

Contribution à l'étude de l'opération de Schroeder (amputation anaplastique sous-vaginale du col utérin) : indications-technique opératoire-resultats thérapeutiques / par J. Pescher.

Contributors

Pescher J.
Royal College of Physicians of Edinburgh

Publication/Creation

Paris : G. Steinheil, 1892.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/zrc8uqw3>

Provider

Royal College of Physicians Edinburgh

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by the Royal College of Physicians of Edinburgh. The original may be consulted at the Royal College of Physicians of Edinburgh. where the originals may be consulted.

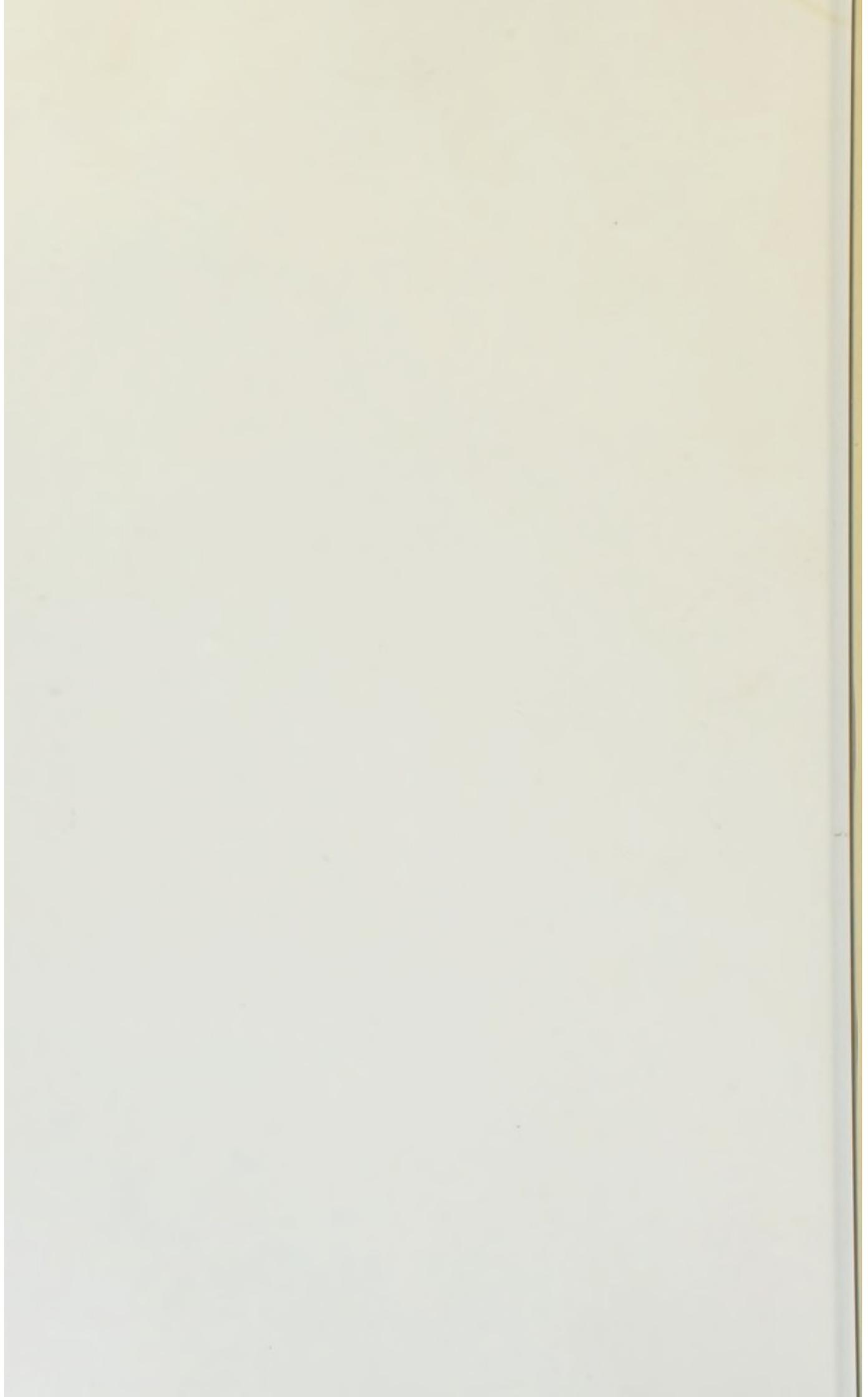
This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

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



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





CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OPÉRATION DE SCHRÖEDER

(Amputation anaplastique sous-vaginale du Col utérin)

INDICATIONS-TECHNIQUE OPÉRATOIRE - RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

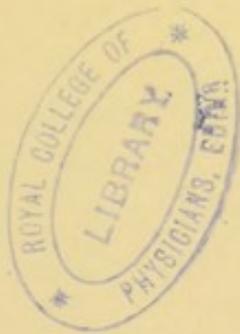
PAR

Le Docteur J. PESCHER

Ancien Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Paris

Lauréat des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance Publique



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'OPÉRATION DE SCHRÆDER

AMPUTATION ANAPLASTIQUE SOUS-VAGINALE DU COL UTÉRIN

Indications — Technique opératoire — Résultats thérapeutiques

Avant-propos

Toutes les variétés de métrite ne réclament pas un traitement chirurgical.

Quand l'affection est récente, elle guérit habituellement par le repos, les injections antiseptiques et les pansements locaux bien faits.

Dans les cas plus graves ou plus anciens, il peut être nécessaire, pour amener la guérison, de recourir aux cautérisations aseptiques, aux scarifications, à la dilatation utérine et au curage.

Mais il est un type de métrite que les médecins ont toujours considéré comme essentiellement rebelle, c'est la *métrite chronique du col utérin avec déchirures plus ou moins profondes et éversion — autrefois ulcération — de la muqueuse*. Contre elle ont été dirigés des traitements tellement nombreux et divers, que nous ne pouvons même pas en entreprendre l'énumération,

Chacun de ces traitements a eu son temps de vogue, puis les succès se sont multipliés et il a fallu chercher d'autres moyens. Il devait en être ainsi jusqu'au jour où l'étude anatomique des lésions est venue expliquer le mécanisme de leur résistance à la guérison. On a appris que l'ulcération vraie du col, considérée autrefois comme si commune, est au contraire l'exception. La prétendue ulcération n'est autre chose que la muqueuse du canal cervical, éversée, ectropionnée, à la faveur ou non des déchirures du col, et rendue méconnaissable par l'inflammation chronique. De plus, pour peu que la lésion soit ancienne, il existe au-dessous de la muqueuse, une dégénérescence scléro-kystique plus ou moins profonde, portant à la fois sur les glandes et sur le stroma du col.

Dès lors, on conçoit l'inanité des traitements généraux appliqués par les anciens médecins à de pareilles lésions et l'insuffisance des traitements locaux qui n'agissent qu'à la surface.

Les cautérisations profondes sont d'une efficacité incontestable; mais, outre qu'elles font souffrir les malades, qu'elles nécessitent une durée de traitement souvent fort longue, elles ont le double inconvénient de ne pouvoir atteindre tous les points envahis et d'amener à leur suite, au moment de la cicatrisation, des rétrécissements de l'orifice et du canal cervical parfois fort difficiles à combattre.

Il y avait à faire plus et mieux :

Emmet, s'appuyant sur ce fait clinique incontestable que les métrites chroniques du col, avec ou sans ulcération, s'observent surtout chez les multipares dont le col a été déchiré par le passage de la tête fœtale, pensa qu'il fallait attribuer l'origine du mal à ces déchirures et qu'en les faisant disparaître par une opération plastique, on guérirait du même coup la métrite qui en est la conséquence.

Sa *trachelorrhaphie* eut une vogue immense en Amérique et

en Angleterre où elle fut considérée pendant longtemps comme le traitement de choix à opposer à la cervicite interstitielle chronique avec déchirures. C'est assurément une opération excellente ; elle est entièrement entrée dans la pratique et, appliquée à certains cas déterminés, elle donne de très bons résultats.

Cependant, par elle, sans peine de déformer entièrement le col par l'ablation d'un segment considérable, on n'agit que sur la partie de la muqueuse ectropionnée qui borde la déchirure et on laisse en place toutes les autres parties atteintes de dégénérescence scléro-kystique.

Il restait à trouver un procédé permettant de corriger les déchirures, d'enlever les parties malades, et de restituer au col une forme s'approchant le plus possible de la normale pour que ses fonctions physiologiques ne soient pas entravées : avec *l'opération de Schræder* on arrive à ce triple résultat.

Décrite en 1880 (Charité-Annalen V. Berlin, page 343) par le Professeur allemand, elle n'a été pratiquée en France que quelques années plus tard. De nos jours encore, malgré les publications qui ont eu lieu à son sujet, elle n'est entrée dans la pratique courante que pour un petit nombre de chirurgiens. Les autres, en grande majorité, s'en tiennent, pour le traitement de la métrite du col, soit à l'opération d'Emmet, soit aux pansements antiseptiques locaux, soit même aux anciens moyens par les cautérisations sur lesquels l'amputation anaplastique réalise pourtant un incontestable progrès.

Ce manque de ferveur pour une opération que nous considérons comme bonne, nous a engagé à la choisir comme sujet de thèse. Si nous pouvons parvenir à la faire mieux connaître en essayant de préciser ses indications et sa technique, et à la faire mieux apprécier en publiant des résultats inédits, nous pensons que nous aurons fait œuvre utile.

Nous avons divisé notre travail en trois parties.

Dans la *première* nous passons en revue les indications diverses de l'opération.

Dans la *seconde* nous décrivons sa technique en la simplifiant le plus possible et en la dégageant des impédimenta qui jusqu'ici ont peut-être un peu effrayé les praticiens.

Dans la *troisième*, nous donnons les résultats tels que nous avons pu les constater *en recherchant et revoyant nous-même la plupart de nos opérées*, ou les déduire de l'étude des observations que nous publions en les divisant en groupes pour en faciliter la lecture.

Enfin nous terminons par un certain nombre de *conclusions* qui résument notre manière de voir sur le sujet.

Avant de commencer notre travail, nous avons à remplir un devoir très doux : celui d'adresser l'expression de notre reconnaissance aux Maîtres de l'École et des Hôpitaux qui ont guidé nos pas dans la carrière médicale.

Nous avons toujours trouvé de leur part non seulement un accueil bienveillant et des conseils éclairés, mais des marques répétées d'intérêt et de sympathie. Nous ne saurions assez les en remercier et leurs noms, imprimés en tête de notre thèse, resteront aussi gravés dans notre cœur.

Nous avons nommé Monsieur le Professeur Farabeuf ; MM. Périer et Delens qui furent nos premiers maîtres en chirurgie ; Monsieur le Professeur Debove, MM. R. Moutard-Martin, Roques, Cadet de Gassicourt, Bar, Champetier de Ribes, qui ont été nos maîtres pendant l'Externat.

Nous avons passé un an, en qualité d'interne provisoire, dans le service de Monsieur Albert Robin ; les circonstances nous ont empêché d'accomplir aussi chez lui notre quatrième année d'internat ; mais nous nous plaisons à affirmer que cette année de

plus n'eût rien pu ajouter aux sentiments de très profonde et très vive gratitude que nous lui gardons.

Monsieur le docteur Felizet, chirurgien de l'hôpital Tenon, a été pour nous, pendant notre première année d'internat, non seulement un professeur éclairé dans les multiples et si délicates questions de chirurgie infantile, mais un maître bienveillant toujours prêt aux bons conseils et aux bons encouragements. Nous tenons à lui en exprimer ici et de tout cœur notre bien vive reconnaissance.

C'est dans le service de notre maître Monsieur Richelot qu'ont été prises la plupart de nos observations et que nous avons pu pratiquer plusieurs fois nous-même l'opération qui fait l'objet de notre thèse. Aussi nous avons été heureux de la lui dédier et de lui témoigner publiquement notre gratitude.

Nous terminons notre internat à l'hôpital Beaujon, dans le service de Monsieur le docteur Millard qui nous a fait la faveur de nous réserver une place alors que nous n'étions pas son élève. Les quelques mois que nous venons de passer auprès de lui compteront parmi nos meilleurs : nous aurons appris à son école à combien de découvertes utiles pour les malades peut conduire un examen clinique approfondi. Mais nous serions très ingrat si nous parlions ici seulement de l'enseignement du Maître : Monsieur Millard, par l'affectueux intérêt qu'il nous a témoigné, s'est acquis à notre reconnaissance des droits que les seuls liens de maître à élève ne sauraient conférer.

Nous n'oublierons pas nos autres maîtres dans les hôpitaux : MM. Gérard Marchant, Brun, Jalaguier, Campenon, Bazy, Picqué, Routier, Bonnaire ; Monsieur le docteur Michaux qui a toujours été pour nous un guide sûr et dévoué, et nos excellents maîtres et amis MM. les docteurs Girode, Rieffel et Parmentier.

Monsieur le Professeur Pinard ; nos maîtres MM. Chanpe-
tier de Ribes, Bar, Picqué, Bonnaire ; Monsieur le docteur

Ribemont-Dessaignes, accoucheur à l'hôpital Beaujon, et Monsieur le docteur Tuffier chirurgien des hôpitaux, nous ont donné, à propos de notre thèse, soit des conseils, soit des faits intéressants dont nous tenons à les remercier tout particulièrement.

Nous remercions aussi nos excellents collègues Debayle, Lafourcade, Morestin, Malapert et Perruchèt pour les observations qu'ils nous ont données, Monsieur le docteur Jouin, ancien interne des hôpitaux, qui nous a communiqué des documents intéressants, et Monsieur le docteur Dureau, le très obligeant bibliothécaire de l'Académie de médecine qui nous a facilité les recherches bibliographiques pour notre thèse.

PREMIÈRE PARTIE

INDICATIONS DE L'OPÉRATION DE SCHROEDER

L'amputation anaplastique sous-vaginale du col par le procédé de Schrœder est une opération conservatrice qui n'enlève une portion du col que pour reformer immédiatement par la suture un col nouveau avec du *tissu sain*.

Ce nouveau col, *si l'opération a été faite dans de bonnes conditions*, est en possession de toutes ses propriétés physiologiques en tant qu'organe. Il reste souple, et se dilate parfaitement au terme de la grossesse de manière à permettre un accouchement régulier.

Quand il s'agit d'entreprendre cette opération, le gynécologue est donc beaucoup moins embarrassé que s'il ne devait obtenir la guérison que par l'ablation d'organes importants : les annexes, par exemple. Dans ce cas, il doit y regarder à deux fois et n'agir que quand il a épuisé sans succès tous les autres moyens de traitement.

Pour l'*opération de Schrœder*, au contraire, il n'a qu'à faire la comparaison entre elle et les autres moyens conservateurs : dans les cas où l'opération guérit alors que les autres moyens échouent, il y a *indication formelle* de la pratiquer.

Quand la guérison peut être obtenue par les autres moyens, mais que l'opération guérit *plus vite* ou *plus radicalement*, il faut encore l'employer.

Enfin il y a lieu de la *tenter* quand on a quelque espoir de

pouvoir, par elle, faire *l'économie d'une intervention plus grave.*

Nous pensons que la question des indications *du Schræder* ainsi envisagée se trouve simplifiée, et il ne nous reste plus qu'à examiner les cas particuliers qu'on rencontre le plus fréquemment en clinique.

CHAPITRE PREMIER

L'opération de Schrøder dans la métrite seule, sans propagation aux annexes.

A. — MÉTRITE DU COL PRÉDOMINANTE.

(a) *Métrite cervicale chronique invétérée avec déchirure du col, ectropion de la muqueuse, et dégénérescence scléro-kystique du parenchyme.*

C'est contre ces cas que Schrøder a inventé *l'excision*. Il montre que cette forme de métrite résiste à tous les moyens employés : repos, ponctions déplétives sur le col, dilatation à l'éponge, cautérisations diverses à la teinture d'iode, à l'acide pyroligneux, « dont on verse une certaine quantité dans le spéculum en glace étamée et qu'on laisse quelques instants en contact avec la muqueuse malade » cautérisation avec la liqueur de Bellosté, le nitrate d'argent, l'acide chromique, le perchlore de fer.....

Les catarrhes légers du col de la matrice, seuls guérissent.

« Quant aux formes invétérées de cette affection, compliquées d'hypertrophie glandulaire et de végétations adénopathi-

(1) ROJECKI : *Du traitement du catarrhe cervical rebelle et de l'opération de Schrøder (excision de la muqueuse)*, Paris, 1887, n° 203.

(2) CHANTELOUBE. : *De l'amputation anaplastique*, etc., Thèse Paris, 1888.

ques de la muqueuse, elles résistent à tous les agents que nous avons mentionnés : l'acide azotique fumant et le fer rouge ne parviennent même pas à suspendre définitivement ces catarrhes..... Dans tous ces cas ou l'élément glandulaire de la muqueuse cervicale est le siège de végétations exubérantes, je ne saurais assez conseiller *l'excision de la muqueuse* (1).

La grande majorité des gynécologues actuels pensent comme le chirurgien allemand.

« Une certaine variété d'endométrite, dit M. Bouilly, m'a paru rebelle au curettage ou tout au moins semble être difficilement modifiée par ce moyen. Je veux parler de l'endométrite glandulaire du col, avec catarrhe muqueux, abondant, tenace, visqueux, adhérent, presque solide.

La lésion atteint dans ce cas les innombrables glandes du col, se cantonne dans les culs-de-sac glandulaires profondément situés dans la muqueuse et dans le tissu musculaire ; ces culs-de-sac sont inaccessibles à l'acte de la curette qui ne fait qu'aborder les conduits excréteurs et ils demeurent infectés. Très peu de temps après l'intervention, dans les semaines qui suivent, le catarrhe se reproduit avec ses mêmes caractères d'abondance et de viscosité. — J'ai échoué 4 fois dans ces conditions et je considère cette variété d'écoulement comme réclamant une autre thérapeutique que le curettage ; c'est à *l'opération de Schræder* ou à une intervention analogue supprimant la muqueuse et ses glandes en totalité qu'il faut alors s'adresser » (2).

« On rencontre assez rarement une endométrite justiciable d'une action intra-utérine sérieuse, avec un col petit et rose. Dans ces cas-là seulement — j'en ai vu quelques-uns — je me borne au curage simple et alors je ne vois rien de particulier à

(1) C. SCHROEDER. *Mal. des femmes*, Trad. par E. LAUWERS et HERTOCHÉ.

(2) BOUILLY. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris* 1890.

faire dans la cavité cervicale. Si, au contraire, il y a une métrite invétérée du col, on a beau la gratter, sa muqueuse épaisse et anfractueuse adhère solidement ; la curette écorche le tissu sans ramener de lambeaux ; c'est une manœuvre absolument insuffisante. J'ai pu le démontrer aux élèves de mon service en ouvrant un utérus que je venais d'enlever par l'hystérectomie vaginale ; la muqueuse du corps se laisse abraser facilement sur tous les points ; en quelques instants la curette a mis à nu la paroi musculaire ; mais essayez sur le col et vous verrez la résistance ; aussi n'hésiterai-je pas, en présence d'un *gros col*, à joindre au curage l'opération d'Emmet ou celle de *Schræder* » (1).

Emmet appliquait à ces cas son procédé de la trachélorrhaphie pour corriger la déchirure, mais seulement « après avoir combattu la métrite pendant plusieurs mois » et quand la lésion est trop invétérée il n'hésite pas lui-même à pratiquer l'*amputation du col* :

« Contre cet état d'induration dû à la dégénérescence kystique, on peut choisir entre la trachélorrhaphie et l'amputation.

Or, l'expérience démontre que la trachélorrhaphie, pour qu'elle soit efficace, est une opération délicate dont l'exécution n'est pas à la portée de tous. Il faut, en effet, que l'extirpation des tissus de transformation soit complet ; il faut que l'avivement arrive en plein tissu sain. Mais il est parfois très difficile de reconnaître jusqu'où s'étend le tissu cicatriciel ; souvent même on hésite à pratiquer des pertes de substance considérables qu'on prévoit ne pouvoir se combler qu'à la suite d'un nouveau travail de granulation et de cicatrisation ; et cependant, à défaut de cela, avec un col en apparence parfaitement normal, on risque d'avoir le long de la cavité cervicale un véritable clapier dont l'existence

(1) L. G. RICHELLOT. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris*, 1890.

peut être méconnue par des médecins expérimentés. Au contraire, *l'amputation constitue une intervention relativement aisée* (1). »

Les D^{rs} Byrne, Janvrini, Munde, partagent l'opinion d'Emmet.

Lawson Tait lui-même (2) qui en tient pour les anciennes méthodes dans le traitement de la métrite : Pessaires à l'acétate de plomb, solution d'acétate de plomb dans la glycérine, lotions astringentes au sulfate de zinc, etc... et qui accable de ses sarcasmes « la génération de gynécologues qui fait encore rage parmi les praticiens sans expérience » se reconnaît obligé, dans certains cas, de « pratiquer l'abrasion de la muqueuse à la curette tranchante ».

L'accord est donc unanime.

L'intervention chirurgicale s'impose ; et la meilleure est celle qui « emporte la muqueuse malade et reconstitue le museau de tanche par le *procédé de Schræder* » (Richelot).

(b). *Métrite cervicale chronique avec déchirure et dégénérescence scléro-kystique, mais sans ectropion de la muqueuse.*

Cols d'Emmet justiciables du Schræder.

A côté des cas précédents se trouvent ceux où les lésions sont les mêmes, sauf l'ectropion de la muqueuse qui n'existe pas. Pour beaucoup de gynécologues, il suffit alors de pratiquer la *trachélorrhaphie* d'Emmet.

Il est visible cependant que, par cette opération, on n'agira pas sur les tissus dégénérés. Au contraire, on enfermera dans le

(1) EMMET. *Soc. obst. de New-York*, mai 1887.

(2) LAWSON TAIT, *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. franç. CHÉRON : Evolut. morbide de la muq. cervicale, *Rev. de méd. chirurg. des mal. des fem.* Ann. 1887-1888.

col une muqueuse malade qu'on aura rendue moins accessible à l'action des antiseptiques locaux. Aussi, loin de tirer un bénéfice de l'intervention, on verra les choses aller de mal en pis : les douleurs, le catarrhe, les hémorrhagies continueront et si on veut guérir la malade, on *sera forcé d'en venir à l'amputation de Schræder* par laquelle on aurait dû commencer.

« C'est précisément à ces « cols d'Emmet » (avec déchirure), dit Monsieur Richelot, que je n'applique pas ordinairement l'opération d'Emmet, parce que j'aime mieux emporter largement toute la muqueuse malade *par le procédé de Schræder*.

(c) *Métrite cervicale rebelle scléro-kystique mais sans déchirures ni ectropion.*

Col gros.

Ici, le tableau clinique change tout à fait d'aspect. La femme se présente avec des douleurs dans le ventre, de l'irrégularité dans la menstruation, et surtout avec une leucorrhée abondante qui a résisté au traitement.

En l'examinant au spéculum, on trouve un col gros, mais d'apparence normale sauf une coloration un peu plus foncée; (rouge de colère, Barnes) et, sans s'en préoccuper autrement, on croit en être quitte en pratiquant une désinfection locale soignée.

Si l'asepsie vaginale et les pansements locaux ne suffisent pas, on fait le curage; et cependant, quand on revoit la malade au bout de quelque temps, on s'aperçoit, alors qu'on croyait l'avoir guérie, que le catarrhe a résisté.

Il est toujours « abondant, tenace, visqueux, adhérent. »

Cela devait être.

Comme les précédents, ce col est atteint de dégénérescence

kystique, *lésion de fond*, et seules l'éversion de la muqueuse et la déchirure, *lésions contingentes*, n'existent pas.

En examinant bien la surface de ce col, on reconnaît souvent qu'au lieu d'être lisse, elle est légèrement *grenue*; plusieurs aspects peuvent d'ailleurs se présenter suivant le degré de la lésion : d'après *Mayer*, la muqueuse étant enflammée, les follicules sont intéressés et leurs orifices se ferment; ils peuvent alors subir trois modifications dont les deux premières répondent au type clinique que nous décrivons :

« Ils acquièrent graduellement le volume d'un grain de millet et forment des kystes arrondis, polis, élastiques, pleins d'une matière tenue, visqueuse, fibreuse; ce sont les *œufs de Naboth*. Le contenu devient souvent purulent.

