

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.

Évidemment cet état du col n'occasionne pas grand dommage, si ce n'est au moment de l'accouchement ; alors il peut en résulter les conséquences les plus graves. Quelquefois la dilatation se fait sous l'influence de la saignée et du tartre stibié, et alors l'accouchement peut se faire naturellement. D'autres fois les contractions sont impuissantes à vaincre l'obstacle, et la malade succombe à l'épuisement.

Enfin, une portion de toute la circonférence du col peut être déchirée, comme cela est indiqué dans les observations de Sterdelé, de Scott (1), de Kennedy (2), de Parr, de Lever, de Johnston (3) : moi-même et d'autres avons signalé des faits semblables (4).

En dernier lieu, il peut se produire une rupture de l'utérus compromettant la vie de la mère et celle de l'enfant.

Trask raconte ainsi les faits qu'il a observés quand ils ont été abandonnés à eux-mêmes : « Dans les observations 26 et 39, les femmes moururent non accouchées à la suite de déchirures de l'utérus. Dans l'observation 34, il y eut déchirure de la paroi postérieure de l'utérus et du rectum, et expulsion du fœtus par l'anus. Dans les observations 35, 36, 37 et 38, le col fut en partie ou entièrement arraché, et les femmes se rétablirent. Dans l'observation 40, le col tout entier fut arraché, et la patiente succomba. » F. Ramsbotham cite un cas où le col tout entier se gangréna à la suite de la compression longtemps exercée par la tête du fœtus.

§ I. — Diagnostic.

Ces faits étant graves, il me paraît important d'asseoir le mieux possible les bases d'un bon diagnostic. A moins qu'un examen ne nous ait révélé l'existence d'une lésion, ou que nous n'ayons la connaissance de blessures faites par des accouchements antérieurs ou par d'autres causes, nous n'aurons probablement aucune base certaine, même pour soupçonner le mal, jusqu'à ce que le travail ait commencé. Si nous avons la certitude qu'il existe une lésion organique du col, nous pouvons prévoir que l'orifice ne se dilatera pas, et après que nous aurons employé tous les moyens usités pour provoquer la dilatation, nous serons assurés que le cas peut être rangé dans ceux que je viens de décrire.

§ II. — Pronostic.

De toute façon, le pronostic est sérieux, mais s'il existe une lésion organique ou quelque maladie actuelle, il devient extrêmement grave.

(1) Scott, *Med.-chir. Transact.*, vol. XI, p. 292.

(2) Kennedy, *Dublin Journal*, vol. XVI, p. 52.

(3) Johnston, *Amer. Med. Journ.*, avril 1851, p. 342.

(4) *Med. Gazette*, 29 août 1848.

§ III. — Traitement.

Nous avons trouvé trois voies ouvertes devant nous. D'abord nous pouvons user des moyens ordinaires, comme de la saignée, du tartre stibié, etc., et abandonner le reste aux efforts de la nature ; deuxièmement, nous pouvons tenter la dilatation artificielle ; enfin, il nous reste à inciser le col, je crois qu'il n'y faut pas insister trop longtemps, de peur de voir l'état général de la femme souffrir beaucoup d'une attente trop longue.

Si tenant compte de la constitution de la femme, nous avons essayé, pendant plus ou moins longtemps et sans succès, de la saignée, du tartre stibié, des bains chauds, etc., et que les symptômes prennent de la gravité, devons-nous attendre que nous puissions appliquer le forceps ou que le col de l'utérus cède sous les efforts de l'organe ? Je ne le crois pas. Rien ne justifierait notre abstention, et les résultats que j'ai signalés en sont une preuve.

Devons-nous nous fier à la dilatation artificielle ? Je ne crois pas que nous devions ne pas tenter ce moyen avant que le travail ait duré trop longtemps, aussitôt que les autres moyens auront prouvé leur inefficacité. Encore ne faut-il pas trop y insister. Si le résultat est rapide, tout est bien ; mais si la tentative dure trop longtemps, les conséquences peuvent en être promptement fatales. Dans quatre cas relatés par Trask, on ne fit que la dilatation ; les quatre femmes succombèrent : l'une à la péritonite, après l'accouchement ; l'autre à une déchirure avec hémorrhagie ; une autre à des convulsions, avant qu'elle eût accouché ; la dernière, enfin, à une rupture de l'utérus, et elle ne fut pas délivrée.

Quant à l'incision de l'orifice rigide, elle paraît avoir donné d'assez bons résultats, puisque, sur sept femmes qui subirent l'opération, Kask obtint sept guérisons. Le cas de Gardner fut favorable. Baudelocque conseille les incisions après avoir attendu un certain temps et avoir employé les moyens ordinaires sans succès. Chailly (1) rapporte un cas heureux et recommande de faire des incisions multiples, afin d'éviter les déchirures. Cazeaux partage son opinion (2). F. Ramsbotham croit que l'opération est nécessaire dans quelques cas rares.

