

## CHAPITRE III

### TRAITEMENT DE L'AMÉNORRHÉE ET DE LA DYSMÉNORRHÉE PAR ATRÉSIE OU STÉNOSE DU CANAL GÉNITAL

Traiter la dysménorrhée et l'aménorrhée dues à des malformations congénitales ou acquises, que ces malformations siègent sur l'utérus, le vagin, ou la vulve, c'est traiter ces malformations elles-mêmes, les troubles menstruels en étant les effets directs. Supprimer la cause qui rend douloureux ou impossible l'écoulement des règles, c'est donc le but que l'on doit se proposer.

Nous n'avons pas à décrire ici tous les procédés opératoires tendant à rétablir la largeur suffisante ou la perméabilité du canal génital; laissant de côté les opérations complexes qui ne doivent être tentées que par des chirurgiens exercés, nous n'aurons en vue que les petites interventions, sanglantes ou non, que peut et sait pratiquer tout médecin.

Nous envisagerons les rétrécissements ou imperforations de la vulve, du vagin et de la matrice, en insistant d'une façon particulière sur le traitement de la sténose du col utérin, l'une des causes fréquentes de la dysménorrhée.

#### A. — Sténoses et atrésies de la vulve et du vagin.

1° STÉNOSES ACQUISES. — Les rétrécissements de la vulve et du vagin, dus à des brides cicatricielles ordinairement consécutives à l'accouchement, peuvent apporter une gêne plus ou moins marquée

à l'émission du flux menstruel, d'où dysménorrhée. Ces brides seront sectionnées à petits coups de ciseaux, en les soulevant avec le doigt qui les présente à l'instrument.

Après la section, on tamponne avec de la gaze iodoformée ou autre pour maintenir le vagin dilaté et empêcher de nouvelles adhérences cicatricielles. Il est parfois bon, afin d'étaler les parois vaginales, de placer un peu plus tard un pessaire de Hodge ou de Dumontpallier.

2° STÉNOSES CONGÉNITALES. — On trouve dans ce cas soit des brides transversales, soit des adhérences partielles.

Si l'on a affaire à de simples brides transversales, il suffit de les sectionner au ciseau, comme dans le cas de brides cicatricielles acquises. Si ce sont des adhérences partielles, on peut, après avoir essayé le décollement pur et simple par traction, inciser ces adhérences en les dédoublant, de manière à donner au canal sa perméabilité normale.

3° ATRÉSIES. — Que l'atrésie soit acquise ou congénitale le traitement est le même.

*L'union des grandes lèvres* est très rare; lorsqu'elle existe, il faut d'abord essayer le décollement simple. Si l'on n'y parvient pas, on incise, et on met obstacle à une nouvelle union en plaçant un tampon de gaze.

*La soudure des petites lèvres*, plus fréquente, n'existe parfois simplement que par leur face interne; la simple traction les détache alors sans trop de difficultés, mais dans d'autres cas de réunion plus intime il faut recourir à l'incision.

Il est facile de remédier à *l'atrésie de l'hymen*, ou à *l'imperforation du vagin* fermé par une mince membrane (ce qui se confond cliniquement); une incision cruciale avec ou sans résection des lambeaux suffit à donner un libre passage au sang retenu derrière la membrane.

Nous ne parlerons pas de *l'atrésie du vagin* résultant de l'absence et du développement rudimentaire de cet organe: ce sont là des malformations qui réclament de véritables et délicates interventions chirurgicales.

Telles sont les différentes manœuvres que l'on peut exécuter pour remédier à l'aménorrhée ou à la dysménorrhée par sténose ou atrésie de la partie inférieure des voies génitales.

L'aménorrhée vraie d'ailleurs est rare ; le plus souvent, dans les cas d'atrésie complète il y a rétention des règles avec dilatation au-dessus de l'atrésie, hémato-colpos, dont nous n'avons pas à indiquer le traitement. Toutefois dans certains cas d'atrésie il y a aménorrhée vraie qui disparaît après le rétablissement du conduit vulvo-vaginal.

Quant à la dysménorrhée, sa cause la plus habituelle est la sténose du col utérin qu'il nous reste à étudier.

#### B. — Sténose du col.

Lorsqu'il y a sténose du col, que celle-ci soit congénitale ou acquise, il faut dilater le canal et le maintenir dilaté.

La dilatation peut être sanglante ou non sanglante.

1° DILATATION NON SANGLANTE. — Cette manœuvre qui doit être pratiquée avec les plus extrêmes précautions d'asepsie et d'antiseptie, sous peine d'accidents parfois fort graves, est elle-même faite par plusieurs procédés. Tantôt on emploie la dilatation lente avec des substances capables de se gonfler au contact des liquides sécrétés ; tantôt on préfère la dilatation rapide ou forcée avec ou sans chloroforme.

1° La dilatation lente s'effectue le plus habituellement avec des tiges de laminaire que l'on introduit dans le col où elles augmentent de volume par imbibition.

Il faut avoir une série de tiges de différents grosseurs que l'on conserve dans de l'éther iodoformé.

L'opération se pratique de la façon suivante. La femme étant dans la position de la taille, on lave le vagin avec une solution de sublimé au 1/4000 ; les mains du médecin sont naturellement rendues propres et aseptiques. Par le toucher, on s'assure de la position du col et du corps de l'utérus, puis on introduit un spéculum bivalve. Le col est chargé entre les lèvres du spéculum, il est lavé avec un tampon de coton hydrophile monté au bout d'une pince et imbibé de la solution de sublimé, puis la lèvre antérieure est saisie avec une pince tire-balle.