2^o Ils n'atteignent pas le développement complet, mais ils restent à la surface de la muqueuse, sous forme de petits corps arrondis, à tuniques épaisses, à contenu peu abondant, semblables à des nodosités (1).

En résumé : la lésion de fond étant la même que dans les types (a) et (b), il faut intervenir de la même façon en pratiquant le Schrœder.

(d) *Endométrite cervicale rebelle, avec sécrétion glaireuse adhérente. Endométrite obstinée (Barnes). Museau de taupe, de tapir.*

Col petit.

Ces cas s'observent surtout chez les nullipares. On a les signes habituels de la métrite chronique avec phénomènes douloureux et dysménorrhéïques prédominants; on examine la

(1) *MAYER* cité par *BARNES (Maladies des femmes)*.

malade ; et, en présence de ce col petit, bien conformé, non ulcéré, on croit volontiers qu'elle exagère ses douleurs et qu'on a affaire à une « névropathe ».

On prescrit les moyens anodins habituels et la métrite ne guérit pas.

Ces faits ne sont peut-être pas suffisamment connus ; on est tellement habitué à n'admettre la métrite qu'avec des cols gros et bourgeonnants, qu'on hésite à la voir chaque fois que cette partie du « tableau clinique » vient à manquer. On oublie que la femme est une *nullipare* ; c'est pour cela que son col est resté petit. Elle n'en a pas moins contracté une métrite infectieuse, qu'elle a le plus souvent mal soignée, et les lésions ont pénétré de la muqueuse cervicale dans les glandes du col.

Le mal est devenu d'autant plus invétéré que l'orifice externe du col restant petit, on ne peut agir que très difficilement sur les surfaces malades. Dans ces cas, *le débridement bilatéral du col avec excision des parties envahies est parfaitement indiqué*. Par cette intervention, non seulement on guérit la métrite, mais, comme de nombreux faits l'attestent, on peut, dans certaines conditions, mettre un terme à la stérilité occasionnée par la conicité du col et le catarrhe concomittant.

Chaque fois que les lésions sont assez prononcées pour motiver le *Schræder* et qu'elles *prédominent sur le col*, nous croyons que leur aspect clinique peut être rapproché plus ou moins de l'un ou l'autre des *quatre types* que nous venons de décrire ; mais nous n'ignorons pas qu'en réalité le tableau se trouve varié à l'infini.

Dans les cas d'éversion de la muqueuse, par exemple, qu'on prenait autrefois pour une ulcération, les anciens médecins distinguaient une multitude de formes : *métrite granuleuse, ulcéreuse, folliculaire, gangréneuse, fongueuse, ramollis-*

sante, hypertrophique, vasculaire, proliférante, etc (1).

Chacune d'elles avait ses indications spéciales, comme étaient spéciales, croyait-on, son évolution et son étiologie.

Aujourd'hui, au contraire, nous savons que la lésion de fond est la même; le traitement à appliquer ne saurait donc varier.

B — MÉTRITE DU CORPS PRÉDOMINANTE

(a) Métrites chroniques du corps, avec hypertrophie de l'utérus.

Ces cas s'observent très fréquemment. Tantôt il s'agit de multiples avec phénomènes de sub-involution utérine, tantôt il s'agit d'une métrite chronique infectieuse ayant succédé ou non à des phénomènes aigus : métrites d'infection commune, métrites blennorrhagiques.

Mais le tableau clinique est le même : cette forme répond à l'engorgement utérin des anciens auteurs (*congestion utérine métrite parenchymateuse, fluxion utérine chronique métrite vasculaire*). Monsieur Pozzi la caractérise du nom de « *forme douloureuse chronique* » C'est aussi la *forme hystéralgique* que Lisfranc et Nonat traitaient par des émissions sanguines et Scanzoni par des sangsues ou des scarifications sur le col.

La femme se présente avec le « syndrome utérin » complet : Douleurs dans le ventre, difficulté de la station debout et de la marche, pesanteur à l'hypogastre, leucorrhée jaune abondante, peu visqueuse, dysménorrhée, métrorrhagies.... et tout le cortège des phénomènes reflexes habituels des maladies de l'utérus : dyspepsie, toux utérine, névralgies diverses, céphalalgie utérine (Peaslee), neurasthénie....

(1) COURTY. *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*

A l'examen local, on trouve un col *gros*, ulcéré ou non ; l'exploration bimanuelle révèle une augmentation de volume de l'organe, et par l'hystéromètre on a 8 ou 9 centimètres de cavité au lieu de 6 ou 7.

Une thérapeutique soignée est de rigueur : il faut désinfecter le conduit vulvo-vaginal et pratiquer le curage aseptique de la cavité utérine. Sous son influence, on observe la régression désirée et il n'est pas nécessaire de recourir à d'autres moyens. Mais les cas très anciens restent souvent rebelles ; c'est alors que, seule, une *intervention sur le col* amène au résultat cherché.

« Dans les métrites chroniques avec engorgement, retard d'involution, épaissement du parenchyme, le curettage est d'abord nécessaire ; mais on doit y joindre une opération destinée à amener l'involution de l'organe. Deux moyens existent pour cela : l'un, très radical, préconisé en Amérique par Kelly et qui consiste à enlever les ovaires pour provoquer l'atrophie de l'utérus. Mais c'est là une intervention d'une gravité un peu disproportionnée avec le but à atteindre, d'autant plus qu'on peut y arriver plus simplement par *l'amputation du col utérin* » (1).

Ces phénomènes *d'involution utérine* après une opération sur le col, sur lesquels ont particulièrement insisté Braun de Vienne, Martin, etc. sont extrêmement remarquables et d'un précieux secours pour combattre les engorgements chroniques dont nous parlons.

« Cette particularité (involution après les interventions sur le col) est, je crois, l'origine des succès de la plupart des observations de trachélorrhaphie, bien plus que l'excision de la *cheville cicatricielle* d'Emmet et la reconstitution de la forme du col. *Pozzi* »

(1) Pozzi. *Bull. et Mémoires de la Soc. de Chirurg. de Paris*: 1079

« Il est même inutile d'enlever une grande étendue de tissus, puisque c'est surtout l'effet indirect et pour ainsi dire réflexe qu'on cherche. *Pozzi* »

Le professeur Verneuil, de son côté, a cité le cas d'une femme amputée du col pour une métrite chronique qu'on avait prise pour du cancer et qui se trouva, par l'opération, guérie de sa métrite.

« 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'irrégularité de ce segment de l'organe. »

L'amputation de Schröder est ici moins formellement indiquée en tant qu'opération de choix ; pourtant comme les autres procédés ; *Emmet, A. Martin, Hégar, Markwald*, etc, supposent pour bien réussir l'intégrité de la muqueuse et du parenchyme cervical et que cette intégrité est très rare, nous croyons qu'il faut encore donner la préférence au Schröder.

(b). *Métrite hémorrhagique invétérée ayant résisté au curage.*

C'est dans la métrite hémorrhagique qu'on a les plus beaux succès avec le curage. Elle lui résiste rarement. « Cependant il est des cas où tous les moyens échouent et où la métrite hémorrhagique 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 (*Landau, A. Martin*) destinée à tarir la source même de l'écoulement. Il n'est pas démontré qu'on ne fût pas

(1) *Pozzi : Traité de gynécologie*, page 221.

alors en présence d'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 moyen est demeuré impuissant et où il y a véritablement une indication vitale » (1).

Depuis qu'on connaît les phénomènes d'involution après l'amputation du col, l'idée qui vient à l'esprit est qu'on *doit absolument l'essayer* avant d'en venir à la castration ou à l'hystérectomie vaginale considérée alors comme la suprême ressource.

Cette intervention est d'autant plus légitime que sa gravité est nulle comme on le sait et le résultat obtenu dépasse parfois toutes les espérances,

(1) Pozzi : *Traité de gynécologie*, p. 218.

CHAPITRE II

L'opération de Schrœder dans la métrite avec propagation aux annexes.

Il n'y a pas bien longtemps encore, on considérait les phénomènes inflammatoires du côté des annexes comme une contre-indication formelle au curage et, a fortiori, à toutes les interventions sur le col (1).

Aujourd'hui, au contraire, l'opinion courante est qu'il y a lieu de réviser absolument cette manière de voir : « tout traumatisme opératoire fait dans un but antiseptique sur un utérus infecté ne saurait comporter aucune gravité. S'il n'atteint pas le but immédiat poursuivi, il ne doit entraîner aucune complication » (2).

Même dans les phénomènes aigus, la désinfection soignée du conduit vulvo-vaginal et le curage aseptique de la cavité utérine amènent une sédation marquée des symptômes avec abaissement de la température : « il se fait une sorte de propagation de la guérison *Pozzi*. »

« Faut-il compter sur le curage quand, à côté de la métrite il, y a une salpingite légère ? Celle-ci peut-elle être heureusement influencée ? J'ai une douzaine d'observations de ce genre » (3).

Et ailleurs :

(1) DESPRÉAUX, BONNEAU, DÉMOULINS, PÉRAIRE, CHANTELOUBE, (Thèses de Paris.)

(2) D^r. PICQUÉ : Du curettage appliqué au traitement de la Salpingite (*Revue générale de clinique et therap.* Juillet 91.

(3) BOUILLY : *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.* Paris 1890.

« Après un curettage, la tumeur qui donnait l'idée d'une trompe volumineuse et distendue disparut les jours suivants et la guérison fut définitive ».

Et Monsieur Trélat :

« A diverses reprises, dans mon enseignement et particulièrement dans ces leçons de mars 1889, j'ai cité entre autres deux cas très précis appartenant à cette catégorie : cas mixtes, aigus ou subaigus, dans lesquels on voit se produire simultanément des invasions tubaires et des tumeurs lymphangitiques qui, les unes et les autres guérissent rapidement par le curettage..... Dans ma leçon de l'année dernière, j'ai cité cinq cas de femmes atteintes de tumeurs salpingiennes, entrées dans le service pour y subir probablement l'extirpation des annexes et qui sont sorties *guéries totalement* par le curettage utérin seul » (1).

Mais nous n'avons pas à insister, car ce n'est jamais dans cet ordre de faits que l'intervention sur le col est indiquée.

Elle ne se pose que dans les cas subaigus ou chroniques alors qu'il reste du côté des annexes de *l'empâtement* avec douleur. Toute la question se réduit alors à porter un diagnostic précis, ce qui n'est pas toujours facile. Ce qu'on peut dire, c'est que les chirurgiens, dans la plupart de ces cas ont une trop grande tendance à intervenir hâtivement par la laparotomie « opération brillante, plus utile à l'opérateur qu'à l'opérée et qui semble être pour beaucoup de gynécologues une sorte de panacée universelle. *Pozzi.* »

« Des salpingites, parfois de celles qu'on aurait le moins supposé accessibles à ce mode de guérison peuvent être guéries par le traitement de l'endométrite. *Trélat.* ».

(1) Voir aussi, CANTIN : th. de Paris 1889 ; Mlle FINKILSTEIN : *id.* ; Dr. RIZ KALLAH : *id.* ; SAINTU : *Etude critique de l'application du curett. de l'utérus au traitement des salpingites* (Th. Paris 1890 faits, de Walton, *Doléris Poulet.*

Et ailleurs :

« Abstraction faite des cas d'urgence pour cause de volume, de rupture imminente ou effectuée, ou d'accidents fébriles renouvelés, quand une femme est atteinte à la fois d'endométrite et de salpingo-ovarite, que ces affections déterminent des douleurs plus ou moins intenses, et plus ou moins anciennes il y a lieu de faire toujours le traitement de l'endométrite et d'en observer les résultats avant de recourir à l'extirpation des annexes. *Trélat* ».

M. Richelot dit de son côté :

« Impossible de dire à quel moment précis la trompe malade peut encore être heureusement influencée par la guérison de la métrite, c'est-à-dire en somme, par la guérison du foyer d'où part l'infection qui aboutit aux annexes. Mais, théoriquement n'est-ce pas admissible, et toutes les doctrines, — extension de la muqueuse utérine à la muqueuse tubaire, ou propagation par les lymphatiques, ne peuvent-elles s'en accommoder ? N'est-ce pas conforme à tant de faits cliniques observés dans d'autres régions ? Il est impossible de repousser les exemples donnés par M. Trélat et par d'autres auteurs, les faits sont peu nombreux, mais ils ne sont pas niables ».

Et il est à noter que dans cette discussion on n'a surtout en vue que le traitement de l'endométrite par la désinfection et le curage.

Or, il n'est pas douteux que l'opération sur le col pourrait rendre de très grands services en raison des phénomènes d'invololution qu'elle provoque non seulement du côté de l'utérus, mais dans les annexes, chaque fois que le curage a été insuffisant ou même a échoué tout à fait.

Nous terminerons donc en disant que, hors les cas d'urgence dont parle M. Trélat, hors les cas de suppuration pelvienne évidente, avec *enclavement de l'utérus*, où se pose l'indication de

l'hystérectomie vaginale par la méthode de Péan (1) le chirurgien devra rejeter absolument l'extirpation des annexes, surtout s'il s'agit d'une femme jeune, encore dans la période active de la vie génitale. Il pratiquera d'abord la désinfection et le curage et, si cela ne suffit pas, il interviendra sur le col par *l'opération de Schræder*.

(1) P. SEGOND : De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines : *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg. de Paris*, 1891, p. 453.

CHAPITRE III

L'opération de Schræder en dehors de la métrite.

Nous voulons parler dans ce chapitre des cas où il y a lieu de pratiquer sur le col soit une opération plastique pour corriger ses malformations, soit une amputation pour obéir à une indication quelconque en dehors de la métrite. Envisagée de cette façon, l'opération est ancienne ; Récamier, Dupuytren, Lisfranc, Scanzoni, Barnes, Sims, Spiegelberg, Courty, Gaillard Thomas, Müller, Hegar, etc., ont beaucoup écrit sur ce sujet : Le *procédé de Schræder*, bien qu'il n'ait pas été inventé pour ces cas d'amputation, peut parfaitement s'y appliquer, car il se trouve qu'en même temps qu'il enlève les parties malades, il est un excellent moyen de réfection du col. Toute la question est de savoir s'il vaut mieux que les autres procédés.

(A) *Comparaison de l'opération de Schræder aux autres modes d'amputation du col. Avantages de la première.*

Nous ne parlerons pas des procédés anciens avec l'écraseur, le thermo-cautère et l'anse galvanique. Ces procédés qui ont rendu dans le passé d'immenses services alors qu'on était moins armé contre l'hémorrhagie, doivent aujourd'hui — sauf quelques conditions particulières — être délaissés, en raison de leurs suites immédiates : absence de réunion, plaie ouverte au fond du vagin et exposée à l'infection ; et de leurs suites éloignées ; déformations diverses, sténose du canal cervical etc.

La discussion, en somme, ne doit porter qu'entre le Schröder et les procédés suivants, parmi lesquels le chirurgien doit faire un choix : 1° le procédé de *Sims* ; 2° le procédé de *Hegar* ; 3° le procédé de *Simon*, décrit par *Marckwald*.

Nous omettons à dessein l'opération de *Boryssowicz* (amputation du col en forme de selle) in *Kronika Lekarska* 1891, et celle de *Duhrsen* (mode de réfection du col imité de la Périnéorrhaphie par le procédé de Tait) qui sont d'applications trop spéciales.

Le *procédé de Sims*, lui-même, est abandonné ; il se pratique de la manière suivante : on fait une section plane, comme les anciens chirurgiens ; puis, on recouvre la plaie du col avec la muqueuse vaginale « de la même façon qu'après une amputation circulaire du bras ou de la jambe, on recouvre avec la peau la plaie du moignon ».

Rien de plus simple comme technique ; mais on laisse derrière la suture un cul-de-sac dans lequel le sang et les liquides s'accumulent ; la plaie s'infecte et la réunion est compromise.

Bien meilleur est le *procédé préconisé par Hegar* : on fait une section du col comme dans le cas précédent ; mais, au lieu de ramener au-devant de lui la muqueuse vaginale pour la suturer à elle-même, ou la suture circulairement au pourtour même de l'orifice du col ; les fils, mordant d'un côté dans la muqueuse vaginale un peu au-dessus de la section, sortent de l'autre par l'orifice du col qui, à la fin de l'opération, se trouve tout naturellement tapissé par cette muqueuse. L'opérateur peut d'ailleurs donner au museau de tanche la forme qu'il désire en modifiant la suture suivant les indications diverses : « Ici les fils seront disposés de telle sorte que sur toute la circonférence, la muqueuse vaginale sera unie à la muqueuse du canal cervical ; là, sur les parties latérales, la muqueuse vaginale sera unie à la muqueuse vaginale, et au niveau de la ligne médiane seulement, la mu-

queuse du canal cervical sera suturée à la muqueuse vaginale ».

« La suture de Hegar donne presque toujours d'excellents résultats quand les tissus ont une consistance normale, même dans les cas où la surface de section est plane et non excavée.

Mais si les parties du col sont dures et rigides, il n'est guère facile de déprimer la plaie au point d'obtenir une exacte adaptation de ses bords.

Les tissus font hernie entre les points de suture, dont les fils sectionnent souvent la muqueuse, surtout quand celle-ci est seule saisie et n'est pas doublée d'une épaisse couche de tissu musculaire (1).

Le procédé « qui semble réunir toutes les qualités propres à faciliter une bonne réunion des lèvres de la plaie est celui de *Simon, décrit par Markwald* : (amputation du col à deux lambeaux égaux).

Voici sa technique :

1^o Incision des commissures du col jusqu'au cul-de-sac vaginal.

2^o Incision de la lèvre antérieure allant de la muqueuse interne vers la profondeur et obliquant de bas en haut.

3^o Autre incision sur la même lèvre, partant de la muqueuse externe et allant rejoindre la précédente de manière à intercepter un segment conique à base inférieure.

4^o Suture des 2 lambeaux ainsi obtenus.

5^o Même manœuvre sur la lèvre postérieure, puis suture de chaque commissure par deux ou trois points.

Ce procédé est facile et peut certainement rendre des services; on n'oubliera pas pourtant : 1^o qu'il suppose l'intégrité ab-

solue de la muqueuse du canal cervical — il la laisse en place sans la toucher, — or, cette intégrité est très rare, même dans les cas de malformation ou autres où les phénomènes de métrite sont nuls ou peu accusés ; 2^o enfin, ce procédé de Simon, comme l'ont fait remarquer Hegar et Kaltenbach, applicable dans tous les cas où la paroi du canal cervical est suffisamment résistante, *échoue fréquemment pour peu que la paroi du col soit très mince, ainsi que cela s'observe dans certaines malformations de la portion vaginale avec dilatation du canal.*

Le *Schræder*, au contraire est d'une application beaucoup plus générale ; une seule condition peut le faire rejeter ; c'est dans les cas, très rares d'ailleurs, où la muqueuse vaginale qui tapisse extérieurement le col, se trouvant envahie par l'inflammation ou le néoplasme, ne laisse plus l'étoffe suffisante pour tailler le lambeau.

Son exécution est un peu plus délicate que dans les procédés de Hegar et de Simon, mais nous pensons que, dans l'espèce, ce n'est pas la facilité opératoire, mais la sécurité qu'il faut chercher. Or, le *procédé de Schræder* quand il est bien exécuté présente les avantages suivants que les autres ne donnent pas :

1^o Il conserve au col sa forme normale.

2^o Il ne laisse au fond du vagin aucune plaie ouverte, et la réunion par première intention est toujours obtenue quand on a opéré antiseptiquement en suivant une bonne technique.

3^o Il donne un minimum de tissu cicatriciel,

4^o Enfin, en tapissant le canal cervical par une muqueuse absolument saine, comme la suppose le procédé, on évite pour l'avenir les phénomènes d'infection et de métrite qui trop souvent compromettent les résultats par les autres moyens.

Cela dit, il ne nous reste plus qu'à passer rapidement en

revue les cas particuliers où se pose le plus habituellement l'indication de l'amputation sous-vaginale du col, en dehors de la métrite.

B. — INDICATIONS DIVERSES DU SCHROEDER EN DEHORS DE LA MÉTRITE.

Nous ferons entrer dans cette catégorie :

1° Les différents cas de *malformations* congénitales ou acquises portant soit sur le col tout entier soit sur l'une des lèvres : *exagération de conicité*, *hypertrophie* de la lèvre antérieure ou postérieure avec ou sans ectopie de l'orifice externe.

Etroitesse, *sténose* invétérée de cet orifice ou du canal cervical ayant résisté aux autres moyens de traitement.

2° *Antéflexion* ou *antéversion* utérine avec phénomènes douloureux, métrite, dysménorrhée, stérilité. L'intervention dans ces cas agit par les modifications qu'elle apporte dans la statique utérine et par les phénomènes d'involution qu'elle provoque.

3° Cas d'*allongement hypertrophique du col*, accompagnés ou non de prolapsus, et portant sur la partie sous-vaginale de l'organe ; qu'ils soient congénitaux, par défaut d'involution, ou par inflammation chronique.

4° *Tumeurs bénignes* du col : myomes, polypes de la muqueuse cervicale, papillome bénin, etc.

5° Faut-il faire l'amputation dans les cas de *cancer au début limite au museau de tanche*? Cette question a soulevé de nombreuses discussions : Les uns affirmant que les interventions limitées donnent autant de survie que l'hystérectomie vaginale, sans compter la gravité qui s'attache nécessairement à cette dernière opération ; les autres, en majorité aujourd'hui se laissant guider par les mêmes considérations qui motivent les larges ablations pour les autres organes, font remarquer qu'il

n'y a pas de raison de se conduire différemment pour ce qui concerne l'utérus.

Cette opinion est d'autant plus en faveur aujourd'hui, que la gravité de l'hystérectomie vaginale au point de vue opératoire a beaucoup diminué par suite du perfectionnement de sa technique (voir les statistiques de M. Richelot).

C'est donc à elle qu'il faut recourir sans délai. Pour la matrice comme pour les autres organes, il faut rejeter complètement, dans l'espèce, les opérations parcimonieuses : « l'amputation sous-vaginale n'a, le plus souvent, que le privilège de laisser un moignon prêt pour la récurrence » (Richelot).

« Ne nous a-t-on pas appris que dans le cancer du sein, il fallait enlever toute la glande, alors même qu'elle n'était envahie qu'en un de ses points ; qu'il fallait ouvrir et creuser profondément l'aisselle ; que, dans l'épithélioma de la langue, il ne fallait pas craindre d'enlever le plancher de la bouche, d'extirper les ganglions sous-maxillaires et de réséquer au besoin la branche de la mâchoire ?

Cancer d'un côté, cancer de l'autre ; pourquoi dans ce cas la grande opération qui cherche à tout enlever et à s'éloigner le plus possible de la zone suspecte ; pourquoi, dans l'autre, se tenir dans cette zone et cotoyer la lésion ? » (1)

L'hystérectomie totale est donc l'opération de choix dans le traitement des cancers utérins (*Segond, Richelot, Bouilly*).

Que si l'on objecte que tous les praticiens ne sont pas outillés pour pratiquer l'hystérectomie et que l'amputation du col pourra rendre de grands services en tant qu'intervention palliative ; d'accord ; mais alors *ce n'est pas au Schræder*, mais à un autre procédé qu'il faut s'adresser ; par exemple à l'ablation des parties à l'écraseur ou au thermo-cautère.

(1) BOUILLY — *Bullet. et Mém. de la Soc. de chirurg. de Paris*, 1888 ; p. 761.

CHAPITRE IV

Contre-indications de l'opération de Schrœder.

L'opération de Schrœder est-elle contre indiquée dans certains cas... ?

Nous n'hésitons pas à répondre que ces cas de contre-indication nette deviennent de plus en plus rares.

Nous éliminons tout d'abord les faits de *cachexie* et *d'affaiblissement progressif* par suite d'une métrite chronique invétérée. Le mauvais état général ne saurait être une contre-indication à l'opération ; bien au contraire, ce sera en s'attaquant vigoureusement à la cause du mal que le chirurgien rendra les plus grands services à sa malade. Il va sans dire qu'il ne négligera aucun des autres moyens que la thérapeutique met à sa disposition dans la classe des médicaments toniques et reconstituants, mais ces moyens malheureusement trop souvent illusoire quand ils sont employés seuls, ne figureront ici que pour continuer et parfaire les bons résultats de l'intervention.