Lever regarde l'opération comme inoffensive (3). Murphy aime mieux pratiquer les incisions du col qu'attendre la mort de l'enfant pour faire la craniotomie. Dewes remarque que les avantages de ce moyen ont été suffisamment constatés en Angleterre, et il cite l'observation de Thomas Archer. Retruis (de Stockholm) m'assure que ce moyen a été adopté avec grand succès.

(1) Chailly, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 5^e édition. Paris, 1867.

(2) Cazeaux, *Traité de l'art des accouchements*, 7^e édition. Paris, 1867.

(3) Lever, *Guy's Hospital Reports*, octobre 1845, p. 185.

D'un autre côté, on ne peut nier qu'il n'y ait beaucoup à dire contre ce mode d'intervention. Le danger principal me paraît consister dans l'extension possible de l'incision jusqu'à déchirer le corps de l'utérus, et peut-être aussi dans la crainte d'une hémorrhagie. Nous ne devons pas prendre légèrement un pareil parti; mais je crois que les faits que j'ai mis en avant suffisent pour autoriser, dans certains cas, lorsque les autres moyens ont failli, le chirurgien à y avoir recours plutôt que d'abandonner l'accouchement aux seuls efforts de la nature, ou de laisser le travail se prolonger trop longtemps en essayant la dilatation artificielle. Kask fait remarquer que les incisions, loin de provoquer des déchirures plus étendues et dangereuses, n'ont produit, dans aucun des cas précédents, de lésion dans les organes voisins, lorsqu'elles ont été convenablement faites. Dans toutes ces observations, on voit qu'elles n'ont causé ni douleur ni hémorrhagie. Dans le seul cas où elles aient été suivies de mort, elles ont été faites après trois jours de douleurs et de fièvre, et lorsque la malade était épuisée. Dans un petit nombre de circonstances, les incisions avaient été faites alors qu'on voyait se manifester des signes d'épuisement, et cependant les malades ont guéri.

Si, comme je pense que nous devons le faire quelquefois, nous constatons l'opportunité de cette opération, à quel moment doit-elle être faite? Sans doute, les moyens ordinaires doivent d'abord être tentés dans des limites proportionnées à la constitution de la malade, et pendant un temps suffisant pour convaincre qu'il n'y a plus rien à en attendre. Après cette période, il m'est avis que nous risquons inutilement deux existences, en différant les incisions du col. Trask conseille d'y recourir de bonne heure; il dit: « Quand on pense au danger auquel est exposée la patiente: rupture du corps de l'utérus, déchirures prolongées du col, la gangrène qui peut suivre une compression longtemps prolongée; et qu'on se rappelle le peu de danger inhérent aux incisions bien faites, nous devons nous sentir encouragés à agir de bonne heure, plutôt que de temporiser. Avec les moyens ordinairement employés, il n'y a point de péril immédiat. La saignée, pour être utile, doit être copieuse, et nous savons que certaines constitutions les supportent mal. Quand la patiente est robuste, les saignées générales, l'émétique, en déprimant le système général, peuvent diminuer la rigidité. Après l'emploi de ces moyens, si la rigidité ne cède pas et qu'on découvre quelque lésion locale, il faut attendre jusqu'à ce qu'il se produise des phénomènes d'épuisement. Puisqu'il est préférable qu'il se fasse une déchirure spontanée des parties rigides, quel avantage y aurait-il à attendre que la malade soit dans un état de prostration irrémédiable avant d'employer le bistouri? » Le lecteur doit se rappeler que je parle ici non pas des cas de rigidité ordinaire de l'orifice, mais de ceux où elle a été produite par une lésion ou une maladie antérieure.

Il nous reste une question encore à résoudre. Quand le col n'est pas dilatable sous l'influence d'une affection maligne, doit-on avoir recours à

l'incision? Madame Lachapelle (1) cite plusieurs cas de cette espèce dans lesquels des incisions ont été faites, et l'accouchement a été terminé par le forceps; mais les malades ont succombé. J'ai vu deux faits d'ulcération cancéreuse: la déchirure du col se fit spontanément, et les malades sont mortes. Arnott a publié une observation dans laquelle une excroissance morbide, du volume d'une noix, occupait la lèvre antérieure et le côté droit de l'utérus. La masse morbide fut poussée en bas par les contractions utérines, attirée au dehors par des crochets et excisée au moyen de ciseaux courbes. La malade perdit très-peu de sang, l'orifice se dilata aussitôt, et il naquit un enfant vivant. La mère se rétablit, et mourut plus tard de l'affection maligne (2).

Dans la majorité des cas, je crois qu'il y a peu d'espoir de sauver la femme; cependant, à mon avis, il y en a plus par l'incision que par aucun autre moyen. Il est certain que si l'enfant est vivant, c'est encore par ce moyen qu'on lui donnera le plus de chances de vivre, et quand la vie de la mère est compromise par quelque maladie maligne, l'existence de l'enfant prend à nos yeux une importance beaucoup plus grande.

