

que j'ai pu rencontrer, et les conséquences pratiques qu'on en peut tirer. Mais je dois témoigner mes remerciements au docteur Trask, dont les études sur le sujet m'ont été d'un puissant secours.

Thomas Simson a publié l'observation suivante (1), reproduite par Smellie (2) :

Je me contenterai de la résumer et d'en faire connaître les points importants.

OBSERVATION I. — *Femme enceinte dont les parois de la matrice étaient collées ensemble.* — Une femme de quarante ans, atteinte d'un vice de conformation du bassin, devint enceinte pour la première fois. Elle était en travail depuis quatre jours, lorsque Thomas Simson fut appelé près d'elle. Pour la délivrer il dut perforer le crâne, et malgré cela il éprouva de grandes difficultés pour extraire l'enfant. Les organes de la génération furent longtemps le siège d'une abondante suppuration. Cependant, au bout de trois mois environ, elle devint enceinte pour la deuxième fois. Le travail, qui se déclara à terme, dura depuis deux jours lorsque Thomas Simson fut appelé par la sage-femme, qui lui dit que le col était encore fermé. Cinq ou six heures après, il constata, non-seulement que le col de la matrice ne s'était pas dilaté, mais encore « que ses parois étaient collées l'une contre l'autre, sans qu'il restât le moindre vestige de passage. »

Haddow, demandé en consultation, reconnut qu'il en était bien ainsi.

Il fut décidé qu'on pratiquerait une incision. Après avoir écarté les parois du vagin avec deux morceaux de bois aplatis, il fut facile de voir la cicatrice des parties qui s'étaient unies. « Une incision d'un demi-pouce de profondeur devint nécessaire avant d'avoir percé de part en part la substance de cette ouverture. Je sentis la tête de l'enfant, et je m'aperçus que cette circonférence de la plaie était dure comme un cartilage; et comme elle ne cédait pas à plusieurs efforts que fit la malade après l'incision, je fus obligé de conduire sur mes doigts un petit bistouri étroit pour faire plusieurs incisions à cet anneau cartilagineux. » Il ne s'écoula pas de sang. Sous l'influence des contractions, la dilatation augmenta un peu, mais pas assez pour espérer que la tête, dont les os chevauchaient les uns sur les autres cependant, pût franchir seule l'orifice. Il fallut, comme la première fois, ouvrir le crâne. « Dans cet accouchement, il ne s'écoula ni eau ni sang. L'enfant était tout à fait mollassé, et tout son corps était couvert d'une couche plâtreuse qui nous convainquit qu'il y avait quelque temps qu'il était mort. Le défaut des eaux nous étonna d'abord; mais je me ressouvins que, dans le temps du travail, la malade nous avait dit qu'elles s'écoulaient, auquel temps, ayant eu la curiosité d'examiner la chose avec soin, je trouvai que ce qu'elle appelait les eaux sortait par l'urèthre qui extérieurement, était ouvert en trois endroits. Cette observation et quelques autres circonstances me firent croire qu'il y avait quelque communication entre les parties et la matrice, au-dessus de l'os *tinca*, par où s'étaient évacuées les eaux. » Des accidents graves survin-

(1) Th. Simson, *Essais médicaux de la Société d'Edimbourg*, vol. III, art. 19.

(2) Smellie, *Traité de la théorie et de la pratique des accouchements*, traduit de l'anglais par Fréville. Paris, 1765, t. III, in-4, p. 67.

rent presque aussitôt après l'accouchement, et la malade succomba au bout de vingt-quatre heures. On ne put obtenir l'autorisation de faire l'autopsie.

