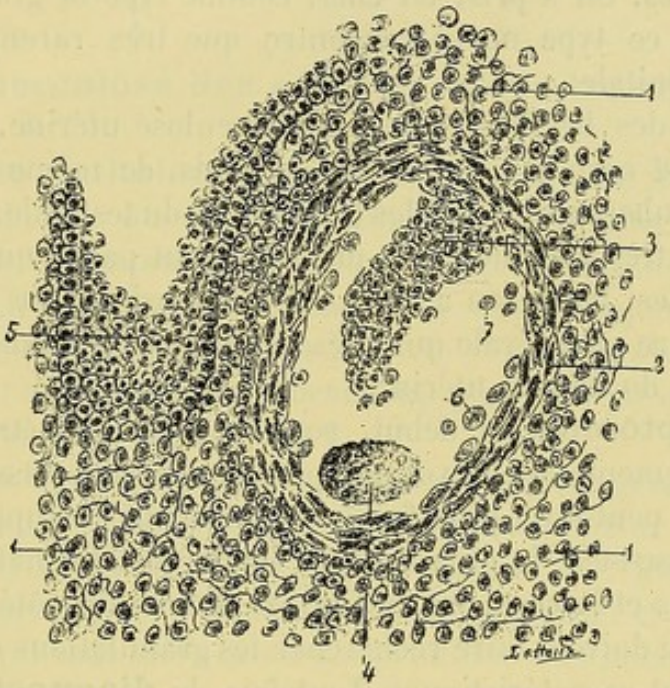


Fig. 469. — Tuberculose du corps de l'utérus.

Nodule tuberculeux partiellement ramolli, dont les cellules centrales ont disparu en laissant une cavité.

1. Tissu conjonctif infiltré de cellules embryonnaires. 2. Cellules épithélioïdes ovoïdes de la périphérie du nodule. 3. Cellules centrales polyédriques. 4. Cellule géante presque isolée. 5. Glande dont l'épithélium a pris le type pavimenteux stratifié. 6. Cellule épithélioïde libre. 7. Cellule lymphatique migratrice plus petite.

de même nature, qu'on constate assez souvent dans le bassinet, les calices et les uretères. « Cette similitude, dit le savant professeur, saute aux yeux. Il s'agit, dans le corps utérin comme dans les voies d'excrétion de l'urine, d'un épaississement blanc jaunâtre, opaque, avec induration de la muqueuse ; celle-ci est tout à fait mortifiée et sa surface se délite en une fragmentation moléculaire dont les particules, mêlées au pus, lui donnent son apparence grumeleuse. Au microscope, c'est aussi tout à fait la même apparence : la couche, plus ou moins épaisse, de la surface caséeuse présente un aspect homogène, une infiltration uniforme par de petites cellules, sans qu'on rencontre de vestiges d'îlots tuberculeux distincts. C'est à peine

si, dans la couche profonde encore vivante, on peut distinguer de loin en loin une cellule géante reconnaissable (fig. 469). Dans la tuberculose chronique avec infiltration caséeuse des uretères et du bassinet, il est, également, fort difficile et long de trouver un ou deux bacilles. Il résulte de ce que nous venons de dire de l'anatomie pathologique de la tuberculisation de la muqueuse des trompes et de l'utérus qu'on ne trouve habituellement, ni à l'état récent ni à l'état chronique, de granulations tuberculeuses évidentes à l'œil nu, ni même au microscope et répondant aux descriptions classiques des tubercules. On a pris, en effet, comme type la granulation des séreuses, et ce type ne se rencontre que très rarement dans la muqueuse génitale. »

La rareté des bacilles, dans la tuberculose utérine, ne doit pas étonner. Il est certain qu'il en existe, mais, de même que dans la plupart des tuberculoses locales (tubercules du testicule, lupus, etc.), ils y sont en très petit nombre, probablement parce que les lésions sont anciennes. Doyen en a trouvé à l'autopsie d'une jeune femme morte de fièvre puerpérale qui présentait aussi des tubercules de la muqueuse et du muscle utérin[1].

Symptômes et diagnostic.

Les **symptômes**, au début, sont ceux de la **métrite** ordinaire avec une augmentation de volume plus prononcée; aussi, cette affection qui est, peut-être, plus fréquente qu'on ne le suppose ordinairement[2], passe-t-elle le plus souvent inaperçue. La nature caséeuse des sécrétions et la coexistence d'autres lésions du côté des trompes et du poumon doivent faire rechercher les granulations et les bacilles qui seuls sont caractéristiques. Toutefois, le **diagnostic histologique** présente de grandes difficultés : il ne faut pas s'attendre à trouver dans la muqueuse utérine le follicule tuberculeux tel qu'on le rencontre dans les séreuses (Cornil). Il se peut, d'autre part, que la granulation élementaire de Virchow, seule lésion constante de la tuberculose, soit difficile à différencier d'un stroma, déjà très riche, sinon exclusivement composé d'éléments identiques; enfin, la cellule géante, qui pourrait être rencontrée, d'après certains auteurs, dans l'endométrite interstitielle, ne saurait prétendre à elle seule à trancher le diagnostic. Pourtant, d'après Paul Petit, on pourra déterminer avec une certitude presque absolue la nature tuberculeuse d'une endométrite, si les coupes des débris fournis par le raclage font reconnaître les caractères suivants : cellules interstitielles mortifiées ou atrophiées par place d'une façon diffuse, ou en traînées ; cellules géantes en plus ou moins grand nombre ; nodules embryonnaires se

[1] E. Doyen (de Reims). *Journ. des conn. méd.*, 1888, p. 227.
[2] Jouin. *Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, juill. 1889, p. 319.

détachant du stroma et paraissant développés autour des vaisseaux dont la lumière est, ou non, conservée; glandes nombreuses, flexueuses, dilatées, tapissées d'éléments épithéliaux considérablement allongés ou qui ont subi la transformation épithélioïde[1]. On devra, dans ce but, procéder à un curettage explorateur, qui permettra, aussi, d'éviter toute confusion avec le **cancer du corps utérin.**

Traitement. — Si l'état du poumon permettait même une opération radicale, on devrait faire l'**hystérectomie vaginale**[2], au lieu de s'attarder à un traitement insuffisant par la curette. Traitement.

Tuberculose des ovaires et des trompes.

Anatomie pathologique. — Les ovaires sont très rarement atteints isolément; on en connaît quelques cas cités par Klob[3] et Spencer Wells[4]. Récemment Guillemain[5] a pu en réunir 13 cas dont 4 cas où les lésions étaient bilatérales; presque toujours la trompe correspondante à l'ovaire malade présente des lésions tuberculeuses. L'ovaire droit semble être pris beaucoup plus souvent que le gauche et cela dans la proportion de 5 à 2. Anatomie pathologique.

Les lésions des trompes sont, au contraire, des plus fréquentes. Terrillon[6] a vu les lésions exister simultanément dans la trompe et dans l'ovaire, 3 fois sur 6. On a aussi observé des lésions tubaires dans la plupart des cas d'endométrite tuberculeuse, et ce sont elles, sans doute, qui sont alors la source primitive de l'infection[7]. A l'œil nu, on observe des lésions qui rappellent beaucoup celles de la salpingite suppurée avec ou sans dilatation kystique. Le pyo-salpinx

[1] La recherche des bacilles dans les coupes demande beaucoup de temps et n'est que trop souvent infructueuse, quelque habileté qu'on y mette. Elle doit se pratiquer sur des coupes très fines et peu étendues. Outre les nombreuses modifications du procédé d'Ehrlich pour lesquelles on doit consulter les traités spéciaux, on peut recourir au procédé suivant : faire séjourner la coupe une demi-minute dans le picro-carmin, une minute dans l'alcool à 70 degrés mélangé d'acide chlorhydrique à 0,75 0/0 ou la plonger, durant 24 heures, dans la solution d'Ehrlich au violet de méthyle, puis, pendant quelques secondes, dans une solution alcaline d'acide nitrique à 1 0/0; déshydrater et monter dans le baume. Si l'examen histologique ne donne rien de certain, on doit recourir, selon le conseil de Cornil, à l'ensemencement du liquide utérin dans un tube de gélose glycérinée ou, mieux encore, à l'inoculation de ce même liquide dans la cavité péritonéale d'un cobaye. Selon Daurios, on peut, après 12 jours, ouvrir l'animal et la preuve est faite. (Paul Petit. *Nécessité d'un diagnostic précis en gynécologie*, in *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 25 janv. 1890, p. 4.)

[2] Daurios (*Loc. cit.*) cite un succès de Péan (hystérectomie vaginale).

[3] Klob. *Path. Anat. der weib. Sexualorg.*, p. 372.

[4] Spencer Wells. *Traité*, etc., p. 64.

[5] A. Guillemain. *La tuberculose de l'ovaire* (*Rev. de Chir.*, 1894, p. 981).

[6] Terrillon. *Arch. de tocol.*, août 1889, p. 581.

[7] P. Ménétrier (*Bull. de la Soc. anat.*, juill. 1889, p. 472) en a publié un bel exemple.

peut être considérable et contenir 2 litres de pus[1]. L'adhérence et la diffusion vers les parties voisines le transforme en abcès pelvien (fig. 470).

Pour peu que la lésion soit ancienne, elle ne tarde pas à retentir sur le péritoine et à y provoquer des fausses membranes et des épanchements séreux enkystés de péri-métro-salpingite.

Fernet[2] a même signalé, dans certains cas, l'envahissement progressif de la plèvre, et la production de tuberculoses péritonéo-pleu-

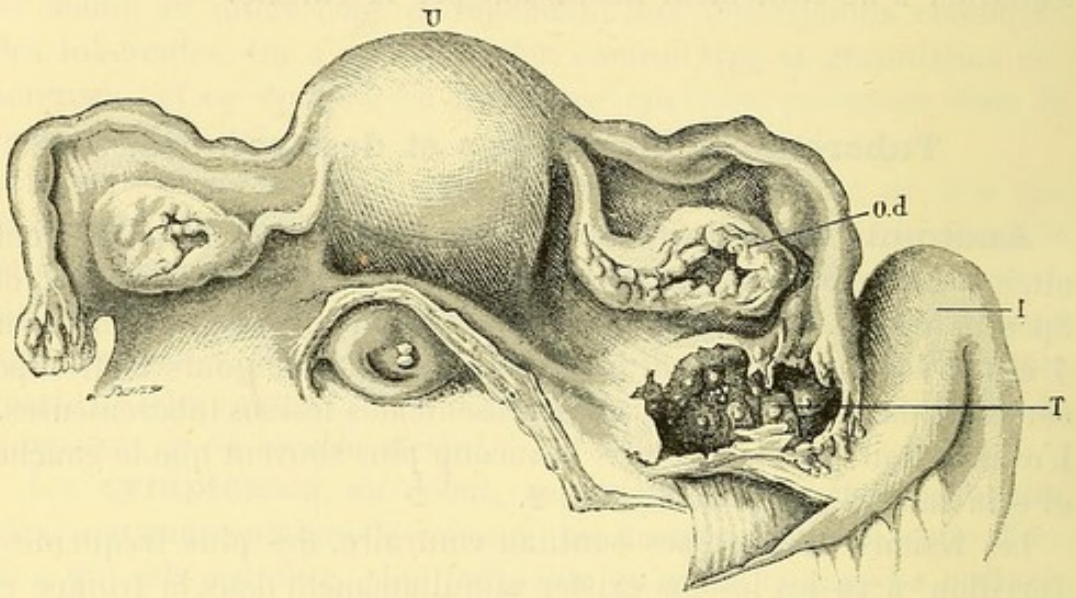


Fig. 470. — Tuberculose primitive des trompes et des ovaires.

U. Utérus vu par sa face postérieure; sur la lèvre postérieure du col existent deux petits kystes muqueux; O. d. ovaire droit renfermant des masses caséeuses ramollies qui se sont évacuées quand on a déchiré les adhérences; T. trompe droite dilatée et adhérente faisant partie d'un abcès pelvien tuberculeux qui est limité également par l'anse intestinale de l'iléon. I. L'ovaire et la trompe gauches sont tuberculeux, ainsi que la muqueuse utérine. Il existait de la tuberculisation (secondaire?) du poumon droit (Kotschau).

rales subaiguës, ayant pour point de départ une lésion primordiale des organes génitaux. Cet envahissement se fait par les lymphatiques, que Hegar a vus, une fois, injectés de matière caséeuse. La communication lymphatique de la plèvre avec le péritoine à travers le diaphragme explique très bien son infection. Les ganglions mésentériques sont souvent dégénérés.

Les tubercules de la trompe, développés primitivement ou consécutivement à l'apparition de granulations dans le péritoine voisin, se reconnaissent, à l'œil nu, par l'accroissement du volume de l'organe, par les granulations semi-transparentes ou jaunes qui existent à sa surface ou dans sa paroi musculaire, et par son contenu. Après l'ouverture longitudinale de la trompe, on reconnaît qu'elle est dila-

[1] Werth. *Ueber Genitaltuberculose* (3e *congrès all. de gynécol.* Fribourg, 1889, in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 29, p. 499).

[2] Fernet. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 1884, p. 444.

tée, que la paroi épaissie montre des îlots tuberculeux le plus souvent visibles à l'œil nu et qu'elle renferme un liquide plus ou moins épais, puriforme, grumeleux, caséeux, dont les caractères sont les

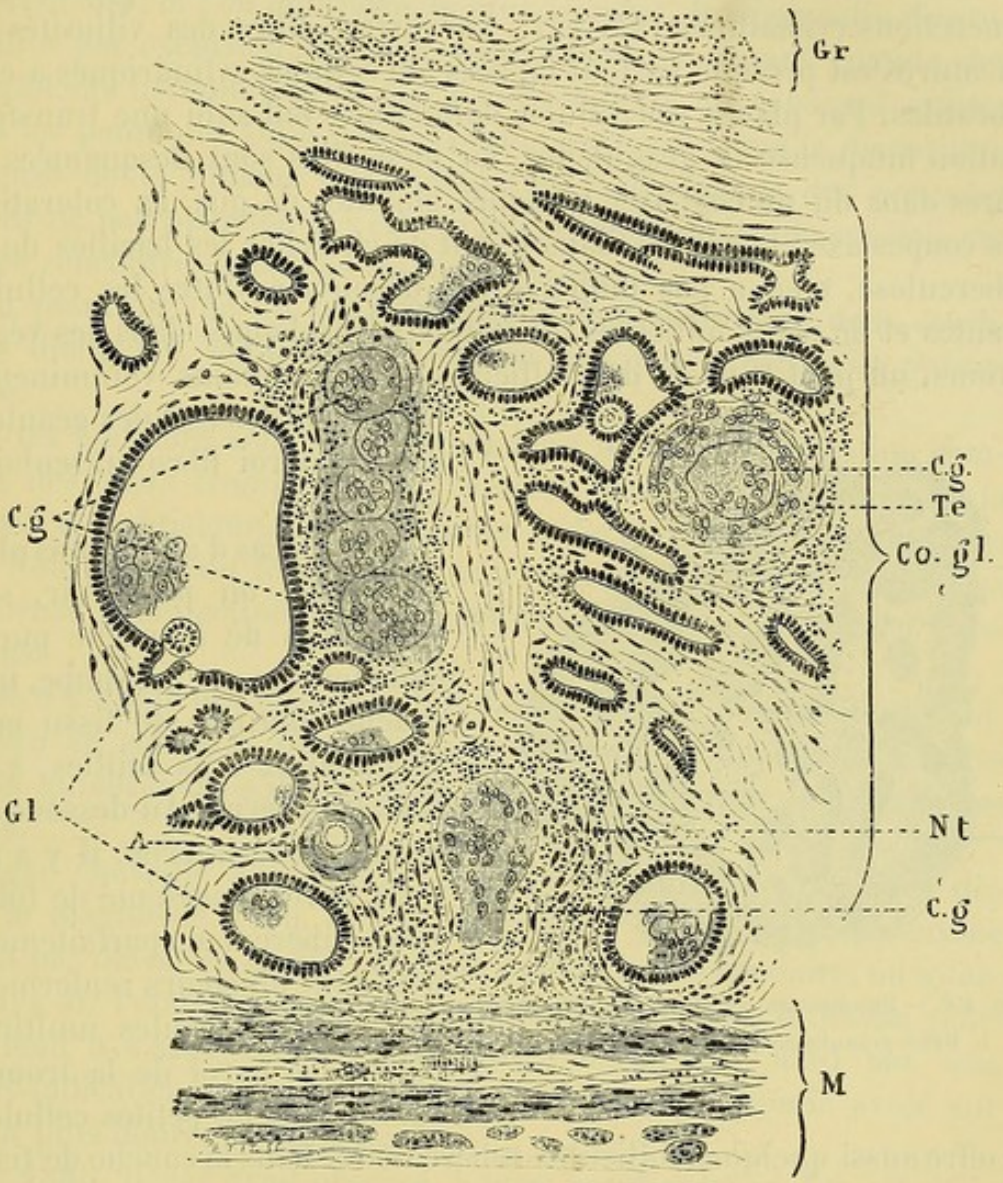


Fig. 471. — Tuberculose des trompes. Coupe de la paroi d'un pyo-salpinx (Grossissement de 150 diamètres.)

Co. gl. Couche glandulaire : restes de la tunique muqueuse où l'on voit des glandes dilatées. C. g. Cellule géante, au centre d'un tubercule formé d'un amas de cellules épithélioïdes; Nt. nodule tuberculeux avec cellules géantes; A. coupe transversale d'une artériole; Gl. coupe de tubes glandulaires; Gr. couche interne de granulations; M. couche musculaire, à l'extérieur (Münster et P. Ortmann)[1].

mêmes que ceux de la tuberculose du corps de l'utérus (fig. 471).

Les coupes transversales, obtenues après durcissement dans l'alcool, montrent un épaississement de la paroi et des végétations hypertro-

[1] H. Münster et P. Ortmann. *Ein Fall von Pyo-salpinx auf tuberculoser Grundlage* (*Arch. f. Gyn.*, 1887. Bd. XXIX, p. 97).

phiées, ramifiées. Dans l'épaisseur et à la surface interne de ces végétations et de ces villosités, on trouve très souvent des *cellules géantes* considérables, avec des noyaux multiples ovoïdes, affectant souvent la forme de bâtonnets repliés, sinueux ou arborisés et parfois des concrétions cristallines (fig. 472). La surface libre des villosités et plicatures est presque partout tapissée de cellules cylindriques à cils vibratiles. Par places, ces cellules épithéliales ont subi une transformation muqueuse et granuleuse, ou bien elles sont desquamées et libres dans du mucus, avec quelques globules de pus. La coloration des coupes avec la rubine, dans le but de chercher les bacilles de la tuberculose, n'en a pas toujours fait découvrir. Outre les cellules géantes et de petits follicules tuberculeux développés dans les végétations, on peut trouver des follicules plus ou moins volumineux, contenant des cellules géantes, dans la paroi fibro-musculaire du conduit.

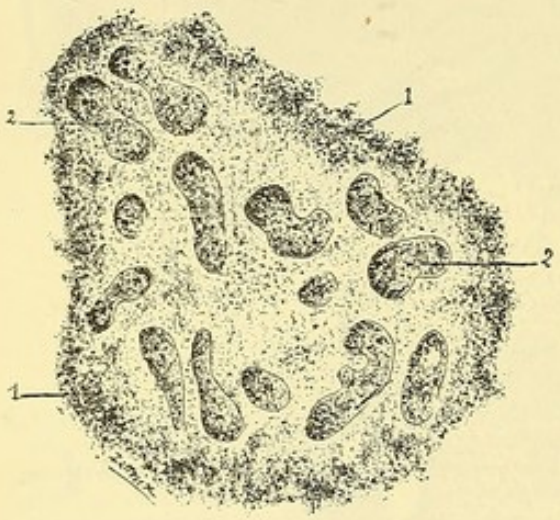


Fig. 472. — Une énorme cellule géante (500 diam).
1. Masse granuleuse. 2. Noyaux irréguliers.

Dans les cas d'altérations plus anciennes, on peut voir, sur les coupes de la poche purulente formée par la trompe, une couche continue de tissu embryonnaire, sans saillies, à la surface interne. Au-dessous de cette couche interne, il y a un tissu fibreux parsemé de follicules tuberculeux parfaitement nets dont plusieurs renferment des cellules géantes multinucléées. La paroi de la trompe est infiltrée de petites cellules, et offre aussi quelques follicules tuberculeux. Dans la couche de tissu fibreux intermédiaire entre la paroi et la couche embryonnaire, on voit des inclusions d'épithélium, provenant des cellules épithéliales du revêtement de la muqueuse de la trompe et présentant la forme de glandes en tubes. A leur périphérie, on observe des cellules d'épithélium cylindrique régulièrement disposées en palissade. Dans la partie centrale de l'inclusion, il existe des cellules arrondies ou ovoïdes, pâles, se colorant en jaune par le picro-carmin et dont les noyaux ne sont plus visibles. C'est un amas de cellules mortifiées et devenues muqueuses, agglutinées les unes avec les autres (Cornil). Cette lésion, comme on le sait, a été appelée : *nécrose par coagulation*.

Les **bacilles de Koch** ont été souvent recherchés en vain dans des

salpingites certainement tuberculeuses ; ils ont pourtant été rencontrés, quoique en petite quantité, par Orthmann[1], Werth, etc.

Symptômes.

Les **symptômes** sont les mêmes que ceux d'une salpingite non tuberculeuse, et l'on doit faire, le plus souvent, le diagnostic de probabilité par exclusion de toute autre cause, en tenant compte des antécédents héréditaires et des manifestations qui peuvent exister dans les poumons. On a donné comme caractéristique la disposition noueuse de la tumeur salpingienne et la fréquence des poussées aiguës de pelvi-péritonite : elles n'ont cependant rien de spécial, car on les rencontre dans tous les pyo-salpinx.

Traitement.

Au point de vue du **traitement**, il faut distinguer deux conditions distinctes, selon qu'il existe ou non une tuberculose pulmonaire.

Si les poumons sont sains, on tâchera de faire l'extirpation complète des deux trompes et des ovaires par la laparotomie. Si la femme est phtisique, on se bornera à des palliatifs. De ce nombre sera l'ouverture du foyer par la voie vaginale ou abdominale et sa soigneuse désinfection, à l'aide du tamponnement à la gaze iodoformée.

S'il n'y a que des lésions pulmonaires de peu d'intensité, le chirurgien se conduira d'après des considérations analogues à celles qui le guideraient, s'il s'agissait de tout autre foyer de tuberculose locale.

Hegar conseille d'intervenir dans la tuberculose primitive, dès que le diagnostic a pu être posé, surtout quand le processus ne paraît pas devoir se limiter. Dans la tuberculose secondaire, on interviendra si, l'état des poumons restant stationnaire, la lésion génitale tend à s'aggraver. La péritonite tuberculeuse n'est pas une contre-indication : on a vu, au contraire, la laparotomie avoir sur elle la plus heureuse influence[2].

En 1886, Hegar avait observé 1 mort sur 6 opérées. Les résultats éloignés paraissent satisfaisants. Une femme, opérée depuis 3 ans, se trouvait en assez bon état, quoiqu'elle eût eu une rechute : une autre avait eu, 4 mois après l'opération, une pleurésie grave, mais s'est tout à fait rétablie, et est restée guérie depuis un an. Les autres malades étaient opérées depuis trop peu de temps pour que le résultat pût être rapporté. Terrillon a eu, également, plusieurs succès encourageants.

[1] Orthmann. *Soc. de gyn. de Berlin*, 13 juill. 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 754).
[2] F. Schwarz. *Wien. med. Woch.*, 1887, nos 13-16, p. 385 et suiv.

LIVRE XII

HÉMATOCÈLE PELVIENNE INTRA ET EXTRA-PÉRITONÉALE.

Définition. Division. — I. Hématocèle pelvienne intra-péritonéale. — Synonymie. Aperçu historique. — Étiologie. — Pathogénie : rupture variqueuse; troubles de l'ovulation; reflux par les trompes; apoplexie ovarienne; pachypéritonite; grossesse extra-utérine rompue. — Anatomie pathologique. — Symptômes. — Marche. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. Incision vaginale. Laparotomie sous-péritonéale. Laparotomie trans-péritonéale. — II. Hématocèle extra-péritonéale. Synonymie. — Étiologie. — Pathogénie. — Anatomie pathologique. — Symptômes. — Diagnostic. — Traitement.

Définition. Division.

Définition. Division. — L'épanchement de sang, l'**hémorrhagie intra-pelvienne** ne doit pas être confondue avec l'**hématocèle**. Ce mot, qui a une signification à la fois anatomique et clinique, doit être réservé aux collections sanguines enkystées. Ainsi que je le dirai, l'effusion sanguine ne revêt un pareil caractère que dans des conditions pathogéniques spéciales qui assurent à la lésion une longue durée et en font, dès lors, une entité morbide distincte[1].

Le sang épanché peut occuper deux sièges différents :

1° Dans l'intérieur du péritoine, généralement en arrière de l'utérus : c'est l'**hématocèle intra-péritonéale**, la première dont l'histoire clinique a nettement été tracée.

2° Au-dessous de la séreuse, dans les ligaments larges et jusque dans le tissu cellulaire péri-vaginal : il y forme de véritables **thrombus**, et c'est sous ce nom que les anciens auteurs[2] avaient désigné la lésion. Le nom d'**hématocèle extra-péritonéale**[3] est, assurément, moins juste que celui d'**hématome**[4], mais il a été consacré par l'usage.

[1] Ainsi, l'épanchement sanguin qui se fait souvent par le pédicule mal lié d'un kyste ovarique (Spencer Wells) ne mérite pas le nom d'hématocèle. Cet écoulement intra-péritonéal donne lieu à quelques troubles, mais se résorbe sans former de tumeur.

[2] Deneux. *Thrombus des ligaments larges*. Paris, 1855.

[3] Huguier. *Bull. de la Soc. de chir.*, mai 1851, t. II, p. 141.

[4] Kuhn. *Die Blutergüsse in die breiten Mutterbänder*. Zurich, 1874. — A. Martin. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VIII, p. 476.

Hématocèle pelvienne intra-péritonéale.

Synonymie.

Synonymie. — *Hématocèle rétro-utérine* (Nélaton), *péri-utérine* (Gallard), *pelvienne* (Mac-Clintock), *péri-hystérique* (Trousseau), *utérine* (Bernutz), *circum-utérine* (de Sinéty); telles sont les dénominations diverses sous lesquelles on a tour à tour désigné cette affection. J'adopte le nom d'**hématocèle pelvienne**, qui est le plus compréhensif et correspond à la totalité des faits; mais il faut avouer que celui qu'avait choisi Nélaton[1] (**hématocèle rétro-utérine**) s'applique à la variété clinique de beaucoup la plus fréquente.

Aperçu historique.

Aperçu historique. — On attribue, avec justice, à Nélaton l'honneur d'avoir le premier inscrit cette maladie dans le cadre nosologique, grâce à la description magistrale qu'il en a donnée d'emblée. Ce n'est pas diminuer son mérite que de signaler les notions de Ruysch sur le passage du sang dans le péritoine, de Bourdon[2] sur les signes physiques des tumeurs hématiques, déjà vaguement indiqués par son maître Récamier[3], de Velpeau[4] qui paraît en avoir fait le diagnostic, sans se prononcer sur son siège exact. On doit une mention toute spéciale aux travaux de Bernutz[5], qui avait esquissé avec sagacité un grand nombre des traits dont Nélaton devait plus tard composer son tableau. Il faut, ensuite, citer les importants travaux de Huguier, Puech, A. Voisin, Trousseau, Laugier, Gallard, Besnier, Poncet, Mac-Clintock, Barnes, Schröder, Olshausen, Bandl, etc., sur la plupart desquels j'aurai l'occasion de revenir[6]. On le voit, malgré de consciencieuses recherches faites à l'étranger, ce sont surtout des noms français qu'éveille cette maladie qui a été, on peut le dire, édifiée de toutes pièces dans notre pays.

[1] Nélaton. *Gaz. des Hôp.*, 1851, nos 16, 143 et 145. — 1852, n° 12, p. 45, n° 17, p. 66. — 1853, n° 100, p. 405. — Viguès (élève de Nélaton). *Des tumeurs sanguines*, etc. Thèse de Paris, 1850.

[2] Bourdon. *Tumeurs fluctuantes du petit bassin* (*Revue méd.*, juill., août, sept. 1841, t. III, p. 5, 161 et 321).

[3] Récamier. *Gaz. des Hôp.*, 1851, p. 93.

[4] Velpeau. *Annal. de la chir. franç. et étrang.*, 1845, t. VII, p. 430.

[5] Bernutz. *Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel* (*Arch. gén. de méd.*, juin, août, déc. 1848, 4e sér., t. XVII, p. 129 et t. XVIII, p. 405 et fév. 1849, t. XIX, p. 186). Dans une note de sa *Clinique médicale*, 1860, t. I, p. 347, Bernutz proteste contre l'injustice qui a fait trop souvent oublier son nom. — Alph. Guérin (*Leçons clin. sur les mal. des org. gén. internes de la femme*, 1878, p. 440) s'est très énergiquement associé à réparer cette omission.

[6] Voici l'indication des travaux importants dont on ne trouvera pas plus loin la mention : Mac-Clintock. *Diseases of women*, Dublin, 1865. — Schröder. *Arch. f. Gyn.*, 1868, n° 4 et 5, p. 36 et 46. — Olshausen. *Arch. f. Gyn.*, 1870, Bd. V, p. 24. — R. Barnes. *Traité clin. des mal. des femmes*, trad. franç., 1876. — Poncet. *De l'hématocèle péri-utérine*. Thèse d'agrég., Paris, 1877. — L. Bandl. *Die Krankheiten der Tuben.*, etc. (*Deutsche Chir.*, Lief. 59, Stuttgart, 1886, p. 186).

Étiologie. Pathogénie.

Étiologie. Pathogénie. — L'épanchement de sang dans la cavité pelvienne est probablement assez fréquent. Il n'est guère douteux que les trompes, au moment des règles, ne soient le siège d'une exhalation sanguine analogue à celle de l'utérus. Bien des désordres observés à cette période sous l'influence perturbatrice d'une fatigue, d'un effort, d'un refroidissement, sont vraisemblablement causés par l'effusion d'une petite quantité de sang dans le péritoine, où il se résorbe rapidement[1]. On sait par de nombreuses expériences physiologiques, ainsi que par l'observation de ce qui se passe dans beaucoup de laparotomies, avec quelle facilité le sang peut disparaître quand le péritoine est sain. Mais la séreuse est-elle altérée ou détruite, ce pouvoir de résorption disparaît aussitôt : de là vient la nécessité du drainage dans nombre de laparotomies; telle est, sans doute aussi, l'explication de la non-résorption du sang des hématocèles quand le sang n'est pas épanché en grande abondance. Au contraire, comme cela a lieu après la rupture d'une grossesse extra-utérine tubaire, la forte hémorrhagie tarde à se résorber, les caillots qui se forment jouent le rôle de corps étrangers; alors le péritoine s'altère, et, mettant en jeu ses procédés ordinaires de défense, tend à séquestrer cette cause d'irritation par la formation de fausses membranes périphériques[2]. Le sang, ainsi emprisonné, subit dans cette poche adventice un lent travail de désintégration moléculaire; parfois même, il pourra, sous des influences septiques, sans doute venues par la voie tubaire, se décomposer et se mélanger de pus.

Que si le sang d'une salpingorrhagie intra-péritonéale s'épanche lentement et en quantité relativement faible, il faut qu'une condition antérieure s'oppose à sa résorption, et cette condition préexistante est l'inflammation de la séreuse pelvienne autour des trompes malades qui, elles-mêmes, ont été la source de l'hémorrhagie. Cette origine est démontrée par nombre d'autopsies et d'examens pratiqués durant la laparotomie. F. Imlach[3] rapporte que, dans quinze laparotomies pour hématocèle, il a trouvé les deux trompes distendues par du sang noir, épais, exactement semblable à celui qui s'était épanché dans l'abdomen. Or, il est impossible d'admettre une grossesse tubaire quand la lésion des trompes est bilatérale et le reflux du sang de l'abdomen dans les trompes est également insoutenable. E. Sinclair Stevenson[4], d'après des pièces provenant d'une extirpation d'annexes, croit aussi que le rétrécissement de la trompe

[1] L'hémorrhagie tubaire comme cause d'hématocèle pelvienne a été d'abord signalée par Paul Fernely (élève de Nélaton). *De l'hématocèle rétro-utérine*. Thèse de Paris, 1855, p. 27.

[2] Puech. *Ann. de Gyn.*, 1875, t. III, p. 268, et t. IV, p. 39 et 120.

[3] Fréd. Imlach. *Brit. med. Journ.*, 1886, t. I, p. 559.

[4] E. Sinclair Stevenson. *Edinb. med. Journ.*, mars 1888, t. XXXIII, 2e part. p. 809.

enflammée peut causer des hémorrhagies dans le péritoine, au moment des règles.

L'inflammation de la trompe prépare d'avance l'enkystement du foyer, en provoquant autour du pavillon des fausses membranes dont on retrouve les vestiges dans les cloisonnements de la poche. Les petites poussées de péritonite pelvienne, à répétition et à rechutes, sont signalées au début de presque toutes les observations.

L'origine ordinaire des grands épanchements sanguins est, sans doute, la rupture précoce d'une **grossesse extra-utérine tubaire**, en sorte que l'histoire de l'hématocèle pelvienne n'est, pour ainsi dire, qu'un des chapitres de la grossesse extra-utérine, dans l'immense majorité des cas. Les hématocèles qui n'ont pas cette origine constituent une exception. Je renvoie au chapitre relatif à la grossesse extra-utérine pour de plus longs développements. Quant aux hématocèles à développement sournois et progressif, très rares et compliquant ordinairement une autre lésion (salpingite, corps fibreux), elles sont, probablement, le fait de véritables **salpingorrhagies intra-péritonéales.**

Cette question pathogénique a été et reste encore très contestée. Je passerai en revue les théories qui ont été successivement avancées. Toutes l'ont été à l'exclusion des autres, et cependant il est fort probable qu'à chacune correspond une certaine série de faits : un seul facteur est constant, c'est l'imperméabilité du péritoine pelvien, primitive ou consécutive, par suite d'une inflammation péri-salpingienne antérieure, ou de l'abondance même de l'épanchement qui amène l'altération de la séreuse due à son contact prolongé et à une sorte d'imbibition permanente.

Rupture variqueuse.

Rupture variqueuse. — La rupture des varices du plexus veineux utéro-ovarien, signalée dès 1834 par Ollivier (d'Angers), a été surtout remise en honneur par le professeur Richet. Mais des observations histologiques récentes semblent démontrer que même dans les cas de rupture variqueuse en apparence les plus nets, il s'agit presque toujours de grossesse tubaire méconnue[1]. L'hématocèle qui se produit pendant le cours d'une grossesse tubaire peut provenir non de la rupture de l'œuf, mais de celle d'une veine dilatée du ligament large. J'ai observé un exemple de ce fait. L'excès de pression qui succède à la ligature des vaisseaux tubo-ovariens après la salpingotomie, occasionne parfois une rupture intra-ligamentaire des veines, sous l'influence d'efforts médiocres ou simplement au moment de la congestion qui correspond à l'époque des règles. Winckel a démontré que des phlébolithes contenues dans les veines variqueuses peuvent

[1] P. Reynier. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1891, t. XVII, p. 279. — A.-H. Pillier. *Progrès médical*, 7 avril 1894, p. 253.

ulcérer leurs parois du côté du péritoine, comme vers l'intérieur des ligaments larges[1].

Troubles de l'ovulation

Troubles de l'ovulation. — Cette théorie rattache la production de l'hématocèle à un trouble mal défini de l'ovulation: la trompe ne se trouvant pas exactement appliquée sur l'ovaire au moment de la ponte, du sang s'épancherait dans le péritoine[2]. Pour Gallard[3], il y aurait dans tous les cas d'hématocèle une ponte extra-utérine, que l'ovule soit fécondé ou non.

Reflux par les trompes.

Reflux par les trompes. — La plupart des auteurs anciens nient que la trompe elle-même prenne part à l'hémorrhagie cataméniale: mais on a admis la possibilité du reflux du sang venu de l'utérus, au moment des règles et sous une influence perturbatrice quelconque. Bernutz, qui admet des hématocèles symptomatiques de l'excrétion cataméniale, s'appuie sur l'autorité de Ruysch et de Haller. Alph. Guérin[4] avance que le trouble menstruel qui se produit dans la dysménorrhée membraneuse est de nature à provoquer l'épanchement de sang dans le péritoine. « La membrane muqueuse de l'utérus qui se gonfle pendant la menstruation, dit-il, remplit toute la cavité utérine. Quand la crise menstruelle doit se terminer par l'exfoliation et le rejet de cette membrane, la turgescence ne s'oppose pas à l'hémorrhagie; elle met seulement obstacle à l'écoulement du sang par le vagin. Or, quand la membrane muqueuse se détache de la couche sous-jacente, elle fait un bouchon qui, pendant un certain temps, ferme hermétiquement le col de l'utérus, tandis que l'orifice des trompes est ouvert. » Les contractions utérines suffiraient alors à expulser dans la cavité du péritoine, à travers l'*ostium abdominale*, tout le sang contenu dans la matrice. Guérin cite, à l'appui de cette thèse, une observation de dysménorrhée membraneuse compliquée d'hématocèle, et prétend en avoir vu beaucoup d'autres exemples. Cette étiologie me paraît douteuse, à moins qu'il n'y ait un rétrécissement acquis ou congénital (voir Sténose du col et Accidents de rétention consécutifs aux atrésies génitales).

Apoplexie ovarienne.

Apoplexie ovarienne. — La dégénérescence microkystique, résultat d'ovarite chronique, les kystes folliculaires et les kystes du corps jaune, sont parfois le siège d'apoplexies dont la rupture peut donner lieu à un épanchement de sang dans le péritoine[5],

[1] F. Winckel. *Lehrbuch der Frauenkr.*, 2e édit., 1892, p. 719.

[2] Lenoir. *Bull. de la Soc. de chir.*, juin 1851, t. II, p. 155. — Nélaton. *Gaz. des Hôp.*, 11-13 déc. 1851, p. 575, et fév. 1852, p. 66. — S. Laugier. *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, fév. 1855, t. XL, p. 455.

[3] Gallard. *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1858, p. 157, et *Gaz. hebd.*, 25 juin 1858, p. 160.

[4] A. Guérin. *Leçons clin. sur les maladies des organes génitaux de la femme*, p. 459 (15e leçon).

[5] E. Bœckel. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1861, p. 79. — Rollin. *Ann. de Gyn.*, 1889,

mais ces épanchements sont toujours peu considérables [1].

Pachypéritonite. — On sait que les hémorrhagies méningées sont dues à la rupture des vaisseaux dilatés et friables des fausses membranes d'une pachyméningite antérieure. Ce fait intéressant de pathologie générale a été mis en lumière d'abord par Dolbeau [2], puis par Virchow [3], qui passe généralement pour son unique auteur. Un même processus ne pourrait-il pas expliquer la formation des hématocèles? Il était naturel d'y songer, en présence des fausses membranes dues à la pelvi-péritonite. Ferber [4], Besnier [5] et Bernutz [6] ont développé cette théorie, dont on a certainement abusé. Pachypéritonite.

Grossesse extra-utérine rompue. — Huguier a donné aux faits de cette nature le nom de *pseudo-hématocèles*. Si la rupture s'accompagne d'une hémorrhagie considérable et entraîne la mort subite, on ne pourrait légitimement, en effet, lui donner le nom d'hématocèle. Mais pourquoi le lui refuser, si l'épanchement sanguin est circonscrit et s'enkyste? Il est même probable que ces faits sont plus fréquents qu'on ne le suppose [7], et qu'il en est des avortements intra-péritonéaux, si l'on peut ainsi dire, comme des fausses couches par les voies naturelles, si souvent méconnues quand l'accident a lieu dans les premières semaines de la conception. Dans des cas exceptionnels on rencontre le fœtus plus ou moins altéré ; le plus souvent il a disparu, mais on peut parfois reconnaître au microscope, sur certains points de la paroi limitant l'hématocèle, des villosités choriales (voir Grossesse extra-utérine). Grossesse extra-utérine rompue.

Aux conditions pathogéniques précédentes il faut ajouter que toutes les **maladies générales** qui provoquent les hémorrhagies peuvent être une cause d'épanchement sanguin dans le péritoine. Mais ce serait singulièrement abuser du mot *hématocèle* que de désigner sous ce nom les effusions sanguines qu'on rencontre dans le petit bassin en cas de scorbut, d'ictère grave, d'empoisonnement par le phosphore, etc.

Je ne dois pas cependant omettre de signaler, à propos de l'étio-

t. XXXII, p. 354. — Eberhart. *Ein Fall von hämorrhagischer Oophoritis.* (*Centr. f. Gyn.* 1895, p. 806.)

[1] A.-H. Pilliet. *Les hémorrhagies dans l'ovarite scléro-kystique* (*Ann. de Gyn.*, 1895, t. XL, p. 366). — C. Cestan. *Des hémorrhagies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne*, etc., Th. de Paris, 1894, p. 28.

[2] Dolbeau. *Gaz. des Hôp.*, 1860, n° 35, p. 138 (feuilleton).

[3] Virchow. *Die krankh. Geschwülste*, 1863, Bd. I, p. 150.

[4] Ferber. *Schmidt's Jahrb.*, 1864, Bd. CXXIII, p. 223; Bd. CXXV, p. 321, et 1870, Bd. CXLV, p. 39.

[5] Besnier. *De la pachy-pelvi-péritonite hémorrhagique* (*Ann. de Gyn.*, 1877, t. VII, p. 401, et t. VIII, p. 110 et 297).

[6] Bernutz. *De l'hématocèle symptomat. de pachy-pelvi-péritonite hémorrhagique* (*Arch de tocol.*, 1880, p. 129 et 205).

[7] Veit. *Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.*, 1877, n° 34, p. 377. — Alb. Doran. *Brit. med. Journ.*, 10 oct. 1891.

logie, l'influence de la **menstruation**, comme cause déterminante. C'est le plus souvent, au moment des règles, que se montre l'hématocèle, et cela se conçoit en raison de l'état congestif des organes pelviens à ce moment. Toute cause qui vient alors exagérer l'éréthisme normal, fatigue, secousse, coït, etc., agit dans le même sens.

En résumé, et sans refuser aux nombreuses causes qui ont été énumérées une part quelconque dans l'étiologie de l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale, on peut affirmer que la très grande majorité des faits a pour origine une lésion tubaire[1] : salpingite

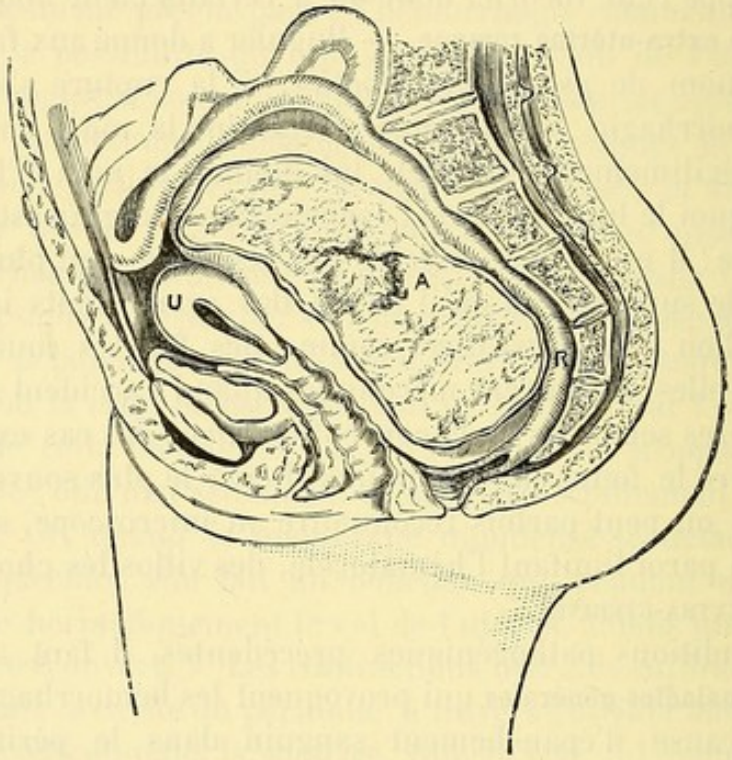


Fig. 475. — Hématocèle rétro-utérine.
U. utérus; R. rectum; A. hématocèle intra-péritonéale enkystée par de fausses membranes.

hémorrhagique avec péri-salpingite pour les hématocèles à marche progressive et à volume moyen; kyste fœtal pour les hématocèles très abondantes et à apparition subite, *cataclysmique* (Barnes).

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — La *tumeur* siège ordinairement dans le cul-de-sac de Douglas, qui est le point le plus déclive du bassin : de là, le nom d'hématocèle **rétro-utérine** qu'avait choisi Nélaton. Cependant il peut arriver que ce cul-de-sac ait été oblitéré par un travail plastique antérieur : alors, c'est en avant, entre la vessie et l'utérus, que le sang s'amasse sous l'influence de la pesanteur, et une hématocèle **anté-utérine** est constituée. G. Braun[2] et

[1] W. Binaud. *De l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale considérée particulièrement dans ses rapports avec la grossesse tubaire.* Th. de Paris 1892. — C. Cestan, *Loc. cit.*
[2] G. Braun. *Wien. med. Wock.*, 1872, n° 22, p. 545, et n° 23, p. 577.

Schröder[1] en ont cité des exemples; d'autres, plus nombreux, se rapportent à des hématocèles anté-utérines extra-péritonéales.

Au début, le sang est liquide et forme une sorte de lac qui peut se déplacer, car il est rare que des fausses membranes préexistantes constituent d'emblée une poche. Rapidement, l'enkystement s'achève et alors la poche est séparée de toutes parts de la masse intestinale. Il peut être très difficile, par la suite, de distinguer la voûte néo-membraneuse d'un soulèvement de la séreuse, et de différencier une hématocèle intra-péritonéale d'une hématocèle extra-péritonéale. Dans ce dernier cas, toutefois, la tumeur est plus latérale, car c'est surtout le ligament large qui a été dédoublé.

La poche adhère en avant à la paroi postérieure de l'utérus qui est refoulé vers la symphyse; elle a une couleur noirâtre. Les ovaires et les trompes sont plus ou moins méconnaissables et se confondent avec les parois de la tumeur. Parfois, les trompes sont pleines de sang et déchirées[2]; une seule présente ces lésions, s'il s'agit d'un kyste fœtal. Les intestins agglutinés peuvent adhérer à la poche. Quand on l'ouvre, on trouve un vaste foyer où le sang est coagulé ou demi-liquide, sirupeux, selon l'ancienneté de la lésion. La couleur est noire, ressemblant à celle du raisiné; à la partie la plus externe, on trouve parfois des couches de fibrine déjà décolorées et blanchâtres. Les parois de la poche sont épaisses en certains points, très minces en d'autres, où une rupture paraît imminente. Le rectum est comprimé et dévié (fig. 473).

On ne confondra pas, avec une hématocèle, l'hémorrhagie survenue dans un kyste de l'ovaire, dont la paroi offre une structure caractéristique. C'est aussi par abus de langage qu'on a qualifié d'hématocèle l'accumulation temporaire de caillots dans un abcès pelvien ponctionné[3].

Le volume de la tumeur varie; il peut atteindre celui de l'utérus à terme. Si elle persiste longtemps, on peut voir la compression des uretères amener des lésions rénales comme dans les autres tumeurs de l'abdomen. On a souvent observé la suppuration; d'autres fois on a trouvé, à l'autopsie, des signes d'une tentative de guérison spontanée : la résorption du liquide et la rétraction de la poche, remplie d'une néoplasie conjonctive colorée par le pigment sanguin[4].

Même dans les cas où l'on est en droit de soupçonner une rupture de grossesse tubaire comme point de départ de la lésion, on ne trouvera généralement pas de vestige du fœtus; il aura été désagrégé et

[1] Schröder. *Mal. des org. gén. de la femme*, trad. franç., p. 492.
[2] Alph. Guérin. *Loc. cit.*, p. 459.
[3] Playfair, cité par Barnes. *Traité clin.*, etc., p. 515.
[4] R. Barnes (*loc. cit.*, p. 500, fig. 100) en a représenté un beau spécimen provenant du musée de Guy's Hospital.

résorbé. Cette rupture se produit, du reste, très hâtivement, vers le deuxième ou le troisième mois; dans les cas où l'autopsie sera faite peu après le début des accidents, et quand le fœtus n'aura pas succombé depuis longtemps avant leur apparition, on le distinguera au milieu des caillots. Mais, souvent, la mort de la femme aura été si rapide qu'il n'y aura pas eu d'enkystement du foyer et qu'il s'agira simplement d'une hémorrhagie interne. Pourtant, il peut s'être fait auparavant une première hémorrhagie limitée ayant constitué une hématocèle, avant qu'une seconde emporte la malade; les phéno-

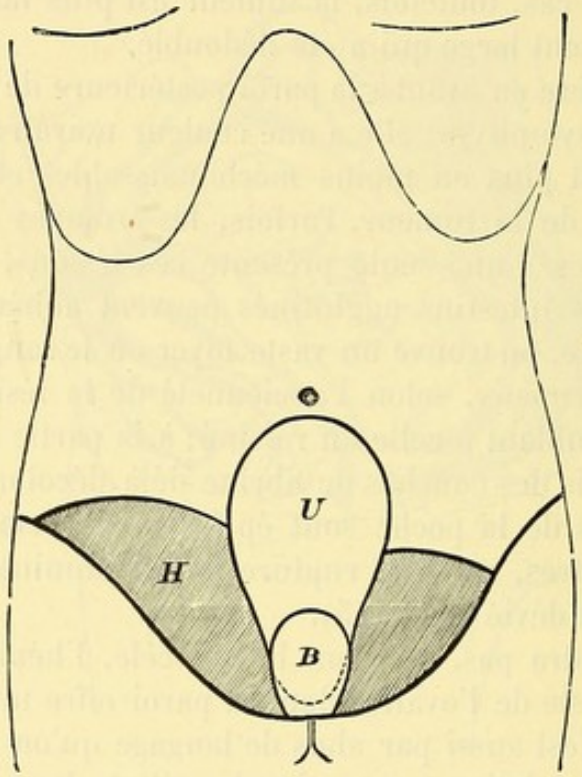


Fig. 474. — Hématocèle rétro-utérine.
U. utérus; B. vessie; H. hématocèle.

mènes évoluent alors assez rapidement pour qu'on trouve le fœtus, à l'autopsie[1]. Si le fœtus ne laisse pas de traces durables, il en est autrement des villosités choriales dont un examen attentif permettra de retrouver les vestiges, et qui démontreront très fréquemment l'origine de la lésion. L. Tait a ainsi mis hors de doute que l'hématocèle pelvienne est le mode ordinaire de terminaison des grossesses extra-utérines[2].

Symptômes.

Symptômes. — L'apparition d'une hématocèle est presque toujours précédée de symptômes morbides, du côté des annexes de l'utérus, **douleurs, troubles de la menstruation, réflexes gastriques.** Ils sont l'indice de la salpingite ou de la grossesse extra-utérine. Il est bien

[1] Matthews Duncan. *Edinb. med. Journ.*, 1884; observ. citée par Barnes. *Loc. cit.*, p. 519.
[2] L. Tait. *Edinb. med. Journ.*, juill. 1889, p. 103.

rare que l'irruption de l'épanchement sanguin ne soit pas marquée par des **accidents aigus**, mais l'intensité de ceux-ci est très variable. Leur allure peut être foudroyante, et, suivant l'expression de Barnes, **cataclysmique** : lipothymie, syncope, refroidissement, mort imminente. Si la malade survit à cette hémorrhagie interne, les symptômes de la tumeur abdominale se prononcent, pendant que les accidents généraux se dissipent peu à peu.

Dans des cas moins graves, le début est simplement marqué par la **douleur locale** et un sentiment de faiblesse joint à l'augmentation de volume du ventre.

Enfin, le suintement sanguin intra-péritonéal peut se faire d'une manière presque insensible, insidieuse.

Les jours qui suivent la première apparition des phénomènes morbides, des **poussées de péritonite plastique** circonscrivent l'épanchement et occasionnent des nausées, du ballonnement du ventre, de la douleur, de la fièvre.

Les signes objectifs révélés par le toucher et la palpation bi-manuelle sont ceux d'une **tumeur** fluctuante, occupant le cul-de-sac de Douglas, qui refoule l'utérus en haut, de telle sorte que le col est difficilement accessible. Si l'on parvient à l'atteindre, on le trouve aplati contre le pubis. La tumeur ne reste pas longtemps fluctuante; elle acquiert bientôt une consistance qui rappelle celle de la neige; cette consistance varie, du reste, beaucoup : en divers points on y trouve des parties très dures, d'autres très dépressibles. L'exploration bi-manuelle permet de circonscrire le corps de l'utérus, qui est comme enchâssé au milieu de la tumeur, laquelle remplit et déborde souvent le petit bassin (fig. 474). Le toucher rectal est rendu très difficile par l'effacement de l'intestin. Cette compression peut donner lieu à des signes d'**étranglement interne**; celle de la vessie à la **rétention d'urine**; celle du plexus sacré à des **névralgies** vives dans les membres inférieurs.

L'**état général** est variable; même en l'absence de suppuration, on observe fréquemment de la **fièvre**, survenant par accès irréguliers et causée par la réaction péritonéale que provoque la formation des fausses membranes.

La **marche** est essentiellement chronique; mais il est fréquent d'observer des poussées successives, comme si de nouvelles quantités de sang étaient versées dans le premier foyer. Ces **répétitions** se montrent, parfois, peu de jours après le début des accidents, ou tardivement, aux époques menstruelles qui suivent, sans doute sous l'influence de la congestion cataméniale. Dans les cas où l'hémorrhagie intra-péritonéale a pour origine la rupture d'un kyste fœtal, le retour des accidents est particulièrement redoutable et peut rapide- Marche.

ment causer la mort, alors que tout danger avait paru conjuré. En dehors de ces cas exceptionnellement graves, la maladie a une tendance naturelle à guérir par **résorption** progressive[1] ou par **évacuation** spontanée. Mais ce dernier mode de guérison, qui ne peut se faire qu'après la suppuration de la poche, provoque des accidents très graves.

Dans les cas heureux, la malade reste encore plusieurs mois incapable de marcher, exposée à de petites poussées de péritonite à répétition, pendant lesquelles le volume de la tumeur subit des alternatives puis finit par diminuer progressivement. Elle peut, après sa disparition, laisser subsister un **noyau induré** ou, simplement, une **déviation utérine**, avec immobilité de l'organe gestateur.

L'**inflammation suppurative** est annoncée par une aggravation de l'état général, l'apparition de frissons erratiques et de sueurs. En même temps, la tumeur augmente de volume et son induration diminue. La perforation dans la cavité abdominale est très rare. La **péritonite** qu'on voit survenir, en cas de suppuration de la poche, est plutôt due à la propagation directe de l'inflammation, à travers la paroi.

La **perforation** dans le **rectum** est la plus fréquente. Précédée par des phénomènes de rectite, elle est signalée par l'apparition subite d'une diarrhée noirâtre et fétide qui amène un immense soulagement et la disparition de la tumeur. L'évacuation peut ainsi se faire complètement, et la guérison a lieu; mais la mort peut aussi arriver par **épuisement** ou par l'**infection** que cause la pénétration des matières fécales dans le foyer. La perforation dans le **vagin** est rare, celle dans la **vessie**[2] tout à fait exceptionnelle.

Diagnostic. **Diagnostic.** — Le tableau clinique qu'offre l'hématocèle est souvent si caractéristique que l'hésitation n'est pas permise. L'apparition brusque d'une tumeur rétro-utérine, coïncidant avec des phénomènes d'hémorrhagie interne, est vraiment pathognomonique. La **rupture** d'un **pyo-salpinx** ou d'un **abcès pelvien** ne donne lieu qu'à la douleur aiguë, aux signes de réaction péritonéale, généralement bien plus intenses, et non à la tumeur, qui apparaît au début de l'hématocèle. Celle-ci ne sera pas confondue avec l'**utérus gravide rétrofléchi**. Un des meilleurs moyens d'éviter l'erreur est de rechercher avec soin à limiter l'utérus, qui, dans l'hématocèle, est enchâssé au centre de la tuméfaction. Cet examen se fera plus facilement sous le chloroforme.

Les **kystes de l'ovaire**[3] et les **fibromes utérins** enclavés dans le petit

[1] M. Sänger. *Münch. med. Woch*, 1893, p. 486.

[2] Ott. *Gaz. des Hôp.*, 1861, p. 57.

[3] Robert Asch (*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 427) rapporte une erreur de ce genre. Le kyste que le chirurgien ponctionna par le vagin, croyant qu'il s'agissait d'une hématocèle, fut ensuite opéré, avec succès.

bassin n'ont de commun avec la tumeur sanguine que des symptômes objectifs : leur mode d'apparition et leur marche sont essentiellement différents. J'en dirai autant de la **grossesse extra-utérine**, qui, du reste, siège rarement tout à fait en arrière de l'utérus. L'hypertrophie de cet organe et l'aménorrhée persistante seraient une présomption en faveur de la grossesse ectopique; comme je l'ai dit, elle n'est souvent que la phase initiale et le point de départ des accidents hémorrhagiques ultérieurs.

A une période tardive, les **noyaux inflammatoires** de péri-métro-salpingite ne pourront être distingués que par l'étude des anamnestiques.

Le diagnostic de l'**origine** de l'hémorrhagie ne peut être qu'entrevu. Dans l'hématocèle à début brusque, *dramatique* (Bernutz), il s'agira ordinairement de la rupture d'un kyste fœtal. Dans les hématocèles à début insidieux, à marche lente, on croira plutôt que le sang est progressivement versé par une salpingite hémorrhagique. Si la femme était excessivement variqueuse, on pourrait incriminer la rupture d'une veine du ligament large.

Pronostic. — L'affection est sérieuse; elle peut, dans des cas rares, déterminer une **mort rapide**; elle expose à des accidents graves, avant que la guérison survienne. Enfin, celle-ci n'est presque jamais parfaite; les **reliquats plastiques** situés autour de l'utérus sont une cause fréquente de malaises, et entraînent à peu près fatalement la stérilité. Pronostic.

Traitement. — Une intervention active n'est légitimée que par l'apparition d'accidents pouvant compromettre la vie de la malade. Au début, si les symptômes sont modérés, on appliquera de la glace sur le bas-ventre pour combattre à la fois l'hémorrhagie et la péritonite. La malade sera tenue au repos absolu; on videra régulièrement la vessie par le cathétérisme, et l'intestin au moyen de lavements. Il faudra prendre garde à ne pas abuser de l'opium pour calmer les souffrances, de peur d'augmenter la constipation. On veillera avec un soin particulier à l'antisepsie du vagin pour éviter l'infection du foyer par le canal génital. Traitement.

Au point de vue historique, l'intervention chirurgicale reconnaît trois périodes : de Récamier à Nélaton, on a cru devoir toujours ponctionner ou inciser ces collections sanguines dont la résorption spontanée paraissait impossible; ensuite, de très nombreux insuccès firent renoncer à cette méthode, et l'on s'aperçut alors que les hématocèles volumineuses sont susceptibles de guérir toutes seules : l'expectation fut érigée en système; actuellement, on s'accorde à respecter la maladie, tant qu'elle suit un cours régulier qui l'amène lentement vers la résorption. Mais, grâce aux progrès de l'antisepsie, on ne doit pas hésiter à intervenir, dès que la vie de la malade est

menacée par des phénomènes de compression ou d'inflammation. L'évacuation rapide de la poche doit être aussitôt effectuée.

L'**incision** est très préférable à la **ponction**; celle-ci ne permet pas l'issue des parties concrètes, se prête mal au nettoyage de la poche, et peut la transformer en un clapier septique. Le lieu de l'incision sera déterminé par la saillie de la tumeur.

Incision vaginale.

Proémine-t-elle franchement dans le cul-de-sac postérieur, c'est par le **vagin** qu'on devra l'attaquer. On attire le col de l'utérus en avant, on place dans le rectum l'index de la main gauche, on se donne le plus de jour possible avec des écarteurs, et l'on fait une incision suivant le grand axe de la tumeur, en ayant soin de ne pas se porter trop loin, latéralement, par crainte des uretères. Le doigt qui est dans le rectum sert de guide pour éviter de blesser l'intestin. Dès qu'on est arrivé dans le foyer, on élargit, au besoin, l'incision avec de forts ciseaux, et l'on provoque l'issue des matières sirupeuses, des caillots, parfois du fœtus, par des injections antiseptiques très faibles. Dans un cas, j'ai été obligé d'aller, à l'aide d'une cuiller à potage, à la recherche des caillots qui formaient une masse cohérente. On fera bien de procéder avec les plus grands ménagements, et de ne pas chercher à nettoyer entièrement le foyer du premier coup, de peur de compromettre les adhérences qui le limitent. Aussitôt après, on fera un tamponnement lâche de l'intérieur de la poche avec des bandelettes de gaze faiblement iodoformée qu'on laissera en place pendant 48 heures; ce tamponnement a pour avantage de mettre en garde contre l'hémorrhagie consécutive et de compléter la désinfection[1]. En enlevant ces tampons, on renouvellera les irrigations antiseptiques, puis on placera dans la poche un gros tube en croix autour duquel on tassera encore de la gaze iodoformée, mais dans le vagin seulement, de peur d'absorption. L'extrémité libre du tube sera emmaillotée dans un pansement antiseptique; il servira à faire des injections dans l'intérieur de la poche une ou deux fois par jour, s'il est nécessaire. Lorsque celle-ci offre de grandes dimensions, toute injection antiseptique sera suivie d'une injection neutre à l'eau bouillie; sans cette précaution, on s'exposerait à des intoxications.

Le pronostic de cette opération a tout à fait changé, depuis l'ère antiseptique. Nélaton, qui en fut longtemps partisan, avait fini par y renoncer[2], à cause des septicémies fréquentes qu'elle occasionnait. Gusserow a donné sa statistique personnelle, comprenant huit cas avec six guérisons dont la durée a demandé de 6 à 21 jours : il n'est partisan de l'intervention que dans les cas graves. Routier[3] a publié

[1] P. Mundé. *New-York med. Presse*, déc. 1885, p. 10.
[2] Trélat. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 312.
[3] Routier. *Annal. de Gyn.*, janv. 1890, t. XXXIII, p. 8.

trois cas traités avec succès par l'incision vaginale, qu'il préfère maintenant à la laparotomie.

L'incision par le vagin nécessite une antisepsie très rigoureuse et offre parfois de véritables dangers. C'est lorsque la tumeur est assez éloignée du cul-de-sac postérieur, qui peut être oblitéré, et qu'elle fait surtout saillie du côté de l'abdomen. Enfin, si la cavité est excessivement volumineuse, l'incision vaginale, qui doit toujours être assez étroite, se trouvera insuffisante pour assurer l'évacuation des liquides et permettre une bonne antisepsie. Dans ces conditions, j'ai pratiqué une fois, avec succès, la **laparotomie sous-péritonéale**[1]. Cette opération (voir p. 766, TRAITEMENT DES ABCÈS PELVIENS) consiste essentiellement, je le rappelle, à pratiquer une grande incision parallèle à l'arcade crurale, à décoller le péritoine jusqu'au foyer et à pénétrer dans celui-ci par sa face adhérente au bassin, sans entrer dans la grande cavité séreuse. Après avoir vidé avec précaution le kyste sanguin, on explorera la poche, en y introduisant les doigts du côté de sa partie la plus déclive, et l'on cherchera, en combinant cet examen avec le toucher vaginal, le point favorable au passage d'un drain à travers le cul-de-sac postérieur. Pour peu que la poche soit grande, le drainage par cette voie, à l'aide d'un tube en croix, sera combiné avec le drainage par l'incision abdominale au moyen de deux gros tubes accolés en canons de fusil, ou plusieurs tubes juxtaposés en manière de flûte de Pan, ou par des lanières de gaze iodoformée. Pendant les deux ou trois premiers jours, au moins, on fera bien de tamponner lâchement l'intérieur de la poche avec la gaze faiblement iodoformée, ce qui a le triple avantage de s'opposer à l'hémorrhagie secondaire *a vacuo*, de parfaire l'antisepsie et d'ajouter à l'action passive des drains celle beaucoup plus active du drainage capillaire[2].

Laparotomie sous-péritonéale.

Si, dans une tentative de laparotomie sous-péritonéale, on ne réussissait pas à décoller la séreuse jusqu'au niveau du point où la poche lui est adhérente, on aurait toujours la ressource suivante : largement inciser le péritoine au fond de la plaie et tamponner sur la poche laissée intacte de manière à provoquer, entre elle et l'incision, la formation d'une sorte de trajet fermé par des adhérences. Au bout de 24 heures, le tamponnement serait enlevé et la poche ouverte.

La **laparotomie** proprement dite, ou **transpéritonéale**, a donné d'heureux succès[3]. Il faut, si possible, fixer la poche à la paroi abdomi-

Laparotomie transpéritonéale.

[1] S. Pozzi. *De la laparotomie sous-péritonéale*, etc. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 14 avril 1886). — Jeannel (*Revue méd. de Toulouse*, 1er mars 1887) a imité ma conduite, avec un plein succès, dans un cas d'hématocèle suppurée.

[2] Ce mode de drainage est très préférable à la canule en gomme ou en verre, munie en haut d'une pomme d'arrosoir et en bas d'un robinet que préconise et figure Zweifel. *Zur Behandlung der Blutergüsse hinter der Gebärmutter* (*Arch. f. Gyn.*, 1883, p. 185).

[3] Prengrueber. *Semaine méd.*, 6 janv. 1886, p. 1. — Il s'agissait dans cette observation

nale par une véritable marsupialisation, la vider, la tamponner et la drainer. Mais cette manœuvre théorique est rarement praticable, vu l'absence d'une poche caractérisée et résistante; ses parois n'ont le plus souvent aucune individualité et sont uniquement formées par l'agglutination des parties voisines. On pourra être alors obligé de se borner au lavage antiseptique de la cavité et à l'abandonner purement et simplement dans l'abdomen. Il serait prudent, en pareil cas, de faire le drainage capillaire et le tamponnement à la gaze iodoformée.

La laparotomie (transpéritonéale) me paraît devoir être rarement faite, à cause des dangers graves de péritonite septique auxquels elle expose[1].

Un cas très particulier, et heureusement assez rare, où l'intervention active s'impose, est celui où le début des accidents est dû à l'interruption d'une grossesse tubaire avérée: on sait qu'en pareil cas l'hémorrhagie se fait par poussées successives : convient-il d'attendre la catastrophe, ou ne vaut-il pas mieux la prévenir par la laparotomie immédiate? Martin[2] cite une observation de ce genre où il a eu le regret de s'être abstenu: la femme succomba à une nouvelle hémorrhagie interne, quatre jours après la consultation. En pareil cas, une intervention hardie me semble légitime, et commandée d'emblée par les allures spéciales du type clinique.

Hématocèle extra-péritonéale

Synonymie.

L'effusion du sang dans le tissu conjonctif du petit bassin a été aussi appelée *hématome extra-péritonéal*, *thrombus des ligaments larges*, *pseudo-hématocèle*. Niée par certains auteurs en dehors de l'état puerpéral, où les thrombus du vagin et de la vulve peuvent

d'une malade atteinte de phénomènes graves d'obstruction intestinale occasionnés par la compression qu'exerçait une tumeur, « abcès, kystes ou hématocèle », dont la nature n'avait pu être déterminée; la laparotomie fut d'abord exploratrice, et il faut reconnaître qu'on ne pouvait, dans le doute, entreprendre une autre opération. — Routier (*Abeille méd.*, 1888, n° 44, p. 347) a opéré, par la laparotomie, trois hématocèles dont deux suppurées. Suture de la poche aux parois abdominales, drainage, guérison. Dans un cas, blessure de la vessie et fistule consécutive.

[1] L. Tait (*The pathol. and treatm. of diseases of the ovaries*, 1883), seul, a proposé de faire toujours, d'emblée, l'ouverture du ventre. — Gusserow (*Loc. cit.*) se prononce formellement contre la laparotomie. — Schröder (*Die Krankh. der weibl. Geschlechtsorgane*, p. 472) et A. Martin (*Path. und Ther. der Frauenkr.*, p. 357) sont aussi très réservés, à ce point de vue. — En Amérique, on s'élève même contre cette audace excessive. — Lee Morill et Mac-Lean se sont énergiquement prononcés dans ce sens à la *Société obstét. de New-York*, 2 oct. 1888 (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 1175). — Routier (*Annal. de Gyn.*, janv. 1890, p. 8) est revenu à l'incision vaginale. — Voir, à ce propos, la récente discussion de la Société de Chirurgie sur un rapport de L. Picqué. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1896, t. XXII, p. 50.)

[2] A. Martin. *Traité clin. des Mal. des femmes*, trad. franç., 1886, p. 531.

aussi se produire, cette lésion est aujourd'hui définitivement admise[1].

Étiologie. Pathogénie.

Étiologie. — Elle peut se produire sous l'influence de la **grossesse**, qui, comme on le sait, amène la dilatation considérable de tout le système veineux pelvien, et, en particulier, du plexus utéro-ovarien. Mais le **varicocèle utéro-ovarien** peut exister chez la femme et donner lieu à une rupture sous-séreuse, même en dehors de la grossesse, par déchirure ou par ulcération des veines contenant des phlébolithes. C'est, généralement, sous l'influence de fatigues ou d'excès génésiques pendant la période menstruelle qu'on l'observe, et chez les multipares dont les vaisseaux veineux sont plus dilatés que chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants.

D'après Byrne[2], les thrombus du ligament large seraient beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit et donneraient souvent naissance à des abcès pelviens ou des phlegmons. Skene Keith[3] a remarqué qu'une hématocèle extra-péritonéale éphémère survenait souvent après les opérations de salpingotomies, par suite d'un raptus congestif au moment qui correspond à la première période menstruelle[4]. Beigel[5] croit que l'hématocèle extra-péritonéale constitue une partie considérable des cas que l'on range dans la forme ordinaire.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Le sang peut former une tumeur circonscrite entre les deux feuillets du ligament large. Comme ils ne constituent point une cavité close, mais communiquent avec le tissu cellulaire pelvien, l'épanchement sanguin, s'il est très abondant, dépasse leurs limites; il se porte alors sur les côtés du vagin et du rectum. La tumeur est, d'ordinaire, médiocre et varie du volume du poing à celui d'une tête d'adulte. Elle est franchement latérale, et, s'il en existe des deux côtés, l'une est toujours incomparablement plus grande que l'autre. Les deux foyers peuvent, du reste, arriver à se réunir. La collection siège même parfois en avant de l'utérus[6]. A. Martin[7], qui a eu l'occasion d'étudier l'anatomie pathologique de

[1] Baumgärtner. *Deutsche med. Woch.*, 1882, n° 36, p. 487. — A. Martin. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VIII, p. 476. — Balleray. *Med. News*, Philadelphie, 1883, t. XLII, p. 358. — Grynfeld. *Gaz. hebd. des Soc. méd. de Montpellier*, 1883, p. 421, 505.

[2] Byrne. *Soc. obstét. de New-York*, 2 oct. 1888 (*Ann. de Gyn.*, janv. 1889, t. XXXI, p. 45).

[3] Skene Keith. *Edinb. med. Journ.*, 1887, p. 811.

[4] J'ai observé quatre exemples de ce fait. Dans l'un d'eux, la résorption se fit spontanément; dans deux autres, la collection sanguine fut évacuée par le rectum; enfin chez une malade une tumeur dure persista pendant très longtemps par suite de la résorption incomplète du sang épanché, et donna lieu, par compression, à des phénomènes de névrite excessivement pénibles durant plusieurs mois. Une hystérectomie vaginale complémentaire fut nécessaire pour la guérir complètement. (De la Nièce. *Contribution à l'étude de l'hématocèle post-opératoire.* Th. de Paris, 1893.)

[5] Beigel. *Arch. f. Gyn.*, 1877, Bd. XI, p. 377.

[6] Braun. *Wien. med. Woch.*, 1872, p. 22. — Fanny Berlin. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1889, p. 498.

[7] A. Martin. *Loc. cit.*, et *Traité clin. des mal. des femmes*, trad. franç., 1889, p. 497.

cette lésion dans plusieurs opérations, a toujours rencontré une poche à surface inégale, parsemée de diverticules profonds dans le tissu cellulaire, traversée par des brides conjonctives et des vaisseaux rompus. Le contenu est formé par du sang et des caillots plus ou moins altérés; il est parfois mélangé de pus; il peut, par une déchirure du ligament large, communiquer avec un épanchement intra-péritonéal.

Symptômes. **Symptômes**. — L'accident survient ici chez des femmes, en apparence, parfaitement bien portantes. Une **douleur** aiguë dans le bas-ventre avec tendance à la syncope en marque le début. On peut successivement observer divers accès. Les symptômes d'une **anémie intense** et des troubles dus à la **compression** de la vessie et du rectum se montrent en même temps que le **gonflement** et la sensibilité de l'abdomen. Au toucher et à la palpation bi-manuelle, on sent que la **tumeur** est située dans le ligament large et non dans le cul-de-sac de Douglas; elle est molle et pâteuse; l'utérus se trouve sur son côté interne, il est plus ou moins refoulé, mais on peut le circonscrire de toutes parts. Quant aux autres symptômes et à la marche de la maladie, ils se confondent avec le tableau clinique, précédemment tracé pour l'hématocèle intra-péritonéale.

C'est à des cas d'hématocèles extra-péritonéales qu'il faut vraisemblablement rapporter un symptôme fort exceptionnel, la *coloration ecchymotique du vagin*. On a même très rarement vu l'ecchymose de la paroi abdominale[1].

Diagnostic. Le **diagnostic différentiel** avec l'**hématocèle intra-péritonéale** ne peut pas toujours être fait. On se basera, surtout, sur l'étiologie et sur la situation franchement latérale et les connexions de la tumeur.

Traitement. **Traitement**. — L'**expectation** est, ici encore, la règle ordinaire. Si la gravité des accidents impose une intervention, on ne pourrait guère songer à la voie vaginale, à cause du danger de blesser les gros vaisseaux ou l'uretère. La **laparotomie sous-péritonéale** me paraît devoir être le procédé de choix. Martin préconise la **laparotomie transpéritonéale**, le nettoyage du foyer et la suture de la poche sur un drain en croix, sortant par le vagin. Il a obtenu ainsi 9 succès sur 10 opérations. Dans certains cas l'**hystérectomie vaginale** pourra donner de bons résultats.

[1] A. Weesinger (*Med. Age*, 1886, n° 21) rapporte un cas d'ecchymose abdominale, et dit qu'un autre fait semblable a été observé par J. Bartlett et communiqué à la *Soc. gynéc. de Chicago*.

LIVRE XIII

DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

Définition. — Pathogénie. Étiologie. — Division. — Anatomie pathologique. Grossesse tubaire. Grossesse interstitielle. Grossesse tubo-abdominale et tubo-ovarienne. Grossesse ovarique. Grossesse abdominale. Grossesse dans une corne rudimentaire. État de l'utérus dans la grossesse extra-utérine. Modifications anatomiques consécutives à la mort du fœtus. Lithopédions. — Symptômes. — Diagnostic : 1° de la grossesse e.-u. avant le 5e mois avec : grossesse normale ; avortement ; corps fibreux ; hydro, hémato et pyo-salpinx ; rétroversion de l'utérus gravide ; grossesse dans une corne rudimentaire ; 2° de la grossesse e.-u. après le 5e mois avec la grossesse normale. Diagnostic de la variété. Diagnostic entre le faux travail et la rupture. Diagnostic de l'œuf mort avec un corps fibreux de l'utérus ; hématocèle pelvienne ; kyste dermoïde de l'ovaire ; cancer du péritoine. Diagnostic des fistules. Diagnostic des complications. — Pronostic. — Traitement. Injections de morphine. Électricité. Extraction du fœtus : 1° Grossesse e.-u. avant le 5e mois, sans rupture. 2° Grossesse e.-u. avant le 5e mois, après rupture. 3° Grossesse e.-u. après le 5e mois, enfant vivant. 4° Grossesse e.-u. après le 5e mois, enfant mort récemment. 5° Grossesse e.-u. après le 5e mois, enfant mort depuis longtemps. 6° Kyste fœtal ancien suppuré. 7° Grossesse dans une corne rudimentaire. — Technique de la laparotomie. Conservation du sac. Ablation totale du sac. — Technique de l'extraction du fœtus par l'élytrotomie. — Extraction des débris fœtaux par l'urèthre dilaté et par la taille vaginale. — Extraction du fœtus par la voie périnéale et par la voie pelvienne.

Définition.

La **grossesse extra-utérine** ou **ectopique** (Barnes) est le développement de l'ovule fécondé en dehors de la cavité utérine normale.

Pathogénie. Étiologie.

Pathogénie. Étiologie. — Toutes les circonstances qui peuvent s'opposer à l'application de la trompe sur l'ovaire, au moment de la ponte, sont susceptibles de permettre à la fécondation de s'opérer dans un lieu anormal. On sait, en effet, que les spermatozoïdes peuvent pénétrer dans le péritoine, y vivre, et aussi que l'ovule peut y tomber et y faire d'assez longues migrations, sans que sa vitalité soit compromise[1]. Les adhérences des annexes consécutives à des poussées de péritonite partielle, suites fréquentes de salpingites[2], la disparition de l'épithélium vibratile, ou la présence d'un petit polype intra-tubaire[3] opposant un obstacle à la migration de l'ovule,

[1] Leopold. *Die Ueberwanderung der Eier* (*Arch. f. Gyn.*, 1880, Bd. XVI, p. 24).

[2] Tainturier. *Étiologie des grossesses extra-utérines*. Th. de Paris, 1895.

[3] Th. Wyder (*Arch. f. Gyn.*, 1886, Bd. XXVIII, p. 362) a trouvé une fois un petit polype de la trompe et constaté l'absence d'épithélium vibratile.

en sont les causes les plus fréquentes. On a invoqué une émotion vive au moment de la conception[1].

Cette affection est rare : sur soixante mille femmes examinées pendant sept ans dans les cliniques de Carl Braun et de Späth, à Vienne, on n'en aurait trouvé que 5 cas[2]. Ce chiffre paraît trop faible; Fasola[3] en a observé 5 cas sur 1 565 grossesses chez des femmes ayant déjà eu des enfants, mais restées depuis longtemps stériles. Toth[4], sur 1 700 femmes atteintes d'affections gynécologiques, en a observé 31 cas.

On a signalé la **récidive** de la grossesse extra-utérine chez la même femme[5].

Division. **Division**. — On a beaucoup multiplié les divisions et subdi-

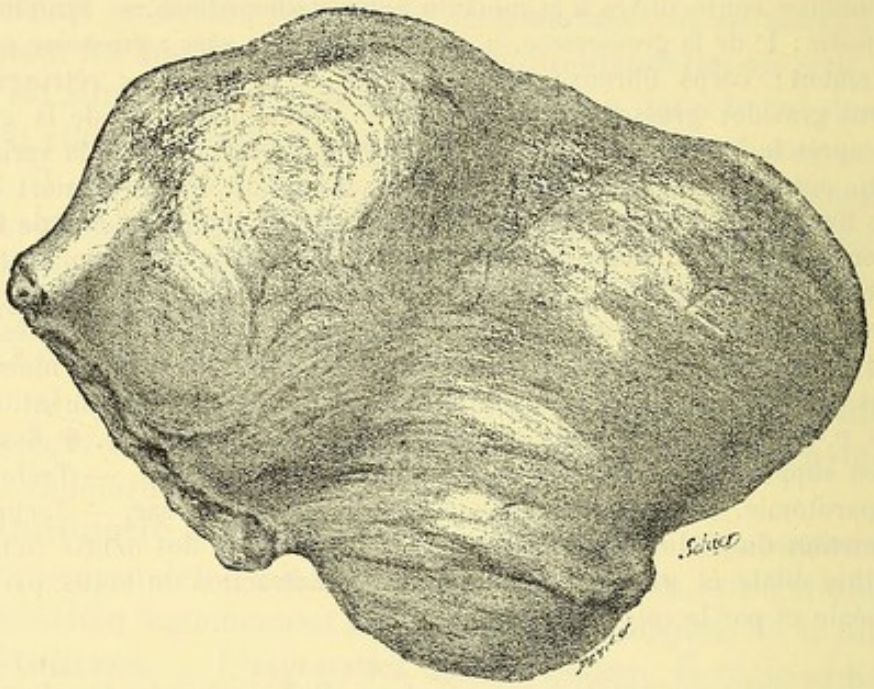


Fig. 475. — Grossesse tubaire de 2 mois 1/2; la poche est intacte. (Bouilly.)

visions anatomiques, et cela, sans grand intérêt. L'immense majorité des kystes fœtaux se trouve dans la trompe, et sont des **grossesses tubaires**. Selon que le développement de l'œuf se fait exclusivement dans ce conduit, ou en partie dans les parois utérines ou dans la cavité abdominale, on est en présence des variétés de **grossesse tubaire**

[1] P. Wendeler (*Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1895 (Supplément), p. 210) a observé un cas de grossesse tubaire chez une femme ayant subi la castration utérine.

[2] Bandl. *Loc. cit.*, p. 72.

[3] Fasola. *Ann. di Obst.*, Firenze, 1888, t. X, p. 145. (Il s'agit des cas observés à la Clinique de Florence de 1883 à 1885.)

[4] Toth. *Beiträge zur Frage der ektopischen Schwangerschaft.* (*Arch. f. Gyn.*, 1896. Bd. LI, p. 461).

[5] L. Meyer (*Hosp. Tidende*, 1890, t. VIII, p. 677) en signale 10 cas, dont un personnel. — Karl Abel. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. XLIV, p. 55. — W. Ross. *Amer. Journ. of Obst.*, 1896, t. XXXIII, p. 254.

proprement dite, de **grossesse tubo-utérine ou interstitielle**, et de **grossesse tubo-abdominale**, à laquelle on a distingué une sous-variété **tubo-ovarique**. Si la trompe vient à se rompre et que le développement du fœtus continue dans la cavité péritonéale, la grossesse est **abdominale secondaire**; celle-ci, d'après beaucoup d'auteurs, pourrait aussi être **primitive**. Si la rupture se fait au bord adhérent de la trompe, le fœtus peut continuer à se développer dans l'épaisseur du ligament large, et l'on a appelé cette grossesse **sous-péritonéo-pelvienne**[1]. Enfin, quoique leur nombre soit beaucoup plus restreint qu'on ne l'a cru autrefois, il existe quelques cas bien constatés de développement

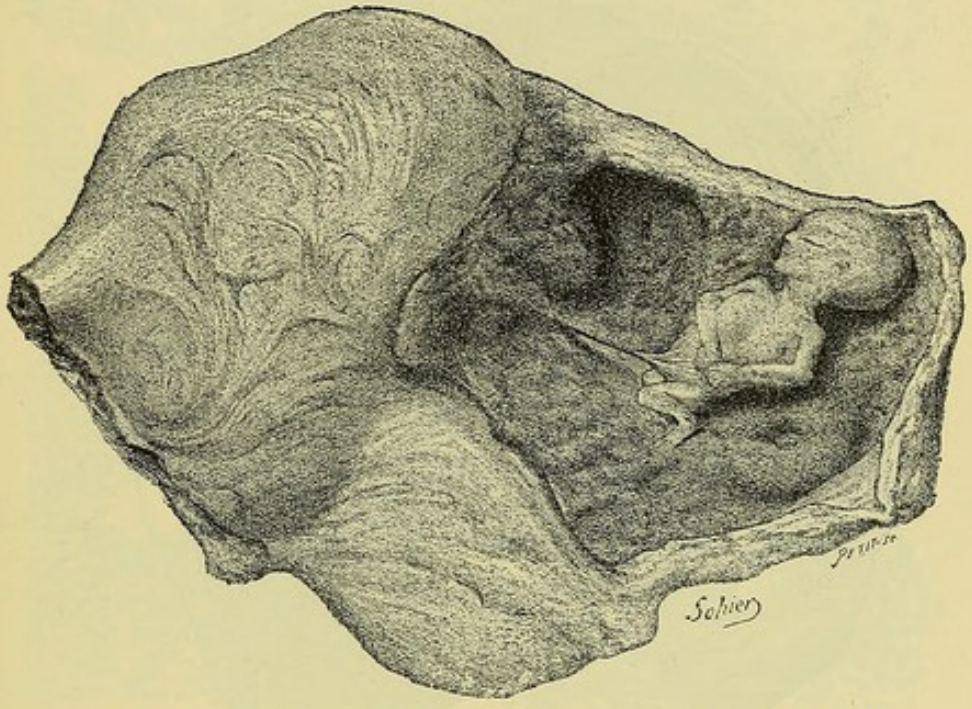


Fig. 476. — Grossesse tubaire de 2 mois 1/2; la poche est ouverte. (Bouilly.)

de l'œuf à la surface de l'ovaire, de **grossesse ovarique**, que certains caractères anatomiques empêchent de confondre avec la grossesse abdominale.

La **grossesse dans une corne rudimentaire de l'utérus** diffère tellement de la grossesse normale pour se rapprocher des kystes fœtaux, qu'elle mérite d'être décrite à la suite de la grossesse extra-utérine dont elle se distingue très difficilement. C'est pour cela que le terme de **grossesse ectopique** serait préférable à celui de **grossesse extra-utérine.**

Anatomie pathologique. — **Grossesse tubaire proprement dite.** — Sur un relevé portant sur 122 cas, Hennig[2] a trouvé que 77 fois l'œuf siégeait au milieu de la trompe; les autres cas étaient ainsi

Anatomie pathologique. Grossesse tubaire proprement dite.

[1] Dezeimeris (*Journ. des conn. médico-chir.*, janv. 1857, t. V, p. 1) a créé ce nom pour une des treize formes différentes qu'il distinguait.

[2] C. Hennig. *Die Krankheiten der Eileiter und die Tubenschwangerschaft*. Stuttgart, 1876.

répartis : 10 fois, près de l'utérus, 17 fois, presque au milieu de la trompe, 5 fois, dans son tiers externe, 5 fois, dans son quart externe.

Sur les 610 cas, réunis par von Schrenck[1] dans la littérature médicale de 1888 à 1892, il y en a 125 dans lesquels on ne trouve aucune indication sur le siège de la grossesse extra-utérine. Dans 339 cas elle était tubaire, dans 33 cas abdominale, dans 19 cas ovarienne et dans 14 cas elle siégeait dans une corne utérine rudi-

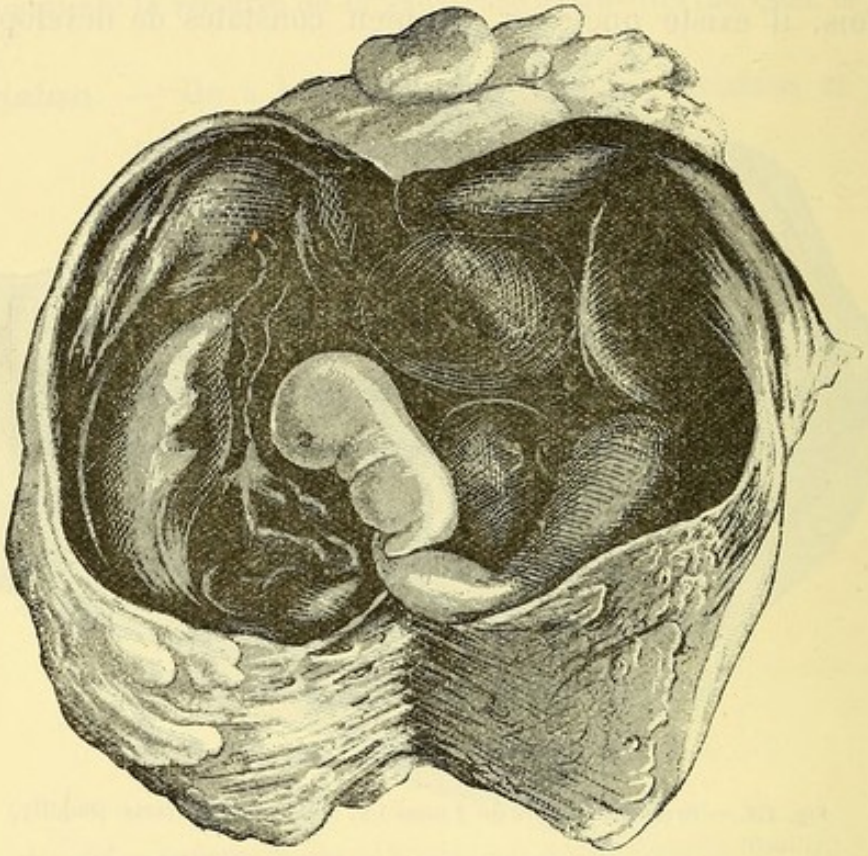


Fig. 477. — Grossesse tubaire (embryon de 21 millimètres); la poche ouverte (Pozzi).

mentaire, ce qui donne les proportions suivantes : 83,5 pour 100 de grossesses tubaires, 8,2 pour 100 de grossesses abdominales, 4,6 pour 100 de grossesses ovariennes et 3,6 pour 100 de grossesses dans une corne utérine rudimentaire.

Au point de vue de la fréquence relative du siège de la grossesse ectopique à droite ou à gauche, von Schrenck trouve une proportion à peu près semblable, 124 à droite et 123 à gauche. Hennig, dans les 122 cas qu'il a rassemblés, note aussi un siège également fréquent à droite et à gauche. Par contre Hecker, sur 64 cas, indique 27 fois un siège à droite, et 37 fois à gauche; Campbell, sur 75 cas, 34 à

[1] v. Schrenck. *Ueber ectopische Gravidität*, in Küstner. *Bericht und Arbeiten aus der Universitäts-Frauenklinik zu Dorpat*, 1894, p. 565.

droite et 41 à gauche; enfin Martin, sur 77 cas, 44 à droite et 33 à gauche.

La grossesse tubaire proprement dite se subdivise[1] en grossesse interstitielle, quand l'œuf se trouve encore dans la portion intra-utérine de la trompe; en grossesse isthmique ou tubaire proprement dite, quand il occupe la partie moyenne de la trompe; enfin, en

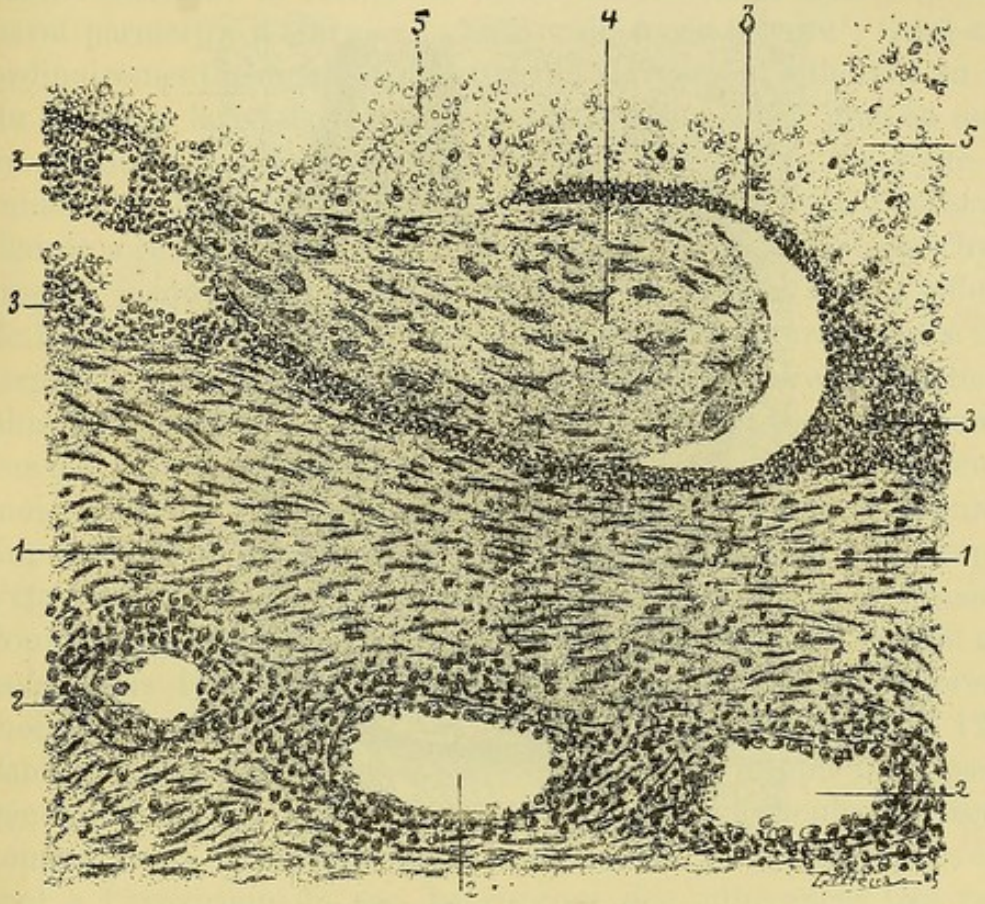


Fig. 478. — Grossesse tubaire.

Coupe comprenant l'embryon et la paroi de la trompe.

1. Tissu fibro-musculaire de la trompe. 2. Orifices vasculaires, avec prolifération embryonnaire périphérique. 3. Couche de grosses cellules proliférées à la surface interne de la trompe. 4. Cotylédon avec ses cellules irrégulières et ramifiées englobé dans la couche précédente. 5. Couche de sang et de fibrine coagulés, avec nombreux globules blancs.

grossesse ampullaire, quand il siège, ce qui est le cas le plus fréquent, dans la partie externe de la trompe. J. C. Webster[2] distingue une forme ampullaire, une forme interstitielle et une forme infundibulaire; cette dernière comprend les grossesses tubo-ovariennes et tubo-abdominales.

Parry[3], sur 214 cas, note 31 grossesses interstitielles, 34 infundibulaires, et 149 ampullaires.

[1] A. Martin. *Die Krankheiten der Eileiter*, p. 524.

[2] J. L. Webster. *Ectopic pregnancy, its etiology, classification, embryology, diagnosis and treatment*. Edinburgh and London, 1895.

[3] Parry. *Extra-uterine pregnancy*. Philadelphia, 1876.

Martin[1], dans ses 77 cas, a observé 1 grossesse interstitielle, 7 intra-ligamenteuses, 8 isthmiques et 57 ampullaires, parmi lesquelles 6 tubo-ovariennes et 3 tubo-abdominales.

Enfin on a observé des grossesses tubaires bilatérales[2] et des grossesses gémellaires dans la même trompe[3].

Dès que l'ovule s'est greffé, la muqueuse tubaire subit une trans-

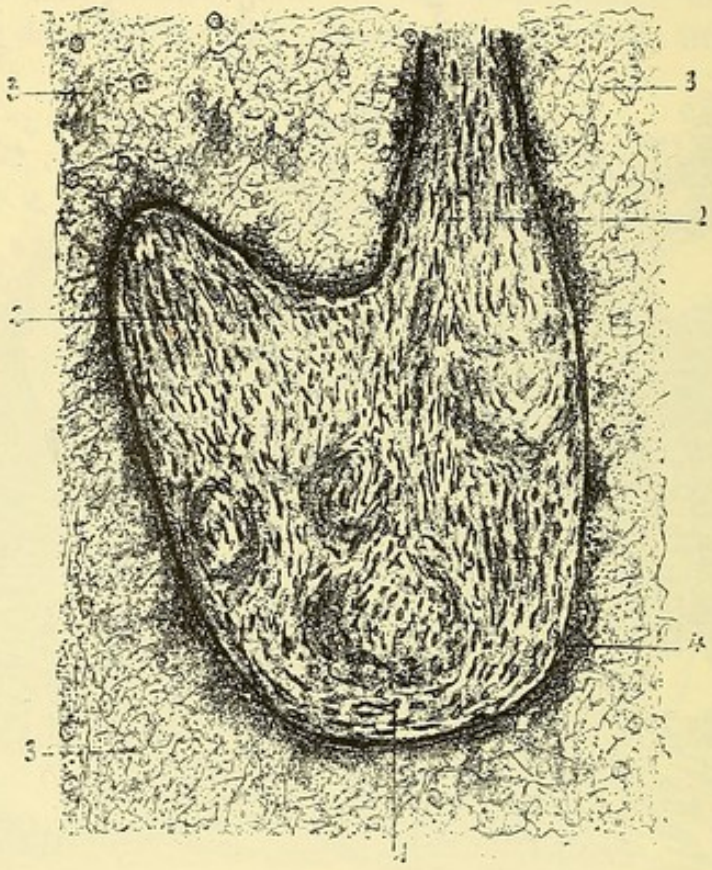


Fig. 479. — Grossesse tubaire.

Un cotylédon isolé (330 diamètres).

1. Extrémité renflée d'un cotylédon. 2. 2. Cellules allongées irrégulières au milieu d'une substance granuleuse colloïde. 3. Fibrine fibrillaire formant un réseau à mailles très fines, englobant de nombreux globules blancs. 4. Couche limitante compacte.

formation qui la rapproche de la caduque utérine; Rokitansky a bien décrit l'aspect tomenteux de la muqueuse dont les villosités s'enchevêtrent avec celles du chorion; l'adhérence est médiocre, jusqu'au moment où se forme le placenta; l'orifice utérin de la trompe peut rester ouvert, de telle sorte que la transformation de la muqueuse peut s'étendre à celle de l'utérus.

Dans les trois premiers mois, la petite tumeur que l'on rencontre

[1] A. Martin, *Loc. cit.*, p. 524.

[2] C. Cestan (*Des hémorrhagies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne.* Th. de Paris, 1894) en a réuni 6 cas.

[3] Coë. *Amer. J. f. Obst.*, 1893, t. XXVII, p. 855. — H. Brodier. *La Sem. gyn.*, 1896, p. 55.

à l'ouverture du ventre ne se distingue en rien d'un hémato-salpinx ordinaire, car du sang s'est le plus souvent épanché dans sa cavité. Elle a la forme d'un œuf ou d'une cornemuse (fig. 475), et contient soit un liquide transparent au milieu duquel nage l'embryon (fig. 477), soit des caillots, plus ou moins récents, parfois stratifiés comme ceux d'un sac anévrysmal. Il peut alors être difficile de retrouver trace du fœtus. Souvent, la recherche seule des villosités choriales sur la paroi permettra d'affirmer la nature du kyste tubaire[1]. Celui-ci est ordinairement pédiculisé, mais parfois, largement adhérent au bord du ligament large dans l'épaisseur duquel il pénètre plus ou moins, en dédoublant ses feuillets. Rarement, les parois du kyste sont minces et transparentes, de manière à laisser voir l'embryon[2]. Hennig a remarqué que la tunique musculaire de la trompe s'hypertrophie jusqu'à la fin du second mois; plus tard, sous l'influence de la distension, elle s'amincit et s'éraille. La rupture précoce est la terminaison la plus ordinaire de la grossesse tubaire; elle a lieu, le plus souvent, de très bonne heure. Sur 45 cas examinés à ce point de vue par v. Hecker[3], elle s'était faite 26 fois pendant les deux premiers mois, 11 fois le troisième, 7 fois le quatrième et 1 fois le cinquième. Sur 8 cas d'autopsies médico-légales, Hofmann[4] a noté que la rupture s'était faite 7 fois dans le deuxième mois, 1 fois dans le troisième. Pour l'important relevé de von Schrenck[5], la rupture du sac a été notée dans 141 cas; elle s'est produite 13 fois pendant le premier mois, 67 fois dans le deuxième, 28 fois dans le troisième et 12 fois dans le quatrième. Les dimensions du kyste rompu ne dépassent généralement pas celles d'un œuf de poule. Kaltenbach[6] signale, comme cause immédiate de la rupture, les adhérences qui s'opposent à l'expansion du sac. La rupture des adhérences très vasculaires est, du reste, déjà par elle-même une source d'hémorrhagie grave; Kaltenbach a observé un cas où elle a été mortelle. Freund[7] a pu reconnaître, dans un cas jusqu'ici unique, que la rupture de la trompe était due à sa dégénérescence myxomateuse.

La rupture de la trompe se fait généralement dans le péritoine et cause la variété d'hématocèle foudroyante que Barnes a appelée *cataclysmique*. Si elle se fait dans l'épaisseur du ligament large, il en résulte une hématocèle extra-péritonéale, et la résistance des feuil-

[1] Baudron et Pilliet. *Bull. de la Soc. anat.*, mai 1891.
[2] Slavjansky. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 48, p. 854.
[3] v. Hecker. *Monatschr. f. Geb.*, Berlin, 1859, t. XIII, p. 84.
[4] E Hofmann. *Allg. Wien. med. Zeitschr.*, 1888, n° 25.
[5] v. Schrenck, *Loc. cit.*, p. 883.
[6] Kaltenbach. *Soc. obstét. et gyn. de Berlin*, 14 déc. 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 5, p. 74).
[7] Freund. *Réunion des natur. et méd. all. à Heidelberg*, 1889 (*Ibid.*, 1889, n° 40, p. 690).

lets du ligament large a pour effet le plus souvent de limiter l'hémorrhagie.

L'évolution de la grossesse tubaire peut être différente. Dans des cas qui, à la vérité, constituent l'exception, l'embryon meurt de bonne heure, et alors il se désagrège et l'on n'en retrouve plus de

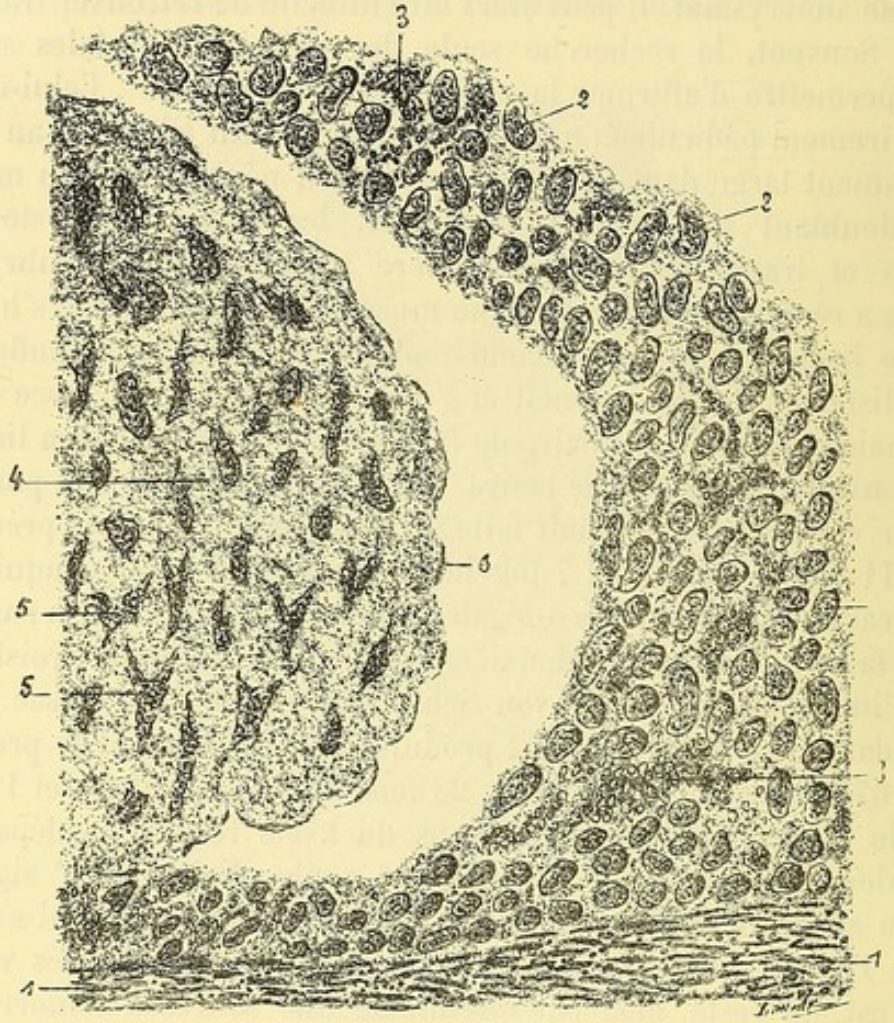


Fig. 480. — Grossesse tubaire.

Paroi de la trompe et cotylédon (650 diamètres).

1. Tissu fibro-musculaire de la trompe. 2. Cellules conjonctives proliférées et hypertrophiées. 3. Extravasation de globules rouges. 4. Cotylédon en voie de dégénérescence colloïde. 5. Cellules étoilées en régression. 6. Endothélium de la surface.

traces. Le sac tubaire cesse de s'accroître, mais l'hémorrhagie interne qui a provoqué ou accompagné la mort de l'embryon transforme ce sac en hémato-salpinx. La lésion change d'allures cliniques et de pronostic, comme de nature. C'est à peine si le chirurgien, qui en pratique plus tard l'extraction, en reconnaîtra la véritable origine par l'examen histologique des parois où l'on pourra encore rencontrer des villosités choriales[1]. Il est même possible que la résorption

[1] F. Launay (*Arch. de Gyn. et de Toc.*, 1896, t. XXIII, n° 1, p. 68) a publié un cas où les villosités choriales furent retrouvées dans une vieille poche d'hématocèle huit ans environ après l'époque probable de l'avortement tubaire.

complète du contenu de la trompe s'effectue au bout d'un laps de temps plus ou moins long. C'est ce résultat que poursuivent les médecins qui cherchent à amener la mort du fœtus par des injections de morphine ou par l'électricité.

Si le fœtus succombe à une période plus tardive, il constitue un corps étranger qui peut être enkysté et transformé en *lithopédion*,

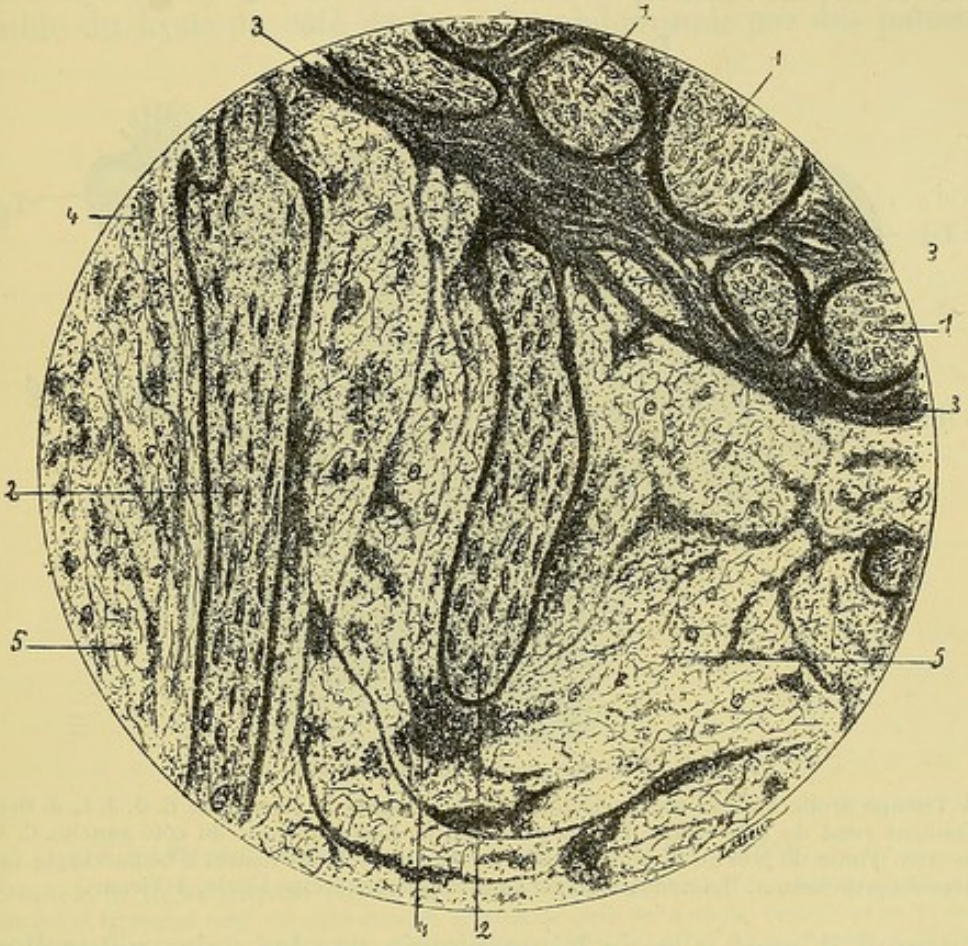


Fig. 481. — Grossesse tubaire rompue.

Vue d'ensemble. Cotylédons coupés transversalement et longitudinalement.

1. Cotylédons coupés en travers. 2. Les mêmes vus en long. 3. Cloisons fibrineuses compactes ramifiées. 4. Amas de fibrine coagulée. 5. Réseau fibrillaire composé des filaments très fins de fibrine enlacés en tous sens et contenant des globules blancs encastrés.

comme nous le verrons plus loin, ou provoque des accidents qui amènent son élimination.

Enfin, le fœtus peut vivre jusqu'au terme; c'est surtout quand la trompe s'est distendue ou crevée du côté du ligament large, dont les feuillets écartés ont protégé le kyste fœtal inclus contre une rupture dans la cavité abdominale (grossesse dite **sous-péritonéo-pelvienne**). Alors, au moment du terme, surviennent ou non les curieux symptômes dits du *faux travail*, et si l'art ne vient pas en aide à la nature, l'enfant meurt. Quand la femme lui survit, il se produit une

série de phénomènes communs à toutes les grossesses ectopiques arrivées à terme, sur lesquels j'aurai à revenir.

Grossesse interstitielle.

Grossesse tubo-utérine ou interstitielle. — Ici, l'œuf s'est développé dans la portion très courte de la trompe qui chemine entre les parois utérines. Il est libre par une partie de sa surface, que des fausses membranes séparent de la cavité péritonéale. Ces faits sont très rares et ont été réunis par Baart de la Faille[1]. Quand le kyste fœtal

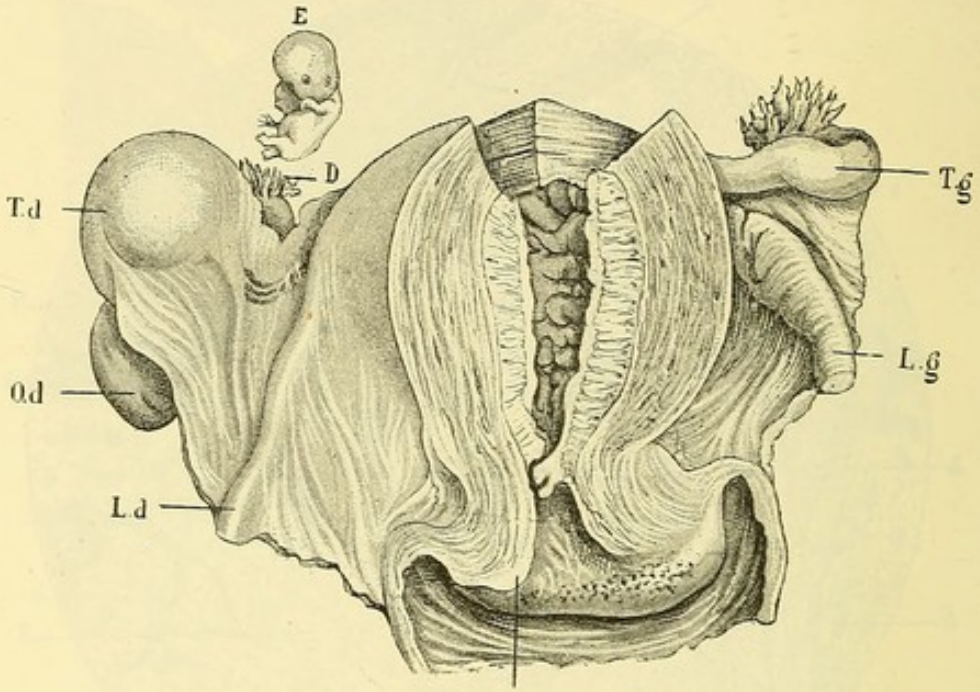


Fig. 482. — Grossesse extra-utérine tubaire, rompue.

T. d. Trompe droite où l'on voit la déchirure D au-dessous de l'embryon E. O. d. L. d. Ovaire et ligament rond du côté droit. T. g. L. g. Ovaire et ligament rond du côté gauche. C. Col de l'utérus. (Fœtus de près de 2 mois ; femme morte en quelques heures d'hémorrhagie interne. Pièce du professeur v. Hofmann, déposée au musée de médecine légale, à Vienne.)

se rompt, il peut y avoir hémorrhagie par les voies naturelles. Le placenta et même le fœtus peuvent être entraînés au dehors ou tomber dans le péritoine. La durée ordinaire de cette variété est généralement plus longue que celle de la précédente; elle peut arriver à terme[2], mais elle se termine aussi par hémorrhagie mortelle, avant le quatrième mois. Selon Schultze[3], cette variété serait très fréquente et souvent méconnue; de nombreux avortements de prétendue grossesse normale ne reconnaîtraient pas d'autre origine.

Grossesse tubo-abdominale et tubo-ovarienne.

Grossesse tubo-abdominale. — L'œuf développé à l'extrémité externe de la trompe n'est que partiellement enveloppé par elle, et la portion

[1] J. Baart de la Faille. *Verhandl. über Graviditas tubo-uterina* (*Monatschr. f. Geb.*, 1868, Bd. XXXI, p. 208). — O. Engström. *Ein Fall interstitieller Tubenschwangerschaft* (*Centr. f. Gyn.*, 1896, p. 122).

[2] Spiegelberg. *Arch. f. Gyn.*, 1878, Bd. XIII, p. 75. — Leopold. *Ibid.*, 1882, Bd. XIX, p. 210.

[3] Schultze. *Verhandl. des 2e Kongress der deutschen Gesells. f. Gyn.*, p. 251.

externe du sac est formée par de fausses membranes; il est adhérent aux parties voisines, ligaments larges, ovaires, épiploon, intestins, vessie, utérus, et, si le kyste prend un développement suffisant, il arrive même à se trouver en rapport avec la rate, les reins, le foie. Le placenta occupe ordinairement le petit bassin. L'ovaire peut être aplati et confondu dans les parois du sac de telle manière que la grossesse ait alors mérité le nom de **tubo-ovarienne**. L'extension possible du kyste du côté de la cavité abdominale par des poussées

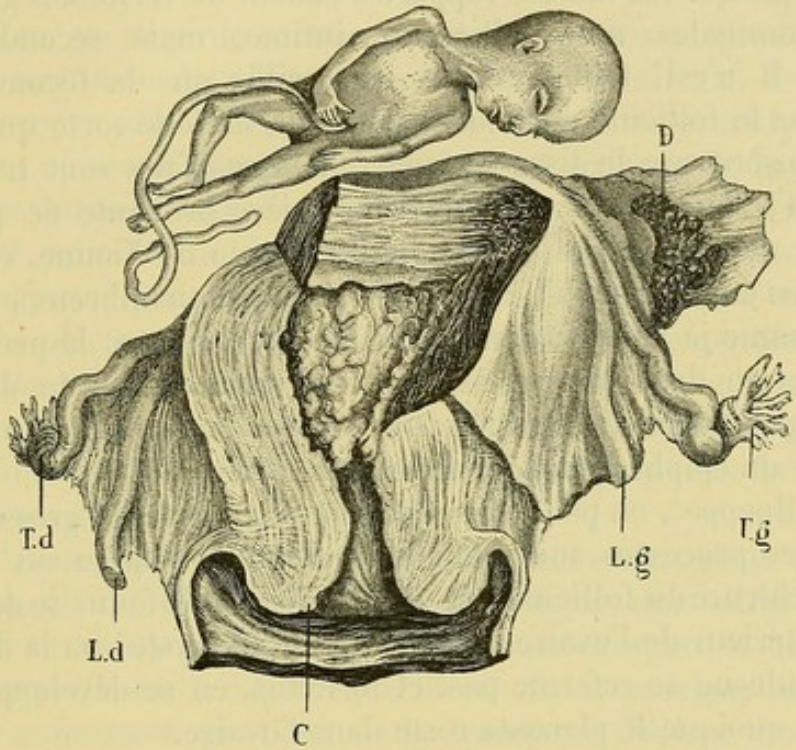


Fig. 483. — Grossesse extra-utérine interstitielle, rompue.

D. Déchirure. C. Col de l'utérus. T.d. L. d. Trompe et ligament rond du côté droit. T. g. L. g. Trompes et ligament rond du côté gauche. (Fœtus de près de 4 mois; femme prise le soir de vomissements, morte le lendemain, d'hémorrhagie interne. Pièce du professeur v. Hofmann déposée au musée de médecine légale, à Vienne.)

successives de péritonite et la formation de fausses membranes, permet de comprendre que la rupture soit retardée parfois jusqu'au terme.

Il est possible, du reste, que beaucoup de faits, dits de grossesse tubo-ovarienne et même ovarienne, doivent recevoir une explication toute spéciale. Vulliet[1] a soutenu, non sans apparence de raison, qu'il s'agissait parfois de grossesses développées dans un kyste tubo-ovarique préexistant. Il rappelle que Burnier[2] a démontré la présence de follicules de de Graaf dans la paroi d'un kyste tubo-ovarique enlevé par Schröder, et que, par conséquent, la fécondation est pos-

[1] Vulliet. *Arch. f. Gyn.*, 1883, Bd. XXII, p. 427.
[2] H. Burnier. *Ueber Tubo-ovarialcysten* (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1880, Bd. V, p. 357).

sible au niveau de ces kystes. Se basant sur ce fait et sur une observation personnelle, il admet que la grossesse peut évoluer dans ces kystes, en les distendant comme ferait une collection liquide. Paltauf, Schaeffer, v. Rosthorn et Lihotzky[1] ont depuis publié des faits confirmatifs. J'ai moi-même observé un cas de ce genre. Il s'agissait d'une sorte d'hémato-oophoro-salpinx manifestement dû à une grossesse extra-utérine, ainsi que l'a montré l'examen microscopique.

Grossesse ovarique.

Grossesse ovarique ou ovarienne. — Elle a été très contestée; beaucoup de cas qui lui ont été rapportés étaient de véritables grossesses tubo-abdominales avec adhérence intime, mais secondaire, de l'ovaire. Il n'est, toutefois, pas impossible que la fécondation se fasse dans le follicule de de Graaf, rompu, de telle sorte que le placenta s'insère sur le tissu ovarien; mais ces faits sont très rares. Bandl[2] n'a pu trouver qu'une seule pièce probante de grossesse ovarique dans la riche collection du musée de Vienne, et la met presque en doute. Puech[3], à la vérité, en cite de nombreux exemples; mais, comme je l'ai dit, il ne suffit pas de constater la présence du tissu ovarien dans les parois du kyste pour établir un diagnostic anatomique probant[4], l'adhérence intime de l'ovaire pouvant fort bien être un épiphénomène ultérieur.

Selon Hueppe[5], on peut admettre, pour expliquer la grossesse ovarienne, les processus suivants : la fécondation s'opère sur l'ovaire ou la déchirure du follicule se referme alors, et le fœtus se développe, dans l'intérieur de l'ovaire, à la manière d'un kyste; ou la déchirure du follicule ne se referme pas, et le fœtus, en se développant, s'en échappe, quoique le placenta reste dans l'ovaire.

Outre ces deux genres de grossesses ovariennes, Hueppe en admet encore une troisième, la grossesse ovarienne externe; dans ce cas, la formation du placenta serait analogue à celle des grossesses abdominales, que l'on aurait confondues souvent autrefois avec la grossesse ovarienne externe.

Patenko[6] a observé un cas de grossesse extra-utérine qui s'était

[1] Paltauf. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXX, p. 456. — Schaeffer. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, Bd. XVII, p. 13. — A. v. Rosthorn. *Wien. klin. Woch.*, 1890, n° 22, p. 417 et *Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Gyn.*, 4e session, Bonn, 1891, p. 155. — G. Lihotzky. *Drei Fälle von Graviditas extra-uterina* (*Wien. klin. Woch.*, 1891, p. 184, observ. II).

[2] Bandl. *Die Krankh. der Tuben*, etc., p. 51, et *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, 1er mai 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 5, p. 80).

[3] Puech. *De la grossesse de l'ovaire* (*Annal. de gyn.*, 1878, t. X, p. 1).

[4] Cohnstein. *Arch. f. Gyn.*, 1877, Bd. XII, p. 355. — F. Patenko. *Graviditas ovarialis von kurzer Dauer* (*Arch. f. Gyn.*, 1879, Bd. XIV, p. 156). — J. Collety Gurgui. *Die Ovarialschwangerschaft vom pathologisch-anatomischen Standpunkte*. Stuttgart, 1880. — Werth. *Beiträge zur Anatomie und operativen Behandlung der Extra-uterinschwangerschaft*. Stuttgart, 1888.

[5] Hueppe. *Die Bedingungen der Ovarial-und Abdominalschwangerschaft*. Dissert. inaug., Berlin, 1876.

[6] Patenko. *Loc. cit.*.

développée aux dépens de l'ovaire droit; il donne comme caractéristique de la forme ovarienne : 1° la diminution des dimensions de l'ovaire droit (longueur de l'ovaire droit 16 millim., de l'ovaire gauche 35 millim., largeur de l'ovaire droit 19 millim., de l'ovaire gauche 18 millim.); 2° la transformation d'une partie de l'ovaire en une cavité kystique; 3° l'examen microscopique qui a montré que la paroi de cette cavité avait la même texture que l'ovaire; en outre, dans la cavité même, on trouva des restes de fœtus et un vestige de placenta.

Heineken[1] ne regarde comme grossesse ovarienne que celle où le placenta se trouve dans l'intérieur même de l'ovaire, et le sac fœtal dans la cavité péritonéale. Zmigrodzky[2], après une analyse minutieuse des opinions émises sur les formes diverses de la grossesse ovarienne, admet deux variétés, selon que l'ovaire est le terrain unique et primitif du développement de l'ovule, ou selon qu'avec le développement ultérieur de la grossesse, il se forme une union intime du placenta avec le tissu de l'ovaire. En général, dit-il, le point d'attache du placenta joue un rôle capital dans la classification des grossesses extra-utérines. Il faut distinguer la simple adhérence du sac fœtal avec l'ovaire, des connexions organiques du placenta avec le tissu de l'ovaire.

Werth[3], analysant les particularités qui caractérisent la grossesse ovarienne, dit qu'il en reste, en fin de compte, une seule positive, mais que sa valeur pour le diagnostic anatomique est de la plus grande importance; c'est lorsque le sac fœtal provient manifestement des annexes et que l'état de la trompe de Fallope exclut toute possibilité de sa participation à la formation du sac fœtal.

Mouratoff[4], Sänger, Leopold, Mackenrodt, Larsen ont rapporté des observations de grossesse ovarienne tout à fait démonstratives.

Grossesse abdominale.

Grossesse abdominale. — Lorsque l'ovule tombe dans la cavité péritonéale, et qu'il est fécondé, il peut y parcourir toutes les phases de son développement; il s'y enveloppe le plus souvent d'un sac pseudo-membraneux qui peut être très épaissi par l'adjonction de couches successives, et adhère fortement aux organes voisins. Dans des cas rares, au contraire, le fœtus n'a pour toute enveloppe qu'une mem-

[1] Heineken. *Ueber Extra-uterinschwangerschaft mit Berücksicht eines Falles von Laparotomie bei Graviditas ovaria.* Halle, 1881.

[2] C. Zmigrodzky. *Étude sur la grossesse extra-utérine.* Saint-Pétersbourg, 1886 (Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 146).

[3] Werth. *Loc. cit.*

[4] Mouratoff. *Étude sur la grossesse ovarienne* (*Ann. de Gyn.*, févr. 1890, t. XXXIII, p. 81). — M. Sänger. *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 522. — Leopold. *Congrès international des sciences méd.*, tenu à Berlin, août 1890 (*Berl. Klin. Woch.*, 1890, p. 762). — Mackenrodt. *Centr. f. Gyn.*, 1891, p. 1004. — Arnold Larsen. Observation traduite par Tainturier et Eichmüller. (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1894, t. XLI, p. 155.)

brane mince et transparente ; mais il se produit dans les viscères, en contact avec l'œuf, une vascularisation extrême. Il n'y a rien qui rappelle la présence d'une caduque, comme dans la grossesse tubaire.

Le placenta n'a pas une forme régulière, et il peut atteindre des proportions énormes. Gaillard Thomas[1] rapporte que, dans le cours d'une laparotomie qu'il faisait pour une grossesse ectopique, un de ses aides lui demanda si le corps à l'extraction duquel il procédait et qui était effectivement le placenta, n'était pas le foie, tant il lui ressemblait.

Aucune compression ne venant étrangler l'œuf dans son développement, ce dernier peut être complet et ne pas être interrompu par des ruptures et des hémorrhagies.

On a vu la circulation placentaire survivre aux fœtus et causer une hémorrhagie mortelle[2]. Mais ordinairement cette circulation cesse peu à peu et se trouve complètement abolie, deux mois après la mort de l'embryon[3].

On a soutenu[4] que la grossesse abdominale était toujours **secondaire** et consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire. Il est probable que cette origine est la plus fréquente ; mais quelques faits bien observés[5] établissent la réalité de la **grossesse abdominale primitive.**

Grossesse dans une corne rudimentaire.

Grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire. — Les faits de cet ordre ont été souvent mal interprétés et attribués, à tort, à des grossesses tubaires, ainsi que Küssmaul[6] l'a parfaitement démontré. Le premier fait bien observé appartient à Dionis. Sänger[7] a réuni tous les cas publiés jusqu'en 1884 ; ils sont au nombre de 29 ; 23 se terminèrent par la rupture dans les premiers six mois, 3, par

[1] Gaillard Thomas. *A system of gynecology* (*edited by* Mann). Philadelphie, 1888, t. II, p. 181.

[2] Hart et Barbour. *Manual of gynecology*, trad. franç., Paris, 1886, p. 648.

[3] L. Tait (*Brit. med. Journ.*, 13 juin 1891) a constaté par la laparotomie que le placenta pouvait continuer de se développer après la mort du fœtus. Ce fait est évidemment exceptionnel.

[4] Mayrhofer. *Von der Unfruchtbarkeit des Weibes.* Stuttgart, 1878.

[5] Schlegtendal (*Frauenarzt*, 1887, n° 2, anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 27, p. 458) a pu observer un kyste fœtal abdominal de la grosseur du poing, au milieu d'anses intestinales soudées à la rate. Les trompes étaient intactes et, par suite, le kyste n'avait pu provenir d'une grossesse tubaire rompue. — Zmigrodzky (*Loc. cit.*, p. 146) a rassemblé tous les cas de grossesse ectopique publiés de 1878 à 1888, et a trouvé plusieurs cas avérés de grossesse abdominale primitive avec trompes et ovaires intacts et insertion du placenta loin de ces organes. Il compte 198 cas de grossesse tubaire, 18 cas de grossesse ovarique et 120 cas de grossesse abdominale.

[6] Küssmaul. *Von dem Mangel der Verkümmung und Verdopplung der Gebärmutter.* Würzbourg, 1859.

[7] Sänger. *Ueber Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn bei Uterus duplex* (*Gesell. f. Geb. und Gyn. in Leipzig*, in *Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 324) et *Arch. f. Gyn.*, 1884, Bd. XXIV, p. 332.

l'incrustation calcaire; 4 furent traités par la laparotomie. Bandl[1], Landau et Wyder ont publié des cas semblables.

Il peut être difficile, même à l'autopsie[2], de reconnaître si le kyste est développé dans la trompe (variété interstitielle) ou bien dans une corne rudimentaire de l'utérus. A plus forte raison, le diagnostic est-il impossible sur le vivant. Ce qui ajoute à la difficulté, c'est que la tumeur développée dans une corne rudimentaire est séparée du reste de l'utérus par une sorte de pédicule (fig. 484).

Un examen attentif montrera des rapports caractéristiques de la trompe et du ligament rond avec le kyste fœtal. Dans la grossesse

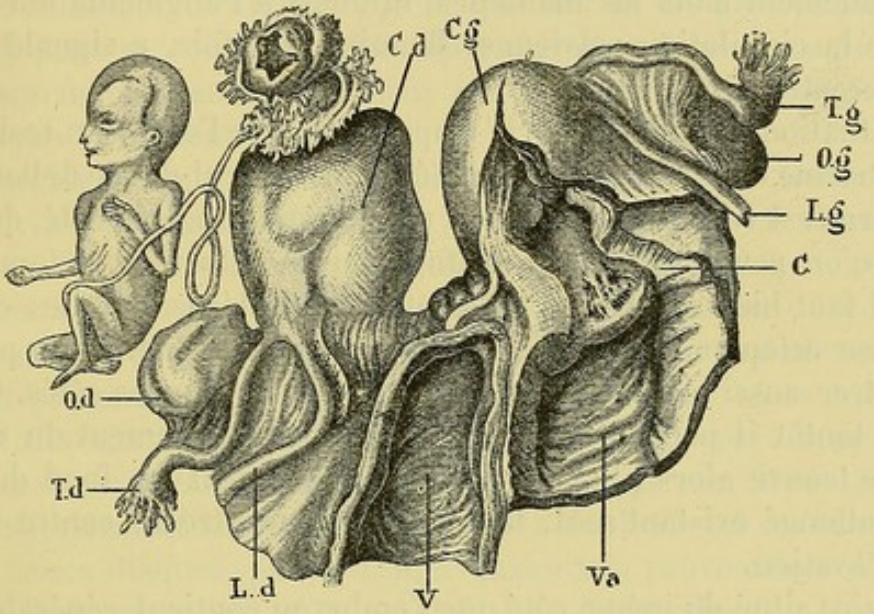


Fig. 484. — Grossesse ectopique, dans une corne rudimentaire de l'utérus, rompue.

C. d. Corne droite, fermée du côté du vagin, siège de la grossesse; en haut de cette corne on voit la déchirure. O. d. Ovaire droit. T. d. Trompe droite. L. d. Ligament rond droit. G. g. O. g. L. g. Corne utérine, ovaire, trompe et ligament rond du côté gauche. Va. Vagin. V. Vessie. (Fœtus de 3 mois 1/2; femme morte d'hémorrhagie interne en six heures. Pièce du professeur v. Hofmann, déposée au musée de médecine légale, à Vienne.)

tubaire, la trompe est très diminuée, réduite à son segment utérin, et le ligament rond est situé à la *partie interne* du sac. Quand il s'agit, au contraire, d'une corne utérine rudimentaire devenue gravide, la trompe a conservé toute sa longueur, et l'on trouve son insertion, ainsi que celle du ligament rond, *à la partie externe* du sac.

État de l'utérus dans la grossesse extra-utérine

État de l'utérus dans la grossesse extra-utérine — Un des caractères les plus curieux de la grossesse extra-utérine est fourni par les changements considérables subis par l'utérus pendant que s'accomplit,

[1] Bandl, *Loc. cit.*, p. 53. — L. Landau. *Deutsche med. Woch.*, 1890, n° 35, p. 594. Cet opérateur a guéri sa malade par la laparotomie. — Th. Wyder (*Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XLI, p. 183) a perdu sa malade d'hémorrhagie.

[2] Turner. *Edinb. med. Journ.*, mai 1886, t. XXI, p. 971.

en dehors de lui, le travail de gestation. Il se fait une hypertrophie générale de l'organe qui augmente sa cavité, celle-ci pouvant atteindre 12 et 14 centimètres[1]; en même temps, la muqueuse se modifie d'une manière tout à fait analogue à celle de l'utérus gravide, comme cela résulte des recherches d'Ercolani, de Langhans et de Pilliet[2]; un bouchon muqueux oblitère le col utérin. Ces changements sont d'autant plus marqués que l'œuf est plus rapproché de l'utérus et la grossesse plus près du terme. Ils sont, évidemment, de nature mixte, et dus, à la fois, à des phénomènes trophiques d'ordre réflexe ou sympathique, analogues à ceux qui se produisent simultanément dans les mamelles, et aussi à l'augmentation générale de la circulation pelvienne. Hennig, toutefois, a signalé quelques exceptions.

La situation de l'utérus varie d'après celle de l'œuf : au troisième ou quatrième mois, l'œuf occupe généralement le cul-de-sac de Douglas, et l'utérus est repoussé en avant et plus ou moins sur le côté, de telle sorte qu'on peut limiter son contour par la palpation abdominale. Mais il faut bien savoir que la situation de l'utérus dans les cas de grossesse ectopique est loin d'être toujours la même. Et on peut le rencontrer aussi bien en avant qu'en arrière ou sur les côtés. Quant au col, tantôt il participe au mouvement de déplacement du corps, et on le trouve alors plus ou moins difficilement au fond du cul-de-sac allongé existant seul, tantôt on le rencontre au centre même de l'excavation.

L'ovaire situé du même côté que l'embryon contient généralement un gros corps jaune, dont l'origine a donné lieu à beaucoup de discussions.

On a cité des cas où une grossesse normale a accompagné la grossesse extra-utérine[3].

Modifications anatomiques consécutives à la mort du fœtus.

Modifications anatomiques consécutives à la mort du fœtus. — Le kyste fœtal peut se rompre de bonne heure, en provoquant des accidents mortels ou en devenant l'origine d'une hématocèle rétro-utérine dans laquelle la présence de l'embryon peut, bientôt, ne plus être reconnaissable. Si le fœtus arrive à terme, sa vie se prolonge un peu au delà de la limite naturelle, puis il meurt. Il peut alors se passer deux choses : ou bien il n'est pas toléré, et provoque des accidents qui aboutissent, soit à la mort de la malade, soit à l'expulsion des débris fœtaux; ou bien le corps

[1] A. Pinard. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, t. XXXIV, p. 189.

[2] A. H. Pilliet. *Etude histologique des modifications de l'utérus dans la grossesse tubaire.* (*Ann. de Gyn.* 1895, t. XLIV, p. 241.)

[3] R. Worrell (*Brit. med. Journ.*, 28 mars 1891) et plus récemment W. E. Moseley (*Amer. Journ. of Obst.*, 1896, t. XXXIII, p. 683) ont relaté des faits intéressants de ce genre.

étranger est supporté[1], et subit alors des métamorphoses qui tendent à le transformer de manière à le rendre plus tolérable pour les tissus (dégénérescence graisseuse, calcification). Ces fœtus, infiltrés de sels calcaires et datant quelquefois d'une époque très reculée, ont reçu le nom de **lithopédions**[2]. Lithopédions.

Symptômes de la grossesse ectopique. — S'il arrive exceptionnellement qu'une grossesse ectopique évolue avec les seuls **symptômes de la grossesse utérine normale**[3], le plus souvent, des symptômes pathologiques viennent bientôt se joindre aux phénomènes physiologiques et cela dès les premiers mois de la grossesse. De nombreuses observations démontrent que dès la fin du premier mois, l'œuf peut se rompre et les phénomènes qui accompagnent cette **rupture** ne sont autres que ceux qui constituent le cortège symptomatique de l'hématocèle. Symptômes.

L'accident se produisant en pleine santé et peu de temps après le repas, a pu faire croire à un empoisonnement. La connaissance de ces faits est très importante, en médecine légale[4]. Les phénomènes sont ceux d'une **hémorrhagie interne**, parfois foudroyante. Il peut arriver qu'après une première atteinte la malade se remette et en présente de nouvelles. La mort se produit alors après deux ou trois attaques, ou même plus lentement par hémorrhagies successives[5]. Ordinairement, c'est dans le cours du 2e ou du 3e mois que surviennent les accidents suivants : douleur vive au niveau d'une des fosses iliaques, pouvant aller jusqu'à la provocation d'une syncope (surtout quand il se produit une hémorrhagie) ; troubles de la miction et de la défécation ; accidents péritonitiques ou hémorrhagiques. Il n'est pas rare d'observer à ce moment un écoulement sanguin durant plusieurs jours ou plusieurs semaines et quelquefois accompagné de l'expulsion d'une **caduque**. Il faut bien savoir

[1] Folet. *Grossesse extra-utérine gémellaire probablement tubaire. Rétention pendant quinze ans d'un fœtus mort à terme. Laparotomie. Extirpation du sac et de son contenu. Guérison* (*Ann. de Gyn.*, 1896, t. XLV, p. 190).

[2] Sur le lithopédion, consulter les travaux suivants : Küchenmeister (*Centr. f. Gyn.*, 1880, n° 22, p. 515 et *Arch. f. Gyn.*, 1881, Bd. XVII, p. 153), où sont consignés tous les faits anciens et classiques du *fœtus lapideus* de Rousset (1590). — Sappey. *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 22 août 1887. — Virchow. *Gesammelte Abhandl.*, 1856, p. 790. — Gaches Sarraute. *Étude microscopique d'un lithopédion.* Thèse de Paris, 1884. — W. H. Fales. *Lithopædion; history of a case with notes on eleven others* (*Annals of Gynæc.*, Boston, oct. 1887, t. I, p. 14).

[3] A. Pinard. *Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine* (*Ann. de Gyn.*, 1889, t. XXI, p. 246).

[4] Parry. *Extra-uterine pregnancy*, etc., Londres, 1876, p. 155. — Chaye. *Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine.* Thèse de Paris, 1882. (Ce travail contient deux observations importantes de Brouardel.) — A. Gauthier. *Sur la rupture de la grossesse tubaire et l'avortement tubaire.* Th. de Paris, 1895.

[5] Maygrier (*Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine.* Thèse d'agrég. Paris, 1886, p. 15) rapporte une importante observation de Pinard, comme exemple de cette terminaison.

que l'expulsion d'une caduque n'indique pas la cessation de la grossesse ectopique.

La **menstruation** n'existe pas plus pendant toute la durée de la grossesse ectopique que pendant la grossesse utérine. On peut observer et on observe souvent des métrorrhagies, des écoulements de sang couleur marc de café ou chocolat, mais aucune observation ne prouve que pendant la grossesse ectopique, une femme a perdu du sang de façon périodique et semblable, comme quantité et qualité, à celui qu'elle perdait à l'époque des règles.

A la suite des symptômes qui indiquent une rupture de la paroi du kyste fœtal, l'œuf meurt ou il continue à vivre. Dans le premier cas, on observe tous les phénomènes d'une **hématocèle rétro-utérine**. Fréquemment, cette hématocèle s'enkyste, s'organise et finit par se résorber : mais, dans quelques cas, le kyste et son contenu s'infectent et alors se montrent tous les symptômes d'une **suppuration pelvienne**. Lorsque la grossesse n'a pas été interrompue, les symptômes s'atténuent et le plus souvent la femme peut reprendre ses occupations, ne présentant alors que l'état général d'une femme enceinte. Quelquefois, les **douleurs abdominales** persistent et obligent la femme à garder le lit[1]. Freund a signalé, dans la grossesse abdominale, des coliques intestinales et de la diarrhée qui proviendraient de l'irritation de l'intestin auquel adhère le kyste fœtal. On a observé des phénomènes de **compression** de la **vessie** et du **rectum** pouvant aller jusqu'à l'occlusion intestinale[2].

Les douleurs prennent un caractère **expulsif**, à un moment plus ou moins éloigné de l'époque où l'accouchement devait avoir lieu. Le kyste peut alors se rompre dans l'abdomen, ce qui est rare, sauf toutefois quand le fœtus est mort et que le kyste fœtal est infecté, et la malade peut succomber à la **péritonite** aiguë ou chronique, affectant parfois les allures de la **septicémie**[3]. Si cette crise est surmontée, la

[1] Il ne faudrait pas cependant leur attribuer une influence absolue, ainsi que le prouve le fait suivant rapporté par H. C. Coe, *Soc. obstét. de New-York*, oct. 1889 (*Amer. Journ. of Obst.*, janv. 1890, p. 94). Il s'agissait d'une femme présentant des signes de grossesse, mais accusant de telles douleurs qu'on crut devoir en conclure que la grossesse était ectopique. La laparotomie, qui fut suivie de l'avortement, montra que la gestation, datant de 3 mois, était parfaitement normale, et un interrogatoire ultérieur fit, tardivement, reconnaître que la malade, plus ou moins hystérique, avait considérablement exagéré ses sensations. Une circonstance digne d'être notée, c'est qu'elle avait été d'abord soumise à un traitement électrique assez fort pour avoir amené une large eschare de l'abdomen, sans déterminer la mort du fœtus. La malade guérit.

[2] Chevalier. *Arch. de tocol.*, 1882, p. 75.

[3] Jacquemier (*Manuel des accouchements*, 1846, t. I, p. 585) a insisté sur la cachexie à laquelle succombent certaines femmes longtemps après la mort du fœtus, sans que l'autopsie révèle de lésions inflammatoires; il s'agit évidemment là d'intoxication putride due aux liquides altérés du sac fœtal. — Zweifel (*Soc. d'obst. et de gyn. de Leipsick*, 18 fév. 1889 in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 31, p. 557) a démontré la présence de germes en énorme quantité dans tous les liquides d'un fœtus à terme, mort depuis quelque temps

maladie entre dans une phase de tolérance, pour le corps étranger, qui est résorbé ou transformé en lithopédion; mais cette période peut encore être interrompue par de graves accidents inflammatoires, survenant tardivement, et alors que tout danger paraissait définitivement conjuré. On a vu un lithopédion datant de seize ans occasionner l'**obstruction intestinale** et la péritonite[1], ou être éliminé par le rectum, au bout d'un laps de temps variant de un à quarante-trois ans[2].

Il peut aussi se présenter un autre cas : la rupture, au lieu de s'effectuer dans la cavité abdominale, s'est produite dans l'intervalle des feuillets du ligament large. L'hémorrhagie est alors moindre, elle reste limitée, les symptômes sont moins graves. De plus, si le fœtus continue à vivre, le développement extra-péritonéal de l'œuf est plus favorable pour le succès d'une opération ultérieure.

Enfin, dans des cas excessivement rares, la rupture a lieu dans l'utérus lui-même : il faut, pour cela, que la grossesse se soit développée dans l'épaisseur des parois utérines, qu'elle soit tubo-utérine ou interstitielle[3].

L'**expulsion spontanée** peut se faire après suppuration du kyste et évacuation de son contenu à l'extérieur. C'est le plus souvent par un abcès des parois abdominales[4] ou par une perforation du rectum[5]

(grossesse extra-utérine abdominale). La femme, qui était en pleine septicémie au moment de la laparotomie, a guéri.

[1] Œttinger. *Bull. de la Soc. anat.*, 1883, p. 286.

[2] Atkinson (*The med. Record*, 1881, t. XIX, p. 49) rapporte un fait d'élimination, au bout de huit ans; Gripouilleau (*Arch. de tocol.*, 1874, p. 705), au bout de quatorze ans; Laupus (Dissert. inaug. Göttingen, 1876), au bout de vingt-sept ans; Benicke (*Berl. klin. Woch.*, 1875, p. 434), après vingt-huit ans; Metcalfe (*Med. Times and Gaz.*, 1872, t. I, p. 655), après quarante-trois ans; la femme avait soixante-huit ans quand elle commença à expulser des fragments osseux par le rectum.

[3] v. Maschka (*Wien. med. Woch.*, 1885, n° 42, p. 1279) a rapporté la curieuse observation suivante : dans une autopsie judiciaire provoquée par une mort subite (qui, en Autriche, entraîne *de plano* l'intervention du médecin légiste), on trouva une grossesse interstitielle avec rupture de la cavité utérine. Le corps du fœtus avait passé par cette déchirure, et, de là dans l'utérus d'où il avait été extrait, mais la tête était restée dans le kyste fœtal.

[4] Parry (*Loc. cit.*) a noté cette élimination 40 fois sur 248 observations de grossesse extra-utérine ayant dépassé l'époque du terme, avec 10 cas de mort. Mais presque tous ces faits sont antérieurs à la période antiseptique. — Deschamps (*Sur les divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines*, Thèse de Paris, 1880, p. 19) rapporte 5 cas, tous suivis de guérison. Celle-ci doit être la règle aujourd'hui. — Shield. *Transact. obstet. Soc.*, Londres, 1er avril 1891.

[5] L'expulsion totale a été observée par Pigeolet. *Bull. de l'Acad. méd. de Belgique*, 1879, t. XV, n° 1, par Burkhardt. *Berl. klin. Woch.*, 1881, p. 698, et par M. Autoriello, *Wien. klin. Woch.*, 1889, p. 127, etc. Mais le plus souvent l'élimination est partielle et successive, et peut durer des mois et même des années. — Späth (*Würtemb. med. Corresp. Blatt*, 1883, Bd. VIII) a cité un cas où elle s'est prolongée plus de vingt ans; elle peut entraîner la septicémie, si l'art n'intervient pas pour nettoyer le foyer. — Parry, sur 248 faits de grossesse ayant dépassé le terme, l'a notée 65 fois. La gravité de cette terminaison a été très exagérée par Parry (54 pour 100) et Deschamps (45 pour 100). — Maygrier, sur 18 cas publiés de 1876 à 1886, n'a trouvé qu'une seule mort.

que se fait l'issue des restes du fœtus, réduit à son squelette et à quelques lambeaux informes. Plus rarement, cette perforation s'opère par le vagin[1] ou la vessie[2]. Si l'art n'intervient pas, elle peut donner lieu à des suppurations interminables.

Diagnostic.

Diagnostic. — Il est indispensable pour le diagnostic, de diviser la grossesse extra-utérine en périodes, à chacune desquelles correspond un type clinique très défini.

1° De la grossesse e. u., avant le 5e mois avec :

1° **Grossesse e. u., avant le 5e mois;** *période embryonnaire de l'œuf allant du début de la grossesse ectopique jusqu'au moment où il existe des signes avérés de la vie du fœtus.* — C'est incomparablement le cas le plus fréquent et aussi celui qui peut donner lieu aux plus grandes incertitudes. Il est vrai que celles-ci n'ont pas d'importance véritable au point de vue du traitement, ainsi que nous le verrons. Cette période correspond aux 4 ou 5 premiers mois de la vie du fœtus; mais, si celui-ci est mort, elle peut se prolonger beaucoup plus longtemps, sans modification appréciable, à moins qu'un accident (rupture, inflammation du kyste) ne soit venu bouleverser la marche de la maladie.

Les signes rationnels n'ont rien de frappant; ce sont des troubles plus ou moins marqués du côté des organes génitaux, répondant au syndrome utérin (p. 199); on a noté, en particulier, des ménorrhagies qui ont pu nécessiter le tamponnement[3]. Enfin, on peut observer tous les **signes d'une grossesse normale** au début : suppression des règles, modification des seins, troubles sympathiques du côté du système digestif et nerveux, etc. On recherchera, pour éviter la confusion, à préciser les limites de l'utérus et s'il est accompagné d'une tumeur pelvienne.

Grossesse normale.

L'expulsion d'une caduque, survenant après une crise de coliques, est souvent l'indice d'une perturbation dans la vie de l'œuf et de la mort de l'embryon; la grossesse peut pourtant continuer, après cette élimination qui en a souvent imposé pour un **avortement**, surtout s'il

Avortement.

[1] Priestley (*Obstet. Trans.*, Londres, 1880, t. XXI, p. 24) l'a vue survenir au bout de douze ans. — Purefoy (*Dublin Journ. of med. Science*, avril 1877, t. LXIII, p. 362) en donne une observation, où la suppuration se prolongea plus d'un an avant de se terminer par la guérison. — Parry note cette terminaison seulement 5 fois sur 100. — Le pronostic est incertain, vu le petit nombre de faits connus. L'ouverture simultanée du kyste dans le vagin et l'intestin donne lieu à une fistule complexe, intestino-kysto-vaginale; L.-H. Petit (*Ann. de Gyn.*, janv. 1883, t. 1883, t. XIX, p. 41) a décrit ces faits dans son mémoire sur l'anus iléo-vaginal.

[2] Schultze. *Jen. Zeitschr.*, 1864, Bd. I, p. 581. — Hayem et Giraudeau. *Arch. de tocol.*, 1882, p. 481. — Monnier. *Progrès méd.*, 1884, p. 1010. — Werth. *Beiträge zur Anatomie*, etc., Stuttgart, 1887, p. 126. — Winckel. *Samml. klin. Vortr.*, N. F., 1890, n° 3. — Schauta (*Beitr. zur Casuistik, Prognose und Therapie der Extra-uterinschwangerschaft*, Prague, 1891, p. 25) a observé un cas où l'élimination du fœtus s'était faite en plusieurs fois : un an et demi après la mort du fœtus, par le vagin, puis par le rectum et trois ans et demi plus tard par la vessie.

[3] Leopold. *Arch. f. Gyn.*, 1876, Bd. X, p. 248 et 1884, Bd. XIX, p. 210.

y a eu en même temps métrorrhagie ; mais, après cette expulsion, la tumeur persiste, s'il s'agit de grossesse ectopique, et disparaît s'il y a eu une simple fausse couche.

Des phénomènes douloureux, dus à la formation d'adhérences intestinales, ont été surtout accusés dans les cas de grossesse ectopique tubo-abdominale. C'est aussi dans les cas où l'œuf siège dans le cul-de-sac de Douglas qu'on a pu noter des symptômes graves de compression du rectum et des uretères. On a pu alors croire à un **corps fibreux** de la face postérieure de l'utérus.

Corps fibreux.

Par le toucher et la palpation bi-manuelle, on sent, sur le côté de l'utérus, souvent confondue avec lui, parfois séparée par un sillon et un pédicule, une tumeur qui ne diffère en rien des tumeurs plus fréquentes des trompes, **hydro-**, **hémato-** ou **pyo-salpinx**[1]. Si l'on parvient à délimiter le corps de l'utérus, on le trouve un peu augmenté de volume et déjeté latéralement; le col n'est pas sensiblement modifié. Quand la tumeur, ce qui est plus rare, siège dans le cul-de-sac de Douglas, elle y est enclavée, et, vers le 4e mois, on peut percevoir quelquefois le ballottement à travers sa paroi.

Hydro-, hémato- ou pyo-salpinx.

On peut croire, dans ces circonstances, à la **rétroversion de l'utérus gravide.** Tantôt on a diagnostiqué une rétroversion alors qu'il y avait une grossesse extra-utérine; tantôt, au contraire, on a cru à une grossesse extra-utérine, tandis qu'en réalité il y avait rétroversion Le cathétérisme utérin, qu'on n'avait pas craint de faire, a égaré au lieu d'éclairer le diagnostic, dans un cas de Bailly, la sonde n'ayant pénétré qu'à 8 centimètres, alors qu'il y avait rétroversion de l'utérus gravide. Un signe est susceptible de mettre sur la voie : l'exploration du kyste fœtal ne permet jamais de percevoir de contractions à son niveau, tandis qu'elles peuvent être parfois constatées à l'examen bi-manuel dans la rétroversion[2].

Rétroversion de l'utérus gravide.

Le toucher rectal complétera les renseignements sur le volume et les connexions de la tumeur. On devra pourtant se souvenir que ces explorations nécessitent de grands ménagements, vu le danger de rupture et d'hémorrhagie foudroyante qui peut en résulter[3]. Le cathétérisme utérin sera formellement proscrit pour la même raison, car il peut provoquer des contractions de l'utérus et de la trompe[4].

[1] Cette erreur de diagnostic a été faite, vraisemblablement, dans la majorité des cas de kyste fœtal tubaire, extirpé avant le 4e mois. Elle est souvent indiquée plus ou moins explicitement, dans les observations. Voyez par exemple : Tuttle. *Amer. Journ. of Obst.*, 1889, p. 951. — Hanks. *Soc. obst. de New-York* (*Amer. Journ. of Obst.*, janv. 1890, p. 92). — Bouilly. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 4 déc. 1889, p. 762.

[2] Tarnier et Budin. *Traité de l'art des accouchements*, 1888, t. II, p. 232, 239, 240 et 549

[3] Maas (*Beiträge zur Tubenschwangerschaft.* Dissert., inaug., Berlin, 1887) a publié un cas de mort ainsi survenue au cours d'une exploration.

[4] Fränkel *Breslauer ärzt. Zeitschr.*, 1882, n° 7, p. 78.

Grossesse dans une corne rudimentaire.

Le diagnostic d'une grossesse extra-utérine avec une **grossesse ectopique développée dans une corne rudimentaire d'utérus bifide**, est, on peut l'affirmer, impossible sur la femme vivante, puisque c'est à peine si on peut le faire parfois sur le cadavre, au milieu des modifications produites par le développement du kyste fœtal[1].

Le diagnostic de la **rupture** s'impose quand apparaissent les signes d'hémorrhagie interne. Quant à la **mort du fœtus**, elle peut être au moins soupçonnée lorsqu'après expulsion de la caduque, les troubles sympathiques de la grossesse disparaissent peu à peu. On a parfois noté une augmentation de volume et de sensibilité de la tumeur correspondant à une hémorrhagie de l'œuf qui tue l'embryon et bientôt suivie d'une diminution et d'une induration du kyste fœtal.

2° Diagnostic de grossesse e. u. après le 5e mois avec :

2° **Grossesse e. u., après le 5e mois**; *période fœtale proprement dite.* — Dans la grossesse ectopique qui a dépassé le 5e mois, les phénomènes sympathiques de la gestation persistent, accompagnés de douleurs abdominales parfois très vives et pouvant condamner les malades à l'immobilité; ces douleurs, les pertes de sang, la fixité, l'irrégularité et la latéralité de la tumeur peuvent empêcher de la confondre avec la **grossesse normale**, et le toucher combiné à la palpation permet souvent de limiter l'utérus, au moins dans son segment inférieur, de reconnaître qu'il n'est pas sensiblement dilaté, et qu'il est repoussé sur le côté opposé à la tumeur et qu'il se contracte (Freund).

Grossesse normale.

Diagnostic de la variété.

Quant au diagnostic de la **variété** de grossesse ectopique, il est impossible; on croyait autrefois que toute grossesse extra-utérine qui dépassait le cinquième mois était, par cela même, abdominale. On sait, aujourd'hui, que la grossesse tubo-abdominale, la grossesse tubaire intra-ligamentaire ou sous péritonéo-pelvienne, la grossesse ovarique et tubo-ovarique peuvent évoluer jusqu'au terme. Dans la grossesse intra-ligamentaire, la tumeur est généralement recouverte d'une coque assez épaisse, tandis que dans la grossesse abdominale les parties fœtales sont immédiatement perceptibles sous les parois de l'abdomen. Le siège du placenta sera parfois indiqué par la palpation (frémissement) et l'auscultation (bruit de souffle).

Faux travail.

Le diagnostic du **faux travail** s'impose, lorsque surviennent des douleurs expultrices qui, ainsi que cela a été constaté durant une

[1] Mundé (*Pregnancy in the rudimentary horn*, etc. in *Amer. Journ. of Obstet.*, janv. 1890, p. 25) rapporte l'observation d'un cas où il fit la laparotomie, croyant à une grossesse tubaire; il referma le ventre, après avoir très difficilement reconnu son erreur; avortement consécutif, guérison. — De semblables erreurs de diagnostic ont été faites et reconnues après la laparotomie par Mc Donald (*Obst. Trans. of Edinburgh*, 1884-1885, p. 76), qui croyait avoir affaire à un corps fibreux; par Sliffossowski, J.-E. Janvrin, H.-O. Marcy (Van der Veer. *Concealed pregnancy*, in *Amer. Journ. of Obstet.*, nov. 1889, t. XXII, p. 1145).

laparotomie[1], sont dues à des contractions de l'utérus à intervalles réguliers, comme dans l'accouchement normal. Ce faux travail survient, ordinairement, au moment précis du terme, parfois prématurément, au septième mois; rarement le terme de la gestation est dépassé. On ne confondra pas cette crise douloureuse avec les phénomènes de **rupture**.

La **mort du fœtus** est annoncée par la cessation des bruits du cœur, par l'augmentation de volume et le ramollissement de la tumeur, dus aux thromboses veineuses et à l'exhalation de liquide qui en est la suite, par la montée du lait. Le fœtus subit alors, s'il est toléré, un travail de momification qui tend à transformer l'œuf en une tumeur solide, adhérente, qui serait facilement confondue, en l'absence d'anamnestiques, avec une **tumeur fibreuse** de l'utérus, une ancienne **hématocèle pelvienne**, une **tumeur de l'ovaire** et, en particulier, un **kyste dermoïde**, un **cancer du péritoine**, etc. Les commémoratifs de grossesse avérée, non suivie d'accouchement, devront être recherchés avec le plus grand soin. Dans le doute, et en présence d'accidents sérieux, on fera une laparotomie qui sera d'abord exploratrice et permettra parfois, en faisant reconnaître exactement la nature et les connexions du kyste, de l'enlever directement ou de l'aborder ensuite par une autre voie[2].

Mort du fœtus.

Diagnostic de l'œuf mort avec : Corps fibreux. Hématocèle pelvienne. Kyste dermoïde. Cancer du péritoine.

Les **fistules** consécutives à l'élimination de kystes fœtaux suppurés seront diagnostiquées par les débris de squelette auxquels elles donnent issue ou sur lesquels on peut arriver après dilatation.

Diagnostic des fistules.

Enfin, on aura parfois à faire le **diagnostic des complications**. Je renvoie aux traités d'accouchement[3] pour l'étude des cas exceptionnels de grossesse extra-utérine récente ou ancienne, **compliquée de grossesse utérine**; pour les cas de grossesse extra-utérine **ancienne** compliquée de grossesse extra-utérine **récente**; enfin, pour les cas de grossesse extra-utérine compliquée d'**hydramnios**.

Diagnostic des complications.

Pronostic. — Dans la première moitié de la grossesse ectopique, le grand danger est la rupture, et, abandonnées à elles-mêmes, les femmes succombent dans une très grande proportion, qui échappe à la statistique. Par contre, l'opération qui amène la guérison en supprimant le petit kyste fœtal est peu grave à cette période. On peut donc dire que le pronostic n'est alors sérieux que si la tumeur

Pronostic.

[1] Meadows *Obstet. Transact.*, 1873, t. XIII, p. 271 et t. XIV, p. 309. — L'opération faite pendant le faux travail a été pratiquée par Scott.

[2] L. Brühl (*Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXX, Heft I, p. 57) a pratiqué, dans un cas de ce genre, la laparotomie trois ans après la mort du fœtus, pour des phénomènes de suppuration du kyste. Il constata ainsi l'impossibilité de l'extraire par l'incision abdominale et la possibilité de l'ouvrir et de l'évacuer par le vagin, opération qui amena la guérison, malgré une blessure de la vessie.

[3] Tarnier et Budin. *Loc. cit.*, p. 553 et 554.

n'est pas reconnue ni extirpée. Tout différent est l'état des choses, à partir de la seconde période. La maladie est, à ce moment, très grave par elle-même, grave aussi par son traitement, qui est d'autant plus périlleux qu'on s'approche plus de l'époque du terme où l'hémorrhagie est le plus à redouter. Il est impossible de se fier aux statistiques pour apprécier la léthalité de l'affection laissée à elle-même. En effet, la guérison dite spontanée se fait le plus souvent grâce à l'élimination du kyste par suppuration, et celle-ci est plus ou moins bénigne, surtout selon qu'elle est, ou non, méthodiquement et antiseptiquement traitée. Ces réserves faites, voici les chiffres indiqués par Parry : sur 508 cas qu'il a relevés, 499 fois le sort de la femme est indiqué, 336 fois elle a succombé et 163 fois elle a guéri, ce qui donne une mortalité générale de 67,2 pour 100.

La grossesse dans une corne rudimentaire est aussi très grave, si on l'abandonne à elle-même, d'après les relevés d'Himmelfarb[1]. Il est probable pourtant que plusieurs de ces faits passent inaperçus quand l'avortement s'est produit dans les premiers temps, avant que le fœtus ait atteint de trop fortes dimensions pour traverser le défilé qui le sépare des voies naturelles.

Traitement.

Traitement. — Un fait domine la thérapeutique de la grossesse ectopique : à toutes les périodes de son évolution, elle constitue un danger formidable; danger d'hémorrhagie mortelle, à la première période ; danger de péritonite et de septicémie, à la seconde; danger de suppuration interne et de compressions alors même qu'elle est depuis longtemps transformée en un reliquat en apparence inerte. C'est donc avec raison que Werth a pu avancer que la grossesse extra-utérine devait être considérée comme un néoplasme malin et traitée comme tel : les cas rares de tolérance ou de guérison naturelle ne sauraient autoriser l'expectation, en présence des accidents mortels qui constituent la règle presque générale, quoique à échéance plus ou moins longue[2].

La question thérapeutique, au point de vue des indications, est ainsi, on le voit, très simplifiée; elle se réduit, en définitive, à une question d'opportunité opératoire et à une question de technique pour l'extirpation du fœtus.

Je ne saurais, cependant, passer sous silence certains modes de

[1] Himmelfarb, d'Odessa (*Journal russe d'obstét. et de gyn.*, 1888, p. 281, anal. in *Münchn. med. Woch.*, 1888, n° 35) en a rassemblé 56 cas, sur lesquels 24 femmes sont mortes de la rupture du sac; 3 se sont terminés par la formation de lithopédions, 7 fois la laparotomie a été faite, après la mort du fœtus, dont un seul était arrivé à terme; 6 succès et 1 mort.

[2] Schauta (*Beitr. zur Casuistik, Prognose, und Therapie der Extra-uterinschwangerschaft*, Prague, 1891, p. 37), relevant, de 1876 à 1891, 626 cas de grossesse extra-utérine, a noté que 241 cas traités par l'expectation avaient donné une mortalité de 68,8 pour 100, tandis que, sur 335, cas opérés la mortalité n'avait été que de 26 pour 100.

traitement dont les uns n'ont déjà plus qu'une valeur historique, et dont les autres conservent encore de fervents partisans. Ils sont tous relatifs à la première période de la gestation ectopique, et ont pour but d'amener la mort de l'embryon, quand il a le plus de chances d'être ensuite toléré ou résorbé.

Traitement médicaux divers.

Parmi les moyens archaïques ou condamnés, je mentionnerai : L'affaiblissement de la mère par une sorte de **cure de la faim** et par des purgatifs (Ritgen[1]), l'administration de la **strychnine** à dose légèrement toxique pour la mère (Barnes[2]), les injections hypodermiques d'**ergotine** (Janvrin[3]), les **frictions mercurielles**, l'administration de l'**iodure de potassium**, les **saignées** répétées[4], la **ponction** du kyste[5].