[M. A. Puech (3) a exposé ce qu'il advient des règles, lorsque les voies génitales sont fermées, soit de naissance, soit par accident. Voici quelles sont ses conclusions: ou bien les règles se dévient, ou bien le sang dilate les cavités placées au-dessus de l'obstacle; le premier mode est exceptionnel, le second est ordinaire.

Dans la plupart des cas de la seconde catégorie, l'accroissement mensuel du sang n'a pas d'autres conséquences, quoique l'intervention ait pu se faire attendre huit, quinze et même dix-sept ans; mais, dans quelques-uns, il survient une sorte d'épuisement nerveux, où les obstacles finissent par être forcés.

La rupture a été observée dix-huit fois: neuf fois elle a porté sur l'obstacle, et a agi soit par éclatement, soit par gangrène; neuf fois aussi, et par le même mécanisme, elle a porté sur les organes dans lesquels le sang était contenu.

L'ostium uterinum a été forcé quinze fois, et le sang a dilaté les trompes; mais dans cinq cas seulement la rupture s'en est suivie. Cinq fois sur quinze l'atréisie siégeait à l'orifice utérin, et dix fois au vagin.]

II. *Occlusion complète.* — En considérant les observations publiées sur cette affection, on s'est demandé, pour quelques-unes au moins, si la maladie était congénitale ou acquise. La réponse à cette question est dans le fait même d'une grossesse précédente.

Je vais maintenant rapporter dans tous les détails nécessaires les faits

(1) Lachapelle, *Pratique des accouchements*. Paris, 1825, t. III.

(2) Arnott, *London Med. Gazette*, décembre 1847, p. 1068.

(3) Puech, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 9 décembre 1861, et *De l'atréisie des voies générales*. Paris, 1864.

que j'ai pu rencontrer, et les conséquences pratiques qu'on en peut tirer. Mais je dois témoigner mes remerciements au docteur Trask, dont les études sur le sujet m'ont été d'un puissant secours.

Thomas Simsom a publié l'observation suivante (1), reproduite par Smellie (2) :

Je me contenterai de la résumer et d'en faire connaître les points importants.

OBSERVATION I. — *Femme enceinte dont les parois de la matrice étaient collées ensemble.* — Une femme de quarante ans, atteinte d'un vice de conformation du bassin, devint enceinte pour la première fois. Elle était en travail depuis quatre jours, lorsque Thomas Simson fut appelé près d'elle. Pour la délivrer il dut perforer le crâne, et malgré cela il éprouva de grandes difficultés pour extraire l'enfant. Les organes de la génération furent longtemps le siège d'une abondante suppuration. Cependant, au bout de trois mois environ, elle devint enceinte pour la deuxième fois. Le travail, qui se déclara à terme, dura depuis deux jours lorsque Thomas Simson fut appelé par la sage-femme, qui lui dit que le col était encore fermé. Cinq ou six heures après, il constata, non-seulement que le col de la matrice ne s'était pas dilaté, mais encore « que ses parois étaient collées l'une contre l'autre, sans qu'il restât le moindre vestige de passage. »

Haddow, demandé en consultation, reconnut qu'il en était bien ainsi.

Il fut décidé qu'on pratiquerait une incision. Après avoir écarté les parois du vagin avec deux morceaux de bois aplatis, il fut facile de voir la cicatrice des parties qui s'étaient unies. « Une incision d'un demi-pouce de profondeur devint nécessaire avant d'avoir percé de part en part la substance de cette ouverture. Je sentis la tête de l'enfant, et je m'aperçus que cette circonférence de la plaie était dure comme un cartilage; et comme elle ne cédait pas à plusieurs efforts que fit la malade après l'incision, je fus obligé de conduire sur mes doigts un petit bistouri étroit pour faire plusieurs incisions à cet anneau cartilagineux. » Il ne s'écoula pas de sang. Sous l'influence des contractions, la dilatation augmenta un peu, mais pas assez pour espérer que la tête, dont les os chevauchaient les uns sur les autres cependant, pût franchir seule l'orifice. Il fallut, comme la première fois, ouvrir le crâne. « Dans cet accouchement, il ne s'écoula ni eau ni sang. L'enfant était tout à fait mollassé, et tout son corps était couvert d'une couche plâtreuse qui nous convainquit qu'il y avait quelque temps qu'il était mort. Le défaut des eaux nous étonna d'abord; mais je me ressouvins que, dans le temps du travail, la malade nous avait dit qu'elles s'écoulaient, auquel temps, ayant eu la curiosité d'examiner la chose avec soin, je trouvai que ce qu'elle appelait les eaux sortait par l'urèthre qui extérieurement, était ouvert en trois endroits. Cette observation et quelques autres circonstances me firent croire qu'il y avait quelque communication entre les parties et la matrice, au-dessus de l'os tince, par où s'étaient évacuées les eaux. » Des accidents graves survin-

(1) Th. Simson, *Essais médicaux de la Société d'Edimbourg*, vol. III, art. 19.

