

OBSERVATION VIII. — Anne-Marie Drech, âgée de trente ans, d'une petite taille, régulièrement conformée, fut reçue à l'hôpital civil de Strasbourg, le 11 janvier 1811, dans le septième mois de sa grossesse.

Le toucher ayant été pratiqué, on reconnut que le col de la matrice offrait une conformation toute particulière : au centre on rencontrait, au lieu d'un orifice, une bride transversale ayant l'apparence d'une cicatrice.

Les premières douleurs commencèrent le 25 avril, mais ne produisirent aucun changement sur le col. J'espérais que l'orifice utérin deviendrait perceptible, et qu'il s'ouvrirait par la suite du travail, et j'étais d'autant plus fondé à le croire, qu'il sortait du vagin une liqueur semblable aux eaux de l'amnios, qu'on aurait teinte de méconium. Cependant toute la journée du 26 se passa sans qu'il parût aucun orifice, quoique les douleurs fussent fortes et continues, et que la tête du fœtus se fût engagée tant soit peu dans le détroit, et eût abaissé la portion du corps de la matrice qui lui correspondait.

Croyant m'être trompé dans la recherche de l'orifice utérin, je portai ma main tout entière dans le vagin, et jusqu'au cul-de-sac que forme ce canal postérieurement ; mais je ne le découvris nulle part.

Il y avait plus de quarante-huit heures que la femme était en travail ; les forces commençaient à s'épuiser ; il était temps de prendre un parti définitif. J'appelai en consultation Flamant et Caillot, qui après avoir scrupuleusement examiné l'état des parties, constatèrent l'absence de l'orifice utérin, et reconnurent avec moi la nécessité de l'hystérotomie vaginale, comme le seul moyen indiqué en pareille circonstance. Cette opération fut pratiquée le 27 avril, cinquante-six heures après le commencement du travail.

Les contractions ayant déjà cessé depuis plusieurs heures, on se détermina à appliquer le forceps dès que la tête du fœtus eut été découverte dans une étendue suffisante. Mais l'extraction en fut difficile ; et deux personnes ayant été obligées de tirer en même temps sur les branches de l'instrument, l'enfant fut amené mort ; les suites de couches ne laissèrent pas d'être heureuses.

L'incision que l'on avait pratiquée sur la paroi antérieure de la matrice avec le bistouri caché, inventé par Flamant pour cette opération, ayant été examinée à diverses reprises, voici ce qu'on observa. Quinze jours après l'accouchement, les quatre lambeaux (de l'incision) avaient disparu, les bords de la plaie étaient arrondis, et il en était résulté un orifice circulaire, mais qui était largement ouvert, au point que la matrice et le vagin ne formaient, pour ainsi dire, qu'une seule et même cavité. Un second examen fait huit jours plus tard fit voir que le nouvel orifice utérin s'était tellement rétréci, qu'on aurait eu de la peine à y introduire une plume à écrire. Lobstein, craignant son occlusion complète, y plaça une sonde de femme : mais cet instrument devint si incommode à l'accouchée, et occasionna des douleurs si vives, qu'il fut contraint de le retirer au bout de six jours. Examinée de nouveau, la division parut oblitérée ; et le lieu où existait l'orifice artificiel n'était plus marqué que par un petit enfoncement entouré de quelques mamelons assez durs, à travers lesquels a dû passer le sang menstruel qui s'annonça deux mois après la section du corps de l'utérus.

lieu en 1811, à la Faculté de médecine de Paris, pour une chaire d'accouchements ; Paris, 1811 ; et Gardien, *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, 1818, t. XXIII, p. 303, art. HYSTÉROTOMIE.

### § I. — Causes.

Dans certains cas, la lésion du col dépend d'interventions chirurgicales dans un accouchement antérieur ; dans d'autres, elle dépend de l'inflammation de l'utérus après un travail régulier ; dans d'autres enfin, de l'inflammation utérine après un avortement ; on a vu aussi l'inflammation être liée à une descente de l'utérus. Quelquefois elle fut la conséquence de tentatives criminelles ; une fois enfin l'occlusion paraissait congénitale.

