

avait encore à cette époque un écoulement purulent qui cessa une semaine après (1).

OBSERVATION III. — (Caffe) (2). — « Le 4 décembre 1833, à six heures du matin, je fus appelé chez madame Mouray, sage-femme, rue Vieille-du-Temple, n. 110, pour aider de mes conseils une dame arrivée la veille au matin et parvenue au terme de sa gestation. Cette dame, âgée de trente-neuf ans et huit mois, de bonne constitution, n'avait jamais eu que de passagères indispositions, trois accouchements naturels, faciles, le dernier il y a environ huit ans. Sa grossesse actuelle, m'assura-t-elle d'abord, n'avait donné lieu à aucun accident et n'avait dérangé en rien sa santé ordinaire. Les douleurs pour accoucher persistaient depuis environ trente heures. La sage-femme, madame Mouray, avait, dès le commencement et à plusieurs reprises, porté le doigt au sommet du vagin. Elle ne put jamais reconnaître la présence du col ni son orifice. Dans l'après-midi, elle fait prendre un bain à la malade, qui en éprouve un soulagement passager. Mais les douleurs recommencent bientôt avec plus d'intensité et sont accompagnées de contractions utérines très manifestes lorsqu'on place la main sur les parois abdominales. Le vagin reste sec, point d'écoulement de sérosité. Madame Mouray, voyant bien qu'elle avait affaire à un cas anormal, jugea prudente l'intervention d'un médecin, qui dut hésiter pour reconnaître l'oblitération complète du col, croyant sans doute qu'il avait affaire à une déviation de cet organe. Il existait une médiocre antéversion du col de la matrice. Le médecin proposa, comme moyen conditionnel, l'emploi d'un pessaire, voulant néanmoins en retarder l'introduction jusqu'au jour. Sa visite eut lieu sur les trois heures du matin. Je fus prévenu dans cet intervalle, et sur les six heures je pus voir la malade. Instruit des commémoratifs déjà mentionnés, je procédai immédiatement au toucher, soit en faisant conserver la position horizontale, soit en faisant tenir la malade debout ou sur les genoux. Dans toutes ces positions et apportant l'attention la plus scrupuleuse, je reconnus l'état suivant : Le vagin présente 3 pouces dans son diamètre vulvo-utérin; sa paroi supérieure, qui est fortement tuméfiée produit une espèce de bourrelet remplissant une partie de la capacité du vagin, reste rouge et sans mucosités. Le sommet du vagin se termine brusquement; il peut se comparer à un cylindre fermé, sans saillie aucune dans son intérieur et sans aucune trace du col utérin. Près de la paroi recto-vaginale, presque sur le raphé médian, on touche un pli d'une ligne de dimension, donnant la sensation d'une petite corde tendue; sur les côtés de ce repli et ailleurs, on ne peut distinguer le moindre orifice utérin, soit avec le doigt, soit en guidant sur ce dernier un petit stylet boutonné. Pendant les contractions violentes, la pulpe du doigt éprouve un mouvement communiqué, mais sans que l'utérus vienne communiquer au sommet du vagin.

« Cet examen des parties achevé, force me fut de connaître un fait tout à fait nouveau pour moi et dont je n'avais pas même rencontré d'analogue. Je jugeai l'opération césarienne vaginale indispensable; mais ne voulant rien précipiter, je fis part à la malade de la gravité de sa position et de sa rareté.

(1) Wright, *Montreal med. Gazette et London med. Gaz.*, 1846, p. 688.

(2) *Journal hebdomadaire des progrès des sciences et institutions médicales*, 6<sup>e</sup> année, t. I, mars 1834, et Chailly, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 6<sup>e</sup> édition, Paris, 1878.

Je demandai que l'on m'adjoignît les conseils de professeurs d'accouchement. Sur les huit heures, Jules Hatin fut prié de venir; comme moi, il reconnut et apprécia les circonstances que j'ai énoncées. L'opération fut décidée pour quatre heures de relevée. A l'heure convenue, nous revîmes la malade. Les contractions utérines n'acquiesçaient pas une violence trop alarmante. Hatin me fit observer que l'état de cette femme permettait de temporiser encore, et que l'intérêt de la science, à laquelle ce cas se rattachait, exigeait que nous en rendissions témoins plusieurs hommes compétents, notamment Velpeau, qui, comme on l'a vu précédemment, niait la possibilité du fait.

