

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.

instrument rigide, ou bien encore pendant un curettage avec une curette mousse ou tranchante, l'on sent un défaut de résistance et l'instrument s'enfonce dans des proportions telles qu'on ne peut facilement admettre qu'il est encore dans l'utérus, au delà de 15 centimètres, alors qu'une mensuration précédente avait donné de 7 à 9 centimètres comme longueur de la cavité utérine.

Il faut bien séparer les faits dans lesquels il s'agit de perforations et ceux où, dans un utérus flasque à parois ramollies, non encore revenu sur lui-même après un avortement ou un accouchement, ou encore une dilatation avec les tiges de laminaire, l'on pénètre plus profondément qu'on ne s'y attendait, mais cela sans avoir éprouvé cette sensation de résistance vaincue, si légère fût-elle? Il nous est arrivé, une fois entré dans la matrice, d'avoir la sensation d'un espace beaucoup plus grand que celui auquel nous nous attendions; mais toujours alors, en enfongant doucement, on trouve l'obstacle formé par le fond utérin qui se laisse déprimer au maximum, mais sans perforation. Il y a des cas où cette paroi est tellement flasque, tellement molle qu'elle coiffe l'instrument comme une vessie inerte.

La perforation n'est dans ces conditions qu'une question de poussée un peu violente; elle se ferait avec facilité chez nombre de sujets.

Lorsqu'il s'agit de perforations par l'hystéromètre, la bénignité est vraiment très grande. Déjà Demarquay, dès 1873, en avait fait la remarque. Nous nous souvenons parfaitement du nombre de fois où il nous fit toucher l'hystéromètre à travers la paroi abdominale, sans que, même à cette époque où l'antisepsie était inconnue, n'ait éclaté aucune complication. Son élève Dupuy (1) a rapporté 17 observations sans aucun accident. Tous les gynécologues pourraient en citer. Colle (2) en rapporte un cas de Folet où la perforation par l'hystéromètre fut dûment constatée au cours d'une laparotomie pour péritonite tuberculeuse ascitique. Elle n'avait donné lieu à aucun accident. Tout récemment, un certain nombre de faits probants ont été publiés; tels sont ceux de Courant (3), de Oberdrech (4), de Rosenfeld (5).

Nous avons nous-même observé deux fois la perforation utérine: une première fois par un dilateur d'Hegar, alors que chez une femme jeune atteinte de rétroversion douloureuse nous tentions le redressement avec grande douceur de la matrice; une seconde fois, l'instrument pénétra par les parties latérales de la matrice et alla s'engager le long de la trompe entre les deux feuillets du ligament large; nous pratiquâmes les deux fois la laparotomie; la première fois non pas tant pour traiter la plaie utérine que pour faire l'hystéropexie abdo-

(1) DUPUY, thèse inaugurale de Paris, 1874.  
 (2) COLLE, Des perforations utérines en gynécologie, thèse de Lille, 1892.  
 (3) COURANT, *Centralbl. für Gynæk.*, XXI, p. 1411, 1897.  
 (4) OBERDRECH, *Ibid.*, n° 49, 1897.  
 (5) ROSENFELD, *Ibid.*, n° 71, p. 278, 1898.

minale; l'autre fois pour nous rendre compte des dégâts produits et y remédier, d'autant plus qu'il s'agissait d'un utérus infecté. Il n'y avait pas de sang dans l'abdomen; les deux malades guérèrent sans encombre.

En somme, les perforations utérines par l'hystéromètre ne font aucun doute. Quand pareil accident arrive, que faire? Il est nettement démontré qu'elles sont inoffensives presque toujours; tout dépend du degré d'infection de la matrice, et ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'on se décidera pour une intervention dirigée contre la plaie utérine. Dans tous les autres, le repos, l'antisepsie utérine et vaginale, un tamponnement du vagin avec une gaze aseptique ou antiseptique, suffiront presque toujours pour amener la guérison.

Les perforations de l'utérus par le curettage, si répandu de nos jours, sont plus graves. Les perforations par la curette arrivent surtout dans les cas de curettage pour des rétentions placentaires après des avortements, pour des métrites post-puerpérales avec défaut d'involution de l'utérus. La perforation est démontrée très clairement quelquefois par l'issue d'anses intestinales, de franges épiploïques par le col de l'utérus. Dupuy (1) cite 6 observations de curettage avec perforation et sortie d'anses intestinales dont 4 se terminèrent par la mort, 2 seulement par la guérison après une hystérectomie vaginale dans un cas, une laparotomie avec réduction des anses dans l'autre. Albertin (2), la même année, rapporte une perforation de l'utérus par le curettage avec procidence et étranglement de l'intestin. Guérison après une laparotomie, réduction de l'anse et suture de la plaie utérine.

