

justiciables d'interventions qui ne diffèrent en rien de celles qu'on pratique quand le vice de conformation est acquis.

VICES DE CONFORMATION ACQUIS DE L'UTÉRUS.

Atrésies et sténoses de l'utérus. — C'est le col qui est le siège des atrésies et des sténoses.

L'*atrésie du col* consiste dans l'occlusion ou l'imperforation de l'orifice du museau de tanche.

L'atrésie peut être *congénitale* ou *acquise*.

Congénitale, elle s'accompagne généralement d'autres malformations du canal vagino-utérin et donne lieu à des rétentions dans la cavité utérine, lorsque la menstruation s'établit; l'hématomètre en est la conséquence.

L'*atrésie acquise* succède à des traumatismes accidentels ou chirurgicaux ou dystociques, ou encore à des cautérisations, à des ulcérations.

Les opérations défectueuses sur le col, celles qui ont suppuré par suite d'une réunion imparfaite, donnent lieu à des atrésies souvent très marquées; le col peut être atrésié par suite de la cicatrisation d'une surface escarrifiée pendant un accouchement; les cautérisations et les caustiques chimiques énergiques, comme le chlorure de zinc en pâte ou en solution concentrée (1/3, 1/5) avec le cautère potentiel ou même le thermocautère, peuvent amener des atrésies de l'orifice du col.

Pozzi admet que l'orifice du museau de tanche peut s'oblitérer avec l'âge. De fait, chez certaines femmes âgées à col atrophique, la perméabilité a absolument disparu.

Lorsque l'atrésie existe chez une femme encore réglée, elle se manifeste par l'accumulation, au moment des règles, du sang dans l'utérus et dans les trompes; toujours l'oblitération complète est précédée dans ces cas de signes d'un rétrécissement progressif de l'orifice se manifestant par de la dysménorrhée, des douleurs vives au moment des époques qui s'établissent plus ou moins péniblement. Lorsque l'atrésie se produit chez la femme qui n'est plus réglée, elle peut ne donner lieu à aucun accident lorsque l'utérus n'est pas infecté; celui-ci s'atrophie alors et ne réagit pas. Quand l'utérus est infecté, il peut en résulter des accidents graves de rétention de sécrétions purulentes (pyométrie) ou de gaz (physométrie).

Le traitement consistera à inciser l'imperforation, à rétablir la perméabilité du col et à la maintenir: puis, s'il est nécessaire, à désinfecter la cavité utérine.

La *sténose* est le rétrécissement du col. Comme l'atrésie, elle peut être *congénitale* ou *acquise*.

Quand elle est *congénitale*, le col est ordinairement conformé en cône, en museau de tapir.

Le col, pointu comme un pain de sucre, est long et percé à son sommet d'un tout petit orifice. Lorsque la lèvre antérieure déborde un peu, le col prend la forme tapiroïde. La sténose congénitale peut être encore le résultat d'une antéflexion qui efface le calibre du canal cervical plutôt qu'il le rétrécit.

La sténose *acquise* reconnaît les causes que nous avons signalées plus haut pour l'atrésie. Toutefois, le procédé caustique du chlorure de zinc de Dumontpallier dans le traitement des métrites doit être particulièrement signalé comme néfaste et accusé de grands méfaits au point de vue de la production des sténoses acquises du col utérin. Il en est de même des opérations mal faites de Schröder, de Simon, etc.

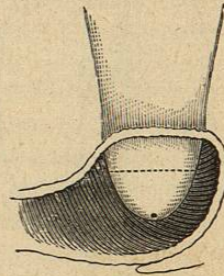


Fig. 159. — Hypertrophie conique du col.

La sténose du col intéresse généralement le canal qui fait suite à l'orifice du museau de tanche; au-dessus du rétrécissement, le canal cervical peut être dilaté en ampoule et retenir les sécrétions visqueuses qui ne peuvent pas s'écouler par le trajet sténosé; dès que celui-ci est franchi par un cathéter, une petite bougie, celle-ci se meut à l'aise dans la cavité ampullaire qui le surmonte. Lorsque le rétrécissement acquis du col est très étroit, au centre d'un tissu cicatriciel qui envahit tout ou partie de la hauteur du canal cervical, lorsqu'il y a en même temps infection utérine, il n'est pas rare de constater, avec de l'endométrite corporelle, des lésions de salpingite par rétention et distension.