S'il y a des phénomènes aigus avec frisson et fièvre, faudrait-il opérer ? Nous ne pouvons que nous reporter pour répondre à cette question aux règles que nous avons posées dans notre chapitre des indications.

La fièvre par elle-même n'est pas une contre-indication à une opération aseptique ; le tout est de savoir si elle n'est pas l'indice de quelque *suppuration abondante* qui, dans ce cas, et dans ce cas seulement, réclamerait une intervention autre que

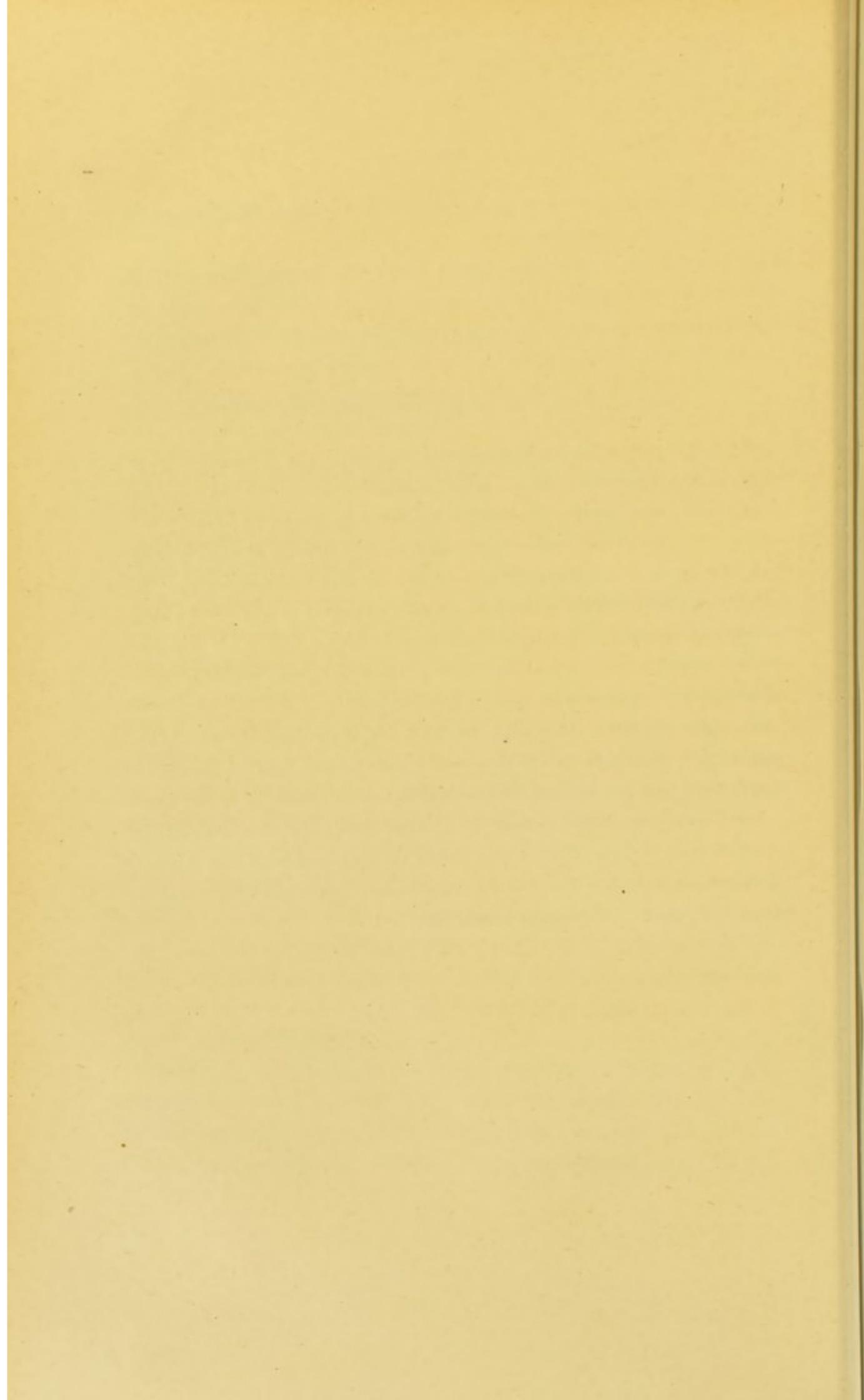
le Schrœder. La question se réduira à bien poser le diagnostic par un examen approfondi.

Le chirurgien n'oubliera jamais que « des salpingites, parfois de celles qu'on aurait le moins supposé accessibles à ce mode de guérison peuvent être guéries par le traitement de l'endométrite. Trélat ». L'intervention par *ablation d'organes importants*, chaque fois que la vie de la malade n'est pas menacée, doit constituer l'*ultima ratio* du traitement. Avant d'en venir là, il sera conforme aux règles traditionnelles de la moralité chirurgicale d'épuiser tous les moyens conservateurs parmi lesquels, au point de vue de l'efficacité, l'*opération de Schrœder* tient le premier rang.

Les déviations utérines, l'immobilité de l'utérus et son défaut d'abaissement ne constituent pas de contre-indication car la *métrite rebelle* existe presque toujours dans ces cas. Il faudra seulement ajouter à l'amputation anaplastique une autre intervention appropriée qu'on pratiquera dans la même séance.

Faudra-t-il opérer pendant la grossesse ?

En règle générale il vaudra mieux *s'abstenir* bien qu'on sache aujourd'hui que les traumatismes opératoires sur la matrice n'entravent pas forcément la gestation ; il ne faudrait se décider à intervenir que dans les cas, fort rares d'ailleurs, où il y aurait des menaces d'avortement par suite de déformation, de déchirures ou de métrite du col et que l'on aurait quelque espoir d'empêcher par l'opération plastique.



DEUXIÈME PARTIE

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION DE SCHROEDER

Pour que l'amputation anaplastique par le procédé de Schrœder donne les résultats qu'on est en droit d'en attendre, deux conditions sont indispensables : 1° dans les cas de métrite chronique du col — qui constituent en somme l'indication fondamentale du procédé — *il faut enlever* largement les parties malades, *muqueuse et stroma sous-jacent*, de manière à avoir des lambeaux constitués par du tissu sain ; 2° il faut, avec ces lambeaux, reconstituer le col en affrontant les parties suffisamment bien pour obtenir une réunion immédiate et pour n'avoir dès le premier jour au fond du vagin aucune surface cruentée.

C'est, croyons-nous, pour n'avoir pas assez tenu compte de ces préceptes, qu'on a eu à déplorer dans la suite des échecs thérapeutiques ou des conséquences fâcheuses telles que l'atrésie du col.

Nous diviserons la technique de l'opération de Schrœder en trois chapitres : 1° Soins préliminaires ; 2° technique de l'opération en elle-même ; 3° soins consécutifs comprenant : a) les pansements post-opératoires et b) la surveillance de la cicatrisation en vue de prévenir la sténose.

CHAPITRE PREMIER

Soins préliminaires

Ils sont les mêmes pour toutes les opérations gynécologiques, qu'il s'agisse du simple curage, d'une intervention quelconque sur le col, ou par exemple d'une hystérectomie vaginale. En raison de l'état le plus habituel des malades, il est nécessaire de procéder dans les quatre ou cinq jours qui précèdent l'opération à une *désinfection* préalable soignée : par de grands bains généraux, des injections bi-quotidiennes prolongées à la solution de sublimé au millième, suivies ou non de tamponnement antiseptique à l'iodoforme ou au salol.

L'avant-veille de l'opération la malade est purgée et on introduit le matin de ce même jour, dans la cavité utérine une première laminaire (1) destinée à dilater le col en vue du *curage* qui ne manquera jamais de *précéder le Schræder*.

La veille au soir, on lui fait administrer un grand lavement glycérimé et on a placé le matin une seconde laminaire plus grosse. Enfin, le matin du jour de l'opération, la malade reste à jeun à cause du chloroforme.

L'anesthésie chloroformique n'est pas absolument nécessaire : MM. Quénu, Bossi, Claveland et d'autres ont employé la cocaïne en injections interstitielles, mais le sommeil chloroformique est préférable et le praticien devra y recourir chaque fois qu'il sera suffisamment aidé et outillé pour cela.

(1) STEPH BONNET : Mode de préparation antiseptique des laminoires et éponges dilatrices (*Nouvelles Arch. d'obst. et Gynec.*, mars 1892).

La malade étant endormie est portée sur la table d'opération laquelle peut être une simple table ordinaire sur laquelle on a mis un matelas recouvert d'une alèze. La femme est placée sur le dos, dans la position de la taille. Deux aides maintiennent les jambes et les cuisses fléchies et écartées.

Ces aides peuvent être remplacés par les montants de Doléris modifiés par Bouilly et qu'on adapte à n'importe quelle table. Il n'y a, en somme, que deux aides indispensables, celui du chloroforme et celui qui est près du chirurgien pour l'assister dans le détail de l'opération et qui doit être absolument aseptique comme l'opérateur lui-même.

Avant de commencer, le chirurgien après avoir sondé la femme, procède à un lavage soigné à la brosse des régions pubienne et vulvaire et au rinçage complet du vagin avec de l'eau savonneuse chaude. Cette eau doit avoir préalablement bouilli dans un vase propre. On en verse à mesure dans un récipient aseptique maintenu à une certaine hauteur et muni d'un tube en caoutchouc et d'une canule en verre. Le chirurgien fait ensuite sur les mêmes régions des lotions chaudes au sublimé, solution au millième, et à l'alcool, puis il garnit le siège, le haut des cuisses, et le pubis de larges compresses chaudes trempées dans le sublimé et il se met en mesure de commencer l'opération.

Les diverses pièces du pansement ont été préparées d'avance : Crayon ou gaze iodoformée ; tampons iodoformés ou salolés ; solution de glycérine créosotée (un tiers de créosote et deux tiers de glycérine) pour la cautérisation intra-utérine après le curage ; coton hydrophile, bandage en T.

Dans des cuvettes, se trouvent des tampons de coton hydrophile, ou des éponges et plusieurs bobines de catgut n° 2 stérilisé. Le chirurgien n'aura à se servir ni de soie ni de crins

de Florence. Enfin les instruments suivants trempent dans solution phéniquée au 20^{me}, dans un plateau à portée de la main

Un hystéromètre.

Une valve de Sims large et courte.

Deux écarteurs longs.

Une pince de Museux.

Des curettes de divers modèles : curette de Volkmann grande et petite, curette de Simon ou de Trélat.

Une longue pince à pansement.

Une pince à traction.

Une paire de ciseaux droits.

Un bistouri.

Une pince à griffe.

Une pince à disséquer.

Douze pinces à forcipressure.

Des aiguilles courbes déjà chargées de catgut.

Le porte-aiguille.

L'aiguille de Reverdin courbe.

Il n'est pas nécessaire de faire d'irrigation continue pendant toute la durée de l'opération. Le chirurgien épongera ou fera éponger à mesure des besoins et le simple appareil dont nous avons parlé suffira pour l'irrigation du début et de la fin.

P. PETIT, opération de Schrœder, *nouv. arch. d'obst. et Gyn.*, 1891.

CHAPITRE II.

Opération.

L'aide abaisse la fourchette avec la valve de Sims. L'opérateur saisit le col avec la pince de Museux ou la pince à traction et l'attire *doucement* aussi près que possible de la vulve et il fait un *curage* aussi soigné que possible de la cavité utérine et du canal cervical. Ce *curage préalable ne doit jamais être négligé*. Nous n'avons pas à en faire la technique : nous dirons simplement qu'il ne faut pas se contenter d'un petit grattage. Il faut que le curage soit *complet, méthodique* ; il faut passer et repasser la curette jusqu'à ce que la musculuse fasse entendre son *cri* spécial.

Le curage terminé, le chirurgien commence le 1^{er} *temps* du Schrœder :

a). PREMIER TEMPS : *Incision bilatérale des commissures du col.*

Introduisant une des branches des ciseaux dans le canal cervical et appliquant l'autre branche sur la surface externe du col

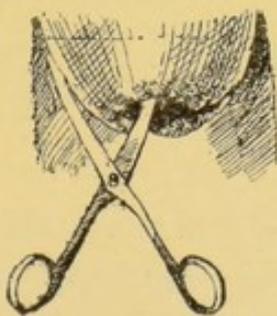


FIG. 1.

jusque auprès de l'insertion du vagin (*fig. 1*) il sectionne les tissus d'un seul coup ;

En donnant le même coup de ciseaux du côté opposé, il a divisé le col en deux moitiés; *supérieure* et *inférieure* dans la position de la femme.

En étalant ces deux moitiés, il a sous les yeux toute l'étendue du canal cervical dans sa partie sous vaginale; (*fig. 2*).

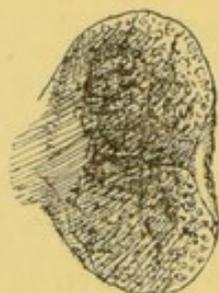


FIG. 2.

Il peut se rendre compte de l'étendue des lésions et de la quantité de tissu qu'il va falloir enlever.

Il procède alors au *second temps* de l'opération.

(La manœuvre sera exactement la même sur l'une et l'autre moitié du col; par conséquent nous n'avons qu'à la décrire sur une des lèvres, l'inférieure par exemple par laquelle cro-yons-nous, il vaut mieux commencer.)

b). DEUXIÈME TEMPS DU SCHROEDER: *Ablation d'un segment cunéiforme à base supérieure, comprenant la muqueuse cervicale et les deux tiers au moins de l'épaisseur de la lèvre, par deux incisions au bistouri l'une transversale A B, l'autre longitudinale A. C. B. (fig. 3)*

L'aide, tenant la lèvre supérieure du col relevée au maximum à l'aide d'une pince érigne (*fig. 3*), le chirurgien saisit l'extrémité de la lèvre inférieure avec une pince à griffe et prenant le bistouri, il fait en *A B* une incision s'étendant en *largueur* d'un bord à l'autre; et mordant en *profondeur*, jusqu'au deux tiers environ de l'épaisseur de la lèvre. Cette incision limite

la *base* du segment à enlever ; puis, tenant toujours la pointe du bistouri au point B et la laissant dans la profondeur où elle se trouve, il l'amène le long du bord droit de la lèvre jusqu'au point C. Il continue l'incision jusqu'en A et le segment est complètement dessiné (fig. 3).

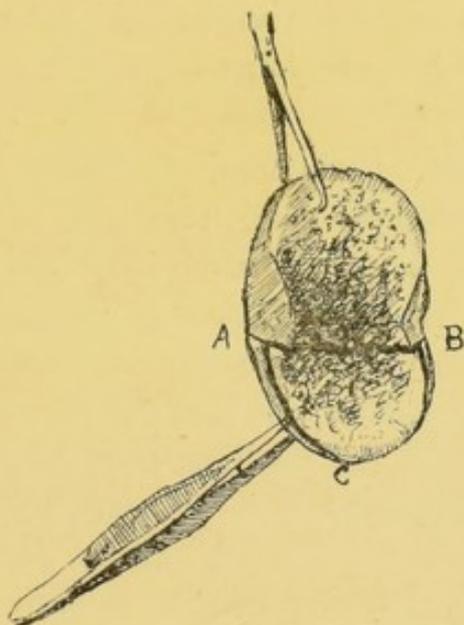


FIG. 3.

Il ne reste qu'à le disséquer à petits coups et à l'enlever, ce qui est d'autant plus facile qu'il a déjà été détaché à sa base par la section A B.

L'ablation de ce segment donne lieu habituellement à une hémorragie assez abondante. Si le sang coule en nappe, et même abondamment il n'y a pas lieu de s'en inquiéter ; « on peut modérer l'écoulement en faisant accentuer par l'aide la traction exercée sur le lambeau *Doléris*. »

La suture à laquelle on doit procéder sans retard sera le meilleur des hémostatiques.

Si une artériole donnait en jet, on la prendrait dans une pince à forcipressure et on la lierait au catgut.

L'épaisseur de ce segment, avons-nous dit doit comprendre au moins les deux tiers de l'épaisseur totale de cette moitié du col. Nous tenons à insister particulièrement sur ce point de technique, car nous sommes convaincu que c'est de sa bonne exécution que dépend dans une large mesure le succès de l'opération.

En effet, en enlevant une bonne épaisseur du col, on ne laisse qu'un *lambeau flottant* qu'il sera très facile de *retourner d'entropionner*, de manière à aller suturer son extrémité dans le canal cervical. Si au contraire, trompé par l'expression de Schröder (*excision de la muqueuse*) on s'est contenté d'abraser la muqueuse et seulement une toute petite épaisseur des tissus sous-jacents, on aura un lambeau *trop épais*, surtout vers la base, et il sera impossible de le retourner pour faire une bonne suture. Autrement dit, il y a une *bonne façon* de tailler son lambeau, et il y en a une *mauvaise* : *la mauvaise est l'incision A C (Fig. 4)* qui ne permet d'enlever qu'un tout petit segment

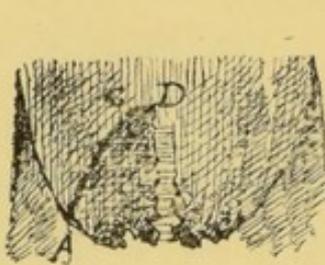


FIG. 4.

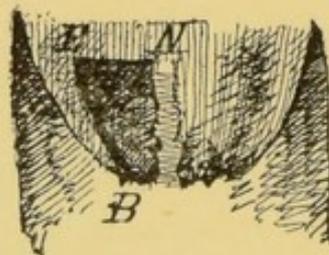


FIG. 5.

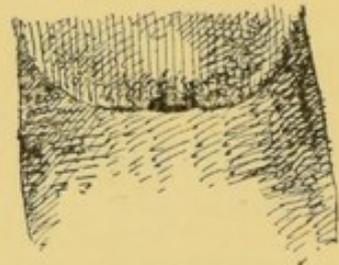


FIG. 6.

à base inférieure : *et la bonne est l'incision B E, (Fig. 5), précédée d'une incision profonde en E N et qui permet d'enlever, au contraire, un grand segment à base supérieure et de reformer un col idéal, (Fig. 6).*

Nous supposons que le chirurgien a pris la bonne manière : il doit procéder sans retard au 3^{me} temps de l'opération.

c). TROISIÈME TEMPS : *Réfection de la lèvre par la suture du lambeau.*

Elle est facile, à la condition d'avoir une aiguille suffisamment courbe. On peut se servir de l'aiguille courbe de Reverdin ou d'une petite aiguille courbe montée sur une pince à forcipressure ou le porte-aiguille de Reverdin. Si on emploie l'aiguille Reverdin on la fait traverser d'une part le sommet du lambeau, puis, la dirigeant d'avant en arrière, on la fait pénétrer à mi-hauteur de la tranche produite par la première incision transversale, et on la fait sortir dans le canal cervical même ; on la charge avec une anse de catgut montée sur une pince à forcipressure, et, en retirant, le fil se trouve en bonne place. On en met un au milieu et, habituellement un de chaque côté ; soit trois fils pour chaque lèvre. Il ne reste plus qu'à les serrer. Quelquefois le chirurgien préfère procéder lui-même au bon affrontement des parties et il fait serrer les fils par l'aide. L'essentiel est que le lambeau soit bien retourné, sans tiraillement. C'est facile quand le lambeau est *mince et flottant* comme nous l'avons dit.

La lèvre inférieure, étant ainsi reconstituée, l'opérateur répète identiquement la même manœuvre sur la lèvre supérieure : même incision transversale profonde, allant d'un bord à l'autre et même incision longitudinale cernant le coin à enlever. Quelquefois on enlève celui-ci plus facilement en engageant le bistouri transversalement à l'extrémité inférieure de la lèvre et en le faisant progresser à petits coups d'avant en arrière jusqu'à la rencontre de la section transversale. L'épaisseur de tissus à enlever est la même et pour les mêmes raisons : on

doit encore avoir un *lambeau flottant*. La suture se fait de la même manière que pour la lèvre inférieure, mais on introduit l'aiguille en sens inverse pour faciliter la manœuvre. Les deux lèvres étant ainsi reconstituées, il ne reste plus qu'à les unir de chaque côté par deux ou trois points de suture ; c'est le quatrième temps de l'opération.

d) QUATRIÈME TEMPS : Suture de la discission latérale.

Ce temps est de beaucoup le plus facile ; l'aide, en tirant modérément sur les fils de suture des deux lèvres qu'on a eu soin de ne pas sectionner, les incline toutes deux d'un côté et découvre jusqu'au fond la discission latérale de l'autre côté produite par la première section avec les ciseaux. Avant d'unir les deux lèvres de cette fente, il est souvent nécessaire de les régulariser et d'en faire disparaître les encoches produites par les points de suture et le renversement du lambeau. On les unit ensuite en commençant par *l'angle supérieur*.

Deux ou trois fils de chaque côté suffisent habituellement. La coaptation des deux lèvres de cette division latérale doit être absolument parfaite et le chirurgien doit la surveiller avec tout le soin qu'il a apporté à l'affrontement des autres parties. Il doit prendre garde à un petit suintement hémorrhagique qui se fait parfois à l'angle supérieur.

Les divisions latérales étant bien suturées et les lèvres étant unies donnent, vues de profil, la (fig. 7) et le col tout entier, vu de face donne, avec ses sutures, la (fig. 8).

Le chirurgien doit être mécontent de son œuvre si le col, ainsi reconstitué n'a pas l'aspect que nous lui décrivons. Il l'aura toujours en suivant à la lettre la technique que nous venons de décrire.

Telle est l'amputation sous-vaginale type par le procédé de

Schröder ; mais, tout en conservant son principe, on pourra la modifier suivant les besoins. *M. Doléris* dans un cas de *lacération* antéro postérieure, se trouva bien de tailler ses lambeaux latéralement. Quand il s'agira de remédier à une

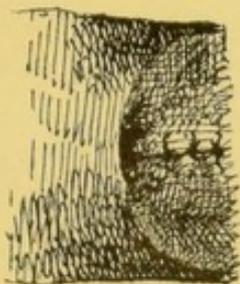


FIG. 7.

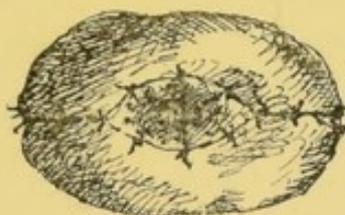


FIG. 8.

déformation plus ou moins accusée de l'orifice externe, on pourra se contenter d'une simple *stomatoplastie* par le procédé de *Saenger*. D'autres fois, dans l'hypertrophie d'une seule des lèvres par exemple, on se contentera après avoir fait la dissection latérale, d'agir uniquement sur cette lèvre qu'il sera facile de ramener au niveau de sa congénère. Nous ne saurions ici passer en revue tous les cas particuliers. Ce serait d'ailleurs parfaitement inutile. Le chirurgien saura toujours modifier sa manœuvre suivant les besoins et la disposition des parties.

CHAPITRE III.

Soins post-opératoires.

a) Pansement.

L'opération étant terminée, il ne reste plus qu'à faire le pansement. Il est des plus simples.

Si, après le curage, on a introduit dans la cavité utérine une mèche de gaze iodoformée pour empêcher le suintement sanguin pendant l'opération sur le col, on la retire avec la longue pince à pansement. Une injection chaude de sublimé au millième nettoie le vagin et le col. On introduit, par ce dernier, dans l'utérus un crayon iodoformé; puis on place des tampons à l'iodoforme ou au salol tout autour du col de manière à le maintenir en bonne place. Il n'est pas nécessaire de faire un tamponnement vaginal complet, mais toute la région du col doit être absolument couverte et protégée par le pansement. Il n'y a plus qu'à placer au devant de la vulve une large plaque de coton hydrophile qu'on maintient par un bandage en T.

La femme, le plus souvent déjà réveillée du chloroforme, est reportée dans son lit. Elle est laissée en repos pendant trois ou quatre jours au moins. Il n'y a qu'à surveiller la miction et les garde-robes, à sonder la malade au besoin, surtout le premier jour et à prendre la température qui, du fait de l'opération ne devra jamais dépasser 37°5.