Pour se rendre compte de la courbure de la cavité utérine on introduit l'hystéromètre, et, d'après les renseignements fournis, on peut recourber légèrement la tige de laminaire ; cette tige, portée par une pince, est doucement poussée dans la cavité de l'utérus,

son extrémité, à laquelle est attaché un fil, n'étant pas enfoncée de manière à disparaître. Pendant ce temps, la pince tire-balle maintient la matrice et l'empêche de remonter ; puis, la tige placée, un tampon ou une lanière de gaze sont appliqués contre le col et on retire le spéculum.

Au bout de dix à douze heures la laminaire a atteint son maximum de gonflement ; mais, en général, on laisse vingt-quatre heures la même tige, on l'enlève alors au moyen du fil attaché à son extrémité et on en introduit une seconde plus volumineuse. La manœuvre est répétée plusieurs jours de suite, durant deux à quatre semaines (DIRNER de Budapest).

Cette méthode ne donne souvent que des résultats passagers ; on en use cependant avec avantage à l'approche de chaque période menstruelle.

2° La dilatation rapide s'effectue ordinairement sous le chloroforme ; elle peut être faite d'une manière immédiate avec un dilateur, ou progressive au moyen des bougies de HEGAR.

Pour la dilatation immédiate ou divulsion, on se sert d'un dilateur à deux branches parallèles (d'ELLINGER), divergentes (de COLLIN), ou d'un dilateur à trois branches (de SMIS). Ce procédé n'est pas très recommandable, car il expose à des déchirures du col.

La dilatation avec les bougies de HEGAR ne s'obtient vraiment avec facilité que sur un col un peu ramolli, aussi commence-t-on volontiers par mettre durant vingt-quatre heures une tige de laminaire.

« Le diamètre, dit HEGAR, de la bougie la plus petite est de 2 millimètres. Le diamètre des suivantes augmente de un millimètre pour chacune, si bien que l'accroissement de la circonférence est d'environ 3 millimètres. Il est encore préférable d'avoir des bougies dont le diamètre s'accroît de un demi-millimètre seulement ».

La malade étant anesthésiée, on saisit la lèvre antérieure du col et on introduit une bougie de HEGAR d'un calibre tel qu'elle passe à frottement doux. Après cette première bougie, on en passe une autre plus volumineuse et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on soit parvenu au degré de dilatation voulue. On imprime à chaque bougie un mouvement de va-et-vient, de façon à masser les parois du col et principalement l'orifice interne dont le rétrécissement est l'un des principaux facteurs de la dysménorrhée.

Il va sans dire que cette opération est précédée d'une désinfection minutieuse de la cavité vaginale. Quand on a fini, on laisse un tampon de gaze dans le vagin.

Le résultat de ces manœuvres n'est pas toujours définitif; le col revient sur lui-même, mais dans nombre de cas l'orifice n'atteint jamais le degré d'étroitesse qu'il présentait avant, et reste assez large pour laisser passer l'écoulement menstruel avec plus de liberté.

2° DILATATION SANGLANTE. — Nous n'insisterons pas sur les procédés opératoires tendant à remédier à la sténose cervicale, ce serait sortir de notre cadre. Nous signalerons les interventions courantes qui ont pour but de rétablir le calibre du canal cervical et surtout de ses orifices.

La section de l'orifice externe, soit au bistouri, soit aux ciseaux, porte sur la ligne médiane ou sur les côtés.

On peut également sectionner l'orifice interne et toute la longueur du canal cervical; on se sert pour cela d'un bistouri boutonné. Mais ces opérations sont mauvaises; elles donnent, après cicatrisation, des cols déformés qui conservent encore un rétrécissement plus ou moins marqué.

Il est préférable, lorsque la sténose est peu accusée, de se borner à la dilatation immédiate progressive avec les bougies de HEGAR (après ramollissement du col à la laminaire). Si la sténose est très prononcée, on aura recours à des résections partielles du col, soit par l'excision biconique à deux lambeaux (SIMON), soit, quand la muqueuse est malade, par le procédé de SCHRÖDER, soit enfin comme le préconise Pozzi par l'évidement commissural du col, opérations dont on trouvera la technique exposée dans les *Traité de Gynécologie*.

## CHAPITRE IV

### DU TRAITEMENT DES MÉTRORRHAGIES

#### I

#### Considérations générales

Existe-t-il une métrorrhagie essentielle, idiopathique? Bien peu d'auteurs l'admettent encore, et du reste tous les premiers ils en proclament la rareté. Est-ce à tort ou à raison? La question mérite d'être discutée et peut-être on ne s'entend pas sur la valeur du mot: c'est un point sur lequel nous nous sommes expliqués à propos des *fausses utérines*.

Nous considérons l'hémorrhagie utérine comme symptomatique d'affections du système génital ou d'organes éloignés, ou encore comme symptomatique de troubles généraux; sa thérapeutique rentre dans celle de la cause première et doit être décrite avec elle. Cependant, quelles que soient les indications données par l'étiologie, toute métrorrhagie comporte un ensemble de soins qu'il faut connaître, et, sans empiéter sur d'autres chapitres exposant une série de traitements en rapport avec chaque maladie originelle, nous croyons pouvoir réunir et discuter des médications toutes utiles à des titres divers, pour montrer ensuite les cas où elles conviennent le mieux.

Nous n'envisageons pas ici les hémorrhagies obstétricales de la grossesse et de l'accouchement.