D'après Pozzi et la plupart des auteurs, la stérilité et la dysménorrhée seraient les deux principaux symptômes des rétrécissements du col qui se compliquent ordinairement de métrite par suite de la stagnation des sécrétions. Ainsi se trouverait constituée une des formes de la métrite virginal dans les cas de sténose congénitale.

Lorsque les lésions sont plus sérieuses, il n'est pas rare de voir les sténoses du col se compliquer de suppurations tubaires et pelviennes.

L'examen au spéculum montre le col absent lorsqu'il a été amputé, au milieu un petit orifice dans lequel on peut insinuer le bout de l'hystéromètre; mais il est impossible de l'enfoncer et il faut se servir soit de stylets minces, soit de petites bougies olivaires en gomme ou en baleine pour pénétrer, et cela à frottement, dans la cavité utérine. Il est des cas où le cathétérisme est tout à fait difficile et ne peut être réussi qu'au bout de plusieurs séances de recherches; il est même impossible lorsque la sténose est très accentuée.

Le traitement de la sténose du col varie suivant les cas.

Le plus simple, quand la sténose n'est pas très accentuée, qu'elle soit congénitale ou acquise, est de faire la dilatation, à l'aide de très minces tiges de laminaire. Il faut que la dilatation soit maintenue à

l'aide du passage, tous les quatre jours, de bougies d'Hegar, et cela surtout quand il y a une dysménorrhée sérieuse.

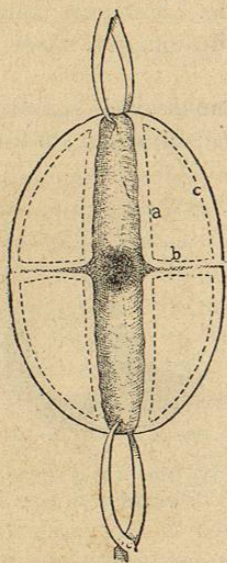


Fig. 160. — La dissection bilatérale est faite. On voit en pointillé le tracé des incisions sur les quatre commissures.

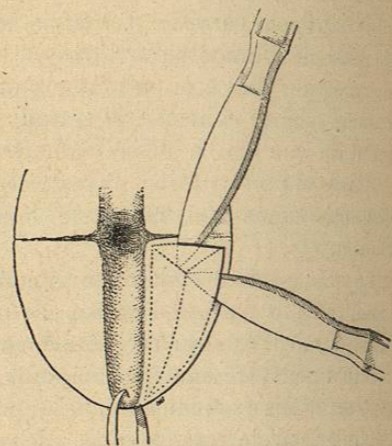


Fig. 161. — Montrant la façon d'incliner le bistouri pour creuser l'évidement.

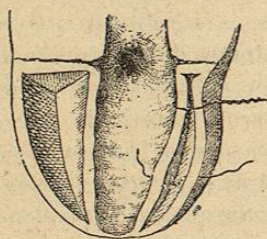


Fig. 162. — Montrant le résultat obtenu par le serrement d'un fil.

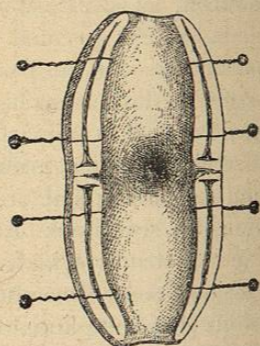


Fig. 163. — Tous les fils sont serrés, modérément, de façon à combler l'évidement, mais en laissant une petite commissure nécessaire à la bonne rétraction dans la cicatrisation définitive.

(D'après Chabry.)

Pour maintenir la dilatation, on a utilisé des tiges laissées à demeure dans l'utérus pendant plusieurs mois. Lefour, Petit ont proposé des modèles de tige qu'on peut ainsi laisser dans l'utérus sans inconvénients, surtout dans les cas de sténoses congénitales ou cicatricielles. Leur usage est absolument contre-indiqué lorsqu'il existe des lésions inflammatoires péri-utérines. Lorsque la dilatation

est insuffisante, lorsque la récurrence survient avec une grande facilité et rapidité, il faut recourir à une intervention ayant pour but d'exciser la portion cicatricielle du col, puis de reconstituer un orifice large en suturant la muqueuse vaginale à la muqueuse utérine. Nous n'insisterons pas sur la dilatation sanglante par les procédés de Sims et de Simpson, en ne citant que la façon de faire de Seelmann (1) qui évide le col avec des sortes de fraises.

