

utérin a été oblitéré avant la conception, comment la fécondation a-t-elle eu lieu ? La question me paraît tout aussi difficile à résoudre que dans certains cas d'occlusion du vagin que j'ai rapportés dans ce livre. Nous devons admettre qu'il a subsisté quelque petit pertuis inappréciable aux recherches les plus minutieuses et qui aurait permis l'accès de la liqueur séminale.

Mattei a publié sur ce sujet (1) un mémoire appuyé sur quarante observations déjà publiées et sur deux faits qui lui sont personnels. Voici quelles sont les conclusions de son travail :

1° L'occlusion complète du col utérin, soit à ses orifices, soit dans sa cavité même, peut se faire par suite d'une inflammation locale ; mais, dans la plupart des cas (19 sur 31 notés), elle résulte de l'organisation du bouchon plastique qui se trouve dans le col pendant la gestation.

2° L'oblitération n'empêche guère la grossesse d'arriver à terme ; quelquefois même elle est cause de son prolongement et ne décèle sa présence qu'au moment du travail. Le toucher seul peut la constater, et si un ou deux doigts ne suffisaient pas à lever les doutes, on doit introduire toute la main dans le vagin.

3° Cette occlusion est ordinairement assez solide pour résister aux efforts naturels du travail (36 fois sur 42), si bien que, dans quelques cas (3 fois sur 42), la femme est morte non accouchée. Dans les cas même où l'on est intervenu un peu tard, on a eu à déplorer souvent la mort de l'enfant (7 fois sur 28 notés), quelquefois même la mort de la mère (2 fois sur 28 notés).

4° Les moyens employés pour diviser l'obstacle ont été l'ongle ou la sonde de femme, lorsque l'obstacle était peu résistant. On peut donc tenter ces moyens. Là où ils ont été insuffisants, on a employé les ciseaux ou le bistouri.

5° Ce dernier a été le plus généralement préféré ; mais comme on doit s'en servir au fond du vagin et ordinairement sans le secours de la vue ; comme il divise des tissus éminemment vasculaires et qu'il occasionne une perte de sang ; comme les angles de la plaie, en l'agrandissant, peuvent propager au loin la déchirure ; enfin, là où la tête du fœtus repose exactement sur les tissus à diviser, comme on peut être exposé à diviser aussi les parties fœtales, pour tous ces motifs, l'usage du bistouri n'est pas sans danger.

6° Dans tous ces cas, on pourra remplacer le bistouri par le bec de la sonde cannelée appuyé avec force, pendant la contraction utérine, sur le point le plus déclive de la tumeur, et lorsqu'il est reconnaissable, sur le point qu'occupe le col. Par ce moyen, que j'ai le premier employé, je crois, on creuse en quelque sorte une ouverture à travers les tissus utérins, tout en évitant les dangers auxquels expose le bistouri.

[Depaul, en 1860, a publié sur ce sujet un mémoire (2) qui ne permet plus de doutes sur les cas d'occlusion complète du col utérin. Comme on

(1) Mattei, *De la dystocie par oblitération complète du col utérin*. (Bull. de l'Acad. de Méd. Paris, 1861-1862, t. XXVII, p. 969.)

(2) Depaul, *De l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme enceinte, et de l'opération qu'elle réclame* (Mém. de l'Acad. de méd., 1860, t. XXIV, p. 491).

l'a vu, cette lésion avait déjà été signalée. Mais Depaul a constaté et fait constater par des témoins tels que P. Dubois, les trois faits qu'il a observés lui-même. Comme l'obstacle ne parvient à la connaissance du médecin qu'au moment de l'accouchement, Depaul dit que les causes n'en peuvent être que très-hypothétiques, et il est convaincu « que ces phénomènes ne peuvent dépendre que de conditions particulières qui nous sont inconnues. » L'oblitération siège soit à l'orifice interne, soit à l'orifice externe ; le doigt suffira le plus souvent à constater l'absence d'orifice, mais l'examen direct au moyen du spéculum sera nécessaire pour préciser le siège et la disposition des cicatrices. Car ce sera sur ce point que devra porter l'action chirurgicale afin d'éviter les accidents que sans elle Depaul regarde comme presque inévitables, tels que rupture du corps de l'utérus, déchirure du col, pouvant s'étendre en dehors de la portion vaginale.

