

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.



avortement : la femme était enceinte de deux mois et avait un léger prolapsus favorable à la manœuvre.

C'est pendant la période d'activité génitale que les corps étrangers de l'utérus se rencontrent le plus souvent. Chez les femmes âgées, on ne trouve guère que les pessaires destinés à soutenir des utérus prolapsés. Voici comment De Bovis explique leur pénétration dans l'utérus : « Le pessaire a tout d'abord à supporter le poids de l'utérus ; le col qui repose sur lui est sans doute plus ou moins béant, un peu gros et un peu ramolli sous l'influence des accouchements antérieurs, du prolapsus, de la congestion chronique, conséquence de la plose génitale. D'autre part, la pesée utérine est aggravée par les moindres efforts de la malade. De son côté, le pessaire, grâce à un long séjour dans le vagin en passe d'atésie sénile, s'immobilise de plus en plus (quand il n'entre pas dans les parois mêmes du vagin).

« Le col se tasse donc sur le corps étranger, les culs-de-sac vaginaux distendus par le pessaire tiraillent peut-être l'orifice cervical et, à la longue, celui-ci se dilate et embrasse progressivement le corps étranger, jusqu'à ce qu'il l'ait dégluti. » Nous croyons que c'est surtout au ramollissement et probablement à l'ulcération par pression que sont dues ces pénétrations si bizarres.

**Anatomie pathologique.** — Les corps étrangers de l'utérus sont presque toujours situés dans la cavité de l'organe, soit celle du corps, soit celle du col : pour peu qu'ils soient allongés, ils occupent la cavité utérine dans une plus ou moins grande étendue en se plaçant suivant son axe ; lorsqu'ils sont pointus, ils peuvent perforer le tissu utérin, s'y implanter, même traverser la paroi et entrer dans le ventre. Lorsque l'utérus est en état de gestation, ou est encore volumineux après un accouchement, les corps étrangers qui y sont introduits peuvent se placer dans des situations variables, obliquement, en travers.

Lorsqu'un corps étranger rigide est pendant quelque temps en contact avec la muqueuse utérine, il est rare qu'il ne produise pas une ulcération à l'endroit où s'exerce une pression ; presque toujours des signes d'inflammation plus ou moins franche de l'endomètre se manifestent.

Lorsque le corps étranger est pointu ou presque, il s'implante dans le tissu utérin, l'embroche, perfore même la paroi dans toute son épaisseur, et peut blesser soit un des autres organes de la génération, soit la vessie, soit l'intestin, gros ou petit. Dans une observation de Clinton Cushing, une épingle avait embroché en même temps l'utérus et le vagin ; dans une autre de Liebman, l'utérus et l'ovaire avaient été blessés.

Les accidents sont presque toujours d'ordre inflammatoire : tantôt des phlegmons et abcès pelviens produits par la perforation ou l'ulcération, avec péritonite concomitante ; tantôt des péritonites loca-

lisées ou généralisées. Ces dernières résultent la plupart du temps de perforation du fond de l'utérus. Quand la vessie ou l'intestin ont été ouverts, il en résulte des fistules soit vésico, soit intestino-utérines.

Lorsque les corps étrangers sont durs, d'un tissu difficilement altérable, ils ne subissent guère de modifications ; les tiges et aiguilles métalliques s'oxydent et peuvent devenir cassantes ; les morceaux de bois se ramollissent, deviennent friables : tel un crayon en bois retiré par Crawford (1). On a observé quelquefois l'incrustation des corps étrangers par des sels calcaires donnant ainsi naissance à de vrais calculs. Brugnatelli (2) nous rapporte une observation où un os de poulet était inclus dans un calcul et ne fut découvert que par un trait de scie. Chez une malade de De Bovis, la portion de corps étranger qui était dans le vagin était recouverte de concrétions blanchâtres et friables. Chez une autre de Walk (3), une bobine qui avait ulcéré l'utérus et la vessie était entourée par des concrétions calculeuses phosphatiques.

**Symptomatologie.** — Elle varie suivant que l'utérus est vide ou gravide. Le corps étranger dans un utérus gravide provoque généralement un décollement plus ou moins étendu de l'œuf et une fausse couche se produit : le corps étranger peut être expulsé en même temps.