Deux moyens d'amener la mort précoce du fœtus sont encore employés et discutés : l'injection de morphine dans le sac et l'électricité.

Injections de morphine.

L'**injection de morphine**[6], à l'aide d'une seringue de Pravaz, est préconisée avant le 5e mois. Deux injections de trois centigrammes de chlorhydrate de morphine, faites à huit ou quinze jours d'intervalle, suffiraient[7]. On ne saurait méconnaître que ce moyen, séduisant par sa simplicité et son innocuité apparente, peut donner lieu à de graves accidents : hémorrhagie, septicémie, perforation d'une anse intestinale[8]. Or, dans tous les cas où elle peut être efficace (début de la grossesse), la laparotomie n'offre presque aucune gravité, entre les mains d'un chirurgien expérimenté.

[1] Von Ritgen (cité par Keller. *Des grossesses extra-utérines*, etc. Thèse de Paris, 1872, p. 54) administrait quotidiennement du sel de Glauber et des pilules de seigle ergoté.

[2] R. Barnes. *Diseases of women*, 1874, p. 575.

[3] Janvrin. *Amer. Journ. of Obstet.*, nov. 1874, p. 452.

[4] Keller. *Loc. cit.*, p. 54.

[5] Simpson. *Edinb. med. Journ.*, 1864, t. I, p. 865. — Braxton Hicks. *Obstet. Transact.*, Londres, 1866, t. VII, p. 95. — Freund. *Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXII, p. 115.

[6] C'est Joulin (*Thèse d'agrég.*, Paris, 1865 et *Traité complet d'accouch.*, 1866, p. 967) qui proposa, le premier, de tuer le fœtus, en injectant de l'atropine ou de la strychnine dans le sac par ponction capillaire. — Friedreich (*Virchow's Arch.*, 1864, Bd. XXIX, p. 512) mit, le premier, ce procédé à exécution. — Kœberlé (cité par Keller, *Loc. cit.*, p. 57) employa aussi ce moyen, avec succès. — Fourrier, de Compiègne (*Bull. gén. de thérap.*, 1874, t. LXXXVII, p. 215, 271), ayant voulu tuer ainsi un fœtus de six mois, le tua en effet, mais le kyste suppura, provoqua une métro-péritonite et la femme succomba à la gastrotomie, pratiquée par Tarnier. — Maygrier (*Loc. cit.*) en avait, en 1886, réuni six observations.

[7] Gossmann (*Münchn. med. Woch.*, 1888, n° 50) relate un succès avec deux injections, à quatorze jours de distance. — Winckel (*Congrès des gynéc. allem., Fribourg*, 1889, in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 29, p. 502) a guéri une femme par deux injections, à huit jours d'intervalle, une autre avec une seule. Il connaît 9 succès avérés par ce moyen. — Veit (*Ibid.*, n° 50, p. 516) admet ce procédé.

[8] L. Meyer. *Hosp. Tid.*, Copenhague, 1888, n° 50, p. 745 et *Zur operat. Behandlung der Extra-uterinschwang.* (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, Heft I, p. 147). — Un cas de mort par l'injection de morphine a été publié par Duncan, *St. Barthol. Hosp. Reports*, 1883, t. XIX, p. 27 et 44.

Électricité.

L'**électricité**[1] a été employée suivant divers procédés : l'électro-puncture, la galvanisation, la faradisation. C'est cette dernière qui paraît être exclusivement mise en usage aujourd'hui. Le pôle négatif étant appliqué au voisinage de l'œuf sur la muqueuse rectale ou vaginale, le positif est maintenu sur la paroi abdominale, à quelques centimètres au-dessus de l'arcade crurale, par l'intermédiaire d'une large plaque conductrice. On fait passer le courant pendant 5 ou 10 minutes et on en augmente progressivement la force ; pour cela, on se laisse guider par la sensibilité de la malade, et on répète les séances autant qu'on le juge nécessaire.

Cette méthode jouit encore d'une grande vogue en Amérique[2] et paraît avoir aussi des partisans convaincus en Russie[3]. Il est très difficile de se faire une juste idée de son efficacité, tout contrôle de l'exactitude des diagnostics étant impossible, et la plupart des observations étant publiées par des praticiens dont l'autorité n'est pas établie[4]. Elle est loin d'être sans dangers : outre qu'elle provoque la temporisation en face d'une lésion menaçante, elle peut amener elle-même des contractions tubaires et la rupture. Brothers a recueilli deux cas de mort. Janvrin[5] en a cité un autre.

Extraction du fœtus.

L'**extraction du fœtus avec ou sans le sac**, par la laparotomie ou l'élytrotomie (incision vaginale), est, comme je l'ai dit en commençant, le traitement qui s'impose de plus en plus et à toutes les périodes de l'évolution de la grossesse extra-utérine. Afin d'en bien faire ressortir les indications et pour exposer les particularités relatives aux différents cas, il est indispensable de distinguer les faits par catégories :

1° Grossesse e. u. avant le 5e mois, sans rupture.

1° Grossesse e. u. avant le 5e mois, sans rupture. — Comme il n'existe pas à cette période de signes positifs de grossesse, on ne peut guère que la soupçonner. Mais il suffit d'être en

[1] Bachetti, de Pise (*Gaz. med. ital. feder. de Toscane*, 1853, t. III, p. 137), à l'instigation de Burci, est le premier à avoir employé l'électro-puncture : la femme guérit, mais le diagnostic était douteux.

[2] Garrigues (*Transact. of the Amer. gyn. Soc.*, Philad., 1883, t. VII, p. 184) a publié 8 cas de guérison qui lui paraissent incontestables. Un très grand nombre a été, depuis lors, consigné dans les journaux américains. — A. Brothers (*The treatment of extra-uterine pregnancy by electricity*, in *Amer. Journ. of Obst.*, 1888, t. XXI, p. 474) a rassemblé 43 cas plus ou moins avérés de grossesse ectopique traitée de la sorte, surtout en Amérique : il n'a compté que 2 morts et 4 accidents graves. — Buckmaster (*Ibid.*, avril 1890, p. 337) a publié, en revanche, 42 cas d'électrisation, sans aucun accident chez la mère.

[3] A la *Société obstét. et gynéc. de Moscou*, plusieurs cas de guérison ont été cités ; un par Kalabine ; un par Warneck ; deux par Nedswetzky (anal. dans *Annal. de Gyn*, janv. 1890, t. XXXIII, p. 44).

[4] G. M. Tuttle (*Four cases of extra-uterine pregnancy*, in *Amer. Journ. of Obstet.*, janv. 1890, t. XXIII, p. 15) fait la même remarque sur l'inanité des statistiques présentées en Amérique, en faveur de l'électricité.

[5] Janvrin. *Société gynéc., amér.*, sept. 1888 (anal. dans *Annal. de Gyn.*, janv. 1889, t. XXXI, p. 59). La malade mourut, après trois jours d'électrisation.

présence d'une tumeur des annexes, occasionnant des douleurs, pour que la **laparotomie** soit indiquée[1]. L'opération ne présente, alors, pas de différence notable avec une extraction de kyste séreux, sanguin ou purulent de la trompe; dans l'immense majorité des cas, en effet, la grossesse ectopique est tubaire, et cette fréquence est telle qu'elle a même poussé L. Tait[2] à nier les autres variétés. Un seul point à mettre en relief dans la technique est le danger d'hémorrhagie, si l'on rompt le kyste fœtal dans les efforts de libération. Cet accident, qui a été parfois mortel, est noté dans plusieurs observations[3].

S'il s'agissait d'une poche non pédiculisable, comme cela a lieu dans la grossesse intra-ligamentaire ou sous-péritonéo-pelvienne, qui n'est en somme que le développement d'une grossesse tubaire à la manière d'un kyste inclus, on ferait la décortication de la poche en incisant d'abord la capsule séreuse sur un espace où n'existent pas de vaisseaux, et on procéderait rapidement, en posant de grandes pinces au fur et à mesure. L'hémorrhagie profuse provenant du placenta, même à cette période précoce, est maîtrisée par son extirpation immédiate[4]. Le tamponnement du péritoine avec la gaze iodoformée pourra rendre ici de signalés services.

L'extirpation des trompes fœto-kystiques, dans les trois premiers mois principalement, a très fréquemment été pratiquée dans ces derniers temps, et les bulletins des sociétés savantes en contiennent des exemples de plus en plus nombreux. L'opération est bénigne. L. Tait a eu une série de 45 succès; Veit, 12 guérisons sur 15 cas et Zweifel[5], 8 guérisons sur 10 cas.

L'**élytrotomie** a été pratiquée dans les 4 premiers mois de la grossesse extra-utérine[6]. C'est en somme l'incision vaginale d'un héma-

[1] Veit (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1885, Bd. XI, p. 584) est, semble-t-il, le premier opérateur qui ait pratiqué avec succès la laparotomie précoce (3e mois) pour une grossesse extra-utérine, et fait l'extirpation du kyste fœtal tubaire. Depuis lors, les faits de cet ordre se sont excessivement multipliés.

[2] L. Tait. *Lancet*, 1888, t. II, p. 409.

[3] Doléris. *Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 409. — Czempin. *Soc. d'obst. et de gyn. de Berlin*, 25 oct. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 820).

[4] Czempin. *Ibid.*, 28 juin 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 31, p. 552). — Il s'agissait d'une grossesse intra-ligamentaire de 4 mois avec adhérences générales au cæcum et à l'intestin grêle.

[5] L. Tait. *Loc. cit.* — J. Veit. *Verhandl. der deutschen Gesell. f. Gyn., in Freiburg*, 1889 (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, p. 512). — P. Zweifel. *Ueber Extra-uteringravidität*, etc. (*Ibid.* 1891, Bd. XLI, p. 1 à 62).

[6] G. Thomas (*Amer. Journ. of Obst.*, 1875, t. VIII, p. 517, 522) : grossesse au 3e mois, hémorrhagie grave par blessure du placenta, accidents septicémiques, guérison. — O'Hara (*Ibid.*, 1878, p. 525) : grossesse au 4e mois; hémorrhagie, mort de péritonite le 3e jour. — P. Zweifel (*Loc. cit.*) : 2 cas, dans la première moitié de la grossesse, avec 1 mort par péritonite. — Schauta (*Loc. cit.*, p. 47) cite 3 cas de cet ordre avec 1 mort. — Toth. *Beiträge zur Frage der ektopischen Schwangerschaft* (*Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LI, p. 444) en rapporte 8 cas avec 1 mort. — Voir aussi la discussion récente à la Société de Chirurgie (*Bull et Mém.*, 1896, t. XXII, p 60 et suiv.).

tocèle rétro-utérine; tantôt on trouve simplement des caillots, tantôt on trouve un fœtus et un placenta. Dans tous les cas, il faut être sobre de recherches et de manœuvres capables de rompre les adhérences péritonéales.

2° Grossesse e. u. avant le 5e mois, après la rupture.

2° Grossesse e. u. avant le 5e mois, compliquée de rupture avec hémorrhagie interne grave. — On peut dire que la question du traitement à faire en pareil cas, discutée il y a quelques années, ne l'est plus aujourd'hui. Quand une hémorrhagie menace la vie d'une malade, il faut aller à la recherche de la source du sang, qu'il s'agisse d'une plaie extérieure ou d'une rupture intérieure. Temporiser, compter sur l'hémostase spontanée, c'est, dans la grande majorité des cas, laisser mourir la femme pour ne pas assumer la responsabilité d'une opération cent fois moins grave que l'attente[1]; si elle ne succombe pas sur le coup, la malade mourra d'une seconde ou d'une troisième attaque hémorrhagique, ou des complications de l'énorme hématocèle, ainsi constituée. Rares sont les faits où la guérison spontanée est venue justifier l'excès de prudence du médecin.

Keller[2], dès 1872, avait osé hardiment formuler cette règle. Il appartenait à L. Tait[3] de la faire passer dans la pratique par une remarquable série de succès; sur 42 laparotomies, il a eu 40 succès. Il fait remarquer, à la vérité, que 12 fois seulement il a pu trouver le fœtus; mais, dans les autres cas, des restes de placenta rendaient le diagnostic de grossesse ectopique certain. L'exemple de Lawson Tait a été suivi en Amérique et en Allemagne. Schwarz[4] recommande, à ce propos, d'enlever soigneusement tout le sang, de ne pas compter sur le pouvoir de résorption du péritoine, dans les cas d'hémorrhagie profuse, et de craindre plutôt l'influence dépressive des caillots accumulés sur le système nerveux. On ferait, au besoin, le tamponnement hémostatique du péritoine à la gaze iodoformée[5].

3° Grossesse e. u. après le 5e mois; enfant vivant.

3° Grossesse e. u. après le 5e mois; enfant vivant. — Le fait que l'enfant est vivant a une grande importance; mais il a été différemment apprécié par les auteurs. Les uns y voient surtout la

[1] Schauta (*Beiträge zur Casuistik*, etc. Prague, 1891, p. 43), sur 122 femmes atteintes de grossesse extra-utérine avant le 5e mois et traitées par l'expectation, a relevé 115 morts (de 1876 à 1891); au contraire, sur 121 femmes qui furent opérées, 19 seulement moururent.

Keller, *Loc. cit.*, p. 59.

[3] L. Tait. *Brit. med. Journ.*, 1884, t. I, p. 1250, t. II, p. 317, *Ibid.*, 1885, t. I, p. 778, et *Lectures on ectopic pregnancy*, Birmingham, 1888.

[4] Schwarz (*Verhandl. des 2e Kongress der deutsch. Gesell. f. Gyn.*, 1889, p. 70) opéra une femme qui n'avait plus de pouls, et trouva 3 litres de sang dans la cavité du péritoine; guérison. L'accident avait eu lieu à la fin du 2e mois. — La première opération de ce genre, faite en Allemagne, appartient à Frommel.

[5] Picqué (cité par Regnauld. *Contrib. à l'étude de la laparotomie dans la grossesse extra-utérine*. Thèse de Paris, 1891, p. 62) a dû un succès à cette pratique.

possibilité de faire une opération qui sauve à la fois la mère et l'enfant; les autres se préoccupent exclusivement de la mère et de la gravité plus grande de l'intervention quand la circulation placentaire est en pleine activité, et le fœtus est pour eux une quantité négligeable; comme il serait, a-t-on dit, fréquemment difforme, rarement viable, sa conservation ne saurait peser beaucoup dans la balance lorsqu'elle peut compromettre l'existence maternelle[1] : celle-ci seule devrait être considérée.

Les partisans de l'opération primitive font, au contraire, remarquer[2] que, si l'opération faite après la mort du fœtus expose moins à l'hémorrhagie, elle expose davantage à la septicémie : celle-ci peut se montrer rapidement, avant que les deux mois nécessaires à la cessation complète de la circulation placentaire se soient écoulés, but que poursuit l'expectation et terme qu'elle s'est assigné.

Enfin, on a sûrement fait trop bon marché de la vie du fœtus ectopique. On connaît maintenant des cas nombreux où il a parfaitement vécu. Si l'on parvient donc, par les progrès de la technique, à rendre les chances sensiblement égales pour la mère, que l'opération soit faite avant ou après la mort de l'enfant, la première conduite devra certainement être préférée.

Il faut avouer que les résultats n'étaient pas, jadis, fort encourageants. Maygrier[3], sur 17 cas qu'il a rassemblés, comptait (en 1886) 15 morts pour la mère, donnant une mortalité de 88,2 pour 100; 10 fois la femme était morte d'hémorrhagie, soit au moment de l'incision, parce que le placenta adhérait en avant et avait été intéressé à l'ouverture du kyste, soit au cours de l'opération par suite du décollement du placenta, soit pendant les jours qui suivirent l'intervention, alors qu'avait eu lieu le décollement spontané des fragments placentaires. Quant aux enfants, 9 étaient morts dans les cinquante premières heures et le sort de 8 autres était inconnu.

En se bornant aux cas publiés de 1880 à 1886, Werth[4] a trouvé 8 observations, relatant 7 morts pour la mère et 3 seulement pour les enfants; mais 2 moururent ensuite rapidement. Par contre, 2 enfants étaient en parfaite santé à l'âge de trois mois[5].

[1] Litzmann. *Arch. f. Gyn.*, 1880, Bd. XVI, p. 525, *Ibid.*, Bd. XVIII, p. 1 et Bd. XIX, p. 96. — R. Harris *Amer. Journ. of Obstet.*, nov. 1887, p. 1154, et *Amer. Journ. of the med. Sciences*, août 1888, p. 262. — L. Meyer. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, Heft 1, p. 147. — Werth. *Beiträge zur Anat.*, etc., Stuttgart, 1888. — Fraipont. *Soc. obst. et gyn. de Bruxelles*, 20 oct. 1889 (anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 51, p. 897).

[2] Fränkel. *Breslauer ärztl. Zeitschr.*, 1882, n° 7, p. 78.

[3] Maygrier. *Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine.* Thèse d'agrég. Paris, 1886.

[4] Werth. *Loc. cit.*, p. 142.

[5] Normann. *Norsk Magaz. f. Lægevidenz*, 1880, Bd. X. — Netzel. *Hygiea*, avril 1881.

Harris[1] a, plus récemment, rassemblé 30 cas de laparotomie *primitive*, c'est-à-dire faite avant la mort du fœtus, avec l'intention de le sauver ainsi que la mère. Il a trouvé, jusqu'en 1880, 20 cas avec 1 succès seulement pour la mère et 10 (plus ou moins durables) pour l'enfant. De 1880 à 1888, il compte 10 observations dont 4 succès pour la mère et 6 pour l'enfant.

Mais, depuis lors, la question a encore changé de face. Voici les cas, en grande majorité suivis de succès, publiés depuis le travail de Werth (1886), que j'ai relevés : Lazarewicz[2], Breisky[3], Brühl[4], John Williams[5], Eastman[6], Olshausen[7] (2 enfants et 2 femmes vivantes), Treub[8], Lawson Tait[9] (3 opérations, 3 enfants et 2 femmes vivantes), Carl Braun[10], Rein[11] et Lihotzky[12],

[1] R. Harris. *Extra-uterine pregnancy treated by cystectomy*, etc. (*Amer. Journ. of med. Sciences*, sept. 1888, t. II, p. 262).

[2] Lazarewicz, de Kharkoff, *Vratch*, St-Pétersbourg, 1886, t. VII, p. 76-115, anal. in *Répert. univ. d'Obst. et de Gyn.*, juill. 1886, p. 277 : extirpation totale du sac; femme guérie; l'enfant a vécu 21 jours.

[3] Breisky. *Wien. med. Presse*, 1887, n° 48, p. 1650 : opération à huit mois de grossesse tubaire intra-ligamentaire; extraction complète du sac et du placenta, guérison rapide de la mère; l'enfant, parfaitement viable, mourut trois semaines plus tard de phlébite de la veine ombilicale.

[4] L. Brühl. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXXI, p. 404 : le sac fut suturé à la paroi abdominale.

[5] John Williams. *Transact. obstet. Soc.*, Londres, 1887, p. 482 : le sac ne fut pas extirpé, mais drainé.

[6] Eastman, d'Indiana. *Amer. Journ. of Obst.*, sept. 1888, t. XXI, p. 929 : il s'agissait d'une grossesse intra-ligamentaire de huit mois, sans rupture de la trompe; extirpation totale du sac, lavage, drainage, guérison. L'enfant est bien conformé, vigoureux.

[7] Olshausen. *Deutsche med. Woch.*, 1890, n° 9, p. 174 : 1er cas : opération quinze jours avant l'époque du terme. Suture du sac à la paroi sans extirpation du placenta. Enfant vivant mais présentant plusieurs malformations, meurt une heure et demie après l'opération. — 2e cas : opération quinze jours avant l'époque du terme. Grossesse tubaire, dont le sac s'était rompu sans hémorrhagie, six jours auparavant, transformée en grossesse abdominale; l'enfant est libre dans la cavité péritonéale. Extirpation du placenta et des restes du sac. L'enfant, à 12 mois, pesait 6910 grammes. — Au bout d'un an, nouvelle grossesse tubaire; rupture au 2e mois, laparotomie, guérison.

[8] Treub. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, Heft 2, p. 384 : grossesse ovarique ou tubo-ovarique opérée trois semaines avant le terme; résection partielle du sac, fortement soudé à la paroi abdominale, extraction du placenta, tamponnement du péritoine à la gaze iodoformée; guérison sans accidents; l'enfant vit et se développe.

[9] Lawson Tait. *Amer. Journ. of Obstet.*, mars 1888, p. 289.

[10] Carl Braun. *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, 26 mars 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 36, p. 654) : grossesse abdominale; le placenta était fixé dans le cul-de-sac de Douglas, qui était tapissé d'une épaisse membrane, seul vestige du sac, ainsi que la partie postérieure de l'utérus et des ligaments larges. On dut lier de gros vaisseaux allant du mésocôlon iliaque au placenta, qu'on détacha ensuite; l'hémorrhagie força à faire la ligature élastique de l'utérus, l'hystérectomie, et le tamponnement du péritoine à la gaze iodoformée; guérison lente de la mère; l'enfant mourut, douze heures après l'opération, de bronchite capillaire attribuée à l'aspiration du liquide amniotique.

[11] G. E. Rein. *Soc. d'Obstét. et de Gyn. de Kieff*, 28 fév. 1890 (anal. in *Annal. de Gyn.*, fév. 1892, p. 156) : grossesse tubaire intra-ligamentaire; opération au 10e mois; kyste très adhérent; ablation du sac. L'enfant est vigoureux et se développe bien.

[12] G. Lihotzky. *Wien. klin. Woch.*, 1891, p. 184 : grossesse abdominale au 7e mois; résection partielle du sac; ablation totale du placenta; suture du reste du sac à la paroi abdominale; drainage. L'enfant est mort le second jour.

Taylor[1], v. Strauch[2], Chrobak[3], Schneider[4], Frommel[5], M. Price[6], Johnson[7], Urbain[8], Guéniot[9], Werder[10], Roncaglia[11], Pinard[12], Reismann[13] ont opéré un peu avant le terme ou au moment du terme et ont sauvé la mère et l'enfant. Champneys[14], Braun[15] (dans un second cas), Stadfeldt[16], Guéniot[17], Marchand[18], Sippel[19], Lebec[20] ont sauvé l'enfant seul. Spaeth[21], J. Price[22] ont perdu l'une et

[1] Taylor. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1891, p. 115 : grossesse abdominale à terme : placenta laissé en place. Au 12e jour, 2e laparotomie pour accidents septicémiques : ablation du placenta ; guérison. L'enfant, qui avait des malformations, meurt au 5e mois.

[2] V. Strauch. *St-Peters. med. Woch.*, 15 août 1892 : opération à sept mois ; grossesse tubaire rupturée : ablation de la trompe et du placenta. Déchirure de l'insertion placentaire : hémorrhagie arrêtée par une pince à demeure. Guérison. Enfant vivant pesant 1096 grammes.

[3] Chrobak. *Wien. med. Woch.*, 1891, p. 184 : opération à sept mois et demi, ablation du placenta. Suture du sac à la paroi. Guérison. L'enfant meurt le 2e jour.

[4] Schneider. *Deut. med. Woch.*, 1892, p. 822 : opération au septième mois : ablation du placenta. Suture du sac à la paroi. Enfant mort au bout de 3 heures.

[5] Frommel. *Munch. med. Woch.*, 1892, p. 1 : grossesse intra-ligamentaire ayant dédoublé le mésocôlon. Opération à terme. Ablation du placenta. Tamponnement du sac. Guérison. Enfant mort d'entérite à 3 mois.

[6] M. Price. *The Amer. Lancet*, 1893, p. 368 : opération au 10e mois ; le placenta est laissé en place. Suture du sac à la paroi. L'enfant vit.

[7] Johnson, cité par A. Orrillard. *De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine lorsque l'enfant est viable.* Th. de Paris, 1894, p. 91 : grossesse intra-ligamentaire de neuf mois. Ablation du sac et du placenta. Guérison. L'enfant vit.

[8] Urbain. *Bull. de la Soc. belge de Gyn.*, 1893, n° 7 : opération à terme. Ablation du placenta : résection et drainage du sac. Guérison. Enfant vivant du poids de 4500 grammes.

[9] Guéniot in Orrillard. *Loc. cit.*, p. 93 : grossesse abdominale de 8 mois et demi. Le placenta est laissé. Guérison. L'enfant, du poids de 2980 grammes, meurt le 16e jour.

[10] Werder. *Med. Rec.*, 24 nov. 1894 : opération 15 jours avant le terme. Ablation du placenta : résection du sac. Guérison. L'enfant meurt le 4e jour.

[11] G. Roncaglia. *An. d'Obst. e Gyn.*, mai 1895 : opération à 7 mois et demi. Grossesse tubaire rompue : on laisse le placenta. Guérison. L'enfant meurt le 25e jour.

[12] A. Pinard. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, t. XXXIV, p. 189 : opération près du terme : suture du sac à la paroi sans ablation du placenta. Guérison. Enfant du poids de 2750 grammes, est actuellement très bien portant.

[13] A. Reismann. *Centr. f. Gyn.*, 1896, n° 1, p. 10 : opération près du terme : extirpation du placenta, de la presque totalité du sac et de l'utérus à cause d'une hémorrhagie. Drainage par le vagin : fermeture complète du ventre. Guérison. Enfant vivant du poids de 2660 grammes.

[14] Champneys. *Brit. med. Journ.*, 3 déc. 1887, t. II, p. 1213 : opération au 7e mois de la grossesse, le placenta est laissé en place ; 1 mois après, mort par septicémie.

[15] Carl Braun. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVII, p. 187 : le sac adhérait à la paroi abdominale ; le placenta fut enlevé ; suture à l'endroit de son insertion.

[16] Stadfeldt. *Hosp. Tidende*, 1886 : opération à terme. Tamponnement du sac : placenta laissé en place. Enfant vivant. La mère est morte de péritonite.

[17] Guéniot, in Orrillard. *Loc. cit.*, p. 84 : opération à 7 mois et demi. Grossesse abdominale. Décollement partiel et accidentel du placenta : hémorrhagie arrêtée par tamponnement et forcipressure à demeure. Mort de péritonite au 6e jour.

[18] Marchand, in Orillard. *Loc. cit.*, p. 95 : opération à terme. Extraction du placenta, suture du sac à la paroi, hémorrhagie secondaire et mort le 3e jour. L'enfant meurt à 8 mois, de convulsions.

[19] Sippel. *Deut. med. Woch.*, 1892, p. 826 : opération à 7 mois. Rupture du sac, hémorrhagie considérable. Mort au bout de 20 heures.

[20] Lebec. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1891, t. XXII, p. 274 : opération à 8 mois. Le sac et le placenta sont laissés en place. Mort d'hémorrhagie au bout de 2 heures.

[21] Spaeth. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, Bd. XVI, p. 269 : opération en pleine péritonite causé par la rupture du sac. Suture du sac à la paroi.

[22] J. Price. Obs. communiquée à Harris. *Loc. cit.*, p. 264 : rupture du sac ; le placenta, très adhérent, fut laissé en place

l'autre, mais ils ont opéré en pleine péritonite causée par la rupture du sac; Hildebrandt[1] a aussi, dans deux cas, opéré des moribondes, et cependant a pu sauver un enfant. G. Beisone[2] a perdu la mère, mais sauvé l'enfant. Schauta et Olshausen[3] (dans un troisième cas) ont guéri la mère, mais l'enfant est mort rapidement. Rochel[4] a sauvé la mère, mais l'enfant ne paraît pas avoir vécu. En somme, en faisant abstraction, ce qui n'est que justice, du second cas de J. Price et de ceux de Spaeth et de Hildebrandt, véritablement désespérés, on compte, sur 40 opérations, 29 femmes vivantes et 32 enfants viables ou ayant vécu au moins plusieurs jours.

Ces succès paraissent principalement dus aux perfectionnements apportés dans la technique. On voit, par la lecture de ces observations, comment on peut, ici comme dans toute laparotomie, venir à bout des difficultés opératoires avec de la décision et de l'expérience. En outre, on se rend compte de l'exagération évidente de ceux qui représentent les fœtus ectopiques comme presque fatalement voués à la mort, par des difformités ou une faiblesse congénitale. Du reste, quand bien même cette faiblesse existerait, on sait qu'avec le gavage et l'emploi des couveuses on peut faire vivre aujourd'hui des enfants autrefois condamnés. On ne doit donc plus hésiter à pratiquer la laparotomie primitive avec l'espoir de sauver les deux existences. Il est préférable de ne pas attendre les phénomènes du faux travail, comme le conseillent Duncan et Reed[5], parce que le fœtus succombe alors très rapidement. On se basera, comme le conseille Frænkel, sur l'examen extérieur du fœtus, sur son volume appréciable à la palpation, pour juger du moment de l'intervention à laquelle on aura recours, de préférence, entre huit mois et huit mois et demi.

Reste à résoudre la question du choix de l'opération destinée à extraire le fœtus. Comme règle générale, la **laparotomie** est indiquée, car elle permet de vaincre bien plus sûrement les difficultés opératoires qui peuvent se présenter. Pourtant, on ne saurait proscrire l'**élytrotomie**. Si, à l'examen vaginal, on ne trouvait pas le

[1] Hildebrandt. *Berl. klin. Woch.*, 20 juillet 1885, p. 465 : dans le premier cas, le sac est laissé en place; drainage. Dans le second cas, le placenta, très adhérent, n'avait pu être enlevé.

[2] G. Beisone. *Gaz. med. di Torino*, 1881, t. XXXII, p. 553.

[3] Schauta. *Loc. cit.*, p. 6 : le sac fut enlevé; l'enfant ne fit que quelques inspirations. — Olshausen. *Loc. cit.*, p. 171 : opération deux semaines et demie avant le terme. Ni le sac ni le placenta n'avaient pu être enlevés. Déhiscence de ce dernier au bout de 34 jours. L'enfant n'a vécu qu'une heure et demie.

[4] Rochel (d'Anvers). *Société de Gynécologie et d'Obstét. de Bruxelles* (anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1892, n° 7, p. 133) : le sac ne fut pas enlevé, mais traité par la marsupialisation.

[5] W. Duncan. *Lancet*, 1er mars 1890, p. 449. — C. Reed. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1890, p. 185.

placenta, et si le fœtus était profondément engagé dans le bassin, l'élytrotomie devrait même paraître préférable, comme mettant à l'abri de la blessure du délivre, probablement inséré sur la paroi antérieure de l'abdomen. Cette disposition anatomique serait certaine, si l'on percevait à l'auscultation un bruit de souffle isochrone au pouls maternel[1].

Au moment même du faux travail, il faut condamner la femme à un repos absolu, et calmer les douleurs par des injections de morphine et des lavements laudanisés. Une opération serait à ce moment tout à fait intempestive, à moins qu'il n'y ait des phénomènes d'hémorrhagie interne grave qui forcent la main.

4° Grossesse e. u. après le 5e mois; enfant mort récemment.

4° Grossesse e. u. après le 5e mois; enfant mort récemment. — Peut-on pratiquer la laparotomie dans les premiers jours qui suivent la mort du fœtus? La grande majorité des auteurs, à l'étranger, tous les chirurgiens dans notre pays se sont jusqu'ici prononcés pour la négative[2]. Parry est allé jusqu'à préconiser l'expectation indéfinie, et l'attente soit de la transformation curatrice en lithopédion, soit des accidents d'élimination spontanée à laquelle on aurait simplement à venir en aide. Cette doctrine a été adoptée par Tarnier et Budin. Moins absolus, Litzmann, Werth, Maygrier et Pinard[3], se basant sur les résultats statistiques déjà anciens, et par crainte de l'hémorrhagie qui avait jusqu'ici tué tant d'opérées, conseillent d'attendre jusqu'à l'oblitération de la circulation placentaire. Mais l'époque de cette oblitération est très douteuse; quoiqu'on l'ait approximativement fixée à deux mois, on a vu le décollement du placenta donner lieu à une hémorrhagie foudroyante, au bout de trois mois[4]. On peut donc être privé de tous les bénéfices d'une attente qui a laissé mourir l'enfant et a exposé la femme à de nouvelles complications. En effet, et c'est là un point sur lequel il faut insister, dans la léthalité des opérations secondaires, c'est-à-dire différées de propos délibéré, il serait juste de faire entrer en ligne de compte les morts qui sont le résultat de l'expectation elle-même, les septicémies ou péritonites intercurrentes, ayant rendu malheureuse une intervention qui, quelques mois plus tôt, se présentait dans des conditions favorables.

Si l'on veut bien peser ces considérations et si l'on considère les résultats favorables qu'a donnés l'**opération primitive** ou précoce (**laparotomie**) dans les cas les plus récents, on sera autorisé, je crois,

[1] Trachet. *Arch. de tocol.*, nov. 1888, p. 668.

[2] Parmi les premiers partisans de l'opération primitive je citerai toutefois Keller, Kiwisch, Schröder, Fränkel et Hofmeier.

[3] Pinard. *Dict. encycl. des Sciences méd.*, 1886, art. Grossesse extra-utérine.

[4] Kirkley. *Amer. Journ. of Obst.*, févr. 1885, p. 160 : mort quatre heures après l'opération.

à réformer le procès qui lui a été fait par mes devanciers, et à l'adopter comme règle. Ici, comme dans presque tous les problèmes de thérapeutique abdominale, les objections théoriques des chirurgiens timorés tombent devant les résultats éclatants d'une pratique hardie, servie par une bonne technique[1].

L'invasion de la fièvre et les prodromes d'une septicémie, loin de contre-indiquer l'opération, la rendraient urgente. On a sauvé des malades, en pareil cas.

5° Grossesse e. u. après le 5e mois; enfant mort depuis longtemps.

5° **Grossesse e. u. après le 5e mois; enfant mort depuis longtemps.** — Lorsque la mort du fœtus est très ancienne, que la tolérance paraît établie, qu'on peut espérer voir se produire la transformation heureuse en lithopédion, est-il sage d'intervenir et de faire courir les risques d'une **laparotomie** à une femme qui jouit d'une parfaite santé? Je crois que, même alors, l'opération doit être conseillée, en vue de l'avenir. Il faut se rappeler, en effet, que la tolérance du fœtus ectopique est toujours précaire, que la décomposition de l'œuf et l'infection consécutive du péritoine peuvent survenir tant que le lithopédion n'est pas définitivement constitué, et que même alors, quoique plus rarement, une infection suivie de suppuration expultrice peut causer les accidents les plus graves.

6° Kyste fœtal ancien suppuré.

6° **Kyste fœtal ancien suppuré, avec ou sans fistule.** — Il est bien évident qu'il faut, dans ce cas, favoriser et hâter le travail souvent trop lent de la nature. S'il existe un abcès, on l'ouvrira, soit au niveau des parois abdominales[2], soit au niveau

[1] Voici les données statistiques sur lesquelles se basent les partisans de l'abstention complète ou des opérations secondaires; elles sont toutes antérieures aux beaux succès obtenus, dans ces dernières années, par l'opération primitive, et je ne les donne qu'à titre de documents : Parry (*Loc. cit.*) avait trouvé que sur 188 cas publiés, abandonnés à la nature, 99 femmes avaient succombé, ce qui donne une mortalité de 52,6 pour 100; mais, d'après Hutchinson (*Med. Times and Gaz.*, 1860, t. II, p. 56, 77, 105, 132; *Lancet*, 1883, t. II, p. 71), sur 73 cas de rétention du fœtus mort où l'on n'intervint pas, 18 femmes seulement ont succombé, ce qui réduit la mortalité de 24,6 pour 100. — C'est surtout d'après ces chiffres que Tarnier et Budin (*Loc. cit.*, p. 566) « inclinent vers l'expectation ».

Maygrier (*Loc. cit.*, p. 137) a réuni 70 opérations secondaires (après la mort du fœtus, 2e moitié de la grossesse); il a trouvé 25 morts, soit une mortalité de 35,7 pour 100. Sa statistique comprend des cas très anciens qui ne peuvent guère compter aujourd'hui.

Werth (*Loc. cit.*, p. 159), dans un travail postérieur de quelques mois au précédent, a publié une série moins nombreuse, mais réduite aux opérations faites de 1880 à 1886, et contrôlées avec grand soin. Sur 53 cas ainsi recueillis (40 sans extirpation du sac, 11 avec extirpation, 2 avec tentative infructueuse d'extirpation), il a trouvé une mortalité de 37,7 pour 100.

[2] Les *gastrotomies*, faites en pareil cas, ne sont pas assimilables aux *laparotomies transpéritonéales* faites dans le but d'aller évacuer ou extirper un sac fœtal libre dans l'abdomen. Ce sont les seuls cas qui eussent donné des succès aux anciens chirurgiens. Le premier en date est celui de Primerose (1594), puis vient celui de F. Plater (1597) et, un siècle plus tard, celui de Calvo (1714). Quant à la laparotomie proprement dite, Levret l'avait déclarée trop dangereuse, à cause de l'hémorrhagie; Baudelocque, plus hardi, l'a

du rectum ou du vagin, et l'on ira à la recherche de l'ossuaire fœtal. On sera souvent aidé par l'existence d'une fistule qui permettra au stylet de pénétrer sur le petit squelette et servira de guide pour l'incision du sac. Il faut se garder de comparer de pareilles opérations à l'extraction d'un fœtus par la laparotomie. Elles sont véritablement bénignes si l'on prend soin, ensuite, de bien faire l'antisepsie du sac, qui est généralement très infecté. J'ai eu l'occasion d'enlever ainsi par le rectum tout le squelette d'un fœtus dont l'élimination spontanée tentait vainement de se faire à la fois par le rectum et le vagin. Une large eschare de la cloison, causée par la pression du sac, avait produit une grande fistule recto-vaginale. La malade, qui se trouvait dans le service de Gallard, guérit rapidement, grâce à des lavages antiseptiques réguliers de la cavité de l'abcès, qui était excessivement fétide.

Sur 35 faits de kystes fœtaux anciens suppurés réunis par Parry, 3 seulement furent suivis de mort.

7° **Grossesse dans une corne utérine rudimentaire.** — Abandonnés à eux-mêmes, les cas de ce genre ont donné 23 morts sur 30 cas dans les six premiers mois (Bandl). Il faut donc se hâter d'intervenir par la **laparotomie.** L'opération est infiniment plus simple que dans les cas précédents. Elle a été faite six fois avec cinq succès, au moment du terme, ou longtemps après lui; la corne utérine supplémentaire a été enlevée, comme l'est tout l'utérus dans l'opération de Porro. Une malade de Sänger accoucha deux fois, après l'opération[1]. 7° Grossesse dans une corne rudimentaire.

Technique de l'extraction du fœtus par la laparotomie. — Je ne saurais avoir l'intention de décrire ici toute l'opération, à laquelle sont applicables les règles, déjà indiquées dans les chapitres relatifs à l'hystérectomie et à l'ovariotomie; je me bornerai à insister sur quelques points spéciaux et particulièrement difficiles. Technique de la laparotomie.

L'**hémorrhagie** est très à redouter quand, la grossesse étant assez avancée, l'enfant est vivant ou mort depuis peu. Pour se mettre en

proposée en indiquant même la nécessité de ne pas toucher au placenta, dont l'élimination devrait être confiée à la nature. Mais c'est M'Knight (*Mem. of the med. Soc. of London*, 1795, t. IV, p. 342) qui l'a, le premier, pratiquée pour un fœtus mort, et Heim (*Horn's Arch*, n. s., 1812, t. I, p. 1 et suiv.) pour un fœtus vivant.

[1] Voici les premiers cas dans lesquels on a enlevé la corne rudimentaire d'un utérus gravide : Kœberlé (1865), Salin (1880), Werth et Litzmann (1881), Sänger (1882), Wiener (1885); 1 mort dans le cas de Werth et Litzmann. Dans une seule de ces observations, celle de Sänger, le diagnostic avait été fait à l'avance ; dans les autres cas, on avait pensé à une grossesse extra-utérine. — Sänger. *Centr. f. Gyn.*, 1883, p. 524. — M. Wiener. *Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXVI, p. 234. — Wyder. *Ibid.*, 1890, Bd. XXXVII, p. 182. — L. Landau. *Deutsche med. Woch.*, 1890, p. 594.

Mac Donald (*Obst. Trans. of Edinburgh*, 1884-1885, p. 76) a pratiqué l'hystérectomie (Porro) avec succès pour une grossesse développée dans une corne rudimentaire : le fœtus macéré pesait cinq livres; on avait cru à un corps fibreux. Guérison.

garde contre ce danger, il faut commencer par ouvrir le sac, en faisant grande attention de ne pas blesser l'insertion du placenta. Si l'examen des connexions fait craindre de grandes difficultés dans l'ablation totale du sac, on y renoncera d'emblée et l'on se contentera de le réunir, par des sutures, à la plaie abdominale avec les précautions qui seront indiquées plus bas. On évitera avec le plus grand soin toute espèce de traction sur le cordon ou sur le placenta. Le meilleur moyen de se rendre maître de l'hémorrhagie qui pourrait en provenir est le tamponnement énergique avec la gaze iodoformée. En tout état de cause, on fera bien d'opérer un tamponnement lâche du sac; on pourra le laisser en place trois ou quatre jours sans crainte de décomposition; s'il y avait à combattre une hémorrhagie, on ne le retirerait pas avant huit jours.

L'infection du péritoine par le contenu du kyste fœtal est à craindre, lorsqu'on opère après la mort du fœtus et que la malade a de la fièvre indiquant une résorption putride. Il faut faire tous ses efforts pour extirper le sac en totalité, sans l'ouvrir; si l'on n'a pu éviter sa déchirure, il vaut beaucoup mieux s'abstenir de toute tentative de décortication, qui offre alors le plus grand danger, car elle expose la surface cruentée à l'infection, par le contenu septique du sac[1].

Conservation du sac.

A. **Conservation du sac (marsupialisation).** — Un procédé recommandable lorsqu'on s'est assuré des difficultés que présente une énucléation complète du sac, sans déchirure, consiste à tamponner la plaie jusque sur le sac avec la gaze iodoformée, et à remettre au surlendemain l'ouverture du kyste qui se trouve alors uni par des adhérences à la paroi abdominale. S'il était urgent d'agir et si l'on ne pouvait se permettre ce délai, on procéderait, avant l'ouverture du sac, à sa réunion exacte aux téguments par une rangée de sutures, ou, ce qui est plus expéditif, par une suture continue. En plaçant les sutures pour unir le sac à la paroi abdominale il faudra avoir soin de ne pas pénétrer dans l'intérieur de la poche, mais de faire cheminer l'aiguille seulement dans ses couches superficielles. Le sac ouvert, le fœtus retiré par les pieds et le cordon coupé entre deux ligatures, on nettoiera exactement la cavité avec la solution de sublimé à 1/2000, à laquelle Pinard préfère la solution saturée de naphtol[2]. On explorera la profondeur du sac, et, si elle est voisine

[1] Certaines circonstances peuvent légitimer une conduite particulière. Hofmeier (*Grundriss der gyn. Oper.*, 1888, p. 343) fut, dans un cas d'inflammation du sac plein de pus et de gaz, avec péritonite, amené à enlever la totalité de l'utérus qui faisait partie du foyer septique. — Un autre cas d'hystérectomie nécessitée par de fortes adhérences a été encore publié; le pédicule fut laissé à l'extérieur; mort (Waitz, cité par Werth. *Loc. cit.*, p. 159).

[2] Pinard (*Ann. de Gyn.*, avril 1889, t. XXXI, p. 241, et *Ibid.*, 1892, t. XXXVIII, p. 1) a rapporté 10 cas de grossesse extra-utérine traités par la marsupialisation qu'il appelle l'*extériorisation du sac*, avec une mort pour la femme; les enfants étaient toujours morts depuis plus ou moins longtemps.

du cul-de-sac vaginal, on introduira un tube en croix dont la longue branche passera par le cul-de-sac postérieur. Le placenta sera momifié à l'aide d'un mélange de poudre de tanin et d'acide salicylique, ou avec du benzoate de soude[1]. On maintiendra, dans la poche, des bandelettes de gaze iodoformée et l'on veillera à ce qu'il ne s'y fasse aucune accumulation de liquide. La guérison a lieu lentement, par granulation : le placenta se détache par lambeaux[2].

Martin[3] a appliqué au traitement du sac un procédé analogue à celui qu'il met en usage après la décortication des corps fibreux intra-ligamentaires (fig. 210). Il a réséqué la plus grande partie possible des parois du kyste, puis il a suturé ce qui en restait, de manière à isoler parfaitement l'intérieur du sac de la cavité péritonéale; il draina ensuite par le vagin.

Ablation totale du sac.

B. **Ablation totale du sac.** — Cette modification dans la technique opératoire est assez importante pour mériter quelques développements.

Le traitement par suppuration du sac, comparable à celui de certains kystes de l'ovaire adhérents, offre le grand inconvénient d'être fort long, de donner lieu à une fistule parfois interminable[4] et d'exposer à l'éventration. Litzmann[5], le premier, a donc proposé d'enlever complètement le sac et son contenu, fœtus et placenta, de manière à pouvoir amener la guérison rapide, comme après un hémato-salpinx ou un pyo-salpinx. Cette opération, dite *radicale*, n'a pas d'abord donné d'aussi bons résultats que la méthode *conservatrice* du sac. Maygrier, en 1886, ne connaissait que 7 cas d'ablation du sac. Werth, sur 11 cas rassemblés (en 1886), comptait 4 morts et 7 guérisons, soit 36 pour 100, tandis que sur 40 cas où le sac avait été conservé, il y avait 14 morts et 26 guérisons, soit 35 pour 100. Mais depuis, ce procédé a été hardiment mis en usage et a donné une série de remarquables succès, avec un enfant vivant. Dans plusieurs de ces observations, il y avait des adhérences étendues à

[1] Werth (*Loc. cit.*) reproche au mélange de tanin et d'acide salicylique (Freund) de prolonger l'élimination du placenta. C'est pour cela qu'il préfère le benzoate de soude.

[2] Negri (*Ann. di Obstet.*, mars 1885) a rapporté un cas où il referma complètement le ventre, après avoir nettoyé le kyste sans extraire le placenta, qu'il fut impossible de trouver. La malade guérit sans accidents. — Braithwaite (*Obstet. Trans.*, Londres, 1886, t. XXVIII, p. 33) a laissé en place le placenta largement adhérent sur le fond de l'utérus et les parties voisines; drainage, guérison sans expulsion du délivre. — Ces faits sont curieux et montrent la tolérance et la résorption possible de ces parties, mais ils ne sauraient servir de base à des modifications de la technique opératoire.

[3] Martin. *Berl. klin. Woch.*, 19 déc. 1881, p. 217. — Pour assurer l'hémostase, au moment de l'extraction du placenta, il a aussi proposé d'en perforer la base en plusieurs endroits avec de fortes aiguilles et de lier isolément chacun des segments ainsi circonscrits, avant de les enlever; ce procédé n'est applicable que quand le délivre ne s'insère pas sur les viscères.

[4] On l'a vue persister trois ans. (Rousseau. *Union méd. du Nord-Est*, sept. 1877, p. 283.)

[5] Litzmann. *Arch. f. Gyn.*, 1882, Bd. XIX, Heft I, p. 96.

l'intestin, qui n'ont pas empêché la guérison. Werth[1], qui a de nouveau réuni les cas de laparotomie pour grossesse à terme publiés depuis 1887, a trouvé que, sur 9 opérations, 1 seule avait été faite sans ablation du sac. Cette série n'a donné que 2 morts. J'ai pu moi-même en rassembler un nombre beaucoup plus grand, portant sur la période de ces dernières années, et complétant, par suite, les séries données par Maygrier et par Werth, dans son premier grand travail. Beaucoup de faits m'ont sans doute échappé, et cependant j'ai trouvé 27 observations d'extirpation du sac (1887 à 1891) avec 26 guérisons, et 1 mort. J'ai déjà cité (p. 960) les 9 cas de Lazarewicz, de Breisky, d'Eastman, d'Olshausen (dans 1 cas), de Treub, de Schauta, de Rein, de Lihotzky et de Reismann, qui sont relatifs à des opérations pour l'extraction d'enfants vivants. En voici d'autres, faites après la mort du fœtus, à la fin de la grossesse : Hofmeier[2], 1 cas, mort; Kusnetsky[3], 2 cas, guérison; Sutugin, 2 cas, guérison; Muratow, 1 cas, guérison; Sajaïsky, 2 cas, guérison; Kadjan, 1 cas, guérison; Slavjansky, 1 cas, guérison; Quénu[4], 1 cas, guérison; Wiedow[5], 1 cas, guérison; Olshausen[6], 3 cas, guérison; Matlakowski[7], 1 cas, guérison; Rein[8], 1 cas, guérison; Odenthal[9], 1 cas, guérison; Fantino[10], 1 cas, guérison; Schauta[11], 1 cas, guérison; Folet[12], 1 cas, guérison.

Technique.

La **technique** de ce procédé ne saurait être minutieusement fixée. L'opération, dans son ensemble, se rapproche beaucoup de l'extirpation d'un kyste de l'ovaire adhérent, ou d'un kyste parovarien, inclus dans le ligament large. Voici comment on peut en régler les temps principaux :

1er **temps.** — Incision abdominale, sutures provisoires du sac à chacune des lèvres de la plaie.

[1] Werth. *Verhandl. der Versaml. der deutsch. Ges. f. Gyn., Fribourg*, 1889. (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, p. 513.)

[2] Hofmeier, cité par Falk. *Tubo-ovarial Schwangerschaft*. Dissert. inaug., Berlin, 1887.

[3] Kusnetsky, Sutugin, Muratow, Sajaïsky, Kadjan, Slawiansky, cités par ce dernier : *Soc. obst. et gyn. de Saint-Pétersbourg*, 23 fév. 1889 (anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 854). Les cas de Kuznetzky et de Sutugin sont aussi mentionnés, à propos du cas de Lazarewicz, par Massalitinoff (*Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, 1886, p. 277).

[4] Quénu. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 10 avril 1889, p. 518.

[5] Wiedow. *Verhandl. des 3e Congress der deutschen Ges. f. Gyn., Fribourg*, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 29, p. 502).

[6] Olshausen. *Ueber Extra-uterinschwangerschaft*, etc. (*Deutsche med. Woch.*, 1890, n° 9, p. 173 et n° 10, p. 192, 195.)

[7] Matlakowski. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVIII, p. 367.

[8] Rein. *Soc. obstét. et gyn. de Kieff*, 1890. (*Répert. univ. d'Obstét. et de Gyn*, 1891, p. 421.)

[9] Odenthal. *Soc. d'Obstét. de Leipzig*, 15 déc. 1890 (*Centr. f. Gyn.*, 1891, p. 239.)

[10] Fantino (de Turin). *Riv. di Ost. e gin.*, 1891, n° 7

[11] Schauta. *Loc. cit.*, p. 6.

[12] Folet. *Ann. de Gyn.*, 1896, t. XLV, p. 190.

2e **temps.** — Ouverture du sac dans son point le plus mince, en évitant le plus possible les vaisseaux ou en les pinçant à mesure.

3e **temps.** — Extraction du fœtus saisi par les pieds, ligature et section du cordon.

4e **temps.** — Ablation des sutures provisoires, extraction du sac en opérant la rupture des adhérences et la décortication de la portion sous-séreuse; des pinces seront rapidement placées sur les points saignants, que les aides comprimeront, au besoin, avec les doigts.

5e **temps.** — Hémostase définitive du fond de la plaie par des ligatures ou par le tamponnement à la gaze iodoformée. Alors même que le tamponnement ne serait pas employé, il serait prudent de ne pas refermer complètement la plaie abdominale, mais d'établir un drainage à sa partie inférieure, soit avec un tube de caoutchouc, soit avec quelques bandelettes de gaze antiseptique.

Si le sac était trop fortement adhérent à l'intestin, il ne faudrait le réséquer que jusqu'au niveau des adhérences, faire et renouveler le tamponnement à la gaze iodoformée du fond de la plaie jusqu'à exfoliation des parties kystiques laissées en place (Treub).

Extraction du fœtus par l'élytrotomie.

Technique de l'extraction du fœtus par l'élytrotomie. — L'incision du vagin, moins redoutable en apparence que la laparotomie, a été préconisée par Baudelocque[1], qui, du reste, n'avait pas craint non plus de conseiller l'incision abdominale[2].

Maygrier (1886) a rassemblé 4 cas d'élytrotomie dans la seconde moitié de la grossesse, le fœtus étant vivant. Il y a eu 2 guérisons (une douteuse) et 2 morts, soit 50 pour 100. La même opération, le fœtus étant mort, a donné 7 guérisons et 5 morts, soit 41,6 pour 100 de mortalité[3].

Schauta[4] a relevé, de 1876 à 1891, 12 cas d'élytrotomie, dont 5 cas pendant les quatre derniers mois de la grossesse et 7 cas, après le terme. Ces cas se répartissent de la façon suivante : sur les 5 premiers cas, 3 fois le placenta fut abandonné (1 mort); 2 fois le placenta fut enlevé, dans 1 cas avec un enfant vivant et la malade guérit; l'autre malade mourut. Des 7 cas d'élytrotomie, après terme,

[1] Baudelocque. *L'art des accouchements*, Paris, 1815, t. II, p. 483.

[2] La première opération d'élytrotomie aurait été faite, en Amérique, par John King (*Med. Repository*, New-York, 1813, p. 338, indication donnée par Parry, *Loc. cit.*, p. 258) pour un enfant vivant, à terme, sauvé ainsi que la mère. Cette observation est douteuse. — Caignox (*Lancette franç.*, 1829, p. 155) a publié l'observation d'un fœtus développé dans le pavillon de la trompe gauche; opération « *particulière* » (élytrotomie). Le fœtus, âgé de six mois et demi, fut extrait vivant. — Deux ans auparavant, Norman (*Med.-chir. Transact. of London*, 1827, t. XIII, p. 348) avait fait connaître une observation d'élytrotomie pour fœtus mort.

[3] Maygrier (*Loc. cit.*) indique, par erreur, le chiffre de 38,5 pour 100.

[4] Schauta. *Loc. cit.*, p. 47.

5 furent suivis de mort; une seule fois, le placenta avait été enlevé.

Cette opération me paraît devoir être réservée aux cas où le fœtus est mort[1]. On ne peut, en l'absence à peu près complète d'observations[2], se rendre compte de la gravité de l'opération pour un enfant vivant. Mais, *a priori*, elle paraît devoir être très grande, pour peu qu'une hémorrhagie se produise. La laparotomie peut être infiniment mieux réglée.

Il en est tout autrement quand le fœtus est mort, il faut alors, pour songer à l'élytrotomie, que le kyste plonge dans l'excavation, que le placenta ne soit pas vulnérable par le vagin, et que la vessie et l'utérus soient déplacés latéralement. Toutefois, la première condition est seule toujours indispensable, car la présence du placenta dans le cul-de-sac vaginal n'offrira pas de dangers sérieux, au bout de deux mois environ, époque où a cessé la circulation fœtale.

Technique. Voici la **technique** suivie par Pinard[3], qui a pratiqué avec succès deux élytrotomies, pour deux grossesses à terme avec enfant mort : anesthésie; femme placée dans la position obstétricale; exploration du cul-de-sac vaginal, et ponction au bistouri dans un point où l'on a constaté l'absence de pulsation artérielle. Introduction du doigt par cette boutonnière pour l'exploration, puis agrandissement par débridements multiples et dilatation, à l'aide des doigts introduits en cône. La main ayant pénétré, on saisit le pied et on l'amène à la vulve par des tractions lentes et continues, puis on engage le siège et le tronc; on dégage successivement les deux bras, puis la tête[4]. Le cordon est coupé et l'on va à la recherche du placenta. Est-il facile à enlever? On le décolle avec les doigts, doucement; pour peu qu'il semble adhérent, il est préférable de l'abandonner. On fait alors un lavage abondant de l'intérieur du kyste avec la solution de sublimé à 1/5000 ou avec la solution aqueuse saturée de naphtol β. J'incline à penser que l'introduction de gaze iodoformée serait ensuite préférable aux injections fréquentes, préconisées par Pinard; on renouvellerait la gaze tous les trois ou quatre jours et on pourrait même la laisser en place plus longtemps. S'il se produisait des phénomènes

[1] Landau (cité par Fenger, *Amer. Journ. of Obstet.*, 1891, p. 434) a, paraît-il, fait 13 fois l'élytrotomie avec une seule mort. Mais, ces observations n'ayant pas été publiées en détail, nous ne savons pas s'il s'agissait de grossesse extra-utérine dans la première partie ou la seconde moitié.

[2] La seule observation incontestable d'élytrotomie suivie de l'extraction d'un enfant viable est celle de Mathieson (*Trans. obstet. Soc.*, Londres, 1885, t. XXVI, p. 132), communiquée par Mac-Callum. — Cette observation est celle dont parle Schauta (*Loc. cit.*) dans sa statistique.

[3] A. Pinard. *Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine* (*Annal. de Gyn.*, avril 1889, t. XXXI, p. 246), et *Semaine méd.*, 1891, p. 347.

[4] On pourra exceptionnellement être dans l'obligation d'employer le forceps pour extraire la tête, très fortement engagée. Voir Olshausen. *Verhandl.*, etc., p. 516.

d'infection putride, par suite d'une antisepsie insuffisante[1], on pourrait avoir recours à l'irrigation continue (p. 88), qui a donné de si beaux succès dans la septicémie puerpérale[2].

Extraction de débris fœtaux par l'urèthre dilaté et par la taille vaginale.

L'élimination spontanée du sac suppuré par la vessie est très rare, et Winckel[3] n'en a réuni que 12 exemples publiés. On a successivement pratiqué en pareil cas la laparotomie, la taille vaginale (P. Müller)[4], l'élytrotomie et la taille sus-pubienne (Werth)[5]. Ces opérations pourront le plus souvent être évitées; il suffira de **dilater l'urèthre** (Winckel) et, au besoin, de le débrider (Littlewood)[6], pour pouvoir aller chercher avec l'index l'orifice du sac, l'agrandir, en extraire avec des pinces les os du fœtus, puis le déterger par des injections. Ce n'est que si l'on ne pouvait réussir de la sorte et si des accidents sérieux demandaient une intervention active qu'on ferait la **taille vaginale**, suivie de suture, aussitôt après l'évacuation et la désinfection du sac. L'opération par l'urèthre dilaté pourra, du reste, être faite en deux ou trois séances, grâce à l'emploi de la cocaïne. On continuera les injections boriquées dans la vessie jusqu'à ce que toute trace de cystite ait disparu.

Extraction du fœtus par la voie périnéale et par la voie pelvienne.

Peut-être, dans certains cas déterminés où le kyste volumineux sera fortement enclavé dans le cul-de-sac de Douglas, pourra-t-on préférer à l'élytrotomie la **périnéotomie**, soit **transversale**, soit **verticale** (p. 764), ou l'**incision para-sacrée** (p. 447), ou, même, pourra-t-on avoir recours à la **voie pelvienne**, après résection préliminaire du coccyx et d'une partie du sacrum (p. 448). C'est à l'avenir qu'il appartient de préciser les applications de ces opérations encore nouvelles.

[1] Dorff (*Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 20 oct. 1889, anal. in *Annal. de Gyn.*, janv. 1890, t. XXXIII, p. 60) a vu, chez Kaltenbach, une malade succomber au 9e jour, par suite des difficultés de l'antisepsie vaginale. — Barsony (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 22, p. 385) a aussi observé un cas de mort. — Pinard (*Loc. cit.*) a publié un beau succès.

[2] A. Pinard et Varnier. *Ann. de Gyn.*, déc. 1885, t. XXIV, p. 454 et avril 1889, t. XXXI, p. 241.

[3] F. Winckel. *Ueber den Durchbruch extra-uteriner Fruchtsäcke in die Blase* (*Samml. klin. Vorträge*, mai 1890, n° 3).

[4] P. Müller. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXX, p. 78.

[5] Werth. *Beiträge*, etc., 1877, p. 127 (observat. V).

[6] Littlewood. *Lancet*, 3 avril 1886, t. I, p. 637.

LIVRE XIV

MALADIES DU VAGIN

CHAPITRE I

DES VAGINITES

Pathogénie. Étiologie. Microbes de la vaginite : gonococcus de Neisser, etc. Vaginite mycotique; Types cliniques; vaginite blennorrhagique des adultes; vaginite des petites filles et des vierges; vaginite des femmes enceintes; vaginite de la ménopause. — Anatomie pathologique. Vaginite granuleuse. Vaginite simple. Vaginite sénile. Leucoplasie vulvo-vaginale. Vaginite emphysémateuse (pachyvaginite kystique). — Symptômes. Végétations. Vaginite exfoliatrice. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. Pseudo-vaginites : vaginite croupale ou diphtéritique; vaginite gangréneuse; péri-vaginite phlegmoneuse disséquante.

Pathogénie. Étiologie.

Pathogénie. Étiologie. — La muqueuse qui recouvre le vagin, comme toutes celles qui sont en contact immédiat avec l'air extérieur, est une muqueuse dermo-papillaire qui offre de grandes analogies avec le tégument externe par sa trame serrée et son revêtement épithélial stratifié. Mais elle s'en distingue par l'absence de vernis imperméable que forme sur la peau la couche cornée de l'épiderme. La mue constante des cellules de l'épithélium, incessamment renouvelées à sa surface, la protège seule contre l'action irritante des agents extérieurs. Il est difficile de comprendre, toutefois, comment la muqueuse résiste à l'action des germes nombreux qui pullulent dans la cavité vaginale. Il faut évidemment faire intervenir ici les notions pathogéniques nouvellement acquises sur la *réceptivité* des tissus, au point de vue de l'infection[1]. Le vagin est normale-

[1] Il en est ainsi de l'action du *pneumococcus* dans la pneumonie dont le rôle capital a été découvert par Fränkel, Friedländer et Talamon. Or, Netter a montré que ce microbe est presque normal dans la salive, dans le mucus nasal, etc., chez des gens n'ayant jamais eu de pneumonie. Qu'un traumatisme, qu'un refroidissement mette le sujet en état de réceptivité morbide, le *pneumococcus* émigre en quelques heures, et colonise dans les poumons (F. Foveau. *De la vaginite et de son traitement*. Thèse de Paris, 1888, p. 21).

ment habité par des microbes indifférents dont quelques-uns sont d'espèce pathogène, quoique inoffensifs, atténués (Winter); il reçoit des germes morbides qui viennent en plus ou moins grand nombre du dehors, par la simple entrée de l'air, par le coït, par les injections, etc. L'inoculation ne se fait cependant que dans des conditions déterminées qui permettent d'acquérir, de récupérer ou de manifester leur virulence, en leur créant, pour ainsi dire, un bouillon de culture favorable. L'*irritation*, telle que la comprenaient les anciens auteurs, est ici tout à fait insuffisante. Ainsi, une brûlure au fer rouge, une cautérisation profonde avec un caustique, ne causeront qu'une lésion localisée, une eschare, sans inflammation propagée au reste du canal, pourvu que des injections détersives empêchent la stagnation des liquides; tandis que la même lésion ou le séjour d'un corps étranger d'ailleurs aseptique, comme un pessaire, suffiront à développer une vaginite intense, si l'on néglige les soins de propreté, en favorisant de la sorte la prolifération des microbes.

Ces considérations sont capitales, au point de vue de la pathogénie des vaginites. Elles font comprendre l'influence prédisposante de la menstruation et de la parturition, qui agissent surtout par la stagnation possible et la décomposition des sécrétions qui en sont la conséquence.

Microbes de la vaginite gonococcus de Neisser, etc.

L'**infection blennorrhagique** vient en première ligne dans l'étiologie des vaginites, à cause de la ténacité de l'inflammation à laquelle elle donne lieu et de la gravité de ses propagations.

On sait, depuis la découverte de Neisser[1], que le germe pathogène de cette affection est un *coccus* spécial qu'on a appelé *gonococcus* (fig. 485). Il se présente sous la forme de granulations arrondies ou ovalaires, ressemblant à des grains de café, accolés parfois par leur surface plane, affectant de profil la forme d'un 8. Réunis par groupes de dix à vingt, ils forment des colonies englobées dans une enveloppe hyaline unique. Accolés aux globules de pus, plus rarement aux cellules épithéliales, ils seraient, d'après Neisser, susceptibles d'y pénétrer et de s'y multiplier, à l'encontre de toutes les espèces de même forme, ce qui permettrait de les en distinguer. Cette dernière assertion a été contredite par Stekhoven[2]. Les gonocoques pénètrent

[1] Neisser. *Ueber eine Gonorrh. eigen. Mikrococcusform.* (*Centr. f. med. Wissensch.*, 1879, n° 28, p. 497.) — Comme précurseurs de Neisser, ayant soupçonné mais non démontré l'existence de parasites dans le pus blennorrhagique, il convient de citer Doxné (1844), Joussaume (1862), Hallier (1872), Salisbury (1873), Bouchard (1878). — Voir à ce sujet : Du Castel. *Blennorrhagie aiguë* (leçon publiée par l'*Union méd.*, 21 août 1888, t. XLVI, p. 241). — Bosc. *Le gonocoque*, Th. de Montpellier, 1893. — Me Sée. *Le gonocoque*, Th. de Paris, 1895.

[2] J. H. Stekhoven. *Der Neisser'sche Gonococcus.* (*Deutsche med. Woch.*, 1888, n° 35, p. 717.) — Il prétend qu'il a constaté la présence de micro-organismes à l'intérieur des leucocytes, dans beaucoup de processus qui n'avaient rien de commun avec la blennorrhagie.

dans l'épithélium avec d'autant plus de facilité que ses cellules ont préalablement été dissociées par la prolifération des globules de pus.

Ces microbes sont susceptibles de se colorer par le violet de méthyle ou la fuchsine[1].

Bumm affirme que l'invasion du gonococcus ne se fait jamais primitivement par le vagin ; il se cantonne d'abord dans le col ou plus rarement dans l'urèthre, où il trouve un épithélium moins résistant,

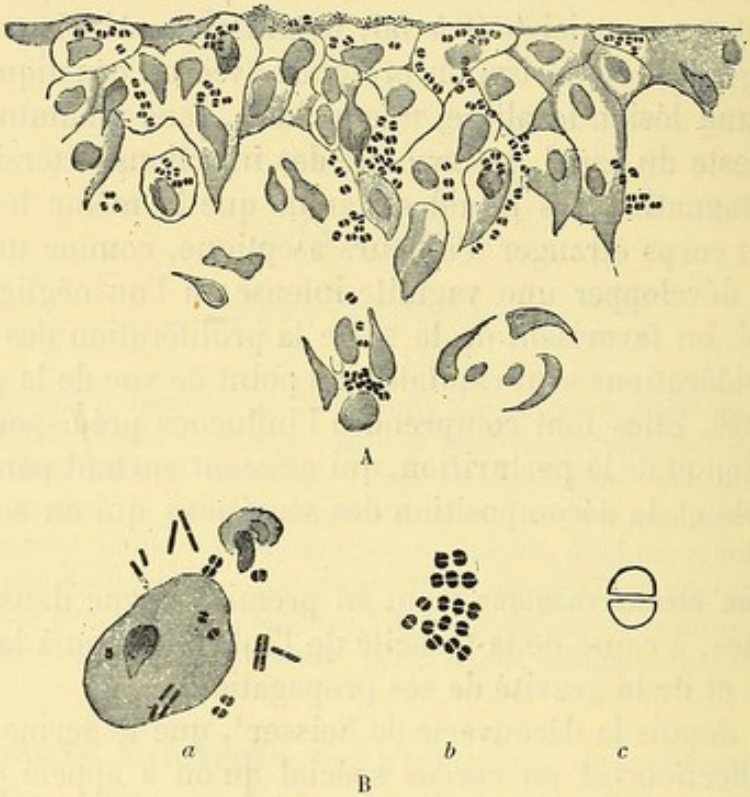


Fig. 485. — Microbes de la blennorrhagie (gonoccus de Neisser).

A. Coupe à travers la conjonctive palpébrale dans un cas d'ophtalmie blennorrhagique datant de trois jours; migration des gonocoques à travers le revêtement épithélial, et ensemencement du tissu sous-épithélial par petits amas (Bumm).

B. Préparation provenant de la sécrétion vaginale d'une accouchée *a*. Cellule épithéliale et corpuscule de pus à la surface et autour desquels on voit des bacilles et des gonocoques; *b*. Gonocoque d'une culture pure; *c*. Schéma du diplococcus (gonococcus) de la blennorrhagie (Bumm).

surtout dans le col où ce revêtement est cylindrique[2]. D'après Stein-

[1] Bumm (*Arch. f. Gyn.*, 1884, Bd. XXIII, p. 327, et *Der Microorganismus der gonorroischen Schleimhauterkrankungen*, Wiesbaden, 1885) donne le procédé suivant pour les rechercher; il est très expéditif et ne demande pas plus de trois minutes : on étale la sécrétion sur le porte-objet, en couche mince, on le sèche à la flamme, on la laisse séjourner d'une demi-minute à une minute dans une solution aqueuse concentrée de fuchsine, on essuie, on sèche de nouveau à la flamme, et on porte directement la préparation sous la lentille à immersion homogène.

[2] Eraud (*Lyon méd.*, 22 juill. 1888, t. LVIII, p. 431, et *Province méd.*, 9 nov. 1888) a fait des recherches qui confirment cette assertion. Chez 200 femmes blennorrhagiques il a examiné la sécrétion de l'urèthre, du vagin et de l'utérus. Il n'a trouvé des gonocoques que très rarement dans le vagin, mais souvent dans le col utérin.

schneider[1] et Fabry[2], l'urèthre serait, au contraire, plus fréquemment atteint que le col. D'après les recherches récentes de Schultz[3], il semble que le col utérin et l'urèthre soient touchés dans les mêmes proportions.

Le rôle des gonocoques a longtemps été incontesté, et les faits qui prouvent son influence prépondérante paraissent, en effet, très démonstratifs. Plus nombreux dans la période d'acuité, plus rares dans les formes chroniques, ils se multiplient et se raréfient selon que la maladie se réveille ou s'éteint; on les a trouvés dans les sécrétions gonorrhéiques de l'urèthre, des glandes de Bartholin, du rectum, dans la salpingite blennorrhagique, dans l'ophtalmie purulente, et on les aurait même découverts dans le sang, dans la synovie articulaire des malades atteints de rhumatisme blennorrhagique. A cette période de certitude a succédé une période de doute et de critique. On a été jusqu'à nier la valeur spécifique du gonococcus, dont Bumm lui-même, du reste, a indiqué la ressemblance extrême avec des diplococci non pathogènes. Sont-ce ces microbes eux-mêmes ou des *pseudo-gonocoques*, si l'on peut ainsi dire, qui ont été trouvés, par Eklund, dans les ulcérations intestinales, pulmonaires et buccales, par de Amicis, dans l'uréthrite simple expérimentale, par Sternberg, dans l'urine qu'il considère comme leur habitat normal (*micrococcus ureæ*)? Le gonococcus ne serait-il, dès lors, qu'un saprophyte indifférent, susceptible de devenir pathogène dans des conditions déterminées? Ou bien, faut-il admettre que, tout en étant d'une espèce distincte, ayant des propriétés pathogènes définies, il est susceptible de s'atténuer et de conserver à l'état latent ses propriétés nocives, jusqu'à ce qu'elles se réveillent dans un milieu favorable? Telle est l'hypothèse qui paraît la plus vraisemblable. Quoi qu'il en soit, des expériences directes, tentées pour trancher la question, par des cultures et des inoculations, n'ont pas donné de

[1] Steinschneider. *Berl. klin. Woch.*, 1887, n° 17, p. 301. — Voici le résultat de l'examen qu'il a fait de 57 filles publiques : 1° Dans tous les cas de blennorrhagie, l'urèthre est l'organe le plus fréquemment atteint (47 pour 100); puis vient la muqueuse du col, ensuite la muqueuse utérine et les glandes de Bartholin. 2° Dans tous les cas de gonorrhée vaginale récente, il existe aussi de l'uréthrite, et on rencontre toujours des gonocoqui, dans cette dernière, quelque minime que soit l'écoulement uréthral. 3° Longtemps après que les gonococci ont disparu de l'urèthre, on en retrouve dans le col ou dans le corps utérin, alors même qu'ils ne manifestent leur présence par aucun phénomène morbide. 4° La muqueuse de la vulve et du vagin est impropre à la colonisation des gonococci. Leur existence constatée dans les sécrétions vaginales est due à une migration des parties voisines. Cette immunité est probablement due à l'épais revêtement d'épithélium pavimenteux, à la sécrétion acide, et enfin à la concurrence vitale des nombreux germes qui habitent normalement le vagin et en chassent le gonococcus.

[2] Fabry. *Deutsche med. Woch.*, 1888, n° 43, p. 876.

[3] Schultz (*Centr. f. Gyn.*, 1896, p. 744), sur 104 femmes, chez lesquelles il a trouvé le gonocoque, l'a rencontré 81 fois dans le col utérin, 78 fois dans l'urèthre, et, seulement 9 fois dans le vagin.

résultat probant : parfois, elles ont réussi à communiquer la blennorrhagie, mais le plus souvent elles sont demeurées inefficaces[1]. Outre la présence du microbe lui-même, il y a donc à tenir compte d'autres facteurs, que l'on peut dès maintenant entrevoir, mais qui n'ont pas été complètement étudiés.

Les microbes pathogènes de la suppuration et de la putréfaction donnent aussi lieu à la vaginite, si les circonstances s'y prêtent, c'est-à-dire s'ils pénètrent en assez grand nombre dans les voies génitales pour y échapper aux causes de destruction, et s'ils y rencontrent un milieu convenable, par suite de la stagnation des sécrétions. Ces germes peuvent venir du dehors; la béance de la vulve, affaiblie par une rupture incomplète du périnée, en favorise l'accès; une condition inverse, la présence de l'hymen à orifice étroit, peut avoir un effet analogue, par un autre mécanisme, en retenant les sécrétions et en ralentissant l'issue du sang menstruel par une sorte de cul-de-sac rétro-hyménal; telle est la cause prédisposante de la vaginite non spécifique des petites filles et des vierges, à laquelle la masturbation vient parfois joindre l'influence d'une inoculation directe. Les inflammations de la vulve, de nature diverse, érythème, exanthèmes, peuvent aussi déterminer cette contamination; des oxyures, provenant du rectum, en sont fréquemment les intermédiaires. Je ne fais que mentionner la contamination transmise de la vessie au rectum par des fistules : ce sont des causes exceptionnelles. Mais une cause assez fréquente, et souvent méconnue, est l'infection secondaire du vagin par des sécrétions pathologiques venues de l'utérus; la leucorrhée vaginale qui complique la métrite ne reconnaît pas d'autre origine, et on la voit se tarir, dès que l'inflammation de la muqueuse utérine a été guérie par le curettage ou toute autre médication efficace.

L'irritation locale et l'hypérémie ne suffisent pas seules à produire la vaginite, mais permettent son développement rapide en favorisant l'action des germes autochtones ou venus du dehors. C'est ainsi qu'agissent la masturbation, même sans introduction de corps étranger, le séjour prolongé des pessaires, en l'absence de soins suffisants de propreté, la stase sanguine due aux maladies du cœur et du foie, à la pression des tumeurs abdominales, à la grossesse. Bumm a fait, à propos de cette dernière, la curieuse remarque qu'elle provoque

[1] Neisser, Leistikow, Krause, Lœffler, Bouchard, Kreise, Burner et Crivelli n'ont jamais pu provoquer la blennorrhagie par l'inoculation de liquides de culture pure. (Crivelli. *Nature et traitement de la blennorrhagie*. Thèse de Paris, 1886.)

D'autre part, Bokai, Filkenstein, C. Paul, Bockhardt ont développé des uréthrites par l'inoculation, et ce dernier auteur a même provoqué de la cystite et des abcès multiples des reins, chez un paralytique général moribond. (Du Castel, *Loc. cit.*) — H. Poney (*Recherches sur les microbes du pus blennorrhagique*. Thèse de Paris, 1888) n'a constaté qu'un fait positif sur six inoculations.

une prolifération excessive des gonococci, alors même que l'infection blennorrhagique paraissait depuis longtemps éteinte. C'est aussi pendant la grossesse (15 fois sur 26 cas), chez des femmes dont la vulve est béante, et, pendant les mois chauds de l'année, que von Herff[1] a observé la variété de vaginite qu'il a dénommée **vaginite mycotique** et dont l'agent pathogène serait surtout l'*oïdium albicans*. C'est encore grâce à la congestion des organes génitaux qui se manifeste au moment de la ménopause que celle-ci amène parfois de la vaginite; il en est de même pour l'exposition au froid, les excès de coït, les excitations génitales, l'usage des machines à coudre, l'équitation, etc.

Vaginite mycotique.

Au point de vue purement clinique, on peut distinguer dans la vaginite un certain nombre de types.

Types cliniques.

1° **La vaginite blennorrhagique des adultes**, qui est de beaucoup la forme la plus commune et qui peut atteindre des petites filles et des vierges, chez lesquelles sa véritable origine est le plus souvent méconnue[2].

Vaginite blennorrhagique des adultes.

2° **La vaginite des petites filles et des vierges** est très souvent le résultat de l'**infection blennorrhagique** méconnue, dont je viens de parler; alors, le vagin a été, ordinairement, mis en état de *réceptivité* par un exanthème, rougeole, scarlatine, etc., qui a affaibli tout l'organisme et desquamé l'épithélium[3].

Vaginite des petites filles et des vierges.

Mais il existe une vaginite **non spécifique**, vraisemblablement due

[1] Otto von Herff. *Ueber Scheidenmycosen* (*Samml. klin. Vortr.*, 1895, n° 137, p. 493).

[2] Ollivier (*Note sur la contagion de la vulvo-vaginite des petites filles* in *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1888, t. XX, n° 13, p. 561) a observé, à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, une épidémie, qui a cessé grâce aux soins antiseptiques s'opposant à la contagion. Il est très vraisemblable qu'il s'agissait là d'infection blennorrhagique. — V. Dusch (*Ueber die infectiöse Kolpitis kleiner Mädchen* in *Deutsche med. Woch.*, 1888, n° 41, p. 851) a pu constater, par une enquête attentive, qu'il y avait eu contagion venue des parents, des frères ou des sœurs : les « épidémies de maison » n'ont pas d'autre cause. — F. Späth *Münch. med. Woch.*, 28 mai 1889, p. 373), sur 21 cas de vaginite des petites filles, a trouvé dans 14 cas le gonococcus de Neisser. Dans aucun des 7 autres cas il n'existait d'uréthrite. Il a pu s'assurer que la contagion s'était produite dans la famille ou à l'hôpital par le linge, les vêtements, etc. — Pott, de Halle (*Congrès gyn. de Halle*, in *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 26, p. 422), a observé, en douze ans, 86 cas de vulvo-vaginite sur un total de 8 481 petites filles qu'il a examinées, savoir : avant 5 ans, 56 cas; de 5 à 10 ans, 23 cas; de 10 à 15 ans, 7 cas. Cette affection était blennorrhagique, car l'examen fait par Cseri et Israël a démontré des gonococci. Il ne croit pas à la fréquence de l'inoculation par viol, mais bien à la contamination par les draps de lit, quand les parents et les frères aînés couchent avec les enfants; cette inoculation se fait ainsi bien plus facilement chez les petites filles que chez les petits garçons. — Prochownik (*Ibid.*, p. 423), sur 21 cas de blennorrhagie chez des petites filles, a trouvé le gonococcus 17 fois. — Veillon et Hallé, *Étude bactériologique des vulvo-vaginites des petites filles* (*Arch. de Méd. expér. et d'Anat. path.*, 1896, t. VIII, p. 281), dans 21 cas de vulvo-vaginite des petites filles ont trouvé, à l'aide de l'examen bactériologique et des cultures, 17 fois le gonocoque.

[3] Dusch (*Loc. cit.*) note expressément que les petites filles les plus exposées à l'infection gonorrhéique sont celles qui ont été atteintes de scarlatine. — F. Späth (*Loc. cit.*) fait une remarque identique; ce qui constitue, alors, la preuve que l'affection est blennorrhagique, c'est la présence du gonococcus dans l'uréthrite concomitante.

au développement de simples saprophytes, chez les enfants affaiblis, ou dont l'hygiène est négligée; j'ai indiqué le rôle éventuel des oxyures chez les petites filles, et de l'étroitesse de l'orifice hyménal chez elles et chez les femmes vierges. Elle constitue une prédisposition organique analogue à celle du phimosis congénital dans la production de la balanite pour le sexe masculin.

Vaginite des femmes enceintes.

3° **La vaginite des femmes enceintes** n'est parfois que le réveil d'une ancienne **gonorrhée**; mais elle peut aussi être **non spécifique**, et cependant donner lieu à des phénomènes intenses, végétations, écoulement, etc. Il s'agit, sans doute, alors d'infection par des staphylocoques ou des streptocoques[1]. Quant à la **vaginite septique des femmes en couches**, ce n'est point une espèce morbide définie; c'est une simple manifestation locale de l'infection générale, se traduisant, là comme ailleurs, par la tendance à la suppuration et à la mortification; souvent il s'agit d'une **infection mixte** puerpéro-blennorrhagique.

V. des vieilles femmes.

4° **La vaginite de la ménopause et des vieilles femmes** affecte généralement une forme anatomique qui en fait une affection un peu spéciale; l'absence de soins hygiéniques et une prédisposition diathésique (herpétisme) peuvent être ordinairement invoquées pour en expliquer la production.

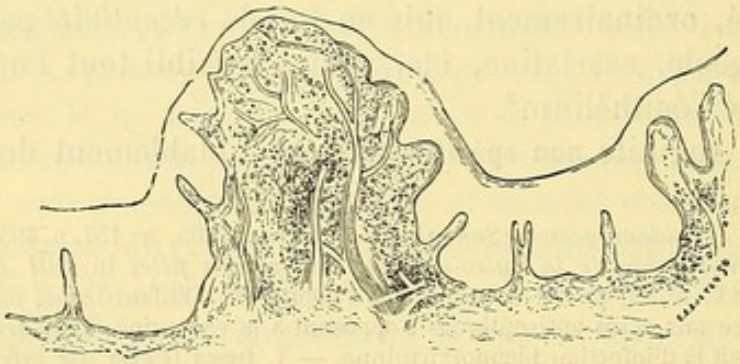


Fig. 486. — Vaginite granuleuse (Ruge).

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Il est rare que le canal vaginal soit atteint dans toute son étendue : cela peut s'observer pourtant, dans le stade aigu d'une inflammation provoquée par une blennorrhagie récente, par un exanthème, par une vive irritation locale (injection caustique, traumatisme). On trouve alors toute la muqueuse boursouflée, rouge, recouverte de muco-pus. Le plus souvent, c'est par îlots ou par plaques que procède l'inflammation du vagin. On observe des zones malades alternant avec des zones saines.

C. Ruge[2] a distingué trois formes de vaginite, au point de vue de l'anatomie pathologique : 1° la **vaginite granuleuse**, 2° la **vaginite simple**, 3° la **vaginite sénile** ou **des vieilles femmes**. On peut y joindre 4° la

[1] F. Laborde. *De la vaginite granuleuse chez les femmes enceintes*, Th. de Paris, 1895.
[2] C. Ruge. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1879, Bd. IV, p. 135.

vaginite emphysémateuse, lésion rare, mais dont on ne saurait faire une entité morbide séparée du cadre des vaginites.

1° **Vaginite granuleuse.** — C'est la forme la plus fréquente : on l'observe également dans les périodes aiguë ou chronique. Le revêtement épithélial est épaissi, surtout dans ses couches profondes que les réactifs colorent plus fortement. Les papilles sont hypertrophiées, infiltrées de petites cellules, et arrivent, par la disparition des espaces qui les séparent, à se fusionner et à former de petites masses qui constituent la granulation. Il peut se faire que l'épithélium qui les recouvre s'amincisse et prenne un aspect granuleux qui le fait confondre avec le tissu même de la granulation ; on serait porté à croire alors qu'il s'agit d'une formation folliculaire, tandis qu'il ne s'agit que de transformations survenues dans les papilles et dans l'épithélium de revêtement, avec augmentation du réseau capillaire (fig. 486). Vaginite granuleuse.

2° **Vaginite simple.** — La surface épithéliale reste lisse, mais s'épaissit par places ; dans les points où elle est le plus amincie, les papilles sont tuméfiées et le tissu sous-jacent présente une infiltration de petites cellules. Mais la prolifération est bornée à la couche épithéliale, en sorte que la vaginite simple se distingue de la vaginite granuleuse par une moindre extension de ce processus (fig. 487). Vaginite simple.

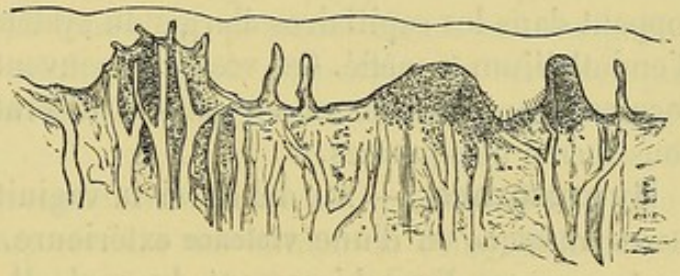


Fig. 487. — Vaginite simple (Ruge).

3° **Vaginite sénile** (*colpitis vetularum*). — Des taches plus ou moins grandes font saillie à la surface de la muqueuse et se fusionnent par places ; on y observe une structure variable ; tantôt ce sont des sortes d'ecchymoses, tantôt des saillies aplaties qui offrent à leur centre un point de ramollissement ; le revêtement épithélial est très aminci ou détruit, ce qui permet la formation d'adhérences qui peuvent oblitérer le vagin. La *vaginite miliaire*, la *vaginite vésiculeuse*, décrite par Eppinger[1], paraît appartenir à cette forme, ainsi que la *vaginite ulcéreuse adhésive* de Hildebrandt[2]. Il est probable que c'est aussi à elle qu'il faut rattacher ce qu'on a appelé la **leucoplasie**[3] de la muqueuse vaginale. Toutes les observations citées à Vaginite sénile. Leucoplasie vulvo-vaginale.

[1] H. Eppinger. *Zeitschr. f. Heilkunde*, 1880, Bd. I, p. 369 et 1882, Bd. III, p. 177.

[2] H. Hildebrandt. *Monatschr. f. Geb.*, 1868, Bd. XXXII, p. 128 et suiv.

[3] P. Reclus. *Cancroïde développé sur des plaques de leucoplasie vaginale* (*Gaz. hebd. de méd.*, 1er juill. 1887). — Gabriel Bex. *Leucoplasie et cancroïde de la muqueuse vulvo-*

l'appui de cette nouvelle espèce morbide sont, en effet, relatives à de vieilles femmes, et d'après la description des lésions elles ne diffèrent pas beaucoup de celles qui ont été exposées par Ruge; ce n'est que très hypothétiquement et grâce à une similitude d'aspect extérieur assez précaire qu'on les a rapprochées du *psoriasis buccal*.

Vaginite emphysémateuse.

4° **Vaginite emphysémateuse** ou **pachyvaginite kystique**. — J'ai indiqué plus haut le gonflement inflammatoire que subit parfois la muqueuse vaginale, durant la grossesse[1]. Les saillies, séparées par des sillons qu'on y observe, ont été comparées par Winckel à celles des grains de maïs sur leur épi. Elles peuvent se creuser de lacunes renfermant du liquide ou des gaz. Cette forme est très rare en dehors de la grossesse; elle a été appelée *colpohyperplasie kystique* (Winckel). Comme ce n'est pas dans des cavités kystiques véritables que s'infiltre le gaz, mais bien dans les mailles du tissu conjonctif (C. Ruge), il vaut mieux l'appeler **vaginite emphysémateuse**. Il est probable que les gaz se forment sur place, à la suite de la désintégration moléculaire du tissu de prolifération inflammatoire, quoique cette origine reste encore à démontrer. Chiari a affirmé que les gaz se développent dans les capillaires élargis du système lymphatique, remplis d'endothélium tuméfié. Ces vésicules peuvent se rompre et se transformer momentanément en petites ulcérations, ou se dessécher sous forme de squames.

Symptômes.

Symptômes. — Au début, si la vaginite résulte d'une **infection blennorrhagique** ou d'une **violence** extérieure, une vive **douleur** locale peut marquer l'envahissement du mal. Il s'y joint bientôt de la **leucorrhée**, d'abord séreuse, puis blanc verdâtre, puriforme ou franchement purulente. Son abondance peut être extrême, donner lieu à un prurit vulvaire des plus pénibles, et devenir une cause d'affaiblissement.

En dehors de la période aiguë, l'écoulement est beaucoup moins considérable, et l'on doit, parfois, en rechercher les traces dans les culs-de-sac vaginaux, sorte de clapier naturel où se réfugient,

vaginale. Thèse de Paris, 1887. — Parmi les six observations rapportées dans cette thèse, la 1re et la 2e sont de simples cancroïdes de la vulve, les 3e, 4e et 5e sont des exemples de cancroïdes coïncidant avec des plaques de vaginite, la 6e un cas type de vaginite sénile chez une diabétique. Toutes ces femmes avaient dépassé la ménopause.

[1] Consulter sur la vaginite durant la grossesse, en général, et sur cette forme en particulier : F. Winckel. *Arch. f. Gyn.*, 1871, Bd. II, p. 406. — Schröder. *Deutsches Arch. f. klin. Med.*, 1874, p. 558. — M. Schmolling. *Ueber Colpohyperplasia cystica und Luftcysten der Scheide* Dissert. inaug., Berlin, 1875. — P. Naecke. *Arch. f. Gyn.*, 1876, Bd. IX, p. 461. — E Chenevière. *Ibid.*, 1877, Bd. XI, p. 351. — Zweifel. *Ibid.* Bd. XII, p. 39. — C. Ruge. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1878, Bd. II, p. 29. — Eppinger. *Loc. cit.*, p. 369. — Hueckel. *Virchow's Arch.*, 1883, Bd. XCIII, Heft 2, p. 204. — H. Chiari. *Prag. Zeitschr. f. Heilk.*, 1885, Bd. VI, p. 81.

pendant longtemps, les vestiges d'une inflammation ancienne : c'est ce qui a fait créer le nom de **blennorrhagie des culs-de-sac** (Alph. Guérin, Martineau). Les glandules qui siègent au voisinage du **méat urinaire** peuvent aussi rester longtemps infectés. L'infection gonorrhéique de la vulve et de ses glandes ne détermine jamais, à elle seule, l'engorgement des ganglions inguinaux[1].

L'examen au spéculum sera pratiqué, de préférence, avec le spéculum de Cusco, qui permet d'étaler largement les parois et de les observer dans son entrebâillement.

Le toucher permettra de se rendre compte de l'état granuleux et rugueux du vagin. Il est chaud et douloureux à la période aiguë.

Dans la vaginite blennorrhagique, il existe toujours en même temps de l'**urèthrite**. Pour la rechercher, on examinera la femme avant qu'elle ait uriné depuis peu, et l'on pressera de haut en bas sur l'urèthre de manière à ramener vers le méat la goutte de pus qu'il peut contenir.

L'**état général** est souvent affecté par une leucorrhée intense : il se produit, en particulier, des troubles gastralgiques fort pénibles et un état fébrile passager, survenant par poussées aiguës ou subaiguës ; celles-ci sont dues à la salpingite avec périsalpingite séreuse, que Nöggerath a décrite, en pareil cas, sous le nom de **paramétrite récurrente**.

La **vaginite sénile** ne provoque souvent aucun symptôme, ou seulement un peu de **leucorrhée** séreuse ou teintée de sang (Schröder). Cette vaginite chronique amène la perte de tonicité de la muqueuse et favorise son **prolapsus**.

La **vaginite emphysémateuse** des femmes en couches se borne aussi à produire de l'écoulement.

Végétations.

On observe, parfois, des **végétations** bénignes ou papillomes sur les parois du vagin, irritées par le contact prolongé d'une sécrétion muco-purulente ; fréquentes dans la vaginite blennorrhagique, elles s'observent aussi dans la vaginite non spécifique des femmes enceintes.

Vaginite exfoliatrice.

L'expulsion de lambeaux de muqueuse, à la suite d'injections astringentes ou simplement sous l'influence d'inflammations très vives, a été dénommée **vaginite exfoliatrice** ; ce n'est qu'un épiphénomène assez rare, et qu'on devra se garder de confondre avec l'expulsion d'une membrane intra-utérine de dysménorrhée membraneuse ; le microscope montrera ici de grandes cellules d'épithélium pavimenteux.

[1] Sänger. *De la blennorrhagie chez la femme*, trad. par Labusquière (*Annal. de Gyn.*, fév. 1890, t. XXXIII, p. 139).

Diagnostic. **Diagnostic.** — La difficulté véritable du diagnostic consiste a déterminer la **nature, blennorrhagique ou non,** de la vaginite. L'absence du gonococcus dans le vagin ne constitue pas un élément d'information suffisant, car il peut manquer, avoir été détruit ou être introuvable dans les gonorrhées anciennes, ainsi que je l'ai indiqué; la présence d'une uréthrite est, par contre, une preuve de la nature blennorrhagique du mal. C'est dans l'urèthre qu'on devra chercher, alors, les microbes caractéristiques. La marche de la maladie et les antécédents de la malade fourniront aussi des renseignements précieux. Si l'on peut faire la **confrontation** de la femme et de l'auteur présumé de la contamination, ce qui est assez souvent possible dans la clientèle, l'existence d'une gonorrhée, même très ancienne et très peu apparente, chez l'homme, sera démonstrative. L'ophtalmie blennorrhagique d'un ou de plusieurs enfants aurait la même valeur. La présence, chez la femme malade, de végétations, en l'absence de grossesse, est une assez forte présomption : l'inflammation coexistante des glandes de Bartholin est un indice presque certain de l'infection blennorrhagique.

Chez les **petites filles,** il faudra se garder, surtout dans un examen médico-légal, de conclure trop facilement à la nature infectieuse de l'écoulement; on sait que la propagation d'une vulvite, entretenue par un défaut de propreté, peut amener la vaginite, surtout chez les enfants lymphatiques; là encore, la **coïncidence de l'uréthrite** a une très grande valeur.

La **vaginite de la femme enceinte** doit aussi être bien connue pour éviter des méprises analogues; on n'oubliera pas qu'elle suffit à produire des **végétations.**

On ne confondra pas avec la sécrétion inflammatoire la leucorrhée fétide du **cancer,** ni l'écoulement qui succède à l'**avortement,** avec rétention des membranes.

Pronostic. **Pronostic.** — La vaginite blennorrhagique est une affection sérieuse, à cause de sa propagation au col utérin et, de là, fréquemment à l'utérus et aux trompes[1]. Elle est, en outre, très rebelle, et l'on voit des inflammations anciennes qui paraissaient éteintes se réveiller sous l'influence d'une cause occasionnelle, excès de coït, refroidissement pendant les règles, fatigue exagérée, état puerpéral. Il y a dans cette marche quelque chose qui rappelle l'allure des vieilles blennorrhées ou *gouttes militaires*, chez l'homme. La blennorrhagie, chez la femme, est une affection incomparablement plus grave que chez l'homme; il est facile de le comprendre en comparant le pronostic de la métrite du col à celui d'une gonorrhée chronique réfu-

[1] A. Fournier, art. Blennorrhagie, in *Dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1866, t. V. p. 129

giée au niveau du cul-de-sac du bulbe, ou encore le pronostic de la tubo-ovarite, qui suppure si souvent, à celui de l'épididymo-orchite, qui est si rarement une affection sérieuse. Plus fréquemment encore chez la femme que chez l'homme, les lésions ascendantes de la blennorrhagie sont bilatérales et causent la stérilité; l'oblitération des deux trompes due à la salpingite chronique est la règle chez les prostituées.

Ce qui constitue surtout la gravité de la blennorrhagie chez la femme, c'est qu'un reste, en apparence insignifiant, d'infection du col peut, sous l'influence de l'état puerpéral, récupérer toute sa virulence première, se combiner à l'infection septique (infection mixte, *puerpéro-gonorrhéique*) et amener les plus graves désordres.

On voit donc l'importance extrême d'un traitement rapide et énergique, capable de délivrer la femme de tout vestige pouvant demeurer pour elle une perpétuelle menace. L'opinion de Nöggerath[1] sur l'incurabilité de la maladie n'est trop absolue que si la malade est soignée énergiquement et à temps.

La gravité de la blennorrhagie chez les petites filles vient de ce qu'elle peut s'étendre, comme chez l'adulte, à l'utérus, aux trompes et au péritoine. Säxinger a observé des pyo-salpingites, chez des vierges, qui ne s'expliquent que par une infection gonorrhéique sans coït, par contact. J'ai, moi-même, opéré un cas de ce genre. Un fait de péritonite généralisée, rapporté par Welander, concernait une petite fille de cinq ans; j'en ai observé un cas à Lourcine-Pascal, chez une jeune fille; ces faits sont excessivement rares, mais la mort par pelvi-péritonite suppurée, suite de pyo-salpinx, peut, assez souvent, être la conséquence de l'infection blennorrhagique.

Les autres vaginites sont d'un pronostic beaucoup moins sérieux et cèdent plus facilement au traitement.

Traitement.

Traitement. — On recherchera d'abord les causes qui peuvent provoquer ou entretenir l'inflammation chronique, pessaire, oxyures, catarrhe cervical. Un très grand nombre de vaginites cèdent au traitement de la métrite qui les entretient. C'est ainsi que l'opération de Schröder (excision de la muqueuse du col) est le meilleur moyen de guérir certaines vaginites chroniques entretenues par l'infection cervicale, d'origine gonorrhéique.

Pour la **vaginite chronique** granuleuse et pour la **vaginite sénile**, on se trouvera bien d'applications de longs tampons de coton hydrophile imbibés de glycérine boriquée ou de glycérolé de tanin, tous

[1] E. Nöggerath. *Ueber latente und chronische Gonorrhoe beim weiblichen Geschlecht* (*Deutsche med. Woch.*, 1887, n° 49, p. 1059). — Schwarz. *Die gonorrhœische Infection beim Weibe* (*Samml. klin. Vorträge*, 1886, n° 279).

les deux jours, et de badigeonnages avec la solution de nitrate d'argent à 1/20.

Dans la période aiguë de la **vaginite blennorrhagique**, on a conseillé les **émollients**. Il est certain que les bains généraux prolongés, les boissons délayantes, soulagent beaucoup l'uréthrite qui accompagne l'inflammation du vagin. Mais, contre celle-ci, les injections de guimauve, de graine de lin, etc., ne sont que d'une utilité très contestable et peuvent même être nuisibles, car elles sont loin parfois d'être aseptiques. Mieux vaut faire de larges irrigations de plusieurs litres (4 à 6) d'eau bouillie, additionnée d'une petite quantité de permanganate de potasse (1/2000). On emploiera une petite canule de verre introduite avec grande douceur, vu la grande sensibilité du vagin. Dès qu'il sera toléré, le spéculum grillagé annexé à la canule (fig. 3) sera fort utilement employé. Il est très important de placer la canule, après chaque irrigation, dans une solution d'acide phénique à 50/1000 et de l'y laisser séjourner. On évitera ainsi les inoculations nouvelles auxquelles sont exposées les malades quand on ne prend pas cette précaution. La malade sera maintenue au repos.

Dès que la période suraiguë sera passée, on instituera un **traitement antiseptique** énergique : injection deux fois par jour avec la solution de permanganate à 1/2000, en ayant soin de déplisser le vagin et de rincer les culs-de-sac avec le doigt profondément introduit ; après chaque injection, introduction d'un tampon de gaze iodoformée modérément tassée, de la grosseur d'un œuf de pigeon, jusque sur le col de l'utérus ; ce tampon s'imbibe des sécrétions et agit ainsi à la fois comme antiseptique et comme agent de drainage et d'assèchement. On pourrait, si besoin en était, remplacer les injections de permanganate par des injections à la créoline, au sublimé, à l'acide phénique, à l'acide borique, à l'alun, au tanin, au coaltar saponiné, à la résorcine ou au chloral. Fritsch[1] se loue beaucoup du chlorure de zinc, à la dose de 10 grammes par litre. Chez les femmes enceintes on ne fera les injections au sublimé qu'avec de grandes précautions, et en assurant l'issue du liquide par l'introduction du spéculum, vu la facilité d'absorption hydrargyrique.

Le **traitement, dit balsamique**, s'adresse à l'**uréthrite** concomitante : mais le copahu, le cubèbe, sont mal supportés par les femmes, et, du reste, l'uréthrite est incomparablement moins tenace chez elles que chez les hommes, à cause de la rectitude, de la brièveté et de la largeur du canal. Les crayons d'iodoforme (beurre de cacao et iodoforme), introduits dans le canal et légèrement écrasés par la pression vaginale, sont très efficaces dans l'uréthrite chronique.

[1] Fritsch. *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 50, p. 477.

Quand le traitement de la vaginite est suffisamment avancé, on fera bien de s'attaquer, sans tarder, à la **métrite** qui a pu en résulter, et qui entretient elle-même les derniers restes de l'inflammation du vagin.

Le **traitement général** ne sera pas négligé; le fer et les toniques seront administrés aux chlorotiques. Les enfants scrofuleux suivront un traitement approprié à leur état.

Pseudo-vaginites. V. croupale ou diphthéritique.

Les auteurs étrangers décrivent sous le nom de **vaginite croupale** ou **diphthéritique** la production de fausses membranes due à la mortification superficielle de la muqueuse et qui n'ont rien de commun avec la signification donnée, en France, au mot diphthérie; ce n'est qu'une **gangrène du vagin**, désignation plus exacte que celle de **vaginite gangréneuse**, qu'on rencontre dans les cas d'infection septique intense du vagin ou dans certains cas de cancer de l'utérus, de fibromes sphacélés, ou de pessaires indéfiniment oubliés dans un vagin soustrait à tout soin de propreté. On a pu l'observer aussi dans des blennorrhagies intenses, dans l'état puerpéral, dans le cours de maladies infectieuses aiguës (rougeole, variole, typhus). Ce n'est nullement une espèce morbide distincte, mais un accident septique greffé sur des lésions inflammatoires du vagin. Elle ne fournit aucune indication nouvelle au traitement, sauf la nécessité de surveiller les adhérences et les rétractions qui pourraient suivre l'exfoliation des parties de muqueuse mortifiées; on maintiendra, pour cela, dans le vagin des tampons antiseptiques fréquemment renouvelés, isolant les surfaces.

V. gangréneuse.

Péri-vaginite phlegmoneuse disséquante.

La **péri-vaginite phlegmoneuse disséquante**[1], ou inflammation suppurative du tissu cellulaire situé autour du vagin, n'est qu'une localisation spéciale, très rare, de suppuration pelvienne; on l'a observée dans le décours de fièvres graves. Son traitement consiste à donner issue au pus, dès qu'il a été reconnu.

[1] G. Marconnet. *Virchow's Arch.*, 1865, Bd. XXXIV, p. 226. — Minkiewitsch. *Ibid.*, 1867, Bd. XLI, p. 457. — Bizzozero. *Gaz. delle Clin.*, Turin, 1875. — Tschernüschew. *Centr. f. Gyn.*, 1881, p. 114.

CHAPITRE II

TUMEURS DU VAGIN

KYSTES. — CORPS FIBREUX ET POLYPES. — CANCER PRIMITIF.

Kystes. Définition. Kystes proprement dits et pachyvaginite kystique. Anatomie pathologique. Pathogénie. Étiologie. Anatomie pathologique. Symptômes. Diagnostic. Traitement. — Corps fibreux et polypes. Anatomie pathologique. Étiologie. Symptômes et diagnostic. Traitement. — Cancer primitif. Anatomie pathologique. Étiologie. Marche et symptômes. Diagnostic. Traitement.

Kystes.

Définition. Kystes proprement dits et pachyvaginite kystique.

Définition. — On a souvent confondu sous le même nom et décrit dans le même chapitre deux affections pourtant très différentes : 1° une lésion chronique, stationnaire, intéressante au point de vue anatomique, sans importance chirurgicale, caractérisée par de petites lacunes dont le volume n'excède pas généralement celui d'un grain de millet ou de chènevis, très nombreuses et disséminées sur toute l'étendue du vagin ; 2° une lésion qui occasionne des désordres sérieux et qui réclame une intervention active, représentée par des kystes à paroi bien définie, à poches peu nombreuses, dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf ou au-dessus, et qui ont une tendance à augmenter de volume quand le chirurgien n'intervient pas.

Ces deux affections, essentiellement distinctes par l'anatomie pathologique, la marche, les symptômes, les indications thérapeutiques, ont été artificiellement rapprochées. En réalité, la première n'est qu'une variété de vaginite chronique, une *colpohyperplasie kystique*, selon la dénomination que lui a donnée Winckel[1]. Je l'ai déjà sommairement décrite à propos de la vaginite de la grossesse. Le contenu de ces lacunes est tantôt liquide, tantôt gazeux (conte-

[1] F. Winckel. *Ueber die Cysten der Scheide, insbesondere eine bei Schwangeren vorkommende Colpohyperplasia cystica* (*Arch. f. Gyn.*, 1871, Bd. II, p. 383).

nant de la triméthylamine), d'où le nom de *vaginite emphysémateuse* qu'on lui a aussi donné[1].

J'éliminerai de l'étude des kystes du vagin proprement dits cette *pachyvaginite kystique*, dont la pathogénie est encore très obscure, la symptomatologie presque nulle, et dont la thérapeutique se confond avec celle de la vaginite chronique.

Pathogénie. — Les théories les plus diverses ont été émises sur l'origine des kystes du vagin. Pathogénie.

Huguier[2], dans un mémoire longtemps resté classique, leur assignait une *origine glandulaire*, et les divisait en superficiels et profonds, suivant le siège des deux ordres de glandes qu'il décrivait dans les parois vaginales. Or ces glandes n'existent pas, mais elles peuvent être simulées, anatomiquement, par des cryptes ou lacunes, qui, par l'oblitération de leur orifice rétréci, jouent le même rôle pathologique. Virchow[3], A. Guérin[4] et Preuschen[5] se sont ralliés à cette théorie de kystes glandulaires ou pseudo-glandulaires; Poupinel[6] l'admet dans un certain nombre de cas.

D'autres auteurs, parmi lesquels il faut ranger Eustache[7], Tillaux[8] et son élève Thalinger[9], sont disposés à y voir des **hygromas ou bourses séreuses accidentelles** (professionnelles, selon Courty, qui croit avoir remarqué leur fréquence chez les filles publiques).

C'est à une hypothèse analogue que se rattache W. Thorn[10]; pour les kystes observés chez des femmes qui ont eu des enfants, il croit à un **épanchement traumatique de sérosité**, analogue à ceux que Morel-Lavallée a décrits en d'autres régions.

Une théorie qui s'appuie sur des faits très probants a été mise en avant par Veit[11], c'est celle qui assigne pour origine aux kystes du

[1] Zweifel. *Vaginitis emphysematosa* (*Arch. f. Gyn.*, 1877, Bd. XII, p. 39). — *Ueber Vaginitis emphysem. und den Nachweis des Trimethylamin in der Vagina* (*Ibid.*, 1881, Bd. XVIII, p. 359). — Lebedeff. *Ueber die Gascysten der Scheide* (*Ibid.*, 1881, Bd. XVIII, p. 152). Ce dernier les a observés, en dehors de l'état de grossesse.

Consulter, sur l'historique et l'anatomie pathologique de cette affection, Jacobs fils (de Bruxelles). *Des kystes vasculaires du vagin* (*Arch. de physiol. norm. et path.*, 1888, t. II, p. 261).

[2] Huguier. *Mém. de la Soc. de Chir.*, 1847, t. I, p. 241.

[3] Virchow. *Die krankhaften. Geschwülste*, 1863, Bd. I, p. 247.

[4] A. Guérin. *Maladies des organes génitaux externes de la femme*, 1864, p. 429.

[5] Preuschen. *Centr. f. Med.*, 1871, p. 773.

[6] Poupinel. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 224.

[7] Eustache. *Arch. de tocol.*, 1878, t. V, p. 191.

[8] Tillaux. *Gaz. des Hôp.*, 1885, p. 505.

[9] Thalinger. *Des kystes du vagin, en particulier des kystes de la paroi antérieure.* Thèse de Paris, 1885.

[10] W. Thorn. *Zur Ætiologie der Vaginalcysten* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 38, p. 657).

[11] J. Veit. *Krankh. der weibl. Geschlechtsorgane*, in *Virchow's Handb. der spec. Path. und Ther.*, 1887, Bd. VI, p. 544; — *Ueber einen Fall von der grossen Scheidencyste* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VIII, p. 471). — C. Rieder. *Ueber die Gartner'schen Kanäle beim menschlichen Weibe* (*Virchow's Arch.*, 1884, Bd. XCVI, Heft 1, p. 100). —

vagin les **vestiges du canal de Wolff**, qui chez certains animaux, où ils sont très apparents, portent le nom de canal de Gartner.

On a attribué la formation de certains kystes du vagin à l'indépendance des **canaux de Müller** et à l'existence d'une cavité vaginale latérale, borgne inférieurement, résultat d'une bifidité avortée. Ces cavités doivent être rattachées à l'hématocolpos ou au pyocolpos, et ont été, je crois, abusivement rapprochées des kystes. J'y reviendrai à propos du diagnostic.

Quelques grands kystes sont-ils le résultat d'une **ectasie lymphatique**, comme le sont peut-être les lacunes gazeuses de la pachyvaginite kystique? Cette théorie, d'abord soutenue par Klebs, a été acceptée, pour un certain nombre de cas, par d'autres auteurs[1].

En résumé, si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur les théories qui ont été émises et sont encore soutenues sur la pathogénie du groupe clinique assez complexe qui constitue les kystes du vagin, on voit que les auteurs les rattachent encore à diverses origines, sans que pourtant chacune d'elles corresponde à un type anatomique défini. Une seule pathogénie paraît hors de doute pour une certaine espèce; c'est l'**origine wolffienne**, caractérisée dans les cas les plus accusés par la présence de plusieurs kystes en chapelet ou par un prolongement supérieur vers le ligament large. Toutes les autres provenances sont hypothétiques et surtout basées sur des analogies lointaines. Je crois que tous les **grands kystes** dépassant le volume d'une noisette doivent être rattachés à cette origine embryonnaire. On remarquera qu'ils sont souvent uniques, ou très peu nombreux et disposés en série verticale, comme s'ils provenaient de l'ectasie moniliforme d'un cordon rectiligne. Quant aux **petits kystes**, nombreux, disséminés sur toute la surface ou sur une région limitée du vagin, sans ordre, par groupes, j'admettrais volontiers leur *formation pseudo-glandulaire* par oblitération de cryptes ou de lacunes au fond desquelles l'épithélium s'est accumulé d'abord, pour faire place ensuite à une exhalation liquide. Il est facile de reconnaître la réalité de ces deux types anatomiques et cliniques par la lecture des observations publiées.

Sans nier absolument les autres origines, je les crois excessivement rares; je dois mentionner, à ce propos, un cas unique de **kyste hydatique** des parois vaginales, observé par Porak[2].

W. Fischel. *Ueber das Vorkommen von Resten des Wolff'schen Ganges in der Vaginalportion* (*Arch. f. Gyn.*, 1884, Bd. XXIV, p. 119).

[1] Klebs. *Cystenbildung*, in *Handb. der path. Anat.*, 1876, Bd. I, p. 964. — Fischel. *Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Scheidencysten* (*Arch. f. Gyn.*, 1888, Bd. XXXIII, p. 219). — W. Kümmel. *Ueber cystische Bildungen in der Vagina und im Vestibulum Vaginæ* (*Virchow's Arch.*, 1888, Bd. CXIV, p. 407).

[2] Porak. *Arch. de tocol.*, 1884, p. 165.

Étiologie. — Les kystes du vagin s'observent à tout âge, chez les vierges comme chez les femmes ayant accouché; les excès de coït ont-ils une réelle influence, ainsi que le pense Courty? Le fait est douteux. Par contre, l'accouchement pourrait avoir une certaine action, non comme conséquence du traumatisme du vagin, mais par la suractivité nutritive que la grossesse imprime à tout l'appareil génital, et qui peut avoir son retentissement sur les résidus fœtaux anormalement persistants, ou sur l'épithélium qui tapisse les plis et les cryptes de la muqueuse. Étiologie.

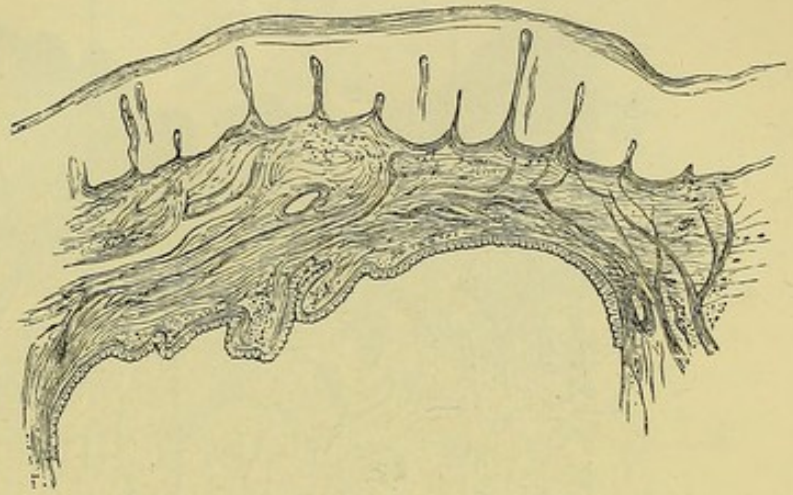


Fig. 488. — Coupe de la paroi d'un kyste du vagin (Schröder). En haut, épithélium pavimenteux du vagin; en bas; épithélium cylindrique du kyste.

Anatomie pathologique. — Les kystes du vagin sont le plus souvent solitaires. Sur 128 cas rassemblés par Poupinel [1], 28 fois seulement (soit presque 22 fois pour 100), on en a rencontré plusieurs. Il y en a rarement plus de 3 ou 4, Poupinel en a observé 15, agglomérés dans une région restreinte et formant une seule tumeur; il s'agissait là, très vraisemblablement, de kystes pseudo-glandulaires. Les kystes qui semblent provenir du corps de Wolff sont le plus souvent isolés ou, plus rarement, multiples et disposés à la suite les uns des autres, en chapelet (Johnston) [2]. Leur volume varie de celui d'un pois à celui d'un œuf de dinde. Veit en a vu un du volume d'une tête de fœtus [3]. Leur siège de prédilection est sur le tiers supérieur de la paroi antérieure ou postérieure. Dans un cas, dû à Bastelberger [4], l'hymen était compris dans la paroi kystique. Parfois, la poche a présenté un prolongement supérieur. Dans un fait, souvent cité, de Watts [5], la sonde introduite dans le kyste par une incision s'enfonça Anatomie pathologique.

[1] Poupinel. *Des kystes du vagin* (*Revue de chir.*, juill., août, 1889, p. 553 et 657).

[2] Johnston. *A contribution to the study of cysts of the vagina* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 1144).

[3] J. Veit. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VIII, p. 471.

[4] Bastelberger. *Arch. f. Gyn.*, 1884, Bd. XXIII, p. 427.

[5] Watts. *Cyst of anterior vaginal wall developed from Gartner canal* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1881, t. XIV, p. 848).

jusque dans la direction du ligament large. Boursier[1] a vu un pédicule plein se diriger profondément en haut. Reboul[2] a aussi observé un cas du même genre; le pédicule était en partie creux. Ces faits se rapportent, évidemment, à des kystes d'origine wolffienne.

La paroi est formée de tissu conjonctif finement fibrillaire : elle contient parfois des fibres musculaires qui ne paraissent pas avoir,

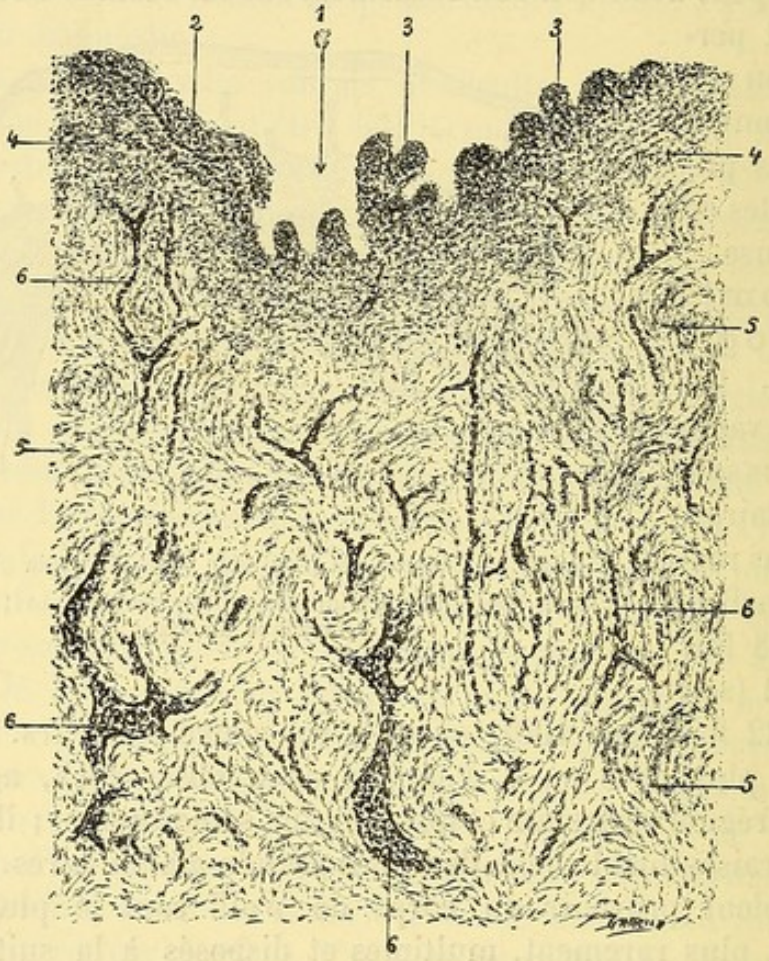


Fig. 489. — Kyste du vagin. Coupe perpendiculaire à la face interne.

1. Cavité du kyste. 2. Revêtement épithélial. 3. Papilles dénudées. Leur couche épithéliale s'est détachée. 4. Couche conjonctive compacte avec nombreux noyaux. 5. Couche conjonctive plus lâche, à faisceaux flexueux. 6. Nombreux capillaires contenant du sang coagulé, de telle sorte que la pièce semble injectée.

du reste, la signification pathognomonique que leur attribue Poupinel, pour caractériser les kystes provenant du canal de Gartner. La muqueuse vaginale recouvre ordinairement le kyste; mais il peut se faire que son développement l'ait usée et amincie de manière à la fusionner en avant avec la paroi kystique qui est, dès lors, transparente. D'autre part, pareille usure a pu se produire en arrière et amener une perforation dans la vessie, comme dans un fait unique,

[1] Boursier (de Bordeaux). *Leçons de clin. chir.*, p. 237.

[2] Reboul. *Annal de Gyn.*, 1889, t. XXXII, p. 126.

observé par Veit[1]. Dans la majorité des cas, la surface interne du kyste est tapissée d'épithélium cylindrique (Ruge, Cazin[2]), bien qu'on ait aussi noté dans la même cavité, ou dans d'autres, l'épithélium pavimenteux (Meyer, Lebedeff, Ruge, Baumgartem, etc.)[3]. La compression excentrique de l'épithélium due à la distension de la poche

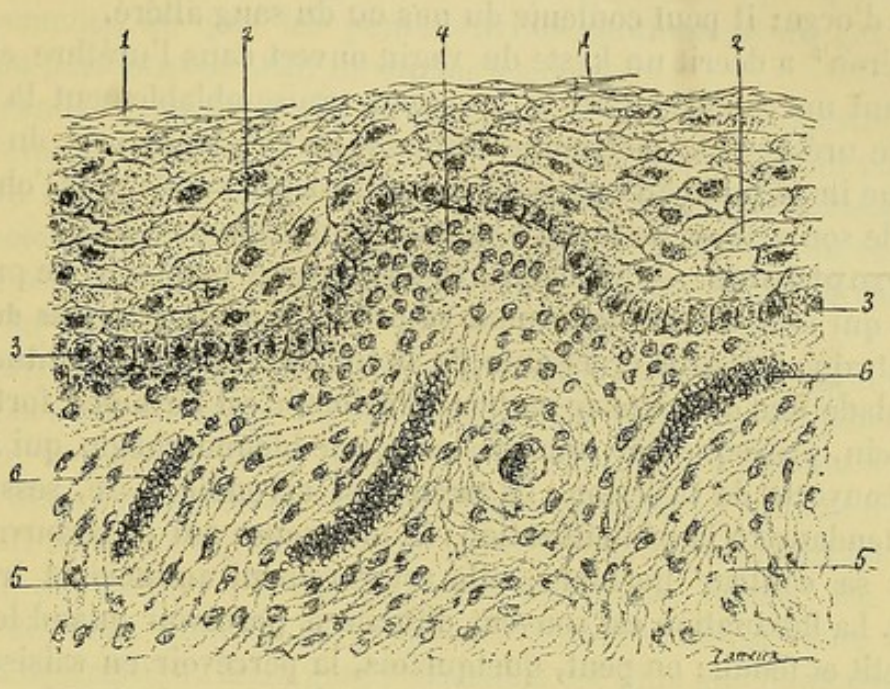


Fig. 490. — Kyste du vagin. Coupe de la paroi (fort grossissement).

1. Couche de cellules cornées lamellaires. 2. Couche de cellules polyédriques allongées et crénelées (la plupart ne laissent plus apercevoir de noyaux). 3. Couche profonde de cellules cylindriques, la plupart munies de noyaux. 4. Une papille formée de tissu compact avec gros noyaux arrondis. 5. Tissu conjonctif moins dense. 6. Vaisseaux remplis de globules sanguins.

a pu, dans certains cas, donner à l'épithélium cylindrique un aspect aplati et quasi pavimenteux (Max Graefe)[4] (fig. 490).

On a assez rarement observé l'épithélium à cils vibratiles (6 fois sur 52 observations, d'après Poupinel).

La paroi interne et le revêtement épithélial ont paru complètement manquer dans 4 cas publiés (Verneuil, Ladreit de la Charrière[5], Lebedeff). Ce sont ces cas qui ont prêté quelque appui à la théorie de l'hygroma. Mais, en supposant que l'examen ait été fait dans des conditions parfaites, la destruction du revêtement interne peut être attribuée à bien des causes différentes.

[1] Veit. *Loc. cit.* — L'orifice de communication admettait le petit doigt; le kyste présentait un contenu dermoïde, sans poils ni dents, et une paroi tapissée d'épithélium pavimenteux.

[2] M. Cazin. *Anatomie pathologique et pathogénie des kystes du vagin* (*France méd.*, 1896, t. XLIII, p. 129).

[3] P. Baumgarten. *Ueber Vaginalcysten* (*Virchow's Arch.*, 1887, Bd. CVIII, p. 528).

[4] M. Graefe. *Zehn Fälle von Vaginalcysten* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VIII, p. 460).

[5] Ladreit de la Charrière. *Arch. gén. de méd.*, 1858, t. I, p. 528.

On a parfois vu sur la surface interne des saillies papillaires (fig. 489) (Kaltenbach[1], M. Graefe). Kleinwächter[2] a rencontré la dégénérescence adénoïde de la paroi kystique.

Le contenu des kystes est variable dans sa consistance et sa couleur. Le plus souvent il est visqueux, transparent ou d'une teinte sucre d'orge; il peut contenir du pus ou du sang altéré.

Chéron[3] a décrit un kyste du vagin ouvert dans l'urèthre et renfermant un calcul; mais il s'agissait vraisemblablement là d'une simple uréthrocèle méconnue. Breisky ne considère pas, du reste, comme impossible qu'une poche d'uréthrocèle s'isole, par l'oblitération de son orifice, de façon à constituer un pseudo-kyste.

Symptômes.

Symptômes. — Au début, le kyste passe inaperçu. Le premier signe qui indique ordinairement sa présence est le **prolapsus du vagin** qu'entraîne la saillie croissante de la tumeur, ce qui constitue pour la malade une *descente de matrice*. Parfois, c'est l'examen fortuit du médecin, provoqué par une grossesse, une blennorrhagie, qui amène la découverte de la lésion. La **tumeur** est arrondie, lisse, sessile, ou avec tendance à la pédiculisation; la muqueuse qui la recouvre conserve sa couleur normale; elle est rarement amincie et transparente. La fluctuation est souvent difficile à percevoir quand le kyste est petit et tendu; on peut, quelquefois, la percevoir en saisissant la tumeur entre deux doigts, et par la combinaison du toucher rectal avec le toucher vaginal.

Quand on fait faire un effort à la femme, on voit la tumeur se présenter à la vulve et la dépasser comme une cystocèle, si elle siège à la partie inférieure du vagin.

Lorsque le kyste a acquis un certain volume, il existe une sensation de pesanteur et de *gêne pendant la marche*. La **leucorrhée** peut être provoquée par l'irritation de la muqueuse, qui est exposée à l'air lorsque la tumeur est procidente.

Dans un cas que j'ai observé, un grand kyste unique coïncidait avec un cloisonnement vertical du vagin, ce qui semblait témoigner de son origine embryonnaire.

Les kystes sont rarement assez volumineux pour porter un obstacle notable à l'excrétion de l'urine ou à l'accouchement. Il serait possible, du reste, que ce dernier provoquât leur rupture, bientôt suivie de récidive[4].

[1] Kaltenbach. *Zusammengesetzte Cyste der Scheide* (*Arch. f. Gyn.*, 1873, Bd. V, p. 138).

[2] L. Kleinwächter. *Ein Beitrag zu den Vaginalcysten* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1889, Bd. XV, Heft 1, p. 36). Travail basé sur l'étude de 9 cas inédits.

[3] Chéron. *Volumineux calcul développé dans un kyste du vagin ouvert dans l'urèthre, chez une femme de* 67 *ans* (*Gaz. des Hôp.*, 30 avril 1887, p. 429).

[4] La rupture spontanée d'un kyste a été observée pendant la grossesse. Magnin. *Kyste du vagin; rupture spontanée au 7e mois d'une grossesse; pas d'accident* (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1883, p. 184).

Diagnostic. — J'ai déjà parlé de la distinction du kyste du vagin avec la **pachyvaginite kystique**, caractérisée par la présence de nombreuses et très petites cavités creusées dans l'épaisseur ou à la surface de la muqueuse épaissie. Je rappellerai que cette dernière affection se rencontre surtout dans l'état de grossesse (quoique non exclusivement), et que les petites cavités contiennent du gaz qui s'échappe parfois avec bruit lorsqu'on les pique. Diagnostic.

Les grands kystes du vagin forment, dans l'immense majorité des cas, une tumeur unique qui fait saillir la paroi antérieure ou postérieure du canal, à la manière d'une **cystocèle**, d'une **uréthrocèle** ou d'une **rectocèle**, lorsqu'elle est située dans le tiers inférieur du canal. L'erreur sera évitée en combinant avec le toucher vaginal le cathétérisme ou le toucher rectal.

On pourrait, à la rigueur, confondre avec les kystes du vagin certains **kystes péri-uréthraux** du vestibule, nés dans les cryptes qui entourent le méat urinaire. Ils dépassent rarement le volume d'une lentille, mais Preuschen en a observé un qui avait le volume d'une noisette. Il n'est pas impossible que ces kystes ne proviennent encore du canal de Gartner[1], à son extrémité terminale. Skene[2] les fait dériver de deux glandes particulières, péri-uréthrales, dont il a donné la description, mais dont l'existence est plus que douteuse.

Les kystes du tiers supérieur du vagin peuvent être difficilement distingués, au premier abord, des petites tumeurs siégeant dans le cul-de-sac de Douglas, **ovaires prolabés** kystiques ou non, **trompes enflammées, noyaux de péri-salpingite**. Un examen attentif, pratiqué au besoin sous le chloroforme, lèvera les doutes.

On ne les confondra pas davantage avec l'**entérocèle vaginale**[3] qui s'en distingue par la réductibilité quand la femme est au repos, et l'augmentation de volume dès qu'elle fait un effort.

On a parfois confondu avec les kystes du vagin des collections essentiellement distinctes, formées dans une cavité vaginale accessoire, résultant de la bifidité de l'organe par fusion incomplète des canaux de Müller. Lorsque cette bifidité, ce qui est le cas ordinaire,

[1] J. Kocks. *Ueber die Gartner'schen Gänge beim Weibe* (*Arch. f. Gyn.*, 1882, Bd. XX, p. 487). — Kleinwächter. *Ein Beitrag zur Anat. und Path. des Vestibulum Vaginæ* (*Prag. med. Woch.*, 1883, n° 9). — Cette opinion a été combattue par Dohrn, *Arch. f. Gyn.*, 1883, Bd. XXI, p. 328. — Voir le résumé de ces discussions dans Winckel, *Lehrb. der Frauenkr.*, 2e éd., 1890, p. 147.

[2] A.-J.-C. Skene. *The anatomy and pathology of two important glands of the female urethra* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1880, t. XIII, p. 265).

[3] Eberhardt. *Ein Fall von Enterocele vaginalis posterior* (*Centr. f. Gyn.*, 1894, p. 572). — Heinricius. *Zwei Fälle von Enterocele vaginalis posterior* (*Ibid.* 1896, p. 441). — Boursier. *Sur un cas d'entérocèle vaginale postérieure* (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1896, t. XLV, p. 277). — P. Berger. *Sur un cas de hernie vaginale ou élythrocèle* (*Journal de méd. et de chir. prat.*, 1896, t. LXVII, p. 330).

se poursuit jusqu'à la vulve, il existe deux vagins, dont l'un est, le plus souvent, plus ou moins atrophié; mais dans les cas exceptionnels où le second vagin est inférieurement terminé en cul-de-sac au lieu d'être ouvert, il constitue une cavité close dans laquelle s'ouvre supérieurement le second museau de tanche résultant de la bifidité simultanée de l'utérus. Cet état peut rester latent jusqu'au moment de la puberté; la poche qui se remplit de sang menstruel donne alors lieu à un **hématocolpos latéral**, ou, si la cavité suppure, à un **pyocolpos latéral**. Comme la bifidité du col est encore masquée, on ne soupçonnera pas tout d'abord la nature particulière de la collection vaginale, qui pourra être prise pour un kyste, jusqu'à ce qu'on l'ait ouverte et qu'on ait découvert le second museau de tanche, à la partie supérieure. J'ai observé un cas de ce genre où la poche pseudo-kystique avait suppuré et était devenue fistuleuse[1].

Les **kystes hydatiques**[2] du petit bassin ont pu faire saillie dans le vagin, soit dans la cloison vésico-vaginale, soit dans la cloison recto-vaginale et ont simulé des kystes proprement dits.

Traitement.

Traitement. — On peut appliquer ici les différentes opérations qui ont été préconisées pour d'autres kystes sous-muqueux, par exemple pour la grenouillette. La ponction ou l'incision seules seraient absolument insuffisantes. La **ponction** suivie d'**injections caustiques** risquerait de provoquer une inflammation excessive pouvant se propager à la vessie ou au péritoine; il peut, en effet, exister des connexions ou des prolongements inattendus de la cavité kystique. Le chirurgien aura plutôt à choisir entre l'**extirpation complète** ou **partielle**. Le premier procédé sera préférable, si la tumeur est facilement accessible, comme lorsqu'elle siège près de la vulve. Toutefois la dissection est alors très difficile, à cause de l'adhérence de l'urèthre et de la vessie au plan profond et au voisinage. Elle devient même presque impossible, si le kyste s'est rompu pendant l'opération. Pour obvier à ces inconvénients, j'ai, dans un cas, mis à profit le procédé que j'ai décrit, depuis longtemps, pour faciliter la dissection de certaines poches kystiques[3]. Après avoir vidé la tumeur, je l'ai remplie de blanc de baleine, que j'ai fait **solidifier** par une application de glace, et j'ai ainsi très facilement disséqué la tumeur. La plaie est immédiatement réunie par une suture continue au catgut, à étages superposés.

[1] Cette inflammation ne provenait pas, du reste, de l'accumulation des règles, que ne paraissait pas fournir la portion atrophiée d'utérus, correspondant au petit vagin terminé en cul-de-sac. La suppuration avait pour origine une blennorrhagie du principal vagin, propagée sans doute au second vagin accessoire par l'intermédiaire du col de l'utérus où la cloison devait être incomplète.

[2] Schatz. *Beiträge mecklemb. Aerzte zur Lehre von der Echinococcenkrankheit.* Stutgard, 1885.

[3] S. Pozzi. *Procédé pour favoriser la dissection et l'ablation de certains kystes à contenu liquide ou demi-liquide.* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1878, p. 715).

L'**excision partielle** sera préférable pour les kystes siégeant au tiers supérieur du vagin vers la paroi postérieure; la tumeur sera embrochée avec un tenaculum, et l'on emportera d'un coup de ciseaux un segment de la poche avec la muqueuse qui la recouvre. Schröder recommande de suturer ensuite la tranche de la muqueuse vaginale au bord sectionné de la poche, de manière à maintenir l'ouverture béante. Cette précaution me paraît inutile; il suffira de tamponner le fond du kyste à la gaze; la partie profonde qui n'aura pas été enlevée s'exfoliera spontanément.

Corps fibreux et polypes.

Anatomie pathologique. — Les corps fibreux du vagin peuvent avoir leur point de départ dans l'utérus et descendre peu à peu, en dédoublant la cloison recto-vaginale, mais il existe aussi des tumeurs ayant pris naissance sur place. Anatomie pathologique.

Leur **structure**[1] est analogue à celle des corps fibreux de l'utérus; ils sont constitués par un mélange de tissu conjonctif et de fibres musculaires lisses. Paget[2] a décrit le seul exemple connu de tumeur exclusivement composée de tissu fibreux.

Le **siège** de prédilection de la tumeur est la partie supérieure de la paroi antérieure du vagin. Ils peuvent être très adhérents à l'urèthre[3] et empiéter sur la vulve[4]. Leur **volume** est généralement petit; on en a pourtant cité qui pesaient plus de 2 livres[5];

[1] On a décrit des polypes muqueux (Beigel, Klob), résultant de l'hyperplasie partielle de la muqueuse vaginale (Breisky, *Die Krankh. der Vagina*, 1886, p. 162). Certaines de ces productions, qui sont d'ailleurs très rares, paraissent renfermer des dilatations lymphatiques considérables, ce qui justifierait la comparaison avec le *molluscum pendulum* de la vulve, et la dénomination d'*elephantiasis mollis*, sous laquelle Meinert a décrit une pièce qu'il a présentée à la *Soc. gyn. de Dresde* (12 avril 1888).

[2] J. Paget. *Lectures on surg. path.*, t. II, p. 115.

[3] Tillaux. *Fibro-myome de l'urèthre* (*Annal. de gyn.*, sept. 1889, t. XXXII, p. 161). Il s'agit manifestement, dans cette observation, d'un corps fibreux du vagin adhérent à l'urèthre. — Griffith (*Soc. obst. de Londres*, 6 juill. 1889, in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 50, p. 877) a observé un cas de fibrome adhérent à l'urèthre tout à fait analogue.

[4] E. Fränkel. *Orangengrosses breitbasiges Fibromyom der Vagina und Vulva. Enucleation. Heilung* (*Bresl. ärztl. Zeitschr.*, 1887, t. IX, p. 59).

[5] R. Hastenpflug (*Ueber vaginale Myome*, Dissert. inaug., Iena 1888) a rapporté une observation de la clinique de Schultze, où le corps fibreux du vagin atteignait des dimensions extraordinaires. Née de la paroi antérieure du vagin, à gauche du museau de tanche, la tumeur remplissait totalement le canal et arrivait, d'une part jusqu'à la vulve, d'autre part jusqu'à un travers de main de l'ombilic, en soulevant l'utérus; elle était en partie gangrenée.

On trouvera d'autres exemples de gros fibromes dans les travaux suivants : A. Lewers. *Fibroid tumor of the vagina* (*Transact. obstet. Soc. of London*, 1887, t. XXIX, p. 299). — Tchunichin. *Journal russe d'obstét. et de gyn.*, t. I. n° 7 et 8 (anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 7, p. 111). — P. Strassmann. *Zur Kenntniss der Neubildungen der Scheide* (*Ibid.*, 1891, p. 825).

ils peuvent se pédiculiser et prendre la forme de **polypes**; on a observé le **ramollissement** et l'**œdème**, comme pour les corps fibreux de l'utérus; ils peuvent aussi se mortifier superficiellement et s'**ulcérer**.

Étiologie. **Étiologie.** — On les observe surtout dans l'âge moyen de la vie; on en connaît des exemples chez de très jeunes enfants (Trätzl, Wilson, A. Martin)[1].

Symptômes. **Symptômes.** — Ils dépendent surtout du volume des tumeurs; très petites, elles passent inaperçues ou provoquent à peine un peu de **leucorrhée**; plus grandes, elles provoquent des **hémorrhagies**[2] et des phénomènes de **compression**, spécialement du côté de la vessie; on a noté des cas où un corps fibreux du vagin avait été une cause de **dystocie**.

Diagnostic. Le **diagnostic** ne peut être rendu incertain que par les changements amenés dans la tumeur par l'œdème ou l'ulcération. On pourrait alors croire à un **cancer**. L'étude exacte des connexions permettra de distinguer un polype du vagin d'un **polype de l'utérus**, d'un **prolapsus**, d'une **inversion**.

Traitement. **Traitement.** — Il consistera dans l'**énucléation** des tumeurs sessiles et dans la **section du pédicule** des polypes. On procédera comme il a été indiqué au chapitre du TRAITEMENT DES CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS A ÉVOLUTION VAGINALE (p. 298).

Cancer primitif du vagin.

Anatomie pathologique. **Anatomie pathologique.** — Le plus souvent, le cancer du vagin résulte de la propagation d'un cancer du col de l'utérus. Il peut aussi provenir de l'extension d'un cancer de la vulve. Le cancer primitif est assez rare; A. Martin ne l'a observé qu'une fois sur 5000 femmes. Il se présente sous trois formes distinctes : 1° la forme végétante ou **papillaire**; 2° la forme infiltrée ou **nodulaire**; l'une et l'autre sont constituées histologiquement par de l'**épithélioma**; 3° le **sarcome**, soit **diffus**, de toute la muqueuse, soit **circonscrit**, et provenant de la dégénérescence d'un corps fibreux.

Étiologie. **Étiologie.** — Le cancer du vagin est une affection rare. Sur 24 cas rassemblés par Küstner[3], la plupart concernaient des femmes de 30 à 40 ans, 2 des femmes entre 15 et 20 ans, et 2 entre 20 et

[1] TRÄTZL. *Monatschr. f. Geb.*, 1863, Bd. XXII, p. 227. — WILSON. *Med. Times and Gaz.*, avril 1876, p. 360. — A. MARTIN. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1878, Bd. III, p. 406.

[2] A. DONALD. *Fibroid tumor of the vagina associated with uterine hemorrhage* (*Med. Chronicle*. Manchester, 1888, p. 305).

[3] KÜSTNER. *Arch. f. Gyn.*, 1876, Bd. IX, p. 279.

30 ans. F. Bernard[1], sur 59 cas, a trouvé 7 cas de 20 à 30 ans, 10 de 30 à 40 ans, 10 de 40 à 50 ans, 18 de 50 à 60 ans, 12 de 60 à 70 ans, 2 de 70 à 80 ans. Guersant a rapporté le cas d'un cancer de l'entrée du vagin chez une fillette de 3 ans 1/2, Johannowsky, chez une enfant de 9 ans[2] et Smith chez une petite fille de 14 mois. Küstner n'a noté l'hérédité qu'une seule fois. Hegar a vu un cancer se produire au niveau d'une ulcération, provoquée par le trop long séjour d'un pessaire. Il est pourtant remarquable que le cancer n'ait



Fig. 491. — Épithélioma du vagin (vue d'ensemble).

1. Tissu conjonctif de la muqueuse. 2. Ramifications épithéliales sectionnées sous divers angles d'incidence. 3. Globes épidermiques.

été jamais observé au niveau de l'utérus prolabé et exposé à toutes les causes d'irritation extérieure.

L'**épithélioma de forme papillaire** débute d'ordinaire à la paroi postérieure du vagin, sous l'apparence d'une excroissance à large base qui envahit d'abord le cul-de-sac et s'étend ensuite de haut en bas vers la vulve et de bas en haut vers le col. Il prend quelquefois naissance au niveau des plaques de vaginite chronique qu'on a, un peu théoriquement, comparées à la leucoplasie buccale, point de départ du cancroïde de la langue[3].

L'**épithélioma de forme nodulaire**, ou infiltrée, débute sur une grande étendue, par îlots rapidement confluents qui semblent parfois spécialement localisés autour du canal de l'urèthre, en donnant lieu à

[1] F. Bernard. *Épithélioma primitif du vagin.* Thèse de Paris, 1895.

[2] Observations citées par Winckel, *Loc. cit.*, p. 161.

[3] Reclus. *Cancroïde et leucoplasie des muqueuses buccale et vaginale* (*Gaz. hebd. de méd.*, 1887, p. 420). — Perrin. *Congr. Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, Marseille, 1891. — E. Monod. *Leucoplasie vulvo-vaginale et cancroïde* (*Ann de la Policlin. de Bordeaux*, 1896, p. 220).

un type clinique assez bien défini, le **cancer péri-uréthral**. L'ulcération se fait rapidement.

Le **sarcome** présente deux variétés : 1° le **sarcome diffus de la muqueuse**, qui offre cette particularité curieuse d'attaquer parfois de tout petits enfants[1] ; 2° le **corps fibreux sarcomateux**, dégénérescence lente et souvent décelée par la seule récidive d'un fibrome ou d'un polype. On y a rencontré, dans un cas, des fibres musculaires striées[2]. On a observé le sarcome mélanique[3].

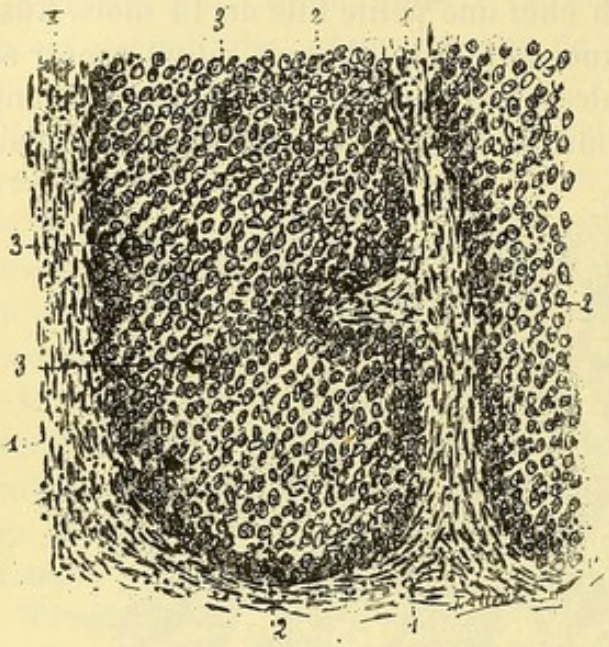


Fig. 492. — Épithélioma du vagin Un point de la figure précédente (300 diamètres).

1. Tissu conjonctif et fibres lisses, avec infiltration de petites cellules de prolifération arrondies. 2. Cellules épithéliales intimement soudées entre elles, à noyaux très irréguliers. On voit dispersées entre les éléments de nombreuses petites cellules arrondies provenant de la karyokinèse. 3. Cellules en voie de karyokinèse.

Marche.

La **marche** du cancer du vagin est généralement rapide, sauf pour la forme fibro-sarcomateuse qui peut être excessivement lente. La propagation se fait très vite aux parties voisines et aux lymphatiques.

Symptômes. Diagnostic.

Les **symptômes** rationnels se confondent avec ceux du cancer du col de l'utérus : **écoulement fétide, hémorrhagies, douleurs, compression** du côté de la vessie et du rectum. On n'a guère à tenir compte du **chancre syphilitique**, qui est tout à fait exceptionnel[4], ni de l'**ulcère rond simple**[5], lésion rare et mal définie.

[1] On connaît maintenant de très nombreux cas de sarcome primitif du vagin chez des enfants de 2 à 5 ans, rapportés par Sänger, Ahlfeld, Soltmann, Hauser, Babès, Graenischer, Schuchardt, Steinthal. — Voir sur ce sujet : Graenischer. Dissert. inaug., Munich, 1880. — Schuchardt. *Congrès gyn. de Halle* (*Centr. f. gyn.*, 1888, p. 422). — Steinthal. *Ueber die primäre Scheidensarkome* (*Virchow's Arch.*, 1888, Bd. CXI, p. 449). — Schuchardt. *Ueber die papillaren Scheidencarcinome kleiner Kinder* (*Verhandl. der deutsch. Gesell. f. Gyn.*, Leipzig, 1888, p. 237). — D. A. Power. *Primary sarcoma of the vagina in a child* (*Brit. med. J.*, 1895, t. II, p. 963). — Holländer. *Sarcoma vaginæ et uteri bei einem Kinde* (*Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXIV, p. 125.

[2] Kaschewarowa-Rudnewa. *Virchow's Arch.*, 1872, Bd. LIV, p. 65. (Observation de la clinique de Seyfert, à Prague, en 1869, relative à une jeune fille de 15 ans; polype récidivant de la paroi antérieure; mort rapide de cachexie et de tuberculose. La tumeur était un *rhabdomyome myxomateux*.

[3] Parona. *Annal. univ. di med. et chir.*, Milan, 1887, p. 241. — Il s'agit d'un sarcome mélanique de la cloison vésico-vaginale, extirpé avec une portion de la vessie. Guérison temporaire.

[4] Prieur. *De la syphilis vaginale secondaire.* Thèse de Paris, 1881.

[5] W. Zahn (*Virchow's Arch.*, 1884, Bd. XCV, p. 388) a décrit, sous ce nom, un ulcère à

Traitement.

Le **traitement** n'a que peu de chances d'amener une guérison définitive[1], mais il faut essayer d'enrayer la marche du mal. On ne tentera l'**extirpation** que s'il est possible d'enlever tout le néoplasme[2]; la grande laxité des parois vaginales permet alors de faire la réunion primitive de plaies même très étendues. Hegar et Kaltenbach conseillent d'intervenir alors même qu'on devrait entamer la vessie et le rectum. Mundé[3], dans un cas, ouvrit le cul-de-sac de Douglas, fit aussitôt une suture au catgut, et sa malade guérit, malgré une légère pelvi-péritonite consécutive. Dans un fait de cancer de la paroi postérieure, Rüter[4] a suturé la surface cruentée, provenant de l'extirpation, au col utérin préalablement avivé. Il semble que cette sorte de restauration par autoplastie ait empêché la récidive, et au bout de trois ans une grossesse était survenue.

Chez une femme dont le cancer occupait toute la cloison recto-vaginale en partie détruite et donnait lieu à un cloaque, v. Eiselsberg[5] pratiqua d'abord la **résection du coccyx** et établit un anus artificiel dans la région sacrée, après avoir extirpé tout le néoplasme. La plaie fut ensuite rétrécie par des points de suture, et l'utérus ayant été abaissé, on fixa le col à l'extérieur, au niveau de la peau. La guérison se fit rapidement; les règles furent librement évacuées à l'extérieur, et les selles ne tardèrent pas à être retenues. Cette conduite hardie mérite d'être imitée.

Dans un cas d'épithélioma primitif de la partie supérieure du vagin chez une femme dont la vulve était étroite, j'ai abordé le néoplasme par la **périnéotomie transversale**[6]. La cloison recto-vaginale fut dédoublée et la dissection aux ciseaux fut poussée jusque dans le

bords taillés à pic et à fond rouge qu'il a trouvé dans le cul-de-sac postérieur du vagin d'une femme, âgée de 66 ans. Pas d'induration : infiltration du tissu conjonctif par de petites cellules et dégénérescence graisseuse des fibres musculaires : nombreux micrococques. Rétrécissement athéromateux des artères vaginales, oblitération d'une branche se distribuant à la région ulcérée. Zahn compare cet ulcère par ischémie à certains ulcères de l'estomac. — Un cas analogue a été rapporté par Browicz (*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 414), sous le nom de *ulcus rodens de Clark*. Il s'agissait aussi d'une femme âgée (59 ans), atteinte de sclérose artérielle. En somme, ces ulcères paraissent être le résultat de véritables infarctus et n'ont été observés que dans les conditions où ces derniers se produisent, ce qui pourra servir à établir le diagnostic. — O. Beuttner (*Monat. f. Geb. u. Gyn.* 1896, Bd. III, p. 121) en a rapporté récemment un cas sous le nom de *ulcus rotundum simplex vaginæ*.

[1] Herzfeld (*Allg. Wien. med. Zit.*, 1889, n° 48) a opéré un sarcome primitif du vagin qui a récidivé au bout de 5 mois.

[2] Brückner. *Der primäre Scheidenkrebs und seine Behandlung* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1881, Bd. VI, p. 110).

[3] Mundé. *Two cases of primary epithelioma of the vulva and vagina* (*Amer. Journal of Obstet.*, 1889, t. XXIII, p. 476).

[4] Rüter (de Hambourg). *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 38, p. 606.

[5] V. Eiselsberg. *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, 12 mars 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 35, p. 619).

[6] S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 852. — *Revue intern. de thér. et de pharmac.*, 1895, p. 93.

cul-de-sac de Douglas. Le vagin fut incisé en arrière du col, puis le néoplasme, large comme une pièce de cinq francs et séparé du col par un intervalle de 2 centimètres, fut attiré en bas et largement excisé. La brèche vaginale fut rétrécie par quelques points de suture, le péritoine drainé par une mèche et le périnée fermé par trois sutures métalliques disposées à la Lawson Tait. La malade guérit rapidement. Quelques semaines plus tard, Olshausen[1], qui paraît avoir ignoré mon travail, publiait trois cas de carcinome du vagin opérés par un procédé semblable. Thorn[2] l'a employé deux fois avec succès.

Dührssen[3] découvre le champ opératoire à l'aide d'une **incision vagino-périnéale**, et si le col utérin est envahi, fait l'amputation élevée du col.

Mackenrodt[4] préconise le **galvano-cautère** pour l'ablation des cancers du vagin. Il conseille, même dans les cas de cancer primitif du vagin, d'enlever toujours l'utérus.

Dans les cas où l'on ne pourra espérer tout enlever, on se bornera à faire le **curage suivi de cautérisation au fer rouge**, et l'on veillera le plus possible à l'antisepsie du vagin, au moyen d'injections au sublimé et de tampons iodoformés.

[1] Olshausen. *Ueber Exstirpation der Vagina* (*Centr. f. Gyn.*, 1895, p. 1).

[2] U. Thorn. *Zur Operation grosser Carcinome der hinteren Vagina* (*Centr. f. Gyn.*, 1895, p. 240).

[3] A. Dührssen. *Ueber Exstirpation der Vagina* (*Centr. f. Gyn.*, 1895, p. 254).

[4] Mackenrodt. *Ueber die Ignicxstirpation bei Scheiden-Gebärmutterkrebs* (*Centr. f. Gyn.*, 1896, p. 126).

CHAPITRE III

DES FISTULES VAGINALES

Classification. — Fistules urinaires. — Étiologie. — Anatomie pathologique. Division. Symptômes. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. Aperçu historique. I. Traitement des fistules vésico-vaginales et uréthro-vaginales. Indications opératoires. Oblitération directe de la fistule : *a*. Voie vaginale. Cautérisation. Réunion immédiate secondaire. Réunion primitive, technique et soins consécutifs : *b*. Voie sus-pubienne. Oblitération indirecte de la fistule. Colpocleisis. Oblitération vulvo-rectale. II. Traitement des fistules cervicales. 1° Fistules juxta-cervicales superficielles et profondes. Hystérocleisis vésical. 2° Fistules intra-cervicales. Cautérisation. Avivement et suture. Cystoplastie. Hystéro-stomato-cleisis. III. Traitement des fistules uretéro-vaginales et uretéro-cervicales : 1° Méthode d'oblitération directe. Procédé de Simon, de Dührssen, de Landau, de Schede. Procédé du dédoublement. 2° Méthode de greffe uretérale. *a*. Abouchement uretéro-vésical par voie vaginale. *b*. Abouchement uretéro-vésical par voie abdominale. 3° Méthode d'oblitération indirecte. Colpocleisis. Néphrectomie. — Gravité de l'opération. Accidents opératoires et post-opératoires. Déchirures du vagin. Hémorrhagie. Blessure et ligature de l'uretère. Péritonite. Calculs. Résultats. Incontinence d'urine; opération de Pawlik. — Fistules fécales. — Fistules recto-vaginales. Étiologie. Anatomie pathologique. Symptômes et diagnostic. Pronostic. Traitement. Opération par le périnée, par le vagin et par le rectum. Soins préliminaires et consécutifs. — Fistules entéro-vaginales. Définition. Étiologie. Anatomie pathologique. Symptômes. Diagnostic. Traitement. Cautérisation. Section de l'éperon. Avivement et suture. Laparotomie et entérorrhaphie. Abouchement du bout supérieur au rectum. Création d'une voie de dérivation des matières vers le rectum.

Classification.

Le vagin peut communiquer d'une façon durable avec les viscères voisins, à l'aide d'orifices ou de trajets cicatriciels organisés et recouverts d'épithélium. Ces communications anormales ou **fistules** doivent être divisées en deux genres, selon qu'elles donnent passage à l'urine ou aux matières fécales.

Fistules urinaires.

Étiologie.

Étiologie. — Il convient de rejeter, par définition, de la classe des fistules proprement dites ou **cicatricielles** les communications fistuleuses établies par le **cancer**, à une période avancée de son évolution.

Dans l'immense majorité des cas, les fistules remontent à un **accouchement** laborieux qui a provoqué la mortification d'une partie plus ou moins étendue du canal génital. Lorsque la tête fœtale reste trop longtemps engagée dans le détroit inférieur, la cloison vésico-vaginale, appliquée contre le pubis, est fortement comprimée et se mortifie, pour peu que cette compression dure longtemps, comme dans les cas d'étroitesse du bassin, de volume exagéré de la tête de l'enfant, de présentation de l'épaule, etc. C'est la durée de la pression plus encore que son intensité qui est à redouter.

Les autres causes de fistules sont infiniment plus rares :

Les **blessures** de la cloison vésico-vaginale par le forceps, le céphalotribe, ou un instrument vulnérant quelconque, ont été observées; parfois c'est le chirurgien qui a pratiqué la perforation, soit intentionnellement, comme dans la taille vaginale, soit accidentellement, comme dans l'hystérectomie.

Les **calculs vésicaux**[1] ont amené des fistules, en produisant des ulcérations, au niveau d'une cellule où ils se sont enchatonnés, ou simplement en provoquant un abcès, au niveau d'un point adhérent. Les **corps étrangers** de la vessie n'agissent guère qu'après avoir provoqué la formation d'un calcul[2].

Les **ulcérations**[3] **de la vessie** dues à un catarrhe chronique ont pu, exceptionnellement, aller jusqu'à la perforation de la cloison.

Les **ulcérations tuberculeuses du vagin** sont une rareté pathologique, et, lorsqu'elles produisent une perforation, cet orifice anormal, à moins que ses bords ne viennent à se cicatriser, ne mérite pas plus de rentrer dans la classe des fistules que les perforations cancéreuses.

tomie pathologique. Division.

Anatomie pathologique. — Le siège des fistules, qui a servi à établir des divisions entre elles, est variable et dépend de la situation de la vessie et de l'urèthre, relativement au bord supérieur du pubis, au moment des efforts de l'accouchement : c'est, en effet, contre cette arête que se produit la pression entraînant le sphacèle. Les parois du corps utérin ne sauraient devenir le siège d'une perforation, puisque l'orifice interne se trouve toujours au-dessus du pubis. Mais il n'en est pas de même de la paroi antérieure du col de l'utérus; si elle est atteinte de sphacèle, ce qui est rare, il en résulte une fistule faisant communiquer le col et la vessie, la fistule **vésico-**

[1] Des faits de cet ordre sont cités dans les livres classiques de Desault, Richerand, Royer, Rokitansky, etc.

[2] Morand et Jobert (de Lamballe) en ont rapporté des observations.

[3] L. Tait (cité par Schröder, *Mal. des org. génit. de la femme*, trad. franç., 1886, p. 519) en aurait observé quatre cas. — Schröder (*Ibid.*) a vu, dans un cas, la perforation se produire sous ses yeux.

utérine, qu'il serait plus exact d'appeler **vésico-cervicale**. Ordinairement, l'orifice externe du col a passé par-dessus la tête du fœtus quand la pression mortifiante a lieu, et, par conséquent, c'est la cloison vésico-vaginale qui la subit et qui plus tard se perfore, occasionnant une fistule **vésico-vaginale**. Enfin, il peut arriver que la vessie, à l'état de réplétion, reste élevée au-dessus du pubis, en entraînant l'urèthre en haut; alors, c'est ce canal qui se perfore, d'où une fistule **uréthro-vaginale**. Verneuil[1] a appelé **uréthro-cervico-vaginales** les fistules où le col de la vessie et l'urèthre sont simultanément intéressés.

L'orifice vésical des uretères siège à 3 centimètres environ au-dessous du museau de tanche, et ces canaux ont, comme on le sait, un court trajet intra-pariétal dans l'épaisseur même de la vessie. On comprend, par suite, qu'une compression siégeant à l'union du tiers supérieur de la vessie avec le tiers inférieur les intéresse et produise soit une fistule **uretéro-utérine** (qu'il serait plus exact d'appeler **uretéro-cervicale**)[2], soit une fistule **uretéro-vaginale**, selon que l'orifice anormal siège au niveau du col ou plus bas dans le vagin.

La forme la plus fréquente est la fistule **vésico-vaginale**. Elle siège ordinairement très haut dans le cul-de-sac et correspond au bas-fond de la vessie. Les dimensions sont parfois si petites qu'on a les plus grandes peines à la découvrir; d'autres fois, elle constitue une fente ou un orifice béant, de forme généralement ovale, à direction transversale ou oblique, à bords tantôt souples, tantôt épais et scléreux; on reconnaît, le plus souvent, avec netteté, le liséré d'union des deux muqueuses; celle du vagin s'enroule ordinairement un peu en dedans, formant, selon l'expression de Verneuil, une sorte d'*entropion*. L'orifice est unique dans la majorité des cas; il peut en exister plusieurs, séparés par des ponts charnus ou cicatriciels; on a même vu la cloison vésico-vaginale être à ce point détruite qu'il existait ce que Deroubaix[3] a appelé un **cloaque uro-génital**.

Le **vagin** supporte souvent très bien le contact incessant de l'urine; mais il peut être le siège d'une inflammation chronique des plus pénibles. Ce canal présente parfois des brides cicatricielles, résultat des eschares contemporaines de la fistule, qui amènent son rétrécissement; dans le diverticulum supérieur qui peut être ainsi constitué, il se produit, dans certains cas, une stagnation de l'urine et des **concrétions calculeuses**. Une des complications les plus fâcheuses

[1] Verneuil. *Mém. de chir.*, t. I, p. 933.

[2] Hegar et Kaltenbach (*Traité de gynécol. opér.*, trad. franç., p. 498) n'en signalent que neuf cas publiés. — C'est Bérard qui a fait connaître la première observation de ce genre.

[3] Deroubaix. *Traité des fistules uro-génitales de la femme*. Bruxelles, 1870.

des fistules, à cause des difficultés qu'elle constitue pour le traitement, est l'existence de **tissu cicatriciel**, unissant fortement les parois du vagin au squelette. L'**urèthre** est parfois compris dans ces masses inodulaires; il est dévié, rétréci, ou même oblitéré. Lorsque la perforation est considérable, la **vessie**, qui est largement ouverte et dont la muqueuse est irritée par l'accès de l'air et les sécrétions vaginales, s'enflamme; en outre, comme elle ne remplit plus son rôle de réservoir urinaire, elle se rétrécit.

Dans les fistules siégeant sur les côtés du trigone vaginal de Pawlik (fig. 98), on peut pénétrer, avec un stylet ou une sonde appropriée, dans l'**uretère**[1] qui s'ouvre soit sur le bord libre, soit un peu au delà, dans la vessie; il est probable qu'il existe en pareil cas un certain degré d'uretérite, que le toucher, suivant les préceptes de Sänger (p. 133), permettrait de reconnaître. Freund[2], dans une autopsie de fistule uretéro-utérine, a trouvé ce canal dilaté comme dans les d'hydronéphrose; il y avait un notable rétrécissement inférieurement, au niveau de la fistule.

Les fistules **uretéro-vaginales** pures, sans communication simultanée avec la vessie, sont rares. Le plus souvent, la perforation de l'uretère est une dépendance de la fistule vésico-vaginale. De même les fistules **uretéro-utérines** ne sont guère qu'un cas particulier des fistules vésico-utérines ou vésico-cervicales, dans lesquelles, à la suite du travail de rétraction cicatricielle qui succède à la chute des eschares, l'uretère ouvert s'est fusionné au col plus ou moins détruit et communiquant avec la vessie. Cependant, il peut se faire que, au bout d'un certain temps, la portion de fistule qui correspond à la vessie s'oblitère par rétraction concentrique progressive, tandis que la portion où s'ouvre la perforation de l'uretère est entretenue par la filtration incessante de l'urine qui vient directement de ce conduit et persiste. Toute fistule uretérale est donc une fistule invétérée, et, si l'on peut ainsi dire, à moitié guérie. De là vient la difficulté qu'il y a souvent à retrouver le petit orifice dans les fossettes et sous les brides de tissu inodulaire.

Si la fistule est **uréthro-vaginale**, elle siège assez près de la vulve, entre 3 et 5 centimètres du méat. On a trouvé une fistule de ce genre en avant d'une fistule vésicale, et le canal uréthral oblitéré entre ces deux orifices. Ces fistules peuvent être très petites ou offrir d'énormes dimensions.

[1] Max. *Annal. de la Soc. anat. path. de Bruxelles*, 1860, t. III, p. 18. — S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 23 fév. 1887, p. 114.