Depaul considère comme un *succès malheureux*, un cas d'oblitération incomplète du col, vaincu par les seuls efforts des contractions utérines, au moment de l'accouchement (1).

Voici, suivant Depaul, le procédé opératoire qu'il faudra toujours adopter dans les cas d'oblitération complète du col : « Le chirurgien devra détruire cette oblitération au moyen de l'instrument tranchant, il incisera le tissu du col à l'aide du bistouri ou mieux des ciseaux ; il arrivera graduellement à perforer la paroi. Après ce premier temps, qui est le plus délicat, on agrandira l'orifice par des débridements multiples en divers sens. « Les suites de l'opération sont presque nulles et mettent la femme dans les conditions d'un accouchement ordinaire. L'innocuité de l'opération est démontrée par les observations de Depaul et par celles qu'il a pu recueillir dans les auteurs.

Ces observations sont au nombre de huit, auxquelles il faut joindre celles que cite Churchill, celles de Gautier (2) et de Thomas de Corral (3), de Baudelocque (4), de Pagan (5).]

§ II. — Diagnostic.

A première vue, il semblerait que le diagnostic dût être des plus simples. Mais dans certains cas d'obliquité extrême de l'utérus, il faut une grande patience et un grand soin pour découvrir l'orifice utérin. Je n'ai jamais eu pour ma part à compter avec des cas de cette nature. Mais si un examen très-minutieux de la tumeur au détroit supérieur n'a pas permis de constater la présence d'un orifice, les contractions, si toutefois il n'y a

(1) *Gazette médicale*, 1837, p. 247, fait publié par le docteur Bleynie.

(2) Gautier, *Journal de médecine* de Corvisart et Leroux, vendémiaire an XII.

(3) Th. de Corral, *Journal de chirurgie*, 1845, t. III, p. 216.

(4) Baudelocque, *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 4 septembre 1854.

(5) Pagan, *The London and Edinburgh monthly journal*, janvier 1842, et *Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1842, t. V, p. 246.

aucun vice de conformation, chassant la tumeur vers le détroit inférieur, on atteindra alors facilement l'orifice, s'il existe.

Quand l'orifice utérin est très-petit, il peut se passer quelques heures avant qu'on le sente parfaitement; mais si les douleurs sont continues, l'orifice deviendra manifeste avant qu'il se soit développé aucun symptôme alarmant.

§ III. — Pronostic.

Dans tous les cas le pronostic est très-sérieux. Le choix n'existe qu'entre l'attente d'une ouverture spontanée, ou l'opération d'une ouverture artificielle. Dans l'une ou l'autre alternative, il y a de graves dangers, soit la mort de la patiente, les douleurs étant insuffisantes à surmonter l'obstacle, soit la rupture de l'utérus.

§ IV. — Traitement.

Parmi les observations que j'ai relatées, on en trouve une où l'on s'est dispensé de toute intervention, à cause de l'existence d'une fièvre vive. La patiente mourut non accouchée.

Dans d'autres, on laissa les accouchées arriver à un point où l'intervention ne fut plus d'aucun secours.

Dans une autre série, plus favorable, l'obstacle céda spontanément après de nombreuses heures de souffrances.

La conclusion que nous pouvons tirer de ces exemples est que nous avons tout à perdre à rester inactifs, et à abandonner la femme aux seules ressources de la nature. Je crois qu'il est du devoir de tout médecin de chercher à enlever ou à détruire l'obstacle aussitôt qu'il en a clairement constaté l'existence, et qu'il a pu supposer que celui-ci est de nature à ne pas céder aux contractions utérines, et avant que les forces de la femme soient épuisées. Dans cinq cas où cette règle de conduite a été suivie, la mère et l'enfant ont été sauvés; et dans quatre autres cas la mère s'est rétablie. Deux fois seulement la mort a suivi l'hystérotomie vaginale, et dans ces deux circonstances l'opération avait été faite tardivement.

