

pourrait parfois faire croire à un *cancer du col*; de même, l'*atrophie sénile* pourrait peut-être en imposer pour une *infiltration néoplasique des parois*. Cependant un examen un peu approfondi, la marche de l'affection et, au besoin, le contrôle du microscope suffiront à lever les doutes.

Le *vaginisme* a des signes trop caractéristiques pour prêter longtemps à la confusion.

TRAITEMENT. — Les *atrésies* acquises sont comparables aux atrésies congénitales, au double point de vue des indications du traitement et du mode opératoire.

Quant aux *sténoses*, on peut être appelé à les combattre dans trois circonstances différentes (Pozzi) : *en dehors de la grossesse ; pendant la grossesse ; au moment de l'accouchement*.

a. *En dehors de la grossesse*, l'intervention a pour but de permettre le coït et de remédier aux accidents de rétention et aux troubles réflexes.

Les moyens à employer diffèrent avec le siège, le degré et l'épaisseur des cicatrices. La *dilatation* simple, brusque ou progressive, n'a qu'un effet passager. On peut cependant y recourir à titre palliatif. En cas de sténose généralisée, de degré modéré, le moyen le plus efficace consiste à apprendre à la malade à se passer elle-même, chaque jour, un mandrin de volume approprié (bougie d'Hégar par exemple), qu'elle doit laisser en place pendant un certain temps.

La *section radiale des brides*, jusqu'à leur insertion sur la muqueuse, convient aux rétrécissements annulaires : on la fera suivre d'une dilatation, continuée jusqu'à cicatrisation, avec des pessaires cylindriques.

L'*excision* de tout le tissu cicatriciel, suivie de suture lorsque la cicatrice est limitée, ou d'autoplastie, lorsqu'elle est étendue, est le mode de traitement le plus sûr, mais n'est pas toujours possible.

b. *Pendant la grossesse*. — En tenant compte du ramollissement et de la dilatabilité des tissus au moment du travail, on cherchera à se rendre compte, autant que possible, si, après dilatation ou section des brides, l'accouchement à terme deviendra possible. Sinon, on n'hésitera pas à provoquer l'accouchement prématuré, ou même l'avortement, plutôt que d'exposer la malade à une rupture de l'utérus ou du vagin.

c. *Au moment de l'accouchement*. — Si la dilatation, au moyen des divers dilataleurs, ne suffit pas, on pourra la faire précéder d'incisions faites sur l'obstacle, sauf à réparer, dans la suite, les désordres produits.

Le craniotomie, dans ces conditions, est d'exécution difficile et dangereuse : il vaudrait donc mieux peut-être, dans bien des cas, étant donnés les succès de la chirurgie abdominale, lui préférer d'emblée l'opération césarienne, ou l'amputation de Porro (Pozzi).

CHAPITRE III

LÉSIONS TRAUMATIQUES ET DÉFORMATIONS DE L'UTÉRUS.

I. — Lésions traumatiques.

Les ruptures du corps de l'utérus, spontanées, ou consécutives à une intervention, au moment de l'accouchement, sont du ressort de l'obstétrique : nous ne nous occuperons ici que des traumatismes accidentels de cette même région. Par contre, bien que reconnaissant presque exclusivement pour cause l'accouchement, les déchirures du col forment un chapitre important de la gynécologie.

1° Lésions traumatiques du corps de l'utérus.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Un traumatisme peut porter sur l'utérus, en état de gestation ou de vacuité, et agir de *dehors en dedans* ou de *dedans en dehors* (Delbet).

A l'état de vacuité, protégé qu'il est par le squelette pelvien, l'utérus n'est guère accessible, isolément, aux traumatismes *de dehors*. Lorsqu'il est atteint, c'est généralement au milieu de désordres tels, que sa lésion n'est qu'accessoire.

Est-il gravide ou augmenté de volume par une tumeur, il peut être lésé ou rupturé, la paroi abdominale restant intacte (violente contusion abdominale), ou étant elle-même perforée (projectiles, coups de corne, instruments piquants ou tranchants).

Les lésions les plus fréquentes sont produites de *dedans en dehors* et ne s'observent guère que dans deux conditions : *tentative criminelle d'avortement* (perforation par l'aiguille employée) ; ou *accident chirurgical*.

Dans ce dernier cas, il s'agit généralement de l'excision d'un polype ou de l'énucléation d'un fibrome : la paroi utérine, inversée ou amincie au niveau du point d'implantation de la tumeur, est comprise dans la section du pédicule, ou cède sous les efforts de l'exérèse.

La perforation par une curette, un hystéromètre, n'est guère à

redouter que dans un utérus cancéreux ou puerpéral, ou en cas de fibrome dégénéré.

En dehors de ces conditions, l'utérus vide présente une épaisseur et une contractilité *défensive* qui le préservent suffisamment contre ces instruments, à moins de brutalité ou de grande inexpérience de la part de l'opérateur.

De même, pour qu'une laminaire puisse traverser la paroi utérine, il faut, soit un ramollissement exceptionnel de l'organe, soit un enclavement de la tente. Le fait d'une perforation produite par une injection intra-utérine, cité par Gebhard (1), doit être unique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — En cas de traumatisme *externe*, les lésions sont très variables. La rupture est complète, c'est-à-dire pénètre jusque dans la cavité utérine, ou bien la plaie n'intéresse qu'à divers degrés l'épaisseur de la paroi.

La direction, le nombre, la profondeur des déchirures, l'état de leurs bords sont subordonnés à la nature du traumatisme. Des corps étrangers (projectiles, débris de vêtements) peuvent pénétrer dans l'organe. Il est rare que le fœtus, dans un utérus gravide, reste indemne.

La perte de substance produite par l'excision de la base d'implantation d'un fibrome est plus ou moins large, conoïde, à sommet péritonéal, et la plaie se rétrécit par suite de la rétraction des tissus. On reconnaît le fragment utérin enlevé à son revêtement séreux.

Les perforations produites par la curette ou l'hystéromètre sont toujours très étroites et difficiles à retrouver à l'autopsie, attendu qu'elles sont rapidement comblées par un caillot et par la rétraction musculaire.

SYMPTÔMES ET PRONOSTIC. — Une hémorrhagie immédiate et des accidents rapides de péritonite : tels sont les phénomènes qu'on doit redouter après un traumatisme de l'utérus. Ils sont cependant loin d'être constants et de gravité très variable. Tout dépend de l'étendue de la lésion et de l'état d'asepsie ou d'infection du milieu.