[2] A.-G. Freund. *De fistula uretero-uterina, conspectu historico*, Vratislaviæ, 1860, et *Klin. Beiträge zur Gyn. v.*, J.-W. Betschler, W.-A. Freund et M.-B. Freund. Breslau, 1862.

Il est de règle que l'**utérus** soit atteint de métrite dans les cas de fistules urinaires qui maintiennent le col dans un état d'irritation constante; l'altération du museau de tanche (sclérose, ulcération) peut être considérable, et je l'ai vue, dans un cas, présenter l'aspect d'une lésion de mauvaise nature, d'un cancer nodulaire.

Symptômes. — Quand un accouchement a été laborieux ou accompagné de manœuvres obstétricales violentes, on observe souvent, aussitôt après, de l'écoulement involontaire de l'urine; il est possible que le fait soit le résultat d'une dilacération de la paroi vésico-vaginale, mais il peut également être sous la dépendance d'une sorte de paralysie traumatique du col de la vessie qui précède parfois, de plusieurs jours, l'élimination des eschares.

Il ne faut donc ajouter que peu d'importance à la date que les malades assignent au début de cet accident, et ne pas en conclure, avec Deroubaix, que dans la majorité des cas la fistule est apparue immédiatement après la délivrance; incontinence d'urine et fistule ne sont pas, en effet, forcément contemporaines, comme les malades sont portées à le penser. Ce n'est guère que le 3e ou le 4e jour que l'eschare est assez molle pour laisser passer l'urine par une sorte de filtration d'abord insensible, puis avec une abondance croissante à mesure qu'elle se détache; on a parfois noté un retard considérable dans ce travail d'élimination, qui peut se prolonger durant un mois. La **quantité** d'urine qui s'écoule est en rapport avec les dimensions de l'orifice; les altérations de la **qualité** (muco-pus, phosphates) sont sous la dépendance de la cystite concomitante. L'**attitude** des malades influe beaucoup sur l'écoulement de l'urine. Il en est qui parviennent à la retenir en serrant les cuisses; Verneuil[1] a vu une femme qui n'en perdait que dans le décubitus latéral. On conçoit, du reste, qu'une fistule qui siège vers le bas-fond permette de conserver, dans la station verticale, du liquide qui s'échappera d'emblée, si la perforation de la vessie siège vers le col. La disposition des lèvres de la plaie, des brides voisines, etc., peut aussi avoir une grande influence sur ce phénomène.

Dans les fistules uréthro-vaginales, l'urine ne s'écoule dans le vagin qu'au moment de la miction. Dans les fistules uretéro-vaginales ou uretéro-utérines, l'urine sécrétée par un des reins s'accumule normalement dans la vessie, tandis que celle qui est sécrétée par l'autre filtre, goutte à goutte ou par petits jets, dans le vagin.

Le suintement perpétuel et involontaire de ce liquide constitue, dans les fistules vésico-vaginales, un véritable supplice pour les femmes, qui sont toujours mouillées, qui exhalent une odeur pénétrante

[1] Verneuil. *Loc. cit.*, p. 779.

trante que rien ne peut faire disparaître, et dont la vulve et les cuisses sont le siège d'une irritation des plus pénibles.

La **santé générale** peut être satisfaisante, mais peut aussi s'altérer profondément, sous l'influence des inflammations ascendantes de l'appareil génito-urinaire : métro-salpingite, pyélo-cystite. On a souvent noté de l'aménorrhée[1]. Toutefois, la conception et l'accouchement normal peuvent avoir lieu.

Diagnostic. **Diagnostic.** — Au début, quand la femme vient d'accoucher, il ne faut pas se hâter de conclure à l'existence d'une fistule urinaire, parce que l'urine s'échappe involontairement; le fait peut provenir, comme je l'ai dit, d'une paralysie du col vésical, ou du corps même de l'organe, avec regorgement consécutif. L'exploration sera faite avec soin, et pour peu qu'il y ait doute, une injection colorée ou de lait, dans la vessie préalablement vidée, tranchera la difficulté : s'il existe la moindre perforation, le liquide sortira par le vagin.

Le toucher est un moyen de diagnostic suffisant pour les grandes fistules, surtout si on le combine au cathétérisme fait avec une sonde métallique. Mais l'examen au spéculum est indispensable pour acquérir des notions précises et pour découvrir aussi certaines perforations de très petit calibre.

On devra successivement placer la femme dans la position latérale de Sims, puis dans la position genu-pectorale, en déprimant la fourchette et en écartant les parois latérales du vagin avec des valves appropriées. Cette dernière position est celle qui permet le mieux d'étaler la paroi antérieure, pourvu qu'on prenne soin, en même temps, de fixer et d'abaisser légèrement le col avec des pinces. L'examen est, toutefois, très difficile si le vagin est rétréci, et l'on ne pourra alors y procéder qu'après une dilatation préalable, soit lente, soit extemporanée, selon les procédés dont je parlerai à propos du traitement.

Même quand le vagin est suffisamment perméable, la vue peut être gênée par des brides et des anfractuosités qui résultent de la cicatrisation des eschares. On s'aidera, pour faire le déplissement, de petits crochets aigus et l'on promènera un fin stylet dans toute fossette suspecte. En même temps, une sonde métallique fera saillir la paroi antérieure de la vessie, et l'on engagera la femme à faire un effort pour la tendre davantage.

On ne négligera pas, dans les cas douteux, d'injecter du lait dans le réservoir urinaire. Si l'on examine, un moment après, l'intérieur du vagin, on verra le lait sourdre par le pertuis. Si celui-ci cepen-

[1] Kroner. *Arch. f. Gyn.*, 1882, Bd. XIX, p. 149.

dant est excessivement petit, il n'est pas impossible que le suintement se fasse sans que son point d'émergence soit visible. Je conseille alors de bien dessécher la paroi vaginale antérieure et d'y appliquer une feuille de papier buvard, pendant qu'on fait remplir la vessie. On observera aussitôt une tache d'humidité, au niveau même où siège l'orifice qu'on n'avait pu découvrir et qu'il sera, dès lors, plus facile de rechercher avec un fin stylet.

Si la fistule est **cervico** ou **utéro-vaginale**, l'introduction d'une sonde dans la vessie et d'un stylet dans le col feront trouver une perforation un peu large. Si elle est très petite, on la mettra en évidence par l'emploi d'injections de lait dans la vessie; on verra le liquide sortir par le museau de tanche. On confirmera le diagnostic en dilatant le col et pratiquant l'exploration de sa cavité en même temps que le cathétérisme vésical[1].

Dans la fistule **uretéro-utérine**, l'urine s'échappe, aussi, par le col comme dans l'espèce précédente, et le diagnostic est, au premier abord, impossible. Il faut recourir à des explorations très minutieuses pour faire la distinction. Les injections de lait dans la vessie ne sortiront pas à travers le col (à moins que la fistule ne soit **uretéro-vésico-utérine**). L'obturation du col par une tige de laminaire, faite dans le but d'amener sa dilatation pour en faciliter l'exploration, serait suivie, comme dans un cas observé par Freund[2], de douleurs de reins, avec vomissements et fièvre, résultant de l'oblitération de l'orifice du canal évacuateur d'un des reins. Un moyen ingénieux a été employé par Bérard : il fit uriner la malade, puis la fit se placer sur un vase pour recueillir tout le liquide qui sortait par le vagin; au bout de deux heures, on la sonda, et l'on compara la quantité d'urine retirée par le cathétérisme à celle qui avait coulé spontanément du vagin dans le vase; ces deux quantités étant égales, on en conclut qu'elles provenaient chacune d'un des reins.

Je crois qu'en pareil cas la recherche de l'épaississement d'un des uretères, par le toucher des uretères, selon le procédé de Sänger (p. 133), viendrait confirmer le diagnostic, en faisant découvrir de l'uretérite du côté du siège de la lésion. Le cathétérisme de l'uretère, selon les procédés de Pawlik, de Simon ou de Howard Kelly (p. 135), pourrait aussi permettre d'arriver dans le col utérin : toutefois, il faut se souvenir que l'uretère se rétrécit au-dessous de la perforation et peut, par suite, ne plus être facilement perméable.

On soupçonnera qu'on a affaire à une fistule **uretéro-vaginale**, quand

[1] Nélaton. *Pathologie chirurg.*, t. V, p. 485.
[2] Freund. *Klin. Beiträge zur Gyn.*, 1882, p. 84.

l'orifice siégera à 1 ou 2 centimètres du col sur les côtés du vagin, au niveau d'une des parties latérales du triangle de Pawlik (fig. 98) et aussi quand elle aura été l'objet de nombreuses tentatives opératoires, ayant échoué malgré l'habileté de leurs auteurs.

Quand la fistule est purement uretéro-vaginale, l'orifice est très petit, à bords abrupts ou surmontés d'un bourgeon ; quand, ce qui est plus fréquent, elle est **uretéro-vésico-vaginale**, l'orifice peut être très grand, et c'est sur une de ses lèvres qu'on devra rechercher l'ouverture de l'uretère, en se guidant sur les rapports connus de ce conduit. On a parfois vu l'urine en jaillir par saccades. On cherchera toujours à introduire une sonde uretérale (fig. 99), fût-ce en tâtonnant, au niveau du bord postérieur, si l'on ne voit pas l'ouverture. La pénétration profonde du cathéter, qui se dirige vers le rein, l'issue de l'urine limpide par son pavillon malgré les injections de lait dans la vessie, lèveront tous les doutes. J'ai pu, dans un cas de ce genre, introduire la sonde de Pawlik à une profondeur de 21 centimètres.

L'exploration de l'urèthre par le cathétérisme devra toujours être faite avec grand soin. On se servira d'une petite sonde en gomme, vu les déviations qu'a pu subir le canal. Il faut se mettre en garde contre une erreur signalée par Hegar et Kaltenbach : l'urèthre étant obstrué dans la partie postérieure, entre une fistule uréthro-vaginale et une fistule vésico-vaginale, on a pu voir la sonde introduite par l'urèthre en sortir pour pénétrer dans le vagin par l'orifice uréthral et rentrer dans la vessie par l'orifice vaginal. Il suffit d'un peu d'attention pour en être averti.

Le **col de l'utérus**, atteint d'inflammation chronique, est parfois dur, bosselé, augmenté de volume, et présente une ulcération taillée à pic et d'aspect vernissé, analogue à celle de certains ulcères variqueux des jambes, qui éveille l'idée d'une affection de mauvaise nature. On ne se hâtera pas de conclure à un **cancer du col**, et l'on verra ces lésions disparaître ou tout au moins considérablement s'améliorer, dès que la fistule sera oblitéré.

Pronostic. **Pronostic.** — La guérison spontanée des fistules urinaires[1] ne peut se produire qu'au début de leur formation et lorsque le travail de cicatrisation concentrique qui succède à la chute des eschares n'a pas encore épuisé son action ; on peut alors être surpris de la rapidité avec laquelle de grandes perforations diminuent ou disparaissent. Mais, au bout d'un certain temps, la rétraction inodulaire étant terminée et l'orifice étant exactement circonscrit par l'épithélium des deux muqueuses qui s'est rejoint sur son bord libre, la lésion est définitive et n'a plus aucune tendance spontanée à guérir.

[1] Nélaton. *Loc. cit.*, p. 507.

Les fistules sont plutôt une infirmité qu'une maladie : ce qui constitue leur gravité éventuelle, ce sont les complications inflammatoires qui peuvent survenir du côté de la vessie et de l'utérus, et, de là, se propager par voie ascendante aux reins, ou aux trompes et au péritoine. Les fistules de l'uretère, celles qui s'abouchent dans le col de l'utérus, sont spécialement à redouter à ce point de vue.

Quant à la curabilité des diverses espèces de fistules, elle varie beaucoup suivant le siège, l'étendue, l'ancienneté, les altérations simultanées du vagin.

Les fistules du bas-fond sont plus faciles à oblitérer que les fistules cervico-vésico-vaginales, et même que les fistules uréthro-vaginales qui, *a priori*, paraîtraient facilement curables ; cela tient à la souplesse et à la moins grande laxité des tissus voisins. Les fistules vésico-cervicales sont très rebelles au traitement. Toutes les fistules uretérales, soit dans le vagin, soit dans le col, présentent aussi des difficultés particulières, et leur oblitération expose même à des dangers, pour peu que l'opération compromette la perméabilité du canal excréteur du rein.

Traitement. — **Aperçu historique.** — La fistule urinaire chez la femme a été décrite dès la fin du XVIe siècle, par Séverin Pineau[1]. Son traitement par l'**avivement et la suture** avait même été conseillé, au XVIIe siècle, par le chirurgien hollandais van Roonhuyzen[2] ; mais ces opérations avaient échoué, faute d'une bonne technique. Aussi, au XVIIIe siècle, avait-on renoncé à tout traitement curatif ; Jean-Louis Petit[3] appliquait une sorte d'urinal qu'il appelait *trou d'enfer*. Desault et Chopart[4] se bornaient à placer une sonde à demeure et à appliquer un tampon vaginal, dès le début, pour favoriser la cicatrisation spontanée. Au commencement du XIXe siècle[5], des tentatives opératoires furent faites dans divers sens. Delpech, Dupuytren et Jules Cloquet préconisèrent la cautérisation. La suture fut de nouveau tentée par Lewisky en 1802, par Nægelé en 1812, par Lallemand, par Deyber, par Malagadi (de Bologne) en 1828, par Roux en 1829, par Dugès en 1830. Lallemand[6] inventa, en 1824, sa

Traitement. Aperçu historique.

[1] Sev. Pineau. *Opusc. physiol. anat.*, etc. Paris, 1598.

[2] Henry van Roonhuyzen. *Heelkonstige Aanmerkingen betr. de Gebrecken der Vrouwen.* Amsterdam, 1663. Ce mémoire a été traduit en anglais, en 1676. (*Philosoph. Transact.*, t. XI, p. 621.) — Au XVIIIe siècle, Fatio, de Bâle, et Vœlter essayèrent, de nouveau, la suture sans succès.

[3] J.-L. Petit. *Traité des maladies chirurg.*, etc. Paris, 1790, t. III, p. 87.

[4] F. Chopart. *Traité des maladies des voies urinaires.* Paris, 1821.

[5] Cet historique a été traité de main de maître par Rochard. *Histoire de la chirurgie française, au XIXe siècle* Paris, 1875, p. 387-394 et 839-843. — Consulter aussi Jobert (de Lamballe). *Mémoires sur les fistules vésico-vaginales et sur leur traitement par une nouvelle méthode opératoire* (*Gaz. méd. de Paris*, 1836, p. 193). — Velpeau. *Nouv. éléments de méd. opérat.*, 2e édit., 1839, t. IV, p. 435.

[6] Lallemand (de Montpellier). *Réflexions sur le traitement des fistules vésico-vaginales*

fameuse *sonde-érigne* ou *sonde unissante* pour réunir les bords de la fistule, préalablement avivée par la cautérisation. Les succès allégués par Lallemand, quoique très contestés, amenèrent une sorte d'engouement pour les **crochets** ou **érignes unissantes**. Dupuytren[1] fit construire un instrument analogue, et Laugier[2], un peu après, inventa aussi une *érigne double vaginale*; Récamier, de son côté, fit construire plusieurs instruments unissants; mais leur vogue fut éphémère et ils cédèrent bientôt le pas à l'**autoplastie**.

C'est en 1832, que Velpeau imagina de fermer les fistules laryngiennes avec un bouchon de tégument et proposa d'employer le même moyen pour les autres ouvertures fistuleuses. Cette indication fut mise à profit par Jobert (de Lamballe)[3] et, en 1834, il pratiqua l'**élytroplastie** ou autoplastie du vagin par la méthode indienne. Il avivait d'abord la fistule au bistouri, puis comblait la perte de substance par un lambeau cutané emprunté soit à l'une des grandes lèvres, soit à la face interne de la cuisse ou de la fesse. Ce lambeau était amené au contact de la fistule avivée par un fil passant dans l'urèthre. Il obtint un beau succès, mais il y eut de nombreux revers entre ses mains et dans celles de Roux. Velpeau[4], Leroy d'Étiolles[5] et Gerdy[6] inventèrent aussi un procédé autoplastique. Ce dernier, qui mérite d'être encore conservé pour certains cas spéciaux, consiste à tailler deux lambeaux quadrilatères le long des bords de la perforation et à réunir exactement les deux larges surfaces saignantes.

Tous ces tâtonnements n'avaient encore donné que des résultats

(*Arch. gén. de méd.*, avril 1825, 1re sér., t. VII, p. 481). La sonde-érigne est également décrite et figurée par Sédillot et Legouest. *Traité de méd. opérat.*, 1870, t. II, p. 552 (fig. 561). — Deville (thèse de Montpellier, 1833, n° 107) a publié deux observations de guérison par le procédé de Lallemand. — Serre (*Mémoire sur l'emploi de la sonde-érigne dans le traitement des fistules vésico-vaginales...*, lu *à la Soc. de médecine de Montpellier* le 15 juin 1840, in *Gaz. méd. de Paris*, 1840, p. 487) affirme, d'autre part, que dans une quinzaine de faits recueillis en douze années, à l'hôpital Saint-Éloi, dans le service de Lallemand, il a compté cinq décès et n'a noté aucune guérison. Cependant, Bréchet (*Gaz. méd.*, 1840, p. 651) lisait, peu après, à l'Académie des sciences, un rapport sur un mémoire de Lallemand, dans lequel il admettait la réalité de sept guérisons obtenues sur quinze opérations!

[1] Voir Velpeau. *Loc. cit.*, p. 440.

[2] Laugier. *Nouvel instrument pour la réunion des fistules vésico-vaginales* (*Journ. hebd.*, 1829, t. V, p. 420). — Cet instrument est décrit et figuré dans Sédillot et Legouest, *Loc. cit.*, t. II, p. 552 (fig. 562).

[3] Jobert (de Lamballe). *Mémoire lu à l'Académie des sciences* le 4 févr. 1836 (*Gaz. méd. de Paris*, 1836, t. IV, p. 225) et rapport de Blandin, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 mars 1838, t. II, p. 581; — *Traité de chirurgie plastique*, Paris 1849, t. II, p. 409; — *Traité des fistules vésico-utéro-vaginales*, etc., Paris, 1852.

[4] Velpeau. *Loc. cit.*, t. I, p. 702.

[5] Leroy d'Étiolles. *Moyens nouveaux de traitement des fistules vésico-vaginales* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, août 1842).

[6] Gerdy. *Revue scient. et industr.*, 1841, t. V, p. 454.

précaires. C'est alors que Jobert[1] proposa une opération qui fait époque dans l'histoire de la cure des fistules, la **cystoplastie par glissement** ou **autoplastie vaginale par locomotion**. Elle consistait dans le décollement du vagin à son insertion au col et dans de larges incisions libératrices. Il y joignit d'abord la mobilisation de la lèvre antérieure de la fistule, en détachant l'urèthre du pubis ; mais il ne tarda pas à y renoncer. Il eut aussi de la sorte une série de succès tout à fait extraordinaires pour l'époque. Jobert les attribuait, à tort, à la facilité du rapprochement des bords et à l'absence de tension; en réalité, la plus grande part en revenait à des détails de technique qu'il jugeait accessoires, mais dont l'importance était capitale : mise à nu plus facile de la région à l'aide de valves plates ou écarteurs, avivement très large des bords de la fistule, multiplication des points de suture. Il résulta de cette erreur d'appréciation que les chirurgiens qui suivirent cette méthode, sans attacher la même importance à des détails qu'ils jugèrent insignifiants, échouèrent la plupart du temps, et les succès de la cystoplastie par glissement restèrent presque bornés à ceux de leur auteur.

Au premier enthousiasme excité par les publications de Jobert, avait donc succédé en Europe un complet découragement, lorsque à la fin de 1858 un jeune chirurgien américain, Bozeman[2] (de Montgommery), vint faire connaître à Paris le procédé, un peu modifié, de son maître Marion Sims[3], de New-York. Ce **procédé américain**, dont on a pu retrouver ailleurs les éléments épars, et dont Hayward[4] (de Boston), en particulier, avait indiqué l'un des points essentiels, réunissait un ensemble de perfectionnements considérables : position

[1] Jobert (de Lamballe). *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 16 mars 1847, t. XII, p. 492. — Malgaigne. *Manuel de méd. opér.*, 7e édit., p. 769. — Monteros. *Essai sur le traitement des fistules génito-urinaires chez la femme.* Thèse de Paris, 1864.

[2] Robert (*Gaz. des Hôp.*, 1859, p. 1 et 5) a décrit le procédé mis en usage par Bozeman dans les opérations faites dans les hôpitaux de Paris. — N. Bozeman. *Remarks on vesico-vaginal fistula*, etc. *Louisville Rev.*, 1856, p. 75; — *Annal. de Gyn.*, 1876, t. VI, p. 106.

[3] M. Sims. *On the treatment of vesico-vaginal fistula* (*Amer. Journ. of med. sciences*, janv. 1852, t. XXIII, p. 59) ; — *Silver sutures in surgery*, New-York, 1856.

[4] G. Hayward (de Boston). *Amer. Journ. of med. sciences*, 1839, p. 285 ; — *Boston med. and surg. Journ.*, 1851, t. XLIV, p. 209.

La suture métallique avec des fils de plomb avait déjà été pratiquée par Mettauer, de Virginie (voir Follin, *Loc. cit.*). Mais, à vrai dire, l'avivement sur une large surface (Hayward) et la suture métallique (Mettauer) étaient entièrement passés inaperçus, quand Sims les réunit aux divers éléments qui constituèrent sa méthode. On ne saurait songer à diminuer le mérite de ce véritable initiateur.

Voir, pour les questions de priorité que soulèvent ces procédés : A. Verneuil. *Des perfectionnements apportés à l'opération de la fistule vésico-vaginale par la chirurgie américaine* (*Gaz. hebd.*, 1859, p. 121). — Follin. *Examen de quelques nouveaux procédés opératoires pour la guérison des fistules vésico-vaginales* (*Arch. gén. de méd.*, 1860, 5e s., t. XV, p. 459). — J. Herrgott. *Etudes historiques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale et examen de quelques perfectionnements récents dont elle a été l'objet* (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1863, p. 119 et 142).

plus commode de la femme en semi-pronation latérale, emploi de larges valves métalliques en forme de gouttières, servant à la fois d'écarteurs et de réflecteurs pour la lumière; avivement incomparablement plus large qu'on ne le pratiquait jusqu'alors, à l'aide de tout un arsenal ingénieux; points de suture faits avec des fils d'argent (à la fois tenaces et aseptiques), très rapprochés les uns des autres; sonde métallique, d'une forme spéciale, permettant le cathétérisme à demeure.

Les succès extraordinaires obtenus par Bozeman dans les hôpitaux de Paris excitèrent l'ardeur des chirurgiens français; Follin et Verneuil, en particulier, par leurs publications et leur pratique, vulgarisèrent la méthode américaine[1]. Trois ans plus tard (novembre 1861), Marion Sims[2] vint lui-même à Paris; il opéra dans le service de Velpeau.

En même temps, Baker Brown[3] et Simpson[4] obtenaient à Londres et à Édimbourg des succès analogues, et Simon[5] (de Rostock) perfectionnait encore le manuel opératoire. Il se servait de fils de soie, démontrant ainsi que le fil d'argent n'entrait que pour une part médiocre dans les beaux résultats obtenus; il donnait des préceptes définitifs pour l'avivement; enfin, dans les cas incurables par la méthode ordinaire, il imaginait la méthode du *colpocleisis* ou oblitération transversale du vagin dont Vidal de Cassis[6] avait, à la vérité, eu la première idée.

[1] Verneuil. *Note sur deux fistules vésico-vaginales opérées et guéries par le procédé américain* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1860, t. XXXVI, p. 173). — *Nouvelles observations de fistules vésico-vaginales, suivies de remarques sur les procédés américains* (*Arch. gén. de méd.*, 1862, 5e s., t. XIX, p. 48); — *Des fistules vésico-vaginales d'un abord difficile, moyens propres à surmonter cette complication* (*Bull. de thérap.*, 1862, t. LXII, p. 442-497). — Bourguet, d'Aix. *Procédé simple pour abaisser la cloison vésico-vaginale* (*Ibid.*, p. 72). — Horaud (de Lyon). *Remarques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine, suture moniliforme de M. Desgranges; trois succès* (*Ibid.*, 1863, t. LXIX, p. 61, 113, 207). — A. Courty (de Montpellier). *Six opérations de fistules vésico-vaginales par la méthode américaine, toutes suivies d'une guérison immédiate* (*Montpellier méd.*, 1865, p. 316); — *Six nouvelles opérations*, etc. (*Ibid.*, 1867, p. 498).

[2] Pour la description des procédés américains, voir Fl. Churchill. *Traité pratique des maladies des femmes*, trad. fr., Paris, 1871, p. 957 — A. Le Blond. *Traité élément. de chir. gynécol.*, Paris, 1878, p. 405 et suiv.

[3] Baker-Brown. *Surgical diseases of women*, Londres, 1861, p. 112-174.

[4] Simpson. *Clinical lectures on diseases of women* (édit. amér.). Philadelphie, 1863, p. 21-40.

[5] Simon. *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln durch blutige Naht.* Rostock, 1862; — *Deutsche Klin.*, 1868, n° 45, p. 405, et n° 46, p. 417.

[6] Vidal de Cassis. *Oblitération de l'orifice du vagin pour le traitement de la fistule vésico-vaginale* (*Annal. de la chir. franç. et étrang.*, 1844, p. 208). — Ce chirurgien pensait que les insuccès de l'opération de la fistule provenaient du manque de capacité de la vessie : c'était pour donner au réservoir urinaire une sorte de cavité supplémentaire qu'il imagina de suturer les grandes lèvres. Il échoua. — A. Bérard eut aussi un insuccès retentissant, suivi de mort. La communication à l'Académie de médecine souleva une discussion des plus vives. — Consulter A. Bérard. *De l'oblitération du vagin appliquée*

La thérapeutique des fistules urinaires chez la femme était désormais constituée et les travaux plus récents n'ont guère fait qu'apporter des perfectionnements de détail.

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur l'histoire des opérations appliquées à la fistule vésico-vaginale, on y distingue facilement plusieurs périodes : 1° Une **période ancienne** ou de tâtonnements qui va de la remarquable tentative de suture de van Roonhuyzen aux premier essais de Jobert; l'évolution des idées chirurgicales passe successivement de la conception de la suture, après avivement, à celle de la cautérisation, puis à celle des instruments unissants après l'avivement par les caustiques, enfin à l'idée de l'autoplastie; 2° Une **période de transition**, marquée à la fois par le procédé de cystoplastie par locomotion de Jobert, et par la création de la méthode indirecte d'infibulation par Vidal de Cassis, suivie par Bérard; 3° Une **période de renaissance de la suture**, l'antique opération de van Roonhuyzen, à laquelle se rattachent les noms de Hayward, Marion Sims, Bozeman, en Amérique; Simpson et Baker Brown, en Angleterre; Simon, Hegar, en Allemagne; Neugebauer, à Varsovie; Follin et Verneuil, en France, etc.

Fistules vésico- et uréthro-vaginales.

Indications opératoires.

Fistules vésico-vaginales et uréthro-vaginales. — A quel moment convient-il d'opérer? Hegar et Kaltenbach fixent le moment le plus favorable entre la sixième et la huitième semaine après l'accouchement. A ce moment, l'écoulement des lochies a disparu, les eschares sont complètement éliminées, les lèvres de la fistule sont bien vasculaires et suffisamment solides. Plus tôt, on risquerait de voir la plaie souillée par l'écoulement vaginal et d'opérer sur des tissus trop friables et trop gorgés de sang; plus tard, on se trouve en présence de tissus rétractés et scléreux. L'âge n'est pas une contre-indication; Simon a opéré avec succès une enfant de huit ans chez laquelle la fistule avait été provoquée par un gros calcul vésical; Hegar a opéré une femme de soixante ans, qui souffrait de sa fistule depuis trente-cinq ans.

Un mauvais état général est évidemment une condition défectueuse pour le succès de cette opération plastique. Hegar n'a pourtant pas craint d'opérer une hémiplégique. Malgré les succès de Watson et de Baker Brown[1], il me paraît très imprudent d'opérer pendant la gros-

au traitement de la fistule vésico-vaginale; *méthode de traitement par infibulation ou oblitération du vagin* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 4 févr. 1845, t. X, p. 407); — *Discussion*, séances des 18 et 25 févr. et 4 mars (*Ibid.*, p. 415, 427, 455. — Vidal de Cassis. *Exposé de la discussion académique sur l'oblitération du vagin pour guérir les fistules vésico-vaginales, méthode indirecte* (*Annal. de la chir. franç. et étrang.*, 1845, t. XIV, p. 5).

[1] Watson, Baker Brown, cités par Hegar et Kaltenbach. *Loc. cit.*, p. 500.

sesse. On choisira, de préférence, les jours qui suivent immédiatement les règles.

Dans toute fistule **vésico-** et **uréthro-vaginale** on peut faire cesser l'incontinence :

1° En oblitérant directement la fistule : *a*. par voie vaginale; *b*. par voie sus-pubienne.

2° En oblitérant, au-dessous de la fistule, le canal génital dont on fait une dépendance du réservoir urinaire.

Ce procédé n'est, évidemment, qu'une dernière ressource.

Oblitération directe de la fistule.

I. **Oblitération directe de la fistule.** — *a*. **Voie vaginale.** — Je ne m'étendrai pas sur la **cautérisation**, qui fut longtemps la seule ressource des chirurgiens et qui a été pratiquée avec les agents les plus divers. On la réservera aux fistulettes récentes et particulièrement à celles qui présentent un petit canal obliquement dirigé. On la fera, de préférence, avec un galvano-cautère dont l'anse de platine sera d'abord introduite à froid dans toute la longueur du canal. Le nitrate d'argent a pu suffire quand le pertuis est très étroit : c'est un bon auxiliaire de la cautérisation actuelle, quand l'eschare qu'elle produit est tombée.

Cautérisation.

Réunion immédiate secondaire.

Réunion immédiate secondaire. — On peut placer dans une section intermédiaire à la cautérisation et à la suture le procédé mixte de l'avivement par les caustiques suivi de suture, dit parfois **réunion immédiate secondaire**. Voici comment le décrit son principal vulgarisateur, Amabile, de Naples[1].

La femme étant couchée dans le décubitus dorsal, les cuisses fortement relevées, le chirurgien met la fistule à découvert avec un spéculum de Sims modifié, fixé à la table d'opération, dans le genre de celui qui a été plus tard imaginé par Fritsch (fig. 76, p. 103). Lorsque la fistule est à découvert, on pratique la scarification des lèvres et des bords dans une étendue de 1 centimètre environ. Cette scarification a pour but de permettre à l'action du caustique de s'exercer plus énergiquement. Amabile emploie, pour l'avivement par les caustiques, l'acide sulfurique, qu'il porte au contact des tissus au moyen d'amiante contenu dans de petites cuvettes en maillechort. On répète la cautérisation au bout de 3 jours, et on fait ensuite des cautérisations au nitrate d'argent pour faciliter la chute des eschares. Au bout de douze jours, on obtient une plaie granuleuse que l'on réunit avec un appareil unissant les *griffes en râteau* d'Amabile. Il les laisse en place 5 à 7 jours.

[1] L. Amabile. *La fistola vescico-vaginali* (*Movimento*. Naples, 1874, p. 369 et 417). — *Nouvelle méthode de traitement des fistules vésico-vaginales* (*Compte rendu du Congrès period. des sciences méd.*, Bruxelles et Paris, 1876, p. 342). — Voir la description détaillée des procédés dans Le Blond. *Loc. cit.*, p. 389 et suiv.

On le voit, il y a là un véritable retour vers les procédés archaïques de Lallemand, Laugier, etc. L'expérience en a fait justice comme méthode générale. Toutefois, on ne saurait nier que la réunion immédiate secondaire ne puisse rendre des services dans des circonstances spéciales. Si l'on est appelé, par exemple, à traiter une perforation dans les premiers jours qui suivent le détachement des eschares, on pourra tenter de réunir directement les surfaces granuleuses; pour cela, des sutures me paraîtraient préférables à des serres-fines ou des griffes.

La réunion primitive de la fistule préalablement avivée constitue le procédé général qui s'est définitivement substitué à ses devanciers. Réunion primitive.

Traitement préparatoire. — Bozeman a eu le mérite de montrer toute l'importance de la dilatation préalable du vagin dans les cas où il existe une certaine étroitesse de ce canal avec des brides cicatricielles. Dans ce but, le chirurgien américain opère leur distension graduelle à l'aide d'une série de boules ovoïdes en gomme durcie, introduites pendant plusieurs jours dans le vagin. On pratique en même temps des incisions dans les masses cicatricielles. Avec de la patience, on obtient ainsi des résultats surprenants. Simon et ses élèves préfèrent la dilatation extemporanée : on fait une série d'incisions au bistouri sur les brides et les parties fibreuses, et l'on introduit, l'un après l'autre, des spéculums de grosseur croissante. L'anesthésie locale à la cocaïne pourrait alors être utilisée.

Il n'est pas moins utile de faire complètement disparaître, avant l'opération plastique, l'érythème, les excoriations et la cystite, par des lotions, des injections et des bains.

S'il existait un rétrécissement ou une oblitération de l'urèthre, on commencerait par les traiter avant de s'occuper de la fistule. On aurait recours, pour cela, à la divulsion, puis au passage de sondes longtemps continué, s'il s'agissait d'un rétrécissement. Si l'on avait affaire à une oblitération, on ferait une opération analogue à celle de l'uréthrotomie externe chez l'homme; on exciserait les masses de tissu inodulaire, puis, la muqueuse vaginale, convenablement libérée par des incisions et une dissection appropriée, serait suturée au devant d'une sonde à demeure, de manière à reconstituer un nouveau canal.

Technique opératoire. 1er temps, découverte de la fistule. — La position à donner à la femme pourra varier, suivant la profondeur de l'orifice. La position dorso-sacrée est suffisante quand la fistule siège très bas ou s'il y a en même temps un peu de prolapsus génital. Le plus souvent, on ne peut arriver à manœuvrer commodément qu'en faisant prendre à la femme la position dite de Sims (décubitus laté- Technique. 1er temps.

ral en semi-pronation, fig. 78). Enfin, pour les fistules très élevées, la position genu-pectorale est préférable. Elle a l'inconvénient d'être assez pénible et de rendre l'anesthésie plus difficile, malgré l'emploi des tables spéciales sur lesquelles Bozeman[1] attache, et Neugebauer[2] place les malades. Ce dernier emploie aussi un spéculum fixé par une ceinture, pour écarter les parois vaginales, et des crochets, maintenus par des chaînes où sont suspendus des poids, pour tendre les parties au niveau du champ opératoire (fig. 493, 494, 495 et 496).

L'anesthésie générale par le chloroforme a jusqu'ici été employée : il est probable que la cocaïne en badigeonnages et en injections

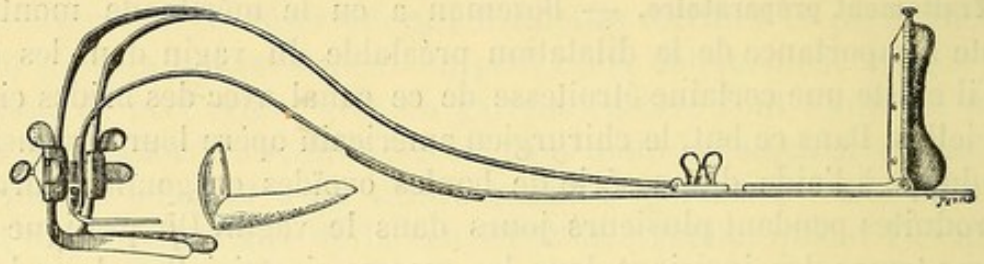


Fig. 493. — Spéculum de Neugebauer pour l'opération de la fistule vésico-vaginale.

sous-muqueuses, dont je me suis servi avec succès, pourra le plus souvent en dispenser. Il suffira alors d'avoir deux aides, l'un pour écarter les parois du vagin et absterger le sang, l'autre pour s'occuper des sutures. L'opération pourra être faite sous l'irrigation continue à l'eau stérilisée tiède; on se servira aussi, au besoin, pour éponger, de petits bourdonnets de coton hydrophile humides, montés sur des pinces. La fourchette sera déprimée par une valve de Simon, courte et large; un écarteur soulèvera la paroi vaginale antérieure, s'il est nécessaire. Une sonde métallique introduite dans la vessie en abaissera le bas-fond vers le champ opératoire. Enfin le col sera fixé et abaissé avec des pinces de Museux.

2e temps. **2e temps, avivement des lèvres de la fistule.** — On se servira, de préférence, de bistouris à lame droite ou coudée. Les ciseaux, dont Sims a ingénieusement varié les courbures, sont, à la vérité, d'un usage plus expéditif, mais ont l'inconvénient d'écraser légèrement les tissus. On peut faire l'avivement de deux façons : dans les cas ordinaires, si la muqueuse est saine au voisinage de l'orifice, on fera un avivement infundibuliforme profond, suivant la pratique de

[1] Voir, pour la figure du lit de Bozeman, Le Blond, *Loc. cit.*, p. 418.

[2] F.-L. Neugebauer (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXIV, Heft 1, p. 145, et *Ibid.*, Heft 3, p. 411 à 421) a représenté les appareils employés par son père; il opérait toujours dans la position genu-pectorale.

Simon (fig. 499, m. n.), qui ne prenait pas de précautions spéciales au niveau de la muqueuse vésicale, et dont le bistouri emportait tous les tissus cicatriciels; dans le cas où ces cicatrices sont étendues, il vaut mieux faire l'avivement selon le second procédé, qui est celui

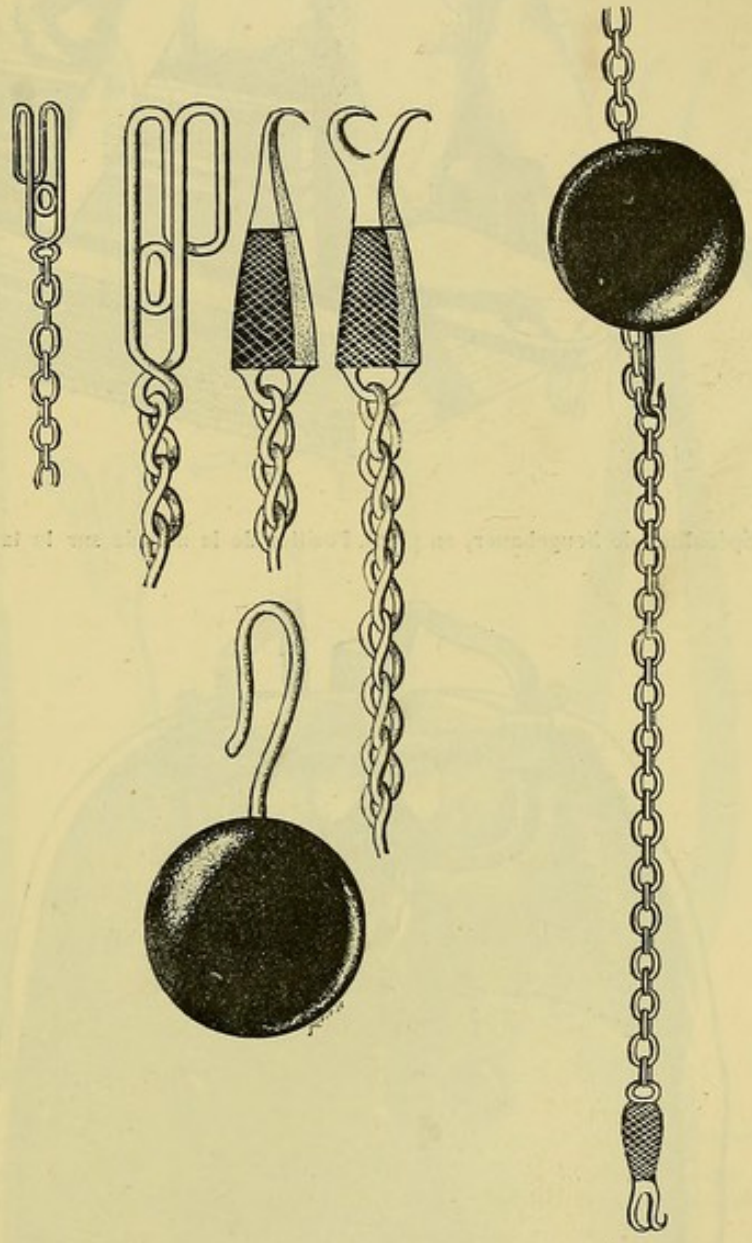


Fig. 494. — Crochets de Neugebauer pour l'opération de la fistule vésico-vaginale.

des Américains (fig. 499, x, y). Le bistouri tenu obliquement sera enfoncé à une distance de 6 à 8 millimètres des bords de l'orifice, de telle sorte que sa pointe perfore les tissus, à l'union des muqueuses vaginale et vésicale et dépasse largement les tissus cicatriciels qui seront excisés. Les Américains attachent une importance extrême à ne pas blesser la muqueuse vésicale, qui saigne beaucoup. On taille ainsi, en s'aidant de crochets aigus et de pinces à dents de souris

pour tendre la muqueuse, une véritable collerette annulaire autour

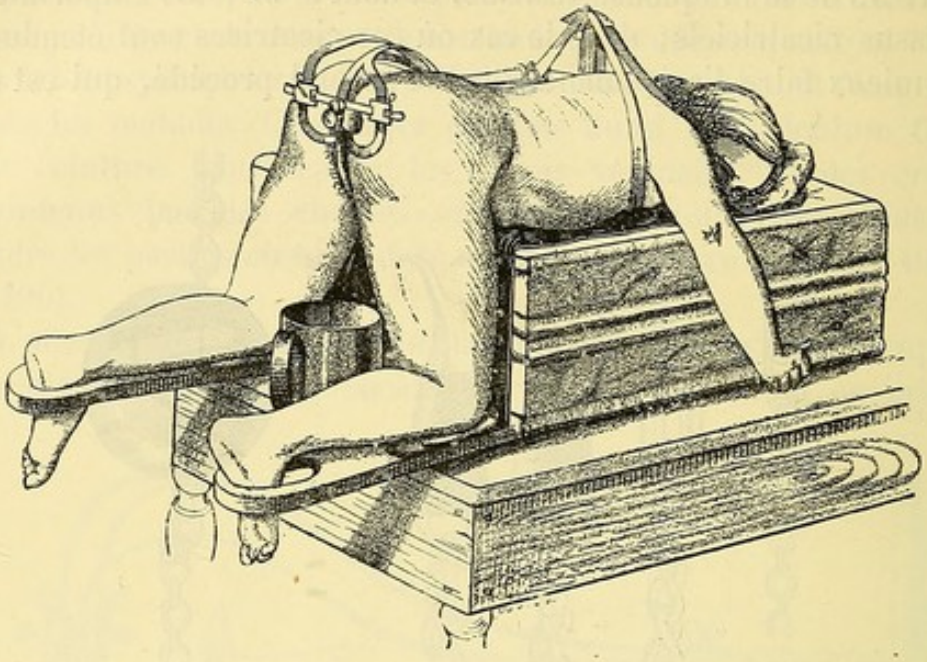


Fig. 495. — Spéculum de Neugebauer, en place. Position de la malade sur la table d'opération

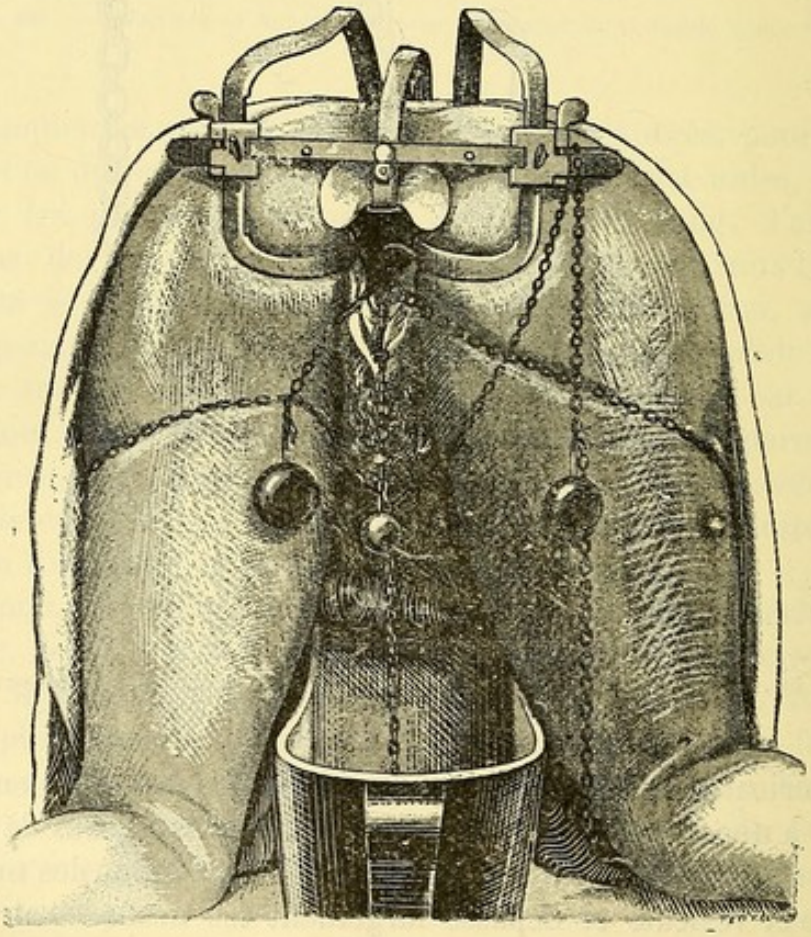


Fig. 496. — Spéculum et crochets rétracteurs de Neugebauer, en place.

de la fistule et on achève de la détacher avec des ciseaux (fig. 498).

Dans les cas où les bords de la fistule paraissent avoir une médiocre vitalité, sont peu saignants et fibreux, on augmentera la surface de l'avivement, en donnant à l'anneau de la muqueuse enlevée une largeur de 2 à 3 centimètres; ce procédé américain n'a qu'un seul

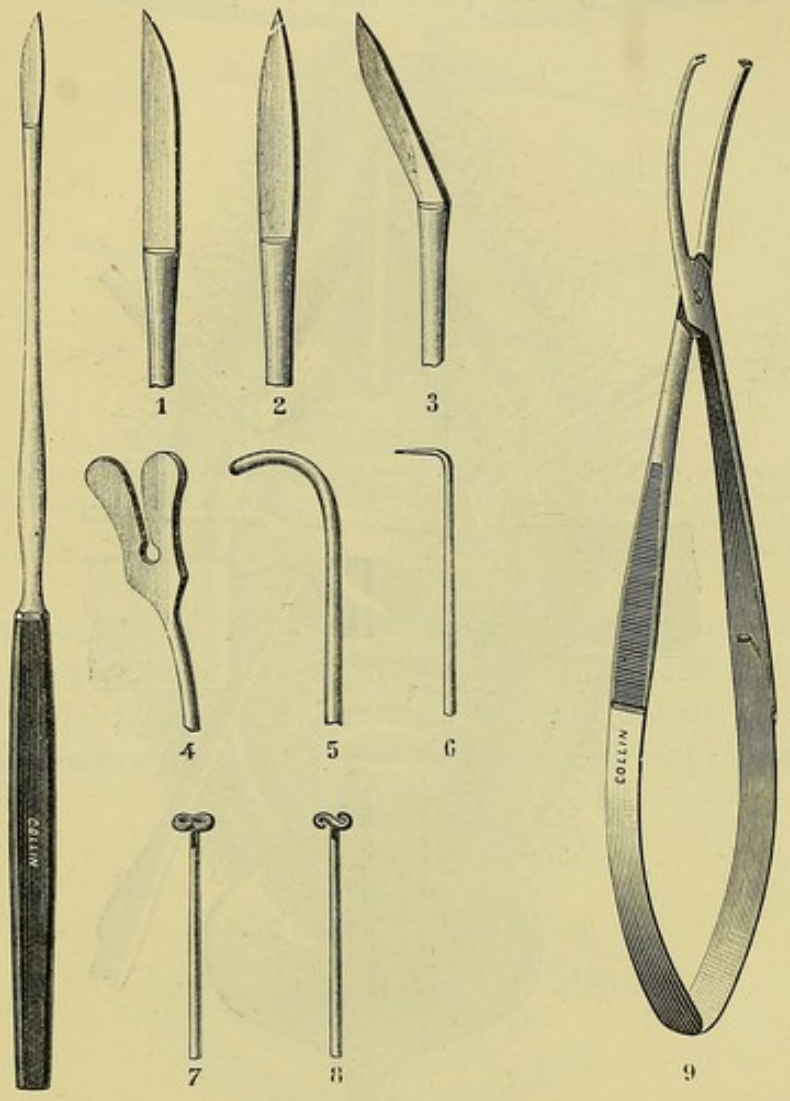


Fig. 497. — Instruments pour l'avivement et la suture dans la fistule vésico-vaginale.
1, 2, 3. Bistouris droit, convexe et coudé; 4. Spatule; 5, 6. Crochets mousse et aigu; 7, 8. Tord-fils de Coghill, et en S de Denonvilliers; 9. Pince à ressort de Collin.

inconvénient, celui d'exposer au tiraillement des parties, après la suture.

La direction de l'avivement dans les petites fistules sera légèrement elliptique et l'on choisira le sens où la suture produira le moins de tension. Si l'on a soin d'intéresser le moins possible la muqueuse vésicale, on évitera les hémorrhagies en nappe; mais il est parfois impossible de ne pas léser une artériole; on pourra souvent faire l'hémostase, en pinçant en masse avec les doigts les parties avivées. Si l'on ne réussit pas, il vaut mieux s'en remettre à

la suture pour arrêter l'hémorrhagie que de faire dans la plaie le pincement des vaisseaux.

On avivera, comme je viens de l'indiquer, les fistules vésico-vaginales et uréthro-vaginales.

Quand la fistule siège tout près du col, il peut être utile d'en inci-

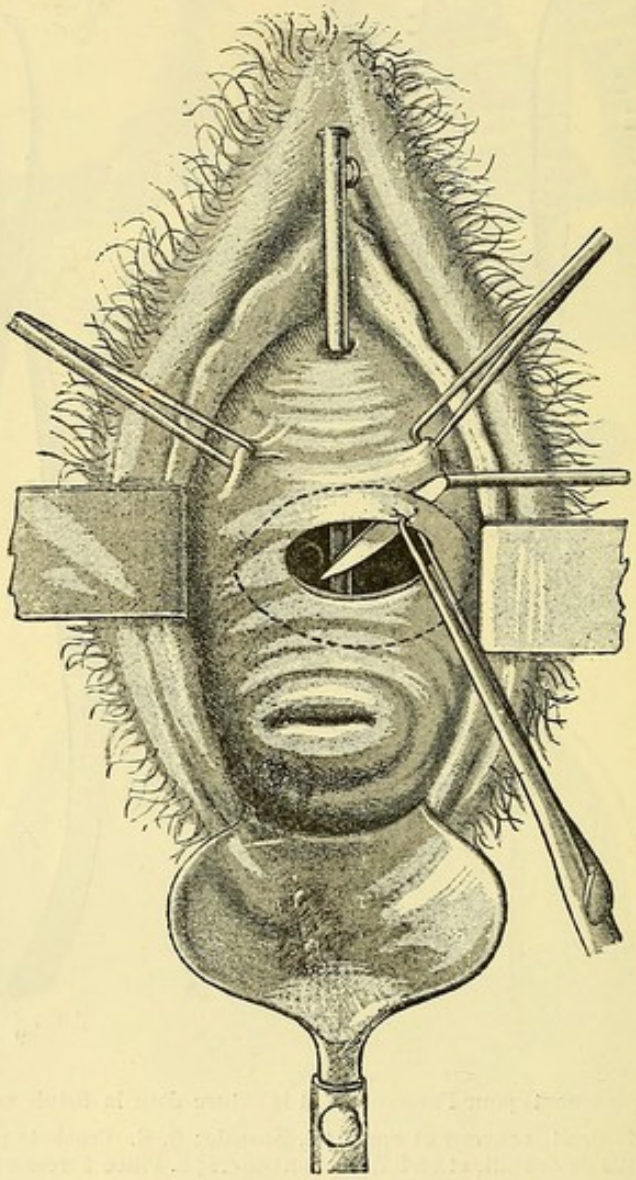


Fig. 498. — Avivement de la fistule vésico-vaginale.
(Pour simplifier la figure on a supprimé les pinces qui fixent le col de l'utérus.)

ser la lèvre antérieure ou même d'en exciser un segment cunéiforme de manière à bien mettre à nu l'orifice fistuleux. On avivera alors largement tout autour, et s'il y a de la tension, plutôt que de faire des incisions libératrices, on décollera la muqueuse avec des ciseaux dans une certaine étendue, autour des bords de la plaie (fig. 502).

3e temps, suture. — Beaucoup d'opérateurs se servent d'aiguilles

montées : aiguilles tubulées de Simpson ou de Sims, aiguilles chasse-fil de Startin, aiguille de Reverdin. Tous ces instruments, quoique commodes, font des perforations trop volumineuses.

Je me sers exclusivement des fines aiguilles plates de Hagedorn et

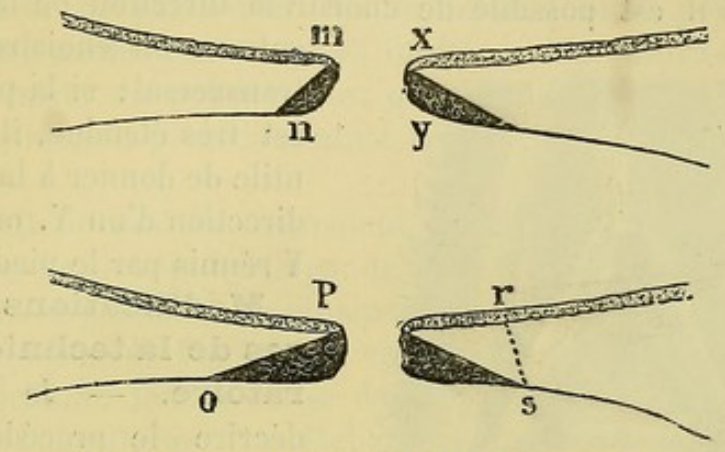


Fig. 499. — Avivement de la fistule vésico-vaginale.

m. n. Avivement infundibuliforme à base étroite de Simon; x. y. avivement conique à large base (procédé américain), épargnant la muqueuse vésicale; p. o. avivement, selon le procédé américain, montrant l'économie de tissu qu'elle réalise quand on avive ainsi en large surface une région cicatricielle que le procédé de Simon commanderait d'exciser selon la ligne r. s.

de mon porte-aiguille (fig. 32 et 33). Les fils de soie fins et tenaces ou le fil d'argent sont ici préférables au catgut, dont la disparition est trop rapide; le fil de Florence offre trop de raideur.

On commencera par passer une série de sutures profondes pénétrant à 5 millimètres du bord saignant et cheminant sous toute la surface cruentée, en respectant exclusivement la muqueuse vésicale. Des pinces à forcipressure seront provisoirement placées sur les extrémités de ces fils. Entre ces points de suture profonde ou de soutènement, on appliquera des points superficiels spécialement destinés à l'affrontement, avec des fils plus fins passés le plus près possible de la plaie, qui seront immédiatement serrés (fig. 500). C'est alors seulement que l'on nouera les sutures profondes. Si l'on

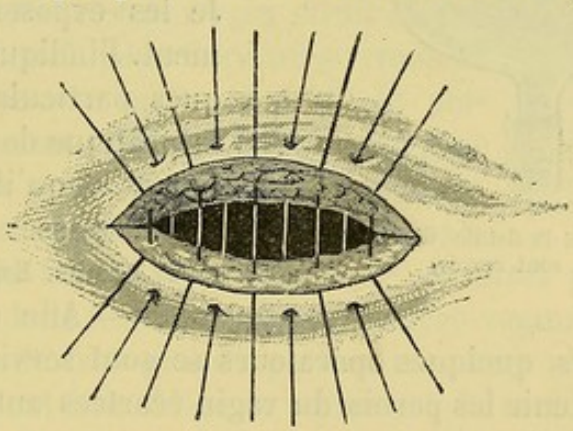


Fig. 500. — Suture de la fistule vésico-vaginale; fils profonds et superficiels, en place.

emploie du fil d'argent, on pourra les serrer doucement et puis on les tordra avec un *tord-fils* (fig. 497, 7, 8); on s'aidera pour passer les fils de pinces à dents de souris, d'un crochet mousse, d'un crochet aigu ou d'une petite fourche; on maintiendra une sonde dans la vessie. S'il est possible de choisir la direction de la ligne de suture, on choisira le sens transversal; si la perforation est très étendue, il peut être utile de donner à la suture la direction d'un Y, ou de deux Y réunis par le pied (fig. 503).

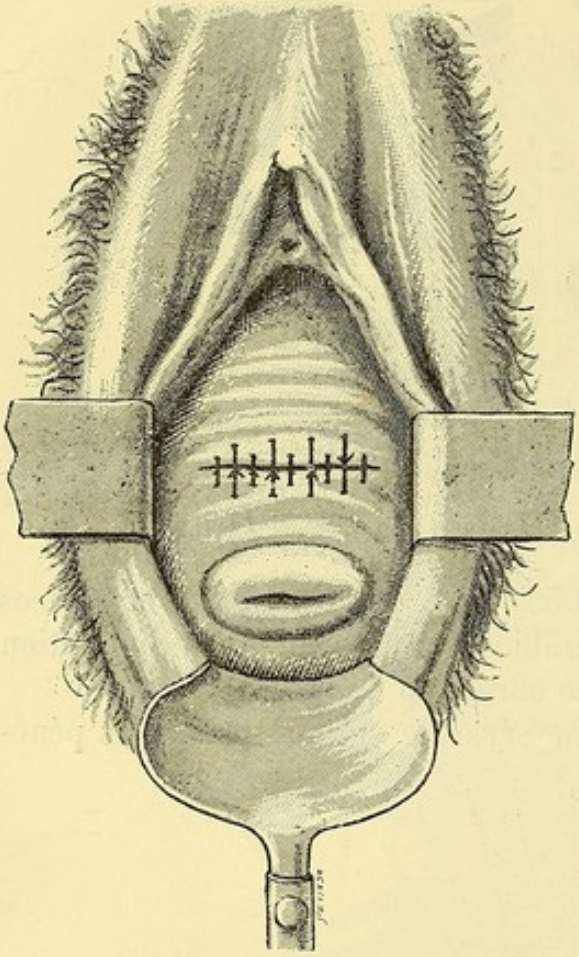


Fig. 501. — Suture de la fistule vésico-vaginale; les fils sont serrés.

Modifications de la technique opératoire.

Modifications diverses de la technique opératoire. — Je viens de décrire le procédé général d'avivement et de suture qui constitue, dans ses lignes essentielles, ce qu'avec Verneuil et Follin on doit appeler la *méthode américaine.*

Certaines circonstances spéciales peuvent réclamer des **modifications de la technique.** Je les exposerai très brièvement. J'indiquerai aussi quelques particularités propres à la pratique de certains opérateurs, et qu'il n'est pas permis de passer sous silence.

1er temps. Exposition de la fistule. — Afin de diminuer le nombre des aides, quelques opérateurs se sont servis de spéculums destinés à maintenir les parois du vagin écartées automatiquement. Bozeman, le premier, a fait construire un instrument de ce genre (fig. 85) qui a servi de type à de nombreuses variétés. L'appareil de Neugebauer (fig. 493) est fixé sur le dos de la malade par des courroies (fig. 495). Des crochets munis de chaînettes auxquelles sont suspendus des poids, servent aussi à tendre les parties, sans le secours d'assistants (fig. 494). Simon abaissait le col de l'utérus à l'aide d'anses de fils, passés au travers des lèvres, qui prennent moins de place que des pinces. La plupart des chirurgiens qui fixent le col (ce qui me paraît indispensable) se servent de pinces de Museux ou de pinces tire-balles. On peut aussi se servir de pinces,

au lieu de crochets aigus, pour tendre la muqueuse au niveau du champ opératoire (fig. 498).

2e temps. Avivement[1]. — Si l'on a affaire à une très grande perforation ou bien encore si les bords en sont particulièrement saignants, il est bon de ne pas aviver, dès le début, tout le pourtour de la fistule, mais seulement un point limité, qu'on suture aussitôt[1]. On avivera ensuite un point voisin, qu'on suturera de même, en procédant ainsi de proche en proche.

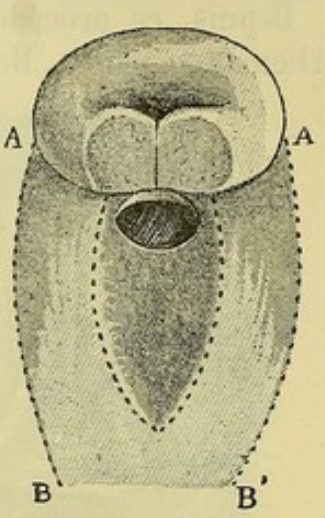


Fig. 502. — Opération d'une fistule vésico-vaginale, voisine du col.

Incision de la lèvre antérieure du col pour rendre la fistule accessible. — La ligne ponctuée intérieure indique la surface à aviver autour de la fistule. Les lignes ponctuées A B et A' B' indiquent le décollement de la muqueuse qu'on peut faire, s'il est nécessaire, pour éviter la tension. La femme est supposée en position genu-pectorale (Emmet).

S'il s'agit de cas excessivement difficiles, demandant beaucoup de temps, on peut faire ces opérations partielles en plusieurs séances. La longue durée de l'opération est, en effet, très importante, tant à cause de la prolongation de l'anesthésie, très fâcheuse pour la malade, que par suite de la fatigue du chirurgien; on doit en tenir grand compte, quand il s'agit de mener à bien une opération minutieuse.

Si deux fistules sont très voisines et séparées par du tissu scléreux, on les réunira; si le pont de muqueuse est souple et vivace, on tâchera de le respecter.

Quand on a affaire à un vagin étroit et que l'on manque d'étoffe pour faire un avivement suffisant, on pourra mettre à profit le **procédé de dédoublement**, qui est la base du procédé de L. Tait pour la périnéorrhaphie, et dont l'origine première remonte précisément à l'opération de la fistule vésico-vaginale[2]. Je dirai plus loin le parti que j'en ai tiré dans les cas de fistule uretéro-vaginale.

Dans les cas de très grande perforation, avec véritable perte de substance, on peut être obligé de recourir à la mobilisation de lambeaux pris dans le voisinage, à l'**autoplastie**. Ce procédé, qui se confond souvent, dans l'application sinon par la conception, avec le dédoublement, avait été appliqué d'abord par Jobert, par Gerdy, etc.,

[1] Courty. *Gaz. des Hôp.*, 26 mai 1877, p. 478.

[2] E. Blasius. *Handbuch der Akiurgie*, Halle, 1859, t. I, p. 460. — Beaucoup d'auteurs attribuent, à tort, l'invention du procédé de dédoublement à Maurice Collis (*Dublin quart. Journ. of med. sciences*, 1861, t. XXXI, p. 302), dont le mémoire a été analysé par Azam. *Journ. de méd. de Bordeaux*, août 1861, p. 356. — L. Tait (*Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1889, p. 1044) a déclaré qu'il ignorait ce travail quand il a inventé son procédé. — La première application de ce procédé en Allemagne, depuis Blasius, a été faite par von Herff. *Zur Behandlung der Harnröhrenscheidenfisteln* (*Der Frauenarzt.*, 1887, p. 25).

à tous les cas; il a trouvé un partisan fervent, à une époque relativement récente, en Duboué[1], qui a proposé de le combiner constamment avec la méthode américaine. Ce chirurgien taillait deux petits lambeaux aux dépens de la muqueuse vaginale, par dédoublement de la cloison et les réunissait à l'aide de fils métalliques tordus sur des boutons d'ivoire.

Depuis, ce procédé d'**autoplastie par dédoublement** a été repris en Allemagne par v. Herff, Sänger, Fritsch, Walcher, Fenomenoff[2].

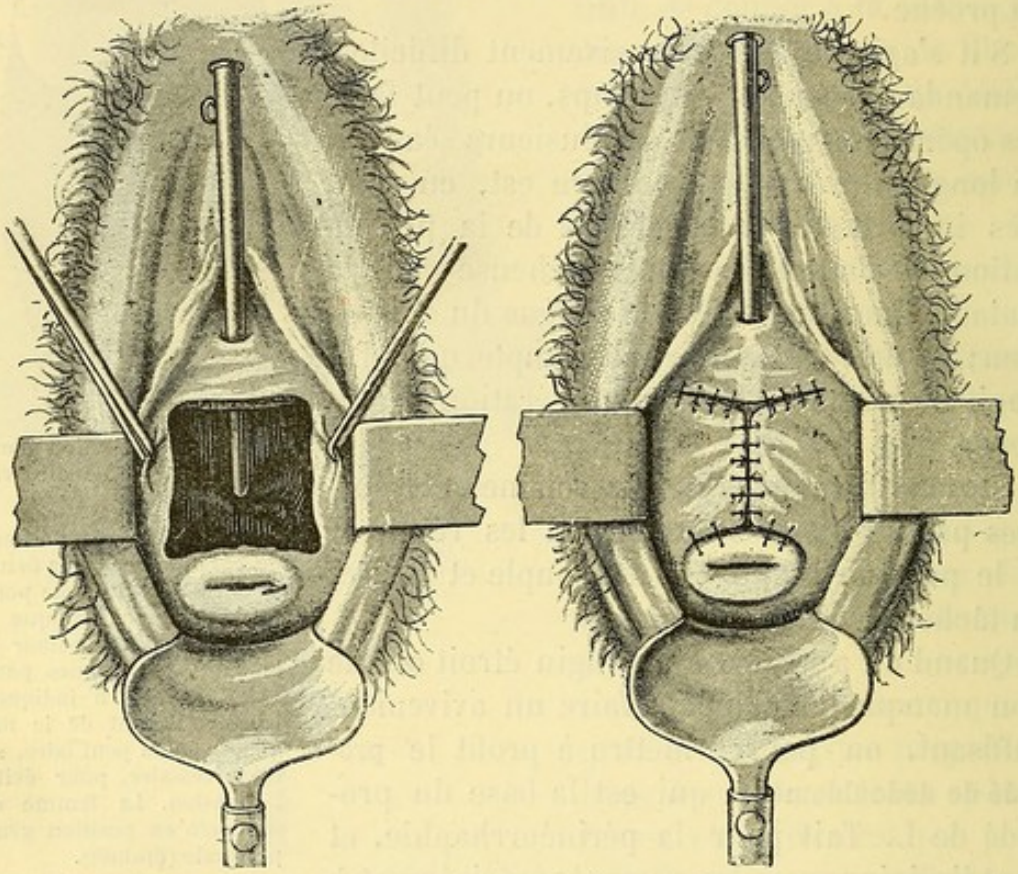


Fig. 503. — Fistule vésico-vaginale très étendue de forme quadrangulaire; avant et après l'avivement et la suture.

Walcher, qui en a longuement décrit la technique, réunit les lèvres de l'orifice vésical au catgut et celles de la plaie vaginale à la soie (fig. 504 et 505).

On doit décrire avec les méthodes de dédoublement le procédé auquel Mackenrodt[3] a eu recours avec succès. Il fixe la fistule par

[1] Duboué (de Pau). *Mémoire sur l'emploi d'un nouveau procédé autoplastique, ou à lambeaux, dans l'opération de la fistule vésico-vaginale* (*Mém. de la Soc. de chir.*, 1864, t. VI, p. 417).

[2] v. Herff (*Loc. cit.*) a d'abord guéri ainsi une fistule uréthro-vaginale. — Sänger, *Einige geschichtliche und technische Bemerkungen zur Lappenperineorrhaphie* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 47, p. 765). — Fritsch. *Ueber plastiche Operationen in der Scheide* (*Ibid.*, n° 49, p. 804). — G. Walcher. *Die Auslösung der Narben als Methode der Plastik* (*Ibid.*, 1889, n° 1, p. 1). — Fenomenoff, *Vratch*, 1896, n° 21.

[3] Mackenrodt. *Die operative Behandlung grosser Blasenscheidenfisteln* (*Centr. f. Gyn.*, 1894, p. 180).

des pinces tire-balles, qui tendent la paroi vaginale antérieure et fait une incision médiane antéro-postérieure passant par la fistule. Après avoir séparé avec soin les deux parois vésicale et vaginale de chaque côté de la fistule, il ferme l'orifice vésical de préférence avec une suture à étages. Puis, comme dans la vagino-fixation, il attire le corps de l'utérus dans la plaie vaginale et suture la paroi vaginale

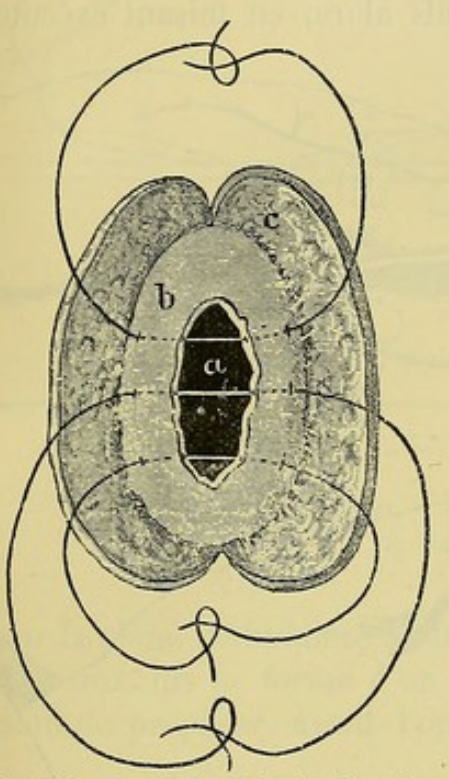


Fig. 504. — Opération de la fistule vésico-vaginale par dédoublement (Walcher).

a. Fistule. *b*. Paroi vésicale. *c*. Paroi vaginale.

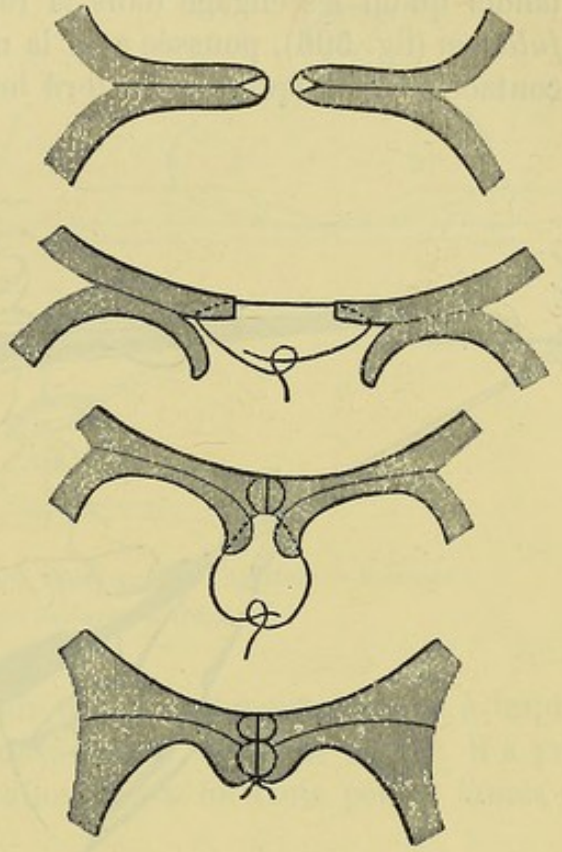


Fig. 505. — Opération de la fistule vésico-vaginale par dédoublement (Walcher).

Figure schématique des divers temps.

à la face antérieure de l'utérus en rapprochant le plus possible les lèvres de l'orifice vaginal.

On peut encore rattacher aux procédés autoplastiques l'oblitération d'une large fistule, à l'aide d'un bouchon formé par la muqueuse vésicale, telle que l'a pratiquée Lannelongue[1]. Dans un cas où toute la cloison vésico-vaginale était détruite et où la paroi postérieure de la vessie venait s'engager dans la fistule, il s'est servi de cet obturateur qui s'offrait à lui, et après avoir avivé la muqueuse vésicale sur un point suffisamment éloigné de la face postérieure de la perforation, il l'a fixée à la lèvre antérieure qu'il avait d'abord avivée.

[1] Lannelongue. *Nouveau procédé de traitement des fistules vésico-vaginales.* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 5 mars 1873, 3e s., t. II, p. 106-111.)

Mais l'autoplastie rend surtout des services signalés dans les fistules uréthro-vaginales, avec large perte de substance. De beaux succès de ce genre ont été rapportés par Houzel[1], par Polaillon[2] et par Fritsch[3].

3e temps; suture. — Sims se servait, pour opérer la striction des fils, d'une pince à verrou, coudée, qui saisit les deux bouts du fil, tandis qu'on les engage dans la rainure d'une spatule montée ou *fulcrum* (fig. 506), poussée avec la main gauche le long des fils, au contact de la muqueuse; on tord les fils alors, en faisant exécuter

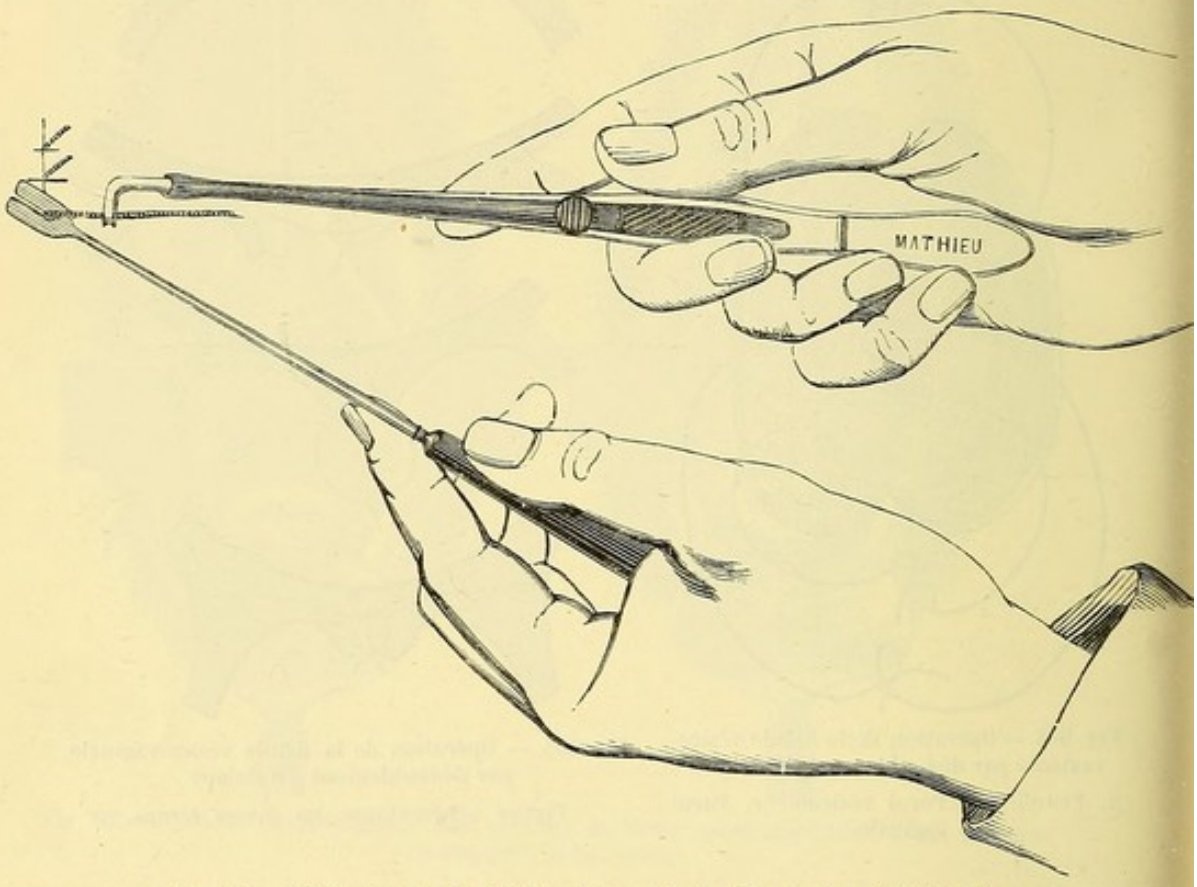


Fig. 506. — Opération de la fistule vésico-vaginale. Pince et spatule de Sims.

à la pince des mouvements de rotation sur son axe. Avant de retirer le fulcrum, il convient de prendre le fil avec la pince et de le recourber suivant la direction du vagin, pour que son extrémité ne blesse pas la paroi vaginale postérieure. Sims place dans la vessie la *sonde sigmoïde* de son invention, qui tient automatiquement en place.

Bozeman a inventé, pour rapprocher les bords de la plaie, un

[1] G. Houzel (de Boulogne-sur-Mer). *Gaz. méd. de Paris*, 14 janv. 1888, p. 13.

[2] Polaillon. *Communication faite à la Société obst. et gynéc. de Paris*, 9 mai 1889 (*Arch. de tocol.*, 1889, p. 474).

[3] Fritsch. *Ueber Plastik der weiblichen Harnröhre* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 30, p. 475). — Dans les cas de destruction complète de l'urèthre, il a reconstitué ce canal, en utilisant deux lambeaux pris aux petites lèvres et dont le pédicule répondait aux pédoncules du clitoris.

instrument spécial, dit *ajusteur de la suture*. C'est une longue tige d'acier surmontée d'un petit disque aplati percé d'un trou à son centre (fig. 507). Dans ce trou il engage les deux bouts de chaque fil, et tandis qu'il les tend de la main gauche, il fait glisser le disque

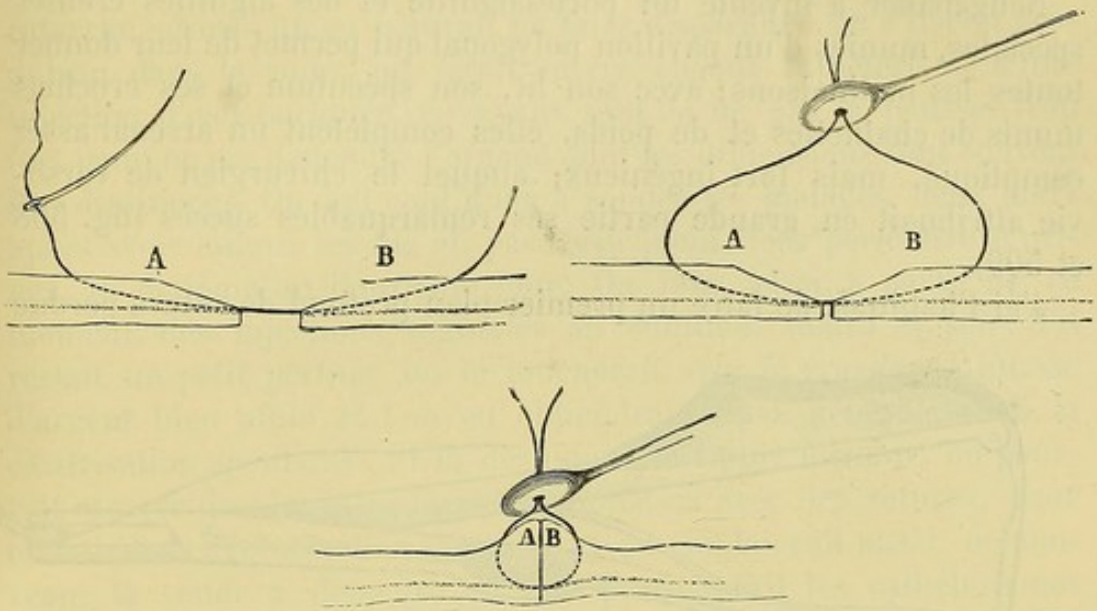


Fig. 507. — Opération de la fistule vésico-vaginale. Ajusteur de Bozeman.
A. B. Surfaces vaginales avivées.

sur la plaie, de manière à obtenir un affrontement exact et à imprimer aux fils la forme d'un anneau qu'il suffit de serrer. Il a pris soin de préparer, avant l'opération, deux ou trois petites lames de

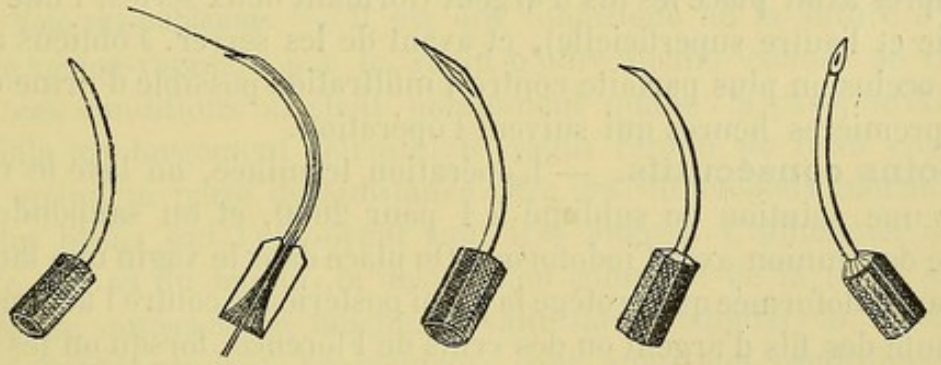


Fig. 508. — Aiguilles de Neugebauer.

plomb, d'un millimètre d'épaisseur, taillées à peu près selon l'étendue et la forme que devra présenter la plaie affrontée, légèrement déprimées au centre pour ne pas presser sur les lèvres. Il perce avec un poinçon autant de trous qu'il y a de points de suture, fait passer par chaque trou les deux chefs de chaque anse, et pousse la plaque jusqu'au contact de la paroi vaginale, sur laquelle il l'ajuste avec un petit crochet spécial. Il fait alors couler sur les fils des anneaux de

plomb, semblables aux tubes de Galli, les pousse jusqu'à la plaque, et les écrase avec un davier. Il met à demeure dans la vessie une sonde de Sims. Pour opérer comme pour retirer les fils, vers le dixième jour, il place la femme dans la position genu-pectorale.

Neugebauer a inventé un porte-aiguille et des aiguilles creuses spéciales, munies d'un pavillon polygonal qui permet de leur donner toutes les inclinaisons; avec son lit, son spéculum et ses crochets munis de chaînettes et de poids, elles complètent un arsenal assez compliqué, mais fort ingénieux, auquel le chirurgien de Varsovie attribuait en grande partie ses remarquables succès (fig. 508 et 509).

J'ai l'habitude de faire un premier plan profond de suture perdue

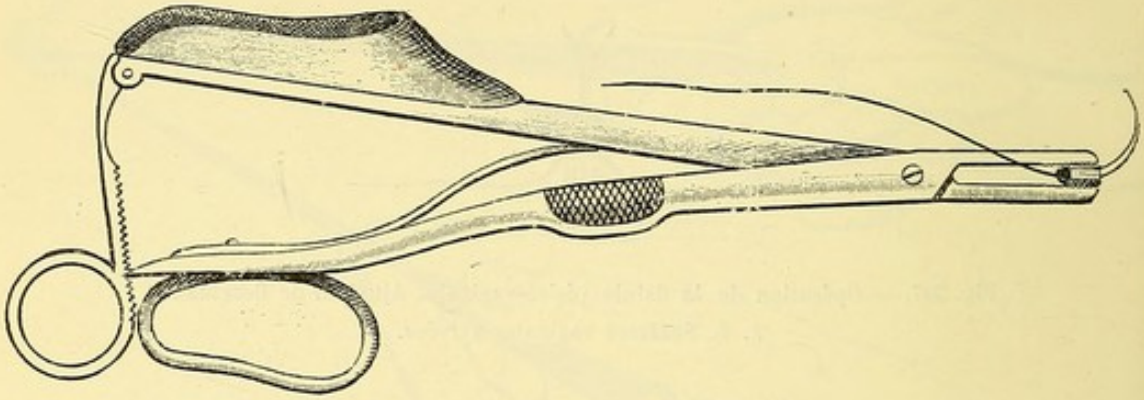


Fig. 509. — Porte-aiguille de Neugebauer.

en surjet, au catgut, ne comprenant pas la muqueuse vésicale, aussitôt après avoir placé les fils d'argent (formant deux séries, l'une profonde et l'autre superficielle), et avant de les serrer. J'obtiens ainsi une occlusion plus parfaite contre l'infiltration possible d'urine dans les premières heures qui suivent l'opération.

Soins consécutifs.

Soins consécutifs. — L'opération terminée, on lave le vagin avec une solution de sublimé à 1 pour 2000, et on saupoudre la ligne de réunion avec l'iodoforme. On place dans le vagin une lanière de gaze iodoformée qui protège la paroi postérieure contre l'action vulnérante des fils d'argent ou des crins de Florence, lorsqu'on les préfère à la soie; elle absorbe, en outre, les sécrétions vaginales et utérines. On peut se borner à ce simple pansement et ne le renouveler qu'après l'ablation des fils. Ceux-ci, sauf indication spéciale nécessitant la désunion, ne seront retirés qu'au bout de huit jours, avec les plus grandes précautions pour ne pas tirailler la plaie. Sims préconisait la sonde à demeure, et il a inventé pour cela un cathéter sigmoïde qui tient en place par le simple effet de sa courbure. Je crois son emploi utile dans les premières 48 heures; on adaptera à son extrémité un tube de caoutchouc plongeant dans une solution

boriquée, de manière à évacuer l'urine par le mécanisme du siphon, sans permettre l'accès de l'air. Le séjour prolongé de cette sonde risquerait d'amener de la cystite, et il vaut mieux, après les deux premiers jours, s'en tenir au cathétérisme, exactement répété toutes les 3 heures, nuit et jour. S'il y avait au moment de l'opération du catarrhe vésical, qu'on n'aurait pu faire disparaître, ou s'il s'en produisait dans la suite, on ferait suivre chaque cathétérisme d'une injection d'eau boriquée, en ayant soin de ne pas la pousser trop fort pour ne pas distendre l'organe dont les dimensions sont souvent fort diminuées. On doit continuer à sonder les malades, deux jours après avoir enlevé les fils et, par conséquent, leur permettre d'uriner du dixième au douzième jour. On fera aussi, à partir de ce moment, des injections vaginales au sublimé, matin et soir. S'il restait un petit pertuis, on le toucherait avec le crayon de nitrate d'argent bien affilé et l'on en obtiendrait ainsi, généralement, la cicatrisation spontanée. Si la désunion était plus étendue, on pourrait essayer de réunir les lèvres granuleuses avec des sutures, pour obtenir leur agglutination secondaire; on emploierait aussi, de nouveau, la sonde à demeure ou l'on pratiquerait les cathétérismes répétés. On ne recourra à une seconde opération d'avivement qu'un mois au moins après la première.

Il est très important de maintenir la liberté du ventre, mais il est nuisible de mettre les malades à la diète.

Si les règles, comme on l'a fréquemment vu, surviennent peu après l'opération, rappelées par l'influence du traumatisme, on se bornera à renouveler chaque jour, la gaze placée dans le vagin.

b. **Voie sus-pubienne.** — Il est des conditions où la suture d'une fistule vésico-vaginale par le vagin n'offre aucune chance de réussite; ces conditions existent notamment quand la paroi uréthro vaginale est largement détruite, le vagin rempli de tissu cicatriciel, quand la perte de substance offre des dimensions énormes et que les tissus qui l'entourent sont très altérés. L'adhérence de la fistule aux os du bassin, la destruction complète de la lèvre antérieure du museau de tanche, devant faire redouter la blessure du péritoine pendant l'avivement, sont aussi des conditions qui peuvent contre-indiquer toute tentative d'oblitération par le vagin. C'est dans de tels cas qu'on a songé à découvrir la fistule par une incision sus-pubienne qui permette de libérer plus facilement les bords de l'orifice et d'appliquer des sutures sur des surfaces mobiles qu'on peut ainsi affronter sans tiraillement.

Voie sus-pubienne.

Trendelenburg[1] qui eut le premier l'idée de ce procédé, aborde la

[1] Trendelenburg, *Ueber Blasenscheidenfisteln Operationen* (*Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, 1890, n° 355).

fistule par la vessie. Il fait une taille hypogastrique et c'est par l'intérieur de la vessie qu'il détache tout autour de la fistule, la paroi vésicale de la paroi vaginale. Cette dissociation est poussée aussi loin qu'il est nécessaire pour que l'affrontement et la suture se fas-

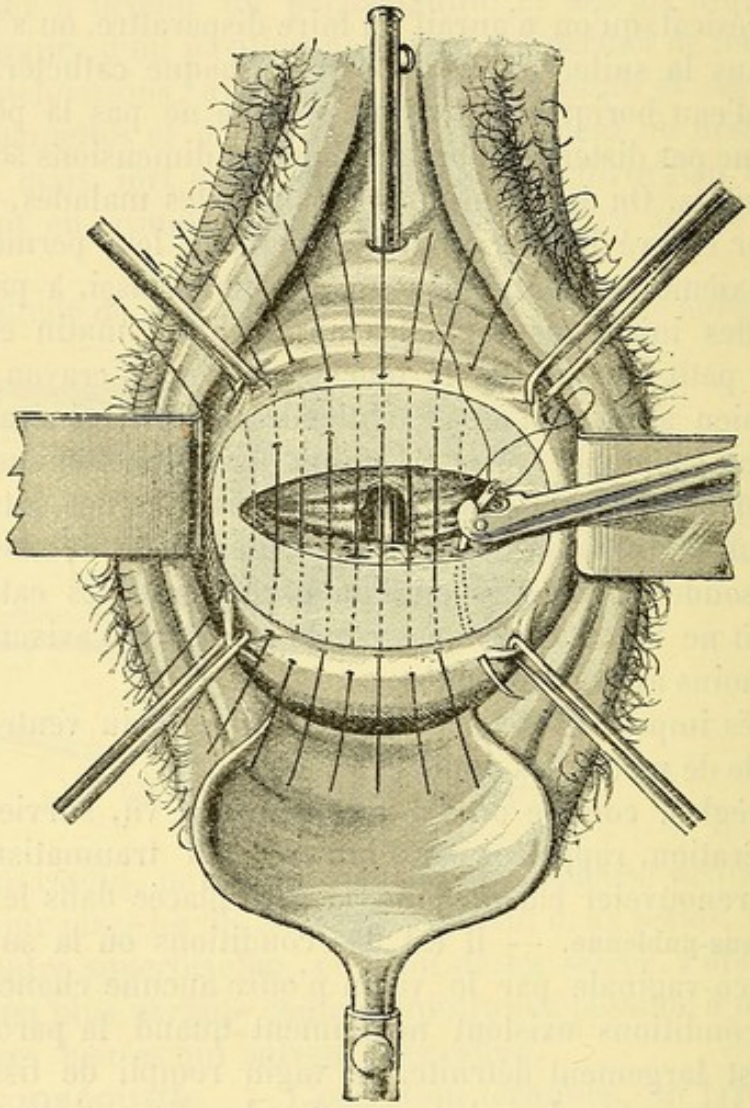


Fig. 510. — Occlusion du vagin, ou colpocleisis; avivement et suture.

sent dans de bonnes conditions. Celle-ci se pratique au catgut et à points séparés. Ce procédé a donné des succès dans les fistules vaginales[1] et dans les fistules cervicales[2]. Tout récemment Duplay[3], l'a modifié de la façon suivante : au lieu d'un seul plan de sutures sur la paroi vésicale, Duplay a suturé séparément la paroi vaginale à la

[1] Mac Gill. *An operation for vesico-vaginal fistula, etc.* (*Lancet*, 1890, t. II, p. 966). — Pousson. *Congrès français de chirurgie* (9e session). Lyon, 1894, p. 117.

[2] Baumm. *Zur Operation der Blasencervixfisteln in der Blase aus* (*Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXIX, p. 492).

[3] Duplay. *Traitement de la fistule vésico-vaginale par la suture intra-vésicale* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, t. XXXIV, p. 585).

soie et la paroi vésicale au catgut. De toutes façons, l'incision faite à la vessie pour aborder la fistule doit-être suturée complètement.

Bardenheuer[1] n'ouvre pas la vessie. Il décolle avec soin le péritoine qui recouvre la face postérieure de la vessie jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin, puis dédouble la paroi vésico-vaginale jusqu'au delà de la fistule qu'il suture avec soin. L'opération reste ainsi tout à fait extra-péritonéale. v. Dittel[2], au contraire, ouvre d'emblée le péritoine, comme dans une laparotomie ordinaire, incise le cul-de-sac vésico-utérin et procède ensuite comme Bardenheuer.

Quel que soit le procédé que l'on emploie, il est prudent de drainer la cavité de Retzius à l'aide d'un petit drain ou d'une petite mèche de gaze stérilisée qu'on enlèvera au bout de 48 heures. Une sonde à demeure placée dans la vessie est laissée en place pendant les huit jours qui suivent l'opération.

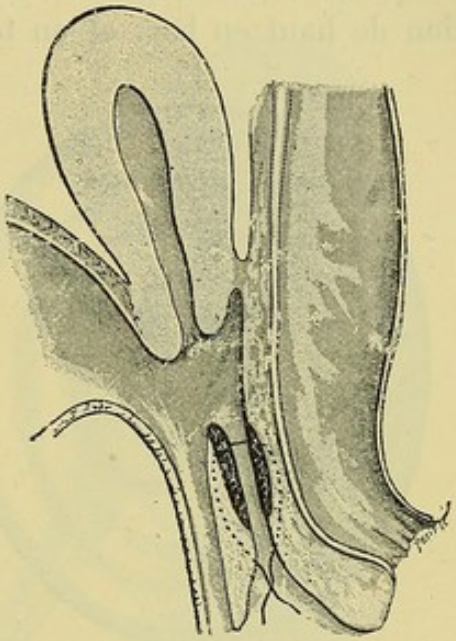


Fig. 511. — Colpocleisis (coupe schématique).

Oblitération indirecte de la fistule.

II. **Oblitération indirecte de la fistule.** — Enfin il est des cas où toutes les tentatives d'oblitération directe demeurent infructueuses. Il faut alors se résoudre à l'oblitération totale du canal génital. Mais, pour que l'on puisse tenter l'oblitération du vagin, sans risquer de produire une rétention du sang menstruel ou hématométrie, il faut que la communication entre la vessie et le vagin soit suffisamment large; on l'agrandirait donc, au besoin. L'oblitération du vagin, qui est de beaucoup l'opération préférable et celle que je décrirai, a reçu le nom de *colpocleisis*; celle de la vulve, qu'avait pratiquée Vidal de Cassis et à laquelle on pourrait exceptionnellement être obligé de se résoudre, prend le nom d'*épisiorrhaphie*, bien préférable à celui d'*épisiosténose*; il est facile de lui appliquer les préceptes que je vais indiquer pour l'occlusion du vagin.

C'est Simon[3] qui a remis en honneur l'opération indirecte et qui en a fixé la technique.

[1] Bardenheuer. *Centr. f. Gyn.*, 1892, p. 95.

[2] v. Dittel. *Abdominale Blasenscheidenfistel-Operation.* (*Wien. klin. Woch.*, 1895, p. 449.)

[3] G. Simon. *Historisches ueber den operativen Verschluss der Scheide durch Vereinigung der Scheidenwandungen* (*Kolpokleisis*), *etc.* (*Deutsche Klin.*, 1868, n° 45, p. 405, et n° 46, p. 417).

1er temps ; avivement. — On tâchera de faire l'oblitération du vagin le plus haut possible, ce qui met mieux en garde contre l'incontinence d'urine que lorsque l'avivement porte au niveau de l'urèthre; mais il faut se souvenir que, pour réussir, l'avivement doit être fait sur des tissus bien vasculaires, et pour les rencontrer on descendra, au besoin, jusqu'auprès de la vulve. Vidal de Cassis avait avivé les grandes lèvres; en pareil cas, il est difficile d'obtenir une réunion complète, à la partie antérieure. On disséquera un anneau de muqueuse d'une largeur de 2 centimètres, en commençant la dissection de haut en bas, et on tendra les parties voisines, à l'aide de

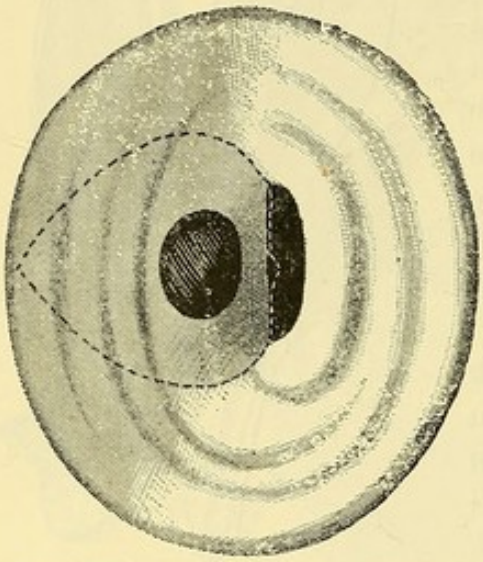


Fig. 512. — Fistule juxta-cervicale; avivement.

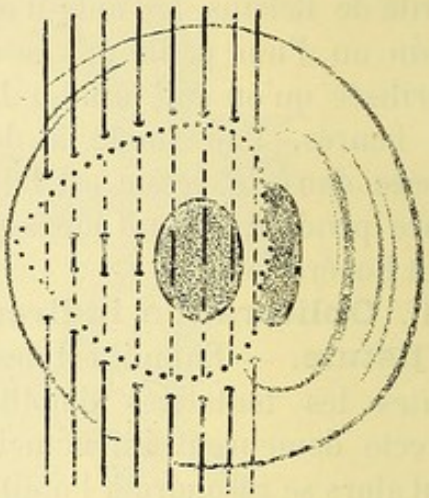


Fig. 513. — Fistule juxta-cervicale; suture.

pinces; on facilitera beaucoup la dissection de la paroi postérieure, en faisant placer le doigt d'un aide dans le rectum et celle de la paroi antérieure, en l'abaissant avec une sonde introduite dans la vessie. La surface de la plaie sera soigneusement égalisée avec des ciseaux courbes.

Fritsch[1] a proposé de faire cet avivement par dédoublement, après une simple incision circulaire.

2e temps ; suture. — Les sutures seront faites à la soie avec de grandes aiguilles de Hagedorn ; on les fera cheminer sous toute la surface de la plaie, d'abord de bas en haut, puis de haut en bas. On prendra bien garde de ne pénétrer ni dans l'urèthre, ni dans le rectum, ni dans le péritoine. Dès que le premier fil sera placé, il facilitera beaucoup le reste de l'opération, en permettant d'attirer les parties à affronter. Les sutures seront serrées avec le plus grand

[1] H. Fritsch. *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 49, p. 804

soin et on évitera, le plus possible, le chevauchement; on mettra quelques points de suture superficielle (fig. 510 et 511).

Pour bien apprécier l'importance de cette opération, il ne faut pas perdre de vue la condition misérable des femmes qui doivent s'y résigner. Le colpocleisis est souvent une ressource précieuse, quoiqu'il offre aussi des inconvénients de différents ordres : la fécondation est impossible, et le coït ne peut être pratiqué que dans les cas exceptionnels où l'oblitération a pu être faite très haut; le sang

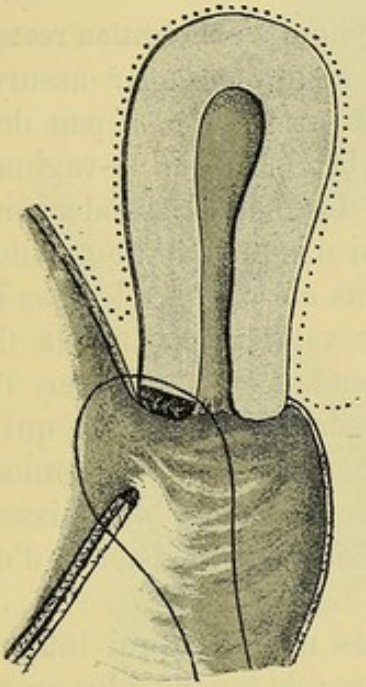


Fig. 514. — Fistule juxta-cervicale superficielle; avivement (Schéma).

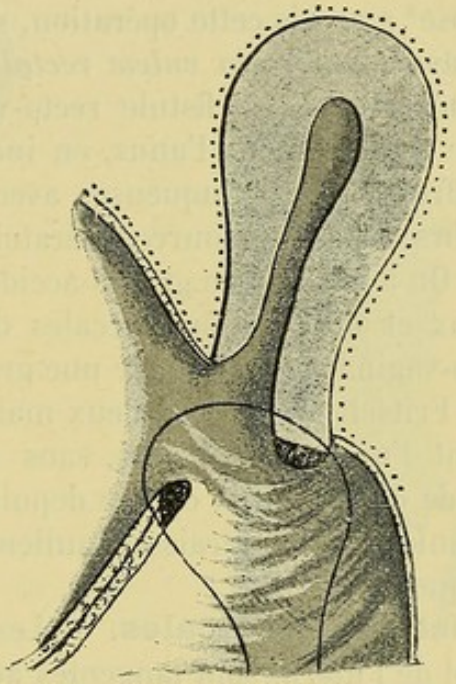


Fig. 515. — Fistule juxta-cervicale profonde; hystéro-cleisis vésical (Schéma).

des règles provoque parfois du catarrhe vésical, et le contact de l'urine avec le col de l'utérus amène de la métrite; on a parfois signalé de la pyélo-néphrite et très fréquemment l'existence de calculs vésicaux[1].

Lorsque le col de la vessie est lésé de telle sorte qu'il existe de l'incontinence d'urine, l'oblitération du vagin seule ne suffit pas pour empêcher les malades d'être constamment mouillées. Dans ce cas, on a conçu l'idée d'enlever à la vessie son rôle de réservoir urinaire pour le confier au rectum; il faut pour cela, en même temps qu'on pratique le colpocleisis, établir une fistule vagino-rec-

[1] L. A. Neugebauer. *Centr. f. Gyn.*, 1883, n° 9, p. 137. L'extraction du calcul fut faite et suivie de l'occlusion nouvelle du vagin. — W. Bergmann. *Ibid.*, 1888, n° 50, p. 824 : observation de calcul phosphatique. Mort d'urémie causée par une néphrite interstitielle. — Baas. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 21, p. 361 : le calcul phosphatique, d'abord développé dans le vagin oblitéré, était ensuite passé dans la vessie, à travers la large fistule qui avait nécessité le colpocleisis. Il fut extrait après dilatation de l'urèthre.

tale. Baker Brown[1] paraît avoir, le premier, fait cette dernière opération sur une malade qui présentait une fistule vésico-vaginale et vagino-rectale avec oblitération presque complète du vagin et destruction du col de la vessie et de l'urèthre. Maisonneuve[2] pratiqua, en 1851, de propos délibéré, une fistule recto-vaginale, après avoir oblitéré la vulve, dans l'espoir de voir le sphincter anal retenir les urines qui devaient alors passer par l'anus, mais la fistule se ferma spontanément et une nouvelle tentative pour établir une fistule périnéale fut suivie de mort.

Oblitération rectale de la vulve.

Rose[3] a repris cette opération, sous le nom d'**oblitération rectale de la vulve** (*obliteratio vulvæ rectalis*). Il commence par assurer la perméabilité d'une fistule recto-vaginale artificielle, à peu de distance au-dessus de l'anus, en incisant la cloison recto-vaginale et en affrontant les muqueuses avec soin. Cazin[4] et Schröder[5] ont eu recours à cette ressource opératoire, qui n'est pas toujours inoffensive. On a observé de graves accidents dus au passage des gaz intestinaux et des matières fécales dans le vagin; de plus, la fistule recto-vaginale paraît avoir une grande tendance à s'oblitérer. Toutefois, Fritsch[6] a observé deux malades opérées de la sorte, qui rendaient l'urine par l'anus, sans nullement en être incommodées; une de ces femmes, opérée depuis quatre ans, était blanchisseuse à sa clinique et ne paraissait nullement gênée par l'existence d'un tel cloaque.

Fistules cervicales.

Fistules cervicales. — Les fistules urinaires qui intéressent le col de l'utérus sont tangentes au museau de tanche, plus ou moins détruit et, si l'on peut ainsi dire, ébréché par le travail de mortification qui a produit la fistule. On les rattache, depuis Jobert, aux fistules vésico-vaginales, sous le nom de **fistules vésico-utéro-vaginales**, subdivisées en deux variétés, **superficielles** et **profondes**, selon que la destruction de la lèvre antérieure du col est partielle ou complète. Cette dénomination est essentiellement défectueuse. On doit plutôt, me semble-t-il, les rapprocher des fistules du col de l'utérus et les appeler **fistules juxta-cervicales**, réservant le nom de **fistules intra-cervicales** aux perforations qu'on appelle assez improprement **fistules vésico-utérines**.

[1] Voir Malgaigne et Le Fort. *Manuel de méd. opér.*, 9e édit., 1889, 2e part., p. 747.

[2] Voir Malgaigne et Le Fort, *Loc. cit.*

[3] E. Rose. *Ueber den plastichen Ersatz der weiblichen Harnröhre* (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1878, Bd. IX, p. 122).

[4] H. Cazin. *Contrib. à l'étude des fistules vésico-vaginales: création d'une fistule recto-vaginale avec occlusion de la vulve* (*Arch. gén. de méd.*, 1881, p. 275 et 456).

[5] Voir Bröse. *Sitzungsber. der Berl. Gesell. f. Geb. u. Gyn.*, 27 avril 1883 (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1884, t. X, p. 126).

[6] Fritsch. *Ueber plastische Operationen in der Scheide* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 49, p. 804).

Il ne faut pas confondre les fistules juxta-cervicales qui entament le col avec les fistules simplement voisines du col, mais où celui-ci est intact. On est, dans ce dernier cas, parfois obligé d'inciser la lèvre antérieure pour faire l'avivement ou même forcé d'en enlever un segment en V (fig. 502).

Fistules juxta-cervicales superficielles.

1° **Fistules juxta-cervicales** (Syn. *vésico-utéro-vaginales*). — Dans la variété **superficielle** on pourra obtenir l'oblitération par un bon

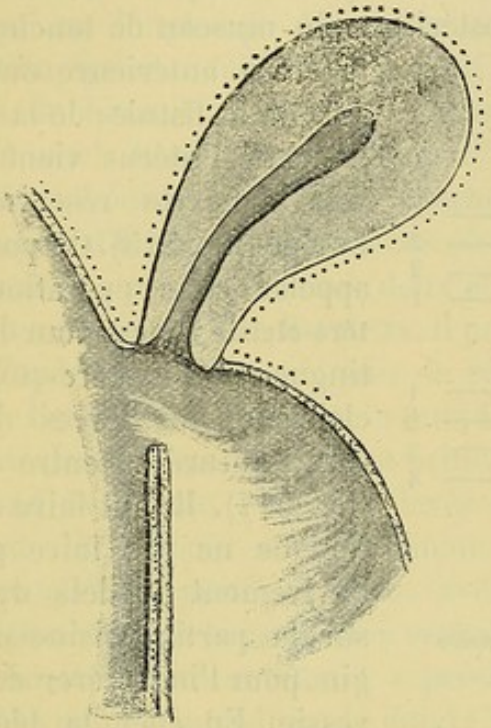


Fig. 516. — Fistule juxta-cervicale profonde. — La lèvre postérieure du col et le cul-de-sac postérieur du vagin sont situés sur le prolongement de la cloison vésico-vaginale, par suite de la rétroversion de l'utérus.

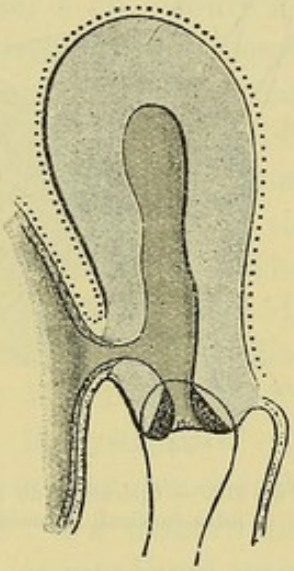


Fig. 517. — Fistule intra-cervicale; hystéro-stomato-cleisis (Schéma).

avivement; mais il offrira ici des difficultés spéciales, car il devra porter en arrière sur la lèvre antérieure du col amincie et sclérosée qui limite profondément la fistule. En avant, l'avivement portera sur le haut de la cloison vésico-vaginale et même sur la cloison uréthro-vaginale. La dureté des tissus constitue un obstacle très grand; on devra faire, surtout au niveau du col, un avivement très large et ne pas craindre d'abraser les portions de tissu inodulaire incompatibles avec une bonne réunion : il est bien préférable d'avoir affaire à une surface cruentée très vaste, mais bien vivante, qu'à une surface plus restreinte dont l'agglutination serait en péril (fig. 512, 513 et 514).

Fistules juxta-cervicales profondes.

Dans les fistules **juxta-cervicales profondes**, l'étoffe peut se trouver tout à fait insuffisante pour faire l'avivement et obtenir le rapprochement des lèvres de la plaie; il faut se rappeler, en outre, que

l'avivement du moignon de la lèvre antérieure détruite offre de grands dangers, vu le voisinage du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, qu'a attiré et fixé le travail de rétraction inodulaire. Il faut donc considérer comme une exception heureuse et comme un exemple difficile à suivre la guérison par affrontement direct qu'a obtenue Hegar[1], dans un cas de ce genre.

Les fistules juxta-cervicales profondes, qui ne se prêtent pas à la suture directe, peuvent encore être opérées d'une manière différente : on a suturé la lèvre postérieure du museau de tanche avec la lèvre antérieure ou vaginale de la fistule; de la sorte, le col de l'utérus vient s'ouvrir dans le réservoir de l'urine (fig. 515). On pourrait appeler cette opération **hystéro-cleisis vésical** pour la distinguer de l'hystéro-stomato-cleisis où les lèvres du col sont suturées entre elles (fig. 517). Il faut faire attention de ne pas faire porter l'avivement au delà du col, sur la partie voisine du vagin, pour l'incarcérer dans la vessie. En effet, la blessure du péritoine est alors très à craindre. Le col presque tout entier peut être caché dans la vessie et le cul-de-sac postérieur du vagin, saillant, peut simuler la lèvre postérieure. Aviver à ce niveau serait sûrement entrer dans le péritoine (fig. 515 et 516).

Hystéro-cleisis vésical.

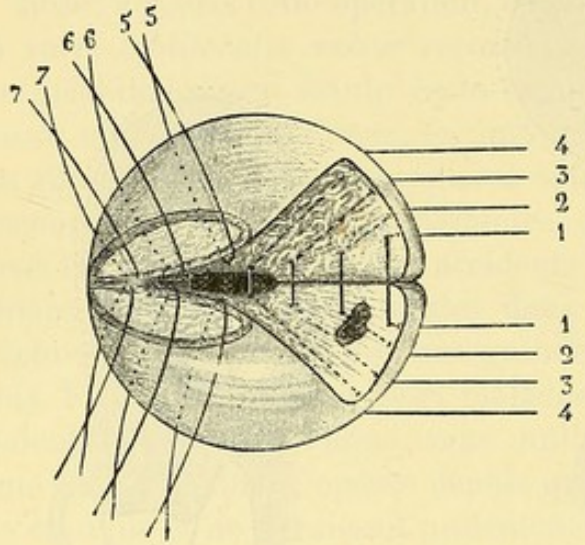


Fig. 518. — Opération de la fistule urinaire intra-cervicale; procédé de Sänger.

Fistules intra-cervicales.

2° **Fistules intra-cervicales.** — D'après A. Martin[2], cette variété de fistules serait plus fréquente qu'on ne l'admet généralement, mais elles ont une tendance naturelle à guérir, quand elles ne sont pas trop étendues et ne comprennent pas l'uretère. Le premier soin du chirurgien doit être de mettre l'orifice à découvert, par la dilatation avec la laminaire. L'orifice est-il étroit et le trajet de quelque longueur, on peut essayer la **cautérisation** avec la pointe rougie d'un thermo-cautère, ou mieux, d'un galvano-cautère, répétée un certain nombre de fois, à huit jours d'intervalle. On a essayé divers autres caustiques, entre autres le nitrate d'argent. Neugebauer[3] a obtenu, par la cautérisation, 15 guérisons sur 133 cas, mais il a eu à déplo-

Cautérisation.

[1] Hegar et Kaltenbach. *Loc. cit.*, trad. franç., p. 507.
[2] A. Martin. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1879, Bd. IV, p. 320.
[3] Neugebauer. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, Heft 3, p. 280.

rer une mort. Si la cautérisation échoue, on pourra avoir recours, pour fermer directement la fistule, à l'une des deux opérations suivantes :

a. **L'avivement et la suture.**

b. **La cystoplastie**, par dissection du col à sa partie antérieure et suture, suivant le procédé de Follet.

Avivement et suture.

L'avivement et la suture ont été mis en usage, avec succès, pour la première fois, par Jobert de Lamballe (1849), dans une observation qui est longtemps demeurée unique. Simon n'a pratiqué cette opération qu'une fois; on connaît maintenant plusieurs cas de succès de Emmet[1], Kaltenbach, Lossen, Martin, Müller[2], Schröder[3], Neugebauer[4], Zweifel[5] et de Sänger[6]. Ce dernier a eu recours à un procédé ingénieux, véritable **trachélo-syringorrhaphie**, analogue à l'opération d'Emmet. Dans un cas où la fistule siégeait latéralement, il commença par fendre des deux côtés le col de l'utérus, puis du côté où existait l'orifice fistuleux, il pratiqua la suture du col, comme dans l'opération d'Emmet; afin de rétablir un orifice cervical suffisant de l'autre côté, il sutura la muqueuse de l'intérieur du col à celle de l'extérieur, ce qui reporta un orifice suffisant sur le côté (fig. 518).

Cystoplastie.

Quand la fistule est très élevée et siège sur la ligne médiane, elle est d'un accès excessivement difficile; Follet[7], Wölfler[8] et Champneys[9] ont pratiqué alors, avec succès, la **cystoplastie** et la **suture immédiate de la perforation vésicale** mise à nu par une opération préliminaire. Voici comment a procédé Follet : il a d'abord dilaté l'urèthre pour y introduire le doigt; il abaissa ensuite le col jusqu'à la vulve, incisa le cul-de-sac antérieur du vagin et détacha la vessie jusqu'au-dessus de la perforation; enfin il sutura cette dernière, en s'aidant du doigt introduit dans l'urèthre. Ce procédé audacieux, inspiré par la cystoplastie par locomotion de Jobert, offre assurément quelque danger de blesser le péritoine; mais cet accident n'a rien de redoutable avec une bonne antisepsie.

Otto v. Herff[10] fait une section médiane du col jusqu'à la fistule.

[1] Emmet. *The principles and practice of gynecology*, Londres, 1880, p. 634 et suiv.

[2] Hegar et Kaltenbach, *Loc. cit.*, p. 524.

[3] Voir Hofmeier. *Manuel de gynéc. opér.*, trad. franç, p. 106.

[4] Neugebauer, *Loc. cit.*

[5] Zweifel. *Soc. obst. de Leipzig*, 19 déc. 1887 (*Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 378).

[6] Sänger. *Ibid.*, p. 377.

[7] Follet (de Lille). *Fistule vésico-utérine; nouveau procédé de cystoplastie* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 26 mai 1886, p. 445).

[8] Wölfler. *Oest. ärzt. Verein-Zeit.*, 1887 (*Memorabilien von* Fr. Betz. Heilbronn, 1887, Heft 2, p. 99).

[9] Champneys. *Obstet. Soc. of London*, 3 oct. 1888 (anal. in *Annal. de Gyn.*, nov. 1888, t. XXX, p. 376).

[10] Otto v. Herff. *Zur Behandlung der Blasengebärmutterfisteln* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd. XXII, p. 1).

Puis la vessie est décollée de l'utérus sur une étendue d'environ 1 centimètre. Il en résulte une surface d'avivement composée de deux moitiés, l'une postérieure et l'autre antérieure. Chacune d'elles comprend en son milieu l'un des orifices du trajet fistuleux dédoublé. Cette surface d'avivement est alors suturée comme une élytrorrhaphie antérieure. Au cas où la suture viendrait à céder au niveau de l'orifice vaginal, on aurait affaire à une fistule vésico-vaginale qu'on traiterait par un des procédés connus.

Hystéro-stomato-cleisis.

Comme dernière ressource on aurait l'**hystéro-cleisis**, qu'il vaut mieux appeler **hystéro-stomato-cleisis**, c'est-à-dire la suture des deux lèvres du col (fig. 517); les règles passent alors dans la vessie et il peut en résulter des coliques, quand l'orifice est très étroit. Courty a, pourtant, vu plusieurs fois la menstruation se faire, sans aucun inconvénient. On doit prévenir les femmes que l'opération entraîne la stérilité; toutefois, il suffit d'un petit orifice permettant l'introduction d'un stylet pour que la fécondation puisse avoir lieu, ainsi que P. Deroubaix en a observé un exemple.

Fistules uretéro-vaginales et uretéro-cervicales.

Fistules uretéro-vaginales et uretéro-cervicales. — Pendant très longtemps on a considéré l'oblitération directe de ces fistules comme au-dessus des ressources de l'art. On connaît aujourd'hui plusieurs procédés applicables à la fistule uretéro-vaginale.

Oblitération directe. Procédé de Simon.

1° **Méthode d'oblitération directe. — Procédé de Simon**[1]. — On crée d'abord une fistule vésico-vaginale à côté de l'orifice de la fistule uretérale; on passe une sonde dans l'uretère par cette voie; puis, toujours à travers cette fenêtre, on débride l'uretère en haut de manière à transformer en une gouttière, dans une étendue de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, la portion du canal qui est renfermée dans les parois de la vessie. Les bords de cette incision doivent être écartés chaque jour avec une sonde cannelée, de manière à empêcher leur agglutination et à les faire cicatriser isolément. Quand on suppose que ce but est atteint, on ferme par un large avivement et une suture transversale la fistule vésico-vaginale artificielle, maintenant éloignée de l'abouchement de l'uretère.

Procédé de Dührssen.

Procédé de Dührssen[2]. — Dührssen a employé avec succès un procédé qui se rapproche beaucoup du précédent. Une sonde étant introduite dans l'uretère par l'orifice de la fistule, on fait sur la paroi vaginale une incision oblique passant par la fistule et on dissèque les deux lèvres de la plaie. Immédiatement en dehors de la fistule on ouvre la vessie sur une petite étendue, on sectionne la cloison qui sépare l'uretère de la vessie et on suture l'une à l'autre les deux

[1] Simon. *Wien. med. Woch.*, 1876, n° 28, p. 692.

[2] Dührssen. *Ueber eine neue Heilmethode der Harnleiterscheidenfisteln* (*Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, 1894, n° 114, p. 273).

muqueuses vésicale et uretérale, on établit ainsi une large communication entre l'uretère et la vessie. Il ne reste plus alors qu'à fermer la fistule vésico-vaginale qu'on vient de créer, par le procédé classique.

Procédé de Landau.

Procédé de Landau. — Landau[1] a proposé de créer d'abord, s'il n'existe pas de large perforation vésico-vaginale, qui en dispense, une fenêtre vésico-vaginale par l'excision d'un lambeau ovale; puis il fait passer dans l'uretère une fine sonde élastique qu'il ramène d'abord dans la vessie et qu'il fait ressortir par l'urèthre, avec des pinces. On place alors la malade dans la position genu-pectorale et on avive la muqueuse vaginale tout autour de la solution de continuité par laquelle on aperçoit la sonde qui assure l'intégrité du calibre de l'uretère, et l'on fait des points de suture perpendiculaires à la sonde qui est laissée quelques jours en place (fig. 519). Bandl[2] a adopté ce procédé, en le modifiant légèrement, et l'a mis en pratique dans deux opérations; il obtint la guérison après plusieurs tentatives, non sans avoir dû une fois défaire les sutures qui avaient compris l'uretère.

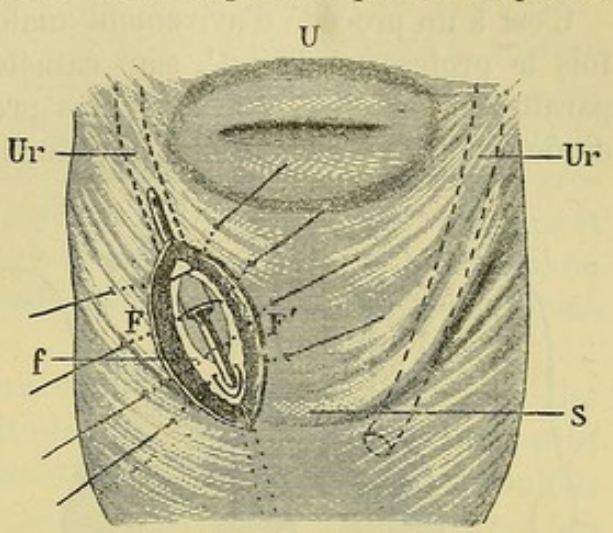


Fig. 519. — Opération de la fistule uretéro-vaginale; procédé de Landau.

U. Col utérin. Ur. Trajet de l'uretère. S. Pli du vagin correspondant au ligament inter-uretérique. FF'. Fenêtre vésico-vaginale au fond de laquelle on aperçoit la sonde introduite dans l'uretère.

Procédé de Schede.

Procédé de Schede. — Schede[3] a pratiqué une fenêtre vésico-vaginale par excision d'un morceau de vessie de 2 centimètres carrés, dans la direction du trajet de l'uretère. La fistule uretérale était cachée sous un pli de muqueuse et située au fond d'une fossette cicatricielle, sur les côtés d'une déchirure ancienne du col. On eut soin de suturer les muqueuses vésicale et vaginale sur les lèvres de la portion excisée, de manière à ourler l'ouverture et à l'empêcher de se rétrécir; introduction d'une sonde élastique dans l'uretère par la fenêtre artificielle; l'extrémité opposée de la sonde est introduite dans la vessie, puis attirée par l'urèthre. Après cela, avivement

[1] Landau. *Arch. f. Gyn.*, 1876, Bd. IX, p. 426.

[2] L. Bandl. *Zur Entstehung und Behandlung der Harnleiterscheidenfisteln* (*Wien. med. Woch.*, 1877, n° 30, p. 721 et n° 32, p. 749).

[3] M. Schede. *Centr. f. Gyn.*, 1881, n° 23, p. 547.

annulaire, en couronne, autour de la fistule, en conservant une zone de muqueuse intacte de 3 à 4 millimètres de diamètre, au voisinage immédiat de l'orifice. De la sorte, les bords de la fistule recouverts de muqueuse intacte furent, après la suture, rebroussés dans la vessie, en y formant une gouttière à l'extrémité de laquelle s'ouvrait l'uretère (fig. 520); guérison, après une série d'accidents.

C'est à un procédé d'avivement analogue qu'a eu recours par deux fois le professeur Trélat[1], sans cathétérisme de l'uretère. Il ne me paraît pas, en effet, que le temps préliminaire de l'établissement d'une fenêtre vésicale et de l'introduction d'une sonde dans l'uretère

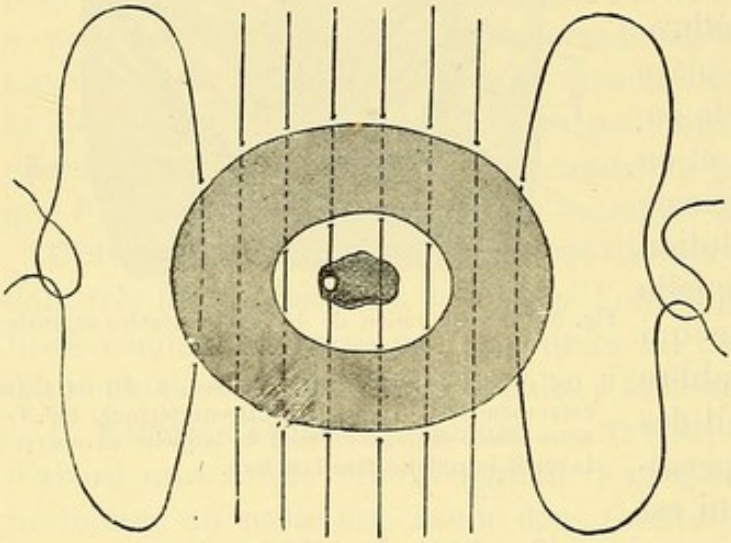


Fig. 520. — Opération de la fistule uretéro-vaginale; procédé de Schede (Schéma).

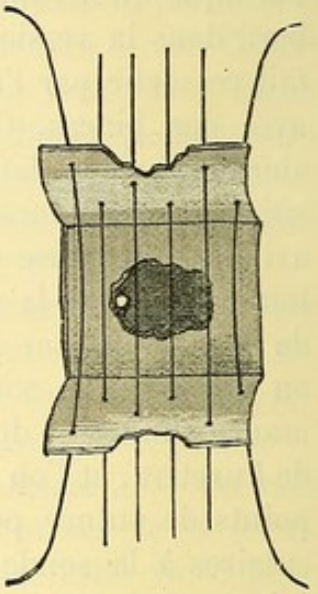


Fig. 521. — Opération de la fistule uretéro-vaginale; procédé de Pozzi (Schéma).

soit ici absolument indispensable, comme dans le procédé de Landau.

Procédé du dédoublement.

Procédé du dédoublement. — Dans un cas de fistule uretéro-vésico-vaginale (la malade avait été opérée onze fois par le procédé ordinaire), je pus assurer le diagnostic, en introduisant la sonde urétérale de Pawlik à une profondeur de 21 centimètres; l'orifice vésico-uretéro-vaginal était petit, pouvant admettre un hystéromètre seulement. Je mis en pratique le procédé de dédoublement inauguré par Gerdy, et appliqué par Blasius, Duboué, Collis, v. Herff, Walcher, etc., aux fistules vésico-vaginales ordinaires. Je crois qu'il trouve ici une indication toute spéciale, en permettant de rejeter l'orifice uretéral dans la vessie, sans crainte de le comprendre dans

[1] Trélat. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 23 févr. 1887, p. 117. — Desprès (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 668) a décrit, sous le nom de *suture à distance*, l'avivement que je viens d'exposer, d'après Schede; il l'a appliqué, avec succès, à la cure de fistules de la trachée, de l'urèthre et à la fistule vésico-vaginale (sans que l'uretère y fût compris).

la suture. Voici comment je procédai[1] : position genu-pectorale, incision transversale au niveau de la fistule, la dépassant de chaque côté de 1 centimètre environ; une incision verticale à chaque extrémité lui donne la forme d'une H (= renversée). Dissection des bords de l'incision transversale dans une étendue de 1 centimètre, de façon à obtenir deux petits lambeaux, par dédoublement de la cloison. Quand ces lambeaux sont relevés, on aperçoit au centre de la surface cruentée le petit orifice de la fistule. On attire l'un vers l'autre les deux lambeaux au-devant de cet orifice et on les affronte sans le moindre effort. Ils sont soigneusement suturés par trois points profonds au fil d'argent et trois points superficiels. Après la suture et par l'adossement de leurs faces profondes, ils forment à la place où était la fistule une petite crête saillante. Ablation des fils au huitième jour : guérison complète.

Ce procédé a l'avantage d'être d'une extrême simplicité; dans les cas où la fistule vésicale serait plus large et le dédoublement plus important, on ferait l'affrontement des lambeaux à l'aide de boutons sur lesquels on écraserait un grain de plomb percé, qu'on aurait fait glisser sur chaque extrémité du fil (fig. 521).

Herrgott, de Nancy[2], a cependant, sans le suivre complètement, mis à profit, avec succès, l'indication principale de ce procédé, en disséquant et en refoulant vers la vessie, dans l'étendue de 1 centimètre, l'uretère qui venait s'aboucher sur le bord de la fistule et où l'on put introduire une petite bougie. Quand, pour une large fistule uretéro-vaginale, on est assez heureux pour s'assurer ainsi de la position exacte de l'uretère, on peut, en effet, se borner à ce dédoublement partiel portant sur la lèvre seule où il est indispensable. Mais il arrivera fréquemment, comme dans mon cas, qu'au moment même de l'opération cet orifice ne pourra plus être retrouvé, et alors il sera préférable de dédoubler tout le pourtour de la fistule[3].

Méthode de la greffe uretérale.

2° **Méthode de la greffe uretérale.** — Les divers procédés que je viens d'exposer et qui ont leurs indications spéciales sont un peu délaissés; on tend à donner aujourd'hui la préférence aux diverses méthodes d'abouchement de l'uretère fistuleux dans la vessie.

Abouchement uretéro-vésical par voie vaginale.

a. **Abouchement uretéro-vésical par voie vaginale.** — Ce procédé est celui qu'on doit tout d'abord tenter, car sa bénignité est extrême.

[1] S. Pozzi. *Fistule uretéro-vésico-vaginale guérie par la colpoplastie* (*Bull. et Soc. Mém. de chir.*, 25 févr. 1887, t. XIII, p. 114).

[2] Herrgott (de Nancy). *Un cas de fistule vésico-uretéro-vaginale avec mortification d'une portion de l'uretère gauche; opération, guérison* (*Ann. de Gyn.*, juin 1888, t. XXIX, p. 408). — Cette observation a été communiquée à l'Académie de médecine, le 22 mai 1888.

[3] Parvin (*Western Journ. of med.*, oct. 1887) a obtenu des succès par un procédé qui n'a rien de méthodique et, semble-t-il, par l'effet d'un heureux hasard. Il a d'abord pratiqué une fistule vésico-vaginale, puis, quelques jours après, avivant une très large surface du vagin, il put la renverser de façon à placer l'orifice uretéral dans la vessie.

P. Segond[1], dans deux cas suivis de succès, a employé la technique suivante : il a avivé la muqueuse au-dessous de l'orifice vaginal de la fistule, puis il a fixé à ce niveau un lambeau taillé sur le bas-fond vésical. L'uretère s'est trouvé transplanté dans le diverticule vésical ainsi créé.

Mackenrodt[2] a dû deux succès à un procédé analogue. Une sonde introduite par l'urèthre fait saillir la paroi vésico-vaginale immédiatement à côté de la fistule. On sectionne cette paroi à ce niveau transversalement sur une étendue de 2 à 3 centimètres, puis on circonscrit la fistule par une incision profonde qui comprend toute l'épaisseur de la paroi vaginale. Il en résulte un lambeau en forme de feuille de myrte au centre duquel s'ouvre la fistule. Ce lambeau est disséqué jusqu'au voisinage de la fistule, puis rabattu de telle sorte que sa face vaginale devienne intra-vésicale; il ne reste plus qu'à suturer les bords du lambeau aux lèvres de la plaie vaginale.

Tuffier[3], dans un cas où il existait à la fois une petite perforation vésicale à droite et une fistule uretéro-vaginale à gauche, a procédé de la façon suivante : il fit un large débridement comprenant la demi-circonférence de la partie externe de la fistule pour mobiliser l'uretère. Dès que cette incision eut quelques millimètres il entra dans le péritoine, qui fut tamponné à la gaze iodoformée. La partie interne vésicale de l'orifice fistuleux fut avivée sur une surface étendue, et l'uretère suturé à la vessie par un double plan de sutures : uretéro-vésical, au catgut; vaginal, au crin de Florence. Une sonde à demeure fut placée dans la vessie; les fils furent enlevés au 11ᵉ jour, la guérison était complète.

Abouchement uretéro-vésical par voie abdominale.

b. **Abouchement uretéro-vésical par voie abdominale.** — L'abouchement de l'uretère dans la vessie, par voie abdominale, pour guérir une fistule uretéro-vaginale a été fait presque simultanément avec succès par Novaro[4] et Bazy[5] qui lui a donné le nom de *uretéro-cystonéostomie*. Bazy a d'abord tenté de pratiquer la greffe de l'uretère par voie trans-vésicale sans ouvrir le péritoine, mais deux échecs successifs le décidèrent à aborder l'uretère par une laparotomie transpéritonéale comme l'avait fait Novaro et comme je l'ai fait moi-même avec succès, dans un cas récent[6]. Voici comment procède Bazy : la malade est placée dans la position de Trendelenburg et la paroi

[1] P. Segond. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1895, t. XXI, p. 505.

[2] Mackenrodt. *Die operative Heilung der Harnleiterfisteln* (*Zeit. f. Geb. u. Gyn.*. 1894. Bd. XXX, p. 510).

[3] Tuffier. *Étude sur les fistules uretéro-vaginales* (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1895, t. XXI, p. 270).

[4] Novaro. *Bull. de la Soc. acad. de Bologne*, septembre 1895.

[5] Bazy. *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1894, p. 481.

[6] S. Pozzi. *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1895, p. 428.

abdominale est incisée sur une longueur de 12 à 15 centimètres à partir du pubis. Les intestins sont refoulés à l'aide d'une compresse et une valve rétractant la paroi abdominale met le champ opératoire en pleine lumière. Le péritoine est incisé suivant la direction de l'uretère, puis ce canal est sectionné à 1 centimètre environ de la vessie et le bout vésical est réséqué. On introduit alors par l'urèthre une sonde d'homme ou un trocart courbe de Chassaignac dont l'extrémité mousse vient faire saillir la vessie au voisinage de l'extrémité inférieure de l'uretère; la vessie est alors incisée sur une longueur de 1 bon centimètre. Cela fait, une sonde en caoutchouc rouge n° 14 est placée dans l'uretère, puis, entraînant l'uretère dans la vessie, vient sortir par l'urèthre. L'uretère est suturé à la vessie par des points séparés de catgut, qui comprennent toute l'épaisseur des parois uretérale et vésicale. Le péritoine est fermé par un surjet au catgut et un tamponnement de Mickulicz est placé au niveau du champ opératoire.

Novaro ne place pas de sonde dans l'uretère, mais afin d'assurer un écoulement extra-péritonéal à l'urine, au cas où les sutures viendraient à manquer, il pratique la manœuvre suivante : après avoir suturé avec soin le péritoine pelvien au niveau de l'incision faite pour aller à la recherche de l'uretère, il décolle à partir du pubis, le péritoine vésical jusqu'au niveau de ses sutures et par ce trajet il passe un drain de gaze stérilisée, qui assure l'écoulement extra-péritonéal de l'urine si celle-ci vient à filtrer au niveau des sutures.

Witzel[1], pour éviter les tractions de la vessie sur l'uretère greffé, fixe la vessie, le plus près possible de l'uretère à la paroi pelvienne, à l'aide de quelques points de gros catgut[2]. Il fixe l'uretère introduit dans la vessie, par deux plans de sutures au catgut, le plan profond comprenant seulement les deux muqueuses uretérale et vésicale, le plan superficiel intéressant les parois musculaires. Puis, afin de réaliser autant que possible la disposition physiologique de l'abouchement normal de l'uretère dans la vessie, il pratique dans la paroi vésicale un canal oblique en forme de gouttière, long de 4 centimètres autour de l'uretère.

Tous ces procédés ont l'avantage de laisser l'uretère en dehors du péritoine et par conséquent de le soustraire aux adhérences intestinales qui pourraient en rétrécir le calibre. A ce titre, comme le fait remarquer Witzel, ils sont supérieurs aux procédés de Krause[3] et de

[1] O. Witzel. *Extraperitoneale Ureterocystostomie mit Schrägkanalbildung* (*Centr. f. Gyn.*, 1896, p. 289).

[2] Howard A. Kelly (*John Hopkin's Hospital Bull.*, 1895, p. 27) ne suture pas la vessie aux parois pelviennes, mais la libère avec soin au niveau du pubis de façon qu'elle puisse être facilement refoulée en arrière au-devant de l'uretère.

[3] Krause. *Intra-peritoneal Einpflanzung des Ureters in die Harnblase* (*Centr. f. Chir.*, 1895, p. 165).

Veit dans lesquels l'uretère demeure libre et intra-péritonéal sur une certaine étendue au voisinage de la vessie[1].

Les observations de greffe uretéro-vésicale sont actuellement fort nombreuses et les résultats que donne cette intervention délicate sont des plus encourageants. En tous cas, j'estime que cette opération qui rétablit l'uretère dans ses fonctions physiologiques est bien supérieure à l'abouchement de l'uretère dans le rectum ou le côlon[2]. Les quelques succès isolés dus à ce procédé ne sauraient faire oublier les dangers auxquels il expose, et les désastres qu'il a donnés à des expérimentateurs habiles[3].

Comme je l'ai dit ailleurs[4], il existe pour moi une contre-indication formelle à toute tentative transpéritonéale de greffe de l'uretère dans la vessie, c'est l'état d'infection de l'uretère, du rein ou de la vessie, car ce procédé, pour réussir et ne pas exposer aux plus grands dangers, réclame les conditions d'une réunion immédiate parfaite. Dans ces cas, et après échec de la greffe par voie vaginale, je n'hésiterais pas à recourir aux procédés d'oblitération indirecte dont je vais maintenant parler.

Oblitération indirecte.

3° **Méthode d'oblitération indirecte.** — Cette méthode, que l'on est conduit à appliquer aux fistules uretéro-vaginales quand l'avivement direct ou la greffe ont échoué, consiste soit à oblitérer le canal génital au-dessous de la fistule, soit à extirper le rein du côté où siège la perforation de son conduit excréteur. Dans le cas de fistules uretéro-cervicales, le premier plan serait réduit à ses moindres inconvénients, s'il était possible de faire l'hystéro-stomato-cleisis ou oblitération du museau de tanche; mais il faudrait, pour que cette occlusion fût sans danger, que la fistule uretérale fût latérale et non terminale; or, on sait, au contraire, que le bout du canal qui se trouve entre la fistule et la vessie se rétrécit et tend à s'oblitérer[5]. Théoriquement, on pourrait essayer de créer alors

[1] J. Veit. *Ueber Heilung einer Ureteren-Verletzung* (*Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1894. Bd. XXXI, p. 454). — M. Baigue. *Fistules uretéro-vaginales*. Th. de Paris, 1895.

[2] Chaput. *Fistule uretéro-vaginale guérie par l'abouchement de l'uretère dans le côlon iliaque* (Rapport de Bazy) (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XIX, p. 509).

[3] Novaro. (*Communication au Congrès des Ass. méd. ital.*, Paris, 1887) analysé in *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1887, p. 576. — Tuffier. *De la greffe de l'uretère dans l'intestin* (*Ibid.*, 1888, p. 241). — Reed. *Implantation of the ureters into rectum* (*Ann. of Surg.*, 1892, t. XVI, p. 195). — Morestin. *Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 796. — A. Boari (*Ann. des malad. des org. génito-urinaires*, 1896, p. 1) a proposé récemment l'emploi d'un bouton anastomotique analogue au bouton de Murphy, pour l'abouchement de l'uretère dans l'intestin.

[4] M. Baigue. *Loc cit.*, p. 19.

[5] Il existe bien une observation de Duclout (*Gaz. méd. de Paris*, 1869, p. 45) où l'hystéro-cleisis fut pratiqué, avec succès, après qu'on se fut assuré par l'oblitération du col avec la laminaire qu'il ne se produisait pas de symptômes urémiques et que, par suite, l'uretère communiquait encore avec la vessie. Mais le diagnostic paraît douteux, et il ne s'agissait peut-être là que d'une fistule vésico-cervicale.

une fistule artificielle vésico-cervicale, permettant d'évacuer l'urine qui s'accumulerait dans la matrice ; ou on pourrait encore songer à établir un uretère artificiel, sorte de canal latéral au conduit naturel oblitéré. L'une et l'autre de ces tentatives ont été faites, sans résultat, par Zweifel. On doit donc renoncer à l'hystéro-cleisis, et se résoudre à l'**oblitération du vagin** ou **colpocleisis**, après établissement préalable d'une communication artificielle entre ce conduit et la vessie. C'est le plan qui a été suivi par Hahn[1], le premier. Il avait pris soin de border la lèvre supérieure de cette ouverture en affrontant les muqueuses, et d'en suturer la lèvre inférieure à la paroi postérieure du vagin pour assurer la béance de la communication vésico-vaginale. Mais le mari réclama plus tard la réouverture du vagin, et la fistule vésico-vaginale artificielle persista, tandis que la guérison de la fistule urétérale s'effectuait spontanément. Kehrer[2] a publié une observation intéressante : il fait remarquer, très justement, qu'une incision ne suffit pas pour assurer une communication entre la vessie et le vagin ; il est nécessaire d'exciser un disque d'environ 2 centimètres de diamètre dans la cloison vésico-vaginale et d'en ourler les bords avec soin. Colpocleisis.

Ce n'est qu'avec la plus grande répugnance que les femmes consentent à se laisser oblitérer le vagin ; il est fréquemment arrivé qu'après y avoir consenti, elles ont redemandé à revenir à leur état d'infirmité première. On comprend donc qu'on ait pratiqué la **néphrectomie**, malgré le danger qu'il y a à priver d'un de ses reins une malade qui peut être atteinte d'un certain degré méconnu de néphrite ascendante bilatérale. La première idée de l'opération revient à Simon. Zweifel[3] en 1878, puis Crédé[4] l'ont d'abord pratiquée ; on en comptait, en 1889, au moins 11 cas, en comprenant celui de Treub[5]. Il est excessivement important, avant de s'y résoudre, de s'assurer de l'état du rein qui seul doit être laissé à la malade. On fera donc une analyse chimique et microscopique attentive de l'urine. Il sera préférable de pratiquer cet examen sur l'urine retirée directement de l'uretère présumé sain, à l'aide du cathétérisme de ce canal (p. 135). Néphrectomie.

[1] E. Hahn. *Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 27, p. 397.

[2] Kehrer. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 32, p. 565. — La fistule uretéro-vaginale était, dans ce cas-là, consécutive à une opération faite sur le col de l'utérus pour l'extirpation d'un corps fibreux.

[3] Zweifel. *Ein Fall von Ureteren-uterus-fistel geheilt durch die Exstirpation einer Niere* (*Arch. f. Gyn.*, 1878, Bd. XV, p. 1).

[4] B. Crédé. *Nephrectomie wegen Ureteren-uterus-fistel* (*Ibid.*, 1881, Bd. XVII, p. 312). — Jules Bœckel. *Bull. et Mém. de la Soc. chir.*, juin 1884, p. 448. — Fritsch, cité par Heilbrunn *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 1, p. 1).

[5] A.-H. van der Weerd (Assistant du prof. Treub, de Leyde). *Over fistula uretero-uterina* (*Nederl. Tijdsch. v. Verlosk. en Gyn.* Haarlem, 1889, p. 161). — Voir aussi pour la bibliographie et la relation d'un cas C. D. Josephson (de Stockholm), *Hygiea*, 1887, Bd. XLIX, n° 5, p. 279 et n° 6, p. 343

Gravité de l'opération. Accidents opératoires.

Gravité de l'opération. Accidents opératoires. Résultats. — Je n'aurai en vue, dans ce qui va suivre, que l'opération directe des fistules vésico-vaginales et uréthro-vaginales ordinaires.

On doit la considérer comme absolument **bénigne**; elle ne prend un peu plus de gravité que si la fistule est rapprochée du col et, par conséquent, des gros vaisseaux utérins, de l'uretère et du péritoine.

Verneuil[1] a publié la relation des cas de sa pratique où l'opération avait été suivie de mort : il en a compté 5 sur 80 opérations. Mais il est juste de remarquer que la plupart datent de la période antérieure à l'antisepsie[2]; cette proportion serait aujourd'hui beaucoup trop forte. Hegar et Kaltenbach n'ont pas perdu une seule opérée sur une série de plus de 80 cas.

Déchirure du vagin.

La **déchirure de la paroi postérieure du vagin**, par la pression d'une valve maniée avec brutalité, ne doit être mentionnée que parce qu'elle a été observée une fois par Courty[3]; on conçoit qu'une péritonite puisse en résulter.

Hémorrhagie.

L'**hémorrhagie primitive** mortelle n'a également pu survenir que dans des circonstances particulièrement défavorables, quand la malade était hémophilique, par exemple; Horteloup[4] en a signalé un cas, dû à la blessure d'une artère utérine très développée. Ce fait est tout à fait exceptionnel; toutefois on peut être fort gêné, pendant l'opération, par l'écoulement du sang, si l'on avive sur les parois latérales du vagin où les veines sont très développées, si l'on opère trop près du moment où les eschares se sont détachées, enfin si l'on blesse la muqueuse vésicale. La compression directe d'abord et la suture ensuite sont les meilleurs moyens de s'en rendre maître. Mais on se trouve alors dans d'assez mauvaises conditions pour que la réunion immédiate réussisse.

L'**hémorrhagie secondaire** a été observée du troisième au cinquième jour; alors, on a presque toujours, je pense, commis une faute opératoire. Le meilleur remède est le tamponnement. Si l'hémorrhagie se faisait dans la vessie, on pourrait ne pas en être averti tout d'abord, et ce réservoir serait distendu par des caillots, avant que l'on pût y porter remède. Ceux-ci sont rendus en fragments par l'urèthre et leur expulsion s'accompagne d'un ténesme très pénible; la décomposition de ce qui n'est pas évacué amène fatalement l'insuccès de la suture. Il faut faciliter leur expulsion par des irrigations vésicales fréquentes. Si la distension de la vessie était considérable,

[1] A. Verneuil. *De la léthalité des fistules vésico-vaginales* (*Annal. de Gyn.*, janv. 1877, t. VII, p. 1).

[2] Jobert de Lamballe avait observé 26 morts sur 147 cas.

[3] Courty. *Traité prat. des mal. de l'utérus.* 5e édit., 1881, p. 1406.

[4] Horteloup. *Bull. de la Soc. de chir.*, 5 mai 1869, p. 198.

on n'hésiterait pas à dilater l'urèthre et à extraire les caillots, en les fragmentant avec une curette mousse. Enfin, si l'hémorrhagie continuait, on sectionnerait la suture et l'on irait à la découverte du vaisseau, par le vagin.

La **blessure**, et surtout la **ligature de l'uretère**, s'annonce par l'apparition de douleurs lombaires, des vomissements et de la fièvre. On se hâtera d'enlever les fils suspects, car cette complication pourrait devenir grave ; à la vérité, le fil finit par couper l'uretère distendu, ce qui amène spontanément une détente tardive dans les symptômes d'urémie commençante. Blessure de l'uretère.

Les **complications infectieuses**, phlébite, pyohémie, lymphangite, diphtérie, étaient déjà très rares autrefois, et sont maintenant tout à fait exceptionnelles. La **péritonite** pourrait être la conséquence de la blessure du péritoine par l'avivement ou par les sutures, si les précautions antiseptiques ont fait défaut pendant l'opération, ou encore si une cystite ou une pyélite concomitantes amènent l'infection de la plaie. Péritonite.

On a observé la formation tardive de **calculs** et d'**incrustations calcaires** dans la vessie, au niveau des fils d'argent ou de soie qui y étaient tombés, en coupant les tissus. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que la presque totalité des femmes atteintes de fistule ont une urine altérée par l'inflammation symptomatique de la vessie qui s'est propagée aux bassinets et même à la substance rénale. Dans ces conditions, la formation de calculs est très favorisée ; mais comme ils sont toujours phosphatiques, très friables, on peut facilement les broyer et les évacuer par la lithotritie. Calculs.

Les **résultats** que donne actuellement l'intervention chirurgicale pour les fistules sont remarquablement satisfaisants. On peut dire qu'il n'y a presque pas de cas absolument incurables par une opération directe ou indirecte : il est vrai que cette dernière substitue une difformité à une infirmité, ou encore nécessite le grave sacrifice de l'un des reins. Beaucoup d'échecs sont dus à un diagnostic incomplet. J'ai opéré, comme je l'ai dit plus haut, une femme chez laquelle on avait essayé, à onze reprises, d'oblitérer une petite fistule du cul-de-sac antérieur du vagin, sans pouvoir y arriver. Je m'assurai que cet insuccès provenait de ce que l'uretère s'ouvrait dans la fistule, et je mis en pratique le procédé d'avivement par dédoublement qui refoula l'orifice uretéral dans la vessie et amena la guérison immédiate. Résultats.

L'**incontinence d'urine** persiste souvent, longtemps après la réunion d'une fistule, si bien que la femme qui continue à perdre involontairement l'urine ne veut pas croire à sa guérison. Diverses conditions anatomiques peuvent en être cause : il suffit, pour l'expliquer, de la perte de tonicité par l'effet de la désuétude du sphincter vésical et Incontinence d'urine.

des fibres musculaires de l'urèthre qui, chez la femme, jouent un grand rôle dans la rétention normale de l'urine.

Divers traitements médicaux ont été mis en usage contre cette infirmité : injections de strychnine, douches chaudes, électricité, etc. Schatz a eu recours à un pessaire spécial : toute espèce de pessaires,

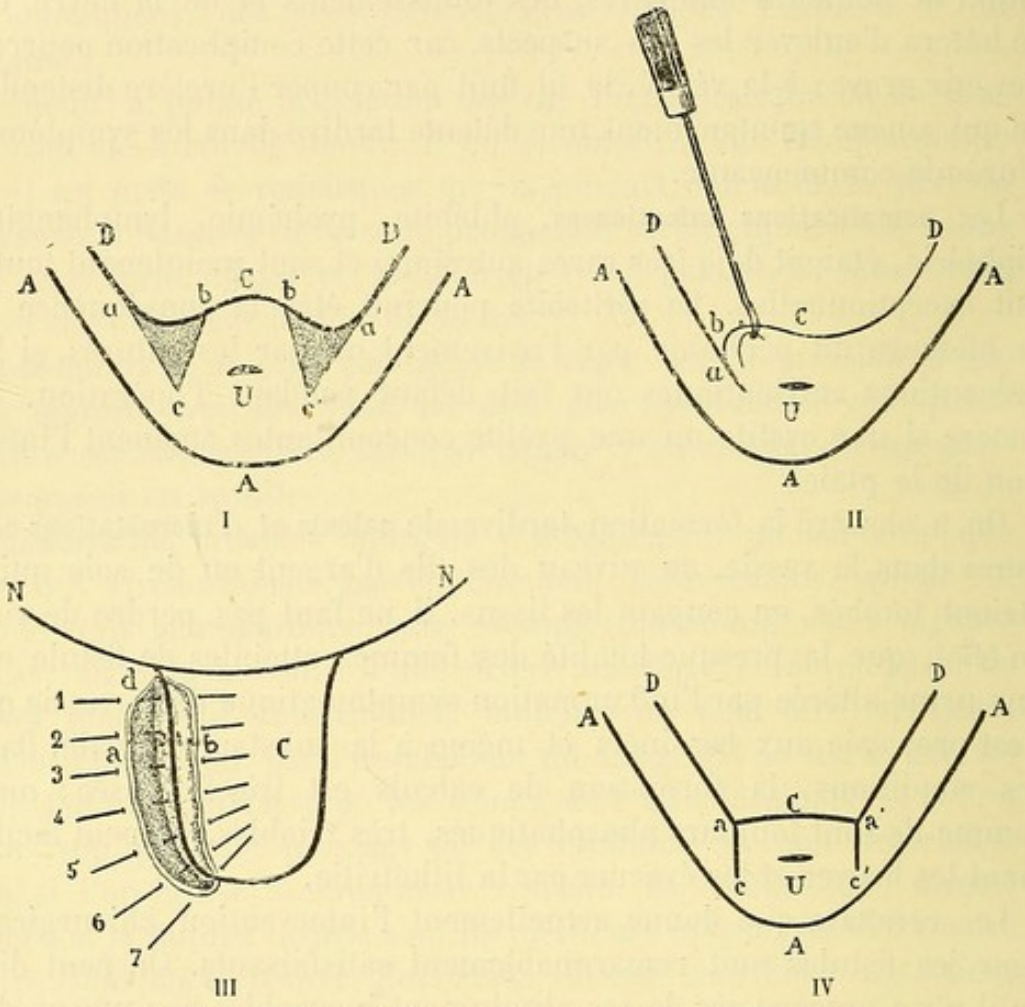


Fig. 522. — Opération de Pawlik contre l'incontinence d'urine.

I. Région de l'urèthre vue la femme étant en position genu-pectorale. II. Estimation de l'étendue de l'avivement par la traction avec un crochet. III. Avivement. IV. Pincement effectué.

A. Relief de l'arc du pubis. C. Saillie du canal de l'urèthre. D. Dépression en arrière du pubis. U. Méat urinaire; a, b, c, a', b', c', dimensions de l'avivement juxta-uréthral.

et en particulier celui de Dumontpallier, en comprimant légèrement l'urèthre, peut au moins diminuer l'incontinence. On a enfin obtenu des succès incontestables par une petite opération plastique, ayant pour effet de brider, pour ainsi dire, le canal de l'urèthre, en effaçant son calibre; l'urine trouve, par suite, un certain obstacle, et ne peut s'échapper que lorsqu'elle s'est accumulée en assez grande quantité pour le surmonter. Schröder[1], dans le but d'allonger et de déplacer le canal de l'urèthre, a pratiqué deux avivements latéraux.

[1] Voir R. Möricke. *Zeitschr.f. Geb. und Gyn.*, 1880, Bd. V, p. 324.

Opération de Pawlik.

Pawlik [1] a enlevé latéralement des fragments cunéiformes de tissu pour tirer sur l'urèthre transversalement et le couder de manière à combattre sûrement la béance du canal. Voici comment il procède : il commence par attirer avec un crochet le canal de l'urèthre aussi loin que cela est possible, sur le côté, et il marque les points qui correspondent à ce déplacement (fig. 522). Il obtient les limites extrêmes de son avivement et il y procède en faisant de haut en bas deux incisions parallèles, à partir des points précités. En bas, ces incisions s'inclinent de manière à permettre de couder l'urèthre. On attire alors l'orifice de l'urèthre avec un crochet du côté du clitoris, et l'on marque le point où l'on peut parvenir à l'amener ; on poursuit l'incision jusque-là, en ayant soin de lui donner une direction un peu concave en dedans, de manière qu'après la suture l'orifice externe de l'urèthre ne se trouve pas trop fortement bridé. Quand ce tracé est terminé, on pratique l'avivement, en creusant les tissus à côté de l'urèthre ; il en résulte une plaie assez profonde. On fait la suture de la plaie en attirant l'urèthre vers le clitoris ; les points de suture deviennent obliques à mesure qu'on approche de l'orifice uréthral, et les derniers sont même placés directement d'avant en arrière. Pawlik opère dans la position genu-pectorale ; il se sert de soie phéniquée et saupoudre la suture d'iodoforme. Il attend une semaine pour faire la seconde opération de l'autre côté, quand la malade est guérie de la première intervention, et recommande, dans les premiers temps qui suivent l'opération, de vider fréquemment la vessie. Il a ainsi obtenu plusieurs succès.

Fistules fécales.

Je comprendrai, sous ce titre commun, les fistules **recto-vaginales** et les fistules **entéro-vaginales**.

Fistules recto-vaginales.

Fistules recto-vaginales. Étiologie.

Étiologie. — La cause la plus fréquente est l'**accouchement** ; mais ce n'est pas la compression qui agit ici, comme dans les fistules urinaires, pour produire des eschares. Les fistules recto-vaginales sont une conséquence plus immédiate du traumatisme, et succèdent, ordinairement, à une large déchirure du périnée qui s'est cicatrisée inférieurement dans le point où les tissus offrent le plus d'épaisseur, tandis qu'une perforation a subsisté au-dessus ; la minceur de la

[1] Pawlik. *Beiträge zur Chirurgie der weiblichen Harnröhre* (*Wien. med. Woch.*, 1883, n° 25, p. 769 et n° 26. p. 808).

cloison recto-vaginale a permis, en ce point, aux deux épithéliums de se rejoindre et d'ourler, pour ainsi dire, d'une manière durable la solution de continuité. D'autres causes peuvent, du reste, agir plus rarement : déchirure par le forceps ou le céphalotribe, gangrène de la cloison par le séjour prolongé de la tête, traumatisme direct par un **corps étranger**, violemment introduit ou séjournant assez longtemps pour produire une ulcération, que ce corps étranger agisse, du reste, par le vagin ou par le rectum, déchirure au cours d'une hystérectomie vaginale[1]. Enfin, des **ulcérations** de diverse nature, des abcès de l'un ou de l'autre de ces conduits, peuvent amener entre eux une communication anormale : ces perforations se font, parfois, au-dessus de **rétrécissements du rectum**[2]. Des kystes dermoïdes, des kystes de grossesse extra-utérine, situés dans le cul-de-sac de Douglas et ayant suppuré, peuvent faire communiquer le vagin et le rectum, en s'y évacuant simultanément. Mais ces communications fistuleuses ne rentrent pas, avant la cicatrisation de leurs bords, dans la classe des fistules proprement dites.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Je n'aurai en vue que les fistules qu'on peut appeler cicatricielles, laissant de côté les communications anormales récentes, véritables plaies fraîches, les fistules cancéreuses qui ne sont qu'un épiphénomène dans un processus pathologique, ou les fistules purulentes en voie d'évolution.

Il est nécessaire d'établir, avec Verneuil, une division au point de vue de leur siège; il y a des fistules qu'on doit appeler **recto-vulvaires**, parce qu'elles s'ouvrent au bord de la vulve, tout près de la fourchette; d'autres sont **recto-vaginales inférieures**, leur orifice est situé dans la moitié inférieure du vagin; d'autres enfin, plus rares, sont **recto-vaginales supérieures** et peuvent siéger dans le voisinage du museau de tanche, dans le cul-de-sac postérieur; elles sont généralement consécutives à l'évacuation ancienne d'une collection située dans le cul-de-sac de Douglas ou à une hystérectomie vaginale.

Les dimensions sont variables; les fistules recto-vulvaires sont ordinairement réduites à un petit pertuis; les fistules de la portion inférieure du vagin sont, le plus souvent aussi, fort étroites. Tantôt la cloison est amincie au point qu'elles paraissent faites à l'emporte-pièce, et qu'elles sont franchement *ostiales* ou *labiformes*; tantôt elles sont, au contraire, canaliculées, présentant un trajet oblique dans l'épaisseur de la paroi, et leur orifice vaginal est alors parfois

[1] Cette complication serait surtout à redouter dans les cas de suppurations pelviennes à streptocoques siégeant dans le cul-de-sac de Douglas et affectant une marche aiguë (M. Jayle. *Pathogénie de quelques fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1895, p. 734).

[2] Février. *Des fistules dans le rétrécissement du rectum.* Thèse de Paris, 1877.

recouvert d'une sorte d'opercule formé par la colonne postérieure du vagin plus ou moins entamée et déchiquetée. Les fistules qui siègent dans le cul-de-sac vaginal postérieur peuvent offrir d'assez grandes dimensions, car elles sont parfois consécutives à une large eschare, qu'a causée la pression d'une tumeur, avant de se vider dans les conduits voisins. J'ai observé une fistule de ce genre, qui pouvait admettre le pouce; elle provenait de l'évacuation d'un kyste fœtal.

Quand la fistule présente un trajet, c'est la muqueuse vaginale qui semble être attirée et qui le tapisse.

Les bords de ces orifices sont ordinairement durs, calleux, tranchants; du tissu cicatriciel peut, en formant des brides qui cloisonnent le vagin, les relier à des fistules vésico-vaginales, dues au même accouchement laborieux.

Symptômes et diagnostic.

Symptômes et diagnostic. — Le passage de gaz et de matières fécales est, à la fois, le signe pathognomonique pour le clinicien et le phénomène le plus gênant pour les malades. Le passage des matières fécales n'est pas absolument constant, et manque lorsque la fistule est étroite ou oblique et que les matières sont solides; mais ce symptôme apparaît avec la diarrhée. Une vaginite assez intense survient si ce phénomène est habituel. On peut, avec le doigt, sentir un orifice un peu notable, et le spéculum aidé du stylet et du toucher rectal permet toujours de le découvrir. On placera la femme, pour cet examen, dans la position de Sims, qui est la plus commode en vue de cette recherche. Au besoin, on lui ferait prendre un lavement de lait qui viendrait filtrer par le pertuis dissimulé derrière un pli ou une cicatrice.

Pronostic. — Quelle que soit son peu d'importance apparente, il s'agit là d'une affection très rebelle, car la difficulté de la guérison n'est nullement en rapport avec l'étendue de la lésion.

Les cas les plus difficiles sont ceux où il existe des cicatrices multiples dans le vagin.

On a rapporté des cas de guérison spontanée; les fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale se ferment assez souvent spontanément. Mais ce sont des faits exceptionnels et d'une façon générale les fistules recto-vaginales ne guérissent qu'au prix d'une intervention.

Traitement. — Il semble, au premier abord, que la suture *directe* de la fistule par le vagin soit l'opération la plus simple. Il n'en est rien, cependant. En effet, on ne peut obtenir ainsi qu'une surface cruentée d'étendue médiocre, et la réussite est bien moins assurée que par la méthode *indirecte*, qui consiste à comprendre la perforation dans un large avivement intéressant le périnée. On peut donc dire que, dans l'immense majorité des cas, l'opération de la

fistule recto-vaginale doit consister en une colpo-périnéorrhaphi légèrement modifiée, et que la voie périnéale est la méthode de choix, la voie vaginale l'exception.

Opération par le périnée.

