

attention spéciale : le repos absolu, de la tranquillité, quelques laxatifs et, s'il est nécessaire, quelques sangsues à la région ovarique suffiront probablement à conjurer de nouveaux accidents.

## SECTION II

## MALADIES DE L'UTÉRUS

## CHAPITRE PREMIER

## OCCLUSION DE L'UTÉRUS.

Avant d'en arriver à la description des maladies les plus communes de l'utérus, je crois utile de dire quelques mots de l'oblitération plus ou moins complète de l'orifice utérin, qu'elle soit congénitale ou acquise, car elle constitue certainement une variété importante dans les maladies fonctionnelles de cet organe.

Cette condition morbide de l'orifice utérin peut être ou congénitale ou acquise, ou complète ou incomplète.

## ARTICLE PREMIER

## OCCLUSION CONGÉNITALE.

En parlant de l'atrésie vaginale, j'ai cité un certain nombre de cas où l'orifice utérin offrait des conditions analogues, et ce double vice de conformation n'est pas rare. Mais, d'autre part, il peut se faire que les conditions anatomiques du vagin soient normales, et qu'en même temps l'orifice utérin soit imperforé, comme dans les observations publiées par Oldham (1), Owen (2), Martin (3), Hatin (4) et d'autres (5).

## § I. — Symptômes.

Les symptômes, dans ces cas, dépendent tout à fait de l'existence des règles. Si elles existent, on observera un effort de la nature à l'époque voulue, du malaise, de la souffrance, une sensation de poids dans le ventre, du ténesme utérin, de la douleur de reins, puis une tumeur se forme

(1) Oldham, *Med. Times and Gazette*, 27 mars 1852.

(2) Owen, *Lancet*, 14 octobre 1837.

(3) Martin, *Bull. méd. belge*, février 1838.

(4) Hatin, *Journal des connaissances médicales*, avril 1839.

(5) *London Med. Journal*, vol. IV, p. 243.

graduellement au-dessus des pubis, ressemblant, pour la forme et la situation, à un utérus gravide. S'il n'existe pas de sécrétion menstruelle, et il peut ne pas y en avoir, comme on le voit dans les observations d'Oldham et Waston, il n'y aura pas de tumeur, ni aucun des phénomènes qui caractérisent les périodes cataméniales. Le fait du développement complet des organes sexuels nous conduit à admettre l'existence des ovaires, ce qui rend plus difficile l'explication de l'absence de sécrétion menstruelle, à moins que nous ne l'attribuions à ce merveilleux instinct par lequel les organes s'accoutument, pour ainsi dire, aux circonstances particulières qui les entourent.

Il n'est pas moins curieux de voir que des femmes placées dans ces conditions exceptionnelles puissent conserver leur santé pendant un temps souvent fort long, comme cela est noté dans l'observation de Oldham.

Quand l'accumulation prend une certaine importance, il sera facile de faire une erreur de diagnostic, si on examine légèrement. La forme, la situation de l'utérus, la sensation que donne le toucher de la tumeur, ressemblent à ce qu'on rencontre dans la grossesse. Mais il est vrai qu'on n'entend ni le souffle placentaire, ni les bruits du cœur du fœtus. Quoique ces signes puissent nous éloigner de l'idée d'une grossesse normale, ils ne jetteraient qu'une lumière bien insuffisante sur la véritable nature de la maladie. Mais l'existence d'un molimen menstruel, l'absence de tout écoulement, doit nous faire supposer qu'il y a quelque vice organique. L'examen au spéculum et avec une bougie nous apprendra aussitôt que l'orifice utérin est imperméable.

## § II. — Traitement.

S'il y a accumulation de sang, l'indication est formelle : il faut débrider l'orifice. L'opération n'est pas difficile, mais elle demande un peu de soin. On peut ou non se servir de spéculum, selon qu'on le trouve plus ou moins commode. On placera, dans la direction de l'orifice utérin, la pointe d'un bistouri droit, et l'ouverture sera faite en poussant en haut, jusqu'à ce que le contenu s'échappe; puis on agrandira l'ouverture sur les parties latérales autant qu'il sera nécessaire. On pourra également se servir d'un trocart muni d'un long manche; on laissera la canule, après en avoir retiré la pointe, jusqu'à ce que l'utérus soit complètement vidé; on injectera de l'eau tiède dans le vagin, et on appliquera une bande de ventre. Un ou deux jours après que la collection sanguine aura été évacuée, on fera bien d'introduire dans l'ouverture une bougie élastique ou un morceau d'éponge, de façon à conserver l'ouverture béante.