« En conséquence, renvoyant à une heure plus éloignée l'opération déterminée, et recommandant à madame Mouray, sage-femme instruite, une surveillance active auprès de la malade, pour modérer ses douleurs, ou pour éviter tout mouvement inopportun, je pus bientôt ramener Velpeau, Lenoir, Larcher. Tous constatèrent mon diagnostic et confirmèrent la nécessité de l'opération, que je pratiquai à onze heures moins un quart, en présence de Hatin, de Roussel, prosecteurs de ses cours, et de Pertusion, médecin italien. L'emploi du spéculum était impossible, et tout à fait inutile, par la saillie du bourrelet muqueux du vagin qui ne pouvait être refoulé, et d'autre part, vu l'extrême étroitesse de ce conduit. La femme, placée sur le bord de son lit, comme pour l'opération de la taille, les cuisses et le bassin maintenus par des aides, j'introduisis sur l'index de la main gauche et à plat, un bistouri droit à lame étroite, recouverte d'une bande de toile jusqu'à six lignes de sa pointe, protégée par une boulette de cire. Arrivé au sommet du vagin, avec la main droite je relevai le bistouri, le dos regardant la pulpe du doigt conducteur, et divisai couche par couche la paroi antérieure de la matrice, en dirigeant l'incision du rectum vers la vessie, ayant soin de la circoncrire à 3 lignes environ d'étendue en hauteur. Les contractions de l'utérus aidaient à la division. Après une section d'environ 3 lignes de profondeur, je reconnus que j'avais divisé toute l'épaisseur de la paroi, et que j'étais arrivé dans la cavité utérine. En effet, aussitôt s'écoulèrent près de 4 onces d'un liquide demi-consistant, de couleur lie de vin et tout à fait inodore. La tête de l'enfant se présente à l'ouverture dans la seconde position (occipito-cotyloïdienne droite). Chacun des spectateurs s'assure par le toucher du résultat de l'incision. Pour éviter et prévenir toute déchirure, je porte de nouveau un bistouri boutonné et encore garni de linge jusque près de son extrémité. Je pratique de dedans en dehors deux incisions latérales, l'une à droite, l'autre à gauche, dans l'étendue de quelques lignes seulement. La forme cruciale de ces incisions fut effacée à l'instant par une contraction utérine, qui rendit ovale et élargit de beaucoup l'ouverture, sans cependant donner lieu à l'une de ces déchirures regardées comme si graves par quelques auteurs et qui seraient l'écueil de cette opération. Guidé par des connaissances anatomiques capables de me rassurer, je n'hésitai pas à pratiquer une opération indispensable, malgré les craintes sérieuses que Velpeau avait manifestées sur ses résultats. De plus, en adoptant le principe du débridement multiple, proposé par Vidal (de Cassis) pour l'opération de la hernie et de la taille, j'étais sûr d'obtenir une dilatation considérable, sans dépasser les bornes au delà desquelles l'opération devenait très dangereuse.

« La femme n'accuse aucune douleur pendant l'opération; elle dit seulement

éprouver la sensation et entendre le bruit d'une feuille de parchemin que l'on diviserait. Il n'y a pas la plus légère hémorrhagie. La malade est réplacée convenablement. Les douleurs de la parturition se succèdent régulièrement. Une heure après, la sage-femme reçoit, en ma présence, un enfant vivant du sexe féminin, et pesant sept livres. La délivrance ne se fait pas attendre.

« Je touchai alors la malade ; l'utérus, revenu sur lui-même, avait singulièrement restreint l'étendue de l'ouverture. Je jugeai inutile de placer entre les lèvres de la section une sonde de gomme élastique, une mèche ou tout autre corps. Les lochies devaient empêcher l'adhérence. Les suites de couches furent des plus heureuses, aucun accident ne vint les traverser : madame X... se leva le sixième jour, et le neuvième elle quitta la sage-femme pour rentrer dans son domicile.