Un large traumatisme d'origine extérieure produit ordinairement une vive douleur, une syncope, tous les symptômes de l'hémorrhagie interne : la mort survient par anémie aiguë ou péritonite rapide. On a cependant vu plusieurs fois la guérison survenir, et même la grossesse continuer, après une perforation de l'abdomen et de l'utérus par un coup de corne.

Si elle est moins grave et ne comporte qu'une déchirure par-

(1) Gebhard : *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, t. XXI, p. 2.

tielle, la lésion pourra guérir après une série d'accidents plus ou moins sérieux. Dans tous les cas, l'avortement ne peut guère être évité. Connor a signalé des fistules utéro-abdominales résultant de faits de cet ordre.

L'ouverture de l'utérus, pendant l'extraction d'un fibrome, est signalée par l'apparition brusque du sang dans le champ opératoire. Il peut encore se produire une hernie de l'épiploon ou d'une anse intestinale. L'hémorrhagie peut être rapidement mortelle si on n'intervient immédiatement.

La perforation par une aiguille, une curette, une sonde, provoque, chez la malade, une douleur aiguë, écœurante, et donne à l'opérateur une sensation caractéristique de résistance vaincue, en même temps que l'instrument s'enfonce brusquement à une grande profondeur, tout en se mouvant librement en tout sens.

Les observations abondent de faits de perforation, au cours du curettage, qui n'ont été suivis d'aucune conséquence fâcheuse, pas même d'hémorrhagie. Cette innocuité, que Simon aimait à prouver en perforant intentionnellement l'utérus avec une sonde, et sur laquelle sont encore basés certains procédés d'hystéropexie, suppose une asepsie parfaite de l'instrument et du milieu utérin. Elle s'explique aussi par le rapprochement des fibres musculaires aussitôt après le passage de l'instrument.

DIAGNOSTIC. — Une blessure de l'utérus, coïncidant avec une plaie non pénétrante de la paroi abdominale, est facilement méconnue, les symptômes graves, tels que le collapsus, pouvant être imputés à la lésion d'un autre organe. On sera cependant en droit de la soupçonner si l'utérus, gravide ou hypertrophié, dépasse le pubis et s'il se fait une hémorrhagie extérieure par le col. Si la plaie est pénétrante, ses rapports faciliteront le diagnostic. Mais, dans bien des cas, on ne peut reconnaître le siège exact de la lésion qu'après laparotomie exploratrice.

La perforation par la curette ou l'hystéromètre se reconnaît, en général, facilement, au moment même où elle se produit. Cependant un utérus atone, flasque, peut s'allonger considérablement sous la pression de l'instrument sans se laisser entamer (Dolérus). Il peut encore se faire que l'on pénètre dans l'orifice béant d'une trompe.

TRAITEMENT. — Lorsqu'un traumatisme abdominal permet de soupçonner une lésion profonde de l'utérus, la *laparotomie* s'impose : suivant la profondeur ou l'étendue des déchirures, on se contentera de suturer la plaie ou bien l'on fera l'hystérectomie abdominale.

En cas d'accidents péritonitiques, quelle que soit l'origine, extra

ou intra-utérine, du traumatisme, la laparotomie est encore l'opération de choix et la suprême ressource.

Une *large perforation de l'utérus*, au cours de l'ablation d'un polype ou de l'énucléation d'une tumeur, comporte la ligature immédiate et provisoire des utérines, suivie de suture de la perforation, si elle est suffisamment accessible; ou mieux, l'hystérectomie vaginale immédiate (Werth). En pareille occurrence, Säger a pratiqué avec succès la laparotomie.

Pour les *petites perforations* par l'hystéromètre ou la curette, si elles surviennent au cours d'un curettage pour métrite banale, on s'abstiendra de toute injection intra-utérine de nature toxique, qui pourrait passer dans le péritoine et produire des accidents graves, et l'on se contentera de tamponner l'utérus à la gaze iodoformée, tout en se tenant prêt à intervenir par l'abdomen, s'il se produisait des symptômes de péritonite.

Si l'accident s'est produit dans un *utérus franchement septique* (endométrite puerpérale, cancer, sphacèle de fibrome, rétention de débris placentaires putréfiés, etc.), faut-il attendre l'éclosion des accidents, avec le faible espoir qu'ils ne se montreront pas? Étant données la rapidité de leur allure et leur gravité, nous conseillons plutôt l'intervention immédiate, c'est-à-dire, suivant les cas, la laparotomie ou l'hystérectomie vaginale, avec drainage.

2° Lésions traumatiques du col de l'utérus.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Les traumatismes du col sont rarement accidentels ou d'origine chirurgicale: discision, section bilatérale haute mal réparée, perforation complète ou incomplète d'une lèvre par une laminaire, lacération par un dilateur mécanique, etc.

Presque toujours, ces traumatismes dépendent de l'accouchement et consistent dans une déchirure latérale, portant sur un seul côté de l'organe ou sur les deux à la fois.

Étudiées déjà par Bernutz, Roser, les *lacérations* du col ont pris, depuis 1869, en Amérique surtout, sous l'influence d'Emmet, une importance pathogénique exagérée. Emmet a été jusqu'à avancer que la moitié au moins des affections utérines, chez les femmes ayant enfanté, étaient sous leur dépendance.

Elles surviennent, non seulement dans les accouchements à terme, mais aussi dans l'avortement, même à deux mois (Pozzi). Munde a trouvé, sur 2,500 femmes ayant accouché, 612 déchirures, dont 280 seulement étaient justiciables d'un traitement; leur pro-

portion, relativement aux autres cas gynécologiques, a été évaluée à environ 18 p. 100 (Munde, Goodell, Davenport); 13 p. 100 (Baker, Säger).

Les accouchements spontanés les produisent par un double mécanisme: par effraction, éclatement, lorsque l'expulsion est très rapide; par compression, lorsque, au contraire, elle est très lente. Ce mécanisme, pour Emmerson, serait le plus fréquent.

Les processus inflammatoires anciens, spécifiques ou autres, réalisent certainement une cause prédisposante active, en diminuant la souplesse et la dilatabilité du col (Wylie) et, par là, serait justifiée, dans une certaine mesure, la proposition de Schröder, à savoir que la métrite cause la déchirure, au lieu d'en être l'effet.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les déchirures *bilatérales* sont les plus fréquentes (91 p. 100, Slawjansky); viennent ensuite les *unilatérales*, plus communes à gauche; puis les déchirures *multiples* ou *étoilées* , les déchirures *postérieures* et, enfin, les *antérieures* .

