

**Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme / par Alphonse Guérin.**

**Contributors**

Guérin, Alphonse, 1816-1895.  
Royal College of Physicians of Edinburgh

**Publication/Creation**

Paris : V. Adrien Delahaye, 1878.

**Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/krnxcg4y6>

**Provider**

Royal College of Physicians Edinburgh

**License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by the Royal College of Physicians of Edinburgh. The original may be consulted at the Royal College of Physicians of Edinburgh. where the originals may be consulted.

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>



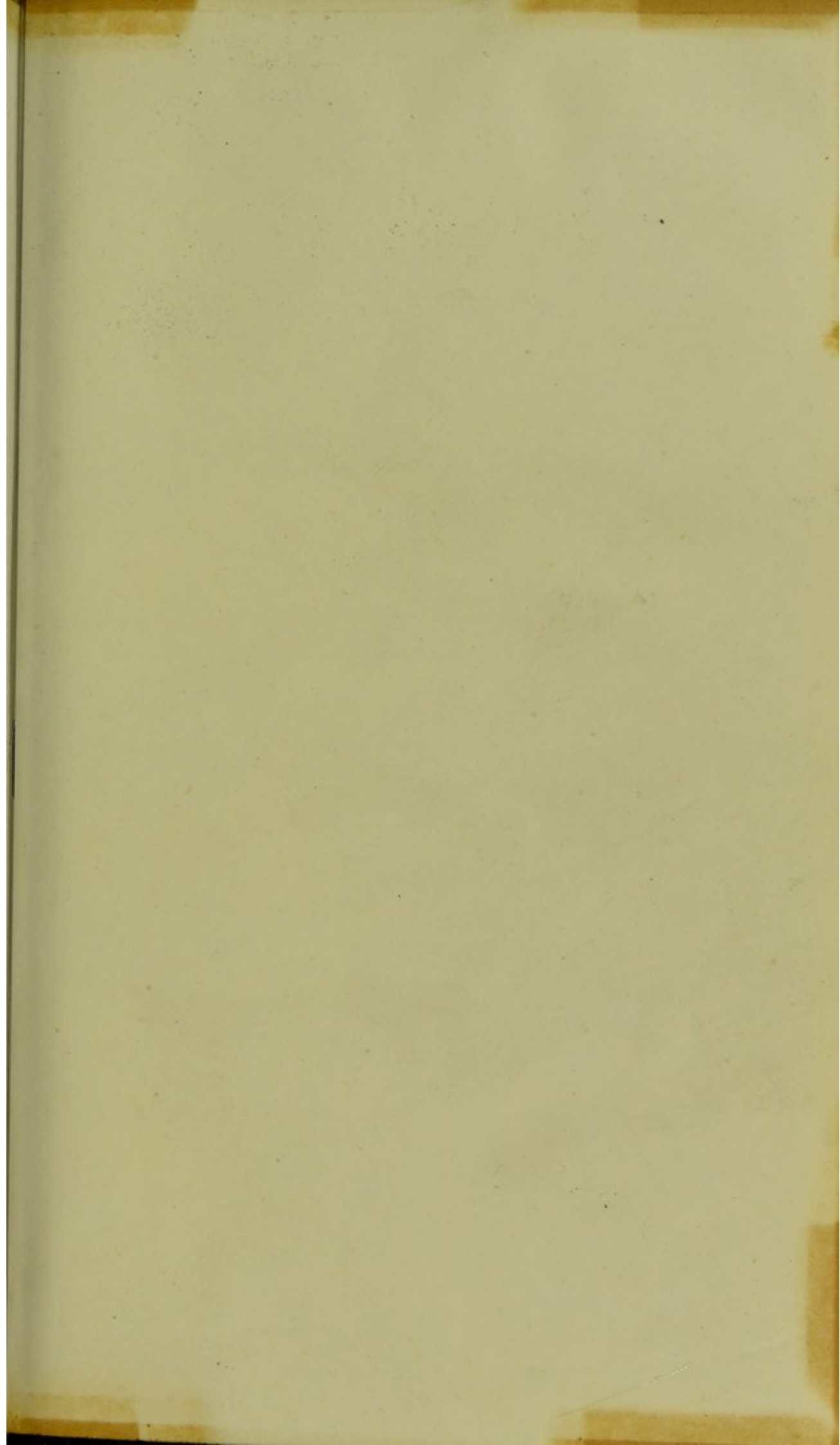




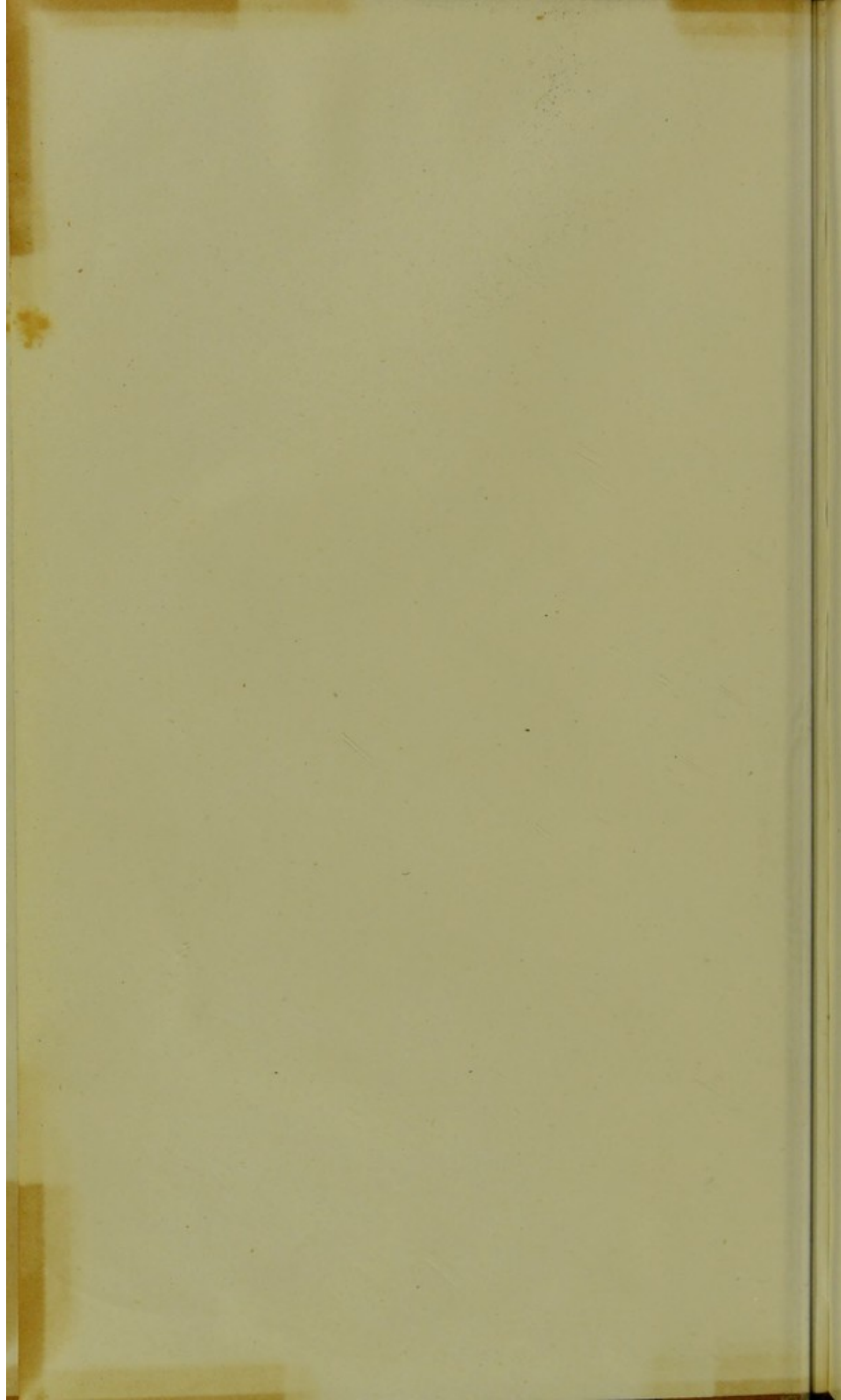
*Feb 5:4*

R38867

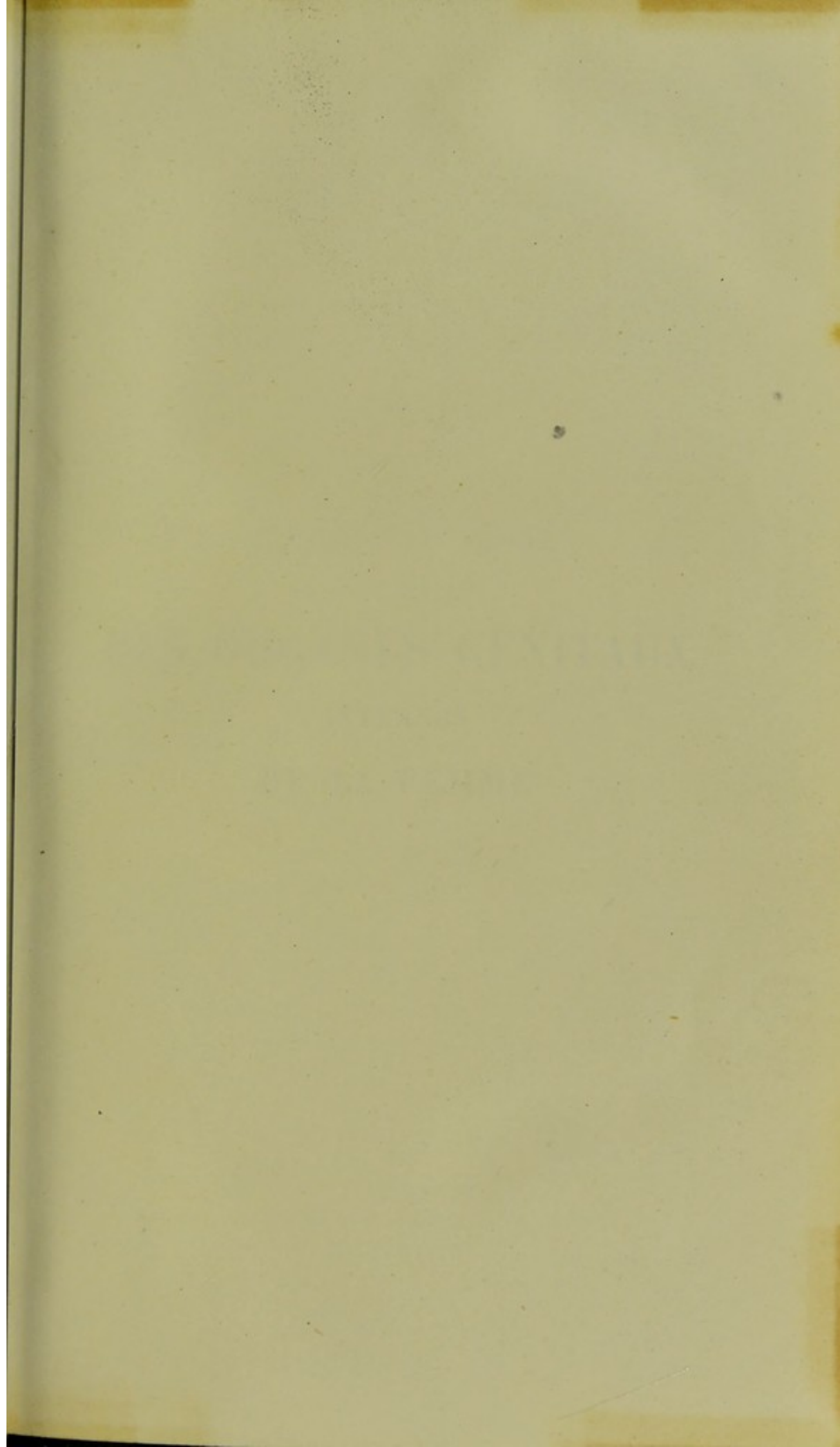


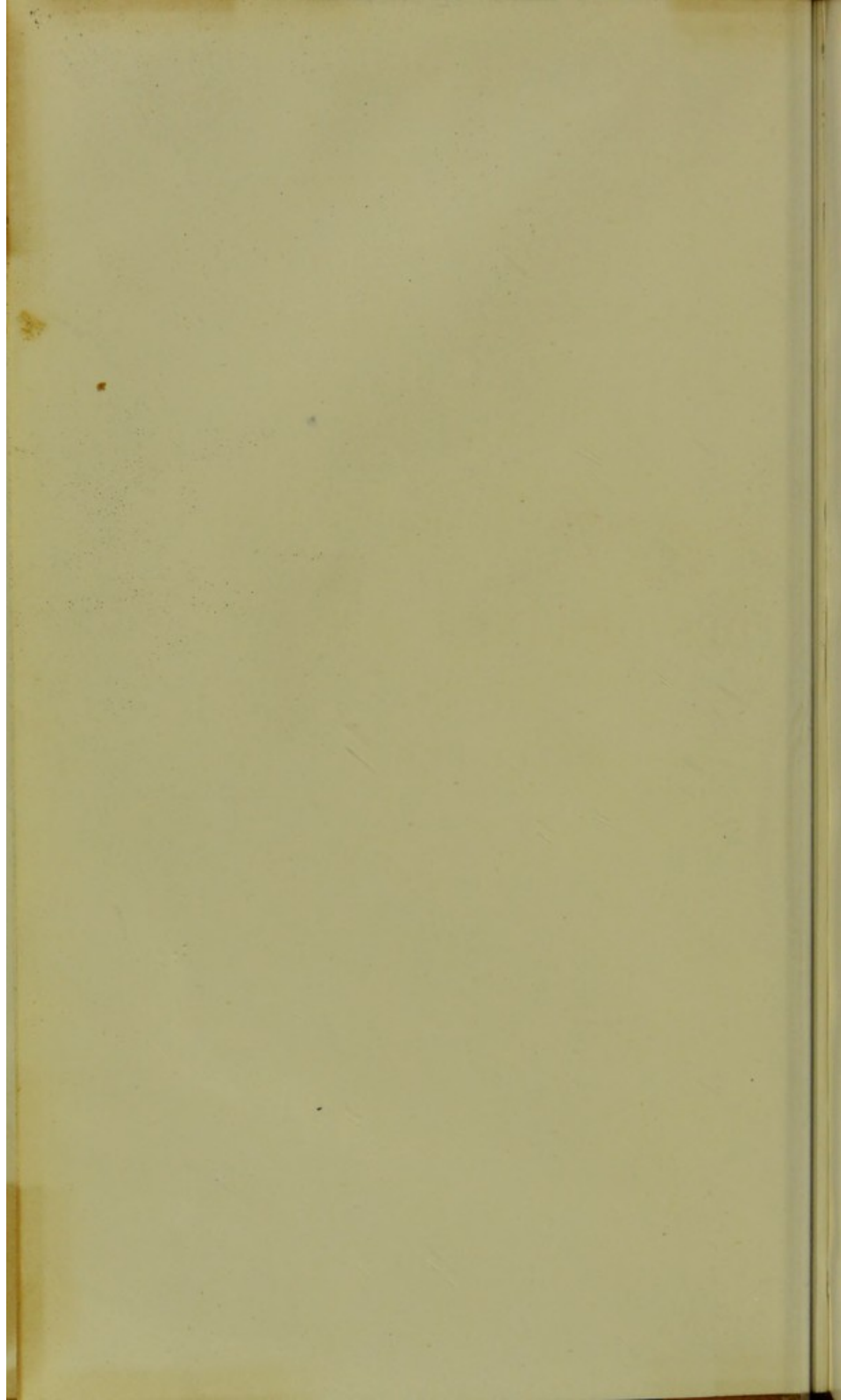












LEÇONS CLINIQUES  
SUR LES MALADIES  
**DES ORGANES GÉNITAUX**  
INTERNES  
DE LA FEMME



OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

---

**Maladies des organes génitaux externes de la femme.**

1 vol. in-8°, 1864.

**Éléments de chirurgie opératoire, ou Traité pratique des opérations.** Cinquième édition. 1 vol. in-18, avec 310 figures intercalées dans le texte, 1874. *Chez Lauwereyns.*

LEÇONS CLINIQUES  
SUR LES MALADIES  
DES ORGANES GÉNITAUX  
INTERNES  
DE LA FEMME

PAR

ALPHONSE GUÉRIN

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,  
Membre de l'Académie de médecine, membre du Conseil de surveillance  
de l'Assistance publique, etc., etc,

AVEC 21 FIGURES DANS LE TEXTE ET 2 PLANCHES EN CHROMOLITHOGRAPHIE

PARIS

V. ADRIEN DELAHAYE ET C<sup>ie</sup>, LIBRAIRES ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1878

Tous droits réservés

THE NEW YORK

# DES BOUTEILLES EN VITRE

ALFRED

DE LA FEMME

ALFRED



## PRÉFACE

---

Quand je publiai les leçons que j'avais professées à l'hôpital de Lourcine, j'avais l'intention d'en faire sur les maladies des organes génitaux internes, que j'avais étudiées, avec un soin tout particulier, pendant plusieurs années ; mais je ne tardai pas à reconnaître que pour oser enseigner il faut avoir plus d'expérience que je n'en avais alors sur des maladies qui, affectant des organes moins accessibles à nos sens que les organes externes, offrent de réelles difficultés au point de vue du diagnostic.

J'ai attendu près de vingt ans, et peut-être me suis-je encore trop pressé. Pour ne citer qu'un exemple de la précipitation que l'on met à publier, il me suffira de rappeler ce qui m'est arrivé pour une des maladies sur lesquelles j'ai fait plusieurs leçons : je croyais être bien sûr que les symptômes attribués au phlegmon du ligament large lui appartiennent à l'exclusion de toute autre maladie, et voilà qu'après m'être bien

appesanti sur ce sujet, je me suis aperçu qu'un adénophlegmon situé en dehors de ce ligament, se traduit à notre investigation par des signes que tous les gynécologistes ont attribués au phlegmon du ligament large.

Je n'ai donc pas la prétention d'avoir irrévocablement fixé nos connaissances sur les maladies des organes génitaux de la femme; mais je me suis décidé à publier mes leçons, parce qu'elles sont l'expression d'une vieille expérience et de recherches consciencieuses. Dans un dernier volume, je m'occuperai plus tard de quelques maladies dont je n'ai pas parlé dans le cours que je publie.

24 juillet 1878.



# INTRODUCTION

---

## CHAPITRE PREMIER

### **SPÉCULUM**

L'étude des maladies qui affectent l'utérus et ses annexes nécessite des manœuvres qui diffèrent essentiellement de celles auxquelles il faut recourir pour les autres affections du cadre nosologique. On a, sans doute, étrangement abusé du spéculum, et chaque jour cet instrument, employé abusivement, induit en erreur les médecins inexpérimentés qui croient qu'il suffit de regarder au fond du vagin pour être éclairé sur les lésions dont la matrice est le siège ; mais il n'est pas possible de s'occuper de gynécologie sans être prêt à explorer par la vue l'état du col de l'utérus.

En commençant l'étude des maladies de la matrice, il est donc indispensable d'apprendre à se servir du spéculum. Il ne faut pas que l'on acquière de l'expérience, à ce sujet, au détriment des malades. Pour simplifier le manuel de cette petite opération, nous



supposerons que nous nous servons du spéculum cylindrique.

En France, nous avons l'habitude de mettre les femmes

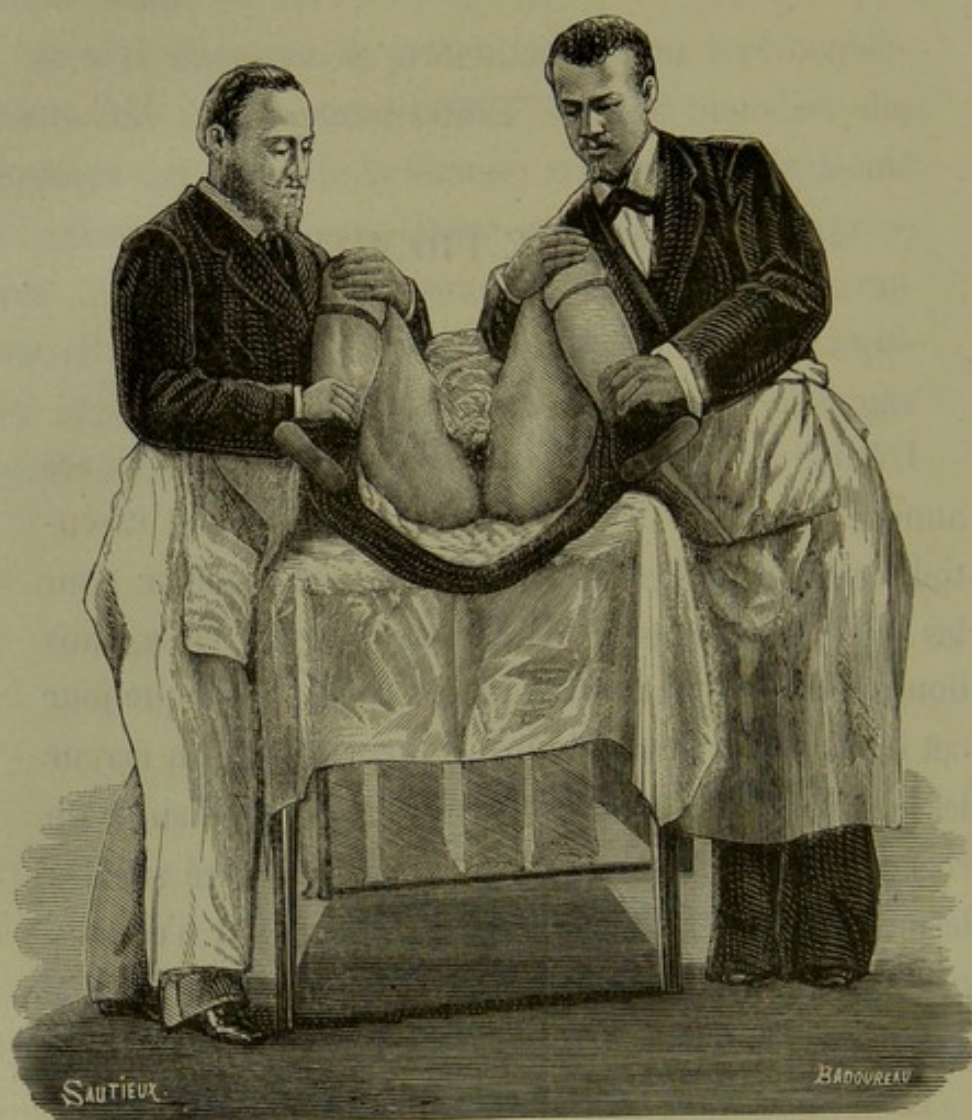


FIG. A.

soumises à l'examen sur le bord d'un lit, ou sur un fauteuil spécialement fait pour cette opération. La femme, étant assise sur le bord de son lit, se laisse

tomber en arrière, de manière que son bassin et ses épaules soient sur le même plan horizontal, et aussitôt deux aides, s'emparant de ses jambes, les fléchissent sur les cuisses et celles-ci sur le bassin, comme on le voit dans la figure A. Cette flexion des membres inférieurs facilite singulièrement l'introduction du spéculum; elle a aussi l'avantage de permettre de donner à l'instrument la direction dans laquelle il doit être conduit pour découvrir le col de l'utérus.

Quand une femme est soumise pour la première fois à cet examen, elle éprouve un sentiment de frayeur qui la porte à se retirer à mesure que l'on cherche à introduire l'instrument. Si elle n'est pas retenue, le chirurgien échoue dans une première tentative, et la peur de la malade s'accroît, parce qu'elle pense avoir échappé à une opération douloureuse. Une tentative infructueuse a plus d'une fois donné lieu à des scènes pénibles pour le médecin, pour la malade et pour les membres de sa famille qui sont près d'elle pour l'encourager. Il ne faut donc pas échouer, et pour cela il est utile que la femme qui va être soumise à l'examen soit maintenue solidement.

Quand on a des aides expérimentés, voici comment ils doivent s'y prendre : se plaçant en dehors des cuisses qu'ils vont maintenir en place, ils s'effacent de



manière à ne gêner en rien les mouvements du chirurgien. Dans cette situation, ils saisissent d'une main le bas de la jambe de la malade, au-dessus du cou-de-pied, et de l'autre ils fixent la cuisse correspondante. Avec la main qui tient la jambe ils fléchissent cette partie du membre, et avec celle qui est appliquée sur la cuisse ils s'opposent au mouvement de recul qui est naturel aux malades.

Les cuisses étant écartées l'une de l'autre, la vulve est très-accessible au spéculum. Pour procéder à l'introduction de cet instrument, on écarte avec les doigts de la main gauche les grandes et les petites lèvres, mais avec douceur et en se gardant bien d'opérer la plus légère traction.

Je trouve commode d'écarter les lèvres avec l'index et le médius de la main gauche, qui, par leur écartement, entraînent en dehors les lèvres sur le bord interne desquelles ils pressent. (Voyez la fig. B.) C'est dans l'intervalle des doigts que le chirurgien présente le spéculum à l'entrée du vagin.

La direction à donner à cet instrument n'est pas indifférente. Si on le présentait à la partie supérieure de la vulve, il faudrait qu'il fût d'un bien petit calibre pour entrer, car en ce point l'écartement des branches descendantes du pubis est très-peu considérable.

C'est sur le bord postérieur de l'entrée du vagin



qu'il faut placer l'extrémité du spéculum, et il est utile de déprimer ce bord par la pression pour rendre plus facile l'introduction de l'instrument.

Quand on craint d'avoir quelque difficulté, il est bon

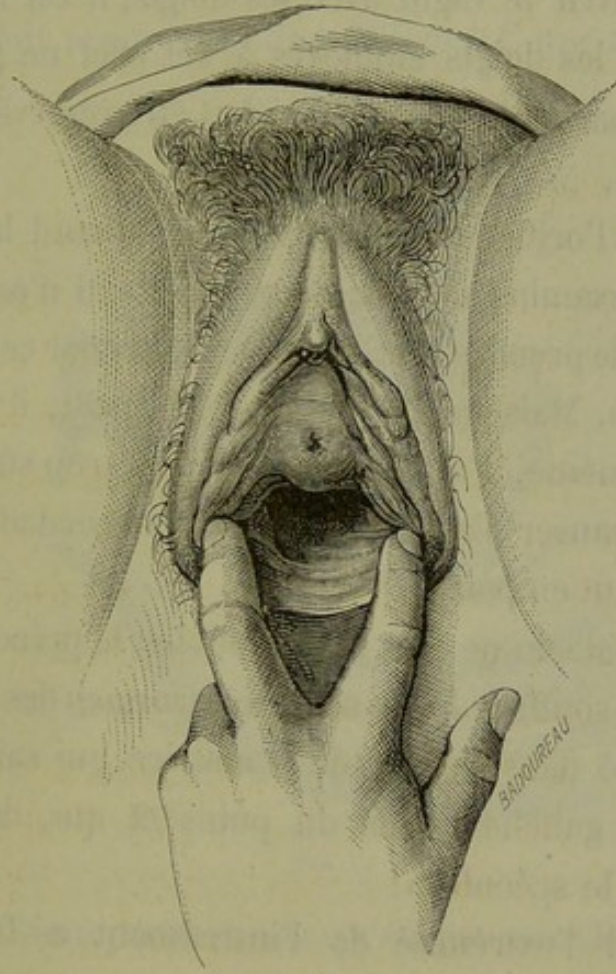


FIG. B.

d'opérer cette dépression du bord vaginal avec les doigts qui servent, en écartant les lèvres, à ouvrir le vagin. Pour cela, il suffit d'appliquer l'index et le médius de la main gauche le plus bas possible; et au

lieu de presser sur la face interne des lèvres, on presse sur les bords droit et gauche de l'orifice vaginal. Cette pratique exige une certaine habileté que l'on n'acquiert que par un exercice souvent répété; s'il est, en effet, utile d'ouvrir le vagin avec les doigts, il est indispensable que les doigts employés à cet effet ne prennent pas une partie de la place qui doit être réservée pour le spéculum.

Quand l'orifice du vagin est large, quand la malade que l'on examine a eu plusieurs enfants, il n'est pas nécessaire de prendre tant de précautions pour cette petite opération. Mais quand l'orifice est étroit, il n'en est plus de même. J'ai vu des médecins, trop sûrs d'eux-mêmes, causer d'affreuses douleurs aux malades, qui se débattaient en poussant des cris.

Un médecin ne doit jamais oublier le précepte de ne pas faire souffrir. J'ai connu un chirurgien des hôpitaux, très-versé dans l'étude de la matrice, qui saisissait de la main gauche le poil du pubis et qui, de l'autre, poussait le spéculum!

Quand l'extrémité de l'instrument a franchi le sphincter du vagin, il importe de pousser dans la direction où se trouve le col de la matrice. S'il n'y a pas de déviation utérine, le spéculum doit être dirigé un peu de haut en bas, mais presque parallèlement à la surface sur laquelle le siège de la malade repose. Si la matrice



est en antéversion et que le museau de tanche soit en arrière, il faut franchement diriger l'instrument de haut en bas et d'avant en arrière (la malade étant allongée sur le dos); ce n'est que de cette manière qu'il est possible de découvrir le col de l'utérus.

J'ai fait représenter dans la figure C une antéversion

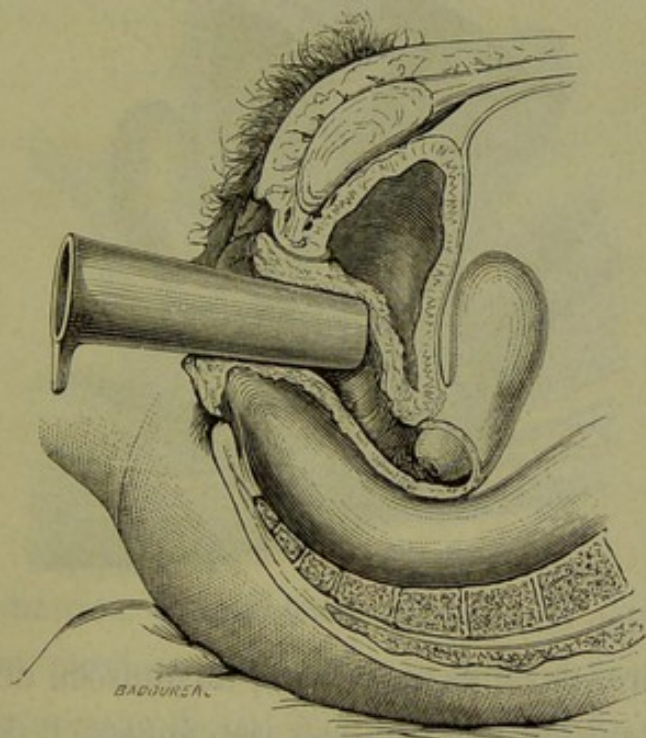


FIG. C.

utérine. Nous pouvons voir qu'en poussant le spéculum parallèlement au plan sur lequel le bassin repose, l'extrémité de cet instrument viendrait heurter contre la paroi supérieure du vagin et ne laisserait rien voir de ce que l'on cherche à découvrir.

Dans le cas d'antéversion, le spéculum étant intro-



duit d'avant en arrière et de haut en bas, le bord supérieur de son extrémité libre vient heurter sur la face

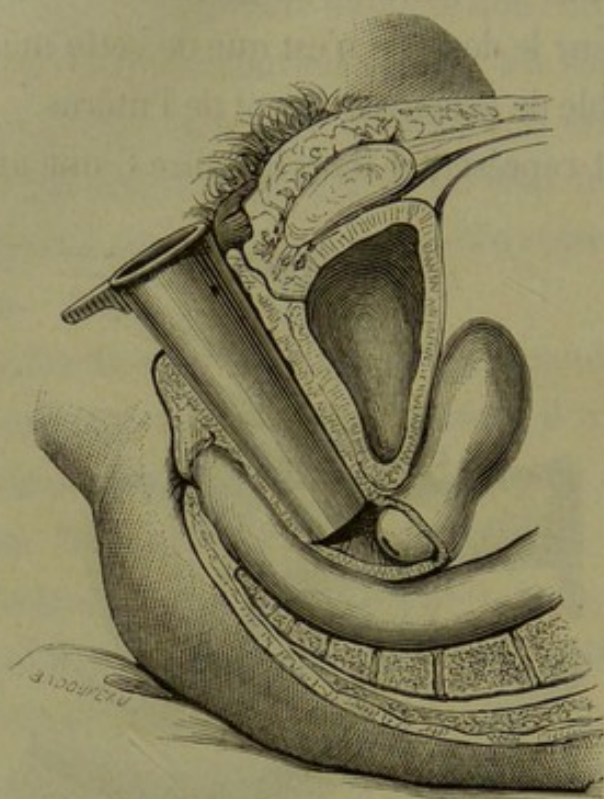


FIG. D.

supérieure, devenue antérieure, du museau de tanche (fig. D) ; jusque-là on ne voit rien encore. Il faut, pour voir, abaisser l'instrument en déprimant la surface postérieure du vagin, de manière à pouvoir glisser au-dessous du col de l'utérus le bord postérieur du spéculum (fig. E) ; le mouvement du spéculum est indiqué par la flèche AR de la figure E. L'instrument est introduit dans la direction de la ligne oblique A ; puis le manche de l'instrument est abaissé dans la direction

de la ligne R. De cette manière, le bord postérieur de l'extrémité intra-vaginale du spéculum passe sous le

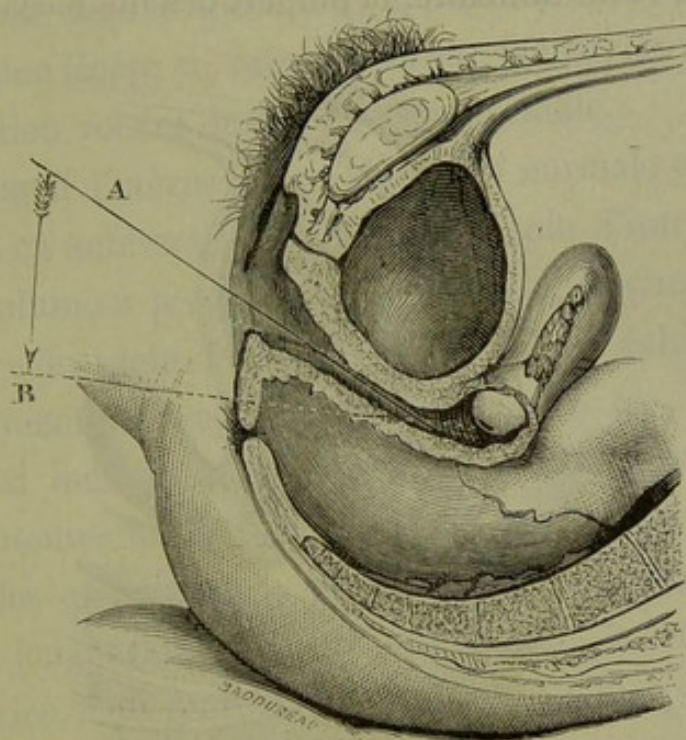


FIG. E.

col de la matrice. Quand on a réussi dans cette manœuvre, on parvient à emboîter dans le spéculum la totalité du museau de tanche, ainsi qu'on le voit dans la figure F.

Dans le cas de rétroversion, le col étant porté en haut, la direction de l'instrument doit être d'arrière en avant et de bas en haut; l'introduction, en ce sens, ne peut être opérée qu'à la condition que le siège de la malade reposera sur un lit très-élevé; s'il en était autrement, le médecin serait très-gêné pour opérer, et



il ne pourrait voir qu'en se baissant assez pour que ses rayons visuels fussent dirigés de bas en haut. Pour obvier à cette difficulté, la plupart des lits mécaniques

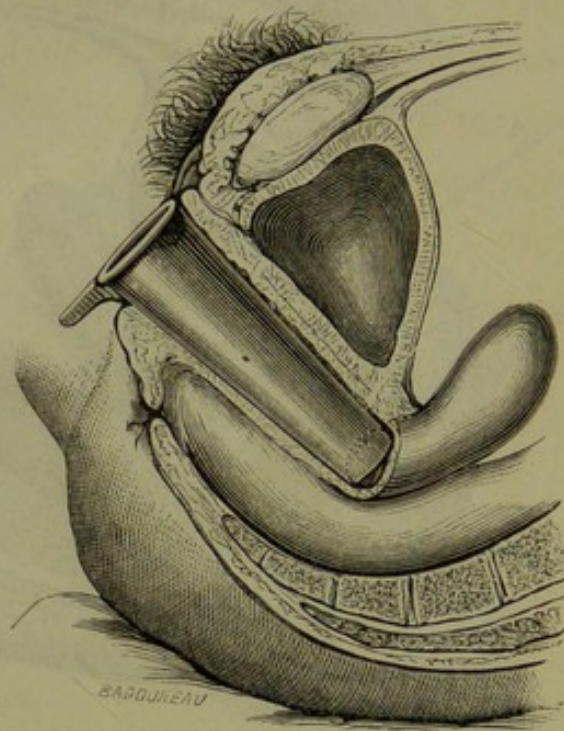


Fig. F.

sur lesquels on couche les malades pour les examiner au spéculum, sont munis d'un levier à l'aide duquel on élève le bord libre du lit, de telle sorte que le bassin prend une direction oblique de haut en bas, la vulve étant ainsi la partie la plus élevée du corps. On peut alors introduire le spéculum sans trop de difficulté. Quand le bord inférieur de son extrémité intra-vaginale vient heurter contre la face postérieure du col, devenue antérieure, on relève légèrement l'instrument pour

glisser le bord supérieur de son extrémité interne au-dessus du museau de tanche qui, se trouvant ainsi emboîté dans le spéculum, apparaît à la vue. Par une pression légère on ramène ensuite la matrice dans une situation voisine de la direction normale.

Quand l'utérus a une direction normale ou quand il est en antéversion, il faut avoir soin d'introduire le spéculum en pressant doucement sur la paroi postérieure du vagin. Par cette précaution on échappe plus sûrement au danger de heurter la matrice.

J'ai indiqué la manière dont une malade doit être maintenue quand le chirurgien a un nombre suffisant d'aides expérimentés. Lorsqu'on pratique une opération longue, difficile, douloureuse, sur la vulve ou la matrice, il est presque indispensable qu'il en soit ainsi : dans le cas où l'on doit simplement procéder à un examen à l'aide du spéculum, on peut se contenter du lit mécanique avec souliers dans lesquels les pieds de la malade sont introduits, quand elle est sur le lit dans la position que nous avons indiquée. A défaut de ce lit, la femme doit mettre les pieds sur deux chaises placées l'une à droite, l'autre à gauche du chirurgien.

Si elle a les mouvements faciles et les membres souples et flexibles, elle pourra souvent fléchir fortement les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, et appuyer les pieds sur le lit près de l'endroit



où son siège repose; dans ce cas, la malade, n'étant pas tout à fait sur le bord du lit, devra avoir un coussin résistant sous le bas du dos, de manière que cette partie soit assez élevée pour que la manœuvre du spéculum ne soit pas gênée.

M. Courty veut que les malades se tiennent les jambes en l'air, en se prenant les cous-de-pied avec les mains. Cette position doit encore ajouter à l'embarras des femmes et non dissiper les alarmes de leur pudeur, comme le croit le médecin de Montpellier. Cela n'est d'ailleurs possible que pour celles qui, n'étant pas chargées d'embonpoint, ont les membres flexibles. Un rôle passif convient mieux d'ailleurs à la femme pudique et, à cause de cela, il est préférable que les jambes soient soutenues par des aides ou que ses pieds reposent sur le lit ou sur des sièges disposés pour cela.

Il y a un grand nombre de spéculum qui diffèrent les uns des autres soit par la forme, soit par la substance dont ils sont constitués. Le spéculum imaginé par Récamier est celui dont on se sert le plus souvent. Il consiste en un cylindre creux un peu plus étroit à l'une de ses extrémités qu'à l'autre. La partie la plus large correspond au manche de l'instrument. Pour en faciliter l'introduction, on y a adapté un embout qui, par la surface arrondie de son extrémité, glisse fa-

cilement entre les parties qu'il est destiné à écarter.

Le spéculum cyindrique, connu aussi sous la dénomination de spéculum plein, se termine en bec de flûte, quand il n'est pas muni d'un embout. C'est cette forme que Fergusson a conservée au spéculum en verre qui porte son nom.



## CHAPITRE II

### LE TOUCHER

Puisqu'il est nécessaire de connaître la direction de la matrice avant de procéder à l'introduction du spéculum, il faut, de toute nécessité, pratiquer le toucher vaginal pour s'éclairer à ce sujet. Cette petite opération paraît bien simple et bien facile, et pourtant, quand un jeune médecin la pratique pour la première fois, il ne sait ce qu'il touche; c'est à peine s'il distingue nettement le col de l'utérus et ses rapports avec le corps de cet organe. Dans les cas simples, il est facile de ne pas se tromper : le doigt, introduit dans le vagin, arrive sur le museau de tanche qui ne peut être méconnu; mais quand il y a déviation utérine, et surtout quand on a affaire à une antéversion ou à une rétroversion, le col, étant alors dans une situation anormale, échappe souvent aux recherches du médecin inexpérimenté.

Pour s'orienter, il faut d'abord chercher le museau de tanche. Si le doigt qui explore arrive au fond du vagin sans l'avoir rencontré, on peut être sûr que la

matrice est en antéversion ou en rétroversion. Dans le premier cas, en suivant la paroi inférieure du vagin, le doigt arrivera sur une saillie qui n'est autre chose que le col de la matrice, que l'on parviendra à ramener en avant, si le doigt indicateur dont l'on se sert pour toucher est suffisamment enfoncé pour passer derrière le museau de tanche. C'est en cela que la difficulté consiste. Quand on n'a pas l'habitude de pratiquer cette petite opération, le doigt parvient bien jusqu'au col, mais il ne peut être introduit au-dessous. Dans l'antéversion, en effet, la matrice subit un mouvement de bascule par suite duquel le corps de l'organe se rapproche du pubis, tandis que son col s'éloigne de la vulve en se portant en arrière et en bas.

Si, au lieu de suivre la paroi postérieure du vagin, le doigt est porté le long de sa paroi antérieure, il arrive au fond de ce conduit sans avoir rien trouvé qui ressemble au col; car dans le cas d'antéversion, l'extrémité libre du museau de tanche ayant subi, par suite du mouvement de bascule de l'utérus, une propulsion en arrière et en bas, sa face supérieure (je suppose toujours la malade couchée) est devenue antérieure et se continue, sans ligne de démarcation, avec la paroi supérieure du vagin, devenue oblique d'avant en arrière et de haut en bas.

Comme il est difficile de pousser le doigt assez pro-



fondément pour qu'il parvienne au fond du vagin, le médecin inexpérimenté qui pratique le toucher est dans un grand embarras ; s'il s'en tire en pressant sur l'abdomen un peu au-dessus du pubis, où se trouve le corps de l'utérus, qu'il peut repousser d'avant en arrière. Par ce mouvement, diminuant le déplacement qui constitue l'antéversion, il ramène en avant le museau de tanche, que le doigt qui touche peut alors reconnaître.

La difficulté n'est pas moindre pour un débutant, dans le cas de rétroversion : le corps de l'utérus étant en bas et en arrière, le col est en haut et en avant, plus ou moins, derrière le pubis. Si, dans ce cas, l'on touche en portant l'indicateur dans la direction où l'on trouve ordinairement le museau de tanche, le doigt arrive au fond du cul-de-sac du vagin, derrière le corps de l'utérus, sans rencontrer le col. Pour le trouver, il faut le chercher en avant et en haut, en suivant la paroi supérieure du vagin.

Dans le cas de rétroversion, la difficulté d'exploration est moindre que lorsqu'il s'agit d'une antéversion, parce que le col, en se portant en haut pendant que le corps se porte en bas, se rapproche de la vulve.

J'ai souvent rencontré des médecins qui, n'ayant pas une grande habitude du toucher vaginal, étaient très-embarrassés pour explorer le museau de tanche des

femmes affectées d'antéversion très-prononcée; à cause de cela, il est bon d'avoir des principes pour pratiquer cette exploration.

Sur cent médecins qui touchent, il y en a quatre-vingts qui, par la position des derniers doigts de la main, s'opposent à ce que l'indicateur s'introduise profondément; une figure vous fera comprendre la cri-

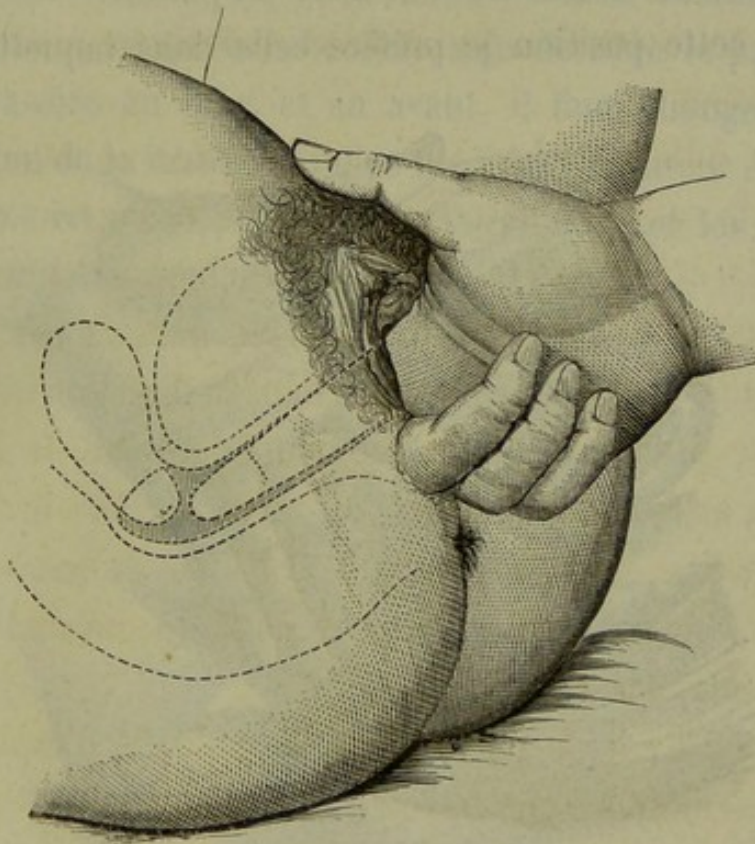


FIG. G.

tique que j'adresse à la manière dont on pratique généralement le toucher (fig. G). La position la plus naturelle de la main dont le doigt indicateur va ex-

A. GUÉRIN.

b



plorer le vagin est certainement celle dans laquelle, le doigt étant étendu, le médus, l'annulaire et l'index sont fléchis dans la paume de la main; mais, dans cette position, l'angle formé par la première et la seconde phalange du doigt médus s'arc-boute contre la vulve et ne permet guère d'utiliser pour le toucher que la seconde et la troisième phalanges de l'indicateur, dont un quart de la longueur, au moins, est perdue.

A cette position je préfère celle dans laquelle, la

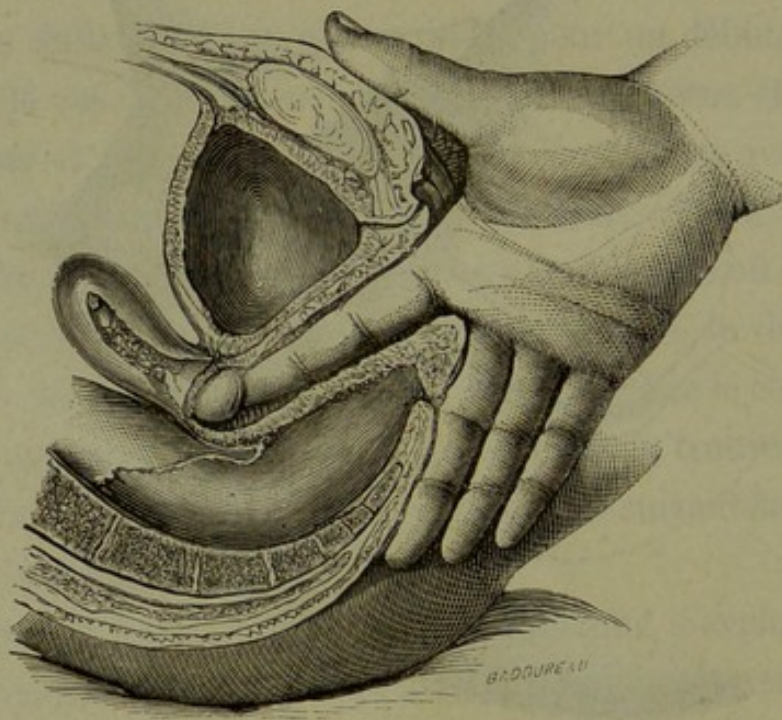


FIG. H.

main étant fortement étendue, le repli interdigitaire qui sépare l'indicateur et le médus, correspond à la fourchette. Quand l'indicateur est introduit dans toute sa

longueur, le médius, restant toujours droit, est porté avec force en adduction, de manière à se placer dans le sillon interfessier. Voy. fig. H.