Opération par le périnée. — Les anciens chirurgiens se bornaient à inciser verticalement le périnée jusqu'à la fistule, en confiant à la nature le soin de la cicatrisation, quitte à la régulariser ensuite par une opération complémentaire[1]. Plus tard, on ne fit de la section du périnée que le premier temps d'une périnéorrhaphie immédiate ; cela revenait, en somme, à transformer la fistule recto-

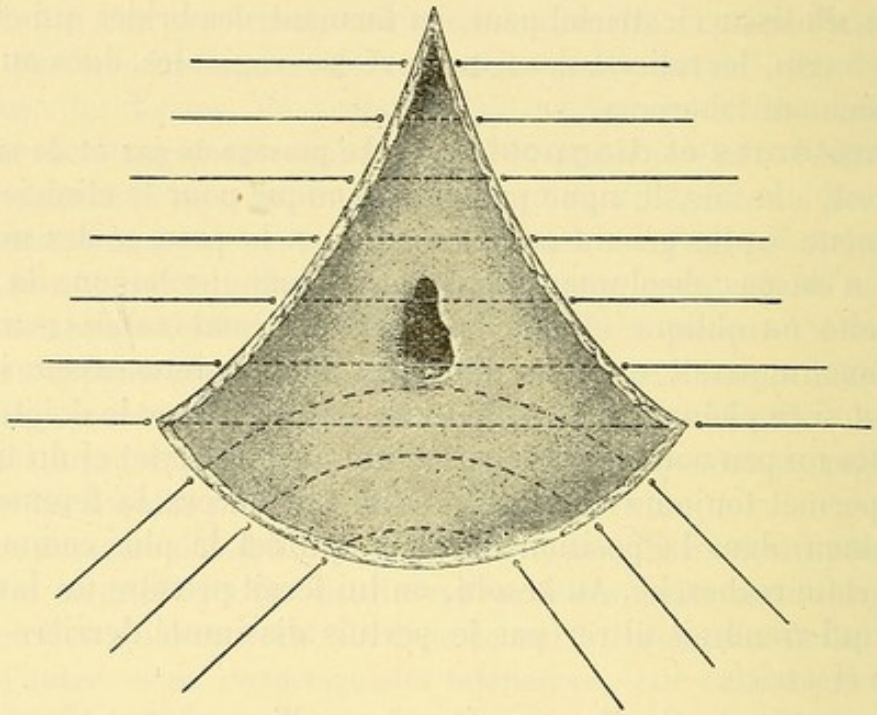


Fig. 523. — Procédé de colpo-périnéorrhaphie de Hegar appliqué à la cure de la fistule recto-vaginale.

vaginale en déchirure périnéale complète, et à la traiter comme elle. Des faits isolés de cette pratique sont dus à Ricord[2], Demarquay[3], Baker-Brown[4]: Richet[5] le premier en France, l'érigea en méthode, ce que Simon[6] fit également en Allemagne. Depuis lors, elle a trouvé

[1] Saucerotte. *Mélanges de chir.*, Paris, 1801, p. 530.

[2] Voir L.-M. Michon. *Des opérations que nécessitent les fistules vaginales.* Thèse de concours, 1841, p. 224.

[3] Demarquay. *Ann. de Gyn.*, 1875, t. III, p. 851.

[4] Baker-Brown. *Lancet*, 26 mars 1864, t. I, p. 347.

[5] Richet. *Ann. de Gyn.*, 1876, t V, p. 401. — Les idées de Richet avaient été développées, dès 1867, par un de ses élèves, L Serres. *Des fistules recto-vaginales considérées au point de vue du traitement*, Thèse de Paris, 1867. — La première opération de Richet remonte à 1859.

[6] G. Simon. *Operationen der Urinfisteln des Weibes* (*Prag. Vierteljahr. f. prakt. Heilk.*, 1867, Bd. XCIV, p. 61).

de nombreux défenseurs[1]. Récemment, la vulgarisation du procédé de dédoublement auquel Lawson Tait a attaché son nom est venue étendre encore le champ de la périnéorrhaphie; ce procédé offre, en effet, le grand avantage de fournir à peu de frais une énorme surface à l'affrontement et de permettre la mobilisation du rectum : celle-ci détruit le parallélisme entre l'orifice rectal et l'orifice vaginal de la fistule qu'on fait glisser l'un sur l'autre par une sorte de jeu de tiroir.

Avant la vulgarisation de ce procédé de périnéorrhaphie, on avait

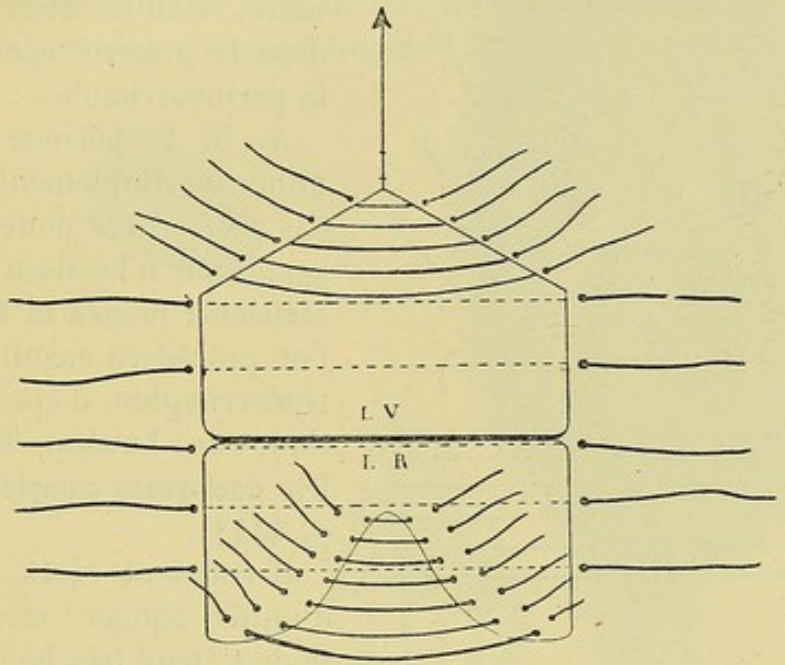


Fig. 524. — Sutures du rectum, du vagin et du périnée après la section verticale du périnée et son dédoublement (schéma).

L. R. Lambeau rectal avec suture de Lauenstein. — L. V. Lambeau vaginal.

mis en usage toute la série de ceux qui seront décrits plus loin (voir Déchirures du périnée, p. 1086). C'est ainsi que Schauta[2] a employé l'avivement triangulaire de Hegar, en ayant soin d'y inscrire la fistule et d'en réunir les bords par des sutures perdues au catgut. Chrobak[3] a aussi eu à se louer de ce procédé. Mais, je le répète, le procédé de choix, actuellement, paraît être celui de Lawson Tait qui s'applique à presque tous les cas.

On a voulu formuler les indications opératoires, tour à tour d'après le siège plus ou moins élevé des fistules recto-vaginales ou

[1] F. Rizzoli. *Bull. des sciences méd. de Bologne*, 1867, t. IV, p. 226. — Labbé, Le Dentu. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1882, p. 350 et 352. — Ch. Monod. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1882, p. 46 et 132.

[2] Schauta. *Ueber die Operation von Mastdarmfisteln* (*Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Gyn. zu München*, 1886, p. 282).

[3] R. Chroback. *Ueber Mastdarmscheidenfisteln* (*Wien. med. Blätter*, 1887, p. 841 et 877).

d'après la conservation plus ou moins complète du périnée. Ces indications sont assurément utiles, mais elles serviront surtout pour apprécier l'étendue du dédoublement à effectuer. Elles serviront aussi pour juger s'il n'y a pas lieu de faire auparavant la section verticale d'un mince pont cutané qui pourrait séparer seul la fistule du périnée, ou la section d'un périnée flasque et dépourvu de muscle, alors même qu'il offrirait une certaine épaisseur. On doit, d'après cette considération préliminaire, établir deux variétés dans le procédé opératoire de la périnéorrhaphie :

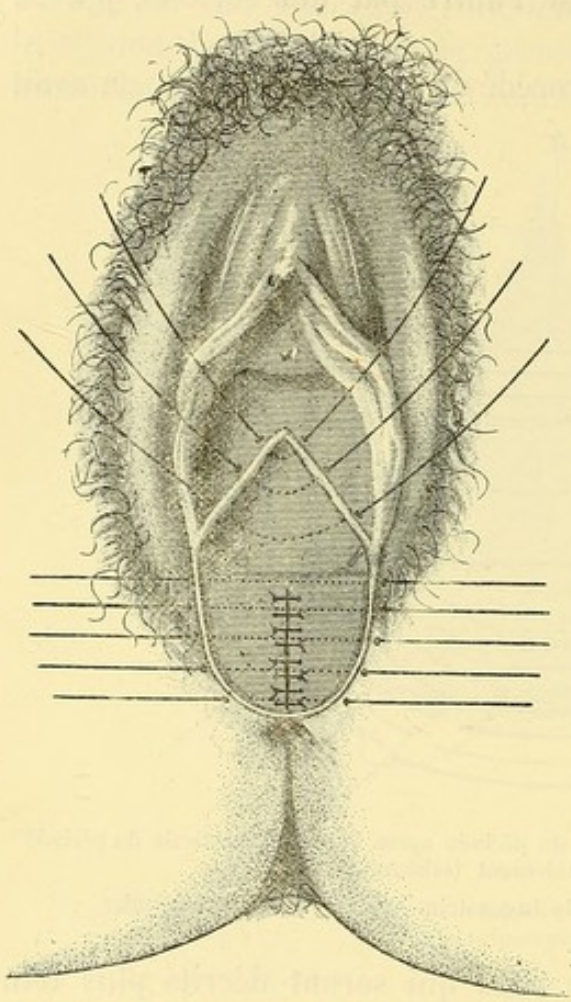


Fig. 525. — Sutures après la section verticale du périnée et son dédoublement.

Le lambeau rectal est suturé. Les fils vaginaux et périnéaux ne sont pas encore serrés (Sänger).

A. Si le périnée est trop mince ou simplement ne paraît pas assez *étoffé* pour être respecté, on n'hésitera pas à le **sectionner jusqu'à la fistule**, et l'on procédera ensuite à la périnéorrhaphie, d'après la pratique de Lawson Tait pour les **déchirures complètes** (voir p. 1111).

Il convient alors, je crois, d'imiter Sänger[1] et, quand la fente s'étend très haut (fig. 524 et 525), de suturer isolément le rectum avec des points de suture à la soie passés à la manière dite de Lauenstein[2], que ce chirurgien a empruntée au procédé d'affrontement des membranes séreuses de Lembert (voir p. 1101).

Toutefois, cette suture isolée du rectum ne me paraît utile que lorsqu'on a sectionné très haut la cloison recto-vaginale ; dans les cas où la fente du rectum n'est pas très élevée, il suffira de le mobiliser par le dédoublement ; on parviendra presque toujours ainsi à l'attirer assez bas pour qu'une suture particulière de l'intestin devienne inutile.

B. Si le périnée est encore très résistant, et que la fistule siège

[1] M. Sänger. *The operative treatment of recto-vaginal fistula* (*Buffalo med. and surg. Journ.*, juin, 1891).

[2] Lauenstein. *Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 49.

au-dessus du sphincter resté à peu près intact, il y aurait plus d'inconvénients que d'avantages à commencer l'opération par la section du périnée. On suivra alors pour le dédoublement le procédé qu'applique Lawson Tait aux **déchirures incomplètes** (voir p. 1092) en dédoublant le périnée d'abord, puis la cloison recto-vaginale jusqu'au-dessus de la fistule. Avant de suturer le périnée, il sera bon de fermer l'orifice rectal, en passant du côté de la plaie une série de sutures à la Lembert-Lauenstein (fig. 527). En outre, l'orifice vaginal sera suturé du côté du vagin; on fera ces sutures à la soie fine. Sänger[1] a obtenu de la sorte de très nombreux succès.

Enfin, il est des cas, exceptionnels, à la vérité, où l'orifice fistu-

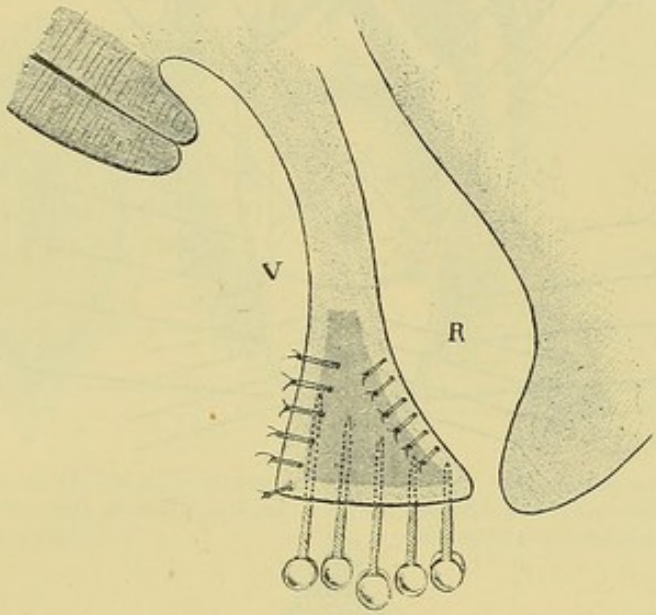


Fig. 526. — Sutures après la section verticale du périnée et son dédoublement. Disposition des sutures, l'opération terminée.

leux siège très haut, au voisinage du cul-de-sac vaginal postérieur. On pourra, à l'exemple de Sänger, faire le dédoublement large et profond du périnée, à l'aide d'une incision bi-ischiatique, poursuivie hardiment jusqu'au-dessus de la fistule, en traversant le releveur de l'anus, sans craindre de créer ainsi une plaie assez profonde pour admettre les deux poings. C'est cette opération qui a été décrite plus haut (p. 764) sous le nom de **périnéotomie transversale**. Je crois préférable de suturer ensuite la fistule du côté du vagin, après l'avoir avivée; on se bornera alors à rétrécir un peu l'étendue de la plaie périnéale, mais on la laissera béante dans sa partie médiane bourrée de gaze iodoformée. C'est la pratique qu'a suivie Sänger et à laquelle il a dû un beau succès dans un cas de fistule exceptionnellement élevée.

[1] Sänger. *Loc. cit.*

On peut rapprocher de ce procédé celui qu'ont décrit d'abord Alph. Guérin[1], puis Quénu[2] et Félizet[3]. Quénu, à l'exemple de Guérin, joint au dédoublement la suture isolée du rectum et du vagin ; de plus, il réalise le relâchement du sphincter anal en incisant ce muscle en arrière et en réunissant au-dessus de lui la muqueuse. Félizet ne

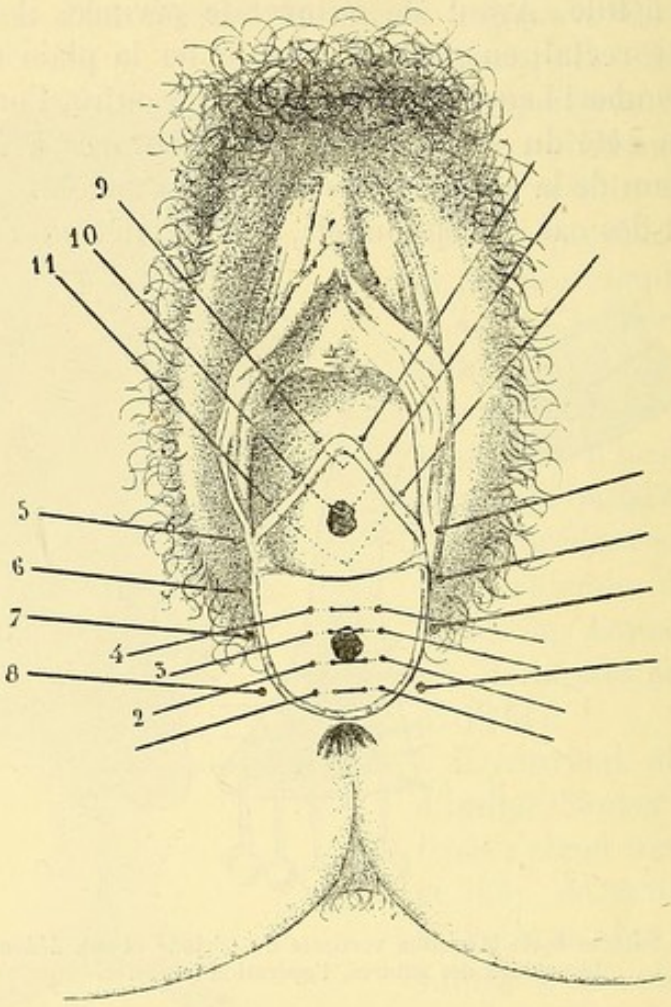


Fig. 527. — Sutures du vagin, du rectum et du périnée après le dédoublement simple du périnée, sans section verticale préalable.

1. 2. 3. 4. Sutures perdues de Lauenstein (soie) fermant l'orifice rectal. — 5. 6. 7. 8. Fils profonds (argent) pour l'affrontement périnéal. — 9. 10. 11. Fils vaginaux (argent) dont l'anse passe en avant de l'orifice vaginal qu'ils doivent obturer (Sänger).

suture pas l'orifice vaginal, mais débride l'orifice rectal jusqu'à l'anus en incisant de haut en bas tout le feuillet postérieur du dédoublement ; cette dernière manœuvre ne me paraît offrir aucun avantage.

Opération par le vagin.

Opération par le vagin. — C'est celle qu'on peut essayer tout d'abord dans les petites fistules non compliquées de cicatrices rendant le vagin inextensible, lorsque le périnée est à peu près intact et que la fistule est située très haut, ce qui demanderait un grand

[1] A. Guérin. *Élém. de chir. opérat.*, 5e édit. Paris, 1874, p. 677.
[2] Quénu. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 595.
[3] Félizet. *Ibid.*, p. 701 (Rapport de P. Segond).

délabrement pour l'atteindre par la voie périnéale ; mais, ainsi que je l'ai dit précédemment, les chances de succès sont bien moindres que par cette dernière. L'opération par le vagin est, en tous cas, très préférable à l'opération par le rectum. En effet, la vulve se laisse bien mieux distendre que l'anus, en arrière duquel existe l'obstacle du coccyx ; la muqueuse vaginale est plus ferme, se prête mieux à l'avivement et saigne moins ; enfin et surtout la suture est moins exposée à l'infection.

Avivement avec perte de substance

Procédé d'avivement simple, avec perte de substance. — La malade est mise dans la position dorso-sacrée, le vagin est étalé avec une valve plate supérieure et des rétracteurs latéraux. Les abords de la

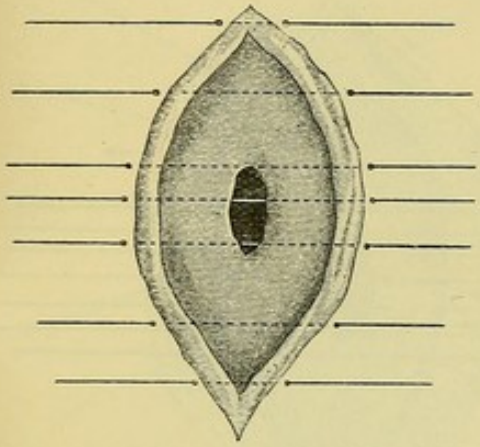


Fig. 528. — Opération de la fistule recto-vaginale. Avivement avec perte de substance par le vagin. Sutures profondes.

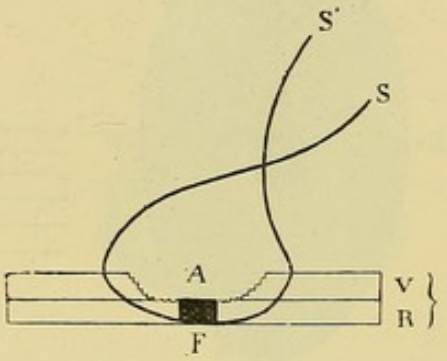


Fig. 529. — Opération de la fistule recto-vaginale par l'avivement vaginal. Trajet des sutures profondes.

fistule sont fixés par des pinces tire-balles. On peut faire soulever la cloison recto-vaginale par le doigt d'un aide ou se borner à la soutenir par un tamponnement à la gaze iodoformée. Il vaut mieux que le chirurgien ne mette pas les doigts dans l'intestin pour ne pas les souiller, quelque soin qu'on ait pris, du reste, de le désinfecter très exactement par des irrigations boriquées

On fait l'avivement très profond en disséquant le revêtement du trajet, s'il en existe, jusqu'au niveau du rectum (fig. 528). On passe des sutures allant jusqu'à la muqueuse rectale (fig. 529) et cheminant sous toute l'étendue de la plaie qui a la forme d'un entonnoir. On passe ensuite les sutures superficielles comprenant seulement la muqueuse et alternant avec les précédentes. Ce n'est que lorsque celles-ci sont serrées qu'on serre les sutures profondes. Il vaut mieux employer le fil d'argent qui est le plus facile à maintenir aseptique. Afin d'émousser les extrémités de ces fils on y écrasera un tube de Galli et on le coupera ras au-dessus. Il faut avoir soin de disposer la ligne de suture dans le sens où il y aura le moins de

tiraillement; pour les grandes perforations, c'est généralement dans le sens transversal. Si la perforation était très large et dans le voisinage immédiat du col, on devrait suivre l'exemple de Simon et aviver la lèvre antérieure pour l'unir au bord inférieur de la fistule; les règles seraient alors déversées dans le rectum.

Autoplastie par dédoublement.

Autoplastie par dédoublement. — Ce mode d'avivement, qui a été mis en usage pour la fistule vésico-vaginale d'abord par des chirurgiens français, puis qui a été repris récemment en Allemagne et dont j'ai donné la description, d'après Walcher (p. 1024), a été aussi appliqué aux fistules recto-vaginales. Sänger lui a dû un beau

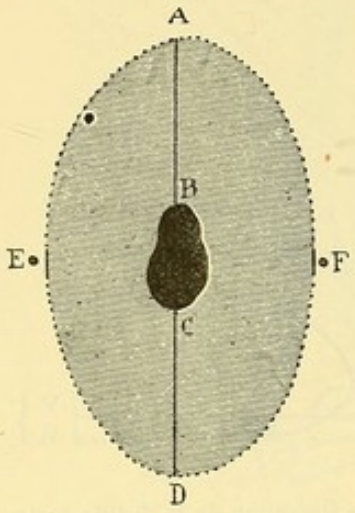


Fig. 530. — Opération de la fistule recto-vaginale par le vagin.

Procédé de l'autoplastie par dédoublement. A. D. Incision verticale : A. E. B. F. Limites du dédoublement (Sänger).

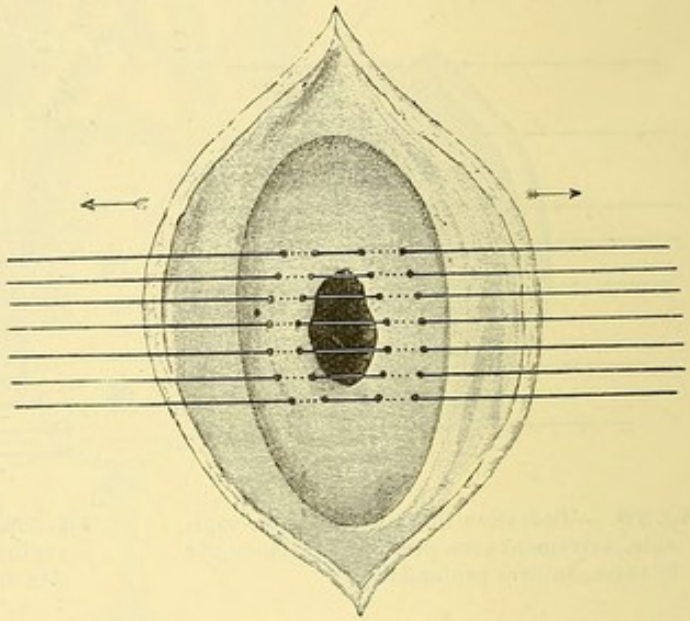


Fig. 531. — Opération de la fistule recto-vaginale.

Procédé de l'autoplastie par dédoublement. Passage des fils profonds.

succès. Sa technique se rapproche de celle de Walcher : il y joint une suture protectrice du côté du rectum. Voici, du reste, comment il décrit sa manière de faire[1].

Dans un premier temps, l'index gauche est introduit dans le rectum et le champ opératoire mis à découvert et tendu par des pinces convenablement disposées. Une incision verticale dépassant la fistule en haut et en bas de 1 centimètre 1/2 environ est pratiquée sur la ligne médiane et va jusqu'au rectum exclusivement (fig. 530). Les lambeaux vaginaux sont décollés autour de la fistule. Après rétraction des bords de ces lambeaux, la fistule se trouve placée au milieu d'une surface dénudée de forme elliptique.

La perforation rectale est fermée par six à huit sutures perdues

[1] Sänger. *Loc. cit.*

de soie fine placées suivant le procédé de Lauenstein (fig. 531). Puis les deux lambeaux vaginaux sont suturés au-dessus de la fistule par des points profonds (fig. 532) au crin de Florence et superficiels (fig. 534) à la soie. Sänger fait enfin une dernière série de sutures protectrices du rectum pour empêcher les matières fécales de s'insinuer entre les surfaces affrontées. Pour cela il place la malade dans la position de Trendelenburg et dilate le rectum. La fistule

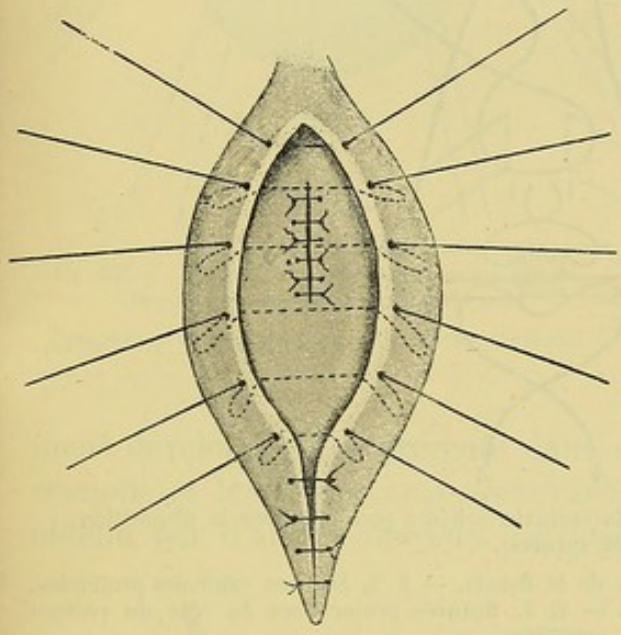


Fig. 532. — Opération de la fistule recto-vaginale. Autoplastie par dédoublement.

Sutures serrées au niveau de l'orifice rectal. Sutures profondes de l'orifice vaginal non encore serrées (Sänger).

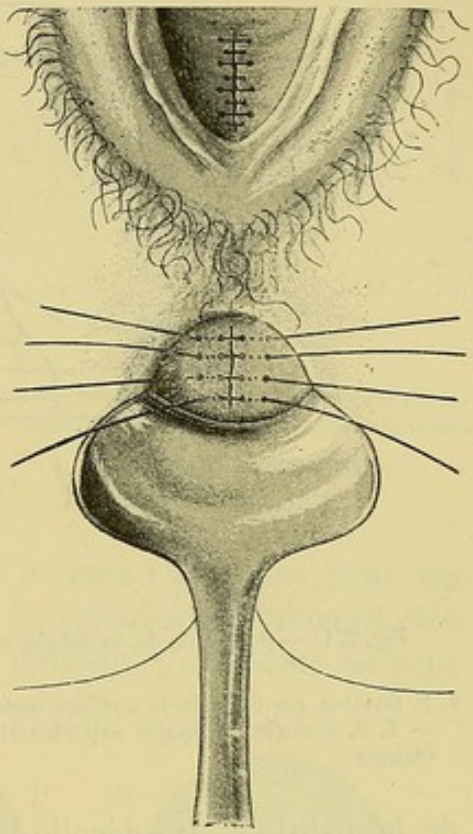


Fig. 533. — Opération de la fistule recto-vaginale. Autoplastie par dédoublement.

Les sutures vaginales sont placées. Introduction des sutures protectrices au niveau du rectum (Sänger).

ainsi mise à nu est suturée sans autre avivement par des points à la soie fine (fig. 533 et 534). La malade de Sänger était complètement guérie au bout de seize jours[1].

Autoplastie par glissement. — Ce procédé dont on pourrait retrouver la première idée chez les anciens chirurgiens, a été de nouveau em- Autoplastie par glissement.

[1] Sänger (*loc. cit.*) insiste particulièrement sur le mode de suture de la fistule (suture de Lauenstein) au-dessous des lambeaux. Il ne faut pas craindre de multiplier les points de façon à rendre l'affrontement plus exact. La soie de Chine, bouillie dans une solution d'acide phénique à 5 pour 100 et conservée dans une solution de sublimé à 1 pour 500, lui semble préférable au catgut dont la résorption est trop rapide.

ployé avec succès par Fritsch[1] et par Le Dentu[2] pour les petites fistules situées haut dans le vagin, et tout récemment par P. Segond[3] pour une large fistule siégeant dans le cul-de-sac postérieur.

Procédé de Fritsch.

Le **procédé de Fritsch** est un véritable procédé autoplastique consistant en un lambeau vaginal qu'on taille au-dessus de la fistule et qu'on fait glisser au-devant d'elle comme un tiroir (fig. 535 et 536). On fait d'abord une incision courbe A B le long du bord supérieur

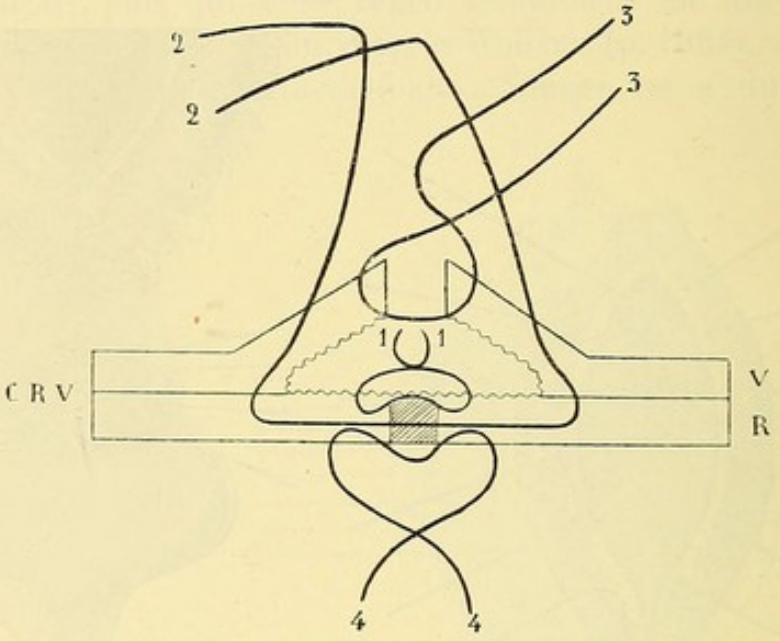


Fig. 534. — Opération de la fistule recto-vaginale (schéma pour montrer la disposition des sutures).

1. 1. Sutures perdues de la surface rectale de la fistule. — 2. 2. Sutures vaginales profondes. — 3. 3. Sutures vaginales superficielles. — 4. 4. Sutures protectrices du côté du rectum (Sänger).

de la fistule F. On décolle la muqueuse au-dessous de cette incision dans une petite étendue, jusqu'à C. On fait en ADB une seconde incision courbe plus profonde à peu de distance de la fistule, et l'on excise, si cela est nécessaire, entre les deux incisions, un petit lambeau en forme de croissant formé par les tissus cicatriciels indurés. On attire alors en bas le lambeau supérieur et on le suture au bord inférieur de la plaie, en faisant cheminer les fils sous la surface cruentée. Fritsch a obtenu ainsi quatre succès ; Sänger a eu un échec.

Procédé de Le Dentu.

Le **procédé de Le Dentu** est un procédé identique quant à son principe, mais qui diffère du précédent par divers détails d'exécution. Voici la description[4] de cette « autoplastie par glissement à lambeaux superposés et à disposition valvulaire ».

[1] Fritsch. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 803.
[2] Le Dentu. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1890, t. XVI, p. 590 et suiv.
[3] P. Segond. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI, p. 168
[4] Le Dentu. *Loc. cit.*, p. 590.

1° Introduire dans le rectum l'index de la main gauche revêtue d'un gant en caoutchouc. Cette précaution permet de se servir de ce même index dans le cours de l'opération, sans risquer d'infecter la plaie. La cloison recto-vaginale, refoulée vers le vagin et large-

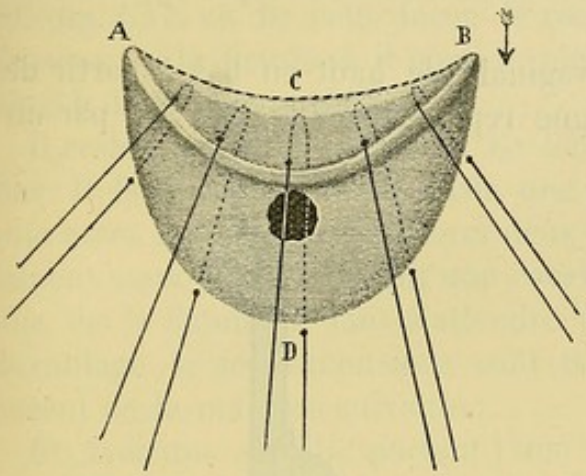


Fig. 555. — Opération de la fistule recto-vaginale. Procédé d'autoplastie à lambeau. Disposition des lambeaux et des sutures (Fritsch).

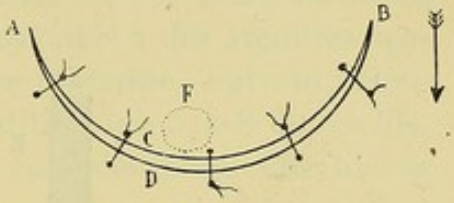


Fig. 556. — Opération de la fistule recto-vaginale. Procédé d'autoplastie à lambeau. Les fils sont serrés (Fritsch).

ment développée, se présente dans de bonnes conditions pour les sections et les dissections nécessaires. Ce refoulement pourrait être obtenu par d'autres moyens. Le doigt d'un aide, ou même un petit

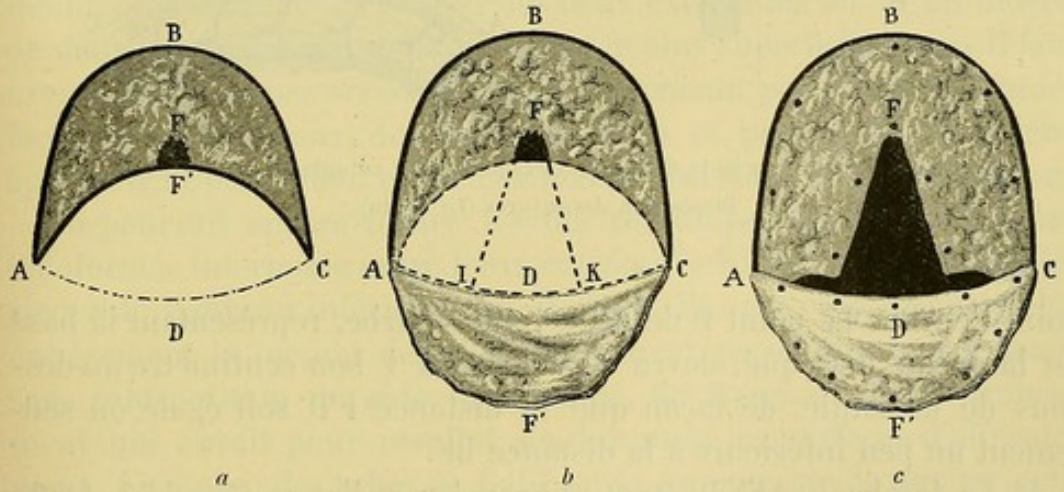


Fig. 557. — Opération de fistule recto-vaginale par autoplastie et glissement. Disposition du lambeau et de l'avivement (Le Dentu).

ballon de Petersen modérément distendu remplirait le même office, mais avec cette différence que le chirurgien se rend mieux compte, avec son propre doigt, de l'épaisseur de la cloison et de la marche de ses dissections. Voilà pourquoi l'emploi du gant de caoutchouc est peut-être préférable à tout autre moyen.

2° Avec un bistouri à bonne pointe tracer l'incision courbe ABC (fig. 537), en passant à plus de 1 centimètre au-dessus de la fistule; tracer ensuite l'incision également courbe AF'C, qui devra passer au niveau du bord inférieur de la fistule. Aviver la muqueuse vaginale qui dans toute l'étendue du croissant circonscrit par les incisions ABC et AF'C.

3° Disséquer la muqueuse vaginale de haut en bas à partir de l'incision AF'C, jusqu'à une ligne représentée (fig. 537, *a*) par un

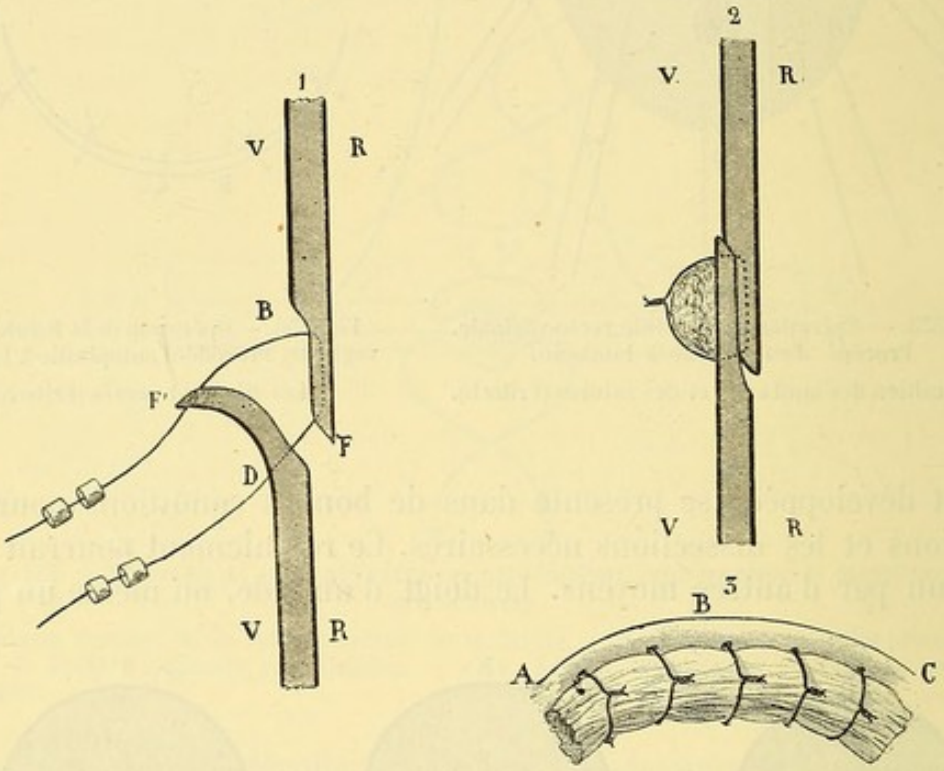


Fig. 538. — Opération de la fistule recto-vaginale par autoplastie et glissement. Disposition des sutures (Le Dentu).

pointillé ADC. Le point D de cette ligne courbe, représentant la base du lambeau disséqué, devra se trouver à 1 bon centimètre au-dessous de la fistule, de façon que la distance F'D soit égale ou seulement un peu inférieure à la distance BF.

4° Le lambeau AF'CD étant renversé vers l'anus (fig. 537, *b*), le chirurgien a sous les yeux une large surface avivée formée d'une part par l'avivement ABCF' fait aux dépens de la muqueuse vaginale, et d'autre part par la dissection du lambeau AF'CD. L'opération consiste essentiellement à faire remonter ce lambeau et à l'adapter par sa face cruentée à la surface avivée ABCF; mais si l'on se contentait de ce glissement, on créerait à la base de ce lambeau un cul-de-sac dans lequel s'accumuleraient les matières passant par la fistule. Il

est donc de toute nécessité de supprimer ce cul-de-sac; on y arrive par le temps que voici :

5° Avec des ciseaux, supprimer le triangle FIK (fig. 537, *b*), taillé aux dépens des tissus situés au-dessous de la fistule. Débrider de chaque côté le lambeau supérieur sur la moitié des lignes AI et KC (fig. 537, *c*). De cette façon le rectum est largement ouvert au-dessous de la fistule et il n'existe plus de cul-de-sac entre elle et la base D du lambeau ADCF.

Il reste à placer les sutures. Ce temps demande un soin particulier. Il faut avoir sous la main une dizaine de fils d'argent ou de soie assez fins, enfilés par leurs deux extrémités à des aiguilles également assez fines et offrant une courbure moyenne. Suivant l'étendue de la fistule, il faut s'attendre à utiliser de 5 à 8 de ces fils, davantage si ses dimensions sont très considérables. Ces fils se posent de la manière suivante :

6° Avec une aiguille portant l'une des extrémités d'un fil, pénétrer dans le point B du lambeau supérieur, taillé aux dépens de la muqueuse rectale, et sortir en F après avoir fait cheminer le fil dans l'épaisseur du lambeau, autant que possible sans entrer dans le rectum. Traverser ensuite les points D (base) et F′ (sommet) du lambeau inférieur avec chacune des deux aiguilles (fig. 538, 1).

En tirant sur les deux extrémités du fil et en refoulant en arrière le lambeau inférieur, on adapte sa face postérieure cruentée à la face antérieure également cruentée du lambeau supérieur. Il suffit, pour maintenir l'adaptation, de fixer les deux extrémités du fil au moyen de deux tubes de Galli dont on écrase le plus superficiel, mais il faut avoir soin de ne pas serrer du tout. Autrement, par suite de la tuméfaction des lambeaux, les tubes de Galli se perdraient dans leur épaisseur et pourraient en déterminer l'ulcération et la perforation.

On pourrait encore tordre les fils sur un petit bourrelet de gaze iodoformée interposée entre leurs extrémités libres, sur la face antérieure du lambeau inférieur (fig. 538, 3). En tout cas, il faut rejeter entièrement la torsion des fils directement par-dessus le lambeau, sans interposition de gaze iodoformée, de façon à éviter le froncement qui aurait pour résultat de diminuer les surfaces d'affrontement. L'emploi des tubes de Galli ou la torsion par-dessus un petit bourrelet de gaze assurent l'étalement de ces surfaces et augmentent ainsi les chances de succès.

Tous les fils sont placés successivement de la même façon.

Une fois les sutures terminées, le lambeau inférieur recouvre entièrement le lambeau supérieur (fig. 538, 2). La fistule est complètement supprimée, et la muqueuse rectale qui forme la face postérieure du lambeau supérieur débordant un peu la ligne de réunion

du côté du rectum, constitue une petite valvule sur laquelle les gaz et les matières glissent tout naturellement vers l'anus. Ils ne peuvent avoir aucune tendance à remonter vers le vagin, en s'insinuant entre les lambeaux. »

Procédé de P. Segond.

Le **procédé de P. Segond** consiste « à supprimer la portion du rectum située au-dessous de la fistule sans compromettre le périnée, à aller prendre le rectum au-dessus de la fistule, le dégainer et l'abaisser jusqu'à l'anus ». Il comprend les temps suivants[1] :

1° Dilater l'anus. Cette dilatation doit être digitale, lente, cadencée, suivant l'ancienne expression de Récamier, et aussi complète que possible. En procédant ainsi, la muqueuse n'éclate pas sous les doigts, on obtient un accès des plus larges, et ultérieurement, le sphincter recouvre toujours l'intégrité de ses fonctions.

2° Libérer par dissection le cylindre muqueux intra-anal. L'incision circulaire de la muqueuse anale doit porter à 2 ou 3 millimètres au-dessus de sa continuation avec la peau. Cette précaution est indispensable pour que la ligne de suture ultérieure soit bien cachée dans la dépression anale. La muqueuse une fois incisée circulairement, rien de plus simple que de la disséquer, dans toute la hauteur du sphincter, par une série de petits coups de ciseaux. Cela fait, la béance du sphincter mis à nu est maintenue par deux écarteurs et l'on peut saisir toute l'épaisseur des parois rectales pour procéder au temps suivant.

3° Dédoubler la cloison recto-vaginale, puis mobiliser, abaisser et réséquer le segment rectal situé au-dessous de la fistule. Le dédoublement de la cloison doit être fait au doigt, sans le secours d'aucun instrument tranchant, jusqu'à la fistule. Le trajet de la fistule est alors tranché au bistouri, on la dédouble ainsi en deux orifices, désormais indépendants, un orifice vaginal et un orifice rectal. Puis, saisissant avec les doigts la paroi rectale antérieure au-dessus de son orifice fistuleux, et laissant de nouveau tout instrument tranchant, on continue le dédoublement recto-vaginal en le combinant à l'abaissement par traction, jusqu'à ce que la portion de rectum correspondant au bord supérieur de l'orifice rectal de la fistule, soit suffisamment abaissée pour se laisser suturer à la collerette muqueuse qui borde la peau de l'anus. Pour faciliter ce temps de mobilisation et de dégainement, une pince de Museux préalablement passée par le vagin, fixe l'utérus. L'abaissement du rectum se fait par tractions successives et le décollement péri-rectal s'exécute avec l'ongle du pouce. Cette manœuvre est possible, quelle que soit l'élévation de la fistule, et le péritoine épaissi de

[1] P. Segond. *Loc. cit.*, p. 168

la cavité de Douglas se laisse refouler, sans risquer de se rompre.

Au fur et à mesure que s'abaisse la paroi rectale antérieure, il est clair que les parties latérales et postérieures du cylindre rectal se plissent et saillent au dehors. Ce plissement doit être d'abord négligé, puis, lorsque l'abaissement de la paroi rectale antérieure est réalisé au degré voulu, on libère le cylindre rectal sur les côtés, puis en arrière, de quantité suffisante pour qu'il ne se plisse plus et pour que l'affrontement se fasse dans de bonnes conditions, après la

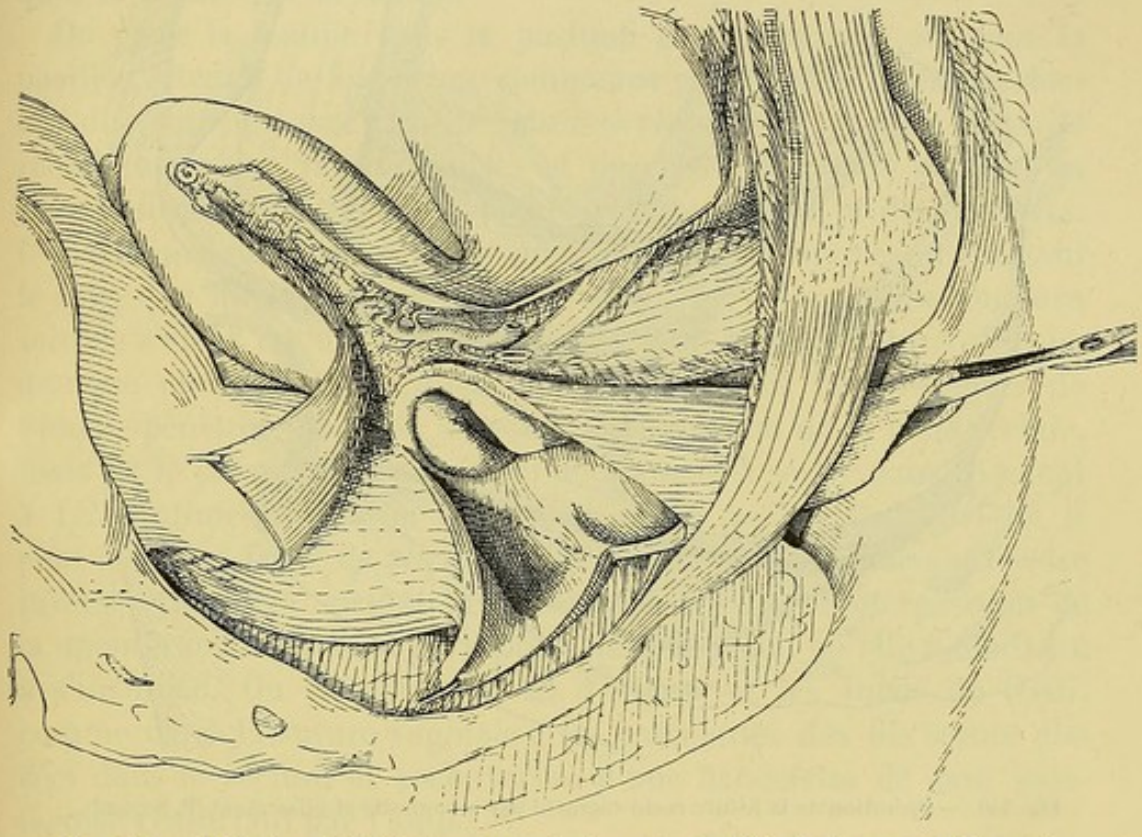


Fig. 539. — Opération de la fistule recto-vaginale par autoplastie et glissement (P. Segond).
Coupe antéro-postérieure montrant la plan suivant lequel est réséqué le rectum.
Une pince saisit toute la portion du rectum qui doit être réséquée.

résection du segment rectal inférieur à la fistule. On voit que cette résection doit être faite suivant un plan oblique de haut en bas et d'avant en arrière, passant, d'une part, par le bord supérieur de l'orifice rectal de la fistule et, d'autre part, au-dessus du bord postéro-supérieur du sphincter, à une distance variant évidemment avec les dimensions de la résection, c'est-à-dire avec la hauteur du siège de la fistule (fig. 539).

4° Suturer le rectum à l'anus à la soie plate, suivant les règles habituelles; pour peu que le dédoublement recto-vaginal soit étendu, il est prudent de laisser en avant la place d'un petit drain qui, pendant deux ou trois jours, assure l'écou-

lement des liquides susceptibles de suinter à ce niveau.

5° Suturer après avivement l'orifice vaginal de la fistule. Cette suture se fait naturellement par voie vaginale. On pourrait s'en passer, puisque la communication rectale a disparu avec le temps précédent et que le store rectal bouche la fenêtre vaginale; il est cependant préférable de fermer l'orifice vaginal avec quelques points de catgut (fig. 540), pour que les sécrétions utéro-vaginales

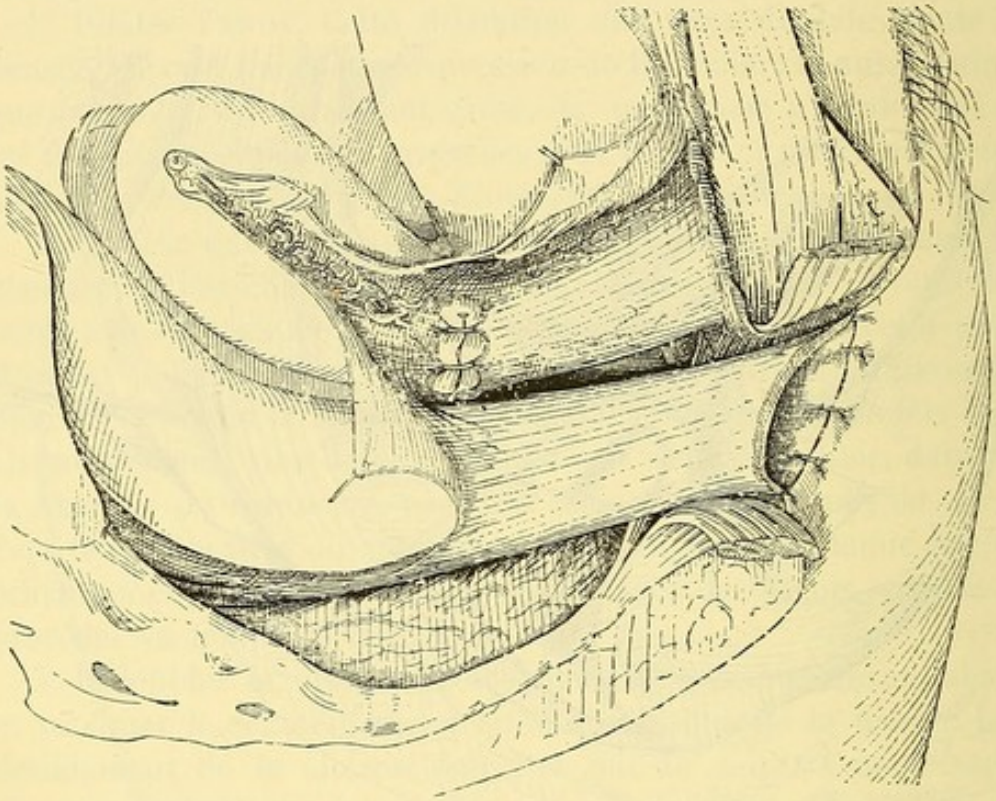


Fig. 540. — Opération de la fistule recto-vaginale par autoplastie et glissement (P. Segond).
Opération terminée. On voit la suture anale qui fixe le segment rectal abaissé à la peau et les trois points qui ferment l'orifice vaginal de la fistule.

ne puissent pas s'insinuer dans la plaie qui résulte du dédoublement recto-vaginal.

6° Le pansement fort simple est constitué par une mèche de gaze iodoformée tassée dans le vagin, par un tube de caoutchouc placé dans le rectum pour l'échappement des gaz et par une compresse aseptique maintenue au-devant de la région ano-vulvaire par un bandage en T. Le tube rectal est supprimé avec la première selle, le petit drain placé dans le dédoublement, au bout de quarante-huit heures, et vers le huitième jour, quand on enlève les fils, la guérison est réalisée. Il va de soi que la liberté quotidienne du ventre peut et doit être maintenue dès le premier jour, sans aucun souci des sutures anales dont il suffit d'assurer la propreté après chaque évacuation

Opération par le rectum. — Les fistules situées dans la partie supérieure du vagin résistent, parfois, à tout essai d'oblitération par cette voie (Simon). Il peut aussi arriver qu'une fistule recto-vaginale coexiste avec une fistule vésico-vaginale, et que l'incision des masses cicatricielles du vagin, nécessaire pour bien exposer la perforation rectale, risque d'amener une incontinence d'urine en relâchant trop les parois vaginales dont la rétraction maintient seule les parois de l'urèthre en contact (Emmet). On a cru devoir, dans ces cas-là, attaquer la fistule par le rectum. Opération par le rectum.

On place la femme dans la position genu-pectorale ou dans la position latérale de Sims; on commence par faire la dilatation forcée du sphincter anal afin de briser sa résistance; on étale la cavité rectale avec des valves courtes et des rétracteurs; on attire et on immobilise les abords de la fistule avec des pinces et des crochets. L'irrigation continue opératoire rendra de grands services en chassant le sang que l'avivement fait couler avec assez d'abondance. On aura soin de s'aider du doigt introduit dans le vagin. La suture offre ici quelque chose de particulier: on fera, d'après les préceptes de Simon, pénétrer l'aiguille au voisinage immédiat de la plaie rectale, mais on la poussera vers le vagin de manière à sortir dans ce canal à 1/2 centimètre environ des bords de la perforation. Parfois, il peut être plus facile de placer les fils par le vagin, en suivant l'ordre inverse. On devra surtout prendre garde à éviter l'interposition de la membrane muqueuse du rectum dans la plaie, où elle a tendance à s'insinuer. On emploiera le fil d'argent et les tubes de Galli, comme dans la suture vaginale; les extrémités des fils seront placées dans le rectum et recouvertes d'une bandelette de gaze iodoformée ressortant par l'anus.

Soins préliminaires et consécutifs. — Un traitement préalable est nécessaire pour préparer la malade à l'opération, purgatifs répétés, lavements, demi-diète, enfin antisepsie exacte du vagin et du rectum. On fera bien d'y joindre l'antisepsie intestinale par l'administration de naphtol et de salicylate de bismuth. Soins préliminaires et consécutifs.

Le pansement consistera dans l'application de poudre d'iodoforme et de gaze antiseptique renouvelée tous les jours. Il faudra sonder la malade dans les premiers temps pour éviter que l'urine ne coule sur la vulve et sur les sutures.

Doit-on constiper les opérées? Quelques auteurs le soutiennent et administrent l'opium pendant dix à douze jours, espérant qu'à cette époque la cicatrice sera assez forte pour résister aux matières fécales solides qui doivent alors être expulsées. D'autres chirurgiens, redoutant cette débâcle, préfèrent administrer des laxatifs; mais les matières liquides s'insinuent dans les sutures et les infectent. Hegar

recommande la conduite suivante, qui me paraît très judicieuse : on purge fortement la malade avant l'opération et l'on ne lui laisse prendre que du lait et des potages pendant les trois premiers jours ; le soir du quatrième jour on administre une petite dose de calomel et le lendemain matin un verre d'eau minérale purgative ; après la seconde selle, on arrête le besoin d'évacuation par un peu d'opium. On provoque ainsi des selles toutes les quarante-huit heures.

On peut laisser en place durant quinze jours les sutures métalliques si elles ne coupent pas : on les retirera toujours du côté où elles ont été tordues et fixées. Quant aux sutures de soie, elles s'infectent au bout de huit jours et ne peuvent être gardées plus longtemps sans provoquer de l'inflammation.

Fistules entéro-vaginales[1].

Définition.

On désigne ainsi les communications qui peuvent s'établir entre le vagin et l'intestin (le rectum excepté).

On pourrait appeler ces fistules un *anus contre nature vaginal* ou une *fistule stercorale-vaginale*, selon leur degré d'amplitude et la quantité de matières qu'elles laissent passer.

Une des premières observations de ce genre a été publiée par Mac-Keever[2]. D'autres sont dues à Roux[3], Casamayor[4], Ashwell, Breitzmann, Simon, Demarquay[5], etc. L.-H. Petit[6] a rassemblé tous les faits épars dans la science et les a exposés dans une très consciencieuse monographie.

Étiologie.

Étiologie. — Dans la grande majorité des cas, c'est la rupture du cul-de-sac postérieur du vagin, durant l'**accouchement**, qui est l'origine de la lésion. Une anse intestinale passe par la perforation, devient adhérente et se mortifie plus ou moins complètement, soit par un rapide travail d'étranglement, soit par un lent processus d'ulcération. Les **traumatismes directs** peuvent avoir le même effet, mais sont excessivement rares; il en est de même des blessures faites par les instruments du chirurgien durant certaines opérations,

[1] Je me bornerai à mentionner les *fistules entéro-utérines* qui sont des lésions excessivement rares, dont la symptomatologie est encore mal définie. Je renvoie pour leur étude au mémoire de L.-H. Petit. *Anus contre nature iléo-vaginal et fistules intestino-utérines* (*Ann. de Gyn.*, 1882, t. XVIII, p. 401 ; *Ibid.*, 1885, t. XIX, p. 353, et t. XX, p. 22).

[2] Mac-Keever. *Practical remarks on laceration of the uterus and vagina, with cases*, Londres, 1824, p. 41 à 58.

[3] Roux. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 10 avril 1828. — *La Clinique des hôp.*, 1828, n° 23, p. 129.

[4] J.-A.-L. Casamayor. *Journ. hebd. de méd. de Paris*, 1829, t. IV, p. 170.

[5] Demarquay. *Gaz. méd. de Paris*, 1867, p. 341.

[6] L.-H. Petit. *Loc. cit*

par exemple pendant l'hystérectomie vaginale; la **suppuration** de kystes dermoïdes ou de grossesses extra-utérines ouvertes à la fois dans le vagin et l'intestin est une cause exceptionnelle. Quant aux perforations cancéreuses, elles ne rentrent pas dans le cadre des lésions permanentes que nous étudions.

Anatomie pathologique. — Le cul-de-sac postérieur du vagin est le siège presque exclusif de l'ouverture anormale. Breitzmann[1] et Dahlmann[2] ont vu la fistule s'ouvrir dans le cul-de-sac antérieur. La portion de l'intestin le plus souvent atteinte est la dernière partie de l'iléon; on a aussi observé des fistules de l'*S* iliaque. Anatomie pathologique.

L'orifice est très large quand la totalité d'une anse intestinale a été éliminée; il peut être double, séparé par un éperon; ce cas est pourtant très rare. D'autres fois, il s'agit d'un simple pertuis. On a vu des brides cicatricielles exister dans le voisinage et rétrécir le vagin. Le col utérin est altéré par la métrite que provoque l'infection constante du vagin, qui est lui-même enflammé.

Le bout inférieur de l'intestin a une grande tendance à s'atrophier et à s'oblitérer; dans le fait de Casamayor, il était transformé en une bride solide. Il y a parfois coïncidence de fistules vésico-vaginales.

Si une fistule a lieu par l'intermédiaire d'une cavité kystique, elle peut être appelée **iléo-kysto-vaginale** (Petit).

Symptômes. — Quand la communication est très large, la majeure partie ou la totalité des **matières** peuvent passer dans le vagin : il existe en un mot un **anus vaginal**. Les matières apparaissent environ deux heures après le repas, avec l'aspect des aliments incomplètement digérés et mélangés de bile, ayant la consistance d'une purée. La nature des selles et le moment de leur apparition constituent deux signes précieux pour la détermination exacte du point où siège la perforation. On peut parfois la sentir par le toucher, et on la découvre assez facilement, en étalant les parois vaginales avec des valves et des écarteurs, et en mettant la malade tour à tour dans diverses positions. Symptômes.

Quand la perforation est petite, il faut quelquefois la rechercher à plusieurs reprises pour la découvrir.

La **menstruation** est souvent arrêtée, ce qu'on peut attribuer surtout à l'affaiblissement des malades, qui sont épuisées par l'inanition, résultat d'une absorption incomplète des aliments. Cependant, une malade de Mac-Keever devint enceinte.

Il peut se faire qu'une petite fistule guérisse spontanément, sous l'influence d'une bonne hygiène et de soins de propreté minutieux.

[1] Breitzmann. *Med. Zeit. preuss. Vereins*, 26 juin 1844, p. 122.
[2] Dahlmann. *Arch. f. Gyn.*, 1880, Bd. XV, p. 122.

Mais si la perforation est large, la lésion est généralement définitive. les malades meurent dans le marasme. Petit cite deux cas exceptionnels où la guérison est survenue, après le sphacèle d'une anse d'intestin grêle.

Diagnostic.

Diagnostic. — Dès qu'on a reconnu l'existence de matières intestinales dans le vagin, et qu'on s'est assuré qu'elles doivent provenir d'une communication anormale, il reste à préciser leur origine. On recherchera l'orifice en déplissant les anfractuosités et en y promenant le stylet. Si l'on ne le trouve pas, on dilatera le col de l'utérus et l'on dirigera les investigations de ce côté.

La portion de l'intestin où siège la perforation sera soupçonnée par le caractère des matières rendues. Celles qui proviennent de l'intestin grêle sont très liquides, verdâtres ou jaunâtres; on y reconnaît des parcelles d'aliments, en particulier de légumes (peau de haricots, de lentilles, etc.), que n'attaquent pas les sucs digestifs. Les selles apparaissent deux à trois heures après le repas, s'il s'agit de la partie terminale de l'iléon; surviennent-elles plus rapidement, c'est que l'abouchement intestinal siège plus haut; surviennent-elles plus tard et offrent-elles une consistance plus solide, un aspect fécal, c'est l'S iliaque qui est perforé.

On recherchera avec soin l'état de l'orifice, en se gardant de l'erreur qui consisterait à prendre le **col utérin** voisin pour un second orifice fistuleux. Si l'on en trouve deux, séparés par un éperon, on distinguera le **bout supérieur**, à ce qu'il donne issue aux matières: on reconnaîtra la perméabilité et la direction des deux bouts par un cathétérisme prudent avec une sonde flexible. Si le vagin est très étroit et ne permet pas l'examen, on a conseillé les lavements de lait : on peut aussi progressivement dilater ou sectionner les brides en une ou deux séances. Le toucher rectal sera toujours fait avec soin, pendant qu'on pratique le cathétérisme de la fistule, et l'on s'assurera ainsi qu'elle aboutit au-dessus du point où le doigt peut atteindre.

Traitement. Cautérisation.

Traitement. — S'il s'agit d'une petite fistule, donnant lieu à l'issue d'une faible quantité de matières et n'intéressant évidemment qu'une portion latérale de l'intestin, on peut d'abord s'adresser à la **cautérisation** avec le thermocautère, tout comme s'il s'agissait d'une fistule recto-vaginale. Après quelques essais infructueux, on aurait recours à l'avivement large et à la suture.

Section de l'éperon; avivement et suture.

Bien différente est la situation, quand la perforation de l'intestin est terminale et que la totalité des matières passe dans le vagin. Le meilleur plan opératoire semble alors être celui qui a été suivi, avec succès, par O. W. Weber et C. Heine[1] : il consiste à rétablir d'abord

[1] Voir Breisky. *Die Krankh. der Vagina*, Stuttgart, 1886, p. 202.

la continuité du tube digestif par la **section de l'éperon**, de manière à transformer l'anus vaginal en fistule stercorale-vaginale, puis à oblitérer cette dernière par l'**avivement et la suture**.

Pour la section de l'éperon, ces auteurs se sont servis de l'entérotome de Dupuytren. Verneuil recommande de simples pinces longues à arrêt; afin de rendre la constriction plus douce et la mortification moins rapide, je conseille de chausser les mors avec un tube de caoutchouc et de serrer progressivement les crans de l'encliquetage des branches.

Laparotomie et entérorrhaphie.

Dans les cas où l'on n'obtiendrait aucun résultat par cette méthode, on serait autorisé à faire la **laparotomie**, à détacher les deux bouts adhérents au cul-de-sac vaginal, à suturer celui-ci, puis à aviver et à **suturer l'un à l'autre les bouts de l'intestin**. Cette opération serait la seule rationnelle pour une fistule entéro-utérine. Si le bout inférieur était oblitéré ou notablement rétréci, on aboucherait le bout supérieur à la partie la plus voisine du gros intestin. Les progrès de la chirurgie abdominale légitiment parfaitement aujourd'hui une pareille intervention, dont l'initiative, autrefois un peu téméraire, revient à Roux[1].

Abouchement du bout supérieur au rectum.

Un procédé qui est, assurément, tout aussi dangereux, est celui de l'**abouchement au rectum du bout supérieur**, préalablement détaché et inséré dans une boutonnière de la cloison recto-vaginale, selon l'idée émise par Jobert.

Le **colpocleisis**, ou oblitération du vagin au-dessous de la fistule, précédé d'une large communication entre le rectum et le vagin, a été inspiré à Simon par son opération similiaire pour la cure indirecte de la fistule vésico-vaginale. On ne devrait s'y résoudre, qu'après avoir préalablement oblitéré l'utérus par un **hystéro-stomatocleisis**.

Création d'une voie de dérivation des matières vers le rectum.

Le procédé de Casamayor[2] est préférable : il consiste dans la **création d'une voie de dérivation des matières vers le rectum**, en aval de la fistule vaginale. Pour arriver à ce but, Casamayor introduisit dans l'intestin, par la fistule, l'une des branches de pinces longues et courbées dans le sens du sacrum; il fit passer l'autre branche par le rectum. Elles furent alors articulées et, après s'être assuré qu'elles ne comprenaient entre elles que les parties à diviser, il les serra.

[1] Roux (cité par L.-H. Petit, *loc. cit.*, obs. XI) pratiqua la laparotomie, fit la résection de l'intestin détaché du cul-de-sac-vaginal et se proposa de suturer le bout supérieur à la portion descendante du côlon, en oblitérant le bout inférieur du petit intestin. Mais, par suite d'une mauvaise technique opératoire, il prit le bout supérieur du côlon pour l'inférieur et aboucha l'une à l'autre les deux extrémités stomacales du tube digestif, ainsi qu'on le vérifia à l'autopsie. — Voir aussi : Chaput, *Traitement de l'anus contre nature et des fistules entéro-vaginales* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* 1896, t. XXII. Séance du 13 mai).

[2] Casamayor. *Loc. cit.*, p. 170.

Une eschare fut ainsi obtenue et, après sa chute, les matières purent directement passer dans le rectum ; mais elles continuèrent aussi à passer par le vagin, et la malade succomba un mois après.

Verneuil[1] a proposé de modifier ainsi la technique de Casamayor : 1° à l'aide d'un trocart courbe, perforer la cloison recto-vaginale à 1 centimètre au-dessous de la fistule, puis passer un tube de caoutchouc; 2° perforer de la même manière la cloison iléo-rectale à 3 centimètres environ au-dessus de la première ponction, et passer un second tube de caoutchouc; 3° réunir solidement les deux chefs rectaux; on a ainsi une anse dont les deux chefs sortent par le vagin, l'un par l'anus anormal, l'autre au-dessous, et dont la partie moyenne répond à la cloison qu'il s'agit de diviser. Il ne reste qu'à serrer ces fils qui, par leur élasticité, opéreront la section.

Verneuil n'a pas eu l'occasion de mettre en pratique cet ingénieux procédé. On ne peut donc savoir si la dérivation ainsi établie vers le rectum suffirait à provoquer l'oblitération de la perforation vaginale.

CHAPITRE IV

DU VAGINISME

Définition. Division. — Aperçu historique. — Étiologie. Pathogénie. — Anatomie pathologique. — Symptômes. Hyperesthésie avec contracture. Hyperesthésie sans contracture. — Diagnostic. Vaginisme supérieur. — Traitement. Antispasmodiques. Excision de l'hymen. Dilatation. Section du nerf honteux interne et du sphincter vaginal. Débridement et éversion de la muqueuse (Pozzi). Électricité.

Définition. Division.

Définition. Division. — Le vaginisme, ou *vaginodynie* (Simpson), *spasmus vaginæ* (Kiwisch) consiste dans une hyperesthésie anormale des organes génitaux externes pouvant aller jusqu'à la contracture spasmodique du constricteur du vagin, et même des

[1] Voir L.-H. Petit. *Loc. cit.*

autres muscles du plancher pelvien. Il existe trois classes distinctes de cette maladie, ou, pour mieux dire, trois types particuliers :

1° L'**hyperesthésie avec contracture**; 2° l'**hyperesthésie sans contracture**; 3° la **contracture sans hyperesthésie.**

Le premier de ces types est de beaucoup le plus fréquent, et le dernier le plus rare.

On a voulu établir une division basée sur le siège de la contracture, et l'on a distingué un **vaginisme inférieur**, dépendant du constricteur du vagin, et un **vaginisme supérieur**, provenant de la crampe des faisceaux les plus inférieurs et les plus internes du releveur de l'anus (Hildebrandt)[1]. Je ne crois pas que cette distinction mérite d'être conservée en clinique, car la contracture de la partie profonde du canal vaginal est une variété tout à fait exceptionnelle. Quant au **vaginisme essentiel** ou **idiopathique**, il n'existe probablement pas ; le point de départ du réflexe peut seulement rester ignoré.

Aperçu historique.

Aperçu historique. — C'est Marion Sims[2] qui a tracé le tableau clinique le plus complet du vaginisme et lui a donné le nom qu'il a depuis conservé. Toutefois, il serait injuste de lui attribuer une priorité entière, et H. Leroux[3] a fort bien mis en relief la part qui revient à ses prédécesseurs. Dès 1834, Huguier[4] consacrait plusieurs pages à l'étude de la constriction spasmodique du sphincter du vagin et établissait une analogie entre cette affection et la contraction spasmodique de l'anus. Quelques notions assez précises sur ce point se trouvent encore éparses dans divers auteurs : Dupuytren[5], Lisfranc[6], Hervez de Chégoin[7], Kiwisch[8], Simpson[9] et Scanzoni[10]. Tous avaient bien indiqué l'hyperesthésie vulvaire et la contracture spasmodique du sphincter vaginal, mais ils ne leur avaient attribué aucune valeur nosologique précise.

Depuis la description de Sims, les travaux se sont succédé et ont porté à la fois sur l'étiologie et sur la thérapeutique de cette affection. Parmi eux, je mentionnerai, en particulier, ceux de Debout et

[1] Hildebrandt. *Ueber Krampf des Levator Ani beim Coitus* (*Arch. f. Gyn.*, 1872, Bd. III, p. 221). — Reveillout. *Le vaginisme supérieur et le vaginisme proprement dit* (*Gaz. des hôp.*, août 1874, p. 795, et *Ibid.*, 1881, p. 625). — P. Budin. *Le releveur de l'anus chez la femme* (*Progrès méd.*, 1881, p. 613).

[2] Marion Sims. *Obstet. Transact.*, Londres 1862, t. II, p. 556.

[3] H. Leroux. Art. Vaginisme, in *Dict. encycl. des sciences méd.*, 1887, p. 288.

[4] Huguier. *Constriction spasmodique du sphincter du vagin.* Thèse de Paris, 1834.

[5] Dupuytren. Art. Fissure a l'anus, in *Clinique chirurg.*, 2e édit., 1839.

[6] Lisfranc. *De l'excès de sensibilité des organes génitaux de la femme*, in *Clin. chir. de la Pitié*, 1842, t. II, p. 263.

[7] Hervez de Chégoin. *De la fissure à l'anus* (*Union méd.*, 8 mai 1847, p. 227).

[8] Kiwisch. *Klin. Vorträge*, 1849, t. II, p. 472.

[9] J.-Y. Simpson. *Med. Times*, 2 avril 1859, p. 333. — *Edinb. med. Journ.*, déc. 1861, t. VII, p. 594. — *Diseases of women*, 1872, p. 284.

[10] Scanzoni. *Wien. med. Woch.*, 1867, n° 15, p. 225, et *Ibid.*, n° 18, p. 275.

Michon[1], Putegnat[2], Charrier[3], Visca[4], Lutaud[5], Trélat[6], Scanzoni[7], Gallard[8], Daude[9], Budin[10], Verneuil[11], Leroux[12], etc.

Étiologie. Pathogénie.

Étiologie. Pathogénie. — Deux conditions sont nécessaires pour l'apparition du vaginisme : 1° une grande excitabilité nerveuse de la femme ; 2° une irritation des organes génitaux externes donnant lieu, et servant, si l'on peut ainsi dire, de prétexte à des réflexes exagérés du côté des nerfs sensitifs ou moteurs, produisant l'hyperesthésie ou la contracture. La plupart des femmes atteintes de vaginisme sont donc jeunes, nerveuses, parfois hystériques ; toutefois l'hystérie n'est pas une condition absolue du vaginisme qui peut exister en dehors d'elle[13].

L'irritation des organes génitaux a, le plus souvent, son point de départ au début de la vie conjugale, dans les **tentatives de défloration.**

Schröder a signalé l'importance de la situation particulière de la vulve chez certaines femmes, où elle est placée très en avant et déborde la symphyse, de telle façon que l'orifice uréthral et la fosse naviculaire se présentent tout d'abord au pénis, et sont comprimés contre la symphyse, dans les premières tentatives de coït. Dans certains cas, l'urèthre est refoulé, dilaté, et c'est même dans son orifice élargi que se fait une sorte de copulation. Des excoriations en résultent, et l'hyperesthésie devient tellement vive que le plus léger contact est affreusement douloureux.

Chez d'autres femmes, l'hymen offre à l'état normal une dureté particulière ; chez d'autres, son orifice est assez large pour que le pénis puisse s'y introduire sans le déchirer. Dans l'un et l'autre cas, qu'il s'agisse du refoulement ou de la dilatation de la membrane, elle s'enflamme, s'épaissit et devient très sensible. Non moins qu'une impétuosité maladroite, le manque de rigidité de l'organe mâle peut

[1] Debout et Michon. *Bull. de thérap.*, 1861, t. LXI, p. 110, 154 et 300.

[2] Putegnat. *Sur une affection assez rare et peu connue du vagin* (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1861, t. XXXIII, p. 465).

[3] E. Charrier. *De la contracture spasmodique du sphincter vaginal.* Thèse de Paris, 1862.

[4] Visca. *Du vaginisme.* Thèse de Paris, 1870.

[5] A.-J. Lutaud. *Du vaginisme.* Thèse de Paris, 1874.

[6] Trélat. *Assoc. franç. pour l'avancement des sciences*, Nantes 1875, p. 982.

[7] Scanzoni. *Lehrb. der Krankh. der weibl. Sexualorgane*, 1875, p. 704.

[8] Gallard. *Leçons clin. sur les maladies des femmes*, Paris, 1879, p. 591.

[9] L. Daude. *De la contracture spasmodique du constricteur vulvaire.* Thèse de Paris, 1880.

[10] Budin. *Loc. cit.*, 1881, p. 615.

[11] Verneuil. *Gaz. méd. de Paris*, juill. 1884, p. 315.

[12] Leroux. *Loc. cit.*

[13] Stoltz. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1871-1872, n° 16, p. 185 ; n° 17, p. 197, et n° 20, p. 233. — Scanzoni. *Loc. cit.* — Decraud. *Hystérie grave compliquée de vaginisme, guérie par l'or, intus et extra* (*Gaz. méd. de Paris*, 1878, p. 516).

être une cause de vaginisme, parce qu'il ne permet pas la déchirure de l'hymen.

Le vaginisme s'observe aussi chez des femmes complètement défloréés dont les **caroncules myrtiformes** ont été **enflammés** par une irritation quelconque, ou dont la vulve présente des fissures.

Les petites **tumeurs polypoïdes de l'utérus**, les hernies de la muqueuse uréthrale, irritée par le coït, produisent les mêmes effets. La fissure à l'anus provoquerait aussi parfois une sphinctéralgie vaginale, par l'effet d'une sorte d'irradiation de la douleur et de la contracture. Enfin, on a prétendu que des **affections de l'utérus** et, en particulier, des ulcérations du col pouvaient avoir le même résultat[1]. On a même cité des cas de vaginisme supérieur provoqué par des affections de l'utérus ou des ovaires[2]. Je crois qu'il y a là un véritable abus de langage, et qu'on a souvent attribué, à tort, le nom de vaginisme à de simples phénomènes douloureux sans véritable hyperesthésie vulvaire, et aux *mouvements de défense* qui en sont le résultat.

Tous les faits précédents sont relatifs au vaginisme du type le plus fréquent, où l'hyperesthésie s'accompagne de contracture. Dans des cas beaucoup plus rares, cette dernière fait défaut : cela s'observe, en particulier, chez des **jeunes filles vierges**, n'ayant subi aucune tentative de coït, mais n'étant pas à l'abri de tout soupçon d'onanisme. Gosselin[3] a signalé des faits où l'hymen offre alors une sensibilité exagérée.

Martin[4] père attribue une grande importance à l'infection blennorrhagique transmise aux jeunes femmes dans les premiers rapprochements.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Les lésions sont tout à fait disproportionnées avec les symptômes, comme dans toutes les affections où le système nerveux joue le plus grand rôle. On peut rapprocher, à ce point de vue, le vaginisme de la fissure à l'anus et cette comparaison a été faite par les premiers observateurs. On trouve, le plus souvent, des signes d'inflammation de l'orifice de la vulve, de l'hymen ou de ses débris ; des fissures, des rhagades de l'orifice vulvaire ou anal, des polypes ou tumeurs vasculaires de l'urèthre. Parfois, on ne découvre rien. La dilatation de l'urèthre qu'on rencontre est le résultat de tentatives de coït hétérotopique.

Symptômes. Hyperesthésie avec contracture.

Symptômes. — Dans le type ordinaire du vaginisme, il y a **hyper-**

[1] Trélat. *Loc. cit.*

[2] Hildebrandt. *Loc. cit.*

[3] Gosselin. *Hyperesthésie vulvaire* (*Clin. de la Charité*, Paris, 1873, t. II, p. 467).

[4] E. Martin. *Ueber den sogenannten Vaginismus* (*Berl. klin. Woch.*, 1871, n° 14, p. 166). — R. Fehrer. *Zu den Neurosen der Scheide* (*Ibid.* n° 15, p. 177).

esthésie avec contracture. Le début des symptômes remonte, le plus souvent, au moment de la défloraison, qui a été faite d'une façon brutale ou, au contraire, hésitante et maladroite. Mais on connaît de nombreux exemples où l'apparition des symptômes s'est faite tardivement, chez des femmes depuis longtemps mariées. La douleur est l'élément primordial, et a valu à l'affection le nom de *névralgie*, de *névrose de la vulve*, d'*hyperesthésie vulvaire*. On l'observe parfois exactement limitée à des points déterminés, à des **zones** relativement restreintes, situées à la face interne des petites lèvres, à la fourchette, à certaines caroncules myrtiformes, au voisinage du méat urinaire. Chez d'autres malades, la sensibilité est répartie à tout l'orifice vulvaire.

Hyperesthésie sans contracture

Il n'est pas douteux qu'il existe un type clinique d'**hyperesthésie sans contracture**, mais il ne constitue pas le type le plus fréquent, et Gosselin a beaucoup exagéré en niant le spasme du constricteur de la vulve, comme il a nié le spasme du sphincter anal dans la fissure à l'anus. La sensibilité exquise de l'orifice vaginal peut être poussée au point que le simple attouchement avec les barbes d'une plume soit insupportable. Le plus souvent on parvient pourtant à introduire le petit doigt, et alors on peut apprécier, quand elle existe, ce qui n'est pas constant, la contracture spasmodique provoquée par la douleur. Ce spasme peut gagner les muscles voisins : le sphincter anal, en particulier, peut offrir une dureté excessive qui a, dans un cas, été prise par la malade pour une tumeur (Sims). Verneuil[1] admet que le siège de la contracture se trouve le plus souvent moins dans les rares fibres du constricteur vaginal, à son avis, insuffisantes, que dans le muscle transverse du périnée et dans le périnée musculaire tout entier. Les crampes peuvent s'étendre au canal de l'urèthre[2]. Une sensation pénible, une pesanteur au périnée rendent la marche difficile.

C'est à l'entrée du vagin ou un peu au-dessus que siège la **contraction tétanique.** Mais le releveur de l'anus peut aussi entrer en jeu, et alors les crampes se propagent profondément.

Le coït est impossible et la **stérilité** est, par suite, la règle. Toutefois on a vu la fécondation se produire, le sperme versé sur la vulve pénétrant dans le vagin par capillarité. Le vaginisme peut cesser pendant la grossesse et reparaître après l'accouchement. Benicke[3] a rapporté une observation où celui-ci fut entravé par les phénomènes de contracture. Toutefois, il est fréquent que la parturition fasse définitivement disparaître les phénomènes morbides.

[1] Verneuil, cité par Visca. *Loc. cit.*
[2] Dolbeau. *Gaz. des hôp.*, 1868, p. 263.
[3] Benicke. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1878, Bd. II, p. 262.

Des **douleurs névralgiques** diverses siégeant aux autres points du corps s'observent assez souvent.

L'**état général** est bientôt altéré par la persistance des douleurs et la préoccupation morale de nature spéciale qui fait tomber les malades dans l'**hypochondrie**[1].

Diagnostic. — On ne confondra pas avec le vaginisme la **dyspareunie** (Barnes) ou simple douleur durant le coït, qui est un phénomène commun à la plupart des maladies des organes génitaux. Diagnostic.

L'**imperforation de l'hymen, l'atrésie du vagin** seront immédiatement reconnues à l'inspection ; elles coïncident, du reste, avec l'absence ou la rétention des règles.

Simpson et Hildebrandt ont décrit la contraction du releveur de l'anus, que peuvent volontairement accomplir un petit nombre de femmes, sous le nom de phénomène du *penis captivus*. Il n'y a là qu'une curiosité physiologique absolument distincte du vaginisme du type ordinaire ; dans les cas rares où cette contraction affecte un caractère pathologique, on lui donne le nom de **vaginisme supérieur**[2]. C'est, le plus souvent, une **contracture sans hyperesthésie**. On l'accuse, sans preuves, de s'opposer à la fécondation. Vaginisme supérieur.

L'affection très rare décrite par Breisky[3] sous le nom de **kraurosis vulvæ**, qui signifie rétrécissement de la vulve, ne sera pas confondue avec le vaginisme. Le kraurosis s'observe chez les femmes ayant dépassé la ménopause et est caractérisé par deux symptômes : la présence au niveau de la vulve de taches brunes, douées d'une extrême sensibilité, et la transformation fibreuse du tissu sous-cutané péri-vulvaire. Rétrécissement sénile de la vulve: *kraurosis vulvæ*.

Traitement. — Diminuer l'hyperesthésie morbide, traiter les lésions qui peuvent la mettre en jeu, tel est le plan que doit suivre le traitement. Le premier soin du médecin sera d'éloigner toute cause d'excitation sexuelle. Traitement.

Une **médication antispasmodique** sera instituée : l'hydrothérapie et le bromure de potassium surtout rendront de grands services. On y joindra les applications locales de cocaïne, les suppositoires opiacés et belladonés, etc. Mais l'indication capitale est de faire disparaître la **cause locale** qui est le point de départ des réflexes. On s'attachera à guérir la vulvite : on emploiera, pour cela, les bains de siège, les lotions fréquentes à l'eau blanche, à la solution boriquée, les onc- Antispasmodiques.

[1] Arndt. *Berl. klin. Woch.*, 1870, n° 28, p. 314.

[2] Simpson. *Edinb. med. Journ.*, déc. 1861, t. VII, p. 594. — Hildebrandt. *Loc. cit.*, p. 221. — Revillout. *Loc. cit.*, p. 795. — Budin. *Remarques sur la contracture physiologique et pathologique du releveur de l'anus, chez la femme* (*loc. cit.*, p. 615).

[3] Breisky. *Zeit. f. Heilk.*, 1885, Heft VI, p. 69. — H. W. Longyear. *Amer. Journ. of Obst.*, 1895, t. XXXII, p. 823. — W. Peter. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, p. 297. — M. Görges. *Ibid.*, p. 305.

tions avec la vaseline boriquée ou iodoformée, les badigeonnages légèrement caustiques sur les fissures, avec la solution de nitrate d'argent à 1 pour 20, la poudre d'iodoforme, etc.

On s'attaquera ensuite aux lésions voisines, qui entretiennent l'état d'irritation : s'il existe une fissure anale, on fera la dilatation du sphincter ; s'il y a un polype de l'urèthre, on l'excisera, etc.

L'hymen enflammé, épaissi, incomplètement déchiré, ou même réduit à des débris, est très souvent l'origine des douleurs, bien qu'il ne joue pas le rôle exclusif que Sims lui avait attribué dans ses premières publications. L'**excision de l'hymen** ou des **caroncules myrtiformes** suffira souvent pour faire cesser les douleurs. On fera facilement cette petite opération avec des ciseaux courbes, en ayant simplement recours à l'anesthésie cocaïnique. Un surjet opérera la réunion immédiate de la plaie. Au bout de quelques jours, on commencera la **dilatation progressive**. La femme, prenant un bain de siège, s'introduit dans le vagin une série de spéculums à bains, de calibre croissant, enduits de vaseline. Si les tentatives de coït restent ensuite douloureuses, on aura recours à la **dilatation forcée**, sous le sommeil anesthésique. On procédera alors pour le sphincter vaginal comme pour le sphincter anal dans les cas de fissure à l'anus : le médius et l'annulaire de chaque main seront introduits dans la vulve, et, pressant alternativement sur les divers points de l'orifice, l'amèneront à la plus grande distension qui pourra être obtenue, sans éraillure de la peau.

Excision de l'hymen.

Dilatation.

Aujourd'hui personne ne songe plus à traiter le vaginisme par la **section du nerf honteux interne** qu'a proposée et effectuée Simpson. Bien peu de chirurgiens pratiquent encore la **section du sphincter vaginal** ou opération de Sims. Voici en quoi elle consiste :

La malade étant chloroformée, on introduit deux doigts de la main gauche dans le vagin. On fait au bistouri successivement une incision de chaque côté de la fourchette, ayant 5 centimètres de long et s'étendant à 1 centimètre 1/2 du raphé périnéal. Dans leur ensemble, les deux incisions réunies ont la forme d'un Y ; le tiers inférieur de l'incision intéresse le périnée. Sims dilatait ensuite fortement l'orifice, en le tamponnant avec de la ouate, qu'on enlevait le jour suivant pour la remplacer par un dilatateur en verre. Celui-ci était laissé en place deux heures la nuit et deux heures le jour, durant plusieurs semaines.

Section du nerf honteux interne et du sphincter vaginal.

Le procédé suivant par **débridements et éversion de la muqueuse** que j'ai imaginé m'a donné les résultats les plus satisfaisants. La malade

Débridements et éversion de la muqueuse (Pozzi).

[1] S. Pozzi. *Communication au XIe Congrès des sciences méd. de Rome* (*Ann. de Gyn.*, 1894, t. XLI, p. 591).

étant anesthésiée on fait d'abord l'excision de l'hymen avec des ciseaux, puis la dilatation forcée de la vulve avec les doigts. Ensuite, on pratique à droite et à gauche une incision latérale à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'orifice vulvaire (fig. 541, 1). Cette incision, longue de 3 à 4 centimètres, dépasse un peu plus en bas qu'en haut la ligne d'insertion de l'hymen et forme avec elle une croix. Elle met à nu les fibres du *constrictor cuni* et divise leur couche la plus superficielle dans une épaisseur de 2 à 3 millimètres (fig. 541, 2), on dissèque les lèvres de la plaie de façon à produire leur écartement (fig. 542, 2), on donne ainsi peu à peu à

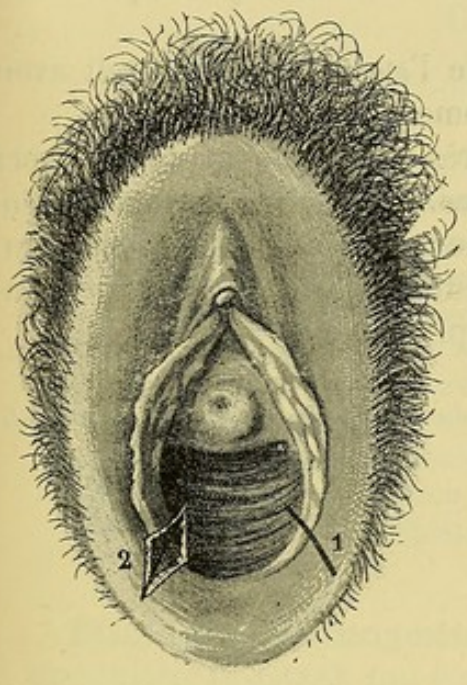


Fig. 541. — Opération contre le vaginisme (Pozzi).

1. Incision perpendiculaire à la marge de la vulve, à l'union de la fourchette et des petites lèvres. — 2. Écartement des bords de l'incision après la section.

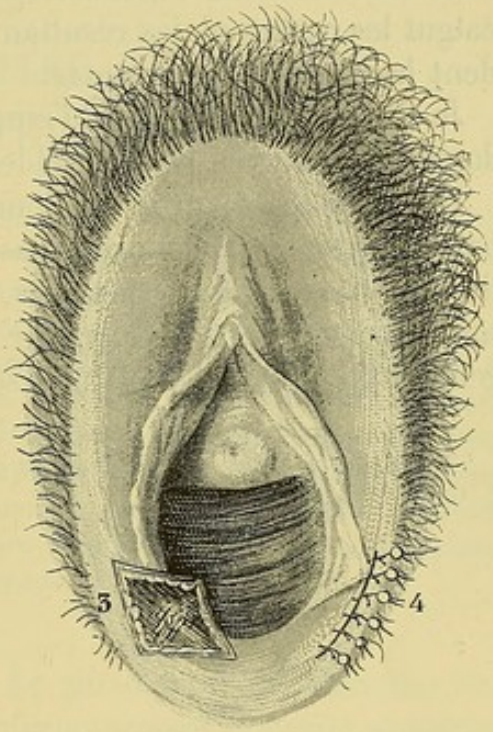


Fig. 542. — Opération contre le vaginisme (Pozzi).

3. Écartement des bords de l'incision après dissection et libération sous-cutanée. — 4. Suture de l'incision ramenée à une ligne parallèle à la marge de la vulve.

l'incision primitive la forme d'un losange allongé à grand axe parallèle au bord de l'orifice vulvaire. On réunit alors la plaie opératoire, de manière à obtenir une ligne de suture qui croise perpendiculairement la direction de l'incision primitive et qui se trouve reportée en dehors du point qu'occupait l'insertion de l'hymen marquant l'orifice primitif de la vulve; la suture a attiré la muqueuse vaginale jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'incision qu'on a faite au commencement de l'opération (fig. 542, 3). On voit qu'on fait ainsi de chaque côté de la vulve une sorte de débridement sagittal suivi de suture transversale, c'est-à-dire une opération

de type analogue (quoique précisément inverse) au dédoublement transversal suivi de suture sagittale que fait Lawson Tait dans son opération de périnéorrhaphie. On obtient de la sorte un agrandissement de la vulve et on produit un léger renversement de la muqueuse vaginale en dehors de l'orifice, de manière à soustraire aux frottements du coït la zone d'où partaient auparavant les actions réflexes.

La suture des deux grandes incisions doit être faite au crin de Florence ou au fil d'argent et porter uniquement sur la muqueuse. Le premier fil que l'on place réunira l'extrémité supérieure à l'extrémité inférieure de l'incision première. On réunit par un surjet de catgut les petites plaies résultant de l'excision de l'hymen qui débordent les sutures précédentes.

Électricité. Je mentionnerai, enfin, l'emploi de l'**électricité** qui paraît avoir donné deux succès remarquables à Lomer[1].

Les malades étant généralement très anémiées, on ne négligera pas de les soumettre à un **régime tonique**. Enfin, on fera grande attention à l'**état mental** de certaines femmes, spécialement de celles qui sont prédisposées à la folie, par l'hérédité. Les distractions, le changement de milieu, les voyages seront prescrits, si possible.

[1] Lomer. *Zwei Fälle von Vaginismus geheilt durch den galvanischen Strom.* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 50, p. 869).

LIVRE XV

MALADIES DE LA VULVE

CHAPITRE I

DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

Pathogénie. Étiologie. — Anatomie pathologique. — Symptômes. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. Déchirures récentes; suture immédiate; suture immédiate secondaire. Déchirures anciennes. Aperçu historique de la périnéorrhaphie : 1° Déchirures incomplètes et relâchement du périnée : procédé de Simon; procédé ancien d'Emmet; procédé nouveau d'Emmet; procédé de Lawson Tait. 2° Déchirures complètes : procédé de Simon et Hegar; procédé de Freund; procédé de Hildebrandt; procédé de Heppner; procédé de Lauenstein; procédé de A. Martin; procédé de Le Fort; procédé de Richet; procédé d'Emmet; procédé de Lawson Tait; procédé de Lawson Tait modifié (Pozzi); procédé de Simpson; procédé de Fritsch. — Soins consécutifs à la périnéorrhaphie. — Pronostic et résultats. — Choix du procédé.

Étiologie. Pathogénie. — Le périnée est un plancher fibro-musculaire résistant, qui ferme inférieurement la cavité abdominale et supporte le poids des viscères qui y sont contenus. Vu de dedans en dehors, il se présente sous la forme d'un entonnoir très largement évasé, prenant ses attaches sur le pelvis, excentriquement percé, à sa partie antérieure, d'un orifice pour le passage du vagin. Vu de l'extérieur, le périnée est réduit à l'espace compris entre la fourchette et l'anus, formant la base d'une sorte de pyramide triangulaire; son plan profond répond à la peau et à l'entre-croisement du sphincter de l'anus, du constricteur de la vulve et du transverse, tandis que le sommet de la pyramide se perd dans la cloison recto-vaginale. L'un des côtés est longé par le vagin, et son bord inférieur est ourlé et renforcé par l'hymen ou ses vestiges; l'autre côté est tangent au rectum; les parties latérales du prisme périnéal ont pour appui, profondément, les bords internes des releveurs de l'anus, attachés sur les côtés au rectum; ces muscles, par l'intrication inférieure de leurs fibres, forment un véritable soutien à toute la région.

Pathogénie. Étiologie.

Au moment de l'**accouchement**, la vulve doit donner passage au fœtus dont les dimensions sont excessives, relativement à l'orifice qu'il traverse. Il ne peut y parvenir, sans causer d'effraction, que grâce à un double artifice : l'imbibition de toutes les parties molles, par suite de la congestion veineuse intense de la fin de la grossesse ; l'élasticité des plans musculaires et cutané.

Quand l'une de ces conditions normales fait défaut, le périnée cède et se déchire. Cet accident arrive dans diverses circonstances : rigidité exceptionnelle des tissus chez les primipares âgées, ou présentant une étroitesse spéciale de la vulve ; volume excessif ou position postérieure non réduite de la tête fœtale ; passage trop brusque de la tête et des épaules ; étroitesse de l'arcade pubienne ; bassin vicié par une position trop perpendiculaire du sacrum qui permet à la tête de se porter trop en arrière, comme en cas de bassin plat ou rachitique ; application de forceps mal faite ; introduction trop hâtive de la main dans le vagin, pendant la version ; ulcérations syphilitiques, etc.

Dans l'accouchement, ce n'est donc pas le revêtement cutanéo-muqueux de la commissure vulvaire qui forme le principal obstacle à la distension, mais les fibres musculaires qui la doublent immédiatement. Ces fibres seraient, pour Olshausen, celles du constricteur de la vulve ; pour H.-A. Kelly, les fibres les plus internes du releveur de l'anus à leur insertion sur le rectum. Budin[1] paraît attacher moins d'importance au plan musculaire et pense que la rigidité de la vulve provient de l'hymen. La déchirure hyménale peut, en cas de distension exagérée, jouer, selon l'expression de Pajot, le rôle du coup de ciseaux du commis de nouveautés qui veut déchirer une étoffe. Il ne semble pas pourtant que les déchirures des parties molles superficielles soient le phénomène initial. Il se fait d'abord, je crois, des ruptures sous-cutanées des fibres musculaires qui renforcent la résistance tégumentaire. Cette rupture profonde peut même rester isolée si la vulve se laisse suffisamment dilater et, au lieu d'une rupture apparente du périnée, on n'a plus qu'un **affaiblissement du périnée**, dont le rôle étiologique est très important pour la production du prolapsus génital[2].

[1] P. Budin (*Semaine méd.*, 1887, p. 90) fait remarquer qu'on doit souvent accuser, comme cause de rupture du périnée, dans des conditions normales, une faute de l'accoucheur inexpérimenté, qui ne s'oppose pas à la sortie brusque de la tête pendant un effort violent de la femme, et qui ne prend pas la précaution de ne la laisser se dégager que dans l'intervalle de deux contractions. Une fois que le sous-occiput s'est adossé à la symphyse, la *vis à tergo* projette la tête trop en bas et c'est la réaction du périnée qui refoule le bregma, puis le front, puis la face en avant et en haut. L'accoucheur doit atténuer la distension périnéale, en pressant avec les doigts de bas en haut pour aider au mouvement d'ascension du front et de déflexion de la tête.

[2] Howard A. Kelly. *Injuries and lacerations of the perineum*, in *A System of Gynecology*, Philadelphie, 1888, t. II, p. 726.

Ce n'est que si la fourchette n'est pas assez élastique, même après la rupture de la sangle musculaire qui la bridait profondément, qu'elle se fend à son tour et que la déchirure périnéale se produit. Celle-ci s'opère le plus souvent un peu sur le côté gauche, très près de la ligne médiane et s'étend plus ou moins loin : tantôt elle ne dépasse pas le tégument; tantôt elle entame l'orifice anal et remonte plus ou moins haut, le long de la cloison recto-vaginale.

Le mécanisme des **ruptures centrales**, qui sont très rares, est analogue : la tête, mal dirigée, passe en arrière vers le milieu du périnée, qu'elle distend et fait éclater; puis, après le répit qui suit la diminution momentanée de la distension, elle peut remonter légèrement, se diriger vers l'orifice vulvaire et le franchir, en y causant encore une rupture plus ou moins étendue. D'autres fois, comme dans un cas de Simpson, l'enfant passe par l'ouverture centrale[1].

Les **traumatismes** divers sont encore une cause de déchirure du périnée, mais relativement rare : coup de corne, coup de fourche, chute à califourchon sur un objet pointu, etc.

Anatomie pathologique. — La description suivante s'applique aux seules déchirures anciennes cicatrisées. Anatomie pathologique.

C'est à la fourchette, un peu à côté de la ligne médiane, que se fait la déchirure. Elle est dite **incomplète**, quand elle n'arrive pas jusqu'à l'anus, **complète** dans le cas contraire.

Dans la **déchirure incomplète**, on peut, en outre, distinguer deux variétés, selon que la fourchette seule est entamée ou que la déchirure est plus profonde, et comprend le plan musculaire, sans rompre pourtant le sphincter de l'anus.

La vulve paraît allongée en arrière et béante; on trouve, au niveau de la fourchette, une surface cicatricielle lisse; si la lésion est ancienne, il y a presque toujours un peu de cystocèle et même d'abaissement de l'utérus.

Dans la **déchirure complète**, les orifices vulvaire et anal sont réunis et forment une sorte de cloaque où proéminent souvent des plis et des bourrelets de muqueuse hémorrhoïdaire. La cloison recto-vaginale est arrondie en plein cintre ou en ogive; du sommet de la courbe se détache, parfois, un petit lambeau triangulaire, sous forme de pendentif. En effet, la colonne postérieure du vagin est souvent isolée par deux déchirures latérales qui lui donnent l'aspect d'une luette flottante. Plus souvent encore, la déchirure a passé sur le côté gauche de cette saillie. Le tissu cicatriciel déforme, du reste, la région de manière très variable, épaississant l'un des bords de la fente, amincissant l'autre, jetant parfois, entre eux, des brides en guise de ponts

[1] J.-Y. Simpson. *Edinb. med. Journ.*, juill. 1855, t. I, p. 1.

(fig. 543). Cette division peut se poursuivre jusqu'au cul-de-sac postérieur du vagin.

Sur les limites inférieures de la déchirure, les bords sont attirés en haut par la contraction des fibres du releveur de l'anus. On peut

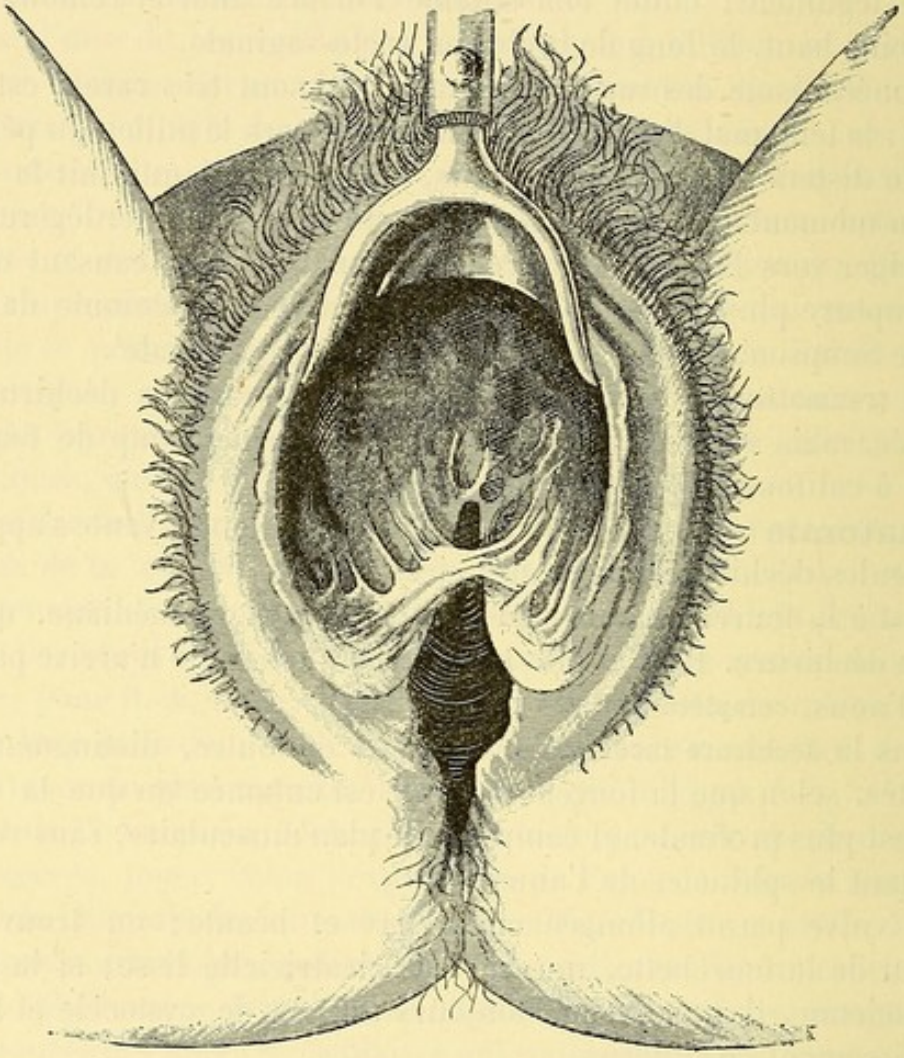


Fig. 543. — Rupture complète du périnée et d'une partie de la cloison recto-vaginale.

quelquefois discerner une petite fossette latérale qui correspond au moignon rétracté du sphincter.

On a distingué deux variétés dans les ruptures complètes, selon que le sphincter et l'orifice anal seuls sont rompus, ou que la division est étendue à la cloison recto-vaginale (Gaillard Thomas). Cette distinction offre une certaine importance au point de vue opératoire, car la réparation de la cloison nécessite un temps spécial.

Il est habituel de voir des déchirures profondes du col coïncider avec celles du périnée et s'accompagner de métrite. Gaillard Thomas a prétendu que le vagin restait lui aussi, dans ces cas-là, en sub-

involution[1]. On observe assez souvent de la cystocèle et du prolapsus utérin.

Symptômes

Symptômes. — L'examen au toucher et au spéculum révèle les désordres que je viens d'indiquer. Pour le pratiquer, on devra placer la femme alternativement dans la position dorso-sacrée et dans la position génu-pectorale, et l'on éclairera la région avec une large valve antérieure et des écarteurs latéraux.

Diagnostic.

Diagnostic. — Les signes rationnels varient selon que la rupture est incomplète ou complète. Dans la **rupture incomplète**, tous les troubles sont imputables à la simple **béance de la vulve** qui favorise la **cystocèle, l'abaissement de l'utérus** et aussi la **métrite**. De plus, il n'est pas rare de voir les femmes se plaindre de grande difficulté de la marche, de douleurs vagues, qui sont du domaine de l'**entéroptose**, et tiennent au trouble profond apporté à la statique utérine par l'absence du soutien périnéal.

Dans la **rupture complète**, il y a **incontinence** des gaz intestinaux et des matières fécales liquides, tandis que les matières fécales solides sont très bien gardées[2]. Toutefois, certaines malades, même avec une déchirure qui paraît entamer le sphincter dans toute son épaisseur, parviennent à retenir les gaz dans le décubitus horizontal.

Pronostic.

Pronostic. — Cette lésion est fort pénible, même lorsque la rupture ne donne pas lieu à l'infirmité qui résulte de l'abolition du sphincter de l'anus. Elle rend, généralement, les femmes impropres à toute fatigue. Enfin, elle prédispose au prolapsus génital et entretient la métrite qui a souvent succédé à l'accouchement, origine première des lésions.

Traitement. Déchirures récentes Suture immédiate.

Traitement. — Déchirures récentes du périnée. — Ne peut-on pas souvent confier la réparation aux soins de la nature qui l'effectue toute seule, en maintes circonstances ou, au contraire, ne vaut-il pas mieux aider et diriger cette réparation, le plus souvent insuffisante ou défectueuse, en faisant la **suture immédiate**? Cette question a été très controversée, mais surtout à une époque où l'ignorance des bienfaits de l'antisepsie et de l'asepsie rendait les succès fort aléatoires. Assurément, comme on l'a dit, dans certaines circonstances, on fera mieux de s'abstenir, si la femme est, par exemple, très épuisée, qu'on manque des aides nécessaires[3], etc. Mais de pareilles contre-indications n'ont rien de spécial à cette opération. En somme, il faut réparer les lésions d'emblée toutes les fois que cela est possible; on a même réussi quand la région paraissait très contuse et se prêter mal à un essai de réunion primitive.

[1] Gaillard Thomas. *Mal. des femmes*, trad. franç., p. 109.
[2] G. Bouilly. *Manuel de pathologie externe*, t. IV, p. 319.
[3] Hegar et Kaltenbach. *Gynécol. opérat.*, trad. franç., p. 611.

Cette conduite a l'avantage d'éviter une opération ultérieure plus complexe et de fermer la porte aux inoculations. La cicatrisation spontanée, qui est possible, sans intervention, dans les déchirures très superficielles, est fort exceptionnelle dans les déchirures profondes. Quoique Pajot, Tarnier et Guéniot en aient observé des exemples, on ne saurait compter sur d'aussi heureux résultats.

Le procédé le plus simple et le plus expéditif de réunion est la suture en surjet, à étages superposés[1], qu'on fera en s'efforçant de rétablir la continuité des parties telle qu'elle était auparavant, en profitant de l'avivement naturel constitué par la plaie, de quelque étendue qu'elle soit. Cette suture est infiniment préférable aux serre-fines, qui ne suffisent que pour les déchirures du repli cutanéo-muqueux de la fourchette. Du reste, l'anesthésie générale n'est pas indispensable. Grâce à la célérité du procédé, des applications locales de cocaïne, soit en badigeonnages, soit en injections hypodermiques, insensibilisent très bien les parties. On n'a pas à se préoccuper ensuite de retirer les fils de catgut, qui se dissolvent spontanément. On aura soin de maintenir les jambes de la malade rapprochées, de lui défendre de s'asseoir dans son lit, durant quinze jours. On veillera avec grand soin à la propreté de la région qui sera lavée au sublimé et saupoudrée d'iodoforme.

Suture immédiate secondaire.

Quand le chirurgien n'a pu intervenir immédiatement, convient-il de pratiquer, dès le premier mois, la **réunion immédiate secondaire**, comme on l'a proposé, soit en rapprochant les surfaces bourgeonnantes, soit en grattant les bourgeons charnus avec une curette tranchante[2]? On a pu ainsi obtenir quelques succès; pourtant, je crois qu'il y a plus d'inconvénients que d'avantages à ne pas attendre que les parties soient décongestionnées et que la femme soit mieux en état de supporter une opération.

Verneuil[3] a préconisé la réunion immédiate secondaire même dans des cas anciens. Il se servait du thermo-cautère pour pratiquer l'avivement et faisait les sutures à la chute des eschares. Il ne faut pas confondre ce procédé avec la cautérisation angulaire de la déchirure, analogue à celle que J. Cloquet pratiquait pour les fissures palatines, et qui a pu, dans quelques cas, être utilisée pour diminuer une division étendue de la cloison recto-vaginale. Je m'en suis moi-même alors servi avec succès.

[1] Doléris. *Périnéorrhaphie immédiatement après l'accouchement, au moyen des sutures continues* (*Arch. de tocol.*, 1885, p. 174).

[2] Maisonneuve. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1849, t. I, p. 263. — Nélaton. *Éléments de pathol. chirurg.*, t. V, p. 859. — J. Holst. *Monatschr. f. Geb.*, 1863, t. XXXI, p. 303. — E. Schwartz. *Revue de chir.*, 1885, p. 966. — H. Dayot. *Contribution à l'étude de la périnéorraphie*. Thèse de Paris, 1886.

[3] Verneuil. *Bull. et Mém. de la Soc de chir.*, 1884, p. 314.

Déchirures anciennes. Aperçu historique de la périnéorrhaphie.

Déchirures anciennes du périnée. — Aperçu historique. — La première opération de rupture du périnée par la **suture** paraît avoir été conçue et proposée par Ambroise Paré et exécutée pour la première fois par Guillemeau, chirurgien français au XVIIe siècle[1]. Au siècle suivant, de La Motte, Smellie, Noël (de Reims), Murenna, Saucerotte, la tentèrent avec plus ou moins de réussite[2]. A l'époque actuelle, Dieffenbach[3], en Allemagne, a été le promoteur d'une méthode qui a servi de type à de nombreux procédés et qui a été perfectionnée et introduite en France par Roux[4]. Ce qui caractérise essentiellement le procédé de Dieffenbach, outre le **large avivement**, ce sont les **incisions libératrices**, dont on retrouve plus tard la trace dans le débridement du sphincter de Mercier[5] et de Baker Brown[6]; le point capital du procédé de Roux était la suture enchevillée d'une plaie beaucoup plus large que celles qu'on osait faire avant lui. Avec Langenbeck prend naissance une méthode nouvelle, la **périnéo-synthèse**, basée sur la combinaison de l'avivement et de l'autoplastie par dédoublement, elle a donné naissance, en France, aux procédés de Demarquay[7], Richet[8], Le Fort[9], Marc Sée[10], Polaillon[11]; en Allemagne, il faut citer Simon[12], Freund[13], Hildebrandt[14], Wilms[15], Staude[16], Bischoff[17], Hegar[18], pour ne nommer que les principaux.

En Amérique, Marion Sims appliquait, dès 1855, à la rupture du périnée, les principes si simples et si précis qui l'avaient guidé dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Débarrassant l'opération de toute complication inutile, et notamment des divers plans de suture, il reprit tout simplement le procédé de Roux, en augmentant la hauteur de l'avivement et en employant les **fils métalliques**; c'était une

[1] J. Guillemeau. *Œuvres de chirurgie*, Rouen, 1649.

[2] Voir, pour l'historique, Verneuil. *Gaz. heb.*, 1862, p. 369 (art. reproduit dans *Mém. de chir.*, t. I, p. 954).

[3] Dieffenbach. *Die operative Chirurgie*, 1845.

[4] Roux. *Gaz. méd. de Paris*, 1834, t. II, p. 17.

[5] Mercier. *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 1839, p. 89.

[6] Baker Brown. *The surgical diseases of women*. Londres, 1856.

[7] Demarquay. *Gaz. des Hôp.*, 24 sept. 1864, p. 445. — E. Bourdon. *Des anaplasties périnéo-vaginales*. Thèse de Paris, 1875.

[8] Richet. *Union méd.*, 1869, p. 65. — Picqué. *Encycl. intern. de chir.*, dit. franç., t. VII, p. 755.

[9] Le Fort. *Manuel de méd. opér. de Malgaigne*, 9e édit., 1889, t. II, p. 16.

[10] Marc Sée. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 560.

[11] Polaillon. *Ibid.*, p. 242. — *Arch. de tocol.*, 1885, p. 298.

[12] G. Simon. *Mittheilungen aus der chir. Klinik des Rostocker Krankenhauses*, 1861-1865, p. 241.

[13] Freund. *Ueber Dammplastik* (*Arch. f. Gyn.*, 1874, Bd. VI, p. 317).

[14] Hildebrandt. *Die Krankh. der weibl. Genitalien*. Stuttgart, 1877.

[15] Voir Güterbrok (élève de Wilms). *Arch. f. klin. Chir.*, 1879, t. XXIV, p. 108.

[16] Staude. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1880, Bd. V, p. 71.

[17] Voir W. Matzinger (élève de Bischoff). *Zur Kolpoperineoplastik nach Bischoff* (*Wien. med. Blätt.*, 1880, t. III, p. 703, 728, 758, 781, 802, 829, 853, 875, 901 et 972).

[18] Hegar et Kaltenbach. *Loc. cit.*, p. 607.

très grande simplification, qui précéda et prépara le procédé de son élève et ami, Emmet[1]. L'originalité de celui-ci consiste à la fois dans le mode de suture qui a pour effet de rapprocher la plaie, en la fermant comme on ferme une bourse, et dans le soin apporté au rapprochement des deux bouts du sphincter divisés par l'application d'un fil spécial dit **fil sous-sphinctérien**, très profond et très oblique d'arrière en avant. Ce procédé, qui dérivait de celui de Marion Sims perfectionné, fut vulgarisé en France par Jude Hüe[2] (de Rouen), et aussitôt accepté par la majorité des chirurgiens. Verneuil[3] et Trélat[4], notamment, renoncèrent pour lui à des procédés qu'ils avaient auparavant employés.

On put croire un moment que la technique opératoire était arrivée à son plus haut degré de simplification. Il n'en était rien cependant : Lawson Tait[5], perfectionnant un procédé dû à J. Duncan et à Simpson (d'Edimbourg)[6], réduisait l'opération de la périnéorrhaphie à un **dédoublement** rapide, suivi de l'application de quelques points de suture; l'opération durait, en tout, de 5 à 10 minutes. Cette technique a rapidement été adoptée en Amérique et en Allemagne, avec ou sans modifications[7].

Je ne saurais avoir la prétention de décrire chacun des procédés dont j'ai fait l'énumération. Je me contenterai d'en exposer les principaux. J'ai pris soin, du reste, de donner des indications biblio-

[1] T.-A. Emmet. *Med. Record*, 1872, p. 121. — *The principles and practice of gynecol.*, 3e édit., 1885, p. 379.

[2] Guéniot. *Rapport sur un mémoire* de Jude Hüe (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 5 avril 1876, p. 291). — Kirmisson, *Ibid.*, 1885, p. 228, 237 et 240. — Jude Hüe, *Ibid.*, 1886, p. 705.

[3] Verneuil. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1861, t. XXXVI, p. 175.

[4] Boraud (élève de Trélat). *Étude sur la périnéorrhaphie*. Thèse de Paris, 1879.

[5] La première description du procédé de L. Tait a été faite par Heiberg (de Copenhague). *Om Perinäoraphie til Lawson Tait's Methode* (*Gynäk. og obst. Meddel.*, 1887, Bd. VI. Heft 3). — Un travail très important a été publié ensuite par Sänger. *Ueber Perineorrhaphie durch Spaltung des Septum recto-vaginale und Lappenbildung* (*Samml. klin. Vorträge*, 1887, n° 301). D'après Sänger, L. Tait aurait été précédé dans cette modification opératoire par Voss (de Christiania). — Voir aussi Sänger. *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 47, p. 765.

[6] Hart et Barbourg. *Manuel de gynécol.*, trad. franç., 1886, p. 600.

[7] H. Fritsch (*Ueber Perineoplastik*, in *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 30, p. 475) ne paraît pas s'être inspiré du procédé de L. Tait, quand il a préconisé, de son côté, le dédoublement comme mode unique d'avivement; son procédé de suture diffère, du reste, totalement de celui de L. Tait.

Parmi les chirurgiens qui ont adopté plus ou moins complètement le procédé de L. Tait, je citerai, outre Sänger : Zweifel. *Deutsche med. Woch.*, 1888, p. 629. — Meinert. *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 40, p. 649. — Rokitansky. *Wien. klin. Woch.*, 1888, p. 249. — Schauta, Piering, Riedinger, *Ibid.*, 1888, n° 26, p. 531. — A.-V. Winiwarter, *Ibid.*, 1888, p. 651, 654 et 682. — Schubert. Dissert. inaug., Greifswald, 1888. — A. Martin *Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 6, p. 108. — Mendès de Léon (d'Amsterdam), *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 23, p. 408.

Par contre, le procédé de Lawson Tait a été combattu, en Allemagne, par Hirschberg (de Francfort), Schatz, Hegar. 3e *Congrès all. de gynéc. à Fribourg*, juin 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 30, p. 515).

graphiques suffisantes, pour qu'il soit facile de se reporter aux sources, en ce qui concerne les autres.

1° **Déchirures incomplètes du périnée.** — Tous les procédés de colpo-périnéorrhaphie, que j'ai indiqués au chapitre des **prolapsus génitaux**, trouvent ici leur application. Il n'y a qu'une différence de degré et une grande similitude entre les déchirures incomplètes

1° Déchirures incomplètes et relâchement du périnée.

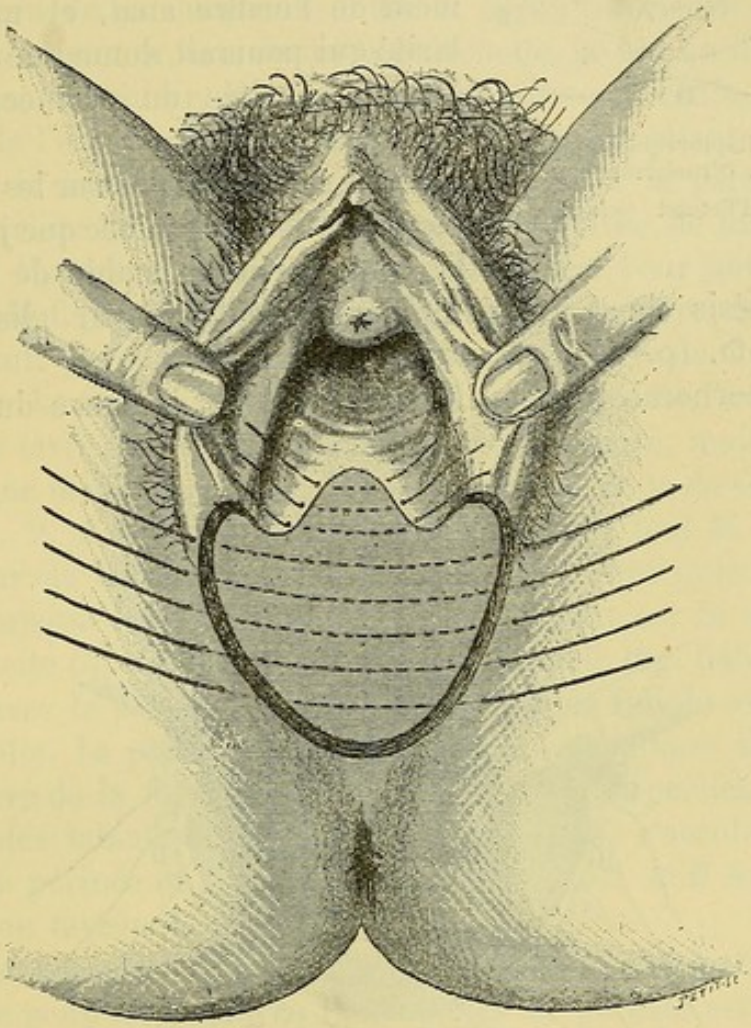


Fig. 544. — Rupture incomplète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Simon.

et le **relâchement du périnée** qui est l'un des éléments de la plupart des prolapsus du vagin ou de l'utérus. Dans ce dernier cas, la peau a résisté et il n'y a pas de cicatrice extérieure, tandis que le contraire a lieu dans le premier cas. Mais il existe un facteur commun : la tonicité du plan musculaire profond a été forcée, la charpente fibreuse a été irrémédiablement distendue, et les conditions statiques de l'utérus ont été modifiées d'une façon similaire. On pourrait dire que le **relâchement périnéal** est une véritable **déchirure sous-cutanée**. On se rend nettemend compte de ce fait, en saisissant les tissus entre deux doigts introduits dans le vagin et le rectum; on constate, alors,

la diminution de la pyramide charnue qui sépare ces conduits et sa moindre consistance. Cette lésion coïncide avec la forme évasée de la fourchette intacte, la béance de la vulve, que rend plus marquée la position de la femme en semi-pronation ou position de Sims, le moindre enfoncement de l'orifice anal, et une particularité qui pourrait donner le change, la largeur inusitée du périnée, qui s'est affaissé et étalé.

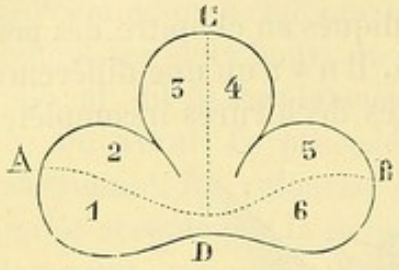


Fig. 545. — Rupture incomplète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé d'Emmet (schéma).

Je ne reviendrai pas sur les moyens de consolidation du périnée que j'ai décrits; la colpo-périnéorrhaphie de Hegar, les périnéauxésis de A. Martin, la périnéoplastie par glissement de Doléris, etc. (p. 574 et suiv.)

Procédé de Simon.

Je me bornerai, sans le décrire, à donner la figure du **procédé de Simon** pour la rupture incomplète (fig. 544)[1]; ce procédé d'avivement et de suture a inspiré celui de Hegar pour les ruptures complètes (fig. 553).

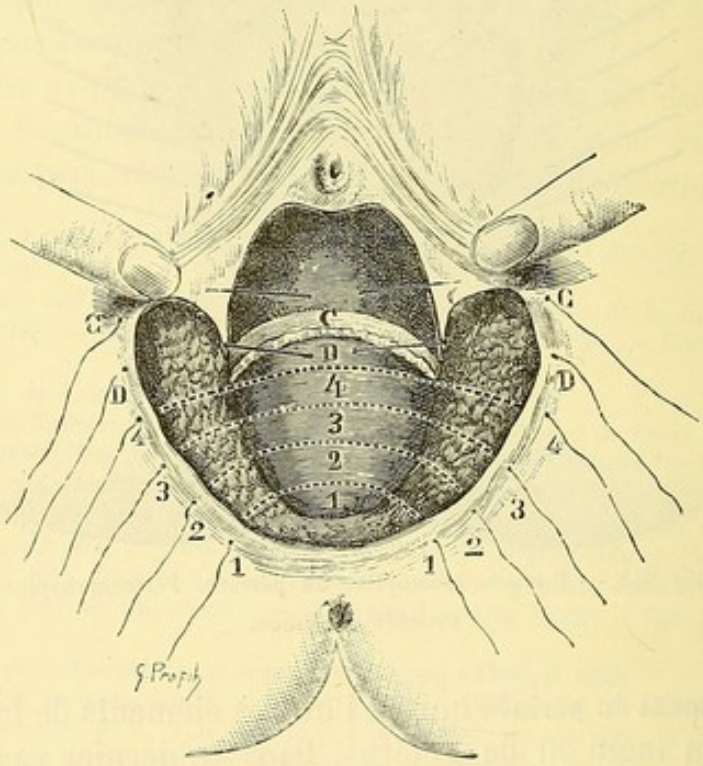


Fig. 546. — Rupture incomplète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé d'Emmet.

[1] P. Zweifel. *Die Krankheiten der aüssern weibl. Genitalien und die Dammrisse* (*Deutsche Chir.*, Lief, 61, 1885, p. 116).

Procédés d'Emmet.

Procédé d'Emmet. (**Ancien.**) — Son procédé destiné aux ruptures incomplètes ne doit pas être confondu avec son procédé pour la rupture complète (p. 1108), dont il diffère essentiellement. Ce chirurgien enlève, au niveau du périnée et sur le côté interne et inférieur de la vulve, un lambeau muqueux ayant la forme de deux folioles (fig. 545), comme l'avait fait auparavant Baker Brown. Emmet dépouille aussi de sa muqueuse toute la partie inférieure de la paroi vaginale postérieure, avoisinant la fourchette. Le but qu'il se propose est non pas de réunir, comme dans les autres procédés, les parties gauches de l'avivement aux parties droites, en les pliant en quelque sorte sur la ligne médiane, mais bien d'attirer la partie vaginale avivée derrière la partie vulvaire également avivée, de manière à les renforcer l'une par l'autre et à les dédoubler. Pour obtenir ce résultat, le fil C (fig. 546) qui passe dans la grande lèvre, au-dessus de l'avivement, passe dans la partie de la paroi vaginale C qui n'a pas été avivée. Le fil D passe sous la partie supérieure de l'avivement de la grande lèvre, puis dans la partie avivée du vagin, mais seulement sur la ligne médiane, et il est libre dans tout le reste de son étendue; les fils 1, 2, 3 et 4 circulent, au contraire, sur tout le trajet, dans l'épaisseur de la lèvre et de la cloison, et ne sont nulle part apparents. Lorsque les fils sont serrés, le résultat est le suivant : la partie droite (3) de la foliole médiane vaginale (fig. 545) se met en contact avec la partie la plus reculée (2) de la foliole avivée sur la lèvre droite. La partie vaginale gauche (4) s'applique sur la partie postérieure de la foliole labiale gauche (5). Les parties extérieures des folioles labiales droite et gauche (1 et 6) s'accolent pour reformer le périnée et la fourchette, et les points ACB se retrouvent accolés, au niveau de la fourchette (L. Le Fort).

Procédé d'Emmet. (**Nouveau.**) En Amérique, l'opération la plus répandue pour les ruptures incomplètes du périnée est le nouveau procédé d'Emmet. Voici comment on la pratique : on taille un lambeau sur la paroi postérieure du vagin, ayant la forme d'un triangle à large base curviligne et à sommet bifide (fig. 547); la base correspond à l'orifice vulvaire au niveau des vestiges de l'hymen et jusqu'à l'origine des petites lèvres; en haut, l'incision s'élève à mi-hauteur environ sur les parties latérales du vagin; elle se poursuit en ligne brisée de manière à rejoindre les incisions latérales par un angle à sommet inférieur éloigné de 3 à 4 centimètres de la partie inférieure de la plaie. L'incision totale a la forme d'un M dont les deux jambages un peu écartés seraient rejoints par une ligne courbe. On la trace à la pointe du bistouri, mais la dissection du lambeau se fait mieux avec les ciseaux coudés et courbés sur le plat (fig. 551). L'écoulement sanguin nécessite rarement une ligature : on l'arrête avec la compression

jusqu'à ce que la suture l'ait entièrement fait cesser. Celle-ci est faite par Emmet d'une manière très particulière; un crin de Florence est d'abord placé à mi-hauteur du triangle dénudé à droite; l'aiguille pénètre très près du bord de la plaie, chemine sous sa surface de haut en bas très obliquement, puis de bas en haut pour ressortir en un point symétrique du côté opposé après un trajet profond qui forme un

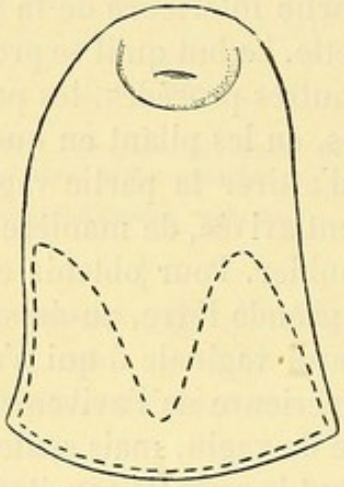


Fig. 547. — Rupture incomplète du périnée. Colpo-périnéorrhaphie (nouveau procédé d'Emmet). Paroi postérieure du vagin : tracé du lambeau.

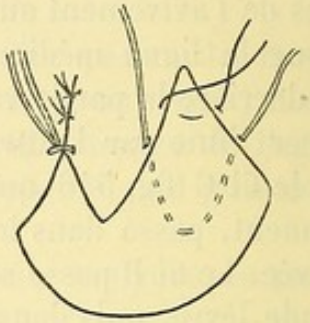


Fig. 548. — Rupture incomplète du périnée Colpo-périnéorrhaphie (nouveau procédé d'Emmet). Suture profonde et sutures superficielles latérales, en place à droite, serrées à gauche.

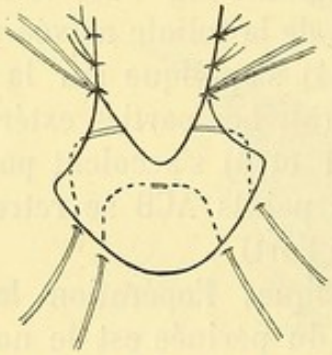


Fig. 549. — Rupture incomplète du périnée. Colpo-périnéorrhaphie (nouveau procédé d'Emmet). Sutures latérales serrées, sutures en bourse en place.

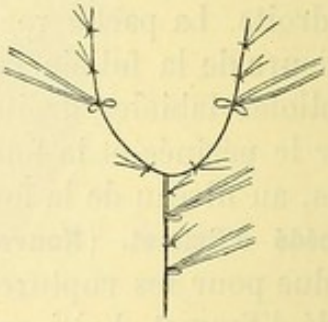


Fig. 550. — Rupture incomplète du périnée. Colpo-périnéorrhaphie (nouveau procédé d'Emmet). Toutes les sutures sont serrées.

angle ouvert en haut (fig. 548). Cette suture dite *de traction* est immédiatement nouée. Elle a pour effet immédiat de relever la partie inférieure de la plaie, et de faciliter l'application des autres sutures. Celles-ci sont des sutures d'*affrontement* en soie fine, au nombre de deux ou trois et doivent être passées non-seulement à travers les lèvres de la plaie mais aussi sous la surface de celle-ci. Quand ces sutures ont été placées de chaque côté, la plaie est réduite à une sorte de cavité où proémine en haut l'angle de muqueuse vaginale

respecté par l'avivement entre les deux angles dénudés et suturés. Cette surface est oblitérée par des sutures *en bourse* au nombre de une à deux, au crin de Florence (fig. 549). Enfin on termine l'occlusion de la plaie avec quelques sutures de soie fine (fig. 550)[1].

Procédé de Lawson Tait.

Procédé de Lawson Tait (pour les déchirures incomplètes). Je suivrai la description qu'en a donnée Sänger[2], qui lui a apporté des modifications peu importantes; ce procédé convient aussi aux simples relâchements du plancher périnéal; toutefois, on peut alors lui reprocher de souvent laisser subsister une espèce de cul-de-sac, en arrière du périnée reconstitué.

Sänger conseille d'introduire d'abord dans le rectum un tampon de ouate, une éponge ou un tampon de gaze iodoformée enduit de vaseline et armé d'un fil. De la sorte, la paroi postérieure du vagin est poussée en avant. Deux doigts sont placés dans le rectum pendant

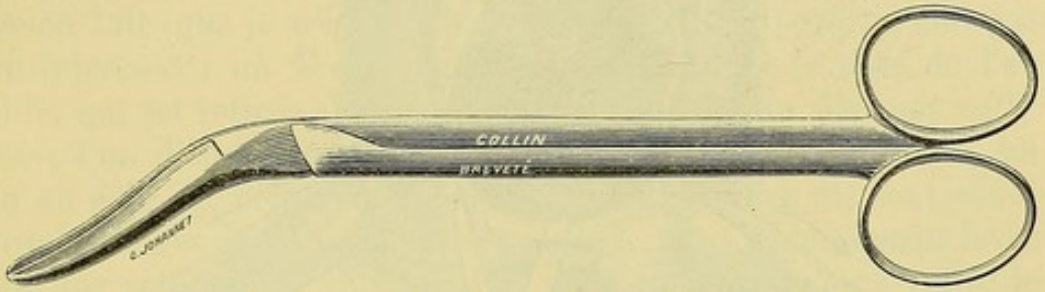


Fig. 551. — Ciseaux d'Emmet (coudés et courbés sur le plat).

qu'un aide tend le plus possible le champ opératoire, en portant directement les côtés de la vulve vers les tubérosités ischiatiques : la paroi postérieure du vagin est alors visible sur une grande étendue. Lawson Tait se sert de ciseaux pointus, coudés comme ceux de Roux. Il enfonce leur pointe sur la ligne médiane, d'avant en arrière, entre la commissure postérieure de la vulve et l'anus, et il dédouble la cloison recto-vaginale d'abord à gauche, puis à droite, après avoir fait tourner les ciseaux sur eux-mêmes (fig. 552). Sur les extrémités de cette section transversale, il fait alors deux débridements verticaux qui, partant de l'union des grandes et des petites lèvres, se dirigent en bas jusqu'à l'union de la section transversale pratiquée avec les ciseaux. On peut se servir pour ces deux incisions verticales de ciseaux aussi, en partant du bas pour arriver à l'union des grandes et des petites lèvres. Les trois incisions ont ainsi la forme d'un quadrilatère auquel manquerait le côté supérieur. Le côté hori-

[1] Baldy. *An American texte-book of Gynecology*. Londres, 1894, p. 255.

[2] Sänger, *Loc. cit.* — Voir aussi sur la technique de ce procédé : P. Mundé. *My experience with the flap-splitting operation* (*Amer. journ. of Obstet.*, juill. 1889, t. XXII, p. 673 et suiv.). — N. Macpiiatter. *Tait's flap-operation for lacerated perineum* (*Ibid.*, p. 1146 et suiv.)

zontal a de 3 centimètres et demi à 4 centimètres, les deux côtés verticaux de 2 centimètres et demi à 3 centimètres. Le lambeau vaginal libéré, en forme de couvercle, revient bientôt sur lui-même, en vertu de son élasticité, et figure un demi-cercle irrégulier, qui ne recouvre plus qu'en partie la plaie d'avivement. Cette plaie d'avivement a la

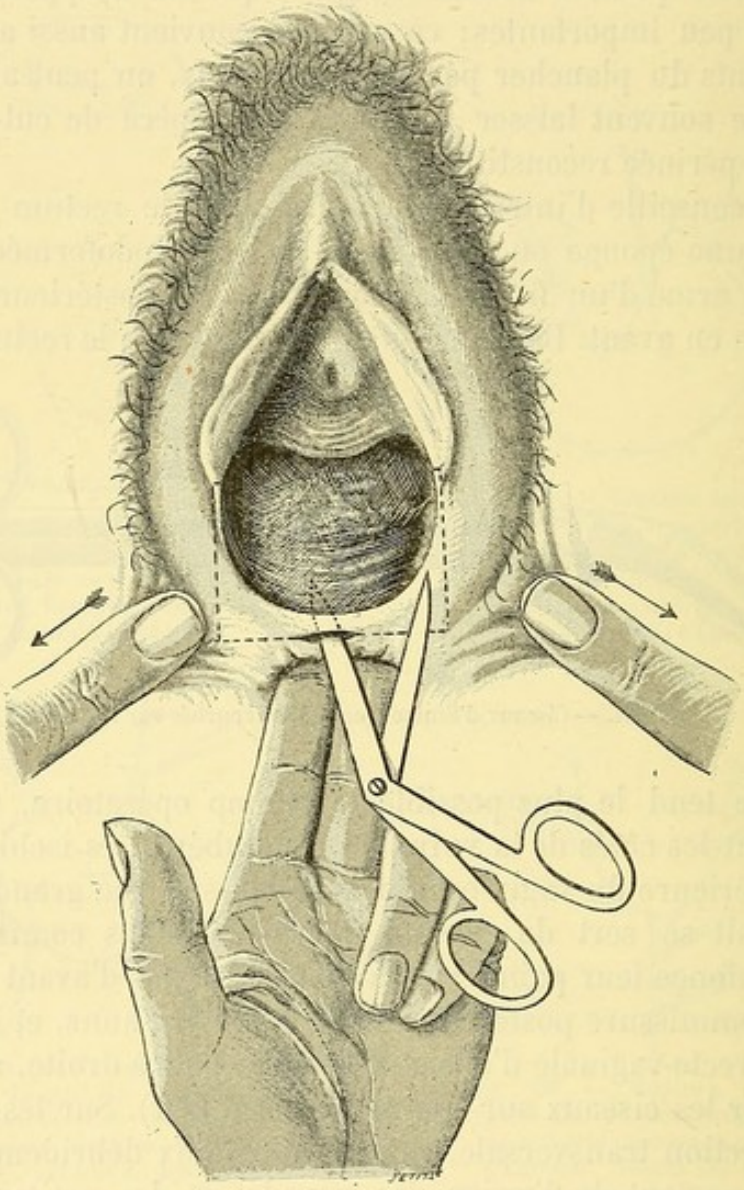


Fig. 552. — Rupture incomplète du périnée. Périnéorrhaphie.
Procédé de Lawson Tait. Avivement aux ciseaux.

forme d'un quadrilatère à angles mousses; entourée par la peau sur trois côtés, elle donne insertion par son quatrième au couvercle muqueux résultant du dédoublement de la cloison recto-périnéo-vaginale. Pour que le lambeau ne soit pas trop mince, il faut diviser la cloison recto-vaginale exactement en son milieu, ce que les doigts placés dans le rectum contrôlent facilement. Au niveau des bords, l'incision des tissus porte plus profondément dans le tissu cellulaire du

périnée et de la grande lèvre. L'avivement peut être terminé en une demi-minute. La surface d'avivement n'est pas tout à fait lisse; elle offre des irrégularités qu'on fait disparaître à coups de ciseaux.

Quand le périnée n'est pas transformé en un tissu cicatriciel, l'écoulement sanguin est assez considérable, mais veineux. Assez souvent des artérioles donnent du sang; le pincement et la torsion suffisent : Sänger n'a jamais eu besoin de faire des ligatures. A l'occasion, il faudrait lier au catgut fin, si la torsion et la forcipressure ne suffisaient pas; en effet, l'accolement des lèvres de la plaie ne serait pas assez étroit pour assurer l'hémostase.

La suture est faite sous le contrôle de l'index et du médius gauches placés dans le rectum; la pointe d'une aiguille à manche est piquée dans la plaie elle-même, en dedans de son bord gauche, puis glisse transversalement dans les tissus et vient ressortir au point symétrique en dedans de son bord droit : selon la pratique de Lawson Tait (que je n'imite pas pour ma part), la peau ne doit pas être intéressée : un fil d'argent est introduit dans le chas de l'aiguille, qui est retirée à la manière ordinaire. Quatre fils sont suffisants; l'un d'eux doit pénétrer dans la cloison recto-vaginale, un peu au delà du point où elle a été dédoublée. Les fils sont noués entre les lèvres de la plaie, après qu'elle a été soigneusement lavée avec une solution de sublimé à 1 pour 1000 et qu'on a retiré le tampon placé dans le rectum. Les bords de la plaie sont affrontés : la ligne de réunion n'est pas exactement rectiligne dans le mode de suture adoptée par Lawson Tait, parce que les fils d'argent sont obligés de sortir par la plaie; mais entre eux le contact est parfait. Vers l'anus, il reste souvent un pli qui correspond au bord transversal inférieur de l'avivement du côté du vagin; le lambeau muqueux libéré forme un repli ouvert en avant ou une petite rosette.

L. Tait ne met pas de fils superficiels; je crois avec Sänger préférable d'en placer; si l'on use de l'antisepsie, il n'est pas utile, dit-il, de conserver, comme le fait L. Tait, des ouvertures extérieures servant au drainage. Il met donc de quatre à six sutures superficielles. On peut couper ras les fils d'argent en garnissant leurs extrémités, pour les émousser, d'un grain de plomb qu'on écrase.

Le pansement post-opératoire consiste en gaze antiseptique ou aseptique qui entoure les extrémités des fils d'argent. Cathétérisme pendant les trois premiers jours. Au septième jour, ablation des fils superficiels; au quatorzième, des fils profonds. La malade peut ensuite quitter le lit.

Martin[1] a apporté à la suture une modification que je crois très

[1] A. Martin. *Ueber die Lappen-Dammoperation* (*Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 6, p. 108). — Voir sur ce sujet la discussion à la *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 11 janv. 1889

avantageuse. Au lieu de fil d'argent et de points séparés, il emploie le catgut à l'essence de genévrier (p. 35) et la suture continue à étages superposés (p. 58). L'opération est ainsi très rapide et l'affrontement parfait.

Je décrirai du reste plus loin les modifications que j'ai fait subir au procédé de L. Tait, pour les déchirures complètes, modifications qui s'appliquent aussi aux déchirures incomplètes.

2° Déchirures complètes.

2° Déchirures complètes du périnée. — Le procédé de l'avivement triangulaire de Simon a été adopté et perfectionné par Hegar. Il part de ce principe que, le périnée étant déchiré suivant trois faces, il faut faire l'occlusion de la solution de continuité

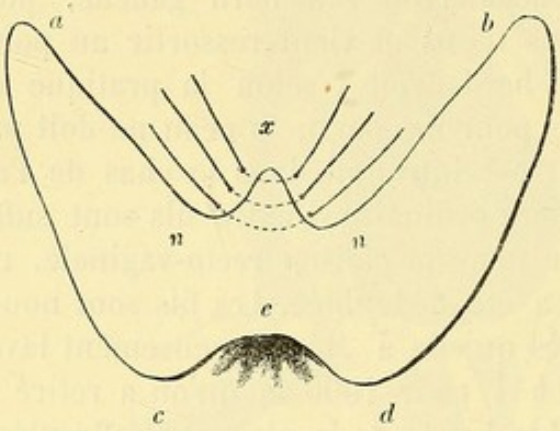


Fig. 553. — Déchirure complète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Simon-Hegar. Avivement.

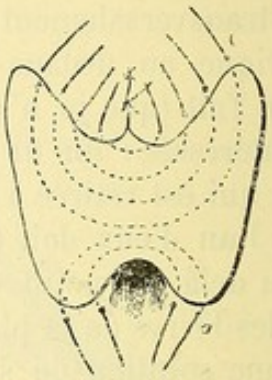


Fig. 554. — Déchirure complète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Simon-Hegar. Sutures vaginales et rectales.

dans ces trois directions, et faire des sutures successivement du côté du vagin, du rectum et de la peau. Hegar fait un large avivement dont l'ensemble rappelle un peu la figure d'un papillon aux ailes déployées, dont le corps serait placé au niveau de la cloison recto-vaginale. Il n'emploie pas le dédoublement, mais il pratique seulement l'excision des surfaces cicatricielles et muqueuses pour obtenir une plaie d'affrontement suffisante.

Voici les divers temps de son opération :

Procédé de Simon-Hegar.

Procédé de Simon-Hegar — Premier temps : avivement. Pour bien mettre à nu le champ opératoire, un aide soulève avec une large valve la paroi vaginale antérieure, pendant que le chirurgien saisit et fixe avec une pince à griffes la paroi vaginale postérieure, au-dessus du point x (fig. 553). Hegar introduit dans le rectum, surtout s'il y a des prolapsus de la paroi rectale, une éponge montée,

(*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 9, p. 144 et suiv.). — Riedinger (*Wien. klin. Woch.*, 1888, n°s 26, p. 531) avait aussi fait la suture continue. — C. Olrik (*Hosp. Tid.*, 1888, Bd. VI, p. 873) fait la suture à étages, avec la soie.

imbibée d'eau chlorée, pour éviter la souillure de la peau par les matières fécales. On saisit alors la peau avec des pinces au niveau des points auxquels doivent répondre les extrémités du nouveau périnée, c'est-à-dire : en avant, sur la face interne des grandes lèvres en *a* et *b*, en arrière, au voisinage du bord antérieur de l'anus en *c* et *d* ; on écarte ces points l'un de l'autre. On commence l'avivement en dessinant le triangle *nxn*. Le point *x* doit être situé sur la ligne médiane de la paroi vaginale postérieure et être éloigné de 2 centimètres environ du point *e* qui représente l'extrémité du triangle d'avivement de la paroi rectale. En excisant le petit triangle muqueux à l'extrémité dirigée vers le cul-de-sac vaginal on évite de voir l'extrémité des lèvres de la plaie faire saillie en haut, quand on nouera les fils à suture, et l'on facilite singulièrement le glissement vers la ligne médiane des parties latérales avivées. De plus, en agissant ainsi, on donne plus de solidité à la paroi recto-vaginale qu'on va créer, car les points *x* et *e*, qui représentent sur le vagin et sur le rectum le sommet des lignes avivées, seront plus éloignés l'un de l'autre que si *x* se trouvait situé sur le milieu d'une ligne droite unissant les points *n* et *n*. Enfin, on assure plus complètement la solidité de la réunion et l'on évite beaucoup mieux en *e* la production des fistules recto-vaginales.

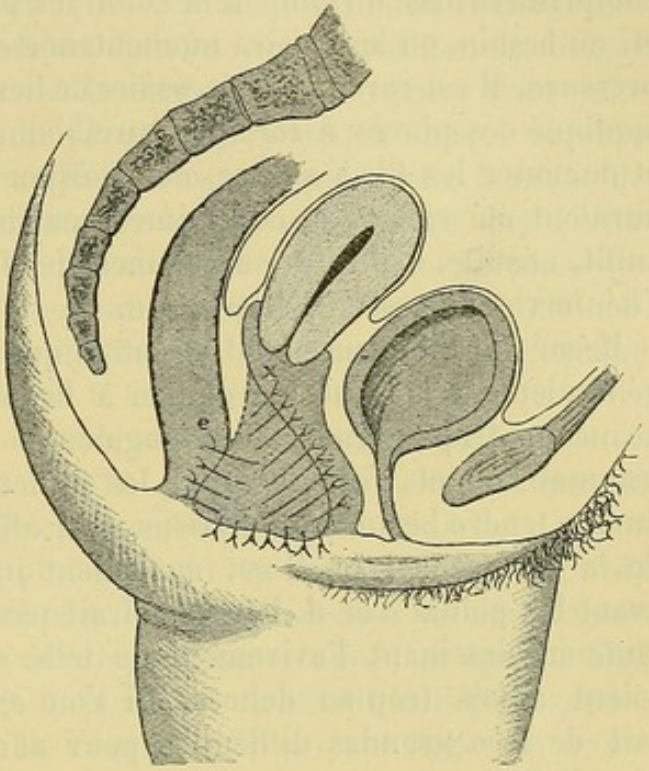


Fig. 555. — Déchirure complète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Simon-Hegar. Disposition générales des sutures.

Partant de *nn*, on fait, en se dirigeant en haut et en dehors, une incision courbe, convexe en avant; elle s'étendra jusqu'aux points *a* et *b*, qui, unis ensemble, formeront la fourchette du nouveau périnée. Ces points sont situés sur la partie inférieure du bord interne des grandes lèvres. De là, on trace les incisions *ac* et *bd*, longues de 3 à 4 centimètres, qui, réunies, formeront le raphé du nouveau périnée. Ces incisions seront fortement dirigées en bas et convergeront vers le point où sera plus tard l'anus. On infléchit

alors l'incision pour tracer les lignes *ce* et *ed*; ces dernières incisions seront faites, de préférence, avec les ciseaux. On isolera les bords du lambeau ainsi dessiné, en enfonçant un bistouri à plat à une profondeur de 2 à 3 millimètres, et l'on complètera enfin l'avivement en disséquant complètement le lambeau circonscrit.

Sur les parties latérales, il existe des plexus veineux importants qui sont parfois lésés, et une hémorrhagie assez notable a lieu : on comprimera avec un tampon de coton les points qui donnent du sang, et, au besoin, on les saisira momentanément avec des pinces à forcipressure. Il est rarement nécessaire de lier les vaisseaux. Après avoir appliqué des pinces à forcipressure, on aura soin, avant de serrer et de nouer les fils à suture, de réséquer les parcelles de tissu qui auraient été saisies et comprimées entre les mors de la pince; il suffit, ensuite, d'affronter exactement les lèvres de la plaie pour voir l'hémorrhagie cesser d'elle-même.

Hegar fait judicieusement observer que les débutants commettent généralement la faute de donner à la surface avivée une étendue beaucoup trop grande. C'est augmenter inutilement l'étendue du traumatisme et c'est accroître les difficultés de la réunion, car il faudra tendre beaucoup les tissus pour affronter les parties latérales de la surface avivée. Il est également inutile de reporter trop en avant les points *c* et *d*. Il ne faudrait pas commettre une nouvelle faute en dessinant l'avivement de telle sorte que les points *d* et *c* soient situés trop en dehors. Si l'on agissait ainsi, on éprouverait de très grandes difficultés pour affronter les lignes *ed* et *ec* (fig. 553).

Quand la déchirure est peu profonde, la surface avivée aura la forme d'ailes de papillon, le petit triangle *nxn* représentant la tête de l'insecte. Si la déchirure occupe une grande partie de la cloison recto-vaginale, l'avivement sera modifié et remontera sur chaque lèvre de la division de la cloison recto-vaginale.

Deuxième temps : suture. — Quand la plaie est bien régularisée, on commence à suturer les lèvres du triangle *nxn* (fig. 553). Hegar se sert, à cet effet, d'aiguilles courbes montées sur un porte-aiguille et munies d'un fil d'argent. On fera pénétrer l'aiguille dans la muqueuse à 3 millimètres du bord de la plaie et, dirigeant son extrémité à plat dans tout le fond de la plaie, on la fera sortir à 3 millimètres en dehors de la lèvre opposée. Si le triangle *nxn* est fort large, on évitera de saisir une masse trop considérable de tissu, et l'on ne fera pas cheminer le fil sous toute l'étendue de la plaie, au milieu de laquelle il restera libre dans une certaine longueur. En agissant ainsi, on rendra l'affrontement des deux lèvres avivées plus parfait.

Dès qu'on aura terminé la suture vaginale, on passera quelques fils dans le rectum. En partant du rectum, on enfoncera de 2 à 3 millimètres du bord de la plaie une aiguille qui sera dirigée de bas en haut; l'aiguille, après avoir parcouru un certain trajet dans la plaie, sera tirée en dehors, saisie de nouveau avec le porte-aiguille et enfoncée dans la plaie du côté opposé, en un point exactement symétrique à celui d'où elle vient de sortir; l'aiguille sera alors dirigée de la plaie vers la peau, c'est-à-dire en bas et en dehors. Les chefs des fils ainsi passés pendront dans le rectum. Au lieu de diriger l'aiguille, comme je viens de le dire, on peut encore fixer une aiguille à chaque extrémité du fil, et faire pénétrer chaque aiguille de haut en bas et de dedans en dehors sur chaque partie latérale de la plaie. Il est fort difficile de retirer les fils métalliques que l'on a appliqués dans le rectum et qu'on a coupés court; de plus, les malades les supportent difficilement : aussi Hegar se sert-il maintenant pour les sutures rectales de fils de catgut ou de soie très fine qu'il abandonne complètement.

Pour serrer les fils on peut avoir recours à deux procédés :

1° Passer tout d'abord tous les fils, puis les nouer ensuite, comme l'a fait Hildebrandt, ainsi qu'on le verra plus loin.

2° Passer d'abord le fil le plus profond, le serrer, le nouer, voir ensuite quel est le résultat obtenu; passer un second fil embrassant plus de tissus, le serrer, le nouer; continuer ainsi, en égalisant au fur et à mesure les lèvres de la plaie, en modifiant la disposition des fils, en corrigeant la forme de l'avivement, suivant le besoin; c'est ce dernier procédé que Hegar a adopté.

Dès que les sutures rectales et vaginales sont appliquées et nouées (fig. 554), on procède à l'application des sutures périnéales. On suivra ici les règles ordinaires. Pendant qu'on nouera les fils, on aura soin de rapprocher les jambes de la malade l'une de l'autre, afin de diminuer la tension des tissus. Il est bon que, pendant tout ce temps de l'opération, la femme soit étendue dans le décubitus dorso-sacré.

Comment convient-il de disposer les sutures superficielles et les sutures profondes? Dieffenbach ne plaçait de sutures profondes que sur le périnée, et, d'un autre côté, Simon attachait la plus grande importance aux sutures qui sont appliquées sur le rectum et le vagin. Plus tard, Simon regarda comme fort avantageux d'appliquer des sutures très profondes sur le rectum, et seulement des sutures demi-profondes sur le vagin. Hegar préfère, également, faire les sutures profondes sur les parois rectale et vaginale, plutôt que sur le périnée, sans cependant les réserver exclusivement à ces parois (fig. 555). Le point capital, dit-il, est de ne laisser aucun espace où les parois

ne soient pas exactement appliquées l'une contre l'autre et dans lequel les liquides puissent s'accumuler.

Quand la déchirure est très profonde, Hegar modifie son procédé ordinaire. Si la déchirure remonte dans le rectum à une profondeur excédant 4 centimètres, les surfaces avivées sur la cloison recto-vaginale sont tellement étroites qu'il suffit d'appliquer une seule série de sutures, qui seront nouées du côté du vagin et qui embrassent toute l'épaisseur de la cloison : si l'on voulait, en effet, appliquer deux séries de sutures, une du côté du rectum et l'autre du côté du vagin, les fils ne pourraient pas embrasser une épaisseur suffisante de tissu. On pourrait, d'autre part, craindre qu'en appliquant une seule série de sutures, l'affrontement ne fût pas régulier; mais on évite aisément cet inconvénient en faisant alterner les sutures profondes embrassant toute l'épaisseur de la cloison, et les sutures superficielles ne saisissant que la paroi vaginale. Quand on arrive plus bas, sur le périnée, au niveau duquel les surfaces avivées sont plus étendues, on fait la triple suture décrite plus haut. Enfin, quand la solution de continuité sera très grande, on pourra faire l'opération en plusieurs étapes. On avivera tout d'abord une certaine étendue, on fera la suture en ce point, puis on avivera un autre segment de la solution de continuité, qu'on suturera encore. En opérant ainsi, on évitera les grandes hémorrhagies et l'on n'exposera pas une vaste plaie trop longtemps à l'action de l'air.

Une fois les sutures terminées, on aura soin d'exprimer avec les doigts le peu de sang qui pourrait être retenu entre les lèvres de la plaie, et l'on fera un soigneux lavage antiseptique du vagin, du rectum, et de la plaie périnéale.

Hegar pratique ensuite la section, sous-cutanée ou à ciel ouvert, du sphincter anal, en faisant sur le bord postérieur de l'anus deux incisions latérales. Cette opération provoque fréquemment une hémorrhagie assez notable, mais on s'en rend aisément maître en faisant une ligature ou la forcipressure. La section du sphincter présente, d'après Hegar, des avantages, car elle permet d'éviter les tiraillements sur la suture rectale, et, pendant les premiers jours, elle facilite la libre issue des matières fécales et des gaz qui, ne s'accumulant pas dans le rectum, ne distendent pas les parois de ce canal, et, par suite, n'opposent aucun obstacle à la réunion. Baker Brown faisait aussi la section sous-cutanée du sphincter, mais en arrière, vers le coccyx. Hegar n'a plus eu recours, dans ces dernières années, aux incisions libératrices latérales de Dieffenbach qu'il avait primitivement employées. Ces incisions, parallèles à la ligne d'union des lèvres avivées et plus longues qu'elle d'un tiers, devaient en être séparées d'un pouce environ et en dépasser les limites en haut

et en bas. Elles pénétraient jusque dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané. Ces incisions, cependant, deviennent inutiles, car la tension des tissus n'est pas trop grande, quand on a eu soin de ne pas exagérer les dimensions de la surface d'avivement sur les lèvres. De plus, le voisinage de deux plaies béantes n'est pas sans présenter des inconvénients, car ces plaies sont des portes ouvertes à l'infection.

Procédé de Freund.

Procédé de Freund. — Freund a tout spécialement insisté sur la nécessité de faire l'avivement de telle sorte qu'on reproduise l'état dans lequel se trouvait le périnée, immédiatement après que la déchirure s'était faite. Si l'on pratique l'avivement, dit-il, en adoptant les procédés ordinaires, on suture ensemble, en les rapprochant au prix de vives tractions, des parties qui naturellement ne devraient pas s'accoler les unes aux autres. Au lieu de cela, Freund fait un avivement auquel il donne une forme qui est complètement subordonnée à celle de la solution de continuité.

Procédé de Hildebrandt.

Procédé de Hildebrandt. — Hildebrandt dessine un avivement qui a une forme analogue à une feuille de trèfle, et fait, au moins pour une partie de la surface avivée, la périnéorrhaphie avec des sutures nouées d'un seul côté. Il place tout d'abord les fils vaginaux, puis les fils rectaux. Mais sur tout le reste de la plaie périnéo-vaginale il applique seulement des sutures très profondes qui sont nouées sur le périnée. On éviterait, ainsi d'après lui, de voir se produire entre les parois rectale, vaginale et périnéale un espace vide dans lequel le sang pourrait s'accumuler et qui pourrait dans la suite devenir le siège d'abcès.

Procédé de Heppner.

Procédé de Heppner (suture). — Heppner a obéi aux mêmes indications quand il a proposé la suture en 8 de chiffre. Cette suture doit à la fois assurer la réunion sur le vagin et sur le périnée. Voici comment il opère : le fil à suture est, à chaque extrémité, muni d'une aiguille; il enfonce chacune de ces aiguilles dans la lèvre de la plaie vaginale, la fait ressortir au milieu de la plaie, et pénétrer dans la plaie opposée, en la croisant avec l'autre aiguille. Il dessine ainsi un 8 de chiffre dont une anse est située du côté du vagin et dont l'autre anse, fermée par le nœud de la suture, enserre le périnée.

Procédé de Lauenstein.

Procédé de Lauenstein (suture)[1]. — Ce procédé de suture *sous-muqueuse* a pour but d'empêcher l'infection du trajet des fils par les sécrétions du vagin et du rectum; cette infection, en effet, a les plus grandes chances de se produire lorsqu'on fait pénétrer les fils dans ces cavités, selon le procédé de suture ordinaire[2]. Lauenstein intro-

[1] C. Lauenstein. *Die Vermeidung der Stichkanäle in Scheide und Mastdarm bei der Plastik des Septum recto-vaginale* (*Cent. f. Gyn.*, 1886, n° 4, p. 48).

[2] Ce danger d'infection des sutures qui pénètrent dans les cavités naturelles avait déjà été bien mis en relief par P. Kraske. *Ueber einen üblen Zufall nach der Gastrostomie.* (*Centr. f. Chir.*, 1881, n° 3, p. 33.)

duit les fils à 1 demi-centimètre des bords de la plaie dans l'inté-

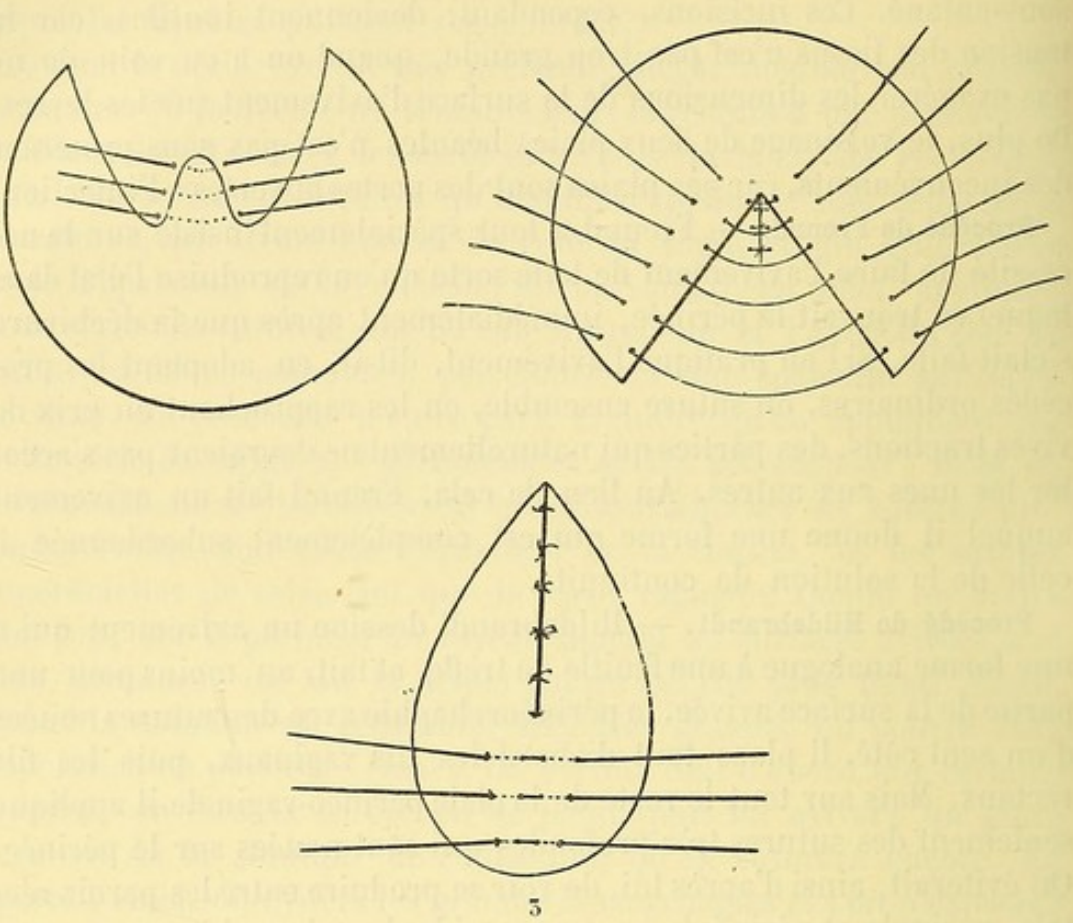


Fig. 556. — Déchirure incomplète du périnée. Suture par le procédé de Lauenstein.