Les déchirures siègent donc rarement en dehors des commissures, points faibles de l'anneau musculaire. Parfois même, celles qui semblent situées en avant ou en arrière sont, en réalité, latérales; cette apparence est due à une sorte de torsion de l'organe sous l'action d'une paramétrite coexistante, et disparaît en même temps que l'on corrige la déviation (1). Dans certains cas il peut y avoir, sans déchirure extérieure, comme dans la rupture sous-muqueuse du plancher périnéal, rupture ou paralysie des fibres circulaires du col (Munde). Dans ces cas, l'orifice externe est flasque et béant, les parois du col sont amincies et sa cavité peut être suffisamment large pour admettre la phalange de l'index.

Relativement à leur *profondeur*, on a divisé les lacérations proprement dites en trois degrés. Le *premier degré* (fig. 41, 2) consiste en une simple encoche qui déforme à peine le col et agrandit seulement l'orifice externe dans le sens transversal. Au *deuxième degré*, la déchirure intéresse toute la hauteur de la portion vaginale du col et s'arrête au cul-de-sac vaginal (fig. 42, 3). Au *troisième degré*, bien qu'à la vue elle ne dépasse pas le cul-de-sac, elle remonte en réalité plus haut, comprenant une partie, ou même la totalité, de la portion sus-vaginale du col, le vagin et même le tissu cellulaire péri-utérin (fig. 42, 4).

Dans un *milieu parfaitement aseptique*, les lèvres de la déchirure, surtout si elle est peu étendue, se réunissent par première intention et il n'en reste d'autre trace qu'une encoche, sans cicatrice

(1) Doleris et S. Bonnet, *Novv. Archiv. d'obst. et de gynécol.*, janv., fév., mars, 1891.

appréciable; ou bien, soit que le traumatisme soit très prononcé, soit qu'une cause mécanique empêche la juxtaposition exacte des surfaces, la cicatrisation se fait isolément, mais aseptiquement, sur chacune d'elles. L'épidermisation procède par extension de l'épithélium pavimenteux cervico-vaginal, sans suppuration et sans complication inflammatoire.

Dans un milieu septique, au contraire, quelque atténuée que soit la septicité, et quel que soit le degré de la déchirure, la cicatrisation se fait isolément sur chaque lèvre par un processus de réparation secondaire. Mais, comme la plaie est angulaire, il y a toujours un certain degré de réunion des deux lèvres au sommet de l'angle, et la profondeur de la déchirure en est diminuée d'autant. La trans-

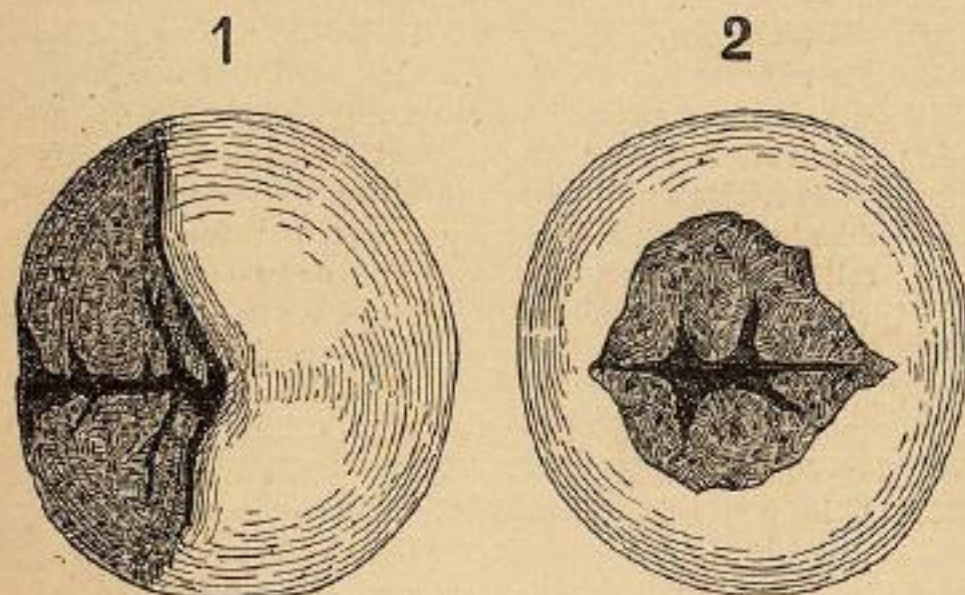


Fig. 41. — 1, déchirure unilatérale du col. — 2, déchirure bilatérale au 1^{er} degré.

formation du tissu de réparation en tissu fibreux rétractile constitue, au sommet de cet angle, un noyau cicatriciel (cheville, clou cicatriciel d'Emmet), dur, arrondi, qui englobe muqueuse, musculuse, vaisseaux et nerfs, pousse des prolongements dans le tissu utérin, peut s'étendre en haut et en dehors du col, jusque dans le paramétrium, et se continue inférieurement avec la bandelette cicatricielle qui limite chacune des lèvres divergentes de la laceration.

En cas de réparation aseptique, la muqueuse intra-cervicale reste saine, et, si elle se montre au dehors, c'est avec ses caractères normaux et grâce à l'écartement mécanique des lèvres. Dans la seconde alternative, il y a toujours un certain degré d'endocervicite, que

celle-ci soit primitive, ou qu'elle soit contemporaine de la déchirure. La muqueuse hypertrophiée s'exteriorise en *ectropion* et cet ectropion est poussé à l'extrême par l'éversion des lèvres lacérées. Ectropion, éversion et inflammation, avec ou sans hyperplasie kystique, se combinent à des degrés divers pour réaliser le maximum des lésions et des déformations du col que nous étudierons ailleurs (Voir *Métrite*).

SYMPTÔMES. — Hormis l'hémorrhagie primitive qui peut en résulter, la déchirure du col n'a pas de symptomatologie propre.