(2) Smellie, *Traité de la théorie et de la pratique des accouchements*, traduit de l'anglais par Fréville. Paris, 1765, t. III, in-4, p. 67.

rent presque aussitôt après l'accouchement, et la malade succomba au bout de vingt-quatre heures. On ne put obtenir l'autorisation de faire l'autopsie.

OBSERVATION II. — Wright a publié l'observation d'une femme qui avait été à une première grossesse accouchée par les instruments. Il y eut à la suite de cet accouchement de la suppuration. A un second accouchement, après vingt-quatre heures de travail, une tumeur globuleuse, qui n'était autre chose que la tête du fœtus recouverte par l'utérus, fut poussée dans le vagin par les contractions. On ne pouvait découvrir aucune trace de l'orifice; mais au point qu'il aurait dû occuper, on trouvait un noyau dur, d'où rayonnaient trois cicatrices. On administra de l'opium qui suspendit les douleurs dans l'après-midi et la nuit. Les douleurs revinrent intenses à sept heures du matin et la rupture de l'utérus était à craindre. Pendant que le doigt était sur le point central, on put constater que quelque chose se déchirait, et après deux douleurs, le doigt pénétra dans la cavité. Cette déchirure se prolongea dans la direction des cicatrices, et à cinq heures du matin l'orifice était si large, que les membranes se rompirent. Pendant trois heures la tête n'avança pas, la malade était agitée, elle avait de la céphalalgie, et alors une application de forceps la délivra d'un enfant bien portant. Elle se rétablit en dix jours. Elle avait encore à cette époque un écoulement purulent qui cessa une semaine après (1).

OBSERVATION III. — Elle est due à Caffé (2). — « Le 4 décembre 1833, à six heures du matin, je fus appelé chez madame Mouray, sage-femme, rue Vieille-du-Temple, n° 110, pour aider de mes conseils une dame arrivée la veille au matin et parvenue au terme de sa gestation. Cette dame, âgée de trente-neuf ans et huit mois, de bonne constitution, n'avait jamais eu que de passagères indispositions, trois accouchements naturels, faciles, le dernier il y a environ huit ans. Sa grossesse actuelle, m'assura-t-elle d'abord, n'avait donné lieu à aucun accident et n'avait dérangé en rien sa santé ordinaire. Les douleurs pour accoucher persistaient depuis environ trente heures. La sage-femme, madame Mouray, avait, dès le commencement et à plusieurs reprises, porté le doigt au sommet du vagin. Elle ne put jamais reconnaître la présence du col ni son orifice. Dans l'après-midi, elle fait prendre un bain à la malade, qui en éprouve un soulagement passager. Mais les douleurs recommencent bientôt avec plus d'intensité et sont accompagnées de contractions utérines très-manifestes lorsqu'on place la main sur les parois abdominales. Le vagin reste sec, point d'écoulement de sérosité. Madame Mouray, voyant bien qu'elle avait affaire à un cas anormal, jugea prudente l'intervention d'un médecin, qui dut hésiter pour reconnaître une oblitération complète du col, croyant sans doute qu'il avait affaire à une déviation de cet organe. Il existait une médiocre antéversion du col de la matrice. Le médecin proposa, comme moyen conditionnel, l'emploi d'un pessaire, voulant néanmoins en retarder l'introduction jusqu'au jour. Sa visite eut lieu sur les

(1) Wright, *Montreal med. Gazette et London med. Gaz.*, 1846, p. 688.

(2) *Journal hebdomadaire des progrès des sciences et institutions médicales*, 6^e année, t. 1, mars 1834, et Chaillly, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 5^e édition, Paris, 1867.

trois heures du matin. Je fus prévenu dans cet intervalle, et sur les six heures je pus voir la malade. Instruit des commémoratifs déjà mentionnés, je procédai immédiatement au toucher, soit en faisant conserver la position horizontale, soit en faisant tenir la malade debout ou sur les genoux. Dans toutes ces positions et apportant l'attention la plus scrupuleuse, je reconnus l'état suivant : Le vagin présente 3 pouces dans son diamètre vulvo-utérin ; sa paroi supérieure, qui est fortement tuméfiée, produit une espèce de bourrelet remplissant une partie de la capacité du vagin, reste rouge et sans mucosités. Le sommet du vagin se termine brusquement ; il peut se comparer à un cylindre fermé, sans saillie aucune dans son intérieur et sans aucune trace du col utérin. Près de la paroi recto-vaginale, presque sur le raphé médian, on touche un pli d'une ligne de dimension, donnant la sensation d'une petite corde tendue ; sur les côtés de ce repli et ailleurs, on ne peut distinguer le moindre orifice utérin, soit avec le doigt, soit en guidant sur ce dernier un petit stylet boutonné. Pendant les contractions violentes, la pulpe du doigt éprouve un mouvement communiqué, mais sans que l'utérus vienne communiquer au sommet du vagin.

