

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE
LA STÉRILITÉ
CHEZ LA FEMME

PAR
LE D^r VILLENEUVE FILS



PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31
1867

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

LA STÉRILITÉ

CHEZ LA FEMME

Primo non nocere.

Les causes de stérilité, qui chez la femme peuvent être combattues par des moyens chirurgicaux, sont exclusivement mécaniques. On peut les définir en résumé : Un obstacle qui s'oppose à la libre rencontre des deux ovules, mâle et femelle. Le but principal des opérations dont je vais parler, sera donc de supprimer ou d'amoindrir cet obstacle, et de rétablir, autant que possible, la perméabilité des voies naturelles.

Bien des auteurs depuis Hucher et Louyse Bourgeois, sans parler d'Hippocrate, se sont occupés de la stérilité. Mais aucun, excepté M. Sims, ne l'a fait à un point de vue purement chirurgical. Cela se comprend si l'on veut bien remarquer qu'aucune des opérations pratiquées contre cet état ne lui est spécialement destinée. Toutes ont été primitivement instituées pour remédier à des maladies véritables, dysménorrhée, rétention des menstrues, qui, il faut le dire, posent des indications plus pressantes que la stérilité, et demandent un prompt soulagement. Leur description se trouve, par cela même, éparse dans un grand nombre d'ouvrages, d'articles, de brochures, de mémoires. Aujourd'hui des publications récentes ont signalé ces questions à l'attention des chirurgiens.

Entraîné moi-même par l'intérêt qui s'attache à ces problèmes, j'ai été conduit à étudier les procédés opératoires les plus ordinairement employés dans les cas de cette nature, et j'ai pensé pou-

1867. — Villeneuve.

voir être utile à ceux qui seraient attirés par les mêmes questions, en groupant ensemble les renseignements puisés dans ces auteurs. Je n'apporte à la question aucun élément nouveau ; je me borne à exposer ce qui a été dit et fait de plus utile, satisfait si je puis faciliter à d'autres un travail qu'il pourront rendre plus complet que le mien.

Je me propose donc :

1° De décrire les opérations que l'on pratique contre la stérilité ;

2. De déterminer, autant que je le pourrai, leurs indications et leurs contre-indications ; de les apprécier et leurs résultats, et leur degré de gravité.

L'ordre adopté est, naturellement, tout anatomique. Après un premier chapitre de *considérations générales*, j'exposerai les opérations que l'on pratique :

1° Pour éclairer le diagnostic.

2° Sur la vulve et le vagin.

3° Sur le col et le museau de tanche.

4° Sur l'utérus lui-même.

Bien qu'il soit certain qu'il y ait des causes mécaniques de stérilité, siégeant dans les trompes et les ovaires, il est presque inutile de faire remarquer, que dans ces cas là, outre la difficulté du diagnostic, la chirurgie proprement dite est complètement impuissante.

OBSERVATIONS PRÉLIMINAIRES.

Il est superflu d'insister sur l'intérêt qui s'attache à la guérison de la stérilité. Il suffira de rappeler que d'après les statistiques les mieux établies, un mariage sur 8 est stérile (1). Tout moyen nouveau qui aura pour résultat de permettre la conception, quand elle paraissait impossible, devra donc être accueilli comme un véritable progrès pour la science et l'humanité.

Ceci nous amène à des considérations qui, je crois, ont leur importance.

(1) Simpson, *Obstetrical works* ; London, 1856. — Spencer Wells, *Med. Times and Gazette*, 1861.

Une femme n'est véritablement stérile, que lorsqu'elle n'ovule pas. Mais à ce mal point de remède, au moins chirurgical. Une première recommandation à faire au chirurgien, est donc de commencer par s'assurer que l'acte ovarique s'accomplit, ce qui est d'ordinaire très-facile. On a pourtant cité des cas où des femmes étaient devenues enceintes sans avoir jamais été réglées (1), l'ovulation pouvant à la rigueur avoir lieu sans être accompagnée par l'écoulement menstruel. Mais on sera mis sur la voie du diagnostic, par le toucher anal et vaginal, la palpation, dans certains cas par le cathétérisme utérin, qui permettront de reconnaître la présence de l'utérus, sa forme et son volume, et surtout par l'existence d'un certain degré de *raptus*, de *molimen*, survenant périodiquement. Si ce dernier signe manquait certainement, si les moyens généraux et locaux employés en pareil cas contre l'aménorrhée ne réussissaient pas, il serait fort probable que la fonction ovarique ne s'accomplit pas; je ne crois pas que dans un cas pareil, on soit autorisé à pratiquer une opération, pour peu qu'elle présente quelque danger. L'espérance de voir l'ovulation se rétablir sous l'influence de l'intervention chirurgicale et de ses suites, est trop aléatoire pour qu'on puisse se permettre d'exposer la femme à un danger, même médiocre.

Mais il n'en sera pas de même si la voie est totalement fermée aux rapprochements sexuels. Le médecin est alors autorisé à pratiquer une opération même grave pour rétablir cette voie, quelques soupçons qu'il puisse avoir d'ailleurs sur l'aptitude de la femme à l'ovulation. Je ne crois pas devoir discuter cette question, bien qu'elle ait été plusieurs fois levée, la solution que j'indique étant généralement adoptée, pour des raisons faciles à saisir, mais dont l'examen m'écarterait trop de mon sujet. L'observation I fournit du reste un exemple de ce genre.

Une femme peut encore être stérile parce que l'*imprégnation* ne peut s'accomplir, soit parce que des obstacles mécaniques empêchent le libre contact de l'ovule et du spermatozoïde, soit parce que, bien que mis en présence, le milieu ne leur est pas favorable, par suite de l'acidité, ou de l'alcalinité trop grande du

(1) Perfect, Cases in midwife, t. II, p. 71. — Churchill, Obs. on the diseases of pregnancy.

mucus cervico-utérin, etc. Cet état porte le nom spécial d'*infécondité*.

Enfin la stérilité peut encore résulter de l'*impuissance* de la femme à accomplir la copulation dans les conditions physiologiques. Nous en indiquerons plus tard les causes.

Ces remarques ont leur importance au point de vue de la physiologie ; mais cliniquement les choses se présentent différemment. Sous ce rapport il faut distinguer les cas où l'obstacle à la conception est absolu, ou seulement relatif. Je m'explique :

Une femme a une occlusion du vagin, congénitale ou accidentelle, elle éprouve tous les symptômes d'une rétention des règles et tous les désordres qui en sont la suite. Il est bien évident que la même raison qui empêche les menstrues de sortir, empêche les spermatozoïdes d'entrer ; cette femme est donc stérile.

Mais la stérilité n'est ici qu'un état secondaire. Ce qu'il importe avant tout, c'est de permettre au sang menstruel de s'écouler, et de faire ainsi cesser les désordres graves qui accompagnent sa rétention dans la cavité utérine. Aussi le chirurgien sera-t-il parfaitement autorisé, dans ce cas, à entreprendre une opération grave et difficile ; l'importance de la fonction à rétablir lui en fait un devoir, et l'espérance d'une guérison probable de la stérilité, par le fait de la même opération, ne fait qu'ajouter à la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Il n'en sera pas de même dans des conditions opposées. Si la femme qui vient réclamer les secours de la chirurgie ne se plaint d'aucun dérangement dans sa santé, si toutes les fonctions s'accomplissent physiologiquement, si enfin elle ne demande absolument qu'un remède à sa stérilité, il convient d'être beaucoup plus prudent. Dans les cas de ce genre, il est du devoir du chirurgien de refuser une opération d'une gravité majeure, comme l'amputation du col, par exemple. Je ne crois pas que le désir d'avoir des enfants, quelque légitime qu'il soit, puisse être mis en balance avec un danger pour la vie de la femme ou même simplement avec la complication possible d'une maladie grave.

Du reste, il est parfaitement clair, que l'on ne peut rien établir de précis et d'absolu à ce sujet. C'est au médecin à examiner et à

peser dans sa conscience les chances que présente chaque cas particulier, et à se prononcer en conséquence.

Enfin, on peut être amené à combattre la stérilité pour produire une grossesse qui pourra devenir elle-même un moyen de guérison de certaines affections utérines. Beaucoup de médecins pensent que la gestation peut modifier les fonctions nutritives de l'utérus, au point de dissiper les engorgements, les hypertrophies, les petits fibroïdes, et peut être même de corriger des positions vicieuses. On est surpris, dit M. Pajot (1), de ne pas voir mentionner la grossesse elle-même, comme un des meilleurs modes de traitement, chez les femmes jeunes, bien entendu. Il cite deux exemples à ce sujet, et il affirme que l'on peut obtenir de la sorte des guérisons radicales et persistantes de positions anormales. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'autorité que cette doctrine emprunte à l'opinion d'un maître tel que M. Pajot. Ce sera pour le praticien une occasion de plus de chercher à guérir la stérilité, même quand il n'est pas consulté pour cela. Il est vrai que bien souvent la même cause qui entretient la maladie que l'on se propose de guérir par une grossesse, rend aussi la femme inféconde. On tourne alors dans un cercle vicieux.

Les renseignements que j'ai pu réunir m'ont prouvé que le plus ordinairement les femmes ne viennent pas consulter uniquement pour leur stérilité. Presque toujours il y a quelque trouble concomitant des fonctions : dysménorrhée, métrorrhagie, pesanteur incommode, etc. Ces complications reconnaissent en général pour cause la même disposition organique dont la stérilité est le résultat. Comme je viens de le dire, ce sera pour le chirurgien un motif nouveau d'agir, et de guérir à la fois, par une seule opération, et la maladie et la stérilité.

Quant à la rétention des règles, qu'elle soit congénitale ou accidentelle, le rétablissement de la fécondité devant dans ces cas-là n'occuper que le second plan dans les préoccupations du médecin, je n'en dirai que quelques mots. Mais une précaution que je veux indiquer tout de suite parce qu'elle trouvera plusieurs fois son application dans le cours de cette étude, doit toujours

(1) Examen du livre de M. Courty (Archives gén. de méd., p. 24, février 1867).

être prise quand il s'agit d'ouvrir une voie au sang menstruel accumulé dans l'appareil génital, par suite d'une imperforation ou d'une oblitération, quel que soit le point qu'elle occupe. Elle consiste, une fois qu'on a reconnu et constaté la réalité de cette accumulation, à ne lui ouvrir d'abord qu'une issue étroite de manière que l'écoulement se fasse très-lentement et demande même plusieurs jours pour s'effectuer complètement. Je crois que c'est faute d'avoir agi avec ces précautions que l'on a eu souvent des morts à déplorer, dans des cas d'atésie des voies génitales.

Le passage brusque de l'utérus à des conditions nouvelles, auxquelles il n'était plus habitué, la cessation trop rapide de la compression que l'épanchement faisait subir à son tissu, favorisent en effet le développement de métrites et de pelvi-péritonites, graves à tous les points de vue, et que l'on pourra le plus souvent éviter par la simple précaution que nous indiquons. « L'évacuation subite d'une aussi grande quantité de liquide, dit M. Velpeau (1), l'impossibilité où se trouve la matrice ainsi que les autres organes préalablement distendus de revenir immédiatement sur eux-mêmes la rendent quelquefois assez dangereuse par les inflammations viscérales et les fièvres de mauvais caractère qui pourraient en être la suite. »

MM. Bernutz et Goupil font la même remarque et y insistent expressément. Ils citent à l'appui les observations 2, 3, 4 et 6 de leur premier mémoire(2), où l'on voit que dans un cas *le sang fut lancé à plus d'un mètre de distance*; que dans un autre *trois ou quatre pintes de liquide jaillirent par un large jet dans la cuvette et hors du lit*, etc. La mort fut le triste résultat de l'oubli du précepte que je rappelle ici, tandis que dans l'observation 10, par exemple, où, à la suite d'une perforation du col par le trocart. l'évacuation

(1) Médecine opérat., t. IV, p. 354 ; 1839.

(2) Bernutz et Goupil, Clinique médicale des maladies des femmes, 1^{er} mémoire, p. 34, 36, 55 et 66.

Consultez aussi le Rapport de M. Verneuil sur les rétentions menstruelles (Bulletins de la Société de chirurgie, 2^e série, t. II, p. 22).

Un cas de Rathier, de Langres, in Hist. et mém. de la Société roy. de méd., 1780, p. 249.

Un cas d'Amussat, cité dans la thèse de Levailant ; Paris, 1846.

mit quatre jours à être complète, la malade s'est entièrement rétablie.

Quand on aura à pratiquer des opérations pour remédier à la rétention du sang, il ne faudra pas toujours s'attendre à obtenir du même coup une guérison de la stérilité. Quand cette rétention s'est prolongée pendant plusieurs années, il peut résulter des modifications subséquentes des ovaires et des trompes, des lésions qui rendent impossible toute fécondation ultérieure. On peut s'expliquer ainsi la stérilité observée chez certaines opérées, par exemple dans les cas de Bécasseau, Klyskens, Chevallier et Patry relatés dans le mémoire de M. Puech.

Ceci dit, je vais entrer en matière. J'ai souvent entendu dire à mon honoré maître, M. le professeur Denonvilliers, que la pratique de la chirurgie se compose de détails. Rien ne me paraît plus exact, et cela me servira d'excuse auprès du lecteur, pour des descriptions qui pourraient quelquefois paraître minutieuses. Je crois que dans un pareil sujet, rien n'est inutile pour assurer le succès d'une opération, et c'est dans cette persuasion que j'ai exposé avec le plus grand soin les particularités qui me paraissent ou peu connues, ou indiquées trop sommairement dans les auteurs, me réservant de passer plus légèrement sur les choses généralement bien connues et bien décrites.

On pourra consulter, pour la stérilité en général :

- HIPPOCRATE.** Livre des femmes stériles, trad. Littré, t. VIII, p. 429.
HUCHER. De Sterilitate utriusque sexus, libri quatuor; Geneva, 1609.
GARDNER. On the causes and the curative treatment of sterility; New-Yorck, 1856.
MARIS WILSON. Diseases impeding reproduction.
MATTHEWS DUNCAN. Fecundity, fertility and sterility. (Lectures on midwifery and disease of women and children, in the surgeon hall of Edinburgh.)
F. ROUBAUD. Traité de l'impuissance et de la stérilité, etc., 1855.
GUILLEMAU. La Poligénésie ou avis.... sur la stérilité; Paris, 1848.
DESCOURTILS. De l'Impuissance et de la stérilité; Paris, 1831. 2 vol.
LOUYSE BOURGEOIS. Observations sur la stérilité, perte de fruit; Paris, 1609. In-8o.
BARNES. De la Dysménorrhée, ménorrhagie, stérilité, etc. Mémoire présenté à la Société obstétricale de Londres. Rapport de Meadows, secrétaire (in *Lancet*, 15 juillet 1865).

- MESTIVIER. Stérilité considérée dans les deux sexes. Thèse de Paris, an XI.
- MAUR. Causes de stérilité. Thèse de Paris, an XIII.
- BIDOT. Stérilité accidentelle, — an XIII.
- COMBES. Causes de la stérilité dans le mariage. Thèse de Paris, 1818.
- DUMONT. Sur l'Agénésie, l'impuissance et la dysgénésie. Thèse de Paris, 1830.
- LEROY. De l'Alimentation et du genre de vie au point de vue de la stérilité. Thèse de Paris, 1855.
- PLANTIER. De la Stérilité chez la femme. Thèse de Paris, 1860.
- RAPTAULT. — — 1865.
- MOURIER. Des Causes de stérilité. — 1866.
- J. MARION SIMS. Notes cliniques sur la chirurgie utérine dans ses rapports avec la stérilité. Paris, 1866.

Règles générales des opérations pratiquées sur les organes sexuels de la femme.

Position de la malade. — La femme devra être placée sur le dos, couchée sur un lit résistant, le périnée débordant le bord du lit, les jambes écartées, relevées et pliées, les pieds appuyés sur deux chaises, ou sur des supports spéciaux, quand on se sert de lits mécaniques. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'on aura besoin d'aides.

En Angleterre, il est d'usage de placer la femme couchée sur le côté gauche, sur le bord d'un lit, la jambe droite pliée, la gauche étant étendue. Quelle que soit la position que l'on adopte, le lit devra être d'une hauteur telle, que l'opérateur *assis* devant la malade, puisse manœuvrer librement et sans gêne aucune. Cette recommandation a sa valeur, parce que toutes les manœuvres qu'il a à exécuter demandent de la délicatesse et de la précision, qualités qui nécessitent, pour pouvoir être exercées, une liberté entière de mouvement.

Dans quelques cas rares, comme par exemple pour l'application des pinces serres-fines de M Desgranges, la position qu'il faut préférer est la situation accroupie sur les genoux, la tête et le haut du corps abaissé, comme nous allons bientôt le dire pour l'application du spéculum de M. Sims.

Il faut enfin que la malade soit débarrassée de tous liens, cein-

tures, corsets, etc., qui, comprimant les parois abdominales, changent les rapports normaux de l'utérus, et sont une gêne pour le médecin comme pour la patiente.

Chloroforme. — Les malades demandent souvent à être endormies, même pour les opérations les plus simples. En règle générale, je ne crois pas qu'il faille donner du chloroforme pour les opérations dont il va être bientôt question. La douleur est ordinairement très-peu vive, souvent même nulle, et ce n'est que chez les personnes extrêmement craintives, et sur leurs instances réitérées, que l'on pourrait se décider à pratiquer l'anesthésie.