« Depuis lors, jusqu'à ce jour, madame X... s'est présentée souvent à moi. Une ouverture d'un petit calibre et irrégulière se conservait au niveau du point de la matrice qui a supporté l'opération. On n'y distinguait aucune saillie, aucune trace du col. Dès que l'écoulement des lochies eut cessé, j'eus la précaution d'introduire à plusieurs reprises et de maintenir pendant quelques heures, dans l'ouverture utérine, une bougie de gomme élastique, afin d'empêcher l'adhérence des bords de l'ouverture.

« Environ vers la sixième semaine après ses couches, madame X..., au sortir du bain, a vu suinter le fluide menstruel. Cet écoulement a été très peu marqué. On doit se rappeler que le sujet est âgé de près de quarante ans, qu'il est doué d'un tempérament sec et très sanguin ; qu'en outre, avant cette dernière grossesse, à chaque époque, ses règles diminuaient de plus en plus de durée et de qualité. Plus tard, la seconde époque menstruelle eut lieu, plus abondante que la première et sans aucune douleur.

« La rareté de cette oblitération de matrice avec disparition du col dut m'engager à en rechercher la cause. Je la soupçonnais due à des accidents inflammatoires ; mais ce ne fut pas sans peine et sans interrogations répétées avec instance pendant plusieurs jours, que je pus parvenir à confirmer ma prévision. L'opérée avait, pendant les premiers mois de sa grossesse, pratiqué des injections dans le vagin et jusque dans l'intérieur de la matrice, au moyen d'une sonde de gomme élastique qu'elle introduisait elle-même, en se servant d'une solution de cendres de foyer. Elle avait ressenti de très vives douleurs, intolérables chaque fois qu'elle recommençait cette manœuvre ; elle aperçut aussi de la suppuration et la chute de quelques pellicules. »

OBSERVATION IV (Waller). — La malade avait eu, trois ans et demi auparavant, une fièvre puerpérale, suivie d'un écoulement purulent pendant plusieurs mois, lequel se reproduisit à des intervalles plus ou moins éloignés. Le col s'était gangrené, et le mari de la patiente (un médecin) s'aperçut plus tard que l'orifice était oblitéré par une membrane indurée. La malade avait dépassé de trois semaines le terme de sa grossesse et ne sentait plus remuer l'enfant depuis quelque temps. Il y avait eu quelques douleurs pendant quelques jours, mais celles-ci n'augmentaient pas. Un jour plus tard, Blundell découvrit une petite dépression à côté de l'ancien orifice. Aussitôt après, la patiente eut des douleurs expultrices. A minuit, elle avait perdu une petite

quantité de liquide ; mais on ne pouvait constater aucun orifice. Le poulx était très fréquent, et il s'était manifesté une forte transpiration.

La malade fut abandonnée et revue seulement à dix heures du matin : on la trouva très abattue. Après midi, l'orifice était entr'ouvert, mais les bords en étaient frangés, et il en pendait un lambeau de membrane granuleuse et dure. La prostration augmentait. L'accoucheur introduisit la main dans l'utérus et termina l'accouchement par la version. Une hémorrhagie légère suivit la délivrance, et la femme mourut une demi-heure après. L'enfant paraissait avoir succombé depuis plusieurs jours (1).

OBSERVATIONS V et VI (Nægelé). — Dans les deux, l'orifice était excessivement petit, et l'occlusion était causée par une membrane celluleuse qui le remplissait. Le segment inférieur de l'utérus était tendu et dur, de sorte que, dans un cas, il ressemblait à une poche d'eau. Le sujet d'une de ces observations était grasse et pléthorique, et, bien qu'elle eût été saignée quatre fois, à chaque douleur le sang s'échappait du nez et de la bouche : La seconde femme avait été en travail pendant deux jours et deux nuits. Dans les deux cas, la membrane fut traversée par une sonde de femme. Il n'y avait pas trace de déchirure. Les femmes accouchèrent spontanément, et les enfants naquirent vivants (2).