Par cette manière de pratiquer le toucher, on gagne un centimètre au moins, et c'est souvent assez pour découvrir ce qui échappe à l'autre méthode d'exploration.

Quand au lieu d'explorer les culs-de-sac latéraux et postérieur, on recherche avec soin derrière le pubis, c'est-à-dire en haut et en avant, il faut changer la position de la main. La pulpe du doigt indicateur étant tournée en avant, il faut nécessairement que les derniers doigts soient situés transversalement.

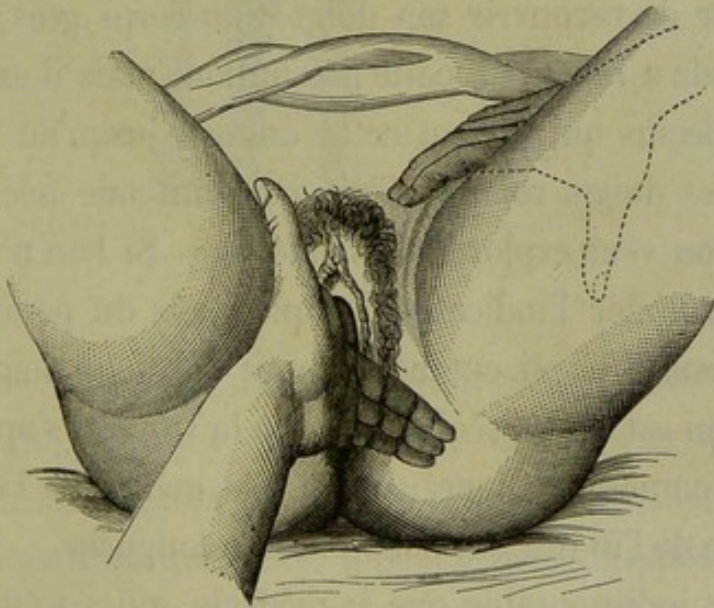


FIG. I.

La figure I représente cette position de la main.  
Pour pratiquer le toucher sans faire souffrir les



malades, il faut bien se garder d'imiter les médecins qui enfoncent l'indicateur dans le vagin sans se soucier de la situation des grandes lèvres; suivant que les replis seront rapprochés ou éloignés l'un de l'autre, l'introduction du doigt sera ou ne sera pas cause de douleur. Dans le premier cas, le doigt entraîne avec lui la face cutanée des lèvres, et le tiraillement qui en résulte est douloureux. Avant de toucher, on doit avoir la précaution d'écarter ces deux replis, de manière à ce que l'on puisse, sans obstacle, introduire le doigt indicateur, qui glisse alors sur des surfaces muqueuses humides.

Pour que cette introduction soit facile, il ne faut pas négliger de recouvrir son doigt d'un corps gras; tout le monde a recours à cette précaution, mais il est peu de médecins qui fassent cette onction jusqu'au voisinage des doigts voisins. C'est pourtant une nécessité quand on veut explorer profondément. Si l'on n'a pas soin de huiler l'indicateur jusqu'auprès du pouce, en comprenant le pli cutané qui unit ces deux doigts, la peau qui est restée sèche adhère à la vulve et s'oppose, d'une manière douloureuse pour la malade, à l'introduction de l'indicateur dans toute sa longueur.

Il est indispensable que le médecin qui s'occupe de gynécologie soit ambidextre : il doit se servir de la main gauche pour explorer le cul-de-sac gauche du vagin, et de la main droite pour le cul-de-sac droit. Il suffit de

jeter les yeux sur la figure J pour comprendre l'importance de ce précepte. Cela est sans doute inutile dans les cas où l'utérus est abaissé; mais quand il est haut placé, il faut, pour être sûr du diagnostic, ne rien perdre de ses avantages; or il est évident que l'indicateur ne peut explorer un cul-de-sac du vagin qu'à la condition

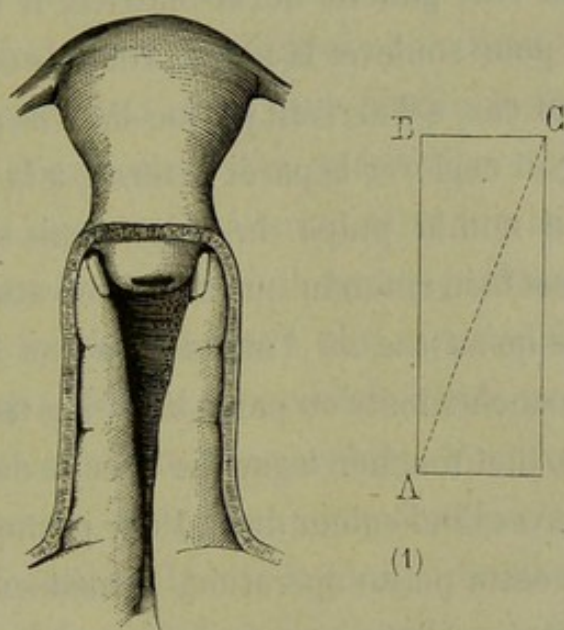


FIG. J.

que la pulpe du doigt sera tournée du côté où l'on cherche. Essayez, par exemple, de toucher dans des conditions autres que celles que je conseille, et vous reconnaîtrez que vous touchez mal. Supposons que vous soyez placé à droite de la malade et que vous

(1) La ligne AB représente le chemin le plus court de l'orifice vulvaire du vagin au col. La ligne AC, nécessairement plus longue que AB, montre le chemin que l'indicateur doit suivre pour aller du côté droit de la malade au cul-de-sac latéral gauche.



vouliez explorer le cul-de-sac gauche. Dans cette position, vous êtes condamné à toucher de la main droite, si la femme est couchée dans son lit. La pulpe du doigt pourra à la rigueur toucher le bord gauche du museau de tanche, mais il ne pourra explorer le fond du cul-de-sac, parce que, dirigé en diagonale de l'orifice vulvaire au côté gauche de la matrice, il ne sera pas assez long pour soulever la paroi profonde ou le cul-de-sac; en tout cas, s'il arrivait jusque-là, il ne pourrait en aucune façon explorer la paroi externe, à laquelle correspondrait non la pulpe du doigt, mais sa face unguéale. Il est bien entendu que ces observations ne sont applicables qu'au cas où l'utérus n'a pas été abaissé par des accouchements ou par la laxité des tissus.

Ainsi, on doit toucher à gauche avec le doigt gauche et à droite avec l'indicateur droit. Pour pratiquer convenablement cette petite opération, le médecin doit être placé du côté qu'il veut explorer, quand la femme est dans son lit; si elle est sur un lit mécanique ou sur un fauteuil à bascule, le médecin est placé en face.

Sur les fauteuils à bascule, il arrive souvent que la tête, étant soulevée d'une manière insuffisante, reste dans l'extension. La paroi abdominale est alors trop tendue pour que la palpation soit facile.

Ces sièges sont commodes pour l'examen au spéculum, mais il est bien plus facile de pratiquer le toucher sur une femme qui est dans son lit. Sa tête étant soulevée



par des oreillers, les muscles de la paroi antérieure de l'abdomen sont relâchés, surtout si l'on prend la précaution indispensable de faire fléchir en même temps les cuisses sur le bassin.

Dans quelques circonstances, il est avantageux de toucher pendant que la femme est debout. Elle doit alors s'adosser contre un mur ou contre un meuble qui lui offre un point d'appui; elle tient les cuisses écartées l'une de l'autre pour rendre le toucher plus facile par l'écartement des grandes lèvres. Le chirurgien, ayant un genou en terre, introduit le doigt indicateur dans le vagin, où il trouve ordinairement le museau de tanche beaucoup plus rapproché de la vulve que lorsque la femme est couchée. Cette position de la femme est commode pour explorer le col et les culs-de-sac du vagin, mais elle ne convient pas lorsque l'on a besoin (ce qui est le cas le plus ordinaire) d'aider le toucher par la palpation de l'abdomen; car, dans la station verticale, la paroi abdominale, étant fortement tendue, s'oppose aux efforts que la main fait pour la déprimer.

Quelle que soit la position de la malade, quand on veut pratiquer le toucher, il ne faut pas chercher à introduire le doigt directement dans le vagin; on n'y réussirait pas. Il faut, de toute nécessité, s'orienter pour y arriver sûrement. Pour cela, portant l'extrémité de l'indicateur au niveau de l'anus, on le ramène d'arrière



en avant jusqu'à l'orifice du vagin que l'on trouve ainsi sans difficulté. Si, au lieu de procéder d'arrière en avant, on portait le doigt sur le pubis, on frôlerait presque inévitablement le clitoris, organe d'excitation qu'il faut absolument mettre à l'abri du toucher. Si les lèvres étaient accolées, on ne trouverait l'entrée du vagin qu'après un tâtonnement que peu de femmes supporteraient et qui serait humiliant pour le médecin.

En cherchant d'arrière en avant, le doigt, arrivant à la vulve au point où les lèvres sont le plus écartées, procède avec sûreté, sans que la pudeur de la femme ait trop à souffrir d'un attouchement qui deviendrait odieux s'il était pratiqué autrement.

Quand on touche une femme couchée, il faut souvent relever son bassin pour que les derniers doigts de la main ne soient pas entravés par le matelas sur lequel la malade repose. Avec de l'habitude, il suffit le plus souvent, pour rendre l'opération facile, de passer sa main gauche sous le sacrum pour que les doigts de la main droite puissent trouver place dans le sillon interfessier.

Lorsque la femme est couchée sur le bord de son lit ou sur un fauteuil à spéculum, on doit veiller à ce que son bassin dépasse un peu le meuble sur lequel on procède à l'examen; ce n'est qu'à cette condition qu'il est facile de pratiquer le toucher.

Quand la malade est dans la situation que j'indique,



il faut lui recommander de ne pas bouger, car il n'en est pas une qui ne cherche à reculer. Or, quand ce recul a lieu, les derniers doigts de la main sont arrêtés par le matelas sur lequel la malade est couchée.

Quand le col de l'utérus est très-élevé et que le doigt indicateur arrive difficilement dans les culs-de-sac,

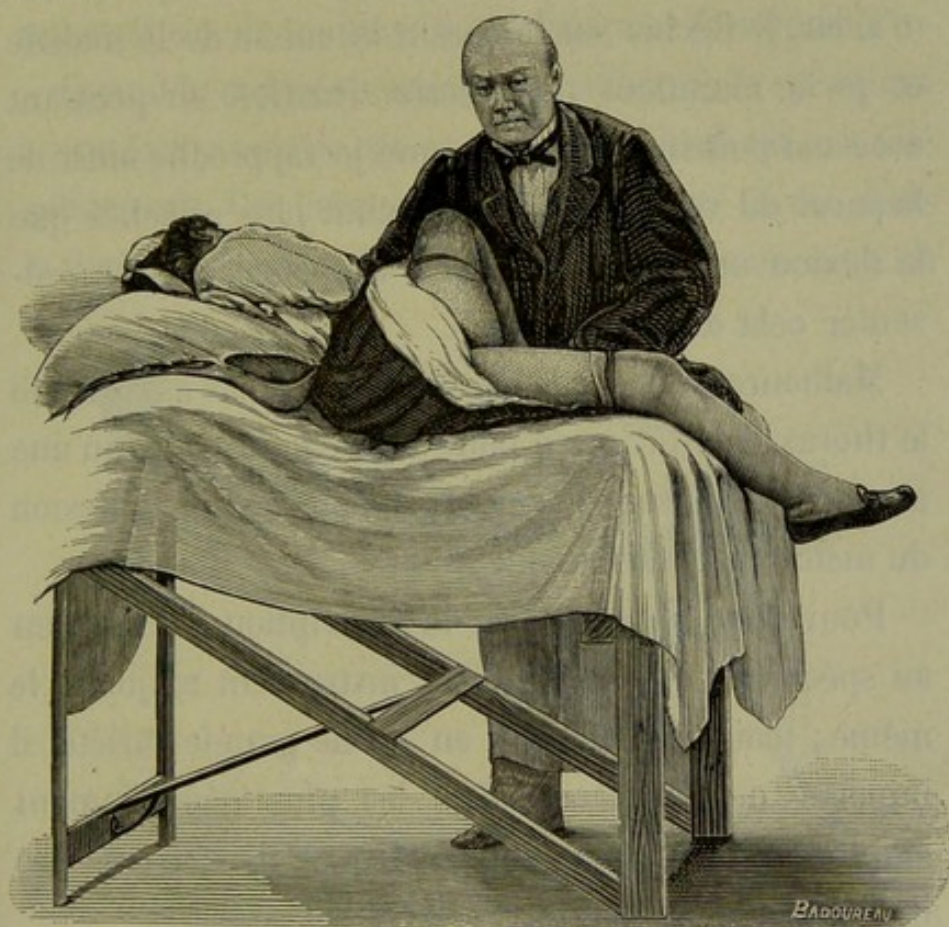


FIG. K.

il faut que la malade fléchisse les cuisses sur le tronc, elle facilite ainsi l'exploration. Dans cette situation, la paroi antérieure de l'abdomen étant dans le relâchement, il est plus facile de palper et de trouver avec la



main les particularités de la maladie pour laquelle on est consulté. Cette exploration à travers la paroi abdominale exige que la malade ne fasse pas d'efforts pour se tenir dans la position indiquée. C'est donc un aide qui l'y maintiendra. Quand je ne trouve pas près des femmes que j'examine une personne qui puisse m'aider, je fléchis sur le bassin la cuisse de la malade et je la maintiens dans cette situation en pressant avec ma poitrine son genou que je rapproche ainsi de la paroi du ventre, qui est d'autant plus relâchée que la flexion est plus prononcée. J'ai cherché à représenter cela dans la figure K.

Malheureusement, le dessinateur n'a pas assez fléchi le thorax du chirurgien pour faire comprendre qu'une assez grande force est employée pour opérer la flexion du membre sur le bassin.

Pour ne pas embarrasser la description de l'examen au spéculum, j'ai supposé un instrument toujours le même; mais comme il y en a une grande variété, il importe de faire connaître les plus généralement employés et le mode suivant lequel ils doivent être introduits.

Le spéculum qui se rapproche le plus du cylindrique est celui qui est composé de trois valves dont deux sont unies par un de leurs bords l'une à l'autre, à l'aide de charnières qui laissent au bord opposé une certaine mobilité latérale. Une troisième valve s'adapte

dans une gouttière dont le bord libre d'une des deux premières est muni, et l'ensemble forme un cylindre dont les deux extrémités ont les mêmes dimensions.

Pour que cet instrument puisse être introduit, il est muni d'un embout dont la partie libre est arrondie, et comme les valves sont mobiles, elles peuvent être rapprochées de manière à en diminuer le volume.

Quand le rapprochement a été effectué, le spéculum a une forme aplatie sur ses côtés et l'embout est fixé solidement. Cet instrument est représenté fermé dans la figure L. Dès que l'introduction de l'instrument a eu

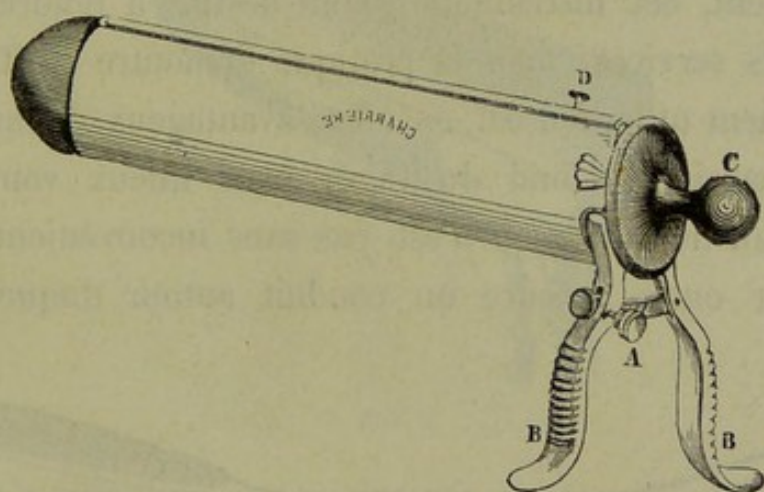


FIG. L.

lieu, on écarte les valves en pressant sur les deux branches du manche, et l'embout peut être retiré.

L'avantage de ce spéculum résulte de ce qu'on le réduit à un moindre volume pour l'introduire dans le vagin, tandis qu'après l'introduction il peut s'ouvrir largement par l'écartement des valves opéré lentement.



Je n'attache pas grande importance à l'avantage de pouvoir retirer une des valves pour explorer la partie correspondante du vagin, car en retirant l'instrument, quel qu'il soit, cette exploration est facile.

Le spéculum à quatre valves permet d'ouvrir largement le fond du vagin sans dilater outre mesure l'orifice vulvaire. A l'anneau auquel est fixé le manche qui se compose de deux parties, s'adaptent quatre valves qui, par un mécanisme fort simple, s'écartent les unes des autres par leur extrémité libre, tandis que l'extrémité opposée reste à peu près fixe. Théoriquement, cet instrument paraît destiné à rendre de grands services; mais la pratique démontre qu'il est rarement utile. S'il est, en effet, avantageux d'écarter les parois du fond du vagin pour mieux voir le museau de tanche, il n'est pas sans inconvénient de dilater outre mesure un conduit autour duquel il

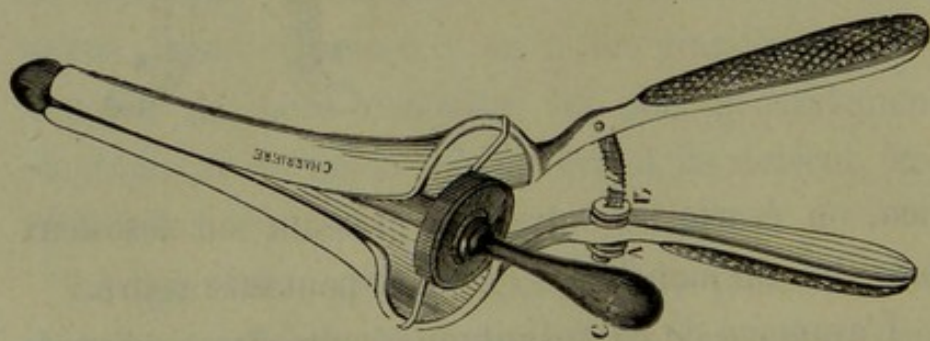


FIG. M.

existe souvent des inflammations que la moindre violence aggraverait infailliblement.

On peut faire le même reproche au spéculum bivalve; mais son introduction est si facile, si peu pénible pour la malade, qu'il est généralement employé.

Cet instrument est composé de deux valves latérales entre lesquelles se trouve un embout destiné à rendre l'introduction encore plus facile. (Voir la figure M.) Il y en a une variété que je préfère, qui n'a pas d'embout et dont les valves, un peu arrondies à leur extrémité libre, se rapprochent de manière qu'elles puissent glisser facilement sur les parois du vagin. (Voir la figure N.)

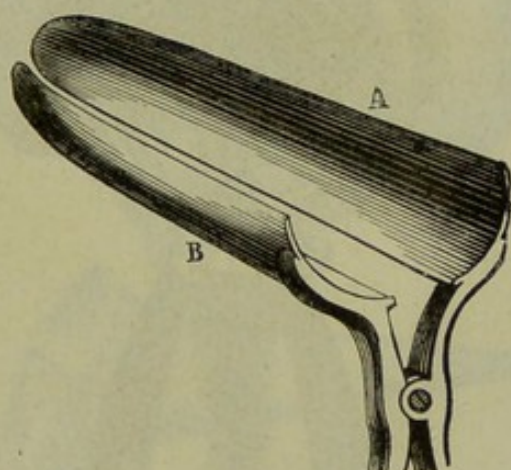


FIG. N.

Ce spéculum se termine par un manche qui sert à éloigner ou à rapprocher ses valves. Il est destiné à être introduit de telle sorte que les deux branches du manche soient placées l'une à droite, l'autre à gauche. C'est dans cette position seulement qu'il fonctionne bien. Si l'on voulait l'introduire en mettant une de ses valves en avant et l'autre en arrière, la main qui tien-



draît le manche de l'instrument devrait être élevée dans une position fatigante et peu naturelle.

Si l'on étudie la forme du vagin et que l'on se souvienne de la tendance que ses parois antérieure et postérieure ont à se mettre en contact, on comprendra

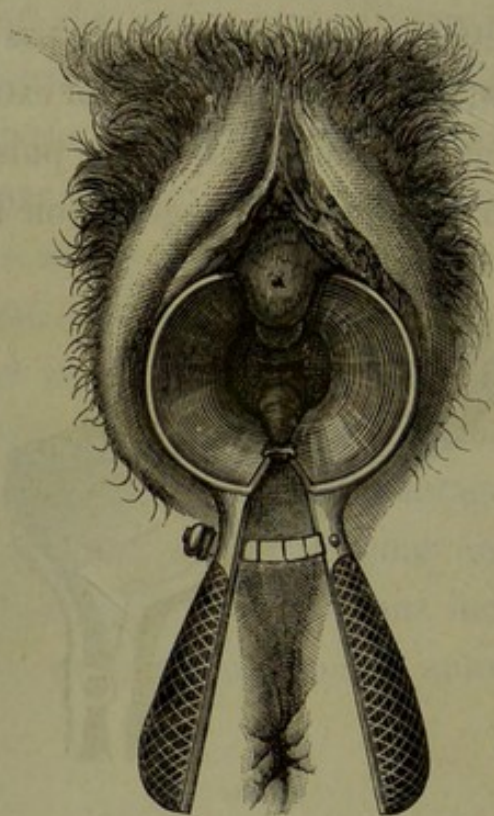


FIG. O

facilement que ces parois doivent s'introduire entre les valves quand on les écarte l'une de l'autre. Cet inconvénient est si grand chez les femmes qui ont des parois vaginales un peu lâches, qu'il est presque impossible d'explorer le fond du vagin, la vue étant interceptée

par les plis de la membrane muqueuse. J'ai fait représenter cette saillie des parois vaginales dans la figure O.

Pour obvier à cet inconvénient, on a imaginé un spéculum dont les deux branches du manche sont disposées de manière que les valves de l'instrument soient antérieure et postérieure. Quand elles s'écartent, elles éloignent l'une de l'autre les parois du vagin qui ont la plus grande tendance à se rapprocher. C'est là l'avantage réel du spéculum que M. Casco a imaginé

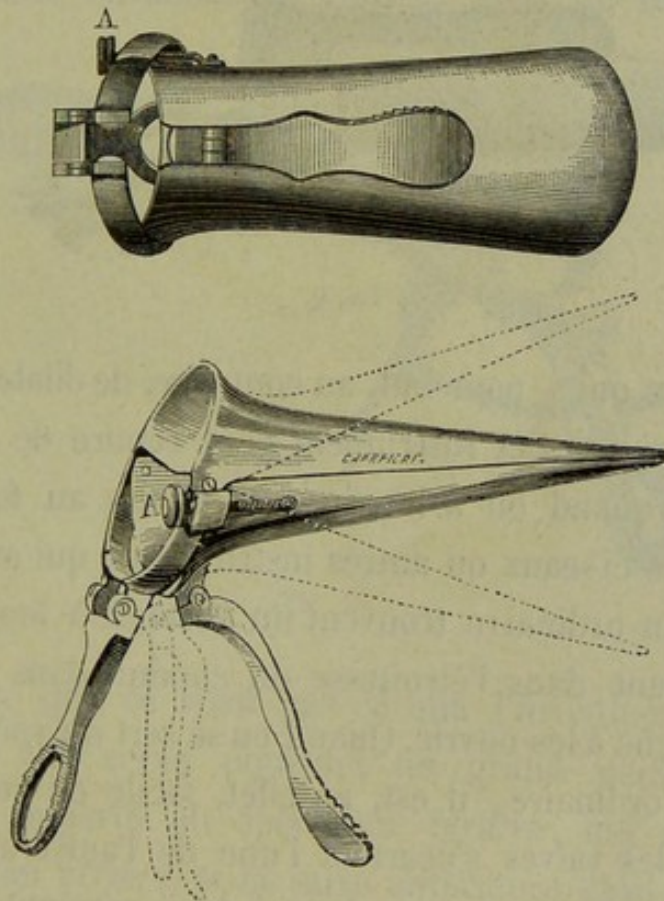


FIG. P.

(fig. P). Je ne lui reproche que la forme de l'extrémité libre des valves, qui sont trop larges en ce point pour



que leur passage à l'anneau vulvaire ne soit pas difficile chez les femmes qui ont un peu d'étroitesse de cette partie.

Les spéculums bivalves sont généralement disposés de manière que la partie qui est en rapport avec l'anneau vulvaire ne participe pas à l'écartement des valves. Il n'est pas besoin de dire pourquoi. On a construit en Amérique (spéculum de Gemrig, fig. Q), un

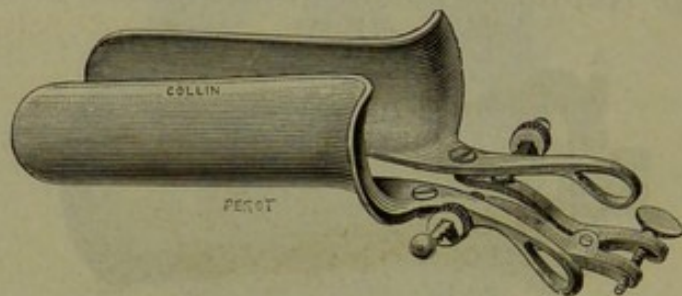
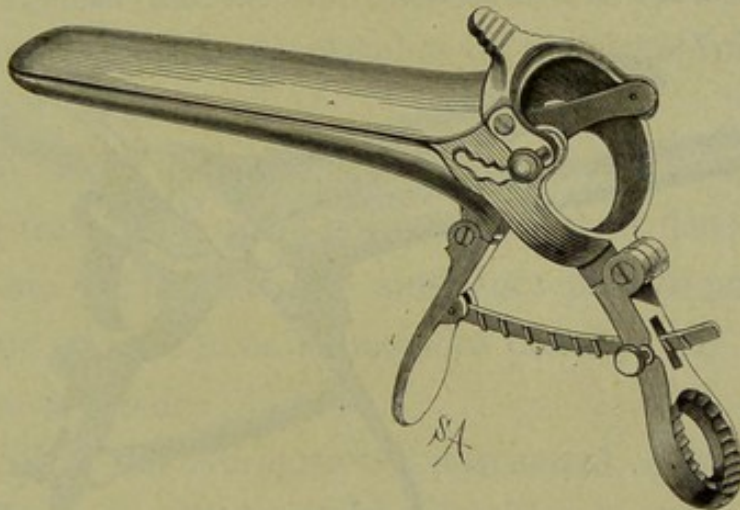


FIG. Q.

spéculum qui a pour but, au contraire, de dilater l'orifice du vagin. Cet instrument peut rendre de grands services quand on a besoin d'introduire au fond du vagin des ciseaux ou autres instruments, qui avec un spéculum ordinaire trouvent un obstacle à leur fonctionnement dans l'étroitesse du conduit dans lequel on cherche à les ouvrir. Quand on se sert du spéculum bivalve ordinaire, il est, en effet, facile de voir que lorsque les valves s'écartent l'une de l'autre au fond du vagin, elles se rapprochent à leur extrémité extérieure, de manière à rendre très-limité le champ dans lequel les anneaux des ciseaux peuvent être écartés.

Le spéculum de Gemrig, dont les valves s'écartent parallèlement l'une à l'autre, peut donc être très-utile quand il s'agit de pratiquer une opération au fond du vagin.

En examinant cet instrument, il me sembla qu'il avait été construit dans le but d'avoir une valve plus longue que l'autre. Quand on le fait fonctionner, il arrive, en effet, qu'une de ses valves dépasse parfois l'extrémité terminale de l'autre; mais on reconnaît

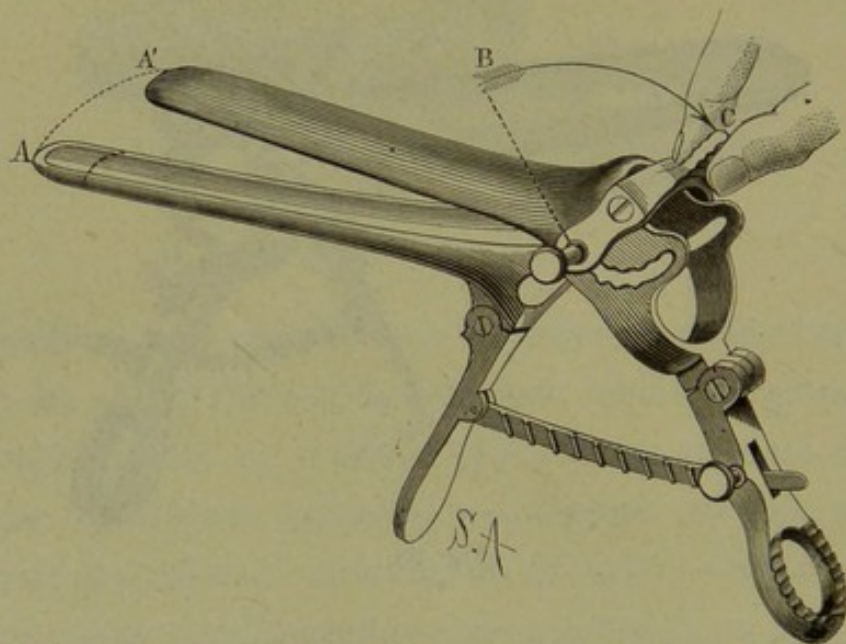


(Fig R).

bien vite que ce n'est pas ce que l'inventeur a recherché. Ce serait pourtant un grand perfectionnement apporté au spéculum bivalve, qui s'ouvre d'avant en arrière, si la valve antérieure était moins longue que la postérieure. Vous comprendrez bien vite l'inconvénient d'un spéculum dont les valves ont une longueur égale. Nous avons dit, en effet, que l'instru-



ment doit être introduit en glissant sur la paroi postérieure du vagin ; il arrive ainsi au fond du cul-de-sac postérieur, qui est limité en avant par le museau de tanche. Si, sans retirer un peu l'instrument, on écarte ses branches, la branche antérieure pressera le museau de tanche d'arrière en avant et tendra à imprimer à l'utérus un mouvement de bascule par lequel le corps de l'organe sera porté en arrière pendant que son col sera violemment poussé en avant. Cette violence sur le



Le cercle C que les doigts saisissent sert à mouvoir la valve supérieure de B en C, et réciproquement. Quand on a ouvert le spéculum, on repousse la valve supérieure de manière que son extrémité A' soit la même profondeur que l'extrémité A de la valve supérieure.

museau de tanche est douloureuse, même chez une femme qui n'a pas de métrite ; elle peut entraîner des accidents chez celles qui ont des lésions utérines ou une inflammation au voisinage de la matrice. A cause



de cela, j'ai fait modifier le spéculum de M. Casco, en demandant au fabricant de faire glisser la valve supérieure de son extrémité libre vers le manche, à mesure que l'on ouvre l'instrument. Dans mon spéculum, les valves sont exactement appliquées l'une contre l'autre au moment de l'introduction; mais quand il est arrivé au fond du vagin on retire vers soi la valve supérieure par un mécanisme très-simple imaginé par M. Collin, notre ingénieux fabricant. C'est à lui que je dois d'avoir pu réaliser une idée qui évitera bien des douleurs aux femmes affectées de maladies de matrice. (Voir fig. R et S.)

Il résulte de cette disposition que lorsque l'on ouvre l'instrument, la valve postérieure restant dans le cul-de-sac vaginal, la valve antérieure peut se porter en avant sans exercer la moindre pression sur le museau de tanche.

Si j'ai fait fabriquer cet instrument, c'est que j'ai reconnu que l'écartement des valves du spéculum ordinaire engagé dans le cul-de-sac postérieur est rendu difficile par l'obstacle que le museau de tanche oppose, et que lorsqu'il a lieu il cause une vive douleur.

Je sais qu'avec un peu d'habitude et d'adresse on remédie à cet inconvénient en retirant un peu le spéculum au moment de l'ouvrir; mais il arrive aussi parfois que le retrait ayant été trop grand, les parois du vagin se rapprochent au delà de l'instrument et s'op-



posent à ce que l'on découvre le col de la matrice; il faut alors refermer l'instrument et le repousser en arrière pour l'ouvrir de nouveau. A cause de cela, je crois que la modification que j'ai proposée sera utile.

Il est un spéculum dont on se sert rarement pour explorer le col de la matrice, mais qui rend les plus grands services quand on veut pratiquer une opération sur les parois du vagin. On le connaît en France sous les noms de spéculum de Bozeman ou de Marion Sims. (Je ne sais précisément lequel de ces chirurgiens en est l'inventeur.)



(Fig. T.) — Spéculum de Bozeman.

La figure T vous en donne une idée qui me dispense de vous le décrire.

Quand on veut s'en servir, la femme étant agenouillée sur le bord de son lit, ayant la tête en bas et le siège en haut, on introduit la valve de l'instrument dans le vagin, de manière que sa convexité corresponde à

la paroi qu'elle doit éloigner. De cette façon la valve de l'instrument double la paroi vaginale qu'elle écarte, et elle agrandit ainsi la largeur du vagin, dont la paroi antérieure apparaît dans toute son étendue. On peut alors faire avec facilité la suture des bords d'une fistule, tandis que cette opération était presque impraticable avec le spéculum à deux valves.

Je dois dire que Jobert (de Lamballe), avant que nous connussions le spéculum américain, se servait de valves longues qu'il confiait à des aides, et qui, par leur nombre qui était généralement de trois, permettaient un écartement des parois postérieure et latérales du vagin, suffisant pour que le chirurgien pût opérer sur la paroi antérieure sans trop de difficulté.

Le spéculum américain est un perfectionnement incontestable.

Quand il a été appliqué, son manche doit être confié à un aide, qui ne peut le bien maintenir qu'à la condition d'avoir une certaine expérience. Il faut surtout lui recommander de le tenir dans une immobilité absolue. Il n'y parviendra qu'en résistant à la tendance naturelle des aides, qui sont portés à appuyer sur la malade la main qui tient l'instrument; il faut qu'il soit bien pénétré du but dans lequel le spéculum est appliqué : le chirurgien veut découvrir la paroi antérieure du vagin dans toute son étendue, c'est donc la paroi postérieure, dans toute sa longueur, qu'il faut écarter.



Si l'aide rapproche le manche de l'instrument du corps de la malade, il fera basculer la valve vaginale, dont l'extrémité libre viendra arc-bouter contre la paroi antérieure du vagin. De cette manière, le champ dans lequel manœuvre l'opérateur sera restreint, et si cette direction vicieuse était imprimée au spéculum dans un cas de suture, l'inconvénient serait plus grand encore.

Il faut bien que l'aide prenne un point d'appui, pour que l'instrument soit tenu d'une manière solide; mais c'est en appuyant l'avant-bras sur la malade et en tenant en l'air le manche du spéculum avec la main élevée, qu'il fera convenablement ce que le chirurgien attend de lui. Il doit être pénétré du but que l'on veut atteindre; il ne doit pas oublier un seul instant que la paroi postérieure du vagin doit être écartée au même degré dans toute son étendue; il doit surtout, pour atteindre ce but, se souvenir de la direction donnée au vagin par la position de la malade, qui, ayant la tête en bas et le siège en haut, a nécessairement les organes du bassin dans la même direction.

Quand l'aide qui tient le manche du spéculum ne se rend pas bien compte de cette direction, il retire l'instrument par un mouvement de bascule, en inclinant l'extrémité vaginale de la valve sur la paroi opposée à celle que l'on veut écarter; à cause de cette difficulté, je conseille de ne confier le spéculum qu'à un aide expérimenté.

## CHAPITRE III

### HYSTÉROMÉTRIE.

De tout temps on a sondé la matrice. Cela paraît résulter du livre VIII d'Hippocrate. Ainsi, à la page 289, on lit : « Après les fumigations, on essaye de mettre les pessaires faits avec des bâtonnets du pin le plus gras; on les enduit avec de l'huile; on place d'abord le plus mince. Quand il est en place, la femme se tient tranquille, prenant garde qu'il ne tombe. On n'enfonce d'abord que le bout, puis on l'engage de plus en plus, le faisant tourner et le poussant en même temps..., puis on enfonce davantage de la même façon, jusqu'à ce qu'il soit entré de quatre doigts à l'intérieur de l'orifice utérin (1). »

A la place du bâtonnet, on mettait ensuite une sonde en plomb; mais, comme il est facile de le reconnaître en lisant les passages dans lesquels il est question d'instruments introduits dans l'utérus, ce n'est pas dans un but d'exploration et de diagnostic que l'on fait cette introduction. C'est pour porter un médicament dans la cavité de la matrice.

(1) Hippocrate, trad. de Littré.



A la page 381 du tome VII, on trouve encore un conseil à peu près semblable au précédent : « Immédiatement après le bain d'eau ou de vapeur, introduisez *la sonde*, ouvrez l'orifice utérin, dilatez-le. »

Dans des temps plus rapprochés de nous, on avait introduit des sondes exploratrices dans la cavité utérine. Ainsi Hoin, Verduc, Levret et d'autres encore avaient cherché à s'éclairer pour le diagnostic de ce qu'ils considéraient comme une chute de l'utérus; mais ce ne fut qu'en 1828, ainsi que cela résulte des recherches de Huguier, qui a fait l'historique de cette découverte; ce ne fut, dis-je, qu'en 1828 que Samuel Lair institua la méthode du *cathétérisme utérin*.

Cette méthode était restée presque inconnue, lorsque, à peu près à la même époque, Huguier en France, Simpson à Édimbourg et Kivisch en Allemagne, montrèrent l'utilité qu'on en peut tirer au point de vue du diagnostic.

Je ne vous décrirai pas les divers instruments qui ont servi à sonder la matrice. L'hystéromètre que l'on emploie généralement, et certainement le plus commode, consiste en une tige métallique légèrement recourbée près de son extrémité libre, et montée sur un manche en bois. Il suffit de voir cet instrument qui est représenté à la page XLII (fig. U) pour en avoir une idée nette.

On peut sonder la matrice de deux manières, soit



que l'on se serve du spéculum, soit que l'on se contente de se guider avec le doigt indicateur porté au voisinage de l'orifice du museau de tanche.

Quand on emploie le spéculum, on aperçoit au fond du vagin l'orifice du col de la matrice, dans lequel il est facile d'introduire l'extrémité de l'hystéromètre. Jusquelà, il n'y a pas de difficulté; mais il n'est pas facile de terminer l'opération, quand on laisse le spéculum en place. Si, en effet, la matrice est en antéversion, il faudrait abaisser le manche de l'hystéromètre pour porter son extrémité opposée en haut et en avant. Or ce mouvement est arrêté par le spéculum qui, étant tenu dans la direction du vagin, s'oppose, par le bord postérieur de son extrémité extérieure, à l'abaissement du manche de l'hystéromètre.

Le bord supérieur du spéculum opposerait le même obstacle à l'inclinaison de l'hystéromètre d'avant en arrière et de haut en bas, s'il s'agissait d'une rétroversion.

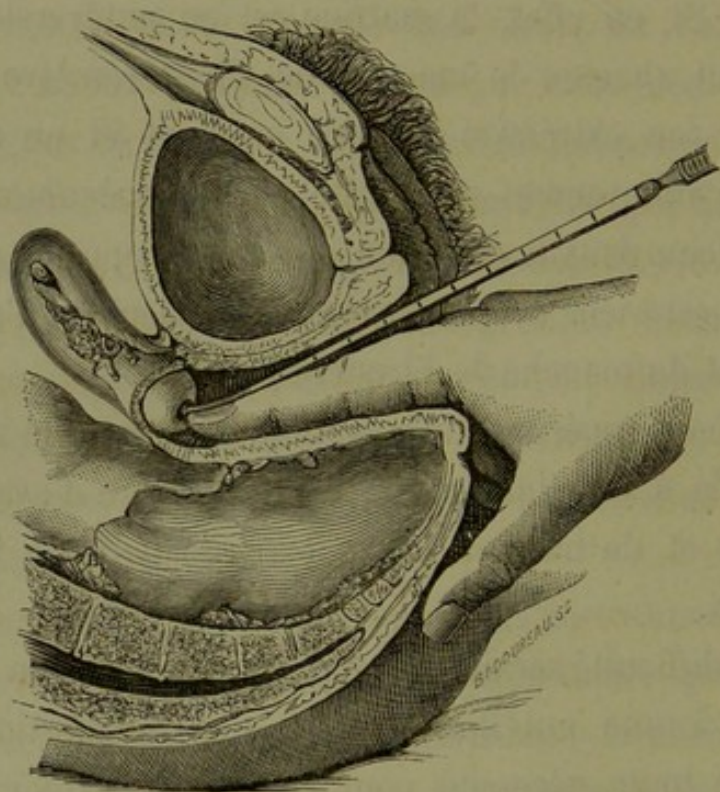
La difficulté serait encore plus grande si l'on avait affaire à une antéflexion ou à une rétroflexion. Il faut de toute nécessité, pour continuer l'exploration, retirer le spéculum et le remplacer par l'indicateur de la main gauche, pendant que la main droite pousse l'hystéromètre dans la direction où l'on suppose que le corps de l'utérus est situé.

Vous voyez que l'emploi du spéculum est d'un mince



avantage quand on doit pratiquer l'hystérométrie. Il vaut mieux n'y pas avoir recours et se guider uniquement avec le doigt. Quand on a l'habitude de cette petite opération, rien n'est plus facile que de trouver l'orifice du museau de tanche et d'y introduire l'hystéromètre.

La femme étant placée sur le bord de son lit, et ses jambes étant tenues fortement fléchies sur les cuisses



(Fig. U).

et les cuisses sur le bassin, on pratique le toucher pour reconnaître la situation du col et celle du corps de l'utérus.

Quand le col est en arrière, on tâche de le ramener

en avant, dans l'axe du vagin. Cela fait, si la femme a eu des enfants, on n'a nulle difficulté à introduire le bout de la phalange de l'indicateur dans l'orifice du museau de tanche, et l'on peut alors très-facilement y faire entrer l'hystéromètre. Mais lorsque cet orifice est trop étroit pour recevoir l'extrémité de l'index, il faut une certaine habitude et un peu d'adresse pour pratiquer cette petite opération sans tâtonner. Huguier veut que l'on porte alors le bout du doigt en haut et à droite de l'orifice, l'ongle répondant à la commissure gauche; pour moi, je trouve plus commode de porter, dans tous les cas, soit qu'il s'agisse d'une nullipare, soit que la femme ait eu des enfants, l'ongle de l'indicateur en avant de la lèvre postérieure du col, et de faire glisser le bec de l'hystéromètre sur la convexité de l'ongle pour le faire entrer dans la cavité du col. Cette manière de procéder est indiquée par la figure U.

Bien que les débutants aient parfois de la difficulté à faire entrer l'hystéromètre dans l'orifice du museau de tanche, ce n'est pas le temps le plus difficile du cathétérisme de l'utérus. Il arrive, en effet, assez souvent que l'instrument est arrêté par un obstacle, soit dans la cavité du col, soit à la limite du col et du corps de la matrice; il faut, pour surmonter cette difficulté, une certaine expérience sans laquelle on s'exposerait à produire des accidents sérieux, si l'on persistait aveuglément dans ses tentatives.



Chez les femmes qui ont passé depuis longtemps l'âge de la ménopause, il n'est pas rare de trouver un col oblitéré à sa partie supérieure. Si par la palpation on ne constate pas l'existence d'une tuméfaction de l'utérus, il est inutile de pratiquer l'hystérométrie, il faut donc s'abstenir de toute opération.

Lorsqu'il y a flexion du corps sur le col, il est souvent un peu difficile de franchir le point où les deux parties de la matrice sont fléchies l'une sur l'autre. Il résulte de cette position vicieuse un coude qui, lorsqu'il fait un angle droit, oppose un obstacle que l'on ne peut surmonter qu'avec un peu d'adresse et d'expérience : dans ce cas, il faut diminuer la flexion en même temps que l'on pousse l'hystéromètre dans la direction vers laquelle on cherche à porter le corps de l'utérus. Pour opérer le redressement, on s'aide de la main portée au-dessus du pubis, s'il s'agit d'une antéflexion, et en pressant d'avant en arrière, on repousse le corps de la matrice dans la direction de l'axe du vagin.

Quand on a affaire à une rétroflexion, c'est avec le doigt indicateur porté dans le cul-de-sac postérieur que l'on ramène en avant le corps de l'utérus fléchi sur le col, en cherchant à effacer l'éperon existant au niveau du point où la flexion s'est faite. On peut sans doute rencontrer des difficultés pour redresser, même momentanément, un utérus fléchi, quel que soit le sens dans lequel la flexion s'est faite; mais il est incomparable-



ment plus fréquent de trouver l'utérus adhérent et immobile, lorsqu'il est en rétroflexion. Il y a donc des cas dans lesquels l'utérus est difficilement rapproché de l'axe du vagin; mais malgré la fixité de l'utérus dans la flexion, avec un peu d'adresse on peut encore pratiquer l'hystérométrie. Ce n'est plus alors sur le corps de l'utérus qu'il faut agir pour mettre la cavité du corps dans le prolongement de celle du col; c'est sur le museau de tanche qu'il faut presser.

Je suppose qu'il s'agisse d'une rétroflexion irréductible :

Le chirurgien introduit l'hystéromètre dans la cavité du col, en suivant les préceptes que nous avons rappelés, et quand l'instrument rencontre une résistance, on porte son manche en haut, sens dans lequel on entraîne le museau de tanche. Par ce mouvement, on donne au col de l'utérus une direction qui se rapproche de celle du corps de cet organe, et l'on peut alors, presque toujours, introduire l'hystéromètre jusqu'au fond de la matrice. Pour opérer plus sûrement encore, il est bon de se servir du doigt indicateur de la main gauche pour redresser le col sur le corps, c'est-à-dire pour le pousser en haut, puisque l'axe de la cavité du corps de l'utérus rétrofléchi est dirigé de haut en bas et d'avant en arrière.

Les flexions utérines ne sont pas les seuls obstacles à l'hystérométrie; l'existence d'un petit polype implanté



sur une paroi de la cavité du col, l'hypertrophie des glandules longtemps décrites sous le nom d'œufs de Naboth peuvent rendre le cathétérisme utérin plus ou moins difficile. Mais ce sont, je crois, les myomes utérins, autrefois appelés corps fibreux, qui créent les plus grandes difficultés pour la pratique de l'hystérométrie; et l'hystérométrie est un des procédés les plus utiles pour le diagnostic de cette maladie. Quand en effet il existe des myomes dans la cavité de la matrice, on peut en reconnaître la présence à l'aide de l'hystéromètre promené sur la surface interne de l'organe.

L'hystéromètre n'est pas moins utile quand on a besoin de rechercher si la cavité de l'utérus n'a que les dimensions normales; quand la matrice est saine, quand ni les maladies ni un récent accouchement ne lui ont fait subir un changement de forme, elle est aplatie d'avant en arrière et ses parois antérieures sont très-rapprochées l'une de l'autre. Dans ce cas, l'hystéromètre peut bien pénétrer dans la cavité du corps de l'utérus, mais on ne peut pas lui imprimer un mouvement de rotation, dans lequel l'extrémité de l'instrument décrirait un cercle d'une certaine étendue. Ce mouvement devient, au contraire, facile à exécuter lorsque la cavité utérine est agrandie. A l'état normal, l'hystéromètre s'enfonce à une profondeur de six centimètres ou six centimètres et demi à partir de l'orifice externe du museau de tanche. Au-dessus de cette di-



mension, on peut affirmer que la cavité est plus grande qu'à l'état normal ou que le col est allongé. On reconnaîtra l'agrandissement de la matrice, si l'hystéromètre peut être tourné sur son axe sans rencontrer de résistance. C'est un moyen précieux lorsque l'utérus, ayant changé de forme, est devenu globuleux. Dans ce cas, en effet, il peut se faire que la longueur de l'organe ne soit pas augmentée; il serait alors très-insuffisant d'explorer en se contentant d'introduire l'hystéromètre au fond de la matrice : on n'aurait qu'un renseignement insuffisant; pour compléter le diagnostic, il faut nécessairement chercher à tourner l'instrument sur son axe. Si l'on y parvient sans rencontrer d'obstacle, on pourra affirmer que la cavité utérine est agrandie.