Le *second pansement* au bout de trois à quatre jours consiste

à enlever les premiers tampons avec une pince aseptique, à faire une injection vaginale chaude au sublimé et à remplacer les tampons par d'autres, en moins grand nombre.

Ce second pansement reste, comme le premier, quatre à cinq jours. On ferait, avec les mêmes précautions d'antisepsie, des pansements plus rapprochés dans les cas de suintement plus abondant ou pour un autre motif quelconque tiré de l'état de l'opérée.

Vers le dixième jour la malade commence à s'asseoir sur son lit et elle peut *partir au quinzième*; pas avant. Et, dans certains cas, si elle ne se sent pas bien remise ou si elle éprouve encore quelques douleurs, un repos de trois semaines sera nécessaire.

b) Surveillance de la cicatrisation en vue de prévenir la sténose.

Nous avons tenu à ne pas omettre cette surveillance que nous croyons absolument nécessaire.

Les faits de *rétrécissement* du canal cervical et des orifices du col *après le Schræder* existent et ne peuvent être niés. Il est donc bon de les connaître afin de pouvoir mieux les combattre. Nous en avons vu plusieurs cas sur d'anciennes opérées dont nous publions les observations et de nombreux autres faits ont été signalés par les auteurs. Nous croyons qu'ils sont imputables dans la majorité des cas à une mauvaise technique opératoire : On n'a pas su tailler le *lambeau flottant* facile à retourner et à suturer.

La coaptation s'est mal faite et la plaie s'est réunie par seconde intention après bourgeonnement. On a du tissu cicatriciel ; il se rétracte de plus en plus et le col, plus ou moins balaféré, donne au doigt l'impression d'un petit moignon rigide, et ressemble, à la vue, avec ses plicatures, à l'ouverture d'une

bourse dont on a serré les cordons. La femme pourra, malgré cela, ne plus souffrir, n'avoir plus de leucorrhée, être, en un mot, parfaitement bien guérie de sa métrite comme nous en avons des observations; mais si elle devient enceinte on aura de la peine à ouvrir son col au moment de l'accouchement. Il faut donc chercher par tous les moyens à éviter cet écueil : on n'aura rien à faire pour la grande majorité des cas ; le col restera souple et perméable. La surveillance aura servi pour les autres.

Donc, au moment du départ de la femme, on s'assurera de la perméabilité du col et on tâchera de revoir la malade tous les mois où tous les deux mois, pendant quelque temps afin de pratiquer la dilatation si elle devient nécessaire.

CHAPITRE IV.

Petites difficultés de l'opération de Schrœder.

L'opération de Schrœder telle que nous l'avons décrite est une opération facile et à la portée de tous les praticiens qui savent opérer antiseptiquement et qui ont un peu l'habitude du bistouri. Certaines conditions contribuent cependant à en rendre l'exécution assez délicate et il est bon d'en être prévenu afin de se trouver armé pour tous les cas.

Quelquefois — chez les nullipares principalement — le vagin est étroit et profond. L'utérus *s'abaisse difficilement* et on est obligé de manœuvrer, assez loin, tout au bout des instruments. Dans ce cas, il vaut mieux avoir auprès de soi deux aides dont l'un servira surtout à tenir les écarteurs.

La manœuvre restera d'ailleurs la même et sera simplement un peu plus laborieuse, exigera un peu plus de patience et un doigté un peu plus adroit. Le chirurgien procédera *méthodiquement*, ne passant jamais à un second temps, avant d'avoir bien assuré le premier. Si l'utérus ne veut pas descendre, et résiste à une traction douce, il faudra toujours bien avoir soin de le laisser en place sans le violenter. Le temps difficile, dans ces cas, où l'on est obligé de manœuvrer au fond du vagin est celui *des sutures*. M. le docteur Jeannel (de Toulouse) en a imaginé une qui pourrait peut-être rendre des services. Voici la description qu'en donne cet auteur :

« Le col est amputé... il reste les deux lambeaux ayant un bord vaginal à arête vive et une base utérine ; ou encore un

bord libre bordé par la muqueuse de la portion vaginale et un bord adhérent avoisinant l'orifice interne.....

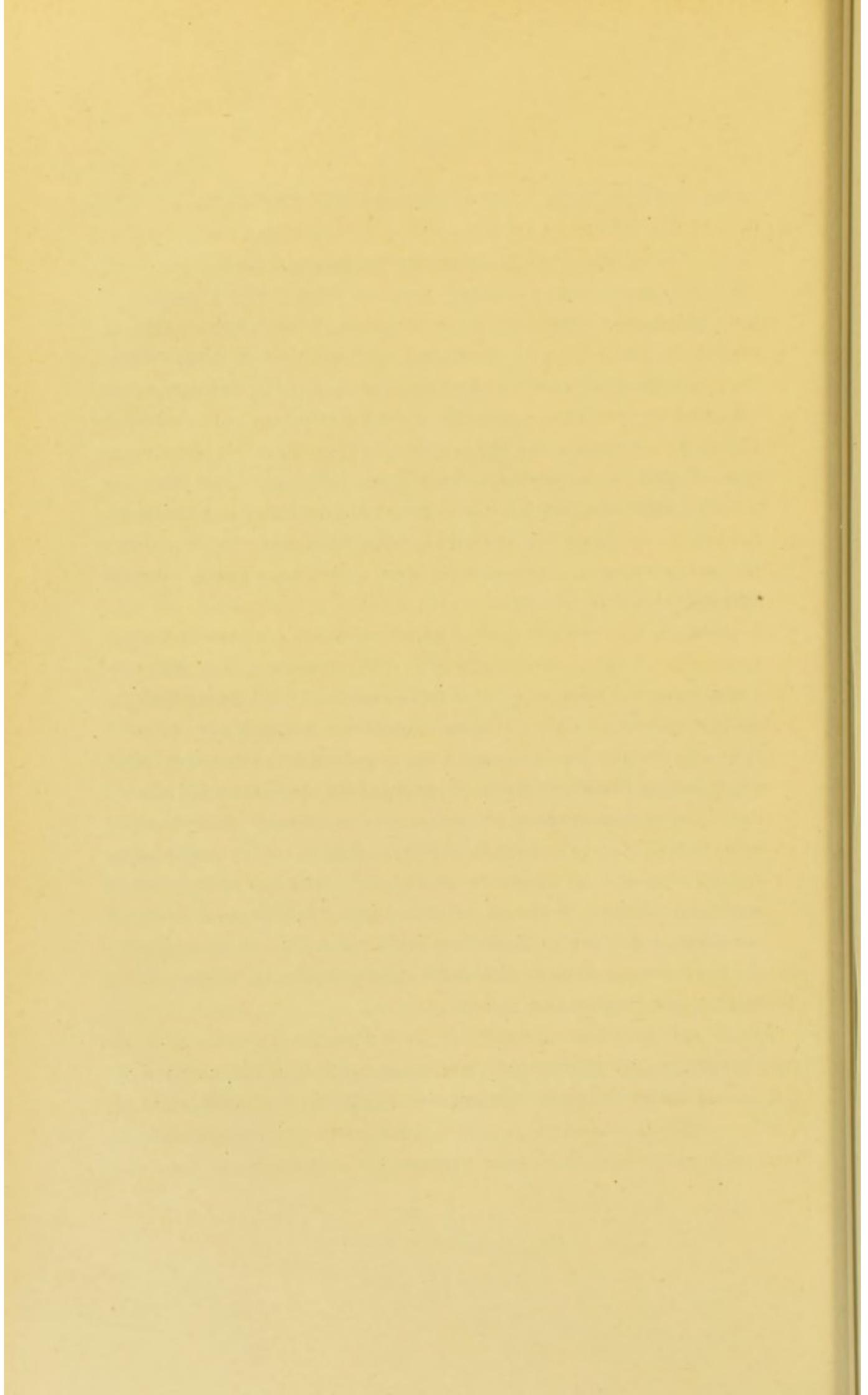
« Exactement au niveau de l'orifice interne, à travers toute l'épaisseur de la base de l'un des lambeaux, traversez la portion vaginale avec une aiguille armée d'un fil solide (catgut ou crin de Florence) et sortez la pointe dans la plaie en piquant à bonne distance la muqueuse de l'orifice interne. Tirez l'aiguille, la base du lambeau est traversée par un fil. Piquez alors l'aiguille suivant un plan vertical, sur la face cruentée du lambeau, un demi-centimètre au-dessus du bord libre et sortez à travers la muqueuse sur la face vaginale également à un demi-centimètre ou à un centimètre du bord libre de la plaie. Le lambeau est ainsi traversé à sa base et traversé à son bord par une anse de fil dont la portion libre répond à la surface cruentée, les deux chefs étant l'un à la base, l'autre au bord, du côté de la face muqueuse. Fixez le chef de la base en le saisissant avec une pince à pression de crainte qu'il n'échappe ; puis, avec le même fil et la même aiguille, suivez exactement et symétriquement, mais en sens inverse, le même chemin sur l'autre lambeau ; c'est-à-dire piquez sur la muqueuse de la portion vaginale près du bord libre, ressortez sur la face cruentée, rentrez à la base en mordant dans l'orifice interne de la muqueuse utérine et ressortez à la base de la portion vaginale. Il en résulte ceci que les deux bords libres des lambeaux sont accrochés dans une anse de fil dont les deux chefs traversent la base des lambeaux au niveau de l'orifice interne. Tirez alors sur ces deux chefs jusqu'à redresser l'anse de fil, c'est-à-dire jusqu'à la supprimer. Nécessairement les lèvres de la plaie, les lèvres des bords libres accrochés seront attirées vers la base du lambeau, qui se repliera sur lui-même et la muqueuse vaginale sera affrontée avec la muqueuse cervicale. D'ailleurs le maintien de cette position, de cette plicature, de cet affrontement sera assuré si, tendant tou-

jours les deux chefs, vous venez les nouer l'un avec l'autre au devant des lambeaux repliés.

Si vous placez ainsi trois points de suture, l'un médian mordant la muqueuse de l'orifice interne et deux latéraux purement musculaires, si vous assurez la réunion et l'hémostose des angles de la plaie, par de simples points ordinaires, vous obtiendrez rapidement et sans peine un très bon affrontement et un col aussi présentable, peut-être mieux ficelé que par le procédé classique de suture de Schröder. J'en ai fait l'expérience et n'ai eu qu'à m'en louer. Le résultat immédiat est aussi bien que dans l'opération classique ; le résultat définitif n'en est pas moins parfait, le col reste bien replié, l'orifice bien perméable, et bien fait de muqueuse. Quant à la durée de l'opération, elle est « considérablement diminuée » (1).

Comme nous l'avons dit, l'hémorrhagie n'est jamais sérieusement à craindre. Il ne sera donc pas nécessaire d'établir préventivement l'hémostase par la compression au lien élastique de la base du col, ou la ligature médiate temporaire de l'utérine. Ne fait-on pas couramment aujourd'hui l'hystérectomie vaginale par morcellement en se rendant parfaitement maître de l'écoulement sanguin au moyen des pinces. On ne peut donc être effrayé par le sang quand on n'agit que sur la partie sous-vaginale du col, en ayant constamment sous les yeux toute la surface cruentée. Nous ne pouvons que répéter qu'il faut lier les artérioles si elles donnent en jet et qu'il y a lieu de négliger, le plus ordinairement, l'écoulement sanguin en nappe. Il est vite et bien arrêté par la suture.

(1) D^r JEANNEL : Nouveau procédé de suture pour l'opération de Schröder. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, janvier 1891.



TROISIÈME PARTIE

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES DE L'OPÉRATION DE SCHROEDER — OBSERVATIONS.

Dans la *première* partie de notre étude, nous avons passé en revue les indications diverses de *l'opération de Schrøder* ; dans la *seconde* nous avons vu comment il faut la pratiquer : il nous reste à étudier ses conséquences au point de vue thérapeutique afin de savoir si l'amputation anaplastique est en mesure de fournir les résultats qu'elle promet.

L'accord est loin d'être unanime parmi les auteurs. Il en a été de l'opération de Schrøder comme de tous les autres modes nouveaux de traitement : elle a dû conquérir sa place de haute lutte et aujourd'hui encore la bataille est loin d'être terminée.

Monsieur le Professeur Lefort dans le Manuel de médecine opératoire de Malgaigne, 9^e édition 1889, formule de la façon suivante les principales objections des adversaires de la méthode : « Quant à l'opération de Schrøder, je ne puis la juger avec mon expérience personnelle, ne l'ayant jamais pratiquée. Schrøder l'a faite 350 fois, chiffre élevé qui suffit à montrer l'abus qu'en fait son auteur. Elle ne peut être regardée comme absolument innocente, puisque Schrøder a perdu deux opérées. Elle ne me paraît pas sans inconvénients. D'abord elle n'est facilement applicable que dans les cas où le col a une certaine longueur ; en second lieu, elle raccourcit forcément le col, modifie profondément sa structure, et il n'est pas prouvé que cette modification ne porte pas obstacle à une grossesse ultérieure.

Elle n'agit sur l'inflammation de la muqueuse qu'en supprimant la muqueuse elle-même ; mais elle ne peut avoir d'action que sur la partie vaginale du col, et il est bien exceptionnel que la métrite soit bornée à cette courte portion de muqueuse. Dans ces cas même, il n'est pas besoin d'opération pour modi-

fier et même pour détruire cette muqueuse, qui est en ce point absolument et facilement accessible aux modificateurs les plus énergiques comme le fer rouge.....

Quant aux résultats, ils sont loin d'être remarquables. »

Au contraire MM. Doléris et St.-Bonnet, qui ont une grande habitude de l'opération, s'expriment ainsi sur son compte dans leur étude plus récente de la pathologie et thérapeutique du col utérin : *Nouvelles archives d'obstétrique et de Gynécologie* 1891).

« Quant à ses résultats, ils sont parfaits; elle remplit tous les desiderata du traitement de la cervicite : guérison de la muqueuse malade par sa suppression; réparation des déformations et des traumatismes; enfin, réfection de l'orifice et des aptitudes physiologiques normales du col. »

L'opinion moyenne est donnée par Monsieur le Professeur agrégé Pozzi dans son *Traité de Gynécologie*, page 215 : « 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 Schræder ou excision de la muqueuse malade* en suivant la technique qui sera exposée plus loin, et cernant l'ulcération par l'incision de façon à l'emporter.

Cette opération, que je pratique très souvent, *donne d'excellents résultats*; elle substitue une surface saine à une surface malade et permet en même temps d'enlever les portions du col sclérosées ou ayant 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. »

Il n'y a qu'un moyen de clore le débat (1) et de fixer définitivement la place que doit occuper l'amputation anaplastique en gynécologie, c'est d'apporter des faits nouveaux *après avoir revu les malades* le plus longtemps possible après l'opération ; toutes les argumentations théoriques, ne peuvent rien, dans l'espèce, contre la démonstration par les faits. — C'est pour contribuer à cette démonstration, dans la faible mesure de nos moyens, que nous avons écrit cette thèse — Nous publions nos observations, dont d'inédites. — Nous avons un bien plus grand nombre d'observations de Schræder, mais nous *n'avons voulu retenir que celles dont les malades ont été revues plus ou moins longtemps après l'opération, soit par les opérateurs, soit par nous-même qui les avons recherchées spécialement pour cela.*

Les résultats que nous donnons sont tels que nous les avons constatés : bons ou mauvais. Notre appréciation est contenue dans les conclusions que nous formulons à la fin de notre travail.

Nous avons divisé nos observations en quatre groupes pour en faciliter la lecture :

1^{er} GROUPE : *Opération de Schræder dans la métrite du col prédominante.*

2^e GROUPE : *Opération de Schræder dans la métrite du corps prédominante.*

3^e GROUPE : *Opération de Schræder dans la métrite avec propagation aux annexes.*

4^e GROUPE : *Opération de Schræder envisagée au point de vue de ses conséquences relatives à la conception, la grossesse et l'accouchement.*

(1) N. B. — Le Dr KARL KELLER, Assistant der Königl universitäts Frauenklinik de Berlin nous écrit à la date du 13 juin 1892.

« *L'excision de la muqueuse cervicale n'amène consécutivement d'ordinaire, ni une obturation ni une étroitesse du canal cervical. La marche de la grossesse est habituellement normale ainsi que l'accouchement.* »

1^{er} Groupe. — *Opération de Schröder dans la métrite du col prédominante.*

OBSERVATION I. Inédite (personnelle) Recueillie dans le service de M. RICHELOT. Opération par M. PESCHER interne. *Métrite chronique invétérée du col avec large déchirure bilatérale et bourgeonnement en chou-fleur. Endométrite chronique du corps avec hypertrophie utérine*). Malade revue par nous huit mois après l'opération).

M^{me} V... C... 38 ans, blanchisseuse, entre le 13 octobre 1891, salle Richard Wallace, hôpital Tenon, service de M. le Dr Richelot.

Antécédents. — Réglée à 17 ans. Cinq grossesses; la dernière il y a 8 ans. Le dernier accouchement fut très laborieux: délivrance incomplète. La malade eut de l'infection et garda le lit pendant quatre mois. Depuis cette époque, la malade a toujours souffert dans le ventre, surtout du côté gauche. Elle est affaiblie et ne peut pas travailler à cause de son mal. Elle a consulté plusieurs médecins qui ont appliqué des traitements variés: tamponnements, cautérisations, injections. Elle n'a pas été soulagée. Leucorrhée abondante. Métorrhagies deux ou trois fois par mois, la malade perd des caillots.

Examen: On trouve un utérus augmenté de volume, sans bosselures. Les pertes sont assez abondantes pour faire songer aux fibromes utérins; mais on abandonne cette idée. Au toucher, on trouve, de plus, un peu d'empâtement douloureux dans le cul-de-sac gauche. Col déchiré des deux côtés, ectropie très bourgeonnant en chou-fleur tout autour de l'orifice externe du col. Hyst. 84/2.

28 octobre. Curage après dilatation et opération de Schröder par M. Pescher. 15 points de suture. Suites opératoires normales, pas de fièvre. La malade se sent tout de suite soulagée de ses douleurs. Premier pansement au 3^e jour. Injection au sublimé. Exeat le 15 novembre.

5 juin 1892. Nous revoyons la malade. Elle s'est très bien trouvée de l'opération. Les règles sont régulières et normales de durée. Pas de douleurs dans le ventre. Il y a encore de la leucorrhée. Au spéculum on constate un col bien reformé; seulement il reste gros et au pourtour des lèvres, il y a des points saillants qui indiquent la tendance à la récurrence. Evidemment la quantité de tissu enlevé par nous a été trop minime. Nous nous sommes trop tenu à la lettre de l'encision de la muqueuse. Néanmoins les signes fonctionnels de la métrite, n'existent plus sauf la leucorrhée. Orifice externe du col très perméable.

OBSERVATION II. Inédite (personnelle). Recueillie dans le service de M. RICHELLOT, opération par M. PESCHER, interne. *Métrite chronique du col invétérée.* — *Col bourgeonnant, ectropié, large déchirure bilatérale, endométrite chronique du corps.* (malade suivie depuis 7 mois),

Mme L... femme Q..., sans profession, 25 ans, entre le 5 novembre, salle Richard Wallace, n° 3, Hôpital Tenon, service de M. Richelot.

Ant. hérédit : Très bons ; père et mère bien portants ; un frère et une sœur, id. — *Antécédents personnels* : fièvre typhoïde à 15 ans. Régulée pour la première fois à 15 ans 1/2, régulièrement. Mariée à 17 ans 1/2. Trois grossesses normales à terme, accouchements réguliers. Une fausse couche de 5 mois en 1887. C'est depuis cette époque que la malade a commencé à souffrir. Les règles, qui avaient été régulières jusque-là, ont commencé à venir tous les 20 à 25 jours. Douleurs pendant les époques. La malade a consulté de très nombreux médecins dont un a pratiqué le curage. Elle n'a pas été soulagée.

État actuel. — Malade très amaigrie, très anémiée, irritable. Elle souffre tellement qu'il est difficile de l'examiner. Ces douleurs sont continuelles, même dans l'intervalle des règles, à l'hypogastre, dans les reins, les lombes, les cuisses, sensations de poids dans le ventre, phénomènes réflexes variés. Tout le tableau de la métrite chronique invétérée.

Examen. — Toucher très douloureux. On sent un col dilacéré douloureux ; douleurs dans les culs-de-sac surtout à gauche, exploration bimanuelle douloureuse. Au spéculum. On voit un col très gros, bourgeonnant, très ectropié, large déchirure bilatérale. Hyst. 8 cent 1/2. Écoulement glaireux assez abondant.

11 novembre. — Curage après dilatation et opération de Schröder par M. Pescher, interne. Opération ordinaire. 15 points de suture au calgut, suites normales. Diminution immédiate des douleurs. La malade se lève au bout de 13 jours et part au bout de trois semaines.

5 juin 1892. — Cette malade qui est la femme d'un professeur dans un lycée de province nous écrit pour nous donner de ses nouvelles. Elle se déclare très satisfaite de l'opération. Il y a pourtant encore quelques douleurs dans le ventre, après la marche et du côté gauche. Il n'y a plus de leucorrhée. Les règles sont venues très régulièrement depuis l'opération ; la malade les a vues pour la première fois le 27 décembre, soit 46 jours après l'opération ; elles sont beaucoup moins douloureuses qu'avant l'opération. Elles durent chaque fois 6 à 8 jours ; la malade perd abondamment pendant 2 jours, puis il reste un suintement pendant 5 à 6 jours. Bon appétit et bon sommeil. Les forces sont bien revenues.

OBSERVATION III. Inédite. Due à l'obligeance de M. RICHELOT. *Mérite chronique du col et endométrite du corps*. (Malade revue 11 mois après l'opération par nous.)

Mme Th. L... 42 ans, ménagère, entre en août 1891 salle Richard Wallace, Hôpital Tenon, service de M. Richelot.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas de maladies antérieures autre que la scrofule. Réglée à 16 ans. Grossesse à 19 ans. Accouchement prématuré à 7 mois. La malade souffre dans le ventre depuis 10 ans. Leucorrhée depuis 5 ans. Diminution des forces. Perte d'appétit. Douleurs à l'hypogastre, dans les lombes, le haut des cuisses. Sensation de pesanteur dans le ventre. Station debout et marche difficile. En un mot la malade présente les symptômes habituels de la métrite chronique.

Examen : utérus gros, mobile, pas d'empatement dans les culs-de-sac. Col gros, déchiré à gauche, légère éversion de la muqueuse. Sécrétion abondante Hyst. 8 cent.

6 août 1891. Curage après dilatations et Schröder. Suites opératoires normales. Exéat au bout de 15 jours.

Juin 1892. Nous revoyons la malade, qui nous déclare avoir été très soulagée par l'opération. Règles irrégulières (ménopause) non douloureuses. Bon appétit et bon sommeil.

Le col est petit résultat parfait du Schröder. L'hystéromètre pénètre facilement par l'orifice externe.

OBSERVATION IV. Inédite. Due à l'obligeance de M. RICHELOT. Opération par M. DEBAYLE, interne. *Lacération du col. Métrite chronique invétérée ayant résisté au traitement par les pointes de feu et les scarifications*. (Malade revue par nous, trois ans après l'opération).

Mme F... 28 ans, ménagère, entre en mai 1889, salle Richard Wallace, hôpital Tenon, service de M. Richelot.

Ant. héréd. Père a 75 ans, bien portant ; mère a 60 ans, bien portante.

Ant. pers. Pas de maladie grave, mais nervosisme accentué. La malade a de temps en temps des défaillances et est très nerveuse et impressionnable.

Réglée à 17 ans, régulièrement mais douleurs à chaque époque.

Première grossesse à 19 ans. Accouchement normal à terme ; deuxième grossesse 16 mois après. Accouchement à terme. Le travail est très long ; nombreuses eschares vaginales et périnéales consécutives qui tiennent la malade au lit pendant six mois. Les douleurs remontent à ce dernier accouchement.

Soignée d'abord en ville, pendant 15 mois par des cautérisations, puis pendant trois ans à l'hôpital Saint-Louis où on lui faisait tous les 3 ou 4 mois des pointes de feu sur le col et des scarifications. On pratiqua ensuite le curettage seul qui fut insuffisant.

Diagn. : Lacération du col. Métrite cervicale chronique, éversion de la muqueuse.