OBSERVATION VII (Lauverjat) (3). — Le 18 août 1784, la dame Pinard, après avoir parcouru le temps ordinaire de la grossesse, ressentit les douleurs de l'enfantement. Elles étaient si vives, qu'elles l'obligeaient à faire les plus violents efforts. Je la vis alors. Elle m'apprit que c'était sa première grossesse, et que depuis ce temps elle souffrait beaucoup en s'asseyant. Cherchant aussitôt à m'assurer de son état, je fus surpris de rencontrer à la vulve une tumeur lisse qui la remplissait, la dépassait et cédait facilement à la pression du doigt, excepté à l'instant de la douleur. Parcourant la tumeur, mon étonnement augmenta en ne rencontrant dans toute la circonférence qu'un cul-de-sac d'un demi-pouce de profondeur au plus, et nulle ouverture qui pût permettre la sortie de l'enfant ; je distinguai la tête à travers les parois de la tumeur. Ce cas extraordinaire me détermina à porter le doigt dans l'anus, pour m'assurer si l'orifice de la matrice ne s'y était point dévié, comme je l'avais déjà vu ; mais cela n'était point. Je mandai plusieurs confrères, qui reconnurent tous ce que j'avais remarqué. Pour nous convaincre, nous crûmes nécessaire de voir les parties. Alors nous distinguâmes une petite déchirure qui n'intéressait qu'une partie de l'épaisseur de l'enveloppe de la tumeur. Je crus que cette déchirure indiquait l'endroit où je devais inciser, s'il était nécessaire. Les consultants furent de cet avis. J'opérai sur-le-champ. Je glissai ensuite le doigt dans l'ouverture que j'avais faite : il se trouva dans une cavité dont les parois étaient lisses et humectées. La tête y était contenue. Je ne distinguai aucune trace de col ni d'orifice de la matrice, et j'atteste que j'étais dans sa cavité. Il en sortit, à l'instant de l'opération, une

(1) Waller, *Guy's Hospital Reports*, vol. IV, p. 120.

(2) H.-F. Nægelé, *De Mogostocia e conglutinatione orificii uteri externi* Comment. Heidelberg, 1835, et *Traité pratique de l'art des accouchements*, trad. par Aubenas, 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1880.

(3) Lauverjat, *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne*. Paris, 1788.

eau bourbeuse; aussitôt la tête se présenta et franchit l'ouverture que je venais de pratiquer; sa paroi latérale droite subit une petite dilacération; le reste du corps de l'enfant ne tarda pas à suivre la tête. Je réintroduisis le doigt dans la cavité que l'enfant venait d'abandonner, et je la trouvai telle que je l'ai dit. Le délivre s'offrit à mon doigt, il sortit promptement. Ma main portée dans la loge isolée ne reconnut que la cavité de la matrice, et rien de semblable à son col ni à son orifice, et je suis très convaincu que j'ai incisé la partie inférieure de ce viscère, qui a subi quelque engorgement et une légère inflammation.

Du reste, la couche a été franche, et j'ai senti la cicatrice des parois incisées se faire par gradation. Il est cependant resté pendant quelque temps une ouverture suffisante pour l'écoulement des lochies. Deux mois après l'opération, j'ai touché le col et l'orifice de la matrice dans leur état naturel.

Il est probable que l'impossibilité de toucher l'orifice de la matrice avant l'opération a dépendu de l'obliquité contre nature de ce viscère. Du reste, cette observation et celles citées plus haut convainquent que l'opération césarienne vaginale n'entraînera point de danger après elle.

Flamant (1) a consigné un fait à ajouter à ceux qui établissent qu'il arrive quelquefois que l'on ne trouve pas d'orifice à la matrice chez les femmes en travail. Cette observation lui avait été remise par Lobstein.

OBSERVATION VIII. — Anne-Marie Drech, âgée de trente ans, d'une petite taille, régulièrement conformée, fut reçue à l'hôpital civil de Strasbourg, le 11 janvier 1811, dans le septième mois de sa grossesse.