Quelque minime que soit actuellement, grâce aux progrès de la chirurgie moderne, le danger de l'administration de l'éther et du chloroforme, il me paraît au moins inutile d'y exposer les femmes, puisque la raison principale de leur emploi, la douleur, n'existe pas. Un autre inconvénient est la présence nécessaire d'un homme de l'art pour surveiller l'anesthésie, ce qui a souvent des inconvénients, et qu'on doit éviter autant que possible, pour des raisons que chacun comprendra.

Je ferai pourtant une exception en faveur de l'opération du *vaginisme*. Ici la douleur est souvent très-intense; de plus, l'anesthésie est un moyen sûr et facile de faire cesser les contractions spasmodiques, et de laisser agir le chirurgien en toute liberté. Hormis ce cas, et celui d'une demande expresse de la part des malades, il est, je le répète, inutile de les soumettre à l'anesthésie.

CHAPITRE I^{er}.

OPÉRATIONS QUE L'ON PRATIQUE EN VUE D'ÉCLAIRER LE DIAGNOSTIC.

Ces opérations sont :

- 1° L'application du spéculum,
- 2° Le cathétérisme du col,
- 3° Le toucher et la palpation.

Spéculum. — Il est, pour l'opérateur, d'une grande utilité de voir ce qu'il fait. Ceci est hors de doute. Il faut donc, pour les opérations dont nous avons à parler, appliquer le spéculum toutes les fois qu'on le peut. Je ne décrirai pas le mode opératoire à employer pour cela, et je dirai seulement que lorsqu'on a à agir sur le col, le spéculum plein, conique, à petite extrémité taillée en bec de flûte, est le plus commode, s'il est bien supporté par la patiente. Le spéculum à glace de Fergusson rendra alors de grands services. Mais, pour peu que les manœuvres soient un peu longues et compliquées, il faut employer la méthode de M. Sims. Voici la description qu'en donne son auteur :

« Pour avoir une idée exacte du canal vaginal, je place la patiente à genoux, sur une table d'environ 2 pieds et demi de large sur 4 de long (environ 0^m,75 sur 1^m,50), les fesses élevées, la tête et les épaules abaissées. Les genoux doivent être séparés de 6 à 8 pouces (15 à 20 centimètres), les cuisses à peu près à angle droit avec la table, et les vêtements complètement libres, afin d'éviter toute compression des parois abdominales. Les deux fesses étant tirées simultanément en haut et en dehors, l'orifice du vagin s'entr'ouvre, les viscères pelviens et abdominaux gravitent tous vers la région épipastrique, l'air pénètre dans le vagin et le distend par sa pression jusqu'à ses limites extrêmes, ce qui permet de voir très-facilement le museau de tanche. Pour faciliter l'exhibition des parties, un aide, placé à droite de la patiente, introduit dans le vagin le spéculum à levier. puis, relevant

le périnée, tendant le sphincter et soulevant la cloison recto-vaginale, il est aussi facile d'explorer le canal vaginal tout entier que d'examiner le fond du gosier, en présentant une forte lumière à l'orifice largement ouvert du spéculum. S'il n'existe ni modifications organiques, ni contraction, ni rigidité, provenant de plaies, d'ulcères ou de cicatrices, et si l'utérus est mobile, ce canal se dilate immédiatement et prend des proportions énormes. » (1).

J'ai vu appliquer ce procédé, pour l'opération de la fistule vé-sico-vaginale, par M. le professeur Denonvilliers. J'ai eu moi-même l'occasion de m'en servir, pour placer des flèches caustiques dans des cols cancéreux, chez des femmes appartenant au même service, dirigé alors par M. Péan, et j'ai pu m'assurer de son efficacité. Je dois dire, cependant, que je n'ai pu constater nettement la dilatation instantanée due, d'après M. Sims à la pression atmosphérique, ni les *proportions énormes* dont il parle. Mais ces proportions étaient très-suffisantes pour qu'on pût facilement voir et opérer dans le canal et sur le col. Je ne crois pas qu'on puisse le faire aussi facilement avec un spéculum ordinaire, et, bien qu'il soit nécessaire d'avoir près de soi un aide pour maintenir et tirer en haut la valve du levier, ce qui, comme je l'ai déjà dit est parfois un inconvénient, je n'hésite pas à dire que ce procédé devrait être plus souvent employé qu'il ne l'est, du moins dans les hôpitaux. Au surplus, la personne qui accompagne la malade, peut à la rigueur servir d'aide dans ce cas; je n'avais moi-même, dans mes expériences à la Charité, qu'une fille de salle qui se chargeait de ce soin, et s'en acquittait suffisamment bien.

Hystéromètre. Sonde utérine. — C'est dans ces dernières années que l'hystérométrie depuis longtemps oubliée, fut réinventée par M. Velpeau. Tombée de nouveau presque dans l'oubli, elle a été enfin réintégrée dans la pratique, par MM. Huguier, Simpson, Valleix et Kiwish. Cette méthode d'exploration a donné lieu à de nombreux débats, et à des reproches souvent fondés, surtout quand elle est employée comme moyen de traitement. Mais

(1) American Journal of medical sciences, janvier 1852. Reproduit dans Notes cliniques sur la chirurgie utérine par J. Marion Sims, trad. L'héritier; Paris, 1866.

comme simple moyen de diagnostic, dans les cas particuliers de stérilité, elle est, on peut le dire tout à fait inoffensive, si l'on prend les précautions voulues.

Que doit-on en effet se proposer dans le cas qui nous occupe? De constater, par l'introduction méthodique et ménagée d'un stylet, dans le col de l'utérus, si ce col ne présente pas de rétrécissement, de valvules, de plis ou autres obstacles appréciables. Or, quel danger peut occasionner une pareille manœuvre, quand elle est pratiquée avec la lenteur, la prudence et la circonspection voulues?

Mais avant d'employer ce moyen, il faut s'assurer avant tout que la femme ne présente pas l'une des contre-indications formelles que nous allons énumérer :

1° *L'état de grossesse.* — Ceci peut paraître singulier, quand il s'agit de reconnaître une cause de stérilité. Mais même dans ce cas une femme peut être enceinte sans s'en douter, et l'on comprend sans peine que l'introduction d'une sonde, même bornée à l'orifice interne, peut donner lieu à l'avortement. Je pense donc qu'on doit poser comme une règle absolue, de ne pratiquer le cathétérisme utérin que dans les premiers jours qui suivent les règles et lorsqu'on a l'assurance qu'il ne s'est pas effectué de coït depuis leur cessation.

M. le professeur Pajot cite dans ses cours l'exemple d'une dame qui vint le consulter pour une rétroflexion, et qui, au moment de l'examen était enceinte d'une dizaine de jours, comme le prouva l'événement.

M. Pajot termine, en s'écriant avec grande raison : « Si j'avais introduit une sonde dans l'utérus ! » (1)

2° *L'état de menstruation* doit également faire différer tout examen avec la sonde. Pourtant, dans certains cas, on pourra profiter de la dilatation du col produite par cet *accouchement en miniature*, suivant l'heureuse expression de M. Courty, pour s'assurer plus exactement du point d'implantation d'une tumeur, par exemple; encore faudra-t-il user de la plus grande douceur dans l'explo-

(1) Pajot, Examen critique du Traité de M. Courty. Archives gén. de méd., février 1867.

ration, et préférer presque toujours la dilatation avec l'éponge préparée, et l'examen direct avec le doigt.

3° Tout état *inflammatoire*, soit de l'utérus, soit des ovaires, est encore une contr'indication formelle à l'emploi de la sonde, qui ne pourrait ici qu'aggraver cet état, sans aucun bénéfice pour la malade.

Choix de l'instrument. J'ai dit plus haut qu'il fallait toujours se servir du spéculum quand on a à pratiquer une opération sur l'utérus. Cette règle trouve ici son application. On peut sans doute introduire la sonde avec le seul secours du doigt. Mais quand l'orifice est étroit, anormalement situé, s'ouvrant sur un col conique ou plus ou moins dévié, on ne peut se passer du spéculum.

L'instrument le plus simple, et le mieux approprié au but spécial que nous nous proposons, est un simple stylet d'argent, assez mince, pouvant se plier et garder les courbures qu'on lui imprime suivant les indications à remplir, et monté sur un manche qui permet de le manœuvrer plus facilement. Les hystéromètres de Valleix, Huguier, etc., construits pour être non-seulement des instruments de diagnostic, mais encore de traitement, sont trop épais, trop gros.

De plus, les encoches, les curseurs qu'ils portent, outre qu'ils ne peuvent être d'aucune utilité pour nous, ont encore ce désavantage de rendre le nettoyage plus difficile et de pouvoir servir de moyen de transport au virus syphilitique ou autre.

Manuel opératoire. — Le chirurgien, maintenant et faisant varier l'inclinaison du spéculum avec la main gauche, prend le manche de l'instrument de la main droite, le tenant comme une plume à écrire, et il cherche l'orifice du col utérin avec l'extrémité olivaire. Cette recherche est ordinairement des plus aisées. Il est juste d'ajouter qu'après la pénétration du bec de la sonde dans l'orifice, le cathétérisme est généralement plus difficile avec le spéculum que sans cet instrument. Mais je laisse parler M. Courty (1).

« Cela tient à ce que la direction normale de l'utérus n'est pas

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus*, p. 144 ; Paris, 1866.

celle du vagin, à ce qu'il existe souvent entre le col et le corps une antécourbure; à ce qu'enfin il peut se rencontrer anormalement des rétroflexions, des inclinaisons latérales ou des tumeurs. Il faut alors que le bec de la sonde s'incline en divers sens pour suivre ces directions, et par conséquent que son manche puisse s'incliner au dehors en sens contraire et décrire des mouvements d'une étendue d'autant plus considérable que, comparés à ceux que décrit le bec de la sonde dans l'utérus, ils doivent être dans la proportion de la partie extérieure longue à la partie-intérieure courte. Aussi, une fois le cathéter introduit dans le col, il faut retirer à soi le spéculum d'une certaine quantité et l'abaisser vers le rectum, comme l'avait observé Lair, afin de pouvoir abaisser en même temps le manche de la sonde et d'en faire pénétrer le bec dans l'utérus, ou bien, ce qui est mieux, de le retirer en entier, tout en maintenant la sonde dans l'ouverture difficilement franchie, afin de pouvoir ensuite manœuvrer en toute liberté. »

On n'éprouvera en général aucune difficulté pour pénétrer dans l'orifice vaginal du col. Mais il n'est pas rare que l'on se trouve arrêté à l'orifice interne. Il ne faut pas croire tout de suite à un rétrécissement ou à une occlusion, mais changer le degré d'inclinaison, faire tourner la tige sur son axe de manière à lui imprimer un mouvement lent de rotation, qui étalera souvent les replis de la muqueuse et laissera l'exploration, un moment interrompue, se continuer librement. Il faudra aussi revenir sur ses pas, s'arrêter, etc... enfin pratiquer tous les petits mouvements de latéralité, de flexion, de recul, que l'on exécute dans tout cathétérisme. Mais ce qu'on ne saurait assez recommander, c'est de s'abstenir de la moindre violence. La sonde ne doit pas, en effet, être employée comme instrument dilatateur chargé d'élargir un canal obstrué, mais comme simple instrument explorateur chargé d'indiquer s'il existe un rétrécissement et où il existe.

Il faudra s'arrêter une fois l'orifice interne franchi. La sonde alors a donné tous les renseignements qu'on peut lui demander. Si elle a passé librement, sans effort et sans longue recherche, c'est que le canal est libre, et il faut chercher plus loin la cause de la stérilité. C'est le cas alors d'appliquer une teute-éponge

(*vide infra*). Si, au contraire, elle a été arrêtée en un point dont on apprécie facilement la situation et la profondeur en retirant la sonde, après avoir appliqué le bout de l'index sur le point correspondant à l'entrée du museau de tanche, il faudra en conclure qu'il existe à cet endroit un obstacle, cause probable de l'état que l'on veut combattre.

On a cité des cas où le cathétérisme du col avait été un moyen pour ainsi dire involontaire de guérison. Il s'agissait de petits polypes muqueux, causes de dysménorrhée en même temps que de stérilité, qui furent crevés par le bec de la sonde. J'ai vu un cas analogue à la consultation de la Charité. Une femme vint demander à entrer pour se faire soigner, disait-elle, d'une maladie de matrice. En l'examinant au spéculum, je vis un polype ayant tout à fait l'aspect d'un gros grain de groseille, attaché par un pédicule long et grêle qui sortait par le côté droit de la fente du museau de tanche. Vouloir m'assurer si ce pédicule s'insérerait sur la lèvre postérieure ou pénétrait dans le col, je glissai sous lui l'extrémité de la sonde cannelée et je le soulevai. Je pus alors constater qu'il pénétrait dans la cavité cervicale; je continuai à enfoncer doucement la sonde, jusqu'à ce qu'elle éprouvât une certaine résistance. Je la retirai alors et je fus tout surpris de voir le polype tomber et se détacher de lui-même. Cette simple manœuvre, faite sans aucune violence, avait suffi pour arracher le pédicule à son point d'implantation.

Ainsi employée, avec prudence et mesure, en évitant d'explorer la cavité même de l'utérus et en s'arrêtant dans l'exploration après qu'on a franchi l'orifice interne, la sonde utérine rendra de grands services. Elle fournira des renseignements précieux sur l'état des parois du canal cervical, sur les accidents de surface, les constrictions, les occlusions qu'il peut présenter.

La douleur qu'elle cause est ordinairement nulle. Chez certaines femmes, très-nerveuses, très-excitables, chez celles qui sont affaiblies par une métrorrhagie de longue date, elle occasionne quelquefois un peu d'excitation, que l'on calmera facilement par le repos au lit et quelques injections vaginales adoucissantes.

« Cet instrument, dit M. Courty (1), est toujours utile dans le

(1) Ouvrage cité, p. 147.

diagnostic des maladies de l'utérus (1); c'est un complément indispensable des autres moyens d'exploration dans un certain nombre de cas, et dans quelques autres il permet seul d'arriver à des conclusions précises et rigoureuses. »

La constatation d'un obstacle siégeant au col de l'utérus fait, croyons-nous, partie de ces derniers cas.

Je ne dirai qu'un mot sur le *toucher* et la *palpation*. On retire les renseignements les plus précieux de la combinaison de ces deux moyens quand ils sont bien employés. Pour cela, il ne faut pas toucher la femme entre les cuisses pendant qu'elle est couchée sur un lit. Le coude de la main qui touche, arrêtée par le plan du matelas, ne peut descendre assez bas, et la main qui sert à la palpation force le chirurgien à une attitude qui n'est pas toujours commode.

Si l'on veut retirer de ces modes d'exploration tout le fruit désirable, il faut placer la femme sur le bord du lit, le périnée débordant; et, placé debout devant elle, on touche avec la main droite, tandis que le bout des doigts de la main gauche est placé dans le sillon qui se trouve normalement au-dessus des pubis, et qui sépare le mont de Vénus de la région abdominale. Même chez les femmes très-grasses, les parois n'ont en ce point qu'une épaisseur médiocre. Alors, par une pression lente, assez intense, et surtout continue, on arrive facilement à déprimer la paroi et à aller au devant, pour ainsi dire, du doigt qui est dans le vagin. On peut ainsi palper l'utérus sur à peu près toute sa surface extérieure, et apprécier sa forme, sa direction, sa mobilité, et même, dans une certaine mesure, son poids. Toutes ces notions ont leur utilité, et concourent chacune en ce qui leur est propre à assurer les bases d'un diagnostic précis.

On pourra consulter pour l'emploi de la sonde utérine :

SIMPSON. Mémoire on the uterin Sound (Monthly Journal, June 1843, and Obstetric memoirs and contributions, I, p. 33; Edimburgh, 1855.

SCHMIDT's Jahrbucher, Bd. III, p. 194; 1843.

LEVER. London Gaz., novemb. 1845.

(1) M. Pajot pense que le mot *toujours* est de trop. Examen de l'ouvrage de M. Courty, p. 9.

KIWISCH. Klin. Vorträge, Bd. I, p. 36.

HERMANN. La Sonde utérine. Gazette cent. suisse, 1850, n° 3.

SCANZONI. Di Gæbermuttersonde; denen Beitr. zur Geburtsk, etc.,
Bd. I, p. 173.

SCANZONI. Traité pratique des maladies de l'utérus, etc., édit. franç.,
1858, p. 27.

ARAN. Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.

HUGUIER, De l'Hystérométrie.

VALLEIX. Guide du méd. prat., 4^e édit., t. V, p. 219; 1861.

Discussions à l'Académie de médecine (Bulletins de l'Acad., t. XV,
p. 38 à 421; 1849). Y prirent part. Velpeau, P. Dubois, Hervez
de Chégoin, Huguier, Malgaigne, Robert, Récamier, Amussat,
Jobert, etc.

CHAPITRE II.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA VULVE ET LE VAGIN.

Les dispositions anatomiques anormales qui, siégeant dans ces régions, nécessitent l'intervention chirurgicale, empêchent ou gênent l'acte copulateur, et sont par conséquent des causes d'*impuissance*; il s'en faut que ces dispositions, excepté l'atrésie complète, soient des causes certaines et infaillibles de stérilité. Les exemples abondent de fécondations qui se sont opérées, malgré une intromission incomplète, ou même pour ainsi dire nulle; on trouve dans tous les ouvrages d'accouchements et de médecine légale des observations de femmes auxquelles, au moment du travail, il a fallu pratiquer l'incision de l'hymen (1). Mais il n'en est pas moins très-évident que lorsque, chez une femme stérile, on rencontrera l'une de ces causes, on sera à peu près certain de la guérison en la supprimant.