L'état des organes au moment de l'accouchement peut varier beaucoup. On peut trouver la tête coiffée par le col, apparaissant sous la forme d'une tumeur globuleuse, sans orifice ; ou bien il peut y avoir des cicatrices sur la tumeur. Le tissu qui recouvre la tête peut varier en épaisseur et en densité. L'orifice peut manquer tout à fait, la place même n'en est pas indiquée ; il peut y avoir une dépression, ou encore un orifice dont l'aire serait obstruée par une membrane. Ces derniers cas ont été désignés par Naegelé sous le nom de *conglutination de l'orifice*, et il considère la membrane oblitérante comme produite par l'inflammation du col utérin. La résistance de cette membrane varie beaucoup. Ashwell, d'accord avec Naegelé, a observé que cet orifice, normalement très-petit, présente, chez certaines femmes, la forme d'une étroite ouverture circulaire au lieu de celle d'une fente transversale. Dans l'une ou l'autre de ces conditions, l'oblitération complète de l'orifice peut être produite même par une légère inflammation, après la conception, ce qui ne modifierait en rien la santé de la femme, et ne troublerait pas la marche de la grossesse. Il faut se rappeler qu'une pareille oblitération peut n'être accompagnée par aucune autre de ces parties. L'adhérence peut être solide et complète sans qu'il y ait aucune induration squirrheuse. Le col utérin sera poussé en bas par les contractions de l'organe, et la sensation au toucher n'offrira d'autre différence avec l'état normal que l'absence d'orifice (1).

D'autres auteurs ne voient pas dans certains cas un résultat de l'inflammation. Ainsi Jacquemier se demande « s'il y a une véritable agglutination. Cette prétendue membrane, ajoute-t-il, ne serait-elle pas autre chose qu'une portion hypertrophiée de la caduque ? Ces cas ne sont-ils pas plutôt des cas de simple rigidité du col (2) ? »

Autant que j'en puisse juger, il me semble que la plupart de ces observations se rattachent à des faits d'inflammation. Dans d'autres cependant il est probable qu'on a eu affaire à des vices de conformation congénitaux.

Dans les cas précédents, on se demandera si l'inflammation a été postérieure à la conception. Souvent cette hypothèse a pu être regardée comme probable ; d'autres fois, on a pu la mettre en doute. Si l'orifice

(1) Ashwell, *Guy's Hospital Reports*, vol. IV.

(2) Jacquemier, *Manuel des accouchements*. Paris, 1846, t. II, p. 181.

utérin a été oblitéré avant la conception, comment la fécondation a-t-elle eu lieu? La question me paraît tout aussi difficile à résoudre que dans certains cas d'occlusion du vagin que j'ai rapportés dans ce livre. Nous devons admettre qu'il a subsisté quelque petit pertuis inappréciable aux recherches les plus minutieuses et qui aurait permis l'accès de la liqueur séminale.

Mattei a publié sur ce sujet (1) un mémoire appuyé sur quarante observations déjà publiées et sur deux faits qui lui sont personnels. Voici quelles sont les conclusions de son travail :

1° L'occlusion complète du col utérin, soit à ses orifices, soit dans sa cavité même, peut se faire par suite d'une inflammation locale; mais, dans la plupart des cas (19 sur 31 notés), elle résulte de l'organisation du bouchon plastique qui se trouve dans le col pendant la gestation.

2° L'oblitération n'empêche guère la grossesse d'arriver à terme; quelquefois même elle est cause de son prolongement et ne décèle sa présence qu'au moment du travail. Le toucher seul peut la constater, et si un ou deux doigts ne suffisaient pas à lever les doutes, on doit introduire toute la main dans le vagin.

3° Cette occlusion est ordinairement assez solide pour résister aux efforts naturels du travail (36 fois sur 42), si bien que, dans quelques cas (3 fois sur 42), la femme est morte non accouchée. Dans les cas même où l'on est intervenu un peu tard, on a eu à déplorer souvent la mort de l'enfant (7 fois sur 28 notés), quelquefois même la mort de la mère (2 fois sur 28 notés).

4° Les moyens employés pour diviser l'obstacle ont été l'ongle ou la sonde de femme, lorsque l'obstacle était peu résistant. On peut donc tenter ces moyens. Là où ils ont été insuffisants, on a employé les ciseaux ou le bistouri.

5° Ce dernier a été le plus généralement préféré; mais comme on doit s'en servir au fond du vagin et ordinairement sans le secours de la vue; comme il divise des tissus éminemment vasculaires et qu'il occasionne une perte de sang; comme les angles de la plaie, en l'agrandissant, peuvent propager au loin la déchirure; enfin, là où la tête du fœtus repose exactement sur les tissus à diviser, comme on peut être exposé à diviser aussi les parties fœtales, pour tous ces motifs, l'usage du bistouri n'est pas sans danger.