« Cet examen des parties achevé, force me fut de reconnaître un fait tout à fait nouveau pour moi et dont je n'avais pas même rencontré d'analogie. Je jugeai l'opération césarienne vaginale indispensable ; mais ne voulant rien précipiter, je fis part à la malade de la gravité de sa position et de sa rareté. Je demandai que l'on m'adjoignît les conseils de professeurs d'accouchement. Sur les huit heures, Jules Hatin fut prié de venir ; comme moi il reconnut et apprécia les circonstances que j'ai énoncées. L'opération fut décidée pour quatre heures de relevée. A l'heure convenue, nous revîmes la malade. Les contractions utérines n'acquiesçaient pas une violence trop alarmante. Hatin me fit observer que l'état de cette femme permettait de temporiser encore, et que l'intérêt de la science, à laquelle ce cas se rattachait, exigeait que nous en rendissions témoins plusieurs hommes compétents, notamment Velpeau, qui, comme on l'a vu précédemment, niait la possibilité du fait.

« En conséquence, renvoyant à une heure plus éloignée l'opération déterminée, et recommandant à madame Mouray, sage-femme instruite, une surveillance active auprès de la malade, pour modérer ses douleurs, ou pour éviter tout mouvement inopportun, je pus bientôt ramener Velpeau, Lenoir, Larcher. Tous constatèrent mon diagnostic et confirmèrent la nécessité de l'opération, que je pratiquai à onze heures moins un quart, en présence de Hatin, de Roussel, prosecteur de ses cours, et de Pertusion, médecin italien. L'emploi du spéculum était impossible, et tout à fait inutile, par la saillie du bourrelet muqueux du vagin qui ne pouvait être refoulé, et d'autre part, vu l'extrême étroitesse de ce conduit. La femme, placée sur le bord de son lit, comme pour l'opération de la taille, les cuisses et le bassin maintenus par des aides, j'introduisis sur l'index de la main gauche et à plat, un bistouri droit à lame étroite, recouverte d'une bande de toile jusqu'à six lignes de sa pointe, protégée par une boulette de cire. Arrivé au sommet du vagin, avec la main droite je relevai le bistouri, le dos regardant la pulpe du doigt conducteur, et divisai couche par couche la paroi antérieure de la matrice, en dirigeant l'incision du rectum vers la vessie, ayant soin de la circonscire à 5 lignes environ d'étendue en hauteur. Les contractions de l'utérus aidaient

à la division. Après une section d'environ 3 lignes de profondeur, je reconnus que j'avais divisé toute l'épaisseur de la paroi, et que j'étais arrivé dans la cavité utérine. En effet, aussitôt s'écoulaient près de 4 onces d'un liquide demi-consistant, de couleur lie de vin et tout à fait inodore. La tête de l'enfant se présente à l'ouverture dans la seconde position (occipito-cotyloïdienne droite). Chacun des spectateurs s'assure par le toucher du résultat de l'incision. Pour éviter et prévenir toute déchirure, je porte de nouveau un bistouri boutonné et encore garni de linge jusque près de son extrémité. Je pratique de dedans en dehors deux incisions latérales, l'une à droite, l'autre à gauche, dans l'étendue de quelques lignes seulement. La forme cruciale de ces incisions fut effacée à l'instant par une contraction utérine, qui rendit ovalaire et élargit de beaucoup l'ouverture, sans cependant donner lieu à l'une de ces déchirures regardées comme si graves par quelques auteurs et qui seraient l'écueil de cette opération. Guidé par des connaissances anatomiques capables de me rassurer, je n'hésitai pas à pratiquer une opération indispensable, malgré les craintes sérieuses que Velpeau avait manifestées sur ses résultats. De plus, en adoptant le principe du débridement multiple, proposé par Vidal (de Cassis) pour l'opération de la hernie et de la taille, j'étais sûr d'obtenir une dilatation considérable, sans dépasser les bornes au delà desquelles l'opération devenait très-dangereuse.

« La femme n'accuse aucune douleur pendant l'opération ; elle dit seulement éprouver la sensation et entendre le bruit d'une feuille de parchemin que l'on diviserait. Il n'y a pas la plus légère hémorrhagie. La malade est replacée convenablement. Les douleurs de la parturition se succèdent régulièrement. Une heure après, la sage-femme reçoit, en ma présence, un enfant vivant du sexe féminin, et pesant sept livres. La délivrance ne se fait pas attendre.

« Je touchai alors la malade ; l'utérus, revenu sur lui-même, avait singulièrement restreint l'étendue de l'ouverture. Je jugeai inutile de placer entre les lèvres de la section une sonde de gomme élastique, une mèche ou tout autre corps. Les lochies devaient empêcher l'adhérence. Les suites de couches furent des plus heureuses, aucun accident ne vint les traverser : madame X... se leva le sixième jour, et le neuvième elle quitta la sage-femme pour rentrer dans son domicile.