Le plus souvent, l'avortement suit presque immédiatement l'introduction du corps étranger ; quelquefois il se passe un temps plus ou moins long jusqu'à ce que la fausse couche se produise, deux à trois mois dans un fait de Barwell (4).

Lorsque le corps étranger est enlevé très rapidement, que les lésions de l'œuf n'ont pas été considérables ou suffisantes, il peut arriver que l'avortement soit évité. Une malade de Hughes accoucha cinq mois plus tard. Presque toujours sa nature et sa forme rendent sa tolérance bien difficile. Cependant, dans un cas de Zuhmeister (5), une paysanne porta pendant six mois une tige de bois qu'elle s'était enfoncée dans la matrice.

Quoique toléré d'abord, le corps étranger peut amener rapidement une péritonite qui peut être mortelle. Celle-ci se produit par perforation, ulcérations du tissu utérin sans grande réaction jusqu'à ce que le péritoine ou le tissu cellulaire soit atteint et infecté.

Les symptômes de l'intolérance sont des douleurs plus ou moins accusées, dans le bas-ventre, les reins, avec irradiation, ténésme vésical et rectal, des métrorragies plus ou moins abondantes ; un écoulement leucorrhéique qui apparaît avec les signes d'une métrite

(1) CRAWFORD, *Med. and Surgical Reporter*, 15 déc. 1888, p. 742.

(2) BRUGNATELLI, *Litologia umana, ossia Ricerche sulle sostanze petrose que si formano nel corpo*, p. 68. Pavia, 1819.

(3) WALK, *Journal akonets. ijensk. boliet.*, p. 775, 1896.

(4) BARWELL, *Lancet*, 31 octobre 1874, p. 625.

(5) Cité par POULET, p. 626.



infectieuse plus ou moins accentuée. Si cette dernière se développe, presque toujours avec elle se dessine une paramétrite se traduisant par de la fièvre, de la douleur au toucher et à la palpation, la sensation d'une immobilité utérine avec masses inflammatoires péri-utérines dans le ventre et le petit bassin.

C'était le cas d'une femme dont Mittermaier (1) rapporte l'intéressante histoire. Il fut obligé de pratiquer une hystérectomie vaginale pour des accidents graves dus au séjour d'une soie qui avait servi à lier un pédicule de polype intra-utérin.

Lorsque l'utérus n'est pas gravide, la présence du corps étranger n'est marquée d'abord que par des signes assez indifférents. Douleur légère ou nulle, frayeur, angoisse spéciale chez les nerveuses ; chez une femme qui avait une sangsue dans l'utérus, il y eut des convulsions et des douleurs intolérables du côté de l'ovaire droit.

La période de tolérance est généralement beaucoup plus grande que lorsqu'il s'agit de matrices gravides et Pichevin fait remarquer justement que cela dépend beaucoup de la septicité du corps étranger ; il faut faire intervenir en outre l'état des voies génitales de la femme, leur aptitude morbide.

Lorsque l'intolérance se manifeste, elle s'annonce, comme plus haut, par des douleurs, des tranchées, des métrorragies, de la leucorrhée, etc., etc.

Au toucher, le col est fermé ou béant.

Le corps de la matrice peut être augmenté de volume, comme hypertrophié, en sorte qu'on a au premier abord l'idée d'une grossesse.

Les symptômes généraux sont nuls ou peu accentués. On a cependant signalé des troubles nerveux, tels que crises convulsives, hystéro-épilepsie, mélancolie, qui disparaissent dès que le corps étranger fut enlevé.

Tandis que certains d'entre eux troublent profondément la vie de la femme, d'autres restent silencieux et retentissent à peine sur l'appareil génital. L'expulsion spontanée a été observée pour les utérus non gravides. Une sangsue sortit seule au bout de trois heures. Albertin (2) vit une tige de laminaire expulsée au bout de dix mois. Chez une malade de Polosson, une électrode brisée put être expulsée au bout de huit jours d'un utérus myomateux.

Lorsque l'utérus est sénile, la tolérance est encore bien plus remarquable et il n'est pas rare de voir des hystérophores, des pessaires à cupule, insinués dans un utérus pendant des mois et des années sans amener de grands troubles ; il arrive cependant un moment où une leucorrhée plus ou moins fétide, accompagnée de douleurs, amène la femme à consulter le chirurgien.

Lorsqu'il y a ulcération et perforation, les aboutissants sont,

(1) MITTERMAIER, *Centralbl. für Gynæk.*, p. 1417, n° 48, 1897.