Le toucher ayant été pratiqué, on reconnut que le col de la matrice offrait une conformation toute particulière: au centre on rencontrait, au lieu d'un orifice, une bride transversale ayant l'apparence d'une cicatrice.

Les premières douleurs commencèrent le 25 avril, mais ne produisirent aucun changement sur le col. J'espérais que l'orifice utérin deviendrait perceptible, et qu'il s'ouvrirait par la suite du travail, et j'étais d'autant plus fondé à le croire, qu'il sortait du vagin une liqueur semblable aux eaux de l'amnios, qu'on aurait teinte de méconium. Cependant toute la journée du 26 se passa sans qu'il parût aucun orifice, quoique les douleurs fussent fortes et continues, et que la tête du fœtus se fût engagée tant soit peu dans le détroit, et eût abaissé la portion du corps de la matrice qui lui correspondait.

Croyant m'être trompé dans la recherche de l'orifice utérin, je portai ma main tout entière dans le vagin, et jusqu'au cul-de-sac que forme ce canal postérieurement; mais je ne le découvris nulle part.

Il y avait plus de quarante-huit heures que la femme était en travail; les forces commençaient à s'épuiser; il était temps de prendre un parti définitif. J'appelai en consultation Flamant et Caillot, qui après avoir scrupuleusement examiné l'état des parties, constatèrent l'absence de l'orifice utérin, et reconnurent avec moi la nécessité de l'hystérotomie vaginale, comme le seul moyen

(1) Flamant, *De l'opération césarienne, Dissertation à l'occasion du concours qui eut lieu en 1811, à la Faculté de médecine de Paris, pour une chaire d'accouchements*. Paris, 1811, et Gardien, *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1818, t. XXIII, p. 303, art. HYSTÉROTOMIE.

indiqué en pareille circonstance. Cette opération fut pratiquée le 27 avril, cinquante-six heures après le commencement du travail.

Les contractions ayant déjà cessé depuis plusieurs heures, on se détermina à appliquer le forceps dès que la tête du fœtus eut été découverte dans une étendue suffisante. Mais l'extraction en fut difficile; et deux personnes ayant été obligées de tirer en même temps sur les branches de l'instrument, l'enfant fut amené mort; les suites de couches ne laissèrent pas d'être heureuses.

L'incision que l'on avait pratiquée sur la paroi antérieure de la matrice avec le bistouri caché, inventé par Flamant pour cette opération, ayant été examinée à diverses reprises, voici ce qu'on observa. Quinze jours après l'accouchement, les quatre lambeaux (de l'incision) avaient disparu, les bords de la plaie étaient arrondis, et il en était résulté un orifice circulaire, mais qui était largement ouvert, au point que la matrice et le vagin ne formaient, pour ainsi dire, qu'une seule et même cavité. Un second examen fait huit jours plus tard fit voir que le nouvel orifice utérin s'était tellement rétréci, qu'on aurait eu de la peine à y introduire une plume à écrire. Lobstein, craignant son occlusion complète, y plaça une sonde de femme; mais cet instrument devint si incommode à l'accouchée, et occasionna des douleurs si vives, qu'il fut contraint de le retirer au bout de huit jours. Examinée de nouveau, la division parut oblitérée; et le lieu où existait l'orifice artificiel n'était plus marqué que par un petit enfoncement entouré de quelques mamelons assez durs, à travers lesquels a dû passer le sang menstruel qui s'annonça deux mois après la section du corps de l'utérus.

### § I. — Causes.

Dans certains cas, la lésion du col dépend d'interventions chirurgicales dans un accouchement antérieur; dans d'autres, elle dépend de l'inflammation de l'utérus après un travail régulier; dans d'autres enfin, de l'inflammation utérine après un avortement; on a vu aussi l'inflammation être liée à une descente de l'utérus. Quelquefois elle fut la conséquence de tentatives criminelles; une fois enfin l'occlusion paraissait congénitale.