Colle (3) cite un fait de Lannelongue; il y eut aussi perforation au cours d'un curettage. Une irrigation de liqueur de Van Swieten fut faite et pénétra dans le ventre. Mort par péritonite et intoxication mercurielle. Hickman en rapporte encore un cas très probant (4). P. Delbet (5) a signalé un cas de Tuttle; la malade a succombé, malgré une laparotomie, à une péritonite purulente; dans un autre de Hoffmann, l'épiploon faisait hernie à travers l'orifice du col; la blessée fut sauvée par la laparotomie et la suture de la plaie utérine faite quatre heures après l'accident; dans deux autres de Gebhard et de Haynes, une injection de sublimé passée dans l'abdomen amena une intoxication suivie de mort dans l'une des observations.

La conduite à tenir dans les cas de perforation par la curette

(1) DUPUY, *Progrès médical*, n° 20, 1894.  
 (2) ALBERTIN, *Centralbl. für Gynæk.*, XVIII, p. 937, 1894.  
 (3) COLLE, *loc. cit.*  
 (4) HICKMAN, *Med. News Philadelphia*, LXVI, p. 242, 1895.  
 (5) PIERRE DELBET, *Traité de chirurgie de DuPLAY et RECLUS*, t. VIII, p. 358.

variera suivant la nature des lésions, suivant l'état de l'utérus perforé. Quand il s'agira d'une perforation dans un cas de métrite, que l'on pensera avoir une asepsie suffisante de la cavité utérine, on s'abstiendra de toute irrigation ou injection dans la cavité utérine; faire un tamponnement antiseptique, mettre la malade au repos et l'observer; si, au bout de quarante-huit heures, il n'y a pas de complications, la guérison est assurée par ces seuls moyens. S'il s'agit d'un utérus septique, comme dans les cas d'avortements avec rétention placentaire, la laparotomie permettra, dans un certain nombre de cas, de fermer la plaie après désinfection de la cavité utérine; dans d'autres, il faudra penser à une hystérectomie vaginale après avoir, dans les deux éventualités, réduit l'intestin ou réséqué l'épiploon, s'il y a eu une hernie traumatique de l'un d'eux. Il est bien difficile de tracer des règles de conduite, chaque cas se présentant avec un aspect clinique particulier et réclamant une thérapeutique spéciale.

Les plaies de l'utérus par coup de ciseau sur un pédicule de polype, par un coup d'énucléateur ne seront pas toujours reconnues. Si elles le sont, l'hystérectomie vaginale totale est l'opération de choix pour peu qu'on craigne une infection de la séreuse; sinon, on pourrait faire une suture sur la perte de substance, soit directement, soit par laparotomie, et conserver l'organe si la femme est jeune et si les annexes sont saines.

**Traumatismes de l'utérus à l'état de gestation.** — Lorsque l'utérus se développe, il remplit de plus en plus le grand bassin et l'abdomen proprement dit, et l'on comprend que les traumatismes aient alors sur lui une action beaucoup plus facile; c'est dire aussi que c'est presque toujours, en dehors des blessures par tentatives d'avortement que nous avons déjà étudiées, le corps de l'organe qui est atteint. Pendant l'accouchement, le col peut souvent être déchiré et ces déchirures, si importantes en gynécologie, trouveront leur place au moment où nous étudierons la pathogénie des métrites qui en sont souvent la conséquence. Actuellement, nous ne nous occuperons que des traumatismes accidentels proprement dits.

L'utérus peut être atteint de plaies variées: piqûres, sections, plaies contuses, pénétrantes presque toujours, de plaies par armes à feu. Assez nombreuses sont les observations où, à travers la paroi abdominale, l'utérus gravide a été blessé par un instrument pointu, un coup de couteau, de serpe, une balle de revolver, voire même par la corne d'un taureau ou d'une vache [cas de Dutauzin (1) où la corne pénétra par le vagin]. La femme guérit et accoucha à terme. Nous avons nous-même observé un cas de plaie par coup de couteau chez une femme enceinte de six mois (2); Guelliot (3) a rapporté un autre fait où le cou-

