

attention spéciale : le repos absolu, de la tranquillité, quelques laxatifs et, s'il est nécessaire, quelques sangsues à la région ovarique suffiront probablement à conjurer de nouveaux accidents.

SECTION II

MALADIES DE L'UTÉRUS

CHAPITRE PREMIER

OCCLUSION DE L'UTÉRUS.

Avant d'en arriver à la description des maladies les plus communes de l'utérus, je crois utile de dire quelques mots de l'oblitération plus ou moins complète de l'orifice utérin, qu'elle soit congénitale ou acquise, car elle constitue certainement une variété importante dans les maladies fonctionnelles de cet organe.

Cette condition morbide de l'orifice utérin peut être ou congénitale ou acquise, ou complète ou incomplète.

ARTICLE PREMIER

OCCLUSION CONGÉNITALE.

En parlant de l'atrésie vaginale, j'ai cité un certain nombre de cas où l'orifice utérin offrait des conditions analogues, et ce double vice de conformation n'est pas rare. Mais, d'autre part, il peut se faire que les conditions anatomiques du vagin soient normales, et qu'en même temps l'orifice utérin soit imperforé, comme dans les observations publiées par Oldham (1), Owen (2), Martin (3), Hatin (4) et d'autres (5).

§ I. — Symptômes.

Les symptômes, dans ces cas, dépendent tout à fait de l'existence des règles. Si elles existent, on observera un effort de la nature à l'époque voulue, du malaise, de la souffrance, une sensation de poids dans le ventre, du ténesme utérin, de la douleur de reins, puis une tumeur se forme

(1) Oldham, *Med. Times and Gazette*, 27 mars 1852.

(2) Owen, *Lancet*, 14 octobre 1837.

(3) Martin, *Bull. méd. belge*, février 1838.

(4) Hatin, *Journal des connaissances médicales*, avril 1839.

(5) *London Med. Journal*, vol. IV, p. 243.

graduellement au-dessus des pubis, ressemblant, pour la forme et la situation, à un utérus gravide. S'il n'existe pas de sécrétion menstruelle, et il peut ne pas y en avoir, comme on le voit dans les observations d'Oldham et Waston, il n'y aura pas de tumeur, ni aucun des phénomènes qui caractérisent les périodes cataméniales. Le fait du développement complet des organes sexuels nous conduit à admettre l'existence des ovaires, ce qui rend plus difficile l'explication de l'absence de sécrétion menstruelle, à moins que nous ne l'attribuions à ce merveilleux instinct par lequel les organes s'accoutument, pour ainsi dire, aux circonstances particulières qui les entourent.

Il n'est pas moins curieux de voir que des femmes placées dans ces conditions exceptionnelles puissent conserver leur santé pendant un temps souvent fort long, comme cela est noté dans l'observation de Oldham.

Quand l'accumulation prend une certaine importance, il sera facile de faire une erreur de diagnostic, si on examine légèrement. La forme, la situation de l'utérus, la sensation que donne le toucher de la tumeur, ressemblent à ce qu'on rencontre dans la grossesse. Mais il est vrai qu'on n'entend ni le souffle placentaire, ni les bruits du cœur du fœtus. Quoique ces signes puissent nous éloigner de l'idée d'une grossesse normale, ils ne jetteraient qu'une lumière bien insuffisante sur la véritable nature de la maladie. Mais l'existence d'un molimen menstruel, l'absence de tout écoulement, doit nous faire supposer qu'il y a quelque vice organique. L'examen au spéculum et avec une bougie nous apprendra aussitôt que l'orifice utérin est imperméable.

§ II. — Traitement.

S'il y a accumulation de sang, l'indication est formelle : il faut débrider l'orifice. L'opération n'est pas difficile, mais elle demande un peu de soin. On peut ou non se servir de spéculum, selon qu'on le trouve plus ou moins commode. On placera, dans la direction de l'orifice utérin, la pointe d'un bistouri droit, et l'ouverture sera faite en poussant en haut, jusqu'à ce que le contenu s'échappe; puis on agrandira l'ouverture sur les parties latérales autant qu'il sera nécessaire. On pourra également se servir d'un trocart muni d'un long manche; on laissera la canule, après en avoir retiré la pointe, jusqu'à ce que l'utérus soit complètement vidé; on injectera de l'eau tiède dans le vagin, et on appliquera une bande de ventre. Un ou deux jours après que la collection sanguine aura été évacuée, on fera bien d'introduire dans l'ouverture une bougie élastique ou un morceau d'éponge, de façon à conserver l'ouverture béante.

Quant aux cas analogues à ceux de Oldham, dans lesquels il n'y avait pas d'accumulation de liquide et qui n'offrent qu'un inconvénient, la stérilité, l'opération est discutable. Je crois que l'intervention chirurgicale n'est pas indispensable; mais comme il y a là un vice de conformation, il

me semble que la question doit être laissée à résoudre par la patiente elle-même.

Il y a beaucoup de cas dans lesquels l'orifice est congénialement rétréci, à ce point qu'il est à peine perceptible. Je n'en parle que pour mémoire, comme j'y reviendrai à propos de la dysménorrhée due à une cause mécanique, et à propos de la difficulté du travail résultant de l'extrême étroitesse de l'orifice.

ARTICLE II

OCCLUSION ACQUISE.