1. Suture de l'angle antérieur de l'avivement, selon le procédé ordinaire. 2. Suture sous-muqueuse de la paroi vaginale. 3. Sutures perdues dans la profondeur de la plaie.

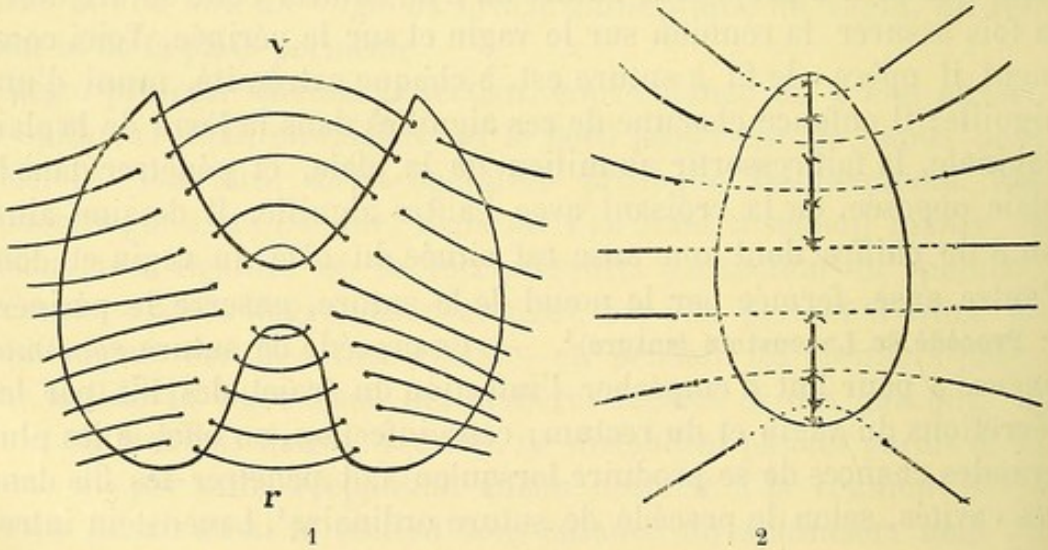


Fig. 557. — Déchirure complète du périnée. Suture par le procédé de Lauenstein.

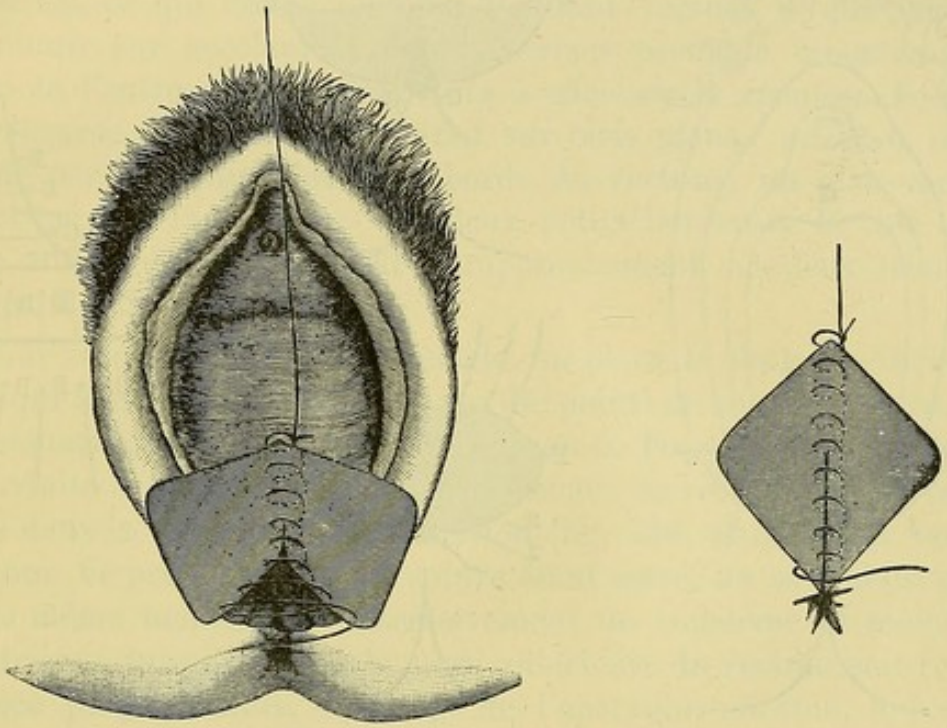
1. Introduction des sutures affrontant les muqueuses vaginale et rectale. 2. Introduction des sutures périnéales, après que les sutures du rectum et du vagin ont été nouées.

rieur de la surface cruentée, et fait des sutures perdues au catgut,

à points séparés, à la manière de Werth[1]; quand les muqueuses rectale et vaginale ont été ainsi affrontées, Lauenstein diminue encore en arrière la profondeur de la plaie par quelques sutures perdues; puis il réunit le périnée, à l'aide de fils d'argent. Dans la rupture complète, l'angle antérieur de l'avivement de la cloison, selon le procédé Simon-Hegar, doit être réuni d'abord par des sutures placées à la manière ordinaire (fig. 556 et 557).

Procédé de A. Martin.

Procédé de A. Martin (suture). — Martin fait un avivement analogue à celui de Simon, mais emploie pour la suture un procédé très expé-



a *b*

Fig. 558. — Déchirure complète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de A. Martin.
a. Étage le plus profond de la suture continue; *b*. passage de l'étage profond à un second étage.

ditif qui met parfaitement en garde contre l'absence de coaptation des tissus pour laquelle Hildebrandt et Heppner ont inventé leurs sutures ingénieuses, mais compliquées. Il fait une suture continue au catgut, à étages superposés. Il débute, comme pour la colporrhaphie, par l'angle supérieur de la plaie, et ferme d'abord le rectum par des points qui partent de la muqueuse intestinale, pénètrent dans la surface cruentée et ressortent de nouveau dans le rectum. La déchirure intestinale une fois fermée jusqu'au niveau de l'anus, il fait avec le même fil, mais cheminant en sens contraire, un premier étage de sutures dans la plaie elle-même; cet étage remonte dans le vagin jusqu'à l'angle supérieur qui a servi de point de

[1] Werth. *Cent. f. Gyn.*, 1879, n° 23, p. 561.

départ. Si cet étage unique est suffisant, il réunit ainsi les lèvres de la plaie vaginale d'abord, et celles du périnée ensuite. Si les surfaces saignantes offrent, au contraire, une trop grande étendue, il fait un second étage de sutures, avant de procéder à l'occlusion définitive (fig. 558).

Procédé de Le Fort.

Procédé de L. Le Fort. — Le procédé de Le Fort[1] se rapproche par beaucoup de points de celui de Demarquay dont il dérive, et en

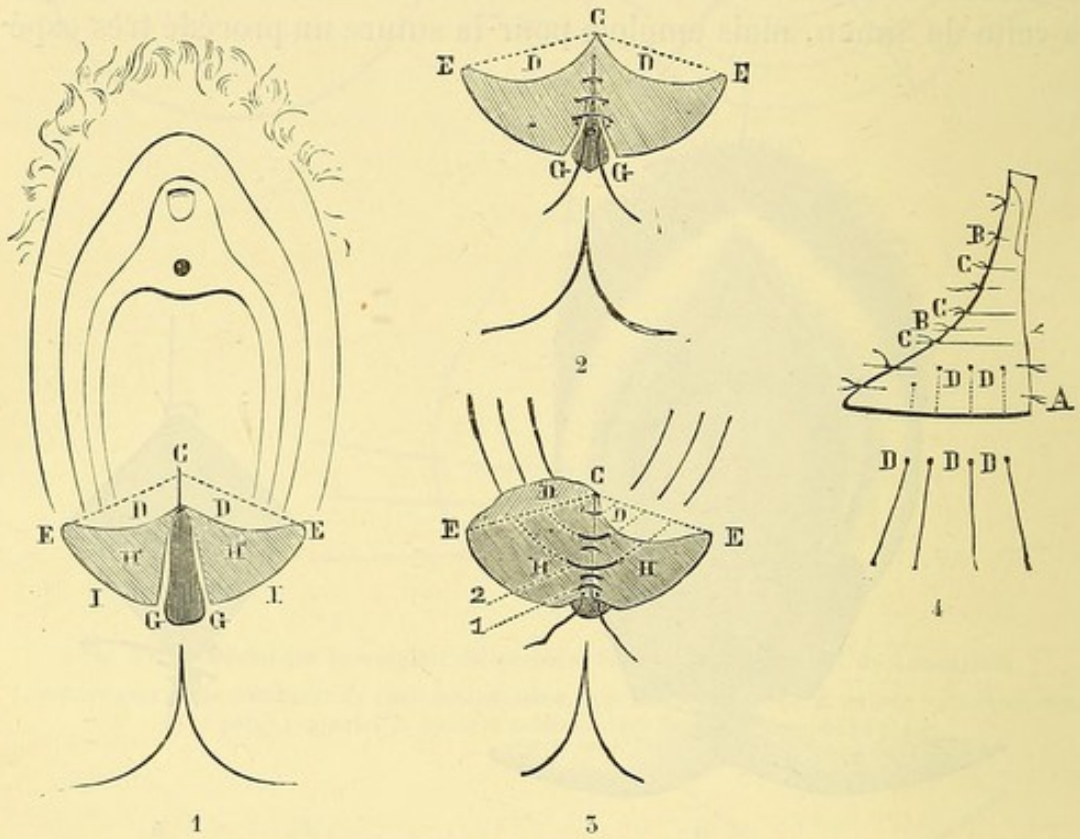


Fig. 559. — Déchirure complète du périnée. Procédé de L. Le Fort.

1. Tracé des incisions. 2. Reconstitution de la paroi rectale, trajet des sutures. 3. Reconstitution de la cloison vaginale. 4. Ensemble des sutures sur une coupe verticale.

diffère par un certain nombre de modifications ingénieuses.

Il s'applique aux déchirures complètes portant sur une grande étendue de la cloison. Après avoir écarté les bords de la vulve, on fait sur la partie médiane de la cloison intacte et à partir de l'angle de ses débris, au point C (fig. 559, 1), une incision de 1 centimètre de longueur qui n'intéresse que le feuillet vaginal, c'est-à-dire la moitié de son épaisseur; puis on pratique une incision légèrement convexe en bas, de chaque côté, suivant la ligne CDE, en remontant jusqu'au

[1] Le Fort (*Manuel de méd. opér. de Malgaigne*, 9e édit., t. II, p. 716) a appliqué son procédé pour la première fois le 25 nov. 1868 et l'a publié le 2 mars 1869, précédant de quelques jours, dit-il, l'opération analogue de Richet. — Le procédé de Demarquay remonte à 1858.

point E. Du même point de départ C, une seconde incision CG longe la partie rectale des débris de la cloison, mais sans intéresser la muqueuse rectale, et arrive jusque sur les côtés de l'anus. Ces deux incisions écartées à angle aigu sont réunies par une troisième incision courbe EIG, et dessinent un triangle H dans l'aire duquel la peau et le tissu cicatriciel sont enlevés, afin d'avoir de chaque côté une surface triangulaire avivée. Cela fait, saisissant avec des pinces à griffes le feuillet vaginal de la cloison et le bord antérieur de l'incision CDE, on le dédouble par la dissection jusqu'à la ligne pointillée CE, ce qui donne un petit lambeau vaginal D qui viendra se réunir par accolement de sa surface profonde cruentée avec celui de l'autre côté. Il reste alors à effectuer la réunion. Pour ce qui regarde la cloison, elle se fait sur trois plans : un plan rectal formé par la suture des deux bords du rectum; un plan vaginal constitué par la soudure des deux petits lambeaux D; un large plan intermédiaire formé par le rapprochement des deux triangles avivés H.

Pour reconstituer la partie rectale, on place le long des incisions C, G qui longent le rectum et l'anus des points de suture entrecoupés, en commençant au-dessous de l'éperon C. Pour cela, l'aiguille est introduite le long du bord gauche et menée du rectum vers le vagin, puis dans la lèvre droite de l'incision (fig. 559, 2) du vagin vers le rectum. Ce premier point de suture étant serré, un second est placé de la même manière, et successivement un troisième et même un quatrième, jusqu'à ce que la paroi antérieure du rectum soit reconstituée jusqu'à l'anus. Ce temps de l'opération effectué, le rectum est, par un feuillet mince, il est vrai, complètement reconstitué et séparé du vagin. Cela fait, on passe à la réfection de la partie intermédiaire de la cloison pour rapprocher, dans la partie qui répondra à la cloison, les surfaces triangulaires cruentées H. Un premier fil (fig. 559, 3) est introduit au delà de la ligne CE, point où adhère la base du petit lambeau vaginal. Il chemine de haut en bas et de droite à gauche dans l'épaisseur des parties molles avivées, au niveau du triangle H, reparaît sur la ligne médiane, remonte de bas en haut et à la même profondeur dans la lèvre gauche de la plaie pour venir ressortir également à 1 demi-centimètre de la ligne CE. Trois ou quatre fils sont passés de la même manière à l'endroit qui devra reformer la partie la plus reculée de la cloison. Pendant tout ce temps l'index gauche, placé dans le rectum, guide l'aiguille et s'assure qu'elle ne pénètre pas dans l'intestin. Ces fils sont placés, mais non serrés; ils ne le seront qu'après le placement des fils qui devront reconstituer le périnée et le sphincter. Ces fils sont au nombre de deux ou trois, suivant la hauteur du périnée. L'aiguille pénètre à

1 centimètre ou à 1 centimètre et demi du bord périnéal du triangle avivé H. Un premier fil d'argent introduit au point E (fig. 559, 3) pénètre jusqu'au niveau de l'éperon et vient ressortir sur la fesse opposée, au point correspondant. Un second fil est conduit moins profondément et assez près de la muqueuse rectale; il ne va pas jusqu'à la cloison et il est destiné à maintenir le sphincter reconstitué. S'il est nécessaire, on place un troisième fil intermédiaire aux précédents. Les chefs de ces trois fils sont engagés de chaque côté et chacun dans un bout de sonde en gomme élastique percée de trous, et ils sont retenus en position par des tubes de Galli. L'action de ces fils s'exerce sur les parties profondes de l'avivement et tend à rapprocher la cloison vagino-rectale de la surface du périnée. Avant d'appliquer les sondes et de serrer ces fils, on serre les fils vaginaux que l'on maintient en place avec des tubes de Galli, et au fur et à mesure qu'on les serre, on place quelques sutures superficielles qui réunissent l'un à l'autre les petits lambeaux vaginaux D, D.

Le Fort réunit la partie qui devra reformer la cloison par des sutures vaginales transversales (C, C, C, fig. 559, 4), allant profondément presque jusqu'à la muqueuse rectale. Entre elles se trouvent les sutures superficielles B, B qui réunissent l'un à l'autre les deux petits lambeaux vaginaux D (fig. 559, 2, 3). Les fils périnéaux transversalement placés, mais enfoncés d'avant en arrière (D, D, D, fig. 559, 4) ne pénètrent qu'à la profondeur de 1 centimètre environ; les fils sont, en général, au nombre de trois. Le premier pénètre au point E (fig. 559, 3) à 1 centimètre en dehors de la base du triangle d'avivement; le second est intermédiaire; le troisième est très rapproché de la muqueuse rectale, il sert surtout à reconstituer le sphincter. L'opération se termine, s'il est besoin, par les incisions libératrices de Dieffenbach qui ont le double avantage, d'après Le Fort, de diminuer le tiraillement transversal et de permettre à toute la partie suturée de remonter vers l'éperon de la cloison.

Procédé de Richet.

Procédé de Richet. — Ce procédé dérive, comme le précédent, de celui de Demarquay. Il présente, toutefois, plusieurs particularités originales. Il a été fort bien décrit par Picqué[1], auquel j'emprunte son exposé.

Dans un premier temps, on fait une incision curviligne qui circonscrit la fente recto-vaginale à peu de distance du bord libre. Cette incision, qui n'intéresse que la paroi vaginale, permettra le dédoublement de la cloison. L'incision est prolongée de chaque côté jus-

[1] Picqué. *Encycl. internat. de chirurgie*, édit. franç., t. VII, p. 755.

qu'au niveau des surfaces cicatricielles qui résultent de la déchirure du corps périnéal : à ce niveau est pratiqué un avivement en ailes de papillon dont la partie postérieure se prolonge un peu en arrière. L'incision et l'avivement une fois faits, Richet dédouble la cloison recto-vaginale; le dédoublement, insignifiant au point le plus reculé de la fente recto-vaginale, augmente d'étendue au fur et à mesure qu'on se rapproche de la grande surface d'avivement; mais, même au niveau du point de jonction, ce décollement ne dépasse pas 8 à 10 millimètres. Dans ces conditions, lorsque les deux parties du corps périnéal divisé seront ultérieurement rapprochées, les deux lèvres vaginales de la fente horizontale glisseront sur la paroi rectale pour s'adosser sur la ligne médiane : chacun des points de ces deux lèvres décrira, autour du point limite de la fente, un arc de cercle d'autant plus grand qu'il sera plus rapproché du périnée; on comprend, dès lors, que, le point postérieur servant pour ainsi dire de pivot et restant immobile, le dédoublement est inutile en ce point.

Dans un deuxième temps, on rapproche les bords du lambeau vaginal et on les adosse par leur face saignante, au moyen de quelques points de suture entrecoupée dont les chefs sont relevés sur le pénil. Le point postérieur est le premier placé; c'est lui dont l'application serait le plus difficile si le périnée était reconstitué d'abord; c'est lui qui, en portant sur une portion de lèvre qui n'a que peu de chemin à parcourir, peut se faire aisément, sans que le périnée soit rapproché. On comprend qu'il en est de même pour les points suivants. Les points antérieurs ne doivent, au contraire, être placés qu'après la reconstitution du périnée, sauf dans les cas où la fente est peu profonde. L'adhésion des lèvres de la solution de continuité par leurs faces cruentées donne lieu à la production d'une crête médiane saillante.

Le troisième temps comprend la reconstitution du périnée par l'affrontement des surfaces cruentées latérales, au moyen de 3 ou 4 points de suture enchevillée, profondément placés pour rendre la surface d'affrontement aussi large que possible. Richet pense que la suture enchevillée rend la coaptation plus sûre : pour éviter la production d'ulcérations au niveau du point d'application de la cheville, il emploie des bouts de bougie en gomme assez molle qu'il sépare de la peau par l'interposition d'un peu de tarlatane phéniquée ou de gaze iodoformée; chaque fil est ainsi indépendant des autres. La suture vaginale une fois placée, il achève la suture périnéale, et place, au besoin, sur le périnée, quelques points superficiels entre les fils profonds.

On voit que ce procédé comprend seulement deux lignes de suture

exactement perpendiculaires l'une à l'autre. Richet s'abstient de toute suture du côté du rectum[1].

Procédé d'Emmet.

Procédé d'Emmet. — Décrit par son auteur d'une manière assez diffuse, ce procédé est surtout connu en France par la description faite par Jude Hüe, qui a parfaitement mis en relief les points originaux de la méthode à laquelle il a dû de nombreux succès. L'exposé qu'il en a présenté et la figure qu'il en a donnée, répétés

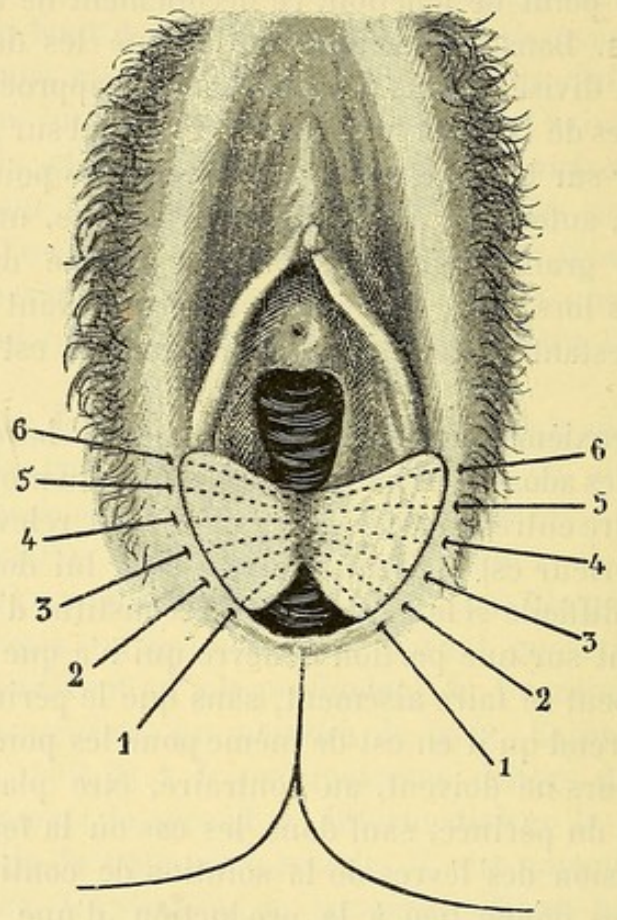


Fig. 560. — Rupture complète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé d'Emmet. Avivement et disposition des fils.

ensuite par les divers auteurs[2], ne paraissent pourtant pas répondre tout à fait à l'opération originale de l'auteur, notamment en ce qui regarde la partie antérieure de l'avivement et de la suture. Il n'est pas exact, non plus, comme on l'a sans cesse répété, qu'une longue

[1] On peut rapprocher des procédés de Le Fort et de Richet, ceux de Marc Sée et de Polaillon. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 242. — Ils n'en diffèrent que par des points de détail fort intéressants.

Le procédé de Terrillon (*Annal. de Gyn.*, 1879, t. XI, p. 330, et *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 15 avril 1885, p. 228) ressemble beaucoup à celui d'Emmet, quant à la manière de passer les fils, mais il n'a pas, comme ce dernier, le bénéfice de la suture en bourse. Terrillon fait une première suture enchevillée, comme Roux, et une seconde suture profonde sur une plaque de plomb, à l'exemple de Trélat.

[2] Jude Hüe. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 710. — E. Kirmisson. Art. périnéorrhaphie, in *Dict. encycl. des sciences méd.*, 1886, p. 114. — Picqué. *Loc. cit.*

aiguille courbe montée sur un manche soit indispensable; Emmet ne se sert que d'une aiguille ordinaire[1], qu'il introduit jusqu'au sommet de l'avivement pour l'y faire ressortir et la réintroduire ensuite dans le même orifice. A part ces réserves, j'emprunterai la description de ce procédé à Kirmisson, qui l'a fort bien présenté. (Les figures que je reproduis sont tirées du mémoire de Hanks[2], élève d'Emmet.)

La malade étant endormie et placée sur le bord du lit dans la position de la taille, deux aides soutiennent de chaque côté les

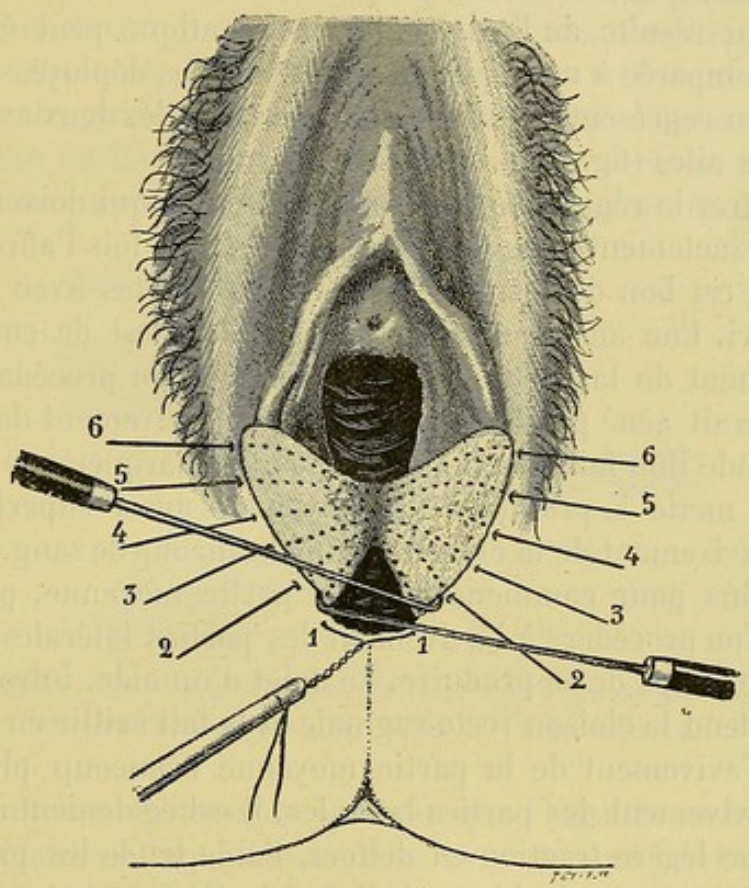


Fig. 561. — Rupture complète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé d'Emmet. Constriction du fil postérieur, sous-sphinctérien.

membres inférieurs. L'opérateur, après avoir soigneusement lavé la région anale, le périnée et le vagin avec un liquide antiseptique, procède à l'avivement qui doit être fait suivant les mêmes principes

[1] Le Fort (*Manuel de méd. opér. de Malgaigne*, 9e édit., t. II, p. 726) a fort bien relevé cette inexactitude. Mais je suis forcé de soutenir, contrairement à cet auteur, que le procédé d'Emmet est bien à un seul rang de suture pour les ruptures complètes du périnée. Ce n'est que dans les cas très exceptionnels où la déchirure remonte très haut sur la cloison recto-vaginale qu'il l'avive antérieurement et la suture du côté du vagin, par une véritable opération complémentaire qui n'altère en rien le principe fondamental de son procédé de périnéorrhaphie.

[2] H. T. Hanks. *Med. Record*. New-York, 1er juill. 1882, t. XXII, p. 1. — Ce mémoire a été également mis à profit par Mundé. *Minor surgical Gynecology*, 1885, p. 501.

que dans les autres procédés de périnéorrhaphie. Il doit, en effet, porter sur de larges surfaces. Il représente sur chacun des côtés du périnée déchiré un triangle dont la base est la peau, dont un des côtés suit la paroi vaginale et remonte jusqu'au quart inférieur de la grande lèvre, tandis que l'autre, passant au-devant de la limite antérieure de l'orifice anal, vient rejoindre l'incision cutanée. Ces deux triangles sont reliés l'un à l'autre, sur la ligne médiane, par un avivement pratiqué aux dépens de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale, et remontant jusqu'à 3 centimètres de hauteur. La figure qui résulte de l'avivement ainsi pratiqué peut être assez justement comparée à un papillon, ayant les ailes déployées; l'avivement médian représente le corps de l'animal, et les deux avivements latéraux, les ailes (fig. 560).

Pour assurer la régularité des surfaces avivées, qui doivent se correspondre exactement dans tous leurs points, une fois l'affrontement pratiqué, il est bon d'en tracer d'abord les limites avec la pointe d'un bistouri. Une autre précaution fort utile, c'est de commencer par l'avivement de la partie moyenne. En effet, en procédant autrement, on serait gêné par le sang fourni par l'avivement des parties latérales. Jude Hüe fait très judicieusement remarquer que, quelque soin qu'on mette à pratiquer un avivement aussi superficiel que possible, l'avivement de la cloison donne beaucoup de sang. C'est une raison de plus pour commencer par la partie moyenne, parce que, pendant qu'on procédera à l'avivement des parties latérales, l'hémostase aura le temps de se produire. Le doigt d'un aide, introduit dans le rectum, tend la cloison recto-vaginale et la fait saillir en avant, ce qui rend l'avivement de la partie moyenne beaucoup plus facile. Pendant l'avivement des parties latérales, il est également nécessaire que, par une légère traction en dehors, l'aide tende les parties sur lesquelles doit porter le bistouri. Une fois l'avivement terminé, il faut débarrasser le champ opératoire du sang écoulé et assurer l'hémostase; pour cela on pratique, dans le vagin, dans le rectum et sur les surfaces avivées elles-mêmes, des irrigations froides avec un liquide antiseptique (acide borique, solution phéniquée, ou sublimée faible). On procède ensuite à la suture, et c'est là le temps le plus spécial dans la périnéorrhaphie par le procédé d'Emmet. Cette suture peut être faite en un seul temps avec une aiguille à grande courbure, montée sur un manche, et dont la tige représente un peu plus d'une demi-circonférence (fig. 29, 1), ou simplement avec une très grande aiguille de Hagedorn, solidement maintenue par mon porte-aiguille (fig. 32, 1 et fig. 33, 2). On se sert habituellement de fils d'argent de moyen volume. Ces fils doivent être placés d'arrière en avant. Pour cela, l'opérateur engage, sur le côté gauche du périnée, la pointe

de l'aiguille tenue de la main droite, à 1 centimètre et demi environ en arrière et en dehors de la circonférence postérieure de l'anus, il fait cheminer l'aiguille à travers la partie inférieure de la cloison recto-vaginale, pour la ressortir sur le côté droit de l'anus dans un point symétrique à son point d'entrée. Si l'on a une grande épaisseur de tissus à traverser, il est plus commode de faire passer le fil en s'y reprenant à deux fois, et d'enfoncer d'abord une aiguille moyenne jusqu'au niveau de la cloison, de la retirer, puis de l'introduire de nouveau, en la faisant pénétrer exactement à son point de sortie. Pendant toute la durée de ce temps, l'introduction de l'index gauche dans le rectum est absolument indispensable; il tend la cloison recto-vaginale, guide le cheminement de l'aiguille dans son épaisseur et l'empêche de faire issue dans l'intérieur du rectum. Cette petite manœuvre du passage du fil demande à être exécutée avec beaucoup

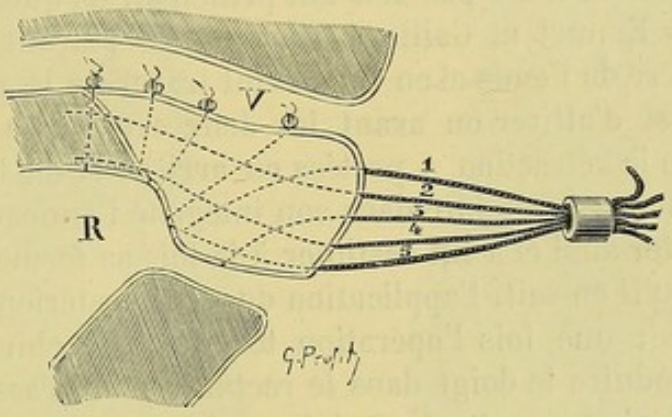


Fig. 562. — Déchirure complète du périnée et de la cloison recto-vaginale. Périnéorrhaphie. Procédé d'Emmet: ensemble des sutures (coupe verticale).

d'attention et une certaine lenteur, afin que l'aiguille ne traverse pas la paroi rectale, ne se perde pas dans les parties profondes et vienne bien sortir du côté de la peau dans un point symétrique à son point d'entrée. Quatre ou cinq autres fils sont ensuite placés de la même manière au-dessus du précédent. Introduits à 1 centimètre en dehors de la ligne d'avivement, ils cheminent également à travers la cloison recto-vaginale, à 1 demi-centimètre environ au-dessus les uns des autres, et viennent sortir sur le côté opposé du périnée.

Il est capital de bien passer le premier fil; il est destiné à réunir les deux extrémités divisées du sphincter, et à reconstituer l'anus, autant que possible, dans son intégrité première; il doit cheminer sous la surface cruentée très près de son bord postérieur, mais pénétrer très franchement dans l'angle de division de la cloison où il doit prendre un point d'appui solide. Généralement, cinq ou six points de suture suffisent pour assurer la restauration complète du périnée; si, cependant, la région de la fourchette n'était pas suffi-

samment affrontée, un point de suture superficiel à ce niveau serait nécessaire. De même aussi, si les lèvres cutanées de l'incision périnéale n'étaient pas amenées partout en contact parfait par la suture profonde, on placerait quelques points complémentaires de suture superficielle. L'opération est ainsi terminée; un lavage soigneux de toutes les parties doit être pratiqué encore une fois, après quoi on procède au pansement.

Comme on le voit, d'après la description précédente, le procédé d'Emmet, pour la rupture complète, sauf les cas exceptionnels où la cloison recto-vaginale est déchirée très haut, rentre dans les procédés à un seul plan de suture. Ici, en effet, pas de suture rectale, pas de suture vaginale isolée; tous les fils sont passés, suivant un plan unique, de la peau à travers la cloison recto-vaginale ou la paroi du vagin. C'est donc une simplification très grande du mode opératoire. Mais là n'est pas son but principal. Ce que l'on se propose, d'après Emmet et Gaillard Thomas, en plaçant le fil postérieur en arrière de l'anus et en lui faisant traverser la cloison recto-vaginale, c'est d'attirer en avant les deux extrémités divisées du sphincter que la rétraction a portées en arrière et de les mettre en contact, de façon à rétablir dans son intégrité l'anneau représenté par le sphincter anal et à lui restituer à la fois sa forme et ses fonctions. Quoi qu'il en soit, l'application de ce fil postérieur demande à être surveillée; une fois l'opération terminée, le chirurgien devra toujours introduire le doigt dans le rectum, pour s'assurer que le conduit anal n'est pas trop rétréci par la suture, car il y aurait grand danger à ne pas laisser une issue facile aux gaz et aux matières fécales.

Un grand avantage du procédé d'Emmet, c'est de fermer, en traversant la paroi recto-vaginale, la solution de continuité par une constriction circulaire, comme on ferme une bourse en tirant sur ses cordons. En même temps on abaisse la cloison recto-vaginale, ce qui permet de se dispenser le plus souvent de la suturer isolément. Ainsi se trouvent réalisées, du côté du vagin, l'occlusion exacte et la protection de la ligne de suture que cherchait à obtenir Langenbeck par la création de son lambeau autoplastique. Enfin, l'absence de sutures rectales diminue considérablement les chances d'infection.

Si une division excessivement élevée de la cloison en rend la suture nécessaire, Emmet a soin de n'aviver que la surface vaginale de cette déchirure et de passer ses fils sous toute l'étendue de la surface cruentée, en évitant la cavité intestinale. Il les fixe par des grains de plomb dans l'intérieur du vagin (fig. 562). Mais cette sorte d'opération complémentaire n'est que très rarement néces-

saire, et le type du procédé reste toujours la seule suture périnéale.

Procédé de Lawson Tait.

Procédé de Lawson Tait. — Ce procédé diffère peu de celui qui s'adresse aux déchirures incomplètes et que j'ai décrit plus haut. Ici encore, le chirurgien commence par faire un dédoublement de la cloison recto-vaginale pour la transformer en une lamelle rectale et une lamelle vaginale. Plus la déchirure est grande, plus l'avivement doit être étendu en profondeur. Le dédoublement est poursuivi latéralement jusqu'aux lignes verticales passant à l'union des grandes et des petites lèvres. A ces lignes, suffisantes dans les déchirures incomplètes du périnée, on doit ajouter un débridement postérieur

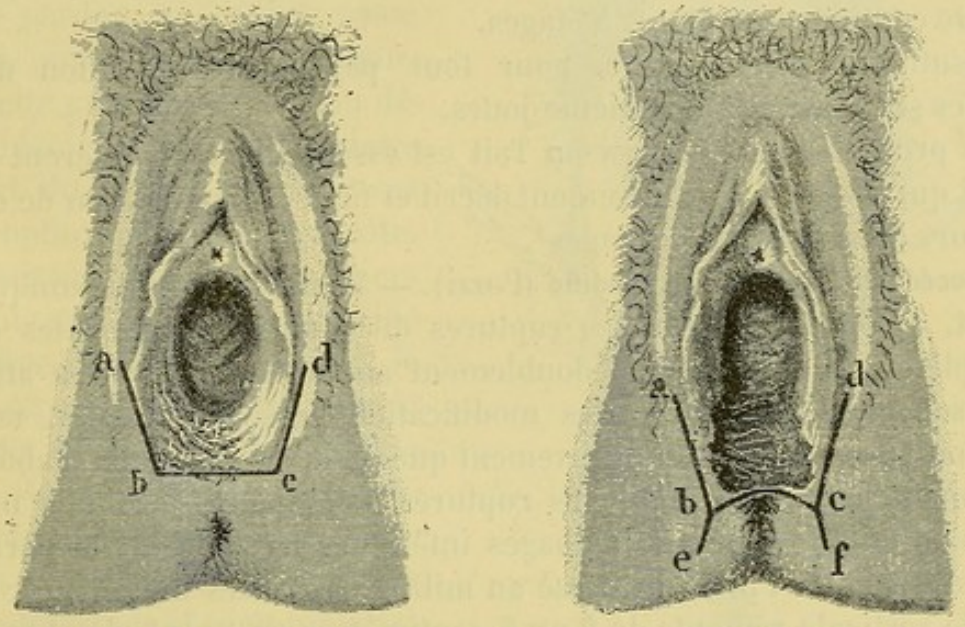


Fig. 563. — Déchirures du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Lawson Tait. Tracé des incisions.

a. b. c. d. Incision pour la déchirure incomplète. — a. b. c. d. e. f. Incision pour la déchirure complète.

qui donne à la ligne d'incision la figure d'un H dans lequel la barre transversale, au lieu d'être au milieu, serait plus rapprochée de la partie inférieure que de la partie supérieure de la lettre (fig. 563). On peut commencer le dédoublement avec le bistouri et ensuite se servir des ciseaux. Puis on porte la lèvre vaginale de la cloison en haut et la lèvre rectale en bas, pour libérer avec prudence, à coups de ciseaux, les surfaces muqueuses latérales, comprises entre les angles des lignes de section.

Les deux couvercles, vaginal et rectal, qui résultent du dédoublement de la cloison recto-vaginale, quand ils sont, l'un soulevé, l'autre abaissé, forment une surface quadrilatère, au fond de laquelle est le bord de la cloison laissé intact; latéralement, ces deux petits couvercles viennent prendre attache au niveau des par-

ties molles, épaisses, qu'il va falloir diviser en suivant les incisions cutanées en H pour achever l'avivement.

Il faut avoir grand soin, en plaçant le premier point de suture, de lui faire traverser les extrémités du sphincter, dont la place peut être reconnue avant l'avivement, grâce à une légère fossette dans la cicatrice. Cette suture est faite par Lawson Tait et Mundé au crin de Florence, par Sänger au fil d'argent (5 à 6 fils), comme s'il s'agissait de déchirure incomplète du périnée. Toutes les sutures aboutissent au périnée, aucune n'est nouée dans le vagin ni le rectum. Lawson Tait ne comprend pas la peau dans les sutures profondes. Mundé recommande de la traverser. Martin emploie, ici encore, la suture continue au catgut, à étages.

Insufflation d'iodoforme, pour tout pansement. Ablation des fils les septième et quatorzième jours.

Ce procédé actuel de Lawson Tait est essentiellement différent de celui qui avait été primitivement décrit et figuré, sous le nom de cet auteur, dans certains ouvrages[1].

Procédé de Lawson Tait modifié (Pozzi).

Procédé de Lawson Tait modifié (Pozzi). — J'emploie presque uniquement, aujourd'hui, pour les ruptures du périnée, incomplètes ou complètes, le procédé de dédoublement auquel Lawson Tait a attaché son nom, mais avec des modifications assez profondes, tant au point de vue du mode d'avivement que de la suture. Voici d'abord comment je procède pour les ruptures incomplètes : je fais une incision en U ou en H à jambages inférieurs très courts; la partie transversale de l'incision passe au milieu des restes du périnée; la partie verticale remonte de 2 ou 3 centimètres en avant, de chaque côté, et, si les parties molles sont très épaisses, se prolonge un peu en arrière, donnant ainsi la forme d'un H tronqué par le bas à l'incision demi-elliptique primitive (fig. 564). Pour faire aisément ces incisions, je tends la peau avec des pinces tire-balles préalablement fixées sur les limites latérales du champ opératoire. Je me sers de ciseaux droits, dont une branche seule est pointue, ou mieux encore de ciseaux coudés sur les bords (ciseaux de Roux) (fig. 552). Je dédouble ensuite la cloison recto-vaginale dans une hauteur variant de 2 à 3 centimètres, et de chaque côté je dissèque la face postérieure du vagin et la face antérieure du rectum de manière à constituer une plaie de la largeur de la paume de la main environ. Elle est parfois très saignante : on lie au catgut les artérioles et on se borne à comprimer les veines avec des tampons, car la suture suffira à les fermer.

[1] Edis. *Diseases of women*. Londres, 1882, p. 402. — Zweifel. *Die Krankh der äusseren weibl. Genitalien*, etc. (*Deutsche Chir.*, Lief. 61, 1885, p. 127)

Pendant toute cette dissection je me guide sur l'index gauche maintenu dans le rectum. En effet, il serait sans cela presque impossible d'éviter la blessure de l'intestin que je mobilise très haut lorsqu'il s'agit d'une rupture complète, de manière à pouvoir abaisser la déchirure rectale assez bas pour que toutes les sutures de celle-ci soient à l'extérieur. En allant avec précaution et en suivant bien la face antérieure du rectum, on ne fera de boutonnière ni dans celui-ci ni dans le vagin. Si cela arrivait, on la fermerait aussitôt par un point de suture perdue, au catgut, passé à la manière de Lauenstein.

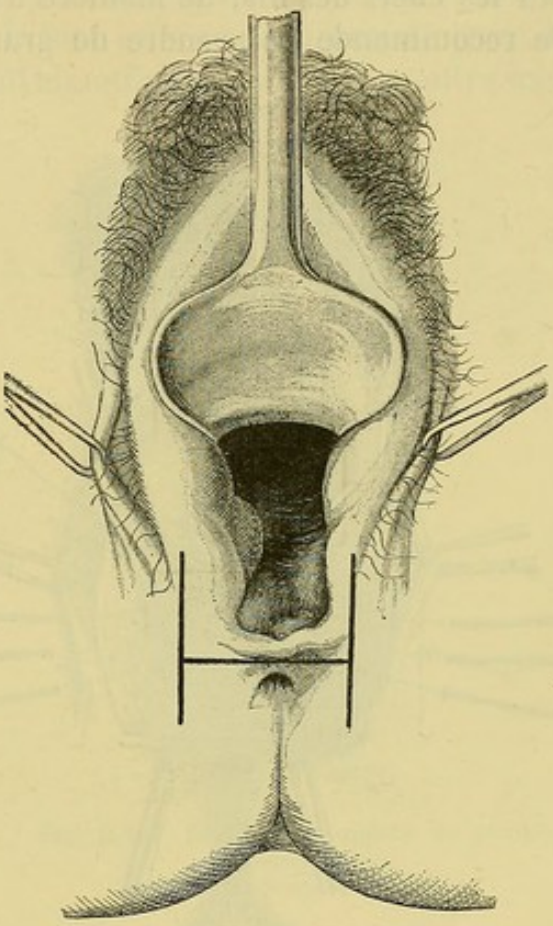


Fig. 564. — Déchirure incomplète du périnée. Procédé de Lawson Tait modifié (Pozzi). Tracé de l'incision.

Cette grande étendue du dédoublement et de l'abaissement du rectum dans le cas de rupture périnéale complète, constitue un des premiers points sur lesquels j'ai modifié le procédé de Lawson Tait. Je me sépare aussi de lui pour le mode de suture. Il importe que la coaptation soit très exacte, sans *espaces morts* pouvant donner lieu à l'accumulation de liquide et compromettre la réunion. J'atteins ce but en combinant une suture d'affrontement, réalisée par un surjet au catgut à plans superposés, et une suture de soutènement, constituée par des fils d'argent profonds. Je commence par passer ceux-ci. Une anse de soie sert à entraîner successivement trois anses de fil d'argent forts qui pénètrent et sortent à 1 demi-centimètre des bords de la plaie, après avoir cheminé sous toute l'étendue de l'avivement. Leur partie moyenne correspond à la partie la plus profonde du dédoublement au niveau et au voisinage du point où le rectum et le vagin sont séparés l'un de l'autre. Je passe ces fils au nombre de 2 ou de 3, soit avec une très grande aiguille de Hagedorn demi-courbe, soit avec une aiguille à manche (dite à tort aiguille d'Emmet). Une anse du fil est libre au côté droit de la plaie tandis que le chef double la dépasse à gauche (fig. 565). Avant de les serrer, il faut faire

la suture à plans superposés (au catgut) du fond de la plaie (fig 565), puis la suture de la peau avec un surjet spécial de catgut ou des points séparés de crin de Florence. Ce n'est qu'alors qu'on place un rouleau de gaze iodoformée dans l'anse du fil, d'un côté, et entre les chefs, de l'autre, et qu'on tord ces derniers après avoir opéré une certaine traction. J'ai l'habitude d'écraser un grain de plomb percé sur les chefs des fils, de manière à émousser leur pointe (fig. 566). Je recommande de prendre de grandes précautions en passant les

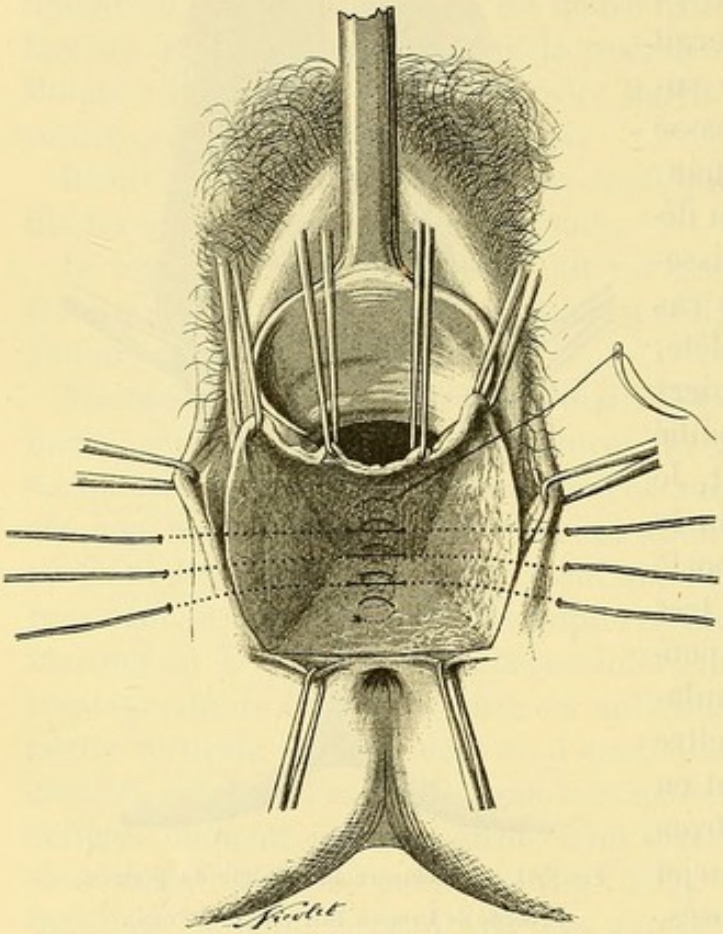


Fig. 565. — Déchirure du périnée.
Procédé de Lawson Tait modifié (Pozzi). Dédoublement achevé; fils profonds en place, surjet commencé.

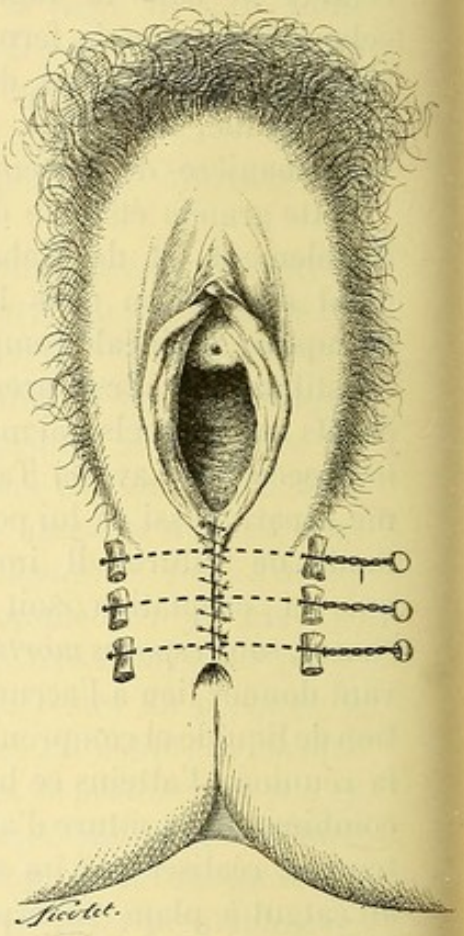


Fig 566. — Déchirure du périnée.
Procédé de Lawson Tait modifié (Pozzi). Sutures terminées. (Le trajet profond des fils d'argent est marqué par un pointillé.)

fils d'argent profonds; ils doivent cheminer sous toute la surface cruentée, très près de la surface et ne pas pénétrer dans le vagin ou le rectum; ils ne doivent même pas entamer la membrane musculeuse de l'intestin, sous peine de produire une ulcération qui amènerait l'infection de toute la plaie.

Je fais le pansement à la gaze iodoformée et à la poudre d'iodoforme mélangée de quatre parties de sous-nitrate de bismuth. Je retire les fils profonds le huitième ou le dixième jour seulement, à moins d'indication spéciale.

Procédé de Simpson.

Procédé de Simpson. — Au point de vue chronologique, on devrait décrire ce procédé avant celui de L. Tait, qu'il a précédé de beaucoup. Mais comme il a une importance moindre, je ne l'y rattacherai qu'en manière d'appendice. Il s'en rapproche par le mode d'avivement et en diffère tout à fait par la suture. J'en emprunte la description à Hart et Barbour[1].

Une première incision part de l'extrémité de la cloison (entre le rectum et le vagin), et, suivant la face interne de la grande lèvre de dedans en dehors (fig. 567), vient aboutir au point 1 : une autre inci-

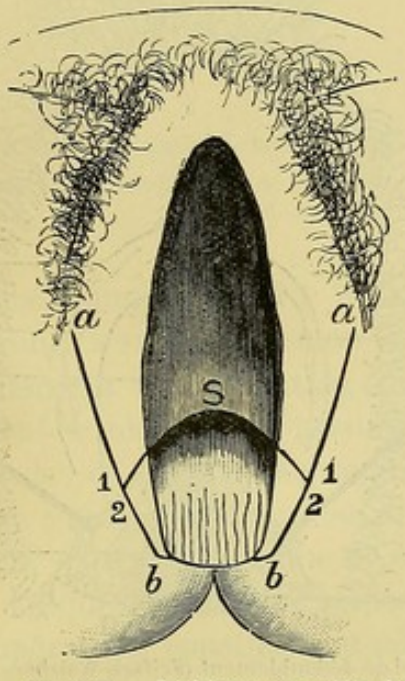


Fig. 567. — Déchirure complète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Simpson : Avivement.

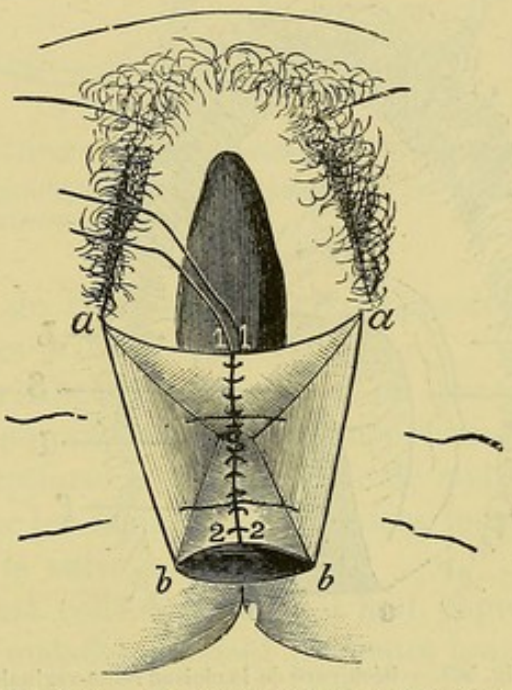


Fig. 568. — Déchirure complète du périnée. Périnéorrhaphie. Procédé de Simpson : Sutures.

sion est faite du point *a* parallèlement à l'orifice vulvaire, passant par l'extrémité externe de la première incision et s'arrête en *b*, à l'extrémité du sphincter déchiré. On opère de même de l'autre côté. Les deux lambeaux triangulaires ainsi formés sont disséqués (fig. 568). Le lambeau *a* 1 S est relevé au-devant du vagin de chaque côté, de telle sorte que les coins désignés par le chiffre 1 dans la première figure viennent se placer en 1, dans la seconde. Il en est de même des lambeaux *b* 2 S.

On suture les lambeaux vaginaux au fil d'argent ou à la soie, en ayant soin de nouer les fils sur la face vaginale des lambeaux ; les chefs des fils sont assez longs pour faire saillie en dehors du vagin. Du côté du rectum, il vaut mieux employer du catgut et couper les

[1] Hart et Barbour. *Manuel de gynéc.*, trad. franç., 1886, p. 600.

fils courts. Pour rapprocher ensuite la cavité saignante qui subsiste, on passe deux sutures périnéales profondes qu'on noue sur des plaques métalliques et on termine par des sutures superficielles.

Procédé de Fritsch.

Procédé de Fritsch[1]. — Ce procédé se rapproche encore davantage du procédé de Lawson Tait. Comme lui, il repose sur le principe du dédoublement des tissus, substitué à l'avivement, dans le but de ménager l'étoffe du vagin et du périnée, partiellement détruits, et d'éviter le plus possible la formation du nouveau tissu de cicatrice.

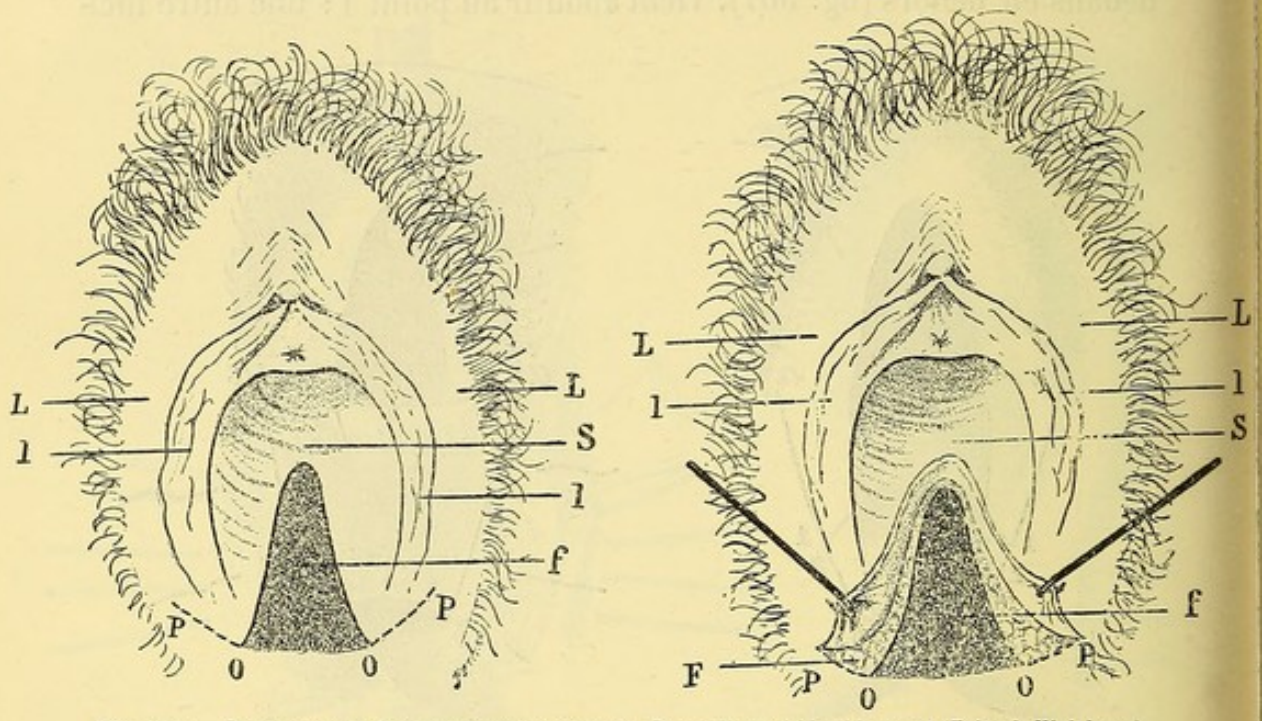


Fig. 569. — Déchirure de la cloison recto-vaginale. Procédé de dédoublement (Fritsch-Walzberg).

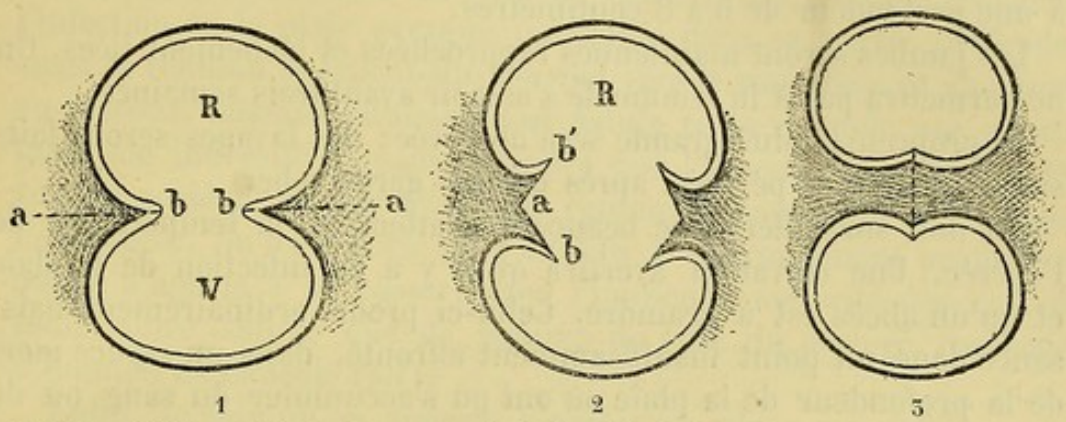
Dédoublement et suture de la cloison déchirée. S. cloison recto-vaginale; f. fente ou déchirure de cette cloison; L. grande lèvre; l. petite lèvre; P. périnée; F. portion rectale du lambeau dédoublé.

Fritsch se borne à détacher le rectum du vagin, dans les ruptures incomplètes, et, dans les ruptures complètes, il ajoute une incision latérale pour rechercher les extrémités rétractées du sphincter; il les réunit par le passage d'un fil provisoire qui sert, pendant la durée de l'opération, à restituer la forme de l'orifice pour permettre de procéder régulièrement à la réunion. Il suture ensuite la muqueuse rectale par des points séparés au catgut, placés par le vagin et noués au fond de la plaie (sutures perdues à points séparés de Werth, voir p. 57). Ces sutures ne doivent pas pénétrer dans le rectum, afin d'éviter l'infection de la plaie le long des fils, selon le précepte de Lauenstein. Mêmes sutures perdues dans la plaie, fermant le vagin, sans y pénétrer. On n'a plus alors qu'à suturer

[1] Fritsch. *Die Krankheiten der Frauen*, 3e édit., 1886. — *Ueber Perineoplastik* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 30, p. 473)

la plaie périnéale par une série de sutures perdues à étages superposés, procédé que Fritsch préfère à la suture continue à étages.

Si la déchirure de la cloison remonte très haut, il peut être néces-



1 2 3

Fig. 570. — Déchirure de la cloison recto-vaginale. Procédé de dédoublement (Fritsch-Walzberg).
Dédoublement et suture de la cloison déchirée (Schéma). R. rectum ; V. vagin ; a b b'. incision.
1. incision. 2. dédoublement. 3. réunion.

saire, comme l'a fait Walzberg[1], de la dédoubler et de procéder ensuite à sa suture, selon les mêmes principes (fig. 570).

Soins consécutifs à la périnéorrhaphie. — Le pansement se réduit à de grands soins de propreté et à des applications locales de gaze antiseptique ou aseptique. Il est préférable de mettre une sonde à demeure ou de sonder les malades les premiers jours, pour éviter que l'urine ne souille la vulve.

Soins consécutifs à la périnéorrhaphie.

La question la plus importante est celle de savoir s'il faut, après l'opération, constiper ou non les malades pendant plusieurs jours. Il est certain que le contact des matières fécales peut infecter la suture, surtout si les fils traversent la muqueuse rectale, comme dans certains des procédés que j'ai décrits : mais, d'autre part, le passage tardif de matières endurcies peut la faire céder. A la vérité, on tend de plus en plus à s'abstenir de sutures du côté de l'intestin, ce qui évite la contamination de la plaie par la défécation. Enfin, la constipation ne présente pas seulement un danger mécanique à brève échéance; elle est nuisible par le trouble qu'elle apporte à la nutrition générale, et elle entrave ainsi indirectement le travail plastique. Le mieux est, je crois, de maintenir les opérées à la diète lactée, durant la première semaine et de leur administrer un léger purgatif vers le cinquième jour. Dès qu'une ou deux selles auront été obtenues, on cessera toute purgation, et si l'effet simplement laxatif était dépassé, on administrerait même de l'opium. De nouvelles évacuations seront provoquées, quatre jours après.

[1] Walzberg. *Ueber Dammbildung vermittelst Spaltung des Septum bei durchgehender Zerreissung des Dammes* (*Arch. f. klin. Chir.*, 1888, Bd. XXXVII, p. 841).

Dans les premiers temps qui suivent l'opération, la malade est parfois tourmentée par des gaz. On introduira alors dans l'anus, plusieurs fois par jour, avec précaution, une sonde molle en gomme, à une profondeur de 6 à 8 centimètres.

Les jambes seront maintenues rapprochées et lâchement liées. On ne permettra pas à la femme de s'asseoir avant trois semaines.

La propreté la plus grande sera observée; des lavages seront faits sur la vulve et le périnée, après chaque garde-robe.

On doit surveiller avec beaucoup d'attention la température de l'opérée. Une élévation avertira qu'il y a eu infection de la plaie et qu'un abcès est à craindre. Celui-ci prend ordinairement naissance dans un point insuffisamment affronté, dans un *espace mort* de la profondeur de la plaie où ont pu s'accumuler du sang ou de la sérosité qui ont fourni un milieu de culture aux microbes, introduits durant une opération insuffisamment aseptique ou venus le long des sutures. La région devient alors douloureuse, tendue; les fils s'enfoncent dans les tissus œdématiés et les sectionnent. Si l'on ne les enlève pas rapidement, l'inflammation devient plus intense et amène d'elle-même la désunion totale. Parfois, en ôtant un ou deux fils de suture au moment opportun, on peut circonscrire le travail inflammatoire et n'observer qu'une désunion partielle. Si c'est du côté du périnée qu'une partie seulement de la réunion primitive a manqué, elle ne tarde généralement pas à se compléter secondairement. Si c'est vers la cloison recto-vaginale, il faut craindre l'établissement d'une fistule. Très petite, cette perforation recto-vaginale peut s'oblitérer par bourgeonnement, à l'aide de quelques cautérisations; plus étendue, elle restera permanente et nécessitera une nouvelle opération qu'on ne pourra guère tenter qu'un mois après la périnéorrhaphie. Le signe pathognomonique de cette désunion profonde est l'incontinence pour les gaz de nouveau accusée par la malade.

En général, on enlèvera les sutures périnéales de fil d'argent, de soie ou de crin de Florence, dès qu'elles commencent à couper ou à irriter les tissus, vers le dixième ou douzième jour : on tardera davantage s'il n'y a pas de signe d'irritation locale, surtout s'il s'agit de fils d'argent. Les sutures vaginales sont enlevées les dernières. Inutile de s'inquiéter des sutures au catgut.

La malade ne devra marcher qu'au bout de deux mois; les rapports sexuels seront interdits durant six mois.

Pronostic et résultats de la périnéorrhaphie.

Pronostic et résultats de la périnéorrhaphie. — Actuellement, la périnéorrhaphie n'est pas une opération grave. Il n'y a à craindre ni hémorrhagie notable, ni septicémie. Les cas de cette dernière complication qui ont été rapportés sont tous, à de rares exceptions près, de date fort ancienne.

Les résultats sont aussi bien plus complets, depuis qu'on n'a plus guère à craindre la suppuration. Jadis, l'absence d'antisepsie, la multiplicité des sutures du côté du vagin et du rectum, rendaient l'infection de la plaie presque inévitable dans sa partie profonde; aussi la réunion se faisait-elle souvent vers la superficie et manquait au-dessous, laissant subsister une fistule recto-vaginale qui constituait une infirmité à peine moindre que l'absence du périnée. On voit cet accident arriver bien plus rarement, depuis qu'on pratique l'antisepsie, qu'on apporte plus de soin à l'affrontement profond et qu'on a appris à se passer, dans l'immense majorité des cas, de toute autre suture que de sutures du côté du périnée (procédés d'Emmet, de Lawson Tait).

Enfin, le soin qu'on apporte à réunir les plans musculaires profonds, à rapprocher les bouts du sphincter divisé, rend compte de l'amélioration des résultats obtenus au point de vue des fonctions de l'intestin. On voyait assez souvent, autrefois, des femmes chez lesquelles le périnée était, en apparence, entièrement réparé, être incapables cependant de retenir ni gaz ni matières liquides.

Des faits très nombreux prouvent que l'accouchement peut s'opérer sans rupture nouvelle du périnée, même lorsque le chirurgien a diminué la vulve dans de très grandes proportions On devra, toutefois, se tenir en garde contre un rétrécissement excessif de cet orifice, qui constitue une faute opératoire.

Choix du procédé.

Choix du procédé. — Chacun des procédés qui ont été décrits a donné des résultats satisfaisants. On peut donc dire qu'ils sont tous bons. Pourtant, toutes choses égales d'ailleurs, il est évident que la préférence sera donnée à celui qui présentera le plus de simplicité et de rapidité d'exécution.

Pour ma part, j'ai obtenu constamment de très beaux résultats du procédé de dédoublement de Lawson Tait avec les modifications que je lui ai apportées. Je l'emploie donc presque à l'exclusion de tout autre. Cependant, dans les cas de rupture incomplète sans grand relâchement, je recommande aussi le procédé de Hegar, et dans le cas de relâchement sans grande déchirure, le nouveau procédé d'Emmet. Si ces deux lésions sont combinées, et surtout dans le cas de déchirure complète, le procédé de dédoublement tel que je l'ai décrit, me paraît infiniment supérieur.

Le plus souvent, la périnéorrhaphie doit être précédée d'un curettage utérin et d'une opération sur le col, nécessités par la métrite concomitante.

CHAPITRE II

INFLAMMATION, ŒDÈME, GANGRÈNE, ÉRYSIPÈLE, ECZÉMA, HERPÈS DE LA VULVE.

Inflammation de la vulve ou vulvite.

Anatomie pathologique. — Symptômes. — Diagnostic. — Étiologie. — Traitement.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — La vulve est formée de parties très distinctes, au point de vue de l'anatomie générale; elle comprend des replis cutanés : les grandes lèvres; des replis muqueux : les petites lèvres et l'hymen; elle présente enfin l'orifice de canaux : le méat urinaire et l'embouchure des conduits des glandes de Bartholin.

L'inflammation de ces diverses parties revêt des caractères très différents. On a voulu indiquer la principale de ces divisions, en distinguant une **vulvite sébacée,** localisée au tégument, et une **vulvite muqueuse.** Mais, le plus souvent, toutes les parties constituantes de la région sont atteintes par l'inflammation diffuse. Ce sont spécialement, à la vérité, les glandes de la peau, sébacées et sudoripares (Verneuil), qui sont le point de départ des pustules d'acné ou des abcès furonculeux qui siègent sur les grandes lèvres. D'autre part, l'embouchure des canaux excréteurs des glandes de Bartholin, les cryptes muqueuses qu'on observe au pourtour de l'orifice uréthral et que Skene a décrits comme des glandes, cet orifice lui-même, sont les principaux foyers de l'inflammation du côté de la muqueuse.

L'adénite inguinale est une conséquence fréquente de la vulvite cutanée. Elle arrive très rarement, en dehors de l'état puerpéral, à provoquer la suppuration du tissu cellulaire lâche des grandes lèvres, mais les glandes de Bartholin sont assez facilement envahies.

Symptômes.

Symptômes. — Une douleur locale vive, exaspérée par la marche, par le contact de l'urine, est le premier phénomène qui frappe les malades. Un écoulement plus ou moins abondant et parfois fétide baigne la région, irrite la face interne des cuisses et, chez les

enfants, la rainure interfessière. Des érosions peuvent s'y joindre, et leur fond grisâtre, l'engorgement ganglionnaire simulent une lésion syphilitique. La muqueuse des petites lèvres, de la fourchette et du vestibule, est rouge et boursouflée; du pus grumeleux, mélangé de smegma, s'amasse entre les petites et les grandes lèvres. Sur la peau de ces dernières, œdématiées, on aperçoit de très petites pustules qui siègent à la base des poils; les plus volumineuses ressemblent à des furoncles; des abcès circonscrits peuvent en résulter.

Huguier[1] a décrit la forme cutanée de l'affection, sous le nom de **folliculite vulvaire**, il lui reconnaît trois périodes : une d'éruption, une de suppuration, et une de déclin. La terminaison peut aussi se faire, exceptionnellement, par induration; la forme particulière de la petite tumeur qui résulte de cette évolution ressemble beaucoup à l'acné sébacée; c'est l'**acné varioliforme** de Bazin, ou l'**exdermoptosis vulvaire** de Huguier. Ces petits boutons ainsi formés, du volume d'un grain de chènevis, sont indurés, sans cercle inflammatoire; dans leur intervalle la peau est complètement saine[2].

L'intensité de l'inflammation est variable. Quand elle est très vive, elle peut provoquer de la fièvre; il y a alors ordinairement complication de lymphangite et adénite inguinale suppurée. C'est, vraisemblablement, à la lymphangite qu'il faut toujours attribuer la suppuration de la grande lèvre, ou **vulvite phlegmoneuse**. On l'observe rarement. L'inflammation de l'orifice de l'urèthre provoque de la dysurie. Si la glande de Bartholin s'enflamme, on en est averti par la tumeur qu'elle forme et par le pus qui sort, à la pression, de son conduit excréteur.

Diagnostic. — Il est facile de reconnaître la vulvite, mais le point important est d'en déterminer exactement les **complications** du côté de l'urèthre et des glandes vulvo-vaginales, ou du vagin. Diagnostic.

Le **diagnostic étiologique** offre aussi une grande difficulté dans certains cas. On ne doit pas oublier que, chez les enfants lymphatiques et dépourvus de soins hygiéniques, un catarrhe vulvaire très intense peut survenir spontanément, sans contagion, par la simple décomposition du smegma, et amener des érosions ou même des exulcérations. On ne se hâtera donc pas de conclure, sans autres preuves, dans un examen médico-légal, au viol ou à la contagion. Le phlegmon de la grande lèvre se distingue de l'**abcès de la glande de Bartholin** par le siège de la tuméfaction et de la fluctuation à la partie externe ou cutanée de ce repli.

[1] P.-C. Huguier. *Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme* (*Mém. de l'Acad.*, 1850, t. XV, p. 527).

[2] Gallard. *Leçons clin. sur les maladies des femmes*, 1879, p. 335.

Étiologie. **Étiologie.** — De toutes les causes de vulvite, la plus fréquente est assurément la **contagion gonorrhéique**. Celle-ci est responsable même dans des cas nombreux où l'on hésite à l'incriminer, par exemple, dans les épidémies de vulvite et de vulvo-vaginite qu'on observe chez les enfants agglomérés dans une même famille (épidémies de maison), dans une pension ou dans un hôpital. Je renvoie, pour plus de détails sur ce point, au chapitre des *Vaginites*. Il n'est pas douteux, d'autre part, qu'indépendamment du gonococcus, le développement de microbes saprogènes, chez des enfants et des femmes mal tenus, puisse arriver à provoquer des vulvites qu'on pourrait appeler **sordides**. Les petites filles lymphatiques et les femmes obèses, particulièrement dans la classe pauvre, y sont, de ce fait, particulièrement prédisposées. Chez les enfants, les **oxyures** venus du rectum peuvent jouer un certain rôle.

Dans les cas de fistules vésico-vaginales, le contact incessant de l'urine irrite la vulve, ainsi que la face interne des cuisses; mais l'irritation chronique qu'elle entretient a quelque chose de spécial, ne provoque pas de sécrétion et se rapproche plutôt de l'érythème chronique que de la vulvite.

Traitement. **Traitement.** — Dans la période aiguë, on recommandera des bains, des lotions abondantes à l'eau boriquée ou à l'eau blanche, une extrême propreté et le repos. Pour peu que l'on soupçonne la nature blennorrhagique de l'affection, on fera, bientôt après, des badigeonnages vulvaires avec une solution faible (1/50e) de nitrate d'argent. La douleur en est considérablement diminuée, et c'est un excellent antiseptique. Des lotions et injections au sublimé (1/5000e) seront aussi prescrites. On saupoudrera la vulve de poudre de talc additionnée d'un dixième de poudre d'iodoforme. Si l'orifice de la glande vulvo-vaginale est enflammé, on le cautérisera avec le crayon de nitrate d'argent, après l'avoir agrandi avec le petit couteau de Weber qui sert au débridement des points lacrymaux. Si les cryptes péri-uréthrales semblent être le refuge du catarrhe, on tâchera d'y faire pénétrer une fine pointe rougie, ou l'on pratiquera simplement à leur niveau l'ignipuncture.

Les abcès et bubons seront rapidement ouverts.

Œdème et gangrène de la vulve.

Œdème. L'**œdème** localisé à la vulve s'observe parfois, durant la grossesse, à cause de la gêne de la circulation du petit bassin et de la présence de varices des veines honteuses externes.

Dans l'**état puerpéral** peu après l'accouchement, si l'on observe

l'œdème d'un seul côté de la vulve, il est un sûr indice d'une infection locale, et l'on découvre, dans le vagin, une déchirure, une eschare ou un phlegmon.

Dans l'**anasarque généralisée**, les grandes lèvres, dont le tissu sous-cutané est lâche et lamellaire, se gonflent à l'extrême; la miction et le cathétérisme peuvent devenir très difficiles. Des éraillures spontanées ou de petites ouvertures faites intentionnellement à la peau donnent alors issue à la sérosité, mais sont souvent aussi le point de départ d'un érysipèle.

Dans les **lésions syphilitiques** de la vulve, et spécialement dans le chancre infectant, on observe parfois un œdème dur, tout particu-

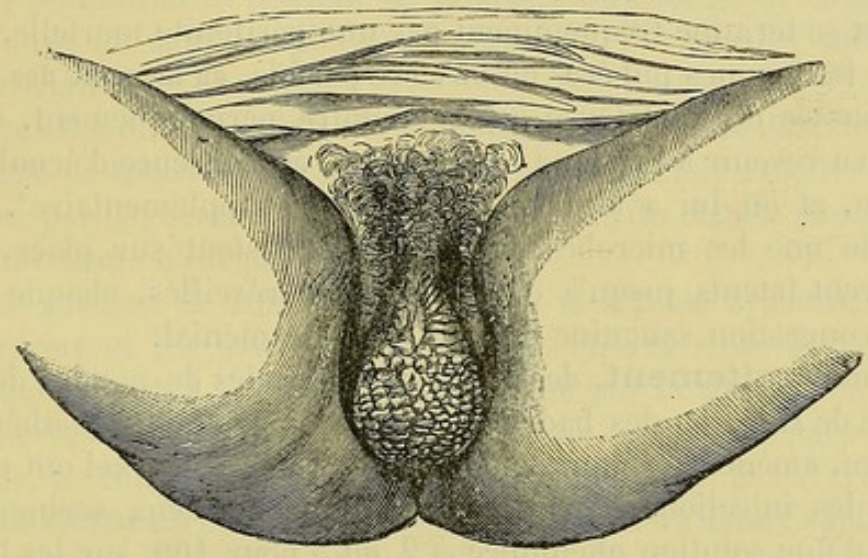


Fig. 571. — Œdème dur hypertrophique de la petite lèvre gauche, consécutif à une lésion syphilitique (Mac Clintock).

lier, qui attire souvent l'attention des malades bien plus que le chancre lui-même, qu'elles considèrent comme une écorchure sans importance. Cet œdème, qui survit très longtemps à la guérison de l'ulcération, siège surtout sur les petites lèvres et le capuchon du clitoris, qu'il transforme en un tissu scléreux, hypertrophié, d'apparence éléphantiasique. J'ai dû, dans un cas de ce genre, exciser une véritable tumeur qui datait de plusieurs mois et n'avait pas été modifiée par le traitement interne. C'est, probablement, à des faits de ce genre que se rapportent en partie les hypertrophies syphilitiques de la vulve (fig. 571), décrites par Mac Clintock[1].

La **gangrène** de la vulve peut être causée par le traumatisme de l'accouchement, lorsqu'à cette cause locale vient se joindre l'influence d'une affection générale, de la fièvre puerpérale[2]. Gangrène.

[1] Voir Barnes. *Traité clin. des maladies des femmes*, trad. franç., 1866, p. 746.

[2] Veillard. *Épidémie de gangrène des organes génitaux chez les nouvelles accouchées.* Thèse de Paris, 1873.

Les autres septicémies peuvent avoir le même résultat : typhus, rougeole, scarlatine, variole, etc.

Chez les enfants débiles et scrofuleux, la gangrène de la vulve survient comme le noma de la bouche; elle peut aussi être épidémique et mortelle.

Le **traitement** aura pour but d'assurer l'antisepsie du vagin et d'en isoler les parois pour éviter la formation d'adhérences.

Érysipèle de la vulve.

Érysipèle.

L'**érysipèle primitif** de la vulve se montre assez souvent chez le **nouveau-né**, de même qu'au niveau du cordon ombilical; il est très grave et se termine fréquemment par une péritonite mortelle.

Chez les femmes pubères on observe parfois, **au moment des règles**, une poussée érysipélateuse qui se montre périodiquement. On l'a même vu revenir à l'époque menstruelle, en l'absence d'écoulement sanguin, et on lui a attribué un caractère supplémentaire[1]. Il est probable que les microbes pathogènes persistent sur place, mais demeurent latents jusqu'à ce qu'ils soient réveillés, chaque mois, par la congestion sanguine du molimen cataménial.

Comme **traitement**, des applications locales de poudre de talc, d'oxyde de zinc, ou des badigeonnages avec la teinture éthérée de camphre, amènent quelque soulagement. Hüter et Bœckel ont recommandé les injections hypodermiques d'une ou deux seringues de Pravaz d'une solution phéniquée à 2 ou 3 pour 100, sur les limites de la plaque érysipélateuse, renouvelées matin et soir. Lücke a prescrit des frictions avec la térébenthine[2].

Eczéma de la vulve.

Eczéma.

Cet **exanthème** peut se présenter sur les grandes lèvres et le mont de Vénus avec le caractère aigu ou chronique.

Dans la **forme aiguë** le début est brusque, et se manifeste par une sensation de **brûlure**, bientôt suivie de tuméfaction et de coloration rouge intense. De petites **vésicules** transparentes, du volume d'une tête d'épingle, parsèment la peau, mais elles sont parfois difficiles à distinguer, parce qu'elles ont été crevées par le grattage; on doit, pour les découvrir, regarder la peau obliquement au moyen de l'éclairage latéral. Il y a souvent un peu d'embarras gastrique et de **fièvre catarrhale**. Ces éruptions se produisent, de préférence, au prin-

[1] J. Rouvier, de Marseille. *Quelques phénomènes supplémentaires des règles* (*Ann. de Gyn.*, 1879, t. XII, p. 120).

[2] Voir Zweifel. *Die Krankh. der aüsseren weibl. Genitalien*, 1885, p. 50

temps, chez les arthritiques. Au bout d'une quinzaine de jours la poussée aiguë est terminée, mais la maladie peut passer à l'état chronique.

L'**eczéma chronique** affecte le plus souvent la forme d'*eczéma rubrum* (Hebra). Tandis que, dans la forme aiguë, les grandes lèvres seules sont ordinairement atteintes, ici le mal peut s'étendre au mont de Vénus, aux faces interne et supérieure des cuisses, au périnée et à l'anus. Les lèvres sont gonflées, la vulve est maintenue béante, et, comme elle est baignée de muco-pus, on peut croire, à première vue, à l'existence d'une vulvite blennorrhagique. Il existe des démangeaisons et une sensation de brûlure insupportables. Des fissures douloureuses peuvent se produire du côté de la fourchette et de l'anus ou dans les plis génito-cruraux. Des croûtes succèdent aux excoriations.

D'après Hebra, dans plus de la moitié des cas, cette affection s'accompagne de **troubles de la menstruation** ; le même fait a été noté pour l'herpès, par Lagneau. On a signalé l'influence du **diabète sucré** ; celle de l'arthritisme n'est pas douteuse.

On se gardera de confondre avec des **ulcérations syphilitiques** les excoriations et les fissures qui peuvent être la suite de l'eczéma chronique. Quant à l'**herpès**, il se distingue par la disposition agminée des vésicules plus grosses ; le derme est plus épaissi dans l'eczéma. Le simple **prurit vulvaire** ne s'accompagne pas d'éruption.

Le **traitement** dans la période aiguë consistera dans l'application de cataplasmes de fécule, et dans l'emploi fréquent de laxatifs. On prescrira un régime doux, excluant les épices et la charcuterie. Dans les cas chroniques, on emploiera avec avantage les lavages de solution sublimée à 1/1000 et les onctions avec une pommade contenant 2 grammes d'oxyde de zinc et 1 gramme d'iodoforme pour 30 grammes de lanoline. On ne négligera pas le traitement général de la diathèse arthritique ou scrofuleuse, ou du diabète.

Herpès de la vulve.

Symptômes ; forme discrète et confluente. — Diagnostic avec plaques muqueuses, chancre syphilitique, chancre simple et syphilides. — Traitement.

Symptômes. — Cette affection est caractérisée par de petites **vésicules** transparentes, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille, réunies par groupes, tantôt peu nombreux, tantôt multiples, ce qui a fait distinguer une forme **discrète** et une forme **confluente**. Une forme plus rare encore est l'herpès **solitaire** (Fournier)

Symptômes. Forme discrète. Forme confluente.

qui est constitué par une érosion unique présentant parfois une assez grande étendue, et résultant de l'excoriation d'un groupe unique de vésicules.

L'herpès cause toujours, au début de son apparition, des **démangeaisons**, une sensation caractéristique de chaleur et de cuisson.

On observe d'abord une rougeur diffuse ou en plaques, qui se recouvre ensuite de vésicules agminées, formant une sorte d'archipel. Plusieurs îlots rapprochés se fusionnent parfois en une grande bulle pemphigoïde. Quand la vésicule est crevée, il reste une vésication du derme qui est rouge vif ou blanchâtre, comme recouvert d'une pseudo-membrane; les bords de cette ulcération sont festonnés; elle est recouverte par une croûte, sous laquelle la cicatrisation se fait en 9 ou 15 jours. Quand elle tombe, la peau, rosée et turgescente, ressemble parfois à une papule syphilitique. Les **ganglions inguinaux** sont fréquemment engorgés, mais suppurent rarement. Ils sont douloureux, ce qui distingue cette adénite subaiguë de l'adénopathie syphilitique.

Un **embarras gastrique** fébrile accompagne ordinairement l'herpès confluent. C'est surtout un à deux jours avant les règles qu'on voit apparaître l'éruption. Chez certaines femmes, elle se reproduit ainsi périodiquement (**bouton de règles**); elle se montre aussi très souvent pendant la grossesse. La congestion des organes génitaux est donc évidemment une cause prédisposante.

Toute irritation de la vulve peut amener un **herpès accidentel** : infection blennorrhagique, syphilitique, négligence des soins hygiéniques; l'herpès peut aussi être **constitutionnel**, selon le langage classique, c'est-à-dire être amené par la moindre irritation locale chez les individus arthritiques et dartreux, ou *herpétiques*.

Diagnostic avec : Plaques muqueuses; Chancre syphilitique.

Diagnostic. — Fournier a mis en garde contre la confusion entre le **chancre** et l'herpès solitaire, entre les **plaques muqueuses** et les ulcérations qui succèdent à un herpès discret ou confluent. Le **chancre syphilitique** présente plutôt le caractère d'une érosion que d'une ulcération, il ne présente pas de dépression, mais plutôt, parfois, une légère saillie; sa surface est lisse, vernissée, rouge foncé. Quelquefois, pourtant, son centre se creuse légèrement; c'est ce qu'on a appelé la *forme ulcéreuse*. Mais, dans la *forme érosive*, la lésion principale semble constituée non par la perte de substance, insignifiante, mais par une petite plaque indurée, parcheminée ou foliacée, qu'on ne reconnaît qu'en saisissant un pli de téguments entre le pouce et l'index, à une certaine distance de la lésion, et parallèlement à sa surface. L'engorgement ganglionnaire indolent, en forme de *pléiade*, est caractéristique. Il n'y a ni cuisson, ni démangeaison dans le chancre. L'évolution typique des lésions her-

pétiques en 8 ou 15 jours, pour le même groupe, la coexistence d'autres symptômes caractéristiques dans la syphilis, sont aussi d'un grand secours. Mais il faut savoir que, dans certains cas, le diagnostic peut rester longtemps douteux. Le **chancre simple** pourrait être confondu avec la forme confluente de l'herpès. En effet, cette lésion est toujours multiple; mais la physionomie des ulcérations chancreuses est très différente des exulcérations qui succèdent aux vésicules d'herpès. Le fond en est inégal, anfractueux, jaunâtre; les bords sont taillés à pic, décollés; la suppuration est épaisse et assez abondante. Il y a très fréquemment de l'adénite suppurée, ou bubon. L'inoculation donnerait un résultat positif; mais il vaut mieux ne pas avoir recours à ce moyen de diagnostic qui peut donner lieu à des accidents. Chancre simple.

Les **syphilides** de la vulve, qui se présentent sous les formes *papuleuse*, *érosive* et *ulcéreuse*, sont disséminées, généralement, en beaucoup plus grande abondance et sur une surface bien plus étendue que les lésions de l'herpès. On ne les confondra pas : la forme érosive seule ne présente aucun caractère propre, et ne peut être distinguée que par les autres signes de l'infection syphilitique; la forme ulcéreuse consiste en ulcérations d'aspect circiné, en croissant, et coexiste avec des plaques muqueuses en d'autres régions, la bouche, la marge de l'anus, les espaces interdigitaux des orteils et d'autres lésions syphilitiques. La forme papuleuse représente un plateau aplati, rond ou ovale, rouge cuivré, à surface sèche ou exulcérée (forme *papulo-érosive* de Fournier). On voit combien une pareille lésion diffère de l'herpès; elle est, du reste, rarement localisée à la région vulvaire, mais disséminée sur tout le corps. Syphilides.

L'herpès de la vulve n'a pu être inoculé[1].

Le **traitement** a pour but, au début, surtout dans la forme confluente, de calmer les douleurs par des bains tièdes prolongés, des cataplasmes de fécule; les ulcérations seront saupoudrées d'un mélange à parties égales de poudre d'oxyde de zinc, de sous-nitrate de bismuth et d'iodoforme; si la cicatrisation tardait, on pourrait aussi les toucher avec une solution au 1/50e de nitrate d'argent. On traitera en même temps l'état général, pour éviter le retour de la lésion qui dépend surtout de la prédisposition diathésique. Traitement.

[1] Bruneau. *Étude sur les éruptions herpétiques qui se font sur les organes génitaux de la femme.* Thèse de Paris, 1880.

CHAPITRE III

ESTHIOMÈNE DE LA VULVE

Définition. — Anatomie pathologique. — Symptômes. Forme ulcéreuse; forme hypertrophique. — Diagnostic. — Pronostic. — Étiologie. — Traitement.

Définition.

Définition. — Le nom d'**esthioméne** (de ἐσθιειν, ronger) ou de *lupus de la vulve* a gardé, depuis Huguier, qui a le premier distingué cette affection[1], une signification purement clinique. Il a été appliqué, sans doute, à des lésions de nature variable, offrant pour caractère commun la tendance à l'hypertrophie, en même temps qu'à l'ulcération lente et progressivement destructive de la région vulvaire, dépourvue des allures envahissantes du cancer pour les ganglions et les parties voisines. On a justement assimilé cette lésion, dans certaines variétés, à celle du lupus de la face, pour son aspect extérieur et pour sa marche. Actuellement, la démonstration de la nature tuberculeuse de la lésion, faite pour le lupus de la face, semble aussi démontrée pour l'esthiomène de la vulve.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Toute ulcération à marche lente et accompagnée d'hypertrophie de ses bords ayant été ainsi qualifiée, il n'est pas étonnant que les altérations histologiques les plus diverses aient été rencontrées. On a trouvé, tour à tour, des altérations comparables à celles de l'éléphantiasis (Renaut) et de l'épithélioma tubulé (Cornil)[2], du *syphilome de Wagner* ou de la tumeur gommeuse aux différents stades de nodulation, d'ulcération et de sclérose (Paul Petit)[3]. D'autres fois, toutes les lésions se sont bornées à une inflammation du derme, à une infiltration du tissu conjonctif par des éléments embryonnaires, principalement autour des vaisseaux dilatés[4] (fig. 573 et 574).

Dans un cas que j'ai observé le microscope a permis de déceler

[1] Huguier. *De l'esthiomène de la vulve et du périnée* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1849, t. XIV, p. 507).

[2] Cornil. *Arch. de tocol.*, 1874, t. I, p. 412 et *Bull. de la Soc. anat.*, 1874, p. 231.

[3] P. Petit. *Arch. d'Obstét. et de Gyn.*, 1889, t. IV, p. 6.

[4] Leroy des Barres. *Bull. de la Soc. anat.*, janv. 1870, p. 72. (Examen histologique fait par Cornil.) — J. Matthews Duncan. *On the ulceration or lupus of the female generative organs*, etc. (*Transact. obstet. Soc.*, Londres, 1885, t. XXVII, p. 139 et 250. Examen histologique fait par Thin.)

des noyaux tuberculeux avec des cellules géantes (fig. 573 et 575). Martin et Nicolle[1], dans un cas d'esthiomène à forme hypertrophique, au milieu d'un tissu d'œdème chronique constituant presque la totalité du néoplasme, ont trouvé des amas tuberculeux et ont même pu colorer quelques rares bacilles de Koch.

Symptômes. — On peut reconnaître deux types cliniques, selon que prédomine l'ulcération ou l'hypertrophie. Symptômes.

1° **Forme ulcéreuse.** — On en a complaisamment décrit diverses Forme ulcéreuse

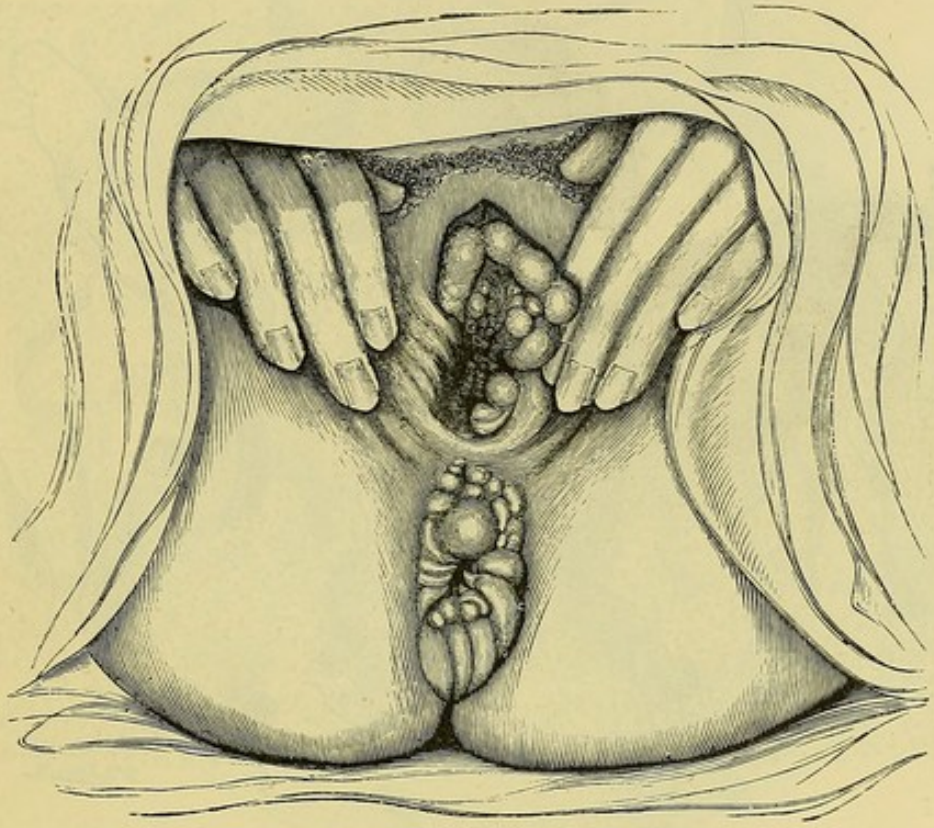


Fig. 572. — Esthiomène de la vulve (Mac Clintock).

variétés : l'**esthiomène érythémateux** est l'ulcération très superficielle colorée en rouge livide, comme le lupus de ce nom à la face ; l'**esthiomène tuberculeux** est constitué par des mamelons d'hypertrophie disséminée qui soulèvent le fond de l'ulcère. Celui-ci a des bords taillés en biseau, une coloration blafarde ou violacée. Un de ses caractères les plus importants est la facilité avec laquelle la cicatrisation se fait spontanément d'un côté, tandis que l'ulcération progresse de l'autre ; ce travail réparateur peut se produire et se détruire ainsi, au même endroit, plusieurs fois de suite. L'ulcère est dit **serpigineux**, quand il pousse des prolongements lointains et sinueux vers le vestibule, **perforant**, quand il creuse des fossettes profondes.

[1] A. Martin. *De l'esthiomène* (*La Normandie médicale*, 1895, p. 33).

L'écoulement qui provient des ulcérations est peu abondant.

Des perforations profondes et des **fistules** du côté du rectum, de la vessie, peuvent se produire. Une cicatrisation partielle des ulcérations a provoqué un **rétrécissement** du méat urinaire ou de l'anus.

Forme hypertrophique.

2° **Forme hypertrophique.** — L'hypertrophie, qui rarement manque tout à fait, même dans la forme précédente, prend ici des proportions très grandes; les petites lèvres, le capuchon du clitoris, dou-

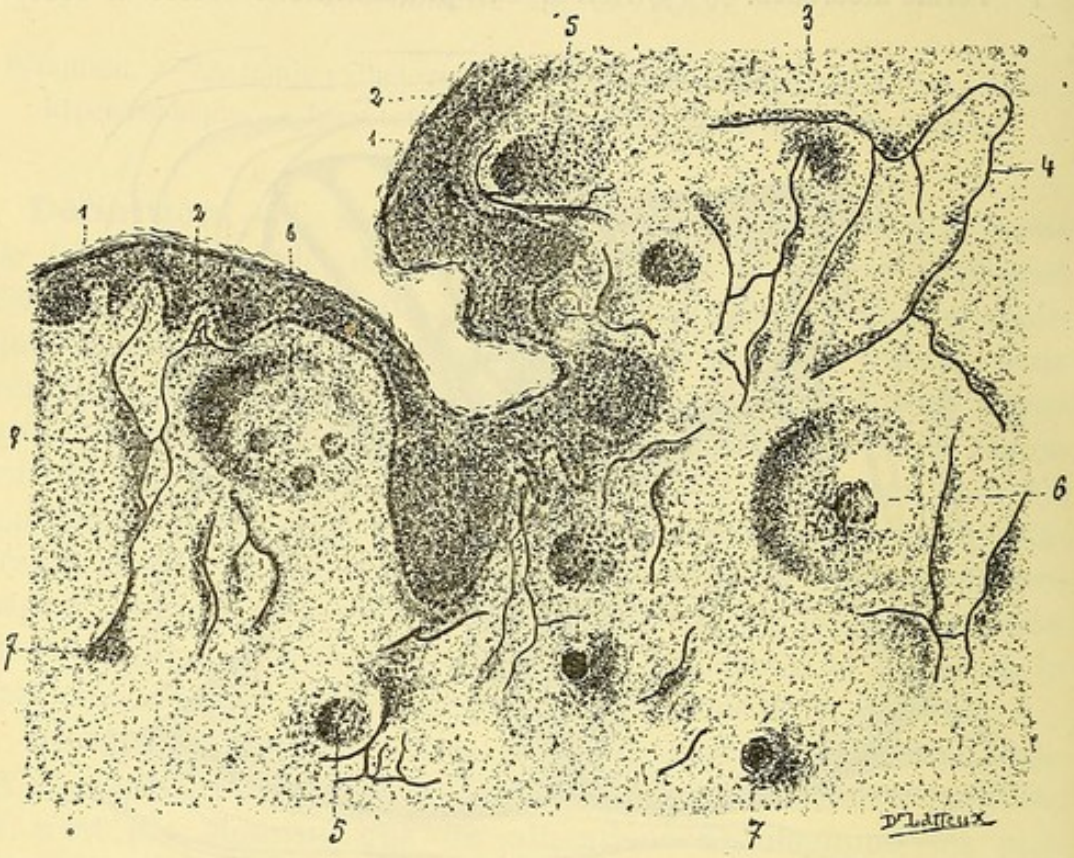


Fig. 573. — Esthiomène de la vulve.

Coupe perpendiculaire à la surface de la tumeur.

1. Couche cornée. 2. Corps de Malpighi. 3. Derme avec nombreuses cellules conjonctives. 4. Capillaires ramifiés. 5. Accumulation de cellules embryonnaires inflammatoires. 6. Centre tuberculeux avec sa cellule géante. 7. Vaisseaux entourés d'une zone embryonnaire inflammatoire.

blent ou triplent de volume et semblent infiltrés d'un œdème dur qui leur donne une consistance élastique; en divers autres points de la peau voisine existent des tubercules ou noyaux hypertrophiques disséminés qui peuvent envahir tout le périnée; la face interne des parties malades est polie, luisante, rouge ou violacée. Dans certains cas, l'augmentation hypertrophique de la grande lèvre est si considérable qu'elle éveille l'idée d'éléphantiasis. Ces parties indurées sont rarement douloureuses, à moins d'être momentanément enflammées; pourtant les caroncules du méat urinaire sont ordinairement très sensibles (Duncan).

Les formes hypertrophique et ulcéreuse sont parfois isolées, mais le plus souvent confondues en une **forme mixte.**

Diagnostic. — La marche lente de l'ulcération, son cortège hypertrophique et l'absence d'engorgement ganglionnaire notable la feront distinguer du **chancre phagédénique**, des **syphilides tertiaires**, du Diagnostic.

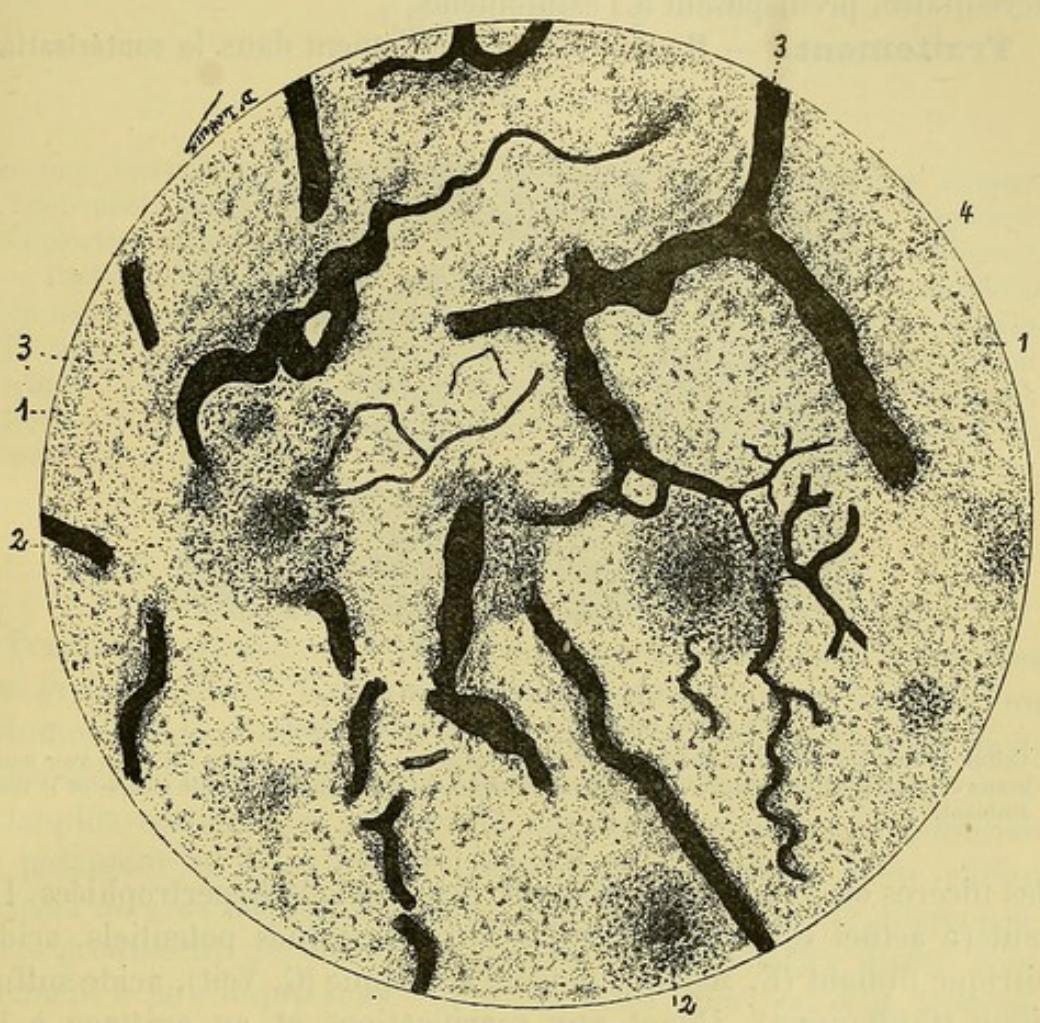


Fig. 574. — Esthiomène de la vulve.

Vaisseaux variqueux. (Photographie d'une pièce injectée.)

1. Stroma fibreux du derme infiltré de nombreux éléments cellulaires. 2. Centres tuberculeux. 3. Vaisseaux variqueux ou hypertrophiés, s'arrêtant à la périphérie des zones tuberculeuses et ne pénétrant jamais à l'intérieur. 4. Accumulation de cellules embryonnaires à la périphérie des vaisseaux.

cancer. On ne pourra la confondre avec l'**éléphantiasis**, où il n'existe pas d'induration marquée des tissus ni d'ulcération spontanée.

Pronostic. — Cette affectation est grave, quoiqu'elle ait une marche lente : l'affection peut avoir une durée de huit à dix ans. On a vu la mort survenir par péritonite, à la suite d'une propagation du côté du rectum. Pronostic.

Étiologie. — L'esthiomène est une affection rare. C'est de vingt à trente ans qu'elle a été le plus souvent observée, chez les femmes Étiologie.

de la basse classe, les prostituées. La cause la plus importante est la **tuberculose** dont elle n'est, d'ailleurs, qu'une manifestation cutanée. Une malade de Le Fort, deux de Bernutz et deux observées par Fiquet[1] avaient des antécédents tuberculeux très nets. Toutes les causes qui amènent la **misère physiologique**, privations, excès, syphilis héréditaire, prédisposent à l'esthiomène.

Traitement. **Traitement.** — Il consiste essentiellement dans la **cautérisation**

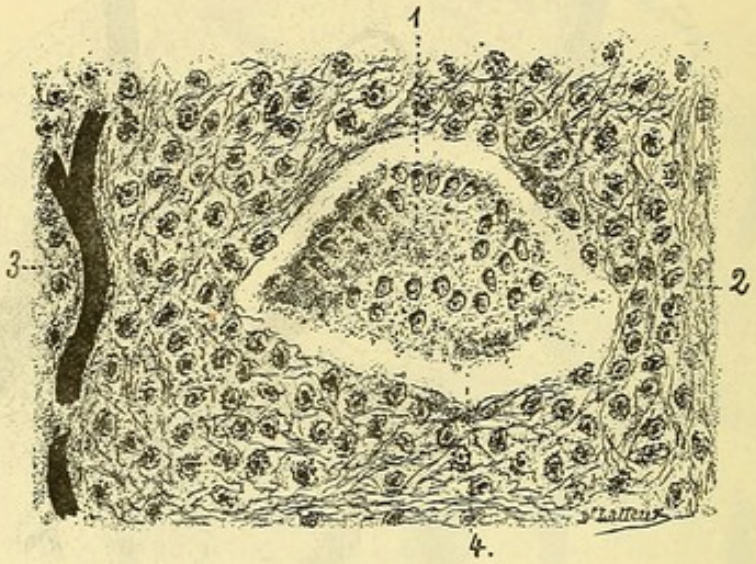


Fig. 575. — Esthiomène de la vulve.
Un centre tuberculeux avec sa cellule géante.

1. Cellule géante contenant un nombre énorme de vaisseaux. 2. Tissu conjonctif lâche avec nombreux éléments cellulaires arrondis. 3. Gros vaisseau. 4. Vide entre la cellule géante et le tissu ambiant.

des ulcères ou l'**excision** au bistouri des portions hypertrophiées. Le cautère actuel est très préférable aux caustiques potentiels, acide nitrique fumant (E. Martin), potasse caustique (G. Veit), acide sulfurique (Guillaumet). Quant aux scarifications et au grattage à la curette qui ont rendu de si grands services dans le lupus de la face, ils n'auraient quelque chance de réussir que dans la forme érythémateuse ou superficielle. Le pansement à l'iodoforme[2] et les attouchements de teinture d'iode ont aussi donné quelques succès.

[1] Fiquet. *Essai sur l'esthiomène de la région vulvo-anale.* Thèse de Paris, 1876.
[2] Siredey. *Soc. méd. des hôp.*, séance du 22 juill. 1876, p. 220.

CHAPITRE IV

TUMEURS DE LA VULVE

Tumeurs variqueuses. — Hématome ou thrombus. — Végétations simples. Traitement. — Éléphantiasis. Anatomie pathologique. Symptômes. Diagnostic. Étiologie. Traitement. — Fibromes et fibro-myomes. — Myxomes. — Lipomes. — Enchondromes. — Névromes. — Kystes de la vulve. — Tumeurs vasculaires du méat urinaire. Considérations générales. Anatomie pathologique. Polypes. Prolapsus de la muqueuse uréthrale. Étiologie. Symptômes. Diagnostic. Traitement. — Cancer de la vulve. Anatomie pathologique. Étiologie. Symptômes. Marche et pronostic. Diagnostic avec : végétations papillaires; polypes du méat; chancre infectant; syphilides; chancre simple; esthiomène. Traitement.

Tumeurs variqueuses.

Pendant la grossesse, il est très fréquent d'observer les varices des grandes lèvres. Les tumeurs variqueuses peuvent acquérir un volume considérable. Holden cite un cas où les grandes lèvres avaient la grosseur d'une tête de fœtus; la malade mourut de phlébite.

Le plus souvent, les varices ne donnent lieu qu'à une sensation de pesanteur et à un peu de gêne dans la marche. Elles offrent l'aspect de gros paquets bleuâtres, violacés du côté de la muqueuse. Elles produisent des accidents graves d'hémorrhagie, quand elles viennent à se rompre sous l'influence d'un effort ou d'un traumatisme. Cette rupture peut même être spontanée[1]. On connaît plusieurs cas d'hémorrhagie mortelle[2]. On devra donc soutenir la région variqueuse, et la comprimer légèrement à l'aide d'un bandage en T.

Hématome ou thrombus.

La rupture sous-cutanée d'une veine variqueuse, souvent méconnue avant l'accident, est la cause de l'hématome de la vulve. Il survient, ordinairement, pendant le travail et par suite de manœuvres

[1] Hesse. *Mediz. Zeit.*, Berlin, 1842, n° 48, p. 214.

[2] P. Budin. *Des varices chez les femmes enceintes.* Thèse d'agrég., 1880. — Moussaud. *Des varices de la vulve et des hémorrhagies consécutives à leur rupture.* Thèse de Paris, 1889

un peu violentes, d'efforts exagérés ou de l'issue précipitée de la tête. En dehors de l'état de grossesse, on n'a guère observé l'hématome qu'après des coups ou des chutes, et ses dimensions sont alors très réduites.

Une seule lèvre est, le plus souvent, distendue par le sang. Elle prend aussitôt une coloration violette et peut acquérir le volume d'une tête de fœtus. C'est une grave complication du travail. Sur 120 observations, rassemblées par Girard[1], on a observé 24 morts.

La tumeur sanguine peut se rompre et amener une hémorrhagie mortelle, ou suppurer et causer la septicémie. Il faut, pour éviter cette complication, inciser de parti pris tout hématome qui dépasse le volume du poing, nettoyer sa cavité, placer, au besoin, des pinces à demeure sur les vaisseaux saignants, et bourrer la poche de gaze iodoformée. Au contraire, on pourra confier à la nature le soin de résorber un petit thrombus, en se bornant à assurer exactement l'antisepsie du vagin.

Végétations simples.

On les désigne parfois aussi sous les noms de *condylomes* ou de *papillomes*.

Ces tumeurs sont des excroissances en chou-fleur, parfois très volumineuses, constituées par une hypertrophie des papilles de la peau ou de la muqueuse vulvo-vaginale. Souvent isolées, sous forme de *crêtes de coq* dont elles ont reçu le nom, elles peuvent, quand elles sont agglomérées, former des amas du volume d'une tête de fœtus. Leur couleur est blanc rosé ou rouge vineux; elles siègent sur toute l'étendue de la vulve, du périnée, de la marge de l'anus ; on en voit aussi dans le vagin (fig. 576).

Dans la masse énorme que peut former la réunion de ces végétations, on distingue des groupes de différents ordres séparés par des sillons plus ou moins profonds. Elles s'accompagnent d'un suintement sanieux et fétide. Le frottement de la marche les enflamme et les rend douloureuses. Les fissures qui se produisent à leur base deviennent le siège d'une véritable hyperesthésie.

On a longtemps considéré les végétations comme l'indice constant d'une infection vénérienne, soit blennorrhagique, soit syphilitique. Il n'est pas douteux qu'elles ne soient provoquées, le plus souvent, par l'écoulement gonorrhéique ou le suintement irritant des plaques muqueuses vulvaires, surtout chez les femmes qui négligent les soins de propreté. Mais on observe aussi les *crêtes de coq* chez des

[1] Girard. *Contrib. à l'étude des thrombus de la vulve et du vagin*. Thèse de Paris, 1874.

femmes enceintes, atteintes de simple leucorrhée; elles semblent donc être le résultat de l'irritation sordide des papilles, bien plutôt que de la contamination d'un virus.

La transmission par contact et l'inoculation des papillomes vulvaires n'est pas démontrée [1].

Traitement. — Le meilleur et le plus simple traitement est l'excision avec des ciseaux, sous l'irrigation opératoire continue, suivie de cautérisation de la base des tumeurs avec le thermo-cau- Traitement.

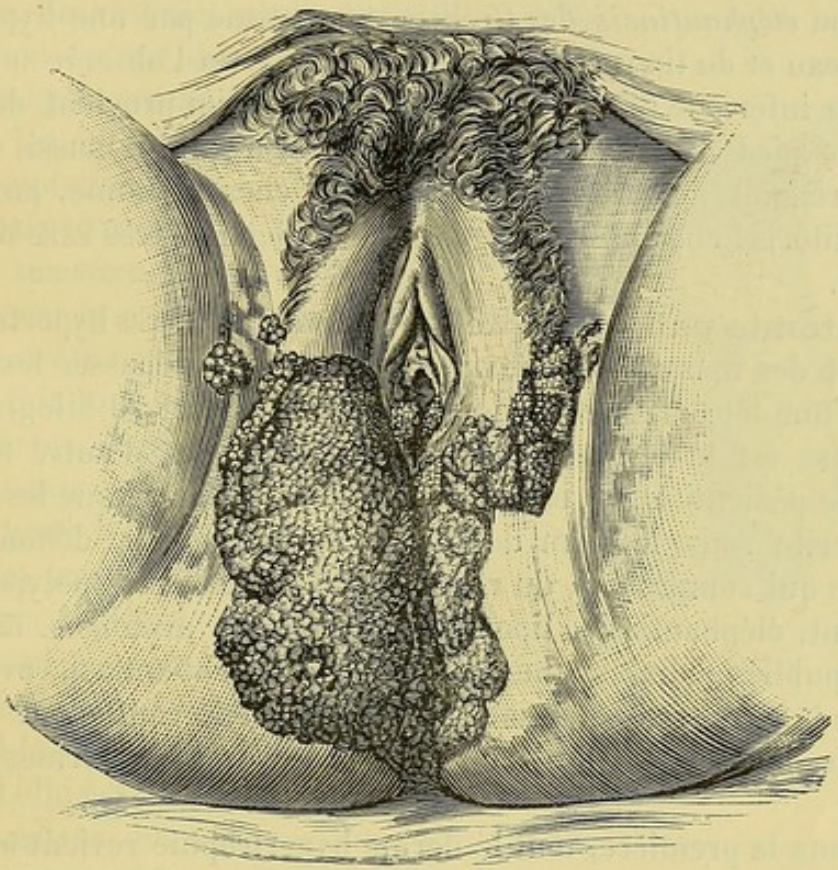


Fig. 576. — Végétations simples de la vulve (Tarnier).

tère ou de la suture en surjet de la plaie linéaire. On peut faire cette opération sans douleur, avec la cocaïne et en plusieurs séances, si la tumeur est très volumineuse. Je crois qu'il ne faut pas hésiter à opérer pendant la grossesse, qu'un aussi petit traumatisme ne risque nullement d'interrompre. Il est, en effet, très important que le canal génital ne présente aucune source d'infection, au moment de l'accouchement. Zweifel [2] a signalé un cas de sa pratique où des accidents mortels de suppuration pelvienne eurent leur point de départ

[1] Kranz. *Deutsche Arch. f. klin. Med.*, 1867, t. II, p. 79. — Petters (*Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, 1875, p. 255) et Güntz (*Berlin. klin. Woch.*, 1876, n° 39, p. 561) ont fait, sur ce point, des expériences dont les résultats ne sont pas concluants.

[2] Zweifel. *Loc. cit.*

dans des condylomes de la vulve qui avaient amené l'infection d'une déchirure du vagin, survenue pendant le travail.

Éléphantiasis.

Anatomie pathologique. — Symptômes. — Diagnostic. — Étiologie. Traitement.

L'éléphantiasis des Arabes (qu'il ne faut pas confondre avec la lèpre, ou *éléphantiasis des Grecs*) est constitué par une hyperplasie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. On l'observe surtout au membre inférieur (95 fois sur 100) et son nom provient de l'apparence de pied d'éléphant qui en résulte. On le voit aussi, quoique plus rarement, au scrotum et à la verge chez l'homme, aux lèvres et au clitoris[1] chez la femme. C'est une affection très rare dans nos climats.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Les grandes lèvres hypertrophiées forment des masses volumineuses qui peuvent dépasser les dimensions d'une tête d'adulte et dont le poids a atteint 10 kilogrammes. Leur base est le plus souvent large, mais il y a, d'autre fois, une véritable pédiculisation, et la tumeur affecte la forme que les anciens ont décrite sous le nom de *molluscum pendulum*, dénomination clinique qui comprenait, du reste, toutes les tumeurs polypoïdes du tégument, éléphantiasis, lipomes, fibromes ou myxomes. Beaucoup de cas publiés jadis, comme de prétendus éléphantiasis avec intégrité de la peau, me paraissent provenir de cette confusion.

A l'examen histologique, on peut observer trois formes principales[2] :

1° Dans la première, tout le derme hypertrophié revient à un état embryonnaire. Au milieu de ce tissu transformé, se produisent de vastes lacunes lymphatiques, comparables à celles qu'on rencontre dans les lymphangiomes.

2° Dans une seconde forme, qui succède souvent à des œdèmes répétés, l'engorgement des tissus s'étend sur une vaste surface. Il y a stagnation de la lymphe dans les capillaires, les troncs et les espaces lymphatiques. C'est surtout dans ces cas que les ganglions eux-mêmes sont atteints et subissent une transformation fibreuse.

3° La troisième variété est remarquable par l'accroissement énorme de l'épaisseur du derme. Il existe, ici, une prolifération

[1] Rokitansky. *Allg. Wien. med. Zeit.*, 1881, p. 477. — H. A. Kelly. *Elephantiasis of the clitoris* (*Johns Hopkins Hospital Reports*, 1890, t. II, p. 227).

[2] De Sinéty (*Manuel de gynécol.*, 1884, p. 109) attribue cette description à Cornil et Ranvier.

abondante des divers éléments constituants du derme, fibres conjonctives, fibres élastiques, fibres musculaires lisses. Comme dans les deux premières, on constate également, dans celle-ci, une dilatation notable des lymphatiques. On a aussi signalé l'oblitération des lymphatiques par prolifération endothéliale (Hildebrandt).

Quelques pathologistes ont fait jouer, à la stagnation de la lymphe et à son abondance plus grande, un rôle important dans la pathogénie de l'éléphantiasis, comme pouvant amener, par elle-même, une hyperplasie des éléments qu'elle baigne. En résumé, quelle que soit la forme qu'on observe, la lésion anatomique constante et qui domine toutes les autres, c'est la dilatation des lymphatiques.

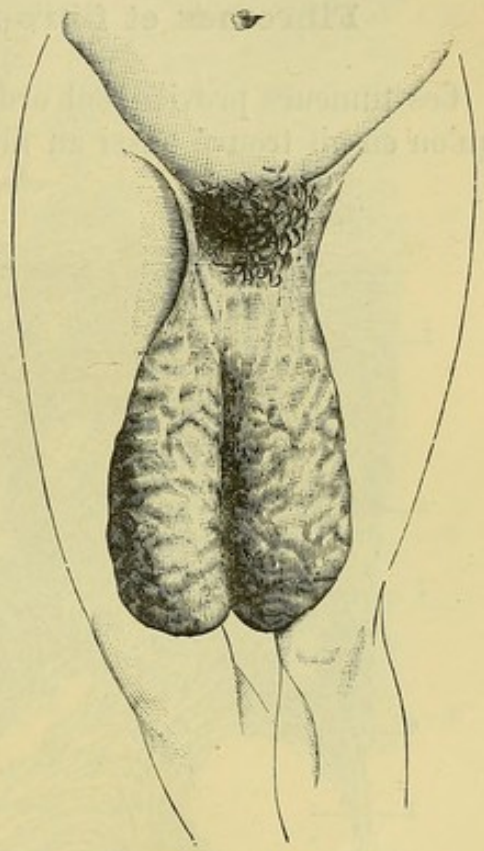


Fig. 577. — Éléphantiasis de la vulve.

Symptômes.

Symptômes. — Le principal est la **tuméfaction**, qui arrive bientôt à gêner la miction et la marche. Des ulcérations peuvent se produire par le fait du frottement, mais elles ont une tendance naturelle à guérir. L'épaississement des tissus peut envahir toute la région vulvaire, périnéale et anale et former d'énormes tumeurs. Il n'existe pas de douleurs. On observe souvent l'aménorrhée. On a distingué : l'**éléphantiasis glabre**, quand la peau est lisse : **verruqueux**, quand elle est couverte d'aspérités ; **papillomateux**, quand ces saillies sont très hypertrophiées ; **dur**, quand la consistance est ferme ; **mou**, quand le tissu cède sous la pression, qui peut même laisser une empreinte comme dans l'œdème.

Diagnostic.

Diagnostic. — Il ne peut guère offrir de difficultés ; la tuméfaction hypertrophique de l'**esthiomène** s'accompagne toujours d'ulcérations et reste contenue dans des limites très étroites. Les **végétations papillaires** sont implantées sur la peau, tandis que l'épaississement porte sur la trame même du derme dans l'éléphantiasis. Les **fibromes** et **myxomes pédiculés**, qu'on a abusivement dénommés parfois éléphantiasis partiel, sont toujours des tumeurs isolées, circonscrites, tandis que l'éléphantiasis est essentiellement diffus.

Étiologie.

Étiologie. — Cette affection, très rare dans nos climats, est fréquente aux Antilles, et particulièrement aux Barbades. Dans ces pays, la période du début est souvent marquée par une lymphangite

aiguë accompagnée de fièvre intense. Le traumatisme a été noté dans quelques observations (Verneuil).

Traitement. **Traitement.** — Le seul traitement rationnel est l'ablation. Je crois le bistouri préférable à l'écraseur, au thermo-cautère ou au galvano-cautère. On réunira la plaie par première intention; la suppuration serait ici particulièrement dangereuse, à cause du grand développement des lymphatiques.

Fibromes et fibro-myomes. — Myxomes.

Ces tumeurs proviennent ordinairement de la grande lèvre, quoi qu'on en ait trouvé aussi au niveau du périnée et même des petites

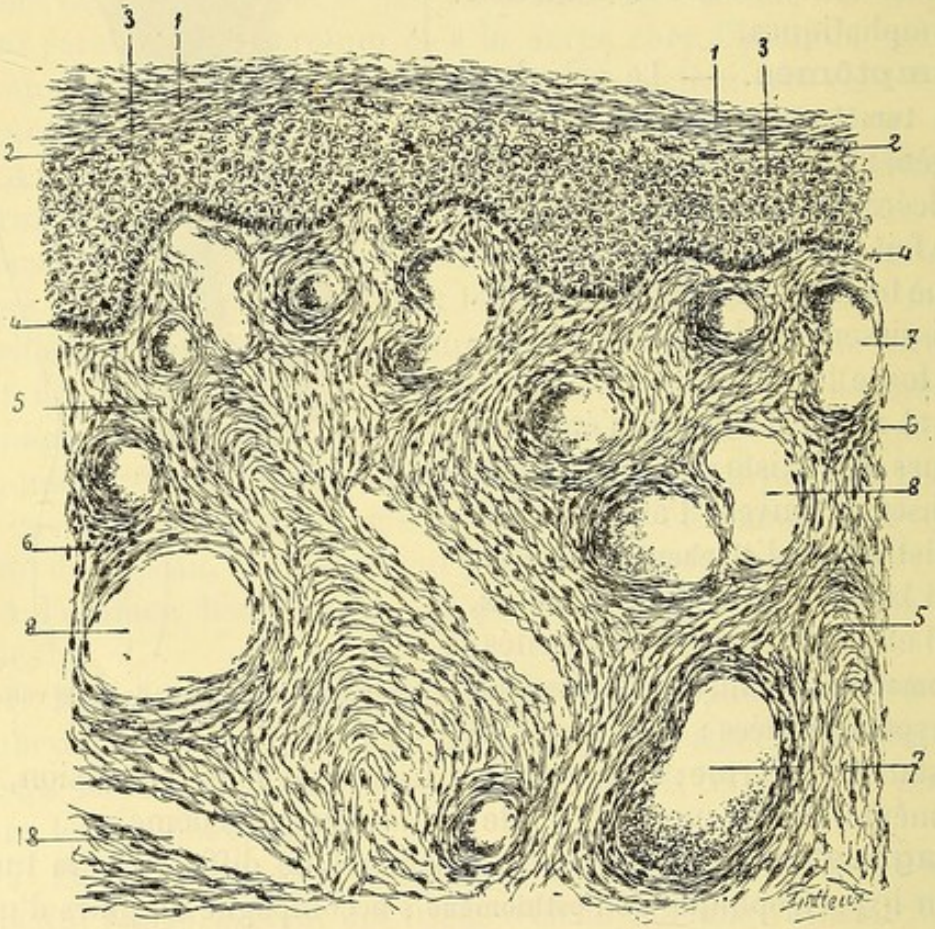


Fig. 578. — Molluscum de la vulve.

Coupe perpendiculaire à la surface de la tumeur.

1. Couche cornée superficielle épaissie. 2. Couche de cellules aplaties granuleuses. 3. Corps de Malpighi. 4. Couche profonde pigmentée. 5. Tissu conjonctif à faisceaux flexueux. 6. Centre de développement de cellules embryonnaires au voisinage des vaisseaux. 7. Vaisseaux sanguins. 8. Lymphatiques.

lèvres. Elles contiennent du tissu fibreux pur (fig. 578) ou mélangé à des fibres musculaires lisses (fig. 579), ou encore du tissu myxomateux. Elles se pédiculisent souvent, formant, quand leur consistance

est molle, une des variétés de ce que les anciens appelaient *molluscum pendulum*[1] (Willan), et ce qui a été plus récemment décrit, sous le nom de *molluscum simplex*[2].

Ces tumeurs sont bénignes et ont une marche lente; on les

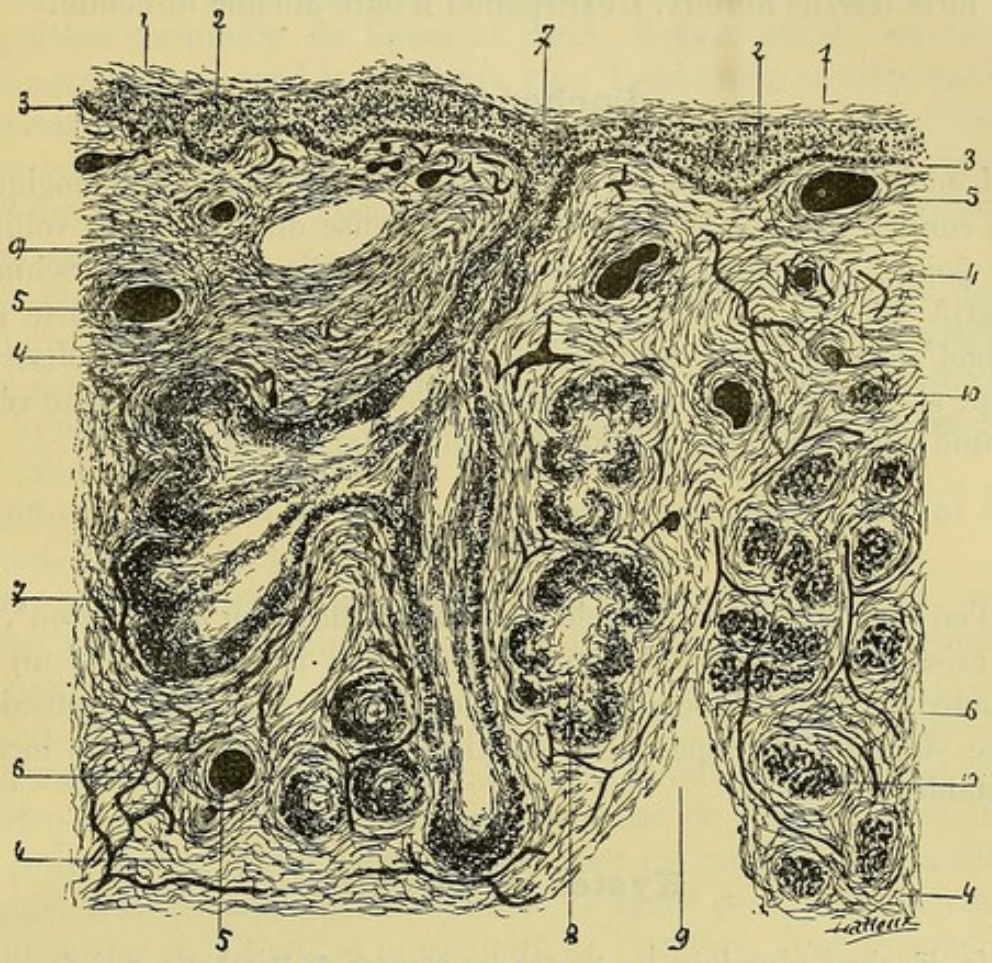


Fig. 579. — Molluscum de la vulve.

Coupe du pédicule. (Pièce injectée).

1. Couche cornée superficielle. 2. Corps de Malpighi. 3. Couche profonde de cellules cylindriques pigmentées. 4. Couche de fibres conjonctives, formant un tissu dense. 5. Gros vaisseau coupé en travers et rempli de matière à injection. 6. Capillaires ramifiées. 7. Glande sébacée dont la cavité est remplie de cellules épithéliales desquamées. 8. Lobules sébacés isolés. 9. Lymphatique. 10, Fibres musculaires lisses coupées en travers.

énucléera ou on en sectionnera le pédicule, sans danger d'hémorrhagie.

Lipomes.

Les lipomes de la région vulvaire prennent naissance dans le pannicule graisseux des grandes lèvres ou du mont de Vénus. Ils peuvent acquérir de très grandes dimensions et simuler l'éléphan-

[1] Bazin. *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées, etc.*, Paris, 1862.
[2] Marfan. *Arch. de tocol.*, 1882, p. 705.

tiasis, au premier aspect. Stiegele[1] en a opéré un qui pesait 10 livres. Dans une observation de Bruntzel[2] la tumeur s'était considérablement accrue, durant une grossesse.

On trouve à la coupe que la tumeur forme des îlots traversés par de forts tractus fibreux. L'extirpation n'offre aucune difficulté.

Enchondromes.

L'enchondrome de la région vulvaire est une rareté pathologique. On connaît un cas de tumeur cartilagineuse du clitoris du volume du poing, pédiculée, qui présentait des parties calcifiées (Schneevogt)[3]. Un fait de prétendue ossification du clitoris, rapporté par Beigel[4], est peut-être du même ordre, ainsi que la curieuse observation, si souvent citée, de Bartholin[5], relative à une courtisane vénitienne qui blessait ses amants avec son clitoris ossifié.

Névromes.

J'en ai trouvé deux exemples dans la science : un de Simpson[6], où il existait des noyaux douloureux, près du méat urinaire; un de Kennedy[7], où les tubercules sensibles à l'attouchement ne pouvaient être vus qu'à la loupe : cette dernière observation n'est pas incontestable.

Kystes de la vulve.

Je décrirai plus loin les **kystes des glandes de Bartholin** qui forment la grande majorité des collections des grandes lèvres.

Indépendamment de ceux-ci, il peut exister des kystes d'une origine différente sur diverses parties de la vulve :

A. **Aux grandes lèvres**, superficiellement, des **kystes sébacés**; Winckel en a opéré un de la grosseur d'un œuf[8].

Profondément, des **kystes séreux**, qui, pour beaucoup d'auteurs, seraient des **hydrocèles enkystées du ligament rond**, et qui, suivant Duplay[9], seraient presque toujours des **kystes sacculaires** développés

[1] Stiegele. *Zeitschr. f. Chir. und Geb.*, 1856, Bd, IX, p. 243.
[2] Bruntzel. *Centr. f. Gyn.*, 1882, p. 626.
[3] Schneevogt. *Verhandl. van het Genootschap ter Bevord. der Genees en Heelkunde te Amsterdam*, 1855, t. II, p. 67.
[4] H. Beigel. *Die Krankh. des weibl. Geschlechts*, 1875, Bd. II, p. 728.
[5] Th. Bartholin. *Hist. anat. et med. rar. cent.* III, Copenhague, 1661 (hist. 69).
[6] Simpson, cité par P. Zweifel, *Loc. cit.*, p. 85.
[7] Kennedy. *Med. Press and Circ.*, 7 juin 1874.
[8] F. Winckel. *Lehrb. der Frauenkr.*, 2e édit., 1890, p. 29.
[9] Duplay. *Collections séreuses et hydatiques de l'aine.* Thèse de Paris, 1865.

dans un sac herniaire déshabité. On a observé, également, dans les grandes lèvres, des kystes hématiques, qui siègent à la partie supérieure de ce repli et sont, comme les kystes séreux dont je viens de parler, très distincts des kystes de la glande de Bartholin. Ils seraient dus, d'après Koppe[1], à une hématocèle dans l'intérieur de la portion terminale du ligament rond. Weber[2] aurait, en effet, démontré que ce cordon est creux chez l'embryon, et cette cavité pourrait anormalement persister. Pour d'autres auteurs, ces collections hématiques, comme les collections séreuses, se font toujours dans des sacs herniaires déshabités (Voir le chap. : Tumeurs des ligaments ronds).

On observe encore dans cette région des produits kystiques dont l'origine est très obscure. La structure de ces tumeurs rappellerait celle des kystes de l'ovaire[3]. Klob[4] a émis l'opinion que certains de ces kystes se développent autour de thrombus, d'autres par ectasie des vaisseaux lymphatiques.

Enfin on connaît plusieurs cas de **kystes dermoïdes**, contenant du tissu dermique, des poils et même des dents[5].

B. **Au niveau du vestibule**, entre le méat urinaire et le clitoris, on a vu des kystes qui atteignent le volume d'un haricot, qui contiennent un liquide séreux ou jaunâtre et sont tapissés d'épithélium cylindrique. Ils proviennent, probablement, de petites glandes sébacées[6].

C. **Sur les côtés du méat urinaire**, Kocks[7] a décrit un cul-de-sac très court qui serait le vestige terminal du canal de Gartner : peut-être les petits kystes, qu'on peut rencontrer en cet endroit, ont-ils cette origine. D'autre part, Skene[8] a trouvé et figuré deux glandes, entre la muqueuse et la tunique musculaire de l'urèthre, dont le conduit excréteur, long de 2 à 3 centimètres, capable de recevoir une bougie n° 1, s'ouvrirait, au milieu du méat urinaire. Certains kystes pourraient-ils se former aux dépens de ces glandes? C'est une hypothèse qui a besoin d'être confirmée par l'observation.

D. **Au niveau de l'hymen**, des **kystes congénitaux** ont été d'abord observés par Winckel[9]. Ils sont très petits, et contiennent le produit

[1] Koppe. *Zur Genese und klin. Deutung der Vulvarcysten* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 40, p. 639).

[2] Weber, cité par Gottschalk. (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 21, p. 334).

[3] Werth. *Zur Anatomie der Cysten der Vulva* (*Centr. f. Gyn.*, 1878, p. 512).

[4] Klob. *Path. Anat.*, p. 465.

[5] Klebs. *Handbuch*, etc., 1875, p. 987.

[6] G. Peckham (*Amer. journ. of Obstet.*, 1891, t. XXIV, p. 1155) a observé un kyste du clitoris contenant environ 60 grammes d'un liquide couleur chocolat.

[7] Kocks. *Arch. f. Gyn.*, 1882, Bd. XX, p. 487.

[8] Skene. *Treatise on the diseases of women*, 1886, p. 614.

[9] Winckel. *Loc. cit.*, p. 82. (Les deux premiers cas observés, pendant l'hiver de 1883-84, à la clinique de Munich ont été publiés par Bastelberger, élève de Winckel.)

de la désintégration de cellules épithéliales pavimenteuses. Döderlein[1] attribue leur formation à la soudure de deux plis de l'hymen, qui produit une cavité close : il a pu saisir ce processus sur le fait; il rappelle celui qui donne naissance à certains petits kystes du vagin.

Tumeurs vasculaires du méat urinaire.

Considérations générales.

Considérations générales. — Ainsi que j'ai essayé de le démontrer[2], l'hymen ne constitue pas un organe isolé, mais seulement la majeure partie d'un appareil hyménal qui comprend : 1° la bride masculine du vestibule; 2° l'encadrement du méat urinaire; 3° l'hymen. Si l'on examine avec attention le méat urinaire d'une petite fille ou d'une jeune fille vierge, en attirant en bas l'hymen, on voit très nettement le prolongement supérieur de cette membrane entourer l'orifice externe de l'urèthre par un véritable anneau qui forme la boucle supérieure, très réduite, d'un 8 de chiffre dont l'hymen figurerait l'énorme boucle inférieure. Ce 8 est surmonté par une mince bandelette verticale, la bride masculine, qui part du méat et se perd dans le tiers supérieur du vestibule. L'encadrement de l'urèthre forme, chez certaines femmes, un bourrelet saillant, de la partie inférieure duquel on voit se détacher une petite languette, en forme de luette qui se renverse dans l'intérieur du canal. Cette dépendance de l'hymen est parfois tellement nette et distincte, qu'on pourrait, par analogie, l'appeler *hymen uréthral*. Comme l'hymen vaginal, il a pu constituer, anormalement, une membrane continue, donnant lieu à l'imperforation du méat urinaire; comme lui[3], il peut exceptionnellement offrir une structure érectile, qui témoigne de son homologie avec le corps spongieux de l'urèthre de l'homme, dont l'appareil hyménal représente le tissu matriculaire non développé, la charpente fibro-élastique non érectilisée.

Je crois les considérations précédentes propres à jeter un certain jour sur la pathogénie des tumeurs vasculaires du méat urinaire.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Signalées d'abord par Morgagni[4],

[1] Alb. Döderlein. *Arch. f. Gyn.*, 1886, Bd. XXIX, p. 284. — Voir aussi Zeigenspeck. *Ibid.*, Bd. XXXII. Heft 1, p. 159. — O. Piering. *Prag. med. Woch.*, 1887, n° 49, p. 409. — Richard Palm. *Arch. f. Gyn.* 1896. Bd LI, p. 485.

[2] S. Pozzi. *De la bride masculine du vestibule et de l'origine de l'hymen* (*Comptes rendus et mém. de la Soc. de biologie*, 26 janv. et 16 février 1884). — *Annal. de Gyn.*, avril 1884, t. XXI, p. 268.

[3] Henle a cité des cas où l'hymen contenait du tissu caverneux dans son épaisseur. Cette particularité rend compte des hémorrhagies très graves qu'on a observées, à la suite de la défloraison.

[4] J.-B. Morgagni. *De sedibus et causis morborum*, etc., Leyde, 1767, t. III, epist. 50.

sommairement décrites par Boyer[1] et d'autres auteurs, ces tumeurs, qui sont le plus souvent pédiculées et méritent le nom de **polypes**, ont été, pour la première fois, l'objet d'un examen histologique par G. Simon[2] et par Verneuil[3], qui les décrivit sous le nom de *polypes papillaires* et insista sur leur grande vascularité. Elle est telle, que quelques auteurs leur ont donné le nom d'*hémorrhoïdes de l'urèthre*[4] et que Wedl[5] a comparé les vaisseaux de ce tissu pathologique aux *vasa vorticosa* de la choroïde. Pour Virchow, ce qui les différencie des tumeurs télangiectasiques ordinaires, c'est que les parois des vaisseaux ne sont pas épaissies ni dilatées. Jondeau[6] a pratiqué l'examen histologique de deux polypes uréthraux. A la base, il a trouvé du tissu conjonctif adulte, enchevêtré de fibres élastiques assez abondantes. Entre les mailles de ce tissu, les écartant et les dissociant, on voyait de gros vaisseaux dilatés ayant conservé leur paroi propre, formant par leur réunion, en certains points, de véritables lacs sanguins. Sur une coupe pratiquée suivant l'axe de la tumeur, tous ces vaisseaux paraissaient divisés plus ou moins obliquement et même longitudinalement, ce qui démontrait leur direction parallèle à l'axe du pédicule. Plus loin, dans le corps de la tumeur, au tissu conjonctif adulte succédait un tissu embryonnaire, caractérisé par de fines travées et des fibres conjonctives. Là encore et jusqu'à la périphérie de la tumeur, on apercevait des vaisseaux dilatés, bien que d'un moindre volume; ces vaisseaux n'avaient pas de paroi. Enfin, tout à fait à la périphérie de la tumeur, on trouvait des papilles hypertrophiées et recouvertes d'un épithélium pavimenteux stratifié. Cette hypertrophie des papilles paraît être secondaire et accessoire.

Polypes.

En somme, il semble qu'il y ait là simplement apparition anormale de tissu érectile dans une région qui en comporte le développement chez l'homme, mais qui, chez la femme, en est dépourvu. Les efforts de la miction contribuent, sans doute, à la pédiculisation des tumeurs.

Il y a des cas où la tumeur est plutôt formée par la muqueuse prolabée que par des polypes distincts. Je ne crois pas que ces **prolapsus de la muqueuse uréthrale** soient essentiellement différents des

Prolapsus de la muqueuse uréthrale.

[1] Boyer. *Maladies chirurg.*, t. X, p. 404.

[2] G. Simon. *Charité-Annal.*, 1850, t. I, p. 2.

[3] A. Verneuil. *Comptes rendus des séances de la Soc. de biol.*, 1855, p. 125.

[4] Richet. *Gaz. des hôp.*, 1872, n° 64, p. 505, et n° 65, p. 514. — Hutchinson. *Lancet*, 1874, t. II, p. 855.

[5] Wedl, cité par Winckel. *Die Krankh. der weibl. Harnröhre und Blase* (*Deutsche Chir.*, Lief. 62, p. 55).

[6] Jondeau. *Etude sur les tumeurs vasculaires polypoïdes du méat urinaire chez la femme.* Thèse de Paris, 1888.

productions polypoïdes, car ils coïncident toujours avec une augmentation notable de vascularité. Il n'y a qu'une question de degré entre ces faits et les précédents. Mais le relâchement général de la muqueuse, dû à une idiosyncrasie ou à une faiblesse générale, joue ici un rôle marqué[1].

Étiologie. **Étiologie.** — Cette affection se rencontre assez souvent chez les petites filles. Larcher[2] et Dollez[3] en ont réuni de très nombreux exemples. Benicke et Ruge[4] ont observé la procidence de la muqueuse uréthrale, chez des enfants de 7 à 11 ans. C'est vers l'âge moyen de la vie, toutefois, que ces lésions se rencontrent le plus souvent. On les observe aussi chez les vieilles femmes : une malade de Trélat avait 75 ans. Toutes les causes d'irritation locale du méat urinaire, de congestion des organes du petit bassin, d'inflammation des voies urinaires, chez les adultes, de débilité ou de cachexie générales chez les enfants, favorisent leur production[5].

Symptômes. **Symptômes.** — Pour bien voir les polypes, il faut écarter les petites lèvres et presser sur l'urèthre avec le doigt introduit dans le vagin de manière à ramener hors du méat le petit polype qui pourrait s'y être caché. Leur volume est variable et peut aller de celui d'une tête d'épingle à celui d'une noix[6]. J'en ai enlevé un sur une vieille femme qui avait le volume et l'apparence d'une framboise. Il est possible que tout le pourtour de l'urèthre soit saillant et forme une procidence circulaire, comparable à certaines hernies de la muqueuse rectale, produites par des hémorrhoïdes.

Le point d'implantation le plus fréquent des polypes est la partie inférieure du méat, au niveau de la saillie en forme de luette que j'y ai signalée comme disposition normale assez fréquente. La base d'implantation est ordinairement large : mais il peut y avoir un pédicule, ou plutôt un étranglement voisin de leur insertion.

[1] Tavignot. *Hernie de la muqueuse uréthrale* (*Examinateur méd.*, 1842, p. 73 et 85). — J. Patron. *Du renversement de la muqueuse de l'urèthre et de la muqueuse vésicale* (*Arch. gén. de méd.*, 1857, 5e sér., t. X, p. 549). — Guersant. *Bull. de thérap.*, 1866, t. LXXI, p. 307. — Rizzoli. *Des excroissances et des tumeurs qui se développent à l'intérieur et à l'orifice de l'urèthre, chez la femme*, trad. Gallez, Bruxelles, 1875. — Blum. *Des affections de l'urèthre chez la femme* (*Arch. gén. de méd.*, 1877, 6e sér., t. XXX, p. 309). — H. Blanc. *Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme* (*Ann. des malad. des org. génito-urin.*, 1895, p. 523. — A. Broca. *Le prolapsus de l'urèthre chez les petites filles* (*Ann. de Gyn.* 1896, t. XLV, p. 211).

[2] Larcher. *Des polypes chez les petites filles*. Thèse de Paris, 1834.

[3] Dollez. *Polypes chez les petites filles*. Thèse de Paris, 1866.

[4] Benicke et Ruge. *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 24 janv. 1890 (*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 165).

[5] Terrillon. *Excroissances polypeuses de l'urèthre, symptomatiques de la tuberculisation des organes urinaires chez la femme* (*Progrès méd.*, 1880, p. 101, 124 et 145). Cette lésion n'a, dans ce cas particulier, rien de pathognomonique et n'a pas la valeur que l'auteur lui attribue.

[6] P. Petit (*Bull. Soc. anat.*, juill. 1889, p. 468) a observé un polype de la grosseur d'une noix. L'examen histologique l'a conduit à le qualifier d'angiome caverneux.

Leur couleur est rouge vineux ou violacé : ils pâlissent par la compression et diminuent un peu de volume. Leur surface est lisse, mais ils s'excorient facilement et saignent alors avec abondance. Le prolapsus de la muqueuse constitue une tumeur cylindrique, qui occupe la place du méat et qui présente, à son sommet, une fente parfois difficile à découvrir. Elle est rarement réductible. Ces tumeurs occasionnent de la douleur spontanément et au moment de la miction, du coït, et peuvent être la cause d'une forme de vaginisme[1]; il y a parfois des crises de dysurie et de rétention d'urine, par action réflexe.

Diagnostic.

Diagnostic. — Les phénomènes douloureux, en l'absence d'un examen local suffisant, pourraient faire croire à une **cystite**, à du **vaginisme** ou à une **métrite**. Il est impossible, d'après les caractères de la tumeur, de la confondre avec un **épithélioma**. Quant au **prolapsus de la muqueuse uréthrale**, ce n'est pas une lésion essentiellement distincte : c'est la forme diffuse, moins vasculaire, de la lésion dont le polype est la forme circonscrite[2].

Traitement.

Traitement. — Quand la tumeur est assez nettement pédiculée, on peut provoquer sa mortification par la **ligature** de sa base avec un petit fil élastique. Mais le traitement le plus simple et qui peut être effectué sans douleur, avec un simple badigeonnage à la cocaïne, c'est l'**excision** suivie de **cautérisation** au thermo-cautère. On n'a pas à craindre ainsi l'hémorrhagie qui peut être assez gênante, si l'on emploie l'instrument tranchant. Quant au rétrécissement du méat, il n'est pas non plus à redouter si l'on prend soin de ne pas cautériser la totalité de son pourtour, ce qui est inutile, même lorsque la tumeur, formée par la procidence de la muqueuse, l'occupe tout entier. L'ablation de deux segments et leur cautérisation suffiront, même alors, à amener la guérison, par la propagation du travail inodulaire, ainsi que cela se produit pour les hémorrhoïdes du rectum. En cas d'hémorrhagie, on s'en rendrait facilement maître par une suture au catgut.

Cancer de la vulve.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Le cancer primitif de la vulve est rare, surtout si on le compare au cancer de l'utérus. Sur 7 479 femmes atteintes de cancer, Gurtl a noté 72 fois le cancer de

[1] Bouloumié. *Union méd.*, 1880, 3e sér., t. XXX, p. 51 et 85.

[2] La prétendue *hernie de la muqueuse vésicale*, à travers l'urèthre, a été admise d'après des observations anciennes, très contestables, réunies par Patron. *Loc. cit.* — Consulter à ce sujet : Francis Villar. *Du prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez la femme* (*France méd.*, 1888, t. II, p. 1709 et suiv.).

la vulve[1], soit presque 1 pour 100. Cette proportion paraît encore trop forte et il est probable que beaucoup de ces cancers étaient secondaires. Wassermann[2] a pu récemment réunir 24 cas de cancer de l'urèthre chez la femme.

Le cancer des parties génitales externes de la femme offre plusieurs formes histologiques et anatomiques.

On peut y distinguer, au point de vue histologique : l'**épithélioma**, soit pavimenteux, soit tubulé; le **sarcome**, et sa variété mélanique ou mélano-sarcome. Au point de vue topographique, on pourrait aussi décrire deux types différents, selon que le néoplasme se développe au niveau des petites lèvres et du clitoris (**cancer du vestibule**) ou qu'il a pour point de départ le méat urinaire, le long duquel il s'infiltre autour de l'urèthre (**cancer péri-uréthral**).

L'**épithélioma** n'offre rien de particulier, au point de vue histologique et je renvoie à la description et aux figures qui ont été données, à propos du CANCER DE L'UTÉRUS. Il prend le plus ordinairement naissance dans le sillon qui sépare la petite lèvre de la grande, plus rarement que dans le clitoris[3] ou le méat urinaire[4], sous forme de nodules, faisant corps avec la peau et recouverts de couches épithéliales épaissies. Ces squames sont parfois de formation ancienne, antérieures au néoplasme, et l'indice d'un *psoriasis vulvaire* qui a favorisé le développement du cancroïde. L. Mayer[5] en a le premier rapporté plusieurs observations. Depuis lors, des exemples en ont été donnés par d'autres auteurs[6]. Plus tard, les nodules s'ulcèrent et le mal envahit largement les parties voisines; il n'a, toutefois, aucune tendance à envahir le vagin, sauf dans le cas de cancer développé d'abord au niveau du méat urinaire, qui semble se propager le long du canal et peut ainsi envahir la paroi antérieure du vagin. Les ganglions inguinaux sont rapidement engorgés.

Le **sarcome** de la vulve peut exister à l'état de pureté (Mayer), à l'état de **myxo-sarcome**[7], mais le plus souvent il s'agit de la variété

[1] Voir P. ZWEIFEL. *Die Krankh. der aüsseren weibl. Genitalien*, etc. (*Deutsche Chir.*, Stuttgart, 1885, Lief. 61, p. 88).

[2] M. WASSERMANN. *Épithélioma primitif de l'urèthre.* Thèse de Paris, 1895.

[3] J. DAURIAC. *Du cancer primitif de la région clitoridienne.* Thèse de Paris, 1888. — F. LAURADOUR. *Contribution à l'étude du cancer primitif du clitoris* Thèse de Bordeaux, 1895. — C.-G. CUMSTON. *On primary malignant tumors of the clitoris* (*Ann. de Gyn a. Pæd.*, 1895, t. IX, p. 268).

[4] L. SOULLIER. *Du cancer primitif du méat urinaire chez la femme.* Thèse de Paris, 1889.

[5] L. MAYER. *Beiträge zur Kenntniss der malignen Geschwülste der aüsseren Genitalien* (*Monatsch. f. Gyn.*, oct. 1868, Bd. XXXII, p. 244).

[6] JOUIN. *France méd.*, 1882, t. I, p. 673. — P. RECLUS. *Gaz. des hôp.*, 1888, n° 74, 685.

[7] HUNTER ROBB. *Myxo-sarcoma of the clitoris* (*Johns Hopkins Hospital Reports*, 1890, t. II, p. 251).

mélanique ou de **mélano-sarcome**. Dans une observation de Taylor[1], les cellules, petites, fusiformes, étaient remplies de pigment brunâtre; dans un cas de Terrillon, les cellules étaient rondes, pigmentées, et l'on put, en outre, découvrir dans le sang et dans l'urine des granulations noirâtres.

Étiologie. — C'est de 40 à 60 ans que les cancers de la vulve sont le plus fréquents; mais on en a observé dans le jeune âge. De Saint-Germain aurait opéré une petite fille de 5 ans[2]; Arnott[3] cite le cas d'une jeune fille de 20 ans. Par contre, on connaît plusieurs observations chez de vieilles femmes. Étiologie.

J'ai déjà mentionné, dans le paragraphe précédent, l'influence prédisposante du psoriasis. Atchinson a avancé que les lésions syphilitiques antérieures avaient une réelle valeur étiologique; mais le fait paraît douteux.

Symptômes. — Les nodules cancéreux peuvent passer longtemps inaperçus, et le **prurit vulvaire** constituer le premier symptôme; il est parfois très intense, et tourmente beaucoup les malades; il présente des crises séparées par des périodes de calme relatif. Un **suintement** séro-sanguinolent, d'odeur fétide, se montre dès que la petite **tumeur** est excoriée. Celle-ci ressemble d'abord à une verrue, de la grosseur d'une noisette, dure, mamelonnée, sessile ou légèrement pédiculée. Lorsque les nodules sont multiples et confluents, toute la région peut prendre une consistance ligneuse, comme dans le cancer en cuirasse de la mamelle, et l'orifice vaginal peut être rétréci; le méat urinaire, dans la forme péri-uréthrale, est aussi plus ou moins obturé. Par le toucher vaginal on sent alors le canal de l'urèthre transformé en un cylindre dur. L'**ulcération** qui se produit a des bords inégaux, taillés à pic, recouverts d'écailles épidermiques ou de croûtes provenant de la concrétion des produits de sécrétion; dans le voisinage, la peau, infiltrée par un œdème dur, a l'aspect et la consistance de la peau d'orange. On a vu les poils tomber complètement et donner à la vulve un aspect tout à fait glabre. La sécrétion de l'ulcération est sanieuse, puriforme; les hémorrhagies sont rares. Les **ganglions** de l'aine se tuméfient, et bientôt se montrent tous les signes de la **cachexie cancéreuse**; la **généralisation** peut se faire dans les divers viscères, et la **mort** être hâtée par une **complication**, telle Symptômes.

[1] R. W. Taylor. *Mélano-sarcome primitif de la vulve*, trad. par Labusquière, *Ann. de Gyn.*, juin-juill. 1889, t. XXXI, p. 401 et t. XXXII, p. 30. — Voir aussi E. Göth: *Pigment-sarcom der aüsseren Genitalien* (*Centr. f. Gyn.*, 1881, p. 473). — C.-J. Müller. *Zur Kasuist. der Neubildungen an den aüsseren weibl. Genitalien* (*Berl. klin. Woch.*, 1881, n° 31. p. 446). — Terrillon. *Mélanose généralisée, ayant débuté par une petite lèvre* (*Ann. de Gyn.*, juill. 1886, t. XXVI, p. 1).

[2] Maurel. *De l'épithélioma vulvaire primitif*. Thèse de Paris, 1888.

[3] Arnott. *Trans. of the path. Soc.*, Londres, 1873, t. XXIV, p. 157.

qu'une phlébite ou une pleurésie. Le vagin, le rectum et la vessie sont envahis par **propagation**, à la période ultime : les douleurs causées par la rectite, la cystite, deviennent alors très vives.

Marche. Pronostic.

Marche. Pronostic. — La période latente, ou période du simple prurit, peut durer assez longtemps. Mais dès que l'ulcération s'est produite, les accidents se succèdent rapidement. Dans le mélano-sarcome la marche n'est pas moins rapide. En général, la mort survient au bout de 2 ou 3 ans. Les cas où la maladie aurait duré 10 et 20 ans (Deschamps)[1] sont d'un diagnostic douteux. Cornil[2] a signalé un cas, où la tumeur formée par un épithélioma tubulé fut éliminée en partie et remplacée par une cicatrice.

Diagnostic avec : Végétations papillaires. Polypes du méat. Chancre infectant. Syphilides.

Diagnostic. — Les **végétations papillaires** de la vulve ne ressemblent nullement au cancer; j'en dirai autant des **polypes** du méat urinaire. L'absence d'ulcération est ici un critérium certain.

Le **chancre infectant** se présente sous la forme d'une ulcération superficielle, ou d'une saillie papuleuse, érodée, très peu suintante. L'engorgement ganglionnaire précoce en forme de pléiade qui l'accompagne et l'apparition d'autres manifestations spécifiques éclaireront le diagnostic.

Les **syphilides papulo-érosives** sont multiples, aplaties, constituées par une sorte de plateau arrondi, ressemblant à une petite pastille posée sur les téguments[3], de la grosseur d'une lentille à celle d'une pièce de 1 franc; la surface est dénudée, humide et sécrétante comme celle d'un vésicatoire; elles disparaissent très rapidement sous l'influence du traitement local et général qui peut, au besoin, servir de pierre de touche.

Lorsque les papules sont confluentes et se réunissent par leurs bords, elles peuvent former des plaques de 6 à 8 centimètres d'étendue, recouvrant toute la région vulvaire et débordant sur le périnée : c'est ce qu'on appelle les **syphilides en nappe**. Au premier aspect, cette lésion rappelle de loin l'infiltration totale du derme par des nodules cancéreux dans certains *cancers en cuirasse*. Mais un examen un peu plus attentif fera très vite reconnaître les caractères de la papule syphilitique. Les énormes végétations des **syphilides papulo-hypertrophiques** (Fournier) n'ont aussi une apparence maligne que pour un clinicien inexpérimenté.

Chancre simple.

Le **chancre simple** a une marche aiguë, ne repose sur aucune induration, est entouré de peau saine; l'ulcération se compose de plusieurs petites plaies, à divers degrés d'évolution; car selon l'expres-

[1] Deschamps. *Arch. de tocol.*, 1885, p. 120.
[2] Cornil. *Bull. de la Soc. anat.*, 1874, p. 237.
[3] Billoir. *Contrib. à l'étude clinique de la syphilis vaginale.* Thèse de Paris, 1890.

sion pittoresque de Ricord, « le chancre mou vit en famille, entouré de ses rejetons ».

L'**esthiomène** offre le double caractère de l'ulcération et de l'hypertrophie, ce dernier élément étant souvent celui qui prédomine. Il existe, dans cette affection, une marche pour ainsi dire indécise, la destruction alternant avec la réparation, ce dont il est facile de se rendre compte en examinant les cicatrices, les brides qui s'observent sur les bords de l'ulcère. Les contours en sont plus sinueux que dans le cancer, disposés par étages, avec une tendance plus marquée à s'étaler vers le périnée et les aines; souvent, on aperçoit au fond des anfractuosités, un lit rosé, jaune, rougeâtre, couvert d'une cuticule cicatricielle. Rien de pareil ne s'observe dans le cancer dont la marche destructive est continue. L'engorgement ganglionnaire, nul ou peu marqué dans l'esthiomène, ne tarde pas à se montrer dans le cancer ulcéré. Esthiomène.

Traitement. — L'**extirpation** complète du mal est le seul moyen d'en arrêter la marche; on a conseillé de faire cette ablation au thermo-cautère, pour éviter l'hémorrhagie. Mais en procédant rapidement avec le bistouri et les ciseaux, et grâce à la forcipressure, on peut rendre la perte de sang insignifiante. Or, il y a tout avantage à obtenir une plaie qu'on puisse réunir immédiatement par des sutures. J'ai ainsi obtenu la cicatrisation primitive complète d'une très grande surface, provenant de la dissection d'un cancer qui avait détruit le vestibule et la plus grande partie des petites lèvres. On apportera un soin particulier à restaurer le méat urinaire, par l'affrontement exact des muqueuses. Dans les cas de cancer péri-uréthral, on s'aidera, pour la dissection, d'une sonde introduite dans le canal, et il pourra être nécessaire de poursuivre le néoplasme jusqu'au col de la vessie. S'il y a des ganglions inguinaux engorgés, on en fera l'extirpation. Mais il faut savoir que la récidive ne peut alors être longtemps conjurée. Traitement.

Dans les cas où l'on ne pourrait faire l'ablation du mal trop étendu, on aura recours aux **palliatifs**. On s'attachera surtout à combattre les accidents qui gênent le plus les malades : le suintement ichoreux, l'odeur fétide, l'irritation des parties voisines. On usera de lavages fréquents avec des solutions antiseptiques et désinfectantes; on fera des pansements souvent renouvelés avec des tentes de gaze iodoformée introduites dans les ulcérations; on recommandera d'oindre les téguments des aines et de la partie interne des cuisses avec de la vaseline boriquée pour s'opposer à l'érythème que provoque la leucorrhée irritante.

Peut-être pourrait-on, dans certains cas, mettre en usage le **procédé**

de Kraske[1], qui a proposé de recouvrir les ulcères cancéreux inopérables avec de la peau saine pour rendre leur marche plus lente et leurs symptômes moins pénibles. Pour cela, on doit d'abord nettoyer le plus possible, par le grattage, la surface à recouvrir; puis, procédant surtout par décollement des bords suivi de glissement et, taillant au besoin des lambeaux qu'on ferait pivoter, on recouvrirait, comme d'un pont de peau saine, la surface avivée par la curette.

CHAPITRE V

KYSTES ET ABCÈS DES GLANDES DE BARTHOLIN

Étiologie et pathogénie générales. — Kystes. Symptômes. Kystes superficiels et profonds, Diagnostic avec : hydrocèle de la femme; épiplocèles et entérocèles irréductibles; ovaire hernié; cancer de la glande. Traitement. — Abcès. Symptômes. Fistules. Inflammation chronique. Diagnostic avec : abcès stercoral; phlegmon de la grande lèvre; furoncles; chancre simple. Traitement. Incision. Extirpation de la glande.

Etiologie et pathogénie générales.

Étiologie et pathogénie générales. — Les glandes de Bartholin[2], que Huguier a proposé d'appeler *vulvo-vaginales*, ont aussi été désignées sous les noms de *glandes de Duverney*, *glandes de Cowper* : ce dernier a l'avantage de montrer leur analogie avec les glandes ainsi nommées, chez l'homme. Elles ont la grosseur d'un haricot et sont assez profondément situées à la partie interne de la grande lèvre, où l'on peut les sentir chez les femmes maigres. Leur conduit excréteur, long de 2 centimètres, s'ouvre immédiatement en avant de l'hymen, vers le milieu de la hauteur de l'orifice vulvaire; il peut admettre la canule d'une seringue de Pravaz.

La pathologie de ces glandes a été, pour ainsi dire, créée par Huguier[3]. Depuis lors, on a peu ajouté à ses descriptions, mais on a

[1] P. Kraske. *Münch. med. Woch.*, 1889, n° 1, p. 1.

[2] G. Bartholin. *De ovariis mulierum et generationis historiâ*, Leyde, 1675. — J.-G. Duverney (*Mém. de l'Acad. des sciences*, 1701, p. 184) ne les avait étudiées, avant lui, que chez la vache.

[3] Huguier. *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1850, t. XV, p. 527; — *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1852, n°s 6 et 8, p. 141 et 197; — *Ann. des sciences natur.*, avril 1850, 3e sér., t. XIII, p. 259.

reconnu que toutes les lésions de ces glandes, inflammation ou kystes, n'ont vraisemblablement qu'une même origine, la blennorrhagie[1]. Breton[2] a, le premier, démontré que cette maladie peut rester longtemps localisée au conduit excréteur de la glande, après avoir abandonné le vagin, et qu'elle en sort, de nouveau, pour des retours offensifs; Zeissl[3] a confirmé ces données. La suppuration du canal excréteur est la règle dans la vaginite, et il est facile de s'en convaincre en pressant à ce niveau, après avoir préalablement bien essuyé la région : on voit une gouttelette de pus sourdre par le conduit. Son orifice est, du reste, entouré d'une auréole rouge pourpre, de la grosseur d'une lentille, rappelant une piqûre de puce, que Sänger a appelée **macule gonorrhéique**. On doit, pour guérir cette inflammation du canal, l'inciser avec le couteau de Weber qui sert au débridement des points lacrymaux, et le cautériser avec le crayon de nitrate d'argent ou une solution faible (1/50e) de chlorure de zinc.