Mai 1889. Curage et Schröder par M. Debayle interne, suites opératoires normales.

Juin 1892. Nous revoyons la malade. Les résultats du Schröder ont été parfaits au point de vue des lacérations du col et de la métrite. Le col est dur, sans trace d'ulcération. Orifice externe du col rétréci, du calibre d'une tête d'épingle. Permet cependant le passage du sang menstruel. Il reste quelques douleurs légères. Mais la malade en est peu incommodée et peut vaquer sans gêne à son travail.

OBSERVATION V. Inédite (personnelle), recueillie dans le service de M. RICHELLOT. Opération par M. PESCHER, interne. *Métrite chronique du col avec éversion et larges déchirures, métrite hémorragique*, (malade revue par nous six mois après l'opération).

M^{me} Catherine C ..., femme M... 41 ans, mécanicienne, entre le 1^{er} décembre 1891, salle Richard. Wallace, hôpital Tenon, service de M. Richelot.

Ant. héréd. : Père et mère morts accidentellement, 7 frères et sœurs bien portants.

Ant. pers. Variole à 13 ans. Régulée à 18 ans, régulièrement. Mariée à 26 ans. Une fausse couche de 3 mois à 27 ans. Deux grossesses à terme ayant nécessité chaque fois la basiöthripsie. Douleurs abdominales, iliaques et lombaires depuis son dernier accouchement. Leucorrhée abondante depuis trois ans. Règles durent 8 jours. Malade anémiée et affaiblie.

Examen : Col largement déchiré de chaque côté ; muqueuse éversée. Catarrhe glaireux abondant.

6 Décembre. Curage et Schröder, suites opératoires normales. — Exécuté le 26 décembre. Va très bien.

Juin 1892. — Nous revoyons la malade. Elle a repris bonne mine et s'est très bien trouvée de son opération. Les règles restent abondantes ; leur durée est cependant un peu diminuée. Il y a de temps en temps quelques petites douleurs dans le ventre, mais nullement comparables à celles d'autrefois. Résultat local parfait. Orifice large et perméable.

OBSERVATION VI. Inédite. Recueillie dans le service de Monsieur RICHELOT. — Opération par M. MORESTIN, interne. *Métrite chronique du col*. (Malade revue par nous 15 mois après l'opération).

M^{me} S..., née J. M., 40 ans, entrée le 23 février 1891, salle Richard Wallace, dans le service de Monsieur Richelot à l'hôpital Tenon.

Réglée à 19 ans. Souffrit beaucoup à cette époque.

Les règles ont d'ailleurs été toujours très irrégulières et douloureuses.

La malade a eu huit enfants. Le premier à 20 ans, le dernier à 34 ans. Il n'y a jamais eu de fausse couche. Les accouchements ont tous été à terme et réguliers.

Le début de la maladie remonte à 20 ans. La malade a commencé à ressentir des douleurs très vives dans les reins et l'hypogastre, même en dehors des règles. En même temps leucorrhée et métrorrhagies peu abondantes.

Avant de venir à Tenon, la malade a été soignée pendant 15 mois à l'hôpital St. Antoine, par des pansements antiseptiques et des cautérisations. Le traitement ne réussissant pas, on pratiqua un examen complet et on reconnut une salpingite bilatérale pour laquelle on voulut faire passer la malade en chirurgie. Elle s'y refusa.

Diagn. Métrite du col. Curettage et opération de Schröder par M. MORESTIN le 4 mars 1891. Suites normales.

Malade revue, en avril 1891 par M. RICHELOT, allait très bien.

Revue par nous le 5 juin 1892. A été soulagée pendant les 5 premiers mois après l'opération. Les douleurs avaient complètement cessé. Maintenant elles reparaissent. La malade est d'ailleurs très nerveuse.

Le col est un peu dur, cicatrisé en bourse, pas trace de leucorrhée ni d'ulcérations. L'orifice externe du col est bien ouvert, mais l'hystéromètre est arrêté à l'orifice interne qui paraît un peu atrésié.

OBSERVATION VII. Inédite (personnelle). Recueillie dans le service de M. RICHELOT. *Métrite cervicale rebelle avec dégénérescence scléro-kystique et catarrhe abondant, sans déchirure ni éversion, col gros*. (Malade revue par nous le 5 juin 1892, 15 mois après l'opération).

M^{me} T..., née Odile Ste... 32 ans, ménagère *Antécédents* : Pas de mal. ant. Réglée à 13 ans, régulièrement, mais pertes abondantes pendant huit jours.

La malade a eu 4 enfants. Au moment du premier accouchement, on dut pratiquer l'embryotomie pour une présentation vicieuse non réduite.

La malade fait remonter à cette première couche laborieuse le commencement de ses douleurs. Elle a accouché pour la dernière fois à 27 ans.

Depuis un an, *metrorrhagies abondantes* se répétant 3 fois par mois environ. L'écoulement abondant. Douleurs lombaire et iliaque

Avant d'entrer à l'hôpital, la malade a suivi un long traitement en ville.

Examen : Malade pâle, anémiée ; à la palpation bimanuelle on trouve l'utérus augmenté de volume ; le col est gros, *très glaireux*, pas d'éversion ni de déchirure.

Diagn. : Endométrite chronique, métrite chronique invétérée du col avec dégénérescence scléro-kystique.

Le 14 mars 1891. Curage utérin après dilat. aux laminaires et opération de Schroeder. Suites normales, la malade sort au bout de 15 jours.

5 juin 1892. Nous revoyons la malade. Son état général est très amélioré et la malade se déclare contente des résultats de l'opération. A l'examen nous trouvons l'utérus de volume normal mobile, non douloureux, le col est un peu dur au toucher et balaféré. Pas trace d'ulcération. L'orifice externe du col est rétréci. Néanmoins les règles viennent régulièrement.

OBSERVATION VIII. CHANTELOUBE : Th. Paris, 1888. *Métrite chronique du col très douloureuse.* (Malade revue par M. RICHELOT, 5 mois après l'opération).

L...L..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Tenon le 25 avril 1888, service de M. Richelot, salle Richard Wallace, n° 5.

Antécédents : Mère morte, très probablement phtisique. Dix frères ou sœurs morts la plupart en bas âge, mais un frère cependant mort à 22 ans poitrinaire.

La malade elle-même a toujours été souffrante durant son enfance : elle a eu une adénite cervicale dont on voit encore la cicatrice.

Premières règles à 13 ans, les règles apparaissent régulièrement et sans douleurs jusqu'à l'âge de 17 ans.

A 15 ans 1/2 pertes blanches qui depuis n'ont cessé de se montrer et d'augmenter.

A 17 ans à la suite d'une fatigue exagérée les règles devinrent douloureuses et depuis cette époque elles l'ont toujours été, tout en conservant une grande régularité dans leur apparition. En outre la malade dit que, même entre les périodes menstruelles, à chaque excès de fatigue apparaissaient de très fortes douleurs de rein qui empêchaient la marche et la station debout.

A 20 ans, défloration. La malade n'a jamais souffert en urinant, n'a jamais fait d'excès de coït.

En janvier 1888, L... entre à la Charité pour des crampes et des douleurs dans les jambes. Examen au spéculum : il existait déjà à ce moment une ulcération du col ; le traitement se borne à quelques cautérisations au nitrate d'argent et à l'introduction dans le vagin de tampons iodoformés. Aucune amélioration : douleurs de plus en plus fortes ; pertes blanches de plus en plus abondantes.

Le jour de l'entrée à l'hôpital Tenon les *douleurs sont intolérables : la malade se tient pliée en deux*. Ne peut presque pas marcher, ne peut même pas rester longtemps debout.

État au 25 avril. Col de volume normal avec ulcération rosée autour de l'orifice. Catarrhe glaireux. Cathétérisme facile, mais douloureux, cavité 7 centimètres.

Dilatation avec la laminaire iodoformée. Cette dilatation est très douloureuse et fait avancer l'apparition des règles de quelques jours, ce qui occasionne un retard pour l'opération.

21 mai. Curetage. Écouvillonnage et badigeonnage de la cavité utérine à la glycérine crésotée.

Température des jours suivants : le 21, S. 38° ; le 22, M. 37°, 5 ; le S. 38° ; le 23, M. 37°, 7 ; S. 37°, 7. Depuis lors toujours 37°.

Mais les douleurs n'ont pas cessé ; les pertes existent encore en moins grande quantité cependant.

7. Juin. Amputation anaplastique du col. Opération ordinaire. Sutures au catgut, 3 points en arrière ; 3 points en avant ; 1 à droite ; 2 à gauche. Crayon et tampons iodoformés.

Le 20. Plus de douleurs, plus de catarrhe. Col complètement cicatrisé, mamelonné par des incisures dues à la pression des catguts. La malade sort.

L... L..., a été, depuis, revue plusieurs fois par M. Richelot, dans le courant du mois de septembre, et plus récemment dans les premiers jours de novembre. Elle se porte très bien, n'a plus ni douleurs ni pertes et peut sans fatigue rester debout et marcher. La cicatrisation est toujours parfaite, le col est très bien reformé.

OBSERVATION IX. CHANTELOUBE : Thèse Paris 1888. *Métrite chronique du col* (malade revue par M. RICHELOT 5 mois après l'opération).

M..., femme B..., âgée de 24 ans, couturière, entre le 2 juin 1888 à l'hôpital Tenon, service de M. Richelot, salle Richard Wallace, n° 21. Pas d'antécédents.

Réglée à 16 ans : règles très abondantes et durant 6 à 8 jours. Mariée à 18 ans ; elle devient enceinte ; grossesse bonne, accouchement normal et délivrance complète.

La malade reprend son travail huit jours après son accouchement ; elle se plaint depuis cette époque d'une leucorrhée abondante. Les règles réapparaissent deux mois après la délivrance ; mais pendant un an et demi elles se prolongent quinze jours et sont suivies de pertes blanches.

Actuellement, ses règles sont régulières mais douloureuses. En outre la malade se plaint de pertes blanches, de pesanteur dans le bas-ventre et de douleurs dans les reins, véritablement insupportables, que le moindre mouvement exaspère et qui rendent quelquefois la marche impossible.

L'état général se ressent de ces souffrances : la force et l'appétit ont beaucoup diminué.

Au toucher, le col est gros, ni l'utérus et les annexes ne sont douloureux à la pression.

Au spéculum . *catarrhe assez abondant, col baveux, vaste ulcération des deux lèvres, surtout de la lèvre antérieure.*

5 et 6 juin, dilation à la laminaire iodoformée.

Le 8. Amputation anaplastique du col, opération simple, sutures au catgut ; 3 points en avant, 3 points en arrière, 2 à droite et un seul à gauche.

Suites de l'opération très simples : la malade ne souffre pas et la température reste à 37°.

Le 16. Apparition des règles, elles devaient venir à ce moment-là, et leur apparition n'a pas été hâtée par l'opération.

Depuis l'opération, la malade n'a point perdu en blanc, elle n'a point souffert, son examen est retardé à cause des règles.

Le 18. La malade veut absolument sortir de l'hôpital : elle a toujours ses règles.

*Depuis lors, cette malade a été revue à diverses reprises par M. Riche-
lot en août et septembre notamment : elle était bien portante, ne souffrait
plus, n'avait que très peu de pertes blanches : le col était sans ulcéra-
tions, très bien réformé. Dans les premiers jours de novembre, son état
était toujours excellent.*

OBSERVATION X. CHANTELOUBE : Th. Paris, 1884. *Mérite chronique du col.* (Malade revue quatre mois après l'opération).

M... âgée de 34 ans, entre le 26 juillet 1888 à l'hôpital Tenon, service de M. Richelot, salle Richard Wallace, n° 5.

(Cette malade vient à la consultation de gynécologie le 11 et le 18 juillet. M. Richelot lui conseille d'entrer pour quelques jours à l'hôpital pour y subir une opération. Ce n'est que le 25 juillet à la troisième visite, et voyant que les crayons et tampons iodoformés n'amènent pas de soulagement, qu'elle se décide à rester.)

Malade depuis quatre ans, pertes blanches abondantes. souffre beaucoup au moment des règles. Douleurs presque continuelles et très vives dans le côté gauche.

Col gros, dur, avec ulcération de tout le pourtour de l'orifice et avec pointillé granuleux.

Cavité, 9 centim. Cathétérisme facile, ne détermine ni douleurs, ni écoulement de sang.

28 juillet. Amputation anaplastique du col et curage, opération ordinaire.

Suites très simples : ni douleurs ni fièvre.

La malade sort le 12 août ne souffrant plus, ne perdant plus, la cicatrisation n'est pas encore complète.

Le 27 août la malade revient du Vésinet ; très douillette elle se plaint de lassitude, de douleurs vagues, mais en somme elle n'a plus ni ses douleurs ni ses pertes d'avant l'opération. La cicatrisation du col étant complète M... est renvoyée le 3 septembre.

Le 3 octobre elle revient à la consultation ainsi qu'on le lui avait recommandé : très grande amélioration ; plus de pertes, plus de douleurs. Cicatrisation toujours parfaite. Cavité, 5 cent. 1/2.

Le 17. Col régulier, culs-de-sac libres et souples, orifice du col modérément ouvert ; toujours même absence de douleurs et de pertes.

Le 21 novembre. La malade revient et dit qu'elle a souffert pendant ses dernières règles. D'ailleurs ni pertes ni douleurs entre les règles. Au toucher : col arrondi et régulier ; au spéculum : cicatrisation parfaite.

OBSERVATION XI. CHANTELOUBE : Th. Paris, 1888. Recueillie et communiquée gracieusement par M. LAFOURCADE, interne. *Mérite du col* (malade revue 4 mois après l'opération.)

V... L... Femme L..., âgée de 36 ans, couturière, entre le 10 août 1888, à l'hôpital Tenon, service de M. Reclus, suppléé par M. Chaput, salle Richard Wallace, n° 5.

Réglée à 12 ans. Menstruation, irrégulière au début, apparaissait tous les quinze jours jusqu'à l'âge de 18 ans. S'étant fait soigner elle a été dans la suite très bien réglée.

Mariée à 23 ans, la malade a eu cinq enfants, le premier à 24 ans et le dernier à 33 ans. Sur ces cinq enfants, le premier est venu par l'épaule, le second et le cinquième par le siège, le quatrième par la face, et le troisième par le sommet.

Après la seconde grossesse, la malade a accusé des douleurs dans le ventre et dans les reins. Elle a été soignée à l'Hôtel-Dieu par les injections chaudes, par des vésicatoires et des ventouses scarifiées ; son ventre était ballonné, elle vomissait ; elle a gardé le lit pendant 3 mois. Les douleurs qui avaient à peu près disparu ont reparu il y a quatre mois, avec pertes blanches et pertes de sang en dehors de ses règles. Elle se décide à rentrer à l'hôpital.

La malade a l'air d'avoir assez bonne santé : elle se plaint de douleurs abdominales et lombaires. Son appétit est bon ; elle est constipée.

Le col est à 4 centim. de la vulve. Il est petit, à orifice transversal et déchiqueté. Les lèvres sont peu allongées. Le cul-de-sac postérieur a 3 centim., ainsi que les cul-de-sac antérieur et latéraux. Le corps de l'utérus est volumineux, un peu mobile. En résumé au toucher, léger prolapsus.

Le toucher rectal permet de constater l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une pomme située dans les annexes du côté gauche.

Le palper abdominal combiné avec le toucher montre que la tumeur va jusqu'à 3 centim. au-dessus de la symphyse du pubis.

Légère tendance à la rectocèle. Saillie de la paroi antérieure du vagin.

Au spéculum, col gros, ulcéré sur les deux lèvres, la lèvre antérieure étant plus atteinte. Muqueuse en ectropion. Hystéromètre 4 centim. 1/2.

Diagnostic : Métrite du col et endométrite (si l'hystéromètre ne remonte que de 4 centim. 1/2, c'est qu'il est arrêté par une saillie anormale).

Indications : Amputation anaplastique et curetage.

Les 14 et 15 août, dilatation à la laminaire iodoformée.

17 août. Opération. Curage avec la grande curette tranchante. Injections chaudes. On bourre la cavité de petits tampons iodoformés. Amputation anaplastique du col : sutures au catgut, 3 fils sur la lèvre antérieure, 3 sur la lèvre postérieure et 2 sur chacune des incisions latérales.

Suites : Le jour même de l'opération et les jours suivants, pertes assez abondantes. Le 20 août, pansement, et injection intra-utérine ; le 24, même pansement, ainsi que le 29 août et le 5 septembre. Les perles continuent jusqu'au 6 septembre, mais les douleurs sont très diminuées.

A la sortie, on trouve que le col dont l'orifice est transversal présente

encore un petit point non encore cicatrisé sur la lèvre antérieure et sur la lèvre postérieure.

La malade revient au spéculum le 19 septembre. Ses pertes et ses douleurs ont cessé. Au spéculum on constate que le point non cicatrisé persiste. Cavité, 6 centim. $1/2$.

3 octobre. Plus de douleurs (à peine quelques légers picotements dans le côté gauche du bas ventre lorsqu'elle est fatiguée). Cathétérisme très facile, 5 centim. $1/2$. La cicatrisation n'est pas encore complète (point avivé sur la lèvre postérieure). Pas d'écoulement.

Le 14. Même état. Règles régulières.

2 décembre, *Plus de pertes, ou insignifiantes quand elle a beaucoup fatigué ; douleurs dans les reins ne se montrant que très légèrement après de grandes fatigues également. Au toucher, orifice transvesal (légèrement déchiqueté, La lèvre postérieure n'exite presque plus, la lèvre antérieure et très diminuée. Au spéculum, cicatrisation parfaite*

OBSERVATION XII. ROJECKI, Thèse Paris 1888 n° 203.

B... Alexandrine, âgée de 28 ans, modiste.

Réglée pour la 1^{re} fois à 14 ans ; ses règles étaient toujours accompagnées de coliques violentes. La malade a accouché il y a 7 ans ; l'accouchement a été facile, cependant elle restait au lit pendant trois mois. Elle n'a pas nourri. La malade dit avoir été soignée en 1887 pour hypertrophie du col. Au mois d'août 1887 elle est prise de pertes blanches abondantes. Elle entre le 24 juin 86 dans le service de M. Pozzi. Elle éprouve en même temps des douleurs sourdes contenues dans les reins et les cuisses. La marche et la station debout augmentent les douleurs.

Pas d'hémorrhagie.

Au toucher : les culs-de-sac sont libres ; l'utérus est mobile, il est en latéro-flexion droite.

Le col est gros, sa surface est irrégulière, on y perçoit des saillies rondes, de volume d'un pois qui donnent au toucher la sensation de grains de blé implantés dans le col.

A l'examen au spéculum on constate que le col est en effet très augmenté de volume.

L'augmentation porte surtout sur la lèvre supérieure du col qui est bombée et saillante à sa surface on voit trois saillies de couleur jaune qui sont des kystes glandulaires.

Il existe à gauche une déchirure du col assez profonde.

Hystéromètre 6 $1/2$.

Opérat. de Schræder le 26 juin 1887. La malade sort guérie sans accidents 25 jours après l'opération.

On a revu la malade un mois après sa sortie l'état général est très bon ; elle n'a presque plus de douleur l'écoulement a disparu complètement.

OBSERVATION III. ROJECKI, Th. Paris 1888.

V... âgée de 23 ans, ménagère, réglée à 14 ans. Elle a été irrégulièrement réglée pendant un an en perdant un peu de sang plusieurs fois par mois : pas de pertes blanches. La menstruation régulière à partir de l'âge de 15 ans. La durée des règles, 5, 6 jours. Depuis l'âge de 18 ans la malade souffrait beaucoup au moment de ses règles, surtout les 2 premiers jours. Mariée à 20 ans, elle est devenue enceinte au bout d'un mois, une métrorrhagie au 2^e mois de la grossesse qui était d'ailleurs bonne sauf un peu de pesanteur à l'hypogastre. L'accouchement normal le 14 mai 1886 ; la délivrance 1/2 heure après ; la malade se lève 7 jours après, mais seulement au bout de 15 jours elle, reprend ses occupations habituelles. Elle a nourri elle-même son enfant ; mais elle a été obligée de le sevrer 10 mois après à cause de la faiblesse.

Depuis son accouchement elle a des douleurs dans le ventre et dans les reins, ainsi qu'un peu de pertes blanches. Les règles reviennent au bout de 2 mois ; elles ont été très fortes, durant 5 ou 6 jours ; quelque temps après les règles ont été régulières avançant un peu. Trois mois après l'accouchement les douleurs étaient tellement fortes que la malade consulta un médecin qui, pendant 5 mois, lui fit des cautérisations au nitrate d'argent avec tamponnement iodoformé et injection avec de l'eau de feuilles de noyer. Après chaque cautérisation la malade avait de vives douleurs et une leucorrhée abondante ; elle cessa ensuite ce traitement et ne fit que des injections d'alun. Elle souffrait toujours autant des reins et du bas-ventre pendant ses règles qui revenaient régulièrement ; après les règles elle sentait un grand soulagement. Au mois d'octobre en arrivant à Paris, la malade eu ses règles qui se sont arrêtées au bout d'une 1/2 journée, elle a éprouvé alors des douleurs dans le ventre comparables à celles de l'accouchement ; elle ne pouvait supporter aucun contact sur le ventre. Le lendemain, les règles sont revenues et la malade s'est sentie soulagée. Les mois suivants les mêmes irrégularités des règles avec douleurs et la malade entre à l'hôpital Pascal dans le service de M. Pozzi le 19 décembre 87. Elle accuse au moment des règles des douleurs atroces qu'elle compare à celles de l'accouchement.

Au toucher on trouve un utérus petit ; en position normale, les culs-de-sac libres.

Au specul : l'orifice externe est tellement petit qu'on a grand peine à introduire un fin stylet, le pourtour de l'orifice est entouré d'une zone dure, fibreuse, bleuâtre qui est du tissu cicatriciel. Ce rétrécissement de l'orifice externe est consécutif aux nombreuses cautérisations.

M. Pozzi opère la malade 9 jours après son entrée. On lui fait l'opération par le procédé de Schröder. Les sutures sont au catgut.

L'orifice extérieur a repris son diamètre normal : Guérison rapide.

La malade a été revue depuis en très bon état.

OBSERVATION XIV. ROJECKI. Th. Paris, 1888.

Louise B. 27 ans, femme de ménage ; — Accès d'épilepsie depuis l'âge de 7 ans ; les accès qui ne s'étaient pas produits depuis trois ans ont reparu depuis un an. Premières règles à 12 ans, régulières ; celles des années suivantes sont tantôt en avance tantôt en retard.

La durée des règles 8 jours dans la première année, 2 jours dans les années suivantes ; la menstruation douloureuse surtout dans les derniers temps, 3 grossesses et 2 fausses-couches.

Première grossesse à 18 ans ; après l'accouchement, repos au lit pendant 1 mois pour une déchirure périnéale ; depuis cette époque elle a toujours souffert de la vulve qui était d'après ce que dit la malade le siège d'un œdème assez considérable.

Deuxième grossesse à 19 ans.

3^e grossesse en 1881 à 21 ans.

4^e grossesse fausse couche de 3 mois.

5^e grossesse en 1884, fausse couche de 3 mois.

Le début des douleurs date de la 1^e grossesse en 1878.

C'est depuis cette époque que les règles sont devenues plus irrégulières d'une durée plus courte, plus douloureuses et qu'elles se sont accompagnées de pertes blanches teintées en rouge. Les douleurs hypogastriques sont plus vives à gauche qu'à droite, elles sont exaspérées par la marche, la station debout, toutes les fatigues ; elles s'accompagnent de rétention d'urine.

Ces douleurs lui donnent la sensation d'un corps pesant qui aurait tendance à s'échapper par la vulve.

Examen : col très gros, aplati, présentant deux lèvres hypertrophiées et une déchirure ancienne à gauche.

12 janvier 1888. *Opération de Schröder* ; suture au catgut.

Température 38° 6.

T. des six jours suivants : 37° 4, 38, 37° 4, 37° 4, 37° 4.

1^e février. La malade se lève, plus de douleurs abdominales ; le ventre

n'est plus douloureux à la pression ; tout au plus une légère douleur au niveau de la fosse iliaque gauche.