Les causes de cette impuissance sont :

L'atrésie du vagin; les adhérences des grandes et des petites lèvres.

La persistance de l'hymen.

Les brides, cicatrices, adhérences, diaphragmes des parois vaginales.

Le vaginisme.

L'étroitesse congénitale, et la dilatation trop grande du canal vaginal.

Les tumeurs et productions morbides de toutes sortes.

Atrésie vaginale (ατρησία, absence de trou). — Quand elle est complète et qu'il n'existe aucune ouverture pour l'écoulement menstruel, le chirurgien est appelé pour des complications d'une gravité bien plus grande que la stérilité. Je ne m'en occuperai donc pas. La discussion des cas où il convient d'opérer, et la

(1) Fodéré, Médecine légale. — Tucker. — Merriman, On difficult parturition, p. 216. — Davis, Obstetric Medicin, t. I, p. 104, 105. — Crosse, Cases in midwifery, p. 55. — Tardieu, Étude sur les attentats à la pudeur.

description du manuel opératoire m'entraîneraient trop loin et n'auraient d'ailleurs qu'un rapport trop éloigné avec notre sujet. Je ne puis cependant m'empêcher de citer une observation de mon ancien et honoré maître, M. le professeur Coste (de Marseille). Il s'agit d'un cas rare d'*hermaphrodisme* féminin transverse. En voici le résumé :

OBSERVATION I^{re}.

Demoiselle de 21 ans. A la place du clitoris existait une véritable verge du volume de celle d'un enfant de 14 ans. Le prépuce était replié plusieurs fois sur lui-même, et laissait à découvert le gland, auquel il formait une espèce de frein, qui le fixait sur la ligne médiane ; le gland était imperforé et l'urèthre occupait sa position normale chez la femme. Il transmettait les urines et les règles. Celles-ci avait paru à 13 ans et avaient toujours été régulières. Au-dessous du méat urinaire, là où aurait dû se trouver le vagin, on voyait une peau garnie de poils et présentant un raphé médian ; un testicule, très-facile à reconnaître, sortait par l'anneau inguinal droit et descendait jusqu'à la partie supérieure de la grande lèvre.

L'opération fut résolue et exécutée de la manière suivante :

Une incision longitudinale fut pratiquée entre l'anus et le méat urinaire. Parvenue à un pouce de profondeur, le jeu du bistouri est gêné parce que l'espace recto-urétral va toujours en se rétrécissant ; ne trouvant pas de vagin, je me détermine à placer dans l'urèthre une sonde cannelée, qui tombe presque d'elle-même dans un canal qui me paraît évidemment être celui qui conduit de l'utérus à l'urèthre. Alors, n'ayant pas d'autre parti à prendre, et au risque d'exposer la malade à une fistule uréthro-vaginale, j'incise largement la paroi inférieure de l'urèthre, depuis le méat jusqu'aux parties les plus profondes ; je retire la sonde, et je puis alors constater par le toucher la présence du museau de tanche. Je place aussitôt dans le canal formé par l'opération un gros cylindre de charpie enduit de cérat, puis j'ampute la verge aussi près que possible du pubis.

Les premiers jours qui suivent, une fièvre vive se déclare. Diète sévère. Le surlendemain hémorrhagie par les corps caverneux,

arrêtée par une légère compression. Le septième jour, la plaie résultant de l'amputation de la verge est cicatrisée.

J'introduis tous les jours un cylindre épais de charpie retenu par un fil. Un grand nombre de cautérisations avec le nitrate d'argent furent nécessaires, et au bout de deux mois la cicatrisation était complète, mais je fis continuer pendant quelque temps encore l'usage du cylindre de charpie.

Par l'effet d'une inflammation adhésive, qu'a dû favoriser la présence de ce cylindre, les bords de l'incision faite sur la paroi inférieure de l'urèthre se sont recollés, de sorte qu'une séparation parfaite existe entre l'urèthre et le vagin. Les menstrues ont reparu, et l'aspect extérieur des parties génitales est à peu de choses près le même que celui de toutes les femmes.

Cette demoiselle s'est mariée huit mois après l'opération. Le coït s'exécute sans la moindre difficulté. Elle n'est point encore devenue enceinte, mais rien ne paraît s'opposer à ce qu'elle le devienne (1).

Cette observation est intéressante parce qu'elle montre un cas où l'indication d'opérer n'était pas absolue, puisque les menstrues s'écoulaient librement, et où une intervention hardie et heureuse a pu rendre chez cette jeune fille le mariage effectif. Il est vraiment regrettable que l'éminent chirurgien n'ait pu constater s'il y avait eu grossesse subséquente. Mais, comme il le dit, rien ne s'y opposait.

Il existe, dans la science, d'autres faits où une atrésie complète existait, sans que la rétention menstruelle imposât l'opération. Dans ces cas-là, l'écoulement se fait ordinairement par l'anus. On trouvera, dans une monographie remarquable de M. Puech (2), tous les cas d'atrésie dont la science est actuellement en possession. Je citerai seulement, à titre de curiosité chirurgicale, le célèbre mémoire de Louis (3).

Adhérences des lèvres. — Je rapprocherai des atrésies les adhé-

(1) Journal des connaissances médico-chirurg., t. III, p. 277; 1835.

(2) De l'Atrésie des voies génitales de la femme; Paris, 1864.

(3) De partium externarum, generationi inservientium in mulieribus, naturali, vitiosa et morbosa dispositione. La question qu'il posait était : « An uxore sic disposita uti fas sit vel non, judicent theologi mo-

rences des grandes ou des petites lèvres entre elles; presque toujours accidentelles, elles surviennent à la suite de plaies, de brûlures, d'éruption varioleuse, etc. Même quand elles sont congénitales, on trouve presque toujours en haut, près de l'urèthre, un pertuis qui laisse passer les règles. Dans ces derniers cas on ne trouve souvent qu'une simple membrane, très-peu résistante, qui passe directement d'un côté à l'autre. Le manuel opératoire est des plus simples. Il consiste à tendre, en écartant un peu fortement les grandes lèvres, cette espèce de toile qui alors se déchire sans offrir de résistance. On peut aussi introduire une sonde cannelée par l'ouverture dont nous avons parlé, et inciser avec le bistouri. Quand les adhérences sont accidentelles, cicatricielles, l'opération est un peu plus compliquée. Elle consiste à inciser, en décollant couche par couche, les tissus que l'on veut séparer. Si l'on peut passer sous la bride qu'il s'agit de détruire, une des lames des ciseaux, on pourra la couper d'un seul coup. Dans quelques cas on sera conduit à exciser une partie des tissus que l'on vient de séparer, afin d'empêcher une nouvelle réunion ultérieure. Un linge enduit de glycérine sera placé entre les surfaces pour éviter cette récurrence. — Un pansement simple, et des soins de propreté continués pendant quelques jours, suffiront à amener une prompte cicatrisation.

Vagin. — Ces adhérences cicatricielles, comme des brides, des diaphragmes plus ou moins complets se rencontrent encore dans le canal vaginal lui-même. Si l'occlusion est complète, elles rentrent dans la catégorie précédente des atrésies. Mais incomplètes, elles présentent deux cas à considérer. Ou bien les rapprochements sexuels et la menstruation s'accomplissent sans difficulté, et c'est la stérilité seule qu'il faut traiter, ou bien on est appelé pour remédier à une difficulté plus ou moins grande de la copulation, accompagnée ou non de dysménorrhée.

Les causes qui amènent ces adhérences et ces rétrécissements

rales.» Il conclut par l'affirmative. Publié en 1754, grâce à la protection éclairée de Benoit XIV.

Au cas de Louis, on pourra joindre ceux que Barbaut rapporte dans son *Traité d'accouchements*, t. I, p. 59.

Rossi en a également publié un. *Archives gén. de méd.*, t. X, 1827, etc.

consécutifs sont les mêmes que nous avons déjà indiquées pour les grandes lèvres, mais il faut y joindre surtout un accouchement antérieur laborieux.

C'est ici qu'il faut avant tout, établir un diagnostic, précis et rigoureux, sur les bases duquel on pourra discuter les chances d'une opération. Nous allons examiner les types principaux de ces états.

Étroitesse du vagin. — D'abord, pour procéder du simple au composé, il peut y avoir une simple étroitesse du canal, sans brides, diaphragmes ni adhérences proprement dites. Pour une cause quelconque, une lésion de continuité a été pratiquée sur les parois vaginales, et la cicatrice qui en est résultée, revenant sur elle-même, a rétréci le canal.

Voici alors ce qui se passe ordinairement.

Pour peu que l'intromission ait été possible, et les tentatives de coït vigoureuses et répétées, il s'est fait en avant du rétrécissement une espèce de poche, de diverticulum, par le refoulement de la muqueuse au moyen du gland. Cette disposition, qui a été je crois signalée pour la première fois par Aran (1), est très-défavorable à la fécondation même dans les cas où le rétrécissement, trop étroit pour le pénis, est plus que suffisant pour le sperme, parce que celui-ci se trouve pour ainsi dire fourvoyé dans cette impasse. Je signalerai de nouveau cette disposition à propos de l'étroitesse congénitale du vagin, de la situation anormale du col, etc.

Ici l'indication est nette. Il faut dilater le passage.

Le premier moyen à employer est l'usage des corps dilatants, simples bougies de gomme élastique, éponge préparée, etc... Je parlerai plus bas de ces agents avec plus de détail. Je dirai seulement ici, que pour peu que l'on constate quelques bons effets de ces moyens, il ne faut pas se décourager et les continuer longtemps et avec persévérance. On finit le plus souvent par obtenir la dilatation voulue, et persistante. L'observation que l'on trouvera à la page en offre un exemple remarquable. Mais si, en dépit de ce moyen, la rétraction persiste, si l'étendue du ré-

(1) Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, p. 35.

trécissement est relativement considérable, c'est-à-dire dépasse 5 à 6 millimètres, si le tissu qui le forme est dur, résistant et ne cède pas aux moyens ordinaires de dilatation, faut-il inciser ?

Avant tout, il faut s'assurer aussi exactement que possible des rapports que la vessie, l'urèthre et le rectum offrent avec la cicatrice afin de pouvoir apprécier les chances qu'à le histouri d'intéresser ces organes, et la probabilité de la persistance de la dilatation. Si l'on pense pouvoir agir sans inconvénient, il faut introduire un bistouri boutonné dans l'ouverture et débrider sur les parties latérales. On pourra appliquer ici avec avantage les principes de Vidal (de Cassis) sur les débridements multiples, et faire plusieurs petites incisions, au lieu d'une seule grande, sur chaque côté. Immédiatement après l'opération, il faudra pour éviter la reproduction du rétrécissement, introduire des bougies appropriées au calibre de l'ouverture, et les maintenir malgré les plaintes de la malade, si l'on veut arriver à un résultat. Les soins consécutifs les plus minutieux, l'attention à remplir toutes les indications qui se présentent ne seront pas de trop ici, pour amener et surtout maintenir la guérison.

Ce qui frappe, dans la lecture des observations (1) relatives aux rétrécissements du vagin, c'est la difficulté extrême que l'on éprouve à maintenir, après que l'on a pratiqué le débridement, la dilatation à un degré suffisant. Nous ferons plus tard la même remarque au sujet des incisions du col. M. Demarquay a employé à la Maison de santé un procédé très-ingénieux et capable de donner de bons résultats dans bien des cas de ce genre.

L'instrument construit par Mathieu se compose d'un cylindre creux en buis, et divisé suivant sa longueur en deux valves. Le

(1) Voyez à ce sujet :

Rossi, Archives gén. de méd., t. XV, p. 269; 1827.

Villiaumé, ibid., 1^{re} série, p. 306; 1826.

Maisonneuve, The Lancet, t. I, p. 220; 1850.

Debrou, Gazette méd., 18 janv. 1851.

Watson, The Lancet, t. II, p. 679; 1845

Piachaud, Bulletin de la Société de chirurg., t. VIII, p. 108, 1857,
et les cas qui ont été rapportés à cette Société à l'occasion du
rapport de Verneuil sur les rétentions menstruelles.

Bernutz et Goupil, t. I, p. 307.

tout est recouvert par une chemise de caoutchouc. Lorsque l'instrument est engagé dans le rétrécissement, on enfonce dans l'intérieur du cylindre un mandrin qui écarte les valves. En augmentant peu à peu la grosseur des mandrins, on arrive à obtenir une dilatation aussi considérable qu'on le désire. La malade de M. Demarquay paraît avoir guéri par ce moyen (1).

M. Sims emploie, pour maintenir la dilatation, un tube cylindrique qu'il fait construire en métal ou en ivoire, mais de préférence en verre, parce qu'alors il est aisément tenu propre, et, qu'étant transparent, il est facile de voir la plaie et même le vagin tout entier sans le retirer.

« S'il y a perte de beaucoup de sang, j'introduis immédiatement le dilatateur, mais habituellement j'attends vingt-quatre heures, et alors il est gardé une, deux, trois et quatre heures de suite. En général je le laisse en place deux heures le matin et deux ou trois heures le soir. J'ai rencontré des malades qui le portaient six ou huit heures, et plus d'une fois la rapidité avec laquelle les plaies se cicatrisent m'a causé quelque étonnement; il semblerait que la guérison est facilitée par la pression du tube de verre. Je le fais porter tous les jours, pendant deux ou trois semaines, ou plus longtemps, jusqu'à ce que les parties soient complètement guéries et que toute sensibilité ait disparu.

« Cet instrument n'est autre chose qu'un tube d'environ 3 pouces de long, légèrement conique, ouvert par un bout, fermé de l'autre, et présentant 1 pouce un tiers de diamètre dans sa partie la plus large à son extrémité extérieure (75 millimètres de long sur 35 millimètres de large environ).

« Il porte sur un côté une dépression ou sillon pour laisser place à l'urèthre et au col de la vessie. Cette dépression est très-importante, car j'ai constaté qu'un cylindre parfaitement rond, porté pendant trois ou quatre heures, blesse presque toujours l'urèthre, et, de plus, il est bon d'ajouter que cette dépression favorise encore le maintien de l'instrument » (2).

Malgré l'avantage, un peu contestable du reste, de voir dans

(1) Lefort, Des Vices de conformation de l'utérus et du vagin. Thèse d'agrégation. 1863, p. 137.

(2) Sims, Notes cliniques, p. 397.

l'intérieur du vagin, je crois qu'il faut préférer un dilatateur de même forme, mais en caoutchouc, au dilatateur en verre qui a l'inconvénient grave d'être sujet à se casser, et de blesser ainsi le vagin.

On s'est souvent demandé si, en prévision des accidents que le travail peut amener, il fallait permettre le mariage aux jeunes filles atteintes des infirmités qui nous occupent ou le coût aux personnes mariées? La plupart des chirurgiens se prononcent pour l'affirmative, et je ne puis être que de leur avis.

Les raisons sur lesquelles ils s'appuient sont : la distension que produira l'usage naturel des parties et le temps qui s'écoulera jusqu'au moment de l'accouchement; la grande élasticité des tissus propre à cette région; l'action mécanique dilatatrice du fœtus qui pourra, comme on a cité des exemples, et comme je vais en citer un moi-même, non-seulement vaincre l'obstacle, mais procurer une guérison définitive. Enfin la chirurgie, qui n'est nullement désarmée, au moment de l'expulsion du fœtus, si le rétrécissement persiste.

Voici à ce sujet une observation tirée de la pratique de mon père.

OBSERVATION II.

Mme V... femme de 25 ans, vigoureuse, me fut adressée par mon ami Ollivier, chirurgien aux Camoins, près Marseille. Elle se présenta à moi avec une occlusion du vagin, telle que tout rapprochement sexuel était impossible. On pouvait, avec difficulté introduire une algalie à travers l'ouverture vaginale. Cet état était survenu après un accouchement laborieux, dont le travail dura cinq jours et qui avait été terminé par une application de forceps. Je proposai deux incisions latérales qui furent refusées. Force me fut de me contenter de l'éponge préparée. Après trois applications de ces tentes, de volume successivement grossi et le séjour prolongé de suppositoires enduits d'extrait de belladone, le coït devint possible. Mme V... devint bientôt enceinte et le travail se déclara au huitième mois de la grossesse.

L'enfant se présentait par les fesses et était arrêté dans l'exca-
vation par des brides qui s'opposaient à son expulsion. Je pro-

fitai du moment d'une vive contraction pour pratiquer deux incisions latérales, avec un bistouri concave et boutonné. Je pus alors extraire un enfant mort.

Un an après, Mme V... redevint enceinte. Cette fois, une hémorragie foudroyante, résultat d'une insertion vicieuse du placenta sur le col se déclara, entre le sixième et septième mois.

Je procédai à sa délivrance, et les suites de couches furent très-orageuses. Elle faillit être emportée par un hydrothorax, dont, grâce à sa forte constitution, elle eut le bonheur de guérir.

Deux ans après, je fus encore appelé au dernier terme d'une grossesse. Au moment de mon arrivée, elle venait d'accoucher spontanément et sans difficulté, d'une fille bien conformée.

Cette observation montre :

1° Que l'intervention chirurgicale peut, dans des cas presque désespérés, rétablir les fonctions sexuelles et la fécondité.

2° Que la probabilité d'une grossesse, loin d'être un motif d'expectation, peut devenir un moyen définitif de guérison, puisque les deux derniers accouchements de M^{me} N.... se firent sans difficultés du fait du vagin.