(2) ALBERTIN, *Province médicale*, 9 et 16 mars 1895.

pour tous les cas, les inflammations péritonéales et péri-utérines, parfois des fistules faisant communiquer la cavité utérine avec l'intestin et la vessie, ou bien ouvertes au dehors comme en témoignent les faits de Foltz (1) et de Rullier (2). Crawford et Freund ont trouvé l'un un crayon, l'autre une épingle dans l'abdomen.

**Diagnostic.** — Le diagnostic des corps étrangers d'origine thérapeutique est facile. Il s'agit d'un accident auquel on pare le plus vite possible.

Les commémoratifs sont ordinairement nuls ou faussés lorsqu'il s'agit de corps étrangers introduits dans un but inavouable, lorsque des complications sérieuses ne poussent pas d'emblée à une exploration utérine.

Quoi qu'il en soit, lorsque le corps étranger est dans l'utérus, il peut se faire, quand le col est entr'ouvert, qu'il soit facilement senti par le toucher vaginal ou le palper bimanuel ; un spéculum vaginal permet quelquefois de voir son extrémité plus ou moins libre à l'orifice du col et même dans le vagin.

Quand il ne peut être senti directement et qu'on en soupçonne la présence, il faut dilater le col, abaisser l'utérus, et faire une exploration méthodique de la cavité, soit au doigt, soit à l'hystéromètre.

Lorsque sa consistance est molle, qu'il est implanté, caché dans la paroi, il peut échapper à toutes nos recherches et c'est en traitant les accidents auxquels il donne lieu qu'on arrive à le trouver.

Le diagnostic des pessaires enfouis dans la matrice est quelquefois très simple, quelquefois très difficile, suivant l'accès qu'on a sur le corps étranger. La malade nous est quelquefois amenée avec le diagnostic de cancer alors qu'il s'agit d'altérations dues au séjour plus ou moins prolongé d'un hystérophore. Il s'agit presque toujours alors d'utérus séniles.

En terminant cette étude de diagnostic, un mot sur l'*hystéroscopie*, ou examen de la cavité utérine à l'aide d'instruments analogues au cystoscope et dont on trouve la description dans la thèse de Gogrel sur l'hystéroscopie (3).

L'hystéroscopie a permis de reconnaître dans certains cas des corps étrangers qu'on ne soupçonnait pas, ou qui avaient été pris pour une tumeur.

**Traitement.** — L'intervention qui s'impose toujours peut être singulièrement facile, quand il s'agit de ces cas où un fragment plus ou moins allongé est facilement accessible par le vagin et l'orifice du col entr'ouvert. Il suffit alors, après avoir appliqué le spéculum ou en se guidant avec le doigt, d'aller saisir la partie saillante avec une pince et de l'extraire.

(1) FOLTZ, *British med. Journal*, 17 déc. 1870, p. 650.

(2) RULLIER, *Arch. gén. de méd.*, sept. 1823, p. 80.

(3) GOGREL, thèse de Paris, 1897.



Quand il s'agit de crochets implantés dans la paroi, il faut prudemment et doucement dégager la partie recourbée, après avoir largement dilaté la cavité utérine soit à l'aide des laminaires, soit avec des tampons, soit encore avec les bougies d'Hegar.

Dès que l'intervention est un peu délicate, on chloroformisera la patiente, pour ne pas être gêné par des mouvements intempestifs.

Lorsque le corps étranger est difficilement accessible, que l'utérus est fermé, il faut, avant tout, le dilater ou l'inciser; la dilatation du col lente et extemporanée une fois obtenue, se conduire différemment suivant les cas si variés qui se présentent.

Les manœuvres doivent être très douces et on arrive, avec de la patience et une asepsie aussi parfaite que possible, à se rendre maître de la situation et à prévenir les complications.

Lorsque le corps étranger est impossible à aborder et à retirer, par le col dilaté ou incisé, il ne faut pas hésiter, plutôt que de se livrer à des manœuvres incertaines et violentes dans la cavité, à abaisser l'utérus, à désinsérer le vagin en avant, puis à faire une hystérotomie médiane antérieure qui, après décollement de la vessie, ouvrira largement la cavité utérine et permettra son exploration méthodique d'abord, et l'extraction du ou des corps étrangers ensuite.