7 février : Au toucher : col est remplacé par un double bourrelet transversal limitant un orifice allongé ; sa surface, très lisse, sauf à la commissure gauche ou existent quelques granulations.

Au spéculum : on constate toute l'apparence du col utérin formé par deux lèvres plates absolument saines et présentant quelques sillons antero-postérieurs.

Coloration normale. L'hystéromètre passe facilement à travers l'orifice dirigé transversalement

Le 25, janvier la malade devait voir ses règles qui ne sont pas encore survenues le 3 février, ni même le 27 mars. On constate à cette époque, que le moignon du col est parfaitement lisse ; les culs-de-sac sont libres l'utérus est mobile. Plus de pertes blanches. Cependant elle se plaint encore d'une névralgie fémoro-cutanée très caractérisée.

OBSERVATION XV. M^{me} VINAVERT : Th. Paris *Endométrite, curetage et Schræder.*

M^{me} G., marchande de vin, entre à l'hôpital Tenon, salle Richard-Wallace, lit n^o 21, dans le service du Dr Richelot, le 17 mai 1889.

Pas de maladies graves antérieures dans ses antécédents personnels. Réglée à 14 ans.

Mariée à 21 ans, elle a eu 4 enfants, tous morts en bas âge.

Elle est malade depuis 2 ans, depuis son avant dernier enfant.

A son dernier accouchement, elle avait des métrorrhagies très abondantes, et depuis cette époque elle a des pertes blanches continuellement.

Etat actuel. — Ventre douloureux, sensation de pesanteur et irradiation douloureuse dans les reins et les cuisses. Examen *au spéculum* : *Un gros col, muqueuse ectropiée et ulcérée ; Endométrite, Indication, curetage et Schræder.*

On commence par dilater la cavité cervicale avec des tiges de laminaires.

23 mai. — Les opérations sont faites par M. Richelot. — On laisse 2 pinces sur le côté droit de la suture parce que le sang d'une artériole non oblitérée par la suture continue à venir, les pinces compriment la suture à la commissure droite.

25 mai. — On enlève les pinces. Pas d'hémorrhagie.

28 mai. — On enlève les tampons.

On administre à la malade des injections vaginales au sublimé. La cicatrisation n'est pas encore complète, mais en bonne voie de guérison.

30 mai. — Réunion presque-complète, la malade quitte l'hôpital sans éprouver de douleurs.

18 décembre. Vint un mercredi pour amener l'enfant d'une autre personne. Elle est parfaitement guérie sans aucune douleur.

OBSERVATION XVI. M^{me} VINAVERT : Th. de Paris. *Endométrite, curettage et Schræder.*

La nommée D... Germaine, âgée de 44 ans, journalière, est entrée à l'hospice Tenon, salle Richard Wallace, lit n^o 13, dans le service du D^r RICHELOT au mois de septembre 1889.

Ant. héréditaires. — Père en bonne santé. Frères et sœurs en bonne santé également, 3 enfants vivants sur 4.

Ant. pers. — Régliée à 12 ans ; époques très régulières. Elle a eu cinq grossesses en 4 ans : toutes normales.

Entre 24 et 40 ans elle a eu 7 grossesses dont aucune à terme ; le dernier accouchement à l'âge de 41 ans. Retour des couches retardé de 2 mois et suivi d'une métrorrhagie. C'est depuis cette époque que date sa maladie ; elle éprouve des pertes blanches et ses règles sont douloureuses.

On pratiqua l'examen de la malade, sous le chloroforme. On ne trouve rien à l'exploration abdominale ; fortes douleurs dans la fosse iliaque ; le col est volumineux et mou ; l'utérus en légère antéflexion ; dans le cul-de-sac droit on sent une sorte de bride qui unit le col utérin à la paroi vaginale ? L'ovaire gauche est petit et collé contre la paroi pelvienne ; on ne parvient pas à sentir le droit.

Au spéculum. — Col rempli par un bouchon muqueux avec des plaies cicatricielles graves. Hystéromètre ; 6 cent. 1/2.

27 septembre. — Curettage fait par M. le D^r Chaput. Pansement avec des tampons iodoformés. Le troisième jour on enlève les tampons, on lui administre des injections vaginales au sublimé. L'amélioration étant peu notable et non persistante, on sera obligé d'intervenir par une opération de Schræder.

22 octobre. — L'opération de Schræder est faite par M. le D^r Richelot, et un nouveau curettage en même temps. Suites excellentes ; température 37. 8. Les tampons sont tombés d'eux-mêmes on fait des injections au sublimé, la malade éprouve seulement quelques douleurs de reins.

6 novembre. — Examen au spéculum : résultat typique du Schræder, une réunion parfaite, col régulier, la malade bien portante et sans aucune douleur quitte l'hôpital le 7 novembre.

17 novembre. — La malade est revue par M. Richelot, se porte très bien on pratique facilement le cathétérisme. Guérison complète.

OBSERVATION XVII. M^{me} VINAERT, Th. Paris.

La nommée A... Maria, femme de chambre, âgée de 26 ans, demeurant place Malesherbes 24, est entrée à l'hôpital Tenon, le 19 avril 1890, salle Richard Wallace, le lit n^o 18.

Antécéd. héréd. Nul.

Antécédents personnels. Pas de maladies graves antérieures. Régulée à 13 ans, menstruation régulière, mais d'une durée très longue, 8, 9 jours et douloureuse.

Fausse couche à 20 ans. Un enfant à 23 ans, couches assez faciles, à la suite desquelles pertes de sang assez sérieuses.

Elle est très souffrante, dit à peine pouvoir marcher, ne peut travailler, on la reçoit à l'hôpital.

Etat actuel. Métrite du col; muq. ectropie, rien aux annexes, indication de curetage et opération de Schröder.

Le 25 avril. Dilatation du col avec une laminaire.

Le 26 avril. Deuxième laminaire.

Le 27 avril. Curetage et Schröder sous le chloroformé. La curette ramène une muqueuse avec végétations hypertrophiques, on introduit un crayon d'iodoforme, on fait un tamponnement iodoforme dans le vagin.

Le 28 avril. Pas de fièvre, état général excellent, pas de douleurs dans le ventre.

Le 1^{er} mai. On enlève les tampons; injections; état général toujours excellent; léger écoulement rosé.

Le 7 mai. Examen au spéculum : cicatrisation en bonne voie, les catguts ne sont pas encore résorbés.

Le 10 mai. Bon état; très peu d'écoulement.

Le 15 mai. Cicatrisation complète; la malade se porte bien, quitte l'hôpital.

Revient nous voir le 29 mai. Elle se porte très bien, col aplati, cicatrisé, excellent résultat du Schröder; elle marche, travaille et ne souffre pas. Revue en septembre par M. Richelot, toujours bien portante, sauf quelques petits troubles digestifs pour lesquels elle consulte M. Richelot. Tout va bien du côté de l'utérus.

OBSERVATION XVIII. CHANTELOUBE : Thèse Paris, 1888. Due à l'obligeance de M. RICHELOT. *Endométrite du col.*

B..., Alice, âgée de 25 ans, entre le 14 janvier 1888 à l'hôpital Tenon, service de M. Richelot, salle Richard Wallace, n^o 19.

A l'âge de 16 ans, premier accouchement à la suite duquel elle garde le lit pendant un an. Elle paraît avoir eu à cette époque une blennorrhagie

qu'elle aurait gardée six mois. Depuis cette époque elle a toujours souffert de douleurs de ventre et de reins.

Il y a 4 ans commencement de péritonite, pour laquelle elle fut soignée pendant deux mois à Lariboisière

Les règles apparaissent régulièrement, mais elles s'accompagnent de douleurs : elles durent 24 heures. Pas de pertes de sang dans l'intervalle des époques. Pertes blanches abondantes et continuelles. La malade a pris quelques injections dès le début.

Depuis 3 mois les symptômes ont augmenté d'intensité : pesanteur dans le bas-ventre, douleur pendant la marche, amaigrissement mais conservation de l'appétit.

25 janvier. Au toucher : col gros, exulcéré. Au spéculum : catarrhe abondant ; cavité : 7 cent. 1/2. L'ulcération pénètre dans la cavité cervicale.

Le corps est un peu volumineux, saillant en avant (soupçon de fibrome sur la paroi antérieure).

Diagnostic : *Endométrite du col et probablement du corps dans une certaine mesure.*

1^{er} février. Laminaire iodoformé le 2, deuxième laminaire ; le 3, troisième laminaire. Douleurs légères à l'introduction de ces lamineires. Les 4, 5, 6 et 7 février : crayon d'iodoforme dans la cavité cervicale.

Le 8. Curage de la cavité, après dilatation au moyen du divulseur de Sims : la bougie d'Hégar n^o 10 passe facilement. Curettage soigné de la cavité cervicale, de l'isthme, de la partie inférieure du corps. Fongosités abondantes. Écouvillonnage et glycérine créosotée. Deux petits tampons iodoformés dans la cavité cervicale, un gros tampon, également iodoformé, dans le vagin. Température du soir 37^o, 2. Temp. du lendemain matin, 37^o.

A la suite de cette opération les phénomènes douloureux ne disparaissent pas ; l'ulcération ne guérit pas ; nécessité d'une deuxième intervention.

Le 28. Amputation anaplastique du col. Opération ordinaire. Un des catguts de la lèvre antérieure lâche cependant à la fin de l'opération. Suites très simples : toutefois phénomènes de cystite du col (fréquence de la miction et douleurs) qui d'ailleurs avaient déjà paru à la suite de la première opération.

13 mars. Cicatrisation à peu près complète sauf à la lèvre postérieure, où l'on voit un point non cicatrisé. Cathétérisme utérin très facile. Instillations au nitrate d'argent contre la cystite. La malade quitte l'hôpital.

Après la sortie les phénomènes de cystite disparaissent en une quinzaine.

La malade n'a pas été revue depuis, mais sa sœur qui est venue à deux reprises, en avril et en juin, faire un séjour dans le service nous dit que B... , Alice ne perd plus et ne souffre plus.

OBSERVATION XIX. CHANTELOUBE: Th. Paris 1888. *Mérite chronique du col.* (Malade revue par Monsieur RICHELOT 7 mois après l'opération).

P... Marie, femme R... âgée de 25 ans, couturière, entre le 19 mars 1888 à l'hôpital Tenon, service de M. RICHELOT, salle Richard Wallace n° 12.

Cette malade, peu robuste durant son enfance, a cependant joui à ce moment-là d'une bonne santé habituelle.

Premières règles à 15 ans, jusqu'à 21 ans, c'est-à-dire jusqu'à son mariage ou sa première grossesse, chaque période menstruelle s'accompagne de nausées, de douleurs de reins, de coliques assez fortes quelquefois pour amener une perte de connaissance. Étant jeune fille, quelques pertes blanches, mais en très petite quantité.

A 21 ans, première grossesse; accouchement à terme (juillet 1884) naturel, sans accidents: il dure 13 heures. Suites de couches très simples.

Après cette grossesse les règles ne sont plus douloureuses. Pas de pertes blanches. Excellente santé.

En juillet 1885, deuxième grossesse, pertes blanches à dater du 3^e mois. Au 8^e mois accouchement prématuré sans cause connue. La malade se relève assez vite malgré un « mal au sein » qui survient dans la période puerpérale.

Les pertes blanches, qui avaient débuté pendant la grossesse, continuent avec une égale abondance après l'accouchement.

Depuis deux mois, mal de ventre et de reins. Elle voit un médecin qui la cautérise: après chaque cautérisation quelques pertes sanguines.

Règles un peu retardées, non douloureuses.

Au toucher et à la palpation: corps de l'utérus petit et mobile. Culs-de-sac souples.

Au spéculum: gros col, ectropion, ulcérations très étendues sur les deux lèvres, paraissant se continuer dans la cavité. Catarrhe abondant. Cavité utérine 6 cent, 1/2.

Diagnostic: métrite du col. Indication: amputation anaplastique du col.

28 mars. Règles.

A dater du 31 mars, deux injections au sublimé par jour.

5 avril. *Opération.* — L'utérus descend facilement,

Dilatation extemporanée au divulseur de Sims: l'orifice se laisse facilement dilater, mais revient sur lui-même. Peu de sang au cours des

diverses incisions. Sutures au catgut : pour les passer, essai de l'aiguille de Trélat, mais elle est trop faible et va encore moins bien que l'aiguille de Reverdin. Celle-ci est reprise : difficulté de passer les fils en raison du peu de dilatation du canal cervical. Trois points sur la lèvre antérieure qui se recroqueville très bien ; trois points sur la postérieure qui se recroqueville moins bien ; deux points à droite ; un point à gauche. L'opération, laborieuse à cause des sutures, dure un peu plus d'une heure.

Crayon d'iodoforme. Tampons iodoformés.

Le 11. Enlèvement des tampons. Ligne de suture bien nette : avec la pince on retire quelques catguts ramollis.

Cathétérisme très facile, non douloureux. Tampons iodoformés.

Les suites immédiates de l'opération ont été des plus simples : la malade n'a jamais souffert du ventre, mais, très nerveuse et très émotive, elle a eu des cauchemars et des insomnies dans les deux nuits qui ont suivi l'opération.

Température : le jour de l'opération et le lendemain, 38°, 37°, 8. Le surlendemain et les jours suivants, 37°, 2.

Au huitième jour, 38°, 2 ; le lendemain diarrhée. Malade très affectée. Aucune douleur dans le ventre.

Le 10^e jour. Angine. Comme la malade est guérie de son utérus et qu'elle peut se soigner chez elle, est renvoyée dans sa famille le 17 avril.

M. Richelot a revu Marie P..., dans les derniers jours de septembre et plus récemment le 30 novembre ; elle était enchantée de son état ; n'avait plus de douleurs ni d'écoulements. La cicatrisation était parfaite.

OBSERVATION XX. CHANTELOUBE : Thèse Paris 1888. *Mérite chronique du col avec dégénérescence scléro-kystique (col petit)*, malade revue trois mois après l'opération).

S..., Anna, âgée de 34 ans, repasseuse, entre le 1^{er} mars 1888 dans le service de M. Richelot, salle Richard Wallace, n° 5, venant du service de M. Landouzy.

Elle n'a jamais été malade ; une grossesse normale à 20 ans, suivie d'un accouchement naturel.

Elle se trouve malade depuis le 13 octobre 1887 et se plaint notamment de douleurs dans le ventre. A maintes reprises ces douleurs l'ont obligée à s'aliter. Pertes blanches. Règles très-abondantes.

Cette malade est très nerveuse et herpétique ; quelques jours après son entrée, salle Richard Wallace, elle a eu une très forte angine herpétique

Col *très granuleux, peu volumineux*. Les deux lèvres sont couvertes de granulations blanches analogues à de l'herpès ; pas d'ulcération.

Cavité 6 cent. 1/2.

Indication : Amputation anaplastique du col.

Antiseptie préparatoire : deux injections au sublimé par jour.

21 mars. *Opération*. L'utérus descend assez facilement. Dilatation extemporanée avec le divulseur de Sims. Sutures au catgut ; trois points sur la lèvre antérieure, trois sur la postérieure et deux sur chacune des commissures.

Crayon et tampons iodoformés.

Suites de l'opération. Température : le 21, S. 37°. Le 22, M. 37°, 1. S. 37°. Le 23, M. 37°, 2 ; S. 37°, 2. Le 24, M. 36°, 8 ; S. 37°, 1. Le 25, M. 37°, 1 ; S. 37°, 6. Le 26, M. 37°, 6 ; S. 37°, 8. Le 27, M. 37°, 4 ; S. 37°, 3.

Le jour même de l'opération et surtout le lendemain et les jours suivants la malade se plaint « d'impatiences » dans les jambes et surtout dans la jambe droite. En outre il lui est impossible de remuer le membre inférieur droit sous peine de douleurs très vives. Cela dure jusqu'au 27 mars.

Le 25 et le 26. Bronchite avec quelques dixièmes de degré d'élévation de température.

Le 29. Enlèvement des tampons : injections au sublimé qui ressortent propres.

5 avril. Auspéculum : petite quantité de mucus glaireux. Cicatrisation complète. L'orifice est très perméable. Le cul-de-sac gauche n'existe plus.

Le 25. La malade, sortie du Vésinet la veille, vient à la consultation de gynécologie : elle avoue qu'elle a repris les rapports sexuels et qu'ils ne provoquent pas de douleurs. Elle affirme du reste qu'elle ne souffre plus du tout.

Au spéculum : petite surface linéaire vive au niveau de la cicatrice ; un peu de catarrhe muco-purulent qui paraît venir du col seulement. Cavité 6 cent. 1/2. Cathétérisme très facile. Tampons et crayon iodoformés.

2 mai. La partie avivée n'est pas encore cicatrisée : elle est touchée avec la teinture d'iode. Crayon et tampons iodoformés.

20 juin. La malade revient à la consultation disant que ses règles ont été très douloureuses et qu'elle a souffert encore après pendant une dizaine de jours, depuis deux jours ces douleurs ont disparu. Au spéculum le col est toujours tirailé à gauche, mais dans un très bon état : ni congestionné ni ulcéré. Un peu de catarrhe transparent. Tampon iodoformé.

Le 27. Toujours très bon état : mais encore cependant un peu de catarrhe.

OBSERVATION XXI. CHANTELOUBE : Thèse Paris. *Métrite chronique du col. Dégén. scléro-Kyst. Déchirure et ectropion* (Malade revue 40 jours après l'opération.

D... Albine, âgée de 39 ans, entre le 14 février 1888 à l'hôpital Tenon, service de M. Richelot, salle Richard Wallace, n° 6.

(La malade est d'abord soignée pour une hydarthrose du genou droit. Ce n'est qu'au commencement de mai que M. Richelot s'occupe de son affection utérine.)

Premières règles à 16 ans, pas d'accidents à la puberté. Règles toujours régulières depuis lors.

Un enfant à 27 ans. Grossesse normale. Accouchement naturel, suites de couches très simples puisque la malade se lève dix jours après environ.

Il y a neuf ans (à 30 ans) la malade contracte la syphilis. Quelques mois avant les premiers accidents syphilitiques elle commence à perdre beaucoup en blanc.

Il y a cinq ans environ D..., consulte le Dr Gallard à l'Hôtel-Dieu : frictions sur le ventre à la pommade de jusquiame et d'iodure de potassium, traitement interne à l'iodure, aucune ou presque aucune amélioration par ce traitement.

État actuel. — Au toucher, *col gros, induré, douloureux* ; orifice externe ouvert.

Au spéculum : *col gros, saignant facilement ; écoulement muco-purulent abondant. Muqueuse utérine faisant ectropion ; large ulcération sur la lèvre postérieure, ulcération se continuant par la portion herniée de la muqueuse avec la cavité cervicale. Cavité : 8 centim. environ*

Indications : Amputation anaplastique du col et curage combinés.

Les 4, 5, 6 et 7 mai passage de laminaires iodoformées,

Le 10. Curage de la cavité utérine, écouvillonnage et glycérine créosotée ; amputation anaplastique du col.

L'utérus descend bien ; la cavité cervicale est bien dilatée, aussi l'opération se fait-elle facilement. Suture au catgut. L'opération (curage compris) ne dure pas plus de 45 à 50 minutes.

Suites de l'opération très simples : la température ne dépasse pas 37°. Le lendemain de l'opération, dans la soirée, léger météorisme abdominal très efficacement combattu par 30 gr. de sulfate de magnésie.

La malade sort le 28 mai ne souffrant plus et n'ayant plus de pertes.

Le 20 juin, elle revient non pas pour consulter, mais pour demander un bandage (genouillère). Elle ne souffre pas, mais elle a encore quelques légères pertes. Au spéculum, on trouve un col très bien reformé.

Il existe cependant encore sur la lèvre postérieure une petite surface avivée de la dimension d'une lentille. Crayon et tampon iodoformé. Recommandation de revenir si elle souffre.

OBSERVATION XXII. CHANTELOUBE. Thèse de Paris, 1888. Observation recueillie et communiquée par M. LAFOURCADE, interne. *Endométrite et métrite du col* (Malade suivie pendant quatre ans).

L... 31 ans, entre le 6 septembre 1888 à l'hôpital Tenon, service de M. Reclus suppléé par M. Chaput salle Richard Wallace n° 24.

N'ayant jamais eu de maladie ni dans l'enfance, ni dans l'adolescence. La malade a été réglée à 16 ans et demi, et avait à ce moment des pertes blanches légères.

Mariée à 19 ans, elle a eu un premier enfant à terme 15 mois après, et un second enfant à l'âge de 22 ans. Deux années plus tard elle fit une fausse couche de cinq mois.

En septembre 1884, nouvel accouchement.

En résumé, trois accouchements à terme et une fausse couche.

La malade perdait toujours en blanc ; depuis son dernier accouchement les pertes avaient augmenté et les règles survenaient tous les 15 jours. Elle éprouvait des douleurs dans le bas-ventre et dans les reins, surtout accusées au moment des règles.

En 1886, au mois de mai, elle est soignée dans le service du Dr Gallard à l'Hôtel-Dieu, pour une métrite (cautérisation au fer rouge). Presque pas d'amélioration.

Continuant à perdre et à souffrir, la malade venait se faire soigner à Tenon dans un service de médecine tous les quinze jours (tampons et cautérisation. Ce traitement durant depuis un an et ne s'accompagnant d'aucune amélioration bien sensible, la malade vient en chirurgie le 8 septembre 1888.

Pertes blanches très abondantes à la rentrée. Douleurs fort vives dans le ventre et les reins.

La pression abdominale est douloureuse dans les fosses iliaques droite et gauche.

Par le toucher on sent un col gros, volumineux, à orifice transversal, entr'ouvert et déchiqueté sans déchirure appréciable. Pas de déviation utérine notable. Culs-de-sac normaux.

Au speculum : le col occupe toute la lumière du speculum, il est large et très congestionné. Ulcération de la surface d'une pièce de un franc sur chaque lèvre. Quelques petites végétations papillaires. Mucus épais et visqueux s'écoulant par l'orifice.

L'hystéromètre est facilement introduit, avec cependant quelques douleurs. Cavité, 7 cent. 1/2.

Diagnostic. Endométrite et métrite du col.

Indications. Curage et opération de Schröder.

Laminaires iodoformées les 14, 15 et 16 septembre.

Le 18 septembre opération par M. Lafourcade. Curettage de la cavité utérine à la curette tranchante : il ramène des fongosités abondantes. Lavages intra-utérins très chauds à l'eau phéniquée et au sublimé à 1/1000. Amputation anaplastique : cinq fils sur chaque lèvre : trois fils sur chacune des incisions latérales. Seize fils durent être placés sur ce col pour que l'affrontement des muqueuses cervicale et vaginale fut possible, à cause de la très large surface d'avivement venant des très grandes dimensions de l'ulcération et du volume du col. La malade perdit une grande quantité de sang pendant l'opération.

Suites : Les jours suivants rien d'anormal. La malade ne souffre plus, ne perd plus en blanc. Le 8^e jour les tampons d'iodoforme sont enlevés. Injections vaginales au sublimé deux fois par jour.

L'examen fait au 12^e jour montre que les fils de catgut ont disparu, mais qu'ils ont sectionné le pourtour de l'orifice cervical qui apparaît très bourgeonnant. La réunion par seconde intention marche lentement, mais il est très remarquable de voir que, même pendant le travail de cicatrisation, la malade ne souffre, ni ne perd.

Sortie le 10 octobre.

Cette malade revient au spéculum de temps en temps.

17 octobre. Au toucher col souple mais bosselé, au spéculum la cicatrisation n'est pas encore complète, orifice irrégulier : incisures dues au catgut, profondes et nombreuses. La malade est très satisfaite de son état. Elle déclare ne s'être jamais aussi bien portée que depuis qu'elle a été opérée.

14 novembre. Réglée le 23 octobre dernier sans douleurs. Pas de pertes blanches. Quelques très légères douleurs dont la malade ne songe même pas à se plaindre. Cicatrisation complète. Stries profondes sur le col. Orifice irrégulier. Cathétérisme très facile 6 centimètres.

2 décembre. Depuis l'opération plus de douleurs ni dans le ventre, ni dans les reins, ni dans le côté gauche, douleurs qui avant l'opération étaient fort vives. Plus de pertes, alors qu'avant l'opération elles étaient très abondantes. Règles survenues 3 fois depuis l'opération sans douleurs. Cicatrisation complète. Col restauré.