6° Dans tous ces cas, on pourra remplacer le bistouri par le bec de la sonde cannelée appuyé avec force, pendant la contraction utérine, sur le point le plus déclive de la tumeur, et lorsqu'il est reconnaissable, sur le point qu'occupe le col. Par ce moyen, que j'ai le premier employé, je crois, on creuse en quelque sorte une ouverture à travers les tissus utérins, tout en évitant les dangers auxquels expose le bistouri.

[Depaul, en 1860, a publié sur ce sujet un mémoire (2) qui ne permet plus de doutes sur les cas d'occlusion complète du col utérin. Comme on

(1) Mattei, *De la dystocie par oblitération complète du col utérin.* (Bull. de l'Acad. de Méd. Paris, 1861-1862, t. XXVII, p. 969.)

(2) Depaul, *De l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme enceinte, et de l'opération qu'elle réclame* (Mém. de l'Acad. de méd., 1860, t. XXIV, p. 491).

l'a vu, cette lésion avait déjà été signalée. Mais Depaul a constaté et fait constater par des témoins tels que P. Dubois, les trois faits qu'il a observés lui-même. Comme l'obstacle ne parvient à la connaissance du médecin qu'au moment de l'accouchement, Depaul dit que les causes n'en peuvent être que très-hypothétiques, et il est convaincu « que ces phénomènes ne peuvent dépendre que de conditions particulières qui nous sont inconnues. » L'oblitération siège soit à l'orifice interne, soit à l'orifice externe; le doigt suffira le plus souvent à constater l'absence d'orifice, mais l'examen direct au moyen du spéculum sera nécessaire pour préciser le siège et la disposition des cicatrices. Car ce sera sur ce point que devra porter l'action chirurgicale afin d'éviter les accidents que sans elle Depaul regarde comme presque inévitables, tels que rupture du corps de l'utérus, déchirure du col, pouvant s'étendre en dehors de la portion vaginale.

Depaul considère comme un *succès malheureux*, un cas d'oblitération incomplète du col, vaincu par les seuls efforts des contractions utérines, au moment de l'accouchement (1).

Voici, suivant Depaul, le procédé opératoire qu'il faudra toujours adopter dans les cas d'oblitération complète du col: « Le chirurgien devra détruire cette oblitération au moyen de l'instrument tranchant, il incisera le tissu du col à l'aide du bistouri ou mieux des ciseaux; il arrivera graduellement à perforer la paroi. Après ce premier temps, qui est le plus délicat, on agrandira l'orifice par des débridements multiples en divers sens. « Les suites de l'opération sont presque nulles et mettent la femme dans les conditions d'un accouchement ordinaire. L'innocuité de l'opération est démontrée par les observations de Depaul et par celles qu'il a pu recueillir dans les auteurs.

Ces observations sont au nombre de huit, auxquelles il faut joindre celles que cite Churchill, celles de Gautier (2) et de Thomas de Corral (3), de Baudelocque (4), de Pagan (5).]

## § II. — Diagnostic.

A première vue, il semblerait que le diagnostic dût être des plus simples. Mais dans certains cas d'obliquité extrême de l'utérus, il faut une grande patience et un grand soin pour découvrir l'orifice utérin. Je n'ai jamais eu pour ma part à compter avec des cas de cette nature. Mais si un examen très-minutieux de la tumeur au détroit supérieur n'a pas permis de constater la présence d'un orifice, les contractions, si toutefois il n'y a

(1) *Gazette médicale*, 1837, p. 247, fait publié par le docteur Bleyne.

(2) Gautier, *Journal de médecine* de Corvisart et Leroux, vendémiaire an XII.

(3) Th. de Corral, *Journal de chirurgie*, 1845, t. III, p. 216.

(4) Baudelocque, *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 4 septembre 1854.

(5) Pagan, *The London and Edinburgh monthly journal*, janvier 1842, et *Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1842, t. V, p. 246.

aucun vice de conformation, chassant la tumeur vers le détroit inférieur, on atteindra alors facilement l'orifice, s'il existe.

Quand l'orifice utérin est très-petit, il peut se passer quelques heures avant qu'on le sente parfaitement; mais si les douleurs sont continues, l'orifice deviendra manifeste avant qu'il se soit développé aucun symptôme alarmant.

### § III. — Pronostic.

Dans tous les cas le pronostic est très-sérieux. Le choix n'existe qu'entre l'attente d'une ouverture spontanée, ou l'opération d'une ouverture artificielle. Dans l'une ou l'autre alternative, il y a de graves dangers, soit la mort de la patiente, les douleurs étant insuffisantes à surmonter l'obstacle, soit la rupture de l'utérus.

