

Atresie du col utérin.

La sténose du col utérin est souvent congénitale. Elle coïncide parfois avec un arrêt de développement de l'organe, mais elle peut être observée avec un utérus de développement tout à fait normal. Le rétrécissement n'occupe communément qu'une section du canal cervical. Son siège de prédilection semble être l'orifice externe qui devient extrêmement étroit, de telle sorte que le col utérin présente à la vue un aspect conique tout particulier, en même temps qu'une dureté ligneuse au toucher. La variété congénitale s'accompagne de dysménorrhée, parfois très douloureuse, la stérilité est la règle, et il est fréquent que, au bout d'un certain temps, le corps de l'utérus se congestionne, et que les annexes et les ovaires se prennent à leur tour.

Le rétrécissement peut aussi être acquis. A la suite d'accouchements suivis de déchirures, d'escharre étendue du col, une cicatrice peut produire l'oblitération presque complète. En outre les flexions utérines en déterminant une courbure du canal peuvent entraîner une sténose apparente qui siège, dès lors, au niveau de l'orifice interne à l'union du corps et du col utérin.

Les symptômes de sténoses acquises sont moins éclatants que ceux des sténoses congénitales, les règles sont un peu douloureuses, les rapports sexuels désagréables, et enfin la stérilité en est presque toujours la conséquence.

La dysménorrhée, la stérilité sont les causes qui engagent, d'ordinaire, les malades à consulter leur médecin. On s'assurera que le col est rétréci par l'hystérométrie, le toucher indiquera s'il y a flexion utérine ou métrite concomitante.

Le traitement électrique au moyen de la galvano-caustique chimique négative donne d'excellents résultats dans le cas de sténose simple sans flexion. Cette opération sera pratiquée avec un électrode en nickel ou en cuivre, aucun métal n'étant attaqué au négatif, qui sera choisie d'un calibre tel que l'introduction de son extrémité à travers le rétrécissement soit

facile. Le courant est fermé sur l'abdomen par une large plaque, comme nous l'avons indiqué plus haut et reliée au pôle positif. On porte progressivement le courant, selon la tolérance, jusqu'à 60, 100 milli-ampères. On cessera quand on sentira l'électrode pénétrer facilement à travers le rétrécissement. Après tamponnement antiseptique du col, on fait reposer les malades pendant deux heures environ. Une seule séance ne suffit généralement pas pour obtenir une dilatation suffisante, il en faut d'ordinaire trois ou quatre échelonnées de huit en huit jours.

Ce procédé est très efficace, très rarement suivi de récurrence ce qui est fréquent à la suite de la dilatation mécanique ou de la division par l'instrument tranchant. M. Régnier signale cinq cas, traités ainsi dans le service de M. Labadie-Lagrave, cas dans lesquels les autres procédés de dilatation avaient échoué.

On a aussi noté des cas de rétrécissements spasmodiques du col, chez des femmes pour lesquelles l'hystérométrie était d'habitude facile. Ces rétrécissements spasmodiques cèdent instantanément sous l'influence d'un courant continu faible ; dans les mêmes conditions, 15 à 20 milli-ampères suffisent.

Lésions de nutrition et déviations utérines

La situation toute spéciale de l'utérus, organe flottant, pour ainsi dire, suspendu par des ligaments d'une laxité suffisante pour que la matrice change de statique selon l'état de réplétion ou de vacuité de la vessie ou du rectum, selon la position du corps, fait que toutes les causes qui ont pour résultat d'augmenter le poids de la masse utérine, détermineront une série de troubles complexes et sans analogues dans l'économie. Parmi ces causes, les troubles circulatoires tiennent le premier rang, l'utérus étant un organe dans lequel les vicissitudes circulatoires sont extrêmement nombreuses et accusées. La vie génitale, avec les modifications qu'elle apporte dans la circu-

lation du petit bassin, au moment des rapports sexuels, des grossesses, est le *primum movens* de ces vicissitudes, si bien que c'est presque exclusivement chez les femmes, que les modifications de la statique utérine prennent l'importance d'une maladie. Néanmoins, chez les vierges, on peut aussi rencontrer des troubles de même nature et ils sont dus, alors, au port immodéré du corset, à la dysmenorrhée de la puberté, et enfin à une laxité congénitale des ligaments suspenseurs de la matrice, laxité qui permet à l'organe de se placer d'emblée en antéversion ou en rétroversion excessives et d'intercepter par là même, mécaniquement, le cours normal du sang.

