

ces conditions rendent cette opération aussi difficile, aussi dangereuse qu'aucune autre. » Je prie le lecteur de se rapporter au procédé opératoire décrit par Kennedy.

Quand l'inflammation locale a cessé, il sera temps de commencer l'emploi des bougies de cire ou des bougies de gomme. Elles devront être introduites deux fois par jour jusqu'au col utérin, et il faudra les laisser en place pendant quelque temps. On commencera avec une bougie d'un diamètre modéré, et l'on ira en augmentant peu à peu jusqu'à une bougie du diamètre de 3 centimètres $\frac{1}{2}$ à 4 centimètres. Si dans le nouveau vagin il y a une tendance marquée à la rétraction, il sera bon d'introduire un morceau d'éponge préparée, lequel, en se gonflant, dilatera lentement et énergiquement le canal. L'usage des bougies devra être continué longtemps après la guérison, sinon tous les jours, au moins de temps en temps.

Il est un autre danger beaucoup plus grave contre lequel il faut se mettre en garde, c'est l'extension de l'inflammation au péritoine. La méthode de Kennedy, et je n'en connais pas de meilleure, est d'administrer d'emblée de petites doses de mercure, pas assez pour produire la salivation, mais en quantité suffisante pour soumettre toute la constitution à l'influence rapide de ce médicament. Quand, malgré ce traitement, l'inflammation se produit, il faut la combattre suivant les règles ordinaires, et je n'ai pas à les tracer ici.

La malade doit garder le lit, observer une diète sévère jusqu'à ce que tout danger soit passé, et il faut entretenir la liberté du ventre avec des lavements.

4. Dans les cas où il existe une perforation de la vessie ou du rectum, il faut une grande prudence de la part du chirurgien. Autrement, en détruisant le rétrécissement, on agrandit la fistule. Si la malade n'est pas enceinte, et que le rétrécissement ne cause pas une gêne sérieuse, le procédé de Kennedy, de prendre le moule du vagin et d'appliquer un tampon pour diminuer la quantité de l'écoulement, sera le meilleur.

Si le rétrécissement est simple, et que la perforation de l'un ou l'autre des organes voisins n'ait pas entraîné une grande perte de substance, il faudra s'occuper d'abord du rétrécissement et combattre ensuite les fistules par les procédés que nous décrirons plus loin. Les infirmités liées à cet état sont si graves, que l'on peut bien courir quelque risque pour arriver à les soulager. Et d'ailleurs, les chances de guérison ont été notablement augmentées par les progrès de la médecine opératoire.

Si la malade est enceinte, il faut laisser de côté l'état de la vessie et ne s'occuper que du vagin, que de l'influence du rétrécissement sur l'accouchement, et traiter la malade suivant les règles que je vais maintenant tracer.

La première question est de savoir si l'on doit provoquer un avortement ou un accouchement prématuré, ou simplement détruire le rétrécissement et laisser aller les choses jusqu'au moment où l'accouchement normal se

fera. Nous avons vu que Oldham a provoqué avec succès un accouchement prématuré. Dans un des faits de Doherty, la question d'un accouchement prématuré fut soulevée, et finalement résolue par la négative. Mais après avoir vu la terminaison fatale de cette malade, je ne pense pas, je l'avoue, qu'on ait adopté la marche la plus sage. Nous avons déjà vu que, dans un grand nombre de cas, la rupture de l'utérus était la conséquence de l'inaction, alors même que l'obstacle était une simple bande cicatricielle du vagin, et qu'en attendant l'époque naturelle de l'accouchement, on fait toujours courir aux malades les risques d'une péritonite, si elles échappent à la rupture de la matrice.

Prenant donc tous ces points en considération, je n'hésite pas à conclure qu'il y a des cas dans lesquels l'avortement, ou du moins l'accouchement prématuré, est de beaucoup préférable à l'expectation. Ces cas sont ceux dans lesquels le rétrécissement est formé par une bande cicatricielle très-résistante et très-courte, ou bien par des cicatrices irrégulières qui rendent toute dilatation impossible; ce sont ceux encore dans lesquels le vagin paraît être complètement fermé par des adhérences.