Je ne pense pas qu'il y ait plus de danger, si l'incision s'étend au delà des limites prévues, que s'il se produit une déchirure spontanée; et je ne doute pas un seul instant que l'opération faite de bonne heure ne soit d'un grand avantage pour l'enfant. Je ne trouve aucun inconvénient à l'emploi de la saignée et de l'émétique au début du travail, pourvu qu'on ne perde pas trop de temps. Aussi faut-il avoir recours à l'opération, quand on prévoit l'inutilité de ces moyens, et avant que les douleurs deviennent insuffisantes.

Après nous être prononcé sur l'opportunité de l'opération, nous n'aurons pas de peine à nous entendre sur le procédé opératoire. Si l'orifice

est oblitéré par une membrane mince, nous pourrions nous conformer à la recommandation de Naegelé et la traverser avec le doigt, avec la sonde de femme ou tout autre instrument moussé. Si la membrane est trop résistante, ou si nous ne pouvons déterminer le siège du col utérin, il faut, au moyen de ciseaux ou d'un bistouri, faire une incision latérale, bilatérale ou cruciale, assez étendue pour permettre à la tête de descendre. Généralement l'incision n'est pas douloureuse et ne donne lieu à aucune hémorrhagie. Si la femme est épuisée, les contractions peuvent être insuffisantes à expulser l'enfant: nous pourrions être obligés alors de faire usage du forceps, ou plus rarement du crochet; mais ces moyens seront superflus si l'opération est faite de bonne heure. On devra, pendant la convalescence, veiller avec soin à maintenir l'orifice ouvert: il a la plus grande tendance à se refermer, et souvent il sera indispensable de recourir à l'introduction d'un corps étranger, de la charpie enduite d'un corps gras, un morceau d'éponge ou une bougie élastique.

CHAPITRE II

AMÉNORRHÉE.

Les maladies de l'utérus peuvent être divisées en *maladies fonctionnelles* et *maladies organiques*; mais cette division a plus d'avantage en pratique que dans l'étude de la pathologie. Nous ne pouvons guère admettre un trouble fonctionnel sans l'existence possible d'une lésion moléculaire de l'organe malade. Mais il est certain cependant que des troubles même graves peuvent survenir sans que nos moyens d'exploration nous permettent de constater aucune modification organique. Ces considérations ne doivent pas s'appliquer à notre troisième variété de troubles menstruels, car dans cette dernière catégorie il y a, je le crois, toujours lésion organique.

Ces troubles de la menstruation se divisent en trois classes:

- 1° L'aménorrhée, comprenant l'absence complète ou la suppression de la menstruation, et la menstruation supplémentaire;
- 2° La dysménorrhée, c'est-à-dire la menstruation difficile ou laborieuse;
- 3° La ménorrhagie ou menstruation excessive.

Denman, Burns, Hamilton, Dewees, Locock et la généralité des auteurs anglais divisent les troubles de la menstruation comme je l'ai fait moi-même. Blundell ajoute une autre division, sous le titre de *menstruation pernicieuse (offensive catamenia)*; Capuron, Nauche, Boivin et Dugès adoptent une division analogue. Carus comprend dans la menstruation irrégulière le retard dans l'apparition des règles, la menstruation incomplète, l'apparition précoce des règles, et la suppression des règles. Siebold a fait

un chapitre spécial sur l'apparition tardive ou précoce, sur l'écoulement excessif ou insuffisant des règles, sur la menstruation douloureuse et sur la menstruation supplémentaire. A ces divers chapitres, Jøerg en ajoute un sur la menstruation trop fréquente ou trop rare. Mende a adopté un plan analogue. Il est impossible de comprendre dans un seul plan toutes ces variétés. Il y aura toujours des faits qui ne rentreront dans aucun de ces chapitres, offrant des caractères communs avec des faits d'une autre catégorie, et qu'une longue expérience peut seule nous permettre d'élucider.

Il existe une source d'erreurs que je dois signaler, surtout au moment où je m'occupe de la classification des troubles menstruels. Les femmes, pour exprimer que cette fonction s'exécute bien, disent que leurs époques sont régulières. Des deux côtés, un sentiment de pudeur fait qu'on se contente de cette assertion, quand une enquête plus approfondie aurait démontré qu'elles ne sont rien moins que régulières; car il ne faut pas oublier que des variations dans la quantité et dans la qualité de l'écoulement sont tout aussi importantes à noter qu'aucune autre particularité.