« Depuis lors, jusqu'à ce jour, madame X... s'est présentée souvent à moi. Une ouverture d'un petit calibre et irrégulière se conservait au niveau du point de la matrice qui a supporté l'opération. On n'y distinguait aucune saillie, aucune trace du col. Dès que l'écoulement des lochies eut cessé, j'eus la précaution d'introduire à plusieurs reprises et de maintenir pendant quelques heures, dans l'ouverture utérine, une bougie de gomme élastique, afin d'empêcher l'adhérence des bords de l'ouverture.

« Environ vers la sixième semaine après ses couches, madame X..., au sortir du bain, a vu suinter le fluide menstruel. Cet écoulement a été très-peu marqué. On doit se rappeler que le sujet est âgé de près de quarante ans, qu'il est doué d'un tempérament sec et très-sanguin ; qu'en outre, avant cette dernière grossesse, à chaque époque, ses règles diminuaient de plus en plus de durée et de quantité. Plus tard, la seconde époque menstruelle eut lieu, plus abondante que la première et sans aucune douleur.

« La rareté de cette oblitération de matrice avec disparition du col dut m'engager à en rechercher la cause. Je la soupçonnais due à des accidents inflammatoires ; mais ce ne fut pas sans peine et sans interrogations réitérées avec instance pendant plusieurs jours, que je pus parvenir à confirmer ma prévision. L'opérée avait, pendant les premiers mois de sa grossesse, pratiqué des injections dans le vagin et jusque dans l'intérieur de la matrice, au moyen d'une sonde de gomme élastique qu'elle introduisait elle-même, en se servant d'une solution de cendres de foyer. Elle avait ressenti de très-vives douleurs, intolérables chaque fois qu'elle recommençait cette manœuvre ; elle aperçut aussi de la suppuration et la chute de quelques pellicules. »

Dans l'observation de Waller :

OBSERVATION IV. — La malade avait eu, trois ans et demi auparavant, une fièvre puerpérale, suivie d'un écoulement purulent pendant plusieurs mois, lequel se reproduisit à des intervalles plus ou moins éloignés. Le col s'était gangrené, et le mari de la patiente (un médecin) s'aperçut plus tard que l'orifice était oblitéré par une membrane indurée. La malade avait dépassé de trois semaines le terme de sa grossesse et ne sentait plus remuer l'enfant depuis quelque temps. Il y avait eu quelques douleurs pendant quelques jours, mais celles-ci n'augmentaient pas. Un jour plus tard, Blundell découvrit une petite dépression à côté de l'ancien orifice. Aussitôt après, la patiente eut des douleurs expultrices. A minuit, elle avait perdu une petite quantité de liquide ; mais on ne pouvait constater aucun orifice. Le pouls était très-fréquent, et il s'était manifesté une forte transpiration.

La malade fut abandonnée et revue seulement à dix heures du matin : on la trouva très-abattue. Après midi, l'orifice était entr'ouvert, mais les bords en étaient frangés, et il en pendait un lambeau de membrane granuleuse et dure. La prostration augmentait. L'accoucheur introduisit la main dans l'utérus et termina l'accouchement par la version. Une hémorrhagie légère suivit la délivrance, et la femme mourut une demi-heure après. L'enfant paraissait avoir succombé depuis plusieurs jours (1).

Deux observations ont été publiées par Naegelé :

OBSERVATIONS V et VI. — Dans les deux, l'orifice était excessivement petit, et l'occlusion était causée par une membrane celluleuse qui le remplissait. Le segment inférieur de l'utérus était tendu et dur, de sorte que, dans un cas, il ressemblait à une poche d'eau. Le sujet d'une de ces observations était grasse et pléthorique, et, bien qu'elle eût été saignée quatre fois, à chaque douleur le sang s'échappait du nez et de la bouche : La seconde femme avait été en travail pendant deux jours et deux nuits. Dans les deux cas, la membrane fut traversée par une sonde de femme. Il n'y avait pas trace de déchirure. Les femmes accouchèrent spontanément, et les enfants naquirent vivants (2).

(1) Waller, *Guy's Hospital Reports*, vol. IV, p. 120.

(2) H.-F. Naegelé, *De Mogostocia e conglutinatione orificii uteri externi* Comment. Heidelberg, 1835, et *Traité pratique de l'art des accouchements*, trad. par Aubenas, Paris, 1869, p. 499.