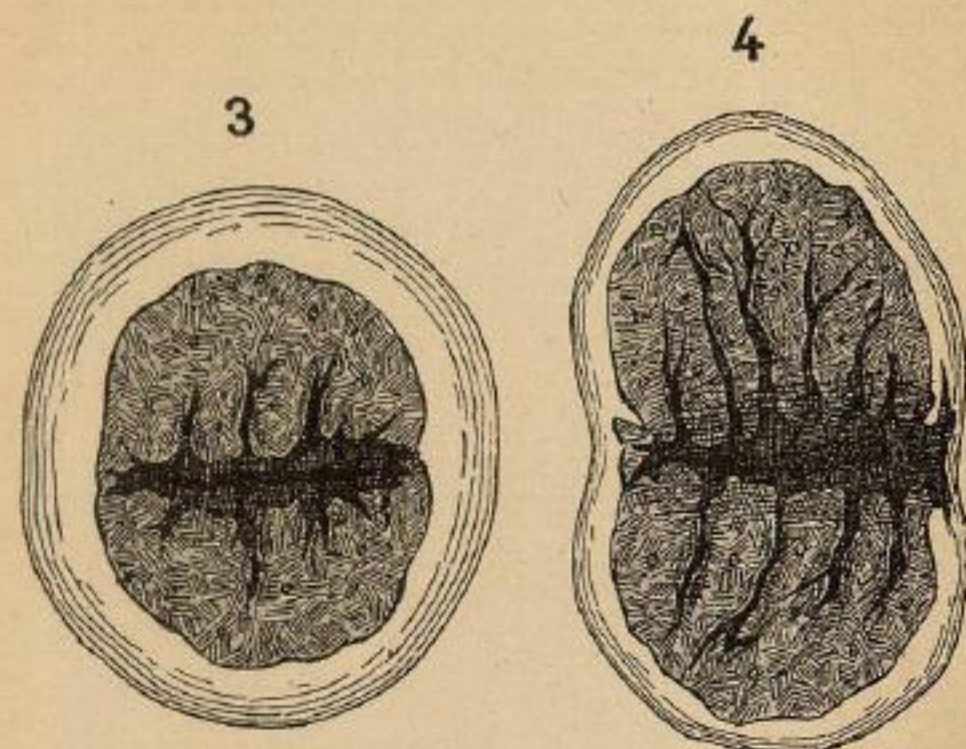


Fig. 42. — 3, déchirure bilatérale au 2^e degré. — 4, déchirure bilatérale au 3^e degré.

Cette proposition qui, de prime abord, peut sembler paradoxale, eu égard à l'importance attribuée par Emmet à cette lésion, est cependant exacte, si on fait abstraction de la complication *métrite*.

Le rôle de la déchirure est accessoire et purement pathogénique. On l'a accusée de produire la subinvolution, les déviations, la paramétrite, les kystes glandulaires, les troubles nerveux et réflexes les plus variés et les plus inattendus, la stérilité, l'avortement, le cancer même (Breisky), enfin, et surtout, la métrite et toutes ses conséquences.

Mais, en réalité, son rôle se réduit à ceci : elle favorise, dans une certaine mesure, l'inflammation de l'endométrium cervical,

en le rendant plus accessible aux causes extérieures d'irritation et aux agents pathogènes; si elle dépasse les limites du vagin, elle ouvre une porte à l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, d'où paramétrite juxta et latéro-utérine, déviations et rétrodéviations par propagation aux ligaments utéro-sacrés (Sänger), etc. Le nodule cicatriciel est parfois directement douloureux et peut devenir un point hystérogène chez des prédisposées. Enfin, pour ce qui est de la grossesse, Næggerath et Germonius prétendent que les déchirures la favorisent et que les utérus lacérés avortent moins que les autres; tandis que, pour Sanger et les Américains, la stérilité ou les avortements sont la conséquence ordinaire de la déformation.

La vérité est, sans doute, entre ces deux opinions extrêmes: si la déchirure est profonde et la métrite invétérée, la fécondation sera difficile et l'avortement fort à craindre; mais nous verrons que la métrite sans lacération peut produire, à elle seule, les mêmes effets. Si la déchirure n'est pas compliquée d'inflammation, si elle élargit l'orifice externe et corrige la difformité d'un col conique, elle augmentera les chances de fécondation, sans influencer en rien sur la durée de la grossesse. Enfin, c'est la métrite seule, et non la lacération, qui peut prédisposer au cancer.

PROGNOSTIC. — Le pronostic nous semble donc infiniment moins chargé que ne le disent Emmet et ses élèves: il est entièrement subordonné à l'élément *infection* et nous avons vu dans quelle mesure.

DIAGNOSTIC. — Les lacérations sont plus faciles à reconnaître au toucher qu'à la vue.

Au premier degré, le col est à peine déformé, il est seulement plus cylindrique, son sommet étant élargi, comme aplati; l'orifice du museau de tanche, au lieu d'être circulaire, est représenté par une fente à direction transversale, limitée, d'un côté ou des deux à la fois, par une encoche légère. Dans les degrés plus prononcés, les lèvres se disjoignent à une hauteur variable. Le doigt explorateur les écarte et peut se rendre compte du nombre, du siège et de la hauteur des déchirures.

S'il y a simple traumatisme, sans inflammation, les lèvres du col restent souples, accolées l'une à l'autre, et ne divergent que sous l'action du doigt, des valves du spéculum ou de la pince qui les écarte. Lorsqu'il y a, en même temps, cervicite, elles sont spontanément divergentes, en *éversion*; le doigt et l'œil rencontrent directement, non plus la muqueuse cervico-vaginale à épithélium parvimenteux, mais la muqueuse intra-cervicale étalée

par l'éversion. Si l'inflammation est encore limitée à cette muqueuse, les lèvres du col conservent une certaine souplesse qui permet de les rapprocher au fond du spéculum, au moyen de pinces à griffe, et de reconstituer ainsi la forme de l'organe. Mais si l'inflammation est ancienne et profonde, ce rapprochement n'est plus possible: les lèvres sont, non seulement divergentes, mais épaissies et incurvées en dehors, comme des lèvres de nègre, et fixées dans cette attitude par le processus de sclérose (col en *massue*, en *battant de cloche*). Dans ces conditions, on pourrait parfois méconnaître la lésion si le doigt ne percevait, aux commissures de l'orifice, un noyau cicatriciel dur, souvent douloureux, indice certain d'une déchirure ancienne.

Il est parfois nécessaire de dilater le col pour apprécier, à l'aide du toucher intra-cervical, les limites auxquelles remonte le tissu cicatriciel dans le paramétrium, au-dessus des culs-de-sac vaginaux.

TRAITEMENT. — Les déchirures du col nécessitent-elles un traitement, à quel moment doit-on l'appliquer et quel mode d'intervention faut-il choisir?

a. *Déchirures récentes.* — Kollock, Jewett, Dudley, sont partisans de la suture *primitive*, dans tous les cas. Lorsque la déchirure est profonde, elle s'accompagne d'hémorragie sérieuse et la suture est le meilleur moyen hémostatique à lui opposer. Si l'on se place au point de vue des complications inflammatoires et que le milieu soit aseptique, il est inutile d'attendre, comme le veut Boldt, la fin des lochies; leur écoulement ne peut compromettre la réunion primitive. Si la plaie est quelque peu contuse (Coe), on peut la régulariser. Du reste, la vascularité des tissus est telle, qu'il suffit du plus léger rapprochement des surfaces avivées, au moyen d'un ou deux fils, pour en assurer la réunion.