(1) DUTAUZIN, *Bull. de la Soc. méd.-chir. de Bordeaux*, 1895, p. 819-826.  
 (2) ED. SCHWARTZ, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 127 à 138.  
 (3) GUELLIOT, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 337.

teau avait pénétré dans l'utérus par l'échancrure sciatique et donné lieu, la femme ayant guéri, à des troubles trophiques par lésion du nerf sciatique. Le cas le plus remarquable à cet égard est celui d'Albarran (1) qui présenta une blessée guérie après plaies multiples de l'intestin et de l'utérus gravide avec procidence du cordon dans le ventre de la mère. La laparotomie fut faite et les plaies suturées. En 1776 déjà, Daniel avait rapporté l'observation d'une femme qui fut blessée d'un coup de corne par une vache; l'enfant passa dans le ventre de la mère qui succomba.

Ces traumatismes sont souvent mortels et paraissent d'autant plus graves que la grossesse est plus avancée. Ce qui en fait la gravité immédiate, c'est l'hémorragie quand les gros vaisseaux sont ouverts; le danger, les premiers accidents conjurés, vient de l'infection de la séreuse péritonéale.

Aussi est-il tout à fait exceptionnel, ce fait, relaté dans la thèse de Colle (2), d'une femme enceinte de neuf mois qui reçoit plusieurs balles de revolver dans le ventre et qui accouche quelques jours après d'un premier enfant à terme et bien vivant et puis d'un second enfant mort cette fois et dont le coude avait été broyé par une balle.

Si la mère ne succombe pas, lorsque l'intervention a été précoce et aseptique, presque toujours la grossesse est interrompue; l'avortement a lieu: l'enfant, même lorsqu'elle a dépassé sept mois, est généralement mort et les faits d'enfants vivants sont rares. Hektœn (3) rapporte un cas typique de plaie pénétrante de l'utérus gravide. Il y eut avortement, péritonite et mort.

La nature de la blessure, la date de la grossesse, enfin les complications résultant des blessures des organes voisins dictent la conduite du chirurgien. Lorsque la plaie est petite, a des chances d'être aseptique ou peu infectée, qu'il n'y a pas de signes de pénétration des autres viscères, que la grossesse est avancée, l'on pourra s'abstenir, surveiller de très près la blessée et intervenir au moindre signe de réaction péritonéale grave.

Lorsque la plaie est large, qu'il y a des signes d'hémorragie interne, il faut intervenir aussitôt par la laparotomie, suturer les orifices des plaies utérine et viscérale. Après désinfection et arrêt de l'hémorragie, si l'enfant est viable et vivant, cette manière de faire doit être suivie d'autant plus strictement. Albarran eut ainsi un très beau succès, puisque la femme guérit et accoucha d'un enfant vivant.

Il est d'autres cas où le chirurgien, certain de la mort de l'enfant, fera ou l'opération césarienne, si la plaie utérine est large, ou la simple suture, laissant la matrice se débarrasser ensuite de son contenu.

(1) ALBARRAN, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, p. 154.

(2) COLLE, *loc. cit.*, p. 85.

(3) HEKTOEN, *North American Prakt.*, Chicago, III, 104, 107, 1891.

Dans un cas de Reusing (1), ce dernier retira le fœtus libre dans le ventre, enleva le placenta et sutura la déchirure; la guérison survint sans incidents. Par contre, Prichard (2), dans un fait de plaies par arme à feu, enleva tout l'utérus par l'abdomen, sutura les plaies de l'intestin; la blessée succomba au bout de huit jours de péritonite septique. Le placenta avait été traversé de part en part et il avait été impossible de songer à faire de la conservation.

A côté des *blessures directes* de l'utérus gravide, nous devons citer les blessures dites *indirectes*, c'est-à-dire où la matrice, plus ou moins distendue par le produit de la conception, se rompt comme une vessie pleine sous l'influence d'une chute, d'un choc, sans qu'elle soit atteinte directement par un corps vulnérant; il s'agit d'un véritable éclatement de l'organe. Tel est précisément le cas de Reusing dont nous avons déjà parlé. Lorsqu'il n'y a aucune plaie de l'abdomen, les accidents viennent de l'hémorragie considérable, non de l'infection de la cavité utérine: la conduite variera suivant les conditions du traumatisme. Dans le cas de Reusing, il n'y eut aucun signe d'hémorragie interne grave; la blessée put faire quelques pas et, trois jours après, quand on l'opéra, il n'y avait pas encore d'infection.