OBSERVATION II. — Wright a publié l'observation d'une femme qui avait été à une première grossesse accouchée par les instruments. Il y eut à la suite de cet accouchement de la suppuration. A un second accouchement, après vingt-quatre heures de travail, une tumeur globuleuse, qui n'était autre chose que la tête du fœtus recouverte par l'utérus, fut poussée dans le vagin par les contractions. On ne pouvait découvrir aucune trace de l'orifice; mais au point qu'il aurait dû occuper, on trouvait un noyau dur, d'où rayonnaient trois cicatrices. On administra de l'opium qui suspendit les douleurs dans l'après-midi et la nuit. Les douleurs revinrent intenses à sept heures du matin et la rupture de l'utérus était à craindre. Pendant que le doigt était sur le point central, on put constater que quelque chose se déchirait, et après deux douleurs, le doigt pénétra dans la cavité. Cette déchirure se prolongea dans la direction des cicatrices, et à cinq heures du matin l'orifice était si large, que les membranes se rompirent. Pendant trois heures la tête n'avança pas, la malade était agitée, elle avait de la céphalalgie, et alors une application de forceps la délivra d'un enfant bien portant. Elle se rétablit en dix jours. Elle avait encore à cette époque un écoulement purulent qui cessa une semaine après (1).

OBSERVATION III. — Elle est due à Caffé (2). — « Le 4 décembre 1833, à six heures du matin, je fus appelé chez madame Mouray, sage-femme, rue Vieille-du-Temple, n° 110, pour aider de mes conseils une dame arrivée la veille au matin et parvenue au terme de sa gestation. Cette dame, âgée de trente-neuf ans et huit mois, de bonne constitution, n'avait jamais eu que de passagères indispositions, trois accouchements naturels, faciles, le dernier il y a environ huit ans. Sa grossesse actuelle, m'assura-t-elle d'abord, n'avait donné lieu à aucun accident et n'avait dérangé en rien sa santé ordinaire. Les douleurs pour accoucher persistaient depuis environ trente heures. La sage-femme, madame Mouray, avait, dès le commencement et à plusieurs reprises, porté le doigt au sommet du vagin. Elle ne put jamais reconnaître la présence du col ni son orifice. Dans l'après-midi, elle fait prendre un bain à la malade, qui en éprouve un soulagement passager. Mais les douleurs recommencent bientôt avec plus d'intensité et sont accompagnées de contractions utérines très-manifestes lorsqu'on place la main sur les parois abdominales. Le vagin reste sec, point d'écoulement de sérosité. Madame Mouray, voyant bien qu'elle avait affaire à un cas anormal, jugea prudente l'intervention d'un médecin, qui dut hésiter pour reconnaître une oblitération complète du col, croyant sans doute qu'il avait affaire à une déviation de cet organe. Il existait une médiocre antéversion du col de la matrice. Le médecin proposa, comme moyen conditionnel, l'emploi d'un pessaire, voulant néanmoins en retarder l'introduction jusqu'au jour. Sa visite eut lieu sur les

(1) Wright, *Montreal med. Gazette et London med. Gaz.*, 1846, p. 688.

(2) *Journal hebdomadaire des progrès des sciences et institutions médicales*, 6<sup>e</sup> année, t. I, mars 1834, et Chailly, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 5<sup>e</sup> édition, Paris, 1867.

trois heures du matin. Je fus prévenu dans cet intervalle, et sur les six heures je pus voir la malade. Instruit des commémoratifs déjà mentionnés, je procédai immédiatement au toucher, soit en faisant conserver la position horizontale, soit en faisant tenir la malade debout ou sur les genoux. Dans toutes ces positions et apportant l'attention la plus scrupuleuse, je reconnus l'état suivant : Le vagin présente 5 pouces dans son diamètre vulvo-utérin ; sa paroi supérieure, qui est fortement tuméfiée, produit une espèce de bourrelet remplissant une partie de la capacité du vagin, reste rouge et sans mucosités. Le sommet du vagin se termine brusquement ; il peut se comparer à un cylindre fermé, sans saillie aucune dans son intérieur et sans aucune trace du col utérin. Près de la paroi recto-vaginale, presque sur le raphé médian, on touche un pli d'une ligne de dimension, donnant la sensation d'une petite corde tendue ; sur les côtés de ce repli et ailleurs, on ne peut distinguer le moindre orifice utérin, soit avec le doigt, soit en guidant sur ce dernier un petit stylet boutonné. Pendant les contractions violentes, la pulpe du doigt éprouve un mouvement communiqué, mais sans que l'utérus vienne communiquer au sommet du vagin.