Cette malade a été revue de temps en temps, l'année dernière, par M. Lafourcade à l'hôpital Saint-Louis, et cette année (1892) à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Labbé. Elle va très bien n'a pas de dou-

leur, ni de leucorrhée. Le col est resté très irrégulier, mais il est perméable. Les règles sont normales, non douloureuses.

OBSERVATION XXIII. Inédite (personnelle). Recueillie dans le service de Monsieur RICHELOT. *Métrite chronique du col.* (Malade revue par Monsieur Richelot six semaines après l'opération.)

P... P... Femme S... 28 ans, entrée en janvier 1891, salle Richard Wallace, service de M. Richelot, à l'hôpital Tenon.

Aucune maladie antérieure. Trois grossesses, la première il y a 10 ans et la dernière il y a 5 ans. Accouchements à terme, réguliers. Pertes blanches depuis la dernière couche, peu abondantes. Douleurs au moment des règles. Il y a 3 semaines, la malade dut s'aliter pendant huit jours à cause des douleurs extrêmement vives qu'elle éprouvait dans le bas-ventre.

Examen. — Très gros col, déchirure à gauche, sécrétion glaireuse abondante, rien dans les culs-de-sac, utérus augmenté au volume.

Hystéromètre 8 cent.

23 janvier, curage après dilatations et Scharœder, suites normales.

Malade revue par Monsieur Richelot le 5 mars (six semaines après l'opération) va bien et bon résultat local de l'amputation.

2^{me} Groupe. — *Opération de Schrœder dans la métrite du corps prédominante.*

OBSERVATION I. Inédite. Recueillie dans le service de M. RICHELOT. — Opération par M. MALAPERT, interne. *Métrite hémorrhagique* (malade revue par nous un an après l'opération.)

M^{me} C..... Elisa, 23 ans, ménagère, entrée le 24 mai 1891. Salle Wallace, hôpital Tenon, service de M. Richelot.

Antécédents. — Réglée à 16 ans. La malade a eu 2 enfants; le dernier il y a 2 ans; début de son affection il y a 14 mois; leucorrhée, puis métrorrhagies et douleurs dans le bas-ventre; Le 12 mai 1891, une métrorrhagie est survenue et a duré 15 jours; c'est pour la guérir que la malade est venue à l'hôpital. En même temps que la métrorrhagie, vives douleurs dans l'hypogastre, avec irradiations dans les reins et les cuisses; coût douloureux, miction douloureuse.

Etat actuel. — La malade se plaint surtout de douleurs et de pesanteur dans le bas-ventre; il y a peu de leucorrhée. — Col de moyen volume, pas d'ectropion de la muqueuse, ni déchirure; ballonnement utérin

douloureux; empatement dans le cul-de-sac latéral gauche; hystéromètre donne 7 cent. de cavité; Diagnostic. Métrite hémorrhagique.

29 mai 91. — Curage après dilatation et Schröder par M. Malapert. interne; suites opératoires très bonnes; exeat au bout de 16 jours.

5 juin 1892. — Nous revoyons la malade au spéculum; elle nous dit avoir été très soulagée par l'opération; elle n'a que des douleurs insignifiantes qui n'empêchent pas le travail; règles régulières et moins abondantes; résultat local excellent.

OBSERVATION II. Inédite (personnelle). Recueillie dans le service de M. RICHELLOT — Opération par M. PESCHER, interne. *Métrite chronique du col. Allongement hypertrophique de la lèvre antérieure. Endométrite hémorrhagique avec hypertrophie utérine.* (Malade revue par nous 7 mois après l'opération).

M^{me} G.... 36 ans, marchande de vin, entre le 10 novembre 1891, salle Richard-Vallace, Hôpital Tenon, service de Monsieur le docteur Richelot.

Antécédents. — Jamais de maladie sauf celle pour laquelle elle entre à l'hôpital. Réglée à 14 ans. Très régulièrement et sans douleur. Cinq grossesses normales, à terme, accouchements toujours réguliers et faciles. Dernier accouchement il y a 2 ans 1/2. C'est à cette dernière grossesse que la malade fait remonter l'origine de son affection. Depuis cette époque, en effet, la malade a eu d'abord de la leucorrhée qui bientôt est devenue très abondante. Les règles sont venues irrégulièrement; plusieurs fois par mois. Pertes de caillots. En un mot, ménorrhagie à chaque époque menstruelle et métrorrhagies dans l'intervalle. La malade est affaiblie. Souffre au moindre travail. Douleurs dans le bas-ventre avec irradiation dans le haut des cuisses. Perte de l'appétit et du sommeil. Douleurs erratiques dans les membres.

Examen. L'exploration bimanuelle révèle une augmentation considérable du volume de l'utérus. Col déchiré à gauche et ectrophié de ce côté. La lèvre antérieure s'avance en forme d'éperon et a une longueur double de la lèvre postérieure. Sécrétion glaireuse abondante. Hyst. 8 cent. 1/2. Muqueuse interne saigne au moindre contact.

15 Novembre 1891. Curage, ut solet, après dilatation pendant 48 heures avec deux laminaires. Opération de Schröder dans la même séance. En même temps que nous pratiquons le Schröder, nous enlevons l'éperon constitué par la lèvre antérieure et la ramenons au niveau de l'autre. Suites opératoires très bonnes: ni douleurs ni fièvre. Exeat au bout de 18 jours.

5 Juin 1892. Nous revoyons la malade. Elle a pris un embonpoint presque excessif. Plus de leucorrhée. Plus de pertes, plus de douleurs. Très bon résultat local. Orifice à sa place et très perméable.

OBSERVATION III. Inédite. Due à l'obligeance de M. RICHELOT *Mérite hémorrhagique*. (Malade suivie depuis 18 mois.)

M^{me} A..... f^{me} Co..... 25 ans, ménagère, entrée le 16 octobre 1890, salle Richard Wallace, hôpital Tenon, service de Monsieur Richelot.

Antécédents Réglée à 16 ans 1/2 : régulièrement pas de leucorrhé, jamais de grossesse. mais depuis deux ans douleurs vives au moment des règles que ont augmenté de durée (une semaine au moins) ménorrhagies avec caillots. Douleurs à l'hypogastre. Sensations de pesanteur dans le ventre. Bref la malade ne peut pas vaquer à ses occupations et est anémiée par ses pertes.

Examen. Utérus augmenté de volume facile à sentir par la palpation bimanuelle. Le col n'est ni déchiré ni ectropié ; mais rouge, entrouvert en éteignoir. Hystéromètre 8 centimètres écoulement sanguin après. Rien dans les culs-de-sac.

Diagn. Mérite hémorrhagique.

Le 20 octobre 1890. Curage ut solet après dilatation aux laminaires et opération de Schröder. Le col qui est long est incisé jusqu'aux culs de-sac vaginaux. Suites opératoires habituelles, pas de douleurs, pas de fièvre. Malade sort de l'hôpital 3 semaines après l'opération.

8 juin 1892. La malade nous écrit pour donner de ses nouvelles. Elle nous dit qu'elle n'a plus de douleurs, que ses règles viennent régulièrement et ont été très diminuées de durée par l'opération dont elle se déclare satisfaite.

OBSERVATION IV. Inédite recueillie dans le service de M. RICHELOT.

Opération par M. MORESTIN interne. *Mérite hémorrhagique*. (Malade revue par nous 15 mois après l'opération.)

M^{me} F.... née W... 27 ans entre au mois de mars 1891, salle Richard Wallace, hôpital Tenon, service de M. Richelot

Antécédents. Réglée à 12 ans 1/2. Toujours régulièrement jusqu'à son dernier accouchement en 1887.

Quatre grossesses. Le premier accouchement à 19 ans.

Le dernier à 25 ans. Jamais de fausse couche.

Début. Depuis son dernier accouchement, la malade ressent des dou-

leurs dans les régions lombaire, hypogastrique et iliaque. Métorrhagies abondantes et revenant tous les 10 à 15 jours.

Diagn. Métrite hémorrhagique et métrite du col.

11 mars 1891. Curage après dilatation et Schræder par M. Morestin. Suites opératoires normales.

5 juin 1892. Nous revoyons la malade. Elle est méconnaissable et a été complètement par l'opération guérie de ses douleurs et de ses hémorrhagies. Avant d'entrer à l'hôpital et malgré les traitements suivis, elle était à bout de forces et elle fut obligée de prendre une voiture pour venir jusqu'à Tenon.

Actuellement : règles régulières, pas de douleurs, la malade qui est *repasseuse* peut travailler 14 heures par jour.

Résultat local de Schræder très bon ; col un peu dur, mais orifice perméable.

OBSEVATION V. Inédite, recueillie dans le service de M. RICHELOT.

Opération par M. PERRUCHET, interne. *Métrite hémorrhagique.* (Malade revue par nous 4 mois après l'opération).

Mme B..., E..., femme J..., 40 ans, entre le 12 février 1872, salle Richard Wallace, service de M. Richelot, à l'Hôpital Tenon.

Ant. héréditaires. — Père mort à 40 ans de tuberculose pulmonaire mère morte à 35 ans de variole.

Antécédents personnels. — Rhumatismes articulaires aigus à 19 ans, depuis, bonne santé.

Réglée à 15 ans ; règles régulières et très abondantes jusqu'il y a 4 ans. 1^{re} grossesse à 31 ans, accouchement assez laborieux, quelques accidents puerpéraux.

Début. — Il y a 4 ans, fausse couche de 3 mois. Depuis cette époque règles irrégulières survenant tantôt tous les 15 jours, tantôt tous les mois, toujours très abondantes ; en même temps douleurs dans le bas-ventre, plus violentes au moment des règles La malade alla consulter à Necker, où on lui conseilla des injections chaudes et des tampons iodoformés.

État actuel : État général bon, pas de troubles digestifs, pas de faciès utérin.

Examen. — Utérus volumineux. Annexes normales ; col gros présentant une petite érosion sur la lèvre antérieure. Écoulement glaireux par le col.

Au cathéter : 9 cent. Hémorrhagie après cathéter. Leucorrhée moins abondante que l'hiver dernier.

16 février. — *Curage et Schröder.*

Juin 1892. — Revue par nous. S'est trouvée très soulagée de son opération, règles régulières et très diminuées de durée. Résultat local de Schröder, *parfait*. Orifice externe du col large.

OBSERVATION VI CHANTELOUBE : *Th. de Paris. Méthode hémorragique et métrite du col*, (malade revue 4 mois après l'opération).

F.... Es... Femme B..., âgée de 31 ans, entre le 12 juillet 1888, à l'hôpital Tenon, service de M. Richelot, salle Richard Wallace, n° 6.

La malade perd en rouge presque continuellement et très abondamment ; elle souffre beaucoup, surtout de douleurs violentes dans la région lombaire, les douleurs existent constamment mais deviennent beaucoup plus fortes au moment des pertes.

Au toucher : Gros col largement ouvert : culs-de-sac libres.

Au spéculum : Ulcérations granuleuses très étendues des deux lèvres, à l'hystéromètre : cavité 7 cent. 1/2.

Diagnostic : *Métrite hémorragique et métrite du col.*

Indications : Curettage et Schröder.

20 juillet. L'opération est pratiquée après dilatation à la laminaire iodoformée, taite les jours précédents. Opération ordinaire et sutures au catgut.

Suites très simples : ni fièvre, ni douleurs, ni pertes de sang.

La malade sort le 11 août : la cicatrisation n'est pas complète mais en très bonne voie. Encore quelque peu de pertes et quelques très légères douleurs.

3 octobre. La malade revient à la consultation de gynécologie. Depuis l'opération l'amélioration en ce qui concerne les douleurs et l'écoulement a toujours progressé. Au spéculum : col régulier avec quelques très légères stries dues à la pression des fils. Orifice transversal, mais bien limité sur les côtés. Très léger point non cicatrisé sur la lèvre antérieure. Pas d'écoulement. Cathétérisme facile : 5 cent.

Le 31. Va toujours bien, plus de pertes. Petite ulcération persistant encore sur la lèvre antérieure au niveau de la ligne de cicatrisation cautérisation très légère à l'acide chromique.

7 novembre. Aujourd'hui la cicatrisation est parfaite. Toujours absence de pertes et de douleurs.

OBSERVATION VII. (Résumée). M^{me} VINAVERT. Th. Paris. *Endomé-
trite. Curettage et opération de Schræder.*

La nommée Léontine P....., âgée de 27 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Pascal, service de M. Pozzi, remplacé à cette époque par M. Picqué, le 18 décembre 1889.

Antécédents héréditaires. — Après la naissance, mère morte à 18 ans, de fièvre puerpérale.

Père inconnu.

Pas de frères, ni de sœurs.

Antécédents personnels. — La malade a eu à l'âge de 7 ans une chorée qui a duré 7-8 mois, une fièvre muqueuse à 12 ans.

Réglée à 15 ans, menstruation irrégulière. Mariée à 17 ans, elle a eu 3 enfants. La 1^{re} grossesse n'a pas été bonne; accouchement difficile avec présentation du siège; suites de couches bonnes, elle s'est levée au bout de 15 jours.

La seconde grossesse bonne; présentation normale de sommet, suites excellentes.

Troisième grossesse, il y a 4 ans, accouchement prématuré à 8 mois.

La maladie actuelle date de fort longtemps.

Etat actuel : règles très peu abondantes et douloureuses, pertes blanches continuelles, sensations douloureuses au bas-ventre avec irradiations dans les cuisses et dans les reins, douleurs s'exaspérant pendant la station debout et la marche.

Etat général : Troubles digestifs; manque d'appétit, constipation.

Anémie, nervosisme.

Au toucher, on constate : un col gros, entrouvert; culs-de-sac souples, utérus mobile, en appuyant sur le côté gauche, on réveille une sensation douloureuse; pas de tumeur.

Spéculum. — Col gros, entr'ouvert, violacé, muqueuse ectropiée avec ulcérations, on voit s'écouler par l'orifice interne un liquide blanc, visqueux, le col saigne facilement au moindre attouchement.

Diagn. Endométrie du corps accompagnée de métrite cervicale.

Indication. — Curettage et opération de Schræder, on commence par faire la dilatation préalable aux laminaires.

Le 21 décembre, elle est opérée par M. de Lostalot, interne du service; rien de particulier pendant l'opération qui est faite sous le chloroforme; les sutures sont faites avec des fils de catgut, on introduit dans le vagin des tampons de gaze iodoformée.

Les suites opératoires sont bonnes : pas d'élévation de température; pas de vomissements; au bout de quelques jours on enlève les tampons; on administre des injections vaginales au sublimé 2 fois par jour.

Au bout de 15 jours la malade se lève ; la cicatrisation est complète la réunion immédiate.

Le 10 janvier 1890. — Elle quitte l'hôpital beaucoup améliorée.

Revue par M. Picqué au mois d'avril 1890. — Le col est souple et perméable, les pertes blanches continuent, les règles ne sont pas douloureuses, mais la petite douleur du côté gauche persiste toujours.

3^e Groupe. — *Opération de Schræder dans la métrite avec propagation aux annexes.*

OBSERVATION I. Inédite. Due à l'obligeance de Monsieur RICHELLOT.
Métrite avec annexes. Malade refuse la castration, guérison par le curage et le Schræder (Malade suivie pendant deux ans et demi).

L. B... femme C... 26 ans, domestique, entrée le 27 janvier 1890.

Réglée à 18 ans. Irrégulièrement. Leucorrhée habituelle. Règles abondantes, durée 8 à 10 jours, précédées de douleurs. Deux grossesses et une fausse couche. Depuis sa fausse couche, souffre dans le ventre. Depuis le 2^{me} accouchement, qui remonte à 8 mois, les règles sont encore plus douloureuses et plus abondantes. Depuis deux mois, pertes presque continuelles. Malade frêle, anémique, un peu enrouée.

Examen gynécologique le 5 février 1890 : *Palper* : douleurs à gauche, à l'hypogastre par une palpation profonde ; *toucher* : les mouvements imprimés à l'utérus sont notablement douloureux. Les deux culs de sac sont sensibles. Le contact du col est lui-même très sensible. Utérus très mobile. Spéculum. Le col est gros. La muqueuse intra-cervicale fait une pseudo-ulcération sur la lèvre antérieure. Catarrhe muco-purulent. Hystéromètre flexible 7 cent. Cathétérisme facile. Direction horizontale, pas de déviation utérine. Introduction d'une laminaire assez grosse.

M. Richelot examine la malade et pose le diagnostic de métrite avec annexes. Castration proposée et refusée par la malade.

8 février 1890. Curage et Schræder après dilatation par les laminaires. Curage précédé de l'introduction dans la cavité utérine d'un tampon imprégné de glycérine créosotée. *Schræder* : incision de chaque côté de l'orifice externe du col assez profonde. Résection d'un lambeau de la lèvre supérieure qui se trouve ainsi taillée en biseau, aux dépens de sa face inférieure. Trois points de suture sont appliqués de façon à réunir la muqueuse vaginale du col avec la muqueuse intra-cervicale. Résection d'un lambeau semblable sur la lèvre inférieure du col et 3 sutures au catgut. Quelques catguts sur les vaisseaux. Trois points de suture sur

la partie latérale droite et 2 points latéraux à gauche. Crayon iodoformé dans la cavité utérine. Tampons iodoformés dans le vagin. Exeat le 27 février, *peu améliorée, toujours catarrhe et pertes sanguines*. Il faudra en venir à la salpingectomie.

12 mars 1890. La malade revient au spéculum un mercredi. Résultat de Schröder parfait ; orifice transversal, petit col, cathétérisme facile, CHOSE A NOTER (*influence du curage sur l'état des annexes* : elle va très bien et le dit : elle a, spontanément et à l'examen, très peu de sensibilité des annexes, seulement un peu de douleur à gauche.

Juin 1892 : La malade nous écrit pour donner de ses nouvelles ; elle ne peut se présenter le matin au spéculum à cause de son travail.

« Je me porte assez bien pour le moment et je suis contente d'avoir eu les bons soins de Monsieur Richelot. »

OBSERVATION II. (Inédite, résumée). *Large déchirure du périnée. Métrite du col. Salpingite bilatérale avec tuméfaction et douleur. Laparotomie refusée par la malade. Périnéorrhaphie, curage et Schröder. Guérison*, (due à l'obligeance de M. le Dr JOUIN, ancien interne des hôpitaux.)

Mme T... (de Saint-Calais) vient consulter au commencement de l'année 1892 pour des phénomènes de métrite avec douleurs, pesanteurs dans le bas-ventre, leucorrhée, etc.

A l'examen on trouve une *large déchirure du périnée*, un col allongé avec une légère déchirure du côté gauche et une muqueuse en léger ectropion. Dans les culs-de sac on trouve, au toucher, du côté droit, de l'empâtement avec douleur ; et du côté gauche une tuméfaction grosse comme une mandarine, douloureuse, empâtée, sans fluctuation évidente.

L'état de la malade ne s'étant pas amélioré par les premiers soins donnés, et les *douleurs restant extrêmement vives*, on propose d'intervenir par la *laparotomie*. La malade refuse et impose pour ainsi dire une intervention plus anodine ; après avoir dilaté le col avec des lamineuses, on pratique, le 5 mai 1892, dans la même séance, le *curage*, l'*opération de Schröder* et la *périnéorrhaphie*.

Au bout de huit jours, les douleurs ont cessé, au bout de trois semaines, on examine la malade et on ne trouve plus la tuméfaction du côté droit ; et, 5 semaines après l'intervention, il ne reste du côté gauche qu'un empâtement extrêmement léger. Le col est très bien reformé.

OBSERVATION III. (Résumé.) *Péri-métrite compliquée de déviation guérie sans ablation des annexes malades.* DOLÉRIS, in *nouvelles Archives d'obst. et de Gynécol.* fév. 92. (Malade revue trois ans et dix mois après l'opération.)

Mme Del..., 28 ans. Menstruée à 14 ans, mariée à 17 ans.

Péri-métrite grave après une troisième grossesse qui laisse à sa suite un prolapsus marqué, avec cystocèle, rectocèle, rupture du périnée et lacération du col.

27 avril 1888. Dilatation. *Curage. Amputation du col* et double opération plastique (élytro-périnéale)... Suites normales sauf une poussée de salpingite gauche.

Cure à Plombières dans l'été de 1888. Amélioration d'abord, puis guérison, sauf retour rare de quelques douleurs vagues dans l'abdomen, indice de quelques adhérences que le toucher ne décèle pas, mais qui doivent exister encore au niveau des organes pelviens.

Telle est mon appréciation en 1889.

En 1891, il ne reste aucun indice symptomatique. Aujourd'hui même, 10 janvier 1892, Mme D... est en parfaite santé. (Durée d'observation, trois ans et 10 mois)

OBSERVATION IV. (Résumée) DOLÉRIS in *Nouvelles arch. d'obst. et Gynécolol.* fév. 92. (Malade suivie pendant cinq ans).

V... 30 ans, artiste.

Diagn : Métrite hyperplasique du col, ectropion cicatriciel avec endométrite cervicale, sécrétion d'un mucus verdâtre, gluant, épais et abondant qui s'écoule par flots.

Hyst. 8 1/2. *Tumeur péri-utérine double*; salpingite massive à droite; ovaire gauche prolabé, très volumineux adhérent et pulsatile. Névralgies erratiques, dos, bras, genoux, vulve, filet cutané de la branche fessière du sciatique; léger prolapsus. Impossibilité d'exercer sa profession.

Malade a reçu les soins de nombreux médecins.

Opération le 10 décembre 1887: curettage et amputation haut du col, après dilatation totale progressive et répétée de l'utérus.

Suites opératoires normales. Malgré tout, la douleur pelvienne avec crises paroxystiques, principalement à gauche où la forme pulsative de l'ovarite était caractéristique, pas plus que les tumeurs tubaires, n'ont disparu qu'après quelques jours.

Des pansements à la glycérine créosotée ont activé la modification de tout le tissu morbide du col dont une petite partie avait été épargnée par le bistouri.

Au bout de 3 mois, M^{me} V. reprenait sa profession ; elle acceptait un engagement pour A... où elle a chanté durant la saison d'été, et elle a repris sa vie d'autrefois.

Elle est guérie de ses lésions et des symptômes pénibles correspondants, en particulier des troubles douloureux mensuels du côté des annexes.

Elle chantait l'année dernière sur une scène parisienne (près de 5 ans après son traitement) alors qu'elle avait été à la veille de renoncer à sa profession après plusieurs années de maladie et de traitements incessants.

OBSERVATION V (résumée) DOLERIS *Endométrite du col et du corps datant du mariage... Col conique... érosion cervicale... Inclusions folliculaires...* : De la thérapeutique conservatrice dans la salpingo-ovarite. In *Nouvelles Archives d'obst. et de Gynécolog.* fév. 92. (Malade suivie pendant quatre ans).

Mad. de M.... 22 ans.

Juin 1888 : Dilatation, curage, *ablation de la muqueuse cervicale* et suture à la soie « Opération plastique sur la vulve et le vagin. Suites opératoires simples.

Le prolapsus douloureux, l'inflammation et les adhérences des annexes ont disparu sous l'influence de la thérapeutique combinée et de la guérison des lésions inflammatoires du col et du vagin.

Janvier 1892. On ne sent plus par le toucher, ni les trompes, ni les vaires. Jamais de récurrence jusqu'à ce jour.

OBSERVATION VI. (Résumée) DOLERIS In, *Nouvelles Archives d'obst. et de Gynécolog.* Janvier 92 *Salpingite double. Ovaires prolapsés. Exsudats périmétritiques. Métrite du col anteflexion. (Dilatation prolongée de la cavité utérine, opération de Schröder. Guérison.*

M^{me} B... 27 ans, brodeuse.

25 décembre 1888. Chloroformation, opération de Schröder, suture à la soie.

25 décembre 1888. Cicatrisation presque complète du col. Lèvres bien réunies ; l'orifice cervical regarde à droite. L'anteflexion persiste. Rien dans les annexes.

(N B.) après de longues recherches j'ai retrouvé l'adresse actuelle de cette malade (5 rue de Châteaubriand).

Elle jouit d'une bonne santé depuis son opération.

Elle est allée récemment faire une saison au bord de la mer. Avant comme après, son état n'a pas cessé d'être excellent.