Quant aux cas analogues à ceux de Oldham, dans lesquels il n'y avait pas d'accumulation de liquide et qui n'offrent qu'un inconvénient, la stérilité, l'opération est discutable. Je crois que l'intervention chirurgicale n'est pas indispensable; mais comme il y a là un vice de conformation, il

me semble que la question doit être laissée à résoudre par la patiente elle-même.

Il y a beaucoup de cas dans lesquels l'orifice est congénialement rétréci, à ce point qu'il est à peine perceptible. Je n'en parle que pour mémoire, comme j'y reviendrai à propos de la dysménorrhée due à une cause mécanique, et à propos de la difficulté du travail résultant de l'extrême étroitesse de l'orifice.

## ARTICLE II

## OCCLUSION ACQUISE.

L'occlusion du vagin, quand elle est secondaire, est pour ainsi dire virtuellement une occlusion de l'utérus, bien qu'elle n'indique pas en réalité l'imperméabilité de l'orifice utérin. Nous pouvons trouver un orifice clos, le vagin étant dans ses conditions normales. Comme cette distinction détermine des indications spéciales et importantes au point de vue pratique, je traiterai d'abord de l'occlusion partielle, puis de l'occlusion complète de l'orifice utérin, et je dois avant tout dire ce que je dois à Ashwell et Trask (1).

[[ L'auteur ne parle de l'occlusion acquise qu'au point de vue de ses rapports avec l'accouchement, il y a lieu cependant de s'en préoccuper en dehors de l'accouchement; car il est parfois nécessaire au chirurgien d'intervenir pour rétablir un canal par lequel doit s'écouler librement le sang menstruel. ]]

I. *Occlusion partielle.* — Je ne veux pas comprendre dans ce chapitre les cas ordinaires d'orifice non dilatable ou rigide pendant un premier ou un second accouchement, mais bien les cas où le col est rendu dur et non dilatable, et où l'orifice est rendu plus étroit par une lésion antérieure. La dénomination d'*occlusion partielle* n'est pas très-exacte, car souvent nous ne pouvons pas dire si réellement l'orifice était plus étroit; car nous ne sommes souvent appelés qu'au moment du travail, quand l'orifice est déjà légèrement dilaté. La condition essentielle paraît être que, le col ayant antérieurement subi quelque lésion, il existe une modification dans les tissus, telle qu'elle empêchera la dilatation future de l'orifice.

Smellie a publié trois observations fort intéressantes :

OBSERVATION I. — L'orifice était fermé par une cicatrice d'une consistance cartilagineuse, résultant d'un accouchement antérieur. Après deux jours d'attente, il fit une incision, mais les parties étaient si rigides, que Smellie fut obligé de terminer l'accouchement avec le perforateur. La patiente mourut vingt-quatre heures après la délivrance (2).

(1) Ashwell et Trask, *American Journal of Medical Science*, juillet 1858, p. 95.

(2) Smellie's *Cases*, vol. III, p. 64.

OBSERVATION II. — Des tentatives nombreuses avaient été faites pour dilater l'orifice, mais sans succès, par Burnett et Smellie; mais la patiente mourut non accouchée au milieu d'une convulsion (1).

OBSERVATION III. — Après avoir renouvelé avec persistance des tentatives pour dilater l'orifice, Smellie incisa le col avec des ciseaux et amena un enfant au moyen de la version. La malade mourut le quatrième jour (2).

Ashwell rapporte l'observation suivante, d'après Butler :

OBSERVATION IV. — La patiente avait vingt-six ou vingt-sept ans. Elle avait subi une opération pour lui constituer un vagin artificiel à l'âge de dix-neuf ans, cinq ans avant son mariage. L'orifice utérin était perméable et admettait l'extrémité du doigt; cependant il ne présentait pas l'apparence d'un orifice ordinaire. Pendant le travail de la parturition, l'orifice ne se dilatait pas, et fut en conséquence débridé en quatre points, la tête fut perforée, et l'accouchement se termina sans déchirure. La convalescence fut longue et la guérison difficile.

Dans un second accouchement, un an et demi après, l'orifice était encore trop petit; de nouvelles incisions furent faites, et un enfant vivant fut amené par le forceps.

Plus tard, cette femme eut des accouchements naturels (3).