On a donné le conseil de s'abstenir de l'hystérométrie après l'accouchement. J'ai été très-surpris de trouver cette opinion exprimée par Huguier. Sans doute il y aurait imprudence à porter un instrument dans la matrice peu de jours après qu'une femme est accouchée; mais au bout d'un mois, je n'y vois pas le moindre inconvénient, pourvu que l'on procède à cette opération avec adresse et prudence.

J'ai, depuis un certain nombre d'années, sondé la matrice de toutes les femmes qui m'ont demandé des soins pour des suites de couche, et je n'ai jamais eu à constater le moindre accident. J'ai pu ainsi reconnaître



que la matrice met à revenir sur elle-même et à subir une involution complète un temps beaucoup plus long qu'on ne le dit généralement. J'aurai plus tard à revenir sur ce sujet.

# LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

## MALADIES DES FEMMES

---

### PREMIÈRE LEÇON

#### DE LA MENSTRUATION

Mai 1874.

MESSIEURS,

Je viens aujourd'hui remplir une tâche que je me suis imposée depuis bien longtemps. Lorsque je publiai les leçons sur les maladies des organes génitaux externes de la femme, que j'avais faites à l'hôpital de Lourcine, j'annonçais que prochainement je publierais la suite de ce travail. Plus de dix années se sont écoulées depuis cette époque et je ne me repens pas d'avoir tant attendu pour accomplir cette promesse.

Plus d'une fois, j'ai été tenté de recommencer mon enseignement sur les maladies des femmes. J'avais des devoirs à remplir envers mon éditeur; mes élèves me demandaient chaque année quand je leur dirais ce que



l'étude et l'expérience m'ont appris, et j'ai toujours différé.

Je peux et je dois dire aujourd'hui pourquoi. C'est que j'avais toujours beaucoup à apprendre sur ce sujet qui est un des moins connus de la pathologie. Tout le monde sait, plus ou moins, une partie des maladies des organes génitaux de la femme, mais qui peut se vanter de n'être jamais embarrassé, quand il doit préciser l'espèce de lésion pour laquelle il est consulté?

Il faudrait, avant tout, que les auteurs les plus autorisés fussent d'accord entre eux, et ils sont d'opinions absolument opposées sur les points les plus importants de la pathologie utérine. J'ai longtemps été arrêté par la question du phlegmon périutérin dont la fréquence est admise par des hommes dont la compétence ne peut pas être mise en doute, et dont l'existence est niée par d'autres. Comme les autopsies sont rares dans les cas d'inflammation péri utérine, il faut du temps et une grande persévérance pour se faire une opinion. Il y a bien d'autres difficultés; mais les années s'écoulent avec rapidité, quand on n'est plus jeune, et si j'attendais encore, qui sait si je ne manquerais pas l'occasion d'enseigner ce que l'expérience m'a appris?

Nous allons, messieurs, étudier ensemble toutes les maladies de la matrice et de ses annexes.

Bien que je professe à l'hôpital, mes leçons ne seront pas purement cliniques. Il faut d'abord que je vous dise les symptômes des maladies et les moyens de les distinguer, avant d'aborder leur diagnostic et leur traitement, au lit des malades.

Il faut, avant de faire de la clinique, que nous nous en-



tendions bien sur la valeur des mots. Quand nous parlerons la même langue; quand, par exemple, vous n'appellerez plus phlegmon ce que je nommerai péritonite; lorsque vous saurez la différence qui existe entre une métrite interne et une métrite parenchymateuse; quand je vous aurai démontré que la science est encombrée d'entités morbides dont vous ne devez pas vous occuper, nous aborderons le domaine de la pratique et nous y marcherons d'un pas assuré.

Avant de commencer l'étude des maladies utérines, les auteurs ont pris l'habitude de décrire l'anatomie de la matrice et de ses annexes. Cette méthode a un avantage qui ne peut être nié : il est évident qu'il est bien difficile de connaître la dysménorrhée membraneuse par exemple, si l'on ne sait pas l'existence de la membrane muqueuse utérine, sa structure et ses rapports avec les tissus sous-jacents. Il ne sera pas plus facile de s'initier à la connaissance de ce que l'on désigne sous le nom impropre de corps fibreux de l'utérus, si l'on ignore la structure de cet organe, etc.

Mais, justement, à cause de l'utilité de notions anatomiques précises pour l'étude de la pathologie utérine, je crois qu'il y a un inconvénient réel à consacrer un long chapitre à des descriptions dont on ne peut pas faire l'application immédiate. Autant vaudrait décrire toute l'ostéologie, dans un livre qui serait destiné à enseigner les fractures et les luxations.

Je préfère scinder l'anatomie en un grand nombre de paragraphes, de manière à ne rappeler les notions anatomiques qu'au fur et à mesure qu'elles pourront vous guider dans l'étude de chaque maladie.



— Il y a dans la vie des femmes deux grandes époques qui donnent un cachet particulier à leurs maladies. La première est celle de la puberté ou de la menstruation; la seconde, celle de la ménopause, ou cessation des règles. Dans la première, nous trouverons les maladies inflammatoires; dans la seconde, les maladies organiques.

*Époque de la puberté.* — Nous nous occuperons d'abord de la première.

Deux états physiologiques de l'utérus donnent la clé de presque toute la pathogénie des maladies inflammatoires de cet organe. C'est la *menstruation* et la *parturition*.

*Menstruation.* — Il est impossible d'imaginer un acte physiologique plus voisin du domaine de la maladie que celui qui, chaque mois, produit chez la femme pubère des modifications si profondes, que l'on a pu les regarder comme étant l'expression d'un état morbide.

Je ne veux pas m'occuper, en ce moment, du retentissement que la menstruation a sur tout l'organisme. Je tiens seulement à fixer votre attention sur les modifications anatomiques qui se produisent du côté de l'utérus. Je ne puis mieux faire que d'emprunter la description que Cazeaux en donne dans son traité des accouchements : « L'appareil vasculaire de la matrice se développe et s'injecte d'une manière inusitée; celui de la muqueuse, en particulier, forme à la surface de cette membrane, sous la fine lame d'épithélium qui le recouvre, un élégant réseau à mailles irrégulièrement losangiques, dont chacune encadre l'orifice de l'un des nombreux tubes glandulaires qui la constituent presque tout entière. Ce réseau est si riche, qu'il donne à la surface interne de la matrice une teinte violacée plus ou moins intense.



» Ces réseaux sont formés par des ramuscules veineux très-déliés, les glandes utriculaires grandissent visiblement, et la portion musculaire de l'utérus, par suite de la congestion dont elle est le siège, prend plus d'extension, se colore plus vivement en rouge, devient plus spongieuse et plus souple.

» Le volume total de l'organe est augmenté, le col est tuméfié, l'orifice plus étroit; les lèvres du museau de tanche ont plus de chaleur, leur couleur est plus foncée.

» La muqueuse utérine, grâce à ce développement plus considérable de ses vaisseaux, et surtout des glandes qui lui appartiennent, prend elle-même une épaisseur telle, que trop à l'étroit dans la cavité utérine, elle forme sur un très-grand nombre de sujets des plis ou des circonvolutions sail- lantes, molles, pres- sées, adossées les unes aux autres, de manière à ne laisser

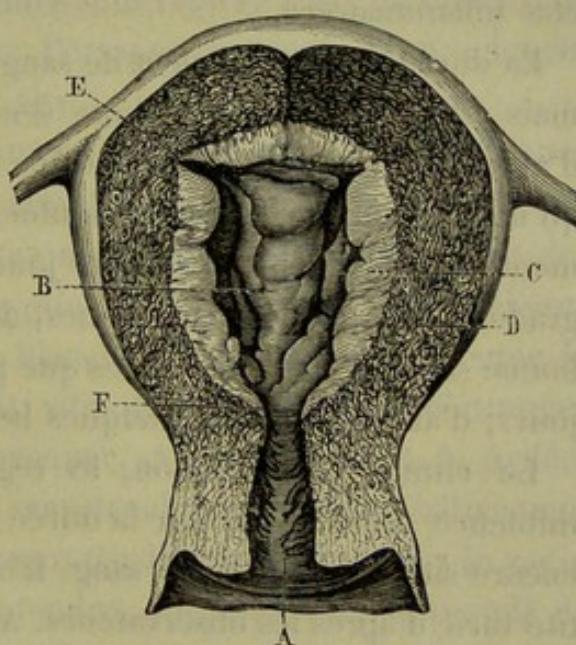


Fig. 1.

A. Muqueuse du col. — B. Muqueuse du corps très-boursofflée. — C. Epaisseur de la coupe de la muqueuse. — D. Tissu propre. — E. F. Muqueuse diminuant d'épaisseur au niveau du col et au niveau de l'orifice des trompes.

aucun vide dans la cavité utérine. M. Coste possède plusieurs matrices dont la muqueuse a, dans certains points, jusqu'à huit et dix millimètres d'épaisseur... »

Si vous rapprochez de cette description, si remarquable



par son exactitude, une figure que vous trouverez à la page 63 du livre de Cazeaux, et sur laquelle on voit l'hypertrophie et le boursoufflement de la membrane muqueuse utérine, à l'époque des règles, vous penserez, comme moi, qu'il faut ajouter bien peu de chose à cet état, pour constituer une maladie. Il suffit que sa durée soit un peu plus longue; que l'écoulement de sang qui met un terme à la congestion soit empêché ou retardé par une cause quelconque. La moindre excitation morale ou physique peut transformer cette hyperémie physiologique en un état inflammatoire.

La durée de l'écoulement de sang est un peu variable, mais elle est en général d'une semaine. Le sang paraît d'abord en très-petite quantité; ce n'est le premier jour qu'une tache d'une petite étendue. L'écoulement augmente le second et le troisième jour, il diminue ensuite graduellement; quelques femmes, douées pourtant d'une bonne santé, n'ont leurs règles que pendant deux ou trois jours, d'autres pendant quelques heures.

Le climat, l'imagination, le régime, l'âge, ont une influence remarquable sur la durée des règles, mais plus encore sur la quantité du sang. L'estimation de la quantité varie d'après les observateurs. Ainsi, tandis que Virey dit que la quantité du sang des menstrues est de 250 grammes en France, Cazeaux ne l'estime qu'à 90 ou 150 grammes; en Espagne et dans le sud de l'Italie, elle est de 500 grammes, et de 750 sous les tropiques.

Le flux menstruel est généralement plus abondant chez les femmes riches, qui ont une vie heureuse, que chez les femmes de la campagne et chez les femmes pauvres des villes.



*Époque de la menstruation.* — L'époque de la menstruation est également influencée par le milieu dans lequel les femmes vivent ou ont été élevées. Dans les villes et surtout dans les grands centres de population, tels que Paris, Lyon, les jeunes filles sont ordinairement réglées à l'âge de douze ou quatorze ans. A la campagne, il n'est pas rare de voir des jeunes filles vigoureuses qui ne sont pas réglées à seize ans. Dans les contrées septentrionales, l'âge de la menstruation est parfois reculé jusqu'à vingt ou vingt-quatre ans, tandis que en Italie et en Espagne, les jeunes filles sont réglées à dix ou douze ans. D'après Chardin, les Persanes seraient communément réglées à neuf ou dix ans.

Ce n'est pas seulement le climat qui a de l'influence sur l'époque de la menstruation, la race n'en a pas moins. Ainsi de petites négresses, transportées sous des climats plus tempérés que l'Afrique, deviennent pubères plus tôt que la race blanche; il est vrai que lorsque la puberté ne vient pas vite, on a recours à d'étranges moyens pour la provoquer. A Porto-Réal et à Ardée, d'après Virey, le flux menstruel est déterminé hâtivement chez les petites négresses par l'introduction dans le vagin d'un pessaire en bois tendre, qui est creux et rempli de fourmis. Le prurit occasionné par ces insectes détermine l'afflux du sang dans les parties sexuelles!

*Durée de la menstruation.* — On a remarqué que les femmes qui arrivent de bonne heure à la puberté, perdent aussi dans un âge peu avancé la faculté de concevoir. On dit que dès l'âge de trente à trente-cinq ans, les femmes sont vieilles dans certains climats, en Asie, par exemple; à Java, elles ne conçoivent plus après l'âge de



trente ans; Chardin dit même qu'en Perse il y a des femmes qui arrivent à la ménopause dès l'âge de vingt-sept ans.

La proposition inverse paraît également vraie : Les femmes qui deviennent pubères après l'âge normal conservent leur fécondité dans un âge avancé. D'après Boate, cité par Virey, on voit en Irlande des femmes devenir mères à soixante ans.

*Qualité du sang menstruel.* — Au début de l'écoulement, le sang est mêlé à des mucosités vaginales ou utérines, c'est un liquide roussâtre. Quand le flux est bien établi, il ressemble à du sang veineux chez les femmes vigoureuses; il est moins foncé chez celles dont le sang est moins riche. Il n'a pas de tendance à se coaguler, et ce caractère a une grande importance, sur laquelle j'appellerai plus d'une fois votre attention. Vous comprenez que si le sang menstruel ne doit pas se coaguler, vous pourrez dire qu'il y a état pathologique, dès que vous constaterez des caillots dans le flux des règles.

Le peu d'aptitude du sang menstruel à la coagulation avait fait supposer qu'il ne contient pas de fibrine, mais c'est une erreur. Contentons-nous donc de retenir qu'il est très-peu coagulable, contrairement à l'opinion de certains médecins qui regardent comme un fait presque indifférent que le sang des règles contienne ou non des caillots.

*Siège de l'hémorrhagie.* — D'où provient le sang menstruel? est-ce de l'ovaire dont l'œuf se détache; est-ce du vagin ou de l'utérus? Je suis obligé de fixer un instant votre attention sur ce qui se passe dans l'ovaire à l'époque des règles.



*Vésicule de Graaf.* — Vous savez que les ovaires contiennent dans leur intérieur un nombre variable de vésicules dont quinze ou vingt augmentent de volume à l'âge de la puberté, se rapprochent de la périphérie et font bientôt saillie à la surface extérieure de l'ovaire.

Ce sont ces vésicules décrites pour la première fois par Graaf, dont elles ont conservé le nom, qui fournissent l'élément femelle de la procréation.

Au moment des règles, on en voit une augmenter de volume, se gonfler et faire à la surface de l'ovaire une saillie que Raciborski dit être de la dimension d'une cerise; c'est une exagération, mais son volume augmente au point que, bientôt, elle se crève. A ce moment, ou plutôt un peu auparavant, la trompe de Fallope s'applique sur la vésicule de manière à en recueillir le contenu; or, depuis les travaux de Baër, de Coste, nous savons que cette vésicule renferme l'ovule qui, porté dans la matrice, s'y développera et constituera bientôt l'embryon.

Si, après cette rupture, on examine la vésicule, on reconnaît que ses parois se sont affaissées et que sa cavité s'est remplie de sang.

Avec l'ovule, le liquide granuleux qui remplissait la vésicule entre dans le conduit de la trompe dont il lubrifie sans doute les parois pour que la migration de l'œuf soit plus assurée.

Le sang que l'on constate dans la cavité de la vésicule ouverte pourrait faire croire qu'il y en a une plus ou moins petite quantité qui arrive dans l'utérus avec l'ovule; mais il n'en est rien. Au moment où commence la migration ovulaire, il se produit dans tout l'organisme un trouble étrange, et dans les organes génitaux une fluxion



sanguine dont le dénouement commence par une hémorrhagie qui constitue le flux menstruel. Il est incontestable aujourd'hui que c'est à la surface de la membrane muqueuse utérine que se fait la rupture de petits vaisseaux qui rampent sous l'épithélium de cette membrane. On peut, à la loupe, constater les ruptures qui se font en même temps sur un grand nombre de points.

Je ne discuterai pas l'opinion qui attribuait le flux menstruel à une hémorrhagie à la surface du vagin, elle ne peut reposer que sur des faits exceptionnels ou mal observés. Des autopsies en grand nombre ont surabondamment prouvé que c'est à la surface de la membrane muqueuse utérine que se fait l'exhalation sanguine. La clinique, d'ailleurs, n'avait pas besoin de ces autopsies. Tout le monde sait, en effet, que dans les cas d'imperforation du col, c'est dans la matrice que le sang s'épanche et devient une cause d'accidents graves; que lorsque de petits caillots bouchent l'isthme de l'utérus, les malades ressentent les plus vives douleurs.

J'ai dit que, au moment où commence la migration de l'œuf, la fluxion sanguine se produit. Je ne veux pas que vous croyiez que j'ai voulu assigner une époque relative à la rupture de la vésicule ovarienne. Il est, en effet, bien difficile de dire à quel moment de l'ovulation les menstrues se produisent, il est même démontré que l'œuf peut se détacher, être fécondé, sans que les règles se soient produites. J'ai donné des soins à une dame qui se maria à trente-cinq ans, sans avoir jamais été réglée. A trente-six, elle devint enceinte; ses règles se montrèrent régulièrement pendant sa grossesse et cessèrent après. Dans une seconde grossesse, elles reparurent, pour cesser



encore après l'accouchement. Ce fait suffirait, à lui seul, pour prouver que les menstrues peuvent être indépendantes de la rupture des vésicules ovariennes.

Mais des faits semblables ont été observés par Velpeau, Perfect et d'autres auteurs. Les médecins qui, comme Denman, nient la possibilité d'un pareil phénomène, se fondent sur ce que les femmes ne disent pas toujours la vérité. Je sais qu'il faut se méfier des assertions des malades, mais il n'est pas facile de cacher à tout le monde le sang des menstrues, et en admettant qu'il y ait eu menstruation avant la grossesse, il faudrait être fanatique du merveilleux pour se procurer, chaque mois du sang qui en imposât au médecin. Si Denman avait connu la malade que j'ai eu l'occasion d'observer, il n'eût pas douté de sa sincérité; elle était réglée pendant ses grossesses, et son caractère m'autorise à affirmer qu'elle était véridique, quand elle disait ne pas avoir été réglée avant la conception.

Je ne vois pas, d'ailleurs, de grandes difficultés à ce qu'une femme soit réglée pendant la grossesse. Cela serait difficile à comprendre, si l'on admettait que le sang vient de l'ovaire; mais comme nous savons qu'il vient de la membrane muqueuse de l'utérus, rien ne s'oppose à ce que la partie où ne se fait pas l'implantation du placenta, ne soit le siège d'une petite hémorrhagie. Est-ce qu'il n'y a pas parfois des hémorrhagies pendant des grossesses qui suivent leur cours? Ces faits ne se distinguent des premiers que par l'irrégularité de l'écoulement du sang qui est alors un accident, tandis que chez la femme dont j'ai parlé, la menstruation pendant la grossesse était l'état normal, et il est probable qu'il y



aurait eu danger à combattre cette petite hémorrhagie mensuelle.

Il est sans doute étrange que la cavité utérine tapissée par la membrane caduque, et que le museau de tanche fermé à sa partie supérieure ne s'opposent pas à la menstruation; mais quelque bizarres que soient les faits de menstruation pendant la grossesse, il est impossible aujourd'hui d'en nier la possibilité.

La menstruation de la femme a une si grande analogie avec la période du rut chez les animaux, qu'il est utile de rapprocher ces deux états physiologiques.

Ils sont tous les deux la préparation à la conception.

Tous les deux sont périodiques. Leur durée est également variable.

Le rut n'a qu'une durée de quelques jours chez la vache et la jument; on dit que la période du rut ne serait que de neuf à dix jours chez les chiennes, mais elle dure souvent beaucoup plus longtemps. Dans le rut et dans la menstruation la fluxion des organes sexuels est la même.

Voici la description que Burdach donne de l'état anatomique des femelles des mammifères pendant le rut : « Il s'établit une congestion dans les ovaires; les vésicules y prennent une teinte plus foncée, presque noirâtre, et se rapprochent de la surface. Elles s'entourent de nombreux vaisseaux et s'enflamment au point que la moindre pression suffit pour y déterminer un épanchement de sang. La matrice regorge de sang, ses parois ont acquis plus d'épaisseur. Ce qui frappe surtout, c'est l'état d'inflammation plus ou moins vive de la partie inférieure du vagin et des lèvres de la vulve, qui sont très-sensibles,



rouges, chaudes, tuméfiées, proéminentes et couvertes d'un mucus souvent fort odorant, il survient même assez souvent des hémorrhagies (chiennes, juments, vaches, singes) (Burdach, tome II).

Si vous avez jamais été à même d'observer de près une femelle en rut, vous ne vous étonnerez pas que Burdach, qui n'était que physiologiste, parle de l'*inflammation* du vagin et de la vulve des animaux en rut. Le rut et l'inflammation ne diffèrent réellement que par la durée de la congestion, et comme le rut et l'état menstruel ont la plus grande analogie au point de vue anatomique, vous comprendrez de quels soins la femme doit être entourée pendant les jours si difficiles de cette période critique.

Si, au lieu d'étudier les caractères anatomiques de l'état menstruel sur le vivant, vous avez jamais l'occasion de surprendre sur le cadavre d'une femme morte pendant la menstruation la congestion utérine et vaginale, vous saurez mieux encore à quel degré elle peut atteindre.

Il faut prendre garde de confondre l'état moral de la femme avec les caractères physiques de la menstruation. De ce que quelques jeunes personnes sont insensibles au plaisir des sens, il ne faut pas croire que les organes sexuels de la femme restent indifférents à la période menstruelle. Il y a là deux choses très-distinctes : la *congestion* et la *sensation*. L'insensibilité n'implique pas l'absence de l'état congestif. La congestion est indispensable à l'écoulement menstruel ; pour que le sang s'écoule à l'époque des règles, il faut nécessairement que la membrane muqueuse utérine se vascularise et que ses



vaisseaux se distendent et se gorgent de sang, comme s'ils venaient d'être distendus par une injection artificielle.

Si vous voulez vous faire une idée nette de la congestion des organes sexuels, à l'époque de la menstruation, injectez les veines utérines, sur le cadavre d'une femme ayant déjà conçu, en même temps qu'un aide injecte le bulbe du vagin ou le clitoris; vous saurez alors la vascu-

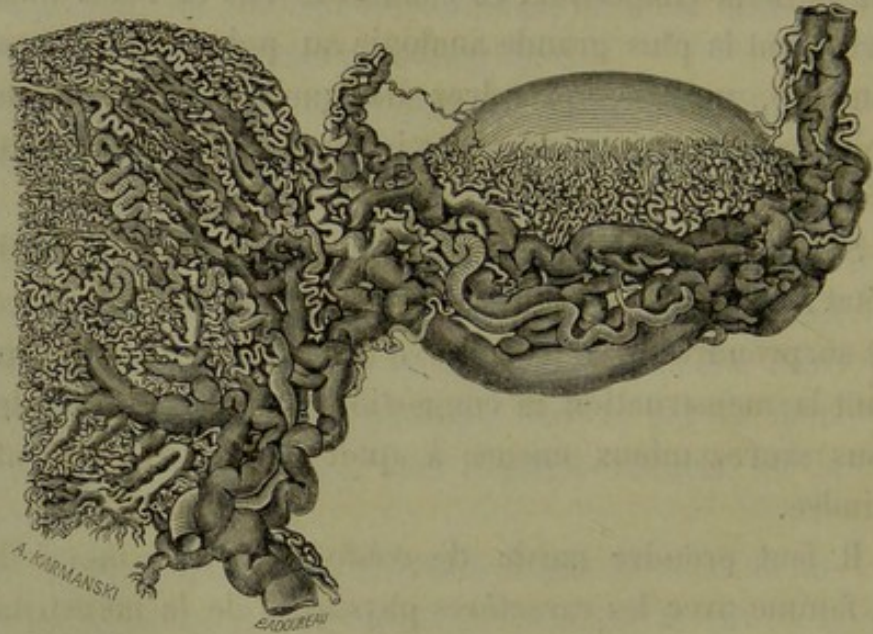


Fig. 2. — Vaisseaux de l'utérus et de l'ovaire.

larité des organes qui prennent part à cette scène si intéressante de l'époque menstruelle.

J'aurais voulu vous montrer cette pièce anatomique que j'ai souvent préparée dans ma jeunesse. Ne l'ayant pas à ma disposition, je mets sous vos yeux les planches que M. Rouget a fait graver pour son mémoire sur les

organes érectiles de la femme (fig. 2 et 3), elles vous donneront une idée très-nette de la vascularisation de



Fig. 3. — Vaisseaux de l'utérus.

l'utérus et de l'ovaire; mais vous ne pourrez que deviner l'état congestif de tous les organes contenus dans le bassin.



## DEUXIÈME LEÇON

### MÉTRITE INTERNE

(ENDOMÉTRITE, MÉTRITE MUQUEUSE OU CATARRHALE).

D'après ce que nous savons déjà des phénomènes qui se passent chaque mois dans l'utérus, il nous est facile de comprendre combien il faut ajouter peu de chose à la fluxion mensuelle pour constituer une véritable inflammation de la membrane muqueuse utérine.

Vous n'avez pas oublié que, pendant les règles, cette membrane est rouge et remarquable par les réseaux vasculaires qui entourent les orifices des glandules ; qu'elle est extraordinairement tuméfiée ; qu'elle a, en un mot, toutes les apparences d'un tissu enflammé.

Si vous lisez avec attention, dans les auteurs les plus autorisés, les caractères anatomo-pathologiques de la métrite interne, vous trouverez qu'ils ne diffèrent de l'état dans lequel est la membrane muqueuse utérine pendant la menstruation que par une accentuation un peu moindre. Quelques-uns avouent ne pas pouvoir préciser l'état anatomique de la membrane muqueuse dans la métrite aiguë, parce que les occasions de pratiquer des autopsies de femmes mortes dans le cours de cette maladie sont extrêmement rares. Ainsi, M. Nonat qui s'est occupé, dans toute

sa carrière médicale, des affections utérines, dit ne pas avoir trouvé une seule occasion de faire une autopsie de ce genre.

On peut résumer en peu de mots ce que nous savons de l'anatomie pathologique de la métrite interne, dans sa période d'acuité; la membrane muqueuse est rouge; on y voit des arborisations vasculaires très-fines; elle est irrégulièrement épaissie et on y aperçoit de petites saillies qui ont été considérées à tort comme des papilles épaissies. M. Nonat prétend qu'il n'y a pas d'arborisations, mais un pointillé rouge. L'aveu qui précède sa description nous autorise à ne pas donner une trop grande importance à cette assertion, et à penser que les réseaux vasculaires constatés autour des orifices des nombreuses glandes de l'utérus, pendant la période cataméniale, ne sont pas moins prononcés dans l'affection aiguë de la membrane muqueuse. Aran, qui paraît traiter la question avec connaissance de cause, dit qu'il y a des arborisations vasculaires, et que la rougeur ne dépasse pas une profondeur de 1 à 2 millimètres et demi.

L'épithélium, qui est vibratile, disparaît par places, et il n'est pas rare de ne plus trouver de cils vibratiles. Dans ce dernier cas, il n'y a plus que l'épithélium cylindrique.

Les orifices des glandes sont plus largement ouverts, et avec une loupe on y distingue du mucus.

Des mucosités en plus ou moins grande quantité tapissent alors la face interne de l'utérus.

Dans les cas rares où l'on a pu voir la membrane muqueuse de l'utérus enflammée, on y a aussi trouvé des ulcérations.

Ainsi M. Gallard parle en ces termes de l'autopsie,



d'une femme morte dans son service : « La muqueuse utérine ayant dans toute son étendue une coloration plus foncée qu'à l'état normal, était en même temps légèrement tuméfiée et présentait, en trois points de sa face postérieure, de petites ulcérations de deux à quatre millimètres de diamètre. Le fond de ces ulcérations était rougeâtre, pulpeux, se détachant sous l'action d'un filet d'eau. »

Aran dit que la cavité utérine est dilatée ; que la matrice est peu augmentée de volume ; mais je crains que ce ne soit qu'une vue de l'esprit, et que cette opinion ne repose pas sur l'observation. Comme on a eu très-rarement l'occasion d'observer sur le cadavre l'utérus de femmes mortes au moment où elles étaient affectées de métrite interne aiguë, il faudrait, pour soutenir que la cavité utérine est augmentée, que l'on eût eu recours à l'hystérométrie. Or une pareille tentative ne serait pas excusable ; elle serait de nature à aggraver la maladie, et je suis sûr que Aran n'a pas employé ce moyen.

Ce qui me donne cette certitude, c'est que parmi les caractères anatomo-pathologiques de la métrite interne ou catarrhale, il indique le ramollissement du parenchyme. Assurément, le cathétérisme utérin serait le moyen le plus sûr de savoir s'il y a dilatation de la cavité utérine ; mais à part Kiwisch, qui s'en est servi dans la métrite parenchymateuse aiguë, personne n'oserait avoir recours à ce moyen. Huguier, qui a tant fait pour l'hystérométrie, eût seul été excusable de ne pas le rejeter, parce que les novateurs sont toujours exposés à ne pas rester dans les limites de la vérité ; mais Huguier avait un sens pratique qui l'a retenu. Voici ce qu'il dit : Nous rejetons l'usage



de l'hystérométrie dans la métrite aiguë parenchymateuse et dans la métrite muqueuse aiguë : 1° parce que le diagnostic de ces affections est généralement facile ; 2° parce que, fussent-elles confondues avec une inflammation périutérine, ou une péritonite pelvienne, le traitement serait à peu près le même ; enfin, et surtout parce que le peu d'avantages qu'on retirerait du cathétérisme seraient plus que compensés par les douleurs que l'on causerait, par l'aggravation et peut-être par l'extension de la maladie aux parties voisines. » (*De l'hystérométrie*, p. 60.)

Je ne puis pas partager l'opinion d'Aran au sujet de la cavité de l'utérus dans la métrite muqueuse aiguë. Loin de croire qu'elle est agrandie, je suis porté à penser qu'elle est diminuée par l'épaississement de la membrane muqueuse. Un organe dont les parois sont fermes et denses ne s'agrandit pas d'un jour à l'autre. Pour que j'admisse la dilatation de la cavité utérine comme un signe et comme une des conséquences de l'endométrite, il faudrait des preuves reposant sur des faits concluants et inattaquables, et, jusqu'ici, je n'en connais pas.

Je l'ai déjà dit et je le répéterai souvent ; la fluxion cataméniale est l'état qui nous donne l'idée la plus nette de la métrite muqueuse aiguë. Eh bien, pendant les règles, la cavité utérine ne s'agrandit pas ; la membrane muqueuse se gonflant, ne trouve plus de place suffisante ; l'utérus ne se dilate pas, c'est la membrane muqueuse qui se plisse pour tenir moins de place. Il en est ainsi dans la métrite muqueuse aiguë, et Aran n'a pu émettre une opinion contraire qu'en confondant la dernière phase de cette maladie avec le commencement de la métrite catarrhale chronique ou avec la métrite parenchymateuse. Ce



qui me confirme dans cette opinion, c'est qu'il dit plus loin : « Je doute pour ma part que le catarrhe aigu de l'utérus puisse se montrer, sans la coexistence, à un degré quelconque, de la congestion ou de la métrite parenchymateuse. »

S'il en était ainsi, si la métrite catarrhale coexistait toujours avec un certain degré de la métrite parenchymateuse, il faudrait s'empresse de ne faire qu'un chapitre pour ces deux affections. L'étude en serait singulièrement simplifiée. Mais il n'en est rien. La métrite catarrhale aiguë peut exister indépendamment de toute autre affection.

Si les caractères anatomopathologiques de cette maladie ne sont pas établis d'une manière incontestable, les symptômes par lesquels elle s'annonce ont une signification qui n'expose guère à l'erreur.

Au premier rang, je place l'écoulement de sang. C'est le plus ordinairement le symptôme qui appellera votre attention. Cet écoulement a un caractère tout particulier. Ce n'est d'abord qu'un suintement mucoso-sanguin, ressemblant à celui d'une violente inflammation uréthrale. Puis le sang apparaît, au bout de deux ou trois jours, en plus grande abondance. La plupart des malades prennent cette métrorrhagie pour le retour précoce des règles.

La douleur est moins vive que dans la métrite parenchymateuse, mais elle ne manque jamais au début.

Il y a dans le bassin et dans l'hypogastre une sensation de plénitude, de chaleur, d'inquiétude, et d'un malaise que les femmes qualifient un peu différemment, mais qui, rapproché des autres symptômes, aide beaucoup au diagnostic. Ce sont souvent des douleurs expulsives.



La partie inférieure du ventre est le siège d'une douleur que la pression augmente; elle est tuméfiée, chaude, tendue et résistant à la main qui explore la région. Cette résistance ne ressemble pas à celle qui résulte d'une péritonite. Elle ne paraît exister que pour s'opposer à la pression qui augmente la douleur.

« Le vagin, dit Nonat, est le siège d'une chaleur âcre et brûlante qui va en augmentant à mesure que le doigt explorateur se rapproche de l'utérus. Le plus souvent, le toucher vaginal est rendu impraticable par l'excès des souffrances qu'il provoque. »

On peut pourtant, le plus souvent, pratiquer le toucher, en apportant pour cette petite opération toute la prudence que commande l'état inflammatoire des parties que l'on explore. On constate alors que le col de l'utérus est chaud et douloureux, douloureux surtout quand on cherche à introduire le bout du doigt dans la cavité du museau-de-tanche.

Un médecin prudent ne doit pas examiner au spéculum une femme affectée d'une métrite très-aiguë. Quand on s'est cru en droit de procéder à cet examen, on a constaté que le col est ouvert et qu'il est rempli d'un mucus qui est roussâtre à la première période de la maladie et mucoso-purulent à une période plus avancée.

L'inflammation aiguë de la membrane muqueuse utérine coïncide tantôt avec la constipation, tantôt avec de la diarrhée.

Le plus souvent, la vessie est sympathiquement enflammée, et les malades se plaignent de ressentir en urinant une cuisson plus ou moins vive.

Les symptômes généraux qui accompagnent la métrite



catarrhale aiguë, sont une accélération du pouls, une élévation de la température du corps, une respiration plus fréquente et souvent anxieuse; le plus ordinairement la malade éprouve un petit frisson qui diffère sensiblement de celui qui annonce une infection purulente, ou une péritonite. Le pouls est ordinairement plein et très-différent de celui que l'on observe dans la péritonite généralisée.

Voilà le tableau de la métrite interne aiguë. Je dis à dessein : *métrite interne*, car cette période de la maladie ne devrait pas être appelée catarrhale. On ne devrait décrire sous ce nom que la métrite interne d'un degré moins intense. Que voyons-nous, en effet, dans la maladie que je viens de vous décrire? un écoulement mucoso-sanguin. Il y a du sang et du mucus, mais moins de mucus que de sang. Frappés de cette circonstance, quelques auteurs ont appelé métrite hémorrhagique cette forme de la métrite aiguë. Je repousse cette distinction, parce que l'écoulement de sang, en plus ou moins grande abondance, est dans le programme de l'inflammation aiguë de la membrane muqueuse utérine. Il peut sans doute manquer, si la métrite est modérée, mais il est inévitable, si elle acquiert un certain degré d'intensité.

A côté de cette forme intense de la métrite interne aiguë, il en est donc une autre dont je dois vous parler :

La maladie ne débute plus par un frisson; le pouls est seulement un peu plus fréquent, la température est légèrement augmentée, la malade éprouve de la pesanteur dans le ventre, la sensation d'un corps qui tendrait à sortir de l'utérus. Le ventre est douloureux, mais il supporte la pression de la main qui explore la région.



Si l'on pratique le toucher, on constate que le col de l'utérus est chaud et douloureux, mais à un moindre degré que dans la forme précédente, ce n'est plus du sang qui s'écoule de la cavité du col, c'est un mucus épais et filant qui se charge sur le pinceau comme la filasse sur la quenouille.

Si l'on examine la chemise de la malade, on y constate des taches qui durcissent le linge comme s'il avait été empesé. Ces taches sont d'abord transparentes; elles deviennent bientôt mêlées de muco-pus.

Dans cette forme, la douleur n'est pas assez vive pour que l'on ne puisse, avec de grandes précautions, procéder à l'introduction d'un spéculum.

Quand on a recours à cet examen, voici ce que l'on observe :

Le col est rouge; sa couleur est à peu près celle du gland d'un pénis en érection. Ses lèvres sont écartées l'une de l'autre et sa cavité est ouverte. On y voit du mucus que j'ai comparé à l'aspect du verre en fusion. Dans une autre variété, la membrane muqueuse du col est hypertrophiée et vient faire une saillie légère dans le vagin. Cette disposition n'est pas seulement appréciable à la vue, elle l'est encore par le toucher qui donne alors la sensation de fongosités, qui existeraient au centre du museau de tanche. Le mucus transparent appartient au premier degré de la métrite catarrhale. A un degré un peu plus avancé, le mucus est panaché de blanc. Il était d'abord incolore, il se mêle de mucus blanc, qui le recouvre à sa surface, mais partiellement, de sorte que le liquide est du mucus incolore, avec des striés de mucus blanc ou opalin.



Dans un troisième degré, c'est du mucus-pus.

Dans cette forme, comme dans la forme plus aiguë par laquelle j'ai commencé la description de la métrite interne, l'utérus conserve son volume normal.

Dans ce qui précède, j'ai parlé de l'inflammation de la membrane muqueuse utérine, sans distinguer celle qui tapisse l'intérieur de la matrice de celle qui appartient au col. C'est une distinction que tous les auteurs ont consacrée et qu'il faut conserver, parce qu'elle est conforme à ce que l'observation nous enseigne. Mais, pratiquement, elle n'a pas une aussi grande importance qu'on pourrait l'imaginer.

Il faut pourtant savoir que la métrite interne du corps de l'utérus peut exister isolément, sans que la membrane muqueuse du col y participe, cela s'observe surtout chez les jeunes filles dont le corps et le col sont séparés par un intervalle très-étroit que l'on a appelé improprement l'orifice interne du col, et auquel le nom d'isthme qui lui a été donné convient beaucoup mieux. Chez la fille vierge, la cavité utérine est presque close, l'inflammation de la membrane muqueuse peut donc ne pas s'étendre au col.

On dit que la métrite interne du corps est plus fréquente que celle du col. Je n'ai point d'opinion personnelle à ce sujet, mais je crois que l'inflammation des glandules du col arrive plus vite à la sécrétion du mucus-pus que celle qui a son siège dans la cavité du corps.

Après avoir observé avec le plus grand soin et à des périodes diverses de la maladie le col des jeunes filles qui ont une métrite interne aiguë peu intense, j'ai toujours constaté à l'hôpital de Lourcine où l'on doit examiner au spéculum des malades pour lesquelles on s'abs-



tiendrait de cet examen si l'on ne soupçonnait pas une maladie vénérienne, que le mucus qui vient de la cavité du corps est plus longtemps transparent et hyalin que celui du col. C'est pour cela que la transparence du mucus qui s'écoule de l'utérus est d'abord tachée de blanc à sa surface; la partie périphérique du mucus utérin, qui est transparent, adhérant au mucus blanc ou jaunâtre que les glandules du col sécrètent.

Contrairement à l'opinion généralement admise, je soutiens que la métrite interne franchement aiguë est plus fréquente chez les femmes qui n'ont pas conçu, que chez celles qui ont eu des enfants. Chez celles-ci, la cavité utérine étant rarement revenue à ses dimensions normales et communiquant largement avec la cavité du col, les mucosités et le sang s'écoulent facilement et la membrane muqueuse a de la place pour prendre l'extension inhérente à sa tuméfaction. L'inflammation a, par suite de cette disposition anatomique, grande tendance à s'atténuer promptement et à passer à l'état chronique.

Chez les femmes qui n'ont pas conçu, on trouve une disposition inverse, la cavité utérine est étroite et presque close. Elle ne communique avec celle du corps que par une ouverture dont l'étroitesse joue un si grand rôle dans la dysménorrhée des vierges. Dans ces conditions, quand la membrane muqueuse s'enflamme, il se produit un état inflammatoire dont l'acuité est plus persistante que chez les femmes qui ont eu des enfants.

Avec plusieurs auteurs, j'admets que la métrite interne aiguë peut provenir de la propagation de la blennorrhagie vaginale dans la cavité utérine.

Quelques médecins, très-compétents pourtant, ont



émis des doutes à ce sujet. Ainsi Aran en exprimait, et il pensait « *que les femmes qui s'exposent à contracter la blennorrhagie peuvent très-bien être affectées de catarrhe utérin, avant le développement de la blennorrhagie.* » Bien avant lui, Van-Swieten avait soutenu que la gonorrhée primitive ne peut pas pénétrer jusque dans l'utérus.

Après avoir dit que l'on a raison de douter que la gonorrhée puisse dépasser le vagin, et atteindre l'utérus, les trompes de Fallope et les ovaires, il ajoute, confondant la syphilis avec la blennorrhagie : *possibile quidem videtur, lue per totum corpus dispersâ, et has partes affici deinde : sed non constat, quantum novi, gonorrhœam ad uterum usque penetrasse, et ibi excitasse simile malum* (Van-Swieten, *Aph.*, tome V). Vous voyez que ce n'est qu'une assertion, sans preuves, qui ne peut plus avoir grande valeur pour ceux qui distinguent la blennorrhagie de la syphilis.

C'est avec des faits bien constatés qu'il faut s'efforcer de décrire les maladies. Toute autre méthode conduit à l'erreur. Or, la propagation de la blennorrhagie à la membrane muqueuse utérine est évidente pour tous ceux qui ont étudié cette question dans un hôpital consacré aux femmes vénériennes.

Vous trouverez, dans le volume que j'ai consacré aux maladies des organes génitaux externes de la femme (page 345), mon opinion exprimée nettement à ce sujet. Je voyais fréquemment à l'hôpital de Lourcine des jeunes filles entrer avec une vaginite très-intense. Dès que la diminution de la douleur me permettait de les examiner avec le spéculum, je procédais à cet examen. J'en ai vu



qui, à leur entrée, n'avaient qu'une blennorrhagie vaginale et qui, au bout de quelques jours, étaient affectées d'une métrite donnant lieu à un écoulement muco-purulent semblable à celui du vagin. Je suis même porté à penser que l'introduction du spéculum, en augmentant l'inflammation du vagin, est une cause fréquente de son extension à la membrane muqueuse utérine.

Van-Swieten pouvait nier la propagation de la blennorrhagie à la membrane muqueuse utérine. De son temps, le spéculum étant inconnu, on ne pouvait pas étudier à la source les produits de sécrétion de la membrane utéro-vaginale.

Dans une note de la traduction de Hunter, M. Ricord dit avoir constaté cette propagation : « l'application générale, dit-il, que j'ai le premier faite du spéculum à l'étude des maladies vénériennes chez la femme a prouvé, comme l'avait déjà annoncé Brugnone, que la matrice même peut aussi être le siège de la blennorrhagie, et explique, comme l'a fait Daran, la fréquence de la leucorrhée à la suite des écoulements réputés vénériens. »

*Étiologie.* — La métrite aiguë peut être produite par tous les actes, par toutes les circonstances qui produisent la congestion de la membrane muqueuse utérine. De toutes ces circonstances la menstruation est celle qui a la plus grande influence. Si à cette époque, une femme se livre à un travail excessif, la fluxion physiologique peut se transformer en inflammation, je l'ai déjà dit et répété : du premier de ces états au second, il n'y a qu'une différence souvent difficile à apprécier.

L'abus des relations sexuelles est considéré par tous les auteurs comme une des causes les plus ordinaires de la



métrite interne. C'est pour cela que les femmes nouvellement mariées sont si souvent malades. L'initiation à la reproduction est pour elles une épreuve dans laquelle leur santé peut être compromise pour longtemps si les lois de l'hygiène sont méconnues.

Les premières relations sexuelles leur causent une grande douleur; mais il y a en elles un instinct de procréation qui domine tout; elles souffrent sans se plaindre. Le jeune marié qui, lui, ne recherche que le moyen et ne pense pas au but, se livre souvent avec brutalité à ce qu'il appelle l'amour. S'il n'est pas contenu par les plaintes de la jeune femme; s'il n'est pas arrêté par l'écoulement leucorrhéique qui est si souvent la conséquence de la lune de miel, bientôt les flueurs blanches deviendront roussâtres; la femme se plaindra de ressentir une gêne, un peu de douleur dans le bassin; les approches de son mari deviendront insupportables. La métrite interne aiguë sera produite.

Cette cause est encore plus évidente pour la jeune mariée qui, au lieu de rester chez elle, veut ajouter aux joies du mariage le plaisir de voyager. Dans ces conditions, il n'y a plus de repos pour elle : le soir et la nuit, elle souffre, et le jour, elle aggrave ses douleurs par des excursions, par des visites, par des marches exagérées.

Tous les médecins se sont élevés contre cet usage des voyages entrepris le jour du mariage. Tous ont eu maintes fois l'occasion d'en constater les inconvénients. Tout récemment, j'ai été consulté par une jeune femme qui arrivait du Midi avec son mari. Il y avait huit jours qu'ils étaient mariés. La jeune malade avait une leucorrhée rougeâtre; elle pouvait à peine marcher; elle était furieuse



contre le mariage. Je voulus pratiquer le toucher; mais l'introduction du doigt lui causa une telle douleur que je dus m'arrêter.

Le mari n'était pas malade; sa femme ne pouvait donc avoir qu'une inflammation non spécifique.

Mais cette inflammation était extrême; tout l'hypogastre était sensible à la moindre pression. Il y avait de la fièvre, de l'inappétence et un découragement profond.

L'histoire de ce jeune couple n'est point exceptionnelle. Il n'est pas de médecin qui n'ait cent fois été consulté pour des cas semblables.

Il est encore, Messieurs, une autre cause de métrite, que tous les auteurs signalent, mais sans lui donner l'importance qu'elle mérite. Je vous ai déjà prévenus dans une précédente leçon que pour l'étiologie de la métrite interne, j'aurais besoin d'avoir un auditoire sérieux. N'oubliez donc pas que vous êtes médecins ou que vous allez le devenir. Nous allons examiner ensemble une plaie qu'il faut toucher, quelque dégoût que l'on puisse en ressentir.

A côté de l'acte physiologique normal qui préside à la reproduction de l'espèce, il en est un autre contre lequel les moralistes s'élèvent avec d'autant plus de raison qu'au lieu de préparer la fécondation, il doit presque inévitablement aboutir à la stérilité. Chez le jeune garçon, l'onanisme a une influence funeste qui s'exerce sur les phénomènes de la nutrition et qui prépare ainsi les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse; chez la jeune fille, ce vice produit la leucorrhée et par suite la chlorose et un dépérissement dont le plus souvent la cause reste cachée. Chez les filles vigoureuses et solidement constituées, l'onanisme



donne lieu à la métrite interne aiguë. On est alors consulté pour des douleurs que la jeune malade ressent dans les régions lombaire et hypogastrique; ses règles s'accompagnent toujours de sensations pénibles, et souvent elles sont d'une abondance extrême. Rien n'est plus difficile que de connaître alors la vérité. Il y a deux raisons pour cela : la première, c'est que, sous aucun prétexte, un médecin n'a le droit d'adresser à une jeune fille des questions qui pourraient éveiller dans son esprit chaste et pur, des idées qu'elle n'a même pas soupçonnées. Il peut donc craindre que cela soit, mais la crainte de se tromper doit toujours l'arrêter. La seconde raison, c'est qu'il doit avoir la même réserve avec la famille de la malade. L'expression d'un pareil soupçon serait une injure pour la plupart des parents.

Il faut attendre les confidences et ne jamais les provoquer. On en reçoit d'autant plus que l'on paraît éloigné de pareilles idées.

Ces confidences sont de deux sortes; tantôt elles sont faites par des mères désolées d'un vice qu'elles ont découvert chez leurs filles à l'âge où les pauvres enfants n'avaient pas conscience du mal, et qui s'est continué, malgré toutes les remontrances, malgré toute la sollicitude maternelle. J'ai été appelé à donner des soins à une belle jeune fille de treize ans, qui avait la stature et la force d'une femme et qui se livrait frénétiquement à l'onanisme. Comme elle avait résisté à tous les conseils de sa mère, je lui fis appliquer un appareil. Elle ne pouvait pas l'enlever, elle le brisa. Je ne sais comment elle y parvint, car la lame d'acier qu'il fallait casser, avait une grande épaisseur.