Si le milieu est suspect, on en fera tout d'abord l'asepsie. Lorsque la déchirure est peu profonde et ne saigne pas, il suffit de réaliser et de maintenir cette condition: la réunion spontanée aura ainsi toutes chances de se faire.

b. *Déchirures anciennes.* — Relativement aux *déchirures anciennes*, l'opportunité de l'intervention dépend des symptômes observés. La déformation, en soi, demeure silencieuse et n'est généralement pas soupçonnée des malades. Il n'y aurait lieu de la corriger, pour elle-même, que dans le cas, assez difficile à juger du reste, où on pourrait la croire capable d'entraîner l'avortement. De nombreux faits ont démontré l'innocuité de l'opération pendant la grossesse, pourvu qu'elle soit faite aseptiquement.

Lorsqu'il y a complication de métrite, l'intervention s'impose (voir livre VI).

II. — Atrésie et sténose acquises.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Si on les compare aux sténoses liées à des arrêts de développement, ces déformations sont relativement rares. Elles reconnaissent pour causes : des pertes de substance produites par les traumatismes obstétricaux ou accidentels, la métrite cervicale, les pessaires, le prolapsus, et surtout, les cautérisations prolongées et répétées au nitrate d'argent, au thermo-cautère, au chlorure de zinc, etc. Celles-ci agissent, soit en produisant des eschares, auxquelles succède un tissu de cicatrice rétractile, soit en déterminant la sclérose de toute l'épaisseur de l'organe et, le plus souvent, par ce double processus. Les replis de la muqueuse hypertrophiée peuvent aussi faire valvule, ou bien, sous l'influence des cautérisations, ils s'avivent et se soudent d'une face à l'autre, de manière à faire un diaphragme obturateur partiel ou complet.

Les amputations du col, en masse, au moyen de l'anse galvanique ou de l'écraseur, étaient souvent suivies de sténose. De même, dans l'amputation à lambeaux inégaux, de Schröder, si les deux lèvres de la perte de substance ne sont pas très exactement affrontées, il en résulte un bourrelet cruenté qui se cicatrise par bourgeonnement et rétrécit l'orifice. C'est là un accident assez fréquent, depuis la vulgarisation de ce procédé. On a même vu l'obturation complète, par réunion des deux lèvres, résulter d'une application défectueuse des sutures. Les autres opérations sur le col telles que : la trachélorrhaphie, l'ablation des polypes, l'abrasion de la muqueuse au bistouri suivie d'hémostase au thermo-cautère, etc., peuvent être également l'origine d'un rétrécissement.

Nous ne parlerons pas ici de l'atrophie sénile, ni des tumeurs, malignes ou non, des flexions utérines, qui peuvent obturer mécaniquement la lumière de l'utérus.

Ces diverses causes agissent sur l'orifice externe et sur une plus ou moins grande hauteur de la cavité cervicale, en intéressant, ou non, l'orifice interne. On comprend que, contrairement à la sténose congénitale, les lésions qui en dépendent s'observent plus souvent chez des femmes qui ont accouché ou avorté.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le col est simplement rétréci (*sténose*), ou l'occlusion en est complète (*atrésie*). La lésion porte,

dans la majorité des cas, sur l'orifice externe seul, ou empiète plus ou moins au-dessus de lui. Elle peut se montrer sur un col qui a été déchiré autrefois et dont les lèvres sont maintenues définitivement éversées par un processus de sclérose, de telle sorte que l'orifice rétréci n'est plus celui du museau de tanche, mais un orifice nouveau reporté plus haut, à une distance variable. Le col, étant toujours le siège d'un processus inflammatoire plus ou moins accusé, n'est pas conique, comme dans les variétés congénitales, mais présente tous les types de déformation consécutive aux traumatismes obstétricaux et à la métrite. Le degré de la sténose varie et, à côté de son élément cicatriciel fixe, il faut tenir compte du gonflement de la muqueuse. Au-dessus du rétrécissement, la cavité cervicale est ordinairement dilatée, pleine d'un mucus généralement dense et adhérent. Les lésions d'endométrie et de sclérose sont la règle, qu'elles soient primitives ou secondaires. A la suite de cautérisations profondes, notamment au chlorure de zinc, les deux parois utérines peuvent se souder complètement sur une hauteur plus ou moins grande, au-dessus même des limites du col. Les cas de ce genre ne sont pas rares actuellement, et il nous a été donné d'en observer récemment deux dans lesquels l'utérus était transformé en un bloc fibreux et imperforé.

Le rétrécissement de l'orifice interne peut exister seul; mais il est, le plus souvent, associé à une flexion et à la sténose de l'orifice externe. Les lésions ascendantes, d'ordre mécanique et inflammatoire, varient avec le degré et le siège de la lésion.

SYMPTÔMES. — a. *Atrésie*. — Dans l'*atrésie*, les symptômes fonctionnels sont nuls après la ménopause, à moins d'infection de la cavité utérine, auquel cas se manifestent des signes de rétention et de purulence des sécrétions (*pyométra*). Mais, pendant la période génitale, il y a exsudation sanguine avec *phénomènes de rétention*, ou bien l'*aménorrhée est absolue*. Dans ce dernier cas, le molimen menstruel peut persister en déterminant, à chaque époque, une exagération considérable des douleurs.

A l'examen physique, le cathétérisme de l'utérus est impossible : l'orifice externe est obturé, souvent remplacé par une petite dépression; quelquefois même on ne peut en trouver de traces.

b. *Sténose*. — La *sténose* est une cause fréquente de dysménorrhée, variable, du reste, d'intensité et de caractères, et subordonnée moins au degré de la coarctation qu'à l'abondance et au mode d'écoulement du flux menstruel. (Voir *Dysménorrhée*.)

Aux douleurs périodiques s'ajoutent ordinairement les phénomènes de la métrite et souvent ceux des lésions annexielles. Puis

les règles finissent par diminuer de quantité, et il n'est pas rare d'observer la ménopause précoce.

La *stérilité*, sans être fatale, reconnaît comme facteurs, non seulement la lésion elle-même, mais la métrite coexistante et l'*engouement muqueux* de la cavité cervicale (Pozzi). Au moment de l'accouchement, il peut y avoir dystocie par rigidité de l'orifice.

Enfin, il faut encore compter avec des troubles réflexes du côté du système nerveux et de l'appareil digestif.