En pareil cas, il est vrai, on peut se demander s'il ne vaudrait pas mieux essayer d'abord l'opération et ensuite la dilatation; peut-être arriverait-on de la sorte à sauver l'enfant sans faire courir beaucoup de risques à la mère? Je pense qu'on doit résoudre cette question affirmativement, et qu'il faut en effet essayer d'abord de détruire le rétrécissement. Il restera toujours d'ailleurs la possibilité de déterminer plus tard un accouchement prématuré, si les circonstances l'exigent. Mais si le rétrécissement est incurable, comme l'enfant n'a en réalité que bien peu de chances de vie, si même il en a, en le laissant arriver à terme, et que la mère courrait les plus grands dangers, il est du devoir du médecin de provoquer les contractions utérines et d'attendre seulement, si cela se peut, que l'enfant soit viable. Il faut savoir aussi que l'opération seule, sans manœuvres spéciales, peut déterminer l'avortement.

On peut provoquer l'accouchement prématuré par la ponction des membranes à travers le col de l'utérus, et l'administration de l'ergot de seigle immédiatement après. Dans quelques cas, il est difficile de passer à travers l'ouverture du col, et l'on est obligé d'employer le bistouri pour se faire une voie. On peut encore faire usage des douches intra-vaginales avec de l'eau chaude, ou bien avec de l'eau froide et chaude alternativement. Ce procédé présente cet avantage que l'eau pénétrera partout où il y aura la moindre ouverture, et l'on ne sera pas forcé d'employer le bistouri. Il peut arriver cependant que la douche ne provoque pas de contractions, et en pareil cas il faut en revenir au moyen que j'ai indiqué d'abord, la ponction et l'administration de l'ergot de seigle.

5. Arrivons maintenant au traitement de ces cas dans lesquels on ne connaît rien de l'état du vagin jusqu'au moment où le travail commence. Ici toute la question porte sur le degré et sur la dilatabilité du rétrécisse-

ment, en d'autres termes, sur la résistance que le vagin offrira au passage de la tête de l'enfant. Si les cicatrices sont extensibles, si le vagin n'est pas trop resserré, on peut espérer que les seuls efforts de la nature triompheront de la résistance des tissus. Denman remarque « que, dans le grand nombre de cicatrices du vagin qu'il a vues, il n'a jamais rencontré un seul exemple de dystocie par suite de ces cicatrices, quand du moins les contractions utérines avaient leur énergie habituelle. Les accouchements ont été, il est vrai, plus longs, mais ils ne s'en terminaient pas moins heureusement.

Kask et Purefoy ont cité deux cas semblables à ceux de Denman.

Il y a des moyens de faciliter la distension du vagin en relâchant les tissus. Hamilton, Davis et d'autres, ont réussi en pratiquant de larges saignées. Nous devons à Kennedy la première application de l'émétique en pareil cas : ce moyen paraît avoir réussi tout aussi bien que la saignée, et cela avec beaucoup moins de perte de forces pour la malade. Si donc on décidait que le rétrécissement n'exige pas une intervention plus active, il faudrait avoir recours à ces divers moyens ; mais quand le rétrécissement est considérable, quand il ne reste plus qu'un petit conduit circulaire très-resserré, il est tout à fait hors de propos d'abandonner les choses à la nature. Le danger des rétrécissements du vagin, au moment du travail, ne vient pas seulement de ce que l'espace qui reste pour le passage du fœtus est plus étroit, mais encore de ce que l'inflammation a modifié la structure de tous les organes adjacents. Le vagin est moins en état de supporter une dilatation forcée, et si la portion rétrécie arrête trop longtemps la tête au passage, il se fera très-probablement au-dessus de l'obstacle une rupture, s'il existe quelque solution de continuité antérieure. Si, au contraire, il y a déjà une fistule, cette fistule devient très-facilement une large déchirure : deux organes distincts se trouvent réunis, et ainsi se produit une des plus affreuses calamités qui puissent arriver à une femme.