Tantôt ce sont des femmes sans vergogne, qui racontent qu'elles se sont fait beaucoup de mal, et qui entrent alors dans des détails qui ne peuvent pas être répétés. Je fus, un jour, consulté par une femme brune, d'une grande beauté, qui avait une métrite interne caractérisée par des pertes blanches qui alternaient avec des hémorrhagies utérines. Comme elle était douée d'une magnifique constitution, elle bravait les douleurs qu'elle ressentait de temps en temps. Ces douleurs étaient toujours très-vives après les relations sexuelles qu'elle avait fréquemment avec son mari.

Je lui donnais des soins déjà depuis longtemps, lorsqu'un jour elle me confia qu'elle se croyait incurable, parce qu'elle ne se dissimulait pas que tout traitement resterait sans résultat, tant qu'elle garderait des désirs que rien ne calmait. Je sus alors que toute sa vie elle s'était adonnée à l'onanisme, malgré le dégoût qu'elle s'inspirait à elle-même, dans les rares instants où sa fureur utérine s'était calmée. Nous tentâmes alors toutes les médications connues. J'administrai la lupuline, le bromure de potassium, la digitale, etc. Rien n'amena le calme dans l'esprit malade de cette pauvre femme. Elle me demanda alors de la brûler. Après en avoir causé avec son mari, je me décidai à brûler avec un fer rouge l'organe érectile qu'elle accusait de son mal. Tant que la plaie de la brûlure ne fut pas guérie, nous pûmes croire à l'efficacité du remède, mais bientôt j'appris que cette dernière tentative avait échoué.

Vous voyez, messieurs, jusqu'où peut aller la maladie que l'on a appelée avec raison du nom de fureur utérine. Quand elle existe à ce degré qui touche à la folie, ce que



le médecin a de mieux à faire, c'est de désertier, et de conseiller une maison de santé. Mais ce vice a ses degrés, et il existe chez des filles dont la chasteté n'est pas soupçonnée. Scanzoni accuse les jeunes filles des pensionnats allemands d'être presque toutes adonnées à l'onanisme.

Si vous étudiez la vascularité des organes érectiles de la femme et la communauté vasculaire qui existe entre eux et les organes renfermés dans le petit bassin, vous comprendrez l'influence que les excitations génésiques doivent avoir sur la congestion de l'utérus, de ses annexes, de la vessie et de la fin du rectum.

Vous comprendrez alors que ce n'est pas par sympathie que s'établit l'inflammation de la vessie et du rectum, dans les cas de métrite. La cause qui produit l'une, appelant le sang dans cette énorme masse de veines qui enveloppe le vagin, l'utérus et la fin de l'intestin, produira l'inflammation de ces organes, si elle persiste ou si elle se renouvelle trop fréquemment.

J'ai déjà dit que lorsque le vagin est vivement enflammé, le toucher pratiqué sans précautions, ou répété souvent, peut déterminer la propagation de l'inflammation à la membrane muqueuse utérine. J'en dis autant de l'examen au spéculum, qui a cette influence à un bien plus haut degré. Mais ces causes sont bien loin d'égaler celles qui résultent des opérations que, dans ces dernières années, on a trop souvent pratiquées sur le col de l'utérus, dans le but de le dilater.

Il y a quelques années, un médecin étranger qui a un incontestable mérite et qui a rendu de grands services à la science, Marion Sims, professait que le moyen le plus



sûr de combattre la stérilité chez la femme, est d'agrandir le col, de manière que la communication entre sa cavité et celle du corps de l'utérus devienne facile. Dans ce but, il introduisait un instrument avec lequel il faisait un débridement après lequel il introduisait un corps dilatatant.

D'autres médecins, suivant son exemple, conseillent comme moyen de diagnostic pour les tumeurs intra-utérines, de dilater le col de l'utérus, en y introduisant un morceau d'éponge préparée ou une baguette de laminaria ou de racine de gentiane. Je ne blâme pas cette pratique d'une manière absolue. Il y a des circonstances dans lesquelles il faut y avoir recours; mais je soutiens qu'il faut un grand tact, et une grande expérience clinique pour juger de l'opportunité d'un pareil moyen. Je pourrais citer plusieurs exemples d'accidents inflammatoires survenus chez les malades qui ont été soumises à cette opération.

J'ai vu une inflammation de la membrane muqueuse de l'utérus qui se propagea au péritoine, chez une jeune femme qui s'était fait inciser et dilater le col dans l'espoir d'avoir un enfant; aux signes de la métrite se joignirent bientôt ceux de la péritonite, et la malade n'échappa à la mort qu'après un traitement de plusieurs mois et des complications de toute sorte. L'incision donne lieu souvent à une métrite parenchymateuse. Dans les quelques cas d'accidents que j'ai eu l'occasion d'observer à la suite de la dilatation, c'est la métrite muqueuse que j'ai le plus souvent constatée.

Ce que j'ai dit de l'incision et de la dilatation du col,



s'applique à l'introduction de la curette de Recamier, qui est souvent dangereuse et rarement utile.

Si le redresseur utérin dont nous parlerons à l'occasion des déviations de l'utérus, a été abandonné, c'est que, à peu près inutile, il donnait lieu à la métrite interne, accident plus fâcheux qu'une déviation.

Parmi les causes de métrite interne, on signale l'accouchement et l'avortement, mais dans ces cas c'est le plus souvent le parenchyme de l'utérus qui est malade. On ne peut donc pas dire que la parturition normale, accidentelle ou provoquée, soit une cause d'inflammation de la membrane muqueuse utérine.

L'action du froid a été signalée, par presque tous les auteurs, comme une des causes ordinaires de la métrite interne. Enfin, toute cause susceptible d'arrêter brusquement les règles peut engendrer la maladie dont nous nous occupons.

*Diagnostic.* — Il est difficile de faire d'une manière utile pour les élèves le diagnostic de la première des maladies dont on leur indique les caractères. J'avais d'abord pensé qu'il vaudrait mieux l'ajourner pour le moment où l'on pourrait faire le résumé des signes qui appartiennent aux diverses maladies dont la ressemblance est de nature à induire en erreur; mais après y avoir réfléchi, je me suis décidé à suivre l'usage ordinaire, me réservant de revenir sur le diagnostic de chaque affection, toutes les fois qu'il y aura quelque utilité à cela.

Si vous vous rappelez les symptômes de la métrite aiguë, quand vous aurez à dire votre opinion au lit des malades, vous serez rarement embarrassés.

Il n'y a, en effet, que la métrite interne aiguë qui



s'accompagne de douleur à l'hypogastre et dans la région lombaire; de pesanteur dans le bas-ventre, d'un écoulement muqueux et sanguinolent. J'ai beaucoup insisté sur ce dernier signe auquel MM. Bennet et Gallard attachent, eux aussi, une grande importance. Sans doute la douleur existe, et même beaucoup plus vive dans la métrite parenchymateuse, mais celle-ci s'accompagne de dysménorrhée, de retard des menstrues, et jamais de métrorrhagie. Quand il y a écoulement de sang, on peut affirmer que l'inflammation affecte la membrane muqueuse. Pour savoir si la membrane muqueuse est seule malade, on recherchera si le volume et le poids de l'utérus sont augmentés. Dans ce cas, il y aurait complication de métrite parenchymateuse.

Il sera facile de distinguer la métrite interne aiguë de l'hématocèle rétro-utérine qui se manifeste par une tumeur existant entre l'utérus et le rectum, et faisant relief dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Il ne sera pas plus difficile de la différencier du phlegmon des ligaments larges et de la pelvipéritonite, qui n'ont de commun avec la métrite interne aiguë que d'être, comme elle, une inflammation pelvienne. Les corps fibreux de l'utérus donnent lieu à des hémorrhagies abondantes qui se renouvellent souvent; quand le sang s'écoule avec difficulté, soit qu'un corps fibreux oblitère en partie le col, soit qu'un caillot joue le même rôle, il y a douleur plus ou moins vive. On pourrait donc être embarrassé pour se prononcer entre les corps fibreux et la métrite interne aiguë si, par le toucher, il n'était pas très-facile d'établir le diagnostic. Si je repousse l'hystérométrie comme moyen diagnostique pour la métrite aiguë, il n'en est



pas ainsi pour les corps fibreux. Il faut y avoir recours comme moyen de contrôle toutes les fois que l'on croit à l'existence de cette dernière maladie.

Je ne parlerai pas du cancer, dont le diagnostic différentiel avec la métrite interne ne peut jamais offrir de difficulté réelle.

Ce qu'il y a de plus difficile c'est de distinguer la métrite interne aiguë d'une violente blennorrhagie : dans l'une et l'autre il y a écoulement *muco-sanguin* d'abord, muco-purulent ensuite; dans la blennorrhagie comme dans la métrite, il y a chaleur du fond du vagin; le toucher est douloureux; le doute ne peut cesser que lorsque l'acuité de l'inflammation ayant diminué, il est possible de s'aider du spéculum, et encore, alors, on peut être fort embarrassé, si la blennorrhagie s'est étendue à la membrane muqueuse utérine.

Aussi, depuis longtemps, ai-je conseillé dans les cas douteux de blennorrhagie de rechercher s'il y a urétrite.

Comme je suis convaincu, contrairement à Swediaur, que la blennorrhagie existe aussi fréquemment dans l'urèthre des femmes que dans celui des hommes, opinion que Benjamin Bell a soutenue il y a longtemps, je professe que lorsqu'une femme a eu un écoulement de mucus mêlé de sang, et que l'on constate du pus ou du muco-pus dans son vagin, il est indispensable d'examiner avec soin le canal de l'urèthre. S'il sort de ce canal une goutte de pus, on affirmera, sans hésiter, que l'on a affaire à une blennorrhagie. Si après plusieurs examens on n'a rien vu sortir de l'urèthre, on est autorisé à penser qu'il s'agit d'une vaginite ou d'une métrite, et *non* d'une blennorrhagie.



Il est assez facile de distinguer la vaginite de la métrite, il ne peut y avoir de doute que lorsqu'il y a du muco-pus. Dans ce cas seulement, en effet, on peut être embarrassé pour dire si la matière de l'écoulement provient du vagin ou de l'utérus. Ce doute n'est plus permis, lorsque la métrite n'est caractérisée que par une sécrétion muqueuse. Vous savez, en effet, que le mucus qui s'écoule du col enflammé est visqueux et filant, tandis que le produit de sécrétion du vagin est mal lié et composé de particules, qui sont en suspension, et non dissoutes dans le liquide vaginal.

*Marche et terminaison.* — Bien que la métrite interne cause des douleurs moins vives que la métrite parenchymateuse, elle éveille souvent des souffrances tellement vives que les malades ne peuvent pas les supporter sans se plaindre. Cet état dure plusieurs jours, et n'est réellement calmé qu'au moment où l'écoulement sanguin se produit; la douleur ne disparaît pas, mais elle devient supportable. Elle reparaît plus vive, si la métrorrhagie est arrêtée brusquement. Au bout d'un temps qui varie de 10 à 15 jours, l'inflammation se calme peu à peu, rarement elle cesse complètement si on n'a rien fait pour la combattre; elle passe alors à l'état chronique.

La membrane muqueuse suppure quand l'inflammation dont elle est le siège est très-vive; elle ne donne jamais lieu à la formation d'abcès, mais, au lieu de sécréter du mucus, elle sécrète du pus; le plus souvent du pus mêlé à du mucus. La présence du pus dans le liquide sécrété est facile à constater, à l'aide de l'ammoniaque liquide qui décèle sa présence en donnant lieu presque instantanément à une masse qui se prend en gelée. D'ailleurs l'exa-



men au microscope ne permet pas de doute à cet égard. M. Leblond, qui est aujourd'hui un médecin distingué, a constaté pendant son internat que des globules de sang se trouvaient mêlés au pus et au mucus. Voici le passage dans lequel M. Gallard cite l'opinion de M. Leblond : « On y rencontre des globules purulents en grande quantité et quelques globules sanguins. Ces derniers sont peu nombreux, c'est-à-dire qu'on rencontre deux ou trois globules sanguins pour 20 à 25 globules de pus. On trouve çà et là dans la préparation, mais très-rarement, quelques grandes cellules avec un noyau, qui paraissent être des cellules d'épithélium pavimenteux. Ces divers éléments nagent dans un liquide transparent, légèrement rosé. »

Quand la métrite interne n'a qu'une durée de quelques jours, elle n'apporte pas de troubles durables dans la santé générale. La métrorrhagie affaiblit un peu la malade, mais cet affaiblissement disparaît bien vite, quand les accidents locaux ne reparaissent pas. Malheureusement les causes qui ont donné naissance à la métrite interne aiguë peuvent se reproduire. Les excitations sexuelles sur lesquelles nous avons tant insisté, parce qu'elles nous paraissent avoir la plus large part dans la production de la maladie, reviennent infailliblement, et bientôt la malade maigrit, perd l'appétit, digère mal, se plaint de migraines, de névralgies. Arrivée à ce degré, la maladie a souvent une influence salutaire sur l'esprit : une femme accablée des souffrances physiques, effrayée de son amaigrissement, de la perte de sa beauté, dégoûtée des plaisirs, ne pense plus qu'à sa santé. On peut alors la guérir.



**Traitement de la métrite interne.** — (Endométrite) à sa période d'acuité.

Quand la métrite n'est due qu'à une cause passagère, tout à fait accidentelle, il y a bien des raisons pour qu'elle ne se reproduise pas. Il est pourtant à craindre qu'une seconde atteinte ne soit favorisée par la première, qui crée une prédisposition inflammatoire, soit que la première métrite n'ait pas disparu aussi complètement qu'on l'avait pensé, soit qu'elle ait produit une plus grande vascularisation de la membrane muqueuse, ou bien qu'elle ait agrandi le calibre de ses glandes.

Il est donc important de combattre la métrite interne à son début, de manière qu'elle laisse des traces moins profondes; il faut surtout se garder des illusions auxquelles s'abandonnent facilement les femmes, fatiguées du repos au lit auquel la maladie les a condamnées, et désireuses de reprendre leurs habitudes mondaines.

C'est presque toujours l'impatience des malades qui détermine la terminaison par le passage de l'état aigu à l'état chronique.

Il n'y a de guérison certaine que lorsque la menstruation est redevenue normale. Aussi doit-on craindre un retour de la maladie aux époques menstruelles, et redoubler de précautions pour maintenir la fluxion sanguine au degré physiologique.

Pour le traitement, il est indispensable de reconnaître deux degrés d'acuité dans la métrite interne. Dans celui qui est caractérisé par une vive douleur, par une exsudation sanguine, qui en impose aux malades pour une



crise de menstruation, il faut une médication énergique.

Quand le médecin ne conserve pas le moindre doute sur la signification de l'écoulement muco-sanguinolent, il ne doit pas hésiter à prescrire une application de vingt à vingt-cinq sangsues sur l'hypogastre. S'il trouve, tout d'abord, quelque hésitation de la part des personnes qui entourent la malade, il faut compter qu'elles seront bientôt rassurées par le résultat. Souvent le lendemain, presque toujours le surlendemain, l'écoulement de sang utérin a disparu, et, dès le jour même, la douleur a très-notablement diminué. Pour que ce résultat soit obtenu, il faut proportionner le nombre des sangsues à l'intensité de l'inflammation, en tenant compte des forces des malades; mais ce qu'il faut assurer surtout, c'est la disparition de l'inflammation, de l'écoulement sanguinolent et de la douleur, qui sont une source plus active de débilitation qu'une émission sanguine qui se fait promptement.

On atteint le but plus vite et plus sûrement par une saignée locale que par la saignée du bras qui, depuis Lisfranc jusqu'à M. Nonat, a trouvé de nombreux partisans. Les petites saignées, que l'on pratique quand on a recours à la méthode de Lisfranc, étant répétées souvent, débilitent les malades sans combattre efficacement les violentes inflammations.

Dans un cas de métrite interne d'une grande acuité, si la malade refusait de se soumettre à une application de sangsues, il faudrait recourir à la saignée du bras, mais il serait alors indispensable de tirer 4 à 500 grammes de sang pour être sûr de ne plus avoir à recourir à ce moyen.

Les bains prolongés, aussi longtemps que les malades peuvent les supporter, sont un des moyens les plus effi-



caces de combattre l'inflammation. Ordinairement, je prescris des bains d'une durée de quatre heures. Autant je compte sur leur efficacité, autant je suis convaincu que les bains de siège ont les plus grands inconvénients. Si l'eau du bain de siège est froide, elle ne tardera pas à causer à la malade un malaise inexprimable; si elle est chaude, au lieu de calmer l'inflammation, elle l'augmentera en produisant sur le bassin un afflux sanguin, semblable à celui que le pédiluve produit sur les pieds.

Je ne prétends pas que le moyen soit nécessairement nuisible, je soutiens seulement qu'il est très-incertain, et qu'il va souvent à l'encontre du but que l'on se propose.

Quand les malades prennent tous les jours des bains de quatre heures, les injections deviennent inutiles. Je sais que le vagin est fermé par l'adossement de ses parois antérieure et postérieure, mais quand une fois l'eau y est entrée, elle y rentre encore et en sort très-facilement. Souvent les femmes qui n'ont eu recours à aucun artifice pour faire arriver l'eau du bain jusqu'au col de l'utérus, sont fort étonnées d'en sentir sortir une grande quantité dans les mouvements qu'elles font pour s'habiller. Quoi qu'il en soit, si l'on craignait que l'eau n'entrât pas dans le vagin, il pourrait être utile d'y introduire une canule qui doit alors être laissée en place, pendant toute la durée du bain.

Dans la période de grande acuité de la métrite, je n'ai pas recours aux injections. Je crains que, faites avec trop de force, elles causent moins de bien que de préjudice aux malades. A cette période de la maladie, le moindre contact est pénible; c'est, au contraire, un des moyens les plus utiles, quand l'inflammation s'est un peu calmée.



Je ne parle ici que des injections propres à laver et à rafraîchir les parties malades. A cette période, je repousse absolument les injections caustiques, qui sont d'une utilité incontestable dans des formes moins aiguës de métrite muqueuse.

J'emploie volontiers la glace sur l'hypogastre, lorsque les malades se plaignent de ressentir une vive chaleur de cette région. Mais ce n'est pas aussi facile qu'on se l' imagine, quand on n'y a pas eu recours. Une vessie pleine de glace est bientôt insupportable à une femme qui supporte difficilement la moindre pression sur le ventre. Voici comment je l'applique : l'eau restant à zéro tant qu'elle contient de la glace, j'en mets une certaine quantité dans une vessie, de manière que la glace surnageant ne touche pas la peau par ses aspérités. La vessie, étant suspendue à un cerceau, toucherait d'une manière insuffisante les parties sur lesquelles elle doit agir, ou bien elle pèserait de tout son poids. Pour obvier à cet inconvénient, je rapproche des rouleaux de linge vers l'hypogastre de la malade, et je fais porter la vessie, en grande partie, sur leurs bords, pendant qu'elle s'étale sur le ventre. Cette application est ordinairement supportée facilement : elle est alors d'une grande efficacité.

On a conseillé des applications de glace dans le vagin ; mais je doute que l'on puisse en attendre d'heureux effets. Quand la métrite est très aiguë, le toucher vaginal est pénible. C'est bien autre chose quand il faut introduire dans le vagin un morceau de glace, pour peu que celui-ci soit un peu volumineux ; s'il est petit, l'opération doit être répétée sans cesse, sous peine de voir augmenter l'inflammation sous l'influence de la réaction qui se produit



après l'action momentanée du froid. Les malades trouvent que c'est une nouvelle gêne ajoutée à leurs souffrances.

Les vésicatoires, qui sont d'une si grande utilité dans le traitement de la pelvi-péritonite et du phlegmon des ligaments larges, sont ici d'une médiocre utilité. Ils ont le grand inconvénient d'agir sur la vessie, de l'enflammer, et nous savons que la cystite est une des complications les plus fréquentes de la métrite interne.

Je préfère les frictions faites sur la région hypogastrique avec la pommade mercurielle double, additionnée d'un quart d'extrait de belladone. Pour obtenir de ce moyen tout ce que l'on est en droit d'attendre, il faut que chaque friction ait une durée d'au moins dix minutes; elle doit être faite, chaque fois, avec 10 ou 15 grammes de pommade, et renouvelée matin et soir.

On recouvre ensuite tout le ventre d'un large cataplasme de farine de lin.

Aux moyens locaux, on doit ajouter les purgatifs, qui sont utiles toutes les fois que la métrite se complique de constipation. Dans le cas de diarrhée (nous savons qu'on observe tantôt la diarrhée, tantôt la constipation), on prescrit des lavements d'eau de guimauve additionnée de quelques gouttes de laudanum.

Il faut, à tout prix, calmer les douleurs; dans ce but, on administre l'opium à haute dose. Dans le cas de constipation opiniâtre, le chloral est préférable; il est hypnotique comme l'opium, il calme les douleurs, et il n'a pas d'action sur l'intestin. Dans le cas de complication d'une entérite donnant lieu à de la diarrhée, l'opium doit être préféré.

C'est à ce traitement énergique qu'il faut avoir recours



pour la forme très-aiguë de la métrite interne. En ayant toujours présente à l'esprit la possibilité d'une terminaison de l'inflammation par le passage de l'état aigu à l'état chronique, — forme interminable de la métrite, — on n'hésitera pas.

Quand l'inflammation de la membrane muqueuse de l'utérus ne débute pas d'une manière aussi violente, on peut espérer la guérison par un traitement plus doux.

La plupart des auteurs disent même que les femmes affectées d'une métrite aiguë, peu intense, peuvent guérir par de simples précautions hygiéniques, telles que le repos au lit ou sur une chaise longue, des bains tièdes, des lavements émollients, une alimentation peu excitante, etc. Pour que cela soit, il faut que l'inflammation soit bien légère et bien récente ! Si les médecins qui ont avancé que la métrite peut guérir ainsi, avaient revu leurs malades quelques mois après leur sortie de l'hôpital, il est probable qu'ils n'auraient pas continué à accorder autant de confiance à une médication aussi insuffisante.

Je crois bien que le repos au lit, que des bains tièdes et des lavements peuvent calmer une métrite peu intense, mais ce sont des moyens insuffisants pour la guérir définitivement et pour l'empêcher de passer à l'état chronique.

Quand la matrice a été le siège d'une inflammation, elle est, chaque mois, et pendant un temps fort long, exposée à une récurrence ; il faut donc surveiller la guérison longtemps encore après que la malade se vante d'être complètement guérie. Si j'avais cru la femme qui est couchée au n° 5 de la salle Sainte-Marie, la nommée B...,



qui, après avoir eu des sangsues sur la région hypogastrique, vit promptement cesser sa métrorrhagie et les douleurs, elle serait sortie de l'hôpital, et nous la croirions définitivement guérie. Elle ne l'est pourtant pas encore, et elle n'aura chance de l'être que lorsque ses règles se seront reproduites sans amener le cortège de l'inflammation utérine. Déjà elle se plaint de ressentir de petites douleurs à l'hypogastre, douleurs très-supportables sans doute, mais bien suffisantes pour éveiller des craintes dans l'esprit d'un médecin expérimenté.

Ces craintes sont bien plus fondées encore, lorsque l'inflammation n'ayant pas été vive, les moyens employés pour la combattre n'ont agi que lentement. Je ne crains pas de soutenir que la maladie a d'autant plus de chances de passer à l'état chronique que les signes qui l'ont caractérisée ont été plus bénins. Cette proposition qui paraît, tout d'abord, n'être qu'un paradoxe, n'est pourtant que l'expression d'une idée vraie. C'est qu'une malade qui ne ressent pas de vives douleurs, qui n'a pas de pertes abondantes de sang ou de muco-pus, continue à vaquer à ses occupations et à ses plaisirs. Si elle consulte son médecin, elle n'exécute que les prescriptions qui ne lui causent pas une trop grande contrainte. Le médecin lui-même est, dans les cas de métrite légère, très-enclin à temporiser. Les petits moyens sont conseillés, et, peu à peu, l'inflammation passe à l'état chronique, dont nous aurons bientôt à nous occuper, et qui, si souvent, fait le désespoir des malades et des médecins.

Je suis donc très-disposé à tenter une médication active toutes les fois que j'ai reconnu une métrite interne d'une certaine acuité.



C'est pour ces cas que doivent être réservées les applications de sangsues sur le col de l'utérus.

Quelques-uns d'entre vous ont pu s'étonner que je n'en aie pas parlé à l'occasion du traitement de la période la plus aiguë de la métrite. Voici pourquoi : je vous ai déjà dit que je considère comme très-nuisible l'emploi du spéculum dans cette phase de la maladie. Or, il faut y avoir recours pour appliquer des sangsues sur le col. Je n'exagère rien, quand je rejette l'emploi du spéculum comme dangereux dans les cas graves. Lisez les auteurs qui s'en servent; vous trouverez des phrases comme celle-ci : « L'introduction du spéculum est douloureuse, *elle arrache des cris à la malade* » (*De la dysménorrhée membraneuse*, par Huchard et Labadie-Lagrave).

Dans ces cas-là, c'est sur l'hypogastre qu'il faut mettre les sangsues.

Quand la métrite s'accompagne de métrorrhagie, il serait d'ailleurs à peu près impossible d'appliquer des sangsues sur le col. Si l'on y parvenait, on s'exposerait à provoquer une hémorrhagie inquiétante; mises sur l'hypogastre, au contraire, elles arrêtent la métrorrhagie en même temps qu'elles éteignent l'inflammation.

Quand, par le toucher vaginal, vous avez reconnu que le spéculum peut être employé, il y a un grand avantage à mettre les sangsues sur le col de l'utérus. Il en faut appliquer un moins grand nombre qu'à l'hypogastre, parce que l'émission de sang, se faisant directement sur la partie malade, a une bien plus grande efficacité que si on la pratique sur la peau de la région hypogastrique, dont les relations vasculaires avec l'utérus sont assez éloignées. Il y a donc grand profit pour les malades, qui



ont presque toutes une grande disposition à l'anémie, à ce qu'on les débarrasse ainsi, avec promptitude, de leurs souffrances et de leurs pertes sanguinolentes ou muqueuses.

Comme je regarde les applications de sangsues sur le col, quand on peut les faire sans que l'introduction du spéculum soit douloureuse, comme le traitement le plus efficace de la métrite interne, je veux vous dire les précautions qu'il faut prendre pour cette petite opération.

Avant d'introduire le spéculum, vous devez pratiquer le toucher doucement, et reconnaître la direction de la matrice et de son col. S'il y a de l'antéversion, vous savez que le spéculum doit être introduit d'avant en arrière et du pubis vers la partie inférieure du rectum. De cette manière, vous ne vous exposez pas à heurter l'utérus et vous pouvez facilement, en abaissant le manche du spéculum, introduire le col dans l'extrémité interne de l'instrument; voilà la manœuvre pour le spéculum cylindrique. On prendra les mêmes précautions pour le spéculum à valves, car si l'on ne savait pas où est le museau de tanche, on s'exposerait, pour le trouver, à écarter les valves démesurément, et à causer une vive douleur à la malade. Il faut bien se garder de croire, comme certains praticiens, qu'il suffit d'introduire le spéculum dans le vagin et de l'ouvrir pour emboîter facilement le museau de tanche. C'est une opération facile, sans doute, mais qui n'est bien faite que lorsqu'on a, par le toucher préalable, reconnu la situation du col et de la direction de l'utérus. Quand on doit la pratiquer, il faut commencer par supposer une déviation, pour ne pas avoir à regretter d'avoir été imprudent.



Une fois le spéculum introduit, le chirurgien le soutient doucement de la main gauche sans exercer la moindre pression sur le fond des culs-de-sac qui environnent le col; puis, prenant de la main gauche six ou huit sangsues qu'on lui présente dans un linge, il les pousse dans le spéculum et le linge par-dessus, à l'aide d'un bâtonnet ou d'une longue pince. Il les pousse jusque sur le col, où il les retient à l'aide du linge qu'il presse sur elles, de manière à ne leur laisser que l'espace qui leur est nécessaire.

Il faut alors qu'une main exercée soutienne le spéculum et le presse doucement pour que les sangsues ne puissent pas se glisser entre son bord et le fond du cul-de-sac du vagin. Une certaine pression est nécessaire pour cela, mais elle doit être assez douce pour ne pas être douloureuse. Aussi suis-je d'avis que cette petite opération ne peut être confiée qu'à un aide très-expérimenté, si le chirurgien ne peut pas lui-même la pratiquer.

Les sangsues doivent prendre vite, sous peine de ne pas prendre, car dès que le spéculum contient un peu de sang, elles le sucent et ne piquent plus. Pour les exciter à piquer, il faut essuyer le col avec un pinceau de charpie et enlever le mucus qui le recouvre, et quand les sangsues sont dans le spéculum, il est indispensable que le linge, qui les empêche de sortir, soit poussé sur elles, assez loin pour qu'elles ne puissent se mouvoir que dans un espace fort restreint.

Au bout de dix minutes, le plus souvent, le sang s'est écoulé. Dès ce moment, il faut renoncer à l'espoir d'utiliser les sangsues qui n'ont pas piqué.

Comme le spéculum, distendant les parties que ses



parois repoussent, cause une grande gêne à la malade, on doit alors cesser de le presser; il sort en partie, et sa portion la plus étroite, restant seule dans le vagin, suffit pour que l'on surveille les sangsues. En opérant ainsi on procure un grand soulagement à la femme, qui attend avec impatience la fin de cette opération.

A la suite de l'application des sangsues sur le col de l'utérus, j'ai observé un accident qui n'a été signalé par personne, et qui a pourtant une réelle importance. J'avais déjà remarqué plusieurs fois que les sangsues semblaient avoir déplacé la douleur. Les malades qui se plaignaient de souffrir dans les reins et dans le bassin, avant l'application des sangsues, disaient après, qu'elles souffraient dans le ventre, au-dessus de la matrice entre le pubis et l'ombilic. Ayant recherché quelle pouvait être la cause de ce changement, je reconnus que des ganglions lymphatiques s'étaient enflammés au niveau des vaisseaux iliaques. Je les sentais distinctement, et quand je les pressais avec la main, j'augmentais la douleur.

Depuis cette époque, je me suis assuré que cet accident n'est pas rare. Je crois qu'il se produit quand les sangsues piquent autour du col, sur la membrane muqueuse du vagin.

Dans les cas où j'ai observé l'inflammation des ganglions iliaques, j'ai toujours trouvé sur la paroi vaginale des piqûres enflammées faisant une saillie que l'on trouve par le toucher.

Je n'ai jamais rien observé de semblable, depuis que je m'efforce d'empêcher les sangsues de prendre ailleurs que sur le col de l'utérus. Des cataplasmes, appliqués sur le ventre, dissipent, d'ailleurs, bientôt les douleurs qui



pourraient faire craindre de ne pas avoir atteint le but que l'on s'était proposé; en général, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, l'amélioration est très-nette. Cet accident toujours éphémère, ne doit pas empêcher de recourir à un moyen efficace, puisqu'il ne se produit que dans les cas où l'application des sangsues n'a pas été faite avec assez de soin.

Lisfranc faisait bien un autre reproche aux sangsues; il les accusait d'avoir été le point de départ d'ulcérations cancéreuses du col; il pensait que les piqûres causaient de petits ulcères, qui se transformaient en cancer. Maintenant que nous savons que cette transformation n'est pas possible, nous sommes portés à penser que si des ulcères cancéreux se sont produits sur le col de l'utérus après une application de sangsues, c'est qu'il y avait eu erreur de diagnostic : on avait pris un cancer pour une métrite. C'est la seule explication que nos connaissances en anatomie pathologique nous permettent d'admettre.

Nous ne pouvons donc être de l'avis de Lisfranc à ce sujet; mais nous admettons avec lui qu'il faut bien se garder d'appliquer les sangsues à la vulve, où elles auraient l'inconvénient de congestionner les vaisseaux du bassin, et de donner souvent lieu à des adénites inguinales.

J'ai rejeté, pour la métrite de la forme la plus aiguë, les injections vaginales, dans la crainte que la violence du jet, ou le contact de la canule ne devint une cause de douleur, et partant, une cause d'aggravation de l'inflammation. Dans le second degré de la métrite aiguë, il n'en est plus de même; et les irrigations continues, ou faites fréquemment dans le vagin, agissent utilement en débar-



rassant les parties génitales des produits plus ou moins irritants des sécrétions utérine et vaginale. L'eau tiède convient mieux que l'eau froide pour ces irrigations; elles sont particulièrement utiles quand la métrite coexiste avec une vaginite.

Quand l'inflammation de la membrane muqueuse de l'utérus est due à la propagation de la blennorrhagie, dès que le spéculum peut être introduit sans causer une douleur vive, il y a avantage réel à pratiquer une injection astringente ou légèrement caustique dans la cavité utérine. J'ai rejeté ce moyen pour la métrite simple. Je le crois, au contraire, d'une grande utilité pour le traitement de la métrite blennorrhagique.

Dans ce cas, c'est à une solution faible de nitrate d'argent que je donne la préférence; je me contente ordinairement d'une solution de 5 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé dans 30 grammes d'eau distillée.

Pour pratiquer l'injection, j'introduis le bout d'une petite sonde ajustée à la canule de la seringue, dans la cavité du col, et m'étant assuré que l'instrument n'est pas pressé par les parois, je pousse sur le piston, de manière à produire un seul jet, et je retire aussitôt la seringue et la sonde. En opérant ainsi, je suis sûr de ne pas avoir injecté du liquide en grande quantité, et j'ai la certitude qu'il peut sortir entre les parois du col et la sonde, dès qu'il rencontre la moindre résistance de la part des parois de l'utérus.

A l'occasion de la métrite chronique, je traiterai plus longuement de ce moyen, qui n'expose plus aux dangers qu'on lui a prêtés pendant longtemps.



Quand la métrite paraît guérie, il faut encore que les femmes qui en ont été atteintes se résignent, durant plusieurs mois, à être allongées dans leur lit pendant toute la durée de leurs règles. Ce n'est qu'à ce prix qu'une guérison est durable et assurée.

## TROISIÈME LEÇON

### MÉTRITE PARENCHYMATEUSE

Je vous ai dit, en commençant ce cours, que la menstruation et la parturition ont la plus grande part dans la production des maladies de l'utérus.

Nous avons déjà vu l'influence de la menstruation sur la pathogénie de la métrite interne. Nous allons la retrouver en étudiant la métrite parenchymateuse; mais nous devons ajouter que la parturition ne joue pas un rôle moins important que la menstruation dans l'étiologie de cette seconde forme de la métrite.

La métrite parenchymateuse consiste dans l'inflammation du parenchyme de l'utérus. On appelle parenchyme toute la substance de l'organe, qui n'est ni le péritoine ni la membrane muqueuse. Je dis cela pour ceux d'entre vous qui, cherchant la définition du mot parenchyme, trouveraient dans le dictionnaire de Nysten que l'on définit communément, le *parenchyme*, un tissu propre aux organes glanduleux, composé de grains agglomérés, unis par des tissus lamineux, et se déchirant avec plus ou moins de facilité. Si nous devons faire au tissu de l'utérus l'application rigoureuse de cette définition, nous serions



obligé de reconnaître que ce n'est pas chose facile. D'abord, si nous faisons abstraction de la membrane muqueuse, l'utérus ne contient pas de glandes; il est donc en cela très-différent des reins et du foie qui sont les types des organes parenchymateux. En outre, quand il est sain, il ne se déchire pas avec facilité; il est au contraire, doué d'une force de résistance dont les contractions utérines, pendant l'accouchement, donnent, une preuve incontestable.

Mais l'usage l'emporte sur les définitions et il est commode de trouver un mot convenu pour exprimer brièvement une idée.

Le parenchyme de l'utérus se compose de fibres musculaires dont l'entre-croisement a peu d'intérêt pour la maladie que nous étudions en ce moment; ces fibres sont entremêlées de vaisseaux qui, pendant la grossesse, donnent aux parois de l'utérus un aspect qui rappelle un peu celui des organes parenchymateux, tels que le rein. Les artères y sont pourvues de toutes les tuniques; mais les veines n'ont que la membrane interne comme les sinus de la dure-mère. C'est pour cette raison que, pendant la grossesse, ils sont désignés sous le nom de sinus utérins. Les veines sont adhérentes au tissu musculaire de l'organe, dont elles suivent toutes les phases de développement pendant la grossesse. Cette adhérence se fait par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire très-serré. Un caractère qui leur est encore commun avec les sinus de la dure-mère, c'est qu'elles n'ont pas de valvules, d'où résulte une disposition très-favorable à la stase sanguine.

J'ai souvent observé des dilatations variqueuses dans les plexus veineux qui entourent l'utérus; quand une fois ces



varicosités se sont produites, elles donnent lieu à une stase sanguine qui mériterait seule d'être appelée congestion passive. Si je devais lui consacrer un chapitre spécial, je préférerais l'intituler varices des veines du bassin, car tant que les parois de l'utérus gardent leur consistance normale, elles s'opposent à la distension des veines dont le calibre est solidaire du développement des faisceaux musculaires.

Dans la description anatomique de l'utérus, on ne parle jamais du tissu conjonctif, et pourtant il y existe comme dans les autres organes, mais il y est en très-petite quantité. Les fibres musculaires sont unies si étroitement entre elles, que l'on serait tenté de croire que le tissu conjonctif ne joue aucun rôle dans cette union. C'est autour des rameaux artériels qu'il est le plus facile à étudier; on l'observe encore assez aisément dans les points d'entre-croisement des faisceaux musculaires.

Les nerfs viennent des plexus ovarique et hypogastrique.

Les nerfs sacrés concourant à la formation de ce dernier, l'utérus reçoit des filets nerveux du grand sympathique et du système nerveux de la vie de relation. Les nerfs sacrés paraissent être la source des vives douleurs qui se produisent dans l'utérus.

Quand on examine l'utérus en dehors de la menstruation et de la parturition, on a peine à comprendre comment il peut donner prise à l'inflammation, tant son tissu est compacte et serré. On serait tenté de croire qu'il n'est composé que de tissus fibreux, quand on l'étudie sur le cadavre d'une jeune fille. Il n'en est pas de même lorsqu'on examine l'utérus pendant ou peu après la grossesse. Dans ce dernier cas, les parois de l'organe sont



molles et comme spongieuses; les fibres musculaires y forment trois couches distinctes et les vaisseaux contiennent une masse de sang considérable. Le développement des vaisseaux est surtout remarquable par les veines qui offrent une dilatation que l'on ne rencontre dans aucun autre organe. De la dilatation des veines et des artères et de l'augmentation du volume des fibres musculaires, il résulte une disposition anatomique essentiellement différente de celle de l'utérus avant la conception, et une singulière disposition aux maladies inflammatoires et infectieuses. Aussi la métrite parenchymateuse est elle beaucoup plus violente après l'accouchement que chez une femme qui n'a pas conçu; elle a une plus grande tendance à se propager au péritoine et elle donne lieu à des exsudats plus prononcés.

La métrite puerpérale peut être simple et indépendante du milieu qui donne lieu à l'infection purulente. Pour la bien distinguer de cette dernière affection, je lui consacrerai un chapitre spécial, je commencerai l'étude de la métrite parenchymateuse par celle qui se produit en dehors de la parturition.

#### **Métrite parenchymateuse aiguë.**

L'inflammation aiguë du parenchyme de l'utérus peut exister sans que la membrane muqueuse utérine y participe; mais il faut bien s'attendre à ne pas trouver toujours ces deux affections isolées d'une manière absolue. De même que nous avons vu la métrite interne exister isolément, nous allons décrire la métrite parenchymateuse, en faisant abstraction de l'inflammation de la membrane

muqueuse, qui la complique souvent; c'est la seule méthode qui nous permette de bien préciser les symptômes d'une maladie. Nous ne ferons ainsi que nous conformer à l'usage adopté pour la plupart des inflammations; pour ne prendre qu'un exemple, on se garde bien de compliquer la description de la pneumonie de celle de la pleurésie. On décrit l'une après l'autre, bien que fréquemment l'inflammation du parenchyme pulmonaire s'étende à la plèvre. Quand les deux maladies existent simultanément, elles constituent la pleuro-pneumonie, qui participe de l'une et de l'autre, mais qui n'est rigoureusement ni l'une ni l'autre.

*Anatomie pathologique.* — L'utérus, dont le parenchyme est le siège d'une inflammation aiguë, augmente de volume. Cette augmentation provient d'abord de l'hypertrophie des fibres musculaires et de la dilatation des sinus veineux; plus tard, par suite de l'élongation des faisceaux musculaires, la cavité de l'utérus s'agrandit, de telle sorte que l'augmentation du volume de l'organe dépend de l'hypertrophie de ses parois et de la dilatation de sa cavité.

Le tissu de l'utérus se ramollit et se pénètre de liquides, qu'à l'autopsie on trouve d'une teinte louche ou jaunâtre; dans une période plus avancée, on y trouve le produit d'une exsudation plastique.

Les faisceaux musculaires prennent une couleur plus rouge. D'après Aran, il y aurait infiltration d'un liquide séreux rougeâtre entre le feuillet séreux et la couche musculaire.

La métrite parenchymateuse aiguë, qui n'est ni puerpérale ni traumatique, ne se termine pas par suppuration; les quelques faits tendant à démontrer la possibilité



de cette terminaison sont trop rares pour que l'on doive en tenir compte.

En résumé, la métrite parenchymateuse aiguë est caractérisée anatomiquement par une plus grande vascularité des parois, par l'hypertrophie des fibres musculaires, par une infiltration plastique et le ramollissement du tissu.

Nous verrons plus tard que l'induration est un des caractères de la métrite parenchymateuse chronique.

*Symptômes.* — Le premier symptôme de la métrite parenchymateuse aiguë est la douleur qui acquiert parfois une intensité qui ne peut être comparée qu'à celle d'une péritonite aiguë. La douleur a son siège à l'hypogastre, et la plus légère pression en ce point l'exaspère. Elle est telle, qu'elle rend les mouvements du bassin impossibles; elle est encore augmentée par la station assise et par le décubitus latéral. La malade est ainsi condamnée à rester sur le dos dans l'immobilité la plus absolue. La douleur qui a son siège principal dans le petit bassin s'irradie vers les lombes, et parfois devient presque aussi insupportable dans cette région.

Souvent, elle s'étend à la peau, sans doute par action réflexe; dans ce cas, on pourrait la confondre avec celle que cause une névralgie, car elle est superficielle et s'exaspère par la pression légère du doigt. Elle a des points d'élection qui sont à l'aîne, au coccyx, au niveau de la symphyse sacro-iliaque et le long de la cuisse, soit en avant, soit en arrière.

Si l'on pratique le toucher vaginal, le doigt porté sur le col de l'utérus y éveille une très-vive souffrance, dont la malade n'avait pas soupçonné le siège avant cette petite opération.



Par le toucher, on constate au col et au fond du vagin une chaleur plus vive qu'à l'état normal. Le museau de tanche est plus ou moins augmenté de volume, et sa forme est souvent modifiée. Chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, il conserve sa forme à peu près conique ; mais chez celles qui en ont eu, au lieu de se rapprocher de la forme cylindro-conique, dont la partie la plus large correspond au corps de l'utérus, il s'élargit à son sommet, ses lèvres se boursoufflent et s'étalent en dehors à la manière des bords d'un chapeau, de telle sorte que leur périphérie déborde en dehors du plan de la portion supérieure du col. Le museau de tanche est alors plus large dans le point qui normalement représente son sommet, qu'à la base qui, pourtant elle aussi, a notablement augmenté de volume.

En même temps que le col grossit et change de forme, on observe aussi chez les femmes qui ont eu des enfants une dilatation plus ou moins marquée de sa cavité. Parfois, cette dilatation est telle, qu'elle permet l'introduction de la moitié de la dernière phalange de l'indicateur. Tout récemment, chez une femme qui est couchée au n° 10 de la salle Saint-Maurice, et qui est entrée pour un phlegmon du ligament large du côté gauche dont elle est à peu près guérie, nous avons pu constater cette dilatation à un degré remarquable. Au moment où le phlegmon disparaissait, cette femme se plaignit de ressentir une douleur vive à l'hypogastre sur la ligne médiane, et non dans la direction du ligament large. Nous pratiquâmes le toucher vaginal, pensant que nous trouverions une poussée inflammatoire et une tuméfaction nouvelle là où elle avait déjà existé ; mais nous reconnûmes que rien de nouveau



ne s'était produit dans le cul-de-sac vaginal gauche qui, après avoir été effacé par le phlegmou, était revenu à son état normal. Mais le col de l'utérus avait complètement changé de forme; il s'était élargi, et ses lèvres s'étaient écartées à un point tel, que le doigt indicateur y introduisait une phalange tout entière. De cette dilatation résultait une cavité, ayant la forme d'un cône, dont le sommet correspondait à l'orifice interne du col. On y sentait des saillies longitudinales qui rappelaient un peu celles que les faisceaux musculaires du cœur forment dans la cavité des ventricules. Si nous n'avions pas observé cette malade tout récemment, nous aurions pu croire que nous touchions une vaste ulcération cancéreuse du col. Quelques jours plus tard, sous l'influence du traitement, les parois du col étaient rapprochées, et l'orifice inférieur du museau de tanche était redevenu presque normal.

Cette dilatation s'était faite sous l'influence d'une métrite parenchymateuse qui, ayant été traitée de suite, n'a pas laissé de traces.

Quand la douleur n'est pas excessive, on peut, avec le doigt introduit par le vagin sur le col, constater que le poids de l'utérus a augmenté. Pendant que l'on touche par le vagin, si l'on palpe en même temps l'abdomen, on circonscrit avec la main la périphérie de l'utérus, qui fait derrière le pubis une saillie globuleuse. Cette exploration, qui a une énorme importance au point de vue du diagnostic, doit être faite avec les plus grandes précautions pour ne pas augmenter la douleur qui, comme je l'ai dit précédemment, est le plus souvent intolérable.

La tuméfaction de la matrice est beaucoup moins considérable dans la forme que nous décrivons que dans



celle qui est la conséquence d'un traumatisme ou d'un accouchement.

Quand la métrite parenchymateuse existe à l'état aigu, sans complication de l'inflammation de la membrane muqueuse de l'utérus, le vagin est ordinairement sec et rugueux; il ne sort de la cavité utérine ni mucus, ni sang, ni muco-pus.

Tandis que nous avons vu la métrite membraneuse aiguë se manifester par un écoulement mucoso-sanguin et par des métrorrhagies fréquentes, la métrite parenchymateuse aiguë est caractérisée par la dysménorrhée; le plus souvent les malades observent un retard plus ou moins long dans le retour périodique de leurs menstrues; ce retard peut même être assez long pour faire croire à l'existence d'une grossesse commençante. Quand les règles apparaissent, la douleur de l'utérus devient plus vive.

Il arrive quelquefois que la métrite parenchymateuse, au lieu de se produire avec le caractère d'acuité que nous avons décrit, débute d'une manière plus insidieuse; elle ne cause que la sensation d'un poids pénible sur le rectum, s'accompagnant de douleurs de reins, jusqu'au moment où les règles apparaissent après un retard de deux ou trois semaines et quelquefois davantage. La douleur utérine s'exaspère alors, et la métrite se traduit par des signes que l'on ne peut plus méconnaître.

Le sang des règles est peu abondant, mais il est épais et d'une couleur foncée. Il se prend facilement en caillots, bien qu'il soit en quantité peu considérable.

Pour la métrite parenchymateuse très-aiguë, comme



pour la métrite interne, je conseille de ne pas avoir recours au spéculum. Cette recommandation est ici encore plus utile, puisque la douleur est beaucoup plus vive dans la métrite parenchymateuse que dans l'endométrite.

Cette forme de métrite, quand elle se produit subitement, s'annonce ordinairement par un accès de fièvre assez marqué, sans pourtant qu'il y ait frisson avec claquement de dents, comme dans la métrite puerpérale.

Il y a, ordinairement, insomnie, inappétence, constipation; mais on observe aussi parfois de la diarrhée, quand la maladie se complique d'une inflammation de la membrane muqueuse du rectum. La cystite étant aussi une complication fréquente de la métrite parenchymateuse, les malades se plaignent habituellement de cuisson en urinant.

*Étiologie.* — J'ai parlé trop longuement des causes qui donnent lieu à la métrite interne pour que j'aie besoin d'insister sur l'étiologie de la métrite parenchymateuse.

La suppression brusque des règles par le froid ou par une impression morale, un travail excessif pendant la période menstruelle; l'introduction d'un corps étranger dans le vagin, le contact de l'utérus avec un pessaire, surtout lorsque cet instrument est resté longtemps en place sans être nettoyé, l'hystérométrie exécutée par une main inexpérimentée, ou d'une manière inopportune, le toucher, trop souvent ou brusquement pratiqué; l'introduction d'un spéculum à l'époque voisine des règles, sont les causes les plus ordinaires de la métrite parenchymateuse. L'abus des plaisirs sexuels a la même influence

sur la production de cette maladie que sur la métrite interne.