La présence congénitale de brides et de diaphragmes dans le vagin est chose assez rare. M. Chailly-Honoré a dessiné et reproduit, dans son *Traité d'accouchements* (1), un cas curieux de cette espèce, où le diaphragme, mince et divisant le vagin en deux portions, quoique presque complet, n'avait nullement empêché la femme de devenir mère. M. Paul Dubois, dans le service duquel cette malade se trouvait, laissa faire la nature, et ce voile se rompit naturellement.

Mais si l'on rencontrait une disposition pareille comme cause d'impuissance, il faudrait exciser les bords libres de ce diaphragme. On se servirait pour cela d'une longue pince et d'un long bistouri; la dilatation serait maintenue par les moyens ordinaires (2).

(1) Page 266.

(2) On peut, sur l'étroitesse du vagin, outre les ouvrages déjà cités, consulter :

Antoine, Histoire de l'Académie des sciences, 1712, p. 36.
De la Toison, — 1738, p. 58.

La simple application de cônes d'éponges préparées, faite avec soin, suffit même dans quelques cas et permet d'éviter l'emploi, toujours redouté des femmes, de l'instrument tranchant. Je citerai comme exemples les observations suivantes qui me sont communiquées par mon père :

OBSERVATION III.

Mme N... mariée depuis dix ans, sans enfants, ne se soumet à mon examen qu'après les exhortations les plus pressantes de la part de son mari. Il n'y avait aucun degré de rétrécissement, mais à peu près au milieu de la longueur du canal vaginal un diaphragme presque complet. La copulation avait toujours pu s'effectuer, mais d'une manière imparfaite, et avait déterminé par des actes répétés le refoulement de la cloison. Les époux avaient bien la conscience d'un état anormal, mais les scrupules légitimes de la femme n'avaient pas permis d'en déterminer la nature.

Trois applications successives d'éponge préparée, taillée en cône et introduite par l'ouverture, que j'agrandis légèrement mirent les choses en état de favoriser la fécondation. L'éponge fut alors remplacée par des suppositoires belladonnés.

La première introduction d'éponge avait été pratiquée le 20 mars 1854. Les dernières règles cessent de couler le 5 octobre, et un accouchement eut lieu le 23 juillet 1855. Il fallut faire une application de forceps d'ailleurs fort simple, pour laquelle la patiente a exigé, malgré moi, l'emploi du chloroforme. Garçon vivant.

Depuis il y eut encore trois accouchements *naturels* et d'enfants vivants le 8 janvier 1857, le 9 juin 1859, et le 7 décembre 1863.

OBSERVATION IV.

En 1852, la femme d'un boulanger du département du Var, me fut amenée toute honteuse par son mari, pour déterminer la

Plenck, L'Art d'accoucher, trad. Pitt, p. 119. |
Benevoli, Delle Hernie intest. ; Florence, 1747.
Denman, Dictionnaire en 60 vol., art. *Vagin*.
Scanzoni, ouvrage cité, p. 414.

cause de sa stérilité. Je pus bientôt m'assurer qu'il existait deux cloisons transversales incomplètes, à des hauteurs différentes dans le vagin. Je la traitai de la même manière. Mais cette femme retourna bientôt dans son pays, de sorte que je n'ai pu rien constater de bien précis sur son compte. Mais, des informations qui me furent données plus tard, me permirent de m'assurer que cette dame était devenue enceinte.

Je vais citer encore quelques observations qui suffiront, je pense, à donner une idée des principales variétés de cloisons que l'on peut rencontrer.

OBSERVATION V.

M. Danyau a vu une femme dont le vagin, cloisonné transversalement vers le milieu de sa hauteur, était partagé en deux cavités, l'une supérieure, l'autre inférieure, communiquant librement par une ouverture circulaire de 12 à 13 millimètres de diamètre. Cette disposition était d'autant plus curieuse qu'elle était compliquée d'un prolapsus de l'utérus au travers de cette ouverture. Il en résultait deux vagins engagés l'un dans l'autre, et dont l'interne renversé, offrait sa membrane muqueuse au dehors. Réduits, ces deux vagins étaient au contraire superposés (1).

J'ajouterai à ce qui précède l'observation suivante qui a inspiré un procédé ingénieux à M. Jarjavay (2) :

OBSERVATION VI.

La malade était à Lourcine, pour une affection syphilitique. Voulant examiner l'utérus, le chirurgien introduit le spéculum, qui est arrêté à peu près à 5 centimètres de profondeur. En écartant les valves de l'instrument, il reconnaît la présence d'un cul-de-sac avec deux petits orifices sur les parties latérales. Par le toucher, il constate la présence du col de l'utérus derrière ce cul-de-sac. Il peut même introduire l'extrémité du doigt indi-

(1) Archives gén. de méd., 3^e série, t. X, p. 64.

(2) Le Progrès, t. IV, p. 564; 1859.

cateur dans l'orifice latéral gauche, et touche le col, quoique avec difficulté.

La malade n'ayant pas voulu subir une opération à l'hôpital, fut opérée chez elle de la manière suivante :

Après l'avoir couchée et placée comme pour l'opération de la taille, la sonde de Belloc, armée d'un fil est passée dans l'orifice droit, et on la fait ressortir d'arrière en avant par l'orifice gauche. Aussitôt, M. Jarjavay amène le fil au dehors, et attire en bas et en avant la sonde et le fil qui tient à elle ; il en résulte une tension de la cloison transversale sur l'anse métallique de l'instrument. M. Jarjavay incise, couche par couche sur la lame du métal, et d'avant en arrière, la cloison ainsi attirée en bas. Celle-ci coupée, l'anse métallique est libre, et est retirée au dehors. Il s'est écoulé une très-faible quantité de sang. Au bout de six jours, la cicatrisation des lambeaux s'était faite isolément et la malade était guérie.

J'extraits l'observation suivante des notes cliniques de M. Sims (1) :

OBSERVATION VII.

Une dame âgée de 46 ans fut confiée à mes soins en avril 1858, pour être traitée d'une atrésie. Elle s'était mariée à 14 ans, était devenue mère à 15 ; couche laborieuse, tête enclavée ; délivrance à l'aide du forceps ; enfant mort-né ; gangrène des parties molles ; rétablissement lent ; atrésie du vagin, et, consécutivement, tout commerce sexuel impossible. Des médecins éminents furent consultés, entre autres les célèbres docteurs Physic et Dewes, de Philadelphie, en 1828.

On ne fit aucun traitement, pas même la plus petite tentative pour ouvrir le passage. Quelques années plus tard son mari mourut. Si étrange que cela puisse paraître, cette dame se remaria trois ans après, et, à la suite de trois autres années elle fut veuve pour la seconde fois. Mais la chose la plus inexplicable c'est qu'elle se remaria de nouveau. Quand je la vis, l'orifice du vagin était scellé, pour ainsi dire, par une barrière cartila-

(1) Ouvrage cité, p. 411.

gineuse, qui résistait complètement à la pression la plus forte. Mais il y avait une petite ouverture valvulaire par laquelle les menstrues s'écoulaient. Cette ouverture permettait à peine l'entrée d'une petite sonde qui pénétrait, il est vrai, dans toute la profondeur du vagin, et dont la pointe pouvait être sentie par le doigt introduit dans le rectum et poussé en avant vers le museau de tanche, en déprimant la cloison recto-vaginale. Les menstrues étaient naturelles et l'utérus, d'un volume ordinaire, avait une position convenable. Le vagin était normal au-dessus du point d'occlusion, qui se trouvait un peu au devant du col de la vessie.

La malade fut opérée en juin 1838 avec l'assistance de feu les docteurs Valentine Mott et John W. Francis et du docteur Emmet. Un bistouri à pointe mousse fut passé par la petite ouverture dans le vagin, et la barrière cartilagineuse fut divisée d'un côté à l'autre; puis la lame de l'instrument, tournée en bas et en arrière, j'attaquai les tissus au dehors, parallèlement, pour ainsi dire, au rameau ischiatique ascendant, d'abord à droite, puis à gauche, l'index étant toujours tenu dans le rectum, pour éviter une fistule vaginale.

De cette manière l'orifice du vagin fut assez agrandi pour recevoir mon doigt, à l'aide duquel je constatai que ce conduit avait, au-dessus de l'obstacle une étendue suffisante. J'introduisis le dilatateur de verre, et j'eus le bonheur de renvoyer cette dame au bout d'un mois, parfaitement capable de remplir les devoirs du mariage. Toutefois, je lui recommandai de porter l'instrument journellement et pendant un certain temps, afin de se mettre en garde contre un rechute assez ordinaire.

Le vagin peut être cloisonné longitudinalement et les deux canaux qui en résultent aboutir à un utérus double. C'est ce qui arrive à peu près toujours dans les anomalies de cette espèce. J'en dirai quelques mots plus loin. On ne connaît guère qu'un cas où un vagin double aboutissait à un utérus unique. Cette observation, qui appartient à M. Maunoir, de Genève, rentre dans notre sujet, car la stérilité était la conséquence de la curieuse disposition du vagin, et ce fut par une opération chirurgicale qu'on tenta d'y remédier.

OBSERVATION VIII.

Il s'agit dans ce cas, d'une dame âgée de 39 ans, grande, bien colorée, d'une excellente santé, régulièrement menstruée, ayant des sœurs mères de plusieurs enfants. Mariée depuis quelques années, elle n'avait jamais eu de grossesse. Il y avait déjà longtemps qu'elle avait consulté les gens de l'art; elle avait même fait sans aucun résultat, une saison aux bains de Baden, en Argovie.

Quand elle vint à moi, je lui dis qu'elle devait se soumettre à être examinée, chose à quoi elle eut assez de peine à consentir, cette proposition étant toute nouvelle pour elle; néanmoins, elle y accéda.

Le toucher ne me révéla rien de particulier, sinon que je trouvai le museau de tanche fort petit, et que je ne pus pas sentir l'orifice du col, ce qui m'étonna beaucoup, cette dame n'ayant point eu de grossesse.

Je procédai à l'examen au moyen du spéculum. Je me servis d'abord du spéculum à quatre valves, qui fut introduit sans la moindre difficulté. Mais ce qui me parut fort étrange, ce fut de ne voir sur le col, qui était petit, arrondi, peu saillant et de couleur tout à fait naturelle, pas le plus léger petit pertuis pour communiquer avec l'intérieur de l'utérus; c'était, à ce qu'il semblait, un col sans orifice.

Cette dame me répéta que les époques étaient fort régulières, même assez abondantes. Je remis un second examen au moment des menstrues. Je réintroduisis le même spéculum à quatre valves; j'arrive sur le col et je le vois teint de sang que l'instrument avait sans doute poussé devant lui; j'essuie avec soin, mais je ne trouve pas plus d'orifice utérin que la première fois.

L'écoulement menstruel se faisait-il par les parois vaginales? Je pensai qu'il serait peut-être un peu plus facile de le constater en employant pour cela le spéculum ordinaire quasi-cylindrique et sans y mettre d'embout; mais dans cette tentative je fus arrêté très-près de la vulve par une résistance insolite, et quel fut mon étonnement en regardant au fond du tube avec la bougie, de voir que cette résistance était due à une cloison verticale; que la distension de la vulve et du commencement du vagin par

un instrument plus gros que l'autre, avait forcée à se présenter à la vue.

Etant mis sur la voie, j'examinai toute cette anomalie par le toucher, et je trouvai une cloison membraneuse de l'épaisseur d'un cuir mince, d'une longueur de 12 à 13 lignes, allant s'implanter sur le col, divisant ainsi tout le canal vaginal en deux moitiés sensiblement égales et parfaitement séparées.

Je repris alors le spéculum. Au fond du vagin droit, je trouvai un demi-col, en tout semblable à celui que j'avais vu de l'autre côté; avec la seule différence que l'orifice utérin y était parfaitement visible, tout près du milieu de la cloison anormale, arrondi comme il devrait l'être, mais assez grand pour que j'aie pu plus tard et à plusieurs reprises, y introduire profondément une sonde élastique du volume d'un petit crayon.

Dès lors tout s'expliquait, et comme dans mon premier examen mon doigt indicateur et le spéculum à quatre valves n'avaient jamais manqué de pénétrer dans le demi-vagin gauche, du côté où l'orifice utérin n'existait pas, il est plus que probable, il est pour moi démontré que les rapports sexuels avaient toujours eu lieu de ce même côté, c'est-à-dire avec impossibilité matérielle de fécondation.

La conduite à tenir n'était pas douteuse.

Il fallait couper cette cloison, et réunissant ainsi en un seul les demi-vagins, donner aux rapprochements sexuels la possibilité d'être féconds.

Rien n'était plus facile.

J'enlevai les valves supérieure et inférieure du spéculum à quatre valves; j'engageai la cloison vaginale médiane dans le vide ainsi fait à l'instrument, que je poussai ensuite jusqu'au col utérin; il tenait ainsi bien tendue la membrane à couper, petite opération que j'exécutai au moyen d'une paire de longs ciseaux, et en n'occasionnant qu'une très-faible perte de sang.

Mais auparavant j'usai d'une précaution, ce fut d'introduire au fond de l'un des demi-vagins, une sorte de petite flamme ou lancette portée à angle droit sur une longue tige de fer, de manière à couper transversalement et au ras du col, la membrane qui s'y implantait; je craignais, en ne faisant qu'une longue incision dans cette membrane, de laisser en haut quelque lambeau

flottant qui, adhérant au col tout près de l'orifice, pût s'y introduire dans un moment inopportun et servir de bouchon.

Cet inconvénient est ainsi complètement évité; une mèche fut introduite dans ce vagin après l'opération dont les suites furent parfaitement simples; les deux moitiés de la cloison se rétractèrent de manière à ne plus former que deux raphés un peu saillants.

Après la cicatrisation, je fis pénétrer dans l'intérieur du col utérin, d'abord une petite sonde molle, puis des morceaux de racine de gentiane, de manière à établir un libre passage.

Il y a de cela deux ans ou un peu plus. Cette dame est-elle depuis lors devenue enceinte? C'est ce que j'ignore, attendu l'éloignement de son domicile (1).

Looser cite aussi un cas de vagin bifide qu'il guérit par l'incision de la cloison (2).

OBSERVATION IX.

Dans un cas observé par J.-P. Franck (3), la paroi gauche du vagin, par suite d'une cause indéterminée, était devenue adhérente au col de l'utérus, dont l'orifice se trouvait ainsi en partie bouché, ce qui avait amené de la dysménorrhée : Franck sépara les parties par une dissection attentive, qui ne fut pas sans difficultés et qui amena une guérison temporaire. Mais au bout de peu de temps la même disposition se reproduisit, et une deuxième opération fut pratiquée, dont le résultat est demeuré inconnu.

La difficulté, dans ce cas, était de maintenir séparés les surfaces avivées par le bistouri. On pourrait espérer d'y parvenir, si on rencontrait un cas de ce genre, par des pansements appropriés et fréquemment renouvelés.

Dilatation trop grande du vagin. — Comme complément à ce que je viens de dire sur l'étroitesse du vagin, se place naturelle-

(1) Recueil des travaux de la Société méd. de Genève, t. I, p. 296.

(2) Looser, Monatschrift für Geburtskunde, t. XXIV, p. 444; 1864

(3) Œuvres, édition française de Double, t. II, p. 259; 1842.

ment l'état opposé de dilatation trop grande. M. Sims (1) dit s'être assuré plusieurs fois de la réalité de cette cause de stérilité, qui tiendrait à une disposition telle, que le vagin ne retient, après l'éjaculation; aucune trace de semence. M. Sims donne le détail des examens auxquels il s'est livré pour s'assurer de ce fait, et je renvoie là-dessus à son livre le lecteur curieux de connaître certains côtés intéressants des mœurs américaines. Pour moi, je pense que les habitudes françaises s'accommoderaient mal de pareilles explorations, et, comme d'ailleurs M. Sims n'indique aucun moyen chirurgical curatif, je n'en parlerai pas.

Si l'on avait quelque raison de soupçonner l'existence de cette cause, des conseils au mari sur la position à prendre pendant l'acte du coït, pourraient avoir des effets utiles. Je n'insiste pas davantage sur un sujet aussi délicat et qui d'ailleurs n'a rien de spécialement chirurgical.

Il en est de même pour le cas de *vagin trop court*, dont MM. Gooch et Davies (2) ont rapporté des exemples. Les mêmes conseils au mari sur la manière dont il doit accomplir l'acte sexuel sont ici applicables. Je ferai remarquer que c'est dans ces cas surtout que l'on observe ces culs-de-sac, dont j'ai parlé plus haut et où le sperme séjourne sans profit pour la conception. Le glanc venant à heurter sur le col utérin, trop rapproché de la vulve, glisse sur lui, le plus souvent à droite, à cause de l'obliquité normale droite de l'utérus et se creuse peu à peu sous la lèvre postérieure, *un lit* en rapport avec son volume. La même chose se rencontre dans les cas de prolapsus utérin et d'hypertrophie du col, et chez les femmes dont l'utérus, fixé par une cause quelconque, ne peut fuir devant la verge.

Hymen. — L'imperforation de cette membrane n'est pas, à proprement parler, une cause de stérilité; elle rentre dans le cadre des atrésies. On en trouvera de nombreux exemples dans les auteurs (3). Je veux parler actuellement de la persistance de l'hymen, après les rapprochements conjugaux.

(1) Notes cliniques, p. 419.

(2) Skinner, Midwifery, p. 45.

(3) Entre autres dans :

Baudelocque, Accouchements, t. I, p. 27

La cause de cette persistance est un défaut de proportion entre la puissance copulatrice du mari et la résistance de l'hymen. Tantôt c'est celui-ci qui est trop épais, trop résistant, trop fort; tantôt c'est la première qui est trop faible.