PRONOSTIC. — Le pronostic peut donc être très sérieux, la lésion, si elle est irréparable, impliquant la suppression de l'utérus ou des annexes.

DIAGNOSTIC. — Indiqué déjà par les anamnestiques et l'existence de l'aménorrhée ou de la dysménorrhée, il sera complété par l'examen direct, au toucher, au spéculum et à l'hystéromètre. Le doigt explorateur renseigne sur les dimensions et la consistance de l'orifice rétréci. Le contact en est quelquefois très douloureux (L. Tait). L'hystéromètre ordinaire, rencontrant un obstacle infranchissable ou difficile à vaincre, on aura recours à une fine bougie élastique ou, au contraire, à une sonde métallique mousse et volumineuse, si l'obstacle est représenté par des replis de muqueuse. Délicatement maniés, ces instruments permettront d'apprécier le degré de la sténose, son siège, la dilatation de la cavité en amont de l'obstacle, les brides cicatricielles qui peuvent la traverser.

C'est encore avec l'hystéromètre qu'on distinguera le mieux la sténose de l'orifice interne de la flexion simple et du spasme sans lésion. Celui-ci, du reste, peut se surajouter. Dans tous les cas, il ne faut pas chercher à forcer l'obstacle, mais attendre patiemment qu'il cède, en exerçant une pression continue et légère sur la sonde dont on modifie la courbure en tel ou tel sens.

Il peut être bon de faire préalablement la dilation de l'utérus pour reconnaître les rétrécissements et les distinguer de l'obstruction causée par une tumeur.

Nous avons déjà étudié les sténoses congénitales, malformations dues à un arrêt de développement. Les anamnestiques, joints aux caractères physiques de chaque cas particulier, suffisent à les distinguer des déformations acquises de même apparence.

TRAITEMENT. — a. *Atrésie*. — En cas d'*atrésie*, avec *accidents de rétention*, si l'occlusion siège au niveau ou un peu au-dessus de l'orifice externe, il faut ponctionner, agrandir l'ouverture et la maintenir dilatée pendant un certain temps.

Si l'y a soudure partielle des parois et aménorrhée complète, on

peut essayer, par des séances répétées d'électrolyse négative, suivies de dilatation progressive et prolongée, de perméabiliser la portion obturée. Nous avons, par ce procédé, réussi deux fois à reconstituer une cavité et à faire disparaître des douleurs intolérables. En cas d'échec, et si la soudure est totale, il faudra faire l'hystérectomie vaginale ou la castration.

b. *Sténose*. — Les moyens à opposer à la *sténose* varient avec son siège et son degré. La *dilatation simple*, rapide ou progressive, ne donne qu'un résultat momentané, dans les rétrécissements acquis : la coarctation se reproduit bientôt. Pratiquée immédiatement avant les règles, elle peut cependant atténuer la dysménorrhée.

Si l'obstacle siège à l'*orifice interne*, ou plus bas, dans la cavité, l'électrolyse négative, à courant faible et en séances prolongées, peut rendre des services.

Le procédé le plus en usage consiste à pratiquer des sections multiples sur le rétrécissement et à maintenir la dilatation jusqu'à cicatrisation, au moyen d'une tige d'ébonite ou de verre (L. Tait, Thomas).

Contre la *sténose de l'orifice externe*, on fera, suivant les cas, l'*incision bilatérale*, plus ou moins haute, du museau de tanche, en s'opposant à la réunion des surfaces cruentées ; ou la *stomatoplastie*, soit d'après le procédé biconique de Simon-Markwald, soit d'après celui de Schröder, si l'on veut traiter en même temps l'endométrite coexistante.

III. — Allongements et hypertrophies du col.

Depuis le mémoire de Huguier (1859), on reconnaît à l'*allongement hypertrophique du col* une entité propre et distincte du prolapsus. Mais cette affection est loin d'avoir l'unité et la simplicité qu'impliquait sa première description ; elle comprend, au contraire, des états pathologiques variés et répond à une origine complexe.

Il y a, tout d'abord, lieu de diviser le col, division admise par Huguier lui-même, en portions *sus-vaginale*, *sous-vaginale* (*portio* des Allemands) et même, *moyenne* (Crevet, Schröder). Celle-ci, *sus-vaginale* en avant, *sous-vaginale* en arrière, est limitée par deux plans fictifs passant, l'inférieur, par le cul-de-sac antérieur du vagin, le supérieur, par le cul-de-sac postérieur, plus élevé.

L'allongement, isolé ou associé à des degrés divers, de ces trois segments, est *primitif* ou *secondaire*, ce qui revient à dire, dans la majorité des cas, qu'il est *congénital* ou *acquis*. Toujours *hypertro-*

phique au début, il peut aboutir à l'atrophie de la portion allongée, au moins dans les deux segments supérieurs.

1° Allongement hypertrophique et allongement atrophique des segments sus-vaginal et moyen du col.

ÉTILOGIE ET PATHOGÉNIE. — Il est possible que cette déformation soit primitive, c'est-à-dire, congénitale, ou qu'elle résulte d'une

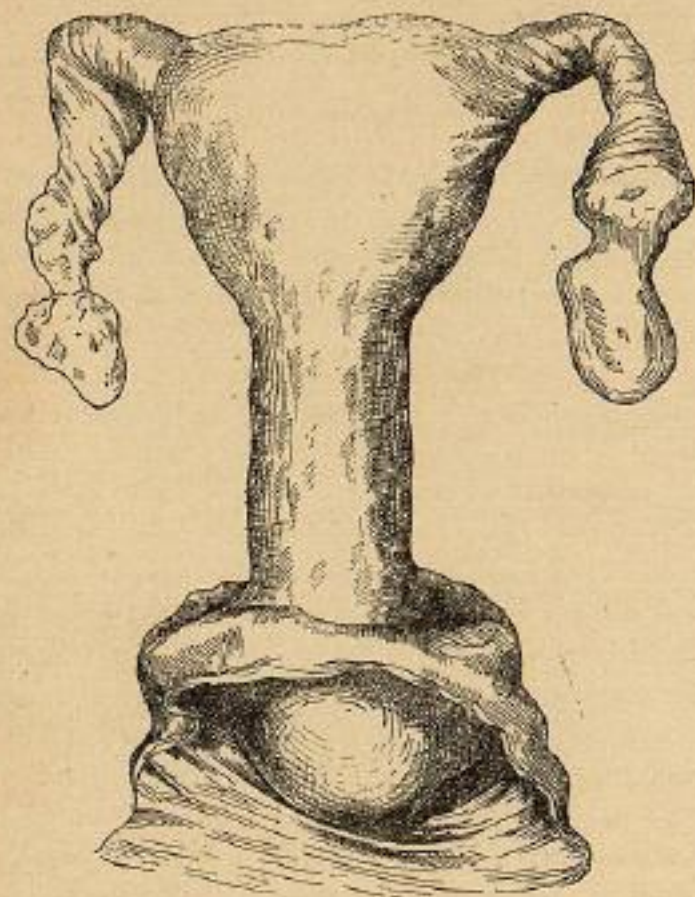


Fig. 43. — Allongement atrophique du segment sus-vaginal du col (d'après Barnes).