Le coït excessif, surtout lorsque le col de l'utérus est heurté violemment, produit plutôt la métrite parenchymateuse que la métrite interne; il est surtout dangereux, quand on le pratique à l'époque des règles.

*Durée et marche.* — La métrite parenchymateuse n'a pas une durée longue. Lorsqu'on ne fait rien pour l'aggraver, on peut espérer la voir se terminer au bout d'un mois. Sa période d'augment est ordinairement de dix à quinze jours, laps de temps après lequel elle va, chaque jour, décroissant. Elle se termine par résolution ou en passant à l'état chronique. J'ai déjà dit qu'il est loin d'être prouvé qu'elle peut se terminer par suppuration.

On ne peut compter sur la guérison, comme pour la plupart des maladies inflammatoires de l'utérus, que lorsqu'une période menstruelle s'est passée sans réveiller les symptômes de la métrite.

Il faut y renoncer si les rapports sexuels se rétablissent trop tôt ou d'une manière trop fréquente.

*Pronostic.* — Je considère la métrite parenchymateuse comme une maladie que la jeunesse et les habitudes de sensualité entretiennent et font souvent passer à l'état chronique. A ce point de vue, on peut dire qu'elle constitue une maladie extrêmement fâcheuse; elle est une cause fréquente de stérilité que l'on attribue souvent à la dysménorrhée, sans comprendre que les troubles de la menstruation sont liés à l'inflammation de la matrice. En lisant les œuvres des médecins qui ont écrit à une époque où les distinctions que l'anatomie pathologique nous a apprises n'étaient pas connues, on retrouve bien



indiquée cette cause de la stérilité. Je me contenterai de citer Ambroise Paré, qui a eu une intuition que l'on ne peut trop admirer.

Après avoir dit que les femmes sont dites stériles, lorsqu'elles ne peuvent montrer le talent de mariage, il dit plus loin que la stérilité provient de ce que « la matrice est trop chaude, à raison de quoi résout, dissipe la semence et la brûle. Telle chaleur se connoist aux femmes viragines, barbues, hautaines et félonnes, qui ont la voix grosse, lesquelles sentent des chatouillements et titillations vénériennes en leurs parties honteuses, avec ardeur et grand prurit, et ont leurs mois avec peine et en petite quantité et quelquefois point. » (*De la Stérilité ou fécondité des femmes*, édit. de Malgaigne.)

N'est-ce pas là ce que nous venons de dire beaucoup plus longuement de la métrite parenchymateuse? La dysménorrhée y est nettement indiquée avec les causes ordinaires de l'inflammation de l'utérus. Dans un autre passage, il indique l'étiologie de la stérilité d'une manière encore plus claire : « Les femmes trop ardentes au jeu de dames rabatues ne souvent conçoivent. »

L'hygiène se trouve donc une fois de plus en parfaite conformité avec la morale, du moins avec la morale des sociétés modernes, qui, Dieu merci, est bien différente de celle de l'antiquité, où l'on divinisait les vices les plus révoltants. L'amour le plus ardent était représenté par des satyres et des nymphes, par la débauche entre deux êtres dont l'un était monstrueux de laideur et avait des pieds de bouc, tandis que l'autre avait les formes les plus gracieuses.

L'esprit qui se complaisait dans de pareils tableaux ne



pouvait manquer d'engendrer des maladies, et je ne suis pas surpris que, dans les fouilles de Pompéi, l'on ait trouvé la preuve des souffrances d'un peuple qui, au milieu de sa grandeur, avait un dieu des amours obscènes et adorait des drôles qui seraient de nos jours destinés à la police correctionnelle.

*Diagnostic.* — La métrite parenchymateuse est tous les jours confondue avec la métrite interne. Le plus souvent, même, les médecins ne cherchent pas à établir de distinction entre ces deux maladies; cette distinction a pourtant une importance réelle.

Avant que l'inflammation du parenchyme de l'utérus ait notablement déformé le museau de tanche, si elle ne se complique pas de l'inflammation de la membrane muqueuse, il n'y a pas de leucorrhée, pas le moindre écoulement qui attire l'attention des malades. A cette époque, le médecin qui ne s'attacherait qu'aux symptômes de la métrite interne, méconnaîtrait presque infailliblement la maladie; il serait, du moins, fort enclin à rapporter les sensations perçues par la malade à une autre cause. Il faut donc se rappeler que la métrite, dont nous nous occupons en ce moment, quand elle n'est pas compliquée de l'inflammation de la membrane muqueuse, ne donne pas lieu aux fleurs blanches, et que l'absence de ce symptôme ne suffit pas pour éloigner de l'esprit du médecin instruit et expérimenté l'idée d'une inflammation utérine.

Je rappellerai, en peu de mots, les caractères qui distinguent la métrite parenchymateuse de la métrite interne : dans celle-ci, le volume de l'utérus n'est pas augmenté; il y a écoulement de mucus simple ou de



mucus mêlé de sang, ou contenant un peu de pus. La métrorrhagie est fréquente. Les règles se reproduisent plus souvent qu'à l'état normal et durent plus longtemps. Le col n'est pas déformé dans le cas où la membrane muqueuse est seule enflammée.

Dans la métrite parenchymateuse, la douleur est plus vive; l'utérus est plus volumineux et plus lourd qu'à l'état normal; on n'observe pas d'écoulement de mucus ou de pus; il y a dysménorrhée. — En même temps que les règles s'établissent difficilement et avec douleur, elles sont peu abondantes. Il n'y a pas de métrorrhagie. Le col est volumineux, déformé et ouvert. Ses lèvres sont projetées en dehors.

Les douleurs causées par la métrite parenchymateuse étant beaucoup plus vives que celles de la métrite interne, pourraient faire croire à l'existence d'une péritonite. Mais dans la péritonite on observe du météorisme qui manque généralement dans la métrite parenchymateuse. Le diagnostic ne peut pas offrir de difficulté réelle pour la péritonite généralisée. Dans la pelvi-péritonite, ou péritonite circonscrite dans le bassin, on sent très-vite par le palper abdominal une tumeur qui ne peut pas être confondue avec l'utérus; nous reviendrons plus tard sur ce diagnostic.

J'ai évité jusqu'ici de parler des ulcérations du col, pour ne pas compliquer l'étude de la métrite. Je réserve l'étude de cette lésion, que je considère pourtant comme une dépendance de l'inflammation; je tiens à lui consacrer un chapitre spécial.

La métrite parenchymateuse peut être facilement confondue avec le phlegmon des ligaments larges : dans



l'une et dans l'autre de ces maladies, la douleur est à peu près aussi vive; elle s'irradie dans les régions lombaire et inguinale. Dans le phlegmon, la tumeur est transversale; dans la métrite, elle est globuleuse, mais chez les femmes grasses et dont la paroi abdominale est résistante, la main circonscrit mal la partie malade et, par suite, le signe si important tiré du palper peut ne pas être apprécié. Il y a de la fièvre dans ces deux affections; dans l'une et dans l'autre la douleur est augmentée par la station verticale et surtout lorsque les malades veulent s'asseoir. Il peut donc y avoir un peu d'hésitation pour le diagnostic tant que l'on n'a pas pratiqué le toucher; mais il n'y en a plus, quand le doigt indicateur, introduit dans le vagin, permet de constater que, dans la métrite parenchymateuse, le col est volumineux, ouvert et déformé; que le corps est arrondi et plus gros qu'à l'état normal, que la pression y éveille une vive douleur et que les culs-de-sac du vagin ont une égale profondeur. Vous apprendrez, plus tard, que le phlegmon du ligament large donne lieu à des symptômes très-différents.

Certains corps fibreux de l'utérus pourraient en imposer pour une métrite parenchymateuse. Dans les deux maladies, la matrice est plus grosse, plus lourde; le col de l'utérus peut être ouvert dans l'une et dans l'autre. Dans l'une et dans l'autre, il peut y avoir dysménorrhée; mais les corps fibreux s'accompagnent souvent de métrorrhagie. Quand les corps fibreux développés au voisinage du col, gênent l'issue du sang de la cavité utérine, il peut y avoir une douleur assez vive pour jeter un peu de doute dans l'esprit du médecin. Mais le toucher vaginal et rectal permet bien vite de constater que la



tumeur est généralement plus régulièrement arrondie dans la métrite parenchymateuse que dans les cas de corps fibreux. Ceux-ci peuvent bien donner lieu à une dilatation du col; mais on n'observe pas la déformation que produit la métrite parenchymateuse. Dans la métrite la partie libre du museau de tanche s'étale et s'agrandit en dehors, en même temps que sa consistance devient plus molle; sa forme qui, à l'état normal, représente un cône dont le sommet répond à l'orifice externe du col, est renversée, comme je vous l'ai dit, et sa partie libre est souvent plus large que celle par laquelle il se continue avec le corps; les corps fibreux ne produisent jamais ce changement de forme. Dans cette dernière maladie, le col conserve une consistance ferme, et sa forme conique à base supérieure est plutôt augmentée que diminuée. Enfin, quand on est à peu près certain que l'on a affaire à des corps fibreux, il est facile de confirmer le diagnostic par l'hystérométrie, pratique que je rejette pour les cas où l'on croit à l'existence d'une métrite parenchymateuse aiguë.

Vous serez consultés, si vous exercez la médecine dans une grande ville, pour un cas qui ne manque pas d'être fort intéressant.

Une jeune femme inconnue se présente à votre consultation, se plaignant de ressentir des douleurs dans le bassin, la sensation d'un poids sur le rectum; d'avoir des menstrues irrégulières. Elle vient vous consulter au moment où ses règles sont revenues.

Vous palpez le ventre, vous trouvez un corps globuleux derrière le pubis, la pression de la main y cause de la douleur; vous touchez et vous constatez que c'est bien l'utérus augmenté de volume que votre main, qui palpe



l'abdomen, a senti. Le col est mou et souvent douloureux. S'agit-il là d'une métrite parenchymateuse? Vous pourriez le croire, parce que la malade qui vous consulte affirme qu'elle ne peut pas être enceinte. Vous constatez, d'ailleurs, la tuméfaction de l'utérus, de la douleur et des troubles menstruels; eh bien, cette femme qui vient vous consulter, a souvent une expérience que vous ne pouvez pas soupçonner. Elle sait que l'on a recours, pour le diagnostic des maladies utérines, à l'introduction d'un instrument qui produit infailliblement un avortement dans les cas de grossesse. Des tentatives dans ce sens ont été faites par une de ces femmes qui gagnent leur vie à cet infâme métier; mais la malade s'impacient, elle trouve que cela ne va pas assez vite; ou bien elle a peur d'avoir été blessée pendant l'opération. Si l'avortement a eu lieu, et sans avouer son crime, elle vient vous demander un avis, elle veut que vous lui donniez un conseil, mais elle met tout en œuvre pour vous tromper.

Il faut donc que vous sachiez à quoi vous en tenir, sans recourir aux renseignements qui vous feront défaut dans la plupart des cas.

La mollesse de l'utérus, qui prend une consistance spongieuse, quand il y a eu commencement d'avortement, c'est-à-dire quand l'œuf a été percé et que les parois utérines ne sont plus distendues, est un signe qui vous mettra sur la voie du diagnostic. Ce signe sera plus évident encore, si l'avortement a eu lieu; dans ce dernier cas, la matrice donnera la sensation que l'on perçoit après l'accouchement en combinant le toucher vaginal et le palper de l'abdomen.

Les pleurs de la malade viendront, d'ailleurs, con-



firmer votre diagnostic, si vous en êtes assez sûrs pour parler sans craindre de commettre une erreur qui vous ferait une ennemie irréconciliable.

Quand vous conservez quelque doute, vous devez différer votre jugement. Le repos au lit, des cataplasmes sur le ventre, calmeront les douleurs, et dans une seconde visite, vous pourrez peut-être obtenir des aveux, sans les provoquer d'une manière trop compromettante.

J'ai tenu à vous mettre en garde contre un piège qui vous sera tendu plus d'une fois, et dans lequel les médecins les plus expérimentés peuvent tomber.

*Traitement.* — La métrite parenchymateuse aiguë réclame à peu près le même traitement que la métrite interne aiguë.

Quand elle s'accompagne d'une douleur violente, quand la malade est très-vigoureuse, il y a pourtant avantage à pratiquer une saignée du bras de cinq palettes, c'est-à-dire de 500 grammes. Je préfère ne saigner qu'une fois et retirer d'un seul coup une quantité de sang qui modère immédiatement l'inflammation, que de faire, à la manière de Lisfranc, de petites saignées répétées un grand nombre de fois.

Pour la métrite membraneuse, j'ai repoussé la saignée générale, peut-être parce que j'ai étudié la médecine à une époque où l'on professait que la saignée du bras a sur les inflammations parenchymateuses une plus grande influence que les saignées locales qui, à leur tour, combattraient plus efficacement l'inflammation des tissus membraneux. Il peut donc se faire que la métrite interne puisse aussi être traitée avantageusement par les saignées générales. Vous m'accorderez pourtant qu'une saignée



du bras de 500 grammes est plus déplétive, plus affaiblissante que l'application de 20 ou 25 sangsues, que je conseille pour l'inflammation aiguë de la membrane muqueuse.

Or, dans la métrite interne, les malades sont déjà affaiblis par des métrorrhagies, tandis que cet accident ne s'observe pas dans la métrite parenchymateuse.

Voilà pourquoi, dans le traitement de cette dernière maladie, je ne crains pas d'avoir recours à une large saignée du bras.

Quand la malade a déjà été affaiblie par des privations ou par la fatigue, si sa constitution n'est pas vigoureuse, je préfère les sangsues à la saignée générale.

Comme pour la métrite interne, je les fais appliquer sur l'hypogastre, si la douleur est trop vive pour que l'on puisse se servir du spéculum. Dans le cas contraire, il vaut mieux les mettre sur le col, parce que, de cette manière, on dégorge plus directement l'organe malade.

Les femmes affectées de métrite parenchymateuse sont toujours soulagées par des bains tièdes d'une durée qui doit varier entre quatre et cinq heures. On peut ajouter à l'eau du bain 500 grammes de gélatine ou du son; mais c'est la continuité de l'immersion qui calme la douleur et diminue l'inflammation. C'est un moyen auquel il faut avoir recours chaque fois, et pendant tout le temps que la douleur empêche la malade de s'asseoir ou de se retourner dans son lit.

A cette période de la métrite parenchymateuse, les douches froides seraient nuisibles, tandis qu'elles sont un des agents les plus utiles de la thérapeutique pour la métrite chronique.



On a conseillé les irrigations continues dans le vagin; mais je crois que ce traitement ne repose pas sur des faits bien observés. J'ai toujours vu la douleur exaspérée par ce moyen.

Il y a quelques jours, j'avais recommandé à une malade affectée de métrite parenchymateuse très-aiguë, de faire entrer l'eau de son bain dans le vagin à l'aide d'une canule introduite dans ce conduit, de manière à baigner le col de la matrice. Dès le premier jour, elle ressentit une douleur plus vive; elle ne trouva pas dans l'eau le calme qu'elle y avait trouvé jusque-là. Le lendemain, après un second essai, elle n'hésita pas à me dire que cela lui faisait du mal; et pourtant l'eau entraît doucement sous l'influence de la simple pression du liquide. Qu'eût-elle dit si on lui avait fait une irrigation?

Je vous ai dit l'utilité des irrigations vaginales dans le traitement de la métrite membraneuse, lorsque la maladie n'a plus un caractère d'acuité extrême. Par ce moyen, on lave un conduit qui est sans cesse en contact avec les mucosités et souvent avec le muco-pus, qui proviennent de la cavité utérine. Pour la métrite parenchymateuse, nous ne trouvons pas cette indication, puisque l'inflammation ne porte que sur des tissus qui ne président à aucune sécrétion. Ici, pas de mucosités, pas de muco-pus; partant, inutilité de lavages autres que celui qui se fait dans le bain.

Il n'y a pas de maladie de l'utérus qui réclame plus impérieusement que la métrite parenchymateuse, l'administration des préparations opiacées. Les accoucheurs savent que l'opium est l'agent le plus sûr que la thérapeutique possède pour faire cesser les contractions uté-



rines. Or, dans la métrite parenchymateuse, les fibres musculaires, distendues par l'inflammation, luttent par la contraction contre la distension; c'est la cause pour laquelle les douleurs sont si violentes et sont comparées par quelques malades aux douleurs de l'accouchement.

Pour les calmer, on peut employer des doses très-élevées d'opium. Je ne crains pas de prescrire, dans ces cas, 10, 15 et même 20 centigrammes de cette substance, en recommandant toutefois d'en surveiller l'action et d'en arrêter l'administration, dès qu'un peu de calme et de sommeil se produit. Pour ne pas être exposé à dépasser la dose utile, le médicament doit être donné à la dose de 5 centigrammes toutes les quatre heures.

Les frictions sur le ventre avec la pommade mercurielle belladonnée ne sont pas moins utiles que pour la métrite interne; il en est de même des cataplasmes émollients.

On donne des purgatifs s'il y a de la constipation, de manière que les intestins soient toujours libres. Il est surtout important que les matières fécales ne séjournent pas dans l'S iliaque où, par la pression qu'elles exerceraient sur les veines qui rapportent le sang de l'utérus, elles favoriseraient l'hyperémie de cet organe.

Autant il est utile de veiller à ce que les garde-robes soient faciles, autant il est indispensable de choisir les agents de la purgation. Les purgatifs salins ou huileux sont les meilleurs. Les préparations d'aloès, qui congestionnent les vaisseaux du bassin, doivent être bannies de la thérapeutique des maladies utérines. Il en est de même de la rhubarbe, bien que ce médicament ne produise pas cet effet chez tous les malades.

Quand la rectite compliquant la métrite donne lieu à de



la diarrhée, on prescrit de petits lavements contenant quelques gouttes de laudanum. La dose de laudanum sera proportionnée au nombre des garde-robes, à leur consistance et à la quantité de l'opium administré par l'estomac.

Quand la métrite parenchymateuse aiguë a été produite par l'action du froid ou par une autre cause qui ait subitement arrêté le cours des règles, il y a une indication spéciale qui ne peut pas rentrer dans le tableau des moyens thérapeutiques indiqués précédemment. Il est bien évident que si l'on pouvait ramener le flux menstruel, on aurait beaucoup fait pour combattre l'inflammation. Mais à quel moyen aura-t-on recours? Il faut d'abord bien se garder de s'adresser à une médication qui produirait la congestion des organes contenus dans le petit bassin, à l'aloès, par exemple. Les préparations aloétiques, les infusions d'armoise, de rue, etc., peuvent être employées utilement comme emménagogues chez une femme qui n'a aucun indice de métrite; dans ce cas, le sang appelé vers l'utérus en plus grande abondance peut transsuder à travers la membrane muqueuse utérine et faciliter la menstruation. Mais en provoquant la fluxion sanguine lorsque la suppression des règles coïncide avec l'inflammation du parenchyme utérin, ce serait presque infailliblement aggraver le mal.

Une application d'une demi-douzaine de sangsues sur le col de l'utérus est, sans contredit, le meilleur de tous les moyens; dans ce cas, la saignée générale, que je conseille pour les métrites d'une grande acuité chez les femmes vigoureuses, serait bien moins indiquée. Elle combattrait sans doute l'inflammation, mais elle agirait à l'encontre du rétablissement des règles. Les sangsues, au



contraire, quand elles sont appliquées sur le col, produisent un dégorgement prompt, et il arrive souvent que l'écoulement de sang auquel elles donnent lieu est immédiatement continué par le flux menstruel. Ce rétablissement immédiat des règles a une grande importance; s'il n'a pas lieu, on peut craindre qu'il ne s'opère pas à l'époque suivante.

La métrite se complique alors d'aménorrhée et de troubles généraux dans la santé, que l'on doit toujours s'efforcer de conjurer.

Dans le cas de métrite parenchymateuse aiguë produite par une cause qui a subitement arrêté le flux menstruel, il peut être utile d'avoir recours exceptionnellement aux bains de siège chauds, dont je proscriis l'usage pour la métrite ordinaire. Mais je leur préfère encore les bains entiers qui ne peuvent pas, comme les bains locaux, faire du mal, quand ils n'ont pas une action antiphlogistique suffisante.

Des sinapismes aux cuisses, quelques sangsues à l'anus, des bains de pied sinapisés sont des moyens qui peuvent avoir leur utilité pour ramener le flux menstruel et pour combattre l'inflammation de l'utérus.

Quelle que soit la cause qui ait produit la métrite parenchymateuse, il faut, quand on a triomphé de la maladie, se tenir longtemps en garde contre la possibilité de son retour.

Comme pour la métrite interne, on doit redouter l'influence congestive de l'époque menstruelle. La malade devra garder le repos au lit chaque mois, pendant tout le temps des règles, tant que l'on n'aura pas la certitude d'une guérison définitive. Les exercices violents, tels que



l'équitation, les longues courses en voiture dans des rues mal pavées, les voyages en chemin de fer qui produisent une trépidation très-pénible, devront être évités aussi longtemps que les malades auront le moindre ressenti-ment des symptômes de leur maladie.

Il ne faut pas oublier ce que je vous ai dit en parlant de l'anatomie pathologique de la métrite parenchymateuse. Il se fait des exsudats plastiques qui ne disparaissent pas avec la douleur et qui persistent longtemps après que les malades se croient guéries.

Si l'on ne prend pas les plus scrupuleuses précautions pour obtenir une guérison radicale, la maladie passera à l'état chronique et deviendra ainsi plus difficile à guérir.

Je ne veux pas finir ce que j'ai à vous dire du traitement de la métrite parenchymateuse sans vous parler d'un moyen qui est d'un grand secours pour calmer la douleur et combattre l'inflammation : de même que dans certaines lésions, telles que les épanchements articulaires résultant d'une violence récente, l'application d'une vessie pleine de glace calme promptement la douleur et prépare la résolution du liquide épanché, de même la glace appliquée sur l'hypogastre d'une femme affectée de métrite parenchymateuse très-violente apaise les souffrances, empêche l'extension de l'inflammation, diminue l'hypérémie et agit à la manière d'un résolutif des plus efficaces.

## QUATRIÈME LEÇON

### MÉTRITE PARENCHYMEUSE AIGUE PUERPÉRALE ET TRAUMATIQUE.

Il n'y a pas, en médecine, un sujet plus embrouillé et plus confus que la métrite aiguë puerpérale. Pour dissiper cette confusion, nous rechercherons si les auteurs qui ont décrit cette maladie ne l'ont pas confondue avec une autre affection qui en diffère essentiellement, bien qu'elle se produise dans des conditions en apparence semblables. Je n'en doute pas et je vous ai déjà fait sentir mon opinion à ce sujet.

Après l'accouchement, l'utérus présente des conditions anatomiques très-différentes de celles qui existent quand cet organe est à l'état de vacuité. Avant la conception son tissu est dense et résistant; après cet acte, il s'agrandit et ses parois deviennent molles et spongieuses, en même temps que les vaisseaux qui concourent à sa structure se dilatent et semblent se multiplier. Avant la conception, l'utérus reçoit à la vérité des artères et des veines en grand nombre; mais après, on dirait qu'il est constitué par un tissu érectile, tant sa vascularité est développée.

De cette vascularité naissent deux dispositions patho-



logiques qui jouent le plus grand rôle dans la production des maladies puerpérales : l'une de ces dispositions offre une condition exceptionnellement favorable à l'hypérémie et, par suite, à l'inflammation ; l'autre, qui résulte de l'ouverture des sinus utérins au moment du décollement du placenta, constitue l'état le plus propice à l'absorption des germes qui peuvent seuls expliquer les maladies infectieuses, c'est-à-dire celles qui sont considérées comme contagieuses par l'air.

Ainsi l'état anatomique de l'utérus, après la conception, prédispose à l'inflammation du parenchyme utérin et à l'infection purulente. Ces deux maladies sont le plus souvent confondues sous le nom vague de *fièvre puerpérale*.

A l'époque où les notions d'anatomie pathologique étaient presque nulles, on pouvait se contenter d'une dénomination sous laquelle se cachent les maladies les plus différentes par leur nature. La métrite parenchymateuse et l'infection purulente étaient décrites sous le nom de fièvre puerpérale, comme n'étant que deux degrés d'une même affection. Une pareille confusion n'est plus admissible et nous allons nous efforcer de faire la part de chacune d'elles, en établissant les symptômes à l'aide desquels on peut les reconnaître et les distinguer.

Après un accouchement dans les hôpitaux ou dans un milieu défavorable, il arrive souvent que l'utérus reste volumineux et comme inerte. Les parois ne se contractent pas et le sang des lochies, après avoir été très-abondant, se supprime ou devient séro-purulent.

En même temps, la malade accuse un malaise dont elle ne se rend pas compte. Elle a de l'inappétence, des



nausées même, quand elle s'efforce de prendre des aliments. Son pouls est fréquent et son ventre reste douloureux.

Tout à coup elle est prise d'un violent frisson avec claquement de dents, on a peine à la réchauffer. Cela dure une demi-heure environ; puis la réaction se fait, la chaleur revient, mais la malade reste accablée et inquiète. Elle a un vague soupçon du danger qui la menace. Son pouls devient extrêmement fréquent; il bat 120 ou 140 fois par minute, quelquefois davantage. Il cède facilement sous le doigt. La température monte à 40 degrés et peut s'élever plus encore. Le visage de la malade se couvre de sueur, ses yeux se cernent, sa langue est sèche. Son teint jaunit, les lochies et la lactation se suppriment. Peu à peu cet état se calme, mais la température reste très-élevée et le pouls ne se ralentit pas sensiblement.

Le lendemain, sans cause appréciable, la scène recommence et paraît s'aggraver encore.

Le linge dont la malade s'est garnie, est taché par de la sérosité roussâtre dont l'odeur spéciale ne ressemble à aucune autre. Les seins s'affaissent et se flétrissent. Il y a de la douleur dans la région hypogastrique.

Quelques médecins disent, en pareil cas, qu'ils ont affaire à une *fièvre puerpérale*. Ils ont raison; mais ils ont tort, quand ils diagnostiquent une métrite ou une métropéritonite. C'est une *infection purulente*, identique avec l'accident traumatique que tous les chirurgiens ont vu, et contre lequel on lutte vainement quand il s'est produit.

Après plusieurs accès, semblables à celui que je viens



de vous décrire, accès qui peuvent se reproduire deux fois en vingt-quatre heures, la malade s'affaiblit et ne tarde pas à mourir. Souvent, avant sa mort, elle se plaint de douleurs au niveau des grandes articulations, et le médecin peut reconnaître l'existence d'un abcès en ce point; tantôt des douleurs dénotent la formation de collections purulentes dans le foie ou dans une autre partie du corps. Si la fréquence de la respiration attire l'attention du médecin, l'auscultation indique parfois de la faiblesse du bruit respiratoire en un point, puis des râles ronflants, ou un peu de pneumonie, ou bien encore un épanchement pleurétique en général peu abondant.

Après la mort, on trouve l'utérus volumineux, souvent comme celui d'une grossesse de trois mois; son volume est d'autant plus considérable que la maladie est survenue à une époque plus rapprochée de l'accouchement. Ses parois sont épaisses, molles et infiltrées de pus. Le pus peut même y être collectionné sous forme d'abcès. Les veines de cet organe sont remplies de pus ou de sang coagulé, souvent de pus mêlé à du sang. Les veines voisines de l'utérus sont dans le même état. Les vaisseaux lymphatiques, sont tantôt sains, tantôt ils sont le siège d'une inflammation analogue à celle des veines. Les viscères, le foie et le poumon surtout ont, dans leur parenchyme ou à leur surface, des abcès connus depuis longtemps sous le nom d'*abcès métastatiques*.

Le péritoine est le plus souvent enflammé dans toute son étendue, et sa cavité contient du pus séreux dans lequel nagent des flocons qui ressemblent à des fausses membranes.

Si l'on rapproche les signes observés pendant la vie



des lésions constatées après la mort, on peut être tenté de trouver dans cet ensemble de faits la preuve de l'existence d'une métro-péritonite. Pendant la vie, on a constaté le volume de l'utérus, on y a même trouvé de la sensibilité; un accès fébrile a paru dénoter la violence de l'inflammation; après la mort, les parois de la matrice sont infiltrées de pus, on y rencontre des abcès, des signes de phlébite et de lymphangite.

Tout semble dénoter une inflammation portée à son apogée. Les meilleurs esprits ont été trompés par cette apparence. Chomel, par exemple, qui était un grand clinicien, n'a pas échappé à l'erreur. Il comprend bien que ce qu'il a décrit sous les désignations de métrite puerpérale diffère de l'inflammation de l'utérus à l'état de vacuité. Il admet, en conséquence, une *métrite puerpérale* et une *métrite post-puerpérale*. Celle-ci est bien la métrite, mais l'autre n'est que l'infection purulente; jugez-en vous même par le passage suivant: « La métrite puerpérale, dit-il, se distingue par une *physionomie particulière*, il est rare qu'elle se présente à l'état de simplicité; elle passe facilement à la gangrène ou se complique d'altérations diverses, quelquefois prédominantes, telles que la phlegmasie du péritoine ou la suppuration des veines, des vaisseaux lymphatiques ou du tissu cellulaire du bassin. »

Ainsi, il reconnaît que le plus souvent elle se complique de la suppuration des veines, et il n'en persiste pas moins à voir dans les lésions cadavériques la preuve de l'existence d'une métrite.

Cela n'étonnera pas les médecins qui professent encore que l'infection purulente est la conséquence de la phlé-



bite. Si l'on admet cette proposition, on pourra toujours soutenir qu'il y a eu métrite et que, l'inflammation du parenchyme utérin s'étant propagée aux sinus veineux, y a produit du pus qui, porté dans le système vasculaire, a engendré les abcès métastatiques.

En dehors de la pathologie utérine, cette thèse est encore défendue par des hommes d'un mérite incontestable. M. Gosselin, par exemple, croit que l'infection purulente peut être la conséquence de l'ostéo-myélite suppurée. Il est vrai qu'une plaie faite à un os est une des conditions les plus favorables à la production de la pyohémie; mais j'explique les choses autrement: L'air chargé d'un poison spécial, que j'appelais autrefois *miasme*, que j'appelle aujourd'hui *ferment*, ne peut agir que s'il est absorbé. Or il ne peut l'être que par une plaie dont la surface d'absorption présente des conditions favorables. La plus favorable de ces conditions réside incontestablement dans les plaies qui mettent au contact de l'air les canalicules osseux dans lesquels les veines, à moitié béantes, doivent recevoir la première influence morbide. Le système veineux paraît être la voie par laquelle les ferments pénètrent dans l'économie. Qu'y a-t-il d'étonnant à ce que les veines des os qui présentent des conditions particulièrement favorables à l'absorption, soient le plus fréquemment la porte d'entrée du poison? Si elles sont traversées par un agent qui doit engendrer du pus partout où il ira, pourquoi ne deviendraient-elles pas purulentes?

L'argument que l'on fait valoir contre ma théorie de l'infection purulente avait déjà été invoqué en faveur de la théorie de la phlébite. C'est en voyant les veines de



l'utérus et celles d'un moignon d'amputation remplies de pus que Dance fut amené à soutenir que les abcès métastatiques étaient la conséquence d'une phlébite.

Vous voyez que je ne nie pas la phlébite, mais je soutiens que l'inflammation des veines est la conséquence de l'action des ferments sur les surfaces d'absorption. J'admets, en un mot, une phlébite septicémique.

Je n'hésite donc pas à retrancher de l'histoire de la métrite puerpérale la maladie que je viens de vous décrire : c'est une *infection purulente* développée à la suite d'un accouchement qui donne lieu, par suite du décollement du placenta, à une véritable plaie de la surface interne de l'utérus.

Nous allons maintenant tâcher de décrire la vraie métrite, celle qui ne se complique, ni d'abcès métastatiques, ni de pus dans les veines de l'utérus.

#### Métrite puerpérale vraie.

Les *tranchées* consécutives à l'accouchement deviennent plus vives et plus fréquentes, un frisson annonce aussi le début de cette maladie, mais il est moins violent que celui de l'infection purulente. Le pouls est fréquent, mais plein et résistant. La température s'élève, mais jamais autant que dans la pyohémie. Le visage est coloré; la malade se plaint de ressentir dans le bassin une vive douleur qui s'irradie dans la région lombaire. En palpant l'abdomen, on sent que la matrice, de forme globuleuse, est grosse et douloureuse à la pression. Par le toucher, on reconnaît que le col est resté ouvert. Cependant, les lochies diminuent ou se suppriment; la sécrétion du lait



s'arrête, mais les seins ne s'affaissent pas comme dans l'infection purulente. Le ventre est brûlant; il se météorise dans la région hypogastrique. Les douleurs, toujours très-vives, le sont quelquefois plus d'un côté que de l'autre. Cela s'observe lorsque l'inflammation s'étend au péritoine ou à l'un des ligaments larges.

*Diagnostic.* — La métrite puerpérale a une physiologie inflammatoire qui la différencie très-nettement de la pyohémie ou infection purulente, avec laquelle on la confond généralement. Dans la métrite, le pouls, qui est fréquent, reste ferme et plein; la température s'élève, mais ne dépasse guère 39 degrés. Dans la pyohémie, le pouls est si fréquent que l'on peut à peine le compter et la température dépasse ordinairement 40 degrés. Un frisson annonce le début de la métrite, mais dans la pyohémie, il a la violence des frissons que l'on observe dans les accès de la fièvre paludéenne et il se reproduit promptement; tandis que, dans la métrite, il n'y a qu'un frisson initial. Dans l'inflammation de la matrice, le visage est rouge, la chaleur se rétablit promptement; la douleur de l'utérus est vive et s'exaspère par le toucher. La matrice est plus indifférente à la pression dans la pyohémie, bien que les lésions de celle-ci soient beaucoup plus graves; le teint est jaune, les malades sont découragées et d'une faiblesse qui va s'accroissant chaque jour. La pyohémie se termine fatalement par la mort. La métrite puerpérale emprunte sans doute un caractère spécial de gravité aux conditions dans lesquelles elle s'est développée; mais elle guérit le plus souvent. Quand la métrite ne cède pas aux moyens qui sont employés pour la combattre, l'inflammation se propage aux parties voisines; à la partie du péritoine qui



recouvre l'utérus et les anses intestinales les plus rapprochées; souvent au tissu cellulaire du ligament large. Ces complications donnent à la maladie un caractère qui pourrait faire méconnaître son siège primitif. Mais, quand la péritonite et le phlegmon du ligament large se produisent à la suite d'un accouchement, on peut être certain que l'inflammation de l'utérus en a été le point de départ.

On reconnaîtra les complications en palpant l'abdomen, en même temps que l'on pratiquera le toucher vaginal. La masse globuleuse que l'utérus forme sur la ligne médiane ne sera plus alors le seul élément de la maladie; tantôt au-dessus et en arrière et quelquefois sur les côtés, mais près de la matrice, on constatera l'existence d'une tumeur très-douloureuse qui fixe l'utérus et l'immobilise : c'est la pelvi-péritonite; tantôt la douleur s'exaspérant d'un côté, surtout du côté gauche, le cul-de-sac vaginal correspondant deviendra moins profond que du côté opposé, et la main sentira une tumeur allongée derrière la branche horizontale du pubis : c'est le phlegmon du ligament large.

*Anatomie pathologique.* — La métrite puerpérale ne constitue pas une entité morbide bien définie seulement par ses symptômes; après la mort, on ne trouve rien de semblable aux lésions qui existent dans la pyohémie; l'utérus est volumineux; ses parois sont épaisses, molles et infiltrées de sérosité sanguinolente; elles sont rouges, franchement hyperémiées. Comme la péritonite complique toujours la métrite puerpérale dans les cas où la maladie doit se terminer par la mort, on trouve à l'autopsie, des adhérences des anses intestinales entre elles et avec les



organes voisins. Tandis que dans l'infection purulente, toute la cavité péritonéale contient de la sérosité purulente dans laquelle nagent des flocons albumineux, le pus y est ordinairement circonscrit dans la métrite puerpérale. Les veines renferment du sang et pas de pus; les viscères parenchymateux, où la pyohémie développe des abcès sont indemnes; il est évident qu'ils n'ont pris aucune part à la maladie.

Vous voyez qu'il y a des caractères bien nets qui permettent de distinguer la métrite puerpérale de l'infection purulente qui se produit après l'accouchement; mais il ne faut pas que vous vous figuriez qu'ils sont toujours tellement tranchés que l'hésitation et l'erreur soient impossibles.

*Étiologie.* — Bien que la métrite puerpérale et l'infection purulente qui se produit après l'accouchement aient une condition étiologique commune, on peut dire, pourtant, que les causes qui engendrent l'une diffèrent absolument de celles sous l'influence desquelles l'autre prend naissance.

Le plus souvent, on voit apparaître le terrible cortège de symptômes de l'infection purulente sans que la malade ait commis la moindre imprudence. La maladie se développant sous l'influence de l'air empoisonné d'une salle d'hôpital, prend naissance dès que les agents septiques trouvent dans une plaie les conditions d'absorption dont ils ont besoin pour pénétrer dans l'économie.

La métrite, au contraire, se développe souvent sous l'influence d'un traumatisme. Tantôt l'accouchement ayant marché trop vite, soit que la malade, abandonnée à elle-même, ait instinctivement poussé trop violemment;



soit qu'elle ait suivi en cela les conseils imprudents d'une personne inexpérimentée, la matrice subit une lésion parfois mal déterminée.

Le plus souvent, les contractions énergiques de l'utérus poussant l'enfant à travers le col utérin incomplètement dilaté, une déchirure est presque inévitable; aussi, il est rare qu'il ne s'en produise pas chez les femmes qui accouchent à l'hôpital. C'est une des causes les plus ordinaires de la métrite puerpérale. La maladie se produit encore à la suite d'un refroidissement, d'une émotion morale vive qui arrête l'écoulement des lochies dès les premiers jours qui suivent l'accouchement. Mais le plus souvent elle est due à l'imprudence des malades qui se lèvent, le lendemain ou le surlendemain du jour où elles ont accouché. Quelques-unes échappent au danger; mais, quand elles ne sont pas douées d'une constitution exceptionnelle, la métrite est la conséquence ordinaire de cet usage très-répandu dans les classes pauvres. Ce ne sont que les femmes qui ont une certaine aisance qui s'accordent les neufs jours traditionnels.

Ainsi l'infection purulente se développe, sans provocation chez une femme qui n'a pas quitté son lit; la métrite ne s'observe qu'à la suite d'une lésion de l'utérus, ou bien chez les malades qui se livrent au travail ou à la marche avant que la matrice soit revenue aux dimensions qu'elle ne recouvre qu'au bout d'un certain temps.

La métrite puerpérale ressemble absolument à une autre métrite traumatique. On observe la même inflammation après la déchirure du col dans l'accouchement et dans les opérations que l'on pratique sur cet organe,



avec cette différence toutefois que, dans le premier cas, le tissu de l'utérus est plus mou, plus spongieux et qu'il offre à l'inflammation des conditions plus favorables. Dans l'un et l'autre cas, c'est toujours une métrite traumatique.

A cause du ramollissement des parois utérines, qui persiste assez longtemps après l'accouchement, il faut bien se garder d'avoir, à cette époque, recours à l'hystérométrie, qui exposerait à la perforation de la matrice.

Bien qu'il résulte, d'un travail publié dans le *Progrès médical*, par M. Dupuy, que cet accident n'est pas toujours mortel, il n'en est pas moins redoutable. L'auteur de ce travail a réuni dix-sept observations dans lesquelles la matrice a été perforée, sans qu'il y ait eu d'accidents graves. Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que plusieurs de ces perforations ont été pratiquées par un Allemand nommé Hœning qui, par curiosité, a perforé l'utérus d'une malade de façon à ce que le bouton de la sonde pénétrât jusqu'à deux centimètres et demi de l'ombilic. Cet expérimentateur recommença le lendemain, puis trois jours après, devant les élèves réunis à l'amphithéâtre, il fit sur la malade de nouvelles perforations.

On cite encore Rabl-Buckesard et Jelonnus, qui ont perforé l'utérus à plusieurs reprises dans le but de prouver l'innocuité de cette manœuvre.

En Allemagne, il paraît que ces choses sont permises ; elles seraient, en France, passibles des tribunaux, et je ne puis comprendre que des actes qualifiés crimes de ce côté des Vosges, soient tolérés au delà.

Ces expériences ne prouvent d'ailleurs rien que l'on



puisse utiliser pour la pratique. En dépit de tout ce qui pourra être fait de curieux dans ce genre, nous savons que toute lésion de l'utérus est grave et qu'elle est le plus souvent une cause de métrite.

*Traitement.* — Il est plus facile de prévenir la métrite parenchymateuse puerpérale que de la guérir. Il faut toujours avoir présentes à l'esprit les conditions qui président à son développement : après un accouchement, les douleurs connues sous le nom de *tranchées* dépendent des contractions de l'utérus qui tend à se rapprocher du volume de son état de vacuité ; si elles manquent, si la matrice ne se contracte pas, les sinus qui fournissent le sang des lochies restent largement ouverts, et, partant, plus aptes à absorber les matières septiques contenues dans l'air. Voilà pour l'infection purulente, dont je ne me suis occupé qu'incidemment.

La matrice conservant des parois épaisses qui contiennent de larges vaisseaux, s'hypérémie facilement ; les liquides irritants séjournent plus ou moins longtemps dans sa cavité ; s'il y a eu déchirure du col, la plaie reste béante et plus exposée à l'inflammation que si les contractions utérines en avaient rapproché les bords.

L'inertie de l'utérus est donc une condition favorable au développement de la métrite puerpérale ; à cause de cela, le médecin doit veiller à ce qu'elle ne se produise pas. Dans ce but, il fera, après l'expulsion du placenta, des frictions légères sur l'abdomen, de manière à déterminer les contractions utérines, qui sont, d'ailleurs, indispensables pour prévenir l'hémorrhagie.

Quand, par la main qui exerce des frictions sur l'abdomen, on aura reconnu, à la résistance des parois de



l'utérus, que cet organe est revenu sur lui-même, on devra exercer sur le ventre, à l'aide d'une serviette, une compression qui soit suffisante pour faire comme une seconde enveloppe à la matrice. Quand un homme se prépare à la lutte, il revêt un costume, appelé *maillot*, qui soutient ses muscles au moment de leurs plus violentes contractions. C'est quelque chose de semblable qu'il faut faire pour l'utérus. On atteindrait encore mieux le but si au lieu d'une serviette on employait une ceinture élastique.

Dans la même intention, il est parfois utile d'avoir recours à l'administration d'une certaine dose de seigle ergoté. Quelques accoucheurs permettent aux accouchées de s'asseoir pendant quelques instants pour faciliter l'écoulement du sang et l'empêcher de stagner dans la cavité utérine. C'est une bonne pratique, à la condition toutefois que l'on en usera avec la plus grande prudence.

Si, malgré ces précautions, l'inflammation de l'utérus se développe, il ne faut pas hésiter à la combattre par une saignée du bras, si la femme est très-vigoureuse, ou par une application de vingt-cinq à trente sangsues à l'hypogastre; mais, pour se décider à une médication aussi énergique qui hâterait la mort d'une malade affectée de pyohémie, il ne faut pas que le médecin ait le moindre doute sur l'existence de la métrite.

Si vous vous rappelez l'observation que j'ai rapportée au commencement de cette leçon, vous trouverez dans ce fait la preuve de l'efficacité des émissions sanguines. (*Voir les observations.*)

Les grands bains prolongés n'ont pas moins d'utilité dans le traitement de la métrite puerpérale que pour la métrite parenchymateuse à l'état de vacuité.

Les frictions avec la pommade mercurielle sont un moyen classique du traitement de la métrite puerpérale; on en retire un réel avantage, quand une grande quantité de pommade est employée. Il faut que les frictions soient faites au moins deux fois par jour pendant 15 ou 20 minutes, et, chaque fois, on doit employer 20 ou 30 grammes de pommade; les cataplasmes émollients de farine de lin ajoutent encore à l'efficacité des frictions mercurielles.

Les injections d'eau tiède sont utiles pour laver et débarrasser le vagin des lochies qui, en y séjournant, contracteraient des qualités putrides.

Les femmes affectées de métrite puerpérale manquant d'appétit et ayant même souvent des nausées, se soumettent volontiers à la diète qui convient à leur état. On commence par permettre un peu de bouillon ou de lait et on augmente insensiblement l'alimentation suivant les indications empruntées au mieux qui se produit et aussi en tenant compte de l'état de faiblesse de la malade.

Quand la faiblesse est très-grande, il est utile d'administrer une potion alcoolique contenant 30 ou 60 grammes d'eau-de-vie ou de rhum. C'est un excellent moyen employé très-utilement depuis quelques années, quand l'inflammation, ayant cédé, on redoute l'adynamie qui succède parfois à la métrite puerpérale. Mais il faut bien se garder de l'exagération qui porte certains médecins à administrer des doses excessives de boissons alcooliques.



**Métrite exfoliative. Dysménorrhée membraneuse.**

Avant d'étudier la métrite chronique, je vais tâcher de vous faire connaître la *dysménorrhée membraneuse*, qui n'est qu'une forme de la métrite et pour laquelle j'adopte le nom qui lui a été donné de *métrite exfoliative*. Je laisserai de côté les cas dans lesquels des produits pseudo-membraneux auraient été expulsés de l'utérus. Je ne crois pas que l'on soit en mesure de faire l'histoire de cette espèce de métrite, les faits relatifs à cette maladie étant trop peu nombreux. Je ne viserai, dans ma description, que la métrite que l'on pourrait appeler à *répétition*, dans le cours de laquelle les exacerbations se produisant à l'époque menstruelle aboutissent à l'exfoliation de la membrane muqueuse utérine et à son expulsion au dehors.

Pour comprendre la possibilité de cette exfoliation, il faut que nous reportions notre pensée vers le phénomène de la menstruation, dont je vous ai entretenus dans ma première leçon; mais, auparavant, je tiens à vous dire quelques mots de la membrane muqueuse de l'utérus dont l'existence n'est admise définitivement que depuis les beaux travaux de MM. Coste et Robin. Cette membrane tapisse la cavité utérine, et se continue avec celle de la cavité du col et avec celle des trompes. Son épaisseur n'est pas la même partout; de 3 à 5 millimètres vers le milieu du corps, elle s'amincit en s'approchant des orifices qui la font communiquer avec les trompes et avec le col. Dans le col, elle n'a guère qu'un millimètre d'épaisseur.



Un liséré blanc indique la ligne de démarcation entre la membrane muqueuse et le tissu musculaire sous-jacent. Il devient d'autant plus apparent, que l'injection de la membrane muqueuse est plus considérable. Elle est d'une consistance molle et ses éléments s'écrasent et se dissocient sous une faible pression. Les anatomistes affirment qu'elle adhère très-fortement au tissu propre de l'utérus, sans que l'on aperçoive de tissu cellulaire pour les unir.

Je vous prie de retenir ce caractère, qui paraît tout d'abord être en contradiction formelle avec la possibilité de son exfoliation.

D'après M. Robin, elle se compose de quelques fibres à noyaux, d'éléments fibro-plastiques, de tissu cellulaire, d'une matière amorphe naissante, de vaisseaux capillaires et de glandules en nombre considérable; elle renferme des éléments en assez grand nombre et assez distincts pour que, à l'aide du microscope, on puisse en constater l'existence, et ne pas la confondre avec un exsudat inflammatoire.

En entendant cette très-succincte description de la membrane muqueuse, il n'est pas un de vous qui ne se demande comment une membrane, si adhérente au tissu propre de l'utérus, peut s'en détacher presque spontanément sous l'influence de l'exagération d'un phénomène physiologique. Si vous jetez un coup d'œil sur la figure que j'ai empruntée au livre de Cazeaux, et qui représente la membrane muqueuse à l'époque de la menstruation, vous comprendrez qu'à ce moment, ses caractères de structure et d'adhérence sont singulièrement modifiés. (*Voir la figure 1*).



Si vous m'objectiez qu'il eût été facile de lui donner plus de fixité, je vous répondrais que le créateur de toutes choses a mieux fait que vous n'eussiez pu faire. Il fallait que, au moment où l'œuf arrive dans la cavité de l'utérus, il y fût reçu, fixé mollement et d'une manière invariable. Pour cela, il était utile que la membrane qui tapisse la cavité utérine fût susceptible de se gonfler, de se plisser pour que ses plis servissent en quelque sorte de nid à l'œuf, si petit et si fragile, qui, après s'être détaché de l'ovaire, arrive tout seul dans une cavité où il se serait infailliblement perdu, si tout n'avait été divinément prévu pour le recevoir.