Comme le fait remarquer Doleris, le nom de *métrite* ne convient point à ces états. Il faut réserver ce nom aux infections microbiennes qui déterminent l'inflammation active de la muqueuse d'abord, puis du parenchyme utérin. Il est bien évident, du reste, que cet état inflammatoire, augmentant, par l'afflux de sang qu'il provoque, le volume et le poids de la matrice, peut entraîner des déviations de l'organe tout à fait analogues à celles qui dérivent d'un simple engorgement mécanique, mais, au point de vue thérapeutique, il est nécessaire de faire la distinction entre l'engorgement utérin sans infection concomitante et l'engorgement utérin avec infection ou métrite. Nous limiterons donc ce chapitre aux lésions de nutrition et aux déviations utérines non inflammatoires.

L'engorgement utérin se caractérise anatomiquement par une augmentation de volume et de poids sans déformation marquée. Cette augmentation intéresse le plus souvent la totalité de l'organe, mais elle peut aussi être presque limitée au corps normalement plus vasculaire. On soupçonnera l'engorgement en présence d'une malade qui accuse une sensation de plénitude dans le bassin, avec douleur s'irradiant dans les régions sacrées et inguinales, plus rarement à l'hypogastre. Ces douleurs augmentent dans la marche, avec la station verticale, avec les secousses surtout de la voiture.

La position horizontale, au contraire, soulage ces malades

qui souffrent presque constamment de constipation et de tenesme vésical. Une leucorrhée plus ou moins abondante peut s'observer assez fréquemment. Les règles sont douloureuses, souvent fort abondantes et nécessitent le repos pendant leur durée, parfois, au contraire, leur écoulement est diminué ; elles sont aussi irrégulières, leur périodicité est compromise, soit que leur fréquence ait augmenté, soit, au contraire, qu'elles aient lieu plus rarement.

L'engorgement utérin se constate au moyen du toucher vaginal pratiqué d'abord debout, puis le sujet étant couché. On reconnaît ainsi en pénétrant dans les culs-de-sacs que le corps utérin est plus ou moins abaissé, augmenté de volume, d'une dureté spéciale parfois ligneuse ou bien mou, comme spongieux œdémateux, de telle sorte que la pulpe de l'index s'y imprime. En outre, le toucher provoque une douleur sourde au niveau du corps, plus vive au niveau du col qui, lui aussi, est épaissi avec un orifice élargi et ramolli. La palpation abdominale chez certains sujets maigres ou à parois abdominales flasques peut donner quelques renseignements. On peut reconnaître le fond de l'organe uniformément épaissi, grâce à la densité plus grande de son tissu on suit assez nettement les limites de l'organe. Chez beaucoup de femmes à paroi abdominale épaisse ou résistante la palpation abdominale ne donne que des résultats incertains. L'hystérotométrie indique une dimension normale de la cavité ou une augmentation peu considérable, de un centimètre à un centimètre et demi ; une cavité utérine plus étendue doit faire songer à un fibrome ou, s'il y a eu récemment une grossesse, à une subinvolution utérine. Mais, dans les cas où on soupçonne un engorgement utérin il ne faut pas se hâter de pratiquer l'exploration hystérométrique ; on doit toujours avoir présent à la pensée qu'une grossesse est possible, et mieux vaut suspendre son diagnostic que de provoquer un avortement. L'absence de une ou deux époques, un ramollissement prononcé du col, rendront le médecin très circonspect et le feront abstenir de toute manœuvre