Voici comment les choses se passent d'ordinaire :

Au moment des premières approches, par suite d'une débilité trop grande dans l'érection, d'une éjaculation prématurée, ou même d'un sentiment de retenue très-naturel de la part des deux époux, la défloration n'est pas accomplie. Les tentatives se répètent et continuent à avorter. Bientôt il survient un peu d'érythème, de prurit; le simple contact du pénis devient douloureux, et l'intromission de plus en plus impossible, des contractions spasmodiques, du *sphincter cuni* se déclarent, jusqu'à ce qu'enfin la femme se décide à consulter.

On trouve alors les nymphes plus ou moins rouges, gonflées, érythémateuses, et la vulve souvent déformée. M. Churchill (1) rapporte que, dans un cas où il trouva l'hymen persistant et rigide, l'orifice vaginal était très-étroit, mais l'urèthre excessivement dilaté, et je pus me convaincre, dit-il, que les *rappports sexuels avaient lieu dans le canal uréthral*. Les D^r Beck, Davis, Champion (2) citent des cas semblables. Flechter (3) cite aussi un cas où, par le même mécanisme, l'urèthre « était devenu si large qu'il pouvait facilement admettre deux doigts du chirurgien. »

Le *traitement* est ici tout indiqué. Une fois l'inflammation arrêtée par les moyens ordinaires, il consiste à fendre crucialement la membrane avec des ciseaux. C'est à peine si, d'ordinaire, il y a un écoulement de sang un peu notable. On l'arrêtera facilement avec une solution légère de perchlorure de fer, portée au moyen d'un pinceau sur les parties divisées. Le pansement sera simple

Journal de médecine pratique, t. XXII, p. 302-312.

Journal de méd., de Corvisart, t. XIII, p. 29.

— — t. XVIII, p. 189.

— — t. XX, p. 231.

Journal général de médecine, t. II, p. 284.

Annals of medic., by Duncan, t. II, p. 231, etc., etc.

(1) Traité pratique des maladies des femmes, p. 98.

(2) Journal universel, t. XL, p. 241.

(3) The Lancet, t. II, p. 612; 1830-31.

et maintenu par un suppositoire de charpie belladonnée, pour empêcher une nouvelle réunion.

Si l'hymen résistant est rigide, et anormalement épais, il faut l'enlever complètement par une incision circulaire. L'opération sera alors un peu plus longue et surtout douloureuse, et il faudra quelquefois donner du chloroforme. Quant au manuel opératoire, il est le même que pour la première partie de l'opération du vaginisme, à laquelle je renvoie le lecteur.

Quant aux femmes qui ne peuvent supporter l'idée d'une opération, quelque légère qu'elle soit, il faudra se contenter de la dilatation graduelle avec des bougies qu'on laissera en place, d'abord pendant quelques heures seulement, puis pendant la nuit entière. Les femmes s'y habituent facilement, et l'on arrive ainsi très-bien à établir un passage suffisant. Ce traitement a l'inconvénient d'être parfois assez long.

Vaginisme. — On désigne, sous le nom de vaginisme, une maladie qui a la plus grande analogie avec la fissure à l'anus, et qui est caractérisée par la contraction spasmodique du sphincter vaginal. Cette contraction, qui se réveille au moindre contact, a pour résultat de rendre totalement impossibles les approches conjugales. C'est M. Huguier qui a le premier signalé cette singulière affection (1). Dupuytren en a cité des cas dans sa clinique (2). Divers travaux et plusieurs observations sur ce sujet se succédèrent jusqu'en 1861, époque à laquelle M. Sims a présenté un remarquable mémoire sur ce sujet, à la Société obstétricale de Londres (3).

Le vaginisme paraît être le résultat de causes très-diverses, dont toutes ne sont pas encore bien déterminées; mais, comme je viens de le dire, l'analogie de ses symptômes avec ceux de la fissure à l'anus, a naturellement conduit à employer le même

(1) Huguier, Dissertations sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie: Contracture spasmodique du sphincter du vagin. Thèse de Paris, 1834.

(2) Dupuytren, Leçons orales de clinique chirurgic., 2^e édit., t. IV, p. 161; Paris, 1839.

(3) Transactions of obstetrical Society of London, t. VIII, p. 356.

traitement : la dilatation forcée. C'est ce qu'a fait Michon (1), dans un cas rapporté dans le *Bulletin de thérapeutique*, et où il a tenté la dilatation forcée.

D'autres chirurgiens, M. Tanchou, par exemple (2), ont recommandé les cautérisations superficielles et répétées avec le nitrate d'argent.

Je suis étonné de n'avoir vu nulle part essayer les injections avec la ratauhia. Ce moyen a donné, entre les mains de Trouseau, des résultats si remarquables dans le traitement de la fissure à l'anus, qu'il méritait d'être essayé contre le vaginisme.

Mais le traitement qui, jusqu'ici, a donné les meilleurs résultats, c'est l'excision de l'hymen, qui est très-souvent persistant, par le fait même de l'impossibilité des approches, excision suivie de la double incision de la fourchette et de la dilatation.

Je vais citer, comme type de cette affection, la première observation du mémoire de M. Sims (3).

OBSERVATION X.

En mai 1857, je fus appelé près d'une dame âgée de 45 ans ; elle s'était mariée à 20 ans, et depuis elle avait été constamment malade. Les menstrues, toujours pénibles, venaient de cesser. Elle éprouvait divers symptômes propres aux maladies de l'utérus ; mais pour moi, la chose la plus remarquable dans son histoire, c'est qu'elle était restée vierge, bien qu'elle fût mariée depuis un quart de siècle. Deux ou trois ans après son mariage, son médecin remarqua un tubercule muqueux près du méat urinaire. Il l'extirpa, et essaya ensuite de dilater le vagin avec des bougies, ce qui causa de grandes souffrances sans amener d'amélioration.

La malade, après avoir consulté les médecins les plus éminents d'Amérique, de Londres et de Paris, était tombée dans un état déplorable. Son impressionnabilité était devenue telle, que le plus léger bruit lui était désagréable au dernier point. Elle

(1) Michon et Debout, *Bulletin de thérapeutique*, t. LXI, nos 3, 4 et 7; 1861.

(2) Tanchou, *Gazette des hôpitaux*, 14 juillet 1844.

(3) *Mémoire cité*, p. 360.

ne pouvait marcher que dans sa chambre, encore n'osait-elle pas souvent risquer l'expérience, et se tenait-elle la plupart du temps dans son lit.

Je tentai de faire une exploration du vagin, mais j'échouai complètement. Le plus léger toucher à l'orifice de cet organe causait une vive souffrance et jetait le système nerveux dans une grande commotion ; il se manifestait une agitation musculaire générale ; le corps entier frissonnait comme dans une fièvre intermittente. Les yeux étaient hagards ; la malade poussait des cris et des sanglots ; des larmes roulaient sur ses joues, et elle présentait en un mot la cruelle expression de la terreur et de l'agonie. Elle avait pourtant le courage de se tenir sur sa couche, et me suppliait de ne pas discontinuer mes efforts pour peu que j'eusse l'espérance de découvrir quelque cause de l'état inexplicable dans lequel je la voyais. Après avoir exercé pendant quelques moments une pression de toute ma force, je réussis à introduire l'index dans le vagin, jusqu'à la seconde articulation, mais pas plus loin. La résistance que rencontrait le doigt à son passage était assez grande, la contraction vaginale assez forte, pour amener son engourdissement, et l'examen ne révéla qu'un spasme insurmontable du sphincter vaginal. Je dis franchement au mari que je n'y connaissais rien, et que je ne pouvais en conséquence rien promettre. Cependant je lui proposai de conduire sa femme à New-York, pour qu'il fût procédé à une investigation nouvelle pendant l'état d'insensibilité. Ma proposition fut acceptée avec empressement, et je priai feu le D^r John-William Francis, le D^r Emmet, le professeur van Buren et le D^r Kissam, de la voir avec moi. Ces deux derniers prirent la responsabilité de l'éthérisation. Avant l'anesthésie, je crus devoir encore essayer de visiter le vagin ; mais les mêmes symptômes se manifestèrent comme la première fois. Mais aussitôt que la patiente fut entièrement sous l'influence de l'éther, je trouvai, à ma grande surprise, l'orifice vaginal complètement détendu, et le vagin lui-même dans un état complètement normal. Il n'était pas large, mais assurément tout aussi développé qu'il était nécessaire. J'émis alors l'opinion que nous avions affaire à une contraction spasmodique du sphincter vaginal, mais toutefois je refusai de rien faire.

M. Sims cite ensuite plusieurs observations, desquelles il semble résulter que le siège de cette irritabilité est dans l'hymen lui-même, et souvent aussi dans un petit tubercule mou, saignant, siégeant à proximité de l'hymen, et dont il signale l'existence presque constante. Il est difficile, en lisant ces observations, de ne pas penser que, dans quelques cas du moins, la maladie est due à la présence d'un petit névrome. C'est un point d'anatomie pathologique qu'il serait fort intéressant d'élucider.

Quoi qu'il en soit, M. Sims affirme que l'extirpation de ce tubercule isolé, quand il existe, ne suffit pas à guérir le vaginisme. Il faut compléter l'opération par l'excision totale de l'hymen, les incisions et la dilatation, si l'on veut obtenir un succès durable et certain.

Opération. — La malade étant placée sur le dos dans la position ordinaire, on procède à la chloroformisation qui doit être poussée assez loin. On saisit alors l'hymen avec une pince à son point de jonction avec l'urèthre, et on le coupe circulairement avec des ciseaux courbes, de manière à détacher la membrane tout entière.

L'écoulement de sang est quelquefois assez considérable; mais on s'en rend facilement maître avec le perchlorure de fer, et au besoin par quelques petites ligaturés.

Cette petite hémorrhagie arrêtée, on peut, suivant les cas, passer à la seconde partie de l'opération, ou attendre pour la pratiquer que cette petite plaie soit cicatrisée. Il est préférable, afin d'éviter à la malade les préparatifs toujours pénibles d'une opération, une double anesthésie et le prolongement de ses souffrances, de terminer l'opération le même jour.

Pour cela, après avoir introduit l'index et le médius de la main gauche dans le vagin, on les sépare latéralement, de manière à dilater le vagin autant que possible, en donnant à la fourchette toute son étendue. On fait alors une incision profonde dans le tissu vaginal d'un côté de la ligne médiane, en la dirigeant de haut en bas jusqu'au raphé périnéal où elle est arrêtée. Puis, sans cesser de dilater le vagin avec les deux doigts, on fait une autre incision du côté opposé, en tout semblable à la première qu'elle va rejoindre au niveau du raphé. Les deux incisions réunies, on les

prolonge un peu le long de ce raphé, en s'arrêtant à environ 2 centimètres au-dessus du sphincter anal, de manière à donner à la plaie à peu près la forme d'un Y. Cela fait, le sang est étanché par les moyens ordinaires, et l'on introduit tout de suite un dilatateur, par exemple celui dont j'ai parlé à la page 28.

M. Sims dit avoir opéré par ce procédé 30 malades atteintes de vaginisme, et toujours avec un succès complet (1). Du reste, tous les auteurs qui ont employé les incisions, par un procédé plus ou moins analogue au précédent, ont toujours eu à s'en louer. Un point qui est moins bien éclairci, c'est la nécessité, sur laquelle M. Sims appuie avec tant d'insistance, d'enlever l'hymen entier pour obtenir une guérison définitive. Il y a là quelque chose que l'on ne s'explique pas suffisamment, et qu'il serait fort désirable de voir complètement élucidé.

On peut se demander si la dilatation produite par le passage du fœtus ne suffirait pas à amener la guérison. Si cela était, on serait tenté d'anesthésier la femme pour permettre au mari de la mettre en état d'avoir un enfant. Mais cette pratique n'est pas sans dangers, et d'ailleurs plusieurs observations ont établi que la délivrance était loin de procurer une guérison assurée. Je pense donc qu'il n'y a pas lieu d'employer ce moyen, et que le plus sûr est d'opérer comme je viens de le dire.

Voyez, à ce sujet, outre les ouvrages déjà cités :

SIMPSON. Fissures of the orifice of the vagina, p. 132.

CHARRIER. Contracture spasmodique du sphincter vaginal. Thèse de Paris, 1862.

HERVEZ DE CHEGOIN. L'Union médic., t. I, p. 228, n° 54; 1848.

GALLARD. — 26 nov. 1861.

CURTY. Ouvrage cité, p. 466.

(1) Ouvrage cité, p. 400.

CHAPITRE III.

OPÉRATIONS QUE L'ON PRATIQUE SUR LE COL DE L'UTÉRUS.

Ces opérations sont, comme les précédentes, destinées à rétablir un passage suffisant aux spermatozoïdes. Ces opérations sont :

1° L'introduction de corps rigides, ou naturellement dilatants : sondes, bougies, tentes d'éponge ou de laminaire, etc.

2° L'incision.

3° L'amputation.

4 Les scarifications et la cautérisation, dont je ne parlerai qu'incidemment.

Avant de commencer l'examen de ces opérations, je dois reproduire ici un précepte important donné par plusieurs de nos auteurs classiques, et que l'on voit pourtant souvent oublié. Il consiste à ne jamais attirer à la vulve le col de l'utérus pour faciliter le manuel opératoire. La situation de cet organe au fond d'un canal souvent long et étroit, rend en effet souvent ces manœuvres difficiles. Mais, si l'on veut bien réfléchir que cette traction nécessite toujours, pour amener le résultat voulu, un effort assez considérable, qu'elle porte nécessairement sur le péritoine, qui ne peut céder qu'en étant violemment tirailé, on ne sera pas surpris qu'on ait pu attribuer en grande partie à cette manœuvre intempestive la production de pelvi-péritonites, trop souvent mortelles.

« Un point important, sur lequel je ne saurai trop insister, dit M. Huguier (1), quelle que soit la méthode que l'on suive, c'est d'agir sur le col de l'utérus, sur place, au fond du vagin, sans chercher à l'amener avec effort à la vulve. Il faut, si l'on ne veut pas avoir d'accidents inflammatoires consécutifs, éviter tout tiraillement des ligaments utérins. En cela je m'éloigne entière-

(1) Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col. Mémoires de l'Acad. de méd., t. XXIII ; 1859.

ment de la pratique de Lisfranc, de Kiwish, qui veulent qu'on amène par des tractions l'utérus le plus près possible de l'ouverture vulvaire. »

Lorsqu'on s'est assuré, par les moyens diagnostiques que nous avons précédemment exposés, que le canal cervical est rétréci en un point de son trajet, on est naturellement conduit à considérer ce rétrécissement, cette coarctation comme l'obstacle qui s'oppose à la fécondation, et l'indication se présente d'elle-même au chirurgien. Il faut dilater ce canal, augmenter son calibre et créer ainsi de meilleures conditions pour la libre pénétration du liquide spermatique.

Une première objection a été souvent faite par des chirurgiens qui, par des motifs que nous examinerons plus loin, ne veulent agir chirurgicalement sur le col que, pour ainsi dire, contraints et forcés. Ils n'admettent guère, comme causes réelles de stérilité, que les obstacles absolus, infranchissables, et alors ils sont conduits à opérer, bien moins pour procurer une conception que contre les accidents de rétention menstruelle. « Quelque étroit que soit le passage, disent-ils, quand il est assez large pour laisser s'écouler, même avec difficulté, le sang des règles, il le sera, à *fortiori*, assez, pour laisser passer quelques spermatozoïdes. »

Cet argument me paraît plus spécieux que solide. Il est hors de doute que la fécondation puisse s'opérer, même dans des cas où l'étroitesse des voies paraissait rendre ce résultat impossible. Des centaines d'observations peuvent l'attester ; mais je ferai remarquer qu'on peut en dire autant pour toutes les causes de stérilité, qui ne sont pas absolues. A ce compte, quand une femme ovulerait et qu'elle serait menstruée, fût-elle même dysménorrhéique, il n'y aurait rien à tenter pour la rendre féconde. Je ne crois pas que cette manière de raisonner soit vraiment logique, et surtout conforme à l'expérience. Sans doute, quand un col est rétréci, ce rétrécissement, tout en laissant la menstruation s'effectuer plus ou moins facilement, peut, à la rigueur, laisser passer un peu de sperme. Mais on avouera bien, je pense, qu'il n'est pas dans de favorables conditions pour cela, et qu'il est tout naturel de chercher à en créer de meilleures. Et, du reste, que de différences entre le mécanisme par lequel le sang, pressé, poussé et par son poids et par la contraction de l'utérus, arrive

à distendre le canal, à effacer au besoin les brides, les replis, et enfin à s'échapper, et celui en vertu duquel un spermatozoïde, luttant contre la pesanteur, sans *vis a tergo* qui facilite son ascension, arrive enfin dans la cavité de l'utérus! Combien il est plus naturel de penser que telle cause d'arrêt, digue impuissante contre les règles, devient au contraire un obstacle infranchissable au spermatozoïde!

Concluons que l'on ne saurait arguer contre une opération à pratiquer sur le col, de la perméabilité du canal cervical au sang menstruel.

Voici donc quels sont les problèmes qui s'offrent à nous, et qu'il s'agit de résoudre :

- 1° Opérer la dilatation ;
- 2° La maintenir effective ;
- 3° Apprécier le danger des opérations faites dans ce but.

Opérer la dilatation. — M. Desormeaux (1) est, je crois, le premier qui ait eu l'idée d'appliquer le spéculum, modifié pour cet usage, à l'utérus lui-même. Je ne ferai que citer son instrument, ainsi que ceux de Jobert de Lamballe et de Blatin, qui sont de vrais spéculums destinés à éclairer les cavités utérines, pour arriver tout de suite aux dilateurs proprement dits.