Dans le cas observé par Gardner,

OBSERVATION V. — L'orifice utérin était dilaté jusqu'à un certain point, mais il demeura dur et rigide, malgré de larges saignées, le tartre sibié et l'opium. Voyant que la position de la femme devenait plus sérieuse, et qu'il n'avait plus d'espoir de la soulager par les moyens ordinaires, le chirurgien fit une incision de chaque côté du col comme ressource ultime. La patiente accoucha heureusement; mais l'enfant était mort et putréfié (4).

Ramsbotham rapporte deux observations où, à un second accouchement, l'orifice, après être resté rigide, se déchira, et les malades succombèrent le quatrième ou le cinquième jour d'inflammation utérine (5). Des observations ont été également publiées par Lever (6) et Laborie (7). Je pourrais encore en citer de nombreux exemples (8).

Les causes de cette occlusion partielle ou extrême rigidité paraissent être soit une lésion organique, ou l'inflammation après un accouchement antécédent ou enfin quelque traumatisme.

(1) Smellie's *Cases*, vol. III, p. 205.

(2) *Ibid.*, p. 211.

(3) Butler, *London Med. Gazette*, vol. XX, p. 589.

(4) Gardner, *American Journal of med. science*, Juillet 1852, p. 27.

(5) Ramsbotham, *Obstetric. Medicine and Surgery*, p. 222.

(6) Lever in *Ranking's Abstract.*, vol. II, p. 184.

(7) Laborie in *Ranking's Abstract.*, vol. IV, p. 186.

(8) *Brit. and Foreign Review*, vol. VI, p. 235. — *Encyclopédie méd.*, avril 1846. — *Archives générales*, octobre 1830. — *Philadelphian Med. and Phys. Journal*, vol. I, p. 386. — *Dict. des sciences médicales*, vol. XXII, p. 297, etc.

Évidemment cet état du col n'occasionne pas grand dommage, si ce n'est au moment de l'accouchement ; alors il peut en résulter les conséquences les plus graves. Quelquefois la dilatation se fait sous l'influence de la saignée et du tartre stibié, et alors l'accouchement peut se faire naturellement. D'autres fois les contractions sont impuissantes à vaincre l'obstacle, et la malade succombe à l'épuisement.

Enfin, une portion de toute la circonférence du col peut être déchirée, comme cela est indiqué dans les observations de Sterdelé, de Scott (1), de Kennedy (2), de Parr, de Lever, de Johnston (3) : moi-même et d'autres avons signalé des faits semblables (4).

En dernier lieu, il peut se produire une rupture de l'utérus compromettant la vie de la mère et celle de l'enfant.

Trask raconte ainsi les faits qu'il a observés quand ils ont été abandonnés à eux-mêmes : « Dans les observations 26 et 39, les femmes moururent non accouchées à la suite de déchirures de l'utérus. Dans l'observation 34, il y eut déchirure de la paroi postérieure de l'utérus et du rectum, et expulsion du fœtus par l'anus. Dans les observations 35, 36, 37 et 38, le col fut en partie ou entièrement arraché, et les femmes se rétablirent. Dans l'observation 40, le col tout entier fut arraché, et la patiente succomba. » F. Ramsbotham cite un cas où le col tout entier se gangrena à la suite de la compression longtemps exercée par la tête du fœtus.

### § I. — Diagnostic.

Ces faits étant graves, il me paraît important d'asseoir le mieux possible les bases d'un bon diagnostic. A moins qu'un examen ne nous ait révélé l'existence d'une lésion, ou que nous n'ayons la connaissance de blessures faites par des accouchements antérieurs ou par d'autres causes, nous n'aurons probablement aucune base certaine, même pour soupçonner le mal, jusqu'à ce que le travail ait commencé. Si nous avons la certitude qu'il existe une lésion organique du col, nous pouvons prévoir que l'orifice ne se dilatera pas, et après que nous aurons employé tous les moyens usités pour provoquer la dilatation, nous serons assurés que le cas peut être rangé dans ceux que je viens de décrire.

### § II. — Pronostic.

De toute façon, le pronostic est sérieux, mais s'il existe une lésion organique ou quelque maladie actuelle, il devient extrêmement grave.

(1) Scott, *Med.-chir. Transact.*, vol. XI, p. 292.

(2) Kennedy, *Dublin Journal*, vol. XVI, p. 52.

(3) Johnston, *Amer. Med. Journ.*, avril 1851, p. 342.

(4) *Med. Gazette*, 29 août 1848.