« Cet examen des parties achevé, force me fut de reconnaître un fait tout à fait nouveau pour moi et dont je n'avais pas même rencontré d'analogue. Je jugeai l'opération césarienne vaginale indispensable ; mais ne voulant rien précipiter, je fis part à la malade de la gravité de sa position et de sa rareté. Je demandai que l'on m'adjoignît les conseils de professeurs d'accouchement. Sur les huit heures, Jules Hatin fut prié de venir ; comme moi il reconnut et apprécia les circonstances que j'ai énoncées. L'opération fut décidée pour quatre heures de relevée. A l'heure convenue, nous revîmes la malade. Les contractions utérines n'acquiesçaient pas une violence trop alarmante. Hatin me fit observer que l'état de cette femme permettait de temporiser encore, et que l'intérêt de la science, à laquelle ce cas se rattachait, exigeait que nous en rendissions témoins plusieurs hommes compétents, notamment Velpeau, qui, comme on l'a vu précédemment, niait la possibilité du fait.

« En conséquence, renvoyant à une heure plus éloignée l'opération déterminée, et recommandant à madame Mouray, sage-femme instruite, une surveillance active auprès de la malade, pour modérer ses douleurs, ou pour éviter tout mouvement inopportun, je pus bientôt ramener Velpeau, Lenoir, Larcher. Tous constatèrent mon diagnostic et confirmèrent la nécessité de l'opération, que je pratiquai à onze heures moins un quart, en présence de Hatin, de Roussel, prosecteur de ses cours, et de Pertusion, médecin italien. L'emploi du spéculum était impossible, et tout à fait inutile, par la saillie du bourrelet muqueux du vagin qui ne pouvait être refoulé, et d'autre part, vu l'extrême étroitesse de ce conduit. La femme, placée sur le bord de son lit, comme pour l'opération de la taille, les cuisses et le bassin maintenus par des aides, j'introduisis sur l'index de la main gauche et à plat, un bistouri droit à lame étroite, recouverte d'une bande de toile jusqu'à six lignes de sa pointe, protégée par une boulette de cire. Arrivé au sommet du vagin, avec la main droite je relevai le bistouri, le dos regardant la pulpe du doigt conducteur, et divisai couche par couche la paroi antérieure de la matrice, en dirigeant l'incision du rectum vers la vessie, ayant soin de la circonscrire à 5 lignes environ d'étendue en hauteur. Les contractions de l'utérus aidaient

à la division. Après une section d'environ 3 lignes de profondeur, je reconnus que j'avais divisé toute l'épaisseur de la paroi, et que j'étais arrivé dans la cavité utérine. En effet, aussitôt s'écoulaient près de 4 onces d'un liquide demi-consistant, de couleur lie de vin et tout à fait inodore. La tête de l'enfant se présente à l'ouverture dans la seconde position (occipito-cotyloïdienne droite). Chacun des spectateurs s'assure par le toucher du résultat de l'incision. Pour éviter et prévenir toute déchirure, je porte de nouveau un bistouri boutonné et encore garni de linge jusque près de son extrémité. Je pratique de dedans en dehors deux incisions latérales, l'une à droite, l'autre à gauche, dans l'étendue de quelques lignes seulement. La forme cruciale de ces incisions fut effacée à l'instant par une contraction utérine, qui rendit ovulaire et élargit de beaucoup l'ouverture, sans cependant donner lieu à l'une de ces déchirures regardées comme si graves par quelques auteurs et qui seraient l'écueil de cette opération. Guidé par des connaissances anatomiques capables de me rassurer, je n'hésitai pas à pratiquer une opération indispensable, malgré les craintes sérieuses que Velpeau avait manifestées sur ses résultats. De plus, en adoptant le principe du débridement multiple, proposé par Vidal (de Cassis) pour l'opération de la hernie et de la taille, j'étais sûr d'obtenir une dilatation considérable, sans dépasser les bornes au delà desquelles l'opération devenait très-dangereuse.

« La femme n'accuse aucune douleur pendant l'opération ; elle dit seulement éprouver la sensation et entendre le bruit d'une feuille de parchemin que l'on diviserait. Il n'y a pas la plus légère hémorrhagie. La malade est replacée convenablement. Les douleurs de la parturition se succèdent régulièrement. Une heure après, la sage-femme reçoit, en ma présence, un enfant vivant du sexe féminin, et pesant sept livres. La délivrance ne se fait pas attendre.