L'infection intense propagée à toute la glande ou à quelques-uns de ses *acini* cause l'**abcès de la glande**; l'oblitération ou le rétrécissement du canal excréteur donne lieu aux **kystes**, parmi lesquels on a assez arbitrairement distingué, sans preuve anatomique réelle, les **kystes du canal excréteur**, plus superficiels, plus petits et plus transparents, et les **kystes de la glande**. Ces expressions sont aussi peu justifiées que celle d'**abcès du canal excréteur**, appliquée à la simple suppuration de ce conduit, dont j'ai parlé comme du phénomène initial de toutes ces lésions.

Kystes des glandes de Bartholin.

Symptômes. — La poche peut être unique ou multiloculaire : elle est formée aux dépens de la totalité de la glande ou seulement d'un de ses lobules, le reste des *acini* étant refoulés latéralement. Sa forme est ovoïde, sa surface lisse; elle est rarement transparente. Le contenu est visqueux, incolore ou jaune plus ou moins foncé, parfois mélangé de sang et couleur chocolat. Le volume varie de celui d'une noix à celui d'un œuf d'oie. La tumeur, ordinairement unilatérale, plus fréquente à gauche, est allongée selon l'axe de la grande lèvre, dont elle occupe la moitié postérieure, plus près de la muqueuse que de la peau. A la pression, elle est élastique et dépressible plutôt que fluctuante. Symptômes.

[1] Sänger, cité par R. Labusquière. *Ann. de Gyn.*, févr. 1890, t. XXXIII, p. 136.
[2] Breton. *De la bartholinite.* Thèse de Strasbourg, 1861.
[3] Zeissl. *Allg. Wien. med. Zeit.*, 1865, n° 45, p. 265 et n° 46, p. 273.

Ces kystes causent une certaine gêne pendant la marche et surtout pendant le coït. Ils ont une tendance marquée à s'enflammer et à suppurer.

Kystes superficiels et kystes profonds.

Les auteurs distinguent tous, depuis Huguier, deux espèces de kystes de la glande de Bartholin sous les noms, un peu arbitraires, de **kyste du canal excréteur** et de **kyste de la glande**. Nous ignorons complètement, en l'absence de dissection démonstrative, la part qui revient, en réalité, aux diverses parties de l'organe dans la formation de la poche kystique. Mais, au point de vue clinique, nous savons qu'il existe deux types assez différents de la maladie.

Dans le prétendu **kyste du canal excréteur**, qu'on devrait tout simplement appeler **kyste superficiel**, la tumeur est généralement plus petite, de la grosseur d'une noisette ou d'une noix. Elle siège à la base même de la petite lèvre qu'elle déplisse, fait saillie sur la muqueuse du vagin, et paraît immédiatement placée sous la muqueuse qui glisse sur elle; on peut assez souvent y percevoir de la transparence. L'orifice du conduit est, dans certains cas, resté perméable: on peut y introduire un fin stylet ou même faire sourdre par la pression le liquide très visqueux; il semble donc que l'altération dans la qualité de la sécrétion ait ici joué un rôle au moins égal à l'obstruction temporaire ou au rétrécissement du conduit, pour amener la production du kyste.

Dans le prétendu **kyste de la glande**, que je préférerais nommer **kyste profond**, la tumeur, ordinairement plus volumineuse, siège en arrière de la grande lèvre, entre l'entrée du vagin et la branche ascendante de l'ischion, et soulève à la fois la grande et la petite lèvre. Dans cette variété, le conduit n'est pas perméable et le liquide est souvent coloré par des extravasations sanguines anciennes. Le cas rapporté par Hœning[1], où la tumeur allait jusque dans le bassin, me paraît devoir être classé non dans les kystes de la grande lèvre, mais dans les kystes du vagin : ce kyste, sans doute d'origine wolffienne, s'était développé à l'entrée et débordait, par suite, dans la grande lèvre.

Diagnostic. — Les **tumeurs réductibles** doivent d'abord être éliminées. On doit se demander ensuite s'il s'agit d'une **tumeur solide** ou **liquide**. La fluctuation et la transparence ne peuvent pas ici, comme dans les collections du scrotum, sûrement indiquer la nature liquide et séreuse du contenu; la transparence, sauf dans des cas exceptionnels, manque dans les kystes profonds des grandes lèvres. Quant à la fluctuation, elle peut aussi faire défaut, si la tumeur est très tendue, ou être simulée par le ramollissement partiel d'une tumeur

[1] Hœsing. *Monatschr. f. Geb.*, 1869, Bd. XXXIV, p. 150.

solide, un fibrome par exemple[1]. Dans ces cas douteux, une ponction avec l'aspirateur lèvera le doute, si l'on ne préfère attendre jusqu'au moment de l'incision exploratrice qui constituera le premier temps de l'extirpation, indiquée dans l'un et l'autre cas.

Après s'être assuré que la tumeur est liquide, on doit encore préciser sa localisation exacte. Les **hydrocèles de la femme** ou kystes de la grande lèvre indépendants de la glande de Bartholin, qui ont donné lieu à tant de discussions théoriques[2], occupent plutôt la moitié supérieure de la grande lèvre. Ces collections liquides, qui peuvent être séreuses ou hématiques (voir le chap. TUMEURS DU LIGAMENT ROND), se réduisent, au point de vue clinique, à un petit nombre de variétés. Il suffira de rappeler leurs caractères pour éclairer le diagnostic : 1° kystes petits, du volume d'une noisette ou d'une amande, pouvant pénétrer dans le canal inguinal plus ou moins dilaté et en sortir facilement et même rentrer complètement dans la cavité abdominale, sous une légère pression, pour ressortir aussitôt; ce sont des **kystes sacculaires**, ou sacs herniaires déshabités, oblitérés, et remplis de liquide; 2° kystes plus volumineux, non réductibles, logés dans la partie supérieure de la grande lèvre et contenant un liquide séreux ou brunâtre et hématique qui leur a fait donner le nom d'hématocèles; ils sont parfois munis d'un pédicule qui se continue dans le canal inguinal : pour certains auteurs, ce sont des hydrocèles ou kystes du **canal de Nück**[3]; pour d'autres, des kystes nés dans l'épaisseur même du **ligament rond**[4]; pour d'autres, enfin, ce sont encore des kystes sacculaires dans de vieux sacs herniaires déshabités; 3° très exceptionnellement, un kyste séreux pourra se développer au-devant d'une

Hydrocèle de la femme.

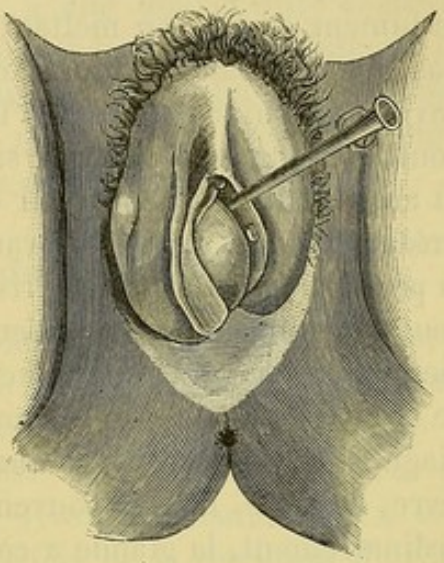


Fig. 580. — Kyste de la glande de Bartholin.
(Une sonde est introduite dans l'urèthre.)

[1] ODEBRECHT. *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 24 janv. 1890 (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 10, p. 165).

[2] Voir à ce sujet PICQUÉ. *Encycl. intern. de chir.*, édit. franç., t. VII, p. 787. — KOPPE. *Zur Genese und klin. Deutung der Vulvarcysten* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 40, p. 659). — HENNIG. *Ueber Hydrocele muliebris* (*Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXV, p. 105).

[3] R. KOPPE. *Hæmatocele processus vaginalis peritonei* (*Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 12, p. 179).

[4] S. GOTTSCHALK. *Hæmatoma ligamenti rotundi Uteri* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 21, p. 329). — E.-H. WEBER prétend, en effet, contrairement à KÖLLIKER, que le ligament rond est creux chez le fœtus.

hernie maintenue par un bandage, sorte d'**hygroma** occasionné par le frottement; mais la clinique n'a guère à compter avec de pareilles raretés.

Épiplocèles et entérocèles irréductibles.

Restent les **tumeurs solides** et, parmi elles, en premier lieu, les **épiplocèles irréductibles**. Leur consistance pâteuse, lobulée, pourra déjà les faire soupçonner. Le meilleur signe est fourni par la recherche du pédicule: pour le sentir, on attirera le plus possible la tumeur en bas, en mettant le doigt sur l'anneau. Si l'on ne sent pas, à ce niveau, le moindre pédicule rattachant la tumeur à la cavité abdominale, c'est qu'il ne s'agit pas d'une hernie; on sera confirmé dans ce diagnostic si l'on ne perçoit l'impulsion de la toux ni au niveau de l'anneau ni dans la tumeur. Quant aux **entérocèles irréductibles**, elles sont très rares dans cette région et leur sonorité à la percussion serait caractéristique. Une difficulté pour le diagnostic peut être causée par la présence de liquide dans le sac. On se souviendra, également, que la hernie peut coïncider avec une tumeur de la grande lèvre, ce qui complique énormément les difficultés du diagnostic. Ou a vu l'**ovaire hernié** descendre jusque dans la grande lèvre, quoique, le plus souvent, il s'arrête dans le canal inguinal. Ordinairement, la glande a conservé sa forme et sa sensibilité normales, et la pression exercée sur la face antérieure de l'utérus par le vagin détermine un mouvement de retrait de la tumeur. Mais le diagnostic devient presque impossible s'il existe, autour de l'ovaire plus ou moins atrophié et refoulé contre les parois de la poche, une couche de liquide emprisonné dans le sac herniaire[1].

Ovaire hernié.

Cancer de la glande.

Enfin on a observé quelques cas de **cancer primitif de la glande de Bartholin**[2]. Ce sont là des faits tout à fait exceptionnels. D'ailleurs l'extension de la tumeur aux parties voisines mettra rapidement sur la voie du diagnostic.

Traitement

Traitement. — On ne doit pas se borner à évacuer leur contenu, qui se reproduirait très vite. Il faut profondément modifier, détruire ou extirper la poche kystique. On a proposé de nombreux procédés opératoires. L'injection de 10 à 12 gouttes de solution de **chlorure de zinc** au 10e avec une seringue de Pravaz, sans vider le kyste et après simple aspiration d'une quantité équivalente de son contenu, a donné des succès[3]. Mais l'inflammation ainsi provoquée peut être très vive et amener la suppuration. Une **large incision**, suivie d'un tamponnement à la gaze iodoformée jusqu'à exfoliation de la poche, est un moyen sûr, mais de trop longue durée. On doit préférer l'**extir-**

[1] P. Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*, Paris, 1889, t. II, p. 472.

[2] Schweizer. *Carcinoma glandulæ Bartholini* (*Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. XLIV, p. 522).

[3] Ed. Duvernoy. *Traitement des kystes des glandes vulvo-vaginales par les injections de chlorure de zinc* (*Ann. de Gyn.*, 1880, t. XIII, p. 251).

pation du kyste, suivie de la réunion immédiate de la plaie par la suture au catgut, à étages superposés. Pour faciliter la dissection que rendrait très laborieuse la moindre éraillure qui crèverait la poche, j'ai appliqué, à cette opération, mon procédé d'injection préalable au blanc de baleine[1]. On ponctionne d'abord le kyste avec un trocart à hydrocèle, on l'évacue, on lave à l'eau chaude, pour enlever tout le liquide filant qu'il contient, puis on y fait pénétrer du spermaceti dissous au bain-marie, à une température relativement basse. Quand la poche est ainsi distendue, on l'entoure de glace pilée, et au bout de quelques minutes on obtient une masse dure qu'il est très facile d'extirper rapidement, avec la simple anesthésie par le froid et les injections de cocaïne.

Abcès des glandes de Bartholin.

Symptômes.

Symptômes. — La suppuration de la glande de Bartholin peut survenir d'emblée ou être consécutive à l'inflammation d'un kyste. La **tuméfaction** et l'œdème périphérique sont assez considérables et s'étendent à toute la partie postérieure de la région vulvaire, ou même jusqu'à l'anus; la **douleur** est vive, lancinante; il y a toujours un certain degré de fièvre et parfois de la rétention d'urine. La **fluctuation** devient d'abord apparente à la face interne de la grande lèvre, et la collection purulente s'ouvre par un ou plusieurs pertuis situés au-dessous de l'orifice du canal excréteur. Le pus est très abondant et ordinairement fétide, comme au voisinage de toutes les cavités naturelles. On a pu y constater la présence du *gonococcus*.

Fistules.

Longtemps après que l'orage inflammatoire s'est dissipé, des **fistules** persistent, aboutissant parfois à des foyers distincts qui correspondent aux divers lobules de la glande (*abcès granuleux* de Huguier). Mais le plus souvent la totalité de la glande et du tissu cellulaire périphérique a été envahie en bloc par la suppuration (*abcès parenchymateux* de Huguier), et les fistules multiples qui résultent de l'évacuation aboutissent à un clapier commun. Exceptionnellement, elles peuvent s'ouvrir vers le périnée ou le rectum, et donner lieu à des fistules recto-vulvaires[2]. Si le tégument est détruit à ce niveau, il existe une vaste ulcération, à la surface interne de la grande lèvre.

Inflammation chronique.

A cette forme aiguë peut succéder une **inflammation chronique** de la glande vulvo-vaginale, qui parfois même s'établit d'emblée; c'est une forme clinique très distincte, qui a été bien décrite par Hamonic[3] et

[1] S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1878, p. 715.

[2] Chevalieras, cité par St. Bonnet. *Kystes et abcès des glandes vulvo-vaginales* (*Gaz. des hôp.*, 16 juin 1888, p. 657).

[3] Hamonic. *Ann. de dermat.*, 1883, p. 427.

par Fauvel[1], comme localisation rebelle de la gonorrhée. Huguier l'avait déjà nettement indiquée, sous le nom d'*hypersécrétion purulente*. Il n'y a pas alors, à vrai dire, de signes inflammatoires ni de tumeur distincte, mais une simple **induration** hypertrophique de la glande dont le conduit excréteur laisse échapper, par la pression, du pus verdâtre ou lactescent, qui coule aussi par les orifices fistuleux qui ont succédé à l'évacuation spontanée. C'est un dernier refuge de la blennorrhagie, source fréquente et peu suspectée de contamination pour l'homme et d'où peut aussi partir de nouveau l'infection ascendante du canal génital de la femme après l'accouchement ou l'avortement.

Diagnostic avec : Abcès stercoral. Phlegmon de la grande lèvre. Furoncle.

Diagnostic. — Un **abcès stercoral**, né à la marge de l'anus et propagé à la partie postérieure de la grande lèvre, sera distingué par l'intensité plus grande des symptômes locaux du côté de l'anus, et par sa plus grande diffusion.

Le **phlegmon de la grande lèvre**, qui est le plus souvent d'origine angioleucitique, et dont on n'a pu suivre l'évolution, siège plutôt à la face externe et cutanée, tandis que l'abcès de la glande vulvo-vaginale proémine à la face interne et muqueuse.

Les **furoncles** siègent dans la peau, ont un aspect acuminé et une évolution spéciale.

Cancer simple.

On ne confondra pas l'ulcération qui peut résulter de la mortification partielle de la paroi du foyer avec une ulcération de **chancre simple**; les commémoratifs suffiraient pour faire éviter l'erreur.

Traitement. Incision. Extirpation de la glande.

Traitement. — On fera la large **incision** de la poche, dès qu'apparaîtront les premiers signes d'inflammation ; on plongera le bistouri à l'union de la peau et de la muqueuse, en dedans du bord libre de la grande lèvre : on aura soin de ne laisser subsister aucun clapier, aucun cul-de-sac, et de les débrider largement; le passage de tubes à drainage serait tout à fait insuffisant. Il est d'une bonne pratique de faire d'emblée, après l'incision, l'**extirpation de la glande** au fond de la plaie, en excisant rapidement toute la surface interne de la poche avec des ciseaux courbes. On lavera ensuite la plaie à la solution phéniquée forte et l'on fera un tamponnement à la gaze iodoformée. Si l'on était en présence de fistules anciennes résultant d'une évacuation spontanée, on procéderait de même à l'extirpation de la glande, ce qui est le seul moyen de guérir la suppuration intarissable de ces fistules, qui se ferment et se rouvrent incessamment. On pourrait alors faire la réunion immédiate de la plaie par la suture perdue au catgut, à étages superposés.

[1] R. Fauvel. *De l'inflammation chronique et des fistules de la glande vulvo-vaginale.* Thèse de Paris, 1886; — *Arch. de tocol.*, 1886, p. 337.

CHAPITRE VI

PRURIT VULVAIRE, COCCYGODYNIE[1]

Prurit vulvaire. Définition. Étiologie. Symptômes. Diagnostic. Pronostic. Traitement. — Coccygodynie. Définition. Étiologie. Symptômes. Traitement. Électricité. Myotomies et ténotomies. Extirpation du coccyx.

Prurit vulvaire.

Définition.

Définition. — La sensation de démangeaison, de brûlure, qui accompagne les éruptions de la vulve ou son irritation par la leucorrhée abondante de la vaginite, de la métrite et du cancer, ou encore, chez les enfants surtout, par des oxyures, ne constitue qu'un symptôme et point une maladie. Ce qui caractérise le **prurit vulvaire** qu'on pourrait appeler **idiopathique**, c'est l'absence de toute lésion pour expliquer une cuisson intolérable qui pousse invinciblement les malades à se gratter et à s'excorier.

Étiologie.

Étiologie. — En l'absence de toute cause apparente, certains auteurs ont cru pouvoir invoquer une **origine centrale**[2].

La **diathèse arthritique**, incriminée par Guéneau de Mussy, et dont l'influence parait incontestable, ne semble causer aucune modification anatomique du derme appréciable à l'examen clinique.

A côté de faits nombreux où il n'existe aucune lésion des organes génitaux, il en est d'autres où l'on peut constater une **affection de l'utérus** ou même, a-t-on prétendu, **des ovaires** ; elle semble agir par une sorte d'action réflexe sur la sensibilité de la vulve. C'est ainsi que des calculs vésicaux provoquent de vives démangeaisons du gland.

Le **diabète**[3] est une des causes les plus avérées ; agit-il par l'irritation de l'urine qui souille la vulve, par une modification des sécrétions cutanées ou par une action sur le système nerveux central ?

[1] Je place l'étude de la coccygodynie dans le même chapitre que celle du prurit vulvaire, quoiqu'elle ne constitue pas une MALADIE DE LA VULVE ; mais il m'a paru préférable de ne pas faire un LIVRE spécial pour décrire cette petite affection. Le rapprochement avec le prurit vulvaire, inexact au point de vue topographique, est, du reste, très légitime au point de vue nosologique.

[2] H. BEIGEL. *Krankh. des weibl. Geschlechts*, 1875, Bd. II, p. 731.

[3] F. WINCKEL. *Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.*, 1876, n° 1, p. 2.

Il est difficile de trancher la question. La **grossesse** favorise l'apparition du prurit, et c'est spécialement au début ou à la fin qu'il apparaît, quand la congestion des parties génitales est le plus accusée.

Symptômes. **Symptômes.** — La **sensation prurigineuse** peut être continue ou intermittente, et ne revenir qu'à certaines heures, principalement la nuit, sous l'influence de la chaleur du lit. On a cité des cas où elle n'apparaissait qu'à deux ou trois jours d'intervalle. Beaucoup de femmes ne souffrent qu'aux époques menstruelles ; d'autres, à chaque grossesse. Le prurit siège, le plus souvent, sur une assez large surface, au niveau du clitoris, du mont de Vénus et des grandes lèvres. On connaît une observation où le clitoris seul était atteint[1]. Les malades s'écorchent en se grattant, et ces excoriations elles-mêmes deviennent une nouvelle source de cuissons. Enfin, le frottement de la vulve conduit à l'**onanisme** ; il résulte, parfois, de cette excitation exagérée du **système nerveux** des troubles profonds de la santé générale et de l'état mental, pouvant aller jusqu'à l'anémie grave et à la folie.

Diagnostic. **Diagnostic.** — On doit surtout s'attacher à reconnaître s'il existe une cause quelconque d'**irritation locale** : on examinera avec soin l'**état de l'utérus** et des annexes ; on portera aussi son attention du côté des voies urinaires et du rectum. On recherchera le **diabète.**

Pronostic. **Pronostic.** — Il est très variable, et subordonné à la cause probable des accidents. Les cas les plus rebelles sont ceux où l'étiologie est obscure.

Traitement. **Traitement.** — Il faut, d'abord, guérir toute **maladie concomitante** dont l'influence peut être soupçonnée. On s'efforcera de modifier la **nutrition générale** des malades, qui sont herpétiques ou arthritiques, par un régime approprié : abstinence de boissons alcooliques, d'épices, de poissons et de crustacés, etc. ; boissons légèrement alcalines, laxatifs fréquents, bains prolongés ; on administrera aussi l'arsenic à l'intérieur. S'il y a du diabète, on instituera un traitement pour le combattre.

Localement, on traitera les éruptions, s'il en existe. On a recommandé les **topiques** les plus divers contre le prurit idiopathique : ce qui paraît le mieux réussir pour calmer les douleurs, ce sont les badigeonnages de cocaïne (solution au 10e). On a aussi recommandé les cautérisations légères avec le nitrate d'argent[2] ou une solution phéniquée forte ; l'eau chloroformée, l'eau blanche, la liqueur de Van Swieten[3], le menthol[4], etc. A l'intérieur, tous les **antispasmodiques**

[1] Küchenmeister. *Pruritus clitoridis* (*Oest. Zeitschr. f. prakt. Heilk.*, 7 nov. 1875).
[2] P. Ruge. *Zur Therapie des Pruritus Vulvæ* (*Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. XXXIV, p. 355).
[3] Tillaux. *Loc. cit.*, p. 460.
[4] A. Duke. *Menthol in pruritus vulvæ* (*Brit. med. Journ.*, 1888, t. II, p. 75).

et, en particulier, le bromure de potassium et le *cannabis indica* seront utiles. Schröder et Löhlein[1] ont obtenu, le premier quatre succès, le second un succès, par l'excision des portions de la muqueuse ou de la peau où était localisé le prurit (l'examen histologique n'a démontré à Schröder l'existence d'aucune lésion).

Coccygodynie.

Définition. — On désigne sous ce nom une douleur intense localisée au coccyx, qui se montre presque exclusivement chez la femme, et qui est souvent liée à des maladies de l'appareil génital. Elle a été d'abord signalée par Nott[2], comme une névralgie du coccyx. Mais c'est Simpson[3] qui en a, le premier, publié une complète description et lui a donné son nom. Scanzoni[4] lui a consacré plusieurs mémoires importants, auxquels on a depuis peu ajouté.

Étiologie. — Dans la majorité des cas, dans les cas types, pourrait-on dire, il n'existe pas de lésion appréciable et il semble bien qu'on ait affaire à une véritable **névralgie**. Mais, dans une autre classe de faits, on découvre des **lésions concomitantes** de l'utérus, métrite, déviations, ou un prolapsus des ovaires ; ces lésions, si elles ne suffisent pas à expliquer la localisation et l'intensité de la douleur, paraissent pourtant liées à son apparition et à sa permanence. Enfin, dans une troisième catégorie de cas, il existe des **lésions du coccyx** ou de ses ligaments, qui jouent encore ici bien plutôt le rôle de cause occasionnelle que de cause efficiente pour l'excessive douleur. De ce nombre on a noté la mobilité anormale de l'os, due peut-être à une sorte d'entorse ou de luxation pendant un accouchement laborieux, l'ankylose, la longueur exagérée, l'ostéite (Nott). Étiologie.

L'influence de la **parturition** paraît hors de doute. Scanzoni, sur 34 observations personnelles qu'il a rassemblées, n'a jamais rencontré que des femmes ayant eu des enfants ; chez 9 d'entre elles, la douleur était apparue durant le travail, et 5 avaient été délivrées à l'aide du forceps : il est naturel de supposer qu'il y avait eu, dans ces cas-là, une luxation du coccyx. Il faut pourtant remarquer que Hyrtl[5] a 34 fois rencontré des vestiges anatomiques de luxation avec

[1] Schröder et Löhlein. *Soc. d'obst. et de gynéc. de Berlin*, 11 nov. 1884 (*Centr. f. Gyn.*, 1884, p. 804).

[2] Nott. *New-Orleans med. Journ.*, mai 1844 ; — *Amer. Journ. of Obstet.*, nov. 1868, t. I, p. 243.

[3] J. Simpson. *Med. Times and Gaz.*, 2 juill. 1859, t. II, p. 7.

[4] Scanzoni. *Würzburg. med. Zeitschr.*, 1861, t. II, p. 4 ; — *Lehrbuch der Frauenkr.*, 1867, p. 525.

[5] Hyrtl. *Handbuch der topogr. Anatomie*, 1871, Bd. II, p. 22.

ankylose consécutive sur 180 bassins qu'il a examinés dans ce but : on doit donc admettre que cette lésion est à la fois assez fréquente et peu douloureuse. Elle ne suffit pas, évidemment, à elle seule, pour expliquer la névralgie, car les cas de coccygodynie sont incomparablement moins fréquents que les cas de luxation. Gräfe[1], qui a observé 6 cas de coccygodynie, tous survenus chez des femmes dont l'accouchement avait été facile, n'attribue, du reste, aucune importance à la lésion du coccyx ; sur deux de ses malades, la douleur était apparue à la fin de la grossesse, et il croit qu'elle a pour cause la pression exercée par la tête du fœtus sur la partie terminale du plexus sacré, occasionnant une **névrite**.

Tout en réduisant l'importance des lésions du coccyx, on ne saurait se refuser à l'admettre : chez une jeune fille observée par Zweifel, la douleur était consécutive à une chute qui avait probablement fracturé ou luxé l'os ; elle disparut au bout d'un an. Scanzoni a noté, dans deux observations, l'influence de l'équitation.

Zweifel et Courty ont observé cette affection chez des vierges, et Beigel[2] chez des enfants ; ces derniers faits sont tout à fait exceptionnels.

Symptômes. **Symptômes.** — La douleur limitée au coccyx ou à son voisinage immédiat est le signe capital. Elle est intense, réveillée par la pression, par les mouvements exécutés pour se lever et pour s'asseoir, par la marche, la défécation, le coït, les efforts de toute sorte. Tout ce qui ébranle le coccyx réveille cette douleur, qui est parfois si intense que Scanzoni la compare à celle d'une névralgie dentaire. Pour s'assurer de l'état anatomique du coccyx, on devra pratiquer le toucher rectal et le saisir entre le pouce et l'index, après avoir fait l'anesthésie locale par la cocaïne.

Traitement. **Traitement.** — La guérison des **maladies concomitantes**, en particulier la rétroflexion, amènera parfois la cessation des douleurs.

On pourra essayer de diminuer la douleur par des **injections hypodermiques** de cocaïne (1 centigramme). Les injections de morphine, les suppositoires belladonés rendront aussi des services.

Électricité. Lorsqu'il n'existe pas de lésion de l'os, Gräfe recommande l'**électricité** (faradisation) et il lui a dû de beaux succès. Il place une électrode sur le sacrum, l'autre sur le coccyx, et il augmente à chaque séance la force du courant ; 3 à 8 séances suffiraient. Le traitement chirurgical paraît seul procurer la guérison des cas invétérés. Dans le but d'éviter les mouvements du coccyx causés par l'action musculaire, Simpson faisait une série de sections sous-

[1] Gräfe. *Ein Beitrag zur Ætiologie und Therapie der Coccygodynie* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, Heft 2, p. 344).

[2] H. Beigel. *Loc. cit.*

cutanées, **myotomies et ténotomies**, qui avaient pour effet d'isoler l'os de toutes parts. Myotomies et ténotomies.

Mais cette opération s'est souvent montrée infidèle. Le mieux est d'avoir recours à l'**extirpation du coccyx**, pratiquée d'abord par Nott. Plusieurs succès ont été ainsi obtenus dans des cas qui avaient résisté à tous les autres agents thérapeutiques[1]. Je lui ai dû moi-même la guérison complète et durable d'un cas très rebelle.

CHAPITRE VII

PLAIES DE LA VULVE ET DU VAGIN. — STÉNOSES ET ATRÉSIES ACQUISES. CORPS ÉTRANGERS

Plaies de la vulve et du vagin. Étiologie. Défloration. Accouchement. Traumatisme. Symptômes. Hémorrhagie. Issue de l'intestin. Diagnostic. Pronostic. Traitement. — Sténoses et atrésies acquises. Étiologie. Accouchement. Blessures par corps étrangers. Cautérisations. Gangrène. Esthiomène. Ulcérations syphilitiques. Suppurations pelviennes. Vaginite. Atrophie sénile. Symptômes. Dysménorrhée obstructive. Accidents de rétention. Cicatrices. Déviations utérines. Métrite. Traitement : 1° en dehors de la grossesse : section ; dilatation; autoplastie ; — 2° pendant la grossesse ; avortement et accouchement prématuré ; section progressive des brides ; — 3° au moment du travail ; incisions vaginales ; craniotomie ; opération de Porro et opération césarienne. — Corps étrangers. Étiologie. Symptômes et marche. Tolérance. Calcification. Accidents : Inflammation et ulcération ; suppurations pelviennes ; péritonite ; rétrécissement du vagin ; leucorrhée ; hémorrhagie. Diagnostic. Traitement.

Plaies de la vulve et du vagin.

Étiologie. — Le plus fréquemment, les déchirures de la vulve ou du vagin sont consécutives à la **défloration** ou à l'**accouchement** ; on en a observé aussi après des **traumatismes.** Étiologie.

Un **coït** brutal, soit pendant le premier rapprochement volontaire, soit précédé de **viol**, peut déchirer l'hymen, en le décollant, pour ainsi dire, et même en l'arrachant presque en totalité ; d'autres fois, la déchirure s'étend au delà de l'insertion de la membrane, vers la petite lèvre ou le vestibule. La paroi vaginale est plus rarement Défloration.

[1] Amann. *Zur Behandlung der Coccygodynie* (*Bayer ärztl. Intelligenzbl.*, 1870, n° 30). — Plum. *Hosp. Tid.*, 1870, p. 33. — Mursick. *Amer. Journ. of med. sciences*, janv. 1874, p. 122. — Th. Moore. *Brit. med. Journ.*, 8 févr. 1890, p. 301. (Le coccyx était, dans ce cas, fortement dévié en arrière et faisait saillie sous la peau ; la malade souffrait depuis quatre ans et ne pouvait ni s'asseoir, ni marcher. Extirpation, guérison.)

intéressée que la vulve. Cependant, on a publié des cas où la paroi postérieure du canal a été rompue pendant le viol. Sabin [1] a rapporté un fait dans lequel la paroi recto-vaginale avait été déchirée depuis la vulve jusqu'au cul-de-sac de Douglas. Barnes [2] mentionne une pièce du musée de l'hôpital Saint-Georges, où l'on voit une déchirure du vagin, pénétrant dans le péritoine ; elle avait été causée par le coït chez une vieille femme, probablement atteinte de rétrécissement atrophique de ce canal. Breisky [3] en cite un cas, suivi de guérison, imputable aussi à l'involution sénile.

Accouchement. Pendant l'**accouchement**, l'hymen est souvent rompu, car Budin a constaté 13 fois chez 75 primipares qu'il était intact à ce moment [4]. La rupture de l'hymen peut alors se prolonger sur le périnée (voir le chap. Déchirures du périnée). Le vagin a été rompu, au moment de l'accouchement, par le forceps ou le céphalotribe.

Traumatisme. Parmi les **traumatismes chirurgicaux** où l'on a observé la rupture du vagin, je citerai les manœuvres violentes pour réduire une inversion chronique de l'utérus, l'extraction de volumineux fibromes, etc. Les **traumatismes accidentels** le plus souvent observés sont les coups de corne, les chutes sur un objet pointu, l'introduction brusque ou le séjour prolongé d'un corps étranger, etc.

Symptômes. **Symptômes**. — Le siège et l'étendue des plaies du vagin et de la vulve varient beaucoup, d'après la cause qui les a produites.

Hémorrhagie. L'**hémorrhagie** est parfois très importante dans les déchirures de l'hymen, ce qu'on peut attribuer à la présence du tissu érectile, que Henle a exceptionnellement signalée dans cette membrane. La déchirure peut aussi s'étendre jusqu'au bulbe du vagin. Elle peut être assez grave pour compromettre la vie [5].

Issue de l'intestin. L'ouverture du cul-de-sac de Douglas s'est accompagnée de l'**issue d'une anse intestinale** ; si elle n'est pas réduite, elle s'étrangle, se gangrène, et laisse après sa chute une fistule iléo-vaginale, quand la mort n'est pas le résultat de cet accident [6]. L'ouverture du rectum ou de la vessie peut laisser persister une **fistule fécale** ou une **fistule urinaire**.

Diagnostic. **Diagnostic.** — Le diagnostic soulève d'importantes questions de médecine légale. On est généralement tenté d'attribuer à des tentatives de **viol** toutes les écorchures ou déchirures de la vulve

[1] Sabin, cité par L. H. Petit. Art. Vagin (Pathologie). *Dict. encycl. des sciences méd.*, 1886, p. 235.

[2] Barnes. *Traité clin. des maladies des femmes*, trad. franç., Paris, 1876, p. 727.

[3] Breisky. *Die Krankh. der Vagina* (*Deutsche Chir.*, 1886, Lief. 60, p. 89).

[4] Ce fait ne prouve pas absolument que l'hymen n'ait pas été rompu auparavant ; on sait, en effet, que les déchirures de cette membrane peuvent se cicatriser (Brouardel).

[5] Ascher. *Prag. med. Woch.*, 1889, n° 3.

[6] Dans un cas rapporté par Stanley (*Lancet*, 1839-1840, t. I, p. 248), il persistait dans le vagin un orifice, faisant communiquer le péritoine avec ce canal, véritable fistule péritonéo-vaginale, qui permettait l'issue et la rentrée de l'intestin grêle.

observées chez des petites filles. Hofmann[1] et Maschka[2] ont sur ce point formulé d'expresses réserves et ont montré que de simples manipulations pouvaient avoir le même effet. Or, elles sont parfois opérées dans un but de chantage, concernant l'individu qui est accusé d'attentat à la pudeur.

Pronostic. — L'hémorrhagie n'offre de gravité que si la femme est privée de tout secours. Pronostic.

Les **complications inflammatoires et septiques**, qui peuvent suivre ces blessures, sont en rapport avec les soins qui ont présidé au pansement. Il est pourtant digne de remarque et difficilement explicable que des blessures très graves, ayant ouvert le péritoine, ont parfaitement guéri à la période pré-antiseptique ou, plus récemment, malgré l'insuffisance des précautions prises contre l'infection[3]. Au contraire, on a vu des plaies insignifiantes, comme des piqûres de sangsues, mal soignées, occasionner de graves suppurations[4]. Les déchirures du vagin, pendant l'accouchement, sont spécialement graves, s'il existe une cause d'infection de ce canal : végétations, blennorrhagie, eschares, etc.

Traitement. — Quand il y a une étroitesse anormale du vagin ou de la vulve (voir l'article suivant), on aura à instituer un traitement prophylactique pendant la grossesse ou le travail. Contre la déchirure elle-même, on devra suivre les règles générales pour toute lésion traumatique : arrêter l'hémorrhagie par la ligature, la forcipressure à demeure, ou une suture hémostatique en surjet; réunir la plaie, après avoir réduit les organes qui ont pu faire hernie par la solution de continuité; enfin, assurer l'antisepsie de la région. Le tamponnement lâche du vagin avec la gaze iodoformée devra suivre la suture d'une plaie de ses parois. On comprimera légèrement les parties au moyen d'un bandage en T. Traitement.

Sténoses et atrésies acquises.

Étiologie. — Dans l'immense majorité des cas, le rétrécissement (sténose) ou l'oblitération (atrésie) du vagin ou de la vulve, quand ils ne sont pas d'origine congénitale, sont le fait d'un **accouchement** laborieux[5]. Quand les eschares produites par la compression de la tête fœtale ont détruit la totalité des parois, elles ont, au moment de Étiologie Accouchement.

[1] E. Hofmann. *Lehrb. der gerichtl. Med.*, Vienne, 1877.

[2] Maschka. *Handbuch der gerichtl. Med.*, 1882, t. III, p. 164.

[3] Colombat. *Traité des mal. des femmes*, t. II, p. 424. — Fleury. *Annal. de Gyn.*, 1877, t. VIII, p. 457.

[4] Gallois. *France méd.*, 1878, t. I, p. 773.

[5] F. Neugebauer. *Zur Lehre von den angeborenen und erworbenen Verwachsungen und Verengerungen der Scheide*. Berlin, 1895.

leur chute, amené des fistules urinaires ou fécales. Si une portion seulement de l'épaisseur du vagin a été mortifiée, la cicatrice qui succède à l'élimination subit un travail de rétraction inodulaire. Souvent aussi les parties voisines en contact se fusionnent par une véritable *réunion immédiate secondaire*.

Blessures par corps étrangers. Cautérisations, etc.

Il est possible que la cicatrice qui cause le rétrécissement soit due à une **blessure** par un **corps étranger**, ayant violemment pénétré et produit un véritable empalement vaginal, ou ayant longtemps séjourné et provoqué des ulcérations consécutives, par exemple à un pessaire oublié[1]. Les **cautérisations**, pratiquées dans l'intention de provoquer l'avortement[2] ou dans un but chirurgical[3], les eschares dues à la **gangrène**, durant une maladie infectieuse, l'**esthiomène** de la vulve, les **ulcérations syphilitiques**, les **suppurations** du petit bassin (périvaginite phlegmoneuse disséquante) ont été des causes de rétrécissement cicatriciel. La **vaginite** seule pourrait, chez les enfants (Simpson)[4] et chez les adultes (Hildebrandt)[5], amener une soudure plus ou moins grande des parois vaginales.

Il est une cause rare de rétrécissement vaginal qui siège presque exclusivement sur la partie supérieure du canal, au voisinage du col : c'est l'**atrophie sénile**. Le canal se rétrécit, devient infundibuliforme, et, au fond du cône qu'il forme, on arrive avec peine sur le col atrophié. Il est quelquefois difficile de distinguer les cas de ce genre des rétrécissements cicatriciels ou cancéreux[6]. On n'observe ce rétrécissement que chez les femmes qui n'ont pas de rapports sexuels. J'en ai vu un curieux exemple.

Atrophie sénile.

Symptômes.

Symptômes. — Les cicatrices peuvent siéger à l'entrée de la **vulve**, quand elles sont le résultat d'un coup de corne, d'un empalement, d'une brûlure ou d'une gangrène de la vulve chez les petites filles. Mais la grande majorité des brides ou oblitérations étant dues à des pertes de substance par eschares, à la suite de l'accouchement, leur situation, dans le **vagin**, est plus profonde. Les troubles qui en résultent surviennent progressivement et sont parfois longtemps retardés par la dilatation incessante que produisent les rapports conjugaux. Il suffit, du reste, d'une perméabilité très médiocre du vagin pour permettre le coït et pour assurer aussi l'écoulement du sang menstruel. Il peut donc arriver que les femmes portent des lésions très accusées, sans en être averties. Toutefois, si l'orifice par lequel

[1] Breisky (*Loc. cit.*) mentionne un exemple de ce genre, provenant du musée anatomique de Prague : il s'agit d'une femme de soixante-huit ans qui avait gardé son pessaire pendant trente-quatre ans.

[2] Levy. *Bibl. f. Laeger*, 1860, p. 39.

[3] E. Kennedy. *The Dublin Journ.*, 1840, t. XVI, p. 80.

[4] Simpson. *Clin. lect. on diseases of women*. Edimbourg, 1872, p. 259.

[5] H. Hildebrandt. *Monatschr. f. Geb.*, 1868, Bd. XXXII, p. 128.

[6] Barnes. *Loc. cit.*, p. 727.

s'échappent les règles est fort étroit, il y a souvent de la **dysménorrhée** qu'on a qualifiée d'**obstructive**. Dysménorrhée obstructive.

Si l'oblitération est complète (**atrésie**), le sang des règles s'accumule au-dessus de l'obstacle et distend le vagin, en totalité ou en partie, l'utérus et même les trompes (**hématocolpos**, **hématométrie**, **hémato-salpinx**). Je renvoie pour cette étude au chapitre des ACCIDENTS DE RÉTENTION CONSÉCUTIFS AUX ATRÉSIES GÉNITALES (livre XVI, ch. III). On a, par contre, observé un certain nombre de fois que l'obstruction accidentelle des voies génitales amenait l'aménorrhée, circonstance heureuse qui mettait à l'abri de pareils accidents[1]. Accidents de rétention.

Les **sténoses** peuvent se présenter sous la forme d'**anneaux cicatriciels** formant une sorte de diaphragme dont la saillie apporte un obstacle à l'issue des sécrétions utérines qui s'accumulent au-dessus. L'anneau est souvent incomplet, en forme de croissant ou de **bande** falciforme, tendue au-devant du museau de tanche qui en est tout à fait masqué, et qui n'est accessible au toucher qu'à travers ce rideau membraneux (fig. 581). Certaines **déviations de l'utérus** paraissent reconnaitre cette cause; j'en ai observé plusieurs exemples. Il y a presque toujours en même temps de la **métrite**, causée sans doute par l'obstacle apporté au drainage normal de la cavité utérine. Le rétrécissement peut être si étroit que l'orifice qui donne passage aux règles n'est découvert qu'avec difficulté. Cicatrices. Déviations utérines. Métrite.

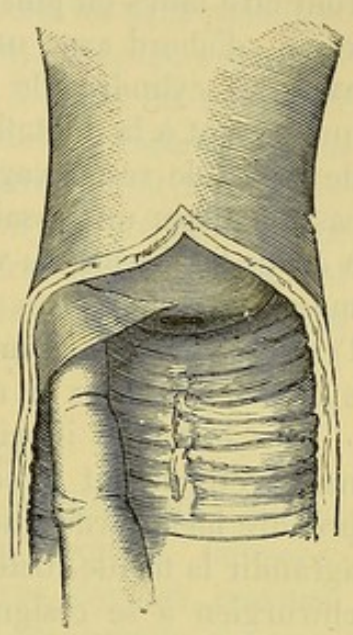


Fig. 581. — Bande cicatricielle falciforme, allant de la paroi vaginale au col de l'utérus; elle est soulevée par un doigt (Barnes).

Le **traitement** des imperforations ou **atrésies acquises** se confond avec celui des atrésies génitales. On peut avoir à créer un vagin artificiel dans le seul but de permettre le coït ou de porter remède à de graves accidents de rétention (voir livre XVI, chap. II et III). Traitement.

Les brides cicatricielles, donnant lieu à de simples rétrécissements ou **sténoses**, nécessitent l'intervention du chirurgien dans trois circonstances différentes : en dehors de l'état de gravidité de l'utérus, pendant la grossesse, et au moment du travail.

1° **En dehors de la grossesse.** — Ce n'est pas seulement pour faciliter les rapprochements sexuels que l'on doit faire disparaître ces lésions. Elles jouent le rôle de véritables corps étrangers qui sont En dehors de la grossesse.

[1] E. KENNEDY. *Loc. cit.*, p. 93.

le point de départ d'actions réflexes, et amènent des douleurs et des métrorrhagies.

Le moyen le plus simple de diviser ces brides est de les soulever avec le doigt sans le secours du spéculum, mais en abaissant, s'il est nécessaire, le col ou les parties voisines avec des pinces; on les sectionnera ensuite, à petits coups, avec de longs ciseaux, en prenant bien garde de ne pas entamer la paroi vaginale[1]. Ces **sections** pourront être faites en plusieurs temps et être suivies de la **dilatation** du vagin, d'abord avec un tamponnement à la gaze iodoformée, puis avec des cylindres de caoutchouc, ou avec les boules de Bozeman qui servent à la dilatation du canal dans le traitement préliminaire de la fistule vésico-vaginale. Plus tard, on fera bien, dans certains cas, de placer un pessaire de Dumontpallier ou de Hodge, de manière à étaler les parois du vagin. Si l'on se trouvait aux prises avec une masse inodulaire très épaisse et très étendue, le mieux serait de l'exciser, puis de combler la perte de substance par l'**autoplastie**, avec des lambeaux de muqueuse saine disséqués dans le voisinage[2].

Section. Dilatation.

Autoplastie.

Dans le cas où il existe, en même temps que des cicatrices vaginales rétrécissant le canal, une fistule vésicale ou rectale, il faut prendre bien garde que la destruction du rétrécissement ne puisse agrandir la fistule. Cette circonstance doit même parfois décider le chirurgien à se résigner au traitement indirect de la fistule, par oblitération du vagin ou colpocleisis.

Pendant la grossesse.

2° **Pendant la grossesse.** — Les rétrécissements ou sténoses du vagin chez une femme enceinte soulèvent de graves questions opératoires. La première est de savoir si l'on doit provoquer un **avortement** ou un **accouchement prématuré** ou simplement essayer de détruire l'obstacle afin de permettre à la grossesse de suivre son cours. Oldham[3] provoqua avec succès, dans un cas de ce genre, l'accouchement prématuré. Doherty[4] ne put s'y résoudre et vit sa malade succomber. Churchill[5] se prononce pour cette intervention, afin d'éviter la rupture de l'utérus et du vagin, qui a été la conséquence fréquente de la temporisation. Toutefois, il faut d'abord s'assurer que par la **section progressive** des brides cicatricielles on n'arrive pas à obtenir une dilatation suffisante. Il faut aussi ne pas perdre de vue qu'au moment de l'accouchement le ramollissement des tissus rend souvent très dilatables des cicatrices qui auparavant paraissaient inextensibles.

Avortement et accouchement prématuré.

Section progressive.

[1] Guéniot. *Arch. de tocol.*, 1886, p. 193.

[2] Harris (de Paterson). *Amer. journ. of Obstet.*, 1882, p. 888. — Credé. *Arch. f. Gyn.*, 1883, Bd. XXIII, p. 259.

[3] Oldham. *London med. Gaz.*, 1849, t. X, p. 45.

[4] Doherty. *The Dublin Journ.*, 1842, t. XXI, p. 67.

[5] Fleetwood Churchill. *Traité pratique des maladies des femmes*, trad. franç. par Leblond, Paris, 1881, p. 151.

3° **Au moment du travail.** — Du reste, il peut se faire qu'on ignore l'état du vagin, au moment de l'accouchement, et qu'on se trouve alors en présence de l'obstacle. Dans les cas où la dilatation spontanée est manifestement impossible, Churchill, à l'exemple de Doherty, recommande de faire des **incisions vaginales**, au risque de les voir dégénérer en déchirures et en fistules. Il faut, dit-il, avoir ensuite recours, au besoin, à la **craniotomie**. Les manœuvres qu'elle nécessite dans un vagin très étroit et très friable ne sont pas elles-mêmes sans danger. On devra préférer souvent, je crois, l'**opération de Porro**[1] qui mettra définitivement la femme à l'abri de nouveaux dangers. Elle est, à ce point de vue, préférable à l'**opération césarienne**. L'opération de Porro s'imposerait absolument, si le rétrécissement vaginal était trop étroit pour permettre le libre écoulement des lochies qui est indispensable après l'opération césarienne, et surtout si, comme dans un cas de Lévy, l'oblitération complète du vagin dans une grande étendue était survenue pendant la grossesse[2].

Au moment du travail.

Incisions vaginales.

Craniotomie.

Opération de Porro et opération césarienne.

Corps étrangers du vagin.

Les corps étrangers les plus divers ont été introduits et ont séjourné dans les voies génitales : pessaires, éponges, tampons, bobines, étuis, pots de pommade, flacons, verres, canules, crayons, épingles à cheveux, etc. Des vers intestinaux et des insectes ont aussi pu y pénétrer et occasionner des accidents.

Étiologie. — C'est parfois en jouant que les enfants s'introduisent ainsi des objets dans les voies génitales. Mais le plus souvent, il s'agit de corps servant à la masturbation qui échappent aux doigts qui les tiennent et sont entraînés dans la profondeur. Enfin, certains corps étrangers, comme des canules brisées, des fragments de spéculums de verre, ont été laissés dans le vagin par inadvertance. Il est rare qu'un corps étranger pénètre par le rectum ou par la vessie, après avoir perforé ou ulcéré la paroi vaginale.

Étiologie.

Symptômes et marche. — Si l'objet est lisse, non poreux, il peut demeurer longtemps aseptique et être **toléré**; c'est le fait des

Symptômes et marche.

Tolérance.

[1] Porro. *Della amputazione utero-ovarica come complimento di taglio cæsareo.* Milan, 1876. — F. Neugebauer. *Loc. cit.*

[2] Si l'oblitération complète du vagin n'occupe pas une grande étendue de ce canal et forme un obstacle d'une médiocre épaisseur, on n'hésitera pas à le sectionner, comme s'il s'agissait d'une bride. C'est ce qu'a fait avec succès le professeur Pinard dans le fait suivant qu'il a bien voulu me communiquer : jeune femme ayant déjà accouché, amenée à la Maternité de Lariboisière, en travail ; on trouve une oblitération complète du vagin siégeant à sa moitié supérieure (cette femme s'est fait tous les jours pendant un mois des injections de vinaigre pour se faire avorter, au troisième mois de sa grossesse) ; pendant la période d'expulsion, le professeur Pinard remarqua qu'en un endroit la membrane cicatricielle était très mince ; il la perfora avec l'hystéromètre, puis dilata l'ouverture avec les doigts, et l'accouchement se fit sans accident ; on put constater ensuite la persistance d'un diaphragme cicatriciel, irrégulier, au niveau de l'atrésie primitive.

pessaires métalliques ou en gomme durcie. Toutefois, la pression continue sur le même point finit par ulcérer les tissus, et alors le corps étranger les entame et s'y enchatonne, pour ainsi dire. J'ai vu un exemple de ce fait, fréquent autrefois et mentionné par plus d'un auteur : un pessaire avait été oublié et enseveli dans une certaine étendue sous la muqueuse qui passait au-dessus de lui à la manière d'un pont; pour l'extraire, on dut inciser cette sorte d'opercule.

Calcification

Dans d'autres circonstances, le corps étranger devient tolérable par un mode particulier qui rappelle le processus de guérison de quelques néoplasmes, la **calcification**. Des objets pointus, comme des épingles, sont ainsi ensevelis dans une épaisse gangue qui empêche leur action vulnérante. Getschell[1] a observé un de ces calculs, qui rappellent ceux qui se forment dans la vessie, en pareilles circonstances. Peut-être, il est vrai, certains des faits de prétendues pierres vaginales, cités dans les vieux auteurs, ne sont-ils que des fibromes utérins calcifiés, ou encore des calculs vésicaux, ayant ulcéré la paroi vaginale.

Accidents.

Si l'objet est poreux, il s'infecte et peut déterminer des accidents d'**inflammation** suppurative ou d'**ulcération** progressive qui le fait cheminer au loin. On a retiré une épingle à cheveux qui avait séjourné 16 ans dans le vagin et qui avait provoqué une fistule vésico-vaginale[2], un pot de pommade qui au bout de 16 ans avait déterminé une fistule recto-vaginale[3]. J'ai vu, en 1887, dans le service de Freund, à Strasbourg, une femme qui souffrait depuis 10 ans, après un avortement provoqué par l'introduction dans l'utérus, par le vagin, d'une épingle à cheveux. La laparotomie fit découvrir un pyosalpinx, et, accolée à la poche suppurée, l'épingle, rongée de rouille.

On a, en effet, observé, soit immédiatement, soit très tardivement, des **suppurations pelviennes** et de la **péritonite**[4].

L'irritation que produit, autour de lui, un corps étranger d'un certain volume peut amener un **rétrécissement** circulaire du vagin. Pearse[5], Kottmann, Carter, Breisky, Broer, Winternitz ont vu une oblitération presque complète de ce canal au-dessous d'une bobine, qui s'était, pour ainsi dire, enkystée dans la partie supérieure du vagin.

Sauf des cas exceptionnels, le séjour des corps étrangers, même tolérés, amène un **écoulement leucorrhéique** plus ou moins abondant

[1] F. H. Getschell. *Philad. med. Times*, juill. 1873, p. 655.

[2] L. Atthill. *Med. Press and Circ.*, 1881, t. XXXI, p. 291.

[3] P. Segond. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1895, t. XXI, p. 168.

[4] Léonard. *Progrès méd.*, sept. 1884, p. 167.

[5] A. Pearse. *Brit. med. J.*, 1873, p. 728. — A. Kottmann. *Korresp. f. Schw. Aerzt.*, 1875, p. 698. — M. Carter. *Obst. trans.*, 1880, vol. XXII, p. 34. — A. Breisky. *Prag. med. Woch.*, 1885, p. 77. — F. W. Broer. Dissert. inaug. Greifswald, 1894. — E. Winternitz, *Centr. f. Gyn.*, 1895, p. 641.

qui peut devenir purulent et fétide et s'accompagner d'**hémorrhagies**. Celles-ci proviennent bien moins de l'ulcération des parois du vagin, que de la muqueuse malade de l'utérus, qui a été contaminée par l'infection vaginale.

Le **diagnostic** peut être assez difficile, quand l'objet est enfoui dans les tissus ou masqué dans un rétrécissement; il ne faut jamais, du reste, compter sur les aveux ou sur les souvenirs de la malade. L'exploration avec le stylet aidera le toucher vaginal; le toucher rectal sera souvent d'une grande utilité. Diagnostic.

Le **traitement** consistera d'abord à extraire le corps étranger, puis à guérir les lésions qu'il a provoquées. Traitement.

Les petits objets libres dans les culs-de-sac, tels que les insectes, les vers intestinaux, les graines, etc., seront chassés, sans difficulté, à l'aide d'abondantes irrigations, faites au travers d'un spéculum qui maintient les parois du canal béantes. S'il y a un rétrécissement du vagin au-dessous d'un corps dur et arrondi, on pourra le lui faire franchir, en agissant avec le doigt par le rectum.

Il est généralement plus facile, après avoir reconnu la situation de l'objet par l'application du spéculum, de ne pas s'en servir, durant les manœuvres d'extraction. Toutefois, on se trouvera bien, dans certains cas, de déprimer la fourchette avec une valve plate, très courte.

On glissera les pinces le long du doigt introduit jusque sur le corps étranger; s'il y a des brides qui le retiennent, on les incisera avec les ciseaux, en se guidant aussi sur l'index plutôt que par la vue. Pour les épingles à cheveux, qui constituent une classe importante de corps étrangers, on se souviendra que leurs pointes sont, presque toujours, dirigées en avant et ont pu s'implanter dans la paroi vaginale, ce qui nécessite d'abord leur dégagement. S'il s'agit de corps volumineux et couverts d'aspérités, on n'opérera des tractions sur eux qu'après les avoir saisis dans une large tenette ou après avoir protégé les parois vaginales avec des rétracteurs ou de petites lames de carton. Si l'objet est très gros, mais lisse, une pince à faux germe sera très commode. Enfin, pour les corps volumineux, on pourra, s'ils sont pierreux, les égruger avec les instruments inventés pour évider les gros calculs vésicaux; s'ils sont seulement très durs, on pourra utiliser l'instrument appliqué autrefois par Segond, à l'extraction des gros polypes.

On désinfectera soigneusement la cavité vaginale par des injections et des tamponnements antiseptiques et, en particulier, le diverticule qui logeait le corps étranger. Enfin, on aura presque toujours à traiter consécutivement la **métrite** par le curettage.

LIVRE XVI

MALFORMATIONS DES ORGANES GÉNITAUX

CHAPITRE I

MALFORMATIONS DE LA VULVE. — HERMAPHRODISME

Aperçu du développement de l'appareil génital. Différenciation du sexe. Homologie des organes génitaux externes dans les deux sexes. — Arrêts de développement : Atrésie complète de la vulve et de l'urèthre. Absence de cloisonnement. Atrésie ano-vulvaire et ano-vaginale. Hypospadias de la femme. Épispadias. Abouchement de l'uretère dans le vagin ou à la vulve. Absence totale et partielle de la vulve. Hypertrophie des petites lèvres. État infantile. Hypertrophie du clitoris. Union des petites lèvres. Malformations de l'hymen; développement : hymen infantile; anomalies de siège; anomalies de nombre; anomalies de forme; atrésie; anomalies de structure; absence congénitale. — Hermaphrodisme. I. Pseudo-hermaphrodisme partiel. *A*. Gynandroïdes : G. andromastes : G. phalloïdes; *B*. Androgynoïdes : A. gynécomastes; A. réguliers; A. irréguliers. *Uterus masculinus*. II. Hermaphrodisme vrai. — Traitement des malformations des organes génitaux externes.

Aperçu du développement de l'appareil génital.

Les organes génitaux dans les deux sexes ont une même origine embryonnaire; ils proviennent des corps de Wolff, des canaux de Müller, et des glandes génitales.

Le **corps de Wolff**, ou d'**Oken**, ou **rein primordial**, est un organe transitoire qui, déjà bien développé vers le 35ᵉ jour, disparaît à la fin du second mois. Il s'étend du sommet de la poitrine jusqu'au bassin, sur les côtés de la colonne vertébrale. Il est, d'abord, constitué par deux conduits longitudinaux; on voit ensuite se développer des tubes, d'abord rectilignes, puis flexueux, terminés en cul-de-sac, et qui viennent s'ouvrir dans chacun des canaux primitifs. Ceux-ci, situés en avant et en dehors de cette masse glanduleuse, semblent en constituer les conduits excréteurs. Ils aboutissent inférieurement à la partie postérieure du **sinus uro-génital**, large dépression qui occupe ce qui sera plus tard la vulve, le périnée et la marge de l'anus. A la partie interne des corps de Wolff on voit apparaître, vers la 5ᵉ ou la

6e semaine, les **glandes génitales**, qui seront plus tard soit les ovaires, soit les testicules; à mesure qu'elles se développeront, le corps de

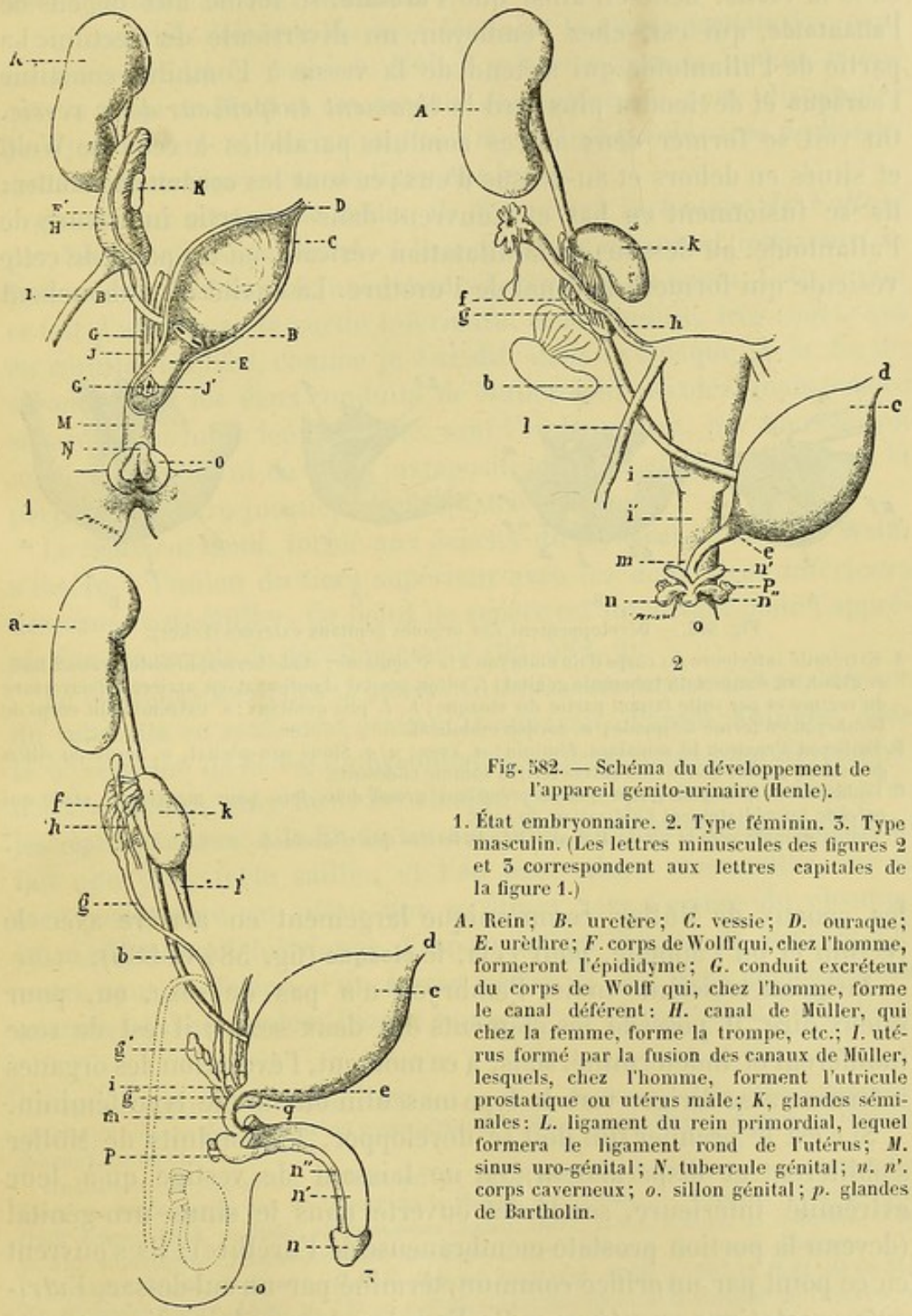


Fig. 582. — Schéma du développement de l'appareil génito-urinaire (Henle).

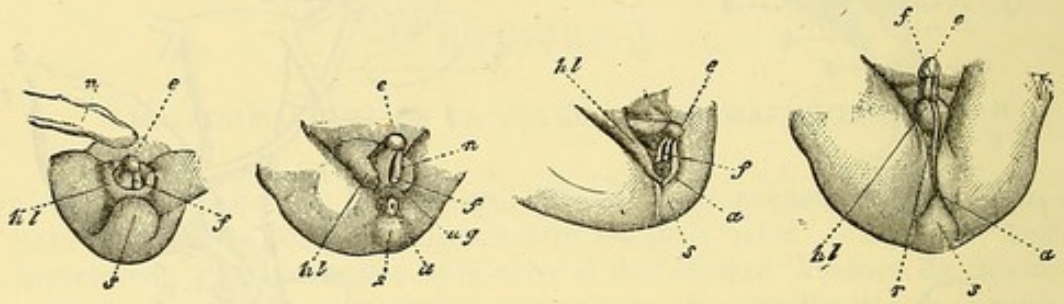
1. État embryonnaire. 2. Type féminin. 3. Type masculin. (Les lettres minuscules des figures 2 et 3 correspondent aux lettres capitales de la figure 1.)

A. Rein; *B.* uretère; *C.* vessie; *D.* ouraque; *E.* urèthre; *F.* corps de Wolff qui, chez l'homme, formeront l'épididyme; *G.* conduit excréteur du corps de Wolff qui, chez l'homme, forme le canal déférent; *H.* canal de Müller, qui chez la femme, forme la trompe, etc.; *I.* utérus formé par la fusion des canaux de Müller, lesquels, chez l'homme, forment l'utricule prostatique ou utérus mâle; *K*, glandes séminales: *L.* ligament du rein primordial, lequel formera le ligament rond de l'utérus; *M.* sinus uro-génital; *N.* tubercule génital; *n. n'.* corps caverneux; *o.* sillon génital; *p.* glandes de Bartholin.

Wolff diminuera et finira par s'atrophier; il en est très rapidement séparé par un repli du péritoine.

Les *reins définitifs* se développent en arrière et au-dessus des **corps de Wolff**, et restent ensuite tout à fait indépendants du développement

de l'appareil génital. Leurs conduits excréteurs, les *uretères*, nés d'un bourgeonnement inférieur du **conduit de Wolff**[1], vont s'ouvrir dans la **vessie**. Celle-ci, ainsi que l'**urèthre**, se forme aux dépens de l'**allantoïde**, qui est, chez l'embryon, un diverticule du rectum. La partie de l'allantoïde qui s'étend de la vessie à l'ombilic constitue l'**ouraque** et deviendra plus tard le *ligament suspenseur de la vessie*. On voit se former deux autres conduits parallèles à ceux de Wolff et situés en dehors et au-dessus d'eux; ce sont les **conduits de Müller**; ils se fusionnent en bas et s'ouvrent dans la partie inférieure de l'allantoïde, au-dessous de la dilatation vésicale, en un point de cette vésicule qui formera le canal de l'urèthre. La cavité où s'abouchent



A B C D

Fig. 583. — Développement des organes génitaux externes (Ecker).

A. Extrémité inférieure du corps d'un embryon à la 8e semaine; stade hermaphrodite (grossi 2 fois). *e.* gland, au sommet du tubercule génital; *f*, sillon génital aboutissant en arrière à l'ouverture du rectum et par suite faisant partie du cloaque; *h. l.* plis génitaux; *s.* extrémité du corps de l'embryon en forme de queue; *n.* cordon ombilical,

B. Embryon d'environ 10 semaines, féminin; *a.* anus; *u. g.* Sinus uro-génital, *n.* bords du sillon génital ou petites lèvres (les autres lettres comme ci-dessus).

C. Embryon un peu plus jeune que le précédent grossi deux fois, pour montrer le stade qui précède immédiatement l'indication du sexe.

D. Embryon mâle vers la fin du 4e mois. (Mêmes lettres que ci-dessus.)

les canaux de Müller communique largement en arrière avec le rectum et on l'appelle, pour cela, le **cloaque** (fig. 584 et 585).

Jusqu'au troisième mois, l'embryon n'a pas de sexe, ou, pour mieux dire, il possède les éléments des deux sexes; il est de sexe indifférent et indéterminé. Mais, à ce moment, l'évolution des organes internes va se diriger vers le type masculin ou vers le type féminin.

Si c'est le premier qui doit se développer, les conduits de Müller s'oblitèrent et disparaissent, en ne laissant de vestige qu'à leur extrémité inférieure, soudée et ouverte dans le sinus uro-génital (devenu la portion prostato-membraneuse de l'urèthre); ils s'ouvrent en ce point par un orifice commun, terminé par un cul-de-sac, l'*utricule prostatique* ou *utérus mâle*. En même temps, la partie moyenne du **corps de Wolff** forme les cônes de la tête de l'*épididyme*, tandis

[1] Cette dépendance explique les faits d'abouchement des uretères dans les canaux déférents qui sont représentés, chez l'homme, par les canaux de Wolff persistants et développés.

que la *queue* de cet organe, le *canal déférent* et les *canaux éjaculateurs* proviennent du **conduit de Wolff**. La **glande génitale** se transforme en *testicule* (fig. 582, 1 et 3).

Si l'individu doit être du sexe féminin, la **glande génitale** devenant un *ovaire*, c'est le canal de Müller qui persistera en même temps que le **corps de Wolff et son conduit** s'atrophieront pour disparaître presque totalement, ne laissant comme vestige que le *corps de Rosenmüller*, dans l'épaisseur du ligament large.

Quant aux **conduits de Müller**, ils formeront la *trompe de Fallope* par leur partie supérieure, et leur partie moyenne et inférieure se fusionnera pour donner naissance à l'*utérus* et au *vagin*. Cette union se fait d'abord par la partie inférieure, et le conduit, très court, qui en résulte, s'ouvre, comme je l'ai dit, dans le cloaque. A la fin du second mois, les deux conduits de Müller sont accolés, mais encore séparés dans toute leur étendue, sauf l'embouchure, par une cloison médiane, résultant de leur juxtaposition; cette cloison persiste à la partie supérieure jusque vers le quatrième mois.

Le *ligament rond*, formé aux dépens du **ligament du corps de Wolff**, s'insère à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs des canaux de Müller. Ce point de repère est important pour l'appréciation des arrêts de développement (fig. 582, 2).

Le développement des *organes génitaux externes* se fait aux dépens du **tubercule** ou **renflement génital**; il apparaît, d'après Kölliker, dans la 6e semaine de la vie embryonnaire, et il est assez bien développé, deux semaines plus tard. De chaque côté se prononcent deux plis, les **replis génitaux**. A la fin du second mois, le tubercule ou renflement fait une plus forte saillie, et l'on peut alors reconnaître sur sa face postérieure un sillon qui se dirige vers l'orifice du cloaque, **sillon génital**, qui lui donne l'aspect bifide. Bientôt, le *périnée* s'avance sous la forme d'un **éperon médian** et de deux **prolongements latéraux**[1] qui se soudent (*raphé périnéal*) vers l'endroit où l'allantoïde

[1] Rathke. *Abhandl. zur Entw.*, 1832, t. I, p. 57. — La formation du périnée exclusivement aux dépens de l'éperon ou repli périnéal a été d'abord décrite d'après le développement du lapin.

L'existence du raphé du périnée qui se prolonge, chez l'homme, au scrotum et au fourreau de la verge, est en faveur de la théorie de Rathke. — Kölliker (*Embryologie*, trad. franç., 1882, p. 1040) et Mikalowiks (*Journ. inter. mens. d'anat. et d'histol.*, t. II, p. 310) admettent la formation mixte aux dépens de l'éperon et des replis latéraux.

Tourneux (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, sept.-oct. 1888, p. 503 et *Bull. de la Soc. de Biologie*, 8 févr. 1890, p. 75) se rattache exclusivement à la théorie de l'éperon ou repli périnéal vertical, interposé entre le rectum et le canal allantoïdien. Ses recherches ont uniquement porté sur l'embryon du mouton. Il distingue deux phases dans la descente du repli périnéal: 1° l'abaissement de l'éperon à l'intérieur de la cavité cloacale; 2° le glissement de l'anse cloacale le long du *bouchon cloacal*. (Tourneux désigne par ce nom la masse épithéliale pleine qui limite, en avant, la cavité du cloaque, unissant l'ectoderme à l'endoderme et que les recherches de H. Strahl permettent de ratta-

s'abouche dans le rectum, et il transforme le **cloaque recto-allantoïdien** en deux parties, le *sinus uro-génital*, situé en avant, et l'*anus*, situé en arrière. Au premier aboutissent le segment inférieur de l'**allantoïde** qui se rétrécit pour former le *canal de l'urèthre* et les deux **conduits de Müller** qui se fusionnent pour former le *vagin* (fig. 586, 587 et 588).

Différenciation du sexe.

Durant le troisième mois, cette transformation du cloaque est effectuée, et, à la fin de ce même mois, la **différenciation du sexe** est déjà accusée (fig. 583) : dans l'embryon mâle, le **tubercule génital** devient le *pénis* et le **sillon génital** se ferme pour constituer la *portion pénienne de l'urèthre*, tandis que les **replis génitaux**, situés en arrière, se fusionnent pour donner naissance au *scrotum* ; dans l'embryon femelle, ces **replis** forment les *grandes lèvres* et les **bords du sillon génital** constituent les *petites lèvres* ; le **tubercule génital** lui-même devient le *clitoris*. Le sillon génital ne se réunit pas plus en avant qu'en arrière ; par suite, la femme manque de portion clitoridienne de l'urèthre et ce canal s'ouvre, chez l'adulte, dans une région homologue à celle où il était chez le fœtus de 8 semaines, disposition qui se retrouvera chez l'homme dans les arrêts de développement (hypospadias). Le *corps spongieux de l'urèthre*, produit de l'érectilisation des **bords du sillon génital**, reçoit aussi son complet développement chez l'homme, et entoure entièrement le canal uréthral dans sa portion surajoutée ou pénienne. Il avorte, chez la femme, dans toute sa portion intermédiaire ou vestibulaire, et il est réduit à ses deux extrémités, l'inférieure, ou *bulbes du vagin*, homologues du bulbe de l'urèthre dédoublés par la persistance de la fente génitale, la supérieure, ou *gland du clitoris*, qui vient coiffer les *corps caverneux du clitoris*, homologues des corps caverneux du pénis masculin[1]. A la partie interne du bulbe de l'urèthre subsistent les

cher au nœud de la ligne primitive.) La cavité cloacale s'oblitère définitivement par la soudure du bouchon cloacal avec la face antérieure de l'éperon périnéal.

Ed. Retterer (*Bull. de la Soc. de Biologie*, 4 janv. 1890, p. 3 et *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1890, p. 126, 153) est arrivé à des résultats différents, en étudiant des embryons de porc et de lapin et en faisant usage du collodion, selon la méthode de Mathias Duval, pour maintenir les organes dans leurs rapports naturels. Le repli cloacal descendrait bien réellement, comme l'ont annoncé tous les observateurs, mais cet abaissement résulterait de la soudure médiane des deux saillies latérales du cloaque. Ce pli unique ne doit son existence qu'à la réunion des deux plis latéraux, et il donnera naissance à la *cloison* ou *septum uréthro-rectal* ; c'est un processus qui rappelle la fermeture de la gouttière médullaire par le rapprochement et la soudure des replis médullaires. Ainsi, le cloisonnement du cloaque et la formation du périnée seraient bien ce qu'a indiqué Rathke ; mais, au lieu des cinq plis admis par cet auteur, tout le processus se réduirait à l'existence de deux plis latéraux.

[1] Les corps caverneux se développent en connexion intime avec les os du bassin et sont d'abord absolument doubles. — Le prépuce apparaît vers le sixième mois. D'après Bokai, dans les premiers temps après la naissance, le gland et le prépuce seraient encore agglutinés chez les enfants mâles. Ce fait est à rapprocher de l'agglutination congénitale

vestiges membraniformes d'une partie de l'organe qui s'est pleinement développé chez l'homme, en *bulbe de l'urèthre;* c'est ce qui constitue l'*hymen*. Au-dessus, rejoignant bulbe et hymen au clitoris, et représentant la *portion verticale ou cylindroïde du corps spongieux* masculin, existent, chez la femme, une bandelette et un faisceau vasculaire, la *bride masculine du vestibule*, que j'ai le premier décrite, et le *réseau intermédiaire de Kobelt*.

Homologie des organes génitaux externes dans les deux sexes.

Si l'on veut facilement se faire une idée de l'**homologie des diverses parties des organes génitaux externes dans les deux sexes**, il faut supposer le pénis fendu depuis le méat urinaire jusqu'au niveau du bulbe. La coupe du canal de l'urèthre chez l'homme, au moment où il pénètre dans le bulbe, représente exactement le méat urinaire de la femme, encadré par la bifurcation de la bride masculine, vestige du corps spongieux de l'urèthre masculin. Il faut aussi, pour établir la symétrie, relever la verge ainsi fendue et l'appliquer contre le pubis, en plaçant le gland pénien dans la même situation sous-pubienne que le gland clitoridien. Il est alors facile de reconnaître les homologies suivantes que j'ai cherché à établir, depuis 1884 [1].

FEMME	HOMME
Gland du clitoris.	Gland du pénis.
Capuchon du clitoris.	Partie supérieure du prépuce.
Corps caverneux du clitoris.	Corps caverneux du pénis.
Bride masculine du vestibule et réseau intermédiaire de Kobelt.	Portion cylindroïde du corps spongieux de l'urèthre.
Hymen et bulbe du vagin.	Verumontanum et bulbe de l'urèthre.
Freins du clitoris.	Freins du prépuce.
Petites lèvres.	Couche profonde du scrotum.
Grandes lèvres.	Couche superficielle du scrotum et fourreau de la verge.
Vestibule et très petite partie du vagin, en arrière de l'hymen (1 à 2 millimètres)	Portion membraneuse et prostatique du canal de l'urèthre, jusqu'au niveau de l'utricule prostatique (ou utérus mâle) qui est l'homologue du vagin müllérien.
Glandes de Bartholin.	Glandes de Cowper.

Le sinus uro-génital est d'abord relativement long et il est en continuité directe avec la partie inférieure de l'allantoïde, c'est-à-dire

des petites lèvres chez la femme. La prostate apparaît au troisième mois, et elle est déjà très visible au quatrième. Elle ne représente d'abord qu'un épaississement du point où l'urèthre et le cordon génital se rencontrent, au commencement du sinus uro-génital ; les glandes s'y forment durant le quatrième mois.

[1] S. Pozzi. *Annal. de gyn.*, avril 1884, t. XXI, p. 257; — *Compte rendu du Congrès internat. des sciences méd.*, Copenhague, 1884, t. I, p. 67. — Voir sur le même sujet : A. Guinard. *Comparaison des organes génitaux externes dans les deux sexes*. Thèse d'agrég., Paris, 1886. — Picqué. *Encycl. internat. de chir.*, édit. franç., t. VII, 726. — Issaurat. *Le sinus uro-génital*. Thèse de Paris, 1888.

avec le canal de l'urèthre. Plus tard, il n'en reste qu'un espace très court, qu'on pourrait appeler le *canal vulvaire*, qui prolonge le vestibule immédiatement en arrière de l'hymen (fig. 587 et 588). Cet espace, à peu près complètement effacé chez la femme adulte, est encore très notable chez la petite fille, et c'est à ce fait qu'est due la situation profonde de l'hymen chez les enfants, signalée par Budin. Le développement inégal de ces diverses parties masquera complètement, bientôt après la naissance, leurs connexions primitives chez

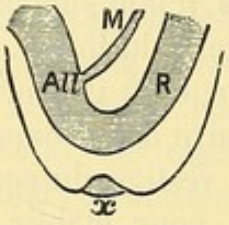


Fig. 584. — R. Rectum continu avec : All. allantoïde (vessie) et M. canal de Müller (vagin). *x*. dépression de la peau, au-dessous du tubercule médian ; elle progresse en dedans et forme la vulve.

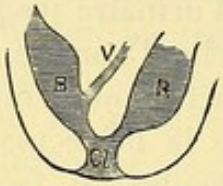


Fig. 585. — La dépression gagne en dedans, et, devenant continue avec le rectum et l'allantoïde, forme le cloaque *cl*.

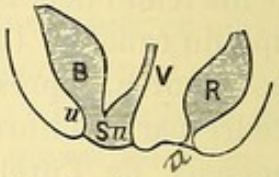


Fig. 586. — Le cloaque se partage en sinus uro-génital. Su. et *a*. anus, par l'abaissement de la cloison périnéale. Les canaux de Müller sont réunis pour former le vagin, V. en arrière de la vessie B et de l'orifice de l'urèthre *u*.

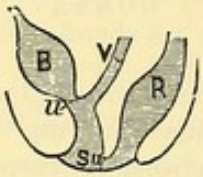


Fig. 587. — Le périnée est complètement constitué.

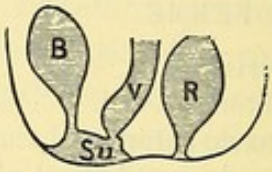


Fig. 588. — La partie supérieure du sinus uro-génital se resserrant pour former l'urèthre, la partie inférieure persiste et forme le vestibule *Su*, auquel aboutissent l'urèthre et le vagin.

Malformation des organes génitaux externes. Schéma (Schröder).

l'embryon : c'est ainsi que le canal vulvaire ou vestibulaire, dernier vestige de la partie antérieure du sinus uro-génital, paraîtra se continuer directement et se confondre avec le vagin müllérien, tandis que, chez l'embryon, il en était indépendant et constituait le prolongement de la partie inférieure de l'allantoïde ou canal de l'urèthre (fig. 587). En d'autres termes, c'était primitivement le vagin müllérien qui paraissait déboucher dans l'entrée de l'urèthre au niveau de l'évasement vestibulaire, tandis que, plus tard, l'urèthre semble s'ouvrir dans l'entrée du vagin qui est confondu avec le vestibule (fig. 588). La distinction que je viens de spécifier entre le vagin müllérien et son antichambre vestibulaire est capitale pour l'intelligence des malformations.

Arrêts de développement.

Arrêts de développement. — Ceux qui se produisent, à cette période initiale, peuvent être les suivants :

L'**atrésie complète de la vulve et de l'urèthre** résulte de l'absence de fissuration du tubercule génital, du sillon génital qui prolonge en avant l'ouverture du sinus uro-génital. Il n'y a pas alors d'ouverture vulvaire. Selon que le cloisonnement du cloaque s'est effectué, ou ne s'est pas effectué, le rectum, la vessie et le canal génital sont séparés ou communiquent (fig. 589 et 590). Les enfants atteints de cette dernière malformation ne sont pas d'ordinaire viables. L'urèthre étant

Atrésie complète de la vulve et de l'urèthre.

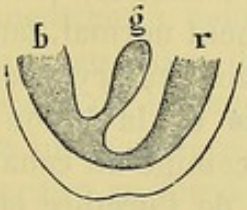


Fig. 589. — Atrésie complète de la vulve. r. rectum : g. canal génital ; b. vessie communiquant entre eux.

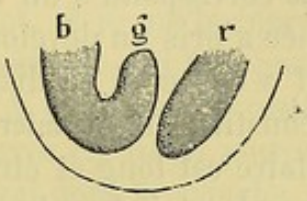


Fig. 590. — Atrésie complète de la vulve. L'allantoïde s'est séparée du rectum r. ; la vessie b. et le canal génital g. sont distendus par l'urine.

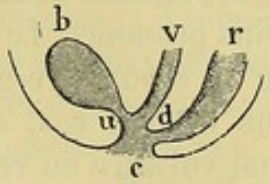


Fig. 591. — Atrésie vaginale de l'anus. Le périnée d. ne s'est pas formé et le cloaque persiste : la vessie b, le vagin v, et le rectum r. aboutissent à ce cloaque commun. u. urèthre.

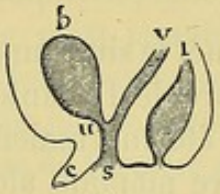


Fig. 592. — Hypospadias, chez la femme. 1er degré coïncidant avec une hypertrophie du clitoris. s, Sinus uro-génital persistant auquel succède un long canal vestibulaire ; u. urèthre et v. vagin s'ouvrant dans le canal vestibulaire ; c. clitoris hypertrophié.

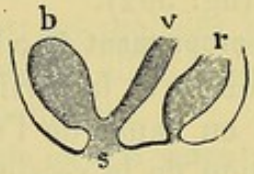


Fig. 593. — Hypospadias proprement dit, chez la femme. L'allantoïde tout entière s'est transformée en vessie b ; celle-ci s'abouche directement, sans l'intermédiaire d'un urèthre, dans le sinus uro-génital S, c'est-à-dire dans le vestibule ; v. vagin ; r. rectum.

Malformation des organes génitaux externes. Schéma (Schröder).

absent ou imperforé, la vessie et le canal génital sont considérablement distendus par l'urine.

L'**absence de cloisonnement** du cloaque est parfois observée seule, le sinus uro-génital étant ouvert et communiquant largement avec le rectum, qui n'aboutit pas à l'anus, mais paraît s'ouvrir dans le vagin ; c'est ce qu'on a appelé l'**atrésie ano-vulvaire** ou **vestibulaire** et **ano-vaginale** (*atresia ani vestibularis* ou *ani vaginalis*)[1] (fig. 591).

Absence de cloisonnement.

Atrésie ano-vulvaire et ano-vaginale.

[1] Heppner. *Petersb. med. Zeitschr.*, 1870. Bd. I, p. 204. — Rovillain. *Contrib. à l'étude des vices de conformation de l'anus et, en particulier, de l'anus vulvaire.* Amiens, 1872. — Rizzoli. *Dell'ano vulvare* (*Mem. dell' Acad. delle scienze de l'Inst. di Bologna*, 1875, t. V). — J. v. Massari. *Wien. med. Woch.*, 1879, n° 33, p. 879. — R. Winternitz. *Prag. med. Woch.*, 1883. Bd. VIII, p. 149. — Aveling. *Lancet*, 1884, t. II, p. 1085. — W. Jacubowitsch. *Arch. f. Kinderkr.*, 1886. Bd. VII, p. 401. Hadra. *Soc. méd. de Berlin*, nov. 1888 (*Berl. klin. Woch.*, 1888, p. 1018). — P. Puech. *Des abouchements congénitaux du*

En réalité, ce n'est pas dans le vagin que s'ouvre alors le rectum, mais bien dans le sinus uro-génital, dépendance de l'allantoïde, et qui sert de confluent au rectum, au vagin, parfois cloisonné, et à l'urèthre. Ce qui rend l'homologie difficile à établir, c'est qu'on est tenté de subordonner les connexions à la considération, tout à fait accessoire, des dimensions respectives des parties. Il peut y avoir aussi simple **fistule ano-vaginale congénitale** [1].

Hypospadias de la femme.

L'**hypospadias de la femme** correspond à un arrêt analogue, quoique moins prononcé. Le périnée a pris un développement normal, tandis que le sinus uro-génital a conservé sa disposition embryonnaire. Dans certain cas, qui constitue le **premier degré** de la lésion, le canal vulvaire ou vestibulaire est long et étroit (comme un canal de l'urèthre) et il reçoit assez haut l'abouchement de l'urèthre et du vagin. On a considéré, à tort, cette disposition comme une simple ouverture du canal de l'urèthre à un niveau élevé, dans un vagin inférieurement rétréci. L'hypertrophie du clitoris coïncide souvent avec cette difformité qui est le plus léger degré de l'hypospadias, chez la femme (fig. 592).

L'**hypospadias proprement dit** a lieu lorsque, le sinus uro-génital ayant régulièrement disparu, la partie inférieure de l'allantoïde qui devait se transformer en canal de l'urèthre a été anormalement comprise dans la formation de la vessie. L'urèthre manque alors totalement et le vagin et la vessie s'ouvrent ensemble dans le canal vestibulaire [2], ce qui donne l'apparence clinique d'une ouverture du col vésical dans le vagin.

Épispadias.

L'**épispadias** [3] est une malformation assez rare chez la femme et

rectum à la vulve et au vagin. Thèse de Montpellier, 1890. — Th. Dwight. *A case of anus vulvalis*, etc. (*Amer. J. of. med. Sc.*, 1895, vol. CIX, p. 455).

[1] Très rares sont les cas où, avec une conformation normale de l'anus et du rectum, il existe une communication congénitale entre ce canal et le vagin ou la vulve. Carabec. *Gaz. des Hôp.*, 1863, n° 7, p. 27. Dans ce fait, la fistule est décrite comme s'ouvrant au-dessous de la vulve ; mais il est probable que c'est là une erreur d'interprétation, et qu'il s'agissait, en réalité, d'un second vagin rudimentaire, communiquant avec le rectum. — Consulter, pour l'interprétation de ces cas de fistules ano-vulvaires, sans rétrécissement anal : Paul Reichel. *Die Entwicklung des Dammes und ihre Bedeutung zur Entstehung gewisser Missbildungen* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1887, Bd. XIV, Heft I, p. 82), il en rapporte une observation. — A. v. Rosthorn. *Unvollkommene Cloakenbildung*, etc. (*Wien. klin. Woch.*, 1890, n° 10, p. 185) en relate une autre observation.

[2] Mosengeil. *Arch. f. klin. Chir.*, 1870, Bd. XII. Heft. 2, p. 721. — Lebedeff. *Ueber Hypospadie beim Weibe* (*Arch. f. Gyn.*, 1880, Bd. XVI, p. 290).

[3] Gosselin. *Gaz. des Hôp.*, mars 1851, n° 37, p. 145. — Testelin. *Gaz. méd. de Paris*, 1861, n° 46, p. 733. — Kleinwächter. *Monatschr. f. Geb.*, 1869, Bd. XXXIV, p. 81. — A. Herrgott. *De l'exstrophie vésicale dans le sexe féminin*. Paris, 1874. — Möricke. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1880, Bd. V, p. 324. — Nuñez. *Étude sur les vices de conformation de l'urèthre chez la femme*. Thèse de Paris, 1882. — R. Frommel. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VII, p. 450. — Dohrn. *Ibid.*, 1886, Bd. XII, Heft 1, p. 117. — Guinard. *Loc. cit.* — Emmet. *La pratique des maladies des femmes*, trad. franç., Paris, 1887. — Richelot. *Union méd.*, mars 1887, 3e sér., t. XLIII, p. 565. — Auffret. *Congrès franç.*

son origine exacte est encore soumise à discussion ; elle peut coïncider avec l'exstrophie de la vessie et le manque d'union de la symphyse pubienne, ainsi qu'avec l'atrésie de l'anus. Elle est certainement en relation avec une disposition défectueuse de l'allantoïde qui met obstacle au développement du canal de l'urèthre et à l'occlusion de la partie antérieure de la vulve[1]. On a vu la bifidité du clitoris constituer toute la lésion[2].

Je ne parlerai pas des cas d'exstrophie de la vessie qui n'appartiennent pas à mon sujet, et je me bornerai à ceux où la lésion est réduite au canal de l'urèthre, qui fait partie des organes génitaux externes de la femme. A la place du vestibule et du méat on voit alors une gouttière ouverte en haut, pouvant admettre le doigt, ou un orifice en fer à cheval dont la courbe supérieure est appliquée à la symphyse pubienne. La muqueuse vésicale fait hernie, sous forme de bourrelet. Le clitoris dans un cas (Nuñez) a paru faire défaut ; il est ordinairement bifide. Les grandes lèvres divergent supérieurement, la petite lèvre est annexée à chaque moitié du clitoris bifide. Souvent, la symphyse pubienne n'offre aucun écartement. L'incontinence d'urine n'est jamais complète ; les malades peuvent en être atteintes assez longtemps ; mais le moindre effort favorise l'émission qui survient dès que le besoin s'est manifesté.

Abouchement de l'uretère dans le vagin ou à la vulve.

L'abouchement de l'uretère dans le vagin ou à la vulve[3], près du méat, constitue une malformation très rare, mais qui offre un grand intérêt par suite de l'incontinence d'urine congénitale qu'elle entraîne. Indépendamment des cas où les deux uretères s'ouvrent dans le vagin, par le fait de l'absence de l'urèthre et du col de la vessie, comme dans le véritable hypospadias, on a vu, pour toute malformation, l'ouverture d'un uretère se faire plus ou moins près du méat urinaire. Voici comment on a essayé d'expliquer cette anomalie : l'uretère est formé par un bourgeonnement, en forme de tube

de Chir. (6e session), 1892, p. 233. — Himmelfarb. *Arch., f. Gyn.*, 1893, Bd. XLIV, p. 312. — Vialleton. *Arch. prov. de Chir.*, 1892, p. 233. — Durand. *L'exstrophie vésicale et l'épispadias.* Th. de Lyon, 1894 et *Ann de Gyn. et d'Obst*, 1895, t. XLIV, p. 14.

[1] E. Klebs. *Handb. der path. Anat.*, Berlin, 1869, Bd. I, p. 120. — Ahlfeld. *Die Missbildungen des Menschen*, etc., Leipzig, 1882, p. 232.

[2] J. Henle. *Zeitschr. f. rat. Med.*, 1855, Bd. VI, p. 343. — Albrecht (*Ueber die morphologische Bedeutung von Penisschisis, Epi-und Hypospadie*, in *Verhandl. der deutschen Gesell. f. Chir.*, 15e session. Berlin, 1886, p. 124), a présenté des considérations pleines d'originalité et d'une grande portée, au point de vue de l'anatomie philosophique, sur l'interprétation de ces malformations. Il fait remarquer les analogies ataviques qu'elles présentent avec les dispositions normales dans la série des vertébrés : on sait qu'il y a deux glands chez les didelphes et deux hémi-pénis chez les sélaciens. Albrecht prouve aussi que les dénominations ventrale et dorsale, appliquées jusqu'à ce jour au pénis, devraient être interverties.

[3] Sécheyron. *Des abouchements anormaux de l'uretère dans le vagin, à la vulve* (*Arch. de tocol.*, avril, mai 1889, p. 254, 333). — Je rappellerai que l'uretère peut aussi s'aboucher dans le rectum. Voir sur ce dernier point : Jeannel. *Revue de chir.*, 1887, p. 190 et 263.

épithélial, né du canal de Wolff, vers sa partie cloacale. A une certaine hauteur, ce tube envoie des bourgeons latéraux, futurs canalicules urinifères, qui terminent son extrémité supérieure. Son extrémité inférieure fait d'abord partie de l'extrémité cloacale du corps de Wolff et offre ainsi avec ce canal une partie commune très courte, et de durée transitoire. Le conduit de Müller qui descend le long du canal de Wolff s'abouche dans le cloaque, près de ce canal dont il reste voisin, mais bien au-dessous de l'uretère. Dans l'anomalie qui constitue l'abouchement vaginal ou vulvaire de l'uretère, la perturbation embryogénique survient, sans doute, à ce moment. Si l'uretère se développe tardivement, si son bourgeon d'origine apparaît sur le canal de Wolff, non plus près de son extrémité inférieure, mais plus haut au-dessus du sinus uro-génital, l'uretère perd ses connexions habituelles ; il ne s'abouche plus assez haut, il suit le canal de Wolff dans la région du vestibule où l'on sait que ce canal descend[1] et confond son origine avec les vestiges de cet organe embryonnaire[2].

Absence totale de la vulve.

L'**absence totale de la vulve** est caractérisée par la simple ouverture du sinus uro-génital à la région vulvaire, sans qu'aucune des parties constituantes de cette région ne se soit formée. Cette anomalie peut-elle coïncider avec le développement normal des organes génitaux internes? On en trouve plusieurs observations dans les auteurs anciens, mais elles sont toutes contestables. Foville[3] en a rapporté un cas qui paraît plutôt devoir être expliqué par une soudure des grandes lèvres que par un arrêt de développement.

Il y a aussi absence de tout relief de la région vulvaire dans les cas dont j'ai déjà parlé où les fœtus, généralement mort-nés, présentent une atrésie totale de la vulve et de l'urèthre ; mais la première partie de la malformation est alors très accessoire.

Absence partielle de la vulve.

L'**absence des grandes lèvres** est la règle dans les cas d'exstrophie de la vessie ; on peut l'observer indépendamment de toute autre anomalie, ainsi que j'en ai vu un exemple. Les **petites lèvres** peuvent aussi manquer[4] et ce fait est souvent lié au développement incomplet du clitoris. Il est bien plus fréquent d'en observer l'**hypertrophie**. Parfois elles forment deux ou trois feuillets juxtaposés, d'autres fois elles dépassent beaucoup en longueur les grandes lèvres et font

Hypertrophie des petites lèvres.

[1] Debierre. *Sur les canaux de Gartner* (*Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 22 mai, 1885, p. 318).

[2] L'uretère peut alors rester imperforé (observ. de Sécheyron) ; il est probable qu'en pareil cas le rein s'atrophie et devient kystique. L'observation de Sécheyron est malheureusement incomplète sur ce point.

[3] Foville. *Bull. de la Soc. anat.*, févr. 1856, p. 61.

[4] D'Hotman de Villiers (*Arch. de tocol.*, mai 1890, p. 272) a publié un cas d'absence totale des petites lèvres ; le clitoris était recouvert par une adhérence fibreuse des grandes lèvres qui étaient notablement atrophiées. — Voir aussi Auvard. *Trav. d'Obstét.*, 1889, t. II, p. 533.

saillie hors de la vulve. Cette disposition, très exagérée dans certaines races, donne lieu à ce qu'on a appelé le *tablier des Hottentotes*[1]. On a vu l'**absence du clitoris** coïncider avec l'épispadias.

L'état infantile de la vulve s'observe, généralement, chez des sujets débiles qui présentent aussi un développement incomplet de l'utérus et des trompes. On sait que, d'après Freund, cette conformation incomplète des oviductes les prédisposerait aux inflammations. L'indication fournie par l'examen de la vulve a donc, en clinique, une certaine valeur. État infantile.

L'hypertrophie du clitoris, rare dans nos climats, serait plus fréquente dans les régions tropicales. Elle peut donner lieu à quelque hésitation sur la nature du sexe, lorsqu'elle coïncide avec l'occlusion apparente des parties génitales externes. L'hypertrophie du clitoris a été observée, comme malformation accessoire, dans d'autres anomalies, comme l'hypospadias et le dédoublement du canal génital (fig. 598). Hypertrophie du clitoris.

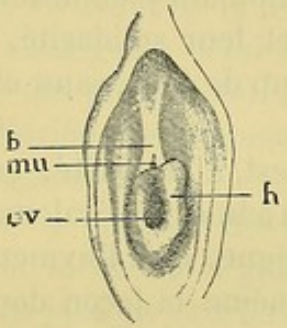


Fig. 594. — Hymen infundibuliforme et bride masculine chez un fœtus nouveau-né.

b. Bride: mu. méat urinaire, h. hymen ov, orifice vulvaire.

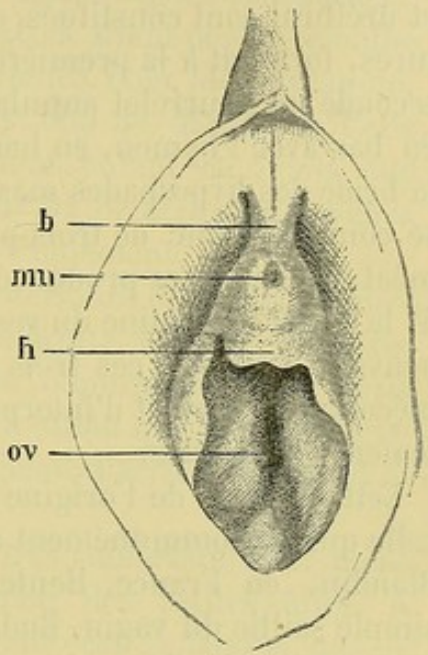


Fig. 595. — Débris de l'hymen et bride masculine du vestibule chez une femme ayant accouché.

b. Bride; mu. méat urinaire; h. débris de l'hymen : ov. orifice vulvaire.

L'union des petites lèvres ne paraît pas être toujours un phénomène de malformation congénitale, mais bien résulter d'une soudure analogue à celle qui réunit le prépuce au gland dans les cas de phimosis chez les petits garçons. C'est ainsi qu'on peut trouver, chez les petites filles, des nymphes soudées jusqu'à la hauteur de l'urèthre de manière à gêner parfois la miction. Ces adhérences se détachent assez facilement par la simple traction[2]. Les grandes lèvres peuvent aussi être soudées dans une certaine étendue, en avant de la fourchette. Union des petites lèvres.

[1] R. Blanchard. *Étude sur la stéatopygie et le tablier des femmes boschimanes* (*Bull. de la Soc. zool. de France*, 1883, p. 15 et suiv.).

[2] Bokai. *Ueber zellige Atresie der Schamspalte bei Kindern* (*Jahrb. f. Kindenkr.*, 1872, Bd. V, p. 26 et 165).

Développement de l'hymen. Malformations.

Développement de l'hymen. — Malformations. — Le développement de l'hymen est tardif dans l'embryon féminin; ce n'est qu'à la dix-neuvième semaine qu'on voit apparaître une sorte de repli du pourtour du conduit vulvo-vaginal à l'orifice antérieur du canal vaginal, qui est formé en haut par la fusion des conduits de Müller, en bas par le canal vestibulaire, vestige du sinus uro-génital. Il y a, au début, deux saillies linéaires qui s'avancent sur la ligne médiane jusqu'à ce qu'elles se rencontrent; l'hymen est, à ce moment-là, un organe double, et la bandelette qu'il forme de chaque côté de la fente uro-génitale se continue, au delà de l'ouverture de l'urèthre, jusque vers la base du clitoris. Quand les orifices vulvaire et uréthral sont constitués, elle encadre l'une et l'autre de ces ouvertures, formant à la première la collerette de l'hymen et autour de la seconde un bourrelet annulaire, très visible chez les enfants, continu en bas avec l'hymen, en haut avec une saillie médiane, analogue à la bride des hypospades masculins. L'**appareil hyménal** ainsi constitué se compose donc de trois parties : 1° l'hymen; 2° le bourrelet du méat (parfois assez prononcé pour mériter le nom d'*hymen uréthral*); 3° la bride masculine du vestibule. Les anomalies de développement peuvent atteindre ces trois segments, et leur solidarité, jusqu'ici méconnue[1], permet d'interpréter beaucoup de faits, sans elle difficilement explicables.

Cette théorie de l'origine de l'hymen est, à la vérité, contraire à celle qui est communément acceptée[2]. On admet généralement depuis Blandin, en France, Henle, en Allemagne, que l'hymen est une simple saillie du vagin. Budin compare même la façon dont l'extrémité antérieure du vagin pénètre dans le canal vulvaire à la saillie que fait le col de l'utérus dans le vagin[3].

[1] S. Pozzi. *De la bride masculine du vestibule et de l'origine de l'hymen* (*Bull. et Mém. de la Soc. de biologie*, 26 janv. et 16 févr. 1884); — *Gaz. méd. de Paris*, 23 févr. 1884, p. 85; — *Annal. de gyn.*, avril 1884, t. XXI, p. 268; — *Sur une particularité méconnue des org. génitaux externes de la femme* (*Compte rendu du Congrès intern. des sciences méd.*, Copenhague, 1884, t. I, p. 67). Je dois insister sur les dates de mes travaux, puisque, par suite d'une singulière omission, ils n'ont pas été cités dans l'analyse d'un mémoire de plusieurs mois postérieur à mes premières publications : O. Küstner (d'Iéna). *Das Analogon des Corpus cavernosum Urethræ beim Weibe*, lu le 23 mai à *la Soc. de méd. et d'hist. nat. d'Iéna* (*Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 25).

[2] Ledru. *De la membrane appelée hymen*. Thèse de Paris, 1855. — F. Roze. *De l'hymen*. Thèse de Strasbourg, 1865. — J. Henle. *Handb. der Eingeweidelehre* 1886, p. 444. — Budin. *Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal* (*Progr. méd.*, 1879, p. 677, 697, 717 et 737 et *Bull. de la Soc. de biologie*, 1880, p. 265).

[3] Une preuve de l'indépendance du vagin et de l'hymen, qui me paraît péremptoire, est l'existence de cette membrane, plusieurs fois constatée, dans les cas d'absence totale du vagin. Comment, en effet, la partie existerait-elle, si le tout est supprimé? Il est aussi injuste que commode de récuser, comme le fait Dohrn (*Die Bildungsfehler des Hymens* in *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1884, Bd. XI, p. 1), l'observation d'Hofmann (*Hand. der gericht. Med.*, p. 115), relative à un hymen pourvu de trois orifices trouvé dans un cas d'absence totale du vagin, ainsi que ma propre observation, où dans un cas semblable, l'hymen

Hymen infantile. — Chez l'enfant, à la naissance, tout l'*appareil hyménal* offre un grand développement et ses trois parties sont fort distinctes. L'hymen présente même alors un volume si considérable qu'il a pu être pris par des observateurs inexpérimentés pour les petites lèvres, tandis que celles-ci étaient regardées comme les grandes lèvres, ce qui amenait à conclure à l'absence de l'hymen ou à sa destruction : on conçoit l'importance de cette erreur, en médecine légale[1]. Il est souvent disposé en forme de collerette saillante, surtout prononcée inférieurement, *en gargouille*, ou en forme de bourse plissée comme une *blague à tabac*. Hymen infantile.

Mais la forme la plus habituelle est la forme *labiée* (Brouardel). Une fente antéro-postérieure sépare deux valves allant depuis le bulbe du vagin, en avant, jusqu'à la partie postérieure. Chez le nouveau-né, elle laisse pénétrer une bougie ayant $0^m,009$ de diamètre. Cette forme peut persister toute la vie. Chez une enfant de 7 ans elle permet l'introduction d'une bougie ayant $0^m,01$ de diamètre, et chez une jeune fille nubile le doigt pénètre très facilement.

Il peut exister une saillie de la partie postérieure de la lèvre hyménale gauche, en avant de la lèvre hyménale droite. Il y a là un entrecroisement analogue à celui des piliers du diaphragme, et de cette position sur des plans différents résulte un sillon qui entre obliquement dans l'orifice de l'hymen, en se dirigeant d'arrière en avant et de droite à gauche.

Brouardel[2] a présenté des remarques, très importantes au point de vue de la médecine légale, sur l'hymen des petites filles. A l'examen, les jambes écartées, la membrane est si tendue que le doigt ne peut pénétrer; mais si l'on fait rapprocher les cuisses, l'hymen se replie en gousset et la valve postérieure s'abaisse, en laissant à l'orifice une dimension plus grande et une distension plus facile. La pénétration n'offre plus de difficulté, et il est bon de noter qu'elle a pu n'en pas offrir davantage au pénis de l'inculpé qu'au doigt de l'expert.

circulaire était parfaitement développé (*Bull. de la Soc. de Biologie*, 16 févr. 1884). — Mais, depuis lors, de nombreux faits ont été publiés. Consulter : Grohe's institut (Greifswald), cité par Winckel. *Lehrb. der Frauenkr.*, 1886, p. 80. — Bruns. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 366. — Zweifel. *Soc. obst. et gyn. de Leipsick*, 21 janv. 1889 (*Ibid.*, 1889, n° 25, p. 441). — Las Casas de Santos. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, HeftI, p. 151 et 155. Ce dernier auteur a observé, dans le service de Schröder, trois cas d'absence totale du vagin avec un hymen bien conformé. Il n'est plus permis de négliger ces faits nombreux ainsi que l'a fait Dohrn pour les deux premiers. Enfin, comme je le dirai plus loin, l'hymen a parfois été rencontré chez l'homme hypospade, et ses connexions avec la bride sous-pénienne, résultat de l'aplasie du corps spongieux, en rendent les véritables affinités évidentes.

[1] A. Doran. *Handbook of gynec. Operations*, 1887, p. 4.

[2] Brouardel. *Causes d'erreur et règles d'expertise dans les affaires d'attentat à la pudeur* (*Gaz. des Hôp.*, 1887, p. 880); — *Membrane hymen; son examen, ses différentes formes* (*Ibid.*, p. 901).

Il arrive souvent que les bras du croissant que figure la membrane et qui vont s'insérer plus ou moins près de la colonne antérieure du vagin subissent des arrêts de développement ; le bord libre présente alors des encoches. Deux de ces encoches sont fréquentes : elles occupent, à peu près symétriquement, en général, les bras du croissant à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Ces encoches ont parfois deux à trois millimètres d'étendue. Dans quelques cas, il n'existe qu'une seule encoche sur l'une des branches, l'autre étant intacte. Dans d'autres cas plus rares, on en trouve quatre ainsi placées : deux symétriquement en arrière, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs, les deux autres comme ci-dessus ; si bien que la membrane hymen est en définitive formée par une saillie postérieure médiane, deux saillies moyennes latérales et deux petites saillies antérieures. Le siège de ces encoches et l'intégrité de leur bord libre lorsqu'on les déplisse permettront de faire la distinction entre un arrêt de développement naturel et des déchirures accidentelles.

Les déformations de l'hymen, consécutives au coït, ne sont pas constantes; il peut s'accomplir sans entraîner de déchirure de l'hymen, surtout si la jeune fille consent. Budin dit avoir vu, chez 75 primipares, l'intégrité de l'hymen 13 fois.

Brouardel et Laugier ont montré par une observation probante que les déchirures de l'hymen peuvent se cicatriser, peu de jours après la défloration. Mais par un examen attentif on découvre toujours alors la cicatrice blanche et fibreuse.

D'autre part, des sillons normaux sont souvent pris, par des médecins peu expérimentés, pour des déchirures anciennes. Il suffit, pour *éviter* l'erreur, d'introduire l'index et de rechercher avec la pulpe du doigt les traces de cicatrice.

Chez les petites filles, il peut exister diverses autres particularités morphologiques d'origine congénitale dont le médecin légiste doit être soigneusement averti, pour *éviter* des erreurs très graves. Les petits points blancs, semblables à des grains de chènevis, provenant de l'hypertrophie des glandes sébacées et proéminant sur les petites lèvres, ne sont nullement, comme on l'a prétendu, des signes de *manuélisme*. Une disposition spéciale de la vulve chez quelques enfants pourrait donner lieu à de grandes incertitudes. Dolbeau a décrit, chez des petites filles, une déformation spéciale qui succède aux tentatives de coït dans les voies génitales trop étroites. Il a appelé **canal vulvaire** l'infundibulum ou fausse route que se creuse la verge au-dessus de la fourchette. Or, un aspect très analogue existe lorsque le *canal vestibulaire* de la période fœtale est resté anormalement développé, et ce fait constitue parfois une conformation de

famille. Brouardel rapporte qu'il a constaté, chez une petite fille, un canal vulvaire où il introduisait le pouce. La mère accusait le père d'avoir commis un attentat sur son enfant, pendant qu'elle était absente avec sa seconde fille. Brouardel examina cette dernière et trouva chez elle la même conformation, qui était évidemment un caractère de famille.

Anomalies de siège.

Anomalies de siège. — Chez l'enfant à la naissance, l'hymen est beaucoup plus profondément situé, le vestibule étant plus enfoncé (Budin) ; cette disposition est encore beaucoup plus accusée dans la race nègre[1]. Anormalement, l'hymen peut offrir, chez l'adulte, un siège assez élevé. Krimer[2] l'a trouvé à deux centimètres de profondeur, chez une jeune fille de 20 ans, où l'orifice vulvaire en paraissait à première vue dépourvu.

Anomalies de nombre.

Anomalies de nombre. — On trouve dans la science des cas de prétendus hymens doubles. Les uns ne sont que des occlusions membraniformes du vagin, chez les nouveau-nés, suite d'adhérences des parois de ce conduit, avec accumulation de mucus au-dessus d'elles[3] ; les autres, parfois observés chez des adultes[4], ne sont probablement que des vestiges d'une lésion analogue, survenue pendant la vie embryonnaire ou l'enfance. On pourrait peut-être y voir, d'autres fois, une anomalie réversive, reproduisant une disposition normale chez beaucoup d'animaux. Dans un cas, Fristo (de Metz[5]) trouva cinq membranes hyméniformes, chez une femme enceinte qui avait subi à la puberté l'incision de l'hymen pour rétention du flux menstruel.

Anomalies de forme.

Anomalies de forme. — Si l'on accepte la théorie que j'ai formulée sur l'origine de l'hymen, on ne sera pas surpris des excessives variétés de forme et de proportions qu'il présente. En effet, il ne s'agit pas là d'un organe, pour ainsi dire fixe, mais d'un vestige ou résidu embryonnaire de l'*organe du corps spongieux*[6] qui, complè-

[1] Turnipseed. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1877, t. X. — Selon Bischoff (*Abhandl. der k. Bayer-Akad.*, 1879, *et Canstatt's Jahresb.*, 1879, t. I, p. 4), l'hymen manquerait chez les singes anthropomorphes : chez eux le vestibule serait excessivement profond.

[2] Krimer. *Missbildung der weiblichen Geschlechtstheile* (*Hufeland's Journ.*, sept. 1834, p. 48).

[3] Breisky. *Die Krankh. der Vagina* (*Deutsche Chirurg.*, Lief. 60, 1886).

[4] Sänger (*Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXVI, Heft 3) a observé l'oblitération du vagin, à son tiers inférieur, par une membrane située à 4 centimètres au-dessus de l'hymen, dans laquelle on découvrait avec peine un petit orifice ; la femme était enceinte de 7 mois. On pratiqua l'excision de cette membrane, et la grossesse continua (*Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 440, et in C. Heyder, *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXVI, p. 502).

[5] Fristo. *Gaz. des Hôp.*, 1861, n° 96, p. 382.

[6] Le corps spongieux de l'urèthre se forme par l'érectilisation de la couche profonde de la muqueuse uréthrale. Or, si l'on se reporte à ce que j'ai dit de l'homologie des organes génitaux, chez l'homme et la femme, et de la manière de la rendre apparente en fendant et en relevant la verge, on verra que la muqueuse de la portion pénienne de l'urèthre masculin doit s'étendre, chez la femme, du méat urinaire au clitoris. C'est

tement développé chez l'homme, a avorté chez la femme, où il est demeuré membraniforme, à l'exception de sa partie la plus externe, érectilisée pour former le bulbe du vagin. Cette extrême variabilité s'explique ainsi tout naturellement, comme celle du *corps de Rosenmüller* chez la femme, ou de l'*organe de Giraldès* chez l'homme.

Quoi qu'il en soit, il existe une forme plus fréquente de cette membrane chez l'adulte : c'est la forme **annulaire** ; l'hymen est dit **circulaire**, quand l'orifice est tout à fait central ; **semi-lunaire**, quand

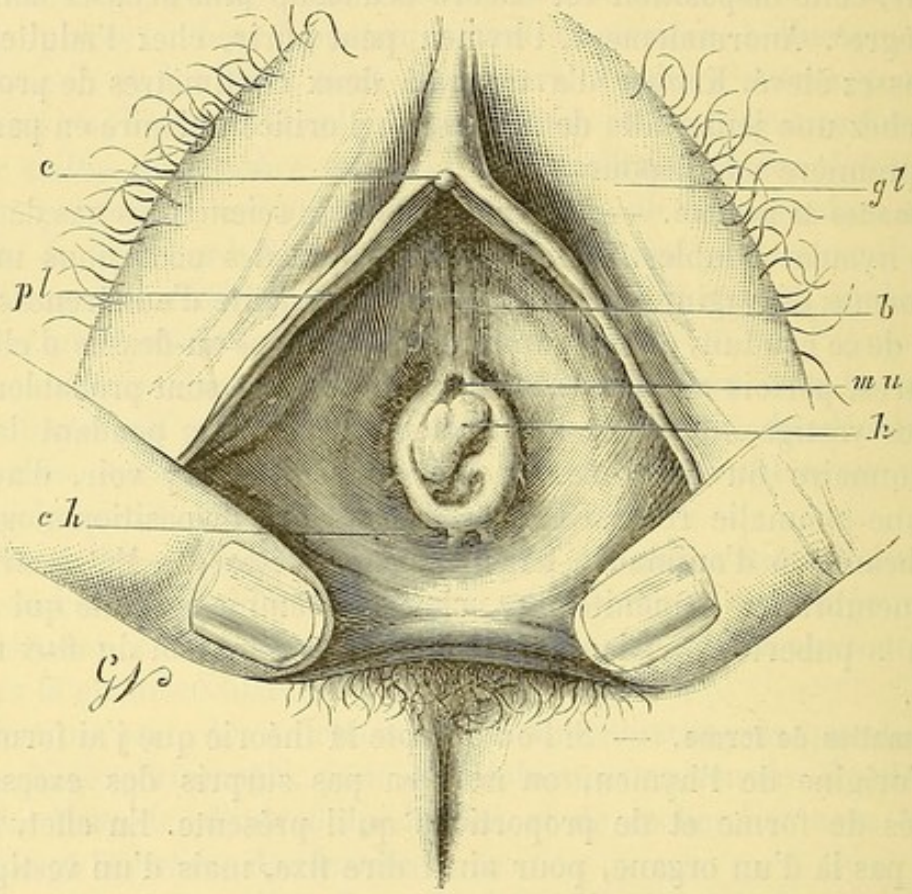


Fig. 596. — Anomalie de l'hymen. Hymen charnu et godronné chez une jeune fille vierge.

C. Clitoris ; g. l. grandes lèvres ; p. l. Petites lèvres ; b. Bride masculine du vestibule ; m. u. Méat urinaire ; h. Hymen.

il est plus rapproché du bord supérieur, ce qui donne à la membrane la forme d'un croissant ; **falciforme**, quand l'orifice très large ne laisse plus subsister en bas qu'un petit repli [1].

précisément le siège de la *bride du vestibule* qu'on peut considérer très exactement comme l'homologue de la partie supérieure de la portion pénienne de l'urèthre, chez l'homme : elle en a, du reste, la structure fibro-élastique. J'ai employé le mot d'*organe du corps spongieux* pour pouvoir appliquer un nom commun aux organes aux dépens desquels se forme le tissu érectile du corps spongieux masculin et du bulbe féminin, organes qui sont similaires dans les deux sexes. Il serait intéressant de rechercher, chez l'embryon féminin, le mode d'érectilisation des bulbes du vagin et leurs connexions primitives avec l'hymen.

[1] J. Heitzmann. *Abnorme Bildungen des Hymens* (*Wien. med. Presse*, 1884, t. XXV, p. 242).

Ces variétés ont été décrites sous les noms les plus divers :

L'hymen **godronné** (*denticulatus*), ordinairement charnu et épais (fig. 596), est une persistance du type infantile; il faut, dans un examen médico-légal, le déplisser, pour s'assurer qu'il n'est pas déchiré, comme ses plis irréguliers peuvent le faire croire.

L'hymen dit **caréné** et **linguliforme** n'est qu'une variété de l'espèce précédente.

L'hymen **frangé** est beaucoup plus rare[1]. L'hymen **infundibuliforme**, renversé en avant comme le calice d'une fleur, reproduit le type

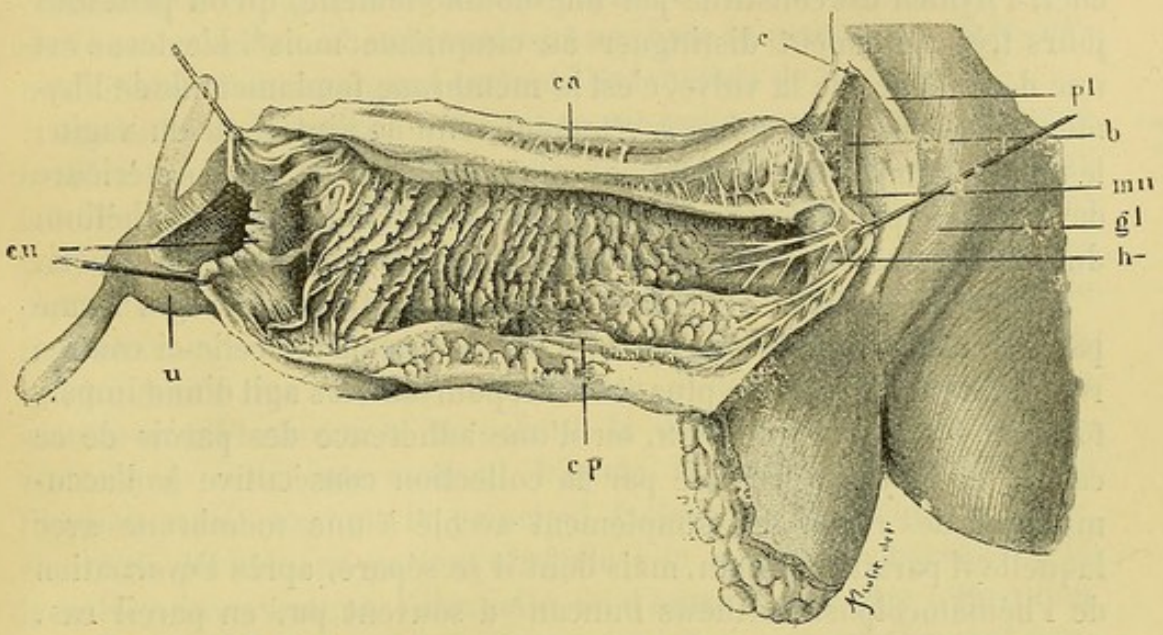


Fig. 597. — Vulve et vagin d'un fœtus de 8 mois (ouverts sur le côté).

On voit les plis du vagin se continuer à la surface du col et sur la face interne de l'hymen. c. a. Colonne antérieure du vagin; c. p. Colonne postérieure: Clitoris; b. Bride masculine du vestibule: p. l. Petites lèvres; g. l. Grandes lèvres; m. u. Méat urinaire; h. Hymen; c. u. Col utérin; u. Utérus.

infantile; à son degré le plus accusé il mérite le nom d'hymen **hypertrophique**, et cette disposition est souvent associée à une malformation génitale plus grave. L'hymen **cloisonné** (*septus* ou *biseptus*) présente deux orifices séparés par une bandelette, ordinairement élargie à sa partie postérieure. Cette disposition de l'hymen, d'ailleurs très rare, est invoquée par les partisans de son origine müllérienne comme une preuve décisive. Mais elle n'a, en réalité, aucune valeur : celle-ci serait, du reste, complètement annihilée par les faits d'imperforation totale[2].

— Dohrn. *Die Bildungsfehler des Hymens* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1884, Bd. XI, Heft 1, p. 1). — Courty (*Loc. cit.*, p. 112) a reproduit plusieurs figures des thèses de Roze et Ledru.

[1] Luschka. *Der Hymen fimbriatus* (*Zeitschr. f. rat. Med.*, 1866, Bd. XXVI, p. 300).

[2] D'autres observations sont encore plus convaincantes, et démontrent l'indépendance

Les deux orifices n'ont souvent rien de régulier, et figurent **deux fenêtres** inégales (*hymen bifenestratus*); enfin, toute la membrane peut être irrégulièrement criblée de petits trous : c'est **l'hymen cribrifome**.

L'**hymen à colonnes** (*hymen columnatus*) est celui où l'on observe un épaississement, en forme de pilastre, sur la face postérieure. C'est un vestige des colonnes du vagin, le plus souvent de la colonne postérieure; chez le fœtus, elles se prolongent sur la face profonde de la membrane, ainsi que les plis de la muqueuse vaginale (fig. 697). En effet, l'hymen est constitué par une double lamelle, qu'on peut toujours très nettement distinguer au cinquième mois[1]. L'externe est une dépendance de la vulve, c'est la membrane fondamentale de l'hymen; l'interne n'est qu'un revêtement venu de l'intérieur du vagin; les deux lamelles se fusionnent plus tard, et la face postérieure devient lisse par effacement des plis du vagin, tandis que l'épithélium du vestibule revêt la face antérieure, toujours dépourvue de reliefs.

Atrésie de l'hymen.

Atrésie de l'hymen. — Toutes les fois qu'on trouve le vagin fermé par une mince membrane, on est tenté de considérer celle-ci comme représentant l'hymen. Le plus souvent, pourtant, il s'agit d'une imperforation terminale du vagin, ou d'une adhérence des parois de ce canal, et l'hymen, refoulé par la collection consécutive à l'accumulation des règles, est simplement accolé à une membrane avec laquelle il paraît confondu, mais dont il se sépare, après l'évacuation de l'hématocolpos. Matthews Duncan[2] a souvent pu, en pareil cas, découvrir l'hymen circulaire qu'on prétendait atrésié, et il en a figuré un bel exemple. Schröder[3] note expressément cette erreur, et il a observé à deux reprises, sur la face inférieure de la membrane obturatrice prise pour l'hymen, l'ouverture de ce repli. Il existe pourtant des cas certains où l'hymen formait une cloison continue : dans une observation de Godefroy[4], c'était du mucus qui était accumulé dans le vagin d'un enfant de 2 mois et causait de la compression de l'urèthre et du rectum.

On a publié des faits d'un haut intérêt qui montrent bien la solidarité des diverses portions de l'appareil hyménal, et notamment de

des conduits de Müller et de l'hymen, même dans des cas de cloisonnement. Breisky a vu des traces d'une cloison vaginale, tout à fait séparée de l'hymen. — L. Corazza (*Schmidt's Jahrb.*, 1870, t. IV, p. 148) a, dans un cas de vagin double, observé un hymen unique placé à une distance d'un millimètre, en avant de la cloison. — Winckel (*Lehrb. der Frauenkr.*, 1886, p. 246) en a rapporté un cas analogue.

[1] O. Schæffer. *Bildungs-Anomalien weibl. Geschlechtsorgane* (*Arch. f. Gyn.*, 1890. Bd. XXXVII, Heft 2, p. 199).

[2] M. Duncan. *Trans. obstet. Soc.*, Londres, 1883, t. XXIV, p. 212.

[3] Schröder. *Mal. des org. gén. de la femme.* Trad. franç., 1886, p. 46.

[4] Godefroy. *Gaz. des Hôp.*, 1856, p. 142. — On sait, en effet, que chez le fœtus le vagin est rempli de débris épithéliaux.

l'hymen vulvaire et du cadre ou bourrelet qui entoure le méat urinaire. A l'état normal, on voit très fréquemment un prolongement en forme de luette ou de valvule qui se détache du bord supérieur de l'hymen et recouvre, en partie, l'orifice de l'urèthre. Or, on a décrit des cas où un hymen très distinct, pourvu de franges, entourait le méat[1]; bien plus, on connaît des faits où l'hymen recouvrait en entier cet orifice, donnant lieu à une rétention d'urine, chez l'enfant nouveau-né[2]. C'est une atrésie superficielle qu'on pourrait appeler *imperforation de l'hymen uréthral*[3]. Elle ne doit pas être confondue avec l'aplasie de tout ou partie de l'urèthre, qui peut exister seule ou coïncider, chez le nouveau-né, avec la persistance et la perméabilité de l'ouraque, qui permet l'évacuation de l'urine[4].

Anomalies de structure.

Anomalies de structure. — L'hymen est ordinairement mince, membraniforme, et paraît simplement constitué par l'adossement de deux lamelles recouvertes d'épithélium pavimenteux, souvent fusionnées, parfois partiellement distinctes. Les variations qu'il présente au point de vue de sa structure sont : 1° l'**épaisseur** plus grande, qui le rend charnu, sans en augmenter la ténacité ; 2° la **rigidité** particulière, qui lui donne une consistance scléreuse, et qui a parfois nécessité sa section avec l'instrument tranchant, la défloration ayant été impossible sans cette intervention. D'après Budin[5], cette rigidité de l'hymen serait souvent le principal facteur de la déchirure postérieure du périnée, en portant obstacle à la dilatation progressive de la vulve ; inversement, l'élasticité de l'hymen peut être telle qu'on n'observe que de très petites fissures, après un accouchement normal[6] ; la membrane a été trouvée tout à fait intacte, après un avortement à six mois[7]; 3° la **vascularité** excessive de la membrane qui

[1] Voir la figure d'un fait de Luschka, in Gallard (*Leçons clin. sur les maladies des femmes*, 1879, p. 113) et celle d'un fait de Ledru, in Courty (*Traité prat. des mal. de l'utérus*, 1879, p. 112).

[2] P. A. Böhmer. *Observ. anat. rar.*, Halle, 1756, fasc. II. — M. N. Tucker. *Die regelwidr. Geb.*, 1826, p. 235. — Ch. Robin, art. Membrane in *Dict. de* Nysten (éditions parues depuis 1855).

[3] Les connexions constantes de l'hymen avec le cadre du méat urinaire et avec la bride allant vers le clitoris, qui traverse verticalement le vestibule, ont été indiquées, dès 1884, dans mes communications déjà citées à la *Société de biologie* et au *Congrès de Copenhague*. Elles ont été de nouveau retrouvées par O. Schæffer (*Loc. cit.*), qui ne paraît pas avoir pris connaissance de mes travaux et présente son observation comme nouvelle. Il en tire, avec raison, la conclusion que l'hymen est une production ectodermique, et il appuie cette opinion sur des considérations intéressantes, relatives à sa structure et à son développement.

[4] Cabrol, en 1555, a opéré, à Beaucaire, une jeune fille qui présentait cette anomalie. — Un cas curieux en a été publié par Middleton. *Amer. Journ. of med. sciences*, janv. 1868, p. 79.

[5] Budin. *Semaine méd.*, 9 mars 1889.

[6] Budin *Deux petites fissures de l'hymen chez une primipare, après accouchement d'un gros enfant* (*Progrès méd.*, 1887, t. VI, p. 460).

[7] Obs. de Tolberg, citée par Dohrn, *Loc. cit.*

a causé des hémorrhagies graves et même mortelles au moment de la défloration[1]. Ces faits, fort difficiles à comprendre si l'on admet que l'hymen n'est qu'un repli de la muqueuse vaginale, deviennent très clairs lorsqu'on les considère comme un débris de l'*organe des corps spongieux* (muqueuse uréthro-pénienne de l'homme), demeuré à l'état embryonnaire et pouvant par anomalie présenter, chez la femme, du tissu érectile comme dans son homologue, chez l'homme. Henle a, du reste, mis ce dernier fait hors de doute, car il a exceptionnellement trouvé du tissu érectile dans l'hymen[2].

Absence congénitale.

Absence congénitale. — Les observations anciennes d'absence totale de l'hymen doivent être acceptées avec défiance. Il est probable que, dans bien des cas, elles sont relatives aux erreurs dont j'ai signalé les causes. Devilliers[3], Tardieu, Brouardel[4], n'en ont jamais vu d'exemple dans le nombre considérable d'enfants qu'ils ont examinées au point de vue médico-légal.

Hermaphrodisme.

Hermaphrodisme[5]. — Le véritable hermaphrodisme (Ἑρμῆς et Ἀφροδίτη) serait celui où les organes des deux sexes seraient réunis sur le même individu, et capables de fonctionner. Je discuterai plus loin les prétendus cas d'hermaphrodisme vrai, et je démontrerai leur inanité. Mais l'apparence d'un double sexe peut se rencontrer dans diverses circonstances, par suite de malformations des organes génitaux qui les ont arrêtés dans leur phase embryonnaire, chez l'homme, ou bien en ont développé excessivement certaines parties, chez la femme. Les individus de la première catégorie sont incomparablement plus nombreux que ceux de la seconde, et la grande majorité des pseudo-hermaphrodites qui ont été décrits et

[1] Winckel. *Lehrb. der Frauenkr.*, 1886, p. 80. — L. Ascher. *Ein Fall von hochgradiger Blutung nach dem ersten Coïtus* (*Prag. med. Woch.*, 1889, t XIV, p. 25). L'hémorrhagie en nappe, très abondante, fut arrêtée par le tamponnement. Elle était causée par une simple déchirure de l'hymen, entamant légèrement la petite lèvre gauche et la fosse naviculaire.

[2] Ce qu'on pourrait appeler l'*organe du corps spongieux* de l'embryon, qui s'érectilise en entier chez l'homme, reste chez la femme fibro-élastique et ne subit la transformation vasculaire que dans sa portion marginale et profonde. A cette transformation partielle est dû le *bulbe* du vagin (qui, réuni à l'hymen, est l'homologue du bulbe de l'urèthre et du verumontanum de l'homme), et le *réseau intermédiaire de Kobelt*, qui se porte du bulbe du vagin au clitoris, en doublant la bride masculine, et qui, avec cette bride, est l'homologue du corps spongieux de l'urèthre de l'homme. Cette dernière particularité, qui complète et confirme mes recherches, a fort bien été mise en relief par Guinard. *Comparaison des organes génit. externes dans les deux sexes.* Thèse d'agrég., 1886. — J'avais, du reste, moi-même modifié ce que mes premières conclusions avaient de trop absolu, relativement au bulbe du vagin, très peu de temps après leur publication (*Congrès intern. des sciences méd.*, Copenhague, 1884, t. I, p. 67-69).

[3] C. Devilliers. *Nouvelles recherches sur la membrane hymen et les caroncules hyménales* (*Revue méd.*, 1840, t. II, p. 180).

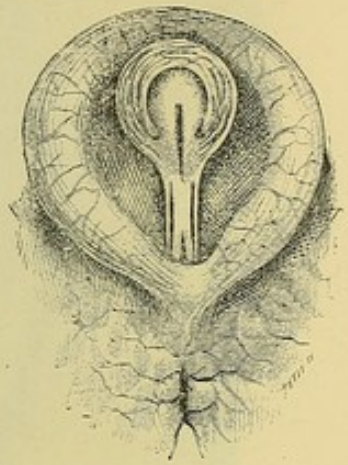
[4] Brouardel. *Causes d'erreur et règles d'expertises dans les affaires d'attentat à la pudeur* (*Gaz. des hôp.*, sept. 1887, p. 881); — *Membrane hymen ; son examen, ses différentes formes* (*Ibid.*, p. 901).

[5] Le mot *hermaphroditisme* serait plus correct, mais il est moins usité.

figurés étaient des hommes hypospades. Le criterium pour la détermination du sexe, dans ces cas complexes, est fourni par la présence ou l'absence des testicules ou des ovaires, et ce qui crée la principale difficulté dans certaines circonstances, sur le vivant, c'est l'impossibilité de savoir quelle est la nature de la glande génitale, placée dans les canaux inguinaux ou cachée dans le ventre.

Pour présenter un tableau d'ensemble de l'hermaphrodisme, je crois utile d'établir les divisions suivantes, plutôt au point de vue pratique que pour une classification théorique :

I. **Pseudo-hermaphrodisme** : il n'existe que quelques particularités de l'un des sexes, avec les glandes séminales (ovaires ou testicules) de l'autre. Cette division comprendra deux classes : les **gynandroïdes** et les **androgynoïdes**, selon que l'individu appartient au sexe féminin ou au sexe masculin. II. **Hermaphrodisme vrai**.



Pseudo-hermaphrodisme. Gynandroïdes.

Fig. 598. — Pseudo-hermaphrodisme par hypertrophie du clitoris (Gynandroïde phalloïde). G. andromastes.

Organes génitaux externes d'une petite fille de trois semaines (grandeur naturelle; pièce déposée au Musée de médecine légale, de Vienne, par le professeur Hofmann); les téguments portent les traces d'une longue macération dans l'alcool. — La saillie des grandes lèvres encadre le clitoris et cache l'orifice vulvaire. La bride du vestibule est très volumineuse.

I. — **Pseudo-hermaphrodisme**. A. **Gynandroïdes**. — On pourrait distinguer dans cette classe une première variété, où la principale cause d'erreur ou de doute sur le sexe est l'absence de mamelles ou plutôt le type masculin de ces organes, que je propose d'appeler **andromastie**. Cette anomalie coexiste ordinairement avec un aspect général masculin, le développement du système pileux du visage, la raucité de la voix. On note le plus souvent des malformations du côté des organes génitaux externes pouvant aller jusqu'à l'occlusion complète de la vulve et l'absence du vagin[1]. Mais il existe un utérus plus ou moins rudimentaire et des ovaires.

Une seconde variété de gynandroïdes est celle qui est constituée par le développement exagéré du clitoris, d'aspect **phalloïde**. Il s'y joint souvent un trait de ressemblance de plus avec le type masculin, par suite de la soudure des grandes ou même des petites lèvres, simulant le scrotum et masquant l'orifice vaginal (fig. 598). La ressemblance est encore plus accusée quand il existe à l'anus ou dans la grande lèvre un ovaire hernié[2].

G. phalloïdes.

[1] Péan. *Sur un cas d'hermaphrodisme* (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 2 avril 1895), 3e série, t. XXXIII, p. 381.

[2] Eschricht. *Müllers' Arch. f. Anat.*, 1836, Heft II, p. 159. — Observation de Bouillaud

L'hypertrophie du clitoris ne change pas sa forme, et ne

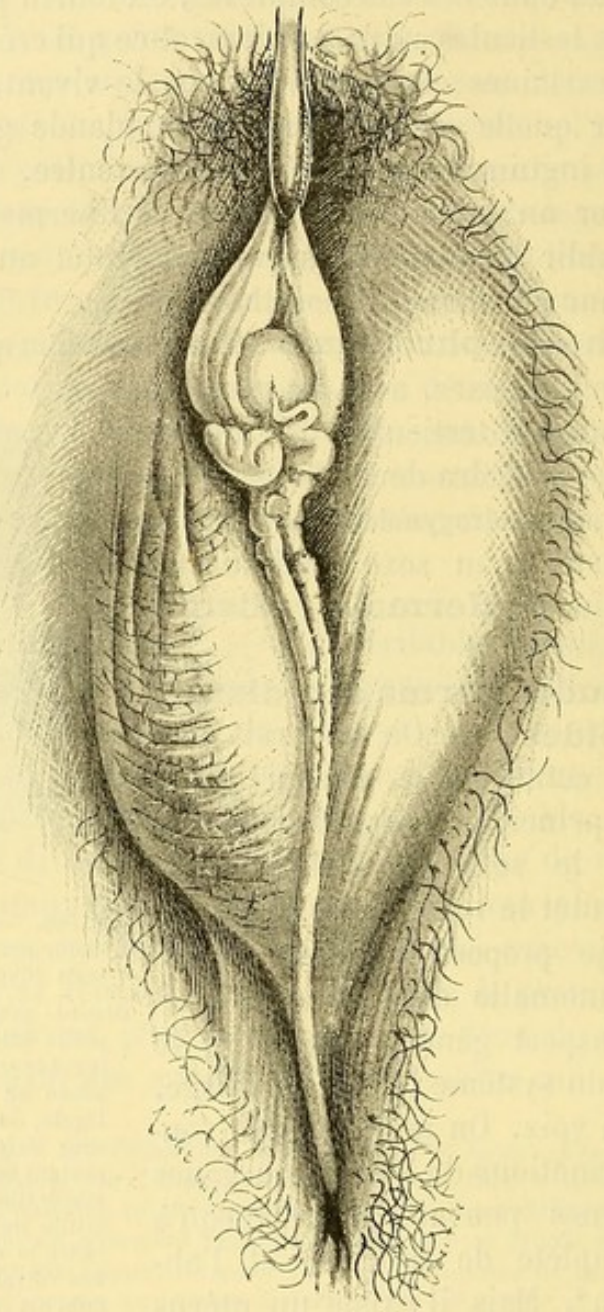


Fig. 599. — Pseudo-hermaphrodisme (Androgynoïde gynécomaste).
Organes génitaux externes du nommé Jan..... (Pozzi).

Hypertrophie des freins du prépuce se prolongeant le long du raphé scrotal en une saillie bifide, simulant le bord libre des petites lèvres. (Ce jeune sujet présentait, en outre, un développement féminin des mamelles; le testicule gauche atrophié était retenu à l'anneau.)

fait qu'exagérer ses dimensions et celles de son capuchon.

et Manec (avec autopsie). *Journ. univ. et hebd. de méd. et de chir. prat. et des inst. méd.*, Paris, 1833, t. X, p. 467. — Observation de Debout, in Le Fort. *Vices de conformation de la vulve et du vagin*. Thèse d'agrég., Paris, 1863. — Le cas de Joseph Marzo, dont l'observation a été publiée (*Annal. d'hygiène et de méd. légale*, 1866, 2e série, t. XXV, p. 180) est douteux. — J. Simpson (*Collected works*, t. II, p. 407) a décrit les organes génitaux d'une petite fille, d'apparence masculine, observée par Ramsbotham (*Med. Gaz.*, 1834, t. XIII, p. 184), avec autopsie démonstrative. Ils ont été représentés par Hart et

Le clitoris a pu atteindre 4 et 5 centimètres de longueur (obs. de Huguier). Dans la pièce que je reproduis, on remarquera l'hypertrophie notable de la bride masculine du vestibule, se rendant à l'hymen.

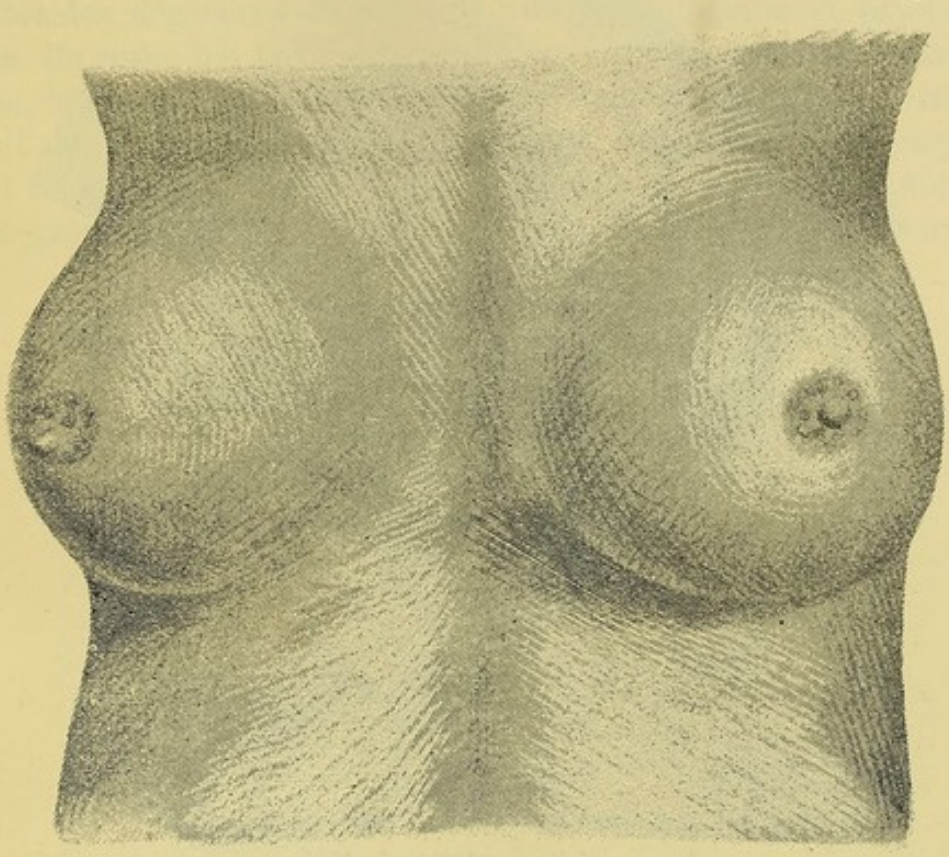


Fig. 600. — Pseudo-hermaphrodisme (Androgynoïde gynécomaste).
Mamelles du nommé Jan..... (Pozzi).

Les organes génitaux internes féminins sont parfois irrégulièrement conformés[1].

B. **Androgynoïdes.** — On peut au point de vue clinique établir quelques divisions dans cette classe. Androgynoïdes.

Barbour. *Manuel de gynéc.*, trad. franç., 1886, p. 584. — E. Hofmann (*Wien. med. Jahrb.*, 1877, p. 295 et suiv.) a publié un cas analogue à celui que reproduit la figure 598. Cette dernière, dont je dois le dessin à l'extrême obligeance de cet éminent professeur, provient d'une pièce du Musée de médecine légale, à Vienne, où elle est classée sous la rubrique de « développement excessif du clitoris ». L'individu s'appelait Henriette Rupp; c'était une enfant rachitique qui mourut, à l'âge de 3 semaines, de bronchite capillaire. Les organes génitaux internes étaient normaux; ils n'existait, sur le reste du corps, aucune autre difformité.

[1] Jeannel (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 505) a rapporté une observation où, avec un utérus bicorne, il y avait un développement exagéré du clitoris.

Dans l'autopsie de la maladie de Bouillaud, faite par Manec (*Loc. cit.*), il est parlé de la présence d'une prostate, autour de l'urèthre, recevant l'extrémité inférieure et rétrécie de vagin, qui ne s'ouvrait pas isolément à la vulve. Cette disposition est essentiellement masculine. Mais l'absence d'examen microscopique laisse subsister quelque doute sur la nature de cette prétendue prostate. L'interprétation du fait est, du reste, en un autre point, un peu défectueuse. Ce n'est pas le vagin qui s'ouvre alors dans l'urèthre, c'est l'urèthre et le vagin qui s'ouvrent ensemble dans un canal vestibulaire, vestiges du sinus uro-génital (voir la fig. 593).

Une première catégorie contient les individus chez lesquels le

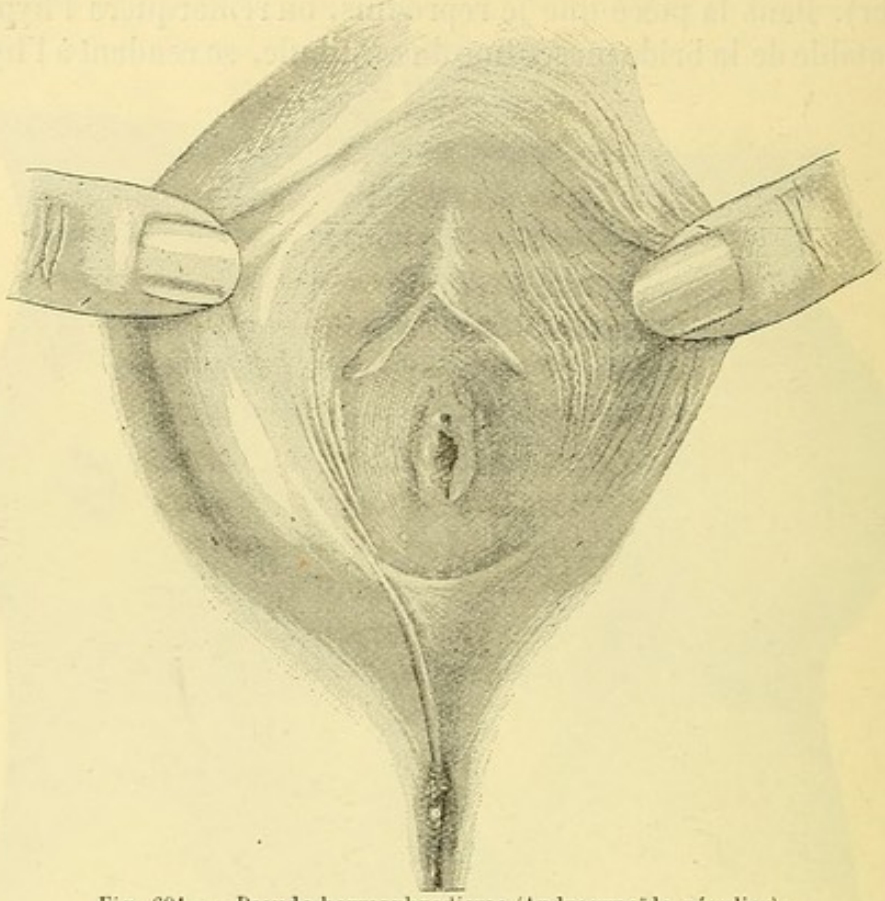


Fig. 601. — Pseudo-hermaphrodisme (Androgynoïde régulier).
Organes génitaux externes de Marie C....

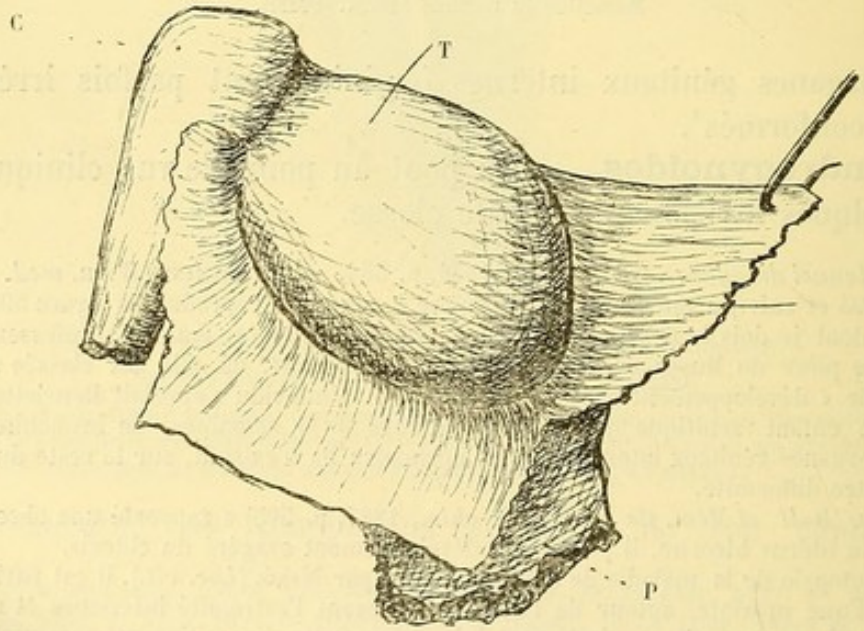


Fig. 602. — Pseudo-hermaphrodisme (Androgynoïde régulier). Testicule et utérus de Marie C...., face antérieure.

C, corne gauche de l'*uterus unicornis rudimentarius*; T, testicule; V, vaginale; P, pédicule.

caractère dominateur du pseudo-hermaphrodisme est le développe-

ment féminin des mamelles, les **gynécomastes**[1]. Ils présentent ordinairement un développement incomplet de la verge et des testicules; ils sont monorchides ou cryptorchides. Ce sont pour la plupart des dégénérés au point de vue physiologique et psychologique. Du reste, ici, le type masculin des organes génitaux externes existe, le scrotum est soudé et surmonté d'une verge à gland perforé. Mais l'absence de testicules dans les bourses, le peu de développement de la verge, la dépressibilité médiane du scrotum qui simule deux grandes lèvres juxtaposées, le volume des seins, qui peuvent

A. gynécomastes.

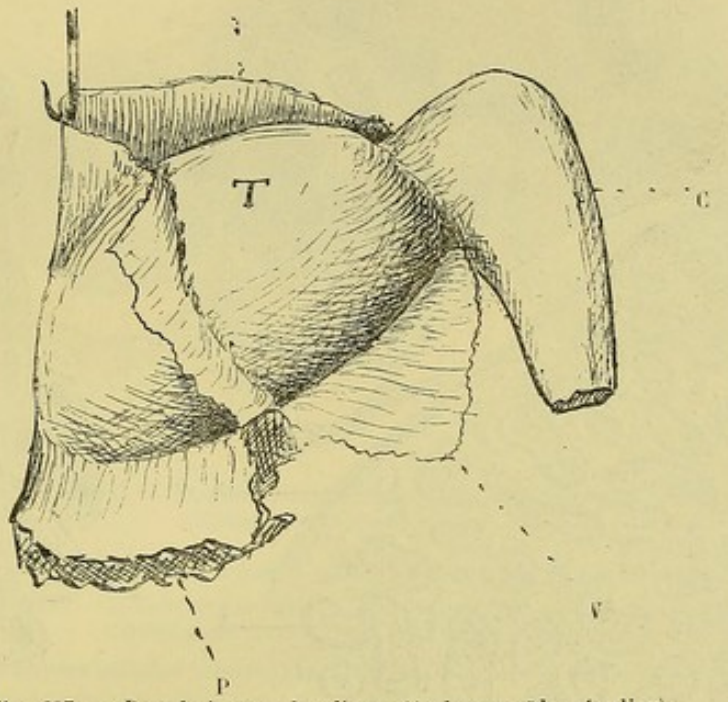


Fig. 603. — Pseudo-hermaphrodisme (Androgynoïde régulier).
Vue postérieure de la pièce représentée dans la figure 602.

être aussi développés que chez la femme, enfin, comme dans un cas que j'ai observé (fig. 599), la présence de vestiges de petites lèvres, formant une crête sur le raphé scrotal, donnent à l'individu un aspect féminin[2]. Le développement des mamelles, corollaire fréquent, chez l'homme, des arrêts de développement des organes de la génération, est un fait de *sympathie organique* absolument inexpliqué, mais intéressant à rapprocher de ce que la physiologie nous a enseigné sur la solidarité de ces organes (fig. 600).

Une seconde catégorie de ces pseudo-hermaphrodites comprend ceux que j'ai proposés, les **androgynoïdes réguliers**[3], c'est-à-dire

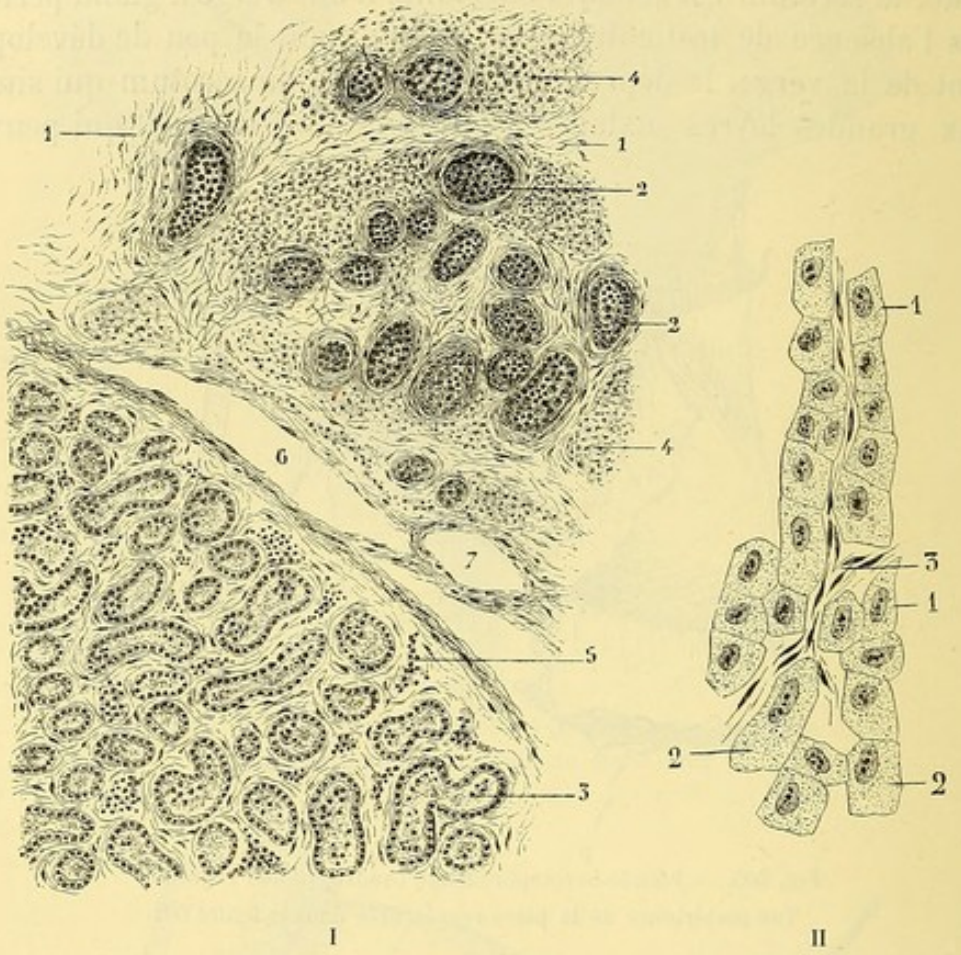
A. réguliers

[1] Emile Laurent. *Les bi-sexués*. Paris, 1894.

[2] S. Pozzi. *Note sur deux nouveaux cas de pseudo-hermaphrodisme* (*Mém. de la Soc. de Biologie*, 1885, p. 21-29, 1re obs.).

[3] S. Pozzi. *Sur un pseudo-hermaphrodite androgynoïde* (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*. Séance du 28 juillet 1896, 3e série, t. XXXVI, p. 132).

ceux chez qui les organes génitaux externes sont régulièrement conformés selon le type féminin et avec les proportions normales de leurs diverses parties, clitoris, petites lèvres, grandes lèvres et même vagin (fig. 601). La présence des testicules au lieu d'ovaires soit dans l'abdomen, soit dans des hernies inguinales, constitue ici le



I II

Fig. 604. — Structure du testicule d'un pseudo-hermaphrodite (Androgynoïde régulier, Marie C....).

I. Coupe perpendiculaire à la surface de l'organe (150 diam.).

1. Tissu conjonctif plus ou moins lâche. — 2. Section de gros tubes séminifères formant le tissu périphérique de l'organe. — 3. Section de tubes plus petits constituant un noyau central bien limité. — 4. Amas plus ou moins considérable de *cellules interstitielles* spéciales (Hofmeister) englobant les tubes dans leurs masses. — 5. Les mêmes amas cellulaires dans la zone des petits tubes. — 6. Grand espace lymphatique séparant les deux zones. — 7. Vaisseau sanguin.

II. — Petits tubes séminifères de la zone centrale (500 diam.).

1. Stroma conjonctif à cellules allongées, circonscrivant des espaces occupés par les tubes. — 2. Cellules épithéliales à noyaux volumineux granuleux sur un ou deux rangs (partie centrale du tube occupée par une substance granuleuse amorphe). — 3. Vide produit par le retrait de la couche épithéliale.

trait dominant de l'hermaphrodisme. Du reste il existe toujours un développement incomplet de l'utérus, des trompes et souvent du vagin. Mais, au point de vue de la morphologie générale, ces particularités passent inaperçues, et les individus de cette sorte sont déclarés *femmes* à leur naissance et en conservent durant toute leur vie le nom comme ils en ont l'apparence.

Dans un cas de ce genre, j'ai pu faire l'examen des testicules et de l'utérus rudimentaires. J'ai constaté un arrêt de développement dans leur structure intime, rappelant l'état fœtal et caractérisé par l'abondance des *cellules interstitielles* de Hofmeister (fig. 604 et 605).

A. irréguliers ou hypospydiaques.

Enfin une troisième catégorie est celle des **androgynoïdes irréguliers** ou **hypospadiaques**, chez lesquels les organes génitaux externes ont bien le type féminin, mais avec un développement disproportionné de leurs divers éléments, un pénis clitoridien énorme à côté d'une

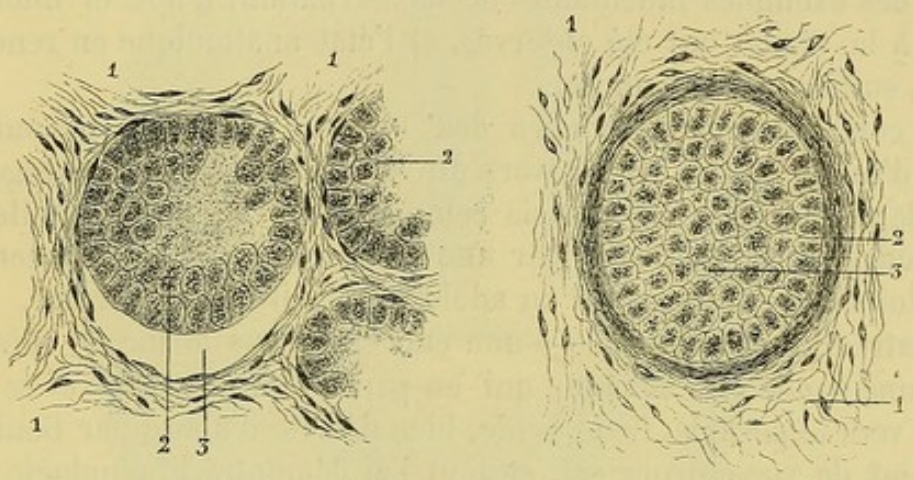


Fig. 605. — Structure du testicule d'un pseudo-hermaphrodite (Androgynoïde régulier, Marie C...).

III. — Gros tubes séminifères de la zone périphérique (500 diam.).

1. Stroma conjonctif. — 2. Couche limitante sclérosée formée d'un tissu fibreux dense. — 3. Cavité entièrement comblée par des cellules épithéliales.

IV. — Les grosses cellules interstitielles (Hofmeister) entourant les tubes (1000 diam.).

1. Cellules polyédriques moyennes à protoplasma granuleux avec noyau très gros et nucléole. — 2. Cellules plus volumineuses. — 3. Capillaires à larges mailles.

vulve rudimentaire. Les faits de cet ordre comprennent la grande majorité des cas observés. Il s'agit là d'hommes ayant un *hypospadias scrotal* ou pour mieux dire *périnéo-scrotal*[1], et de nombreuses autopsies ont pu en déterminer l'exacte signification. J'en ai, pour ma part, décrit trois cas, d'après l'individu vivant[2], et tous trois étaient exactement calqués sur le même type, qui concordait avec les observations de mes devanciers. Ces individus sont, en règle générale, regardés à leur naissance comme du sexe féminin.

[1] Sur l'hypospadias chez l'homme, voir : Guyon. *Vices de conformation de l'urèthre.* Thèse d'agrég., 1865. — Bouisson. *Tribut à la chirurgie*, 1868, t. II, p. 500.

[2] S. Pozzi. *Bull. de la Soc. de Biol.*, 26 janv. 1884, p. 21 ; — *Ibid.*, 1885, p. 21-29 ; — *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 5 déc. 1889, 2e sér., t. XII, p. 602 ; — Winter (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd. XVIII, p. 159) et P. Petit (*Pseudo-hermaphrodisme par hypospadias périnéo-scrotal*, in *Arch. d'Obstét. et de Gyn.*, 1891, p. 455), Hallopeau, Lagneau (*Bull. de l'Acad. de méd.* 1895, p. 410 et p. 415) et beaucoup d'autres auteurs en ont publié de nouvelles observations

enregistrés comme filles[1], et ils en reçoivent le costume et l'éducation. Un très grand nombre ont été mariés; presque tous ont des rapports avec les hommes par l'orifice de l'urèthre qui se creuse en infundibulum, bien plus encore que par la dépression vulvaire qui existe au-dessous de lui; mais, en même temps, beaucoup ont du goût pour les femmes et pratiquent un coït plus ou moins incomplet. Il y a des cas où les règles irrégulières sont simulées par des hémorrhagies qui se font au niveau de l'urèthre dilaté et irrité[2]; mais des exemples indéniables de menstruation, faible et intermittente à la vérité, ont été observés, et l'état anatomique en rend, du reste, suffisamment compte.

La conformation extérieure des organes génitaux ressemble à celle d'un embryon, vu à travers un verre grossissant. La verge fait peu de saillie; elle est parfois comme collée au pubis et elle est inférieurement maintenue par une bride; le gland a la dimension de celui d'un enfant, ou d'un adolescent : il est imperforé, mais son extrémité est marquée d'une encoche, sous forme de rainure, avec une bandelette charnue qui en part inférieurement et se prolonge vers le périnée. Cette *bride*, bien décrite d'abord par Bouisson au point de vue chirurgical, et dont j'ai démontré l'homologie avec la bride masculine du vestibule de la femme, s'étend du gland au méat urinaire, situé à deux ou trois centimètres environ, au-dessous de la racine du pénis. Plus bas, on trouve un orifice vulvaire, de dimension variable, ordinairement très restreinte, à peine suffisant pour l'introduction de l'index. Un hymen parfaitement bien conformé peut exister autour de l'orifice vaginal. J'en ai observé deux exemples[3]. Ce qui contribue à le maintenir intact, c'est l'hyperesthésie que présente souvent cet orifice. Le vagin qui succède à la vulve a une profondeur variable, allant jusqu'à plus de 10 centimètres.

Les canaux de Müller peuvent même prendre un développement complet chez l'homme, avec des malformations même légères des organes génitaux externes. C'est ce qu'on a appelé l'*uterus masculinus*[4].

Uterus masculinus.

[1] Des observateurs même expérimentés ont pu s'y tromper, ainsi que le prouve une observation de Polaillon (*Bull. et Mém. de la Soc. obstét. et gyn. de Paris*, 14 mai 1891, p. 125); il s'agissait d'un sujet de 25 ans, présenté comme femme à l'Académie de Médecine. Il vint mourir dans le service de Polaillon; l'examen des deux prétendus ovaires, fait par le professeur Cornil (*Ibid.*, p. 128), démontra qu'on était en présence de deux testicules.