L'état des organes au moment de l'accouchement peut varier beaucoup. On peut trouver la tête coiffée par le col, apparaissant sous la forme d'une tumeur globuleuse, sans orifice; ou bien il peut y avoir des cicatrices sur la tumeur. Le tissu qui recouvre la tête peut varier en épaisseur et en densité. L'orifice peut manquer tout à fait, la place même n'en est pas indiquée; il peut y avoir une dépression, ou encore un orifice dont l'aire serait obstruée par une membrane. Ces derniers cas ont été désignés par Nægelé sous le nom de *conglutination de l'orifice* et il considère la membrane oblitérante comme produite par l'inflammation du col utérin. La résistance de cette membrane varie beaucoup. Ashwell, d'accord avec Nægelé, a observé que cet orifice, normalement très petit, présente, chez certaines femmes, la forme d'une étroite ouverture circulaire au lieu de celle d'une fente

transversale. Dans l'une ou l'autre de ces conditions, l'oblitération complète de l'orifice peut être produite même par une légère inflammation, après la conception, ce qui ne modifierait en rien la santé de la femme, et ne troublerait pas la marche de la grossesse. Il faut se rappeler qu'une pareille oblitération peut n'être accompagnée par aucune autre de ces parties. L'adhérence peut être solide et complète sans qu'il y ait aucune induration squirrheuse. Le col utérin sera poussé en bas par les contractions de l'organe, et la sensation au toucher n'offrira d'autre différence avec l'état normal que l'absence d'orifice (1).

D'autres auteurs ne voient pas dans certains cas un résultat de l'inflammation. Ainsi Jacquemier se demande « s'il y a une véritable agglutination ». Cette prétendue membrane, ajoute-t-il, ne serait-elle pas autre chose qu'une portion hypertrophiée de la caduque ? Ces cas ne sont-ils pas plutôt des cas de simple rigidité du col (2) ?

Il nous semble que la plupart de ces observations se rattachent à des faits d'inflammation. Dans d'autres cependant il est probable qu'on a eu affaire à des vices de conformation congénitaux.

Dans les cas précédents, on se demandera si l'inflammation a été postérieure à la conception. Souvent cette hypothèse a pu être regardée comme probable ; d'autres fois, on a pu la mettre en doute. Si l'orifice utérin a été oblitéré avant la conception, comment la fécondité a-t-elle eu lieu ? La question nous paraît tout aussi difficile à résoudre que dans certains cas d'occlusion du vagin que nous avons rapportés dans ce livre. Nous devons admettre qu'il a subsisté quelque petit pertuis inappréciable aux recherches les plus minutieuses et qui aurait permis l'accès de la liqueur séminale.

Mattei a publié sur ce sujet (3) un mémoire appuyé sur quarante observations déjà publiées et sur deux faits qui lui sont personnels. Voici quelles sont les conclusions de son travail :

1° L'occlusion complète du col utérin, soit à ses orifices, soit dans sa cavité même, peut se faire par suite d'une inflammation locale ; mais, dans la plupart des cas (19 sur 31 notés), elle résulte de l'organisation du bouchon plastique qui se trouve dans le col pendant la gestation.

2° L'oblitération n'empêche guère la grossesse d'arriver à terme ; quelquefois même elle est cause de son prolongement et ne décèle sa présence qu'au moment du travail. Le toucher seul peut la constater, et si un ou deux doigts ne suffisaient pas à lever les doutes, on doit introduire toute la main dans le vagin.

3° Cette occlusion est ordinairement assez solide pour résister aux efforts naturels du travail (36 fois sur 42), si bien que, dans quelques cas (3 fois

(1) Ashwel, *Guy's Hospital Reports*, vol. IV.

(2) Jacquemier, *Manuel des accouchements*. Paris, 1846, t. II, p. 181.

(3) Mattei, *De la dystocie par oblitération complète du col utérin* (*Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1861-1862, t. XXVII, p. 969).

sur 42), la femme est morte non accouchée. Dans les cas mêmes où l'on est intervenu un peu tard, on a eu à déplorer souvent la mort de l'enfant (7 fois sur 28 notés), quelquefois même la mort de la mère (2 fois sur 28 notés).