M. Leménant-Deschenais a fait construire un dilateur qui se compose de deux petites valves montées sur une tige et s'écartant graduellement au moyen d'une vis de rappel. Le modèle de M. Mathieu m'a paru plus commode et plus facile à manier. M. Blatin a eu l'idée, que je me permettrai de trouver singulière, de donner à la surface externe des valves la forme d'une vis pour en faciliter l'introduction. Enfin M. Huguier, modifiant un instrument déjà employé par Buch, se sert d'un dilateur à trois branches.

Je ne crois pas qu'on puisse jamais tirer un grand profit de ces instruments. Il est souvent difficile et quelquefois impossible de les appliquer, plus difficile encore de les maintenir en place, et il n'est aucun cas où ils ne soient remplacés avec avantage par les bougies, et surtout par les corps dilatants.

(1) Voy. Nonat, *Maladies de l'utérus*, p. 52.

La dilatation s'obtient plus sûrement avec les sondes et les bougies ordinaires en gomme élastique, et mieux avec des tiges métalliques de volume graduellement croissant, supportées par des bulbes ou olives métalliques creuses, destinées à soutenir le col et à être retenues dans le vagin, analogues à celles que M. Simpson a inventées sous le nom de *pessaire à tige intra-utérine* et qu'il fait faire de deux métaux, zinc et cuivre, dans le but d'ajouter à l'action dilatante purement mécanique une action galvanique excitante. Il faudra seulement avoir soin de prendre ces tiges d'une longueur telle qu'elles dépassent à peine l'orifice interne du col, l'action sur la matrice elle-même devant être négligée et même évitée pour le but spécial que nous nous proposons. Ces tiges, de même que les sondes élastiques, les bougies, etc., s'appliquent à la dilatation du col de l'utérus, comme les sondes de diverse nature à la dilatation du canal de l'urèthre chez l'homme; c'est-à-dire que, suivant l'irritabilité de l'utérus et de la malade, ou suivant le degré de dilatation que l'on veut atteindre, on les emploie d'une manière lente, intermittente, en laissant tous les deux ou trois jours une sonde pendant une heure ou deux dans le col; ou d'une manière rapide, continue, en faisant succéder toutes les cinq ou six heures une tige à une autre, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au plus fort numéro que la dilatabilité du col ou la susceptibilité de la malade permette d'atteindre (1).

La sonde utérine, dont j'ai déjà parlé comme moyen de diagnostic, a été aussi employée dans un but thérapeutique. Dans le cas, dit M. Huguier (2), de rétrécissement plus ou moins considérable, congénital ou acquis, de la cavité cervicale ou de l'un de ses orifices, le cathétérisme est non-seulement le seul moyen certain d'arriver à la connaissance de la cause et de la nature du rétrécissement, mais encore *l'agent thérapeutique* le plus doux et le plus inoffensif.

Malgré l'autorité de M. Huguier, il m'est impossible de croire que la sonde utérine puisse être préférée aux bougies graduées. Que son emploi soit doux et inoffensif, quand il reste renfermé dans les limites que nous avons tracées en commençant ce

(1) Courty, *Maladies de l'utérus*, p. 150.

(2) De l'*Hystérométrie*, p. 316.

mémoire, c'est ce dont je suis convaincu. Mais je ne saurais en dire autant de son efficacité thérapeutique, et malgré tout le respect que j'ai pour la compétence et l'autorité d'un homme de la valeur de M. Huguier, je crois qu'il faudra toujours préférer à la sonde les moyens précédents, et surtout ceux dont je vais maintenant parler.

En effet, on trouve un moyen de dilatation bien supérieur à tous ceux que nous avons déjà énumérés dans l'emploi des corps naturellement dilatants, tels que : ivoire préparé, racine de gentiane, tente-éponge et tiges de laminaria. De tous ces agents, celui dont l'usage est le plus général est la tente-éponge.

Tente-éponge. — Elle rend de tels services que l'on me pardonnera d'en parler avec quelques détails. C'est Simpson qui paraît l'avoir appliquée le premier à la dilatation du col (1). Elle a été employée depuis par la plupart des chirurgiens. Mais les éponges que l'on trouve d'ordinaire dans les officines sont trop grandes, mal faites, et enduites d'une couche épaisse de cire; de suif ou de graisse. Elles sont difficiles à introduire, et souvent elles glissent en partie du col dans le vagin, où elles exercent une irritation inutile. Pour être sûr de leurs effets, le praticien devra se servir d'éponges préparées sous sa surveillance, et toutes d'après le même procédé. Les détails les plus minutieux ont leur importance dans une opération qui n'exige pour réussir que de la délicatesse et de la précision.

Voici les recommandations de M. Simpson à ce sujet :

L'éponge doit être de bonne qualité, mais ni trop douce, ni trop molle; elle sera parfaitement nettoyée, mais non blanchie, car le blanchiment la prive de toute élasticité. On la taille en cônes de 1 à 2 pouces de long; quelques-uns très-minces et d'autres beaucoup plus gros que le pouce. On passe un fil d'archal

(1) Montly Journal, january 1850. On the detection and treatment of intra-uterine polypi.

Consultez également :

Scanzoni, Beitræge zur Geburtsk., etc., Bd. II.

— Traité des maladies des organes sexuels, etc., p. 29.

Courty, Maladies de l'utérus, p. 151.

Marion Sims, Notes sur la chirurgie utérine, p. 51.

terminé en pointe ou une aîène effilée, par le centre du grand axe de l'éponge, qui doit alors être entièrement imprégnée d'un mucilage épais de gomme arabique. On enroule ensuite un fil ou une petite ficelle autour de l'éponge, maintenue inflexible par le fil d'archal, en commençant par le bout le plus petit, pour terminer par le plus gros; puis le fil d'archal est retiré, et la tente est mise à sécher.

Lorsqu'elle est bien sèche, le fil est déroulé, et les petites éminences circulaires qu'il a laissées à la surface sont effacées en les frottant avec du papier de verre. On peut alors s'en servir.

Manuel opératoire. — Pour l'introduction de la tente-éponge, comme pour les bougies et autres corps de cette nature, la femme étant placée dans la position habituelle, on introduit le spéculum et l'on découvre le col. L'utérus est alors fixé, de manière à l'empêcher de fuir devant la pression de la tente, par un petit ténaculum, monté sur un manche allongé, et dont on enfonce le crochet dans la lèvre antérieure. La tente, portée sur une pince, et l'extrémité garnie d'un peu de cérat, est alors doucement poussée dans le col, et y entre avec facilité, sans produire de douleur, si l'on a la précaution de ne pas vouloir forcer le passage, en n'essayant pas de faire pénétrer une tente plus grosse que le canal auquel elle est destinée (1).

Combien de temps faut-il laisser la tente en place? M. Courty ne la retire qu'après vingt-quatre heures, tandis que M. Sims recommande de l'enlever six à huit heures après l'application. Je crois que l'on peut sans inconvénient laisser l'éponge agir pendant vingt-quatre heures, à moins que la malade n'en éprouve trop de gêne. Sous ce rapport, les avis sont partagés. La dilatation, dit M. Courty (2), s'accomplit ordinairement sans souffrances. Parfois, cependant, la malade éprouve de légères douleurs, comme celles de la menstruation. D'autre part, d'après M. Péan (3), qui a eu souvent l'occasion d'employer ce moyen, les femmes ne le supportent qu'avec peine et s'en plaignent vivement. Si l'on craint que la douleur ne soit trop vive, il sera bon

(1) Sims, Notes cliniques, p. 53.

(2) Maladies de l'utérus, p. 151.

(3) Communication orale.

d'attacher à la grosse extrémité de la tente un ruban de fil, qui pourra servir à la femme pour se débarrasser elle-même. Mais il faut savoir que cela peut avoir des inconvénients, et qu'autant que possible le chirurgien doit pratiquer lui-même l'extraction.

Pour cela, on introduit encore le spéculum, et l'on voit alors l'éponge dilatée dans le col, quelquefois dans la proportion de six fois son diamètre primitif. Elle est imprégnée d'un liquide fétilde, séreux ou séro-sanguinolent, qu'il faut enlever soigneusement. Après cela, on fixe solidement au centre de l'éponge une paire de pinces qui serviront bientôt à la retirer. Le spéculum est alors retiré, et l'index de la main gauche introduit dans le vagin, le long des pinces fermées, jusqu'à ce qu'il soit en contact avec la tente. Celle-ci ne doit pas être brusquement enlevée, mais tirée avec douceur, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, en même temps qu'on soutient l'utérus avec l'index porté avec précaution à droite et à gauche de l'éponge, pour la séparer de la muqueuse. Car, à ce moment, elle fait pour ainsi dire corps avec elle, et c'est même un de ses inconvénients. En effet, l'enlèvement de l'éponge est toujours suivi d'un flux plus ou moins considérable de sang, qui témoigne d'une lacération de tissu. Les éponges enduites de suif exposent moins à ce désagrément, mais elles ont le défaut de rester difficilement fixées dans le col. Pour éviter cette irritation de la muqueuse, par le contact direct de l'éponge, M. Beudassé-Cazottes de Montpellier, fabricant de cordes d'harmonie, a eu l'idée d'envelopper l'éponge d'une chemise de baudruche. J'ignore si cette variété de tente a été employée, et quels résultats elle a donnés.

Du reste, cette lacération de la muqueuse n'a jamais de suites graves, pourvu qu'on évite le contact de l'air sur la surface ainsi mise à nu, et c'est pour cela qu'il faut enlever le spéculum après l'application des pinces. La précipitation de l'air dans l'utérus à ce moment, par l'ouverture quelquefois fort large obtenue par l'éponge, peut avoir des conséquences très-fâcheuses. « J'ai l'assurance, dit M. Sims (1), que, dans mes premières expériences, j'eus plus d'une fois le malheur de voir survenir la métrite à la suite de cet accident. » Mais, par contre, il est des cas où cette

(1) Ouvrage cité, p. 57.

espèce d'abrasion peut rendre de réels services en déterminant la résorption des granulations de la cavité cervicale. L'éponge une fois retirée, on fera quelques injections adoucissantes dans le vagin; les injections seront poussées avec précaution, car on cite des cas où des spasmes utérins sont survenus, probablement à la suite de la pénétration du liquide dans l'utérus.

Il est rare qu'une seule application d'éponge soit suffisante. Avant de faire une nouvelle introduction, il convient de laisser reposer la femme pendant quelques heures. M. Courty met trois à quatre jours d'intervalle entre chaque opération, de sorte qu'une dilatation complète lui demande une ou deux époques intercalaires. Mais il ne faut agir avec cette lenteur que lorsque la stérilité est compliquée de dysménorrhée. Il est alors nécessaire d'appuyer, pour ainsi dire, sur la dilatation pour qu'elle se maintienne le plus longtemps possible. Mais, dans le cas contraire, c'est-à-dire quand il n'y a pas de troubles menstruels, on peut aller beaucoup plus vite. On a soin d'introduire l'éponge deux ou trois jours avant l'apparition des mois, et l'on en fait plusieurs applications successives en la changeant toutes les douze heures; au moment où les règles couleront, le passage sera entièrement libre, et en conseillant alors au mari un rapprochement, dès le jour de la cessation de l'écoulement, les époux seront mis dans les meilleures conditions pour obtenir une grossesse.

Je répète que, tant que dureront ces applications, la femme doit rester couchée, prendre des bains, enfin être mise, autant que possible, à l'abri de toutes les causes de phlegmasies utérines.

Dans quelques cas, le resserrement extrême de l'orifice du museau de tanche rendra très-difficile l'introduction de la tente. On la choisira alors aussi mince que possible pour l'insinuer dans cet orifice trop petit. Mais si l'on ne pouvait y parvenir, il ne faudrait pas hésiter à débrider l'entrée du col par quelques petites incisions faites tout autour de son ouverture avec un bistouri à lame très-étroite; cette opération n'offre d'autre inconvénient que l'écoulement de quelques grammes de sang qui pourront même avoir parfois les avantages d'une saignée locale. On pourra alors pénétrer aisément. Si le rétrécissement siège

dans le trajet du canal cervical ou à son orifice interne, il ne faudra pas, si l'on éprouve une résistance un peu marquée, essayer de forcer le détroit. La tente sera arrêtée au point où siège l'obstacle, et la partie qui fera saillie dans le vagin coupée avec des ciseaux. L'étendue du conduit qui se trouve en avant de l'obstacle sera ainsi élargie, et à l'application suivante on pourra mieux juger de sa nature et se décider, soit pour la continuation des mêmes moyens, soit pour un procédé plus radical, l'incision.

Dans ces dernières années, on a tenté de remplacer l'éponge préparée par les tiges de laminaire (*laminaria digitata*, Algues), qui semblent avoir quelques avantages sur l'éponge. Ainsi, leur introduction est plus facile dans les cas de rétrécissement extrême surtout, parce qu'elles sont plus rigides et qu'on peut en faire de très-minces. Mais, ce qui est plus important, elles paraissent préserver la femme de l'écoulement séreux fétide qui accompagne presque toujours l'emploi de l'éponge. Cette fétidité, due probablement à la décomposition de la matière animale de l'éponge, est quelquefois extrême et incommodement les malades. Enfin (considération qui a sa valeur pour la médecine du pauvre), lavées avec une solution de permanganate de potasse, puis séchées, elles peuvent servir indéfiniment. Comme leur plus grand diamètre ne dépasse pas 1 centimètre au plus, quand on a besoin d'une dilatation plus grande, on peut l'obtenir en liant plusieurs en faisceau. Avant de les appliquer, on racle les cylindres pour enlever l'enveloppe noire qui les recouvre, puis on les fait macérer quelques minutes dans l'eau tiède (1).

Expérimentée pour la première fois scientifiquement sur le général Garibaldi, en 1862, à l'instigation de M. Wilson de Glasgow, la laminaire paraît appelée à rendre aux chirurgiens de réels services. Mais son emploi est encore trop récent et trop peu généralisé pour qu'on puisse la juger définitivement. M. Courty, qui s'en est servi souvent, dit en avoir retiré des résultats très-satisfaisants (2). Je leur ferai pourtant un reproche : c'est de ne pas se dilater d'une manière uniforme, la même pour chaque

(1) O. Reveil, Formulaire raisonné, 1864, p. 325.

(2) Maladies de l'utérus, p. 153.

1867. — Villeneuve.

tige, de sorte qu'il est difficile de juger d'avance quel degré de dilatation on atteindra.

Je finirai ce qui a trait à la dilatation en répétant que je ne connais pas de cas où l'on ne doive préférer les corps dilatants aux bougies ordinaires. Aran, qui s'est pourtant beaucoup servi de celles-ci et du dilatateur de Simpson, n'hésite pas à leur préférer de beaucoup la tente-éponge (1). Elle rend, dit-il, les services les plus précieux. Malheureusement, ajoute-t-il, cette dilatation n'est pas toujours facile à obtenir (2).

Ce sont ces cas rebelles à la dilatation qui nous amènent à examiner les indications de l'incision.

INCISION DU COL.

Indications. — Lorsque l'application répétée de la tente-éponge, n'amène aucun résultat, que la dilatation produite est trop faible ou même nulle, il faut alors s'adresser à des moyens plus radicaux. Voici quels sont les signes qui font reconnaître la nécessité d'une incision :

Le col est conique, le museau de tanche presque pointu, l'orifice petit, et le tissu du col d'une dureté fibreuse très-prononcée et comme cartilagineuse. L'application répétée de tentes-éponges n'a produit qu'une dilatation insignifiante, et souvent fort douloureuse.

La forme que prend la tente dans ce cas-là, est elle-même un signe précieux. Tandis que la partie qui faisait saillie dans le vagin, s'est gonflée comme à l'ordinaire, celle qui était dans le col n'a presque pas changé de volume. Quelquefois, la partie qui résiste à la dilatation est beaucoup plus circonscrite; elle n'occupe qu'un anneau plus ou moins large, de la paroi cervicale. L'éponge alors se dilate en deçà et au delà de l'obstacle, tandis qu'elle est à peine gonflée dans le point correspondant au rétrécissement, qui semble l'avoir étranglée comme le ferait un fil d'archal. On éprouve alors souvent de très-grandes difficultés à retirer l'éponge, et lorsqu'avec de la patience et de la douceur on y a réussi, on la trouve

(1) Aran, Leçons cliniques, p. 329.

(2) Ibidem, p. 72.

trouve ayant pris la forme d'un sablier. En un mot, le corps dilatant se moulant sur le canal à dilater, témoigne par la forme qu'il acquiert, du siège, de la forme, de l'étendue, et de la résistance du rétrécissement.

C'est dans les cas où l'on rencontre une ou plusieurs de ces conditions, qu'il faut inciser.

Choix de l'instrument. — Le plus simple, sans contredit, c'est un bistouri à lame étroite et plus ou moins inclinée sur le manche, de manière à s'accomoder à la fois, à la direction du vagin et à celle du canal cervical. Mais le bistouri a ici quelque inconvénient. D'abord en l'introduisant jusqu'au delà du rétrécissement, on incise, presque inévitablement une étendue plus ou moins grande du col, ce qui est inutile. Puis, lorsqu'on le retire pour couper l'obstacle, on ne sait jamais exactement à quel profondeur pénètre la lame. Enfin, comme il est presque toujours nécessaire de pratiquer deux incisions, les mêmes inconvénients se reproduisent deux fois.