[2] Observation d'Ernestine G., présentée par E. Magitot (*Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 1881, t. IV, p. 487), et d'Adèle H., que j'ai présentée à la même Société (*Ibid.*, 5 déc. 1889, p. 602).

[3] S. Pozzi, *Loc. cit.* — Säxger a montré à la *Société obst. et gynéc. de Leipsik*, le 21 janv. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 25, p. 440), une prétendue femme, remarquablement grande, et présentant, quoique mariée, tous les attributs d'un homme hypospade, ainsi que Zweifel le fit remarquer; à l'orifice vulvaire rudimentaire, existaient les restes d'un hymen en croissant.

[4] Marchand. *Ein neuer Fall von Hermaphroditismus am Lebenden beobachtet* (*Virchow's Arch.*, 1883, Bd. XCII, p. 286). — Voir, sur le point spécial de l'*uterus masculinus* :

Il existe, au musée anatomo-pathologique de Würzbourg, une pièce décrite par Franqué[1], où l'on voit les organes génitaux externes d'un homme et, au-dessus, un vagin s'ouvrant dans la portion pros-

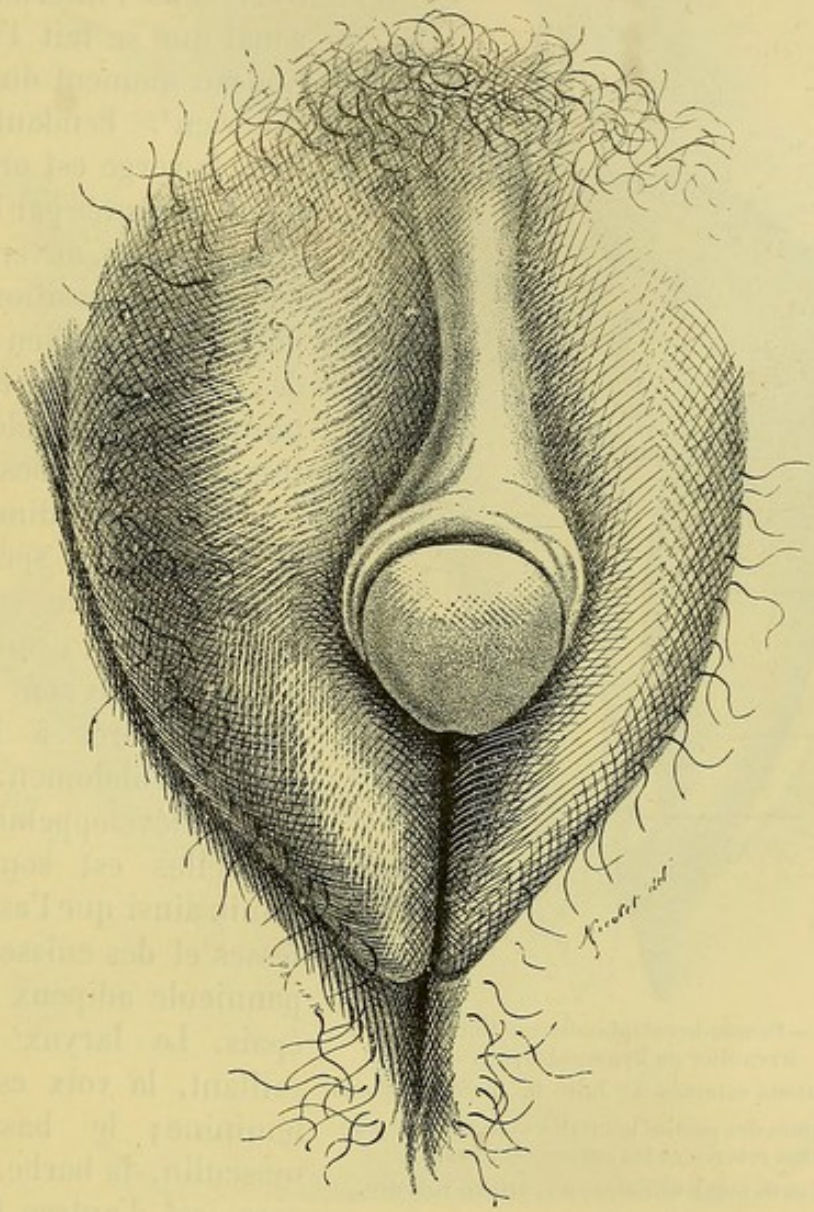


Fig. 606. — Pseudo-hermaphrodisme (Androgynoïde irrégulier ou hypospadiaque).
Organes génitaux externes de Julie D. (homme). (Pozzi.)
Aspect masculin des parties génitales externes, la verge étant abaissée et les cuisses rapprochées.

tatique de l'urèthre, ainsi qu'un utérus bien développé et des oviductes. Zweifel cite un cas où, à l'autopsie d'un enfant de six mois,

Ahlfeld (*Missbildungen*, etc., p. 250), Jules Bœckel, *Extirpation d'une matrice et d'une trompe herniées chez un homme* (*Gazette méd. de Strasbourg*, 1892, 6e série, n° 9, p. 87. — Une importante autopsie a été publiée par Adrien Pozzi et P. Grattery (*Pseudo-hermaphrodisme*, in *Progrès méd.*, 1887, p. 308). Une des particularités intéressantes de cette observation est la structure de la *bride masculine* qui, sous un revêtement muqueux, présentait du tissu érectile.

[1] Franqué, cité par Kölliker. *Embryologie*, trad. franç., 1882, p. 1043.

on constata un hypospadias avec présence de testicules, mais où les canaux de Müller s'étaient complètement développés en vagin, utérus et trompe. Ahlfeld a rassemblé plusieurs faits analogues. C'est dans l'intérieur de ce canal que se fait l'éjaculation au moment du spasme vénérien[1]. Pendant l'érection, la verge est ordinairement, incurvée par la bride.

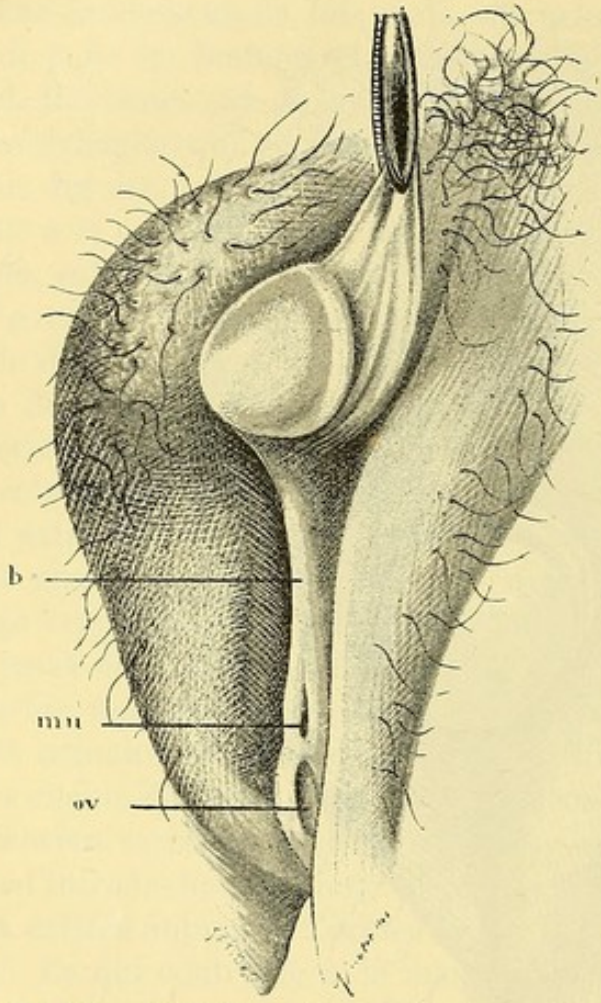


Fig. 607. — Pseudo-hermaphrodisme (Androgynoïde irrégulier ou hypospadiaque).
Organes génitaux externes de Julie D. (homme). (Pozzi.
Aspect féminin des parties génitales externes, la verge étant relevée et les cuisses écartées,
b. Bride; m u. méat urinaire; o v. orifice vulvaire.

Le prépuce, ouvert en bas, affecte la disposition du capuchon clitoridien; il y a des petites lèvres rudimentaires et des grandes lèvres très marquées. Des testicules, toujours rudimentaires et sécrétant un sperme infécond, comme celui des cryptorchides, y sont parfois descendus, ou sont d'autres fois demeurés à l'anneau ou dans l'abdomen.

Le développement des mamelles est souvent féminin ainsi que l'aspect des fesses et des cuisses, où le pannicule adipeux est très épais. Le larynx est peu saillant, la voix est plutôt féminine; le bassin est masculin, la barbe, parfois rare, est d'autres fois très fournie, et quand cette particularité s'accompagne du développement féminin des seins, ce n'est pas un des caractères qui frappent le moins. Ordinairement, par le toucher rectal combiné avec le cathétérisme vésical on ne peut découvrir trace d'utérus, ni, généralement, de prostate. La palpation bi-manuelle ne révèle pas l'existence d'ovaires.

Ces individus sont ou faibles d'esprit ou, s'ils sont intelligents,

[1] On a vu les canaux déférents s'ouvrir sous le méat urinaire, à côté de l'orifice pseudo-vulvaire. Dohrn. *Ein verheiratheter Zwitter* (*Arch. f. Gyn.*, 1884, t. XXII, p. 225).

déséquilibrés[1]; ils ont, du reste, le plus souvent des antécédents

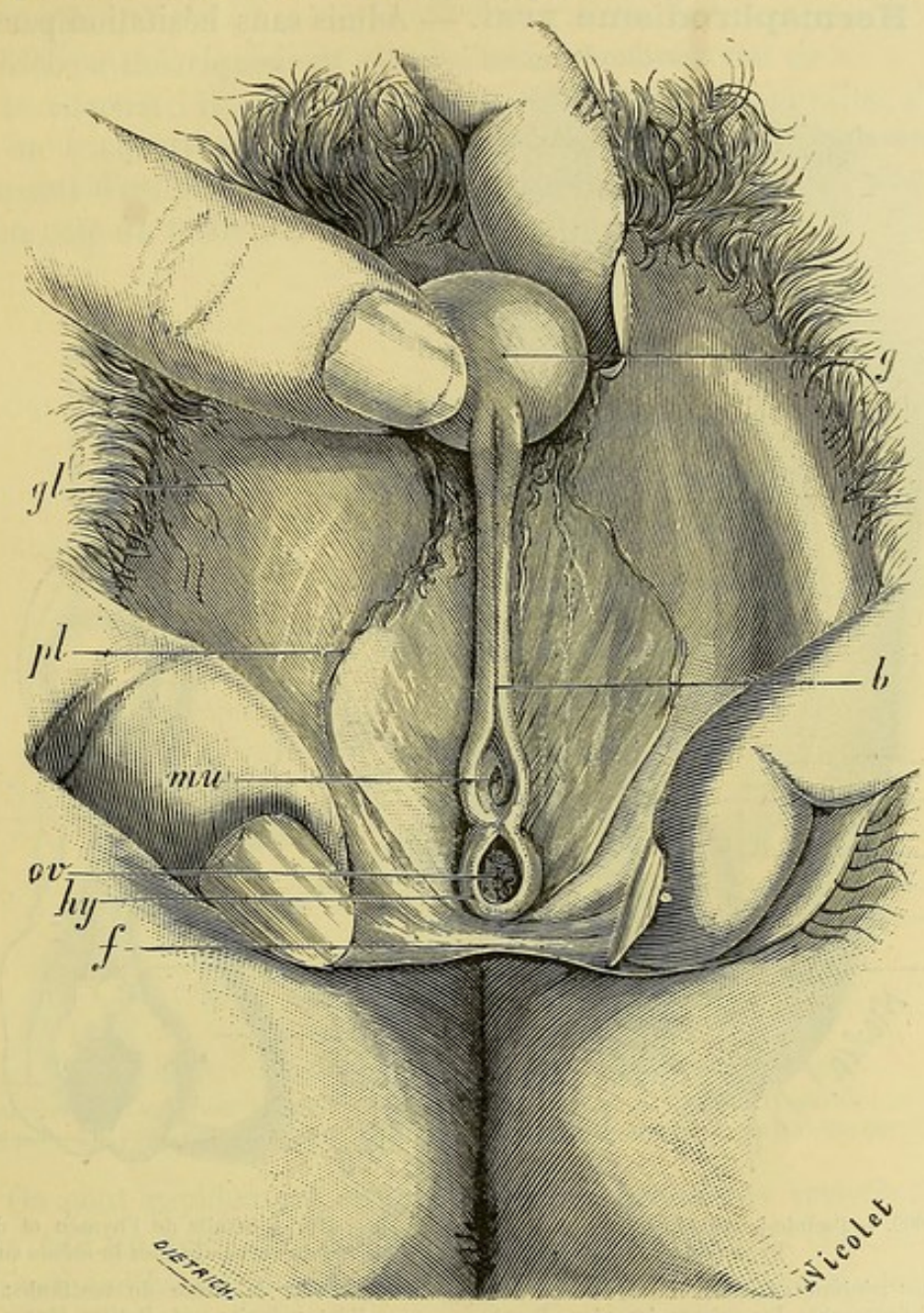


Fig. 608. — Pseudo-hermaphrodisme (Androgynoïde irrégulier ou hypospadiaque).

Organes génitaux externes de Louise B. (Pozzi.)

g. Gland; *b.* Bride; *mu.* Méat urinaire; *ov.* Orifice vulvaire; *hy.* Hymen; *f.* Fourchette; *pl.* Petites lèvres; *gl.* Grandes lèvres.

héréditaires du côté du système nerveux; on a noté la coïncidence

[1] L'importance des malformations des organes génitaux (microrchidie, cryptorchidie) sur le développement des maladies mentales a été signalée par Christian (*Annal. médico-psychol.*, 1882, t. VII, p. 126; — *Étude sur la mélancolie*, obs. 59, p. 134) et par Legrand du Saulle. *Les signes physiques des folies raisonnantes*, p. 13. — Ce sujet a été l'objet d'une intéressante étude de Raffegeau. *Du rôle des anomalies des organes génitaux dans le développement de la folie chez l'homme.* Thèse de Paris, 1885. — Voir aussi : Magnan. *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles.* Commun. faite à

de difformités analogues chez les individus de la même famille[1].

Hermaphrodisme vrai.

II. **Hermaphrodisme vrai.** — Admis sans hésitation par les

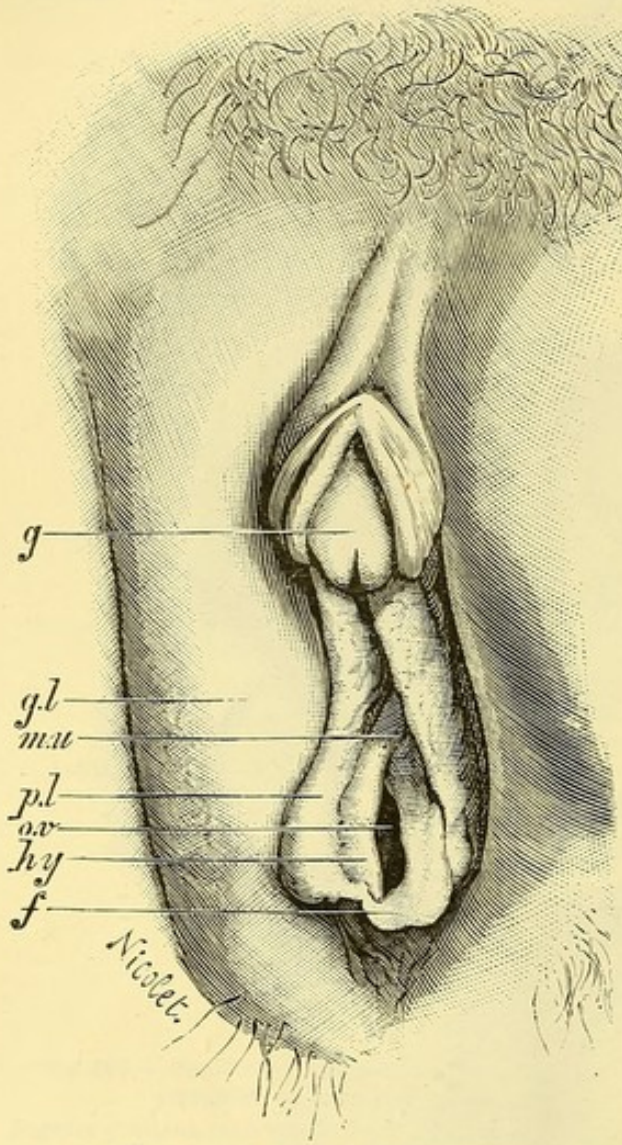


Fig. 609. — Pseudo-hermaphrodisme (Androgynoïde hypospadiaque).

Organes génitaux externes de Julie D. (homme). Vue d'ensemble, les cuisses écartées. (Pozzi.)

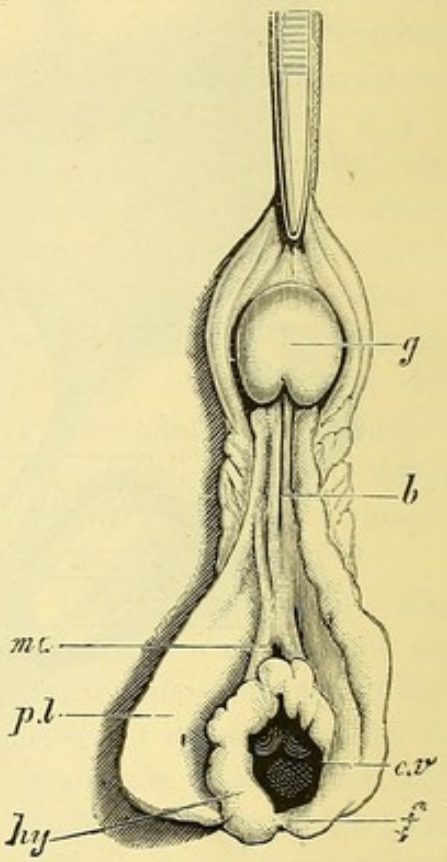


Fig. 610. — Détails de l'hymen et de la bride du vestibule chez le même sujet.

g. Gland; *b.* Bride du vestibule; *mu.* Méat urinaine; *pl.* Petites lèvres; *ov.* Orifice vulvaire; *hy.* Hymen; *f.* Fourchette.

anciens auteurs qui en ont cité de nombreuses observations, toutes

l'Acad. de méd. le 13 janv. 1885 (*Progrès méd.*, 1885, p. 49); — *Trois cas de conformation vicieuse des organes génitaux* (*Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 17 févr. 1887). — On a observé la folie (Magnan). La fameuse Alexina B., qui a fait l'objet d'une monographie remarquable au point de vue psychologique par Tardieu (*L'identité dans ses rapports avec les vices de conformation des organes génitaux*, Paris, 1872), s'est suicidée. La relation complète de son autopsie a été publiée par Goujon (*Journ. de l'anat. et de la phys. norm. et path. de l'homme et des animaux*, 1869, p. 599). C'était un homme hypospade.

[1] Voir la curieuse généalogie de la famille de Jan..., que j'ai observée avec le docteur Motet. *Mém. de la Soc. de Biologie*, 1885, p. 24.

fort peu probantes, l'hermaphrodisme vrai est aujourd'hui très contesté.

Klebs a théoriquement classé l'**hermaphrodisme vrai** en :

1° **bilatéral** : il existerait des deux côtés testicule et ovaire, c'est ce qu'on a encore appelé l'*hermaphrodisme vertical*; 2° **unilatéral** : il y aurait d'un seul côté testicule et ovaire; 3° **latéral** : on trouverait d'un côté un testicule, de l'autre un ovaire.

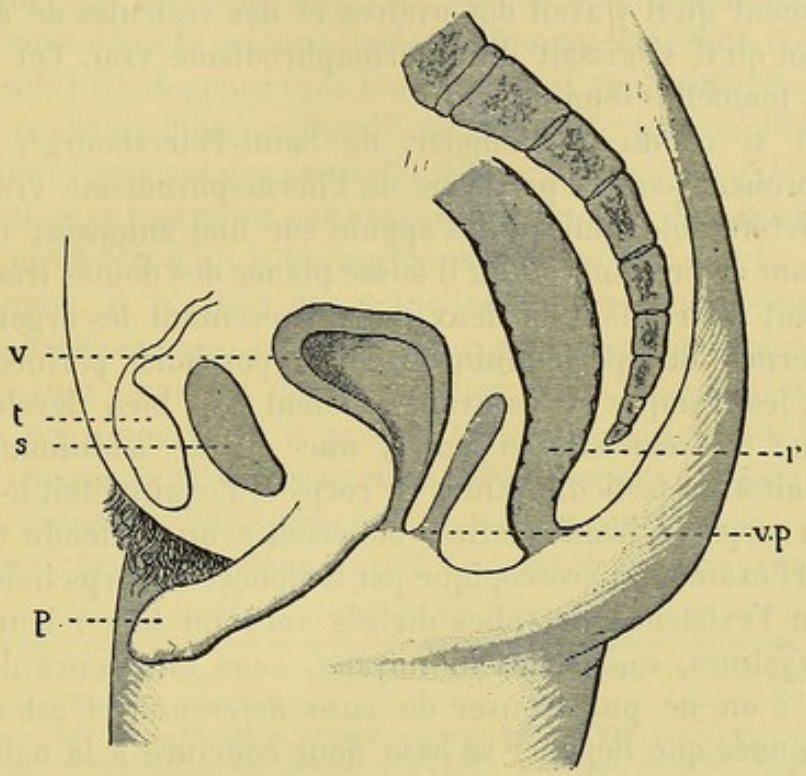


Fig. 611. — Pseudo-hermaphrodisme (Androgynoïde hypospadiaque).

Figure schématique pour montrer les connexions profondes. v. Vessie; t. Testicule; s. Symphyse du pubis; p. Pénis hypospadiaque; vp. Vésicule prostatique (pseudo-vagin); r. Rectum (Zweifel.)

On peut rapidement éliminer les deux premières variétés; on n'a pas cité un seul cas d'hermaphrodisme unilatéral; ceux d'hermaphrodisme bilatéral sont plus que douteux. Je discuterai surtout les cas d'hermaphrodisme latéral, qui ont encore, à tort, me semble-t-il, entraîné la conviction d'auteurs de travaux récents[1].

On ne peut accorder une importance réelle qu'aux faits suivis d'autopsie. Or, l'observation de Catharina Hohmann[2], si souvent citée, n'a pas subi ce contrôle, comme cela a été dit par erreur. Il est facile, grâce aux détails de l'observation, de se convaincre qu'il

[1] M. Laugier. Art. Hermaphrodisme in *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1873, t. XVII, p. 304. — A. Guinard. Thèse d'agrég., 1886

[2] Rokitansky. *Ein Fall von Hermaphrodisia vera lateralis* (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1868, t. XIII, p. 225). Cet article a été complètement, mais assez incorrectement traduit dans l'*Union méd.*, 1868, p. 498. — Voir aussi sur ce même cas : *Allg. med. Centralzeit.*, Berlin, 1868, p. 492, et *Virchow's Arch.*, 1868, Bd. XLIII, p. 529 et *Ibid.*, 1869, Bd. XLV, p. 1.

s'agissait d'un pseudo-hermaphrodisme par hypospadias périnéo-scrotal. Le testicule droit était seul descendu dans la grande lèvre. Ce sujet prétendait et paraissait avoir un écoulement menstruel régulier; mais il a été plus tard reconnu que ces prétendues règles étaient dues à une supercherie[1]. Rokitansky, ainsi trompé, croyait à la réalité de cette menstruation, que Schultze avait déjà mentionnée dans l'hermaphrodisme, et en concluait par induction et très hypothétiquement qu'il y avait des ovaires et des vésicules de de Graaf, en un mot qu'il s'agissait d'un hermaphrodisme vrai. Cet individu avait des mamelles féminines.

Le fait si connu de Heppner, de Saint-Pétersbourg[2], invoqué comme probant par les partisans de l'hermaphrodisme vrai, paraît d'abord irréfutable, puisqu'il s'appuie sur une autopsie; mais, en l'examinant de près, on voit qu'il laisse planer des doutes très grands. Il s'agissait d'un enfant de deux mois, présentant les organes génitaux externes du type féminin ou de l'hypospadias périnéo-scrotal. L'utérus, les trompes et les ovaires étaient très bien développés, et de chaque côté existait, en outre, une glande additionnelle qui ressemblait à un testicule. Entre ce corps et l'ovaire était le parovarium, ou corps de Wolff ratatiné, adhérent à un prétendu testicule. Soumis à l'examen microscopique par Heppner, ce corps indéterminé démontra l'existence de tubes dirigés vers un hile : leurs parois étaient hyalines, sans stries ni noyaux, sous l'influence de l'acide acétique : on ne put trouver de *vasa deferentia*. C'est sur cette simple donnée que Heppner se base pour conclure à la nature testiculaire de l'organe. Slavjansky ne se déclara pas convaincu que ce n'étaient pas des ovaires; on sait que Beigel a assez fréquemment trouvé des ovaires surnuméraires. A l'appui de cette conclusion, il convient de faire observer que la structure primitive de l'ovaire et du testicule est très analogue et que leur différentiation est excessivement délicate (Zweifel).

L'autopsie du prétendu hermaphrodite latéral vrai de Meyer[3] donne prise aux mêmes objections. Le petit corps, ressemblant à un ovaire, trouvé du côté gauche, n'était vraisemblablement qu'un tes-

[1] Ahlfeld (*Loc. cit.*, p. 225) remarque la grande tendance qu'ont ces individus à tromper le médecin. Catharina H. avait tous les mois des épistaxis dont elle profitait pour se badigeonner de sang les parties génitales.

[2] C. L. Heppner. *Ueber den wahren Hermaphroditismus beim Menschen* (*Arch. f. Anat. Physiol., etc.*, 1870, p. 687). Une analyse en a été donnée par Doumic. *Gaz. méd. de Paris*, 1872, p. 290. — Cette observation a souvent été très incorrectement rapportée. Il faut remarquer que la pièce examinée avait séjourné, pendant plusieurs années, dans l'alcool.

[3] Hermann Meyer (de Zürich). *Ein Fall von Hermaphroditismus lateralis* (*Virchow's Arch.*, 1857, t. XI, p. 420). — Klebs. *Handbuch der path. Anat.*, Berlin, 1876. — Voir pour la critique détaillée de ce fait : J. Garrigues. *Amer system of gynecology* (edited by Mann), t. I, p. 275.

ticule atrophié; les grandes cellules observées alors par Klebs n'étaient, sans doute, que des ovules mâles; il lui a été impossible de découvrir des follicules de de Graaf.

Je ne puis m'attarder à discuter les observations, trop anciennes pour avoir de la valeur, au point de vue histologique, ou trop incomplètes pour faire foi[1].

Un travail récent fait sur ce sujet par G.-F. Blacker et Lawrence[2] établit que sur les vingt-huit cas réputés d'hermaphrodisme vrai qu'on trouve dans la science, trois seulement méritent d'être conservés; celui de Heppner (qui nous paraît si peu probant) serait un exemple probable d'hermaphrodisme bilatéral; les cas d'Obolonsky et de Schmorl seraient des exemples d'hermaphrodisme latéral; enfin G.-F. Blacker et Lawrence ont observé un fœtus de huit mois et demi avec un *ovo-testis* d'un côté (hermaphrodisme unilatéral).

En somme, il n'existe pas actuellement un seul exemple avéré d'hermaphrodisme vrai bilatéral, de coexistence des ovaires et des testicules chez l'homme des deux côtés. Cette anomalie ne semble toutefois pas impossible, *a priori*. Cette disposition est fréquente chez les poissons et les batraciens[3]. Elle constitue même la règle chez le crapaud. Mais elle paraît très rare chez les vertébrés supérieurs. On a pourtant trouvé l'hermaphrodisme vrai chez la

[1] Berthold (*Abhandl. der königl. Gesellsch. der Wissensch. zu Göttingen*, 1845, Bd. II, p. 104) a trouvé, chez un enfant nouveau-né atteint d'hypospadias, d'un côté un testicule de l'autre un prétendu ovaire: ce corps où il n'a pu découvrir de follicules était sûrement le second testicule atrophié.

A. P. Banon. *Dublin quart. journ. of med. sciences*, 1852, t. XIV, p. 66 : mêmes remarques que ci-dessus. — Voir sur ce fait Ahlfeld (*Loc. cit.*), ainsi que pour la critique des autres observations anciennes de Sue, Maret, Varocler, Rudolphi, Stark, Barkow, Gruber, Klotz.

Il existe, au musée Dupuytren, deux pièces relatives à de prétendus cas d'hermaphrodisme vrai: la pièce n° 264 est un moulage en cire de Lemoxnier, relative aux organes génitaux externes d'un individu dont la pièce n° 265 reproduit, également, en cire, les organes génitaux internes, d'après l'autopsie. La notice qui l'accompagne s'exprime ainsi: « A l'appareil génital féminin complet se trouvent surajoutés deux testicules et deux canaux déférents qui tiennent la place des ligaments ronds. » — Il m'a semblé qu'il s'agissait simplement là d'une double hernie de l'ovaire dans les grandes lèvres. Houel, l'ancien conservateur du musée à qui je demandais son avis sur cette pièce, la qualifiait de « *simple imagination* ». — La pièce n° 267 B est ainsi désignée : Hermaphrodite neutre, Angélique Courtois (dissection dans l'alcool). « Cet hermaphrodite, ajoute la notice, observé par M. Follin, est homme par ses organes génitaux externes, femme par ses organes génitaux internes, femme et homme par ses organes génitaux profonds » (Follin. *Gaz. des Hôp.*, 4 déc. 1851, p. 561). — Ce cas est, pour moi, un simple hypospadias, avec testicule atrophié.

[2] G.-F. Blacker et Lawrence, *Obstet. Soc. of London*. Séance du 1er juillet 1896. (*The Lancet*, 11 juillet 1896, vol. II, p. 115.)

[3] On trouve fréquemment un ovaire et un testicule du même côté chez le genre de poisson *serranus*, et un peu moins souvent chez le hareng, la morue, etc. Quelque étrange que le fait puisse paraître, l'hermaphrodisme vrai est la condition normale du crapaud (*bufo vulgaris*) et il est très fréquent chez la grenouille rousse (*rana temporaria*). On trouve dans le mâle de cette dernière espèce, de chaque côté, le testicule surmonté du *corps adipeux* avec un conduit qui fonctionne, à la fois, comme canal déférent et comme uretère; les vésicules séminales existent ainsi que des canaux de Müller; ces derniers, qui dans la femelle s'élargissent et deviennent les oviductes, forment, chez le

chèvre[1] et chez le cochon[2]. L'hypospadias avec pseudo-hermaphrodisme a été plus fréquemment observé, et j'en ai vu un bel exemple chez le chien.

Traitement. **Traitement**[3]. — Les malformations diverses que j'ai énumérées intéressent, pour la plupart, plus l'anatomiste que le chirurgien, et une intervention active est rarement opportune.

La **soudure des lèvres** sera désunie par décollement, et, au besoin, par incision[4].

L'**hypertrophie des lèvres et du clitoris** pourra nécessiter l'amputation des parties exubérantes, surtout si l'irritation produite par le contact des vêtements est pénible. Cette opération pourra être faite à l'aide de l'anesthésie locale, cocaïnique, à l'instrument tranchant. On se rendra maître de l'hémorrhagie par une suture en surjet, par la forcipressure et, au besoin, par la cautérisation au thermocautère du corps caverneux du clitoris.

Dans l'**épispadias**, on devra suturer les parties, après un avivement approprié à la forme et aux dimensions de la fissure, comme Roser[5], Schröder[6], Dohrn[7], Richelot[8] l'ont fait. Dans un cas, Tes-

mâle, des bandelettes délicates qui se portent des vésicules séminales jusqu'au-dessous du poumon (Bland Sutton).

Les vésicules séminales de la grenouille paraissent, à un examen superficiel, de simples dilatations du conduit de Müller, mais elles appartiennent, en réalité, au conduit de Wolff.

Chez le crapaud, entre le testicule et le corps adipeux, on voit un petit organe particulier appelé *organe de Bidder*, du nom de celui qui l'a décrit; cet organe, d'après les travaux les plus récents, est tout simplement un ovaire rudimentaire et il paraît exercer une influence très remarquable sur le haut degré de développement des conduits de Müller, chez le crapaud mâle. Chez la grenouille, les conduits de Müller du mâle sont ordinairement à peine visibles, mais, par une anomalie assez fréquente, les grenouilles mâles peuvent présenter aussi un *organe de Bidder*, ou ovaire rudimentaire, à côté du testicule, formant un véritable *ovo-testis* ; en même temps on voit alors le conduit de Müller ou oviducte prendre un volume considérable. Leur développement est ainsi en raison directe du volume de l'*organe de Bidder*. En résumé, l'*ovo-testis* (hermaphrodisme vrai) constitue la règle chez le crapaud, et une malformation fréquente chez la grenouille. J. Bland Sutton. *Diseases of the lower animals* (*Trans. of the path. Soc. of London*, 1885, p. 509). — A. F. S. Kent. *A case of abnormal development of reproductive organs in the frog* (*Journ. of Anat. and Physiol.*, juin 1885, t. XIX, 347).

[1] F. Schnopfhagen. *Wien. med. Jahrb.*, 1878, Heft III, p. 341.

[2] V. Kölliker. *Ueber einige Fälle von Hermaphroditismus beim Schweine* (*Compte rendu du congrès période. internat. des sciences méd.*, 8e session, Copenhague, 1884, t. I, p. 47). Deux de ces observations sont de simples hypospadias chez des mâles, avec développement d'un vagin et d'un gros utérus bicorne, et trompes imperforées. Dans un troisième cas, il y avait hermaphrodisme vrai latéral (un testicule et un ovaire) ; utérus bicorne et organes génitaux externes du type femelle. Ces faits ont été l'objet d'une monographie de J. Reuter. Dissert. inaug., Würzbourg, 1884.

[3] Pour les opérations nécessitées par les atrésies vaginales de l'anus, et de ses diverses variétés, je renvoie aux Traités de chirurgie générale.

[4] Sänger, *Conglutinatio labiorum* (*Soc. obst. de Leipzig*, 20 juillet 1891, *in Centr. f. Gyn.*, 1891, p. 1022).

[5] Roser. *Würtemb. Corresp.* 12 juin, 1861.

[6] Voir Moricke, *Loc. cit.* — Frommel, *Loc. cit.*

[7] Dohrn. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1886, Bd. XII, Heft 1, p. 1.

[8] G. Richelot. *Union méd.*, mars 1887, 3e sér., t. LXIII, p. 365.

telin[1] a pu obtenir l'occlusion du canal qui existait au-dessous de l'urèthre par des cautérisations à la potasse caustique; mais ce moyen ne me paraît pas devoir être recommandé.

Les **malformations de l'hymen** peuvent exiger des incisions ou des résections partielles.

Le **pseudo-hermaphrodisme** peut-il donner lieu à des indications chirurgicales? Chez un des individus que j'ai observés, l'érection étant très gênée par la bride sous-pénienne, il m'avait prié de la détruire. Une simple section serait ici insuffisante; il faudrait faire l'excision de la bride, suivie d'autoplastie par glissement. Je me proposais de faire cette petite opération quand soudain le sujet s'y refusa.

CHAPITRE II

MALFORMATIONS DU VAGIN ET DE L'UTÉRUS

Aperçu du développement du vagin et de l'utérus. — Étiologie et pathogénie des malformations vagino-utérines. — Malformations du vagin. I. Absence complète et développement rudimentaire. Anatomie pathologique et symptômes. Traitement. Castration. Création d'un vagin artificiel. Électrolyse. II. Vagin unilatéral. III. Vagin cloisonné. IV. Atrésie et sténose congénitales. Brides transversales. — Malformations de l'utérus. I. Absence de l'utérus. Développement rudimentaire de l'utérus. Absence et atrophie du col utérin. II. Utérus unicorne. III. Utérus double : 1° Utérus double bicorne; 2° Utérus biloculaire; 3° Utérus didelphe. IV. Utérus fœtal ou infantile. V. Petites anomalies de l'utérus. Obliquité congénitale et latéro-position. Duplicité de l'orifice externe du col. Cloisonnement transversal incomplet du col.

Aperçu du développement du vagin et de l'utérus.

Développement du vagin et de l'utérus. — Les conduits de Müller forment la totalité du canal génital, trompes, utérus et vagin. Ces deux derniers organes se développent aux dépens des segments inférieurs des conduits, compris entre le sinus uro-génital et les insertions wolffiennes des ligaments de Hunter, ou ligaments ronds. Ces segments inférieurs se fusionnent sur la ligne médiane en un canal unique, désigné sous le nom de *canal génital* (Leuckart) ou *utéro-vaginal*; leurs parties supérieures divergentes, situées entre le sommet du cordon génital et les ligaments ronds, deviennent les cornes utérines. Normalement, ces cornes sont peu marquées dans l'espèce humaine, étant, pour ainsi dire, absorbées dans le corps de

[1] Testelin. *Gaz. méd. de Paris*, 1861, p. 735.

l'utérus par l'effet du développement ultérieur. Mais si l'espace compris entre l'insertion des ligaments ronds et le sommet du canal génital se trouve réduit à rien, comme cela est la règle chez certains animaux et une anomalie exceptionnelle chez la femme, le corps de l'utérus est diminué ou supprimé : l'organe se développe alors uniquement aux dépens des cornes, qui prennent une importance prédominante et s'ouvrent par deux orifices distincts dans le vagin; c'est ce qui a lieu chez le lapin, le lièvre, l'écureuil. Si la limite entre le vagin et l'utérus se trouve augmentée, par suite de l'insertion des ligaments ronds, un peu au-dessous du sommet du canal génital, un petit corps utérin peut prendre naissance. Mais l'utérus sera très fortement bicorne; il en est ainsi chez le rat, le cochon d'Inde. Enfin, le corps de l'utérus sera d'autant plus considérable que la limite utéro-vaginale se sera produite à une distance plus grande du sommet (carnassiers, pachydermes, ruminants, solipèdes, etc.). Dans l'ordre des cheiroptères, les cornes utérines sont déjà très allongées; elles disparaissent chez les singes. Dans le type humain, cette disposition de simplicité de l'utérus présente son plus haut degré à l'état normal[1], mais toute une série de malformations peuvent provenir de dispositions embryonnaires, reproduisant par **anomalie réversive** (Darwin) les types que je viens d'indiquer dans l'échelle animale.

On doit aussi rapprocher d'autres anomalies de faits fournis par l'anatomie comparée. Chez la plupart des marsupiaux (*didelphys dorsigera*), les conduits de Müller ne se fusionnent pas, mais évoluent isolément et donnent naissance à deux utérus et à deux vagins, s'ouvrant par deux orifices distincts dans le vestibule. D'autres fois, les deux vagins, séparés dans leur partie moyenne en deux canaux tout à fait distincts, se fusionnent à leur extrémité supérieure, qui reçoit les deux utérus, ainsi qu'à leur extrémité inférieure qui débouche dans le vestibule (*halmaturus*)[2]. Des traces de la division intérieure originelle du canal génital existent à un degré plus ou moins accusé chez tous les animaux, à l'exception de l'homme et des singes. Chez beaucoup de rongeurs, les lièvres, par exemple, il y a ainsi un double utérus et un double vagin. Chez

[1] Chez le fœtus humain l'utérus est bicorne jusqu'au troisième mois de la vie embryonnaire (Meckel, J. Müller, etc.); mais déjà on peut noter la présence d'un espace appréciable où se développera le corps utérin, destiné à absorber et à effacer les cornes. En effet, dès le début du quatrième mois chez le fœtus humain, la distance entre les insertions des ligaments ronds est de 4 millimètres, alors que la largeur du fond de l'utérus ne dépasse pas 2 millimètres. Tourneux et Legay. *Mém. sur le développement de l'utérus et du vagin* (*Journ. de l'anat. et de la physiol. norm. et path.*, 1884, p. 330).

[2] L'obstacle apporté, chez les marsupiaux, à la fusion des conduits de Müller résulte d'une disposition spéciale des uretères qui, au lieu d'embrasser dans leur courbure le cordon génital, s'engagent entre les conduits de Müller et empêchent leur coalescence.

d'autres, comme la souris, la cloison ne porte que sur la partie supérieure de l'utérus.

Les considérations précédentes sont d'un intérêt tout aussi grand pour l'intelligence des malformations du vagin et de l'utérus, que les notions d'embryologie humaine qu'elles complètent et éclairent. Ce n'est pas seulement en anatomie comparée, mais aussi en tératologie que la phylogénie doit être associée à l'ontogénie. Quelques notions relatives à cette dernière permettront maintenant de rendre compte des étapes que parcourt le développement du canal génital, et les arrêts qu'il peut subir.

Les conduits de Müller parallèlement disposés dans le cordon génital sont fusionnés dans toute son étendue, sauf à l'extrémité inférieure, sur laquelle je reviendrai, au début du troisième mois. A ce moment, le canal génital ne montre encore aucune trace de division en portion utérine et vaginale, et il est tapissé par l'épithélium primitif des conduits de Müller. Toute la partie inférieure du conduit génital est encore dépourvue de lumière et les parois opposées du futur vagin sont soudées, comme le sont celles des paupières et du prépuce qui se forment à la même époque[1].

A la fin du troisième mois, on voit la lumière du conduit de Müller, au niveau du vestibule, progressivement augmenter à mesure qu'on s'en éloigne; les deux canaux de Wolff cheminent sur les parois latérales du conduit utéro-vaginal, et viennent s'ouvrir au vestibule, en arrière de l'urèthre. Ce conduit, qui était séparé par une cloison complète jusqu'au niveau du vestibule, devient unique par la disparition progressive de la cloison, qui se fait de bas en haut. Ce travail est complet au cinquième mois. La différenciation véritable du canal génital en utérus et en vagin commence à la fin du troisième mois par l'apparition du col de l'utérus; un mois plus tard, la saillie en est constituée[2].

La surface interne de l'utérus reste inégale et plissée durant toute la période fœtale. Elle est pourvue des plis de l'arbre de vie, qui paraissent s'étendre jusqu'au fond de l'organe, parce qu'ils occupent tout le corps et que le fond n'est pas développé; ce dernier, en effet,

[1] R. Geigel. *Ueber Variabilität in der Entwicklung der Geschlechtsorgane beim Menschen* (*Verhandl. der phys.-med. Gesellsch.*, Würzbourg, 1885, n. s., t. XVII, p. 1).

[2] Dohrn. *Zur Kenntniss der Müller'schen Gänge und ihrer Verschmelzung* (*Sitzungsber. der ges. Naturwissensch. zu Marburg*, 1865). — Le développement du col commence de la quinzième à la seizième semaine par la lèvre antérieure : une saillie arrondie bourgeonnant en arrière refoule la paroi postérieure du vagin, qui elle-même donne naissance, un peu après, à la lèvre postérieure au-dessus de la dépression. — Tourneux et Legay (*Loc. cit.*) prétendent, au contraire, que le museau de tanche n'est pas formé par un épaississement de la paroi interne du canal génital, mais que c'est l'épithélium pavimenteux stratifié de ce canal, qui, bourgeonnant en dehors et en haut, vient en quelque sorte sculpter, dans l'épaisseur de la paroi, la portion vaginale du col.

ne se forme qu'un peu plus tard par une sorte d'épaississement de l'espace compris entre les trompes. Celles-ci, d'abord pourvues d'un simple orifice, acquièrent un pavillon frangé.

Le développement de la partie inférieure du vagin n'est pas encore définitivement établi. Hoffmann[1] avait déjà avancé que les canaux de Wolff prenaient part à sa constitution; Tourneux et Legay[2] ont, de nouveau, soutenu une théorie analogue, qui paraît très contestable. Mais il ne me paraît pas douteux, d'après des faits tératologiques où l'on voit si fréquemment l'existence d'un très court canal vestibulaire coïncider avec l'absence du vagin müllérien, que la région qu'on pourrait appeler avec Legay[3] le canal vestibulaire, et que l'on confond d'ordinaire avec le vagin, en est indépendante au point de vue embryogénique. Cette région, presque effacée chez l'adulte par suite des déformations et du tassement de la vulve qu'entraînent le coït et l'accouchement, est très appréciable chez les petites filles, et s'étend, chez elles, du bord interne des grandes lèvres à un millimètre au-dessus de l'hymen. J'inclinerais à penser que c'est le vestige du sinus uro-génital. Quoi qu'il en soit, au point de vue de l'anatomie philosophique, cette courte région est tout à fait distincte du vagin, et devrait plutôt être considérée comme une portion évasée de l'urèthre, recevant le vagin müllérien. C'est ce canal vestibulaire qui constitue, par son énorme allongement, la majeure partie du *pseudo-vagin* des pseudo-hermaphrodites (hypospades mâles). On conçoit, dès lors, qu'il puisse être pourvu d'hymen, qui est, je crois, d'origine ectodermique et non müllérienne.

L'hymen, pour les partisans de la théorie la plus communément admise, qui font provenir tout le vagin des canaux de Müller, se formerait par une sorte d'invagination de ces canaux dans le sinus uro-génital. Son apparition est assez tardive. Dohrn[4] place son apparition au début de la 19e semaine. Pour Tourneux et Legay, cette membrane résulte plutôt de la transformation du renflement primitif, dépendant de la paroi postérieure du sinus uro-génital, que traver-

[1] v. Hoffmann. *Congrès des méd. et nat. all.* (*Centr. f. Gyn.*, 1878, n° 21, p. 505).

[2] Tourneux et Legay, *loc. cit.*

[3] La signification des mots *sinus uro-génital* a subi quelques variations, suivant les auteurs. — Joh. Müller (*Bildungsgeschichte der Genitalien*, etc., Düsseldorf, 1830) a ainsi désigné la portion antérieure du cloaque, détachée sous forme d'un conduit tubuleux de l'intestin postérieur et recevant, à son extrémité supérieure et tout près les uns des autres, les uretères, les conduits de Wolff et les conduits de Müller. — Valentin (*Handb. der Entwicklungsgeschichte des Menschen*, Berlin, 1835), propose de remplacer le mot de *sinus uro-genitalis* par celui de *canalis uro-genitalis*. Cette désignation, souvent employée depuis, est en effet plus exacte. — Kölliker (*Traité d'embryol.*, trad. franç., 1882) et ses élèves réservent la dénomination de sinus uro-génital à la portion inférieure du sinus, à celle qui est commune à l'urèthre et au conduit utéro-vaginal chez la femme. — Ch. Legay (*Développement de l'utérus jusqu'à la naissance*. Thèse de Lille, 1884) propose, très judicieusement, de l'appeler *canal vestibulaire*.

[4] Dohrn. *Loc. cit.*

sent les canaux de Müller pour s'aboucher dans ce sinus ou plutôt pour adosser leur épithélium à celui qui le tapisse. J'ai déjà sommairement indiqué (p. 1184) que cette membrane ne forme pas un diaphragme isolé, mais se relie à un véritable petit *appareil hyménal*, qui est l'homologue du représentant embryonnaire de la partie de la muqueuse uréthrale qui donne naissance au corps spongieux de l'urèthre, dans le sexe masculin[1]. Quoi qu'il en soit, l'hymen ne revêt sa forme caractéristique et ne devient saillant dans le canal vestibulaire que lorsque le vagin se dilate par l'accumulation de cellules épithéliales pavimenteuses qui, vers la fin du 5e mois, le remplissent à la manière d'un boudin, bourré de matière caséeuse. A ce moment, les plis du vagin et la saillie de ses colonnes se prolongent sur la face postérieure de l'hymen, ce qui a contribué à confirmer l'opinion que deux membranes étaient absolument solidaires. Cette continuité du même revêtement pour des parties d'origine différente s'observe souvent en embryologie, et n'est qu'un fait secondaire du développement. La constitution de l'hymen est essentiellement différente de celle du vagin; on n'y trouve point, notamment, de fibres musculaires lisses. O. Schaeffer a démontré qu'il était primitivement formé de deux lamelles indépendantes, qui ne s'unissent qu'après le 5e mois. La membrane supérieure, seule, est un prolongement du vagin, et certains faits tératologiques tendent à prouver que la partie du canal, située immédiatement au-dessus de l'hymen qu'elle tapisse et relie ainsi au vagin müllérien, a, en réalité, une origine ectodermique et forme la partie supérieure du vestibule[2].

A la naissance, l'utérus conserve encore un aspect sensiblement différent de celui qu'il présentera dans l'état adulte. Le col en forme la partie principale, et le corps paraît en être une simple dépendance : la longueur du col est double de celle du corps et ses parois sont beaucoup plus épaisses. Le museau de tanche est gros, la lèvre

[1] L'opinion qui représente l'hymen comme l'homologue du verumontanum de l'homme, se rapproche beaucoup de ma propre conception. En effet, le verumontanum est une portion non érectilisée, demeurée embryonnaire, du tissu matriculaire, dépendance de la muqueuse uréthrale, aux dépens duquel s'est développé le corps spongieux de l'urèthre, et que j'appelle, pour plus de concision, l'*organe du corps spongieux*. L'homologie de l'hymen et du verumontanum a été soutenue par H. Meckel (*Zur Morphologie der Harn-und Geschlechtswerkzeuge der Wirbelthiere*. Halle, 1848) et par R. Leuckart. *Wagner's Physiol.*, 1853, t. IV, p. 706 et suiv.

[2] On a vu un hymen circulaire, situé à 1 millimètre au-dessous d'un vagin double et indépendant de la cloison verticale; dans des faits très nombreux d'absence d'ouverture inférieure du vagin müllérien prise à tort pour une atrésie de l'hymen, on a observé l'intégrité de l'hymen juxtaposé à la membrane obturatrice qui correspond évidemment à la partie terminale imperforée des canaux de Müller. L'hymen est donc situé dans le canal vestibulaire, près de sa limite supérieure, mais ce n'est pas lui qui la forme.

antérieure déborde parfois la lèvre postérieure, et cette disposition en museau de tapir se retrouve souvent chez l'adulte, comme un vestige non disparu de l'état fœtal. Si l'on sépare les deux parois antérieure et postérieure, en divisant les bords latéraux de l'utérus, on constate sur chacune d'elles l'existence d'une nervure longitudinale ou rachis, d'où partent, comme d'un axe, des plis obliquement dirigés en haut et en dehors; ces rachis, qui commencent tout près de l'orifice vaginal du canal cervical, s'étendent jusqu'à un demi-centimètre du fond de l'utérus, et ils s'emboîtent dans une gouttière correspondante de la paroi opposée, sillonnée par les plis transversaux de l'*arbre de vie*. L'axe antérieur est à droite, le postérieur à gauche[1]. J'insiste sur cette disposition, car elle a été invoquée pour différencier des variétés d'arrêt de développement ou d'hypoplasie très voisines, qu'il n'y a aucune utilité réelle à séparer : l'*utérus fœtal*, où l'arbre de vie offre l'aspect que je viens de décrire, et l'*utérus infantile*, où l'arbre de vie cesse à une distance plus grande du fond de l'utérus et où il existe une démarcation marquée, à la surface interne de l'organe, entre la cavité du col et celle du corps. Ces distinctions, intéressantes au point de vue purement théorique, n'ont aucune importance pratique.

Pendant les premières années de la vie, l'utérus ne semble pas participer à la croissance, au même degré que le reste du corps. La vie de cet organe reste, pour ainsi dire, latente jusqu'au moment de la puberté. Alors, au contraire, des changements rapides de volume et de forme se produisent. C'est sur le corps surtout que porte la croissance, et elle a pour effet de lui donner bientôt une prédominance considérable sur le col, qui est ramené à l'état d'appendice, devenu deux fois moins grand et beaucoup moins épais que le corps. En même temps, les plis de la cavité utérine s'effacent et le relief de l'orifice supérieur du col s'accuse.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer que ce développement complet de l'utérus peut ne pas être achevé à la puberté, et que la grossesse même peut, exceptionnellement, le devancer[2].

Dans le but de faciliter l'intelligence et la classification des malformations qui résultent d'un arrêt de développement, on peut établir, avec L. Fürst[3], cinq divisions dans la période embryonnaire :

1re **Période, de la fécondation à la 5e semaine.** — Elle comprend l'époque qu'on pourrait appeler indifférente, où l'orientation vers l'un ou l'autre sexe n'est pas encore marquée par l'atrophie des

[1] Guyon. *Des cavités de l'utérus à l'état de vacuité.* Thèse de Paris, 1858.

[2] P. Müller. *Mangelhafte Entwicklung des Uterus* (*Deutsche Chir.*, Lief, 55, 1885, p. 278).

[3] L. Fürst. *Monatschr. f. Geb.*, 1867, Bd. XXX, p. 108.

conduits de Müller ou bien des corps de Wolff. Les conduits de Müller sont accolés et séparés par une cloison. Il existe un cloaque où s'ouvrent l'intestin et l'ouraque. Le tubercule génital et la fente génitale sont aussi dépourvus d'indices sexuels.

2e Période, de la 5e à la 12e semaine. — A la fin de celle-ci, la cloison du canal génital a totalement disparu; la fusion des canaux de Müller s'est prolongée plus haut; l'insertion du ligament rond sépare nettement ce qui sera la trompe, au-dessus, de ce qui sera la corne utérine, au-dessous. C'est à la fin de cette période que le cloaque se divise en portion anale et portion uro-génitale.

3e Période, de la 12e à la 20e semaine. — Les cornes de l'utérus se sont fusionnées, l'arbre de vie a fait son apparition dans la cavité de l'organe, tandis que le vagin est encore lisse. Le col de l'utérus est formé. Le périnée s'est élargi. Tandis que le vagin se développait, le sinus uro-génital, demeuré stationnaire, est devenu accessoire, de telle sorte que la vessie paraît maintenant s'ouvrir dans le canal génital. Le sinus uro-génital est désormais le vestibule du vagin où l'hymen fait saillie. Le tubercule génital s'est réduit aux proportions du clitoris, les bords de la fente génitale ont formé les petites lèvres.

4e Période, de la 20e semaine à la fin de la période fœtale. — Elle est marquée par la formation de plis dans la muqueuse vaginale et dans le col de l'utérus et par le développement du fond de l'utérus.

5e Période, de la naissance à la puberté. — L'utérus augmente un peu d'épaisseur : vers la sixième année, la muqueuse utérine qui, jusqu'alors, était plissée, devient lisse, et il n'y subsiste plus qu'un seul pli vertical.

Étiologie. Pathogénie. — On a longtemps considéré les malformations de tous les organes comme de simples caprices de la nature. Les premières tentatives d'explication rationnelle, basées sur l'arrêt du développement, appartiennent à Meissner[1] et à Busch[2], mais c'est A. Kussmaul[3] qui a surtout développé et rendu classiques ces notions dans un ouvrage magistral qui a fait oublier ses devanciers. En France, cette classification nouvelle fut d'abord exposée par Le Fort[4]. Depuis lors, de très nombreuses observations ont été publiées isolément ou dans des travaux d'ensemble[5]. Fürst a beau-

Étiologie et pathogénie des malformations vagino-utérines.

[1] Fr. L. Meissner. *Die Frauenzimmerkrankheiten*, Leipsig, 1843, t. I, p. 343 et 535.

[2] W. H. Busch. *Das Geschlechtsleben des Weibes*, 1873, Bd. III.

[3] A. Kussmaul. *Von dem Mangel der Verkümmerung und Verdopplung der Gebärmutter, von der Nachempfängniss und der Ueberwanderung des Eies.* Würzbourg, 1859.

[4] L. Le Fort. *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin et des moyens d'y remédier*. Thèse d'agrég., Paris, 1863.

[5] Consulter spécialement : P. Müller. *Loc. cit.* — Las Casas dos Santos. *Missbildungen des Uterus* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, Heft 1, p. 143).

coup contribué à déterminer l'époque exacte du développement embryonnaire à laquelle correspond chaque anomalie.

Quelle est la cause initiale des anomalies des organes génitaux? Faut-il admettre un **arrêt du développement** ou remonter plus haut, vers une cause supérieure, l'atavisme, reproduisant sporadiquement dans une espèce les formes d'une autre espèce, par l'effet de ce que Darwin a appelé un phénomène de **réversion**? Je me borne à indiquer cet intéressant point de vue.

Les causes prédisposantes sont très obscures. Il n'est pas douteux que l'**hérédité** n'entre souvent en jeu, quelque paradoxal que le fait puisse paraître, quand il est énoncé pour des cas d'absence d'utérus. Squarey[1] cite le cas de trois sœurs qui n'avaient jamais eu de règles, et dont les trois tantes étaient stériles.

La cause immédiate, la condition anatomique de la malformation, est, dans l'immense majorité des cas, un simple **arrêt dans l'évolution morphologique** ou dans la **croissance organique**. Il importe de faire une distinction très nette entre ces deux catégories de faits. Dans la première, l'organe, tout en présentant le **type fœtal**, peut avoir des dimensions adultes ; dans la seconde, qui peut exister seule ou se combiner à la première, l'organe ayant le type adulte a été atteint d'**aplasie**, il est resté plus petit, en totalité ou dans certaines de ses parties.

Enfin, il y a des faits qui semblent ne pouvoir s'expliquer que par un véritable **processus pathologique**, ayant produit des adhérences et des soudures, durant la vie embryonnaire. De cet ordre seraient certaines brides vaginales, et aussi la bride péritonéale allant de la paroi postérieure de la vessie à la face antérieure du rectum qu'on a trouvée dans plusieurs cas d'utérus bicorne. A la vérité, il faut être très sobre de pareilles explications, qui ne tendraient à rien moins, si on les acceptait trop facilement, qu'à dispenser de toute autre recherche. Dans les cas d'adhérences vaginales, l'influence pathologique qu'on a invoquée peut être contestée et on peut faire intervenir l'arrêt de développement, puisqu'à un certain moment la lumière de ce canal n'existe pas. Quant à la bride péritonéale passant au-dessus de l'utérus bicorne, il est aussi naturel d'admettre qu'elle est un effet de la malformation que de l'indiquer comme cause.

Les malformations de l'utérus et du vagin sont fréquemment solidaires. C'est ainsi qu'on observe simultanément l'absence complète d'un des segments du canal génital avec le développement rudimentaire ou le cloisonnement de l'autre. Toutefois, comme ces anomalies peuvent aussi exister séparément, il y a un véritable intérêt clinique

[1] C. E. Squarey. *Obstet. Transact. of London*, 1873, t. XIV, p. 212. — Des cas analogues ont été cités par Hauff et Philips (Schröder. *Mal. des org. gén. de la femme*, trad. franç., p. 37).

à décrire, dans des chapitres distincts, les vices de développement du vagin et ceux de l'utérus.

Malformations du vagin.

I. Absence complète et développement rudimentaire. — Anatomie pathologique et symptômes. — Anatomique-

Absence complète et développement rudimentaire du vagin.

Anatomie pathologique et symptômes.

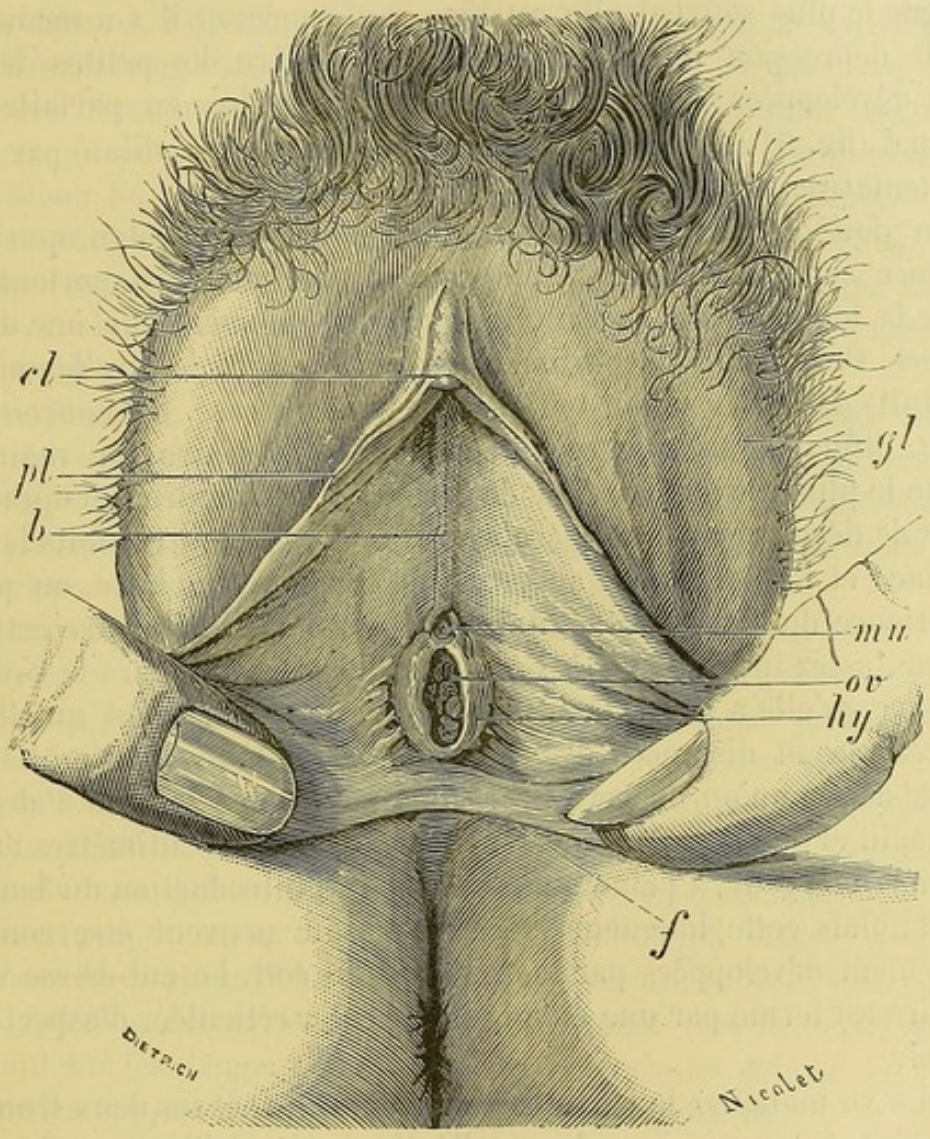


Fig. 612. — Absence de vagin et d'utérus (ou utérus rudimentaire?) avec un hymen bien développé.

ment il y a une différence radicale entre ces deux variétés, mais elle s'efface au point de vue clinique. Dans l'absence complète, il n'y a aucune trace de tissu vaginal intermédiaire à la vessie et au rectum ; dans le développement rudimentaire, il existe des traînées fibreuses de tissu conjonctif dans la direction que devrait occuper le vagin.

L'utérus peut manquer totalement, ou être réduit à un noyau

rudimentaire[1]. Dans d'autres cas, il est normal, les ovaires existent, mais il n'y a pas de molimen menstruel. Plus exceptionnellement, ils donnent lieu à des douleurs périodiques au moment de l'ovulation. L. Le Fort a observé un cas où l'utérus existait et où il y avait des douleurs excessives à chaque époque menstruelle, accompagnées d'hémorrhagies supplémentaires par les conjonctives, la peau des jambes qui se fendillait spontanément, ou d'hémoptysies[2]. On a vu la vulve faire complètement défaut[3] en même temps que le vagin.

Mais le plus souvent elle est bien conformée, et il y a même une petite dépression infundibuliforme, en arrière des petites lèvres, bien développées; on a fréquemment trouvé l'hymen parfaitement normal (fig. 612). Le canal de l'urèthre est parfois dilaté par suite des tentatives de coït.

On doit distinguer deux variétés importantes, selon que cette absence complète ou ce développement rudimentaire portent sur toute la longueur du conduit vaginal ou seulement sur une de ses parties. On sait que l'évolution de la cavité vaginale aux dépens des conduits de Müller se fait toujours de haut en bas[4]. On conçoit, par suite, difficilement que ce soit la partie inférieure du vagin qui existe le plus souvent au lieu de la partie supérieure, lorsqu'il y a arrêt de développement. Je crois qu'il faut voir dans ces faits la persistance et l'allongement anormal du canal vestibulaire, ou partie antérieure du sinus uro-génital. Cette sorte d'embouchure ectodermique, assez insignifiante à l'état normal, reprend alors la prépondérance qu'elle a eue à la période embryonnaire, avant qu'elle ne fût refoulée et distancée par le développement du canal müllérien. Ce cul-de-sac qu'on observe si fréquemment dans les cas d'absence du vagin et de l'utérus a une longueur de 2 ou 3 centimètres et une médiocre largeur, à peine suffisante pour l'introduction du bout du doigt; mais cette longueur et cette largeur peuvent être considérablement développées par la pratique du coït. Le cul-de-sac vestibulaire est fermé par une membrane nacrée, réticulée, d'aspect cicatriciel.

On a vu manquer la partie médiane du vagin, et ses deux tronçons être séparés par une membrane d'épaisseur variable et parfois perforée; il y a eu alors, sans doute, arrêt de développement du vagin müllérien et développement compensateur du canal vestibulaire,

[1] v. Swiecicki (*Wien. med. Blätter*, 1891, n° 6, p. 85) a signalé un cas d'absence du vagin, de l'utérus, et de l'ovaire gauche.

[2] L. Le Fort. *Manuel de méd. opér. de Malgaigne*, 9e édit., 1889, p. 702. — R. Frommel (*Münchn. [med. Woch.*, 1890, n° 15, p. 265) a publié un cas analogue à celui de Le Fort, au point de vue des douleurs.

[3] Polaillon. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 25 mars 1887, p. 204.

[4] Richard Geigel. *Loc. cit.* — F. Tourneux et Ch. Legay. *Loc. cit.*

qui est allé à sa rencontre et n'a pu se fusionner avec lui. On a vu aussi ces deux conduits empiéter l'un sur l'autre, en chevauchant, sans s'aboucher. Admettre en pareil cas qu'un des conduits de Müller est oblitéré en haut et l'autre en bas, c'est émettre une hypothèse bien invraisemblable[1]. Celle que je viens de proposer paraît plus naturelle.

On devra toujours pratiquer, avec soin, le toucher rectal et l'associer au cathétérisme ou même au toucher vésical, parfois facilité par la dilatation de l'urèthre consécutive au coït anormal, et qu'on peut rapidement compléter avec des bougies de Hegar. On percevra ainsi le cordon fibreux qui existe dans les cas de développement rudimentaire, et qui peut être d'un précieux secours, comme guide, pendant l'opération. En cas d'absence ou d'état rudimentaire de l'utérus, le toucher rectal permettra de percevoir la sonde non seulement en bas, mais aussi en haut. On recherchera avec soin les ovaires par la palpation abdominale, combinée avec le toucher rectal. Cet examen devra toujours être fait sous l'anesthésie chloroformique.

Traitement.

Traitement. — L'absence de tout ou partie du vagin donne lieu à des indications thérapeutiques bien différentes, selon l'état de l'utérus. Si cet organe est bien développé, il surviendra, au moment de la puberté, des phénomènes d'**hématométrie** qui nécessiteront une intervention sur laquelle j'aurai à revenir plus tard.

S'il n'existe pas d'utérus, mais seulement des ovaires bien développés, les douleurs dysménorrhéiques qui paraîtront au moment de l'ovulation pourront être une raison suffisante pour pratiquer la **castration**. Cette opération a été plusieurs fois faite avec succès[2].

Castration.

Création d'un vagin artificiel. (Opération d'Amussat.)

Restent les cas où il n'y a qu'une difformité et une infirmité sexuelle, et où la femme réclame la création d'un vagin uniquement en vue du coït. Est-on autorisé à essayer de **créer un vagin artificiel**, purement *pro forma* et en dehors d'une indication fournie par des accidents de rétention ? La question a été résolue d'une façon différente. Schröder, Hegar et Kaltenbach inclinent vers la négative, en insistant sur les dangers de l'opération et le risque de s'égarer et de blesser les organes voisins, quand on n'a pas pour se guider la tumeur utérine. Mais Le Fort[3] fait judicieusement remarquer qu'il est

[1] Schröder. *Maladies des organes gén. de la femme*, trad. franç., 1886, p. 497.

[2] Las Casas dos Santos (*loc. cit.*) mentionne les opérations de Tauffer, Langenbeck, Peaslee, Savage, Kleinwächter. — Duvelius (*Soc. obst. et gyn. de Berlin*, in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 9, p. 143) rapporte une opération de ce genre. Les ovaires, enlevés par A. Martin, contenaient des corps jaunes et des cicatrices.

[3] Le Fort. *Manuel de méd. opérat. de Malgaigne*, 9e édit., 1889, t. II, p. 698). — Deux autres cas sont dus à Max Strauch. *Zur Castration wegen functionirenden Ovarien bei rudimentärer Entwicklung der Müller'schen Gänge* (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, Heft 1, p. 138).

des circonstances où une opération de complaisance peut devenir une opération de nécessité.

Elle a été d'abord pratiquée par Amussat.

Si l'on se décide à faire un vagin artificiel, on procédera avec les plus grandes précautions au décollement du rectum, au fond de la dépression vulvaire, en s'aidant surtout des doigts, dès que les parties molles auront été divisées, et procédant pas à pas, par une sorte de dissection et de dilacération combinées. Le doigt de l'opérateur ou d'un aide sera maintenu dans le rectum et une sonde sera placée dans la vessie.

Dès qu'on sera arrivé assez profondément, 6 à 8 centimètres environ, on procédera au second temps de l'opération, qui n'est pas le moins important, et qui consiste à revêtir de tégument le fond de l'infundibulum créé, pour s'opposer à la rétraction cicatricielle. On utilisera, pour cela, le décollement et le glissement de la muqueuse et de la peau voisines ; on les aura soigneusement menagées dans l'incision première, qu'il convient de faire transversale, suivie de deux petits débridements latéraux, en H. Après les sutures, le canal artificiel sera bourré de gaze iodoformée, et on continuera ce tamponnement jusqu'à cicatrisation parfaite. On pourra ensuite lui substituer un mandrin ou un pessaire Gariel.

Malgré tout le soin apporté à cette opération, dont Picqué[1] a publié un bel exemple, il faut compter que le résultat opératoire primitif se maintient difficilement, car l'angle dièdre qui forme le fond de la cavité est très difficilement tapissé par la greffe, et le tissu cicatriciel qui s'y forme a une tendance invincible, même quand cette greffe paraît lui adhérer, à refouler le lambeau en dehors et à combler peu à peu la cavité. Heureusement que l'œuvre du chirurgien trouve souvent un auxiliaire précieux dans la pratique quotidienne du coït, qui arrive, chez certaines opérées, à donner des résultats tout à fait inespérés (Richet).

Mackenrodt[2] a tapissé l'infundibulum qu'il venait de créer avec des lambeaux de muqueuse vaginale, pris à des femmes atteintes de prolapsus.

Polaillon, dans un cas où il a pu parvenir jusqu'à l'utérus, a procédé en deux séances, à trois semaines de distance[3]; ces **opérations successives** étaient, du reste, préconisées par Amussat qui, le premier, a tenté la création d'un vagin artificiel.

[1] L. Picqué. *Absence congénitale du vagin : opération autoplastique, création d'un conduit vaginal artificiel* (*Annal. de Gyn.*, févr. 1890, t. XXXIII, p. 124). — Voir aussi la récente discussion à la Soc. de chir. (*Bull. et Mém.*, 1895, t. XXI, p. 642). — Dumitrescu. *Étude des absences congénitales du vagin, etc.* Th. de Paris, 1895-1896.

[2] Mackenrodt. *Ueber den künstlichen Ersatz der Scheide.* (*Centr. f. Gyn.* 1896, p. 546.)

[3] Polaillon. *Absence complète de vagin. Douleurs menstruelles périodiques, création d'un vagin artificiel* (*loc. cit.*, p. 204).

Le Fort a obtenu un succès remarquable par l'**électrolyse** dans un cas où l'utérus existait et où les règles étaient remplacées par des hémorrhagies supplémentaires. Il fit construire un cylindre de buis dont l'extrémité formée par un bout de cuivre était en rapport avec le pôle négatif d'une pile de 5 à 6 éléments Morin, au sulfate de cuivre; une plaque métallique placée sur le ventre, avec interposition de compresses mouillées, établissait la communication. L'appareil était mis en place la nuit. Au bout de peu de temps, la tige se creusa un canal de 7 à 8 centimètres de profondeur, que Le Fort élargit progressivement, d'abord avec un instrument analogue à une pince à gants, et dont une branche se terminait par un ajutage de cuivre, puis avec un dilatateur en bois. Le résultat obtenu fut immédiatement des plus satisfaisants; mais nous ignorons s'il s'est maintenu[1] Électrolyse.

II. **Vagin unilatéral.** — Il est probable que, dans bien des cas, sans que cette anomalie de développement soit apparente, un seul des canaux de Müller sert à former le vagin : c'est, sans doute, ce qui a lieu dans le cas d'utérus unicorne. On peut soupçonner ce fait, d'après l'étroitesse du canal. Dans les faits de duplicité partielle du vagin, il y a eu développement incomplet d'un des canaux de Müller, et le vagin est partiellement unilatéral; mais il est plus naturel de ranger ces faits dans la classe suivante. Vagin unilatéral.

III. **Vagin cloisonné.** — Quand la cloison divise la totalité du vagin, l'utérus est aussi double ou, pour mieux dire, divisé. Il peut y avoir, comme je l'ai dit plus haut (p. 1189), un hymen perforé de deux orifices, simulant un double hymen, ou seulement un hymen annulaire, séparé de la cloison par un intervalle appréciable. La cloison n'est généralement pas placée au milieu de l'organe, de telle sorte que l'un des conduits, le gauche ordinairement, se trouve situé un peu en avant de l'autre. Vagin cloisonné.

Une variété importante de cette malformation est ce qu'on pourrait appeler le **vagin borgne latéral** (*atresia vaginæ lateralis*). Elle est constituée par un développement rudimentaire d'un des conduits de Müller ayant formé un demi-vagin, qui demeure fermé du côté de la vulve, tandis qu'en haut il reçoit un des cols de l'utérus double ou bicorne. Cette lésion siège presque toujours à droite (20 fois sur 28, d'après Puech). Ainsi se trouve constituée une poche, plaquée contre la paroi du vagin principal, où elle demeure perdue et ignorée jusqu'au moment où elle se remplit de sang, à l'époque de la puberté, ou de pus, à la suite d'une infection qui s'est communiquée à elle par un point faible de la cloison. De la sorte prennent naissance ces Vagin borgne latéral.

[1] Le Fort. *Loc. cit.*, p. 702.

collections bizarres, qui déroutent longtemps le diagnostic, et qu'on a appelées **hématocolpos** et **pyocolpos latéraux**[1]. Le premier, dû à la rétention des règles, coïncide souvent avec une hématométrie latérale; mais la collection de pus du pyocolpos peut être bornée à la poche vaginale, sans distension du segment correspondant de l'utérus, car elle arrive rapidement à se faire jour au dehors, en perforant la cloison vaginale (comme j'en ai rencontré un exemple). On a pourtant observé des cas de pyométrie concomitante ; ils sont graves, et la perforation, qui peut se faire en un point élevé de la cloison, dans l'utérus, ne fait pas disparaître les accidents, car la poche se remplit bientôt de nouveau, après son évacuation (Breisky).

Hématocolpos et pyocolpos latéraux.

Quand il y a coïncidence d'hématométrie, la collection peut ressembler, à s'y méprendre, à celle d'une hématocèle pelvienne intrapéritonéale. Quand la tumeur vaginale existe seule, on peut croire à un kyste du vagin, et Freund[2] a même soutenu que certains de ces kystes n'avaient pas d'autre origine ; il y a là, je crois, une véritable confusion entre deux lésions très distinctes.

Le cloisonnement du vagin peut être partiel; c'est alors la partie supérieure de la cloison qui manque, car la coalescence des canaux de Müller se fait de haut en bas[3]. Cependant, lorsque l'utérus est double, on trouve parfois le vagin cloisonné à sa partie supérieure, comme si la cloison utérine se prolongeait dans le vagin, tandis que la partie inférieure s'est fusionnée.

Ordinairement, la cloison est épaisse, charnue, rappelant la consistance de la cloison recto-vaginale. Mais elle peut être amincie en certains points ou perforée. Enfin, elle est parfois réduite à des vestiges, à des brides fibreuses tendues, comme des ponts, de droite à gauche. On a vu, tour à tour, dans ces lésions des restes de la fusion des conduits de Müller ou des adhérences formées pendant la vie embryonnaire.

Le cloisonnement du vagin est souvent compatible avec l'accouchement normal. Dunning[4] a rapporté l'observation d'une jeune femme présentant deux vagins séparés par une cloison qui commençait au-dessus de la vulve et se continuait jusqu'à l'intervalle de deux petits cols; la sonde permettait de constater que la cloison se poursuivait dans l'utérus. Une grossesse étant survenue à droite, où

[1] Les premiers cas en ont été décrits par Holst. *Beiträge z. Gyn. u. Geb.*, Tubingue, 1865, Heft I, p. 65. — Veit. *Krankh. der weibl. Geschlechtsorg.*, 2e édit., Erlangen, 1867. — G. Simon. *Monatsch. f. Geb.*, 1864, t. XXIV, p. 292. — Breisky (*loc. cit.*) en a rassemblé 47 cas.

[2] Freund. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1877, Bd. I, p. 242.

[3] Hoppenheimer (*New-York med. Woch.*, fév. 1889, n° 2, p. 89) a rapporté un cas de vagin double où l'un des conduits était réduit à un simple cul-de-sac de 1 cent. 1/2, en arrière et à la partie inférieure de l'hymen.

[4] L.-H. Dunning. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1er déc. 1888, p. 762.

la cavité utérine était, du reste, plus profonde, les deux cols se tuméfièrent également, et la cloison qui séparait les deux utérus disparut, probablement par résorption. Durant le travail, la cloison vaginale se fendit de haut en bas, la portion inférieure persistant seule ; l'accouchement se fit sans difficulté. La résorption, pendant la grossesse, de la cloison qui sépare le vagin de l'utérus paraît un fait assez fréquent ; on dirait que ces tissus anormaux subissent de profondes perturbations dans leur nutrition, sous l'influence des changements qu'amène l'état puerpéral. De là viennent, à la fois, le danger de rupture utérine, la facilité de déchirure de la cloison vaginale ou l'extensibilité inespérée de brides congénitales. Cependant il arrive que des cloisonnements incomplets forment un éperon qui s'oppose au passage de la tête fœtale. On peut les diviser, au moment du travail, sans danger d'hémorrhagie.

Pour les symptômes et le traitement de l'**hématométrie**, compliquant l'hématocolpos latéral, je renvoie au chapitre suivant.

Quant au pyocolpos simple, sans dilatation de l'utérus, il demande à être ouvert très largement, sans quoi la suppuration devient intarissable. Je crois qu'il est indiqué de faire, en même temps que l'incision, la résection de toute la paroi de la poche qui formerait, sans cela, un double éperon longitudinal dans la cavité vaginale devenue unique. On peut faire cette section avec les ciseaux et en cautériser la tranche au thermocautère pour obtenir une hémostase rapide ; on l'obtiendrait aussi avec un surjet de catgut. On complétera le traitement par des injections antiseptiques et le tamponnement iodoformé.

On exciserait de même une cloison ou des brides, résultant d'un cloisonnement incomplet, qui seraient une gêne pour la copulation.

Atrésie et sténose congénitales. Brides transversales.

IV. Atrésie et sténose congénitales. Brides transversales. — L'histoire de l'**atrésie** du vagin se confond, au point de vue anatomique, avec celle des imperforations de l'hymen, de l'absence et du développement rudimentaire du vagin, qui ont déjà été décrits.

La **sténose** (ou rétrécissement) d'origine congénitale, quand elle se présente sous forme d'adhérences partielles et de **brides transversales**, est sans doute due à la persistance partielle de la soudure qui unit les parois vaginales, à un certain moment de l'existence embryonnaire, ainsi que Geigel l'a constaté sur un fœtus de 4 mois. Mais elle peut aussi provenir d'un arrêt de développement plus accusé des canaux de Müller, en un point déterminé de leur trajet : c'est ainsi qu'on a vu un rétrécissement considérable, admettant à peine une sonde de trousse, occuper le tiers supérieur seulement du vagin[1].

[1] Kyri. *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, 15 mai 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 7, p. 116).

Les rétrécissements de cette nature siègent sur une assez grande hauteur.

Je mentionnerai simplement l'étroitesse du vagin dans les cas d'utérus unicorne; elle est sans doute due à ce que l'organe s'est formé aux dépens d'un seul conduit de Müller, l'autre ayant avorté dans toute la longueur du canal génital.

Les rétrécissements qui sont formés par des brides transversales peuvent affecter la forme de croissants ou de diaphragmes incomplets; ce sont assurément ces cas qu'on a parfois décrits comme des hymens supplémentaires[1]. Ces rétrécissements causent la rétention du sang dans l'utérus quand un obstacle momentané vient en obstruer la lumière; puis une débâcle se produit, suivie elle-même d'une nouvelle accumulation de liquide; des accidents sérieux peuvent ainsi survenir.

L'obstacle à la copulation et à l'accouchement nécessite souvent l'intervention opératoire[2]. Je dois pourtant faire remarquer, ici comme dans les cas de cloisonnement vaginal, que, pendant le travail, les tissus se gonflent, s'amollissent et se distendent à un degré tout à fait inespéré, ce qui rend parfois inutile une intervention qu'on aurait crue nécessaire[3]. Cette extensibilité a pourtant des limites, et il ne faut pas hésiter à diviser avec des ciseaux une bride qui offrirait une résistance manifeste, au moment de l'accouchement. Pour avoir trop temporisé, on a vu survenir la rupture de l'utérus[4].

On peut rapprocher l'anomalie que constituent les brides transversales observées dans le vagin, chez la femme, de la disposition qui existe, à l'état normal, chez certains animaux. Chez les cétacés[5] on a trouvé jusqu'à huit replis successifs simulant une série de museaux de tanche superposés. Chez la femelle du chimpanzé[6], les plis du vagin forment des croissants fort étendus; chez la brebis[7],

Dans ce cas, il y eut d'abord avortement, puis hématométrie. — M. Rothenberg (*Missbildungen des weiblichen Genitalschlauches*. Dissert. inaug., Kœnigsberg, 1887) a observé une sténose siégeant au-dessus d'un vagin double.

[1] Fr.-L. *Die Frauenzimmerkrankheiten.*, 1845, t. I, p. 353. — L. Kleinwächter (*Die angeborenen partiellen Verengerungen der Vagina*, in *Prag. med. Woch.*, 1890, n° 48, p. 589) pense que ces rétrécissements sont plus rares que les autres; sur 21 cas, dont 1 personnel, de sténose congénitale, il n'a trouvé qu'un seul rétrécissement occupant la partie supérieure du vagin.

[2] C. Heyder (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd XXXVI, p. 502) a fait l'excision au thermo-cautère d'un rétrécissement congénital à la fin d'une grossesse qui continua à évoluer normalement.

[3] Sänger. *Soc. obst. et gyn. de Leipzig*, 21 janv. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n°, 25, p. 440).

[4] E. Kennedy. *Dublin Journ.*, 1840, t. XVI, p. 88.

[5] H. Beauregard et Boulard. *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1882, t. XVIII, p. 187.

[6] G. V. Hoffmann. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1878, Bd. II, p. 4.

[7] P. Müller. *Ibid.*, Bd. III, p. 164.

les anneaux ou diaphragmes se succèdent dans le vagin jusqu'au col de l'utérus.

Malformations de l'utérus.

Absence de l'utérus. Développement rudimentaire.

I. Absence de l'utérus. Développement rudimentaire de l'utérus. — Ces deux malformations méritent d'être réunies dans une même description, car les différences qui les séparent, intéressantes au point de vue tératologique, n'ont aucune importance en clinique. Dans l'un et l'autre cas l'organe est annihilé au point

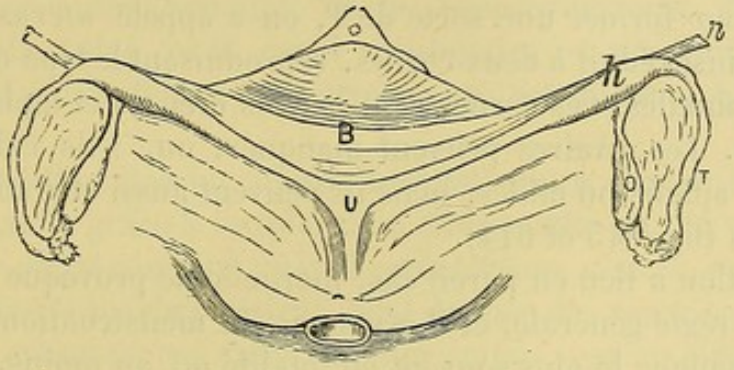


Fig. 613. — Utérus rudimentaire (J. Veit).

qu'on n'en trouve aucune trace ou qu'il en existe un vestige insignifiant.

L'**absence complète** (*defectus uteri*) est extrêmement rare et plu-

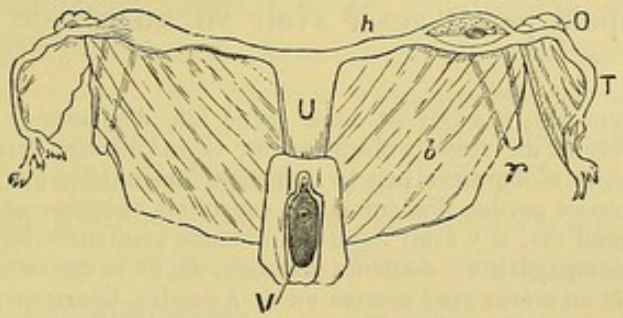


Fig. 614. — Utérus rudimentaire de la variété *bipartitus* (Rokitansky).

V. Vagin fermé; U. Col de l'utérus; *h*. Corne rudimentaire; T. Trompe de Fallope; *r*. Ligament rond; O. Ovaire; *b*. Ligament large.

sieurs des cas qui en ont été rapportés sont dus à une erreur d'interprétation; dans plusieurs autopsies, on paraît avoir pris pour les trompes ce qui n'était, en réalité, que des cornes utérines rudimentaires. L'insertion exacte des ligaments ronds est pour cette détermination un précieux point de repère. Dans l'absence complète d'utérus, le rectum et la vessie se touchent et les ligaments ronds se perdent dans le tissu conjonctif situé entre ces deux cavités. Les

ovaires peuvent aussi faire défaut. Une pareille anomalie se rencontre surtout avec d'autres graves malformations, du côté des viscères, chez des fœtus non viables.

L'**utérus rudimentaire** (*uterus rudimentarius*) est constitué par une petite masse de forme variable, occupant la place où devait se rencontrer l'utérus. A son degré le plus accusé, qui a souvent été confondu, à tort, avec l'absence complète, il existe seulement un léger épaississement de la paroi postérieure de la vessie (Veit), ou bien quelques travées fibro-musculaires renforcent simplement les ligaments larges (Langenbeck), ou encore il existe une sorte de bandelette étendue entre les deux trompes (Nega). Quand celle-ci se joint à un col pour former une sorte de T, on a appelé *uterus bipartitus* l'organe ainsi réduit à deux cornes, reproduisant le type de certaines espèces animales. Ces cornes sont parfois creuses et tapissées d'une muqueuse. Les ovaires peuvent manquer, ou, s'ils existent, être atrophiés, aplatis ou effilés, mais ils peuvent aussi être normalement développés (fig. 613 et 614).

L'ovulation a lieu en pareil cas, mais elle ne provoque pas de *molimen*, en règle générale, et il n'y a pas de menstruation. Du reste, le vagin manque le plus souvent en totalité ou, au moins, dans toute sa partie müllérienne, et n'est inférieurement simulé que par un court canal vestibulaire. Les parties génitales externes sont régulièrement conformées.

Dans certains cas, le vagin est complètement développé. J'en ai observé deux exemples[1]. Mundé[2] en a rapporté une observation personnelle; Leopold paraît aussi avoir vu un cas de ce genre. Une

[1] Dans un premier cas, il s'agissait d'une jeune fille d'apparence lymphatique, mais parfaitement conformée du reste, présentant un vagin normal, terminé en cul-de-sac. Aucune trace d'utérus ni d'ovaires par la palpation bimanuelle, pas de molimen menstruel. Elle n'éprouvait aucune douleur et me consultait uniquement pour son aménorrhée. Dans un second cas, il y avait aussi des organes génitaux externes normaux, mais l'aménorrhée s'accompagnait de douleurs intenses. Je fis la castration et je trouvai des ovaires normaux et un utérus gros comme un dé à coudre. Guérison parfaite.

[2] Mundé. *Zur Kasuistik des totalen Mangels der Gebärmutter bei normaler Vagina und einer seltener Zwitterbildung* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 42, p. 670). — Ce travail pourrait induire en erreur, s'il n'était soumis à une soigneuse critique. En effet, des quatre observations que Mundé rapproche de la sienne, trois, sans aucun doute, sont essentiellement différentes, et se rapportent à des pseudo-hermaphrodites mâles, hypospades à pseudo-vagin vestibulaire (cas de Ricco, Stegleihner, Giraud, Chambers). — La seule observation de Leopold (cité par Mundé, *loc. cit.*, p. 671) paraît se rapporter à une femme n'ayant pas d'utérus, mais un vagin complet. Les ovaires (que Leopold croit avoir été des testicules) siégeaient à l'entrée du canal vaginal. Chez l'individu, observé par Mundé, il existait aussi une double hernie inguinale et, après sa réduction, on constatait dans les grandes lèvres deux corps ovoïdes que Gaillard Thomas qualifie d'ovaires et que Mundé, sans preuve suffisante, qualifie de testicules, ce qui ferait de son sujet un hermaphrodite. Rien dans la conformation des organes génitaux externes ne permet pourtant de croire à un hypospadias périnéo-scrotal, comme cela serait si l'individu était mâle et si les corps des grandes lèvres étaient des testicules et non des ovaires herniés.

observation, suivie de castration pour douleurs causées par l'ovulation, a été rapportée par Max Strauch[1]. On est, en effet, parfois obligé d'avoir recours à l'ablation des ovaires quand leur développement s'est fait normalement, malgré l'atrophie de l'utérus, et que l'ovulation provoque le retour de douleurs et de troubles nerveux périodiques. C'est une des indications de l'*opération de Battey* (voir p. 642).

Chez les femmes qui présentent ces anomalies rien ne peut les faire soupçonner extérieurement; les formes du corps, la voix, les caractères psychiques, sont ceux d'une femme bien conformée; le développement des seins est normal. Elles ont, le plus souvent, des rapports avec des hommes, et les rapprochements finissent par déprimer la vulve ou le canal vestibulaire en un cul-de-sac assez profond; d'autres fois, c'est l'urèthre qui est dilaté et qui sert à la copulation.

Le **diagnostic** entre un utérus normal et un organe atrophié est facile à établir grâce à l'exploration bimanuelle par la voie rectale; le toucher rectal combiné avec le cathétérisme vésical, ou même, au besoin, avec le toucher vésical, peut donner des renseignements. On devra, en même temps, faire refouler en bas, par un aide, les parois abdominales au-dessus du pubis. Quant à déterminer sur le vivant, s'il y a absence totale de l'utérus ou utérus rudimentaire, cela est ordinairement tout à fait impossible.

Absence et atrophie du col utérin.

Breisky a établi une division particulière pour les cas d'**absence et d'atrophie du col utérin**, qui coïncident souvent avec une absence de la partie supérieure du vagin. L'utérus est atrophié, membraniforme, mais diffère de l'utérus rudimentaire par la présence d'une véritable cavité utérine où se fait parfois l'exhalation menstruelle, ce qui constitue une hématométrie. Le col est tout à fait absent, ou représenté par un simple renflement mal limité. S'il ne se produit pas d'effusion de sang dans l'utérus, les symptômes n'ont rien qui diffère de ceux de l'utérus rudimentaire. En cas contraire, les symptômes sont ceux de l'hématométrie.

Utérus unicorne

II. **Utérus unicorne.** — L'utérus s'est développé aux dépens d'un seul des canaux de Müller, l'autre s'étant atrophié. L'organe, à partir du col, s'allonge et s'effile en se courbant vers la trompe, avec laquelle il se continue directement et dont il ne constitue que l'expansion inférieure; du sommet de la corne part aussi l'ovaire.

Il n'existe, en réalité, que la moitié du corps de l'utérus; aussi, sa

[1] Max Strauch. *Zur Castration wegen functionirenden Ovarien bei rudimentärer Entwicklung der Müller'schen Gänge* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, Heft I, p. 138). — Un cas analogue a été publié par O. Bloch. *Nord med. Ark.*, 1891, n° 2. — Voir aussi A. Decker. *Ueber Castration bei rudimentären Genitalien.* Dissert. inaug.; Leipzig, 1895.

cavité est-elle très petite, relativement à celle du col; le vagin est fort étroit (fig. 615).

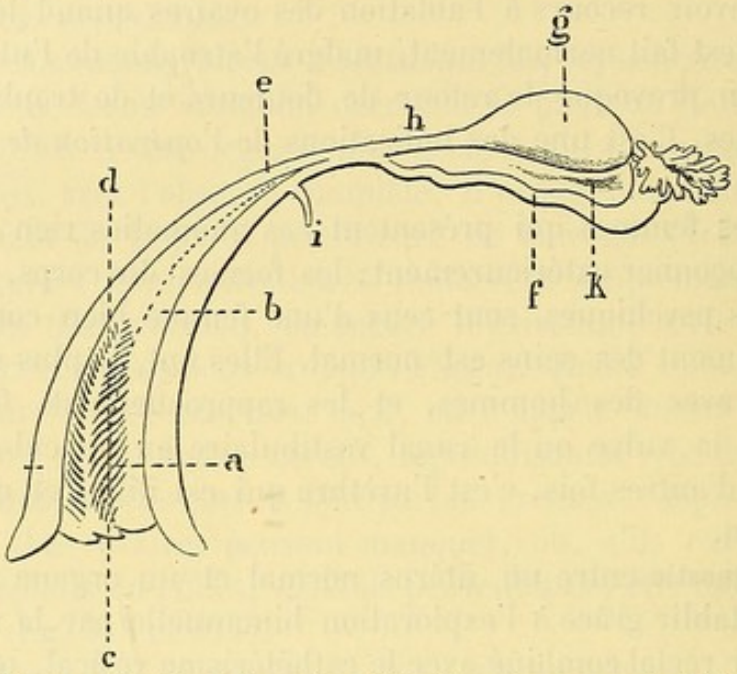


Fig. 615. — Figure schématique d'un utérus infantile unicorne gauche (P. Müller).

a. Portion cervicale; b. Corps; c. d. Axe longitudinal du corps du fœtus; e. Sommet de la cavité utérine; c. e. Axe longitudinal du corps de l'utérus; f. Trompe; g. Ovaire; h. Ligament de l'ovaire; i. Ligament rond; k. Parovarium.

Du côté opposé, il peut n'exister aucun vestige du canal de Müller, et alors l'utérus est absolument unicorne.

Une variété importante est constituée par la présence d'une **corne**

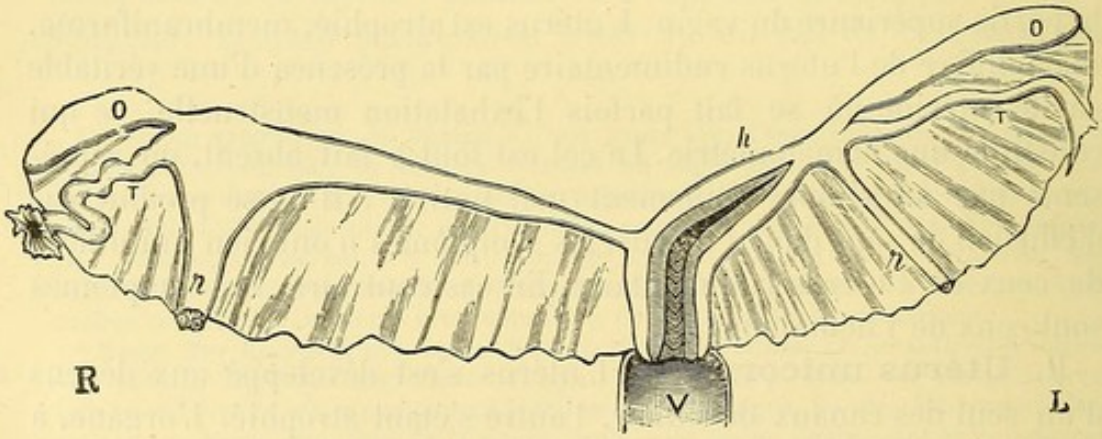


Fig. 616. — Utérus unicorne (Schröder).

R. Côté droit; L. Côté gauche : la corne gauche (*h*) est normalement développée et communique avec la cavité utérine. La corne droite se présente sous la forme d'une bandelette allongée; son point de jonction avec la trompe est indiqué par l'insertion du ligament rond qui est hypertrophié; *r*. Ligament rond; O. Ovaire; t. Trompe; V. Vagin.

rudimentaire. Celle-ci peut être formée d'une bande compacte de tissu musculaire, ou être creusée d'une petite cavité qui communique avec celle de la grande corne et en constitue une sorte de diverticule.

La corne rudimentaire s'insère au niveau de l'orifice interne du col, car, en pareil cas, le corps de l'utérus n'existe pas; elle se porte en haut et en dehors. Elle est fort longue, comme étirée, ainsi que l'ovaire du côté correspondant, et sujette à de grandes variations de forme.

L'utérus unicorne est un organe mutilé à son origine, mais, quand il est devenu adulte, il fonctionne comme l'utérus normal; la menstruation est régulière; la grossesse évolue, sans perturbation, dans la grande corne. Il en est tout autrement si l'œuf s'est greffé dans la corne rudimentaire; alors ses parois, incapables de fournir une étoffe suffisante pour la cavité qu'exige le développement de l'œuf, se rompent du 3e au 6e mois. Aussi cette grossesse est-elle rangée, avec raison, parmi les grossesses ectopiques, et étudiée dans le même chapitre que les GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES, avec lesquelles elle offre les plus grandes analogies.

Il est rare qu'on en fasse le diagnostic; on pourra pourtant soupçonner la malformation quand, avec un vagin étroit, un col gros et court, on limitera par la palpation bimanuelle un utérus allongé et recourbé en croissant.

La grossesse dans une corne rudimentaire est presque toujours prise pour une grossesse tubaire, à cause du pédicule qui sépare la tumeur de la grande corne; celle-ci simule alors le corps d'un utérus bien conformé.

III. **Utérus double.** — L'utérus est réellement dédoublé quand les canaux de Müller ne sont pas fusionnés, ou ne se sont réunis que partiellement, tout en prenant, chacun de leur côté, un développement complet. Utérus double.

Il existe plusieurs espèces d'utérus double.

1° L'**utérus bicorne** (*uterus bicornis*), où les deux moitiés de l'utérus s'écartent l'une de l'autre. Si ce dédoublement se poursuit jusqu'au col qui est lui-même cloisonné, on a affaire à l'**utérus bicorne double** proprement dit (*uterus bicornis duplex*, ou *septus*). Quand la coalescence est plus avancée, le col n'offre plus aucune trace de division, mais reste très gros : c'est l'**utérus bicorne unicervical** (*uterus bicornis unicollis*). Enfin, l'union des deux segments utérins peut être presque complète, et leur bifidité ne se manifeste que par une dépression du fond de l'organe, très étalé : c'est l'**utérus bicorne arqué** (*uterus arcuatus*), forme de transition et dernière étape vers l'état normal (fig. 617, 618 et 619).

En général, la corne gauche est dirigée en avant, en sorte que l'utérus a subi un certain degré de rotation sur son axe vertical. On trouve très fréquemment une bride qui va de la face postérieure de la vessie à la face antérieure du rectum, en passant par-dessus la

dépression qui sépare les deux cornes utérines : elle est soit l'origine, soit la conséquence de la malformation. Son importance devient très grande dans les cas de grossesse, comme cause de dystocie.

Les deux moitiés de l'utérus sont rarement égales, et l'on observe toutes les transitions entre l'utérus bicorne et l'utérus unicorne avec corne rudimentaire. Le côté le moins développé peut être atteint d'atrésie et donner lieu à l'**hématométrie**.

Les parties génitales externes et les mamelles offrent un dévelop-

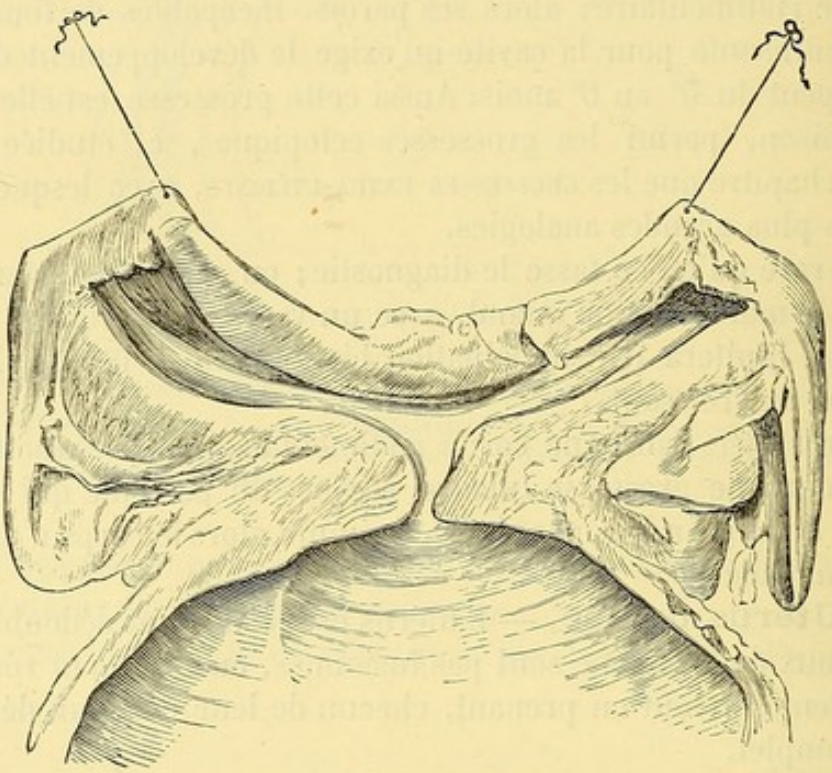


Fig. 617. — Utérus bicorne double (Barnes).

pement normal. Mais le vagin est souvent double et l'une des moitiés peut être borgne et atteinte d'hématocolpos latéral.

La menstruation, dans l'utérus bicorne avec développement égal des deux segments, peut se faire par les deux côtés. La grossesse a parfois laissé persister la menstruation d'un côté[1].

La **grossesse**[2] peut suivre un cours régulier et le fœtus être mené à terme. La moitié vide de l'utérus s'hypertrophie en même temps que la moitié gravide, et l'on a observé l'expulsion d'une caduque. Pendant le travail, les deux cornes se contractent.

[1] F. Henderson. *Glasgow med. Journ.*, avril 1885, t. XIX, p. 268.

[2] Sur le diagnostic des anomalies utérines pendant la grossesse, consulter : L.-G. Litschkus. *Beitrag zur Frage über die Anomalien des Uterus* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, Heft 2, p. 369). — G.-E. Curatulo. *Gravidanza in utero doppio* (*Riforma med.*, 1891, n° 104).

Gontermann[1] a rapporté un cas où la grossesse a paru s'effectuer alternativement dans chacune des cornes. On a observé des grossesses gémellaires, avec un fœtus dans chaque corne ou les deux fœtus dans une seule. Dans le cas d'*utérus arqué*, les positions transverses sont fréquentes. Cette malformation de l'utérus serait, comme toutes les autres, une cause d'insertion vicieuse du placenta. On a observé la rupture de l'utérus.

La bride vésico-rectale que j'ai signalée peut former un obstacle pour la tête fœtale. Parfois il suffira de corriger l'obliquité de la

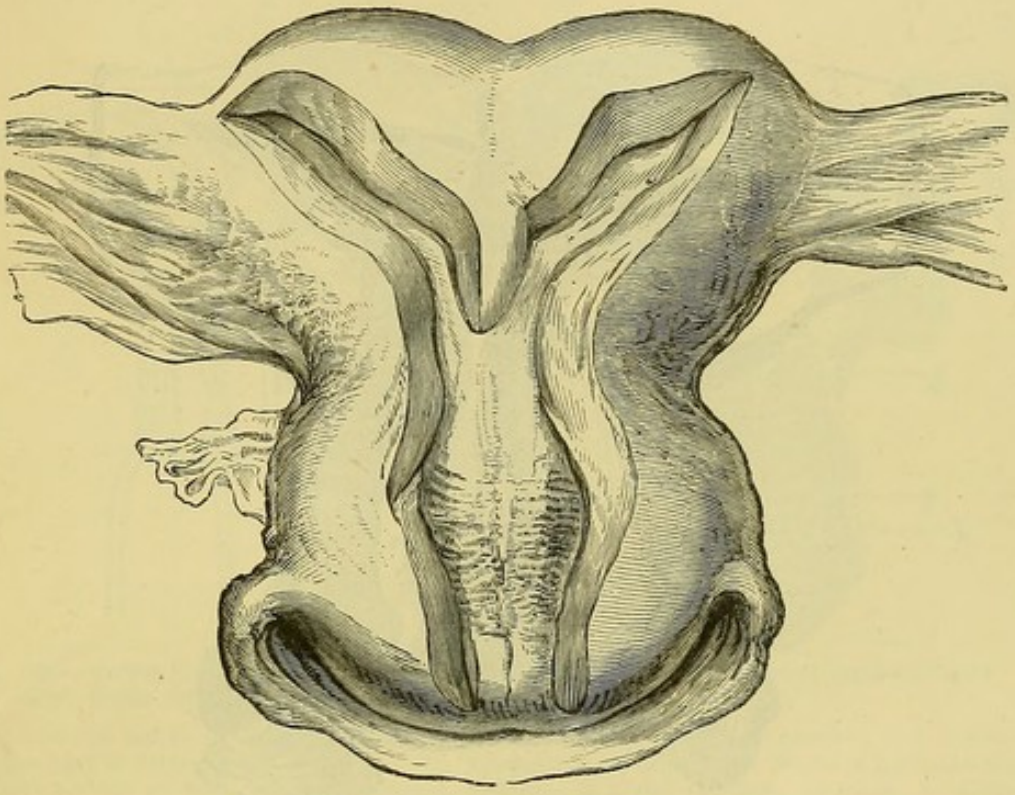


Fig. 618. — Utérus bicorne uni-cervical (Barnes).

corne gravide, ou de coucher la malade sur le côté opposé; dans le cas contraire, on fera la version podalique et l'extraction. Les brides cloisonnant le vagin seront, au besoin, divisées. On évacuerait une hématométrie latérale qui serait une cause de dystocie.

Je dois noter, en terminant, combien il est fréquent de voir une anomalie utérine passer inaperçue pendant la grossesse ou le travail, et n'être reconnue qu'ultérieurement[2]; la cloison intermédiaire est prise au toucher pour la paroi vaginale ou utérine.

[1] E. Gontermann. *Geschichte eines Uterus bicornis* (*Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 41, p. 616).

[2] Riedinger. *Wien. klin. Woch.*, 1889, n° 45, p. 859. — Dunning (*Uterus bilocularis*, in *Journ. amer. med. Assoc.*, 23 août 1890, p. 282) n'a reconnu l'existence d'un utérus

Utérus biloculaire.

2° **Utérus biloculaire** (*uterus biloculatis; uterus septus bipartitus*). — Le trait caractéristique de cette malformation consiste dans la configuration sensiblement normale de l'utérus à l'extérieur, tandis que sa cavité est séparée en deux parties par une cloison médiane. Cette division peut être complète, ou s'arrêter plus ou moins bas, c'est l'*uterus subseptus*, ou enfin être criblée de lacunes qui ne laissent subsister que des brides. Le vagin peut être unique ou cloisonné; dans ce dernier cas chacune des cavités vaginales correspond à un segment du col (fig. 620). Corazza[1] a observé un fait exceptionnel

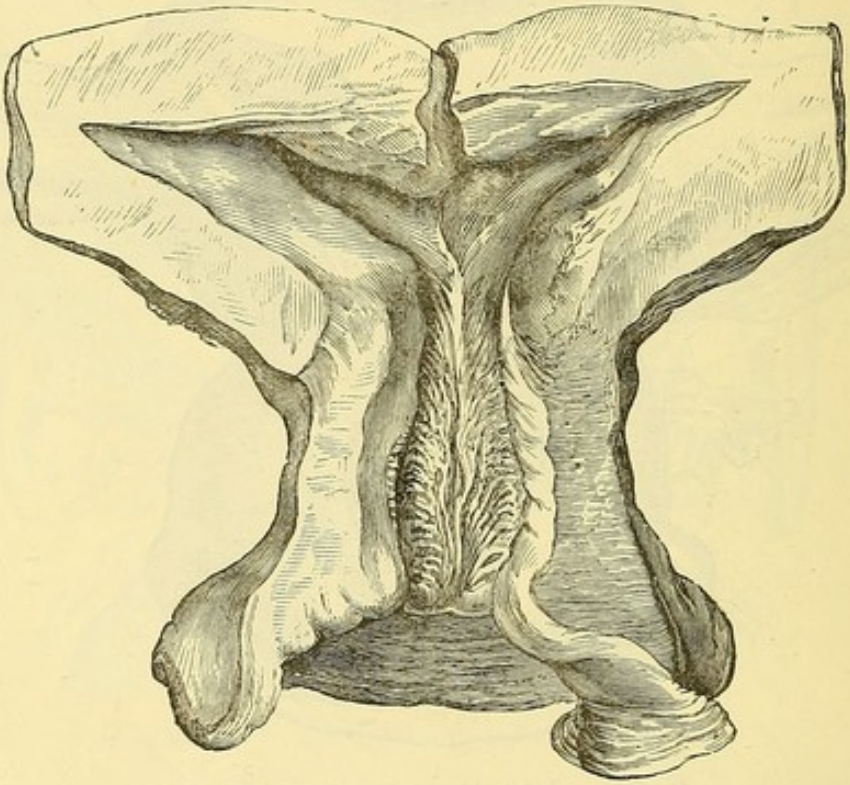


Fig. 619. — Utérus bicorne arqué (Barnes).

où la duplicité du vagin existait, sans que l'utérus fût également cloisonné.

Ce que j'ai dit pour l'utérus bicorne relativement à la menstruation, à la grossesse, à l'atrésie d'un des segments suivi d'hématométrie, s'applique également à l'utérus biloculaire.

Utérus didelphe.

3° **Utérus didelphe** (*uterus duplex, separatus, diductus*). — Il y a véritablement, dans ce cas, deux utérus, séparés jusqu'au corps inclusivement, et non plus seulement deux corps utérins plus ou moins divergents, comme dans l'utérus bicorne. Ici, chaque segment

double qu'à la deuxième grossesse. — T. A. Reamy (*Transact. obstet. Soc.*, Cincinnati, 12 févr. 1891) a rapporté le cas d'une femme chez laquelle on ne reconnut un utérus double qu'à la quatrième grossesse.

[1] Corazza. *Schmidt's Jahrb.*, 1870, Bd. CXLVIII, p. 148.

a presque l'apparence d'un utérus complet; on dirait, avec raison, deux utérus unicornes également développés et juxtaposés sans fusion. On a cru longtemps que cette malformation ne se produisait que chez les fœtus non viables, avec d'autres monstruosités graves. On la rencontre, en effet, dans ces conditions, coïncidant avec l'exstrophie vésicale, l'atrésie de l'anus et la persistance du cloaque. Les cas observés chez les adultes sont tous de date relativement récente; mais il est probable qu'il faut reviser et attribuer à l'utérus didelphe plusieurs observations anciennes, classées parmi les utérus bicornes[1].

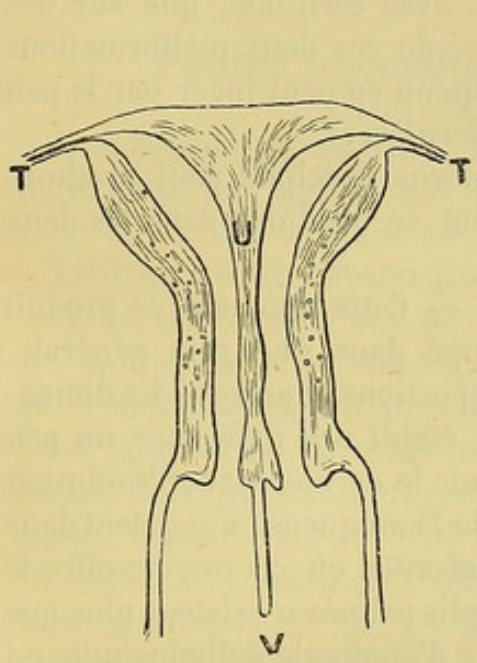


Fig. 620.— Utérus bialoculire et vagin cloisonné ; coupe verticale (Küssmaul).

U. Cloison qui sépare la cavité utérine en deux parties latérales ; T. Trompes ; V. Vagin partagé en deux par la prolongation de la cloison utérine.

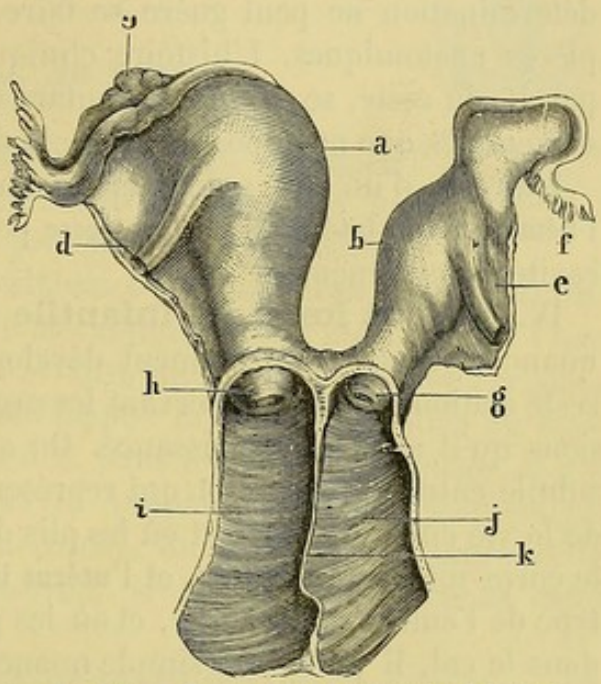


Fig. 621. — Utérus didelphe et vagin cloisonné (Ollivier).

a. Segment droit ; b. Segment gauche ; c. d. Ovaire et ligament rond droits ; f. e. Ovaire et ligament rond gauches ; g. j. Col et vagin gauches ; k. Cloison qui sépare les deux vagins ; h. i. Col et vagin droits.

Le cas le plus probant d'utérus didelphe chez la femme adulte est celui d'Ollivier[2] (fig. 621), trouvé à l'autopsie d'une femme de 42 ans, mère de 6 enfants. Heitzmann[3] en a observé un cas, chez

[1] La classification exacte donne encore maintenant matière à contestations; ainsi le cas de Heppner (*Schmidt's Jahrb.*, 1871, t. III, p. 161), considéré par Schröder (*Loc. cit.*, p. 39, en note) comme un cas d'utérus didelphe, est formellement rejeté, par Breisky (*Loc. cit.*, p. 263), au rang d'utérus rudimentaire *bipartitus*.

[2] A. Ollivier (*Compte rendu de la Soc. de Biologie*, in *Gaz. méd. de Paris*, 1872, p. 163). Il rapproche son cas d'un autre, relatif à une femme de 25 ans observée par Bonnet, cité par Le Fort (*Loc. cit.*, p. 25). — Franz Freudenberg (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1880, Bd. V, p. 334) a publié une observation d'utérus didelphe où l'utérus droit était fermé. — Fritz Benicke (*Ibid.*, 1877, Bd. I, p. 366) a assisté à un accouchement où le fœtus était placé dans le segment gauche d'un utérus didelphe.

[3] J. Heitzmann. *Spiegelbilder der gesunden und kranke Vaginalportion und Vaginaux*, Vienne, 1884, p. 71. — F. C. Ameiss, *A case of uterus didelphis and vagina duplex* (*Amer. Journ. of Obst.*, 1896, t. XXXIII, p. 693), a publié récemment un cas analogue.

une jeune fille de 23 ans ; le vagin était cloisonné et divisait le col ; le cathétérisme simultané des deux cavités montrait que, réunies au niveau du col, elles divergeaient beaucoup au-dessus et se trouvaient dans deux organes distincts et mobiles.

On n'a pas signalé dans l'utérus didelphe la présence du ligament vésico-rectal qui passe si souvent au-dessus de la division de l'utérus bicorne.

Il est toujours très difficile, dans les examens cliniques, de décider s'il s'agit d'un utérus bicorne complet ou d'un utérus didelphe. Cette détermination ne peut guère se faire, avec certitude, que sur des pièces anatomiques. L'histoire clinique de ces deux malformations paraît, du reste, se confondre, autant qu'on en peut juger par le peu d'exemples que nous possédons de la dernière.

L'atrésie d'un des segments de l'utérus didelphe peut produire l'**hématométrie latérale**[1]. La **grossesse** peut se produire dans les deux cavités simultanément[2].

Utérus fœtal ou infantile.

IV. **Utérus fœtal ou infantile**. — Cette anomalie se produit quand l'utérus, complètement développé dans sa forme générale, reste stationnaire en conservant les proportions et presque les dimensions qu'il avait à la naissance. On a établi une différence un peu subtile entre l'**utérus fœtal**, qui représente le dernier stade d'évolution de la vie embryonnaire, et où les plis de la muqueuse s'étendent dans le corps même de l'utérus, et l'**utérus infantile**, où cet organe offre le type de l'enfant nouveau-né, et où les plis palmés n'existent plus que dans le col. Il y a là une simple nuance d'anatomie pathologique qui mérite seulement d'être mentionnée ; à tous les autres points de vue ces deux variétés se confondent. Ce qui les caractérise également, c'est la disproportion entre le col et le corps utérin, reproduisant le type fœtal. Le col est deux ou trois fois plus long que le corps, et tandis que ses parois sont relativement épaisses, celles du corps sont minces et parfois membraneuses. La longueur totale de la cavité utérine n'excède pas 4 centimètres ; le museau de tanche est petit, à orifice étroit, de forme conique ou légèrement *tapiroïde* (en museau de tapir). Le vagin est ordinairement court et étroit ; les parties génitales externes sont parfois peu développées, les seins petits ; il y a une aménorrhée complète.

L'existence de l'atrophie de l'utérus sera facilement reconnue par la palpation bi-manuelle, aidée du toucher rectal ; pour distinguer

[1] Staude cité par P. Müller. *Die Sterilität der Ehe*, 1885, p. 272.

[2] Sotschawa. *Moskowk. med. Gaz.*, 1878, n° 25 (Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1879, n° 6, p. 152). — H.-St. Clair Gray. *Glasgow med. Journ.*, mars 1889, t. XXXI, p. 182. — Althen (de Wiesbaden). *Schwangerschaft in beiden uteri bei Duplicität der Genitalien* (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 40, p. 711).

l'utérus de type fœtal de l'**utérus pubescent**[1], qu'on pourrait appeler *prépubère*, qui présente les mêmes dimensions réduites et occasionne la même aménorrhée, on doit se guider, théoriquement, sur le volume du col. Dans l'utérus fœtal ce segment offre une certaine fermeté, surtout dans sa portion sus-vaginale; dans l'utérus pubescent, au contraire, tout l'organe, y compris le col, est mince et relâché. A vrai dire, en clinique, ces nuances, d'ailleurs sans intérêt pratique, sont à peu près illusoires.



Fig. 622. — Utérus infantile (Schröder).

Petites anomalies de l'utérus.

Il convient de décrire, sous ce nom, quelques malformations légères qui ne rentrent pas dans le cadre de celles qui ont été précédemment exposées.

Obliquité et latéro-position congénitales de l'utérus. — Elles sont dues à une véritable asymétrie de l'utérus, dont l'une des moitiés est prédominante, et entraîne une distorsion de l'organe, qui s'incline du côté le plus développé : la brièveté relative du ligament large en est la conséquence. Dans les cas peu accusés, il y a simple latéro-version, qui peut être comparée à l'antéversion congénitale. Quand elle est très marquée, on pourrait confondre cette anomalie avec un utérus unicorne, si l'on n'était averti de cette cause d'erreur.

Obliquité congénitale.

Duplicité de l'orifice externe du col (*uterus biforis*). — Un double orifice du museau de tanche peut exister en l'absence de tout cloisonnement du canal génital[2]. Cette anomalie a causé des accidents pendant la délivrance; le plus souvent cette bride est repoussée latéralement ou bien déchirée; pourtant, on a vu une hémorrhagie assez grave en être la conséquence. On conçoit quelle peut être la perplexité de l'accoucheur s'il ne songe pas à cette anomalie; s'il la reconnaît, il tâchera de maintenir la bride sur le côté et de dégager la partie fœtale, ou, s'il n'y réussit pas, il la coupera entre deux ligatures[3].

Duplicité de l'orifice externe du col.

Cloisonnement transversal incomplet du col. — P. Müller[4] a, pour la première fois, décrit une curieuse difformité du col utérin, qui consiste dans la présence d'un repli transversal, faisant saillie dans sa cavité. Elle peut, après la dilatation de l'orifice

Cloisonnement transversal incomplet du col.

[1] L'*utérus pubescent* a été décrit sous le nom d'ATROPHIE CONGÉNITALE DU COL ET DE L'UTÉRUS (Livre VII, p. 608). — L'*hypertrophie congénitale de l'utérus* est décrite à propos des MENSTRUATIONS PRÉCOCES (Livre VIII, p. 625).

[2] C'est l'état normal chez le fourmilier.

[3] MEKUS. *Centr. f. Gyn.*, 1880, n° 13, p. 294.

[4] P. MÜLLER. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1878, Bd. III, p. 159.

externe, donner l'idée d'un second col emboîté dans le premier. Breisky avait aussi remarqué cette anomalie, mais son observation était restée inédite. Dans les deux faits, observés en dehors de la grossesse, la bride avait donné lieu à des hémorrhagies; elle avait paru agir à la manière d'un corps fibreux, d'un polype. L'excision de cette bride a amené la cessation des accidents.

Elle peut aussi devenir un obstacle à la délivrance. Bidder[1] a publié une observation très instructive à ce sujet. Plus tard, Budin[2] a de nouveau attiré l'attention sur ce sujet, en rapportant deux cas personnels où le cloisonnement du col n'avait pas été une cause de

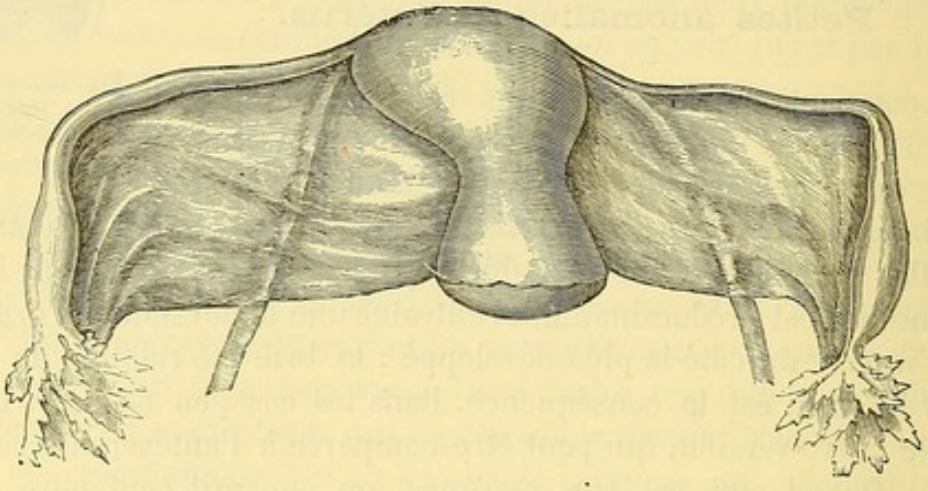


Fig. 625. — Obliquité congénitale de l'utérus. Développement incomplet du côté droit (Tiedemann).

dystocie, et deux observations de Mme Henry où les cloisons paraissaient placées, l'une à l'orifice interne, l'autre à deux centimètres au-dessus, dans le segment inférieur de la cavité utérine. Deux observations analogues ont, depuis, été données par E. Blanc[3]. Le cloisonnement peut disparaître après l'accouchement ou lui survivre.

On a rapproché cette anomalie des replis transversaux du canal génital qui existent à l'état normal chez certains animaux, et que j'ai signalés à propos des brides du vagin (p. 1224).

[1] E. Bidder, cité par P. Müller. *Loc. cit.*, p. 296.

[2] Budin. *Du cloisonnement transversal incomplet du col de l'utérus* (*Progrès méd.*, avril 1887, p. 267 et 307).

[3] Émile Blanc. *Du cloisonnement transversal incomplet du col de l'utérus* (*Arch. de tocol.*, mai 1889, p. 359).

CHAPITRE III

ACCIDENTS DE RÉTENTION CONSÉCUTIFS AUX ATRÉSIES GÉNITALES

(HÉMATOMÉTRIE, HÉMATOCOLPOS, HYDROMÉTRIE, PYOMÉTRIE, PYOCOLPOS, HÉMATO-SALPINX).

Étiologie et symptômes. Hématocolpos. Hématométrie. Pyocolpos. Pyométrie. — Diagnostic. Hématocolpos latéral et hématométrie latérale. — Pronostic. — Traitement. 1° Hématocolpos total et hématométrie partielle (Atrésie hyménale ou rétro-hyménale). 2° Hématocolpos partiel et hématométrie partielle ou totale (Atrésie d'une grande partie ou de la totalité du vagin). 3° Hématométrie totale (Atrésie du col utérin). 4° Hématocolpos latéral et hématométrie latérale (Atrésie d'une partie du canal génital dédoublé). Indications de l'hystérectomie. 5° Hémato-salpinx. Indications de la salpingotomie.

Étiologie. Symptômes.

Étiologie et symptômes. — J'ai indiqué dans quelles conditions le canal génital pouvait se trouver fermé par des atrésies, siégeant en divers points de son trajet, depuis l'hymen jusqu'à la portion rétrécie d'une corne rudimentaire. Cette occlusion, on l'a vu, peut complètement obstruer le canal, entièrement fermer une des moitiés provenant de son dédoublement, ou seulement séquestrer un diverticule provenant de la mauvaise conformation des parties. Quoi qu'il en soit, si l'état des ovaires et de la muqueuse tubo-utérine permet, au moment de la puberté, aux phénomènes menstruels de se produire, le sang qui s'exhale à la fois dans les trompes et dans l'utérus ne trouve pas d'issue au dehors. Il s'accumule alors dans l'espace clos qui lui est réservé, et le distend dans ses diverses parties.

Hématocolpos.

L'hématocolpos se montre, dans les imperforations de l'hymen ou de la partie inférieure du vagin, sous la forme d'une tumeur qui comprime le rectum et la vessie, et fait saillir la membrane qui la limite du côté de la vulve. L'utérus est refoulé en haut, et coiffe la tumeur d'une espèce de bouton plus dur. La cavité seule du col est d'abord distendue, tandis que le corps lui résiste très longtemps. Par la palpation bi-manuelle pratiquée à l'aide du toucher rectal, on perçoit de la fluctuation. La petite tumeur dure qui surmonte la poche, et qui est le corps de l'utérus non dilaté, provoque souvent des hésitations dans le diagnostic (fig. 624).

Lorsque la partie inférieure du vagin fait défaut, l'hématocolpos

est limité à la portion du canal qui existe et au col de l'utérus. Mais, là encore, le corps de l'utérus n'est pas dilaté au début, et si sa dilatation survient, ce n'est que très tardivement. Quand l'ouverture de la collection sanguine est faite, le doigt ne perçoit aucune démarcation entre le vagin et le col distendus.

Hématométrie.

Pour que l'**hématométrie** se produise sûrement, il faut que la cavité de l'utérus soit la seule place où le sang puisse s'accumuler; c'est ce qui arrive lorsque la totalité du vagin fait défaut ou quand l'orifice du col est atrésié[1]. Alors, toute la matrice se transforme en une

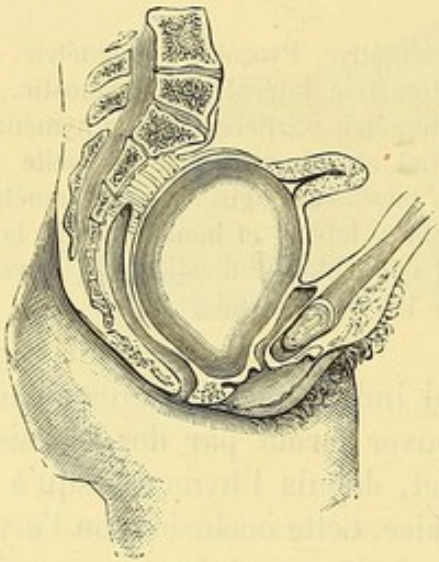


Fig. 624. — Hématocolpos par atrésie de l'hymen (Schröder).

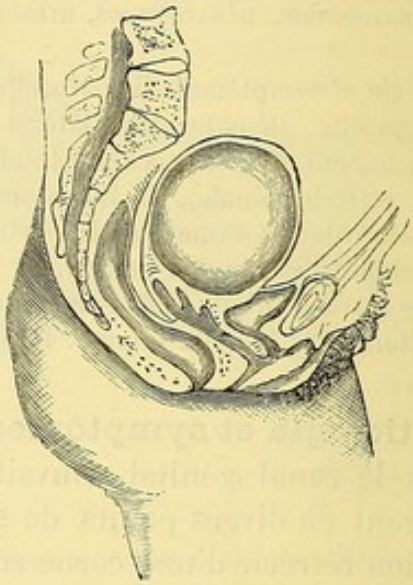


Fig. 625. — Hématométrie par oblitération de l'orifice interne du col.

poche, à parois le plus souvent épaisses, où corps et col sont confondus. Si l'atrésie siège au niveau de l'orifice interne, le corps seul se distend et le col conserve ses dimensions (fig. 625). Dans tous les cas d'hématométrie, et dans beaucoup de cas d'hématocolpos, les trompes se dilatent en **hémato-salpinx**. Le sang ne s'y accumule pas par regorgement de l'utérus, et ce qui le prouve bien, c'est qu'il ne peut pas y avoir de communication entre la collection utérine et la collection tubaire[2], celle-ci même pouvant exister en l'absence de celle-là. On ne saurait se refuser à admettre que le sang de l'hématosalpinx a été versé sur place par l'exhalation de la muqueuse des trompes qui coïncide avec celle de l'utérus, pendant la menstruation. Le peu d'épaisseur de la paroi des oviductes fait qu'ils se distendent,

[1] L'hématométrie a pourtant été exceptionnellement observée dans les cas de simple imperforation de l'hymen. Gelbke. *Soc. gyn. de Dresde*, 6 avril 1891 (*Centr. f. Gyn.*, 1892, p. 106).

[2] Gosselin. *Gaz. des Hôp.*, 1867, n° 57, p. 225. — De très nombreux cas analogues ont été publiés depuis.

lorsque la pression augmente, dans l'intérieur du canal génital, par l'occlusion de la partie inférieure du vagin, tandis que l'épaisse tunique musculaire de l'utérus résiste longtemps.

Les tumeurs tubaires, bosselées, contournées, peuvent acquérir un énorme volume. Parfois, une petite quantité de sang parvient à filtrer à travers l'orifice abdominal fermé, et alors de petites pous-

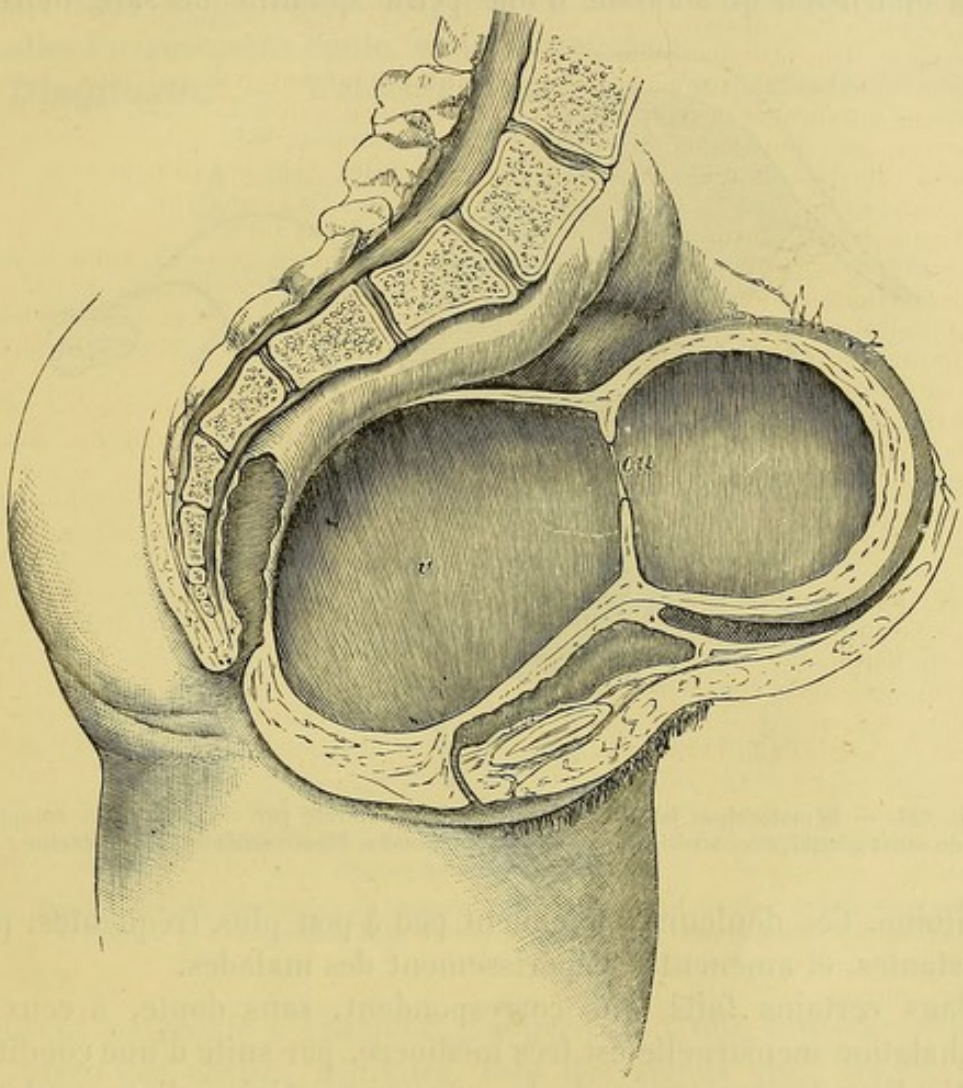


Fig. 626. — Hématocolpos et hématométrie par atrésie de la partie inférieure du vagin. *v.* Vagin distendu ; *o. u.* Orifice interne du col (Barnes).

sées de **péri-métro-salpingite** (pelvi-péritonite) se manifestent. Si le sang s'épanche dans l'abdomen en grande abondance, il ne peut plus se résorber, et constitue une **hématocèle pelvienne**, qui peut elle-même s'accompagner de **péritonite généralisée**.

Le **contenu** de ces diverses poches formées par la rétention des règles est un sang pour ainsi dire concentré, couleur chocolat, de consistance épaisse et sirupeuse comme le goudron ; les globules rouges sont très déformés. Après une ponction évacuatrice, on peut

Pyocolpos. Pyométrie. Physométrie.

voir la poche suppurer et se transformer en **pyocolpos** ou en **pyométrie** [1]; la décomposition des liquides peut amener un développement de gaz ou **physométrie.**

Outre l'apparition de la **tumeur** qui débute avec la puberté et s'accroît progressivement, on observe des phénomènes de **douleur** au moment des règles, sous forme de coliques qu'on peut attribuer tant à la distension qu'à l'issue d'une petite quantité de sang dans le

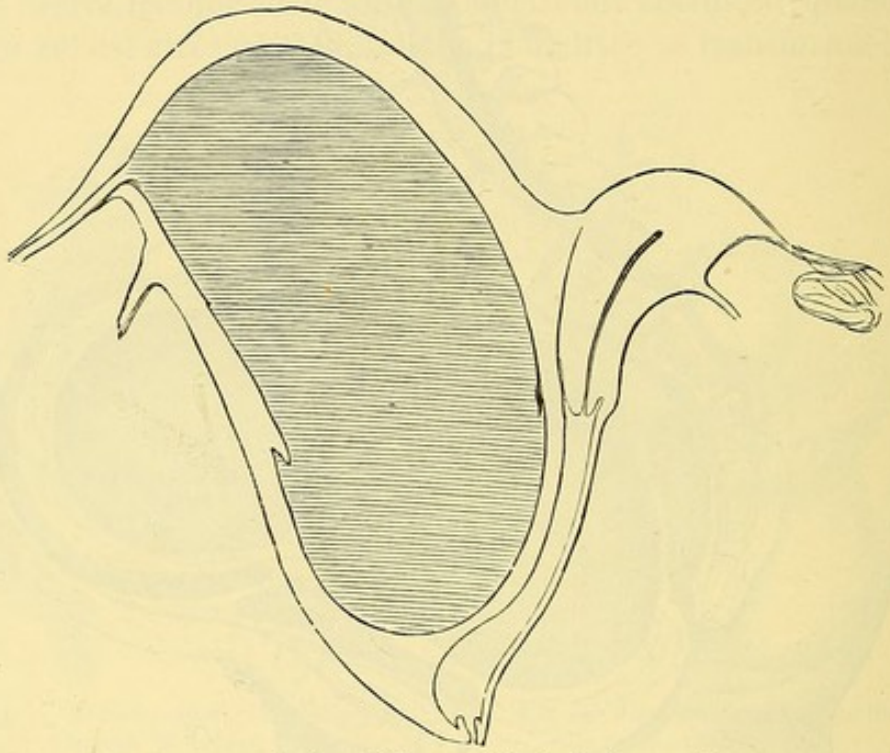


Fig. 627. — Hématocolpos latéral et hématométrie latérale par cloisonnement complet du canal génital, avec atrésie d'un des canaux vaginaux. Figure schématique (A. Martin).

péritoine. Ces douleurs deviennent peu à peu plus fréquentes, puis constantes, et amènent le dépérissement des malades.

Dans certains faits qui correspondent, sans doute, à ceux où l'exhalation menstruelle est très médiocre, par suite d'une condition particulière des ovaires ou de la muqueuse utérine, l'accumulation de sang est fort modérée et le phénomène principal est constitué par

[1] On a vu exceptionnellement une accumulation de mucus constituer la tumeur vaginale. — Godefroy (*Gaz. des Hôp.*, 1856, n° 42, p. 567) l'a observée derrière un hymen imperforé, chez une fillette de deux mois, chez laquelle il y avait compression du rectum et de l'urèthre. — Breisky (*Loc. cit.*) a été témoin de deux faits analogues, chez des nouveau-nés, et a pu se convaincre que la mince membrane obturatrice était non hyménale, mais rétro-hyménale. — A. Bryce (*Wien. med. Woch.*, 1865, n° 11, p. 169) a trouvé du mucus, au lieu de sang, chez une jeune fille de 18 ans. — Chez une jeune fille de 23 ans, le même fait a été observé par Veit (observ. publiée par Strœtter. Dissert. inaug., p. 26). — Les collections sanguines peuvent être infectées d'une manière parfois difficile à déterminer et suppurent, comme le prouve un fait de Rheinstaedter. *Primärer Pyocolpos und Pyometra bei einem 13 jährigen Kinde* (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 9, p. 142). Cet auteur a observé un cas curieux de pyométrie et de pyocolpos primitifs, par imperforation de l'hymen, sans accumulation sanguine préalable, chez une jeune fille impubère

la douleur[1]. Il peut même arriver qu'une véritable déviation compensatrice des règles, par hémorrhagie supplémentaire, empêche la formation d'une hématométrie[2]. Enfin, dans nombre d'occasions, l'oblitération du canal génital coïncide avec une aménorrhée aussi réelle qu'apparente; certaines malades souffrent seulement chaque mois, à l'époque d'une ovulation, qui reste, pour ainsi dire, sans écho; il en est même qui n'éprouvent aucune douleur, et chez lesquelles l'ovaire, sans doute, ne fonctionne pas.

Diagnostic. — L'absence des règles, l'imperforation le plus Diagnostic.

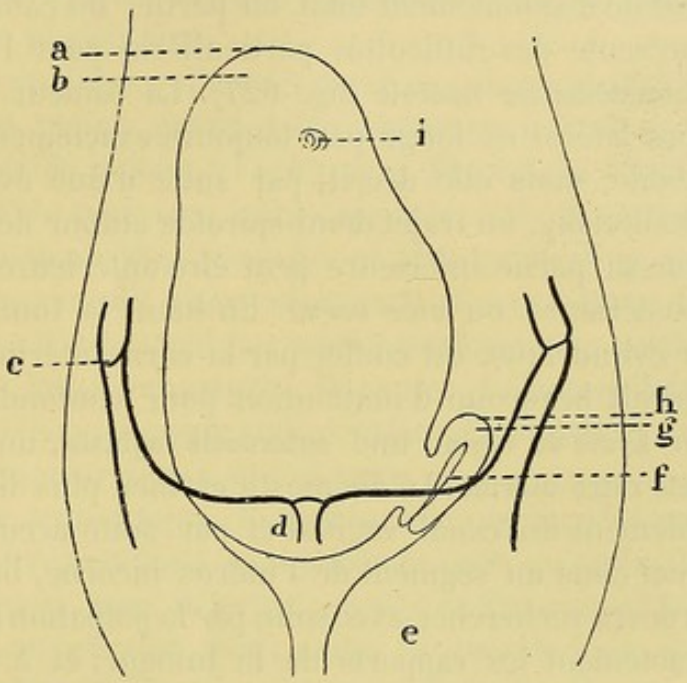


Fig. 628. — Hématométrie latérale dans un segment atrésié d'utérus double. Figure schématique (Staude).

a. b. Insertions de la trompe et du ligament rond droits ; c. Os iliaque ; d. Symphyse pubienne. t. Utérus ; g. h. Insertions de la trompe et du ligament rond gauches; i. Ombilic.

souvent accessible à l'examen, l'apparition d'une tumeur occupant la place des cavités génitales, sont des signes qui, réunis, sont pathognomoniques.

Les atrésies hyménale et rétro-hyménale ont, comme je l'ai dit (p. 1190), souvent été confondues entre elles, sans que cette confusion ait eu aucune importance pratique. Dans l'un et l'autre cas, la membrane limitante est dépressible, quoique assez épaisse pour que les ruptures spontanées soient fort rares. La vulve est saillante, le périnée bombé, et l'on a comparé cette tension à celle de la poche des eaux, pendant l'accouchement.

On doit procéder à l'examen des tumeurs utérine et tubaire avec

[1] Polaillon, *Loc. cit.*
[2] L. Le Fort, *Loc. cit.*

beaucoup de ménagements et ne pas s'obstiner à y rechercher la fluctuation, de crainte d'amener une rupture. Cette sensation peut, du reste, faire défaut ; quand la poche est très tendue, elle est simplement élastique.

Les doutes peuvent être grands, quand il s'agit d'une hématométrie par oblitération de l'orifice interne, avec col intact. On devra faire le diagnostic différentiel avec une **grossesse**, un **fibrome** et un **cancer du corps**, d'après les signes qui leur sont propres et d'après les anamnestiques.

Hématocolpos latéral. Hématométrie latérale.

Dans les cas de dédoublement total ou partiel du canal génital, le diagnostic présente des difficultés particulières pour l'**hématocolpos latéral** ou l'**hématométrie latérale** (fig. 627). La tumeur formée par l'hématocolpos latéral ne longe pas toujours exactement le côté du vagin perméable, mais elle décrit, par suite d'une évolution qu'a bien indiquée Breisky, un trajet demi-spiroïde autour de ce canal, de telle façon que sa partie inférieure peut être antérieure, et la partie supérieure postérieure, ou *vice versâ*. En haut, la tumeur, qui est fluctuante et cylindrique, est coiffée par la corne utérine correspondante. Il faudrait beaucoup d'inattention pour confondre avec une **cystocèle**, un **kyste du vagin**, une **entérocèle vaginale**, un **thrombus** ou une **hématocèle rétro-utérine**. Le diagnostic est bien plus difficile quand il y a dédoublement du canal vaginal et par suite accumulation de sang menstruel dans un segment de l'utérus bicorne, biloculaire ou didelphe. On devra rechercher avec soin, par la palpation bi-manuelle, à limiter exactement les rapports de la tumeur, et à découvrir le segment non dilaté de l'utérus, refoulé latéralement. C'est surtout dans l'hématométrie d'une corne rudimentaire que les hésitations sont inévitables, et qu'on confond la tumeur avec une **trompe kystique**, d'autant plus que la trompe correspondante est également dilatée. On évitera aussi de croire à un **corps fibreux**. La **grossesse** peut survenir dans la partie libre de l'utérus et considérablement compliquer l'analyse des signes physiques. Je considère la ponction exploratrice comme très dangereuse et je lui préférerais beaucoup, s'il est nécessaire, l'incision exploratrice, dans les cas douteux[1].

Pronostic. — Abandonnées à elles-mêmes, les collections sanguines résultant des gynatrésies sont d'un pronostic très grave[2].

[1] Ssolowjew (*Soc. obst. et gyn. de St-Pétersbourg*, 25 févr. 1888, in *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 50, p. 856), rapporte un fait d'incision exploratrice, faite par le prof. Slavjansky, dans un cas de gynatrésie (hématocolpos supérieur et hématométrie cervicale) pour bien fixer le diagnostic topographique, après quoi le ventre fut refermé et l'on ouvrit la collection par le vagin. — Slavjansky préconise cette conduite, comme opération préliminaire, toutes les fois qu'on a de la difficulté à s'orienter.

[2] A. Desprès (*Rétention des règles ; tumeur ombilicale*, in *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1886., p. 39) a publié un cas curieux d'hématométrie, chez une jeune fille de 14 ans,

L'évacuation spontanée n'entraîne pas la guérison, mais un soulagement temporaire, suivi tôt ou tard de la récidive des accidents de rétention, souvent aggravés par la suppuration. En effet, la perforation qui s'est spontanément effectuée est toujours insuffisante et se referme, après avoir permis l'évacuation, mais aussi l'infection du sac. Quand la tumeur s'est vidée dans les organes voisins, dans l'intestin et même l'estomac, ce qu'on a rarement observé, l'issue n'en a pas moins été funeste; de nouvelles menstruations remplissent incessamment la poche, et la malade s'épuise. La mort peut survenir par **septicémie** après ouverture spontanée, ou par **péritonite** après rupture dans le péritoine.

Dans les gynatrésies d'un segment du canal génital dédoublé, le pronostic est moins grave. L'hématocolpos latéral se termine fréquemment par la **rupture** à l'intérieur, du côté du vagin perméable, ou au niveau de la cloison intra-cervicale. Mais la suppuration s'empare généralement de cette cavité, et il se produit un pyocolpos qui se vide et se remplit alternativement, et peut causer des accidents graves, si l'on n'intervient pas pour transformer la perforation naturelle en une large ouverture. Dans les hématométries partielles ayant pour siège une corne rudimentaire, l'exhalation sanguine peut cesser et la tumeur rester stationnaire.

Avant l'ère antiseptique, l'ouverture de ces grandes collections entraînait très fréquemment la septicémie, soit qu'on la fît largement par une incision, sans déterger ensuite suffisamment la poche, soit qu'on la fît par ponction, pour éviter l'entrée de l'air, qu'on rendait responsable des accidents, ou pour éviter la décompression trop brusque, qui, pensait-on, était la cause des ruptures internes. En réalité, ces dernières se produisaient alors pour de tout autres raisons : primitivement, par suite d'une exploration trop violente; ou consécutivement, par suite de l'altération de la poche devenue friable, sous l'influence de la septicémie. Quoi qu'il en soit, l'intervention opératoire était regardée comme téméraire et déconseillée par Boyer, Dupuytren et Cazeaux; cette intervention était encore fortement contestée, il y a peu d'années[1]. Actuellement, de très nombreux succès montrent son innocuité réelle, si l'on procède à la fois hardiment et antiseptiquement. Par suite, le pronostic thérapeutique s'est radicalement transformé.

sans hématocolpos, et due, sans doute, à une atrésie du col: la collection s'évacua spontanément, et Desprès se fonde sur ce fait pour recommander systématiquement l'abstention opératoire. Mais la malade n'a pas été suivie plus d'un mois, et l'on ignore si la tumeur ne s'est pas reproduite, ce qui est probable.

[1] Voir à ce sujet Gillette. *Annal. de Gyn.*, mai et juill. 1874, t. I, p. 345, et t. II, p. 57. — J.-V. Delaunay. *Étude sur le cloisonnement transversal du vagin*, Thèse de Paris, 1877. — Guéniot. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1878, p. 509 (Rapport sur un travail de Boem).

Traitement. 1° Hématocolpos total et hématométrie partielle.

Traitement. — **1° Hématocolpos total et hématométrie partielle (cervicale) (Atrésie hyménale ou rétro-hyménale).** — La ponction simple ou aspiratrice non suivie d'incision dans la même séance paraît une opération prudente, mais représente, en réalité, une opération grave et téméraire. Elle expose beaucoup à la suppuration[1]. Il faut donc commencer par évacuer lentement la collection par une incision très petite, une simple ponction au bistouri, et permettre ainsi au liquide de s'écouler lentement, en une demi-heure ou une heure; puis, aussitôt après, on agrandira l'orifice crucialement. Il est plus nuisible qu'utile d'exciser en même temps la membrane obturatrice. On achève de nettoyer la poche par des injections antiseptiques faibles et poussées avec beaucoup de modération; on termine en introduisant dans le vagin de la gaze iodoformée[2].

On a objecté à ce procédé d'évacuation rapide, quoique progressif, le danger de provoquer une rupture des trompes, quand elles sont distendues et adhèrent aux parties voisines. Mais, d'une part, cette distension est très rare dans l'hématocolpos par oblitération inférieure; d'autre part, les trompes courent bien moins le danger de se rompre lorsque leurs parois sont encore intactes que lorsqu'on temporise, et qu'un certain degré de décomposition a ramolli la poche elle-même[3], dont le contenu est altéré.

2° Hématocolpos partiel et hématométrie.

2° Hématocolpos partiel et hématométrie partielle ou totale (Atrésie d'une grande partie de la totalité du vagin). — Il faut alors procéder à une véritable dissection, très dangereuse vu le voisinage immédiat du rectum et de la vessie. Amussat[4], qui a eu, le premier, l'audace de proposer la création d'un vagin artificiel, permettant l'évacuation immédiate de la collection, puis l'issue durable des règles, procédait en plusieurs séances, prenant chaque fois possession de la partie conquise avec des éponges préparées; il repoussait complètement l'instrument tranchant et agissait avec les doigts seulement pour écarter les tissus.

Actuellement, on préfère procéder en une seule séance, tout en mettant à profit les sages préceptes d'Amussat[5]. J'ai décrit le début de l'opération à propos des cas où il s'agit de créer seulement un

[1] Defontaine. *Sur un cas d'imperforation de l'hymen, avec rétention du sang menstruel*; rapport de Terrier. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1886, p. 745. — C'est un exemple de suppuration provoquée par une ponction.

[2] Ce procédé est recommandé par Hegar et Kaltenbach, Breisky, etc. Il a été suivi par P. Segond. *Imperforation congénitale de l'hymen* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 840); — Rapport de Berger (*Ibid.*, p. 851).

[3] Dans le fait de Gosselin, si souvent cité à ce propos, la perforation tubaire ne se produisit que trois jours après la première tentative de création d'un vagin artificiel; il existait déjà probablement des accidents de septicémie.

[4] Amussat. *Observations sur une opération de vagin artificiel.* Paris, 1855.

[5] Lenger. *Absence totale de vagin; hématométrie : création d'un vagin artificiel. Guérison* (*Ann. de la Soc. belge de Chir.*, 15 fév. 1896).

canal pour la copulation, en l'absence d'utérus (p. 1220). Quand il y a hématométrie, la présence d'une tumeur sert de guide précieux pour orienter la dissection. Dès qu'on est arrivé dans son voisinage immédiat, ce que l'on reconnaît par le toucher rectal, on enfonce un trocart dans la direction du point fluctuant, et lorsqu'on a ainsi pénétré dans la poche, ce que montre l'écoulement de liquide, on se hâte de débrider, à petits coups, avec un bistouri à lame étoite, sur les côtés de la canule du trocart. Breisky recommande pour cela un couteau à lame cachée dans une canule; il n'est cependant pas indispensable. Il faudra plus tard maintenir le calibre du canal avec des cylindres en gomme durcie ou en verre.

La **ponction par le rectum**, préconisée par Dubois, Boyer, Scanzoni et Baker Brown[1], doit être rejetée. La **ponction** ou l'**incision par la vessie**, qu'ont proposée Simon[2] et Spiegelberg dans les cas où l'incision par le périnée présente trop de risques, doit être prise en considération; assurément, on pourrait ainsi, sans ouvrir le péritoine, évacuer une collection dont la rupture est imminente. Mais la pénétration de l'urine dans la poche et son infection possible par la cystite que peut provoquer l'évacuation du sang altéré constituent un véritable danger.

L'**incision para-sacrée** ou **para-rectale** me paraît pouvoir être utilisée dans certains cas de ce genre.

3° **Hématométrie totale (Atrésie du col utérin).** — L'oblitération peut siéger, comme je l'ai dit, au niveau de l'orifice externe ou de l'orifice interne. Dans ce dernier cas, on commencera par dilater le col par des applications successives de laminaire, et l'on essayera d'introduire une sonde. Si l'on échoue, ou s'il s'agit de l'oblitération de l'orifice externe, on ponctionnera avec un trocart d'abord, puis on se servira du bistouri ou des ciseaux pour agrandir l'orifice de la ponction. Après des lavages répétés avec une solution antiseptique faible, à l'aide d'une sonde intra-utérine, on fera bien de tamponner cette cavité et celle du col avec la gaze iodoformée et de maintenir ainsi une dilatation un peu exagérée, durant plusieurs jours. On laissera, ensuite, une canule de verre ou un tube de caoutchouc en croix pendant longtemps, à demeure dans l'utérus. Quand l'utérus sera revenu à ses dimensions normales, on devra traiter par le curettage la métrite qui est la conséquence forcée de la lésion première. 3° Hématométrie totale.

4° **Hématocolpos latéral et hématométrie latérale (Atrésie d'une partie du canal génital dédoublé).** — Toute la série des lésions que je viens de passer en revue peut exister d'un seul côté du canal génital 4° Hématocolpos latéral et hématométrie latérale.

[1] Baker Brown. *Surgical diseases of women*; 3e édit., p. 284.
[2] Simon. *Berl. klin. Woch.*, 1875, n° 20, p. 268.

dédoublé. Aucune indication spéciale ne mérite ici d'être signalée : on appliquera les préceptes qui ont déjà été formulés.

Dans l'hématocolpos latéral, Schröder recommande de ne pas exciser la cloison trop largement, de façon que le pénis ne puisse s'égarer dans le vagin qui était obturé et pour qu'il ne survienne pas de conception de ce côté. Une pareille conception me paraît illusoire, car le sperme s'insinue par le plus petit pertuis. D'autre part, il me semble, à tous les points de vue, préférable de réséquer largement la cloison et de transformer le vagin double en un canal unique.

Une difficulté très grande se présente pour le traitement comme pour le diagnostic, quand le sang s'est accumulé dans une **corne rudimentaire**, à pédicule souvent allongé, formant une tumeur qui paraît indépendante de la division principale de l'utérus. On a conseillé d'arriver à la collection hématique par la voie vaginale, et Hegar a même préconisé soit la cautérisation, soit l'incision du cul-de-sac, suivie du tamponnement iodoformé porté jusque sur la tumeur, pour provoquer des adhérences préalables. Cette conduite me paraît plus dangereuse que la **laparotomie**, suivie de l'ablation de la corne rudimentaire et de la trompe correspondante, distendues par le sang[1]. Si des adhérences étendues en rendaient l'ablation trop dangereuse, on devrait suturer la poche à la paroi abdominale, l'évacuer et provoquer son oblitération par granulation[2].

Indications de l'hystérectomie.

On pourra encore être amené à pratiquer l'**hystérectomie**, dans certains cas déterminés d'utérus bicorne. La tumeur est généralement alors facile à pédiculiser au niveau du col utérin, qui sera fixé à l'extérieur. Je crois que cette opération doit être réservée aux cas où l'on n'est pas parvenu à arriver par la dissection du périnée jusqu'à la tumeur et à ceux où l'évacuation de la collection présente des difficultés, par suite de la solidification de son contenu, transformé en masses fibrineuses, comme dans un cas de Jeannel[3]. L'hystérectomie serait faite d'emblée, si l'on reconnaissait cette disposition d'avance, ou suivrait, séance tenante, la tentative infructueuse d'évacuation vaginale. Il importe, en effet, de ne pas trop longtemps prolonger les manœuvres par cette voie, ni d'exercer de

[1] Un cas de ce genre est cité par G. Leopold. *Ueber Blutansammlung in verschlossenen utero-vaginal Kanale und die Salpingotomie* (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXIV, Heft 3, p. 371).

[2] Howitz. *Centr. f. Gyn.*, 1882, p. 271.

[3] Jeannel. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1887, p. 505 (Rapport de Berger). La malade, qui a succombé presque immédiatement après l'opération, paraît être morte d'hémorrhagie interne, résultant de la rupture d'hémato-salpinx causée par des manœuvres très laborieuses (deux heures) et des pressions exercées sur le ventre. La tumeur (utérus bicorne avec hématométrie gauche), très volumineuse, était pleine de caillots solides.

pressions qui amèneraient la rupture des dilatations tubaires. L'hystérectomie a été pratiquée, avec succès, par John Homans[1] pour un cas d'hématométrie latérale dans un utérus bicorne.

5° **Hémato-salpinx.** — Quelle conduite convient-il de tenir vis-à-vis de l'hémato-salpinx qui complique souvent les gynatrésies? On ne saurait le négliger, car la rupture de la trompe, transformée en un sac à parois minces, a souvent entraîné la mort. Fuld[2] a rassemblé 66 cas de gynatrésies, tant acquises que congénitales, où cet accident a été rapporté, et 48 fois il a été suivi de mort. Parmi eux, 39 ont été consécutifs à une opération antérieure et 9 sont survenus avant toute intervention. L'hémato-salpinx existait 27 fois dans des atrésies du canal génital non dédoublé, et 12 fois dans des cas où il y avait dédoublement. 5° Hémato-salpinx.

Pour bien apprécier les indications opératoires, il faut connaître l'évolution naturelle de la collection tubaire, après que la tumeur vaginale ou utérine a été évacuée. Dans beaucoup de cas, si l'on a eu soin de créer une voie assez large pour l'écoulement du sang et de la maintenir, l'hémato-salpinx se vide peu à peu et disparaît[3]. Mais il y a aussi beaucoup d'observations où la tumeur tubaire ne subit pas de changements, ou bien, après s'être affaissée, elle reparut de nouveau, à l'époque des règles suivantes. C'est dans ces cas-là qu'il faut opérer; la **salpingotomie** a donné un beau succès à Sutugin[4] dans des circonstances semblables.

On a proposé la simple évacuation de l'hémato-salpinx par la ponction; mais, quoique moins importante en apparence, celle-ci est, en réalité, plus dangereuse que l'ablation. La **ponction par les culs-de-sac du vagin** (Kaltenbach, Alberti, Rennert, H. Bertram, P. Müller) a donné des succès, mais elle expose à la blessure de l'intestin et de la vessie, à l'effusion du sang dans le péritoine et à la suppuration de la poche. La **ponction par la paroi abdominale** (Haussmann) est passible des mêmes reproches.

[1] John Fomans. *Boston med. and surg. Journ.*, 8 nov. 1883, t. CIX, p. 456.

[2] S. Fuld. *Die Salpingotomie wegen Hämatosalpinx bei Gynatresie* (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXIV, Heft 2, p. 191). — G. Leopold. *Loc. cit.*, p. 371. — J. M. L. Woff. *Vratch*, 1895, n° 28. — M. Sänger. *Drei Fälle von Salpingo-oophorectomia duplex bei Hematometra gynatretica* (*Centr. f. Gyn.* 1896, p. 49).

[3] Aman. *Ein Fall von Atresia hymenalis. Hämatocolpos, Hämatometra und Hämatosalpinx* (*München. med. Woch.*, 1888, n° 52, p. 909). Disparition spontanée de l'hémato-salpinx après évacuation de l'hématocolpos et de l'hématométrie.

[4] Sutugin. *Vratch*, 1888, n° 24, p. 466 (Observ. XXIV). — Chapmann. *Edinb. med. Journ.*, 1884-85, t. XXX, p. 204. — Terrillon. *Revue de chir.*, 1887, t. VII, p. 71, et *Bull. de thérap.*, 1877, t. CXIII, p. 390. — Ces chirurgiens, que Fuld cite, un peu à tort, à ce propos, ont opéré des hémato-salpinx survenus après des rétrécissements acquis et non pas congénitaux du canal génital. — Leopold (*Loc. cit.*, p. 371) a publié un fait de salpingotomie prophylactique, pratiquée dans un cas d'utérus bicorne avec une corne rudimentaire, où il existait de la salpingite interstitielle hypertrophique occasionnant des douleurs. Ces faits, très disparates, ne sauraient être rapprochés.

Indications de la salpingotomie.

Il est une autre circonstance où la salpingotomie s'impose. C'est lorsqu'on voit avant ou après une opération sur le vagin ou l'utérus atrésiés, la tumeur des trompes subitement s'affaisser, sans issue à l'extérieur d'une quantité de sang en rapport avec cette diminution de volume. Il est très probable, dès lors, qu'une rupture s'est faite dans le péritoine; des symptômes graves d'hémorrhagie interne rendraient le fait certain et commanderaient alors la laparotomie immédiate.