L'occlusion du vagin, quand elle est secondaire, est pour ainsi dire virtuellement une occlusion de l'utérus, bien qu'elle n'indique pas en réalité l'imperméabilité de l'orifice utérin. Nous pouvons trouver un orifice clos, le vagin étant dans ses conditions normales. Comme cette distinction détermine des indications spéciales et importantes au point de vue pratique, je traiterai d'abord de l'occlusion partielle, puis de l'occlusion complète de l'orifice utérin, et je dois avant tout dire ce que je dois à Ashwell et Trask (1).

[[L'auteur ne parle de l'occlusion acquise qu'au point de vue de ses rapports avec l'accouchement, il y a lieu cependant de s'en préoccuper en dehors de l'accouchement; car il est parfois nécessaire au chirurgien d'intervenir pour rétablir un canal par lequel doit s'écouler librement le sang menstruel.]]

I. *Occlusion partielle.* — Je ne veux pas comprendre dans ce chapitre les cas ordinaires d'orifice non dilatable ou rigide pendant un premier ou un second accouchement, mais bien les cas où le col est rendu dur et non dilatable, et où l'orifice est rendu plus étroit par une lésion antérieure. La dénomination d'*occlusion partielle* n'est pas très-exacte, car souvent nous ne pouvons pas dire si réellement l'orifice était plus étroit; car nous ne sommes souvent appelés qu'au moment du travail, quand l'orifice est déjà légèrement dilaté. La condition essentielle paraît être que, le col ayant antérieurement subi quelque lésion, il existe une modification dans les tissus, telle qu'elle empêche la dilatation future de l'orifice.

Smellie a publié trois observations fort intéressantes :

OBSERVATION I. — L'orifice était fermé par une cicatrice d'une consistance cartilagineuse, résultant d'un accouchement antérieur. Après deux jours d'attente, il fit une incision, mais les parties étaient si rigides, que Smellie fut obligé de terminer l'accouchement avec le perforateur. La patiente mourut vingt-quatre heures après la délivrance (2).

(1) Ashwell et Trask, *American Journal of Medical Science*, juillet 1858, p. 95.
(2) Smellie's *Cases*, vol. III, p. 64.

OBSERVATION II. — Des tentatives nombreuses avaient été faites pour dilater l'orifice, mais sans succès, par Burnett et Smellie; mais la patiente mourut non accouchée au milieu d'une convulsion (1).

OBSERVATION III. — Après avoir renouvelé avec persistance des tentatives pour dilater l'orifice, Smellie incisa le col avec des ciseaux et amena un enfant au moyen de la version. La malade mourut le quatrième jour (2).

Ashwell rapporte l'observation suivante, d'après Butler :

OBSERVATION IV. — La patiente avait vingt-six ou vingt-sept ans. Elle avait subi une opération pour lui constituer un vagin artificiel à l'âge de dix-neuf ans, cinq ans avant son mariage. L'orifice utérin était perméable et admettait l'extrémité du doigt; cependant il ne présentait pas l'apparence d'un orifice ordinaire. Pendant le travail de la parturition, l'orifice ne se dilatait pas, et fut en conséquence débridé en quatre points, la tête fut perforée, et l'accouchement se termina sans déchirure. La convalescence fut longue et la guérison difficile.

Dans un second accouchement, un an et demi après, l'orifice était encore trop petit; de nouvelles incisions furent faites, et un enfant vivant fut amené par le forceps.

Plus tard, cette femme eut des accouchements naturels (3).

Dans le cas observé par Gardner,

OBSERVATION V. — L'orifice utérin était dilaté jusqu'à un certain point, mais il demeura dur et rigide, malgré de larges saignées, le tartre stibié et l'opium. Voyant que la position de la femme devenait plus sérieuse, et qu'il n'avait plus d'espoir de la soulager par les moyens ordinaires, le chirurgien fit une incision de chaque côté du col comme ressource ultime. La patiente accoucha heureusement; mais l'enfant était mort et putréfié (4).

Ramsbotham rapporte deux observations où, à un second accouchement, l'orifice, après être resté rigide, se déchira, et les malades succombèrent le quatrième ou le cinquième jour d'inflammation utérine (5). Des observations ont été également publiées par Lever (6) et Laborie (7). Je pourrais encore en citer de nombreux exemples (8).

Les causes de cette occlusion partielle ou extrême rigidité paraissent être soit une lésion organique, ou l'inflammation après un accouchement antérieur ou enfin quelque traumatisme.

(1) Smellie's *Cases*, vol. III, p. 205.

(2) *Ibid.*, p. 211.

(3) Butler, *London Med. Gazette*, vol. XX, p. 589.

(4) Gardner, *American Journal of med. science*, Juillet 1852, p. 27.

(5) Ramsbotham, *Obstetric. Medicine and Surgery*, p. 222.

(6) Lever in *Ranking's Abstract.*, vol. II, p. 184.

(7) Laborie in *Ranking's Abstract.*, vol. IV, p. 186.

(8) *Brit. and Foreign Review*, vol. VI, p. 235. — *Encyclopédie méd.*, avril 1846. — *Archives générales*, octobre 1830. — *Philadelphian Med. and Phys. Journal*, vol. I, p. 386. — *Dict. des sciences médicales*, vol. XXII, p. 297, etc.