subinvolution localisée : c'est ainsi que la comprenait Huguier. Dans ce cas, elle est généralement associée à l'allongement sous-vaginal. Le fond de l'utérus n'est pas abaissé ; le périnée et les parois vaginales sont résistants : seuls, les culs-de-sac sont inversés. On doit donc admettre, au moins pour les vierges, que cette inversion est secondaire à l'allongement.

C'est dans cette forme qu'on pourrait peut-être faire intervenir l'influence des diathèses à tendance fibreuse.

Mais, dans l'immense majorité des cas (Virchow, Schröder, etc.), l'allongement est subordonné au prolapsus, sinon de l'utérus, au moins du vagin, et associé ou non à l'inflammation (voir *Prolapsus*).

Le prolapsus des deux parois vaginales entraîne l'allongement de tout le segment sus-vaginal et les deux culs-de-sac s'inversent. L'abaissement isolé de la paroi antérieure entraînerait l'allongement du segment moyen : le cul-de-sac antérieur s'efface, tandis que le postérieur subit un accroissement relatif. L'allongement est attribué, soit à la traction mécanique exercée par le vagin proci-dent, soit aux troubles circulatoires et trophiques qui résultent du prolapsus et de l'involution imparfaite, soit à un processus inflammatoire chronique (Gallard) : ces divers facteurs doivent, sans doute, agir concurremment et à des degrés variables.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Au début, il y a hypertrophie par congestion et, en même temps, par prolifération d'éléments jeunes ; puis il se produit, à la longue, un processus de sclérose qui débute par la gaine des vaisseaux et aboutit à l'atrophie du segment allongé (Olivier) (fig. 43).

SYMPTÔMES. — Les symptômes fonctionnels se confondent avec ceux du prolapsus génital. L'allongement sus-vaginal ou moyen du col se distingue toutefois du prolapsus utérin par l'exploration physique. Le col descend jusqu'à la vulve ou la dépasse, tandis que le fond de l'utérus est à sa hauteur normale ou n'est que peu abaissé. Parfois la tumeur semble réductible par pression ; mais, en réalité, le col ne fait que s'incurver, s'infléchir en col de cygne, lorsqu'il est repoussé de bas en haut. Les doigts sentent à travers les parois inversées du vagin, non le sphéroïde utérin, mais un gros cordon cylindrique et dur ; enfin, l'hystérométrie peut indiquer une longueur de 10, 15 et même 20 centimètres.

TRAITEMENT. — Il consiste dans l'amputation sus-vaginale ou, simplement sous-vaginale, du col, et ne sera, dans la plupart des cas, que le premier temps de la série opératoire destinée à corriger le prolapsus coexistant.

2° Hypertrophie de la portion sous-vaginale du col.

ÉTILOGIE ET PATHOGÉNIE. — L'hypertrophie acquise du segment sous-vaginal du col est, de beaucoup, la déformation utérine la plus fréquente (fig. 44). Elle dépend ordinairement de l'inflammation combinée, ou non, avec les déchirures (voir *Métrite du col*).

Elle peut aussi relever de la subinvolution et, en ce cas, est souvent plus accentuée sur une lèvre que sur l'autre (voir *Subinvolution*).

Reste l'hypertrophie *primitive*, qu'on pourrait appeler *essentielle* plutôt que *congénitale*, car ce n'est pas à la naissance, mais au moment de la puberté, que son développement commence.

Comme dans l'hypertrophie du clitoris et des petites lèvres, il est probable que les excitations masturbatrices jouent un rôle dans la production de ce trouble trophique (Schröder). Certains états constitutionnels ne sont pas sans influencer sur lui. Enfin, on l'observe plus



Fig. 44. — Hypertrophie de la portion sous-vaginale du col avec élongation légère du segment sus-vaginal (d'après Courty).

spécialement chez les jeunes filles et les jeunes femmes nullipares.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Cette dernière variété est caractérisée, histologiquement et macroscopiquement, par la régularité de l'allongement et par l'hyperplasie proportionnée des éléments normaux du col. La muqueuse intra-cervicale est saine et son accroissement ne se fait qu'en surface, dans la mesure nécessaire pour tapisser le segment allongé : il n'y a ni hypertrophies glandulaires ni inclusion de kystes. La proportion du tissu conjonctif et des fibres

musculaires reste normale : celles-ci sont seulement hyperplasiées et allongées.

Le col se développe en longueur plutôt qu'en diamètre : c'est donc moins de l'hypertrophie que de l'élongation, et cette élongation est régulière. Le segment vaginal prend une forme cylindrique, cylindro-conique, se renfle en *massue*, en *battant de cloche* ; il est dur, ferme, uniquement tapissé par la muqueuse cervico-vaginale. L'orifice externe, généralement sténosé, occupe le sommet du cône ou se trouve légèrement reporté en avant ou, plus souvent, en arrière, lorsque l'hypertrophie intéresse inégalement les deux lèvres : le col est alors comme taillé en bec de flûte.

L'allongement, très variable, est tel parfois que le col affleure ou dépasse la vulve : il peut présenter alors des excoriations ou, au contraire, une cutisation de sa surface, par suite des frottements extérieurs.

Ces lésions sont souvent associées à une déviation de l'organe, particulièrement à l'antéflexion, ou à un certain degré de prolapsus.

SYMPTÔMES. — Ils sont nuls ou, en plus grande partie, subordonnés aux lésions connexes. Ainsi, la dysménorrhée est fréquente, mais doit être imputée à la sténose et à l'antéflexion qui compliquent souvent la situation. Les ménorrhagies ou les métrorrhagies, la leucorrhée, indiquent un certain degré de congestion ou même d'inflammation de la muqueuse. A la lésion elle-même sont imputables les sensations de pesanteur douloureuse et la *dyspareunie*. Enfin, lorsque la tumeur cervicale dépasse la vulve, elle est exposée aux traumatismes extérieurs, produit de la gêne et devient plus sensible.