Lorsque des complications inflammatoires sont survenues, la scène change; ce sont elles qui occupent la première place, d'autant plus que le corps étranger est alors généralement ignoré. C'est en les combattant par la laparotomie, la colpotomie, l'hystérotomie vaginale, la castration totale vaginale et abdominale, que l'on trouve le corps du délit et qu'on le retire en même temps. Presque toujours il s'agit d'interventions graves, mettant les jours de l'opérée plus ou moins en danger.

#### LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'UTÉRUS.

Les traumatismes peuvent atteindre l'utérus dans deux états très différents; ou bien il est vide, ou bien il est en état de gestation plus ou moins avancée.

**Traumatismes de l'utérus vide.** — Les traumatismes à l'état de vacuité s'observent dans deux conditions différentes: tantôt il s'agit d'un accident, tantôt il s'agit d'un traumatisme, une exploration, une intervention, véritable accident produit par le chirurgien sur un utérus généralement malade; presque toujours il s'agit de perforations et c'est sous le titre de *perforations gynécologiques* que nous les étudierons.

Les *traumatismes à l'état de vacuité et accidentels* sont rares, l'utérus étant très bien protégé par la ceinture pelvienne et entouré d'organes, vessie en avant, rectum en arrière, dont les blessures priment de beaucoup les siennes. Tantôt ces traumatismes sont produits à tra-

vers le bassin et l'abdomen, tantôt à travers le vagin; lorsqu'ils le sont par le vagin, presque toujours intervient un corps étranger dont la présence vient compliquer le tableau pathologique.

Ce sont des blessures par instruments piquants, tranchants, contondants, par armes à feu, par coups de revolver. Les symptômes de la blessure de l'utérus ne présentent rien de spécial et sont à mettre au second rang, étant donnés ceux que produisent les blessures de la vessie, de l'intestin, des gros vaisseaux, etc., etc.

Conner (1) signale, après une plaie perforante de l'utérus, la possibilité d'une fistule qui donnerait issue au sang menstruel.

**Des perforations utérines gynécologiques.** — C'est pendant les interventions chirurgicales qu'on a observé des plaies de la paroi utérine, tantôt perforantes, pénétrant dans le péritoine ou le tissu cellulaire, pelvien, péri-utérin, tantôt n'intéressant qu'en partie le parenchyme de la matrice.

L'accident se produit tantôt pendant une opération par curettage pour un cancer, tantôt et beaucoup plus fréquemment pendant une hystérométrie, une *dilatation*, produisant un véritable éclatement, pendant un curettage d'un utérus atteint de métrite, et surtout de métrites post-puerpérales, lorsqu'il n'a pas subi sa complète involution.

Lorsqu'il s'agit d'un cancer ayant ramolli les parois utérines après les avoir détruites en plus ou moins grande partie, la curette maniée avec trop de vigueur peut traverser soit la cloison vésico-utérine, soit l'utérus au niveau de ses parois postérieure et antérieure péritonéales. Le chirurgien qui intervient dans ces conditions doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de cet accident et être très prudent.

Lorsque l'accident arrive, on sent tout à coup un défaut de résistance: l'instrument pénètre soit en avant, soit en arrière, au delà des limites habituelles. Si la perforation est vésico-utérine, on en est aussitôt prévenu par l'écoulement d'une certaine quantité d'urine, si toutefois la vessie en contient; par la production consécutive d'une fistule vésico-vaginale, qui dans la suite se refermera quelquefois spontanément par les progrès du cancer, qui tantôt persistera.

Si la perforation est postérieure, ce qui est peut-être plus fréquent, le seul signe est une absence de résistance et la possibilité d'enfoncer la curette. Cet accident nous est arrivé deux fois pendant un nettoyage de cancers autrement inopérables. Les deux opérées ont guéri; chez l'une, après avoir bien nettoyé l'utérus, nous avons fait la suture au catgut de la fissure; chez l'autre nous n'avons rien fait que le tamponnement à la gaze iodoformée. S'agit-il de perforation sur des utérus atteints de métrites, tout à coup, pendant une hystérométrie, une dilatation extemporanée à l'aide des bougies d'Hegar, un redressement d'une rétroversion mobile à l'aide d'un redresseur ou de tout autre

(1) CONNER, *Encyclopédie intern. de chirurgie*. Paris, 1890, t. II, p. 676.