Lauverjat rapporte l'observation suivante (1) :

OBSERVATION VII. — Le 18 août 1784, la dame Pinard, après avoir parcouru le temps ordinaire de la grossesse, ressentit les douleurs de l'enfantement. Elles étaient si vives, qu'elles l'obligeaient à faire les plus violents efforts. Je la vis alors. Elle m'apprit que c'était sa première grossesse, et que depuis ce temps elle souffrait beaucoup en s'asseyant. Cherchant aussitôt à m'assurer de son état, je fus surpris de rencontrer à la vulve une tumeur lisse qui la remplissait, la dépassait et cédait facilement à la pression du doigt, excepté à l'instant de la douleur. Parcourant la tumeur, mon étonnement augmenta en ne rencontrant dans toute la circonférence qu'un cul-de-sac d'un demi-pouce de profondeur au plus, et nulle ouverture qui pût permettre la sortie de l'enfant ; je distinguai la tête à travers les parois de la tumeur. Ce cas extraordinaire me détermina à porter le doigt dans l'anus, pour m'assurer si l'orifice de la matrice ne s'y était point dévié, comme je l'avais déjà vu ; mais cela n'était point. Je mandai plusieurs confrères, qui reconnurent tous ce que j'avais remarqué. Pour nous convaincre, nous crûmes nécessaire de voir les parties. Alors nous distinguâmes une petite déchirure qui n'intéressait qu'une partie de l'épaisseur de l'enveloppe de la tumeur. Je crus que cette déchirure indiquait l'endroit où je devais inciser, s'il était nécessaire. Les consultants furent de cet avis. J'opérai sur-le-champ. Je glissai ensuite le doigt dans l'ouverture que j'avais faite : il se trouva dans une cavité dont les parois étaient lisses et humectées. La tête y était contenue. Je ne distinguai aucune trace de col ni d'orifice de la matrice, et j'atteste que j'étais dans sa cavité. Il en sortit, à l'instant de l'opération, une eau bourbeuse ; aussitôt la tête se présenta et franchit l'ouverture que je venais de pratiquer ; sa paroi latérale droite subit une petite dilacération ; le reste du corps de l'enfant ne tarda pas à suivre la tête. Je réintroduisis le doigt dans la cavité que l'enfant venait d'abandonner, et je la trouvai telle que je l'ai dit. Le délivre s'offrit à mon doigt, il sortit promptement. Ma main portée dans la loge isolée ne reconnut que la cavité de la matrice, et rien de semblable à son col ni à son orifice, et je suis très-convaincu que j'ai incisé la partie inférieure de ce viscère, qui a subi quelque engorgement et une légère inflammation.

Du reste, la couche a été franche, et j'ai senti la cicatrice des parois incisées se faire par gradation. Il est cependant resté pendant quelque temps une ouverture suffisante pour l'écoulement des lochies. Deux mois après l'opération, j'ai touché le col et l'orifice de la matrice dans leur état naturel.

Il est probable que l'impossibilité de toucher l'orifice de la matrice avant l'opération a dépendu de l'obliquité contre nature de ce viscère. Du reste, cette observation et celles citées plus haut convainquent que l'opération césarienne vaginale n'entraînera point de danger après elle.

Flamant (2) a consigné un fait à ajouter à ceux qui établissent qu'il arrive quelquefois que l'on ne trouve pas d'orifice à la matrice chez les femmes en travail. Cette observation lui avait été remise par Lobstein.

(1) Lauverjat, *Nouvelle Méthode de pratiquer l'opération césarienne*. Paris, 1788.

(2) Flamant, *De l'opération césarienne, Dissertation à l'occasion du concours qui eut*

OBSERVATION VIII. — Anne-Marie Drech, âgée de trente ans, d'une petite taille, régulièrement conformée, fut reçue à l'hôpital civil de Strasbourg, le 11 janvier 1811, dans le septième mois de sa grossesse.

Le toucher ayant été pratiqué, on reconnut que le col de la matrice offrait une conformation toute particulière : au centre on rencontrait, au lieu d'un orifice, une bride transversale ayant l'apparence d'une cicatrice.

Les premières douleurs commencèrent le 25 avril, mais ne produisirent aucun changement sur le col. J'espérais que l'orifice utérin deviendrait perceptible, et qu'il s'ouvrirait par la suite du travail, et j'étais d'autant plus fondé à le croire, qu'il sortait du vagin une liqueur semblable aux eaux de l'amnios, qu'on aurait teinte de méconium. Cependant toute la journée du 26 se passa sans qu'il parût aucun orifice, quoique les douleurs fussent fortes et continues, et que la tête du fœtus se fût engagée tant soit peu dans le détroit, et eût abaissé la portion du corps de la matrice qui lui correspondait.

Croyant m'être trompé dans la recherche de l'orifice utérin, je portai ma main tout entière dans le vagin, et jusqu'au cul-de-sac que forme ce canal postérieurement ; mais je ne le découvris nulle part.

Il y avait plus de quarante-huit heures que la femme était en travail ; les forces commençaient à s'épuiser ; il était temps de prendre un parti définitif. J'appelai en consultation Flamant et Caillot, qui après avoir scrupuleusement examiné l'état des parties, constatèrent l'absence de l'orifice utérin, et reconnurent avec moi la nécessité de l'hystérotomie vaginale, comme le seul moyen indiqué en pareille circonstance. Cette opération fut pratiquée le 27 avril, cinquante-six heures après le commencement du travail.