« Je touchai alors la malade ; l'utérus, revenu sur lui-même, avait singulièrement restreint l'étendue de l'ouverture. Je jugeai inutile de placer entre les lèvres de la section une sonde de gomme élastique, une mèche ou tout autre corps. Les lochies devaient empêcher l'adhérence. Les suites de couches furent des plus heureuses, aucun accident ne vint les traverser : madame X... se leva le sixième jour, et le neuvième elle quitta la sage-femme pour rentrer dans son domicile.

« Depuis lors, jusqu'à ce jour, madame X... s'est présentée souvent à moi. Une ouverture d'un petit calibre et irrégulière se conservait au niveau du point de la matrice qui a supporté l'opération. On n'y distinguait aucune saillie, aucune trace du col. Dès que l'écoulement des lochies eut cessé, j'eus la précaution d'introduire à plusieurs reprises et de maintenir pendant quelques heures, dans l'ouverture utérine, une bougie de gomme élastique, afin d'empêcher l'adhérence des bords de l'ouverture.

« Environ vers la sixième semaine après ses couches, madame X..., au sortir du bain, a vu suinter le fluide menstruel. Cet écoulement a été très-peu marqué. On doit se rappeler que le sujet est âgé de près de quarante ans, qu'il est doué d'un tempérament sec et très-sanguin ; qu'en outre, avant cette dernière grossesse, à chaque époque, ses règles diminaient de plus en plus de durée et de quantité. Plus tard, la seconde époque menstruelle eut lieu, plus abondante que la première et sans aucune douleur.

« La rareté de cette oblitération de matrice avec disparition du col dut m'engager à en rechercher la cause. Je la soupçonnais due à des accidents inflammatoires ; mais ce ne fut pas sans peine et sans interrogations réitérées avec instance pendant plusieurs jours, que je pus parvenir à confirmer ma prévision. L'opérée avait, pendant les premiers mois de sa grossesse, pratiqué des injections dans le vagin et jusque dans l'intérieur de la matrice, au moyen d'une sonde de gomme élastique qu'elle introduisait elle-même, en se servant d'une solution de cendres de foyer. Elle avait ressenti de très-vives douleurs, intolérables chaque fois qu'elle recommençait cette manœuvre ; elle aperçut aussi de la suppuration et la chute de quelques pellicules. »

Dans l'observation de Waller :

OBSERVATION IV. — La malade avait eu, trois ans et demi auparavant, une fièvre puerpérale, suivie d'un écoulement purulent pendant plusieurs mois, lequel se reproduisit à des intervalles plus ou moins éloignés. Le col s'était gangrené, et le mari de la patiente (un médecin) s'aperçut plus tard que l'orifice était oblitéré par une membrane indurée. La malade avait dépassé de trois semaines le terme de sa grossesse et ne sentait plus remuer l'enfant depuis quelque temps. Il y avait eu quelques douleurs pendant quelques jours, mais celles-ci n'augmentaient pas. Un jour plus tard, Blundell découvrit une petite dépression à côté de l'ancien orifice. Aussitôt après, la patiente eut des douleurs expulsives. A minuit, elle avait perdu une petite quantité de liquide ; mais on ne pouvait constater aucun orifice. Le pouls était très-fréquent, et il s'était manifesté une forte transpiration.

La malade fut abandonnée et revue seulement à dix heures du matin : on la trouva très-abattue. Après midi, l'orifice était entr'ouvert, mais les bords en étaient frangés, et il en pendait un lambeau de membrane granuleuse et dure. La prostration augmentait. L'accoucheur introduisit la main dans l'utérus et termina l'accouchement par la version. Une hémorrhagie légère suivit la délivrance, et la femme mourut une demi-heure après. L'enfant paraissait avoir succombé depuis plusieurs jours (1).

Deux observations ont été publiées par Naegelé :

OBSERVATIONS V et VI. — Dans les deux, l'orifice était excessivement petit, et l'occlusion était causée par une membrane celluleuse qui le remplissait. Le segment inférieur de l'utérus était tendu et dur, de sorte que, dans un cas, il ressemblait à une poche d'eau. Le sujet d'une de ces observations était grasse et pléthorique, et, bien qu'elle eût été saignée quatre fois, à chaque douleur le sang s'échappait du nez et de la bouche : La seconde femme avait été en travail pendant deux jours et deux nuits. Dans les deux cas, la membrane fut traversée par une sonde de femme. Il n'y avait pas trace de déchirure. Les femmes accouchèrent spontanément, et les enfants naquirent vivants (2).