Les plis que la membrane muqueuse forme à l'époque menstruelle, sont pressés et adossés les uns aux autres, de manière à ne laisser aucun vide dans sa cavité.

Mais comme l'œuf grossit, il faut que la membrane qui doit le protéger se modèle sur lui, et cela ne lui est possible qu'avec la possibilité de se détacher graduellement du tissu propre de l'utérus.

Voilà pourquoi la membrane muqueuse utérine et le tissu sous-jacent sont unis par une matière amorphe qui permet leur désunion et non par du tissu cellulaire.

Il y avait déjà, dans la science, quelques observations de métrite exfoliative, dont la signification était restée méconnue, lorsque Oldham, puis Simpson en 1846, l'interprétant avec une grande sagacité les faits qu'ils avaient eu l'occasion d'observer, prouvèrent que la membrane muqueuse de l'utérus peut être exfoliée, et établirent nettement la relation qui existe entre cette exfoliation et le phénomène de la menstruation.

Presque tous les auteurs qui ont écrit sur la dysmé-



norrhée membraneuse ont cité l'observation très-curieuse que l'on trouve dans Morgagni. Je n'en reproduirai que quelques passages intéressants.

« Il y avait dans mon pays, dit Morgagni, une dame noble, d'une taille élevée, d'un teint et d'une constitution louables, qui était accouchée quelquefois dans les premiers mois de la gestation ; mais sa grossesse était pourtant arrivée souvent à terme au milieu de ces avortements ; elle avait mis au monde des enfants viables très-gros, quelquefois même deux à la fois, non sans grand travail.

. . . . .  
» A l'âge de trente-quatre ans, elle éprouva un nouveau genre de maladie : à l'époque des règles, elle rendait par l'utérus, au milieu à peu près de cet écoulement, un corps qui paraissait membraneux, et qui était *d'une forme et d'une grosseur qui répondaient assez bien à la cavité triangulaire de l'utérus*... La sortie de ce corps était suivie de lochies abondantes, qui étaient fréquemment interrompues... La femme ayant éprouvé quatre de ces sortes d'avortements très-pénibles, dans les quatre mois pendant lesquels elle s'était abstenue de communiquer avec son mari, et les remèdes ordonnés par un grand nombre de médecins distingués n'ayant été d'aucune utilité, persuadée qu'il était beaucoup plus avantageux pour elle d'être exempte de douleurs au moins pendant neuf mois, elle ne voulut plus coucher à part ; c'est pourquoi elle devint grosse au mois de mars de l'an 1724. »

Un avortement s'étant produit, les accidents reparurent, et Morgagni eut l'occasion d'examiner le corps expulsé, qui, dit-il, simulait une membrane disposée en forme d'une petite bourse triangulaire. Il conclut de cet examen



que c'était ce que nous appellerions aujourd'hui un exsudat inflammatoire.

Réfutant l'opinion des médecins qui ne voyaient dans ce produit qu'un œuf accidentel, il ajoute : « Quand bien même de tels œufs existeraient chez les femmes, il serait pourtant bien difficile de dire pourquoi sur celle-ci ils se développaient toujours en forme de triangle, et pourquoi il y en avait constamment un qui descendait chaque mois dans l'utérus. »

Depuis que nous savons ce qu'est la dysménorrhée, dans quelles circonstances elle se produit, il est impossible de méconnaître dans l'observation de Morgagni un exemple incontestable de cette maladie.

Les faits de dysménorrhée membraneuse sont devenus fréquents depuis que l'attention des médecins a été attirée par les travaux d'Oldham et de Simpson sur cette variété de la métrite.

Mais on ne peut se défendre d'un grand étonnement quand on lit dans le traité d'un médecin américain (1) qu'il a observé plus de cent cas de dysménorrhée membraneuse.

Les médecins anglais regardent aussi cette maladie comme très-fréquente.

Pour moi qui, depuis plus de quinze ans, me suis toujours beaucoup occupé des maladies de l'utérus, je n'ai pas eu plus de dix à douze fois l'occasion d'observer cette maladie. La plupart des médecins français sont dans le même cas que moi, si j'en juge par le petit nombre d'observations qui ont été publiées sur ce sujet.

(1) Dewees, *Treatise on diseases of females*. Philadelphie.



Je suis porté à croire, avec M. Bernutz, que nous sommes en France un peu plus exigeants pour admettre l'existence de cette maladie, qu'il faut bien se garder de confondre avec les cas de métrite dans lesquels on trouve des caillots membraneux.

*Symptômes.* — C'est à l'époque des règles que se produit la crise dans laquelle la membrane muqueuse de l'utérus est expulsée.

Le sang sort d'abord en s'accompagnant d'une souffrance supportable ; mais, après un ou deux jours de cet état, tout à coup les règles se suppriment et des douleurs d'une violence extrême arrachent des cris à la malade, qui se tord et se désespère. Au bout d'un temps, qui varie entre quelques heures et un ou deux jours, le sang reparait, entraînant quelque chose que l'on prend le plus ordinairement pour un caillot de sang. Aussitôt les douleurs diminuent, et la malade ressent le bien-être qui succède aux grandes souffrances.

Souvent, ce n'est qu'un répit, et bientôt les douleurs reparaissent aussi vives qu'avant l'expulsion du corps qui avait amené un grand soulagement ; dans ce cas, la membrane muqueuse qui s'exfolie n'a pas été rejetée au dehors tout entière. Il faut que ce qui en reste dans la cavité utérine en soit expulsé. Dans ce but, les contractions se répètent comme dans un véritable accouchement, jusqu'à ce qu'un nouveau bouchon membraneux ait traversé le col de l'utérus. Les contractions utérines de l'accouchement causent peut-être moins de douleur que celles de l'exfoliation de la membrane muqueuse, parce que, dans ce dernier cas, les parois de l'utérus sont plus denses et plus épaisses, relativement à la cavité sur laquelle elles agissent.



Quand la membrane muqueuse exfoliée est sortie tout entière, le sang coule comme à une époque menstruelle ordinaire, ni plus abondamment, ni plus longtemps.

J'ai pourtant assisté à de véritables métrorrhagies à la suite de l'expulsion de la membrane muqueuse; mais, dans la plupart des observations, on voit que le calme renaît et que tout rentre dans l'ordre jusqu'à l'époque suivante. Le docteur W. Lange a, lui aussi, observé un cas de dysménorrhée membraneuse, dans laquelle la malade expulsa la membrane *avec tous les symptômes de l'avortement et une métrorrhagie considérable*. Mais ce sont des faits exceptionnels; ordinairement, l'écoulement menstruel reparait, après l'expulsion de la membrane muqueuse, dans les proportions de l'état normal. Le plus souvent, la membrane muqueuse n'est pas rejetée en un seul morceau.

C'est pour cela que les lambeaux ont dû passer longtemps inaperçus, ou, quand on les a vus, on a dû les prendre, ou pour des fausses membranes, ou pour des lamelles de fibrine coagulée.

Quand elle sort tout entière, elle a une forme et un aspect que l'on ne peut pas oublier, elle représente un sac membraneux percé de trois ouvertures : deux supérieures qui correspondent aux orifices des trompes, une inférieure ordinairement rouge qui correspond à la cavité du col de l'utérus, la membrane exfoliée comprend parfois le commencement de la muqueuse des trompes, sa surface extérieure est rouge et tomenteuse; si on l'examine sous l'eau, on aperçoit une infinité de petits filaments qui y adhèrent par une de leurs extrémités et qui paraissent être des débris des vaisseaux qui l'unissaient



au tissu propre de l'utérus, sa surface interne est blanchâtre, lisse et polie ; à la loupe, on y aperçoit un nombre considérable de trous dont elle est comme criblée, ce sont les orifices des petites glandes utriculaires dont elle est composée ; il est arrivé, dans des cas d'ailleurs fort rares, qu'il s'est fait une véritable inversion de la membrane sur elle-même, de telle sorte que la surface externe est devenue interne, et réciproquement. Il est probable que ce renversement se produit par suite du décollement de la partie qui correspond au fond de l'utérus, pendant que la membrane muqueuse est encore adhérente au voisinage du col. La membrane expulsée par les contractions utérines ne peut sortir de l'utérus que sous la forme d'un *sac renversé* dont le fond devient libre dans le vagin.

Quand, après cette expulsion partielle, le sac est encore adhérent au col, il peut devenir une cause de sérieux embarras pour le médecin, mais le doute et l'incertitude ne pourront jamais être de longue durée.

Si pendant les règles qui accompagnent l'exfoliation de la membrane muqueuse utérine, on pratique le toucher vaginal, on trouve les lèvres du col grosses, et comme oedématiées, le moindre contact y éveille une très-vive douleur ; l'utérus tout entier est abaissé.

Je n'ai jamais examiné au spéculum des femmes affectées de métrite exfoliative (dysménorrhée membraneuse), mais je trouve dans le mémoire de MM. Huchard et Labadie-Lagrave que « l'on a souvent constaté des érosions, des granulations saignantes du col avec tuméfaction des deux lèvres et surtout de la lèvre postérieure. Dans beaucoup de cas, le canal cervico-utérin est rétréci ». Le rétrécissement de l'orifice du col utérin a été



noté par la plupart des auteurs, on l'a considéré comme une des causes de la maladie. Je suis porté à croire avec M. Bernutz que ce rétrécissement est la conséquence de l'inflammation et qu'il n'*entrave l'excrétion menstruelle que par un mécanisme semblable à celui qui, dans la cystite du col, donne lieu à la rétention d'urine.*

Il est une complication de la métrite exfoliative dont personne ne parle et qui pourtant ne doit pas être extrêmement rare. J'ai dit que je n'ai eu que dix ou douze fois l'occasion d'observer cette maladie, et, dans un cas récent, j'ai constaté la coexistence d'une hématocele rétro-utérine. Je tiens à vous le faire connaître, pour que vous soyez prévenus de la possibilité de cette complication :

Madame S., demeurant rue de la Verrerie, âgée de trente-neuf ans, ayant les yeux et les cheveux noirs, une grande taille et une vigoureuse constitution, fut réglée dès l'âge de dix ans. Comme, à cette époque, son visage était devenu rouge et violacé, on pensa qu'elle touchait à l'âge critique de la puberté, on lui fit prendre des poudres emménagogues dont elle ne peut dire la composition, mais qui eurent pour effet de déterminer l'apparition des règles.

Dès que le médicament eut produit l'effet désiré, la peau reprit sa couleur normale, et les règles se montrèrent en grande abondance et pendant huit jours. Mariée à l'âge de quinze ans, elle devint mère l'année suivante, elle eut successivement trois enfants en trois ans. En 1865, elle éprouva du côté de l'utérus des accidents qui l'engagèrent à se confier aux soins d'une sage-femme qui méconnut une grossesse commençante; peu de temps après, ayant eu une fausse couche, elle ressentit de grandes douleurs qui ne cessèrent qu'après qu'un



abcès se fût ouvert dans le rectum; un an plus tard, elle eut une métrite, avec engorgement et ulcération du col; elle se croyait guérie depuis longtemps, lorsque au mois de janvier de cette année (1874) elle ressentit de vives douleurs pendant ses règles. Après quelques heures de suspension de l'écoulement du sang, les douleurs devinrent plus vives et la malade expulsa, avec du sang, un corps qui, examiné avec soin, représentait exactement la membrane muqueuse de l'utérus; il était impossible de se tromper sur la nature du sac membraneux expulsé, car il était aplati et nullement ovoïde, comme l'eût été la membrane caduque à la suite d'un avortement ovulaire; le sommet du triangle que sa forme représentait largement ouvert, correspondait à l'ouverture du col, et au niveau des orifices des trompes, la membrane se continuait dans une longueur d'un demi-centimètre environ. Ce n'était donc pas seulement la membrane muqueuse de l'utérus, mais un peu de celle qui tapisse les trompes. C'était bien la muqueuse utérine, car elle était tomenteuse extérieurement, blanche et polie à l'intérieur; l'expulsion de cette membrane causa à la malade un grand soulagement, mais les douleurs ne tardèrent pas à se reproduire avec une violence telle, que l'on me demanda de joindre mes soins à ceux que la malade recevait de M. le docteur Garcin.

Lorsque je vis madame S. pour la première fois, elle avait éprouvé une syncope la veille, mais son pouls était plein, battait cent fois environ; son ventre était tellement douloureux, qu'elle ne restait pas un instant sans se plaindre, bien qu'elle paraisse, dans la vie ordinaire, douée d'une grande énergie. Après avoir examiné avec



soin la membrane que mon confrère me montra, je ne doutai pas qu'elle ne fût le produit d'une métrite exfoliative. Le sang des règles avait pris son cours habituel après la sortie du sac membraneux, et lorsque j'arrivai il constituait une véritable métrorrhagie. Comme les douleurs avaient reparu après la syncope, je dus en rechercher la cause. Nous ne tardâmes pas, mon confrère et moi, à constater l'existence d'une hématocèle rétro-utérine, faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Comme la malade nous suppliait de la soulager, nous lui fîmes immédiatement appliquer trente sangsues à l'hypogastre; quelques heures après, elle ne souffrait plus et la métrorrhagie était arrêtée. Bientôt, l'hématocèle prit une consistance plus ferme, puis diminua de volume, et au bout d'un mois environ, c'est-à-dire après l'époque menstruelle suivante, qui ne ramena aucun accident, la malade put se lever, et bientôt elle reprit sa vie ordinaire; depuis cette époque, elle n'a pas eu de nouvelle crise de dysménorrhée membraneuse.

Cette observation est bien faite pour éveiller des doutes sur la réalité du diagnostic; on se demande s'il ne serait pas possible que pendant la métrorrhagie un caillot ayant oblitéré l'orifice cervico-utérin ait mis obstacle à l'écoulement du sang et l'ait forcé à rétrograder vers les trompes. Avant de tomber dans la cavité du péritoine, pour y constituer l'hématocèle, le sang stagnant dans la cavité utérine n'a-t-il pas pu y faire un caillot ayant la forme de l'utérus? Dans cette explication, ce que nous avons cru être une partie de la membrane muqueuse des trompes ne serait que le prolongement du caillot.

Si cette interprétation était vraie, ce n'est pas un sac



membraneux aplati que nous aurions observé; mis dans l'eau, ses éléments se seraient bien vite dissociés, s'il n'avait été qu'une portion d'un caillot sanguin. C'était bien la membrane muqueuse utérine, et c'est elle qui bouchant l'orifice du col de l'utérus avait donné lieu, par le mécanisme indiqué plus haut, à la production de l'hématocèle.

La périodicité est un des caractères importants de la métrite exfoliative; après la période menstruelle dans laquelle une première exfoliation a eu lieu, si la maladie n'a pas été combattue assez énergiquement, les douleurs persistent et, quoique peu intenses, elles s'exaspèrent facilement; elles existent sourdement avec irradiations dans les régions lombaire, inguinale et coccygienne, jusqu'à l'époque mensuelle suivante. Alors la crise que nous avons décrite plus haut se reproduit avec la même intensité.

On a observé de la leucorrhée dans presque tous les faits connus.

L'exfoliation membraneuse peut avoir lieu à plusieurs époques mensuelles, consécutives; souvent, au contraire, la périodicité n'a pas de type régulier. Les crises se reproduisent en raison de ce que la malade a fait pour combattre, dans l'intervalle des règles, les douleurs qui indiquent que la maladie existe encore.

*Diagnostic.* — C'est ordinairement la violence des douleurs qui se produisent pendant les règles qui attire l'attention du médecin sur l'existence d'une métrite exfoliative. Les renseignements donnés par les malades qui se plaignent d'avoir senti un corps volumineux sortir de la matrice, corroborent cette supposition; l'examen de la membrane expulsée lève ordinairement tous les doutes.

Cette membrane, quand elle est entière, a une forme



que je n'ai pas besoin de rappeler. Un sac avec trois ouvertures correspondant l'une au col, les deux autres aux orifices des trompes, ne peut que bien difficilement, de nos jours, être confondu avec un caillot sanguin ou avec une fausse membrane; mais il est plus difficile de se prononcer entre la métrite exfoliative et l'avortement ovulaire du premier mois. Cependant voici des signes au moyen desquels on peut se guider.

La membrane de la métrite exfoliative est égale dans toute son étendue; la membrane caduque présente toujours un point plus épais, à moins qu'une déchirure ne se soit produite à l'endroit de l'implantation de l'œuf; ordinairement le point épaissi est ombiliqué à son centre.

La membrane caduque est plus épaisse que la membrane dysménorrhéale, elle n'est pas aplatie comme celle-ci; elle a, au contraire, la forme d'un sac se rapprochant de celui d'un ovale. Je sais bien que la membrane de la métrite exfoliative peut, elle aussi, être ovoïde, quand elle renferme un caillot sanguin. Un peu d'attention suffit alors pour que l'on n'ait plus d'hésitation. Quand la membrane a été déchirée, le diagnostic est un peu plus difficile, mais avec de l'attention, on distingue facilement encore la face externe et la face interne de la membrane avec les caractères qui leur sont propres.

L'expulsion de la membrane muqueuse est périodique et se produit presque toujours à l'époque des règles. Quand l'avortement se produit après un retard, le diagnostic est fait.

Dans l'avortement, le col est ouvert; il est fermé dans la métrite exfoliative.

Je mets sous vos yeux une membrane muqueuse



recueillie par M. Blot dans un cas de dysménorrhée exfoliative. Vous trouvez sur les deux faces de cette membrane les caractères que je vous ai indiqués : l'aspect tomenteux de la face externe, et l'aspect pointillé de la face interne, qui dépend de l'orifice des glandules utérines.

Mon ami M. Blot a bien voulu me donner un magnifique dessin qui vous permettra de juger de la différence qui existe entre la membrane muqueuse utérine exfoliée et une lamelle fibrineuse provenant du sang coagulé. (*Voir planche 1.*)

*Étiologie.* — Les vierges sont, comme les femmes mariées, sujettes à la métrite exfoliative; on l'a observé chez des femmes stériles aussi bien que chez celles qui ont accouché plusieurs fois. Elle prédispose à la stérilité, mais la stérilité n'en est pas la conséquence constante. L'hérédité aurait une influence marquée sur le développement de la dysménorrhée membraneuse.

M. Brouardel, cité par M. Siredey, a vu, dans les Pyrénées une exfoliation complète de la membrane muqueuse utérine que le docteur Duplan lui montra et qui avait été rendue par une jeune fille qui avait cinq sœurs toutes atteintes de la même affection depuis leur première menstruation.

D'après M. Bernuetz, elle coïnciderait souvent avec le catarrhe utérin qu'il est porté à considérer comme lié à une constitution lymphatique. D'autres auteurs indiquent cette constitution comme une des causes qui prédisposent à la dysménorrhée membraneuse. Les faits que j'ai eu l'occasion d'observer me portent à penser qu'un tempérament sanguin et vigoureux est une condition plus favorable à son existence.



On note le rétrécissement de l'orifice interne du col comme une des causes les plus ordinaires de la maladie. Ici se présente naturellement une question : le rétrécissement est-il bien cause, ou n'est-il que la conséquence de l'inflammation ? J'ai déjà dit que j'adopte l'opinion de M. Bernutz, qui pense que l'obstacle du col à l'expulsion de la membrane muqueuse est le résultat de la métrite, de même que l'excrétion urinaire peut être empêchée par l'inflammation du col de la vessie.

En étudiant la cause de la dysménorrhée membraneuse, nous sommes amenés à nous demander quelle est la nature de cette maladie. Suivant Oldham, elle serait liée à l'influence de l'ovaire. Coste et M. Courty admettent qu'elle est le résultat du phénomène physiologique de la menstruation. Voici comment M. Courty exprime son opinion : « Les organes, les tissus apportent dans l'évolution de leurs actes pathologiques les mêmes propriétés qui les caractérisent dans l'accomplissement de leurs fonctions physiologiques. Beaucoup d'actes pathologiques ne sont qu'un affaiblissement ou une exagération de fonctions physiologiques. Or la muqueuse utérine s'hypertrophie et s'exfolie par l'acte pathologique de l'accouchement et par l'acte pathologique de l'avortement. Qu'y a-t-il d'étonnant à ce que sous l'influence d'une maladie de l'utérus qui met les tissus de l'organe dans une condition analogue à celle d'un commencement de gestation et d'un avortement, cette muqueuse s'exfolie de même, bien qu'elle ne contienne aucun produit de conception. » (Courty).

D'après Scanzoni, l'exfoliation de la membrane muqueuse dépendrait de la congestion qui développerait une production de cellules profondes. Je pense que pour



peu qu'on y réfléchisse, après avoir étudié les circonstances dans lesquelles la dysménorrhée membraneuse se produit, personne ne doutera que ce phénomène si bizarre ne soit intimement lié à l'exagération du molimen hémorrhagique qui se produit à l'époque des règles. J'ai déjà dit, en commençant cette leçon, la disposition de la membrane muqueuse à l'époque menstruelle, je vous ai montré la figure que j'ai empruntée au livre de Cazeaux pour vous faire comprendre que, à ce moment de la vie des femmes, la muqueuse utérine acquiert des dimensions qui doivent exciter les contractions utérines. Nous observons des faits analogues pour d'autres membranes muqueuses; l'inflammation de la muqueuse de la vessie donne lieu au ténesme vésical; celle du rectum produit le ténesme rectal, et quand la membrane muqueuse bronchique est enflammée, nous faisons par la toux des efforts, heureusement impuissants, pour nous débarrasser de l'obstacle qu'elle met à la respiration.

Je suis donc convaincu que la dysménorrhée membraneuse dépend de l'exagération du phénomène physiologique de la menstruation.

D'après Coste, ce serait une espèce d'apoplexie de la membrane muqueuse. Toujours est-il qu'on l'observe le plus souvent chez des femmes qui sont affectées d'une métrite chronique, et qui ont une congestion habituelle de l'utérus à l'époque des règles. Cette congestion devenant plus vive, l'inflammation passe à l'état aigu et se termine par l'exfoliation de la membrane enflammée.

C'est une maladie inflammatoire et non une maladie essentielle comme l'ont admis certains auteurs, Oldham par exemple, et Mandl (de Vienne).



L'opinion que j'accepte au sujet de la nature de la dysménorrhée membraneuse est admise aujourd'hui par un bon nombre de médecins. MM. Huchard et Labadie-Lagrave l'expriment ainsi dans leur mémoire que je me plais à citer ; on voit que ce phénomène est le produit de trois facteurs différents, mais cependant solidaires l'un de l'autre :

1° Une endométrite chronique parenchymateuse, hyperplasique ;

2° La congestion menstruelle périodique ;

3° L'extravasation sanguine sous-épithéliale et intramuqueuse.

*Marche.* — La métrite exfoliative a peu de tendance à guérir spontanément. Si elle est abandonnée à elle-même, elle se produit aux époques menstruelles, et la lésion de l'utérus, de laquelle elle dépend, s'aggrave de plus en plus ; la leucorrhée devient plus abondante, la faiblesse augmente, les fonctions digestives se troublent et les phénomènes nerveux hystériformes apparaissent.

Dans quelques cas, malgré la violence des crises de la période pendant laquelle se fait l'exfoliation de la membrane muqueuse, les malades continuent à jouir, dans l'intervalle des règles, d'une assez bonne santé qui n'est troublée que par les douleurs utérines qui sont supportables et auxquelles l'époque menstruelle seule restitue leur intensité.

*Traitement.* — Au moment des règles, on dit généralement que l'on ne peut avoir recours qu'à des moyens palliatifs. Je ne partage pas cette opinion et je ne manque jamais, quand je suis appelé près d'une femme qui éprouve les douleurs de la métrite exfoliative, de lui tirer du sang ;



tantôt, je fais appliquer sur l'hypogastre un nombre de sangsues proportionné à la douleur et à la force de la malade, tantôt c'est à une saignée du bras que j'ai recours.

Jamais je ne me laisse arrêter par la crainte de supprimer les règles. Je suis convaincu que la dysménorrhée membraneuse n'est qu'une forme de la métrite et que les contractions de l'utérus qui s'efforce de se débarrasser d'une membrane devenue un véritable corps étranger, augmentent encore l'inflammation qui, à mesure qu'elle se développe, oppose un plus grand obstacle à l'issue de la membrane exfoliée.

Pour mettre fin à cette crise terrible, il faut intervenir et intervenir activement.

Quand une épée de combat, ayant percé le poumon, donne lieu à une hémorrhagie, est-ce que l'on hésite à pratiquer une large saignée du bras ? Si l'on favorisait l'issue du sang par la plaie, comme le veut une opinion populaire, on hâterait la mort du blessé. En le saignant, on permet au parenchyme pulmonaire de revenir sur lui-même, aux bords de la plaie de se rapprocher, au sang de se coaguler au niveau de la blessure ; on met fin à l'hémorrhagie.

Pourquoi craindre d'arrêter une métrorrhagie, quand le moyen employé est de nature à prévenir les accidents qui peuvent résulter de la suppression brusque des règles dans les conditions ordinaires de la vie ?

Ce qu'il faut, avant tout, c'est faire cesser les douleurs affreuses qui torturent les malades ; c'est aussi s'opposer à l'extension et à la continuation de l'inflammation. Par les émissions sanguines, vous diminuez l'hypérémie utérine ;



le col, devenant moins étroit, laisse passer plus facilement le bouchon qui l'obture. Vous hâtez le dénouement de la crise, et quand celle-ci est passée, la matrice se trouve dans des conditions favorables qui n'existent pas quand le médecin s'est contenté des moyens palliatifs qui sont généralement conseillés.

Je ne blâme pas pour cela la médication émolliente. Je crois que des cataplasmes doivent être appliqués sur le ventre quand leur poids peut être supporté. On peut tirer quelque avantage des onctions avec la pommade belladonnée, bien que je croie peu à la propriété qu'on lui prête de favoriser la dilatation du col utérin. Il ne faut pas craindre de recourir, pour calmer la douleur, à des doses élevées d'opium, au chloral et même au chloroforme.

Dans l'intervalle des règles, on conseille l'administration des médicaments ferrugineux et reconstituants. J'admets cette médication pour quelques malades affaiblies, mais je ne pense pas qu'elle soit applicable au plus grand nombre. Je vous ai déjà dit que mon opinion repose, à ce sujet, sur ce que la plupart des malades que j'ai eu l'occasion de soigner pour la métrite exfoliative étaient d'une constitution vigoureuse.

Je crois bien plutôt à l'utilité d'une médication antiphlogistique dans la période intercalaire des règles. Les bains entiers seront employés avantageusement pour combattre l'inflammation qui persiste longtemps après l'expulsion de la membrane muqueuse, et si l'on constate les signes évidents d'une métrite, il ne faut pas hésiter à combattre cette maladie par les moyens que nous avons conseillés et en particulier par des applications de sang-



sues sur le col utérin. Je suis convaincu que si la dysménorrhée persiste et donne lieu à plusieurs crises successives d'exfoliation membraneuse, c'est que l'on ne fait presque rien pour combattre l'inflammation à laquelle elle est liée, et que souvent, au contraire, la médication tonique et reconstituante à laquelle on a recours n'est propre qu'à l'entretenir.

Je ne crois pas que l'on atteindra ce but en agissant sur l'intérieur de l'utérus, dans l'intervalle des règles, par des injections astringentes ou caustiques et par la cautérisation à l'aide du crayon de nitrate d'argent. Je comprendrais, à la rigueur, l'emploi de ces moyens pour prévenir l'exsudation plastique qui donnerait lieu à l'expulsion de fausses membranes, mais je n'ai pas voulu parler de cette forme de la métrite. Il ne s'agit ici que de l'exfoliation de la membrane muqueuse. Eh bien, je ne comprends pas comment la cautérisation de cette membrane pourrait la rendre plus adhérente aux tissus sous-jacents et s'opposer à la dysménorrhée; ni les injections astringentes ni les caustiques ne me paraissent devoir atteindre ce but. Je crois bien plutôt que l'introduction d'un instrument dans l'intérieur de l'utérus n'est propre qu'à augmenter l'inflammation, cause réelle de la maladie.

On a conseillé de dilater le col de l'utérus et ses orifices. Dans ce but, on a introduit dans la cavité du col des tiges de laminaria, de racine de gentiane ou de l'éponge préparée. Quelques médecins paraissent avoir obtenu de bons effets de ces moyens. M. Siredey cite un cas de guérison par cette méthode. M. Tyler-Smith aurait été à peu près aussi heureux, en maintenant la dilatation du col au moyen d'une canule d'argent.



Le jugement que l'on portera sur cette médication dépendra de l'opinion que l'on aura adoptée sur la cause de la dysménorrhagie membraneuse. Si l'on pense que cette maladie est causée par un rétrécissement du col, il est évident que le traitement devra tendre à produire la dilatation de l'orifice rétréci ; mais si, au contraire, on admet que la dysménorrhée est la conséquence de l'inflammation de l'utérus et que le rétrécissement résulte le plus souvent de la turgescence des tissus enflammés, ce n'est point à la dilatation qu'il faudra avoir recours, mais aux moyens antiphlogistiques que j'ai conseillés précédemment. Dans cet ordre d'idées, l'introduction d'un corps dilatant dans le col de l'utérus doit être considérée comme étant de nature à augmenter le mal plutôt qu'à le guérir. Nous savons, en effet, que le passage d'une sonde dans le canal de l'urèthre rétréci y cause une inflammation qui ne se calme qu'au bout de quelques jours et qui devient un obstacle à ce que l'on recommence cette opération le lendemain ou le surlendemain. Les inconvénients de l'introduction d'un corps dilatant sont encore plus saisissants, quand on a recours à la gentiane, à la laminaria ou à l'éponge préparée pour dilater un trajet fistuleux. Quand le corps dilatant est resté quelques heures dans les tissus qu'il doit éloigner, la malade se plaint de ressentir de la douleur, elle a parfois de la fièvre ; le pus qui sort de la plaie prend une odeur désagréable et devient plus abondant ; il doit en être de même quand on introduit un corps étranger dans le col de l'utérus. Je sais bien que la canule de Tyler-Smith laisse écouler le sang ou les mucosités pendant qu'elle est en place ; mais je ne consentirai pas à recourir à ce



moyen, parce que je suis convaincu que toute violence exercée sur le col peut avoir pour effet de produire une inflammation grave.

Je n'ai pas besoin de discuter l'utilité de l'incision du col de l'utérus à l'occasion de l'étiologie de la métrite. J'ai déjà dit que cette opération est dangereuse. Comme indépendamment du danger, dans le cas de dysménorrhée membraneuse, son utilité ne m'est pas démontrée, je ne peux pas conseiller d'y avoir recours.

*Observation.* — Je tiens de mon ami M. Blot l'observation suivante, recueillie un peu succinctement, mais qui offre un très-réel intérêt au point de vue de l'anatomie pathologique :

« Madame G. avait habituellement des règles qui avançaient quelquefois de dix jours, sans que sa santé en souffrit. Les ayant eues du 16 au 18 mai 1852, elle en attendait le retour vers le 10 ou 12 juin; comme elles manquèrent à cette époque et que la malade éprouva du malaise et des maux de cœur, elle croyait être enceinte, lorsque, dans les premiers jours de juillet, elle eut des pertes de sang qui s'interrompant pour reparaitre bientôt, durèrent près de vingt jours. Le 23 juillet, dans la nuit, après de vives douleurs, il sortit un sac que l'on prit pour un œuf provenant d'un avortement.

» Cette expulsion fut suivie de douleurs et de lipothymies et la perte de sang continua jusqu'au 20 août.

» Cette poche, qui fut remise à M. Blot comme un produit abortif, a, à peu près, le volume d'un petit œuf de poule; elle est enveloppée de quelques petits caillots sanguins

» Placée dans une cuvette remplie d'eau, elle put être



débarrassée facilement du sang qui couvrait sa surface externe. Alors seulement on put voir, d'une façon nette, que cette surface était tomenteuse, déchiquetée, comme la face utérine ou adhérente de la caduque ou muqueuse utérine. Sa forme rappelait celle de la cavité utérine chez une femme qui a déjà conçu. A sa partie supérieure, on voyait à droite et à gauche des trous qui donnaient accès à l'intérieur de la poche. Un autre orifice encore plus manifeste existait à la partie inférieure de la poche : c'est celui qui correspondait à l'orifice interne du col ; les deux supérieurs répondaient à l'orifice interne des trompes.

» La poche étant placée dans l'eau en la fendant sur le côté on en fit sortir du sang caillé dont elle était remplie.

» Après cette petite préparation et un lavage suffisant de la face interne de la poche, on vit que les parois de cette poche étaient *parfaitement lisses* dans toute leur étendue ; partout on y voyait de l'épithélium intact. Cette surface offrait à l'œil expérimenté, l'apparence *évidente* de la muqueuse utérine plus ou moins hypertrophiée. Elle était légèrement mamelonnée et présentait, *dans toute son étendue*, ces petites dépressions très-fines, correspondant aux orifices glandulaires qui donnent à la membrane interne de l'utérus cet aspect caractéristique qu'on a comparé à l'état du menton quand la barbe est fraîchement faite.

» *Nulle part* on ne put trouver, sur un point quelconque de cette membrane, un épaissement formant une saillie importante dans la cavité de la poche, comme cela se voit dans le cas où cette membrane a servi de point d'implantation à un œuf fécondé. *Nulle part*



non plus rien qui put rappeler les villosités choriales.

» Pour ces motifs, je me crois autorisé, dit M. Blot, à affirmer que malgré la croyance de la malade, le produit expulsé n'est pas un produit abortif, mais une *muqueuse utérine entière*, expulsée en bloc, contrairement à ce qu'on voit, d'ordinaire, dans la *disménorrhée membraneuse*. »

Cette observation offre le plus grand intérêt au point de vue du diagnostic.

Si, en effet, vous ne saviez pas que le produit expulsé a été examiné par un médecin instruit et dont la compétence, en pareille matière, ne peut être contestée, vous n'hésiteriez pas un instant à diagnostiquer un avortement ovulaire. Remarquez, en effet, que la malade n'avait pas eu ses règles depuis six semaines, lorsqu'elle éprouva une première perte, bien qu'elle fût habituée à ce qu'elles se produisissent le plus ordinairement avec une avance de quelques jours. A partir du 14 juin, elle éprouva du malaise et des maux de cœur; elle supportait un corset avec peine. La perte débutant au commencement de juillet, dura vingt jours. Enfin, le 23 juillet, dans la nuit, après de vives douleurs dans la journée du 22, une poche fut expulsée de l'utérus.

N'est-ce pas ainsi que se produit un avortement : retard des règles avec maux de cœur; puis pertes intermittentes aboutissant à l'expulsion d'un sac membraneux? Après la sortie de la membrane expulsée, la perte continue de manière à simuler les lochies.

Le diagnostic en pareille matière a une gravité qui ne doit pas vous échapper. Notez, en effet, qu'il peut en-



gager l'honneur d'une femme et d'une famille tout entière. Il ne faut donc pas oublier que l'expulsion de la membrane muqueuse de l'utérus dans la dysménorrhée membraneuse, peut se produire après un retard auquel il ne faut pas donner une signification qui pourrait compromettre la malade et le médecin.

Le dessin représentant la membrane exfoliée a été gravé. (Voyez planche lithochromique 1, fig. 1.)

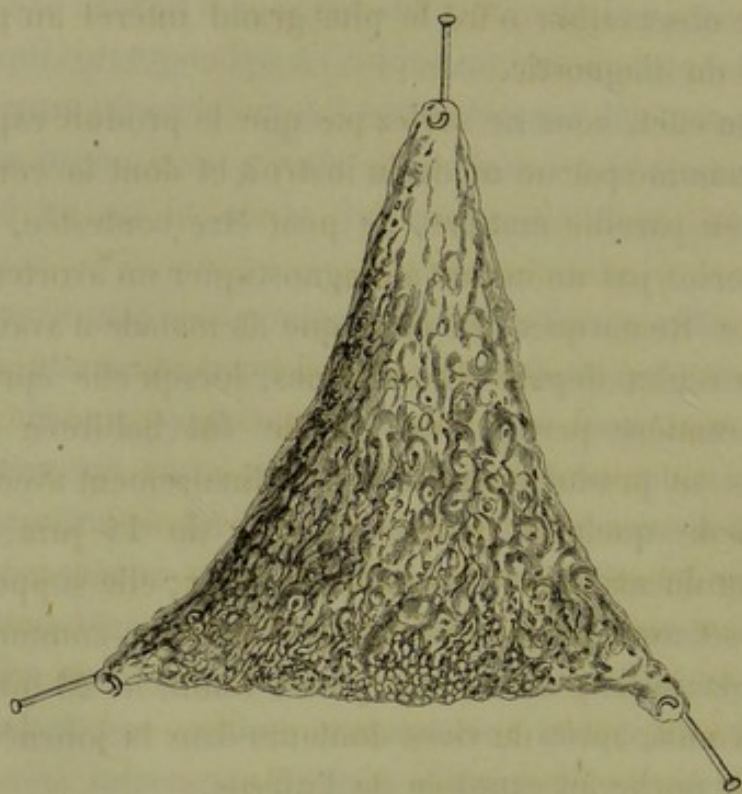


FIG. 4.

Il est rare que des membranes soient aussi complètement expulsées dans la dysménorrhée membraneuse. Le plus souvent, on ne trouve dans le sang des règles que des lambeaux de dimensions variables; la figure 4, en représente pourtant une qui n'est guère moins complète que celle dont je viens de reproduire la description.

Examinée en 1865 par M. Davaine, elle ne contenait rien qui pût en imposer pour un embryon, le dessin m'a également été donné par mon ami M. Blot.

A côté de ces membranes représentant la surface interne de l'utérus, je tiens à en placer une autre qui a des dimensions moindres : la figure 5 représente un lambeau

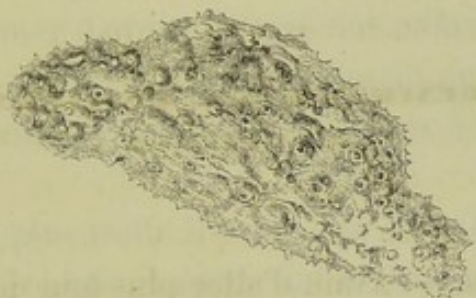


FIG. 5.

de membrane muqueuse trouvé dans le sang d'une femme qui chaque mois en rend depuis plusieurs années, sans que sa santé en ait souffert.

Cette femme, âgée de trente-cinq ou trente-six ans, d'un tempéramment vigoureux, d'un embonpoint qui indique que l'ensemble des fonctions est excellent, a pour mari un homme nerveux qui n'a conservé qu'un bon estomac et la faculté de faire de longues courses à pied. Dans le ménage, l'activité sexuelle n'est départie qu'à la femme et l'excès d'activité se traduit par l'exfoliation de la membrane muqueuse.



## CINQUIÈME LEÇON

### MÉTRITE PARENCHYMEUSE, DÉVIATIONS VARIABLES DE L'UTÉRUS.

*Observation.* — Avant d'aller plus loin dans l'étude des maladies de l'utérus, je tiens, messieurs, à faire une application clinique des connaissances que vous avez acquises depuis que vous suivez ce cours. Je vous obligerai ainsi à récapituler une partie de ce que vous avez appris.

Quand une malade vient réclamer des soins près d'un médecin qui n'a pas une grande expérience des maladies de la matrice et de ses annexes, presque toujours elle jette dans une grande perplexité le praticien consciencieux, mais inexpérimenté, auquel elle s'adresse.

Nous autres médecins, nous avons tant de choses à apprendre, que nous sommes condamnés à mourir sans avoir la moitié des connaissances que nous ambitionnons. Ne nous étonnons donc pas si beaucoup de nos confrères manquent d'expérience en gynécologie. Pour être appelé à soigner les maladies de la matrice, il faut déjà avoir vieilli sous le harnais, de sorte que pendant les dix premières années de sa pratique, on ne peut s'instruire qu'en suivant la clinique de ceux qui ont le privilège

d'avoir un hôpital. Si l'on vit en province, on est condamné à garder longtemps le modeste bagage pratique de l'étudiant. Cela est très-fâcheux, et il est regrettable qu'il n'y ait pas un plus grand nombre d'hôpitaux où l'on s'occupe de gynécologie. Vous voyez tous, pendant vos études, beaucoup de pneumonies, de fractures, d'entorses, de bronchites, etc. Combien y en a-t-il qui puissent se vanter d'avoir observé des métrites, des pelvi-péritonites et autres maladies du bassin de la femme, en assez grand nombre pour être autorisés à en préciser le diagnostic?

C'était bien plus facile il y a trente ans. On avait appris qu'il y a des ulcérations sur le col de la matrice; on professait que cette lésion suffit pour rendre compte de toutes les douleurs que les femmes ressentent quand elles ont une maladie utérine; on recherchait donc une ulcération, et quand on l'avait trouvée, on n'avait pas besoin d'autre chose, il ne restait plus qu'à cautériser. Les choses ont bien changé. Quand nous découvrons sur le col une ulcération, nous ne sommes pas dispensés pour cela de rechercher s'il n'y a pas une autre affection de la matrice elle-même ou de ses annexes. Presque toujours le diagnostic d'une maladie utérine présente des difficultés, même lorsque l'on s'est occupé de gynécologie d'une manière sérieuse; chaque jour je pourrais en fournir la preuve. Nous nous contenterons pour aujourd'hui des difficultés dont le diagnostic de la métrite est entouré: nous avons à la salle Saint-Maurice deux femmes qui ont cette maladie à peu près au même degré.

La première, couchée au n° 4, la femme D. Émilie, âgée de 36 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 27 septembre



de cette année. A cette époque, on constata que le corps de l'utérus et son col étaient chez cette femme beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal.

Quand je repris mon service le 18 octobre, j'y trouvai cette malade et je constatai, à l'aide du spéculum, que le col utérin, qui était très-hypertrophié, présentait l'aspect d'une exulcération granuleuse.

On voyait entre les lèvres du museau de tanche un bouchon de mucus opalin, si adhérent au col, qu'il résistait au pinceau avec lequel je tentais de l'enlever. Par le toucher, je trouvai l'utérus en *antéversion* très-prononcée. (M. Graux, l'interne du service, qui a recueilli avec beaucoup de soin l'observation de cette malade, avait noté qu'il était en *rétroversion* le jour où l'on procéda au premier examen.)

En pratiquant l'hystérométrie, j'introduisis la sonde à une profondeur de 8 centimètres et quart, et je constatai que cet instrument pouvait être tourné sur son axe sans être arrêté par les parois de la matrice.

Nous trouvions dans ces symptômes objectifs l'indice d'une maladie bien évidente; mais nous devons rechercher s'ils étaient suffisants pour expliquer les douleurs qui avaient décidé la malade à entrer à l'hôpital :

Cette femme qui a une excellente constitution est réglée depuis l'âge de 14 ans, sa menstruation a toujours été régulière, elle a eu six accouchements, dont deux se sont effectués l'un à sept, l'autre à huit mois.

Toutes ses grossesses avaient été faciles; pendant la dernière seulement, elle ressentit presque constamment des douleurs dans le bas-ventre. Ordinairement, elle restait couchée pendant 15 jours après l'accouchement; après



le dernier, qui eut lieu il y a six ans, elle se leva au bout de trois jours, tandis que les plus grandes précautions lui étaient commandées par les douleurs qu'elle avait ressenties pendant sa grossesse. Aussi, lorsque son retour de couches arriva, six semaines après l'accouchement, elle éprouva de vives coliques utérines, accompagnées d'élanchements, de tiraillements et de pesanteur dans le bas-ventre. Elle compare à la sensation d'un coup de couteau la douleur qu'elle ressentait dans les reins.

Ces douleurs se calmèrent peu à peu, mais ne disparurent pas complètement pendant les quatre années qui suivirent.

Il y a deux ans, à l'époque de ses règles, elle rendit des caillots et ressentit des douleurs qu'elle compare à celles de l'accouchement, et qui se reproduisirent avec la même intensité aux trois ou quatre époques mensuelles qui suivirent.

Elles disparurent sous l'influence d'un traitement qui consista en bains sulfureux, cataplasmes et vin de quinquina.

La malade conserva toutefois, dans le bas-ventre, une sensation de pesanteur qui augmentait dans la station debout et surtout après la fatigue.

Deux mois avant d'entrer à l'hôpital, elle fut reprise des symptômes qu'elle avait éprouvés deux ans auparavant : perte de sang avec caillots, et douleurs comme pour accoucher.

Si nous tenons compte de toutes les circonstances de l'histoire de cette malade, nous n'aurons pas de peine à affirmer qu'il s'agit, dans ce cas, d'une *métrite parenchymateuse*.



La douleur à l'époque des règles, s'exaspérant jusqu'à rappeler les douleurs de l'enfantement, les caillots de sang expulsés, sans que la perte de sang fût abondante; la sensation de pesanteur dans le bas-ventre, sans flueurs blanches appréciables pour la malade, ce sont bien les signes d'une *métrite parenchymateuse*. Si, au lieu d'affecter le parenchyme de l'utérus, l'inflammation avait porté sur la membrane muqueuse, les symptômes auraient été différents. Les douleurs eussent été moins vives et la perte de sang eut été très-considérable. On voit, en effet, dans les cas d'*endométrite*, ou *métrite interne*, les malades avoir leurs règles pendant huit et dix jours; ce sont parfois de véritables hémorrhagies, et puis les époques menstruelles se rapprochent, de telle sorte qu'il arrive que les femmes affectées d'*endométrite* perdent du sang presque tout le mois : pour les unes il y a quinze jours d'intervalle; pour d'autres, c'est à peine s'il y a huit jours.

La *métrite parenchymateuse*, au contraire, est caractérisée par de la dysménorrhée. Cette maladie ne donne pas lieu à une leucorrhée abondante, tandis que, dans l'*endométrite*, il y a presque toujours des pertes blanches qui affaiblissant les malades, produisent l'anémie ou l'augmentation dans le cas où elle existait déjà.

L'hystérométrie confirme d'ailleurs notre diagnostic. L'hystéromètre entre chez notre malade à une profondeur qui varie, suivant des conditions qu'il n'est pas facile d'apprécier, entre 8 et 9 centimètres. Vous savez qu'à l'état normal il ne pénètre que dans une étendue de 6 centimètres et demi.

On n'observe pas cet agrandissement de la cavité uté-



rine dans la métrite interne ; dans cette dernière affection la membrane muqueuse étant boursouflée, le cathétérisme est le plus souvent difficile. Quand on le tente, il faut s'arrêter dès que l'on rencontre le moindre obstacle ; en agissant autrement, on s'exposerait à faire une déchirure, à donner lieu à une hémorrhagie et à aggraver le mal.

Il suffit de jeter les yeux sur la figure qui représente l'état de la membrane muqueuse de l'utérus, dans le cas de métrite interne, pour comprendre que l'hystérométrie ne doit pas être pratiquée. Je parle ici d'une métrite interne qui s'accompagne d'une vive douleur. Dans ce cas, c'est toujours une inflammation aiguë. Quand la métrite membraneuse intense est passée à l'état chronique, on peut pratiquer l'hystérométrie ; mais, dans ce cas, on ne trouve pas de dilatation appréciable.

Il n'y a donc pas de doute pour la malade dont je vous parle. Si c'est une métrite, l'inflammation affecte le parenchyme de l'utérus ; si ce n'était pas une métrite parenchymateuse, qu'est-ce que ce serait ?

Si nous nous étions contenté d'examiner cette malade avec un spéculum cylindrique d'un petit calibre, l'hypertrophie du museau de tanche eût pu nous échapper, car les lèvres ne sont pas retournées sur elles-mêmes de dedans en dehors, comme cela se voit lorsque la membrane muqueuse participe à l'inflammation et alors nous aurions pu attacher trop d'importance à l'exulcération du col.

Je vous l'ai déjà dit, bon nombre de médecins pensent encore que les plus petites ulcérations du col donnent lieu à de vives douleurs dans le bas-ventre et dans les reins,



à une sensation de chaleur et de pesanteur, à tous les symptômes, enfin, qui appartiennent à la métrite. Il y a bien des ulcérations qui causent de vives douleurs, mais ces ulcérations ont un aspect particulier. Elles sont faites comme à l'emporte-pièce, et elles sont, en général, de petites dimensions. Rien de semblable ne s'observe chez notre malade. Sur les lèvres du col, près de l'orifice du museau de tanche, on voit une surface dont la couleur rouge tranche sur le reste de l'organe; on y aperçoit facilement de petites granulations qui ressemblent beaucoup à celles qui existent sur les paupières dans le cas de blépharite granuleuse. Mais est-ce bien une ulcération? Si nous en jugeons par ce que nous voyons de plus près sur les paupières, nous ne pouvons douter que les granulations peuvent exister sans ulcération. Mais que ce soit une ulcération ou des granulations, on pourrait penser que c'est à cet état qu'il faut attribuer la douleur et les autres symptômes observés chez notre malade. Une longue expérience m'a démontré que cet état peut exister à l'insu des malades, sans qu'il se traduise par un symptôme autre qu'une sécrétion plus abondante d'un mucus opalin ou jaunâtre qui constitue une variété de ce que l'on appelle des flueurs blanches.