Les contractions ayant déjà cessé depuis plusieurs heures, on se détermina à appliquer le forceps dès que la tête du fœtus eut été découverte dans une étendue suffisante. Mais l'extraction en fut difficile ; et deux personnes ayant été obligées de tirer en même temps sur les branches de l'instrument, l'enfant fut amené mort ; les suites de couches ne laissèrent pas d'être heureuses.

L'incision que l'on avait pratiquée sur la paroi antérieure de la matrice avec le bistouri caché, inventé par Flamant pour cette opération, ayant été examinée à diverses reprises, voici ce qu'on observa. Quinze jours après l'accouchement, les quatre lambeaux (de l'incision) avaient disparu, les bords de la plaie étaient arrondis, et il en était résulté un orifice circulaire, mais qui était largement ouvert, au point que la matrice et le vagin ne formaient, pour ainsi dire, qu'une seule et même cavité. Un second examen fait huit jours plus tard fit voir que le nouvel orifice utérin s'était tellement rétréci, qu'on aurait eu de la peine à y introduire une plume à écrire. Lobstein, craignant son occlusion complète, y plaça une sonde de femme : mais cet instrument devint si incommode à l'accouchée, et occasionna des douleurs si vives, qu'il fut contraint de le retirer au bout de six jours. Examinée de nouveau, la division parut oblitérée ; et le lieu où existait l'orifice artificiel n'était plus marqué que par un petit enfoncement entouré de quelques mamelons assez durs, à travers lesquels a dû passer le sang menstruel qui s'annonça deux mois après la section du corps de l'utérus.

lieu en 1811, à la Faculté de médecine de Paris, pour une chaire d'accouchements : Paris, 1811 ; et Gardien, *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, 1818, t. XXIII, p. 303, art. HYSTÉROTOMIE.

§ I. — Causes.

Dans certains cas, la lésion du col dépend d'interventions chirurgicales dans un accouchement antérieur ; dans d'autres, elle dépend de l'inflammation de l'utérus après un travail régulier ; dans d'autres enfin, de l'inflammation utérine après un avortement ; on a vu aussi l'inflammation être liée à une descente de l'utérus. Quelquefois elle fut la conséquence de tentatives criminelles ; une fois enfin l'occlusion paraissait congénitale.

L'état des organes au moment de l'accouchement peut varier beaucoup. On peut trouver la tête coiffée par le col, apparaissant sous la forme d'une tumeur globuleuse, sans orifice ; ou bien il peut y avoir des cicatrices sur la tumeur. Le tissu qui recouvre la tête peut varier en épaisseur et en densité. L'orifice peut manquer tout à fait, la place même n'en est pas indiquée ; il peut y avoir une dépression, ou encore un orifice dont l'aire serait obstruée par une membrane. Ces derniers cas ont été désignés par Naegelé sous le nom de *conglutination de l'orifice*, et il considère la membrane oblitérante comme produite par l'inflammation du col utérin. La résistance de cette membrane varie beaucoup. Ashwell, d'accord avec Naegelé, a observé que cet orifice, normalement très-petit, présente, chez certaines femmes, la forme d'une étroite ouverture circulaire au lieu de celle d'une fente transversale. Dans l'une ou l'autre de ces conditions, l'oblitération complète de l'orifice peut être produite même par une légère inflammation, après la conception, ce qui ne modifierait en rien la santé de la femme, et ne troublerait pas la marche de la grossesse. Il faut se rappeler qu'une pareille oblitération peut n'être accompagnée par aucune autre de ces parties. L'adhérence peut être solide et complète sans qu'il y ait aucune induration squirrheuse. Le col utérin sera poussé en bas par les contractions de l'organe, et la sensation au toucher n'offrira d'autre différence avec l'état normal que l'absence d'orifice (1).

D'autres auteurs ne voient pas dans certains cas un résultat de l'inflammation. Ainsi Jacquemier se demande « s'il y a une véritable agglutination. Cette prétendue membrane, ajoute-t-il, ne serait-elle pas autre chose qu'une portion hypertrophiée de la caduque ? Ces cas ne sont-ils pas plutôt des cas de simple rigidité du col (2) ? »

Autant que j'en puisse juger, il me semble que la plupart de ces observations se rattachent à des faits d'inflammation. Dans d'autres cependant il est probable qu'on a eu affaire à des vices de conformation congénitaux.

Dans les cas précédents, on se demandera si l'inflammation a été postérieure à la conception. Souvent cette hypothèse a pu être regardée comme probable ; d'autres fois, on a pu la mettre en doute. Si l'orifice

(1) Ashwell, *Guy's Hospital Reports*, vol. IV.

(2) Jacquemier, *Manuel des accouchements*. Paris, 1846, t. II, p. 181.