L'hystérotome à une seule lame, de M. Simpson ou de M. Velpeau, est déjà préférable. Mais ils ont encore l'inconvénient de nécessiter deux introductions successives de l'appareil.

L'instrument le plus commode et le plus sûr est le métrotome à deux lames cachées, dont on peut mesurer et graduer exactement l'écartement de manière à être toujours certain de la profondeur des incisions.

Ces instruments sont construits sur les mêmes principes que les lithotomes cachés, et bien que d'une application récente à la chirurgie utérine, il en existe déjà de nombreux modèles. Je signalerai spécialement l'hystérotome de M. Péan, construit par M. Mathieu qui me paraît réunir toutes les conditions de légèreté, de mouvement facile et de facile entretien.

Les objets nécessaires à cette opération sont un spéculum, des pinces de Museux, du coton, de la glycérine, des bougies graduées de gomme élastique, ou mieux des tiges de laminaire, des ciseaux et l'hystérotome.

La première chose à faire, c'est de régler au moyen du curseur le degré d'écartement à donner aux lames et, à ce sujet, se présente naturellement la question de savoir quelle est la limite

d'écartement qu'il ne faut pas dépasser. Cette question ne pouvait être résolue que par des expériences d'amphithéâtre. C'est ce qu'a fait M. Péan. Il a constaté, sur de nombreuses pièces injectées avec le plus grand soin, que l'on pouvait en moyenne adopter sans craindre de blesser des vaisseaux tant soit peu importants un écartement de 3 centimètres. Du reste suivant l'épaisseur, la mollesse, la grosseur de l'organe, ce chiffre pourra beaucoup varier, mais il ne serait pas prudent de le dépasser.

Manuel opératoire. — La femme étant comme à l'ordinaire couchée sur le bord d'un lit et le spéculum placé, le chirurgien introduit l'indicateur gauche avec lequel il soulève légèrement le col de manière à ramener son orifice dans l'axe du vagin et à le rendre parfaitement visible. L'extrémité de l'hystérotome préalablement graissée est alors introduite dans l'ouverture (1). La main gauche quitte alors le vagin et va soutenir le fond de l'utérus et l'empêcher de fuir devant l'instrument, en comprimant la paroi abdominale au-dessus des pubis. L'hystérotome est alors poussé avec lenteur et sans aucune espèce de violence jusqu'au dessus du rétrécissement. Pour cela il faut se rappeler la direction du canal cervical afin d'agir dans ce sens, et ne pas aller buter contre la paroi postérieure. On y réussira toujours si l'on a soin d'abaisser assez fortement le manche vers la fourchette, de manière à déprimer le périnée.

Une fois le rétrécissement franchi, ce que l'on reconnaît à une sensation de résistance vaincue, on s'assure de la position des lames. Il faut que l'instrument soit placé de manière à couper sur les parties latérales, droite et gauche du col, et dans aucun cas dirigé obliquement, et encore moins de haut en bas, de façon que, quoi qu'il arrive, on ait l'assurance de n'intéresser ni le rectum, ni la vessie.

L'écoulement de sang est ordinairement très faible. Si on avait quelque appréhension à ce sujet, on pourrait introduire un petit

(1) Si cet orifice est par trop étroit, on pourra, comme je l'ai déjà dit pour la tente-éponge, faire quelques petites scarifications; mais, si elles étaient insuffisantes, il faudrait remettre l'opération et introduire une petite tente, qui dilatera toujours assez l'ouverture pour que l'hystérotome y puisse pénétrer.

tampon de coton trempé dans du perchlorure de fer de Deleau (1). Mais cela est rarement nécessaire.

Le pansement sera fait avec une tige de laminaire, assez petite et recouverte de coton trempé dans la glycérine. Le tout maintenu au fond du vagin par un tampon de coton également glycérimé. Ce pansement a l'avantage, non-seulement de soutenir la tige et d'absorber les produits de sécrétion, mais, par la propriété fortement osmotique de la glycérine, d'amener un dégorgement séreux abondant. Cette déplétion séreuse, qui peut être heureusement utilisée contre les phlegmasies, a en outre une action prophylactique réelle contre ces mêmes inflammations. J'ai eu, pour ma part, l'occasion de faire cette remarque dans le pansement des cancers de l'utérus avec la glycérine, et M. Sims a cru devoir insister sur cette propriété vraiment remarquable.

Les suites de cette opération seront peu graves si ce précepte est observé, si la femme est rigoureusement tenue au lit, et si les pansements sont faits avec soin et renouvelés matin et soir jusqu'à la cicatrisation, qui demande environ douze ou quinze jours pour s'effectuer. En se basant sur ces données, le chirurgien devra choisir le moment de l'opération, de manière à ce que la guérison soit complète au moment du retour des règles, qui sont souvent un peu avancées par le fait de l'incision. Si, ce qui est le cas le plus ordinaire, la femme était en même temps dysménorrhéique, elle se trouvera du même coup délivrée de ses douleurs, et, quand les menstrues auront cessé, les rapprochements conjugaux pourront s'effectuer avec l'espoir fondé d'une conception prochaine.

Je ferai pourtant une réserve au sujet des coarctations de l'orifice utérin. Lorsqu'on aura reconnu que le rétrécissement siège à l'orifice cervical supérieur, il convient d'être beaucoup plus réservé sur l'emploi des incisions (2). Si l'on veut bien réfléchir un instant au mode d'action de l'hystérotome, on comprendra facilement que l'incision de l'orifice cervico-utérin ne peut s'opé-

(1) On a reproché au perchlorure de fer d'exercer sur l'utérus une action irritante fâcheuse, à cause de l'acide libre qu'il contient souvent. M. Sims, qui a fait la même remarque, recommande le perchlorure de Deleau comme n'ayant pas cet inconvénient.

(2) Le rétrécissement de l'orifice supérieur est heureusement rare, ainsi que Barnes l'a établi dans un mémoire à la Société obstétricale de Londres. C'est aussi l'avis de M. Sims.

rer sans intéresser plus ou moins les parois de la cavité utérine proprement dite. Or, l'anatomie comme la clinique indiquent que celle-ci possède une susceptibilité inflammatoire bien supérieure à celle du col, et cette connaissance est bien de nature à inspirer la plus grande réserve. Si donc l'on a affaire à un cas de ce genre, il faudra insister avec persévérance sur l'emploi de moyens plus doux, comme la tente-éponge et la laminaire.

Appréciation. — Bien que Tilt ait déclaré l'incision du col injustifiable (1), elle a été, depuis les travaux de M. Simpson (2), pratiquée un si grand nombre de fois par un nombre si considérable de chirurgiens, que l'on peut dire qu'elle est maintenant définitivement jugée.

Voici, du reste, les reproches qu'on lui a adressés :

1. Elle expose à l'hémorrhagie. Si l'on s'en rapporte à la lecture des observations, cela est excessivement rare. L'étude anatomique du col, comme nous venons de le dire, apprend au contraire que, bornée à de sages limites, la lame de l'hystérotome n'est pas exposée à rencontrer des vaisseaux d'un diamètre suffisant pour inspirer des craintes légitimes. Et d'ailleurs, que de moyens le chirurgien n'a-t-il pas à opposer à l'hémorrhagie ! Sans rappeler les autres, est-ce que le tamponnement n'est pas un moyen, on peut le dire, héroïque dans ces cas-là ?

2. Les débridements par la méthode de M. Simpson, dit Aran (3), sont maintenant abandonnés, parce que le rétrécissement se reproduit quoi qu'on fasse. Aran écrivait cela en 1856. Mais il m'est impossible d'admettre que cette opération soit abandonnée, car, en feuilletant pendant quelques jours seulement les recueils périodiques de ces dernières années, j'en ai rencontré un si grand nombre d'observations, qu'il m'a été impossible de les noter toutes (4). Mais le reproche que leur fait Aran n'en est

(1) Tilt, *Diseases of women*.

(2) *Dilatation and incision of the cervix uteri in cases of obstructive dysmenorrhea*. *Monthly Journal*, août 1844, mai 1847.

(3) *Leçons cliniques*.

(4) Je me bornerai à citer :

Oldham, *London medical Gazette*, t. II, p. 920 ; 1846.

Burnet et Aran, *l'Union médicale*, 1850, n° 53.

Charpignon, *Gazette des hôpit.*, 1854-1859.

Spencer-Wells, — 1859.

Faure, — 1854.

pas moins très-réel : c'est qu'en effet ici, comme pour le vagin, la grande difficulté est de maintenir la dilatation. La rétraction lente, graduelle, mais pour ainsi dire irrésistible, du tissu indolable, ramène au bout d'un temps variable les choses au point de départ. C'est alors au chirurgien à essayer de tous les moyens qu'il jugera capables de s'opposer à cette rétraction, et il pourra parfois y réussir. Ainsi Watman (1) imagina de placer dans le col une canule évasée par les deux bouts, assez semblable au double bouton imaginé par Dupuytren pour la grenouillette, et il paraît avoir réussi. Ce moyen mériterait d'être essayé de nouveau. Mais si l'objection d'Aran a une valeur incontestable contre les incisions destinées à combattre la dysménorrhée, elle perd beaucoup de son importance quand il s'agit seulement de la stérilité.

Il n'est pas en effet nécessaire, pour obtenir une grossesse qui sera ensuite par elle-même le meilleur des traitements, de maintenir une dilatation permanente. Il suffit qu'elle dure assez pour permettre aux rapprochements conjugaux d'avoir un heureux résultat. Et c'est en effet ce qui arrive le plus souvent.

Je me bornerai, sur ce sujet, à citer quelques autorités :

« Sur plus de 100 incisions de l'orifice vaginal que j'ai pratiquées, dit M. Huguier (2), je n'en ai jamais vu suivies d'accident. »

« J'ai déjà obtenu, par la dilatation et la double incision du col, la guérison bien avérée de plus de 15 femmes stériles, » dit M. Courty (3); et, plus loin, il ajoute : « Il faut traiter de la même manière les rétrécissements de l'orifice interne. »

M. Péan a bien voulu m'autoriser à dire que, sur plus de 25 incisions du col qu'il a pratiquées pour diverses causes, il n'a jamais eu d'accidents à regretter.

Je pourrais multiplier ces exemples; mais ceux qui précèdent suffisent à établir l'innocuité de l'incision du col, quand elle est pratiquée dans les conditions voulues et avec la prudence nécessaire.

Excision et amputation partielle. — Il arrive assez fréquemment

(1) Gazette médicale, 1844, p. 731.

(2) De l'Hystérométrie, p. 349.

(3) Maladies de l'utérus, p. 1006.

que les lèvres du museau de tanche offrent une disposition telle que le sang des règles peut les franchir sans peine, tandis que l'on se rend très-bien compte qu'il n'en soit pas de même pour la liqueur séminale. D'ordinaire ces lèvres se présentent en forme de croissant, à concavité tournée en haut, la lèvre inférieure, hypertrophiée, empiétant sur la supérieure et bouchant ainsi l'orifice en formant une espèce de soupape facile à abaisser pour un liquide qui vient de l'intérieur de la matrice, et tout à fait infranchissable pour un liquide venant en sens opposé. Le plus souvent cet état est consécutif à un accouchement antérieur, dans lequel la tête, arrêtée trop longtemps au détroit supérieur, a, par une compression trop longtemps prolongée, fini par déterminer la gangrène de l'une des lèvres. D'autres fois les deux lèvres sont atteintes à la fois, tombent, et le col se trouve presque entièrement effacé. On ne trouve souvent alors pour orifice qu'une fente, plus ou moins régulière, dont les lèvres sont fortement tendues et appliquées l'une contre l'autre. C'est là une des indications de la tente-éponge.

Mais, pour revenir à la disposition valvulaire qui nous occupe, il est évident que l'excision de la partie qui proémine ainsi sur l'ouverture est le remède le plus certain à cet état. Le peu de volume de la partie à retrancher et l'étendue minime de l'excision rendent ordinairement cette opération inoffensive. On comprend du reste qu'il soit impossible de donner une description de cette sorte d'opération, le procédé à employer, la forme et l'étendue des incisions devant nécessairement varier avec chaque disposition particulière.

M. Sims a été amené à pratiquer l'amputation totale de la lèvre postérieure dans certains cas de resserrement de l'orifice supérieur du canal cervical, conséquence d'une antéflexion. Comme je n'ai vu cette opération signalée nulle autre part, je laisse parler ce chirurgien.

OBSERVATION XI.

J'ai fait, dit-il (1), à plusieurs reprises des incisions bilatérales dans des cas semblables, sans obtenir d'amélioration (il s'agit

(1) Sims, Notes cliniques sur la chirurgie utérine, p. 200.

des resserrements de l'orifice supérieur, suite d'antéflexions). La raison en est simple. Si l'on prend un tube flexible du volume du canal cervical et qu'on le courbe, il s'élargit latéralement, et les deux surfaces internes, concave et convexe, nécessairement amenées à se toucher, présentent une sorte d'obstacle mécanique valvulaire au passage d'un liquide dans n'importe quelle direction. Une incision bilatérale ne peut élargir le canal que transversalement et nullement dans le sens antéro-postérieur; la courbure doit rester la même, et conséquemment le rapport des deux surfaces opposées ne saurait être changé par une telle opération. Après avoir échoué si souvent en pareil cas, à retirer un bécrot de l'incision bilatérale, je finis par inventer la méthode suivante, et je la mis en pratique. Il était évident qu'en faisant disparaître la flexion du canal, on faisait aussi disparaître l'obstacle. Pour y parvenir, je pensais qu'il suffisait de fendre la partie postérieure du col en ligne droite et en arrière, depuis l'orifice du museau de tanche jusqu'au voisinage de l'insertion du vagin. De cette manière, le canal cervical se trouverait amené à suivre une ligne droite, de la cavité de l'utérus jusqu'au niveau du cul-de-sac postérieur, au lieu de s'incurver dans l'épaisseur du museau de tanche. Le mode opératoire est très-simple : après avoir placé la malade sur le côté, appliqué le spéculum et fixé la lèvre antérieure du museau de tanche au moyen du ténaculum, je coupe d'un seul coup, avec une paire de ciseaux droits, la portion postérieure du col aussi loin qu'il est possible et opportun de le faire avec ces instruments. Passant alors dans la cavité de l'utérus un couteau à pointe émoussée, tranchant en arrière et fixé sur son manche à un angle convenable, je coupe les tissus dans la direction de l'obstacle au cul-de-sac postérieur, de manière à redresser le canal dans sa partie supérieure, et à faire disparaître en même temps l'obstacle mécanique qui résulte de sa courbure. Il ne faut qu'un peu de soin pour éviter de passer à travers le cul-de-sac vaginal postérieur dans la cavité du péritoine, bévue impardonnable qu'un véritable chirurgien ne peut commettre. Cette opération n'est applicable qu'aux cas que je viens de décrire. Je l'ai faite souvent par ce même procédé, et mon collègue, M. Emmet, a pu la répéter plus fréquemment que

moi, car le résultat satisfaisant qu'elle produit donne la tentation de la recommencer.»

C'est là certes une opération hardie, mais sur le mérite de laquelle il est bien difficile de se prononcer. Attendons que de nouveaux faits, confirmatifs ou contradictoires, permettent d'asseoir un jugement précis basé sur les résultats d'une expérience plus étendue.

Amputation du col utérin. — Me voici arrivé au point le plus délicat de cette étude. En effet, bien que l'on rencontre çà et là quelques observations (1) où l'amputation du col a été spécialement pratiquée contre la stérilité, ce n'est que tout récemment qu'elle a été formellement conseillée dans ce cas.

Pratiquée depuis longtemps contre les productions de mauvaise nature, M. Huguier étendit le champ de ses indications à l'hypertrophie sous-vaginale. Son mémoire a été le point de départ de discussions et d'observations nombreuses, qui me serviront à essayer d'établir le degré de gravité de l'opération elle-même. Enfin, M. Sims s'est montré le partisan déclaré de cette opération, même dans les cas de simple stérilité, et dans ses *notes cliniques* il a consacré un chapitre (2) à développer ses vues à ce sujet.

C'est contre la *conicité* du col, accompagnée d'un degré plus ou moins grand d'hypertrophie, qu'il propose et qu'il pratique l'amputation. « Si, dit-il (3), le col se projette d'un demi-pouce (12 millim.) dans le vagin, la stérilité est très-probable; si la projection est d'un pouce (25 millim.), elle est presque certaine. L'allongement est-il plus considérable encore, c'est-à-dire d'un pouce et demi ou deux, la stérilité devient absolue. » Et il ajoute plus loin : « Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'amputer. »

Si l'on admet comme réelles ces indications, à plus forte raison devra-t-on agir quand l'hypertrophie est poussée encore plus loin, et amène avec elle tout le cortège des troubles utérins,

(1) Entre autres, un cas de Dupuytren, rapporté dans la thèse de M. Dumont: de l'Agénésie, etc., 1830.

(2) Loc. cit., chap. 4.

(3) Ibid., p. 238.

pesanteurs, tiraillements, érosions, troubles nerveux, etc. « Les femmes souffrent souvent au point, dit M. Huguier (1), que le rapprochement des sexes est impossible. C'est là un des symptômes les plus fréquents. » Mais les cas de cette nature ne doivent pas nous arrêter. Ils ont trait à l'hypertrophie proprement dite, et à ses conséquences pathologiques.

Voici donc les questions qu'il s'agit de résoudre :

Quel est le degré de gravité de cette opération ?

Quelle peut être son influence sur la stérilité ?