### § III. — Traitement.

Nous avons trouvé trois voies ouvertes devant nous. D'abord nous pouvons user des moyens ordinaires, comme de la saignée, du tartre stibié, etc., et abandonner le reste aux efforts de la nature ; deuxièmement, nous pouvons tenter la dilatation artificielle ; enfin, il nous reste à inciser le col, je crois qu'il n'y faut pas insister trop longtemps, de peur de voir l'état général de la femme souffrir beaucoup d'une attente trop longue.

Si tenant compte de la constitution de la femme, nous avons essayé, pendant plus ou moins longtemps et sans succès, de la saignée, du tartre stibié, des bains chauds, etc., et que les symptômes prennent de la gravité, devons-nous attendre que nous puissions appliquer le forceps ou que le col de l'utérus cède sous les efforts de l'organe ? Je ne le crois pas. Rien ne justifierait notre abstention, et les résultats que j'ai signalés en sont une preuve.

Devons-nous nous fier à la dilatation artificielle ? Je ne crois pas que nous devions ne pas tenter ce moyen avant que le travail ait duré trop longtemps, aussitôt que les autres moyens auront prouvé leur inefficacité. Encore ne faut-il pas trop y insister. Si le résultat est rapide, tout est bien ; mais si la tentative dure trop longtemps, les conséquences peuvent en être promptement fatales. Dans quatre cas relatés par Trask, on ne fit que la dilatation ; les quatre femmes succombèrent : l'une à la péritonite, après l'accouchement ; l'autre à une déchirure avec hémorrhagie ; une autre à des convulsions, avant qu'elle eût accouché ; la dernière, enfin, à une rupture de l'utérus, et elle ne fut pas délivrée.

Quant à l'incision de l'orifice rigide, elle paraît avoir donné d'assez bons résultats, puisque, sur sept femmes qui subirent l'opération, Kask obtint sept guérisons. Le cas de Gardner fut favorable. Baudelocque conseille les incisions après avoir attendu un certain temps et avoir employé les moyens ordinaires sans succès. Chailly (1) rapporte un cas heureux et recommande de faire des incisions multiples, afin d'éviter les déchirures. Cazeaux partage son opinion (2). F. Ramsbotham croit que l'opération est nécessaire dans quelques cas rares.

Lever regarde l'opération comme inoffensive (3). Murphy aime mieux pratiquer les incisions du col qu'attendre la mort de l'enfant pour faire la craniotomie. Dewes remarque que les avantages de ce moyen ont été suffisamment constatés en Angleterre, et il cite l'observation de Thomas Archer. Retruis (de Stockholm) m'assure que ce moyen a été adopté avec grand succès.

(1) Chailly, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 5<sup>e</sup> édition. Paris, 1867.

(2) Cazeaux, *Traité de l'art des accouchements*, 7<sup>e</sup> édition. Paris, 1867.

(3) Lever, *Guy's Hospital Reports*, octobre 1845, p. 185.

D'un autre côté, on ne peut nier qu'il n'y ait beaucoup à dire contre ce mode d'intervention. Le danger principal me paraît consister dans l'extension possible de l'incision jusqu'à déchirer le corps de l'utérus, et peut-être aussi dans la crainte d'une hémorrhagie. Nous ne devons pas prendre légèrement un pareil parti; mais je crois que les faits que j'ai mis en avant suffisent pour autoriser, dans certains cas, lorsque les autres moyens ont failli, le chirurgien à y avoir recours plutôt que d'abandonner l'accouchement aux seuls efforts de la nature, ou de laisser le travail se prolonger trop longtemps en essayant la dilatation artificielle. Kask fait remarquer que les incisions, loin de provoquer des déchirures plus étendues et dangereuses, n'ont produit, dans aucun des cas précédents, de lésion dans les organes voisins, lorsqu'elles ont été convenablement faites. Dans toutes ces observations, on voit qu'elles n'ont causé ni douleur ni hémorrhagie. Dans le seul cas où elles aient été suivies de mort, elles ont été faites après trois jours de douleurs et de fièvre, et lorsque la malade était épuisée. Dans un petit nombre de circonstances, les incisions avaient été faites alors qu'on voyait se manifester des signes d'épuisement, et cependant les malades ont guéri.