Pozzi (2) décrit une nouvelle opération applicable à la sténose congénitale du col, à laquelle il donne le nom d'évidement commissural du col et qui conviendrait surtout aux longs cols coniques avec rétrécissement de l'orifice et de la partie inférieure du canal cervical.

Chabry (3) a consacré un mémoire très intéressant à cette opération originale qui consiste, après section bilatérale du col, de façon à étaler les deux petites gouttières muqueuses du col, à exciser de chaque côté des coins, à évider les commissures et à suturer ensuite la muqueuse vaginale et utérine. L'inconvénient, à notre avis, est d'avoir un col en bec de canard.

L'opération préconisée par Bouilly, et consistant dans l'ablation de deux segments antérieur et postérieur de la substance du col, peut très bien convenir dans les cas de sténose.

Dans certains cas, à la suite de cautérisations intenses, le conduit utérin a été complètement oblitéré et malgré toutes les tentatives on n'a pu rétablir son calibre. La seule ressource, si la femme est réglée, c'est de pratiquer l'hystérectomie vaginale ou plutôt la castration totale.

Atrophie de l'utérus. — L'atrophie de l'utérus peut être congénitale ou acquise.

L'atrophie congénitale ou atrophie évolutive de Pozzi est le résultat d'un véritable arrêt de développement. A l'époque de la puberté, l'utérus reste petit et infantile et en même temps on observe une absence de menstruation; si les règles existent, elles sont peu abondantes et douloureuses; la plupart du temps les jeunes filles ainsi atteintes sont sujettes à des troubles nerveux variés; ce sont des dégénérées.

Rien à faire, comme traitement local, dans ces cas; le traitement général tonique associé à l'hydrothérapie pourra quelquefois accentuer une évolution qui ne se fait que lentement, comme à regret.

Les atrophies acquises s'observent tantôt chez la femme en pleine activité sexuelle, tantôt chez la femme ayant dépassé la ménopause. L'atrophie, dans le premier cas, se produit chez les femmes après

(1) SEELMANN, Treatment of Contractions or Stenosis of the uterine Canal (*Amer. Journ. of the med. Assoc.*, p. 305, 1895).

(2) POZZI, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XIX, p. 93, 1893.

(3) CHABRY, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, t. II, p. 387, 1898.

l'accouchement ; il y a, pour ainsi dire, sous l'influence d'une lactation prolongée, de pertes de sang, d'une infection, hyper-involution : la régression utérine dépasse son niveau habituel.

Thorn (1), Frommel (2), Döderlein (3), Bouquet (4) ont insisté sur ces différentes causes. Frommel a surtout décrit l'atrophie de la lactation (Lactationsatrophie).

L'atrophie utérine peut se montrer sous deux formes principales.

L'atrophie est dite excentrique quand, la longueur de la cavité utérine étant conservée, les parois utérines sont devenues plus minces et moins résistantes.

L'atrophie est dite concentrique, lorsque tout l'utérus est diminué, cavité et musculature.

L'atrophie sénile s'observe chez toutes les femmes après la ménopause et ne peut être considérée comme pathologique ; il n'en résulte en effet aucun trouble sérieux et elle est quelquefois d'autant plus considérable que la femme a eu plus d'enfants.

Pour les atrophies pathologiques post-puerpérales ou post-inflammatoires, le traitement doit être surtout un traitement général et un traitement local destiné à réveiller l'activité de l'utérus (irrigations et lavements d'eau très chaude, douches périnéales, etc.).

L'atrophie consécutive à la lactation disparaît généralement dès que la femme cesse de donner le sein.

CORPS ÉTRANGERS DE L'UTÉRUS.

Nous comprendrons sous ce titre tous les corps solides introduits dans la cavité utérine soit par les voies naturelles, soit par des voies accidentelles. Nous n'y engloberons pas les produits physiologiques ou pathologiques qui peuvent s'y développer soit à l'état de gestation, soit à l'état de vacuité.