Une présomption en faveur de l'innocuité relative de l'amputation du col, pourrait se tirer du grand nombre de chirurgiens qui l'ont pratiquée. Conseillée par Wrisberg en 1787, elle fut pratiquée à Strasbourg, par Ostertag, à la fin du siècle dernier. Osiander l'exécuta à Paris, pour la première fois, en 1801. Dupuytren, Bécamiet, puis Lisfranc (2), qui la pratiqua 97 fois, en obtinrent des résultats divers. Après le mémoire de M. Huguier, ce moyen fut employé par MM. Stoltz, Ph. Boyer, Follin, Broca, Marchal (de Calvi), Deuarquay (3), Chassaignac; et en Allemagne elle est conseillée et pratiquée par Virchow, Kivisch, Scanzoni, Mayer, de Berlin (4), etc.

Les oppositions n'ont cependant pas manqué de se faire jour, et M. Depaul s'est montré l'adversaire résolu de cette méthode. Les objections qu'il a présentées méritent, non-seulement à cause de la haute position et de la valeur personnelle de leur auteur, mais par leur propre importance, d'être prises en grande considération. Les principaux reproches qu'il adresse à cette opération sont (5) :

D'exposer à l'hémorrhagie ;

D'amener des pelvi-péritonites ;

(1) Mémoires sur les allongements, etc. Mémoires de l'Académie de médecine, t. XX II; 1859.

(2) Pauly, Maladies de l'utérus. On y trouvera des renseignements sur la pratique de Lisfranc.

(3) Gazette des hôpitaux, 22 mars 1862.

(4) Rumbach, Allongements du col. Thèse de Strasbourg, 1863.

(5) Discussion sur le mémoire de M. Huguier. Bulletins de l'Acad. de méd., t. XXIV, 672, 727 à 771.

Il ne s'agit ici que de l'amputation de la partie vaginale du col, l'opération que M. Huguier décrit contre l'hypertrophie sus-vaginale fuyant avec la stérilité aucun rapport bien établi.

D'être superflue, les moyens médicaux convenablement employés, la cautérisation surtout, suffisant dans presque tous les cas.

Il conclut en disant que cette opération doit être considérée comme une des plus graves de la chirurgie.

La crainte de l'hémorrhagie est ici bien naturelle, surtout si l'on s'en rapporte au dire même de M. Huguier, qui avoue que lorsque le col est hypertrophié, les vaisseaux, les artères surtout, participent à cette hypertrophie, au point qu'on en rencontre qui ont 1 millim. et demi et 2 millim. de diamètre (1). De plus, ajoute le même auteur, les artères du tissu utérin sont très-difficiles à saisir et à lier; il faut se servir, pour y arriver promptement et sûrement, d'une espèce de ténaculum qu'on laisse à demeure, jusqu'à ce qu'il tombe spontanément (2).

Contre ces conditions vraiment défavorables, la chirurgie a plusieurs moyens à opposer :

L'emploi de l'écraseur;

Les astringents, et particulièrement le perchlorure de fer, auxquels on pourrait joindre au besoin le cautère actuel;

La ligature des artères;

Le tamponnement.

Le premier de ces moyens doit, je pense, être négligé. L'écraseur linéaire, s'il a en effet l'avantage de mettre presque entièrement à l'abri des hémorrhagies, a, pour ce genre d'opération, d'autres inconvénients plus graves, qui doivent le faire rejeter. Ainsi, tandis qu'avec les instruments tranchants, l'opération est prompte, peu douloureuse, avec l'écraseur elle est, au dire de M. Huguier, longue, affreusement douloureuse, si l'on n'emploie pas le chloroforme. Il ne faut pas oublier que c'est un étranglement, et un étranglement qui porte sur une partie qui reçoit des nerfs de la vie organique; que la douleur, dans ce cas, est syncopale comme dans une hernie étranglée. Or, il faut autant que possible se dispenser du chloroforme dans les opérations et affections qui, par la nature des douleurs qu'elles causent, portent à la syncope.

(1) Mémoire cité, p. 207.

(2) Mémoire cité : Conclusions, n° 21.

Puisque je suis sur ce sujet, j'indiquerai comme un désavantage de l'écraseur, d'être sujet à glisser, à changer de place, de sorte que l'opérateur n'est jamais bien certain du point qu'occupe la chaîne. Enfin, s'il y a en même temps relâchement des parois du vagin, ou un peu de cystocèle, on est exposé à pincer en même temps, soit la vessie, soit le cul-de-sac postérieur. Cet accident n'est pas si rare qu'on serait tenté de le croire au premier abord.

L'emploi de l'écraseur devant être écarté par les raisons précédentes, le danger de l'hémorrhagie n'en est que plus réel, et c'est déjà une raison de s'abstenir d'une opération qui peut être compliquée d'un pareil accident, surtout quand elle est dirigée contre un état qui, par lui-même, n'altère en rien la santé.

Quant à la complication possible d'une péritonite, elle paraît moins à craindre que l'hémorrhagie. On peut, en effet, se convaincre par la lecture des observations que, dans la très-grande majorité des cas malheureux, l'insuccès peut être attribué à une hémorrhagie qui n'a pu être arrêtée, à l'ouverture de la cavité péritonéale, ou enfin à la manœuvre dangereuse que j'ai déjà signalée, consistant à attirer le col à la vulve. Ces causes d'inflammation peuvent, il est vrai, être évitées par un chirurgien attentif, mais elles n'en existent pas moins.

Mais une objection décisive à faire valoir contre l'amputation c'est qu'elle n'est jamais indispensable.

Comment agit, en effet, la conicité du col dans la production de la stérilité ?

Est-ce en rapprochant trop l'orifice du museau de tanche de celui du vagin, et en s'opposant ainsi à un rapport convenable entre cet ouverture et le sperme au moment de l'éjaculation ?

Mais, comme je l'ai dit plus haut, une simple recommandation au mari pourra suffire pour y remédier.

Est-ce par l'étroitesse de l'orifice cervico-vaginal, et par le rétrécissement du canal qui y fait suite ?

C'est contre ces états qu'on applique la tente éponge et qu'on pratique l'incision.

Est-ce par la congestion qui accompagne le premier degré de l'hypertrophie ?

La scarification, l'application de sangsues et les autres moyens médicaux remédieront à cet état.

Remarquons en outre que l'amputation, recommandée comme moyen de rétablir la fécondité, me semble au contraire parfaitement capable de la compromettre. N'est-il pas évident que la production de tissu nodulaire, sur une aussi large surface, ne peut que rendre plus probable le rétrécissement de l'ouverture du col ? De sorte que l'on se trouverait, après avoir exposé la femme à des dangers réels, en face de conditions inférieures à celles que l'on aurait voulu améliorer par l'amputation.

De ce qui précède, je crois pouvoir conclure que :

1^o L'amputation ne paraît jamais être indispensable pour la guérison de la stérilité.

2^o Cette opération, bien que moins grave peut-être qu'on ne l'a dit, expose pourtant à des dangers incontestables et hors de proportion avec l'état que l'on se propose de guérir.

Il n'y a donc pas lieu de décrire le manuel opératoire.

Scarification, cautérisation. — La congestion du col, sous l'influence de quelque cause qu'elle se produise, peut amener la stérilité (1). On emploiera souvent alors avec avantage des scarifications et des cautérisations avec le fer rouge. MM. Robert et Colin viennent, sur les indications de M. de Layas, de construire une espèce de ventouse scarifiée qu'ils nomment *sangsue mécanique* et qui est construite pour être appliquée au col de l'utérus. On pourra l'employer dans les mêmes cas. Il en est de même pour la cautérisation. Je ne décrirai pas son mode d'application et les précautions qu'elle réclame : je veux seulement signaler le cautère actuel, non comme un moyen de traitement, mais plutôt comme une cause de stérilité. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer dans les auteurs (2) des observations où le rétrécissement qu'ils avaient à traiter était la conséquence de cautérisations faites avec trop peu de soin. Il faut donc se tenir toujours en garde contre cet accident et à le combattre par la dilatation dès qu'on le soupçonne, ce qui est, du reste, toujours facile, quand on s'y prend à temps.

(1) Churchill, Ouvrage cité, p. 300.

(2) Entre autres Bernutz, Leçons cliniques, etc., p. 69 et 96.

On pourra consulter au sujet des scarifications :

FENNER, Des Scarifications du col de l'utérus. Med. Review, 1840,
n° 64.

KIWISH. Klin. Vorträge, t. I, p. 61.

MAYER. Des Scarifications multiples du col. Gazette des hôpitaux,
1852, n° 3.

PFNORR. Der mechanische Ersatz der Blutegel. etc. Würzburger Ver-
hdlg., t. VI, p. 43.



CHAPITRE IV.

Je n'ai plus que quelques mots à dire au sujet de la stérilité qui résulte des positions vicieuses de l'utérus.

On comprend *théoriquement* que les flexions et les versions de l'utérus amènent des conditions mauvaises de fécondité, soit en déviant le museau de tanche de sa direction normale, soit en appliquant l'une contre l'autre les parois du canal cervical dans le cas de flexion. Mais l'expérience ne confirme pas complètement ces vues de l'esprit. « Les déplacements de l'utérus, dit M. Aran (1), ne paraissent pas plus que les flexions mettre un obstacle à la fécondation, et bon nombre de femmes affectées d'antéversion, de rétroversion, sont remarquables par leur fécondité. L'abaissement lui-même, le prolapsus avec issue du col à travers la vulve, n'empêche pas non plus la fécondation. »

C'est aussi l'avis de M. Joulin (2) et de la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question. On le comprend facilement si l'on remarque que l'utérus est rarement fixé d'une manière pour ainsi dire inamovible dans sa position vicieuse, que bien des circonstances peuvent la modifier momentanément, et que cela suffit pour amener une conception. « Pourvu que l'on obtienne un redressement passager, dit M. Courty, pourvu qu'il puisse être opéré par le mari au moment de pratiquer le coït, il est suffisant pour amener la possibilité d'une fécondation. J'ai vu des faits de ce genre. »

Cette réflexion est pleine de justesse. Je rappellerai donc seulement ici la pratique de M. Huguier (3) qui recommande, contre la rétroversion, l'introduction d'une tente de coton en mèche dans le rectum; cette espèce de pessaire peut souvent rester plusieurs jours de suite sans inconvénient et permet d'opérer le coït dans les conditions voulues.

(1) Leçons Cliniques, p. 4036.

(2) Traité complet d'accouchements, 1866, p. 462.

(3) Huguier, De l'Hystérométrie, p. 339.

Dans le cas d'antéflexion, le simple décubitus dorsal suffira souvent à la réduire d'une façon suffisante pour le but qu'on se propose. Mais si l'influence de la position ne suffit pas, la chirurgie ne se trouve pas désarmée pour cela, comme le prouve l'observation suivante de M. Sims.

OBSERVATION XII.

Une dame me fut envoyée par le professeur Josiah C. Nott de Mobile (Alabama), en décembre 1856. Elle était atteinte d'une antéversion complète : le fond de l'utérus, entraîné par une tumeur fibreuse développée sur sa partie antérieure, était descendu derrière la face interne de la symphyse pubienne. J'employai toutes sortes de pessaires pour remédier au déplacement, mais aucun ne réussit. Je découvris enfin que ce déplacement pouvait être complètement rectifié, en fixant un ténaculum à la lèvre antérieure du museau de tanche et en attirant le col vers l'urèthre. Cette traction ayant été continuée jusqu'à ce que le col fut ramené en avant d'environ un pouce et demi, le fond s'éleva dans le bassin et prit une position presque normale, malgré le poids de la tumeur située à sa partie antérieure. Lorsque le museau de tanche fut ainsi tiré en avant, la paroi antérieure du vagin, allongée, relâchée, se replia naturellement sur elle-même, en présentant l'apparence d'un énorme cul-de-sac antérieur.

Dans ces circonstances, y avait-il rien de plus nettement indiqué qu'une opération destinée à maintenir l'utérus dans sa position, où il se trouvait maintenu par le ténaculum ?

L'opération consistant à raccourcir la paroi antérieure allongée du vagin, en y rattachant le col de l'utérus, devait se présenter naturellement à l'esprit. Elle était très-simple, et toute opération simple réussit toujours; restait à savoir si, après avoir réussi, elle produirait du soulagement : le temps et l'expérience pouvaient seuls résoudre la question.

Deux surfaces semi-lunaires, d'un demi-pouce de large, s'étendaient en travers presque sur toute la paroi antérieure du vagin, l'une en juxta-position avec le col, et l'autre un pouce et demi au plus devant lui, furent complètement dénudées de leur membrane muqueuse. Je les réunis alors étroitement par sept sutures d'ar-

gent, comme on le fait dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. La malade fut mise au lit et dut porter un cathéter pendant plusieurs jours, afin qu'elle pût uriner quand elle en sentait le besoin. Au bout de dix à douze jours, la réunion des surfaces fut trouvée parfaite. J'obligeai la malade à rester couchée pendant plus d'une semaine, afin de permettre à la cicatrice de prendre assez de force pour résister à toute traction que la vessie, le rectum ou l'utérus lui-même pourraient exercer sur elle.

L'utérus était retenu dans sa position naturelle par la bride du tissu vaginal, comme il l'était auparavant par le ténaculum.

Douze mois après, cette dame donna le jour à un fils.

Je regrette de dire que je n'ai fait cette opération que deux autres fois, bien que j'ai rencontré plusieurs cas auxquels elle eût convenu; mais les malades préférèrent endurer quelque mauvaise invention mécanique plutôt que de se soumettre à une opération (1).

Dans les mêmes cas d'anteflexion, M. Huguier recommande à la femme, pour obtenir un redressement momentané, de retenir le plus possible ses urines, la vessie distendue formant ainsi une espèce de coussin qui force l'utérus à se relever. J'ignore jusqu'à quel point ce moyen est capable de produire le résultat qu'on en attend.

On comprend que je ne parle pas des pessaires. Loin d'être un remède pour la stérilité, ils ne peuvent qu'augmenter les chances d'infécondité, si on les laisse en place pendant le coït. Je ferai pourtant une exception en faveur des modèles de Hodge et de Meigs, qui, par leur forme et leur légèreté, peuvent être gardés même pendant ce moment, et agir alors de manière à redresser l'utérus ou à le soutenir, et à faciliter ainsi l'introduction de la semence.

Une disposition qui paraît avoir une influence plus réelle est la torsion du corps sur le col de l'utérus, torsion qui, on le comprend facilement, oblitère le canal cervical. M. Guyon en a fait

(1) Marion-Sims, Notes cliniques, p. 295.

Les deux autres cas dont parle l'auteur sont rapportés à la suite, p. 298.

dessiner un cas dans sa thèse, et M. Courty, qui a rencontré des cas semblables, recommande la tente éponge et au besoin l'incision pour rétablir la perméabilité.

L'abaissement, la procidence de l'utérus, quand elle n'est pas la suite d'une elongation hypertrophique, est rarement cause de stérilité. Mais c'est à cette infirmité surtout que peut s'appliquer ce qu'a dit M. Velpeau des déviations de la matrice : « On n'en meurt pas, mais on ne les guérit pas. » Pourtant on pourrait essayer de l'elytrographie, de l'épisiographie ou mieux du procédé de M. Desgranges par le pincement de la muqueuse avec de grosses serres-fines. On lira aussi avec intérêt les opérations par avivement et suture de la muqueuse utérine, dont M. Sims a donné la relation.

On peut consulter à ce sujet :

DESGRANGES. Nouveau Procédé de cure radicale pour les chutes de l'utérus. Gazette médic., 1853, n° 5-25.

NÉLATON. De l'Emploi des serres-fines, etc. Gazette des hôpit., 1852, n° 22.

DAMIRON. Des Prolapsus utérins. Thèse de Paris, 1852.

SIMS. Notes cliniques, p. 357 et suivantes.

Les tumeurs de toute nature, qu'elles siègent à la vulve, dans le vagin, à l'utérus, peuvent être aussi des obstacles à la fécondation.

Je me borne à rappeler cette cause, le cadre que je me suis tracé ne me permettant pas d'entrer dans le détail des opérations qui leur sont applicables et qui d'ailleurs, comme je l'ai déjà dit maintes fois, ont pour résultat la guérison d'état bien plus graves que la stérilité. Il faut seulement faire remarquer que ces tumeurs, quand elles siègent dans les cavités utérines, peuvent amener la stérilité par une voie détournée, qu'on me passe l'expression :

L'ovule mâle arrive quelquefois librement au contact de l'ovule femelle qu'il féconde; mais, dès les premiers jours du développement embryonnaire, survient une hémorrhagie amenée par la présence d'une tumeur, hémorrhagie qui entraîne mécaniquement le petit embryon et détermine ainsi un avortement qui passe très-souvent inaperçu. Cette stérilité est très-analogue à

celle qui est spéciale aux filles publiques et que Parent Duchâtelet a parfaitement démontrée être causée par des avortements très-répétés, par l'expulsion de ce que ces filles appellent *un bondon*. M. Serres a établi que ces productions avaient tous les caractères de l'œuf humain.

Ce mécanisme, amenant une stérilité *indirecte*, mérite d'être signalé, car il est souvent méconnu. Les granulations du col et du corps de l'utérus produisent les mêmes résultats et de la même manière. On les traitera, comme les tumeurs, par les moyens appropriés décrits dans tous les auteurs. Il faut seulement se défier de l'*abrasion* par la curette de Récamier. Cet instrument a eu bien souvent de trop funestes résultats, même entre des mains habiles, pour qu'on ne se tienne pas en garde contre lui. M. Pajot appelle l'*abrasion* *une opération détestable*. Il ne faut y avoir recours qu'avec les plus grandes précautions, et seulement en désespoir de cause.