Si, au lieu d'examiner notre malade au spéculum, nous nous étions contenté de pratiquer le toucher vaginal, nous aurions pu encore nous laisser détourner du vrai diagnostic par la déviation utérine qui, dans ce cas, est très-évidente. Cette déviation peut rendre compte du tiraillement accusé par la malade, et je suis porté à croire que cette sensation en dépend autant que de la métrite.



L'utérus peut être dévié sans être le siège d'aucune sensation malade. Il suffit pour cela qu'il soit fixe et immobile dans la situation que la déviation lui a faite. C'est une chose importante à savoir. L'utérus dévié n'est douloureux que parce qu'il subit des variations de position, par suite desquelles les ligaments de l'utérus sont tirillés en sens divers.

Chez notre malade cette mobilité de l'utérus est telle, que tantôt on trouve cet organe en antéversion; tantôt, au contraire, il est en rétroversion. Ces alternatives sont très-remarquables dans ce cas. Je les trouve consignées dans le relevé des situations utérines que M. Graux a inscrit dans l'observation qu'il m'a remise. Ainsi, le 27 septembre, l'utérus était en *rétroversion*, le 10 octobre il était en *antéversion*, le 21 octobre en *rétroversion*. Nous le retrouvons en *antéversion* le 7 novembre !

Quand on pratique le toucher avec quelque attention, on s'explique facilement ces variations. Si l'utérus est en antéversion, par exemple, il faut aller chercher le museau de tanche jusqu'auprès du coccyx. Si alors on cherche à le ramener en avant, on y réussit facilement, et l'on sent alors que le corps de l'utérus qui était en avant se porte en arrière vers la concavité du sacrum. On imprime un mouvement en sens inverse, en poussant le museau de tanche d'avant en arrière; il y a donc chez notre malade une déviation utérine avec mobilité extrême de la matrice.

Cette déviation et la mobilité sont, je crois, la conséquence de la métrite parenchymateuse qu'elles contribuent à entretenir : l'utérus étant devenu très-gros, n'est plus, en effet, suffisamment soutenu par des ligaments qui se sont d'ailleurs distendus sous l'influence des mou-



vements extrêmes communiqués à l'organe. Ils ont subi cette distension d'autant plus facilement que, la malade s'étant levée trois jours après son dernier accouchement, ils n'ont pas pu opérer la rétraction en vertu de laquelle ils reprennent ordinairement leurs dimensions normales. Les ligaments étant relâchés et l'utérus ayant un poids considérable à leur faire porter, ils se sont trouvés insuffisants pour remplir la fonction à laquelle ils sont destinés; voilà pourquoi il y a une déviation.

Je ne parle pas de la possibilité d'un myome. Souvent, quand cette maladie existe, le col de l'utérus est largement ouvert et l'hystéromètre pénètre à une profondeur considérable dans une cavité utérine distendue par le corps volumineux qui constitue le myome et fait saillie à l'intérieur de la matrice. Dans ce cas, l'utérus est plus lourd encore qu'il ne l'est chez notre malade; il est souvent déformé à sa surface extérieure, et, quand il ne l'est pas, on sent avec l'hystéromètre un corps arrondi qui empêche l'instrument de pénétrer dans une certaine direction.

Il n'y a donc chez notre malade qu'une métrite parenchymateuse avec déviation utérine variable.

Ce n'est pas tout, messieurs, que d'avoir reconnu une maladie. Sans doute, la tâche la plus difficile est remplie; mais il ne faut pas croire qu'il soit facile, en pareil cas, d'obtenir une prompte guérison.

La métrite parenchymateuse est une maladie d'une durée toujours longue, et chez notre malade les difficultés sont plus grandes que dans les métrites sans complication; vous le comprendrez si vous vous rappelez la mobilité de l'organe, la transformation qui s'est opérée dans son parenchyme. Sous l'influence de l'inflammation, il s'est



fait une exsudation plastique qui s'oppose à ce que la matrice reprenne ses dimensions normales.

Chez notre malade, il importe plus, que dans un cas de simple métrite parenchymateuse, de prescrire un repos absolu; elle doit être allongée dans le décubitus dorsal. Vous la verrez tous les matins dans cette position, elle paraît donc suivre rigoureusement notre prescription; mais si, par hasard, vous entriez dans la salle au milieu de la journée, vous auriez de grandes chances pour la trouver levée ou assise dans son lit. Rien n'est plus difficile que de faire comprendre aux femmes que si on les fait rester au lit, c'est pour qu'elles y soient allongées. Les femmes du monde elles-mêmes se résignent difficilement à observer cette prescription.

De tous les moyens employés pour combattre la métrite parenchymateuse, le plus actif est la douche froide donnée sur les reins, sur les fesses et sur le haut des cuisses; eh bien, chez notre malade, cette médication n'a pas produit une amélioration sensible.

La cavité utérine est toujours la même, l'hystéromètre y entre à une profondeur de plus de 8 centimètres.

La seule amélioration que nous constatons (et elle a bien son importance), c'est que la malade ne perd pas de caillots de sang pendant la période mensuelle, et que ses règles ne donnent plus lieu aux douleurs qu'elle ressentait lors de son entrée à l'hôpital.

Je n'aurai pas de peine à vous faire admettre l'indication du seigle ergoté. L'utérus étant volumineux, ses parois étant épaissies et sa cavité dilatée, on doit penser que le seigle ergoté en déterminant des contractions des fibres musculaires qui entrent pour une si grande part dans la



structure de l'utérus, produiront le retrait de l'organe et l'effacement de la cavité utérine.

Du 4 novembre au 20 décembre, la malade a pris, chaque jour, 50 centigrammes de seigle ergoté, sans que le volume de l'organe ait été sensiblement modifié.

Depuis le 20 décembre, je l'ai soumise au traitement par le sulfate de quinine. Vous savez, sans doute, que depuis quelque temps on croit que ce médicament a la propriété de déterminer des contractions utérines. Quelques médecins pensent même que le sulfate de quinine peut avoir des dangers chez les femmes enceintes. D'autres, au contraire, affirment que l'on peut impunément donner ce médicament aux femmes grosses qui sont affectées de fièvre intermittente. Ce ne serait pas une raison pour refuser au sulfate de quinine la propriété de provoquer des contractions utérines; car il est prouvé qu'un médicament agit différemment suivant les circonstances dans lesquelles il est administré. Qui ignore la tolérance des pneumoniques pour le tartre stibié; qui ne sait à quelle dose le sulfate de quinine peut être administré dans la fièvre? dans le doute, vu l'impuissance du seigle ergoté, j'ai eu recours au sulfate de quinine que j'ai administré, depuis sept jours, à la dose d'un gramme donné en deux prises en 24 heures. Jusqu'ici, je l'avoue, le médicament ne paraît pas avoir eu beaucoup plus d'efficacité que le seigle ergoté. Si, d'ici à huit jours, je n'ai pas obtenu une notable amélioration, je me déciderai à appliquer un cautère sur le col de l'utérus avec un fer rouge. Cette application n'aura d'autre but que de produire la résolution des tissus engorgés et la résorption des exsudats plastiques.

## SIXIÈME LEÇON

10 janvier, 1876.

**MÉTRITE PARENCHYMEUSE, SANS AUGMENTATION APPRÉCIABLE DU CORPS DE L'UTÉRUS. — DIFFICULTÉ DE LA PALPATION.**

Je vous ai parlé, dans ma dernière leçon, d'une femme qui est couchée au n° 4 de la salle Saint-Maurice, et qui est affectée d'une métrite parenchymateuse. Dans ce cas l'augmentation du volume de l'utérus était évidente, soit que l'on se contentât du toucher vaginal, combiné avec le palper abdominal, soit que l'on eût recours à l'hystérométrie. Nous avons, au n° 9 de la même salle, une malade qui présente absolument les mêmes symptômes et qui est, comme elle, affectée d'une métrite parenchymateuse caractérisée par une dilatation de la cavité utérine et par l'hypertrophie des parois de la matrice. Ces deux femmes ont eu beaucoup d'enfants : celle qui a fait le sujet de ma précédente leçon a eu six grossesses, dont cinq à terme ; l'autre en a eu onze ! J'appelle votre attention sur cette multiplicité des grossesses, qui a une certaine importance au point de vue de l'étiologie de la métrite et de la production de l'hypertrophie des parois de l'utérus.

Il faut prendre garde de considérer comme type de la



métrite parenchymateuse l'histoire du n° 4 de la salle Saint-Maurice, et vous figurer que dans tous les cas, l'hystéromètre entrera à 8 ou 9 centimètres de profondeur, et qu'il vous sera toujours facile de reconnaître l'augmentation du volume de la matrice. Ce n'est que par une grande habitude des explorations que l'on parvient à préciser le diagnostic; il faut d'abord tenir compte de l'épaisseur des parois de l'abdomen, qui, souvent chargées de graisse, s'opposent à ce que la main dont on se sert pour palper, arrive jusqu'à l'utérus. C'est une première difficulté sur laquelle il faut compter, car on la rencontre chez un grand nombre de femmes qui ont passé l'âge de la première jeunesse. De 35 à 50 ans, c'est une disposition commune, à moins que les femmes ne soient affaiblies par une cachexie, par de longues souffrances, ou par une disposition native à la maigreur. J'ouvre ici une parenthèse pour vous entretenir des conséquences de l'état grasseux des parois abdominales : la matrice qui, à l'état normal, est dans un équilibre instable que la moindre impulsion peut faire cesser, a besoin d'être renfermée dans une loge dont les parois conservent leur fermeté; ce n'est qu'à cette condition que le poids des intestins ne dévie pas l'utérus. Quand la paroi abdominale antérieure a toute l'élasticité dont elle est douée normalement, elle presse sur la masse intestinale d'avant en arrière et la maintient collée contre la paroi postérieure. Cette pression a l'avantage de prévenir la dilatation de l'intestin, qui est si fréquente chez les femmes qui ont eu des enfants, et qui est une cause fréquente de dyspepsie et des borborygmes qui troublent la vie de quelques malades.



Quand les intestins subissent cette dilatation, ils pressent en tous sens et cherchent à se loger le plus commodément possible. De même qu'ils pressent sur le diaphragme de bas en haut, de même ils poussent la matrice de haut en bas, et souvent lui impriment une direction vicieuse. Or, le ballonnement du ventre, quand il existe, devient un obstacle de plus pour la main qui veut explorer la profondeur de l'abdomen.

L'état graisseux de la paroi antérieure de l'abdomen est, comme vous le voyez, une source de bien des tribulations pour les femmes. Quand nous le rencontrons chez nos malades, il gêne singulièrement nos explorations. Je n'ai pas besoin de vous redire, une fois de plus, l'importance que j'attache à la palpation de l'abdomen; elle est pour le diagnostic d'une utilité presque aussi grande que le toucher vaginal, qu'elle aide toujours et dont elle complète souvent les renseignements.

Quand l'utérus est très-gros on parvient presque toujours, quel que soit l'embonpoint des malades, à constater son volume; il n'en est plus de même, quand les parois utérines se sont hypertrophiées sans que la cavité de la matrice se soit notablement agrandie, et, encore, dans ce cas, n'est-il pas toujours facile de tirer de la palpation les renseignements sur lesquels on compte. Ainsi, chez la femme qui est au n° 9, le ventre est si gros, si chargé de graisse, que l'hystérométrie est le seul procédé d'exploration qui nous ait renseigné sur son état. Je tiens à vous prémunir contre un signe qui a une très-grande valeur quand il est appréciable, mais sur lequel vous ne devez compter que dans une certaine limite, si vous ne voulez pas être exposés à de sérieuses déceptions dans votre pra-



tique. Heureusement, il existe d'autres signes de la métrite parenchymateuse, que je vous rappellerai à l'occasion d'une malade qui est couchée au n° 6 de la salle Saint-Maurice (1).

Cette femme, nommée Joséphine P..., âgée de 33 ans, exerçant la profession de domestique, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 15 décembre 1875, se plaignant de ressentir des douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. Elle raconte qu'elle avait 14 ans quand ses règles apparurent pour la première fois ; elles ne durèrent que deux ou trois jours, ne causèrent pas de douleurs vives et furent pourtant assez abondantes. Elles reparurent dans les mêmes conditions un mois après ; mais, à la troisième époque menstruelle, Joséphine P..., s'étant plongé les mains dans l'eau froide, ses règles s'arrêtèrent subitement, et ne reparurent qu'au bout d'un an. Pendant cette suppression chaque mois à l'époque où l'écoulement menstruel aurait dû se produire, la malade ressentait dans le bas-ventre et dans les reins des douleurs qui la forçaient à garder le lit pendant trois ou quatre jours ; les douleurs devinrent encore plus vives dans les derniers mois qui précédèrent la réapparition des règles.

Sous l'influence de cette aménorrhée, la santé de la malade s'était notablement altérée : son visage était décoloré, ses lèvres étaient blanches ; elle avait peu d'appétit, ses digestions étaient pénibles ; elle avait une céphalalgie habituelle. Cet état d'anémie fut combattu par les toni-

(1) J'ai cru devoir supprimer l'observation du n° 9, parce qu'elle eût semblé calquée sur celle du n° 4. Il m'a semblé utile dans le cours de parler de ces deux malades. La reproduction de deux leçons presque identiques serait fastidieuse.



ques et les reconstituants ; la malade prenait de la limaille de fer et buvait du vin de quinquina. Quand, au bout d'un an, l'état général se fut amélioré, les règles reparurent, mais elles s'accompagnèrent de vives douleurs. A partir de ce moment, la menstruation fut régulière jusqu'à ce que cette femme devint enceinte. Rien d'extraordinaire ne se produisit pendant la grossesse.

Le retour de couches eut lieu et à l'écoulement sanguin succéda un écoulement de matière âcre qui excoriat les organes génitaux externes et qui obligeait la malade à des soins de propreté dont elle n'avait pas senti le besoin jusque-là ; en même temps, elle ressentit dans le bas-ventre et dans les reins des douleurs qui l'obligèrent à entrer à l'hôpital.

Les douleurs ne sont pas continues ; elles cessent quelques heures et même quelques jours, et reparaissent sans que la malade sache pourquoi. L'écoulement suit les mêmes variations que les douleurs : il cesse, puis il reparaît en abondance variable.

Nous avons dû examiner cette malade. Voici ce que nous avons vu à l'aide du spéculum : le col de l'utérus est gros ; ses diamètres sont à peu près égaux, c'est-à-dire qu'il a une forme à peu près cylindrique. Toute la partie qui est constituée par les lèvres a perdu sa forme normale. Il n'y a plus d'apparence de lèvres, on ne voit qu'une surface rouge, excoriée, d'un aspect finement granuleux, au centre de laquelle on aperçoit une ouverture transversale, dont les bords sont trop épais pour qu'on leur donne le nom de lèvres.

Nous résumons en quelques mots le résultat de cet examen : le museau de tanche est hypertrophié, il est exco-



rié et couvert de granulations qui rappellent la description que Montgomery a donnée pour la métrite interne.

Du mucus de couleur opaline et d'une consistance glutineuse sort de l'orifice du col. Ce n'est qu'en le balayant à plusieurs reprises avec un pinceau, que l'on parvient à l'enlever.

Cet état du col de la matrice suffit-il pour nous donner l'explication des souffrances de la malade? La plupart des médecins auraient répondu affirmativement, il y a trente ans, et ils auraient regardé comme superflu de chercher une autre lésion. Mais de ce qu'une lésion rend compte des symptômes observés, on n'est pas moins dans l'obligation de rechercher s'il n'y en a pas une autre. Or j'ai déjà soutenu que l'état granuleux, avec ou sans exco-riation, ne constitue pas une entité morbide. Ce n'est pas plus une entité morbide que l'état saburral de la langue, que la fréquence du pouls, etc. Ce n'est autre chose qu'une des manifestations de l'inflammation, de même que l'état saburral de la langue est une manifestation de l'embarras gastrique.

L'augmentation du volume du museau de tanche s'observe dans diverses affections de cet organe. Le cancer, des myomes du col, une simple hypertrophie, peuvent donner lieu à cette augmentation de volume. Mais, si nous tenons compte des commémoratifs que je trouve consignés dans une observation recueillie par M. Ribemont, interne de la salle Saint-Maurice, il nous sera bien difficile de ne pas reconnaître chez Joséphine P... les signes d'une métrite. Cette inflammation est-elle bornée au col, ou bien existe-t-elle dans l'organe tout entier?

Voici ce que nous avons fait pour nous renseigner à



ce sujet : nous avons touché cette malade pendant qu'elle était couchée, et nous avons reconnu que l'utérus est douloureux, quand, avec le doigt, on lui imprime un mouvement, mais le corps de cet organe ne paraît pas sensiblement plus gros qu'à l'état normal.

Chez Joséphine P..., nous ne trouvons pas les mêmes difficultés que chez la malade du n° 9. Son ventre n'est pas gras ; la paroi abdominale antérieure se laisse facilement déprimer, et nous pouvons assez aisément comprendre l'utérus entre la main qui palpe l'abdomen et le doigt qui pratique le toucher. Or nous constatons que le corps de la matrice n'est guère plus gros qu'à l'état normal.

Nous avons pratiqué l'hystérométrie, et l'hystéromètre n'est entré qu'à sept centimètres de profondeur, c'est-à-dire à un demi-centimètre de plus que chez les femmes qui ne sont pas malades.

Tout concourt à établir que le corps de la matrice n'est pas développé dans la même proportion que le museau de tanche.

Comment désignerons-nous la maladie de cette femme ? Je n'hésite pas à affirmer que Joséphine P... est affectée d'une métrite parenchymateuse. Si cette inflammation ne se manifeste pas d'une manière aussi évidente que chez les deux malades dont je vous ai parlé au commencement de la leçon, c'est qu'elle n'a pas eu comme elles un grand nombre d'enfants ; c'est que les parois de la matrice n'ont pas été soumises plusieurs fois à cette disposition que j'ai désignée sous le nom d'*engorgement non inflammatoire*, parce que la matrice reste grosse, dilatée et indolente (voir Engorgement.) L'inflammation s'est manifestée, pour la première fois chez elle vers l'âge de



quatorze ou quinze ans, alors que l'utérus n'avait qu'un petit volume. Je sais que notre malade souffrit pendant un an, et que, dans le cours de cette année, les parois de la matrice auraient pu s'hypertrophier; il n'en est rien. Une inflammation de très-longue durée ne suffit pas pour donner à cet organe les dimensions que l'on observe chez les femmes qui n'ont pas pris, après de nombreux accouchements, les précautions nécessaires pour que la matrice reprenne son volume normal. Quand donc vous trouvez un utérus enflammé ayant les dimensions que je vous ai indiquées pour la malade du n° 4 de la salle Saint-Maurice, vous pouvez affirmer que la métrite a trouvé, dans un organe hypertrophié et dilaté, des conditions favorables à son évolution.

On ne peut nier que notre malade ait une métrite. Est-ce une métrite membraneuse? Les pertes blanches qui se produisirent chez elle si abondamment après son retour de couches, pourraient faire incliner vers cette opinion. Peut-être même, à cette époque, la membrane muqueuse a-t-elle été assez vivement enflammée; mais c'est le seul moment où la leucorrhée ait été abondante. Qui pourrait même affirmer que ce n'était que des fleurs blanches, malgré les assertions de cette femme qui disait qu'elle n'avait pas eu de relations sexuelles depuis son accouchement? Nous ne savons pas ce que c'était que cet écoulement; rien ne nous autorise à dire qu'il provenait d'une blennorrhagie, bien que le liquide fût âcre et exco-riât les organes génitaux externes; mais nous ne pourrions pas prouver qu'il venait de la membrane muqueuse enflammée. Du reste, c'est le seul signe que l'on pourrait invoquer en faveur de l'existence d'une métrite interne;



car la maladie de Joséphine P... est caractérisée par une dysménorrhée qui n'a pas cessé depuis le jour où les règles se supprimèrent immédiatement après que la jeune fille, réglée seulement depuis trois mois, eut plongé ses mains dans l'eau froide. Maintenant encore, ses règles s'accompagnent de vives douleurs gravatives. Elles ne durent jamais plus de trois jours ; elles ne sont pas abondantes.

Règles douloureuses, peu abondantes, voilà des signes de la métrite parenchymateuse ; la métrite membraneuse, au contraire, est caractérisée par des pertes abondantes d'une longue durée et se reproduisant à des époques très-courtes.

Si vous invoquiez contre ce diagnostic le résultat de l'hystérométrie, je répondrais que l'hystéromètre entre dans l'utérus avec une grande facilité ; que l'on peut affirmer que le canal du museau de tanche est dilaté, et, quand cet instrument est arrivé dans la cavité du corps, on peut lui imprimer un mouvement de rotation qui suffît pour indiquer l'agrandissement de cette cavité. Ce diagnostic est d'ailleurs confirmé par le palper abdominal, à l'aide duquel on reconnaît que la matrice est un peu plus volumineuse qu'à l'état normal.

C'est une métrite parenchymateuse sans complication du côté des ovaires, de la trompe ou du péritoine. Mais la malade a des signes physiques d'une anémie très-prononcée. On ne trouve pourtant pas chez elle le bruit de souffle cardiaque et son prolongement dans les carotides.

Malgré l'anémie, nous pouvons dire que l'état de cette malade ne présente rien d'inquiétant. Elle mange, elle digère, et, maintenant, qu'elle se repose à l'hôpital, elle



ne tardera pas, j'en suis certain, à ressentir une amélioration notable.

Vous vous souvenez que j'ai porté un pronostic très-différent pour la malade du n° 4, à cause de l'épaisseur des parois de l'utérus et de l'exsudat plastique qui s'oppose à ce que cet organe se rétracte et reprenne ses dimensions normales, je vous ai dit que la maladie aurait une durée que l'on ne peut pas prévoir dès à présent.

Je crois pouvoir, au contraire, promettre à Joséphine P... qu'elle sera probablement guérie dans trois ou quatre mois.

C'est déjà bien long : mais cette durée ne paraîtra pas excessive, si l'on tient compte du molimen qui se fait chaque mois vers l'organe malade dont l'hypérémie est entretenue et excitée par la congestion physiologique.

L'inflammation n'est pas assez vive pour que j'aie cru devoir recourir aux émissions sanguines locales qui sont d'ailleurs, dans une certaine limite, contre-indiquées par l'état anémique de la malade.

Je prescris des cataplasmes sur le ventre et de grands bains d'une heure. La malade reste au lit, dans la station couchée.

Elle est constipée sans s'en douter ; mais en pratiquant le toucher vaginal, j'ai reconnu que des matières fécales remplissent le rectum, de manière à repousser la paroi vaginale correspondante ; déjà un purgatif a remédié à cet état, mais ce sera insuffisant. Deux fois par semaine je donnerai à la malade un laxatif tel que 15 grammes d'huile de ricin, une demi-bouteille de limonade purgative, ou quelque chose d'équivalent.

J'attache une si grande importance à ce que les ma-



tières fécales ne séjournent pas dans l'ampoule rectale, que je considère les purgations comme le moyen le plus efficace chez les femmes qui ont de la tendance à la constipation.

J'espère que sous l'influence de ce traitement consistant en bains quotidiens, applications de cataplasmes sur le ventre, repos au lit et purgation, les douleurs disparaîtront et les règles se produiront sans douleur.

Il ne faut pas pourtant négliger l'état du col, il faut prendre garde de tomber dans un excès presque aussi blâmable que celui des médecins qui croient qu'avec la cautérisation de cette partie de la matrice on remédie à tout. Je compte employer chez notre malade des tampons de ouate que M. Tarnier a beaucoup vantés dans ces derniers temps. J'y ai déjà eu recours souvent en pareil cas, et je n'ai eu qu'à m'en applaudir. Mais, à l'hôpital, j'hésitais à recourir à ce moyen, craignant qu'on ne m'accusât d'avoir la monomanie du coton.

Vous comprendrez facilement, messieurs, l'utilité de ce pansement : le mucus qui s'écoule de la cavité utérine, pénètre la ouate et ne reste pas à sa surface.

Il n'est pas un des élèves qui ont suivi mon service, qui ne sache que le coton s'imbibe si facilement des liquides avec lesquels il est en contact, que la plus petite quantité de sang qui s'écoule dans une plaie pansée à la ouate, arrive très-vite à la surface extérieure du pansement.

La sécheresse relative qui se produit sur le col excorié est la condition favorable à la guérison de l'excoriation. Je vous ai même déjà dit plusieurs fois que la macération du museau de tanche dans les mucosités qui s'accumulent au fond du vagin est la cause la plus efficace de



la production de l'excoriation du col. Par un tampon de ouate, nous favoriserons donc la guérison de l'ulcération qu'on traite ordinairement par la cautérisation ; en même temps, nous nous opposerons à la mobilité de l'organe.

Jusqu'ici, j'ai presque toujours eu recours, en pareil cas, à l'application d'un cylindre de ouate dont une extrémité (celle qui était destinée à toucher le col) était recouverte d'une pommade au précipité rouge. Après avoir essayé un grand nombre de préparations, c'est à celle-là que je me suis arrêté.

J'ai recours à une pommade au perchlorure de fer, quand l'exulcération saigne facilement. Mais il est probable que le médicament ne reste pas longtemps en contact avec le col, et que bientôt c'est une portion sèche du cylindre qui touche la partie malade ; il pourrait donc se faire qu'il faille attribuer au coton les résultats que j'attribuais au précipité rouge. La question n'est pourtant pas encore jugée pour moi, car l'analogie nous autorise à penser que cette préparation mercurielle dont l'efficacité est incontestable dans le cas de blépharite granuleuse, n'est pas moins indiquée dans le cas d'inflammation granuleuse du col de la matrice. Chez cette malade je n'aurai point à recourir au seigle ergoté ou au sulfate de quinine, puisque la matrice est à peine plus dilatée qu'à l'état normal. La cessation de l'hypérémie suffira pour rendre à cet organe les dimensions qu'il doit avoir.

## SEPTIÈME LEÇON

### MÉTRITE CHRONIQUE.

La métrite chronique peut être la conséquence d'une inflammation aiguë qui ne s'est pas complètement éteinte et qui a persisté sourdement, sans se manifester par des signes suffisants pour attirer tout d'abord l'attention des malades; elle peut aussi se produire d'emblée avec ce caractère.

Je vous ai dit, en commençant ces leçons, que la menstruation et la parturition tiennent sous leur dépendance toutes les maladies inflammatoires de l'utérus et de ses annexes. A propos de la métrite aiguë, j'ai souvent insisté sur l'influence pathogénique de la menstruation, nous la retrouverons encore dans l'histoire de la métrite chronique; nous la verrons ranimer une inflammation qui était sur le point de disparaître, et parfois même donner une forme aiguë à une phlegmasie qui, dès le début, avait pris le caractère de la chronicité.

Nous allons maintenant étudier le rôle de la parturition dans la production de la métrite chronique.

Je dois vous dire avant de commencer cette étude que, contrairement au plan que j'ai suivi pour la métrite aiguë



je comprendrai dans la même description l'inflammation du parenchyme utérin et celle de la membrane muqueuse de l'utérus, qui sont trop rarement isolées pour qu'il soit utile de les décrire isolément.

*Engorgement post-puerpéral.* — Si vous voulez vous faire une idée bien nette de la métrite chronique, il faut l'étudier sous la forme qu'elle revêt, quand, après un accouchement ou une fausse couche, l'utérus reste volumineux, par suite de l'atonie de ses parois.

Si vous explorez cet organe à cette époque, vous constatez qu'il forme une masse globuleuse qui remplit le petit bassin. Il constitue un corps lourd et dont la consistance, variable suivant le degré de contraction de ses parois, ne permet pas de douter d'un état de condensation, bien différent de l'amincissement relatif des parois utérines dans l'état de gestation.

Le poids de l'utérus, son volume, sa consistance, prouvent qu'il s'est opéré dans ses parois un travail qui deviendra facilement inflammatoire, pour peu qu'une des causes ordinaires de l'inflammation vienne exercer son action sur des tissus si bien préparés à en recevoir l'influence.

La matrice, tant qu'elle ne revient pas sur elle-même par la contraction des faisceaux musculaires qui concourent à sa structure, reste infiltrée d'une sérosité sanguinolente, et ses sinus veineux conservent des dimensions très-supérieures à celles de l'état normal.

Le corps et le col de l'utérus sont volumineux. Le col est rouge et souvent violacé; ses lèvres sont grosses et pourtant séparées l'une de l'autre, de manière à laisser largement ouvert l'orifice qu'elles circonscrivent. A cette



époque, l'hystéromètre entre avec la plus grande facilité, sans jamais être arrêté; il entre, et on peut lui imprimer des mouvements de rotation qui prouvent que la cavité du corps de l'utérus se rapproche de celle d'une sphère, au lieu d'être aplatie d'avant en arrière comme à l'état normal. Avant la conception, le diamètre vertical de l'utérus est de six centimètres et demi; après l'accouchement, il est considérablement accru, mais il l'est proportionnellement moins que le diamètre antéro-postérieur.

Je ne sais pourquoi il est entré dans l'esprit d'un grand nombre de médecins qu'au bout de neuf jours les accouchées peuvent sans inconvénient se lever et vaquer à leurs occupations. Il y en a qui sont un peu plus sévères et qui exigent le repos au lit pendant trois semaines, bien peu demandent davantage. On est d'ailleurs tellement sollicité, on fait tant de plaisir à la malade et à son entourage que, malgré soi, malgré des convictions bien arrêtées, il est facile de ne pas rester dans les limites que la prudence prescrit.

Comment en serait-il autrement? Les accoucheurs les plus autorisés ne demandent que quinze jours de repos au lit pour les femmes riches, « Il est très-important, dit Cazeaux, que la femme ne se lève pas avant le neuvième jour. Chez les femmes aisées et qui peuvent, sans nuire en rien à leurs intérêts, s'isoler plus longtemps de toute affaire, il faut exiger qu'elles gardent le lit pendant les quinze premiers jours... » Un peu plus loin, il ajoute : « Il est très-prudent qu'elle ne sorte pas, surtout en hiver, avant le quinzième ou le vingtième jour. »

Malgré tout le respect que j'ai pour un accoucheur



aussi éminent, je ne peux pas être de son avis. Je ne crois pas que l'on puisse fixer à l'avance le temps qu'une accouchée devra rester au lit, à moins qu'on n'attende les premières règles qui viennent après l'accouchement. L'expérience m'a démontré que ce n'est environ que huit jours après cette époque que l'utérus a repris les dimensions qu'il doit avoir.

Pour vérifier cette proposition, j'ai eu recours au cathétérisme utérin, toutes les fois que j'en ai eu l'occasion, et j'ai toujours constaté que la cavité de l'utérus conserve des dimensions exagérées, tant que les règles n'ont pas reparu. Je ne parle ici que des femmes qui prennent les précautions ordinaires. C'est bien autre chose pour celles qui, s'étant levées peu de jours après l'accouchement, se sont livrées à des travaux pénibles. Au bout de deux ou trois mois, elles ont encore l'utérus volumineux; chez elles, la cavité du corps est assez large pour que l'on imprime des mouvements de rotation à l'hystéromètre, et les lèvres du col sont séparées l'une de l'autre par une ouverture dans laquelle entre une moitié de la dernière phalange de l'index.

Les lochies, qui durent longtemps lorsque les malades ne prennent pas toutes les précautions que leur état réclame, sont remplacées, au bout de trois ou quatre semaines, par de la leucorrhée.

Cet état que je viens de décrire constitue le type de l'*engorgement* de l'utérus.

C'est peut-être à lui seul qu'il faudrait réserver ce nom. Nous verrons bientôt qu'il est difficile de trouver deux auteurs qui s'entendent à ce sujet. Pour les uns, l'engorgement de l'utérus est synonyme de métrite paren-



chymateuse, pour d'autres ce n'est qu'un des caractères de l'inflammation. Je tâcherai plus tard de vous dire ce que l'on doit entendre par les mots *engorgement*, *fluxion* et *congestion* qui, dans un des livres le plus en vogue, jettent sur l'étude de la pathologie utérine une confusion très-regrettable.

L'*engorgement* de la matrice n'est point encore l'inflammation, c'est un état congestif avec inertie des parois normalement contractiles de l'utérus.

L'*engorgement post-puerpéral* est le prélude de la métrite chronique. Quand il a duré un certain temps, il produit presque infailliblement un abaissement ou une déviation de la matrice. C'est, sans aucun doute, la cause la plus fréquente de ces infirmités contre lesquelles il est si difficile d'agir efficacement. Pour comprendre cette étiologie, il suffit d'étudier ce qui se passe après un accouchement dont les suites sont heureuses : les parois de l'utérus se contractant de manière à ramener l'organe, au bout de quelques jours, aux dimensions qu'il doit avoir, les ligaments utérins qui s'étaient dépliés pour se prêter au développement de la matrice pendant la grossesse, se reconstituent, et peu à peu, ils reprennent la consistance et le rôle qu'ils remplissent près de l'utérus à l'état de vacuité.

J'entends souvent dire que la matrice est dans un *équilibre instable*. Je ne crois pas que l'on puisse démontrer la vérité de cette proposition. Dans quel but eût-elle été ainsi exposée, à chaque instant, à des déviations qui constituent une infirmité et une prédisposition à la stérilité? Tout est trop bien ordonné dans la constitution des êtres vivants pour qu'il en ait été ainsi. Ce défaut de



fixité de l'utérus n'est pas naturel ; il est la conséquence des imprudences et des fatigues auxquelles se livrent les femmes aux époques où elles ont le plus besoin de repos. Je ne veux pas ici étudier à fond une question qui se représentera quand nous nous occuperons des déviations utérines ; mais je ne peux pas me dispenser d'attirer votre attention sur ce qui se passe du côté des ligaments utérins, quand les femmes nouvellement accouchées se lèvent, font de longues courses et sont obligées à des travaux pénibles. L'utérus restant volumineux, les ligaments ne peuvent pas se reconstituer normalement par l'accollement de leurs feuillets qui restent séparés l'un de l'autre par un intervalle proportionné aux dimensions de la matrice. Quand ils sont restés longtemps dans cet état, ils perdent leur propriété rétractile ; ils restent trop lâches pour concourir à l'équilibre de l'utérus.

Voyez comme cet organe est doucement soutenu, quand rien n'est venu déranger sa situation : en avant, il est maintenu par les ligaments ronds qui, jusqu'à la conception, l'emportent un peu sur les autres agents qui concourent à l'équilibre ; en arrière, ce sont les ligaments de Douglas ou utéro-sacrés ; sur les côtés, les ligaments larges. Tiré doucement en tous les sens, il se prête aux mouvements du corps, sans en souffrir et sans se déplacer, tant que son poids est proportionné aux ligaments et tant que ceux-ci n'ont pas perdu la force rétractile qu'ils doivent en partie aux fibres musculaires qui, s'étendant de l'utérus aux ligaments, établissent entre ces organes une solidarité dont on ne se souvient pas assez, quand on cherche à expliquer les déviations utérines.

Je soutiens que l'utérus est parfaitement fixé, tant que



l'harmonie native n'a pas été troublée. Mais si des ligaments sains le maintiennent en place, il n'en est plus de même, quand ils ont été tirillés, distendus, et lorsque leur rétractilité a été épuisée par un poids en disproportion avec leur force.

Voilà pourquoi, après l'accouchement, quand les malades se sont levées trop tôt, quand surtout elles se sont livrées à des travaux pénibles, l'utérus n'est plus soutenu efficacement. Il subit alors tous les chocs qui sont imprimés au corps; il est ballotté, sans cesse en mouvement, tantôt poussé en avant, tantôt en arrière, tantôt à droite, tantôt à gauche. Comprenez-vous ce que cette pauvre matrice va devenir, ne reposant plus d'une manière fixe que sur son col sur lequel elle se fléchit de manière à donner lieu aux diverses flexions que nous décrirons plus tard. Et encore, les ligaments utéro-sacrés qui s'insérant au sacrum en arrière, en avant sur la face postérieure de l'utérus et sur la partie voisine du vagin, étant l'obstacle le plus actif à l'abaissement de l'utérus vers la vulve, cesseront d'agir dans ce sens, si, après l'accouchement, on s'oppose à ce qu'ils reprennent leurs dimensions normales.

Plus la matrice sera grosse, moins elle sera soutenue; plus grande sera sa traction sur les ligaments, plus la faiblesse de ceux-ci sera augmentée.

Ce défaut de fixité est la condition la plus propice à la métrite chronique, qui trouve d'ailleurs dans les parois de l'utérus, infiltrées et gorgées de sang, le terrain le plus favorable à l'inflammation.

Les conditions sont les mêmes après l'avortement, mais elles sont souvent méconnues, parce que les femmes



peuvent ignorer qu'elles sont enceintes, de sorte qu'elles ne prennent aucune précaution, quand leurs règles apparaissent après un retard auquel elles ne donnent pas sa véritable signification. Le danger n'en est que plus grand. Tantôt c'est une métrite aiguë qui se produit alors ; mais souvent aussi l'inflammation n'apparaît que lentement, succédant à l'état congestif qui accompagne l'engorgement, fait puerpéral dont je viens de vous entretenir.

**Anatomie pathologique de la métrite chronique.**

Jusqu'ici, je ne vous ai parlé que de l'engorgement utérin qui succède à l'accouchement, lorsque la matrice n'est pas revenue sur elle-même. Ce n'est point encore l'inflammation, mais il faut peu de chose pour qu'elle se produise. Que les règles surviennent sans que la malade prenne le repos qui est indispensable en pareille circonstance ; qu'une suractivité vitale se produise dans l'utérus engorgé, ce sera la métrite à forme chronique.

L'utérus sera toujours gros, arrondi, mais au lieu d'être infiltré de sérosité sanguinolente, il sera le siège d'un travail phlegmasique qui se manifestera par une exsudation plastique et par l'injection de la membrane muqueuse, que nous avons indiquée à l'occasion de la métrite aiguë, avec moins d'intensité, toutefois.

Les parois de l'utérus épaissies auront une consistance variable suivant la période à laquelle on les examinera. D'abord, elles seront molles, à peu près comme dans l'engorgement ; plus tard, elles auront une densité qui pourra ne pas se produire au même moment dans toutes les parties de l'organe.



Vous aurez fréquemment l'occasion de sentir par le toucher ces variations de densité. Dernièrement encore, j'attirais l'attention de ceux d'entre vous qui suivent habituellement mon service, sur une jeune femme qui est couchée au n° 5 de la salle Saint-Maurice et chez qui la métrite aiguë est passée à l'état chronique. En touchant cette femme, nous avons d'abord constaté que sa matrice était plus arrondie qu'à l'état normal, sans que sa consistance fût très-notablement modifiée; au bout de quelques semaines, nous reconnûmes que la densité des parois était augmentée; mais bientôt sous l'influence des sangsues appliquées sur le col et des bains très-prolongés, elle diminua et la mollesse apparut d'abord sur le col, puis de bas en haut sur le corps de la matrice dont la partie la plus élevée était encore très-dense, quand nous constatons que la moitié inférieure avait presque la consistance normale.

Cette différence de densité dépend en partie de l'exsudation plastique. Quand les exsudats existent depuis un certain temps, ils augmentent la consistance des tissus; quand ils sont résorbés, la mollesse normale reparait.

L'inflammation peut encore donner à l'utérus une consistance molle lorsque les parois de l'organe sont infiltrées d'une grande quantité de sang, mais cette période n'est jamais longue, l'exsudation plastique ne tarde pas à se produire et à imprimer à la métrite la densité qui est le propre des tissus enflammés depuis longtemps.

Les parois de l'utérus peuvent avoir une consistance si faible dans quelques cas d'inflammation chronique qu'il est arrivé à des praticiens expérimentés de les traverser avec l'hystéromètre et d'y produire des déchirures avec



la curette de Récamier. Il est bon d'avoir ces faits présents à l'esprit, pour redoubler de prudence quand on a recours à ces instruments dont l'un, l'hystéromètre, est précieux comme moyen de diagnostic.

Les glandes sécrètent du mucus transparent, quand l'inflammation n'est pas très-ancienne, plus tard du mucus blanc ou même purulent.

On a prétendu que les déviations utérines modifient la consistance des parois, de telle sorte que dans une rétroflexion la paroi postérieure serait plus tuméfiée et plus dure que l'antérieure, par suite de l'obstacle que la flexion apporterait à la circulation dans la première de ces parois. Il ne faut pas s'être rendu un compte bien exact des anastomoses vasculaires de l'utérus, pour croire à une pareille influence.

Mon observation personnelle me porte à croire que l'inflammation occupe le plus souvent la totalité de l'utérus, col et corps à la fois. Il est pourtant incontestable que les deux parties peuvent être malades isolément. Je pourrais citer un grand nombre d'exemples à l'appui de cette manière de voir. Mais je repousse l'opinion de Becquerel qui prétendait que l'inflammation chronique du corps de l'utérus est toujours ou presque toujours partielle. Suivant lui, neuf fois sur dix, elle serait circonscrite à la paroi postérieure de l'utérus, dans sa portion inférieure, immédiatement au-dessus de la base du col.

A l'aide du spéculum on voit dans la cavité du col une espèce de mèche de mucus que l'on dit être absolument différent du mucus de la cavité utérine (Aran). Mes observations m'autorisent à affirmer le contraire. Sans doute, quand le mucus est retenu longtemps dans la cavité



utérine par suite de l'oblitération de l'orifice interne du conduit cervico-utérin, il peut acquérir un aspect et une consistance qui ne rappellent plus les caractères du mucus sécrété par les glandules du col, mais il n'en est pas de même quand le mucus a été sécrété récemment. Ces deux produits de sécrétion ont entre eux la plus grande ressemblance.

Je ne comprends pas que Chomel, qui était un clinicien de premier ordre, ait pu dire que dans la métrite chronique la cavité du corps de l'utérus est diminuée. J'ai mille fois cherché ce signe et j'ai toujours observé le contraire, toujours j'ai trouvé cette cavité très-notablement augmentée. A l'époque où Chomel observait, on sondait rarement la matrice, maintenant c'est une pratique usuelle qui nous met à même de constater que la cavité est proportionnée au volume de l'utérus et à l'épaississement de ses parois.

Dans la métrite aiguë, le tissu de la matrice est rouge et injecté. Dans la métrite chronique, il est plus pâle. « A la loupe, dit Aran, il offre en général un aspect décoloré, comme anémié; une teinte jaunâtre semble infiltrer l'organe dans toute son épaisseur. »

Bien que les auteurs s'accordent à dire que le tissu de l'utérus est anémié dans la métrite chronique, il est incontestable que dans la période inflammatoire dans laquelle le tissu a conservé sa mollesse, il est ordinairement congestionné, rempli de sang et de sucs plastiques; les sinus utérins ont des dimensions considérables en même temps que la vascularité artérielle est augmentée.

La membrane muqueuse est épaissie, d'une coloration rougeâtre ou ardoisée. On voit à sa surface de petites



saillies que l'on avait prises à tort pour des papilles hypertrophiées qui n'existent pas, et qui lui donnent un aspect velouté. Ses glandules sont hypertrophiées et leurs orifices sont élargis. J'ai déjà parlé du produit de leurs sécrétions.

L'épithélium disparaît par places et donne aux surfaces dépouillées l'aspect des exulcérations. On dit que de cylindrique et vibratile qu'il est à l'état normal, il devient pavimenteux, mais je ne sais personnellement rien à ce sujet.

C'est dans la métrite chronique que l'on a observé les fongosités pour l'extirpation desquelles Récamier avait inventé une curette avec laquelle il grattait la surface interne de l'utérus. Ces fongosités peuvent exister, mais il est bien peu d'anatomo-pathologistes qui les aient constatées.

L'anatomie pathologique du col est mieux connue que celle du corps, parce qu'elle se fait journellement sur le vivant. Par le toucher, on constate que les lèvres sont augmentées de volume, qu'elles sont renversées en dehors; le plus souvent l'orifice est assez élargi pour que l'on y introduise une partie de la phalange unguéale.

La consistance est en rapport avec celle du corps, tantôt molle et comme œdématiée, tantôt au contraire dure et inégale. Souvent, par le toucher, on constate au-dessous de la muqueuse des inégalités qui peuvent en imposer pour les petites bosselures par lesquelles le cancer se manifeste au début.

Lorsque le col est assez ouvert pour que l'on y introduise le bout du doigt, on y constate l'existence de faisceaux qui rappellent un peu les faisceaux musculaires du cœur; on dirait que la membrane muqueuse a été enlevée et que la sensation perçue provient du contact avec des bandelettes musculaires hypertrophiées, sépa-



rées les unes des autres par des intervalles linéaires.

A la métrite chronique sont liées les *ulcérations* et ce que l'on a décrit sous le nom de *granulations* du col. Pendant longtemps, la pathologie utérine n'a visé que ces lésions. On en voyait partout, et si, par hasard, on n'en trouvait pas, on déclarait qu'il n'y avait pas de maladie de matrice.

Le col de l'utérus a une teinte violacée, qui ressemble beaucoup à celle que l'on observe quelques jours avant l'époque des règles. Son tissu est gonflé, ses lèvres, tuméfiées et renversées en dehors, donnent au museau de tanche une forme que Chomel a comparée à celle d'un champignon et qui a mérité à cette disposition le nom d'*ectropion du col*, à cause du renversement en dehors, qui rappelle ce que l'on observe dans l'ectropion des paupières. Tandis qu'à l'état normal, son diamètre transversal l'emporte sur le diamètre antéro-postérieur, souvent ils deviennent égaux dans la métrite chronique, et le museau de tanche prend une forme circulaire. Quand on l'examine avec un spéculum cylindrique, il peut être assez gros pour n'entrer qu'avec peine dans l'instrument.

Si l'on se sert du spéculum à valves, on peut, en ouvrant l'instrument d'une manière exagérée, écarter les lèvres l'une de l'autre et voir jusque dans la cavité du col, dont les parois sont également rouges et tuméfiées; du mucus opalin s'en écoule en conservant la viscosité dont nous avons déjà parlé à l'occasion de la métrite aiguë, assez abondant pour mériter le nom de catarrhe utérin, sous lequel on a décrit la métrite chronique.

Le tissu du museau de tanche a une consistance variable. Tantôt, il est dur et résiste à la pression : cette consistance



indique comme pour le corps une exsudation plastique déjà ancienne ; tantôt, au contraire, il présente une mollesse comme fongueuse ; souvent, enfin, c'est une consistance intermédiaire dont on ne peut avoir une idée nette qu'après l'avoir constatée plusieurs fois par le toucher. Dans ce cas, le col, tendu par l'augmentation de son volume, est comme grenu à sa surface et le doigt qui le presse donne la sensation d'un tissu friable. Nous avons au n° 20 de la salle Saint-Maurice une femme, âgée de vingt-trois ans, entrée récemment, qui présente cette disposition que j'ai fait constater par plusieurs d'entre vous : on peut, sans inconvénient, répéter le toucher qui n'occasionne aucune douleur. Cette malade, ayant accouché il y a un mois, a toujours été souffrante depuis cette époque : elle ressentait des douleurs dans les reins et dans le ventre, mais ses règles n'avaient présenté rien d'anormal lorsqu'à la fin de mai elle les eut abondamment. Elles durèrent jusqu'au 4 juillet, jour de son entrée à l'hôpital. Le repos au lit a suffi pour mettre fin à la métrorrhagie.

Le col est arrondi, son diamètre antéro-postérieur s'est agrandi, c'est dans ce sens que l'augmentation de volume s'est produite. Il donne au doigt qui le touche la sensation d'un corps friable. Ce n'est pas de la mollesse que l'on constate, mais une substance qui semble prête à se déchirer, par la dissociation des particules dont elle est constituée. Le corps ne paraît pas avoir subi un développement proportionnel à celui du col.

On peut affirmer qu'il ne s'est pas fait encore d'exsudation plastique. C'est pour cela qu'il y a eu métrorrhagie. Il y a sans doute un peu de métrite parenchymateuse, mais je ne doute pas que la membrane muqueuse



utérine ne participe largement à l'inflammation. Nous le saurons d'une manière plus certaine dès que nous pourrons examiner la malade au spéculum. C'est la métrite interne qui donne lieu à l'hémorrhagie à laquelle le tissu du parenchyme utérin n'oppose pas d'obstacle, car la consistance indique qu'il ne renferme pas les exsudats plastiques qui donnent lieu à la dysménorrhée dans la métrite parenchymateuse.