INDEX ANALYTIQUE

(LES CHIFFRES RENVOIENT AUX PAGES)

Abaissement de l'utérus, 121.

Abcès des glandes de Bartholin. Etiologie, pathogénie, 1152; symptômes, 1157; diagnostic, traitement, 1158.

— **pelviens.** Anatomie pathologique, 747; étiologie, 753; symptômes et diagnostic, 755; pronostic, 759; traitement, 760.

Abdomen. Contracture des muscles droits de l' —, simulant une tumeur, 105.

Abstersion de l'utérus dans le traitement de la métrite catarrhale, 223.

Accidents à la suite d'injections sous-cutanées de cocaïne, 40; — dus à l'anesthésie générale, 45, leur traitement, 48; — à la suite d'injections caustiques intra-utérines, 229; — à la suite du curettage utérin, 235; — dans l'énucléation des corps fibreux sous-muqueux, 305; — dans l'hystérectomie abdominale, 361; — dans l'hystérectomie vaginale pour cancer du col de l'utérus, 435; — dans la colpo-périnéorrhaphie, 589; — des kystes de l'ovaire, 823; — dans l'ovariotomie abdominale pour kystes de l'ovaire, 860; — dans les opérations pour fistules urinaires, 1046.

— **de rétention** dans les atrésies génitales. Étiologie et symptômes, 1237; diagnostic, 1241; pronostic, 1242; traitement, 1244.

Accouchement prématuré dans les grossesses compliquées de corps fibreux, 387.

Acné varioliforme de Bazin, 1123.

Actinomycose et salpingite, 661.

Adénite péri-utérine, 695; — pelvienne, 725.

Adéno-lymphite, adéno-phlegmon juxta-pubien. *Voyez* **Péri-métro-salpingite**, 741.

Adénome de l'utérus, 459.

Adéno-myxo-sarcome, 413; **Adéno-myxome**, 415.

Adénopathie sus-claviculaire dans le cancer utérin, 407.

Adhérences dans les corps fibreux de l'utérus, 263; — dans les kystes de l'ovaire, 810, 837.

Agrafe de Walcher, 73.

Aiguilles montées, 50; — de Croft, d'Emmet, de Péan, de Deschamps, 50; — plates de Hagedorn, 51; — rondes, 53; — de Kaltenbach, 336; — de Simpson, de Sims, de Startin, de Reverdin, 1021; — de Neugebauer pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, 1027.

Ajusteur de Bozeman pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, 1027.

Alèze de Smester, 8; — de Kelly, 9; — métallique pour les injections et l'irrigation continue opératoire (modèle Pozzi), 95.

Alumnol, 15.

Alun. Injections d' — dans la métrite catarrhale, 223.

Amas graisseux simulant une tumeur, 106.

Aménorrhée. Définition, 627; pathogénie, étiologie, 628; symptômes, 632; traitement, 634.

Amputation du col. Historique, 243; — dans les métrites, 243; — à deux lambeaux (Simon-Markwald), 245; — à un lambeau (Schröder), 246; — supra-vaginale dans le cancer (Schröder), 420; — conoïde dans les prolapsus (Huguier), 564, 573.

Androgynoïdes, 1195; — gynécomastes, 1197; — réguliers, 1197; — irréguliers ou hypospadiaques, 1199.

Anesthésie en gynécologie, 38; — par la réfrigération, 38; — par la cocaïne, 38; — par l'irrigation continue, 41; — par la suggestion, 41; — générale, 41; — comme moyen d'exploration, 42, 106; — par l'éther, 42; — par le chloroforme, 43; par le pental, 42; — par le bichlorure de métylène, 43; — par le bromure d'éthyle, 43; — mixte, 43; — prolongée; accidents, 45; — contre-indications de l' —, 47; technique générale de l' —, 47; — accidents de l' — et leur traitement, 48.

Angio-sarcomes de l'ovaire, 877.

Aniline. Couleurs d' —, 14.

Anneaux cicatriciels du vagin, 1167; traitement en dehors de la grossesse, 1167;

pendant la grossesse et le travail, 1168.
Annexes de l'utérus. Considérations générales et classification des inflammations des —, 647. *Voyez* **Ovaires, trompes.**
Anomalies des organes génitaux, 1172. *Voyez* **Malformations.**
Antéflexion de l'utérus. Anatomie pathologique, étiologie, 494; symptômes, 497; diagnostic, 498; traitement, 499.
Antéversion de l'utérus. Anatomie pathologique, étiologie, 490; symptômes, diagnostic, 491; traitement, 492.
Antipyrine dans le traitement des corps fibreux et de l'utérus, 288.
Antisepsie de l'opérateur, 2, 3, 21; — des aides, 2, 3, 21; — des instruments, 3 23; — du milieu, 4, 22; — de la malade, 4, 22; — du col et de la cavité utérine, 15; — et asepsie dans la laparotomie, 19; — des objets de pansement, 23.
Antiseptiques nouveaux, 14.
Apoplexie de la trompe, 711; — intra-kystique dans les kystes de l'ovaire, 812; — de l'ovaire cause d'hématocèle, 918.
Appareil génital. Développement et malformations de l' — 1172.
Applicateur utérin de Sims, 225; de Mundé, 225.
Argent (nitrate d'). Crayons de — pour la cautérisation intra-utérine, 226.
Aristol, 15.
Arrêts de développement des organes génitaux externes de la femme, 1178.
Arsenic dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, 289.
Artères utérines. Ligature des — 128; — dans la métrite hémorrhagique, 240; dans la ménorrhagie, 637.
Ascite dans les corps fibreux de l'utérus, 263; — hémorrhagique dans les tumeurs malignes, 283; — dans les kystes de l'ovaire, 811.
Asepsie dans la laparotomie, 19.
Assa fœtida dans la dysménorrhée, 641.
Association microbienne dans la tuberculose génitale, 894.
Atrésie du col. Définition, étiologie, 608; — traitement, 609.
— **de la vulve et du vagin**, 1165; — complète de la vulve et de l'urèthre, 1179; — ano-vulvaire et ano-vaginale, 1179; — de l'hymen, 1190; — congénitale du vagin, 1223.
Atrophie du col et de l'utérus. Étiologie et anatomie pathologique de l' — congénitale, 618; symptômes et diagnostic, 619; traitement, 619; anatomie pathologique et étiologie de l' — acquise, 620; symptômes et diagnostic, 621; pronostic et traitement, 622.
Atrophie sénile de la vulve, 1166.
Autoclave de Chamberland, 25; — de Vaillard et Besson, 29.
Autoplastie par dédoublement dans les fistules vésico-vaginales, 1024, dans les fistules recto-vaginales, 1058; — par glissement dans les fistules recto-vaginales, 1059.
Avortement dans les métrites, 203; — provoqué dans les grossesses compliquées de corps fibreux, 387.

Bacilles de Koch. De la porte d'entrée des — dans les salpingites tuberculeuses, 661; dans la tuberculose du vagin et du col, 893, de l'utérus, 908, des ovaires, 912.
Ballottement douloureux de l'utérus dans les métrites, 200, 207.
Bartholinite. *Voyez* **Abcès** et **Kystes des glandes de Bartholin.**
Bassin à tube d'écoulement pour les injections vaginales, 9.
Béquille de Clover, 98; — de von Ott, 102.
Bistouris longs, droits et courbes pour hystérectomie vaginale, 317; — droits convexes et coudés pour le traitement des fistules vésico-vaginales, 1019.
Blanc de baleine en injection dans les poches kystiques, 994, 1157.
Blennorrhagie. Rôle de la — dans l'étiologie des métrites, 194, des oophoro-salpingites, 657, des vaginites, 973.
Boîte de Schilmmelbusch pour stériliser et conserver la soie, 35.
Borique (acide), 4, 12; — dans le traitement de la métrite catarrhale, 223.
Bougies dilatatrices de Hegar, 126.
Bouilloire portative de Collin pour stériliser les instruments, 23.
Bride musculine du vestibule, 1177.
— **transversales** du vagin, 1223.
Brome. Solution alcoolique de — dans le traitement du cancer du col, 454.
Bromure de potassium dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, 289.

Cachexie cancéreuse, 409.
Caduque. Expulsion d'une — dans la grossesse extra-utérine, 947.
Calcification des corps fibreux de l'utérus, 263.
Calculs. Présence de — dans la cystocèle, 567; — vésicaux à la suite du colpocleisis, 1033; — après l'opération de la fistule vésico-vaginale, 1047.
Cancer du col de l'utérus. Anatomie pathologique, 393; formes anatomiques, 394; variétés histologiques, 397; voies d'extension, 399; symptômes, 408

— compliqué de grossesse, 410; diagnostic, 410; formes exceptionnelles, 412; pronostic, 415; étiologie, 416; traitement, 418; traitement du — compliqué de grossesse, 456; traitement du — compliqué de corps fibreux ou de kyste de l'ovaire, 458.

— **du corps de l'utérus**. 459 : formes, 462 : A. Epithelioma (ou carcinome) de la muqueuse. Anatomie pathologique, 463; symptômes, 466; diagnostic, 468; pronostic, étiologie, 470. B. Sarcome diffus de la muqueuse. Anatomie pathologique, 471; symptômes et diagnostic, 471; pronostic, étiologie, 472. C. Corps fibreux sarcomateux. Anatomie pathologique, 472; symptômes, 473; diagnostic, pronostic, étiologie, 474. D. Déciduome malin. Anatomie pathologique, 475; symptômes, 479; pronostic, étiologie, 480. Traitement des cancers du corps, 481; traitement palliatif, 484.

— **du vagin**. Anatomie pathologique, étiologie, 996; marche, symptômes, diagnostic, 998; traitement, 999.

— **de la vulve**. Anatomie pathologique, 1147; étiologie, symptômes, 1149; marche, pronostic, 1150; traitement, 1151.

Cannabis indica (Teinture de) dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, 288; — dans la dysménorrhée, 641; — dans le traitement du prurit vulvaire, 1161.

Canquoin (Pâte de). Crayons de — pour la cautérisation intra-utérine, 226; accidents consécutifs à leur emploi, 226; — dans le cancer du col, 454.

Canules pour injections vaginales, 8.

Carcinome. *Voyez* **Cancer**. **Épithelioma**

Castration pour corps fibreux, 373; historique, 373; indications, 374; technique, 376; — unilatérale, 380; gravité et résultats, 381.

— dans la métrite hémorrhagique, 240; — dans la métrite douloureuse chronique, 250; — dans l'antéflexion de l'utérus, 502; — dans l'atrophie du col et de l'utérus, 620; — dans la dysménorrhée, 642; — dans les malformations du vagin, 1219; — dans les malformations de l'utérus, 1227. *Voyez* **Opération de Battey**.

— **utérine** dans la métrite douloureuse chronique, 250; — pour corps fibreux de l'utérus, 373.

— **utéro-ovarienne** dans les lésions inflammatoires des annexes, 735.

Catgut. Préparation et conservation du — 35, — comme fil à suture, 55.

Cathétérisme utérin, 117, 208; — des uretères (procédés de Pawlik, 135, de Simon, de Grünfeld, de Brenner, de Howard, A. Kelly, 141); — des trompes, 701.

Caustiques solides dans la métrite catarrhale, 226; tampons — dans la métrite catarrhale, 227; injections — dans la métrite catarrhale, 228; — de Filhos dans le cancer du col, 454. *Voyez* **Zinc** (chlorure de).

Cautérisation des pédicules, 34; — intra-utérine dans la métrite catarrhale, 226; — des corps fibreux, 320; — du cancer du col propagé aux organes voisins, 454; — des fistules urinaires, 1014; — au fer rouge du cancer du vagin, 1000.

Cavité utérine (Allongement de la) dans les corps fibreux, 274.

Ceintures abdominales dans le traitement des métrites, 218; — hypogastriques pour antéversion de l'utérus, 491; — dans le traitement des prolapsus génitaux, 571.

Cellulite pelvienne diffuse. Anatomie pathologique, 752; étiologie, 753; symptômes et diagnostic, 759; pronostic, 760; traitement, 760.

Chancre syphilitique. Confusion entre le — et l'herpès de la vulve, 1128.

Chloroforme. Son emploi comme anesthésique, 43.

Chlorose. Atrophie du col et du corps de l'utérus dans la —, 621.

Chromique (acide), dans la préparation du catgut, 37.

Chute de l'utérus, *Voyez* **Prolapsus**.

Ciguë, prétendu spécifique du cancer de l'utérus, 456.

Ciseaux de Küchenmeister pour le débridement du col, 129; — longs et courbes pour l'hystérectomie vaginale, 317; — de Roux, 1093; — d'Emmet, coudés et courbés sur le plat pour colpo-périnéorrhaphie, 1093.

Clitoris. Malformations du —, 1183; traitement, 1208. — dans le pseudo-hermaphrodisme, 1193.

Cloisonnement du vagin dans les prolapsus (Le Fort), 584. *Voyez* **Malformations du vagin**.

Cocaïne. Son emploi comme anesthésique local, 38.

Coccygodynie dans les métrites, 204; — en général, 1161; étiologie, 1161; symptômes, traitement, 1162,

Cœur. Maladie du — et anesthésie, 46; palpitations de — dans les métrites, 204; lésions du — dans les corps fibreux de l'utérus, 269, 273, dans le cancer de l'utérus, 404.

Coït. Rôle du — dans la production des métrites, 193; — dans la tuberculose génitale, 893.

Coliques salpingiennes, 691.

Col utérin. Lésions du — dans les métrites, 166; — déchirures du —, 177; corps fi-

breux du —, 258 ; cancer du — 393; hypertrophie du — dans les prolapsus génitaux, 561; tuberculose du — 904; métrite du — dans les fistules urinaires, 1005 ; — malformations du —, 1225.

Col utérin (Opérations sur le). Différents procédés de dilatation du —, 122 ; scarification du — dans la métrite douloureuse chronique, 241; différents procédés d'amputation du — 243 ; dilatation non sanglante du — dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, 295 ; section bilatérale du — dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, 296; amputation du — dans le cancer, 418 ; scarifications du — dans l'aménorrhée, 636.

Colpectomie dans le prolapsus, 593.

Colpeurynter dans l'inversion utérine, 605.

Colpocleisis dans le traitement des fistules vésico-vaginales, 1031 ; — dans les fistules uretéro-vaginales, 1045; — dans les fistules entéro-vaginales, 1071.

Colpo-hystérectomie. *Voyez* **Hystérectomie vaginale.**

Colpo-hystéropexie. *Voyez* **Hystéropexie vaginale.**

Colpo-périnéoplastie par glissement (Doléris), 581.

Colpo-périnéorrhaphie dans le traitement des prolapsus, 575; procédé de Hegar, 575; de Martin, 578; de Bischoff et de Winckel, 580; soins consécutifs, gravité, résultats, 588; — dans les déchirures du périnée. Voyez **Déchirures du périnée.**

Columnisation du vagin dans la métrite douloureuse chronique, 241.

Compresses-éponges pour la laparotomie. Leur préparation, 32.

Compression (Phénomènes de) dans les corps fibreux de l'utérus, 271.

Compte-gouttes de Schücking, 88.

Conduits de Müller, de Wolff, 1174, 1175.

Condurango prétendu spécifique du cancer de l'utérus, 456.

Condylomes de la vulve, 1136.

Coprémie dans les corps fibreux utérins, 272; — dans la rétroflexion, 508.

Corne rudimentaire de l'utérus. Grossesse dans une —, 944; traitement, 965.

Corps étrangers du vagin. Étiologie, symptômes et marche, 1169; diagnostic, traitement, 1171.

Corps fibreux (Classification des) au point de vue du diagnostic, 276; — au point de vue opératoire, 325.

— **de l'utérus**. Définition, 253; histogénie, 253; fréquence, 256; nombre, 256; volume, 257 ; siège, 257; structure et texture, 260; connexions avec le tissu utérin, 260; connexions avec les organes voisins, 262; altérations et dégénérescences, 263; lésions voisines et éloignées, 268; symptômes rationnels, 271 ; signes physiques, 274; diagnostic, 275; marche et pronostic, 284; étiologie, 286; traitement médical, 287 ; traitement chirurgical, 297; choix d'un procédé de traitement des —, 371 ; — compliqués de grossesse, 385; de cancer du col, 456.

— **du museau de tanche**. Anatomie pathologique, 258; diagnostic, 277 ; traitement, 297.

— **intra-ligamentaires pelviens**. Anatomie pathologique, 257, 259; diagnostic, 281 ; traitement, 358.

— **pédiculés**. Anatomie pathologique, 257; diagnostic, 278; traitement, 298.

— **sarcomateux**, 472.

— **sous-muqueux**. Anatomie pathologique, 257 ; diagnostic, 278; traitement, 300.

— **sous-péritonéaux**. Anatomie pathologique, 257; diagnostic, 279; traitement, 321.

— **du vagin**. Anatomie pathologique, 995; étiologie, symptômes, diagnostic, traitement, 996.

Corps jaune. Kystes du —, 686; fibromes du —, 872.

— **de Wolff** ou d'**Oken**, 1172.

Crayons iodoformés, 15; — médicamenteux, de Becquel et Rodier, de Courty, de Dumontpallier, 226.

Créoline, 6.

Crins de Florence. Préparation et conservation des —, 37; — comme fils à suture, 54.

Crochets aigus pour écarter les lèvres du col, 207; — de Neugebauer pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, 1017; — mousses et aigus pour la même opération, 1019.

Cuillers. *Voyez* **Curettes.**

Cunéihystérectomie dans l'antéflexion de l'utérus, 502.

Curage dans le cancer du col, 453; — dans le cancer du vagin, 1000.

Curettage explorateur, 131; — dans la rétention des membranes, 216; — dans la métrite catarrhale, 229; technique du —, 232; accidents du —, 235; — dans la métrite hémorrhagique, 240; — dans le traitement des corps fibreux de l'utérus; 295; — dans l'aménorrhée, 636; — dans les salpingites au début, 728.

Curettes tranchantes de Simon, 231; — de Sims, 231; — mousses, 231; — de Récamier; — de Pozzi, 231; — tranchantes, 453.

Cystocèle dans le prolapsus des organes génitaux, 559; — dans les déchirures du périnée, 1085.

Cysto-épithéliomes de l'ovaire, 788.

Cystoplastie par glissement dans les fistule

urinaires, 1011 ; — dans les fistules intra-cervicales, 1037.

Cystoscope de Howard A. Kelly pour le cathétérisme des uretères, 142 ; — de Nitze, 142 ; — de Leiter, de Brenner, 143.

Débridement de l'orifice externe du col, 128.

Déchirures du col, 177 ; rôle des — dans l'étiologie des métrites, 195 ; traitement des —, 238.

— **du périnée**. Étiologie, pathogénie, 1081 ; anatomie pathologique, 1083 ; symptômes, diagnostic, pronostic, 1085 ; traitement des — récentes, 1085 ; des — anciennes, 1087 ; incomplètes, 1089 (procédé de Simon, 1090, d'Emmet, 1091, de Lawson-Tait, 1093) ; anciennes, complètes, 1096 (procédé de Simon Hegar, 1096, de Freund, de Hildebrandt, de Heppner, de Lauenstein, 1101, de Martin, 1103, de Le Fort, 1104, de Richet, 1106, d'Emmet, 1108, de Lawson-Tait, 1113, de Pozzi, 1114, de Simpson, 1117, de Fristsch, 1118). Soins consécutifs, 1119 ; pronostic et résultats, 1120 ; choix du procédé, 1121.

Décortication des corps fibreux intra-ligamentaires pelviens, 358.

Dégénérescence myomateuse de l'utérus, 256 ; — des corps fibreux de l'utérus, 263 ; — cancéreuse des corps fibreux de l'utérus, 267.

Déplacements de l'utérus. Considérations générales, 486 ; division et historique, 488. *Voyez* **Antéflexion, antéversion, rétroflexion, rétroversion.**

Dermatol, 15.

Dermoïdes. Kystes — de l'ovaire, 791 ; de la vulve, 1143.

Développement de l'appareil génital, 1172 ; de l'hymen, 1184 ; du vagin et de l'utérus, 1209.

Diabète et atrophie du col et du corps de l'utérus, 621 ; — et eczéma de la vulve, 1127 ; — et prurit vulvaire, 1159.

Diaphtérine, 15.

Diathèses (Rôle des) dans l'étiologie des métrites, 198.

Différenciation du sexe, 1176.

Digitale dans le traitement de la métrite hémorrhagique, 239 ; — dans la ménorrhagie, 638.

Diiodoforme, 15.

Dilacération des corps fibreux par la voie vaginale, 320.

Dilatation artificielle du col de l'utérus, 122 ; — lente, 123 ; — immédiate forcée, 126 ; — immédiate progressive, 126 ; procédés sanglants de —, 127 ; permanente, 129 ; — du col dans le traitement de la métrite hémorrhagique, 239 ; — du col dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, 295 ; — dans la sténose, 615.

Dilatateurs (du col) de Sims, d'Ellinger, de Collin, 125 ; — de Hegar, 126 ; — de Schultze, de Peaslee, de Tait, de Hank, de Fritsch, 126.

Diplogenèse dans les kystes de l'ovaire, 802.

Divulsion du col, 126.

Douches chaudes vaginales, prolongées, dans le traitement des métrites, 220.

Douleur (Caractères de la) dans les métrites, 199 ; — dans les corps fibreux de l'utérus, 271 ; dans le cancer du col, 408 ; dans le cancer du corps, 467 ; — dans l'oophoro-salpingite, 691.

Drains. Préparation et conservation des —, 37.

Drainage, 76 ; — des plaies, 77 ; — du péritoine, 77 ; — par le vagin, 82 ; — par la plaie abdominale, 83 ; — capillaire, 84 ; — intra-utérin, 87, 223.

Dysménorrhée. Définition, 638 ; division, 639 ; symptômes et diagnostic, 640 ; traitement, 641.

— **membraneuse**. Anatomie pathologique, 153 ; symptômes, 211 ; traitement, 221.

Dyspareunia dans l'antéflexion de l'utérus, 498.

Dyspepsie utérine, 203.

Dysurie dans les corps fibreux de l'utérus, 271.

Eau chaude en injections dans la métrite hémorrhagique, 239 ; — dans la ménorrhagie, 637.

— **minérales** chlorurées sodiques dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, 289.

— **salée** en injections, sous-cutanées dans le traitement de l'hémorrhagie tardive des opérées, 364, 860 ; — dans la septicémie, 864.

— **stérilisée** pour le lavage des mains, 2 ; — pour injections intra-utérines, 17 ; — pour lavages péritonéaux, 33 ; — pour la transfusion, 364.

Écarteurs de Péan, pour l'hystérectomie vaginale, 316.

Échinocoques des trompes, 886 ; du petit bassin, 888 ; du vagin, 988.

Écouvillon de Doléris, 224.

Écouvillonnage dans la métrite catarrhale, 224.

Ectopique (grossesse). *Voyez* **Grossesse extra-utérine.**

Ectropion de la muqueuse du col utérin dans les métrites, 174.

Eczéma de la vulve, 1126.

Électricité dans le traitement de la métrite

douloureuse chronique, 242; — dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, 289; — dans le traitement de la sténose du col, 615; de l'atrophie du col et de l'utérus, 619; de l'aménorrhée, 635; de l'oophoro-salpingite, 698; des résidus d'inflammations salpingiennes anciennes, 773; des kystes de l'ovaire, 838; de la grossesse extra-utérine, 956; du vaginisme, 1080; de la coccygodynie, 1162; de l'absence du vagin, 1221.

Électrode unipolaire de Tripier (pour la faradisation de l'utérus), 293; — bipolaire d'Apostoli, 293.

Électrolyse. *Voyez* **Électricité**.

Éléphantiasis de la vulve. Anatomie pathologique, 1138; symptômes, diagnostic, étiologie, 1139; traitement, 1140.

Élytroplastie dans les fistules urinaires, 1010.

Élytrorrhaphie antérieure. Procédés de Sims, Emmet, Hegar, Pozzi, Stoltz, 583.

Élytrotomie dans la grossesse ectopique, 969.

Embolie cause de mort après l'hystérectomie abdominale, 367.

Emménagogues dans l'aménorrhée, 634.

Enchondromes de la vulve, 1142.

Endocardite verruqueuse dans le cancer utérin, 406.

Endométrite chronique interstitielle, 159; — glandulaire, 161; — polypeuse, 164; post abortum, 165; — exfoliante, 153, 211; — dans les corps fibreux de l'utérus, 271; — dans la tuberculose du col, 908.

Endoscopie, 141. Procédé de Grünfeld, de Brenner, de Howard A. Kelly, 141.

Endothéliome de l'ovaire, 875.

Enfant vivant dans la grossesse ectopique, 958.

Entérocèle vaginale dans le prolapsus, 561; — adhésive dans certaines tumeurs des trompes, 725.

Entéroptose dans la rétroflexion de l'utérus, 554; — dans les prolapsus, 568.

Entérorrhaphie dans les fistules entéro-vaginales, 1071.

Énucléateur de Pozzi, 303.

Énucléation des corps fibreux sous-muqueux, 300; — intra-péritonéale des corps fibreux abdominaux à noyau unique, 327.

Épilepsie menstruelle. Castration dans l' —, 643.

Épisiorrhaphie dans le prolapsus des organes génitaux, 574; — dans le traitement des fistules vésico-vaginales, 1031.

Épispadias de la femme, 1180; traitement, 1208.

Épithelioma de l'utérus, 462.

— **de l'ovaire**. Anatomie pathologique, 880; symptômes, marche, diagnostic et traitement, 881.

— **des trompes**, 882.

— **des ligaments larges**, 887.

— **de la vulve**, 1148.

Éponges. Leur emploi et leurs dangers en gynécologie, 18, 31.

— **préparée** dans la dilatation du col, 123.

Ergot de seigle dans le traitement de la métrite hémorrhagique, 239; dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, 287; — dans la ménorrhagie, 637.

Éruptions cutanées dans l'aménorrhée, 633.

Érysipèle de la vulve, 1126.

Esthiomène de la vulve. Définition, anatomie pathologique, 1130; symptômes, 1131; diagnostic, pronostic, étiologie, 1133; traitement, 1134.

Estomac. Troubles de l' — dans les affections utérines, 203.

Étranglement interne dans les kystes de l'ovaire, 826.

Étuve de Wiesnegg, 24.

Éventration compliquant les corps fibreux, 284.

Éviscération dans la castration pour corps fibreux de l'utérus, 379; — dans l'oophoro-salpingotomie, 731; — dans l'ovariotomie, 859.

Examen au spéculum, 112.

Excision exploratrice du col, 131.

Exdermoptosis vulvaire, 1123.

Explorateur urétéral de Howard A. Kelly, 142.

Exploration gynécologique, 93; — manuelle, 109; — manuelle du rectum, 108; — des uretères, 132; — septique cause d'oophoro-salpingite, 660.

Expression des trompes (Opération de Polk) dans le traitement de l'oophoro-salpingite non kystique, 700.

Facies utérin, 206; ovarien, 823.

Fauteuil à spéculum pour cabinet médical, 96.

Fécondité après l'ovariotomie, 868.

Fer (Perchlorure de) en injections dans les métrites chroniques, 228, 234.

Fibromes de l'ovaire. Anatomie pathologique, 872; symptômes, 873; marche, diagnostic et traitement, 874.

— **des trompes**, 882.

— **des ligaments larges**, 886.

— **des ligaments ronds**, 889.

— **de la vulve**, 1140.

Fibroma papillare cartilaginescens, 414.

Fibro-kystiques (Tumeurs) de l'utérus, 264.

Fibro-myomes. *Voyez* **Fibromes, corps fibreux**.

Fibro-myxome, fibro-sarcome de l'ovaire, 872.

Fièvres éruptives, cause de métrite, 197.

Fils pour les sutures, 53.
— **d'argent.** Préparation et conservation des —, 37.
Fistules fécales, 1049. *Voyez* **Fistules recto-vaginales** et **Fistules entéro-vaginales.**
— **entéro-vaginales.** Définition, étiologie, 1068; anatomie pathologique, symptômes, 1069; diagnostic, 1070; traitement, 1070.
— **recto-vaginales.** Étiologie, 1049; anatomie pathologique, 1050; symptômes diagnostic, pronostic, traitement, 1051; opération par le périnée, 1052, par le vagin, 1056. (Avivement simple, 1057, autoplastie par dédoublement, 1058, par glissement, 1059, procédé de Fritsch, 1060, de Le Dentu, 1060, de P. Segond, 1064) par le rectum, 1067; soins préliminaires et consécutifs, 1067.
— **urinaires.** Étiologie, 1001; anatomie pathologique, 1002; symptômes, 1005; diagnostic, 1006; pronostic, 1008; traitement, 1009 : historique, 1009; traitement des — **vésico-vaginales** et **urêthro-vaginales**, 1013, par l'oblitération directe, 1014, par l'oblitératien indirecte, 1031 ; traitement des — **cervicales**, 1034; traitement des — **uretéro-vaginales** et **uretéro-cervicales**, 1038, par l'oblitération directe (procédés de Simon, de Dührssen, 1038, de Landau, de Schede, 1039, du dédoublement, 1040, de la greffe uretérale, 1041), par l'oblitération indirecte, 1044. Gravité de l'opération, accidents opératoires, résultats, 1046.
— **tuberculeuses du vagin**, 900.
— **vaginales.** Classification, 1001.
Fœtus. Mort du — dans la grossesse ectopique, 946, 953 ; extraction du — par la laparotomie, 965, par l'élytrotomie, 969, par l'urèthre dilaté et la taille vaginale, 971.
Foie. Lésions du — dans les corps fibreux de l'utérus, 269; dans le cancer de l'utérus, 407.
Folie après l'ovariotomie et l'hystérectomie abdominale, 868.
Folliculaires (kystes) de l'ovaire, 682.
Folliculite vulvaire, 1123.
Forcipressure, 73.

Galvanocaustique dans la métrite catarrhale, 227; — dans la dysménorrhée membraneuse, 222.
Gangrène de la vulve, 1125.
Gastro-hystéropexie. Historique 537, procédés de Kœberlé et Klotz, Olshausen et Sänger, Kelly, Léopold, 541; — de Czerny, 542; — de Terrier, 543; — d'emblée sans laparotomie, 544; procédé de Caneva, 545; pronostic, 546; — et grossesse, 546; indications, 548; — dans les prolapsus, 590.
Gaze iodoformée, 12;
— aseptique, 14;
— au sublimé, 14;
— au salol, 14;
— à l'iodol, 14;
— à l'acide phénique, 14.
Gentiane (Racine de) pour la dilatation du col, 123.
Germes pathogènes dans le canal génital de la femme saine, 10. *Voyez* **microbes.**
Glandes de Bartholin. Kystes et abcès des —, 1152.
— **de Duverney** ou **de Cowper**, 1152.
Glycérine. Tampons glycérinés dans la métrite aiguë, 220; — créosotée en injections dans les métrites chroniques, 229.
Gonococcus de Neisser. *Voyez* **Microbes.**
Grandes lèvres. Malformations des —, 1182. Traitement, 1208.
Graphidomètre de Ménière 225.
Grossesse. Diagnostic entre la — et la métrite, 212; — compliquant les corps fibreux, 385; — compliquant le cancer de l'utérus, 410, 456; — et vagino-fixation, 534; — et ventro-fixation, 546; — compliquée de pyo-salpinx, 725; compliquant les kystes de l'ovaire, 869; dans un utérus bicorne, 1230; — dans les deux cavités d'un utérus didelphe, 1234.
— **extra-utérine.** Définition, 931; pathogénie, étiologie, 931; division, 932 : anatomie pathologique de la — tubaire proprement dite, 933 : de la — tubo-utérine ou interstitielle, 940 : de la — tubo-abdominale et tubo-ovarienne, 940 : de la — ovarienne, 942 : de la — abdominale, 943 : de la — dans une corne utérine rudimentaire, 944; symptômes, 947; diagnostic avant le 5e mois, 950 : après le 5e mois, 952; pronostic, 953; traitement, 954.
— **fibreuse**, 275.
Gynandroïdes, 1193; — andromastes, 1193; — phalloïdes, 1193.

Hématocèle pelvienne intra-péritonéale. Définition, 914; synonymie, historique, 915; étiologie, pathogénie, 916; Anatomie pathologique, 920; symptômes, 922; marche, 923; diagnostic, 924; pronostic, traitement, 925.
— **pelvienne extra-péritonéale.** Synonymie, 928; étiologie, pathogénie, 929; anatomie pathologique, 229; symptômes, diagnostic, traitement, 930.
Hématocolpos latéral dans les cas de

vagin borgne latéral, 1222; dans l'atrésie de l'hymen, 1237; diagnostic de l'— latéral, 1242; traitement de l'— total, 1244, partiel, 1244, latéral, 1245.
Hématome de la vulve, 1135.
Hématométrie — dans les malformations du vagin, 1219; dans un utérus bicorne, 1230; dans un utérus didelphe, 1234; dans l'atrésie du col, 1238; diagnostic, 1242; traitement de l'— partielle, 1244, totale, 1245, latérale, 1245.
Hémato-salpinx. Anatomie pathologique, 711; diagnostic, 723; — dans l'hématométrie et l'hématocolpos, 1238; traitement, 1248.
Hémorrhagie à la suite du curettage utérin, 235; — dans les corps fibreux de l'utérus, 271; — dans l'énucléation des corps fibreux, 305; — après l'hystérectomie abdominale 361; — après l'hystérectomie vaginale, 438; — après l'ovariotomie, 860; — après l'opération de la fistule vésico-vaginale, 1046.
Hémostase, 66; — provisoire durant les opérations d'hystérotomie, 325.
Hérédité dans les malformations utérines, 1216.
Hermaphrodisme, 1192; — vrai, 1204. *Voyez* **Pseudo-hermaphrodisme**.
Herpès de la vulve, 1127.
Hersage de l'utérus dans la métrite, 246.
Homologie des organes génitaux externes dans les deux sexes, 1177.
Hydatide de Morgagni (kystes de l'), 690.
Hydrastis canadensis (Extrait d') dans le traitement de la métrite hémorrhagique, 239; — dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, 289.
Hydrocèle des ligaments ronds. *Voyez* **Kystes** des ligaments ronds.
Hydropysie tubaire. *Voyez* **Hydro-salpinx**.
Hydro-salpinx. Anatomie pathologique, 708; diagnostic, 723.
Hydrorrhée dans les corps fibreux de l'utérus, 271.
Hydrothérapique (Traitement) des métrites, 219; — dans l'aménorrhée, 636.
Hymen. Obstacle au toucher, 107; Développement et malformations, 1184; — infantile, 1185; anomalies de siège, de nombre, de forme, 1187; atrésie, 1190; anomalie de structure, 1191; absence congénitale, 1192; traitement des malformations de l'—, 1209.
Hypertrophie folliculaire du col dans les métrites, 176; traitement, 236; — du col dans les prolapsus génitaux, 561; — de la portion sus-vaginale du col, 622; — du museau de tanche, 623.
Hypnotisme comme moyen d'anesthésie, 41.
Hypogastre. Surcharge graisseuse de l'— chez les femmes atteintes d'affection chronique de l'appareil génital, 106.
Hypospadias de la femme, 1180;
— **périnéo-scrotal** dans le pseudo-hermaphrodisme, 1199.
Hystérectomie abdominale. Historique, 321; synonymie, 324; indications générales, 324; — supra-vaginale pour corps fibreux à noyaux multiples, 329; — dans certains cas d'utérus bicorne; — partielle, 330, technique de l'— supra-vaginale, 331; traitement intra-péritonéal du pédicule (Schröder), 333; traitement extra-péritonéal du pédicule (Hegar), 335; — totale, 349; procédé de Martin, 351; procédé de Chrobak, 352; procédé de Baer, 352; procédé de Doyen, 353; accidents opératoires dans l'—, 361; causes de mort après l'—, 364; gravité de — et comparaison des résultats des diverses méthodes, 367; — dans les corps fibreux compliqués de grossesse, 392; — (opérations de Freund) dans le cancer du corps, 482; — totale dans les lésions inflammatoires des annexes, 739.
— **abdomino-vaginale totale** pour corps fibreux, 353; procédés de Bardenheuer, 354, de Rouffart, de Jacobs, de Lanphear, de Richelot, 355.
— **vaginale** dans la métrite hémorrhagique, 240; — dans la métrite douloureuse chronique, 251; — pour corps fibreux de l'utérus, 314; — pour cancer du col avec envahissement du corps, par la méthode de la forcipressure, 426. — par la méthode des ligatures (Martin), 430; accidents opératoires, 435; gravité, 436; causes de mort, 438; survie, 440; — dans le cancer du corps de l'utérus, 481; — dans la rétroflexion, 553; — dans le prolapsus, 593; — dans l'inversion utérine, 607; — dans les lésions des annexes, 735; — pour abcès infiltrés dans le plancher pelvien, 769; — dans la tuberculose de l'utérus, 909; — dans l'hématocèle pelvienne extra-péritonéale, 930.
— **par la voie périnéale**, 447.
— **par la voie sacrée**, 448, 482.
— **vaginale évacuatrice** pour suppurations péri-utérines, 770.
Hystérie dans les métrites, 205.
Hystéro-cleisis dans le traitement des fistules juxta-cervicales profondes, 1036; — dans les fistules intra-cervicale, 1038.
Hystéromètre, 120; — à galvano-caustique chimique d'Apostoli, 291.
Hystérométrie, 117, 208.
Hystéropexie abdominale par raccourcissement intra-abdominal des ligaments

utéro-sacrés (opération de Kelly), 550; — par raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds : procédés de Ruggi, 551, de G. Wylie, 551, de Bode, 552, de Polk, de Dudley, 552.
— **vaginale**. Procédés d'Amussat, Richelot père, Bossi, Sims, Byford, Doléris, Skutsch, Schücking, 527; — de Rabenau, Sänger, 528; — de Mackenrodt, de Dührssen, 530; — de Péan, 535; — de Pryor, Candela, Freund, 536.
Hystérophores, 572: — à cuvette, 572; — de Roser-Scanzoni, 573.
Hystéro-stomato-cleisis dans le traitement des fistules intra-cervicales, 1038.
Hystérotome de Collin, 502.

Ichthyol, 14.
Ignipuncture dans la métrite douloureuse chronique, 241; — de l'ovaire, 733.
Incision (des abcès pelviens) par le vagin, 762; — par le rectum, 763; — par la voie périnéale, 763; — par la voie pelvienne ou sacrée, 765; — en deux temps, 768; — par la paroi abdominale, 768.
— **exploratrice** dans l'oophoro-salpingite kystique, 724; — dans les kystes de l'ovaire, 836.
— **vaginale** dans le traitement de l'hématocèle pelvienne, 926.
Incontinence d'urine à la suite de l'opération de la fistule vésico-vaginale, 1047; traitement, 1048.
Infection. Hétéro — dans les métrites, 188; — mixte, 189; auto, — 191; — conjuguée, 192; — mixte (puerpéro-blennorrhagique) dans l'oophoro-salpingite, 660; — directe dans la tuberculose génitale, 893; — mixte combinée dans la tuberculose génitale, 894; — secondaire métastatique et primitive secondaire, 895.
Inflammation péri-utérine, *voyez* **périmétro-salpingite**.
Injecteur vaginal à suspension, 7; — bock émaillé, 7.
Injections vaginales et leur technique, 8; — désodorantes, 12; — rectales, 12; — vésicales, 12; — intra-utérines, 16; — chaudes prolongées dans le traitement de la métrite aiguë, 220; — vaginales dans le traitement de la métrite catarrhale, 223; — caustiques dans la métrite catarrhale, 228; — vaginales prolongées d'eau très chaude dans la métrite hémorrhagique, 239; — intra-utérines de perchlorure de fer dans la métrite hémorrhagique, 239; — chaudes dans la métrite douloureuse chronique, 242; — intra-utérine de perchlorure de fer dans le traitement des corps fibreux, 295.
Intestinale. Origine — de l'oophoro-salpingite, 661; paralysie — après l'ovariotomie, 862. *Voyez* **Occlusion**.
Intestins. Nécessité de vider les — avant l'exploration gynécologique, 103; blessure des — pendant l'hystérectomie abdominale, 363.
Intoxication iodoformée à la suite du tamponnement du péritoine, 86.
Inversion utérine. Définition, division, 597; pathogénie, étiologie, 598; anatomie pathologique, 600; symptômes, 601; diagnostic, 602; pronostic, traitement, 603.
Iode (Teinture d'). Injections intra-utérines de — 229.
Iodoformée (Gaze), 12.
Iodol, 14.
Irrigation continue opératoire, 18; — continue de la cavité utérine, 88; — intra-utérine dans la métrite catarrhale, 223.
Ivoire décalcifié pour la dilatation du col, 123.

Kanguroo (Tendons de) pour la ligature, 76.
Kystes de la vulve, 1142.
— **de l'ovaire**. Anatomie pathologique, 775; division, 776; — prolifères ou prolifères glandulaires, 777; — prolifères ou prolifères papillaires, 782; — dermoïdes, 791; — mixtes, 796; — parovariens, 802; — parovariens hyalins, 804; — parovariens papillaires, 805; — parovariens dermoïdes, 806. Étiologie, 817; symptômes, 818; accidents, 823; pronostic, marche, 827; diagnostic, 829; traitement, 838.
— **folliculaires de l'ovaire** par ovulation anormale, 682; — du corps jaune, 686; — résiduaux Wolffiens et Müllériens, 690; — de l'hydatide de Morgagni, 690; — — supra-tubaire, 690; — (micro) du ligament large, 690; — tubo-ovariens, 709; — sanguins de l'ovaire, 719; — purulents de l'ovaire, 720; — lymphatiques de l'ovaire, 721.
— **des glandes de Bartholin**. Étiologie, pathogénie, 1152; symptômes, 1153; diagnostic, 1154; traitement, 1156.
— **des ligaments ronds**, 889.
— **du vagin**. Définition, 986; pathogénie, 987; étiologie, anatomie pathologique, 989; symptômes, 992; diagnostic, 993; traitement, 994.
— **fœtal** suppuré, 964.
Lactation prolongée comme cause de superinvolution, 620.
Laminaire (Tiges de). Désinfection, 16; — pour la dilatation lente du col, 123.
Laparotomie. Antisepsie et asepsie dans la —, 19; — dans l'inversion utérine, 605; — dans l'oophoro-salpingite kys-

tique, 729; parallèle de la — et de l'hystérectomie vaginale, 737; — sous-péritonéale et trans-péritonéale, dans le traitement des abcès pelviens, 766; sous-péritonéale et trans-péritonéale dans l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale, 927, et extra-péritonéale, 930. — dans la grossesse ectopique, 965; — dans les fistules entéro-vaginales, 1071; — contre les accidents de rétention consécutifs aux atrésies génitales, 1246.

Lavages péritonéaux, 33.

Laxatifs dans les métrites, 218.

Leucorrhée dans les métrites, 200; — dans les corps fibreux de l'utérus, 271.

Ligaments larges. Coexistence des kystes séreux des — avec les gros fibromes, 283; forcipressure des ligaments larges, 428; tumeurs des —, 886. *Voyez* **Périmétro-salpingite.**

— **ronds.** Raccourcissement dans la rétroflexion, 521, 551; dans le prolapsus, 589; tumeurs des —, 889.

— **utéro-sacrés.** Raccourcissement dans la rétroflexion, 550.

Ligateur élastique de Pozzi, 75, 76; — de Collin, 77; de Segond, de Terrillon, 72.

Ligature. Matériaux de — 34; différents modes de — en masse, 67; — en chaîne; 68; élastique, 71; — des artères utérines dans la métrite hémorrhagique, 240; — élastique perdue daas le traitement des corps fibreux de l'utérus, 341; — partielles juxtaposées, 343; — à traction élastique dans l'inversion utérine, 607.

Lipomes des ligaments larges, 887; — de la vulve, 1141.

Lit roulant pour transporter les malades, 45.

Lithopédions, 947.

Lymphatiques (Vaisseaux) de l'utérus, 649; — du col et du vagin, 650.

Lysol, 14.

Maladie kystique de l'ovaire, 682.

— **de Basedow** et atrophie du col de l'utérus, 621.

Mal de Bright et atrophie du col; 621; — et ménorrhagie, 637.

Malformations de l'utérus. Étiologie, 1215; absence, développement rudimentaire, 1225; absence et atrophie du col, 1227; utérus unicorne, 1227; utérus double : bicorne, 1229 : biloculaire, 1232 : — didelphe, 1232; utérus fœtal ou infantile, 1234; obliquité de l'utérus, duplicité de l'orifice externe du col, cloisonnement transversal incomplet du col, 1235.

— **du vagin**. Étiologie, pathogénie, 1215; anatomie pathologique et symptômes, 1217; traitement, 1219; vagin unilatéral, cloisonné, borgne latéral, 1221; atrésies et sténoses congénitales, 1223.

— **de la vulve**. 1172; traitement, 1208.

Manies menstruelles. *Voyez* **Psychoses et folies.**

Marsupialisation des kystes de l'ovaire, 857; — du sac fœtal dans la grossesse extra-utérine, 966.

Massage utérin dans la métrite douloureuse chronique, 242; — dans l'antéflexion, 501; — à deux dans le prolapsus, 596; — dans l'oophoro-salpingite, 698; — dans les résidus d'anciennes inflammations péri-salpingiennes, 773; technique du — en gynécologie, 774.

Matériaux de ligature et de suture. Conservation et préparation des —, 34.

Méat urinaire. *Voyez* **Tumeurs vasculaires du —**, 1144.

Mélano-sarcome de la vulve, 1149.

Ménopause, cause de métrite, 193.

Ménorrhagie. Définition, symptômes, étiologie, 636; traitement, 637.

Menstruation. Rôle de la — dans la production des métrites, 193. Troubles de la —, 625; — précoce, 625; — tardive, 626; — après l'ovariotomie, 868.

Métastases des kystes de l'ovaire par infection spontanée, 814; — par infection opératoire, 815.

Météorisme simulant une tumeur, 106.

Métrite dans les diathèses, 198; — dans les maladies des annexes, 214; — dans les déviations utérines, 491; — dans l'oophoro-salpingite, 693; — dans la tuberculose de l'utérus, 908; — dans les fistules vaginales, 1005; — dans la sténose du vagin et de la vulve, 1167.

— **en général**, 144; définition, 144; pseudo —, 145; division des —, 146; anatomie pathologique des — 148; lésions du corps de l'utérus dans les — aiguës, 148, dans les — chroniques, 154; lésions du col dans les —, 166; pathogénie des —, 182; étiologie des —, 193; symptômes des —, 198; signes physiques des — 206; formes des —, 208; marche des — 212; pronostic des — 212; diagnostic des — 212; prophylaxie des —, 216; traitements des —, 216.

— **aiguë blennorrhagique** (Traitement de la), 222.

— **catarrhale**. Lésions du col, 166; symptômes, 208, traitement, 222.

— **douloureuse chronique.** Symptômes, 210; traitement, 241.

— **hémorrhagique**. Symptômes, 209; traitement, 239.

— **inflammatoire aiguë**. Lésions, 148; symptômes, 208; traitement, 219.

Métroptose, 568.

Métrorrhagie dans les métrites, 202.

Métrotome pour la section de l'orifice externe, 614.
Microbes, dans le canal génital de la femme saine, 10. **Staphylococcus** pyogenes, aureus, citreus, albus, 10. **Streptococcus** pyogenes dans les métrites, 186. **Gonococcus** dans l'oophoro-salpingite, 659, dans les vaginites, 973, dans les abcès des glandes de Bartholin, 1157. **Bacilles de Koch** dans les salpingites tuberculeuses, 660, dans la tuberculose du vagin et du col, 897, de l'utérus, 907, des annexes, 912.
Micro-kystes du ligament large, 690.
Micro-kystique (Ovarite), 681.
Miction (Troubles de la) dans le prolapsus, 568.
Molluscum pendulum, 1138, simplex, 1141.
Morcellement des corps fibreux de l'utérus, 308.
Morphine (Injections de) après l'ovariotomie, 863; — dans la grossesse extra-utérine, 955.
Museau de tanche. Incision bilatérale complète du —, 128.
Myomes télangiectasiques, 261; — lymphangiectasiques, 265.
Myomectomie pour les fibromes pédiculés abdominaux, 326; — dans les corps fibreux compliqués de grossesse, 388.
Myomotomie vaginale, 308.
Myxoma enchondromatodes arborescens, 415.
Myo-sarcome strio-cellulaire, 413.
Myxomes de la vulve, 1140.

Naphtol β, 7.
Nécrobiose dans les corps fibreux de l'utérus, 265.
Néphrectomie dans les fistules urétéro-vaginales, 1045.
Neurasthénie dans les métrites, 206.
Névralgies dans les métrites, 204.
Névromes de la vulve, 1142.
Nœuds et ligatures. Différents modes de —, 67, 68, 69, 70.

Oblitération rectale de la vulve, 1034.
Occlusion intestinale après l'hystérectomie abdominale, 367; — après l'ovariotomie, 861.
Œdème de la vulve, 1124.
Œufs de Naboth, 169.
Oophorectomie, *voyez* **Opération de Battey, Castration**.
Oophoro-salpingite sans tumeur kystique. Pathogénie, étiologie, 655; anatomie pathologique, 662; symptômes, 691; diagnostic, 693; marche et pronostic, 695; traitement, 696.
— **kystique**. Anatomie pathologique, 702; symptômes, 721; diagnostic, 723; marche, durée, terminaison, pronostic, 725; traitement, 727.
Oophoro-salpingotomie (Opération de Lawson-Tait), dans l'oophoro-salpingite non kystique, 699; — dans l'oophoro-salpingite kystique), 729; gravité, 736.
Opération d'Alquié-Alexander-Adams, dans la rétroflexion de l'utérus, 521; — dans les prolapsus, 589;
— d'**Amussat**, 1219, 1244;
— de **Battey** dans l'antéflexion, 502; dans la dysménorrhée, 642; dans les malformations du vagin, 1219, de l'utérus, 1227;
— **césarienne** dans les corps fibreux compliqués de grossesse, 388; dans les sténoses acquises du vagin et de la vulve, 1169;
— d'**Emmet**, 248;
— de **Freund**, 482;
— de **Hadra**, 700;
— de **Lawson-Tait**, 699;
— de **Pawlik**, 1048;
— de **Polk**, 700;
— de **Porro** pour corps fibreux compliqués de grossesse, 388; dans les sténoses du vagin et de la vulve, 1169;
— de **Schrœder**, 237, 246;
— de **Simon-Markwald**, 245;
— de **Sims**, 1078.
Organe de Rosenmüller (Kystes de l'), 690.
Ouraque (Blessure de l'), 363.
Ovaire. Lésions de l' — dans l'oophoro-salpingite, 672; maladie kystique de l'—, 682; résection partielle et ignipuncture de l' —, 733; division des tumeurs de l' —, 775; tuberculose de l' —, 909.
Ovarialgie, Ovarie. Confusion avec l'oophoro-salpingite, 693..
Ovariotomie abdominale. Historique, 840; indications générales, 841; — technique opératoire, 845; soins consécutifs, accidents, 860; gravité, 865; suites, 867; — pendant la grossesse, 869.
— **vaginale**, 859.
Ovarite aiguë, 673; — chronique, 675; — suppurée, 690; — kystique, 714; — chronique œdémateuse, 716.

Pachypéritonite, cause d'hématocèle, 919.
Pachysalpingite, 671.
Pachyvaginite kystique, 980.
Palpation abdominale simple, 101; — bimanuelle, 109; — des uretères, 133.
Pansement. Antisepsie des objets de —, 23.
Papillomes de l'ovaire, 871; — des trompes, 886; — de la vulve, 1136.
Paramétrite chronique atrophique, 773.
Parotidite à la suite de l'ovariotomie, 863.

Parovariens (Kystes), 802.
Parthénogenèse des kystes dermoïdes, 800.
Parturition. Rôle de la — dans l'étiologie des métrites, 194.
Pédicule (Torsion du) dans les corps fibreux de l'utérus, 263; traitement intra-péritonéal du — par le procédé de Schröder, après l'hystérectomie abdominale, 333; traitement extra-péritonéal du — par le procédé de Hegar, après l'hystérectomie abdominale, 335; procédés divers de ligature du — dans l'hystérectomie abdominale, 341; ligature élastique perdue, 341; renversement du pédicule dans le vagin, 342; ligatures partielles juxtaposées (procédé de Zweifel), 343; méthode mixte (procédés de Wölfler-Hacker, 346, et de Sänger, 347, 348).
— **des kystes de l'ovaire**. Anatomie pathologique du —, 806; torsion du —, 812, 823.
Pelote périnéale combinée au pessaire, 521; — à air pour le prolapsus utérin, 572.
Pelviens (Abcès), 747.
Pelvi-péritonite dans la péri-métro-salpingite, 742; — dans les atrésies génitales, 1239.
Peptonurie dans la rupture des kystes ovariques, 826.
Perforation (de l'utérus) dans le cathétérisme utérin, 121; — dans le curettage, 235; — dans l'énucléation des corps fibreux, 205.
Péri-métro-salpingite. Définition, localisation, 741; historique, 742; anatomie pathologique, 747; étiologie, 753; symptômes et diagnostic, 755; pronostic, 759; traitement, 760.
Périnéauxésis, 578.
Périnéorrhaphie. Historique, 1087; procédés pour les déchirures incomplètes (Simon, 1090, Emmet, 1091, Lawson-Tait, 1093) et complètes (Simon-Hegar, 1096, Freund, Hildebrandt, Heppner, Lauenstein, 1101, Martin, 1103, Le Fort, 1104, Richet, 1106, Emmet, 1108, Lawson-Tait, 1113, Pozzi, 1114, Simpson, 1117, Fristch, 1118); soins consécutifs, 1119; pronostic et résultats, 1120; choix du procédé, 1121.
Périnéotomie transversale dans les corps fibreux, 307; — verticale et transversale dans les abcès pelviens également éloignés du vagin et de l'abdomen, 764; — dans la grossesse ectopique, 971; — dans les fistules recto-vaginales, 1052.
Péritoine. Toilette du —, 33; suture du —, 57; drainage du —, 84; tamponnement du —, 85.
Péritonite à la suite du curettage utérin, 235; — partielle dans les kystes de l'ovaire, 822; — après l'ovariotomie, 863.
Périvaginite phlegmoneuse disséquante, 985.
Permanganate de potasse pour lavage des mains, 3; — dans les métrites, 222; — dans les cancers fétides, 455; — dans l'aménorrhée, 635; — dans les vaginites, 984.
Pessaires de Dumontpallier, 491; — de Graily Hewitt, 493; — de G. Thomas, 493; — de Galabin, 493; — à tige, 500; — de Hodge, 515; — de Gaillard-Thomas, 517; — en berceau, 518; — en huit de chiffre, 519; — en traîneau, 519; — de Vulliet, 520; — de Fritsch, 520; — dans les prolapsus génitaux, 571; — de Borgnet, 573; — à cuvette de Cutter, 574; — à air dans l'inversion utérine, 605; — galvaniques dans le traitement de l'atrophie congénitale du col et de l'utérus, 619.
Petites lèvres. Malformations des —, 1183. Traitement, 1208.
Phénique (acide), 14, 18, 22, 23.
Phlébolithes des veines utéro-ovariennes, 887.
Phlegmon du ligament large. Anatomie pathologique, 750; étiologie, 753; symptômes et diagnostic, 757; pronostic, 760; traitement, 760.
Photophore de Clar, 141.
Physométrie, 1240.
Pierres utérines, 264.
Pinces de Hégar pour la ligature élastique, 72; — hémostatiques de Kœberlé, de Péan, de Collin, de Terrier, de Kocher, 78; — à forcipressure courbes de Pozzi, 78; — à forcipressure de Lawson-Tait, 78; — du modèle Péan-Terrier-Collin, pour la forcipressure en masse, 79; — pour la forcipressure en masse, à articulation Collin, 80; — de Wölfler pour passer les tubes à drainage par transfixion, 81; — tire-balle pour l'abaissement de l'utérus, 121; — porte-tente, pour l'éponge préparée, la laminaire, 121; — à griffes affrontées pour abaisser l'utérus, 233; — à pansement utérin, 236; — à polypes, 238; — de Museux, 296; — à tumeurs de Collin, 298; — pour l'extraction des gros polypes, 299; — plates et à pointes pour le morcellement des corps fibreux, 312; — hémostatiques pour l'hystérectomie vaginale, 313; — à morcellement de Collin, 316; — pour l'introduction du pessaire de Dumontpallier, 492.
— à langue pour l'anesthésie, 47.
Pistolet utérin de E. Martin, 226.
Plaies de la vulve et du vagin. Étiologie, 1163; symptômes, diagnostic, 1164; pronostic, traitement, 1165.
Plexus veineux utéro-ovarien. Rupture des varices du —, 917.

Polypes. *Voyez* **Corps fibreux pédiculés.**
— muqueux du col dans les métrites, 176; traitement des — muqueux, 236.
— **du méat urinaire**, 1145.
Ponction des abcès pelviens par le vagin, 761; — des kystes de l'ovaire, 833, 838.
— **exploratrice** dans l'oophorosalpingite kystique, 724.
Porte-aiguilles, 52.
Porte-caustique intra-utérin de Siredey, 226.
Porte-jambes de Fritsch, 103.
Porte-ouate intra-utérin de Tenneson, 224.
Porte-remède de Didel pour la cautérisation intra-utérine, 226.
Porte-spéculum de Fritsch, 103.
Position verticale de la malade pour l'exploration gynécologique, 93; — en décubitus dorsal simple, 94; — de la taille, 95; — dorso-sacrée déclive, 97; — de Sims, 99; — génu-cubitale, génu-pectorale, 100; déclive de Trendelenburg, 730.
Procédé américain pour le traitement des fistules urinaires, 1011.
Procédés opératoires : *voyez* **Exploration gynécologique, amputation du col, myomotomie, hystérectomie abdominale, vaginale** et **abdomino-vaginale, castration, hystéropexie, laparotomie, oophoro-salpingotomie, ovariotomie, périnéorraphie, autoplastie**, etc., etc.
Prolapsus des organes génitaux. Définition, 557; étiologie, 558; anatomie pathologique, 559; symptômes, 567; marche, pronostic, diagnostic, 570; traitement, 571; choix de l'opération, 596.
Prolifères et **Proligères** (Kystes). *Voyez* **Kystes de l'ovaire.**
Prurit vulvaire. Définition, étiologie, 1159; symptômes, diagnostic, pronostic, traitement, 1160.
Pseudo-érosion du museau de tanche chez l'enfant naissant, 171.
Pseudo-hématocèles, 919.
Pseudo-hermaphrodisme, 1193; traitement, 1209.
Pseudo-kystes de l'utérus, 265, de l'ovaire, 836.
Pseudo-métrites, 145.
Pseudo-myxomes du péritoine, 816.
Psychoses menstruelles, 643.
Puerpérale (Infection) dans l'étiologie de l'oophoro-salpingite, 659.
Pyocolpos latéral, 1222; — 1240.
Pyométrie, 1240.
Pyo-métrorrhée, signe probant de pyo-salpinx, 722.
Pyo-salpinx, 703.
— tuberculeux, 706.
Ramollissement des corps fibreux de l'utérus, 264.
Rectocèle dans le prolapsus des organes génitaux, 560.
Rectum. Exploration manuelle, 108; compression du — par les corps fibreux de l'utérus, 272; lésions du — dans le cancer de l'utérus, 406; blessure du — pendant l'hystérectomie vaginale, 436; compression du — dans la grossesse extra-utérine, 948.
Redresseur utérin de U. Trélat, 514.
Réduction de la rétroflexion par la position génu-pectorale, 510; — bi-manuelle, 512; — avec la sonde, 514; — manuelle de l'inversion utérine, 604; — de l'inversion utérine par la voie péritonéale, après laparotomie, 605.
Réflexe guttural à la suite d'anesthésie prolongée, 45.
Régles. *Voyez* **Menstruation.**
Reins. Congestion des — après l'anesthésie prolongée, 45; lésions des — dans les corps fibreux de l'utérus, 269; dans le cancer de l'utérus, 401.
Renne (Tendons de) pour la ligature, 76.
Repositeurs utérins, 515.
Repoussoir de Viardel pour l'inversion utérine, 604.
Réseau intermédiaire de Kobelt, 1177.
Résection partielle de la trompe, 732; — de l'ovaire, 733.
Résorption (Pouvoir de) du péritoine, 79.
Respiration artificielle, 48.
Rétention des membranes. Curettage dans la —, 216.
Rétroflexion de l'utérus. Anatomie pathologique, étiologie, 505; symptômes, 508; diagnostic, 509; traitement, 510; choix de l'opération, 553.
Rétroversion de l'utérus. Anatomie pathologique, étiologie, 503; symptômes, diagnostic, 504; traitement, 505.
— de l'utérus gravide et grossesse ectopique, 951.
Réunion (Moyens de). *Voyez* **Suture.**
Rupture des adhérences (opération de Hadra) dans le traitement de l'oophorosalpingite non kystique, 700.
— des kystes de l'ovaire, 824.

Sac fœtal. Conservation du — dans la grossesse ectopique, 966; ablation totale, 967.
Salle d'opération. Antisepsie de la —, 4.
Salol, 14.
Salpingiennes (Coliques), 691.
Salpingite catarrhale aiguë, 664; — aiguë purulente non kystique, 665; — chronique parenchymateuse, 669; — hypertrophique, 671; — atrophique, 671; — folliculaire, 672; — nodulaire, 672; -

profluente, 722. *Voyez* **Oophoro-Salpingite.**
Salpingorrhaphie dans l'oophoro-salpingite kystique, 734.
Salpingostomie dans l'oophoro-salpingite non kystique, 701 ; — dans l'oophoro-salpingite kystique, 733.
Sarcome du col, 412.
Sarcoma colli hydropicum papillare, 413.
Sarcome de l'utérus, 470.
— **de l'ovaire.** Anatomie pathologique, 874; symptômes, marche, 879; traitement, 880.
— **des trompes**, 885.
— **des ligaments larges**, 887.
— **de la vulve**, 1148.
Scarificateurs pour le col utérin, 221.
Scarifications du col dans la métrite douloureuse chronique, 241 ; — intra-utérines dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, 297 ; — du col dans l'aménorrhée, 636.
Sclérose de l'ovaire dans l'oophoro-salpingite, 675.
Scybales. Source d'erreur dans l'exploration gynécologique, 104.
Sécrétions supplémentaires dans l'aménorrhée, 633.
Septicémie à la suite de l'énucléation des corps fibreux, 306; — après l'hystérectomie abdominale, 365; — après l'hystérectomie vaginale, 439; — après la colpo-périnéorrhaphie, 589.
Seringue à injections intra-utérines de Ch. Braun, 229.
Serre-nœud de Cintrat, 851.
Shock opératoire. Traitement par les lavages péritonéaux à l'eau chaude, 33; — après l'anesthésie prolongée, 45; — après l'hystérectomie abdominale, 365; — après l'hystérectomie vaginale, 439; — après l'ovariotomie, 865.
Soie. Préparation et conservation de la —, 34; — dans les sutures, 55; — et infection secondaire, 55; — pour la ligature en masse des pédicules, 66.
Sondes à injections intra-utérines, de Bozemann-Fritsch, d'Ollivier, de Collin, 17; de Budin, 18; — uretériques de Pawlik, 138; — à demeure de Malécot, 319.
Sonde-trocart de Laroyenne, 762.
Souffle utérin dans les tumeurs abdominales, 283.
Spéculum grillagé, 8; — de Fritsch, 19; — cylindriques, 112; — de Fergusson, 113; — à plusieurs valves, 113; — de Cusco, 114; — de Ricord, 114; — de Collin, 114; — de Bozeman, 115; — univalves, 115; — de Sims, 116; — de Mundé, 116; — de bains, 220; — de Neugebauer pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, 1016.
Spermaceti. *Voyez* **blanc de baleine.**
Sphinctéralgie et métrite, 214.
Sphincter vaginal. Section du — dans le vaginisme, 1078.
Staphylococcus. *Voyez* **Microbes.**
Sténose du col. Étiologie et anatomie pathologique, 609; symptômes, 610; diagnostic, 612; pronostic, 613; traitement, 613.
— **congénitale du vagin**, 1223.
— **de la vulve et du vagin**, 1165.
Stérilisateur à vapeur de Schimmelbusch, 26; — à vapeur d'Arnold, 28; — à vapeur improvisé de Petersen, 28.
Stérilité dans les métrites, 203; — après le curettage, 232; — et corps fibreux de l'utérus, 285; — dans l'antéflexion, 498; — dans la rétroflexion, 508; — consécutive à la sténose du col, 611; — dans l'oophoro-salpingite, 696; — dans les kystes de l'ovaire, 821; — dans le vaginisme, 1076.
Stomatoplastie dans la sténose du col, 615.
Streptococcus. *Voyez* **Microbes.**
Strychnine dans la grossesse ectopique, 955; — dans l'incontinence d'urine, 1048.
Sublimé, 5.
Superinvolution du col et du corps de l'utérus, 620.
Suppuration des kystes de l'ovaire, 812.
Supra-tubaire (Kyste), 690.
Survie après l'hystérectomie pour cancer de l'utérus, 440; — après l'amputation infra et supra-vaginale pour la même affection, 444.
Sutures, 49; — de Czerny, de Lembert, de Güssenbauer, 53, 54; — (fils pour la), 53; — à points séparés, 56; — perdue superposée, 57; — continue, 57; — continue simple, 58; — continue à étages, 60; — mixte ou combinée, 61; — de la paroi abdominale, 61; — intra-dermique, 64; — enchevillée, 65; — des parois abdominales dans l'hystérectomie supra-vaginale (méthode extra-péritonéale), 337, 338, 339, 340.
Syndrome utérin, 199.
Syphilis et atrophie du col et de l'utérus, 621; — et salpingite, 661.

Table à laparotomie de Mme Horn, 21; — pour opérations et examens, 93, 94; — transportable de Veit, 97; — transportable de Doléris, 98; — du Dr Malherbe, 99; — de Cleveland, 101.
Tablier des Hottentotes, 1183.
Taille vaginale pour l'extraction des débris fœtaux, 971.

Tampons glycérinés dans le traitement des métrites, 220; — caustiques dans la métrite catarrhale, 227.
Tamponnement du péritoine, 85; — de la cavité utérine, 89; — du vagin, 89; — utérin dans la métrite catarrhale, 224; — vaginal dans la métrite hémorrhagique, 240; — complet du vagin dans la métrite douloureuse chronique, 241; — antiseptique de l'utérus après curage du cancer du corps, 485; — iodoformé dans l'inversion utérine, 606.
Tannin (injections au) dans la métrite catarrhale, 223.
Taxis de l'inversion utérine avec instruments, 604.
Tentes antiseptiques, 85.
Tétanos à la suite de la dilatation du col, 126; — à la suite de l'ovariotomie, 864.
Térébenthine comme désodorisant, 3; — prétendu spécifique du cancer de l'utérus, 456.
Thermal (traitement) des métrites, 219; des corps fibreux de l'utérus, 289.
Thiol, 15.
Thiophène, 15.
Thrombus de la vulve, 1135.
Toilette du péritoine, 33.
Toniques dans les métrites, 219.
Tord-fils de Coghill, de Denonvilliers, 1019.
Torsion du pédicule dans les corps fibreux de l'utérus, 263; dans les kystes de l'ovaire, 812, 823.
Toucher vaginal, 106; — rectal, 108; — vésical, 108; — combiné, 109; intra-utérin, 131.
Toux utérine, 204.
Trachélorrhaphie, 248.
Trachélo-syringorrhaphie dans le traitement des fistules intra-cervicales, 1037.
Transfusion, 364.
Traumatisme dans l'étiologie des métrites 196.
Trigone vaginal de Pawlik, 137.
Trocart à pointe ronde et à tube d'écoulement latéral, 850.
Trompes. Cathétérisme involontaire des — 120; lésion des — dans l'oophoro-salpingite, 662; exploration des — dans l'oophoro-salpingite, 692; rupture des adhérences des —, 700; expression des —, 700; cathétérisme des —, 701; tumeurs des —, 882; tuberculose des — 909.
Tube en verre pour la conservation de la soie ou du catgut stérilisés, 34.
— de caoutchouc en croix pour le drainage des cavités, 81; — à drainage péritonéal de Kœberlé, de Keith, 82.
Tuberculose génitale. Aperçu historique, 891; étiologie, pathogénie, 892.
— **de la vulve, du vagin et du col**; anatomie pathologique, 896; diagnostic, traitement, 903.
— **de l'utérus** : anatomie pathologique, 904; symptômes, diagnostic, 908; traitement, 909.
— **des ovaires et des trompes** : anatomie pathologique, 909; symptômes, traitement, 913.
Tubo-ovarite, *voyez* **Oophoro-Salpingite**.
Tumeurs de la vulve, 1135.
— **vasculaires du méat urinaire**. Considérations générales, 1144; anatomie pathologique, 1144; étiologie, symptômes, 1146; diagnostic, traitement, 1147.
— **des trompes**, 882.
— **des ligaments larges**, 886.
— **des ligaments ronds**, 889.
— **solides de l'ovaire**, 871.
Tupelo (Tige de) dans la dilatation du col, 123.
Tuteur utérin de Courty, 520.

Ulcus rodens de Clark, 999.
Ulcérations du col. Anatomie pathologique, 169; traitement, 236.
— dans les prolapsus génitaux, 567; — dans l'inversion utérine, 601.
Urémie à la suite de l'hystérectomie, 439, de l'ovariotomie, 864.
Uretères. Exploration des —, 132; palpation des —, 133; cathétérisme des —, procédé de Pawlik, 135; procédé de Simon, 141 procédés de Grünfeld, de Brenner, de Howard A. Kelly, 141; compression des — par les corps fibreux, 272; blessure des — pendant l'hystérectomie, 363; compression des — dans le cancer de l'utérus, 401; blessure des — pendant l'hystérectomie vaginale, 436; pendant l'ovariotomie, 855; dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, 1047; abouchements anormaux des —, 1181.
Urèthre. Extractions des débris fœtaux par l' — dans la grossesse ectopique, 971; inflammation de l' — dans la vaginite blennorrhagique, 982; malformations de l' —, 1179.
Urèthrocèle dans les prolapsus génitaux, 571.
Utérin. Drainage intra —, 87; tamponnement intra —, 89; syndrome —, 199; faciès —, 206; cathétérisme —, 117,208; drainage — dans le traitement de la métrite catarrhale, 223; tamponnement — dans la métrite catarrhale, 224; massage — dans la métrite douloureuse chronique, 242.
Utérus. Abaissement et fixation de l' —, 121; cathétérisme de l'—, 117, 208; drainage de l'—, 87; abstersion de l'—, 223; perforation de l'— dans le curettage, 235;

corps fibreux du corps de l' —, 257 : état de l' — dans la grossesse extra-utérine, 945 ; développement de l'—, 1209 ; malformations de l'—, 1225.
— **Masculinus**, 1200.
Vagin. Drainage par le —, 82 : procidence, 559, 561, 562 ; cloisonnement dans le prolapsus, 584 ; ponction et incision des abcès pelviens par le —, 761 ; tuberculose, 896 ; gangrène, 985 ; kystes, 986 ; corps fibreux, 995 ; cancer, 996 ; plaies, 1163 ; sténoses et atrésies, 1165 ; corps étrangers, 1169 ; développement, 1209 ; malformations, 1217.
Vaginisme. Définition, division, 1072 ; historique, 1073 ; étiologie, pathogénie, 1074 ; anatomie pathologique, symptômes, 1075 ; diagnostic, 1077 ; traitement, 1077.
Vaginites. Pathogénie, étiologie, 972 ; types cliniques : — blennorrhagique des adultes, 977 ; — des petites filles et des vierges, 977 ; — des femmes enceintes, 978 ; — des vieilles femmes, 978 ; anatomie pathologique ; — granuleuse, 979 ; — simple, 979 ; — sénile, 979 ; — emphysémateuse, 980 ; symptômes, 980 ; diagnostic, pronostic, 982 ; traitement, 983.
Vagino-fixation, 530 ; — et grossesse, 534 ; — du col, 535.
Valves de Sims, 117 ; — concaves de Simon, 118 ; — plates de Simon, 119.
Varicocèle parovarien, 917.
Végétations de la vulve, 1136.
Ventouse de Lawson-Tait pour aspirer les liquides à travers un tube à drainage en verre, 82.
Ventro-fixation, 537. *Voyez* **Gastro-hystéropexie**.
Vésico-fixation, 533.
Vessie distendue, source d'erreur dans l'exploration gynécologique, 104 ; compression de la — par les corps fibreux de l'utérus, 271 ; blessure de la — dans l'hystérectomie, 362 ; lésions de la — dans le cancer de l'utérus, 403 ; blessure de la — pendant l'hystérectomie vaginale, 436 ; compression de la — dans la grossesse ectopique, 948.
Vinaigre de Pennès, 12.
Virginale (Métrite), 193.
Vulve. Tuberculose, 896 ; inflammations, 1122 ; œdème, 1124 ; gangrène, 1125 ; érysipèle, 1126 ; eczéma, 1126 ; herpès, 1127 ; esthiomène, 1130 ; hématome, 1135 ; thrombus, 1135 ; condylomes, papillomes, végétations, 1136 ; éléphantiasis, 1138 ; fibromes, myxomes, 1140 ; lipomes, 1141 ; enchondromes, 1142 ; névromes, 1142 ; kystes, 1142 ; cancer, 1147 ; prurit, 1159 ; plaies, 1163 ; sténoses et atrésies, 1165 ; malformations, 1178 ; absence, 1182.
Vulvite. Anatomie pathologique et symptômes, 1122 ; diagnostic, 1123 ; étiologie, traitement, 1124.

Zinc (Chlorure de) Injection de — dans la métrite blennorrhagique, 22 ; crayons de — dans la métrite catarrhale, 226 ; cautérisation au — dans le cancer du col, 454.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES AUTEURS CITÉS

Abadie, 632.
Abel (K.), 395, 396, 400, 425, 471, 932.
Achard, 797, 802.
Ackermann, 258, 259, 414, 878.
Adams, 521, 553, 554, 589.
Aetius, 640.
Agnew (H.), 390.
Ahlfeld, 196, 223, 342, 885, 998, 1181, 1201, 1202, 1206, 1207.
Albert, 111, 331, 342, 369, 370.
Alberti, 1247.
Albertoletti, 14.
Albrecht, 1181.
Alexander, 520, 521, 522, 524, 525, 526, 553, 554, 581, 589, 591, 596.
Alquié, 521, 526, 589.
Althen (de Wiesbaden), 1234.
Amabile (de Naples), 1014.
Aman, 1163, 1247.
Ameiss (F. C.), 1233.
Amicis, 975.
Amory, 290.
Amussat, 300, 527, 1220, 1244.
Anderson, 285.
André, 587, 588.
Angel Villa (D.), 294, 296.
Anger (Th.), 305.
Antal (Gesa von), 380.
Apostoli, 227, 242, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 698, 760.
Aran, 204, 521, 606, 647, 744, 745, 891.
Arndt, 1077.
Arnold, 28.
Arnott, 1149.
Aronssohn, 264.
Arrizabalaga (G.), 529.
Artaud (G.), 404.
Asch (Robert), 15, 106, 458, 593, 924.
Ascher (L.), 1164, 1192.
Ascher (S.), 307, 369.
Ashwell, 1068.
Assaky, 545.
Astruc, 261, 647.
Atchinson, 1149.
Atkinson, 949.
Atlee (J. L.), 840.
Atlee (W. L.), 301, 304, 321, 322, 363, 813, 835, 836, 840, 841, 851.
Atthill (L.), 1170.
Aubert, 44.
Audigé, 604.
Auffret, 1180.
Aufrecht, 402.
Auger (G.), 743.
Ault (John), 206.
Austin, 142.
Autenrieth, 794.
Autoriello, 949.
Auvard (A.), 16, 89, 217, 305, 515, 572, 868, 1182.
Aveling (J. H.), 294, 606, 646, 1179.

Baart de la Faille (J.), 940.
Baas, 1033.
Babès, 894, 998.
Babinski, 815.
Bachetti, 956.
Backer (W. H), 420, 423, 424, 454.
Backer-Brown, 34, 295, 296, 301, 320, 321, 840, 841, 851, 1012, 1013, 1034, 1052, 1087, 1245.
Bacon, 476.
Baer, 352.
Bagot (P.), 873.
Baigue (M.), 1044.
Bailly, 951.
Bako, 57.
Baldy, 739, 1093.
Balleray, 929.
Bandl, 887, 888, 889, 915, 932, 942, 945, 965, 1039.
Banon (A. P.), 1207.
Bantock (Granville), 19, 54, 68, 269, 294, 326, 368, 369, 391, 629, 866.
Bar, 410, 457, 763.
Barber, 602.
Barbour (F.), 47, 559, 598, 635, 944, 1088, 1117, 1195.
Barbulée, 457.
Bardenheuer, 82, 349, 354, 483, 484, 539, 766, 810, 1031.

Barié (E.), 627.
Barker (Fardy. O.), 416, 627.
Barker (W. B.), 844.
Barkow, 1207.
Barlow, 844.
Barnes (Fancourt), 391, 500.
Barnes (Robert), 228, 272, 300, 389, 390, 498, 558, 604, 606, 614, 681, 869, 915, 921, 931, 937, 955, 1125, 1164, 1166, 1230, 1231, 1232.
Barraud (M.), 398, 407, 419, 423, 424, 438.
Barrett (E. C.), 634.
Barsony, 606, 971.
Barth, 882, 884.
Bartholin (G.), 1152.
Bartholin (Th.), 1142.
Bartlett (J.), 930.
Barwell, 869.
Bassereau, 204.
Bassini, 810.
Bastelberger, 989, 1143.
Bastien, 566.
Battey (R.), 373, 374, 502, 641, 642, 645, 646.
Bauchet (L. I.), 786.
Baudelocque, 109, 110, 964, 969.
Baudouin (Marcel), 31, 37, 44, 526, 540, 541, 550, 552.
Baudron (E.), 133, 644, 725, 731, 732, 735, 739, 767, 769, 937.
Baumgarten (P.), 795, 812, 813, 814, 991.
Baumgärtner, 58, 593, 929.
Baumm, 6, 1030.
Bayle (C. L.), 256.
Bazin, 1123, 1141.
Bazy, 1042.
Beach, 475.
Beau, 199.
Beauregard (H.), 1224.
Beck (Bernhardt v.), 449, 450, 455, 612.
Becquel, 226.
Becquerel, 711, 722.
Bedford Fenwick, *Voyez* Fenwick.
Behring, 13.
Beigel (H.), 417, 599, 626, 887, 929, 995, 1142, 1159, 1162, 1206.
Beinlich, 813.
Beisone (G.), 962.
Bejou, 294.
Bell, 817, 844.
Bell (John), 387, 840.
Benckiser, 35.
Benicke, 232, 949, 1076, 1146, 1233.
Beniqué, 126.
Bennet (Henri), 195, 203.
Bennett, 175, 612, 744, 754.
Benni, 634.
Bérard (A.), 300, 301, 1003, 1007, 1012, 1013.
Béraud, 711.
Berdinel, 285.
Berger, 602, 993, 1244, 1246.
Bergh (A.), 390.
Bergmann, 3, 36, 85, 1033.
Berlin (Fanny), 588, 929.
Berlioz, 7.
Bernard, 626.
Bernard (Claude), 44.
Bernard (F.), 997.
Berne (A.), 558, 568.
Bernheim, 632.
Bernutz (G.), 647, 656, 658, 741, 742, 747, 749, 753, 891, 915, 919, 1134.
Berruyer, 548.
Bert (Paul), 44.
Berthod, 457.
Berthold, 1207.
Bertram (H.), 1247.
Besnier, 720, 915, 919.
Besson, 24.
Bétrix, 130.
Betschler, 1004.
Betz, 1037.
Beurnier, 522, 523.
Beuttner (O.), 999.
Bex (G.), 979.
Bianchi, 43.
Bidder, 261.
Bidder (E.), 1236.
Bidot (E.), 44.
Biedert (Ph.), 121.
Bierfreund (M.), 396, 897.
Bigelow (Hor.-R.), 290, 635.
Bilfinger, 886.
Billoir, 1150.
Billroth, 32, 55, 84, 136, 346, 434, 791, 815.
Binaud (W.), 824, 880, 920.
Binswanger (O.), 425.
Biondi, 192.
Bircher, 643, 646.
Birch-Hirschfeld, 783.
Bird, 840.
Bischoff, 121, 306, 580, 592, 1087, 1187.
Bizzozero, 985.
Blacker (G.-F.), 1207.
Blanc (Ed.), 761.
Blanc (Em.), 1146, 1236.
Blanchard (R.), 1183.
Blandin, 1010, 1184.
Blasius (E.), 1023, 1040.
Blatin (J.-B.), 200.
Blau, 417.
Bloch (O.), 1227.
Bloch (R.), 14.
Blot, 386.
Blum, 1146.
Blumenberg, 97.
Boari, 1044.
Bockardt, 976.
Bockendhal, 605.
Bode (Emile), 551, 552.
Bœckel (E.), 694, 824, 918.
Bœckel (J.), 22, 76, 308, 426, 436, 845, 863, 1045, 1126, 1201.

Bœhnner (P. A.), 1191.
Bœm, 1234.
Bœters, 217.
Boinet, 285, 323, 839, 869.
Boissarie, 615.
Bokai, 976, 1176, 1183.
Bokelmann, 186, 188, 189.
Boldt, 217, 354, 369, 635, 670, 672.
Boll (F.), 2.
Bolling, 844.
Bonnecaze, 645, 700.
Bonnet (St.), 654, 674, 1157, 1233.
Boraud, 1088.
Borgnet, 572.
Born, 6.
Borner, 633, 646.
Bosc, 973.
Bossi (S.-M.), 527.
Bouchard, 189, 203, 973, 976.
Bouillaud, 1193, 1195.
Bouilly (G.), 175, 248, 313, 354, 384, 424, 435, 438, 442, 457, 481, 525, 553, 554, 605, 769, 812, 951, 1085.
Bouisson, 1199.
Boulard, 1224.
Boullard (C.-F.-J.), 486.
Bouloumié, 1147.
Bourdon (E.), 915, 1087.
Bourdon (H.), 742.
Boureau, 97, 230.
Bourges, 676, 715.
Bourguet (d'Aix), 1012.
Boursier, 990, 993.
Bousquet, 40, 410.
Bouton (Paul), 193.
Bouveret (M.), 744.
Bowee (J.-W.), 633.
Boyer (A.), 1145.
Boyer (L.), 301, 1243, 1245.
Bozeman (N.), 16, 17, 53, 115, 233, 241, 1011, 1013, 1015, 1016.
Braatz, 37.
Braithwaite, 967.
Bramann (F.), 13, 14, 36, 85.
Brandt, 242, 501, 596.
Brault (M.), 107, 251, 469.
Braun (Ch. v. Fernwald), 243, 244, 301 303, 370, 418, 419, 546, 574, 593, 621, 629, 791, 866, 880, 929, 932, 960, 961.
Braun (Egon v. Fernwald), 307, 370, 866.
Braun (G.), 203, 228, 233, 267, 920.
Braxton Hicks, 386, 831, 955.
Bréchet, 1010.
Breisky (A.), 23, 84, 195, 305, 417, 463, 561, 571, 608, 960, 992, 995, 1070, 1077, 1164, 1166, 1170, 1187, 1190, 1222, 1227, 1233, 1236, 1240, 1244, 1245.
Breitzmann, 1068, 1069.
Brennecke, 146, 214, 217, 334, 369, 429, 434, 540, 590.
Brenner, 42, 141, 143.
Breton, 1153.
Briand (M.), 632.
Brierre de Boismont, 631.
Briggs (W.-A.), 5, 264.
Brindel, 874.
Broca (A.), 1146.
Broca (P.), 107, 253, 304.
Brockmann, 894.
Brodier (H.), 936.
Brodnitz (S.), 646.
Brodowski, 799.
Broer (F.-W.), 1170.
Brœse, 57, 227, 292, 294, 760, 773, 1034.
Brooks (H.-W.), 196.
Brothers (A.), 956.
Brouardel, 660, 891, 947, 1164, 1185, 1186, 1187, 1192.
Broun (L.), 760.
Browicz, 999.
Browkillo (J.), 305.
Brown-Séquard, 44.
Brückner, 999.
Brühl (L.), 953, 960.
Bruneau, 1129.
Brunner (C.), 56.
Brunner (Fr.), 436.
Bruns, 42, 343, 1185.
Bruntzel, 646, 1142.
Bryant, 844.
Bryck (A.), 1240.
Buchel (A.), 368.
Buckhardt, 328, 949.
Buckmaster, 956.
Budin, 16, 216, 272, 951, 953, 963, 964, 1073, 1074, 1077, 1082, 1135, 1184, 1187, 1191, 1236.
Buffet, 76, 423, 426.
Bumm (E.), 183, 190, 288, 659, 859, 863, 974, 975.
Bunner, 37.
Burci, 956.
Burner, 976.
Burney (Mac), 879.
Burnham, 322.
Burnier (H.), 709, 941.
Burren (Van), 874.
Busch, 126, 742, 1215.
Butte, 5.
Byford (T.-H.), 132, 288, 527, 590, 700, 763.
Byford (W.-H.), 642.
Byrne (J.), 418, 445, 446, 575, 929.

Cabadé, 626.
Cabanès, 239, 289.
Cabot (A.-T.), 272, 273.
Cabrol, 1191.
Caignon, 969.
Call, 688.
Callum (Mac), 970.
Calvo, 964.
Cameron, 844.

Camiade (J.-H.), 634.
Campbell (H.-F.), 510, 625, 629, 934.
Campe (Von), 268, 714.
Candela, 536.
Candra, 294.
Caneva, 545.
Cantin, 744, 754, 761.
Caradec, 1180.
Carafy, 844.
Carlet, 289.
Caron, 404.
Carreau (J.-S.), 696.
Carsten, 547, 548, 658.
Carstens, 646.
Carter (C.-H.), 631, 751.
Carter (M.), 1170.
Casamayor, 1068, 1071.
Casati (E.), 524, 626.
Caternault, 321, 322.
Caulet, 118, 275.
Cayla, 660.
Cazeaux, 194, 841, 1243.
Cazenave (W.), 813, 828.
Cazin, 388, 991.
Cazin (M.), 476, 480, 1034.
Cestan (C.), 919, 920, 936.
Chadwick, 105.
Chalot, 524, 813.
Chamberland, 24.
Chambers, 520, 641, 1226.
Championnière (J.-L.), 22, 35, 36, 45, 265, 290, 292, 293, 362, 630, 638, 646, 649, 656, 692, 701, 704, 722, 725, 743, 744, 828.
Champneys, 417, 961, 1037.
Chanteloube, 246.
Chantreuil (G.), 410.
Chapmann, 1247.
Chaput, 354, 740, 1044, 1071.
Charcot, 402, 406, 693, 888.
Charpentier, 130, 217.
Charrier (E.), 1074.
Charrier (P.), 217, 400, 646, 658.
Charrière, 73.
Chartier (A.), 217.
Chassaignac, 300.
Chauveau, 192.
Chauvel, 604.
Chavannaz, 824.
Chaye, 947.
Chazan, 841, 860.
Chégoin (Hervez de). *Voyez* Hervez.
Chenevière, 980.
Chénieux, 79.
Chenoweth, 844.
Chéron, 295, 992.
Chevalier, 948.
Chevaliéras, 1157.
Chevrier (R.). 328.
Chiari, 305, 417, 475, 476, 653, 980.
Chiarleoni, 608, 643.
Chiene, 844.
Chisolm, 416.
Chomel, 149, 194.
Chopart, 1009.
Chotzen, 15.
Chouppe, 288.
Christian, 1203.
Chrobak (R.), 84, 132, 301, 302, 305, 342, 352, 353, 369, 391, 473, 508, 961, 1053.
Chrysmann, 840.
Churchill, 288, 744, 1012, 1168, 1169.
Ciniselli, 290.
Cintrat, 323, 350, 851.
Clado, 662.
Clark, 999.
Clay, 322, 840, 851, 858, 892.
Cleveland, 101.
Clifton (S. Morse), 204, 633.
Clintock (Mac), 288, 295, 602, 606, 915, 1125, 1131.
Clinton-Cushing, 37, 763.
Cloquet (Jules), 1009, 1086.
Clover, 96.
Coblenz, 783.
Cocard (M.), 869.
Coë (Henry), 295, 367, 459, 656, 696, 734, 846, 936, 948.
Coghill, 1019.
Cohn (E.), 578, 589, 621, 631, 633, 828, 842, 843, 874, 880, 881.
Cohnstein, 625, 942.
Collet y Gurgui (J.), 942.
Collin, 17, 52, 72, 78, 79, 80, 113, 115, 125, 228, 316, 317, 491, 502.
Collis (Maurice), 1023, 1040.
Colombat, 1165.
Conheim, 366, 393, 394, 661, 892.
Conzette, 679.
Copeman, 615.
Coppens, 836.
Corazza (L.), 1190, 1232.
Cordes, 16.
Cormac (Mac-W.), 429.
Cornil, 156, 161, 164, 166, 251, 376, 397, 398, 462, 464, 465, 469, 652, 664, 665, 667, 669, 674, 685, 716, 891, 894, 900, 902, 903, 904, 905, 907, 908, 909, 912, 1130, 1138, 1150, 1200.
Cortis, 626.
Coudereau, 434.
Courrent (P.), 826.
Courty (A.), 145, 169, 200, 203, 226, 416, 511, 520, 527, 538, 563, 572, 604, 605, 606, 607, 624, 633, 641, 696, 754, 1012, 1023, 1038, 1046, 1162, 1189, 1191.
Coutzadrida (Mlle), 466.
Cramer, 14.
Crédé (B.), 483, 1045, 1168.
Cristoforis, 892.
Crivelli, 976.
Croft, 50.
Crone (G.), 380.

Cross, 599.
Cruikshank, 649.
Cruschann, 109.
Cruveilhier, 649, 684, 743, 778, 786, 795, 891.
Cresi, 977.
Cuellar (M.), 697.
Cumston (C.-G.), 1148.
Cupples, 844.
Curatulo, 396, 1230.
Currier (C.-A.), 631.
Curtis (B.-F.), 250.
Cusco, 114, 115.
Cushing (E. W.), 369, 646.
Cutter (Eph.), 290, 293, 294, 321, 572.
Cyprianus (Abraham), 708, 840.
Czempin (A.), 146, 214, 328, 333, 400, 630, 957.
Czerniewski, 189.
Czerny, 53, 307, 308, 341, 342, 426, 434, 435, 539, 540, 541, 542. 591.

Dagron, 704.
Dahlmann, 1069.
Dalché, 656, 691.
Daniels, 23.
Danion (Léon), 290, 292, 293, 294.
Danlos, 197, 633.
Danyau, 386.
Darié, 676.
Darolles (C,), 744.
Darwin, 1210.
Dastre, 43, 44, 864.
Daude, 1074.
Dauriac (J.), 1148.
Daurios, 897, 900, 909.
Davaine, 888.
Davenport, 635.
Davidsohn (H.), 3.
Davis, 817, 845.
Dawson, 646.
Dayot, 1086.
Deane, 321.
Debayle (L.-H.), 535.
Debierre, 1182.
Debout, 1074, 1194.
Debrunner, 528.
Decraud, 1074.
Defontaine, 1244.
Dehenne, 632.
Dekker, 708, 1227.
Delagénière (H.), 372, 731, 740.
Delaunay (E.), 716, 734.
Delaunay (J.-V.), 1243.
Delbet (Pierre), 43, 555, 703, 743, 751, 753, 809.
Delbosc, 40.
Dellenbauch, 641.
Delmis, 634.
Delpech (J.), 482, 1009.
Demarquay, 267, 285, 323, 387, 455, 1052, 1068, 1087, 1104, 1106.
Demons (A.), 315, 426, 427, 434, 435, 825, 826.
Deneux, 914.
Deneffe, 521.
Denonvilliers, 117, 1019.
Denucé, 606.
Deny, 74.
Depaul, 263, 385, 386.
Deroubaix, 1003, 1038.
Derville, 661, 892.
Derweer (A. van), 626.
Desault, 1002, 1009.
Deschamps, 50, 949, 1150.
Desgranges, 575.
Desmoulins, 230.
Désormeaux, 53, 840.
Despines (M.), 202.
Despréaux, 230, 231, 454.
Després, 1040, 1242, 1243.
Destouet, 840.
Devalz (S.), 887.
Deville, 1010.
Devilliers (C.), 1192.
Deyber, 1009.
Dezanneau, 301.
Dezeimeris, 933.
Diamant, 626.
Dick (R.), 369.
Dieffenbach, 321, 575, 1087, 1099, 1100.
Diner (G.-A.), 336, 337, 361.
Dionis, 944.
Dittel, 226, 1031.
Dittrich, 417, 882.
Dobroklowsky, 903.
Döderlein, 37, 146, 177, 184, 186, 187, 1144.
Doherty, 744, 1168, 1169.
Dohrn, 286, 791, 866, 993, 1180, 1184, 1185, 1189, 1191, 1202, 1208, 1211 1212.
Dolbeau, 919, 1076, 1186.
Doléris, 5, 16, 181, 183, 184, 217 224, 225, 229, 235, 237, 246, 250, 264, 294, 342, 427, 522, 524, 525, 526, 527, 556, 575, 581, 596, 597, 615, 697, 715, 725, 728, 886, 888, 957, 1086, 1090.
Dollez, 1146.
Dommes, 574.
Donald (A.), 996.
Donald (Mac), 952, 965.
Donné, 973.
Donnet, 734.
Doran (Alb.), 96, 268, 559, 661, 690, 711, 746, 784, 787, 789, 803, 805, 806, 817, 822, 864, 872, 884, 886, 919, 1185.
Dorff, 323, 589, 971.
Doumairon, 869.
Doumic, 1206.
Dowel (Mac), 840.
Dower (A.-J.), 274.
Doyen (E.), 317, 318, 319, 353, 427, 735, 736, 908.

Dubois, 44, 641 1245.
Dubois-Reymond, 43.
Duboué, 1024, 1040.
Dubreuil, 266,
Dubreuilh, 608.
Ducasse (A.), 250.
Du Castel, 973, 976.
Duchamp, 844.
Duchaussoy, 272.
Duchemin, 259.
Duclout, 1044.
Dudefoy, 892.
Dudley (Palmer), 40, 42, 238, 502, 552, 656, 680.
Dudley (E.-C.), 573.
Duffin, 850.
Dugès, 1009.
Dührssen (A.), 89, 188, 294, 305, 530, 531, 532, 533, 534, 699, 700, 859, 1000, 1038.
Duke (A.), 1160.
Düll, 283.
Dumas (L.), 217.
Dumesnil, 285.
Dumontpallier (M.), 226, 304, 491, 493, 515, 571, 572, 1048.
Dumoret, 526, 540, 543, 590, 592.
Ducan (I.-M.), 271, 301, 304, 489, 606, 743, 759, 889, 922, 955, 1088, 1130, 1132, 1190.
Duncan (W.-A), 426, 429, 437, 962.
Duming (L.-H.), 1222, 1231.
Dumitrescu, 1220.
Duplay (S.), 305, 374, 523, 571, 832, 841, 889, 1030, 1142.
Duplouy, 436.
Dupont, 96.
Dupuytren, 261, 299, 300, 631, 1009, 1071, 1073, 1243.
Durand, 1181.
Duret, 301, 524.
Dusch (V.), 977.
Dutauzin, 558.
Duval (M.), 1176.
Düvelius (I.), 231, 232, 881, 1219.
Duverney, 1152.
Duvernoy, 1156.
Dwight (Th.), 1180.

Earl, 873.
Eastman, 960.
Eberhart, 919, 993.
Ebermaier (C.), 624.
Eberth, 659, 783.
Eckardt (C. Th.), 396, 412, 417, 876, 877.
Ecker, 1174.
Edebohls (G.-M.), 524, 720.
Edis, 609, 1114.
Edler, 79, 852.
Egbert (*voyez* Grandin).
Ehrendorfer, 268.
Eichmüller, 943.
Eichwald, 796.
Eiselsberg (von), 2, 13, 189, 191, 999.
Eisenhart, 203.
Eklund, 975.
Elischer, 396.
Ellinger, 125, 126, 222, 233.
Elliot (J.-W.), 704, 711.
Elser, 74.
Emanuel, 466, 894.
Emerich Ullmann (*voyez* Ullmann).
Emmerich, 15.
Emmet (Th.-A.), 90, 91, 181, 195, 196, 217, 220, 238, 244, 248, 249, 294, 308, 416, 417, 502, 508, 545, 565, 571, 581, 583, 604, 637, 696, 746, 767, 825, 835, 1037, 1067, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1108, 1109, 1112, 1121, 1180.
Engelhardt, 575.
Engelmann (G.-J), 91, 151, 241, 289, 290, 291.
Engström (O.), 286, 816, 870, 940.
Eppinger, 979, 980.
Eraud, 974.
Ercolani, 946.
Erich, 513
Eschen (I.), 14.
Eschricht, 43, 1193.
Esmarch, 791.
Etheridge (H.), 91, 391, 561, 721.
Eustache, 587, 987.
Everet (J.-T.), 264.
Exchaquet, 74.
Exner, 688.

Fabry, 975.
Faguet (Ch.), 878.
Faivre, 558.
Fales (W.-H.), 947.
Falk, 968.
Falk (E.), 239, 289
Fantino, 968.
Farkas, 77.
Farlow (J.-W.), 615.
Farr (W.), 820.
Farrant Fry, 346.
Fasbender (H.), 640.
Fasola, 853, 932.
Fatio, 1009.
Faucon (V.), 606.
Fauvel (R.), 1158.
Fearne, 884.
Fehleisen, 190.
Fehling (H.), 188, 217, 223, 265, 274, 286, 368, 383, 500, 501, 592, 646.
Fehrer, 1075.
Félizet, 1056.
Felsenreich, 217, 386, 387.
Fenger, 85, 438, 767, 970.
Fenomenoff, 1024.
Fennvick (Bedford), 142, 269, 274.
Ferber, 919.
Féré (C.), 404, 567.

Fergusson, 112, 113, 387.
Fernely (P.), 916.
Fernet, 892, 894, 910.
Ferrand (A.), 691, 869.
Février, 1050.
Filkenstein, 976.
Finkelstein (Hélène), 697.
Finn, 155.
Fiouppe, 743.
Fiquet, 1134.
Fischel (W.), 171, 177, 789, 805, 885, 988.
Flaischlen (N.), 390, 425, 466, 547, 548, 789, 797, 814, 878.
Flechsig (P.), 646.
Flesch, 797, 799.
Fleury, 1165.
Flint South, 626.
Fœrster, 2.
Folet, 947, 968.
Follet, 1037.
Follin (E.), 803, 1011, 1013, 1022, 1207.
Forgues, 35.
Forné, 44.
Foubert, 109, 110.
Foulis, 3.
Fourestié, 272.
Fournier (A.), 631, 982, 1127, 1129, 1150.
Fourrier (de Compiègne), 955.
Foveau (F.), 972.
Foville, 1182.
Fox, 626.
Fraenkel (A.), 813, 815, 835.
Frænkel (L.), 475, 528, 539, 962.
Fraipont (F.), 547, 548, 959.
Franck (François), 44, 575.
Frank, 435, 539, 827.
Fränkel (A.), 39, 166, 455, 801, 814, 963, 972.
Fränkel (E.), 396, 471, 951, 959, 995.
Frankenhäuser, 303, 305, 473, 474, 722.
Franks (Kendal), 64.
Franqué, 1201.
Frarier, 753.
Freeman, 42, 257, 294.
Frerichs (E.), 893.
Freudenberg, 1233.
Freund (A.-G.), 1004.
Freund (H.-W.), 14, 842, 843.
Freund (M.-B.), 1004.
Freund (W.-A.), 97, 264, 329, 345, 382, 391, 426, 472, 474, 482, 483, 484, 521, 536, 537, 561, 574, 577, 578, 592, 661, 665, 703, 744, 760, 773, 774, 807, 813, 866, 886, 888, 937, 948, 955, 1004, 1007, 1087, 1101, 1170, 1183, 1222.
Fricke, 574.
Friedländer, 792, 972.
Friedländer (P.), 152, 878.
Friedmann (J.), 643, 646.
Friedreich, 955.
Friedrich, 814.
Fristo, 1187.
Fritsch (H.), 16, 19, 88, 89, 96, 103, 126, 131, 221, 222, 224, 227, 235, 240, 249, 250, 305, 335, 347, 368, 369, 391, 429, 433, 434, 435, 438, 443, 469, 485, 498, 501, 502, 505, 506, 519, 520, 521, 570, 984, 1024, 1026, 1032, 1034, 1045, 1060, 1088, 1118, 1119.
Frommel, 368, 389, 390, 447, 550, 620, 662, 816, 958, 961, 1180, 1208, 1218.
Froriep (R.), 709, 722.
Fry (Henry), 615.
Fry (J. Farrant), 346.
Fuld, 1247.
Fürbringer, 2, 191.
Fürst (L.), 1214.
Fürstner, 868.

Gaches-Sarraute, 947.
Gaillard Thomas (*Voyez* Thomas).
Galabin, 493, 494, 657.
Gallard (T.), 239, 271, 272, 462, 562, 564, 565, 637, 647, 691, 742, 821, 915, 918, 1074, 1123, 1191.
Gallois, 1165.
Gallez, 1146.
Ganghofner, 417.
Gardner (W.), 525.
Gariel, 571.
Garrigues (H.-Q.), 6, 133, 956, 1206.
Garton (E.), 646.
Gauthier, 294, 947.
Gavilan (A.-P.), 315.
Gayet, 44.
Gebhard (C.), 466.
Gehrard, 626.
Gehrung, 501.
Geigel, 1211, 1218.
Geil, 892.
Gelbke, 1238.
Gelgi, 877.
Gendrin, 647.
Geneste, 24.
Genesteix, 217.
Gérardin, 587.
Gerbaud, 217.
Gerdy, 1010, 1023, 1040,
Gerheim, 660.
Germont, 402, 403.
Gersuny, 84, 335, 449, 733.
Getschell, 1170.
Geyl, 41, 892.
Gilles de la tourette, 634.
Gilles, 43.
Gillette, 301, 575, 1243,
Gilmann Kimball (*Voyez* Kimball).
Girard, 803, 1136.
Giraud, 110, 1226.
Giraudeau, 950.
Girode, 662.
Glaevecke, 322, 429, 629, 630.
Gläser, 528.

Glatter, 417.
Gleich, 43.
Glénard (F.), 206, 554.
Glœser, 15.
Gluck, 86.
Gluge, 852.
Gnauck, 869.
Godefroy, 1190, 1240.
Goenner (Alf.), 184.
Goldberg, 192.
Goltz, 366.
Gombault, 402.
Gomet, 176, 426, 452.
Gönner, 121, 184.
Gonner (Alfred), 791.
Gontermann (E.), 1331.
Goodell (W.), 115, 178, 643, 646 855.
Goodmann, 629.
Goossens, 607.
Gördes (M.), 1877.
Gordon, 390, 634.
Gorodichze, 558.
Gosselin, 172, 173, 200, 207, 236, 279, 488, 568, 602, 744, 759, 1075, 1180, 1238, 1244.
Gossmann, 955.
Göth, 1149.
Gottschalk (S.), 15, 192, 256, 269, 429, 475, 479, 547, 620, 637, 686, 697, 700, 711, 728, 885, 1143, 1155.
Goubaroff, 548.
Goudeau, 748.
Goujon, 44, 1204.
Goullioud (P.), 354, 761.
Goupil (E.), 647, 741, 742.
Gowan (Campbell B.), 605.
Graefe (M.), 535, 991, 992, 1162.
Graenischer, 998.
Graily-Hewitt, 206, 493, 494.
Grammatikati, 322, 429.
Grandcollot, 572.
Grandin (Egbert), 217, 289, 290.
Granville (G.), 321, 840.
Grattery (P.), 1201.
Graw (Mac), 844.
Grawitz, 894.
Gray (Clair), 1234.
Greder, 96.
Greenhalgh (R.), 320.
Grenser (P.), 841.
Griffith (W.-S.-A.), 608, 711, 995.
Gripouilleau, 949.
Grisolle, 742.
Gross, 74.
Gruber, 1207.
Grünfeld, 132, 141.
Grynfeld, 929.
Gubler, 637.
Güemes (L.), 111, 722.
Guéneau de Mussy, 696, 743, 744, 754, 755 833, 1159.
Guéniot, 285, 289, 305, 386, 602, 961, 1086, 1088, 1168, 1243.
Guéride, 74.
Guérin (Alph.), 47, 145, 193, 194, 222, 743, 744, 748, 740, 915, 918, 921, 981, 987, 1056.
Guermonprez, 354, 392.
Guersant, 997, 1146.
Guidez, 217.
Guilbert, 44.
Guillaumet, 1134.
Guillemain (A.), 909.
Guillaumeau, 1087.
Guinard, 1177, 1180, 1192, 1205.
Guinon, 41.
Gundelach, 811, 814, 832.
Güntz, 1137.
Gurtl, 43.
Güssenbauer, 53.
Gusserow (A.), 259, 261, 262, 264, 268, 272 286, 306, 307, 368, 374, 416, 417, 423, 238, 443, 457, 462, 473, 474, 699, 733, 783, 856, 929, 928.
Guterbrok, 1087.
Guyon, (Félix), 109, 258, 275, 285, 301, 305, 835, 1199, 1214.

Hache (M.), 437, 440, 441.
Hacker (von), 15, 65, 327, 346, 347, 349, 853.
Hadjès (A.), 813, 828.
Hadra (B.-E.), 559, 700, 1179.
Hagedorn, 51, 52, 57.
Hager (Wilhelm), 328, 810.
Hägler, 42.
Hahn, 1045.
Hallé, 977.
Haller (de), 633.
Halliday Croom, 294.
Hallier, 973.
Hallopeau, 41, 1199.
Hamaker (W.-D.), 817, 844.
Hammersten, 791.
Hamonic, 1157.
Hank, 126.
Hanks (H.-T.), 39, 217, 410, 457, 828, 951, 1109.
Hanot, 272.
Hanz, 524.
Hardie (I.-R.), 272.
Harrington (E.-B.), 525.
Harris, 376, 626, 959, 960, 961, 1168.
Harsha (W.), 280.
Hart (B.), 136, 558, 559, 598, 635, 944, 1088, 1117, 1194.
Hartmann (H.), 189, 450, 476, 528, 659, 662, 703, 726, 731, 739.
Haselberg (von), 228.
Hastenpflug (R.), 995.
Hatchinson.
Hauff, 1216.
Hauser, 998.
Hart (F.), 47.

Haussmann, 183, 190, 722, 1247.
Hayem (Georges), 950.
Hayward, 1011, 1013.
Heath, 322.
Hebra, 1127.
Hecker (v.), 934, 937.
Hegar (A.), 23. 54, 56, 71, 72, 84, 85, 108, 111, 121, 126, 127, 132, 195, 233, 246, 300, 321, 323, 326, 330, 333, 335, 336, 337, 338, 340, 341, 342, 350, 360, 368, 369, 370, 373, 374, 376, 377, 378, 380, 381, 382, 389, 390, 391, 412, 434, 449, 450, 474, 484, 562, 575, 577, 581, 583, 588, 589, 596, 607, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 678, 692, 707, 748, 763, 764, 765, 766, 768, 818, 848, 851, 862, 863, 891, 910, 913, 997, 999, 1003, 1008, 1013, 1036, 1037, 1046, 1067, 1085, 1087, 1088, 1090, 1096, 1098, 1099, 1100, 1103, 1121, 1219, 1244.
Heiberg, 1088.
Heilbrunn, 643, 646, 1045.
Heim, 874.
Heine (C.), 1070.
Heineken, 943.
Heinricius (G.), 232, 289, 844, 993.
Heintz, 15.
Heitzmann (J.), 633, 680, 825, 1188, 1233.
Henderson, 1230.
Henle, 1144, 1181, 1184.
Henneberg, 13.
Hennig (C.), 538, 629, 709, 711, 723, 889, 933, 934, 937, 946, 1155.
Henry (Mme), 1236.
Henzinger, 634.
Heppner, 71, 1101, 1103, 1179, 1206, 1207, 1233.
Herchl, 800.
Herff (Otto von), 5, 977, 1023, 1024, 1037, 1040.
Herman (E.), 410, 457.
Hergott, 1011, 1041, 1180.
Herrick (O.-E.), 550.
Herscher, 24.
Hertoghe, 153.
Hertz, 261.
Hervez de Chégoin, 151, 488, 1073.
Hervot (H.), 761.
Herzfeld, (C.-A.), 449, 999.
Hesse, 1135.
Hesse (Ch.-G.), 426.
Heurtaux, 810, 812.
Heusler (O.), 42.
Heydenreich, 6.
Heyder, 614, 1187, 1224.
Heyn, 13.
Hicguet, 607.
Higks (B.), 386.
Hildebrandt, 287, 709, 964, 979, 1073, 1075, 1077, 1087, 1099, 1101, 1103, 1139, 1166.
Himmelfarb, 954, 1181.
Hinkle (F.), 304.
Hippocrate, 264.
Hirsch (W.), 864.
Hirschberg, 1088.
Hirst, 132.
His, 789, 801.
Hochenegg (J.), 449, 450.
Hock, 15.
Hodge, 500, 515, 516, 517, 518, 524, 543, 571.
Hœning, 1154.
Hoffmann (de Marburg), 5.
Hoffmann)G.-V.), 1224.
Hoffmann (Joseph), 227.
Hoffmann (V.), 643, 646, 1212.
Hofmann (de Vienne), 937, 1165, 1184, 1195.
Hofmeier (M.), 35, 237, 269, 270, 273, 333, 334, 335, 366, 368, 373, 380, 391, 395, 422, 424, 443. 445, 457, 462, 470, 482, 592, 605, 621, 638, 812, 828, 843, 862, 863, 865, 866, 963, 966, 968, 1037.
Hohmann (Catharina), 1205.
Holden, 1135.
Hollænder, 42, 793, 998.
Holscher, 796.
Holst, 111, 1086, 1222.
Holston (G.-D), 286.
Holthouse, 272.
Homann, 390.
Homans, 845, 1247.
Homolle, 602.
Hoppenheimer, 1222.
Horaud (de Lyon), 1012.
Horn (Madame), 21.
Horteloup, 1046.
Horwitz (M.), 626.
Hotman de Villiers (d'), 1182.
Houel, 107, 1207.
Hough, 417.
Houston, 839.
Houzel, 248, 768, 1026.
Howell (J.-B.), 40.
Howitz (F.), 547, 548, 701, 831, 1246.
Hüe (Jude), 271, 1088, 1108.
Hueckel, 980.
Hueppe, 942.
Hüffel, 71.
Hugenschimdt, 632.
Huguier, 117, 263, 562, 563, 564, 565, 591, 595, 621, 786, 914, 915, 919, 987, 1073, 1123, 1130, 1152, 1158, 1157, 1195.
Humiston, 39.
Humphry, 864.
Hunter, 53, 257.
Huppert, 791.
Huss, 634.
Hutchinson, 851, 964, 1145.
Hüter, 1126.
Hutson, 603.
Hyrtl, 136, 1161

Ill (E.), 869.
Imlach (F.), 203, 522, 526, 550, 646, 916.
Irisch (J.-B.), 369.
Israel (J.), 643, 977.
Issaurat, 1177.
Iversen (A.), 831.

Jaccoud, 273.
Jackson (Reeves), 91, 241, 243, 762, 836.
Jacobi (Mary Putnam), 489, 634, 834.
Jacobs, 355, 547, 548.
Jacobs fils, 987.
Jacquemier, 948.
Jacubowitsch, 1179.
Jaggard (W.), 601.
Jakubowska, 294.
Jani (C.), 894, 895.
Janvrin (J.-E.), 217, 885, 952, 955, 956.
Jarjavay, 301, 743.
Jasinsky (J.), 216.
Jayle (F.), 365, 659, 662, 751, 861, 1050.
Jeannel, 299, 475, 927, 1181, 1195, 1246.
Jennings (Ch.-E.), 76, 426, 435.
Jermans (J.), 239.
Jessett, 646.
Jobert de Lamballe, 116, 575, 587, 1002, 1009, 1010, 1011, 1013, 1023, 1046, 1071.
Johannowsky, 997.
Johnson, 284, 817, 845, 864, 961.
Johnston, 989.
Jondeau, 1145.
Jones (G.-E.), 633.
Jones (H.), 280.
Jones (Mary A. Dixon), 679, 680.
Joret, 634.
Joseph (L.), 633.
Josephson, 845, 1045.
Jouin, 908, 1148.
Joulin, 955.
Jouon, 844.
Jousseaume, 973.
Junker, 47.
Jussieu (de), 148.

Kaarsberg, 868.
Kadjan, 968.
Kahlden (V.), 213.
Kalabine, 956.
Kaltenbach, 10, 23, 54, 71, 84, 121, 132, 186, 188, 195, 295, 296, 300, 321, 323, 336, 338, 340, 341, 360, 368, 369, 374, 380, 381, 390, 391, 434, 435, 436, 438, 442, 472, 484, 540, 545, 547, 548, 562, 589, 600, 607, 644, 659, 671, 678, 763, 851, 862, 863, 937, 971, 992, 999, 1003, 1008, 1013, 1036, 1037, 1046, 1085, 1087, 1219, 1244, 1247.
Kammeyer (E.), 37.
Karafiath, 632.
Karström, 391.
Kaschewarowa-Rudnewa, 998.
Kaschkaroff, 391.
Kasperzik, 273, 341.
Kay (Mac), 767.
Keever (Mac), 1068, 1069.
Kehrer (F. A.), 84, 292, 508, 593, 698, 1045.
Keith (Skene), 42, 82, 83, 349, 368, 369, 526, 554, 791, 865, 929.
Keith (Thomas), 294, 868.
Keller, 5, 955, 958, 963.
Kelly (Howard-A.), 22, 98, 132, 140, 141, 142, 143, 220, 251, 346, 360, 539, 540, 541, 544, 545, 550, 592, 621, 1043, 1082, 1138.
Kennedy, 575, 1142, 1166, 1167, 1224.
Kent (A. F. S.), 1208.
Kern, 228.
Key, 796.
Kidd (G. G.), 271.
Kiderlen, 508.
Kikkert, 370.
Kimball (Gilhmann), 322.
King (John), 969.
Kirkley, 963.
Kirkpatrick (J. R.), 151.
Kirmisson, 1088, 1108, 1109.
Kisch, 627.
Kiwisch, 117, 417, 744, 871, 874, 882, 886, 963, 1072, 1073.
Klasson (Anna), 213.
Kleberg (B.-G.), 323, 325, 345.
Klebs (E.), 255, 261, 394, 471, 786, 988, 1143, 1181, 1205, 1206.
Klein (R.), 475.
Kleinschmidt, 413.
Kleinwächter (L.), 256, 294, 621, 889, 992, 993, 1219, 1224.
Klob (J.-M.), 621, 722, 750, 834, 872, 886, 888, 895, 909, 995, 1143.
Klotz (C.-L.), 527, 539, 541, 546, 547, 548.
Klotz (H.), 171, 646, 1207.
Knox, 627.
Kobylinski, 632.
Koch, 193, 661, 893.
Kocher, 35, 43, 44, 56, 78, 85, 448, 524, 837.
Kocks, 606, 993, 1143.
Kœberlé, 73, 74, 75, 77, 78, 82, 83, 265, 267, 300, 320, 322, 323, 325, 330, 332, 420, 423, 454, 537, 541, 546, 841, 851, 865, 955, 965.
Kœttnitz (A.), 475.
Kolaczek (J.), 813, 815, 877.
Kölliker, 789, 1155, 1175, 1201, 1208, 1212.
König, 366.
Konrad, 16.
Koppe, 1143, 1155.
Korn, 546, 761.
Kornfeld, 626.
Kortüm (Max), 305.
Kossmann, 475, 479.
Koteliansky, 637.
Kœtschau, 14.

Kottmann, 314, 315, 1170.
Kranz, 1137.
Kraske, 448, 449, 765, 1101, 1152.
Krassowski, 791.
Krause, 976, 1043.
Kreis, 796.
Kreise, 976.
Kreutzmann, 869.
Krimer, 1187.
Kristeller, 612.
Kronad, 15.
Kroner, 1006.
Krönig, 187, 660.
Krönlein, 329.
Krug, 739.
Krükenberg, 433, 443, 815, 836.
Küchenmeister, 128, 502, 613, 947, 1160.
Kuhn, 914.
Kümmel, 988.
Kundrat, 151.
Kurz, 473.
Kusnetsky, 968.
Küssmaul, 626, 944, 1215.
Küster, 35, 361, 366, 436, 837.
Küstner (O.), 190, 201, 304, 364, 502, 513, 525, 526, 604, 823, 826, 934, 996, 997, 1184.
Kyri, 1223.

Labbé (Charles), 258.
Labbé (Léon), 44, 361, 709, 792, 1053.
Laborde, 44, 48, 978.
Laboulbène, 900.
Labusquière, 981, 1149, 1153.
Lacoarret, 203.
Lacroix, 475, 476, 480.
Ladouce, 840.
Ladreit de la Charrière, 991.
Lafaye (P.), 548.
Lagneau (L. V.), 202, 1199.
Lallemand, 1009, 1010, 1015.
Lambert (R.), 387.
Lamort (R.), 526.
La Motte (de), 1087.
Lancereaux, 397, 401, 404, 405.
Landau (L.), 88, 108, 240, 368, 389, 395, 396, 419, 637, 643, 646, 653, 713, 885, 945, 965, 970, 1039.
Landau (Th), 366, 392.
Lande, 637.
Landouzy, 894.
Landowski (P.), 222.
Lane, 322, 435.
Lang, 634.
Lange (F.), 267.
Langenbeck (M.), 435, 1219, 1226.
Langenbuch, 88.
Langhans, 152, 946.
Lannelongue (de Bordeaux), 436, 825.
Lannelongue (O.), 794, 797, 802, 1025.
Lanphear, 355.
Laplace (Ernest), 6.
Larcher, 1146.
Laren (M.), 726.
Largeau, 39.
Laroyenne (de Lyon), 671, 762, 769.
Larsen (Arnold), 943.
Las Casas de Santos, 1185, 1215, 1219.
Lasne (A.), 756.
Lauenstein (C.), 1054, 1059, 1101, 1103.
Laugier (S.), 575, 915, 918, 1010, 1015, 1186, 1205.
Launay (F.), 938.
Laupus, 949.
Lauradour (F.), 1148.
Laurent (E.), 1197.
Lautier, 376.
Lauwers, 333, 369.
Lawson-Tait, 19, 33, 42, 67, 68, 75, 78, 80, 82, 83, 121, 126, 249, 294, 326, 369, 373, 374, 383, 437, 538, 550, 575, 581, 595, 629, 642, 643, 644, 646, 647, 657, 661, 669, 676, 684, 703, 713, 714, 721, 724, 725, 726, 729, 730, 735, 745, 748, 763, 767, 779, 804, 806, 814, 819, 824, 827, 836, 854, 865, 866, 870, 922, 928, 944, 957, 958, 960, 1002, 1023, 1053, 1055, 1080, 1088, 1093, 1094, 1113, 1114, 1121.
Lawrence, 1207.
Lazarewicz, 960, 968.
Lean (Mac), 213, 217, 928.
Le Bec, 265, 451, 961.
Lebedeff, 987, 991, 1180.
Leber, 800.
Lebert, 417, 796, 800.
Leblond (A.), 615, 1012, 1013, 1016, 1168.
Leca (J.), 402, 407.
Lecorché, 621, 631.
Le Dentu, 42, 226, 434, 509, 530, 1053, 1060.
Le Dran, 839.
Ledru, 1184, 1189, 1191.
Lee (C.-C.), 42, 272, 273, 546, 613, 785.
Lee (Morill), 928.
Lee (Safford), 874.
Le Fort (L.), 107, 307, 584, 587, 588, 591, 607, 1034, 1087, 1091, 1104, 1108, 1109, 1134, 1194, 1215, 1218, 1219, 1221, 1233, 1241.
Lefour, 385, 387.
Legay, 1210, 1211, 1212, 1218.
Legendre (P.), 203, 566.
Legouest, 1010.
Legrand du Saulle, 1203.
Legros, 796.
Legueu (F.), 803.
Lehmal, 146.
Leisse (Ed.), 443.
Leistikow, 976.
Leiter, 143.
Lejars, 827, 864.
Lembert, 53.
Le Moniet (S.), 372.
Lemonnier, 1207.

Lenherdt, 892.
Lenger, 1244.
Lenoir, 918.
Lentz (N.), 97.
Léon, 548.
Léonard, 1170.
Léopold (G.), 37, 151, 152, 188, 265, 267, 269, 307, 315, 362. 363, 367, 369, 370, 396, 434, 438, 443, 539, 541, 542, 544, 546, 547, 548, 550, 591, 646, 678, 715, 829, 837, 842, 843, 847, 864, 872, 873, 877, 931, 940, 943, 950, 1226, 1246, 1247.
Leppmann (A.), 643, 646.
Leprévost, 602, 607.
Leroux (H.), 1073, 1074.
Leroy des Barres, 1130.
Leroy d'Etiolles, 1010.
Letousey, 368.
Letulle, 263, 405.
Leuckart, 1209, 1213.
Lever, 410, 417, 744, 818.
Levinstein (W.), 621, 632.
Levrat, 469, 863.
Levret, 109, 110, 964.
Levy, 1166, 1169.
Lewers (Arth.), 657, 751, 995.
Lewin (L.), 366.
Lewis (Daniel), 39.
Lewisky, 1009.
Liebmann (C.), 268.
Liebrecht, 15.
Lieutaud, 647.
Lihotzky (G.), 942, 960.
Linné, 146.
Lisfranc, 172, 202, 228, 242, 297, 301, 488, 647, 1073.
Lister, 36.
Litschkus, 1230.
Littlewood, 971.
Litzmann, 959, 963, 965, 967.
Lizars, 321, 840.
Ljocis, 307.
Lœffler, 976.
Löhlein, 214, 466, 470, 475, 503, 1161.
Loir, 285.
Lomer, 190, 301, 306, 307, 843, 870, 1080.
Long (J.-W.), 69.
Longuet, 109.
Longyear (H.-W.), 1077.
Lorenz, 40.
Lorey (G.), 633.
Lorimer, 385.
Lossen, 868, 1037.
Lostalot-Bachoué (P. de), 568, 732, 767, 769.
Louis, 264, 891.
Loviot, 626.
Lowe (G.), 608.
Loye, 864.
Lubarsch, 862.
Lübbert, 13.
Lucas (R. C.), 844.
Luquet (J.), 689.
Luschka, 1189, 1191.
Lutaud, 626, 1074.

Maas, 951.
Macario, 629.
Mac-Cormac (*Voyez* Cormac).
Macdonald (P.-W), 635.
Mac-Gill, 1030.
Mac-Graw (*Voyez* Graw).
Mac-Keever, 1068, 1069.
Mackenrodt, 390, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 549, 943, 1000, 1024, 1042, 1220.
Mackensie (W.), 844.
Mac-Lean (*Voyez* Lean).
Macnamara (C.), 626.
Macphatter (N.), 1093.
Madec (R. de), 427, 436, 452.
Maennel, 301.
Magitot, 794, 1200.
Maglioni (N.), 777.
Magnan, 1203, 1204.
Magnin, 646, 992.
Maier (R.), 473, 475.
Maierowiecz, 189.
Maisonneuve, 301, 455, 1034, 1086.
Malagadi, 1009.
Malassez, 397, 779, 788, 813, 817, 874.
Malassez (L.), 860.
Malécot, 319, 772.
Malgaigne, 574, 575, 1011, 1034.
Malherbe, 99.
Malins, 629, 646.
Mallik, 106.
Mandach, 315.
Manec, 1194, 1195.
Mangin, 237, 417, 803.
Mangold (A.), 812.
Mann, 369.
Mannheim, 41.
Manrique (J.-E.), 521.
Marchand, 419, 423, 475, 477, 479, 783, 789, 795, 813, 815, 877, 885, 961, 1200.
Marchant, 284.
Marckwald (Max), 245, 553, 616.
Marconnet, 985.
Marcy (Henry O.), 70, 952.
Maret, 1207.
Marfan, 1141.
Marmorek, 864.
Marotte, 634.
Marsh, 844.
Marshall Hall, 575.
Martin, 894.
Martin (Auguste), 35, 52, 58, 67, 83, 128, 132, 151, 230, 232, 235, 240, 242, 244, 297, 303, 307, 308, 315, 323, 326, 328, 329, 333, 334, 335, 349, 352, 353, 354, 360, 368, 369, 389, 391, 417, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 437, 438, 441, 444,

446, 451, 453, 455, 470, 484, 496, 497, 502, 561, 575, 578, 580, 581, 587, 588 637, 653, 657, 658, 659, 696, 700, 701, 713, 728, 732, 733, 744, 754, 767, 791, 815, 834, 852, 857, 859, 867, 872, 881, 882, 883, 885, 914, 928, 929, 935, 936, 967, 996, 1036, 1037, 1088, 1090, 1095, 1103, 1114, 1219.
Martin (Ad.), 739, 1131.
Martin (Aimé), 295.
Martin (E.), 226, 496, 505, 796, 1075, 1134.
Martin (Eleuthère), 742.
Martin (H.), 894.
Martineau, 198, 696, 744, 754, 981.
Martinetti (A.), 341.
Marx (A.), 627.
Mary (A.-D.-J.), 679.
Mascagni, 407.
Maschka (V.), 949, 1165.
Massalitinoff, 968.
Massari (V.), 1179.
Massin, 153, 197.
Mathieson, 970.
Mathieu, 16.
Matlakowski, 968.
Matwef, 863.
Matzinger, 1087.
Maurange (G.), 469.
Maurel, 1149.
Maurer, 646.
Mauriceau, 599, 742.
Max, 1004.
May, 646.
Mayer (L.), 112, 491, 493, 628, 1148.
Maygrier, 947, 949, 955, 959, 963, 964, 967, 969.
Mayo Robson (A.-W.), 387.
Mayrhoffer, 944.
Mayweg, 720, 786.
Meadows, 115, 520, 953.
Mears, 844.
Meckel, 786, 1210, 1213.
Méhu, 791, 812, 834.
Meinert, 342, 995, 1088.
Meissner (Fr.-L.), 1215.
Mekus, 1235.
Mélier, 173.
Mélik, 230.
Mendès de Léon, 98, 370, 1088.
Ménétrier (P.), 909.
Menge, 12, 187, 188, 475, 658.
Ménière, 225, 634.
Mennig, 813.
Menzel (H.), 646.
Menzies, 410.
Mercier, 1087.
Mercy (Henry O.), 57.
Meredith (W.-A.), 266, 391, 608.
Mering (von), 42.
Merkel (Wilh), 458.
Merkel (F.), 646.
Mermann (A.), 726.
Merner (L.), 304.
Mesnet, 41.
Messari, 115.
Metcalfe, 949.
Mettauer, 1011.
Metzinger, 580.
Metzlar (de Leyde), 830.
Meyer (G.), 154, 294, 813.
Meyer (Hermann), 1206.
Meyer (L.), 389, 417, 547, 932, 955, 959, 991.
Michaux, 548.
Michel (J.), 877.
Micheli (E.), 551.
Michelsen, 15.
Michon, 1052, 1074.
Middleton, 1191.
Miette, 294.
Migrew, 713.
Mijnlieff, 5.
Mikalowiks, 1175.
Mikulicz, 36, 84, 85, 86, 314, 435, 452.
Milander (J.), 548.
Militano, 16.
Millér (J.-A.), 227, 515.
Milliot, 272.
Miner, 854.
Minkiewitsch, 985.
Misrachi, 217.
M'Knight, 965.
Mohot, 796.
Monnier, 950.
Monod (Ch.), 872, 997 1053.
Monprofit, 661, 744.
Montaigne, 454.
Monteros, 1011.
Montfort, 868.
Montfumat, 411.
Moore (Th.), 1163.
Mooren, 632.
Morand, 1002.
Morat, 43.
Morax, 659, 662.
More Maden, 391.
Morel, 110.
Morel-Lavallée, 987.
Morestin ,1044.
Morgagni (J.-B.), 840, 1144.
Möricke, 149, 151, 1048, 1180, 1208.
Morill (*Voyez* Lee).
Morisani, 43, 56.
Morison (R.), 825.
Morneau (M.), 226.
Morse (Clifton S.) (*Voyez* Clifton).
Moseley (W.-E.), 946.
Mosengeil, 1180.
Mosher (Elisa), 512.
Mosler, 893.
Motet, 1204.
Moulonguet, 748.
Mouratoff, 943.
Moussaud, 1135.
Mugge, 800

Müller (de Berne), 592, 593.
Müller (C.-J.), 434, 1149.
Müller (F.), 625.
Müller (G.), 473.
Müller (J.), 1037, 1210, 1212.
Müller (P.), 278, 305, 378, 433, 540, 592, 593, 608, 646, 736, 971, 1214, 1215, 1224, 1228, 1234, 1235, 1236, 1247.
Müller (Paul), 204.
Müller (W.), 265.
Mumm (Mac), 790.
Münchmeyer (F.), 315, 424, 438, 443, 593, 860, 879.
Mundé (P.), 92, 178, 179, 184, 195, 196, 205, 217, 225, 285, 369, 387, 413, 414, 436, 471, 503, 525, 526, 556, 558, 583, 597, 605, 614, 643, 646, 696, 701, 750, 754, 762, 769, 862, 926, 952, 999, 1093, 1109, 1114, 1226.
Münster (H.), 911.
Muratow, 968.
Murenna, 1087.
Murphy (P.-J.), 250, 272.
Mursick, 1163.
Musgrave (de), 892.
Mussey, 321.
Myerle (David), 286.

Naecke, 980.
Naegelé, 1009.
Nagel (W.), 328, 678, 680, 686, 715, 760.
Namias, 892.
Nanzetti, 43.
Narris (R.), 548.
Nassauer (M.), 894.
Nauss, 385.
Nebel (A.), 301, 621.
Nedswetrky, 956.
Nega, 1226.
Negri, 967.
Neisser, 973, 976.
Nélaton, 108, 263, 295, 296, 835, 841, 915, 918, 925, 926, 1007, 1008, 1086.
Nepveu (G.), 835.
Netter, 972.
Netzel (W.), 784, 813, 959.
Neuber (E.), 816.
Neugebauer (F.-L.), 587, 1013, 1016, 1028, 1033, 1036, 1037, 1165, 1169.
Neumann (E.), 684, 715, 799.
Newmann (D.), 132.
Newmann (H.-P.), 524.
Nicaise, 292, 868.
Nicolètis, 508, 535.
Nicolle, 1131.
Nieberding, 390, 864.
Nièce (De la), 929.
Nitze, 143.
Noël, 1087.
Nöggerath, 109, 111, 194, 195, 196, 604, 658, 692, 981, 983.
Nolting, 871.
Nonat, 202, 647, 727, 742, 748.
Norman, 969.
Normann, 959.
Nott, 115, 229, 1161, 1163.
Novaro, 1042, 1043, 1044.
Nové-Josserand, 475, 476, 480.
Nunez, 1180, 1181.
Nussbaum, 44, 84, 343.
Nysten, 1191.

Obalinski (A.), 367, 864.
Oberländer, 366.
Oberth, 14.
Odebrecht (E.), 370, 1155.
Odenthal, 968.
Oerum (H.-T.), 790.
Oettinger, 949.
Ogden, 389.
O'Hara, 957.
Oldham, 1168.
Olivier (Aug.), 565, 647.
Ollivier (Ad.), 16, 17, 726, 977, 1233.
Ollivier (d'Angers), 917.
Olrik, 1096.
Olshausen (R.), 72, 111, 146, 164, 195, 269, 334, 341, 342, 347, 350, 362, 366, 368, 433, 434, 443, 538, 541, 544, 546, 547, 548, 555, 590, 591, 638, 643, 678, 710, 715, 744, 768, 780, 788, 790, 791, 795, 796, 802, 803, 813, 815, 818, 823, 824, 832, 834, 836, 841, 861, 865, 868, 870, 874, 877, 878, 881, 882, 915, 960, 962, 968, 970, 1000.
Omboni, 290.
Onoutrieff, 637.
Ormières, 629, 868.
Orrillard, 961.
Orthmann, 267, 285, 531, 653, 658, 664, 707, 882, 913.
Ortmann (P.), 911.
Ott (D. von), 96, 102, 188, 391, 419, 424, 438, 445, 470, 924.
Owen (E.-M.), 817, 845.
Ozenne, 691.

Page (F.), 879.
Paget (J.), 995.
Pajot, 16, 217, 491, 1082, 1086.
Palasciano, 606.
Pallen, 241.
Palm (Richard), 1144.
Paltauf, 942.
Panas, 839.
Paré (Ambroise), 1087.
Parona, 998.
Parry, 812, 935, 947, 949, 950, 954, 963, 964, 965, 969.
Partridge, 35,
Pravin, 1041.

Passet, 191.
Pasteur, 184.
Patein (G.), 46.
Patenko, 873, 942.
Patron, 1146, 1147.
Patru, 469.
Patterson (Alex.), 391.
Paul (C.), 976,
Pawlik (K.), 98, 132, 135, 136, 137, 138, 141, 419, 435, 596, 835, 1049.
Péan, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 251, 301, 308, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 322, 323, 325, 330, 331, 332, 345, 349, 350, 353, 354, 367, 389, 424, 426, 427, 438, 535, 574, 644, 735, 737, 769, 770, 841, 858, 901, 903, 1193.
Pearse (A), 1170.
Peaslee, 77, 126, 227, 708, 820, 840, 1219.
Peckam, 869, 1143.
Pée, 15.
Péraire, 167, 186.
Peretti (J.), 646.
Périer, 607.
Pernice (Ludwig), 412, 413, 414.
Perrin, 997.
Perske (A.), 475.
Pestalozza (E.), 392, 475.
Peter, 175, 754, 1077.
Petit (André), 407.
Petit (J.-L.), 750, 1009.
Petit (L.-H.) 950, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1164.
Petit (Paul), 246, 639, 654, 656, 673, 674, 675, 679, 682, 690, 715, 717, 718, 719, 721, 908, 909, 1130, 1146, 1199.
Petters, 1137.
Pfannenstiel, 146, 189, 413, 425, 466, 813.
Pfeiffer, 475, 476.
Philip (Paul), 42.
Philippaux, 527.
Philips (J.), 540, 544, 575, 592, 864, 1216.
Piachaud, 486.
Pichevin (Roland), 226, 230, 247, 529, 629.
Pichot (L), 462, 470.
Picqué, 540, 555, 700, 872, 928, 958, 1087, 1106, 1108, 1155, 1177, 1220.
Piedpremier, 571.
Piering (O.), 425, 466, 1088, 1144.
Pigeolet, 949.
Pilliet (A.), 209, 672, 719, 803, 917, 919, 937, 946.
Pinard, 4, 16, 89, 217, 457, 831, 946, 947, 961, 963, 966, 970, 971, 1169.
Pineau (Lév.), 1009.
Pinner, 895.
Pinnock, 845.
Piorry, 116,
Plater (F.), 964.
Playfair, 206, 227, 294, 643, 646, 921.
Plum, 1163.
Poirier (P.), 143, 407, 649, 651, 657, 696, 743, 744.
Poitou-Duplessis, 44.
Polacco (R.), 14.
Polaillon, 7, 33, 226, 305, 419, 546, 622, 869, 1026, 1087, 1108, 1200, 1218, 1220, 1241.
Polk (H.), 699.
Polk (W.-M.), 234, 349, 427, 526, 541, 552, 589, 696, 700, 701, 739, 773.
Polotebnoff, 817, 844.
Pomorski (J.), 876.
Poncet (A.), 44, 713, 915.
Poney (H.), 976.
Porak, 123, 130, 272, 273, 386, 988.
Porro, 342, 458, 1169.
Portal, 826.
Post (E. Sarah), 437, 696, 728.
Postello, 656.
Potain, 406, 756.
Pott (de Halle), 977.
Pottion, 815.
Poullet, 230, 510, 697.
Poupinel (G.), 791, 797, 798, 799, 800, 813, 815, 828, 842, 867, 987, 989, 990, 991.
Pousson, 1030.
Power (D.-A.), 998.
Pozzi (Adrien), 454, 485, 825, 1201.
Pozzi (S.), 45, 52, 53, 58, 65, 72, 75, 76, 78, 85, 95, 104, 215, 226, 243, 260, 269, 272, 278, 284, 295, 299, 303, 306, 313, 314, 321, 326, 361, 362, 371, 427, 438, 441, 445, 525, 535, 540, 593, 616, 618, 644, 645, 661, 664, 667, 672, 677, 687, 703, 709, 710, 716, 725, 731, 732, 734, 738, 739, 740, 766, 767, 769, 824, 828, 843, 856, 864, 927, 994, 999, 1004, 1041, 1042, 1078, 1114, 1144, 1157, 1177, 1184, 1194, 1195, 1197, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203.
Predöhl, 892.
Prengrueber, 927.
Preuschen, 987.
Prewitt (T.-E.), 713.
Price (Jos.), 369, 725, 961.
Price (M.), 961.
Priestley (W.), 640, 643, 950.
Prieur (A.), 593, 998.
Primerose, 964.
Prochaska, 783.
Prochownick (L.), 217, 243, 286, 383, 625, 656, 658, 678, 977.
Pryor, 536, 740.
Puech (A.), 618, 625, 633, 712, 722, 916, 942, 1221.
Puech (P.), 915, 1179.
Purefoy, 950.
Putegnat, 1074.
Putiboff, 70.
Puzos, 109, 110, 742.

Quain, 136.
Quénu, 47, 226, 263, 432, 553, 629, 651,

656, 686, 736, 781, 791, 806, 811, 834, 968, 1056.

Rabenau (von), 217, 453, 528.
Rabl-Rückard, 473.
Raciborski, 628, 632.
Raffegeau, 1203.
Raffray, 203, 751.
Ramsbotham, 1194.
Ranvier, 746, 1138.
Rathke, 1175.
Raviot, 475.
Rayer, 403.
Raynaud, 891.
Reamy, 423, 646, 1232.
Reboul, 990.
Récamier, 108, 112, 116, 164, 230, 426, 453, 488, 915, 925, 1010.
Reclus (Paul), 39, 40, 742, 747, 893, 979, 997, 1148.
Redard (J.), 15, 24, 38.
Reed, 502, 962, 1044.
Reeve (F.), 44.
Regnauld, 958.
Reichel (P.), 1180.
Rein, 19, 415, 844, 968.
Rein (G.-E.), 960.
Reismann (A.), 961.
Remak, 643, 646.
Rémy, 193, 870.
Remy, 1130.
Rendu (J.), 592.
Rennert, 1247.
Répin, 37, 800.
Requin, 658.
Resch (Al.), 698.
Retterer (Ed.), 1176.
Reuter (J.), 869, 1208.
Reverdin (Aug.), 16, 35, 343, 351, 524, 750, 847.
Reverdin (Jacques), 3, 7, 362.
Revillout, 74, 1073, 1077.
Reymond (E.), 659, 662, 703.
Reynier, 226, 917.
Rheinstädter, 227, 237, 858, 1240.
Rheinstein, 713.
Ribemont, 602.
Ricard (C.-L.-E.), 133, 362, 522.
Ricco, 1226.
Richard, 709.
Richardson, 38.
Richelot (L.-G.), 76, 292, 315, 341, 355, 356, 357, 370, 424, 426, 427, 435, 436, 438, 442, 535, 553, 860, 864, 1180, 1208.
Richelot père, 527.
Richerand, 1002.
Richet (A.), 323, 411, 887, 917, 1052, 1087, 1104, 1106, 1107, 1108, 1145, 1220.
Richter (Ubbo), 131.
Ricord, 114, 115, 658, 1151.
Rieder (C.), 987.
Riedinger, 305, 1088, 1096, 1231.
Rietschel, 13.
Rindfleisch, 720, 779.
Riskallah (A.), 697, 712.
Ritchie (Ch.-G.), 684, 715.
Ritgen, 742, 955.
Rizzoli, 1053, 1146, 1179.
Roberts (R.-J.), 632.
Robb (Hunter), 1148.
Robert, 1011.
Robin (Ch.), 262, 397, 1191.
Robinson (F.-B.), 711.
Rochard, 243, 426, 1009.
Rochel, 962.
Rodier, 226.
Rœhmer, 817, 844.
Rogivue (A.), 473, 474.
Rogner (von), 42.
Rohé, 206.
Röhrig, 824.
Rojecki, 246.
Rokitansky, 598, 683, 684, 686, 709, 786, 796, 823, 825, 872, 874, 892, 936, 1002, 1088, 1138, 1205, 1206, 1225.
Roland, 510.
Roller, 631.
Rollin (F.), 719, 825, 915.
Roncaglia, 961.
Roonhuyzen (van), 1009, 1013.
Rose, 278, 818.
Rose (E.), 269, 284, 286, 1034.
Rose (G.H.), 633.
Rosenbach, 190.
Rosenberger, 812.
Rosenstein, 894.
Roser, 174, 1208.
Rösger (P.), 256
Rosinski, 825.
Rosner, 390.
Ross (W.), 932.
Rossier, 39.
Rosthorn (H. v.), 273, 658, 711, 942, 1180.
Rosving, 13.
Rothenberg, 1224.
Rouffart, 355.
Rouget, 612.
Roussan (G.), 716.
Rousseau, 967.
Roussel (M), 215.
Rousset (F.), 606, 947.
Routh (C.-H.-F.), 242, 284, 294, 454.
Routier, 226, 388, 390, 481, 548, 555, 656, 722, 744, 926, 928.
Rouvier, 633, 1126.
Roux, 6, 39, 40, 230, 449, 450, 525, 546, 1009, 1010, 1068, 1071, 1087, 1108.
Rovillain, 1179.
Rowlet, 626.
Royer, 1002.
Roze (F.), 1184, 1189.
Rudolphi, 1207.

Ruge (C.), 131, 161, 175, 176, 177, 212, 394, 459, 461, 475, 476, 478, 481, 505, 828, 881, 978, 980, 991, 1146.
Ruge (P.), 425, 794, 1160.
Ruggi (Giuseppe), 551.
Rühl (W.), 527.
Runge (M.), 815, 542.
Runge (Otto), 217, 243, 295.
Rüstner, 152.
Ruter, 999.
Ruysch, 915.
Ruyter (de), 13.
Rydygier, 482.

Sabail, 130.
Sabin, 1164.
Sacré, 725.
Saint-Germain (de), 1149.
Saint-Martin, 16.
Saint-Moulin (de), 628.
Saint-Vel, 267, 387.
Sajaïsky, 968.
Salin, 272, 273, 864.
Salisbury, 973.
Sänger (M.), 20, 54, 84, 97, 132, 135, 196, 249, 273, 315, 342, 346, 348, 349, 360, 362, 363, 366, 376, 388, 433, 438, 447, 475, 476, 479, 503, 509, 520, 528, 536, 539, 541, 544, 546, 547, 548, 550, 621, 630, 644, 735, 763, 764, 765, 806, 810, 825, 847, 861, 882, 884, 885, 886, 889, 924, 943, 944, 965, 981, 998, 1024, 1037, 1054, 1055, 1058, 1059, 1088, 1093, 1095, 1114, 1153, 1187, 1200, 1208, 1224, 1247.
Sant'Anna (I. de), 844.
Sappey, 743, 947.
Sarah Post. *Voyez* Post.
Sarraute (Gaches). *Voyez* Gaches.
Saucerotte, 1052, 1087.
Saurenhaus (E.), 395.
Sauter, 426.
Savage, 390, 1219.
Sawinoff (N.), 653, 671.
Säxinger, 417, 983.
Saxtorph (S.), 765.
Scanzoni (F.-W. von), 117, 154, 204, 417, 572, 633, 744, 818, 834, 1073, 1074, 1161, 1162, 1245.
Schachmann, 893, 894.
Schaeffer (O.), 942, 1190, 1191, 1213.
Schæffer (R.), 226, 721.
Schatz (F.), 289, 417, 433, 438, 460, 462, 994, 1048, 1088.
Schauta (F.), 278, 297, 424, 425, 443, 476, 533, 540, 577, 615, 658, 660, 662, 671, 732, 950, 954, 957, 958, 962, 968, 969, 970, 1053, 1088.
Schaw, 641.
Schede, 88, 435, 450, 1039, 1040.
Schetelig, 537.
Schilling, 40, 571.
Schimmelbusch, 14, 26, 31, 35.
Schlange, 13.
Schlegtendal, 813, 814, 944.
Schleich, 39.
Schmalfuss, 646.
Schmid (H.), 816.
Schmidt (de Cologne), 528.
Schmitt (Ad.), 658.
Schmolling, 980.
Schmorl, 475, 479.
Schnabel, 794.
Schneevogt, 1142
Schneider, 961.
Schnopfhagen (F.), 1208.
Schnyder (H.), 382.
Schopf, 856.
Schorler (C.), 284, 286, 288.
Schramm (J.), 455, 633, 646, 711, 893.
Schrader, 5.
Schrenk (v.), 934, 937.
Schröder, 35, 57, 128, 150, 165, 166, 183, 211, 221, 232, 236, 237, 238, 244, 246, 250, 265, 267, 283, 288, 323, 330, 333, 334, 368, 369, 373, 389, 390, 394, 395, 411, 412, 416, 417, 418, 419, 420, 422, 429, 434, 445, 455, 460, 462, 481, 482, 499, 508, 514, 518, 537, 538, 553, 562, 575, 581, 590, 592, 601, 602, 610, 646, 656, 686, 725, 746, 787, 791, 797, 842, 843, 852, 863, 865, 868, 870, 874, 889, 902, 915, 921, 928, 963, 980, 981, 995, 1002, 1034, 1037, 1048, 1074, 1161, 1185, 1190, 1208, 1216, 1219, 1228, 1233, 1246.
Schubert, 1088.
Schuchardt, 998.
Schücking, 527, 528, 574.
Schuhmacher (G.), 286.
Schultz (D.), 132, 137, 455, 975.
Schultze (B.-S.), 89, 109, 126, 191, 202, 223, 496, 498, 507, 513, 514, 519, 536, 571, 692, 747, 842, 852, 940, 950, 1206.
Schwartz, 223, 419, 452, 525, 844.
Schwartz (E.), 1086.
Schwarz (F.), 183, 913, 958, 983.
Schweizer, 1156.
Sclifossowski, 952.
Scott, 953.
Sébileau, 270, 274.
Sécheyron, 301, 308, 312, 353, 1181, 1182.
Sédillot, 73, 74, 220, 1010.
Sée (Marcel), 973.
Sée (Marc), 1087, 1108.
Seeger, 874.
Seiffart, 698.
Ségalas, 113.
Segond (Paul), 16, 44, 72, 226, 303, 313, 314, 370, 374, 380, 384, 438, 442, 480, 481, 524, 735, 736, 737, 770, 788, 812 860, 867, 1042, 1050, 1064, 1170, 1244.
Semb (O.), 269.
Semiännikow (A.), 698.
Senger (E.), 885.

Senn, 891.
Serre, 1010.
Serres (L.), 1052.
Sevastopoulo, 88.
Seyfert, 998.
Shield, 949.
Siebold (A.-E.), 742.
Sielski (F.), 508, 596.
Silex (P.), 42.
Simon (G.), 108, 117, 118, 119, 132, 136, 139, 141, 230, 244, 300, 453, 553, 575, 591, 616, 835, 855, 1012, 1013, 1017, 1031, 1038, 1045, 1052, 1058, 1067, 1087, 1090, 1096, 1099, 1103, 1145, 1222, 1245.
Simpson (A.-R.), 473.
Simpson (S.-J.), 117, 194, 204, 230, 285, 289, 297, 416, 474, 501, 761, 818, 955, 1012, 1013, 1166.
Simpson (J.-Y.), 123, 416, 498, 502, 613, 616, 620, 743, 1072, 1073, 1077, 1078, 1083, 1088, 1117, 1142, 1161, 1162, 1194,
Sims, 53, 77, 116, 117, 125, 126, 225, 230, 246, 453, 515, 527, 538, 575, 583, 606, 612, 616, 1028.
Sims (Marion), 301, 304, 455, 498, 499, 502, 545, 613, 614, 646, 1011, 1013, 1073, 1087, 1088.
Sinéty (de), 148, 155, 165, 175, 176, 211, 634, 745, 746, 753, 755, 779, 786, 788, 803, 804, 817, 874, 880, 915, 1138.
Sippel (A.), 371, 484, 961.
Siredey (F.), 197, 626, 647, 744, 1134.
Skene (Alex.-J.-C.), 272, 273, 294, 752, 993, 1122, 1143.
Skoloff, 587.
Skutsch, 196, 527, 733.
Slavjansky, 525, 673, 676, 679, 686, 719, 787, 937, 968, 1206, 1242.
Sloan (C.-F.), 124.
Slocum, 740.
Smellie, 1087.
Smester, 220.
Smith, 321, 997.
Smith (Alban), 840.
Smith (Albert), 516, 552.
Smith (Heywood), 300.
Smith (J. Greig.), 708, 731.
Smith (Nathan), 840.
Smith (T.-C.), 613.
Smith (Th.), 196.
Smith (Tylor), 174, 605.
Sneguireff, 89.
Solger, 511.
Soltmann, 998.
Sorel, 640.
Sotschawa, 1234.
Souligoux, 803.
Soullier (L.), 1148.
South (Flint). *Voyez* Flint
Spaeth, 228, 315, 897, 932, 949, 961, 962, 977.
Spanton, 294.
Spencer Wells, 73, 74, 75, 76, 294, 323, 328, 363, 369, 423, 426, 458, 643, 646, 713, 791, 797, 804, 818, 827, 835, 836, 840, 841, 844, 845, 846, 850, 851, 858, 864, 865, 870, 872, 881, 909, 914.
Sperling, 547.
Spiegelberg (O.), 226, 227, 305, 328, 411, 413, 417, 587, 603, 744, 804, 834, 872, 873, 940.
Squarey, 1216.
Ssolowjew, 1242.
Stadfeldt, 961.
Staffel, 889.
Stahl (G.-E.), 633.
Stanley, 1164.
Stark, 1207.
Startin, 1021.
Stauch (M.), 620.
Staude, 539, 1087, 1234.
Stear, 634.
Steffeck, 11.
Steglehner, 1226.
Steinschneider, 183, 975.
Steinthal, 998.
Stekhoven, 973.
Stepanow, 634.
Stephanesco, 852.
Sternberg, 975.
Stevenson (E.-S.), 916.
Stiegele, 1142
Stiller, 633.
Stilling (B.), 850.
Stilling (J.), 14.
Stirton (James), 625.
Stockard (C.-C.), 257.
Stoltz, 583, 869, 1074.
Stolz, 584.
Storer, 226, 629.
Strahl (H.), 1175.
Strassmann, 534, 535, 995.
Stratz (C.-H.), 264, 411, 425, 551.
Strauch (Max), 390, 961, 1219, 1227.
Straus (I.), 186, 402, 403, 404, 406.
Strœtter, 1240.
Stroganoff, 187, 190.
Stroynowski (E.), 596.
Strumpell (A.), 366.
Studgaard, 389.
Sue, 1207.
Sullies, 625.
Süsserott, 388.
Sutton (Bland), 690, 703, 886, 1208.
Sutugin, 968, 1247.
Swiecicki (v.), 15, 1218.
Szukitz, 462.

Taft (Ch.-E.), 587.
Tainturier, 931, 943.
Talamon, 972.
Talbot, 42.
Taliaferro (V.-H.), 91, 241.

Tannen (A.), 424, 443.
Tanner, 417.
Tardieu, 1204.
Tarnier, 386, 387, 511, 519, 951, 953, 955, 963, 964, 1086.
Tauffer, 338, 361, 369, 391, 435, 646, 815, 828, 1219.
Tavignot, 832, 1146.
Taylor (J.-W.), 745.
Taylor (R.-W.), 961, 1149.
Tchunichin, 995.
Teale (T.-P.), 604, 605.
Tédenat, 423, 441, 887.
Teichmann, 813.
Temeswary (R.), 290.
Témoin (D.), 571.
Tenneson, 225, 761.
Teplischin, 633.
Terrier (F.), 13, 24, 31, 44, 45, 46, 47, 75, 78, 79, 263, 315, 360, 370, 380, 424, 425, 435, 438, 442, 450, 452, 481, 540, 543, 548, 554, 591, 592, 629, 725, 726, 731, 739, 772, 783, 811, 815, 817, 821, 822, 826, 843, 845, 858, 866, 868, 873, 1244.
Terrillon (O.), 38, 72, 106, 263, 275, 293, 313, 369, 370, 376, 384, 419, 473, 481, 525, 629, 631, 638, 652, 656, 664, 674, 691, 701, 709, 748, 752, 767, 806, 809, 811, 823, 824, 836, 841, 866, 867, 868, 870, 887, 891, 903, 909, 913, 1108, 1146, 1149, 1247.
Testelin, 1180, 1209.
Teuffel (R. von), 435, 457, 603.
Thalinger, 987.
Theilhaber, 203.
Theim (C.), 527.
Thiede, 88, 414.
Thiem (G.), 471.
Thiernesse, 852.
Thiersch, 35, 72, 342.
Thin, 1130.
Thiriar, 502, 503, 820, 864.
Thomas (Gaillard), 331, 413, 414, 493, 494, 495, 500, 517, 518, 520, 605, 606, 646, 700, 725, 869, 881, 944, 957, 1084, 1085, 1112, 1226.
Thomas (Richard), 230, 413, 453, 614, 634.
Thomson, 37, 55, 71.
Thorn (U.), 1000.
Thorn (Wilhelm), 620, 987.
Thornton (Knowsley), 75, 280, 368, 369, 374, 389, 391, 709, 813, 814, 823, 824, 843, 844, 865.
Thouvenet, 405.
Tiedemann, 1236.
Tilanus (C.-B.), 13.
Tillaux (P.), 258, 266, 279, 297, 305, 324, 441, 504, 602, 987, 995, 1156, 1160.
Tillmanns, 57, 71.
Tillot (E.), 696.
Tilt (E.-I.), 625.
Timmers, 267.
Tissier (P.), 374, 382, 646.
Tolberg, 1191.
Toledo (Sanchez), 186.
Tomlinson, 892.
Tornery (de), 242.
Torthe (L.), 633.
Toth, 932, 957.
Toupet, 476, 678, 685, 689, 716.
Tourneux, 1175, 1210, 1211, 1212, 1218.
Trachet, 963.
Trätzl, 996.
Traube, 404, 406.
Treille, 869.
Trélat (U.), 44, 117, 299, 507, 515, 525, 535 549, 557, 559, 656, 697, 750, 898, 926, 1040, 1074, 1075, 1088, 1108.
Trendelenburg, 98, 731, 859, 1029.
Trenholme, 373, 374.
Treub, 370, 960, 969, 1045.
Triaire, 553.
Tripier (A.), 33, 289.
Tripier (L.), 13, 44.
Troisfontaines, 35.
Troisier, 407.
Trousseau, 220, 915.
Tschernüschew, 985.
Tucker (M.-N.), 1191.
Tuffier, 388, 590, 592, 885, 1042, 1044.
Turner, 261, 945.
Turnipseed, 1187.
Tuttle, 629, 864, 951, 956.
Tylor (Smith). *Voyez* Smith.

Uherek, 646.
Ullmann (Emerich), 111, 112.
Ungar, 366.
Urbain, 961.
Urdy, 322, 331, 349, 858.
Usphur (I.-N.), 264.

Vaillard, 24.
Valat, 252, 469, 870.
Valenta, 121.
Valentin, 1212.
Valette, 606.
Valleix, 501, 742.
Vallin (Paul), 641.
Varnier, 20, 89, 567, 971.
Varocler, 1207.
Vaucaire, 219.
Vautrin, 83, 275, 349, 368.
Vedeler, 489.
Veer (Van der), 952.
Veillard, 1125.
Veillon, 977.
Veit (G.), 1134.
Veit (I.), 20, 67, 131, 175, 176, 177, 208, 217, 334, 336, 394, 461, 481, 721, 824, 919, 955, 957, 987, 989, 991, 1044, 1222, 1225, 1226, 1240.
Velitz (D. v.), 791.

Velpeau, 111, 253, 300, 426, 452, 486, 488, 575, 915, 1009, 1010.
Veper, 230.
Verchère, 661, 861, 892.
Verneuil, 74, 106, 210, 418, 410, 445, 446, 448, 661, 792, 801, 803, 892, 894, 896, 991, 1003, 1005, 1012, 1013, 1022, 1046, 1050, 1071, 1072, 1074, 1076, 1086, 1087, 1088, 1122, 1140, 1145.
Versepuy, 766.
Vialleton, 1181.
Viardel, 604.
Vidal de Cassis, 228, 1012, 1013, 1031, 1032.
Vierow, 501.
Viguès, 915.
Villa (Angel). *Voyez* Angel.
Villar, 1147.
Villard, 888.
Villemain, 893.
Vincent, 23.
Virchow (R.), 261, 264, 267, 268, 394, 398, 470, 562, 743, 752, 786, 795, 796, 886, 897, 919, 947, 987, 1145.
Visca, 1074, 1076.
Vlaccoz (de), 590.
Vœlter, 1009.
Vogel (M.), 195, 389.
Voisin (A.), 915.
Volkmann (v.), 85, 768.
Voss, 629.
Vrobleski, 436.
Vuilliet, 130, 217, 304, 343, 519, 520, 774, 829, 941.
Vulpius, 15.

Wachsmuth, 709.
Wagner, 633, 844.
Wahrendorff (E.), 268.
Waitz, 966.
Walcher, 73, 1024, 1040, 1058.
Waldeyer, 395, 651, 689, 779, 780, 786, 788, 789, 790, 805, 810, 834, 873, 887.
Wall, 40.
Wallace, 423.
Wallentin, 626.
Wallich (A.), 69, 651, 652.
Wallis, 272, 273.
Walsh, 840.
Walter (P.), 305, 391.
Walton (G.-L.), 229, 638, 643, 646, 697, 728.
Walzberg, 1119.
Warkalla, 141.
Warker (E. van de), 420, 455.
Warmann, 14.
Warnek, 627, 956.
Warnoots, 136.
Wasseige, 342, 390.
Wassermann, 1148.
Watkins, 635.
Watson, 1013.
Watts, 989.
Webb, 715.
Weber (A.), 6, 16.
Weber (E.-H.), 889,
Weber (O.), 1070, 1143.
Weberstedt, 534.
Wedl, 1145.
Weerd (Van der), 1045.
Webster (I.-L.), 935.
Wegener, 79.
Wehmer (P.), 14, 368.
Weigert, 895.
Weil, 227, 242, 812.
Weill, 404.
Weinlechner, 879.
Weir (R.-F.), 836.
Weiss, 108.
Weissenberg, 698.
Weissmuller, 15.
Weist, 540, 590.
Welander, 983.
Wendeler (P.), 700, 932.
Werder, 961.
Werth, 57, 525, 540, 813, 869, 910, 913, 942, 943, 950, 954, 959, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 971, 1103, 1118, 1143.
Wertheim, 183, 658, 660, 662.
Wertheimer, 853.
Wessinger (A.), 930.
West, 306, 605.
Westermack (F.), 658.
Westphalen, 834.
White, 604.
Whitefort, 284.
Whidtridge Williams, 476, 893.
Widal, 189.
Widmer, 646.
Wiedow (W.), 84, 85, 374, 383, 449, 647, 733, 750, 763, 765, 767, 768, 891, 968.
Wiener, 965.
Wierginski (U.), 365.
Wiessnegg, 24, 28.
Wilde, 851.
Wilhelm, 633.
Willam, 1141.
Willard, 626.
Willers (G.), 643, 646.
Williams (I.), 151, 813, 871, 960.
Willy-Meyer, 98.
Wilms, 1087.
Wilson, 996.
Winawer (A.), 102.
Winckel (F.), 286, 288, 415, 417, 501, 503, 522, 525, 580, 581, 657, 817, 888, 889, 917, 918, 950, 955, 971, 980, 986, 993, 997, 1142, 1143, 1145, 1159, 1185, 1190, 1192.
Winkler (F. M.), 413.
Windelschmidt, 641.
Winiwarter (v.), 547, 548, 1088.
Winker, 456.
Winter (G.), 10, 184, 186, 188, 190, 191,

201, 376, 423. 445, 446, 862, 880, 902, 973, 1199.
Winternitz, 1170, 1179.
Wisard (A.), 217.
Witte, 183, 186, 187, 190, 658, 660, 662.
Witzel, 836, 1043.
Wolff (I.-M.-L.), 1247.
Wölfler (A.), 38, 81, 82, 327, 346, 347, 349, 447, 448, 765, 1037.
Woodbury, 227.
Worrel, 946.
Worship (I.-Lucas), 385.
Woyerskowsky, 841.
Wright (C.-O.), 634.
Wyder (Th.), 146, 151, 152, 154, 159, 161, 170, 278, 391, 399, 471, 931, 945, 965.
Wylie (Gill), 33, 551, 555, 641, 660, 726, 853, 862.

Young, 800.

Zahn (W.), 998, 999.
Zehman (Ad.), 661.
Zeigenspeck, 1144.
Zeigler (E.), 678.
Zeiss, 525.
Zeissl, 1153.
Ziegler, 71, 715.
Ziewracki (von), 43.
Zinsmeister, 449, 450.
Zmigrodzky, 943, 944.
Zuckerkandl, 889.
Zuckerkandl (Émile), 447, 444, 765.
Zuckerkandl (Otto), 447, 763, 764.
Zwanck, 571.
Zweifel (P.), 35, 141, 166, 294, 321, 323, 328, 342, 343, 344, 345, 368, 369, 444, 472, 528, 539, 653, 658, 662, 721, 733, 810, 927, 948, 957, 980, 987, 1037, 1045, 1088, 1090, 1114, 1126, 1137, 1142, 1148, 1162, 1185, 1200, 1201, 1205, 1206.
Zweigbaum (M.), 896.

28487. — IMPRIMERIE A. LAHURE,
9, rue de Fleurus, à Paris.