OBSERVATION VII. ~~Mé~~trite (personnelle.) Recueillie dans le service de Monsieur RICHELOT. *Mérite infectieuse avec propagation aux annexes.* (malade suivie pendant un an).

Mlle M... H... 23 ans, infirmière, entre salle Wallace, Hôpital Tenon, service de M. Richelot, le 14 mai 1891.

Antécédents. Réglée à 13 ans. grossesse normale à 21 ans. Souffre dans le ventre depuis 3 mois, pesanteur à l'hypogastre avec irradiations dans les lombes et les reins. Leucorrhée depuis un mois. La malade a de la fièvre tous les soirs depuis trois semaines. 39° et 40°

Examen. Col petit, non déchiré, ni ectropié, utérus volume normal. Ballotement très douloureux.

Empatement dans les 2 culs-de-sac. Diagnostic: Mérite infectieuse avec propagation aux annexes.

8 Juin 1891. Curage après dilation et Schröder. Suites opérations excellentes. La fièvre tombe. La malade sort au 18^e jour.

Juin 1892. Nous voyons une parente de cette malade qui nous dit qu'elle a été complètement guérie par l'opération. Elle s'est mariée au mois de mai dernier.

OBSERVATION VIII. LE DENTU : *Du traitement des affections inflammatoires des annexes.* (*Nouvelles Archives d'obstétrique et de Gynécol.* mars 1892).

« L'amputation du col répond à des indications spéciales : mérite parenchymateuse et allongement de l'utérus et surtout mérite cervicale...

« *Je l'ai vue faire cesser des douleurs localisés évidemment dans les annexes...*

« *Dans un cas très récent où l'amputation fut combinée avec la dilatation extemporaine et le curage, l'une des deux trompes, reconnaissable par son volume, avant l'opération, ne peut plus être sentie distinctement.*

4^{me} Groupe. *Opération de Schœder envisagée au point de vue des conséquences relatives à la conception, la marche de la grossesse et l'accouchement.*

OBSERVATION I. (inédite) Très obligeamment communiquée par notre maître, M. CHAMPTIER DE RIBES, accoucheur de l'Hôpital Tenon. *Amputation du col en août 1888. — Grossesse 5 mois après — accouchement prématuré à 7 mois 1/2. Grandes difficultés de dilatation du col. Dilatateur Tarnier. Enfant vivant. Nouvelle grossesse et avortement accidentel à deux mois.*

S... femme C... 33 ans, entrée le 22 juillet 1889, à la Maternité Baudelocque, hôpital Tenon, service de M. le docteur Champetier de Ribes.

Bons antécédents héréditaires : mère a eu 13 enfants,

Aut. pers : très arthritique, migraines, rhumatismes ; premières règles à 16 ans. Très irrégulièrement réglée. Sept grossesses à terme avec présentation du sommet et accouchement normal ; une fausse couche de 4 mois. Amputation anaplastique du col en août 1888 pour une métrite chronique ; la malade resta longtemps à l'hôpital ; beaucoup de douleurs ; suppressions des règles. Exeat le 25 décembre 1888 : devient enceinte immédiatement après soit 4 mois après l'amputation du col. Cette grossesse a occasionné de la céphalée, des vomissements et des douleurs abdominales.

20 juillet, 6 heures soir, perd les eaux ; 21 juillet, 2 heures du matin premières douleurs ; Entrée à l'hôpital le 22 juillet à 9 heures du matin.

Etat actuel : présentation du sommet en O. I. G. A.

Au toucher, on arrive sur un col effacé, aplati, bombant sous une extrémité céphalique bien engagée ; l'orifice qui laisse pénétrer la pointe du doigt, forme un anneau rigide, non dilatable, plus épais en arrière et plus bridé, inextensible ; douleurs violentes toutes les 5 à 10 minutes. Monsieur Champetier pratique le toucher à ce moment et, après quelques minutes d'efforts, parvient à introduire dans le col, la 3^{me} phalange de deux doigts. Malgré les douleurs plus intenses provoquées par cette manœuvre, à trois heures même dilatation. M. Arnould, interne, procède à la dilatation en introduisant 2 et 3 doigts comme l'avait fait Monsieur Champetier. Continue la manœuvre pendant un quart d'heure : la dilatation devient à peine comme 1 fr. Douleurs toujours très fortes.

10 heures du soir. Monsieur Champetier voit la parturiente et cons-

tate une dilatation comme une pièce de 5 fr. Elle s'est effectuée depuis 8 heures. Injection boriquée toutes les deux heures.

Fortes douleurs toute la nuit.

23 juillet 7 h. 1/2 du matin, même dilatation (5 fr.) et rigidité semblable du col. M. Arnould place le *dilatateur Tarnier*. Les trois branches sont facilement articulées. En quelques minutes on sent la dilatation se faire.

9 h. matin. Dilatation complète et accouchement rapide. Délivrance naturelle une heure 1/4 après. Placenta et membranes entières. Enfant vivant de 7 mois 1/2 bien conformé ; poids 2140 gr. Suites de couches normales, sans fièvre.

Cette femme redevenue enceinte au mois d'avril 1890, rentre le 26 juin à la Maternité de Tenon où elle fait une fausse couche, occasionnée par une chute. Le col est resté rigide, mais l'œuf étant peu volumineux (grossesse de deux mois) passe facilement. Elle a pu élever son enfant venu l'année dernière à 7 mois 1/2. Il est actuellement bien portant.

Cette très intéressante observation montre que, malgré la rigidité exceptionnelle du col, on a eu un enfant vivant qui a pu être élevé. Dans un autre cas d'*atresie* de l'orifice interne consécutive au traitement par le *bâton de chlorure de zinc* et qui a été observé dans la même maternité Baudelocque, l'enfant succomba et l'accouchement ne fut possible qu'après la dilatation par le ballon de Monsieur Champetier de Ribes.

OBSERVATION II. Inédite (Personnelle recueillie dans le service de Monsieur RICHELLOT.) *Métrite chronique du col et endométrite hméorrhagique. Curage et opération de Schræder, grossesse huit mois après l'opération.* (Malade revue par nous un an après l'opération).

M^{me} H... 26 ans, chapelière.

Réglée à 16 ans 1/2. Régulièrement. Perdait beaucoup chaque fois Pas de douleurs.

1^{re} grossesse à 18 ans. Accouchement normal, à terme, fille morte à 17 jours ?

2^o Grossesse un an après. Accouchement normal à terme, garçon mort du croup à 13 mois.

3^o grossesse, f. couche de 3 mois 1/2.

5^o grossesse f. couche de 3 mois.

En somme il y a eu 9 grossesses dont deux fausses couches. La malade n'a gardé qu'un enfant qui a 28 mois et se porte bien.

Depuis sa dernière grossesse, douleurs vives au moment des règles

dans l'hypogastre et dans les reins. Les règles durent 8 à 10 jours. Leucorrhée abondante. Malade affaiblie.

A l'examen : Col gros, déchiré à gauche, muqueuse ectropiée, curage et opération de Schröder le 25 mai 1891 par *M. Malapert*, interne du service, suites opératoires ordinaires.

30 mai 1892. La malade, *enceinte* de trois mois a des *métrorragies* pour lesquelles elle est allée à la maternité de Tenon consulter *M. Champetier de Ribes* qui nous envoie la malade pour l'examiner au point de vue du résultat de l'opération de Schröder.

Monsieur Richelot constate que le col est bien cicatrisé. Sans ulcérations. Il a été déformé par l'opération, reste dur. L'hystéromètre flexible, introduit dans l'orifice externe du col et, avec ménagement, en raison de l'état de grossesse, permet de constater la perméabilité complète.

OBSERVATION III. DUCASSE : Thèse Paris 1889. Observ. obligeamment communiquée par *M. Picqué*. *Endométrite. Prolapsus utérin Colporrhaphie postérieure. Amputation du col. Curettage. Grossesse et accouchement. Nouvelle grossesse.*

M^{me} Lev..... 32 ans, journalière entre dans mon service à l'hôpital Laennéc en septembre 1888, salle Chassaignac.

Antécédents. Bonne santé antérieure; menstruation régulière. Mariée en 1875; 4 grossesses et 3 fausses couches (2 et 6 semaines et une de 7 mois, dont deux dans l'année 1887).

Pour la première fois en 1876, c'est-à-dire un an après son mariage, et six semaines après son premier accouchement, la malade a commencé à souffrir, et les souffrances, caractérisées par des douleurs abdominales et lombaires, s'accrurent après chaque grossesse jusque dans ces derniers temps. Lorsque la malade entra à l'hôpital, elle ne pouvait plus marcher. Douleurs vives dans les reins et l'hypogastre.

Depuis plusieurs années, les règles sont devenues irrégulières. Elle perd environ deux fois par mois et la métrorragie dure environ huit jours.

Etat actuel : Col volumineux et ulcéré; utérus gros et douloureux à la pression. Rien dans les annexes. Rectocèle combinée à l'abaissement de l'utérus.

Le 15 octobre 1887. Je lui pratiquai un curettage de l'utérus, associé à une *amputation du col par le procédé de Schröder*. Le 15 novembre, je complète mon intervention par une colpopérinéorrhaphie (procédé de Martin). Aujourd'hui je pratique ces diverses interventions dans une même séance.

La malade a quitté l'hôpital le 4 décembre n'ayant plus ni pertes ni douleurs.

Dès sa sortie, elle *devint enceinte* vers le mois de février et *accoucha* le 4 novembre 1888. Couche excellente. C'est au dire de la malade la meilleure qu'elle ait eu.

La malade ayant nourri son enfant n'a pas eu de nouvelles époques.

Elle est actuellement enceinte de 8 mois, 2 juillet 1889. La grossesse ne présente rien de particulier.

Dans une lettre que la malade m'écrit, elle m'annonce que la guérison est restée complète, que les douleurs ont complètement disparu et qu'elle peut travailler seize heures par jour sans éprouver de fatigue.

OBSERVATION IV. DUCASSE : Thèse de Paris 1889. Observ. due à l'obligeance de M. le Dr PICQUÉ chirurgien des Hôpitaux. *Métrite du col. Opération de Schræder. Guérison. Grossesse et accouchement.*

M^{me} Esp... Félicie, 22 ans, concierge, entre dans le service de M. le Dr Picqué, hôpital Laennéc, salle Chassaignac, le 30 septembre 1877.

Elle se plaint, depuis son accouchement, et principalement depuis six semaines de pertes leucorrhéiques abondantes, et de douleurs lombaires s'accroissant à l'époque de ses règles qui sont irrégulières. L'examen permet de porter le diagnostic de métrite du col; après quelques jours de traitement préparatoire antiseptique, l'opération de Schræder fut pratiquée le 18 octobre 1887. Les suites furent bonnes; la malade sortit de l'hôpital 10 jours après. Depuis elle est *devenue enceinte et a accouché* le 21 décembre d'un enfant vivant. Le docteur Laurand qui l'assistait a écrit au docteur Picqué que *l'accouchement avait été normal et facile.*

La parturiente elle-même a constaté que sa délivrance avait été plus rapide et moins douloureuse qu'à son premier accouchement.

Les suites de couches furent excellentes; les symptômes de métrite n'ont point reparu.

OBSERVATION V. Très obligeamment communiqué par notre maître Monsieur CHAMPETIER de RIBES. *Métrite chronique du col. Opération de Schræder. Grossesse quelque temps après, accouchement à 8 mois.*

M^{me} R... demeurant rue Férou.

Métrite chronique invétérée du col.

L'opération de Schræder est pratiquée devant M. Champetier de Ribes.

Quelques mois après, la malade devient enceinte. Grossesse normale. Mais *accouchement prématuré* à huit mois le 19 décembre 1891.

Monsieur Champetier de Ribes qui l'assistait nous a dit que le travail avait été facile et l'accouchement très rapide. L'enfant pesait 2500 gr.

OBSERVATION VI. DUCASSE : Thèse Paris, 1889, Communiquée par le professeur PAUCHER, chirurgien en chef de la maternité de Genève.

Hans Marie, née en 1849, réglée à 11 ans et demi; mariée à l'âge de 22 ans, a eu 9 enfants, une fausse couche. Trois accouchements terminés par le forceps.

Couches bonnes, sauf l'avant dernière, depuis laquelle elle se plaint de maux de reins, de ventre, de constipation et de fatigue.

Entre à la maternité le 10 mai 1881 : rétroflexion de l'utérus que l'on soutient à l'aide d'un pessaire. La malade reste en bonne santé pendant deux ans. Malade en décembre 1883, elle vient à la consultation accusant de la lassitude dans les membres; douleurs lombaires, perte d'appétit digestion difficile; pertes fétides et abondantes, jaunâtres; mais pas d'hémorragies.

Le 27 janvier 1884, on constate que le col est long, hypertrophié, en forme de champignon. Au toucher, il offre des résistances irrégulières, les unes molles, les autres dures. Au spéculum, on ne voit point d'ulcération; les culs-de-sac vaginaux sont libres et non infiltrés.

Une petite partie du col est coupée : envoyée à l'examen microscopique de M. le professeur Zahn qui constate un épithélioma.

Le 4 février 1884, je me décide à faire l'*amputation conique du col, d'après la méthode de Schræder* en ayant soin d'enlever une forte portion du corps de l'utérus.

L'amputation faite, il s'échappe de la cavité utérine des fragments que je reconnais pour être des débris de placenta. J'en fais l'extraction à l'aide de la curette de Récamier; injection au sublimé;

Il n'y a pas d'odeur, le placenta n'est pas putréfié. Dans la nuit, hémorragie assez abondante; injection d'eau chaude, tamponnement avec la gaze iodoformée. La malade nous apprend le lendemain qu'elle avait fait une fausse couche de trois mois environ, il y a de cela 8 mois et qu'elle avait cru que tout était expulsé.

Les suites de l'opération furent bonnes; la malade sortit guérie le 15 mars 1884.

Le 20 octobre 1884, elle entre à la clinique chirurgicale de M. le professeur Julliard, pour une arthrite fongueuse du genou gauche qui fut améliorée.

Mais le 11 mars 1886, on fit l'amputation de la cuisse, durant la grossesse, la malade sortit le 11 mai.

Le 21 mai 1886, elle *accouché* à la maternité d'un garçon.

Les contractions utérines furent normales, sans être très fortes.

La *dilatation était lente, mais régulière*. Au moment de l'expulsion survint une hémorrhagie qui força à terminer l'accouchement par une application de forceps à la vulve. Enfant petit, bien portant. On constata une déchirure du col à gauche, peu étendue; injections d'eau chaude et sublimé. La malade eut des suites de couches régulières et sortit le 3 juin; la déchirure du col était bien cicatrisée. Le 4 juin 1887, elle mourut de phthisie pulmonaire dans le service du professeur Révilliod. A l'autopsie, on trouva l'utérus et ses annexes sains.

VII

LE DENTU: *Du traitement des affections inflammatoires de l'utérus (nouvelles Archives d'obstetrique et de gynécologie, mars 1892.*

Après l'amputation du col....

« Dans un cas où la dilatation avait été extemporanée, l'opérée *devint nceinte* par la suite, et *accoucha à huit mois et demi* d'un enfant viable. »

VIII

Obligéamment communiquée par notre maître M. le Dr Bar, accoucheur à l'hôpital St-Louis.

D... métrite chronique du col, avec catarrhe glaireux, exagération de conicité. Stérilité.

Opération de Schroeder. Grossesse quelques mois après. Gestation normale jusqu'à huit mois. A cette époque, déhiscence du col, et accouchement prématuré très facile et rapide, enfant vivant.

CONCLUSIONS

I. — L'opération de Schröder a réalisé un progrès dans le traitement des métrites chroniques invétérées du col.

II. — Elle est applicable dans les cas rebelles où les autres moyens plus conservateurs, qui toujours ont dû être essayés auparavant, ont échoué.

III. — Par les phénomènes d'involution qu'elle provoque, elle est applicable aussi et donne de bons résultats dans les métrites chroniques du corps avec hypertrophie de l'utérus, et dans certaines métrites hémorrhagiques rebelles au curage.

IV. — Dans la métrite avec propagation annexielle et péri-utérine, en raison de ces mêmes phénomènes d'involution, elle doit toujours être essayée en tant qu'opération conservatrice, de préférence à l'ablation des annexes, à laquelle le chirurgien ne doit se résoudre, chez les femmes jeunes, qu'après avoir épuisé tous les autres moyens de traitement.

V. — L'appareil instrumental, dans l'opération de Schröder, doit être simplifié. L'irrigation continue pendant l'opération n'est pas nécessaire.

VI. — Le curage complet de l'utérus après dilatation aux lamineuses aseptiques, doit toujours précéder l'amputation anaplastique et être pratiqué dans la même séance.

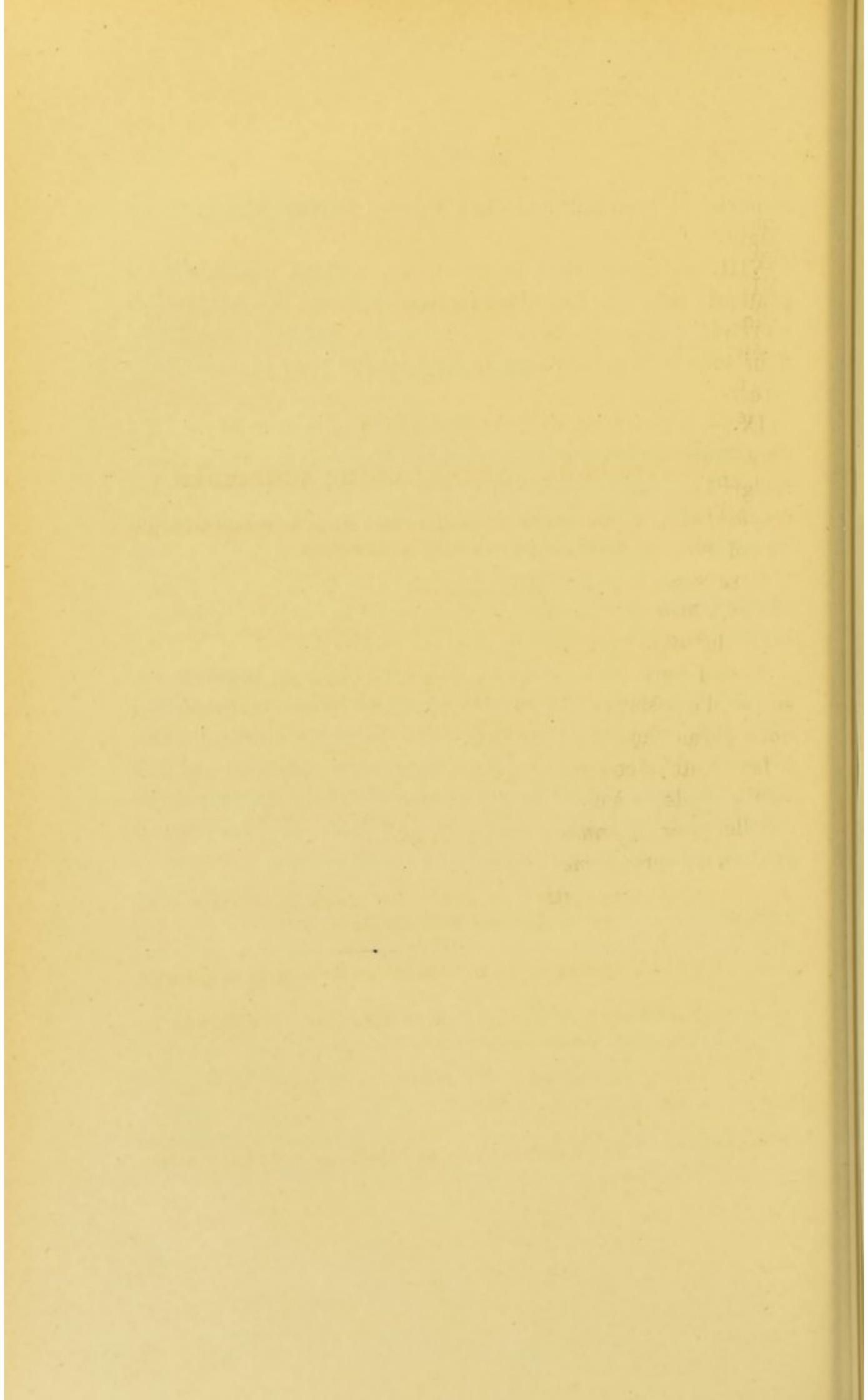
VII. — Il est nécessaire d'emporter en même temps que la muqueuse, une bonne épaisseur de tissu sous-jacent, afin de ne garder qu'un *lambeau flottant* qui, seul, peut être facilement

retourné et bien affronté. Les sutures doivent être faites au catgut.

VIII. — L'amputation de Schrœder, surtout quand elle est pratiquée avec une technique imparfaite, donne lieu quelquefois au rétrécissement du canal cervical et des orifices du col. Il faut dans tous les cas surveiller la cicatrisation pour prévenir cette atrésie.

IX. — L'opération de Schrœder guérit la métrite et est efficace dans tous les cas énumérés à nos chapitres des Indications. Malgré l'involution qu'elle provoque elle *n'empêche pas la conception*; elle la favorise même dans certains cas de déformation du col avec exagération de conicité et catarrhe chronique. Elle n'entrave pas habituellement la marche de la grossesse. Néanmoins, on ne saurait nier qu'elle favorise la déhiscence *prématurée* du col et l'accouchement avant terme.

X. — Les cas où la dilatation du col, au terme de la grossesse, se fait d'une façon absolument régulière après le Schrœder, nous paraissent constituer l'exception. Dans la majorité des cas, il faut s'attendre à des obstacles. Aussi cette opération qui doit être considérée comme le *traitement de choix* de la métrite rebelle, *chez les femmes âgées*, ne doit venir, *chez les femmes jeunes*, qu'après les autres moyens conservateurs.



SOMMAIRE

Avant-propos.

PREMIÈRE PARTIE

INDICATIONS DE L'OPÉRATION DE SCHRÆDER

CHAPITRE I : L'opération de Schræder dans la métrite seule sans propagation aux annexes.

A. — MÉTRITE DU COL PRÉDOMINANTE.

- a). *cervicite chronique invétérée avec dégénérescence scléro-kystique déchirure et ectropion.*
- b). *id. sans ectropion — (col d'Emmet).*
- c). *id. sans déchirures ni ectropion (col gros)*
- d). *id. Endométrite obstinée (col petit).*

B. — MÉTRITE DU CORPS PRÉDOMINANTE.

- a). *Métrites chroniques avec hypertrophie de l'utérus*
- b). *Métrites hémorragiques invétérées.*

CHAPITRE II : L'opération de Schræder dans la métrite avec propagations aux annexes.

CHAPITRE III : L'opération de Schræder en dehors de la métrite

A. — COMPARAISON DE L'OPÉRATION DE SCHRÆDER AUX AUTRES MODES D'AMPUTATION DU COL.

B. — INDICATIONS DIVERSES DU SCHRÆDER EN DEHORS DE LA MÉTRITE.

CHAPITRE IV : Contre-indications de l'opération de Schræder.

DEUXIÈME PARTIE.

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION DE SCHRÖEDER.

CHAPITRE I : Soins préliminaires.

CHAPITRE II : Opération.

- a). 1^{er} TEMPS *Incision bilatérale des commissures du col.*
- b). 2^o TEMPS *Ablation d'un segment cunéiforme.*
- c). 3^o TEMPS *Réfection de la lèvre par la suture.*
- d). 4^o TEMPS *Suture des dissections latérales.*

CHAPITRE III : Soins post opératoires.

- a). *Pansements.*
- b). *Surveillance de la cicatrisation en vue de prévenir l'atrésie.*

CHAPITRE IV : Petites difficultés de l'opération de Schröder.

TROISIÈME PARTIE.

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES ET OBSERVATIONS.

- 1^{er} GROUPE : Opération de Schröder dans la métrite du col prédominante.
- 2^o GROUPE : Opération de Schröder dans la métrite du corps prédominante.
- 3^o GROUPE : Opération de Schröder dans la métrite avec propagation aux annexes.
- 4^o GROUPE : Opération de Schröder envisagée au point de vue de ses conséquences relatives à la conception, la marche de la grossesse et l'accouchement.

Conclusions.



