

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.

Ces troubles de la menstruation se divisent en trois classes :

- 1° L'aménorrhée, comprenant l'absence complète ou la suppression de la menstruation, et la menstruation supplémentaire ;
- 2° La dysménorrhée, c'est-à-dire la menstruation difficile ou laborieuse ;
- 3° La ménorrhagie ou menstruation excessive.

Denman, Burns, Hamilton, Dewees, Locock et la généralité des auteurs anglais divisent les troubles de la menstruation comme nous l'avons fait nous-même. Blundell ajoute une autre division, sous le titre de *menstruation pernicieuse (offensive catamenia)* ; Capuron, Nauche, Boivin et Dugès adoptent une division analogue. Carus comprend dans la menstruation irrégulière le retard dans l'apparition des règles, la menstruation incomplète, l'apparition précoce des règles, et la suppression des règles. Siebold a fait un chapitre spécial sur l'apparition tardive ou précoce, sur l'écoulement excessif ou insuffisant des règles, sur la menstruation douloureuse et sur la menstruation supplémentaire. A ces divers chapitres, Jørg en ajoute un sur la menstruation trop fréquente ou trop rare. Mende a adopté un plan analogue. Il est impossible de comprendre dans un seul plan toutes ces variétés. Il y aura toujours des faits qui ne rentreront dans aucun de ces chapitres, offrant des caractères communs avec des faits d'une autre catégorie, et qu'une longue expérience peut seule nous permettre d'élucider.

Il existe une source d'erreurs que nous devons signaler, surtout au moment où nous nous occupons de la classification des troubles menstruels. Les femmes, pour exprimer que cette fonction s'exécute bien, disent que leurs époques sont régulières. Des deux côtés, un sentiment de pudeur fait qu'on se contente de cette assertion, quand une enquête plus approfondie aurait démontré qu'elles ne sont rien moins que régulières ; car il ne faut pas oublier que des variations dans la quantité et dans la qualité de l'écoulement sont tout aussi importantes à noter qu'aucune autre particularité.

Ces divisions générales une fois établies, voyons ce que l'on doit désigner sous le nom d'aménorrhée.

Raciborski définit l'aménorrhée : « un trouble de la menstruation caractérisé par l'absence de l'exhalation physiologique du sang par la tunique interne de l'utérus (1). »

M. Bernutz donne la définition suivante : « L'aménorrhée est l'absence extérieure complète ou incomplète du flux sanguin périodique auquel les femmes sont mensuellement soumises pendant toute la durée de leur nubilité (2). »

Cette seconde définition est plus complète que la première en ce

(1) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868, p. 570.

(2) Bernutz, *Nouveau Dict. de méd. et de chirurgie pratiques*. Paris, 1864, t. II, p. 4, art. AMÉNORRHÉE.

qu'elle comprend non seulement l'absence de l'exhalation physiologique du sang par la muqueuse utérine, mais encore ceux où le sang étant exhalé par cette muqueuse n'est pas expulsé au dehors.

D'après cette dernière définition nous pouvons diviser l'aménorrhée en deux classes :

1° Dans la première le sang n'est pas exhalé par la muqueuse utérine ou bien cesse de l'être, nous la désignerons sous le nom d'aménorrhée proprement dite.

2° Dans la seconde le sang est exhalé par la muqueuse utérine, mais il n'est pas épanché au dehors, par suite d'un obstacle siégeant soit au col utérin, soit même à la vulve. — Cette seconde variété sera désignée sous le nom d'aménorrhée par rétention.

#### ARTICLE PREMIER

##### AMÉNORRHÉE PROPREMENT DITE.

L'aménorrhée proprement dite comprend deux variétés : 1° la menstruation absente (*emansio mensium*) ; 2° l'aménorrhée par suppression (*suppressio mensium*).

##### 1° MENSTRUATION ABSENTE.

Il existe de très grandes différences dans les époques auxquelles les règles apparaissent, non seulement dans les divers pays, mais même dans notre contrée. Généralement, c'est vers quinze ans que les règles apparaissent (1) ; mais cet âge peut être devancé ou de beaucoup dépassé (2). On constatera, le plus souvent, que ces variations correspondent au degré de développement du corps ou du système génital. Il y a aussi des vices de conformation du système utérin qui ont une grande influence sur cette fonction. Enfin, l'utérus peut fonctionner régulièrement, sans qu'il donne lieu à un écoulement mensuel. Nous parlerons plus spécialement de ces deux ordres de faits.

##### A. Aménorrhée résultant de malformation congénitale.

L'influence des ovaires sur la sécrétion menstruelle a été spécialement étudiée par les physiologistes. Il est adopté qu'ils ne jouent pas seulement un rôle dans la génération, mais qu'ils sont la cause efficiente de la menstruation (3). Nous savons qu'il se produit dans ces organes d'importantes modifications à l'époque de la puberté ou à celle de la ménopause. Dans une observation de Pott, une femme subit l'extirpation de

(1) En France, c'est plutôt avant qu'après.

(2) Churchill, *Theory and practice of midwifery*, p. 54.

(3) Churchill, *ibid.*, p. 60.