[[Ces divisions générales une fois établies, voyons ce que l'on doit désigner sous le nom d'aménorrhée.

M. Raciborski définit l'aménorrhée : « un trouble de la menstruation caractérisé par l'absence de l'exhalation physiologique du sang par la tunique interne de l'utérus (1). »

M. Bernutz donne la définition suivante : « L'aménorrhée est l'absence extérieure complète ou incomplète du flux sanguin périodique auquel les femmes sont mensuellement soumises pendant toute la durée de leur nubilité (2). »

Cette seconde définition est plus complète que la première en ce qu'elle comprend non-seulement l'absence de l'exhalation physiologique du sang par la muqueuse utérine, mais encore ceux où le sang étant exhalé par cette muqueuse n'est pas expulsé au dehors.

D'après cette dernière définition nous pouvons diviser l'aménorrhée en deux classes.

1° Dans la première le sang n'est pas exhalé par la muqueuse utérine ou bien cesse de l'être, nous la désignerons sous le nom d'aménorrhée proprement dite.

2° Dans la seconde le sang est exhalé par la muqueuse utérine, mais il n'est pas épanché au dehors, par suite d'un obstacle siégeant soit au col utérin, soit même à la vulve. — Cette seconde variété sera désignée sous le nom d'aménorrhée par rétention.]]

(1) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868, p. 570.

(2) Bernutz, *Nouveau Dict. de méd. et de chirurgie pratiques*. Paris, 1864, t. II, p. 4, art. AMÉNORRHÉE.

ARTICLE PREMIER.

AMÉNORRHÉE PROPREMENT DITE

[[L'aménorrhée proprement dite comprend deux variétés : 1° la menstruation absente (*emansio mensium*); 2° l'aménorrhée par suppression (*suppressio mensium*)]].

1° MENSTRUATION ABSENTE.

Il existe de très-grandes différences dans les époques auxquelles les règles apparaissent, non-seulement dans les divers pays, mais même dans notre contrée. Généralement, c'est vers quinze ans que les règles apparaissent (1); mais cet âge peut être devancé ou de beaucoup dépassé (2). On constatera, le plus souvent, que ces variations correspondent au degré de développement du corps ou du système génital. Il y a aussi des vices de conformation du système utérin qui ont une grande influence sur cette fonction. Enfin, l'utérus peut fonctionner régulièrement, sans qu'il donne lieu à un écoulement mensuel. Je parlerai plus spécialement de ces deux ordres de faits.

A. Aménorrhée résultant de malformation congénitale.

L'influence des ovaires sur la sécrétion menstruelle a été spécialement étudiée par les physiologistes. Il est adopté qu'ils ne jouent pas seulement un rôle dans la génération, mais qu'ils sont la cause efficiente de la menstruation (3). Nous savons qu'il se produit dans ces organes d'importantes modifications à l'époque de la puberté ou à celle de la ménopause. Dans une observation de Pott, une femme subit l'extirpation de ses deux ovaires, et la menstruation cessa, quoique auparavant les règles se fussent établies en même temps que tous les autres signes de la puberté. On cite des cas où les ovaires étaient ou détruits ou atrophiés, et le même effet s'était produit. Dans quelques observations d'aménorrhée persistante, on a pu, après la mort, constater l'absence des ovaires.

La femme qui se trouve dans ces conditions peut avoir le corps sain et bien développé, la circulation active et régulière, et toutes les fonctions organiques (la menstruation exceptée) en parfait équilibre. Mais les seins ne sont pas saillants, la voix est plus basse, les signes particuliers du sexe moins marqués; les désirs vénériens sont peu développés; des poils ombrent la lèvre supérieure, et il existe un mélange singulier de l'homme et de la femme.

(1) En France, c'est plutôt avant quinze ans qu'après.

(2) Churchill, *Theory and practice of midwifery*, p. 51.

(3) Churchill, *ibid.*, p. 60.