(1) Waller, *Guy's Hospital Reports*, vol. IV, p. 120.

(2) H.-F. Naegelé, *De Mogostocia e conglutinatione orificii uteri externi* Comment. Heidelberg, 1835, et *Traité pratique de l'art des accouchements*, trad. par Aubenas. Paris, 1869, p. 499.

Lauverjat rapporte l'observation suivante (1) :

OBSERVATION VII. — Le 18 août 1784, la dame Pinard, après avoir parcouru le temps ordinaire de la grossesse, ressentit les douleurs de l'enfantement. Elles étaient si vives, qu'elles l'obligeaient à faire les plus violents efforts. Je la vis alors. Elle m'apprit que c'était sa première grossesse, et que depuis ce temps elle souffrait beaucoup en s'asseyant. Cherchant aussitôt à m'assurer de son état, je fus surpris de rencontrer à la vulve une tumeur lisse qui la remplissait, la dépassait et cédait facilement à la pression du doigt, excepté à l'instant de la douleur. Parcourant la tumeur, mon étonnement augmenta en ne rencontrant dans toute la circonférence qu'un cul-de-sac d'un demi-pouce de profondeur au plus, et nulle ouverture qui pût permettre la sortie de l'enfant ; je distinguai la tête à travers les parois de la tumeur. Ce cas extraordinaire me détermina à porter le doigt dans l'anus, pour m'assurer si l'orifice de la matrice ne s'y était point dévié, comme je l'avais déjà vu ; mais cela n'était point. Je mandai plusieurs confrères, qui reconnurent tous ce que j'avais remarqué. Pour nous convaincre, nous crûmes nécessaire de voir les parties. Alors nous distinguâmes une petite déchirure qui n'intéressait qu'une partie de l'épaisseur de l'enveloppe de la tumeur. Je crus que cette déchirure indiquait l'endroit où je devais inciser, s'il était nécessaire. Les consultants furent de cet avis. J'opérai sur-le-champ. Je glissai ensuite le doigt dans l'ouverture que j'avais faite : il se trouva dans une cavité dont les parois étaient lisses et humectées. La tête y était contenue. Je ne distinguai aucune trace de col ni d'orifice de la matrice, et j'atteste que j'étais dans sa cavité. Il en sortit, à l'instant de l'opération, une eau bourbeuse ; aussitôt la tête se présenta et franchit l'ouverture que je venais de pratiquer ; sa paroi latérale droite subit une petite dilacération ; le reste du corps de l'enfant ne tarda pas à suivre la tête. Je réintroduisis le doigt dans la cavité que l'enfant venait d'abandonner, et je la trouvai telle que je l'ai dit. Le délivre s'offrit à mon doigt, il sortit promptement. Ma main portée dans la loge isolée ne reconnut que la cavité de la matrice, et rien de semblable à son col ni à son orifice, et je suis très-convaincu que j'ai incisé la partie inférieure de ce viscère, qui a subi quelque engorgement et une légère inflammation.

Du reste, la couche a été franche, et j'ai senti la cicatrice des parois incisées se faire par gradation. Il est cependant resté pendant quelque temps une ouverture suffisante pour l'écoulement des lochies. Deux mois après l'opération, j'ai touché le col et l'orifice de la matrice dans leur état naturel.

Il est probable que l'impossibilité de toucher l'orifice de la matrice avant l'opération a dépendu de l'obliquité contre nature de ce viscère. Du reste, cette observation et celles citées plus haut convainquent que l'opération césarienne vaginale n'entraînera point de danger après elle.

Flamant (2) a consigné un fait à ajouter à ceux qui établissent qu'il arrive quelquefois que l'on ne trouve pas d'orifice à la matrice chez les femmes en travail. Cette observation lui avait été remise par Lobstein.

(1) Lauverjat, *Nouvelle Méthode de pratiquer l'opération césarienne*. Paris, 1788.

(2) Flamant, *De l'opération césarienne, Dissertation à l'occasion du concours qui eut*