4° Les moyens employés pour diviser l'obstacle ont été l'ongle ou la sonde de femme, lorsque l'obstacle était peu résistant. On peut donc tenter ces moyens. Là où ils ont été insuffisants, on a employé les ciseaux ou le bistouri.

5° Ce dernier a été le plus généralement préféré ; mais, comme on doit s'en servir au fond du vagin et ordinairement sans le secours de la vue, comme il divise des tissus éminemment vasculaires et qu'il occasionne une perte de sang, comme les angles de la plaie, en l'agrandissant, peuvent propager au loin la déchirure, enfin, là où la tête du fœtus repose exactement sur les tissus à diviser, comme on peut être exposé à diviser aussi les parties fœtales, pour tous ces motifs, l'usage du bistouri n'est pas sans danger.

6° Dans tous ces cas, on pourra remplacer le bistouri par le bec de la sonde cannelée appuyé avec force, pendant la contraction utérine, sur le point le plus déclive de la tumeur, et lorsqu'il est reconnaissable, sur le point qu'occupe le col. Par ce moyen, que j'ai le premier employé, je crois, on creuse en quelque sorte une ouverture à travers les tissus utérins, tout en évitant les dangers auxquels expose le bistouri.

Depaul, en 1860, a publié sur ce sujet un mémoire (1) qui ne permet plus de doutes sur les cas d'occlusion complète du col utérin. Comme on l'a vu, cette lésion avait déjà été signalée. Mais Depaul a constaté et fait constater par des témoins tels que P. Dubois, les trois faits qu'il a observés lui-même. Comme l'obstacle ne parvient à la connaissance du médecin qu'au moment de l'accouchement, Depaul dit que les causes n'en peuvent être que très hypothétiques, et il est convaincu « que ces phénomènes ne peuvent dépendre que de conditions particulières qui nous sont inconnues. L'oblitération siège soit à l'orifice interne, soit à l'orifice externe ; le doigt suffira le plus souvent à constater l'absence d'orifice, mais l'examen direct au moyen du spéculum sera nécessaire pour préciser le siège et la disposition des cicatrices. Car ce sera sur ce point que devra porter l'action chirurgicale afin d'éviter les accidents que sans elle Depaul regarde comme presque inévitables, tels que rupture du corps de l'utérus, déchirure du col, pouvant s'étendre en dehors de la portion vaginale.

Depaul considère comme un *succès malheureux*, un cas d'oblitération incomplète du col, vaincu par les seuls efforts des contractions utérines, au moment de l'accouchement (2).

## § II. — Diagnostic.

A première vue, il semblerait que le diagnostic dût être des plus sim-

(1) Depaul, *De l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme enceinte et de l'opération qu'elle réclame* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1860, t. XXIV, p. 491).

(2) *Gazette médicale*, 1837, p. 247, fait publié par le docteur Bleynie.

ples. Mais dans certains cas d'obliquité extrême de l'utérus, il faut une grande patience et un grand soin pour découvrir l'orifice utérin. Si un examen très minutieux de la tumeur au détroit supérieur n'a pas permis de constater la présence d'un orifice, les contractions, si toutefois il n'y a aucun vice de conformation, chassant la tumeur vers le détroit inférieur, on atteindra alors facilement l'orifice, s'il existe.

Quand l'orifice utérin est très petit, il peut se passer quelques heures avant qu'on le sente parfaitement ; mais si les douleurs sont continues, l'orifice deviendra manifeste avant qu'il se soit développé aucun symptôme alarmant.

### § III. — Pronostic.

Dans tous les cas le pronostic est très sérieux. Le choix n'existe qu'entre l'attente d'une ouverture spontanée, ou l'opération d'une ouverture artificielle. Dans l'une ou l'autre alternative, il y a de graves dangers, soit la mort de la patiente, les douleurs étant insuffisantes à surmonter l'obstacle, soit la rupture de l'utérus.

### § IV. — Traitement.

Parmi les observations que nous avons relatées, on en trouve une où l'on s'est dispensé de toute intervention, à cause de l'existence d'une fièvre vive. La patiente mourut non accouchée.