Poulet (5), un des premiers, a réuni dès 1879 une dizaine d'observations. Plus récemment Caraës (6), puis Albertin (7) ont rapporté des faits nouveaux. Neugebauer (8) a publié en 1897 un mémoire avec 550 observations dont le plus grand nombre se rapportent à toute autre chose qu'à des corps étrangers proprement dits (échinocoques, fibromes calcifiés, portions de squelette, voire des anses intestinales). C'est à peine, comme le fait remarquer De Bovis (9) si 63 cas peuvent

(1) THORN, *Zeitschr. für Geburtshilfe und Gynæc.*, p. 57, 1889.

(2) FROMMEL, *Ibid.*, p. 305, 1882.

(3) DÖDERLEIN, *Lehrbuch der Gynæc. von Veit.*, Bd II, p. 391.

(4) BOUQUET, Des atrophies utérines post-puerpérales, thèse de Paris, 1895.

(5) POULET, *Traité des corps étrangers*, Paris, 1879.

(6) CARAËS, thèse de Paris, 1894.

(7) ALBERTIN, *Prov. médicale*, 9 et 16 mars 1895.

(8) NEUGEBAUER, Die Fremdkörper des Uterus Breslau (*Preuss und Junger*, 1897).

(9) DE BOVIS, Des corps étrangers de l'utérus (*Sem. médicale*, 19 mars 1898, p. 115).

être retenus sur les 550 rassemblés. Il y a ajouté de son côté 18 faits nouveaux, ce qui porte à 81 le bilan sur lequel il s'est basé pour donner un très bon exposé de la question.

Étiologie. — Les corps étrangers de l'utérus sont rares. Caraës explique cette rareté par la petitesse de l'orifice utérin au moins chez les nullipares, par la différence de direction des axes du vagin et de l'utérus, par l'insensibilité du col aux excitations vénériennes. On peut les diviser d'après De Bovis en cinq catégories : 1° *par manœuvres abortives* ; 2° *d'origine thérapeutique* ; 3° *d'origine névropathique* ; 4° *d'origine accidentelle ou mentale* ; 5° *d'origine érotique*.

Les *manœuvres abortives* sont en cause dans plus de la moitié des observations. Inutile d'insister sur le mécanisme de l'introduction : l'instrument dont se sert la femme ou sa complice se brise pendant les manœuvres ou échappe et pénètre dans l'utérus. Ce sont tantôt des épingles à cheveux, des aiguilles à tricoter, des crochets en métal ou autre substance, tantôt des morceaux de bois, des baguettes, etc.

Chez les multipares, le fait est observé plus souvent et l'introduction est favorisée par la béance du col, par le plus ou moins d'abaissement de l'utérus.

Les observations d'Herzfeld et d'Oldag nous montrent des femmes écouvillonnant ou injectant leur cavité utérine avec une soigneuse périodicité et dans l'attitude la meilleure.

La *thérapeutique utérine et intra-utérine* est responsable d'un certain nombre de corps étrangers de la matrice.

Pessaires à tiges, pessaires à coupe, à plateau constituent une première catégorie ; une seconde comprend des morceaux d'éponge préparée, des fragments de laminaire, d'électrodes. Nous nous sommes deux fois trouvés en présence de laminaires rompues restées dans la cavité utérine.

Les *corps étrangers d'origine érotique* sont très rares ; c'est à peine si De Bovis a pu réunir trois observations.

Decès (de Reims) a vu deux hystériques qui s'introduisaient l'une un caillou, l'autre un os de lapin ; la dernière prétendait accoucher d'os de fœtus.

Plus rares encore sont les *corps étrangers accidentels*. Dans un cas de Haigh Martin (1), un fragment de tuyau de pipe passa de la vessie dans l'utérus par migration ulcéreuse ; Thomann (2) a vu une aiguille introduite par une fistule ombilicale passer dans la cavité utérine ; on tenta de l'extraire par laparotomie et la malade mourut. Il est certain que le cure-oreilles que Bazy (3) a présenté à la Société de chirurgie avait été introduit dans la cavité utérine pour amener un

(1) HAIGH MARTIN, *Gaz. des hôp.*, 6 janvier 1838, p. 30.

(2) THOMANN, *Centralbl. für Gynæk.*, 23 juillet 1887, p. 485.

(3) BAZY, *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 23 mars 1898, p. 322.