Reusing rapporte à cette occasion trois observations analogues de Plenio (3), Slawiansky (4) et Neugebauer (5). L'opérée de Plenio fut laparotomisée et la rupture suturée après ablation de l'œuf passé dans le ventre. Celle de Slawiansky subit l'amputation de Porro et guérit aussi. Celle de Neugebauer succomba: l'on fit l'opération césarienne *post mortem*. Il y avait chez elle, outre la rupture, des fractures multiples du bassin et du crâne.

### DES MÉTRITES

On désigne sous le nom de métrite l'inflammation de l'utérus.

Il existe toute une catégorie d'affections utérines se traduisant par des signes qui se rapprochent beaucoup, dans certains cas, de ceux des métrites, et qui ne sont pas des inflammations proprement dites, mais plutôt le résultat de troubles vaso-moteurs, vasculaires, réagissant sur le parenchyme de l'organe et l'endomètre, et cela sous l'influence d'un état constitutionnel, d'une prédisposition générale. Ces maladies de la matrice ou plutôt de l'appareil génital profond, car souvent il est tout entier intéressé, ont été réunies sous la dénomination de *pseudo-métrites* ou *fausses métrites*, par Bumm, Doléris, etc.

- (1) REUSING, *Centralbl. für Gynæk.*, 1895, p. 41, 46.  
 (2) PRICHARD, *British med. Journ.*, 8 février 1896.  
 (3) PLENIO, *Centralbl. für Gynæk.*, n° 47, 1885.  
 (4) SLAWIANSKY, *Centralbl. für Gynæk.*, Bd X, p. 222.  
 (5) NEUGEBAUER, *Beilage zum Centralbl.*, 1890, p. 88.

C'est aux deux âges extrêmes de la vie sexuelle qu'on observe le plus souvent ces troubles utérins.

Bien des métrites, dites de la ménopause, ne sont que des manifestations qu'il faut rattacher aux altérations des vaisseaux (artério-sclérose), de même que beaucoup de métrites dites post-abortives ne sont que des subinvolutions de l'utérus à la suite de l'expulsion de l'œuf.

L'infection trouve dans tous ces cas un terrain plus favorable à son action et il n'y a rien d'étonnant à ce que l'inflammation vraie vienne se greffer sur des lésions qui n'étaient primitivement que des lésions de nutrition.

**Étiologie et pathogénie.** — La notion d'infection a éclairé l'étiologie et la pathogénie des métrites; mais s'il y a des présomptions pour que le plus grand nombre des métrites soient d'origine infectieuse, nous ne possédons, à ce point de vue, de notions certaines que pour certaines catégories de métrites, les plus fréquentes, il est vrai: la métrite blennorragique, la métrite post-puerpérale, la métrite tuberculeuse. Comme pour toute infection, deux éléments interviennent: l'agent infectieux, cause efficiente, le terrain, cause prédisposante.

**CAUSES EFFICIENTES.** — La grande majorité des métrites est sous la dépendance de l'infection blennorragique ou de l'infection puerpérale. Chacune a son agent pathogène, le gonocoque de Neisser, le streptocoque pyogène. Ces agents peuvent être associés à d'autres microbes; ils peuvent même disparaître totalement, ne laissant que les lésions qu'ils ont déterminées; ils peuvent aussi se cantonner pendant plus ou moins longtemps dans un utérus et ne manifester leur action que lorsque les causes prédisposantes ont mis le terrain en état de réceptivité. Chacune des infections blennorragique ou puerpérale peut donner lieu soit à une forme aiguë, soit à une forme chronique, et cette dernière ne se rencontre quelquefois, pour la raison ci-dessus, que longtemps après l'inoculation.

La métrite tuberculeuse due à l'inoculation du bacille de Koch est très rare; c'est à peine si on a pu en observer quelques faits bien authentiques et avérés. On a observé des manifestations utérines variées, survenant dans le cours ou à la suite des maladies dites infectieuses, comme la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde, la diphtérie, la grippe, le choléra; s'agit-il d'une infection microbienne ou plutôt de troubles vaso-moteurs? La dernière opinion est plus admissible, étant donné qu'on ne paraît pas avoir trouvé les microbes spécifiques dans les sécrétions de l'utérus.

Y a-t-il une métrite syphilitique? c'est ce qu'il est impossible d'affirmer; nous ne connaissons guère que les manifestations syphilitiques du côté du col, et, en tout cas, la notion d'un agent pathogène spécial n'est rien moins que démontrée.

La bactériologie des métrites a été beaucoup étudiée dans ces dernières années.