Dans d'autres, on laissa les accouchées arriver à un point où l'intervention ne fut plus d'aucun secours.

Dans une autre série, plus favorable, l'obstacle céda spontanément après de nombreuses heures de souffrances.

La conclusion que nous pouvons tirer de ces exemples est que nous avons tout à perdre à rester inactifs, et à abandonner la femme aux seules ressources de la nature. Il est du devoir de tout médecin de chercher à enlever ou à détruire l'obstacle aussitôt qu'il en a clairement constaté l'existence, et qu'il a pu supposer que celui-ci est de nature à ne pas céder aux contractions utérines, et avant que les forces de la femme soient épuisées. Dans cinq cas où cette règle de conduite a été suivie, la mère et l'enfant ont été sauvés ; et dans quatre autres cas la mère s'est rétablie. Deux fois seulement la mort a suivi l'hystérotomie vaginale, et dans ces deux circonstances l'opération avait été faite tardivement.

Nous ne pensons pas qu'il y ait plus de danger, si l'incision s'étend au delà des limites prévues, que s'il se produit une déchirure spontanée ; et nous ne doutons pas un seul instant que l'opération faite de bonne heure ne soit d'un grand avantage pour l'enfant.

Après nous être prononcé sur l'opportunité de l'opération, nous n'aurons pas de peine à nous entendre sur le procédé opératoire. Si l'ori-

fice est oblitéré par une membrane mince, nous pourrons nous conformer à la recommandation de Nægelé et la traverser avec le doigt, avec la sonde de femme ou tout autre instrument mousse. Si la membrane est trop résistante, ou si nous ne pouvons déterminer le siège du col utérin, il faut, au moyen de ciseaux ou d'un bistouri, faire une incision latérale, bilatérale ou cruciale, assez étendue pour permettre à la tête de descendre. Généralement l'incision n'est pas douloureuse et ne donne lieu à aucune hémorrhagie. Si la femme est épuisée, les contractions peuvent être insuffisantes à expulser l'enfant : nous pourrions être obligés alors de faire usage du forceps, ou plus rarement du crochet ; mais ces moyens seront superflus si l'opération est faite de bonne heure. On devra, pendant la convalescence, veiller avec soin à maintenir l'orifice ouvert : il a la plus grande tendance à se refermer, et souvent il sera indispensable de recourir à l'introduction d'un corps étranger, de la charpie enduite d'un corps gras, un morceau d'éponge ou une bougie élastique.

Voici, suivant Depaul, le procédé opératoire qu'il faudra toujours adopter dans les cas d'oblitération complète du col : « Le chirurgien devra détruire cette oblitération au moyen de l'instrument tranchant, il incisera le tissu du col à l'aide du bistouri ou mieux des ciseaux ; il arrivera graduellement à perforer la paroi. Après ce premier temps, qui est le plus délicat, on agrandira l'orifice par des débridements multiples en divers sens. » Les suites de l'opération sont presque nulles et mettent la femme dans les conditions d'un accouchement ordinaire. L'innocuité de l'opération est démontrée par les observations de Depaul et par celles qu'il a pu recueillir dans les auteurs.

Ces observations sont au nombre de huit, auxquelles il faut joindre celle que cite Churchill, et celles publiées par Gautier, Thomas de Corral, Baudelocque, Pagan.

## CHAPITRE II

### AMÉNORRHÉE.

Les maladies de l'utérus peuvent être divisées en *maladies fonctionnelles* et *maladies organiques* ; mais cette division a plus d'avantage en pratique que dans l'étude de la pathologie. Nous ne pouvons guère admettre un trouble fonctionnel sans l'existence possible d'une lésion moléculaire de l'organe malade. Mais il est certain cependant que des troubles même graves peuvent survenir sans que nos moyens d'exploration nous permettent de constater aucune modification organique. Ces considérations ne doivent pas s'appliquer à notre troisième variété de troubles menstruels, car dans cette dernière catégorie il y a, pensons-nous, toujours lésion organique.