### § IV. — Traitement.

Parmi les observations que j'ai relatées, on en trouve une où l'on s'est dispensé de toute intervention, à cause de l'existence d'une fièvre vive. La patiente mourut non accouchée.

Dans d'autres, on laissa les accouchées arriver à un point où l'intervention ne fut plus d'aucun secours.

Dans une autre série, plus favorable, l'obstacle céda spontanément après de nombreuses heures de souffrances.

La conclusion que nous pouvons tirer de ces exemples est que nous avons tout à perdre à rester inactifs, et à abandonner la femme aux seules ressources de la nature. Je crois qu'il est du devoir de tout médecin de chercher à enlever ou à détruire l'obstacle aussitôt qu'il en a clairement constaté l'existence, et qu'il a pu supposer que celui-ci est de nature à ne pas céder aux contractions utérines, et avant que les forces de la femme soient épuisées. Dans cinq cas où cette règle de conduite a été suivie, la mère et l'enfant ont été sauvés; et dans quatre autres cas la mère s'est rétablie. Deux fois seulement la mort a suivi l'hystérotomie vaginale, et dans ces deux circonstances l'opération avait été faite tardivement.

Je ne pense pas qu'il y ait plus de danger, si l'incision s'étend au delà des limites prévues, que s'il se produit une déchirure spontanée; et je ne doute pas un seul instant que l'opération faite de bonne heure ne soit d'un grand avantage pour l'enfant. Je ne trouve aucun inconvénient à l'emploi de la saignée et de l'émétique au début du travail, pourvu qu'on ne perde pas trop de temps. Aussi faut-il avoir recours à l'opération, quand on prévoit l'inutilité de ces moyens, et avant que les douleurs deviennent insuffisantes.

Après nous être prononcé sur l'opportunité de l'opération, nous n'aurons pas de peine à nous entendre sur le procédé opératoire. Si l'orifice

est oblitéré par une membrane mince, nous pourrions nous conformer à la recommandation de Naegelé et la traverser avec le doigt, avec la sonde de femme ou tout autre instrument mousse. Si la membrane est trop résistante, ou si nous ne pouvons déterminer le siège du col utérin, il faut, au moyen de ciseaux ou d'un bistouri, faire une incision latérale, bilatérale ou cruciale, assez étendue pour permettre à la tête de descendre. Généralement l'incision n'est pas douloureuse et ne donne lieu à aucune hémorragie. Si la femme est épuisée, les contractions peuvent être insuffisantes à expulser l'enfant: nous pourrions être obligés alors de faire usage du forceps, ou plus rarement du crochet; mais ces moyens seront superflus, si l'opération est faite de bonne heure. On devra, pendant la convalescence, veiller avec soin à maintenir l'orifice ouvert: il a la plus grande tendance à se refermer, et souvent il sera indispensable de recourir à l'introduction d'un corps étranger, de la charpie enduite d'un corps gras, un morceau d'éponge ou une bougie élastique.

## CHAPITRE II

### AMÉNORRHÉE.

Les maladies de l'utérus peuvent être divisées en *maladies fonctionnelles* et *maladies organiques*; mais cette division a plus d'avantage en pratique que dans l'étude de la pathologie. Nous ne pouvons guère admettre un trouble fonctionnel sans l'existence possible d'une lésion moléculaire de l'organe malade. Mais il est certain cependant que des troubles même graves peuvent survenir sans que nos moyens d'exploration nous permettent de constater aucune modification organique. Ces considérations ne doivent pas s'appliquer à notre troisième variété de troubles menstruels, car dans cette dernière catégorie il y a, je le crois, toujours lésion organique.

Ces troubles de la menstruation se divisent en trois classes:

- 1° L'aménorrhée, comprenant l'absence complète ou la suppression de la menstruation, et la menstruation supplémentaire;
- 2° La dysménorrhée, c'est-à-dire la menstruation difficile ou laborieuse;
- 3° La ménorrhagie ou menstruation excessive.

Denman, Burns, Hamilton, Dewees, Locock et la généralité des auteurs anglais divisent les troubles de la menstruation comme je l'ai fait moi-même. Blundell ajoute une autre division, sous le titre de *menstruation pernicieuse (offensive catamenia)*; Capuron, Nauche, Boivin et Dugès adoptent une division analogue. Carus comprend dans la menstruation irrégulière le retard dans l'apparition des règles, la menstruation incomplète, l'apparition précoce des règles, et la suppression des règles. Siebold a fait