Si, comme je pense que nous devons le faire quelquefois, nous constatons l'opportunité de cette opération, à quel moment doit-elle être faite? Sans doute, les moyens ordinaires doivent d'abord être tentés dans des limites proportionnées à la constitution de la malade, et pendant un temps suffisant pour convaincre qu'il n'y a plus rien à en attendre. Après cette période, il m'est avis que nous risquons inutilement deux existences, en différant les incisions du col. Trask conseille d'y recourir de bonne heure; il dit: « Quand on pense au danger auquel est exposée la patiente: rupture du corps de l'utérus, déchirures prolongées du col, la gangrène qui peut suivre une compression longtemps prolongée; et qu'on se rappelle le peu de danger inhérent aux incisions bien faites, nous devons nous sentir encouragés à agir de bonne heure, plutôt que de temporiser. Avec les moyens ordinairement employés, il n'y a point de péril immédiat. La saignée, pour être utile, doit être copieuse, et nous savons que certaines constitutions les supportent mal. Quand la patiente est robuste, les saignées générales, l'émétique, en déprimant le système général, peuvent diminuer la rigidité. Après l'emploi de ces moyens, si la rigidité ne cède pas et qu'on découvre quelque lésion locale, il faut attendre jusqu'à ce qu'il se produise des phénomènes d'épuisement. Puisqu'il est préférable qu'il se fasse une déchirure spontanée des parties rigides, quel avantage y aurait-il à attendre que la malade soit dans un état de prostration irrémédiable avant d'employer le bistouri? » Le lecteur doit se rappeler que je parle ici non pas des cas de rigidité ordinaire de l'orifice, mais de ceux où elle a été produite par une lésion ou une maladie antérieure.

Il nous reste une question encore à résoudre. Quand le col n'est pas dilatable sous l'influence d'une affection maligne, doit-on avoir recours à

l'incision? Madame Lachapelle (1) cite plusieurs cas de cette espèce dans lesquels des incisions ont été faites, et l'accouchement a été terminé par le forceps; mais les malades ont succombé. J'ai vu deux faits d'ulcération cancéreuse: la déchirure du col se fit spontanément, et les malades sont mortes. Arnott a publié une observation dans laquelle une excroissance morbide, du volume d'une noix, occupait la lèvre antérieure et le côté droit de l'utérus. La masse morbide fut poussée en bas par les contractions utérines, attirée au dehors par des crochets et excisée au moyen de ciseaux courbes. La malade perdit très-peu de sang, l'orifice se dilata aussitôt, et il naquit un enfant vivant. La mère se rétablit, et mourut plus tard de l'affection maligne (2).

Dans la majorité des cas, je crois qu'il y a peu d'espoir de sauver la femme; cependant, à mon avis, il y en a plus par l'incision que par aucun autre moyen. Il est certain que si l'enfant est vivant, c'est encore par ce moyen qu'on lui donnera le plus de chances de vivre, et quand la vie de la mère est compromise par quelque maladie maligne, l'existence de l'enfant prend à nos yeux une importance beaucoup plus grande.

[M. A. Puech (3) a exposé ce qu'il advient des règles, lorsque les voies génitales sont fermées, soit de naissance, soit par accident. Voici quelles sont ses conclusions: ou bien les règles se dévient, ou bien le sang dilate les cavités placées au-dessus de l'obstacle; le premier mode est exceptionnel, le second est ordinaire.

Dans la plupart des cas de la seconde catégorie, l'accroissement mensuel du sang n'a pas d'autres conséquences, quoique l'intervention ait pu se faire attendre huit, quinze et même dix-sept ans; mais, dans quelques-uns, il survient une sorte d'épuisement nerveux, où les obstacles finissent par être forcés.

La rupture a été observée dix-huit fois: neuf fois elle a porté sur l'obstacle, et a agi soit par éclatement, soit par gangrène; neuf fois aussi, et par le même mécanisme, elle a porté sur les organes dans lesquels le sang était contenu.

L'*ostium uterinum* a été forcé quinze fois, et le sang a dilaté les trompes; mais dans cinq cas seulement la rupture s'en est suivie. Cinq fois sur quinze l'atésie siègeait à l'orifice utérin, et dix fois au vagin.]

II. *Occlusion complète.* — En considérant les observations publiées sur cette affection, on s'est demandé, pour quelques-unes au moins, si la maladie était congénitale ou acquise. La réponse à cette question est dans le fait même d'une grossesse précédente.

Je vais maintenant rapporter dans tous les détails nécessaires les faits

(1) Lachapelle, *Pratique des accouchements*. Paris, 1825, t. III.

(2) Arnott, *London Med. Gazette*, décembre 1847, p. 1068.

(3) Puech, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 9 décembre 1861, et *De l'atésie des voies générales*. Paris, 1864.