PROGNOSTIC. — Cette affection ne rétrocede pas : elle peut être cause de stérilité et prédispose à l'inflammation, mais ne comporte pas, en elle-même, d'autre gravité.

DIAGNOSTIC. — Le toucher et le spéculum permettent facilement de reconnaître l'allongement sous-vaginal du col. Au palper combiné, le fond de l'utérus est à son niveau normal, la tumeur est irréductible et les culs-de-sac du vagin ont plutôt une profondeur exagérée, ce qui permet de distinguer la lésion en cause du *prolapsus* et de l'*inversion*.

L'existence d'un orifice par lequel on voit sourdre une goutte de mucus, la continuité de la tumeur avec le globe utérin demeuré en place, éliminent encore l'idée d'une *inversion* ou d'un *polype fibreux*.

L'hypertrophie *inflammatoire* se reconnaît aux autres signes de la métrite et à la consistance inégale de la tuméfaction.

Enfin, la conservation des culs-de-sac du vagin, les données de l'hystérométrie combinée au palper ou au toucher, donnent le moyen de distinguer l'hypertrophie des deux segments, sus et sous-vaginal, ou leur association.

TRAITEMENT. — Il consiste dans l'amputation du col, d'après le procédé de Simon ou celui de Schröder, suivant qu'il y a, ou non, complication d'endocervicite.

CHAPITRE IV

ACCIDENTS DE RÉTENTION DUS AUX ATRÉSIES CONGÉNITALES ET ACQUISES.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Toutes les gynatrésies, qu'elles soient congénitales ou acquises, n'entraînent pas forcément des accidents de rétention. Il faut évidemment, pour que ceux-ci se produisent, que les organes génitaux internes aient un développement normal et un fonctionnement actif; que l'exhalation menstruelle ait lieu ou qu'il se produise une hypersécrétion pathologique des muqueuses situées en amont de l'obstacle.

D'autre part, un degré considérable de *sténose* peut donner lieu à ces mêmes accidents (de Sinéty).

Le liquide retenu est presque toujours du sang, rarement du mucus ou du pus; dans ce dernier cas, la suppuration n'est que bien exceptionnellement *primitive* (cas de Rheinstadter); lorsque l'atrésie s'est produite peu après l'accouchement, il peut s'agir de rétention des lochies (Puech).

Les vices de conformation en cause sont, par ordre de fréquence, l'imperforation de la vulve, les atrésies cervicales, le cloisonnement du vagin, l'atrésie de la trompe.

L'obstacle siège-t-il à la vulve ou à la partie inférieure du vagin, le liquide est retenu dans la cavité vaginale.

La rétention dans la cavité utérine est primitive ou se produit secondairement à la distension du vagin.

De même, la rétention intra-tubaire se développe isolément ou par distension ascendante du conduit génital.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1^o **Rétention du sang.** — a. *Hématocolpos.* — Les parois du vagin sont refoulées dans tous les sens et distendues par le sang: la membrane obturatrice, mince et transparente lorsqu'elle est représentée par l'hymen (fig. 43), est plus épaisse si elle consiste en

une cloison vaginale. En ce dernier cas, elle peut être accolée à l'hymen, représenté alors par un bourrelet circulaire, et virtuellement séparé d'elle par un sillon plus ou moins profond (Dohrn).

Si le vagin est cloisonné au-dessus de l'obstacle vulvaire, il existe naturellement deux cavités. Courty a pu réunir plusieurs observations de ce genre.

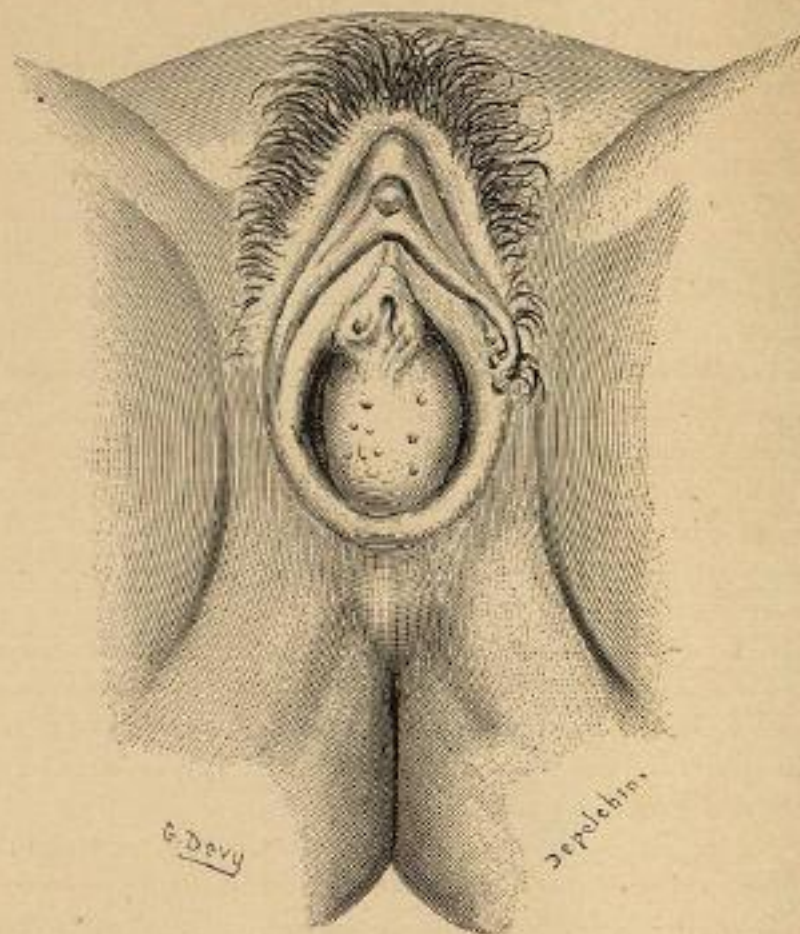


Fig. 43. — Hymen imperforé distendu par le sang des règles accumulé dans les voies génitales (Gullard).

Dans les cas simples et récents, la rétention liquide ne dépasse pas les limites du vagin. Mais lorsque l'imperforation siège assez haut, ou que la portion inférieure du conduit vaginal fait défaut, le canal cervical ne tarde pas à participer à la distension; ses parois, refoulées et amincies, se confondent avec celles du vagin, et les deux cavités n'en forment bientôt plus qu'une seule. L'orifice interne résiste longtemps: ce n'est que dans les cas anciens que la dilatation gagne, de bas en haut, la cavité utérine, et un détroit,