Cette description de Doberty (1) n'est que trop vraie : une infirmité incurable ou la mort de la mère, et la mort de l'enfant comme conséquence nécessaire : telles sont les raisons qui ne permettent pas d'hésiter sur l'opportunité d'une opération, et surtout d'une opération très-prompte. Sans doute il y a le danger de voir les incisions se transformer en fistules, mais c'est le seul moyen d'augmenter les chances de salut pour la mère. Si, après les incisions et l'emploi de l'émétique, le rétrécissement résiste encore, on doit avoir recours à la craniotomie, et cela sans la moindre hésitation. Il faut se rappeler d'ailleurs que cet enfant, qui est le grand obstacle au salut de la mère, ne pourra pas lui-même survivre à une rupture de l'utérus.

Enfin, quand le vagin est complètement oblitéré sur un point ou dans une certaine étendue, il faut encore ne pas hésiter à attaquer l'obstacle

(1) Doberty, *Dublin Journal*, t. XXI, p. 70.

avec le bistouri. Il se peut qu'une fois l'incision faite, le travail s'achève tout naturellement, sans danger pour la mère ou pour l'enfant ; ou bien il se peut que les tissus offrent encore assez de résistance pour compromettre la vie de l'un et de l'autre. Si nous sommes sûrs de cette condition, il n'y a encore qu'une ressource, la craniotomie. Inutile de dire que jamais le forceps n'est admissible pour un vagin qui présente des cicatrices.

Le traitement de tous ces cas divers exige donc les plus grands soins et la plus grande attention. Le danger d'une inflammation péritonéale ou vaginale est toujours imminent. Le repos le plus absolu, des fomentations chaudes sur la vulve, des injections vaginales tièdes de lait et d'eau, de petites doses de mercure devront être employées immédiatement ; et si, malgré ces précautions, la péritonite se déclare, on la combattra par les moyens ordinaires, la saignée, des sangsues et du mercure. Si la malade se rétablit, le médecin devra faire tous ses efforts pour empêcher qu'un nouveau rétrécissement ou de nouvelles adhérences ne se reproduisent.

Tous ces faits appellent l'attention sur la nécessité de prendre des mesures prophylactiques dans les cas d'accouchement difficile ou après l'emploi des instruments. Dans tous les cas où il s'est produit une inflammation ou une ulcération à la suite de l'accouchement, il faut se rappeler les chances de difformité qui peuvent être la suite de ces inflammations, et l'on doit porter la plus scrupuleuse attention sur l'état du vagin.

Au début, quand l'inflammation est aiguë, on prescrira seulement des moyens adoucissants, tels que fomentations et cataplasmes sur la vulve, injections vaginales de lait et d'eau, et au besoin quelques sangsues. Une mèche de linge huilé sera introduite dans le vagin, de manière à empêcher l'adhérence des bords. Quand l'inflammation a cessé, que les douleurs ont disparu, on remplace la compresse par un tampon, de manière à conserver au vagin son diamètre normal ; ou bien on introduit deux fois par jour, en la laissant en place un certain temps, soit une bougie, soit une éponge préparée. On devra de temps en temps examiner les parties pour s'assurer s'il y a quelque tendance à de la contraction, et l'on continuera ces précautions jusqu'à ce que l'on soit bien certain que le canal est guéri et qu'il a repris sa forme et ses dimensions.

CHAPITRE II

VAGINISME.

Marion Sims (de New-York) (1) a décrit un état particulier du vagin, qu'il considère comme le résultat d'une contraction spasmodique, par

(1) Marion Sims, *Transact of Obstetrical Society of London*, 1861-1862, vol. VIII, p. 356 et *Notes cliniques sur la chirurgie utérine*, Paris, 1866.