J'ai déjà dit que l'inflammation peut exister isolément, soit au corps, soit au col. Il est entré dans notre service une femme qui est couchée au n° 8 de la salle Saint-Maurice, et chez qui le corps de l'utérus n'a que des dimensions normales, tandis que le col, considérablement élargi, en est séparé par un tissu transversal qui indique très-nettement la limite de l'inflammation. Chez cette malade, le col est comme écrasé sur le fond du vagin.

Une autre malade, qui vient d'entrer, présente une disposition encore plus curieuse. Le corps de l'utérus n'a que ses dimensions normales dans ses trois quarts supérieurs; la moitié inférieure du museau de tanche a la consistance et le volume qu'il doit avoir à l'état normal; mais la moitié supérieure du museau de tanche et le quart inférieur du corps utérin sont tuméfiés et durs. C'est bien un épaissement des parois sans que l'on puisse penser à un myome (corps fibreux).

#### **Granulations. Folliculite du col. Ulcérations.**

On voit sur le col de l'utérus des lésions diverses; les plus communes sont les *granulations*, les *inflammations des follicules*, les *ulcérations*.



*Granulations.* — Si nous consultons les auteurs les plus compétents en histologie, nous voyons que les granulations sont composées de : 1° fibres lamineuses, entrecroisées, écartées les unes des autres et non disposées en faisceaux; 2° d'éléments fibro-plastiques dans toute l'épaisseur de la granulation; 3° d'une quantité considérable de matière amorphe, homogène, finement granuleuse; 4° de vaisseaux capillaires formant des mailles polygonales; 5° dans quelques-unes il y a des follicules ou glandes tubuleuses (Robin). Elles me paraissent absolument semblables aux granulations que l'on observe sur les paupières, dans la blépharite granuleuse. Il y en a qui ressemblent au chalasion et qui, comme dans cette petite maladie, sont recouvertes par la membrane muqueuse. Elles forment de petites saillies isolées qui peuvent en imposer pour les bosselures du cancer, quand elles existent sur un col volumineux. Pour les unes et pour les autres, on peut donc se poser deux questions : sont-elles formées par l'hyperplasie de cellules lymphoïdes existant dans le tissu de la membrane muqueuse (*Arch. d'ophth.*, 1869)? Sont-elles de véritables néoplasies?

Les granulations existent si fréquemment sur le col de l'utérus, qu'il est extraordinaire que leur évolution ne soit pas mieux connue. Nous savons leur aspect extérieur, leur siège, leur fréquence, leurs signes, mais nous ne pouvons pas encore dire comment elles naissent, si elles sont un produit né de toute pièce, ou si elles ne sont que l'exagération d'éléments existant à l'état normal.

C'est au voisinage de l'orifice externe du col qu'on les observe : tantôt elles circonscrivent le col à la manière d'une collerette étroite. C'est chez les femmes qui n'ont



pas eu d'enfants que l'on observe cette forme. Tantôt, elles constituent une plaque n'existant que sur une des lèvres; tantôt elles paraissent se prolonger vers la cavité du col. On n'en voit jamais à la circonférence du museau de tanche. Elles ont une couleur rouge dont la nuance est variable, tranchant nettement sur la couleur rose pâle des parties saines; elles sont quelquefois d'un rouge brun, le plus souvent d'une teinte qui rappelle celle de la brique rouge.

Leur surface libre est rugueuse et comme framboisée (Velpeau); elles ont généralement peu d'épaisseur; elles ne sont pas pédiculées comme des végétations avec lesquelles elles n'ont aucun rapport; le plus souvent elles font sur la muqueuse une saillie à peu près égale à celle que les plaques de Peyer font sur la membrane muqueuse de l'intestin, quand elles sont hypertrophiées. La plaque se développe également et les granulations dont elle se compose sont à peu près de même niveau.

Quand on enlève doucement avec un pinceau le mucus qui les recouvre, elles paraissent dépourvues d'épithélium, sans que l'on puisse dire que cette couche de la membrane muqueuse a complètement disparu. La moindre violence, le moindre contact un peu rude les fait saigner.

Je ne pense pas que l'on puisse dire qu'elles sont constituées par les follicules enflammés; elles ont sans doute la plus grande analogie avec celles du pharynx, dans la pharyngite granuleuse (Chomel); mais pas plus pour le pharynx que pour les paupières et le col de l'utérus, on n'est en mesure d'affirmer que les granulations ne sont que des follicules hypertrophiés; elles sont constituées ou



par une néoplasie ou par une hyperplasie d'éléments primordiaux.

*Folliculite.* — Les follicules de la membrane muqueuse du museau de tanche sont souvent malades. Quand on examine à l'aide du spéculum, on voit souvent çà et là sur la muqueuse qui est encore d'un rose tendre, de petits points un peu plus foncés, dont la teinte n'apparaît que par transparence à travers une couche mince de la partie la plus superficielle de la membrane. Ce sont de petits follicules enflammés; si l'on procède à un nouvel examen, au bout de quelques jours, les points rouges sont devenus saillants et comme papuleux; à une période plus avancée, ils sont acuminés et leur sommet renferme un peu de liquide blanchâtre ou purulent. Quand ils se crèvent pour laisser écouler le liquide qu'ils contiennent, il se produit une petite ulcération qui tantôt ressemble à un aphthe, tantôt à l'ulcération qui succède à l'herpès.

*Ulcérations.* — On décrit sous le nom d'*ulcérations*: 1° les petites solutions de continuité qui résultent de l'ouverture des petites pustules dont je viens de parler. C'est une *folliculite*, quand un follicule s'est ouvert isolément; lorsque deux follicules se sont réunis en l'ouvrant, c'est une variété de l'ulcération.

2° Les granulations dont je vous ai entretenus. — Au premier aspect, les plaques granulées ressemblent, à la vérité, à une surface ulcérée; mais si l'on y regarde de plus près, on voit bien vite qu'elles en diffèrent autant que les granulations des paupières.

3° Une exulcération provenant de la macération de l'épithélium. C'est une des lésions les plus fréquentes du col de l'utérus; on la voit, je crois, chez toutes les femmes



qui sont affectées de leucorrhée. Elle siège plus fréquemment sur la lèvre postérieure que sur l'antérieure; elle est caractérisée par une couleur rouge tranchant sur la teinte rose du voisinage. Elle est superficielle et elle ne se prolonge pas dans la cavité du col. Quand, pour enlever le mucus qui la recouvre habituellement, on se sert d'un pinceau avec lequel on exerce un frottement un peu rude, on la fait saigner, et pourtant l'épithélium ne paraît pas avoir été complètement détruit. Cette conservation partielle de l'épithélium me paraît prouvée par une expérience que j'ai répétée souvent pendant que j'étais chirurgien de l'hôpital de Lourcine. En séchant la surface extérieure par la ventilation pratiquée à l'aide d'un soufflet, je la voyais blanchir et reprendre peu à peu l'aspect de la membrane muqueuse qui ne participait pas à l'ulcération. On ne peut donc pas dire que, à cette période, ce soit une ulcération. Si la cause qui l'a produite persiste, l'épithélium disparaît entièrement, et une véritable solution de continuité se produit; mais elle reste superficielle et ne s'étend jamais à toute l'épaisseur de la membrane muqueuse. Je ne l'ai jamais vue causer et constituer une véritable maladie. Elle cesse, dès que l'on interpose un corps quelconque entre le col et la portion correspondante du vagin. C'est pourtant le plus souvent pour cette prétendue maladie, que, depuis quarante ans, on a cautérisé la plupart des femmes qui ont eu des maladies de l'utérus. Une lésion accessoire et insignifiante a été prise pour la cause des douleurs qui sont dues à la métrite.

Suivant que l'on range cette lésion parmi les ulcérations du col de l'utérus ou qu'on la regarde comme le ré-



sultat d'une macération de l'épithélium, on est amené à dire que les ulcérations ont une plus ou moins grande fréquence. Ainsi M. Courty n'en a rencontré que 425 fois sur 1563 femmes affectées de maladies utérines, tandis que Bennet en a vu 237 cas sur 300 malades.

Pas plus que les granulations et les petites ulcérations provenant des follicules, les exulcérations dont je parle, ne causent de douleur ni spontanément ni par le contact d'un corps étranger.

Il n'en est plus de même de la seule lésion qui mérite véritablement le nom d'ulcération.

4° Les *ulcérations* du bord de l'orifice du col. Tandis que, par le toucher vaginal, on ne produit pas de douleur appréciable, quand il n'y a que les lésions dont je viens de parler, il en est tout autrement dans les cas où une petite ulcération existe sur la marge de l'orifice du col. Je ne puis dire en quoi histologiquement elle diffère des autres solutions de continuité, mais ses caractères subjectifs sont essentiellement différents, le moindre contact y détermine une sensation des plus pénibles. J'ai vu souvent les malades tressaillir au moment où le doigt touche la partie malade. C'est une ulcération étroite, existant sur la limite de la cavité du col et de sa surface intra-vaginale. Ses bords sont nets et indiquent qu'elle a une certaine profondeur; son fond est grisâtre, ressemblant un peu à un chancre mou qui aurait une forme allongée; mais il en diffère par la dureté du bord, que l'on peut apprécier par le toucher; la douleur est presque aussi vive que celle de la fissure à l'anus.

5° Il y a encore d'autres ulcérations. Ce sont celles qui sont constituées par le *chancre*, par le *cancer*; d'autres,



enfin, qui sont mal définies et que l'on désigne sous les noms de *fongueuses* et *variqueuses*.

Jusqu'ici, j'ai évité de toucher à la question nosologique et pourtant elle a une importance capitale : du temps de Jobert, l'ulcération était la maladie principale, c'est à elle que l'on attribuait l'augmentation du volume de l'utérus, l'écoulement leucorrhéique, les douleurs hypogastriques et lombaires; aussi n'y avait-il qu'un traitement, la cautérisation avec le fer rouge. Pendant plus de trente ans, les femmes ont été traitées sous l'empire de cette opinion. On ne parlait pas de métrite, il n'y avait que des ulcérations du col. Une pareille exagération devait amener une réaction. Déjà Lisfranc avait soutenu que l'ulcération est produite par l'engorgement de l'utérus; Nonat, Bennet, Aran et la plupart des médecins de notre époque pensent qu'elle n'est qu'un résultat de la métrite.

Dans un mémoire publié en 1843 dans les *Archives de médecine*, M. Gosselin soutint que l'ulcération n'est que la conséquence de la phlogose du tissu utérin et surtout de la phlogose de la surface interne de l'utérus et qu'elle n'est qu'une partie fort accessoire de la maladie. L'auteur de ce mémoire très-remarquable qui a eu sur la pathologie utérine une influence incontestable, s'appuie sur des observations qu'il résume en ces termes :

« Les cas d'ulcérations simples du col de l'utérus, c'est-à-dire sans engorgement ni catarrhe concomitant, sont rares; on ne les observe guère que dans le cours de la vaginite. Si l'on introduit le spéculum, on trouve alors que les deux lèvres du museau de tanche ne sont ni gonflées ni hypertrophiées; son orifice ne laisse rien échapper, si ce n'est un peu de mucosité transparente; sa sur-



face est exulcérée dans une étendue qui n'est jamais très-grande, puisque le col a conservé son volume normal. »

« Les malades ne se plaignent d'aucune autre douleur que de celles d'ailleurs peu vives de la vaginite; dans le plus grand nombre des cas, elles n'accusent rien qui indique une maladie de l'utérus. » (*Arch. gén. de méd.*, 1843.)

Dans ce mémoire, M. Gosselin établit, en outre, que le catarrhe simple et le catarrhe avec ulcération et engorgement du col utérin appartiennent à la *métrite chronique*.

Ces deux dernières propositions ne sont plus contestées. Nous rechercherons dans un instant s'il en est de même de celle qui est relative à l'ulcération.

M. Gosselin avait soutenu que l'ulcération du col de l'utérus, ne donnant pas lieu à des accidents spéciaux, ne mérite pas le nom de maladie dans la plupart des cas. C'est à peine, ajoutait-il, si la thérapeutique a besoin de s'en occuper. Cette opinion a été reprise en 1854 par M. West, qui pense que l'ulcération du col existe le plus souvent à l'insu des malades. Sur 65 cadavres de femmes mortes à l'hôpital de Saint-Barthélemy, il trouva 17 fois des ulcérations du col, bien que pendant la vie rien n'eût fait supposer une maladie de l'utérus.

Vous voyez quelle distance il y a entre les opinions extrêmes : d'un côté, l'ulcération est à peine ou n'est même pas une maladie; de l'autre, toute la pathologie utérine repose sur cette lésion !

J'ai pendant quelques années incliné vers la première de ces opinions. Quand j'étais chirurgien de l'hôpital de Lourcine, ne voyant que des malades dont l'âge dépassait rarement 25 ans, je constatais souvent des ulcérations du col utérin sur des femmes qui n'entraient à l'hôpital que



pour être traitées de la syphilis ou d'une blennorrhagie. Elles ne se plaignaient que de la douleur causée par l'inflammation de la membrane muqueuse du vagin, et pourtant, à l'aide du spéculum, on trouvait des ulcérations du col sur le plus grand nombre d'entre elles. J'étais donc fort disposé à admettre avec Gibert (1), qui avait observé à Lourcine, et avec M. Gosselin, que l'ulcération du col est à peine une maladie. J'étais encore poussé dans cette voie par les exagérations, en sens contraire, dont j'avais été témoin dans le service de M. Jobert.

Depuis cette époque, j'ai vu des malades dans des conditions différentes, et si je pense toujours que l'on a donné trop d'importance à l'ulcération du col, je suis forcé d'admettre que cette lésion est parfois un élément important de la maladie.

Pour s'entendre à ce sujet, il est indispensable de préciser la forme de l'ulcération :

Nous avons vu que la macération de l'épithélium du col par les liquides de la leucorrhée donne au col l'aspect d'une exulcération; c'est, sans contredit, la lésion que l'on observe le plus fréquemment. Eh bien, jamais elle ne donne lieu à aucun symptôme de maladie.

Il en est à peu près de même pour les petites ulcérations qui succèdent à l'ouverture des follicules enflammés du col. Mais il en est tout autrement pour cette petite ulcération de la marge de l'orifice du museau de tanche, sur laquelle j'ai appelé votre attention. Nous verrons bientôt qu'elle réclame un traitement différent de celui de la métrite.

L'ulcération du col a donc pour moi plus d'importance

(1) *Revue médicale de Paris*, 1837.



qu'elle n'en a pour les médecins qui n'ont observé que dans un hôpital consacré au traitement des maladies vénériennes.

Est-elle toujours liée à la phlegmasie du col? en est-elle toujours la conséquence? peut-elle, au contraire, exister indépendamment de toute lésion?

Ce sont des questions moins faciles à résoudre qu'on ne serait tenté de le croire tout d'abord.

Il n'est pas douteux que l'ulcération du col ne soit liée intimement à la métrite chronique. C'est pour cela que je m'en occupe à l'occasion de l'anatomie pathologique de cette maladie; mais, s'il est démontré que le col de la matrice s'ulcère sous l'influence de l'inflammation dont il est le siège, sur quels faits peut-on s'appuyer pour soutenir que l'ulcération ne peut pas se produire en dehors de la métrite chronique? Sans doute, on pourra toujours dire qu'elle naît par un travail inflammatoire (inflammation ulcéralive de Hunter), mais ce n'est pas ce que l'on veut dire. L'inflammation bornée aux tissus ulcérés ne constitue pas la métrite.

Le chancre que l'on observe assez souvent sur le col de l'utérus est bien une ulcération, et pourtant il prend naissance sur un tissu sain aussi bien que sur des surfaces malades. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'ulcération simple?

Ce qui m'a ébranlé dans mes anciennes croyances, c'est que j'ai vu des ulcérations persister après la disparition de la métrite à laquelle je me croyais autorisé à rattacher leur existence; le traitement de cette maladie ne les modifiait en rien, tandis qu'elles cédaient à la cautérisation.

Je suis donc porté à croire que, rarement à la vérité,



mais enfin quelquefois, les ulcérations du col peuvent être indépendantes de la métrite chronique. Il y a bien loin de là à cette opinion qui leur attribuait tous les symptômes qui appartiennent à l'inflammation de la matrice.

J'admets bien aussi que la métrite donne lieu à l'inflammation des follicules du col et même à leur ulcération; mais il ne m'est pas démontré que la folliculite ne puisse pas se développer isolément sur le col de l'utérus, comme nous la voyons se produire dans les follicules de la peau du front, sans que l'on puisse dire qu'il y a une cutite, toutes les fois qu'il y a quelques pustules d'acné.

Cette réserve faite, je n'hésite pas à dire que les granulations, la folliculite du col et ses ulcérations sont liées dans l'immense majorité des cas à l'existence d'une métrite chronique.

*Symptômes.* — Après avoir aussi longuement insisté sur l'anatomie pathologique de la métrite chronique, il ne me restera pas grand'chose à vous dire des symptômes de cette maladie.

Les douleurs sont beaucoup moins vives que dans la métrite aiguë, elles siègent à la région hypogastrique, aux lombes et au sacrum. Elles n'éclairent pas toujours les malades sur la nature de leur maladie, quand celle-ci s'est produite sans succéder à une métrite aiguë. Ce n'est d'abord que la sensation d'un poids incommode sur le bassin, que le repos au lit fait cesser. Plus tard, les malades ne peuvent marcher ou rester longtemps debout ou assises, sans éprouver dans les reins et dans le ventre une douleur gravative extrêmement pénible.

De très-bonne heure, et souvent dès le début, on observe des flueurs blanches qui d'abord donnent au linge



une plus grande consistance, sans le tacher; on dirait alors qu'une partie de la chemise a été empesée. Il n'en est plus de même quand la métrite chronique existe depuis un certain temps, ou lorsque l'inflammation s'est particulièrement manifestée sur la membrane muqueuse de l'utérus.

Au lieu du mucus incolore qui provient du premier degré de l'inflammation des glandules du col utérin, on constate l'existence d'un liquide jaunâtre qui fait sur la chemise des taches dont la largeur est proportionnée à la quantité du produit de la sécrétion de la membrane muqueuse de la matrice. Cette leucorrhée peut être assez abondante pour faire croire à l'existence d'une blennorrhagie, mais l'examen au spéculum ne tarde pas à dissiper ce soupçon. A ce degré, c'est le catarrhe qui est l'élément dominant de la maladie; mais ce n'est qu'un des accidents de la métrite chronique.

Si l'on procède à l'examen au spéculum, il est bien rare que l'on ne voie pas du mucus s'écouler du col de l'utérus. Quand la métrite parenchymateuse domine, le catarrhe est peu prononcé; l'écoulement, est, au contraire, très-abondant, quand l'inflammation de la membrane muqueuse est prédominante.

Si l'état chronique s'est établi d'emblée, le produit de sécrétion reste longtemps muqueux; il ne devient purulent que dans les cas où il est la terminaison d'une métrite aiguë, ou lorsque la métrite chronique a été stimulée par une nouvelle cause d'inflammation.

En même temps que l'on constate la source de la leucorrhée, on reconnaît l'existence des lésions dont nous avons parlé en traitant de l'anatomie pathologique; je dois



pourtant indiquer une disposition sur laquelle on n'a pas insisté : chez les malades dont le col a augmenté de volume sous l'influence de l'inflammation chronique, cette partie de la matrice n'est pas seulement remarquable par la projection de ses lèvres en dehors, d'où résulte une forme que Chomel a comparée à celle d'un champignon, mais l'hypertrophie porte encore sur la face interne des lèvres, de telle sorte que l'une d'elles (c'est ordinairement l'antérieure) devient également proéminente vers la cavité du col. L'orifice du museau de tanche, au lieu d'être régulièrement fendu transversalement, prend alors une forme demi-circulaire dont la concavité se moule sur la partie saillante de la lèvre hypertrophiée.

Le toucher n'est pas moins utile que le spéculum pour reconnaître les signes de la métrite chronique. Le doigt indicateur, introduit dans le vagin pendant que la main du côté opposé déprime un peu la paroi abdominale de la région hypogastrique, permet de reconnaître que le poids de l'utérus a augmenté ; que le col et le corps sont plus volumineux qu'à l'état normal ; que, dans une période de la maladie, le museau de tanche est mou et comme spongieux, tandis qu'à une époque plus éloignée du début, sa consistance, comme celle du corps, devient plus dure par suite de l'exsudation plastique qui se fait dans le tissu de l'organe et lui donne, à la longue, une densité anormale.

La main qui explore le corps de l'utérus à travers la paroi de l'abdomen donne une idée exacte de sa forme et de son volume. Le doigt indicateur introduit dans le vagin, permet de constater le degré d'ouverture du col, la forme et l'épaississement des lèvres, sa sécheresse, son état granuleux ; il éveille une douleur caractéristique par



une pression légère. Avec le doigt, on peut encore reconnaître que les culs-de-sac du vagin sont libres, ce qui indique l'absence de complications.

Bien que la main qui palpe l'utérus à travers la paroi de l'abdomen, donne une idée assez exacte de la forme et du volume du corps de l'utérus, cette notion devient bien plus nette, quand le doigt, déprimant les culs-de-sac du vagin explore cet organe au-dessus du col. On peut ainsi découvrir les plus petits changements de forme que cet organe a subis. C'est par cette exploration qu'il nous arrive souvent de reconnaître une consistance très-différente entre deux portions du corps de l'utérus. Le toucher vaginal a une utilité encore plus grande chez les femmes dont la paroi abdominale antérieure chargée d'embonpoint, s'oppose à la palpation et ne permet pas à la pulpe des doigts d'arriver au contact du fond de l'utérus. Il en est de même dans les cas, où, suivant la remarque de Aran, la paroi abdominale en se contractant, s'oppose à la dépression qu'il faut lui faire subir pour procéder à cette exploration d'une manière utile.

Quand on veut apprécier le poids de l'utérus, il est plus avantageux de pratiquer le toucher, pendant que la malade est debout ou à genoux. C'est encore dans cette position qu'il sera le plus facile de reconnaître l'abaissement de la matrice; mais c'est dans la position couchée que doivent être les femmes, lorsque le médecin veut avoir une idée précise de la direction de l'utérus, de ses déviations, des rapports respectifs du col et du corps; c'est seulement dans cette position que l'on peut indiquer la part d'inflammation qui doit être faite à l'une et à l'autre de ces parties de la matrice, par les changements



que l'on constate dans leur forme et dans leur consistance.

Assez souvent, en explorant le fond du vagin avec le doigt indicateur, on trouve dans le cul-de-sac postérieur une tumeur arrondie qui est douloureuse à la pression et que l'on ne peut pas déplacer.

Pour savoir si c'est le corps de l'utérus, il suffit de porter le doigt sur un des côtés du museau de tanche et d'en suivre le bord aussi loin que possible. On reconnaît alors que c'est l'utérus en rétroversion. Nous verrons bientôt, à l'occasion du diagnostic, qu'il est facile de ne pas se tromper.

Dans le cas où le toucher vaginal ne donnerait pas des notions suffisantes pour établir le diagnostic, on ne doit pas hésiter à pratiquer le toucher rectal. Cela est surtout utile pour les femmes jeunes et vigoureuses dont les culs-de-sac résistent au doigt qui cherche à les déprimer pour porter l'exploration au delà. Toutefois, pour tirer quelque utilité de ce dernier mode d'exploration, il faut y avoir eu recours assez souvent, car le doigt ne touchant l'utérus qu'à travers une paroi épaisse pourrait faire croire à une augmentation de volume qui ne serait pas réelle.

On dit que la chaleur du col dans la métrite chronique est beaucoup plus vive qu'à l'état normal. Cette différence ne me paraît bien appréciable que dans la métrite aiguë.

L'hystérométrie est un moyen d'exploration des plus utiles pour reconnaître les signes de la métrite chronique. Dans cette maladie, en effet, l'utérus n'est pas seulement augmenté de volume, sa cavité acquiert des dimensions considérables. Tandis que la profondeur de l'orifice du museau de tanche au fond de la matrice est de 6 centimètres et demi à l'état normal, l'hystéromètre, dans les



cas de métrite chronique, pénètre jusqu'à 8 et 9 centimètres et quelquefois plus profondément.

La métrite qui succède à l'état que j'ai décrit sous le nom d'engorgement post-puerpéral de l'utérus est caractérisée par des dimensions que la matrice n'acquiert jamais quand l'inflammation s'est produite dans des circonstances différentes. Aussi faut-il bien se garder de croire que l'hystéromètre entrera toujours à une profondeur aussi grande que celle que je viens d'indiquer.

Un des premiers signes de l'augmentation du volume du corps consiste dans le changement de sa forme qui, d'aplatie d'avant en arrière, se rapproche de la forme sphérique. Aussi n'est-il pas rare de trouver des femmes affectées de métrite chronique, dont la cavité utérine n'ayant que 6 centimètres et demi dans son diamètre vertical, permet pourtant d'imprimer à l'hystéromètre des mouvements de rotation qui indiquent nettement que les autres diamètres se sont agrandis.

Nous avons déjà appris que le changement de forme s'observe également pour le museau de tanche qui un peu aplati d'avant en arrière chez les femmes qui ont eu des enfants, s'arrondit chez celles qui sont affectées de métrite chronique du col.

Le plus ordinairement, dans la métrite chronique, le col s'est élargi dans toute son étendue, proportionnellement à l'écartement de ses lèvres : de cette disposition résulte une grande facilité pour pratiquer le cathétérisme. Il faut pourtant savoir que l'on peut rencontrer un obstacle provenant de l'augmentation des glandules de la membrane muqueuse, qui en avaient imposé à Naboth pour l'existence d'œufs, d'où le nom d'œufs de Naboth, donné



à l'hypertrophie de ces petites glandes. L'obstacle peut encore provenir d'un myome développé dans les parois du col ou au voisinage de son orifice supérieur.

Quelle que soit la cause qui s'oppose au cathétérisme, il faut s'abstenir dès que l'hystéromètre est arrêté par une résistance que l'on ne peut pas tourner. Jamais cette opération ne doit être pratiquée avec violence. Dans la métrite, particulièrement, il faut prendre garde de produire une déchirure qui pourrait avoir les conséquences les plus funestes.

Nous avons dit que la leucorrhée utérine est un signe constant de la métrite chronique.

On ne peut pas en dire autant de la métrorrhagie. Les hémorrhagies utérines se produisent tant que le tissu de l'utérus n'a pas acquis par les exsudats plastiques la densité qui s'oppose à ce que les vaisseaux soient distendus et déchirés par le sang. Dans la forme molle de la métrite chronique, il peut donc y avoir métrorrhagie. Mais le plus ordinairement les hémorrhagies ne sont pas abondantes; elles diffèrent en cela, essentiellement, de ce que l'on observe dans la métrite interne aiguë. Il n'est pas rare de voir les règles se produire alors tous les quinze jours, jusqu'à ce que la consistance de la matrice soit devenue plus dense.

Jusqu'ici, nous ne nous sommes occupés que des signes objectifs. Les signes subjectifs n'ont pas une moindre importance. Sans doute, ils n'ont pas la même valeur au point de vue du diagnostic, mais ils indiquent des complications ou des retentissements sympathiques qui peuvent induire en erreur et dont il faut toujours tenir compte pour le traitement.



Nous avons déjà dit que les douleurs n'existent pas seulement dans la matrice; elles se font sentir dans la région hypogastrique, au milieu de la symphise sacro-iliaque, dans la région coccygienne, à l'aîne près des attaches des ligaments ronds; il y a aussi, mais moins fréquemment, des douleurs le long des branches du nerf crural, en avant de la cuisse, ou à la partie interne du membre, dans les muscles auxquels se distribuent les branches du nerf obturateur, seconde branche terminale du plexus lombaire, souvent aussi, le long du nerf sciatique. Des douleurs sympathiques peuvent encore se produire aux points d'émergence des branches collatérales du plexus lombaire; enfin, les femmes affectées de métrite chronique se plaignent souvent d'une gêne très-grande, et quelquefois d'une sensation douloureuse dans la région épigastrique.

Le système nerveux n'est pas seulement affecté au point de vue de la douleur. Les névroses sont très-communes dans la métrite chronique. L'hystérie est celle que l'on observe le plus fréquemment; aussi faut-il se garder d'attribuer légèrement la cause de cette maladie à des désirs sexuels qui ne seraient pas satisfaits. Je ne nie pas absolument cette étiologie, mais je suis convaincu que l'hystérie est le plus souvent due à une souffrance de la matrice, qui éveille des sympathies de toute espèce.

L'hypochondrie est également une névrose assez commune, surtout chez les femmes débilitées par de longues souffrances, et aussi chez celles dont le moral a été ébranlé par la crainte que la cautérisation au fer rouge inspire à quelques malades.

Le facies des femmes affectées de métrite chronique a, dit-on, quelque chose de spécial. Il est celui des personnes



qui ont longtemps souffert. Le visage s'amaigrit à la longue, leurs yeux s'excavent, le teint devient mat et parfois terreux. On peut observer aussi des taches pigmentaires semblables à celles qui constituent le *masque* chez les femmes enceintes.

*Diagnostic.* — Le diagnostic de la métrite chronique n'est pas toujours aussi facile que l'on pourrait le croire, après l'énumération des symptômes que nous venons de faire. A côté de cette maladie, il y en a d'autres, en effet, qui s'annoncent par des signes à peu près semblables. Ainsi, la douleur est commune à presque toutes les affections qui se développent au voisinage de la matrice. On la trouve dans la pelvi-péritonite, le phlegmon du ligament large, l'ovarite, la cystite, et dans les maladies du rectum; mais elle est bien différente par son intensité dans ces diverses affections. Le phlegmon des ligaments et la pelvi-péritonite sont, au début, beaucoup trop douloureux pour que l'on puisse les confondre avec la métrite chronique. C'est pour la métrite aiguë qu'ils pourraient en imposer. Cependant quand ces états pathologiques existent depuis longtemps, la douleur est moins vive et si l'on se contentait de ce symptôme, on pourrait être embarrassé pour dire l'espèce de maladie à laquelle il doit être attribué. Heureusement il y a d'autres signes qui jettent une vive lumière sur le diagnostic : en première ligne, il faut placer le toucher combiné avec la palpation abdominale, par lequel on acquiert des notions qui ne permettent que bien difficilement l'erreur. Ainsi, dans la métrite chronique, le doigt porté sur le col de l'utérus, en même temps qu'il éveillera une certaine douleur, permettra de constater que le poids de l'utérus est plus grand qu'à



l'état normal, que le col est plus gros, qu'il est arrondi, que ses lèvres sont augmentées de volume, déjetées en dehors et que la phalange unguéale peut s'introduire dans leur intervalle presque tout entière chez les femmes qui ont eu des enfants; en même temps la main, portée sur la région hypogastrique, et circonscrivant le corps de l'utérus, indique d'une manière précise l'augmentation de son volume, et souvent aussi éveille une douleur que la malade ne soupçonnait pas. Autour de la matrice, douloureuse et augmentée de volume, on ne trouve aucun gonflement ni dans les culs-de-sac ni dans les ligaments.

L'état du col, constaté par le spéculum et par le toucher, peut parfois laisser beaucoup d'incertitude dans l'esprit du médecin. Nous avons dit, en effet, que le museau de tanche peut acquérir un volume considérable, en même temps que les glandes qu'il renferme deviennent, elles aussi, plus volumineuses et indurées; elles peuvent alors simuler les bosselures qui appartiennent au cancer. Si l'induration ne s'étend pas à la totalité des lèvres; si les lèvres ont une consistance spongieuse, et qu'elles soient facilement saignantes, il est bien difficile d'affirmer que c'est une métrite chronique et non un cancer. Bien que le cancer donne habituellement lieu à des douleurs lancinantes, il se produit aussi assez souvent sans que les malades aient ressenti les élancements qui ne deviennent pathognomoniques qu'à une période avancée de la maladie.

On doit suspendre son jugement quand on ne trouve ni dans les antécédents de la malade, ni dans l'aspect du col, des signes irrévocables. Heureusement ces faits sont rares. Dans le cancer, la maladie débute ordinairement par le col,



et la cavité du corps a rarement les mêmes dimensions que dans la métrite chronique. Il y a bien exsudation plastique dans la métrite, mais la prolifération de tissu est bien plus considérable dans le cancer, maladie dans laquelle la masse s'agrandit sans que la cavité de la matrice prenne le même développement. D'ailleurs l'embarras, quand il existe, ne peut pas être de longue durée.

On prétend que l'odeur des liquides provenant du cancer ont une odeur *sui generis*. Récamier disait : « que de même que chaque arbre a sa fleur et chaque fleur son odeur, les maladies, elles aussi, ont des émanations qui n'appartiennent pas à d'autres. » Cette proposition est vraie dans un certain nombre de cas, mais elle souffre de très-nombreuses exceptions. Il n'est pas rare, en effet, d'observer des femmes affectées de cancer du col de l'utérus, qui perdent du sang et du pus n'ayant pas une odeur forte, tandis que l'on voit assez souvent des malades affectées de métrite qui perdent de temps en temps des mucosités purulentes qui ont une odeur fétide. J'ai eu dernièrement l'occasion d'observer une femme qui avait une hémorrhagie depuis plus de trois semaines lorsqu'elle me fit appeler, elle se plaignait moins de l'hémorrhagie que de l'odeur repoussante du sang. Les parfums les plus forts, les désinfectants les plus puissants, ne parvenaient pas à l'en débarrasser. Il n'y avait pas eu de fausse couche, j'en acquis la preuve par l'exploration. Le toucher me fit reconnaître un col plus gros qu'à l'état normal. La lèvre antérieure était particulièrement volumineuse et l'on sentait sur son bord de petites bosselures, de la grosseur d'un petit pois, qui, rapprochées de l'odeur infecte de l'écoulement sanguin, me firent craindre le commencement d'un cancer. Le



repos au lit, des cataplasmes firent bientôt cesser l'hémorrhagie; je prescrivis ensuite des bains et des injections. Au bout de quinze jours, je reconnaissais que j'avais eu affaire à une métrite chronique avec hypertrophie des glandes du col, qui ne tardèrent pas à diminuer de volume.

J'ai eu l'occasion de voir, avec un des chirurgiens le plus en vogue, une jeune femme qui offrait des difficultés de diagnostic non moins grandes :

Affectée depuis plusieurs mois d'une leucorrhée qui avait résisté à tous les traitements, elle était traitée par mon confrère qui lui prescrivait des bains et des injections. Ayant été consulté par elle, je reconnus que les pertes blanches étaient très-abondantes, quelquefois muqueuses, quelquefois aussi purulentes, particulièrement après les règles. Ayant pratiqué le toucher, je constatai que le col était ouvert, que les lèvres étaient épaissies d'une manière uniforme, sans bosselures, et que la pression n'y produisait pas de douleur.

J'attache une grande importance à ce signe : dans la métrite, le toucher est facilement douloureux; dans le cancer, souvent il ne l'est pas.

M'appuyant sur la persistance de l'écoulement, bien qu'il fût absolument inodore, et sur cette absence de douleur chez une femme dont le col était gros et dont les lèvres circonscrivaient un orifice largement ouvert, je dis que ce n'était pas une métrite chronique, mais un cancer à son début.

Le corps n'était guère plus volumineux qu'à l'état normal. Aussi mon confrère, ne constatant ni les bosselures, ni l'odeur que l'on observe dans une période avancée du cancer, repoussait mon diagnostic.



Un an plus tard, cette malade succombait à un cancer de matrice, qui, pendant les derniers mois de la vie de cette jeune femme causa les plus atroces douleurs.

N'oubliez donc pas que le cancer peut naître insidieusement, sans causer de douleurs tout d'abord, et sans donner lieu à des pertes utérines d'une odeur fétide.

Sans la connaissance de ces faits, vous vous exposeriez à commettre des erreurs regrettables.

Le cancer ne s'arrête pas, il progresse toujours et bientôt ses bosselures s'accroissent, s'ulcèrent et donnent lieu à des hémorrhagies. Je ne parle ici que du cancer vrai et non de l'épithélioma qui ne laisse jamais au col de l'utérus la mollesse spongieuse que l'on trouve au début du cancer et dans une forme de la métrite chronique.

L'augmentation de volume des lèvres du col qui est liée à l'existence de la métrite, ne tarde pas, au contraire, à se modifier sous l'influence du traitement.

La métrite chronique peut encore être confondue avec les corps fibreux de l'utérus, ou myomes. Je ne parle pas des cas dans lesquels il y a des tumeurs considérables constituées par une hypertrophie partielle du tissu de la matrice. L'erreur alors n'est pas possible, mais il arrive quelquefois qu'une paroi utérine présente un gonflement anormal qui agrandit le volume de l'organe, sans qu'il y ait une proéminence bien marquée. Nous avons, en ce moment, à la salle Saint-Maurice, une femme qui nous offre cette difficulté de diagnostic. Je vous en ai déjà parlé à l'occasion des différences de densité que l'on observe en divers points de la matrice. Chez cette femme, on sent à l'union du col et du corps une bande



transversale dont la disposition rappelle un peu celle de la prostate par rapport au col de la vessie. Comme la prostate, elle fait un relief. N'est-ce pas un myome? (corps fibreux). Vous comprendrez combien il est difficile de se prononcer. En d'autres termes, est-ce un exsudat inflammatoire, ou bien une hypertrophie partielle de la paroi antérieure de l'utérus?

Il est bien rare que les myomes affectent cette forme. Ils constituent habituellement des tumeurs arrondies. C'est sur ce caractère que je m'appuie surtout pour dire que c'est un exsudat lié à l'existence d'une métrite chronique.

Pour peu que les myomes acquièrent un volume un peu considérable, il est rare qu'ils ne modifient pas la cavité de l'utérus, en changeant sa forme quand ils y proéminent, ou en l'agrandissant démesurément, quand ils produisent un allongement de la matrice.

Dans ce cas, par le palper abdominal, on trouve à la périphérie de l'organe des tumeurs qui éclairent le diagnostic.

C'est avec un commencement de grossesse que la métrite chronique peut le plus facilement être confondue. Nous savons, en effet, que dans la métrite parenchymateuse il y a souvent dysménorrhée et que des retards menstruels peuvent être de plusieurs semaines. Dans la métrite, comme dans la grossesse, il y a donc augmentation du volume de la matrice, et suppression des règles; suppression momentanée sans doute dans la métrite, mais, tant qu'elle existe, la difficulté subsiste. Il est vrai que, dans la grossesse, les seins deviennent plus fermes et plus volumineux, et la vulve prend une teinte violacée caractéristique; mais, au bout de six semaines ou de deux



mois, ces signes ne sont pas bien évidents. Dans les deux cas, il peut y avoir de la leucorrhée, et sensation d'un poids sur le bassin; mais le temps ne tarde pas à éclairer le médecin qui sait attendre.

L'ovarite est beaucoup plus rare que la métrite chronique, on pourrait donc n'y pas penser au moment de porter le diagnostic. Il ne peut pas y avoir de difficulté réelle, quand l'ovaire est à sa place. Par le palper abdominal, on le sent sous la forme d'une petite tumeur ovoïde existant à une certaine distance de l'utérus et sur le côté de cet organe. La pression y éveille de la douleur. Je ne puis comprendre comment ce signe n'est pas admis par tout le monde et comment un auteur allemand a pu prétendre que la main ne peut pas distinguer l'ovaire à travers la paroi abdominale. Si l'on ne trouvait pas la tumeur formée par l'ovaire dont le volume est augmenté, on pourrait éprouver un véritable embarras, car on observe souvent la métrorrhagie dans l'ovarite, comme dans la métrite interne. Pour circonscrire la tumeur ovarienne, il faut pratiquer le toucher rectal quand le toucher vaginal est insuffisant.

La cystite peut être une cause d'embarras plus grand. Quand une femme éprouve de la douleur en urinant et que son urine renferme une quantité notable de mucus, l'attention du médecin peut être absorbée par les symptômes qui sont ceux dont la malade se plaint le plus. Une inflammation de la vessie explique d'ailleurs les douleurs hypogastriques et lombaires. D'un autre côté, nous savons que la cystite est une complication fréquente de la métrite chronique. Nous devons donc nous poser les questions suivantes au lit du malade :



Les douleurs ressenties dans les régions hypogastrique et lombaire coexistant avec de l'urine chargée de mucus, suffisent-elles pour prouver l'existence d'une inflammation de la vessie ? Il y a d'abord une très-grande difficulté pour démontrer que le mucus provient réellement de la vessie. Les femmes urinant dans la position assise, il est difficile que les mucosités vaginales ne se mêlent pas à l'urine. Il faut donc retirer ce liquide de la vessie à l'aide d'une sonde, pour connaître exactement sa composition. Dans la cystite, l'envie fréquente d'uriner, et la douleur en urinant compléteront le diagnostic. Mais le diagnostic de cystite étant établi, nous devons nous demander si cette maladie est idiopathique, ou si elle n'est qu'une complication de la métrite.

Les signes et l'ancienneté de cette dernière affection, rapprochés de l'époque de l'invasion de la cystite, suffiront dans le plus grand nombre des cas pour éclairer le médecin.

Les lésions que l'on observe sur le col peuvent être une cause de réelles difficultés pour le diagnostic.

Il ne faut pas croire, en effet, qu'il soit toujours facile de dire de quelle nature est une ulcération du col de la matrice. Quand je vous ai parlé de cette petite ulcération étroite qui borde l'orifice du museau de tanche et dont la sensibilité est si vive, vous avez dû vous demander si ses bords taillés à pic et son fond grisâtre n'étaient pas suffisants pour établir l'existence d'un chancre mou. On peut avoir cette opinion, quand on ne sait pas sous quel aspect les chancres se montrent sur le museau de tanche. Ils ne ressemblent pas à ceux des autres organes sur lesquels on a le plus souvent l'occasion de les étudier. Tandis que le



chancre mou est habituellement remarquable par ses bords échancrés et taillés à pic et par son fond grisâtre, il est diphtérique sur le col, et l'on dirait qu'une fausse membrane d'un blanc grisâtre s'est collée en ce point. (Voyez la planche chromo-lithographique à la fin du volume.)

Le chancre infectant ne s'observe que rarement sur le col, et il y a une raison pour cela : des deux chancres, en effet, l'induré, qui seul est infectant, est bien moins inoculable que le mou. Au fond du vagin, le pus de ce chancre se mêle au mucus qui l'empêche d'arriver au contact direct de la membrane muqueuse. Le chancre mou, au contraire, s'inocule indéfiniment et avec la plus grande facilité. Tandis que le chancre infectant n'a qu'une période assez courte d'inoculabilité, le chancre mou, est inoculable tant qu'il produit la moindre goutte de pus.

Ce n'est donc qu'avec le chancre non infectant, que nous devons le plus souvent comparer les autres lésions du col. Il ne ressemble en rien à l'herpès et aux petites ulcérations qui succèdent à la folliculite ; il diffère bien plus encore des granulations. Si l'on conservait le moindre doute quand il faut se prononcer pour une ulcération folliculeuse simple ou pour un chancre, l'inoculation sur le malade lui-même ne tarderait pas à le dissiper.

Les granulations pourraient bien plus facilement en imposer pour un chancre infectant. Quand on les a débarrassées avec précaution, et sans les faire saigner, du mucus qui les recouvre, elles apparaissent souvent sous la forme d'une plaque rouge, circonscrite par un bord très-net qui la sépare du reste du col parfaitement sain. Sous cet aspect, elles ressemblent beaucoup à un chancre infectant en voie de réparation ; mais, en y regardant de plus près, on recon-



naît bien vite qu'elles ont une surface granuleuse, tandis que le chancre, à sa période de réparation, est lisse et très-peu granuleux. Les granulations se terminent par un bord net; le chancre en voie de guérison est entouré d'un bourrelet au-dessus duquel il fait saillie, ce qui lui a valu le nom de *ulcus elevatum*.

Les granulations sont le plus souvent confondues avec les ulcérations simples du col. Elles peuvent s'ulcérer, mais le plus souvent, elles ne paraissent ulcérées que parce qu'elles sont recouvertes d'un épithélium qui a macéré dans le liquide vaginal avec lequel il est resté longtemps en contact. Il faut pourtant distinguer les deux lésions, car les ulcérations simples disparaissent vite, tandis que les granulations sont extrêmement tenaces et persistent longtemps après que toute autre trace de métrite a disparu.

Les granulations existent ordinairement sans que la malade ressente aucune douleur. Quand elles ne font pas partie du cortège des lésions de la métrite chronique, elles peuvent exister longtemps sans que l'on soupçonne leur existence.

Il faut donc, pour les diagnostiquer, tenir compte de l'état général qui presque toujours est assez prononcé; c'est un malaise inexpliqué, un sentiment de faiblesse, de l'inappétence et de l'amaigrissement. Ces troubles sympathiques doivent déterminer le médecin à pratiquer le toucher, qui suffit pour faire reconnaître les granulations dont l'existence est facilement confirmée par l'examen au spéculum.

La *leucorrhée* est un symptôme dont il n'est pas toujours facile d'indiquer la signification, et cela est d'autant



plus fâcheux que c'est un accident pour lequel on est à chaque instant consulté. Souvent décrite sous le nom de *fluxeurs blanches*, elle peut être constituée par un écoulement provenant du vagin ou par l'excrétion du mucus utérin. J'en ai fait l'histoire dans mes leçons professées à l'hôpital de Lourcine et publiées en 1864. Je ne puis pourtant me dispenser de vous rappeler ce que je pense à ce sujet.

Je vous ai déjà dit que l'hypersécrétion du mucus du col ou du corps de l'utérus est un symptôme important de la métrite aiguë et que dans la métrite chronique l'écoulement est tellement abondant qu'il constitue ce que quelques auteurs décrivent sous le nom de catarrhe utérin. Dans une leçon précédente j'ai soutenu, contrairement à l'opinion de Aran, opinion admise par la plupart des médecins qui, après lui, ont écrit sur ce sujet, que le mucus du corps, bien qu'un peu moins visqueux que celui du col, n'en diffère pas sensiblement; que le caractère qui leur est commun est leur alcalinité, tandis que le mucus vaginal est acide.

Il n'y a pas de difficulté pour le diagnostic quand, examinant la malade au spéculum, on voit sourdre par l'orifice du col le mucus provenant des glandes appelées œufs de Naboth; mais, pour moi, qui admetts une grande ressemblance entre ce mucus et celui du corps, à quel signe reconnaitrai-je que la leucorrhée provient de la cavité du corps de l'utérus? D'abord, à la quantité qui ne peut jamais être instantanément très-grande, quand les glandes du col fournissent seules le liquide leucorrhéique. Pour savoir à quoi s'en tenir à ce sujet, il faut commencer par enlever, à l'aide du pinceau, le mucus qui sort de



l'orifice externe du museau de tanche, après l'avoir enroulé autour du pinceau dont on se sert pour cela. Quand on ne parvient plus à en retirer du col, on cherche avec la main, derrière le pubis, le corps de l'utérus, et on le presse doucement. Cette pression suffit pour faire sortir une nouvelle quantité de mucus, qui sans doute est un peu moins épais que celui du col, mais qui n'en diffère pas sensiblement. On peut alors affirmer que la leucorrhée provient tout à la fois du col et du corps, ce qui d'ailleurs est le cas le plus commun.

Il est toujours facile de distinguer la leucorrhée vaginale de la leucorrhée utérine; le liquide de celui-ci est alcalin, celui du vagin est acide. Le mucus utérin est visqueux; celui du vagin est laiteux et blanchâtre, il n'est visqueux que lorsque, arrivant à la vulve, il se mêle au mucus provenant de la glande vulvo-vaginale.

Son mélange en ce point pourrait induire en erreur, si l'on se contentait d'un examen superficiel; avec un peu d'attention, on reconnaîtra d'abord que les glandes vulvo-vaginales sont un peu plus grosses qu'à l'état normal, que la membrane muqueuse est rouge autour de leurs orifices; qu'une pression légère fait sourdre une gouttelette de mucus transparent qui est visqueux, mais moins compacte que celui du col de l'utérus. Il reste bien adhérent aux deux doigts entre lesquels on l'a tenu un instant et que l'on écarte ensuite; mais il n'y adhère que par des filaments très-fins tandis que le mucus du col adhère aux doigts par des lamelles plutôt que par des fils.

Dans le cas où le mucus d'une glande vulvo-vaginale aura pu se mêler à celui du vagin, on reconnaîtra la nature de celui-ci en introduisant le doigt indicateur au-



delà de la vulve et en déprimant la fourchette; on fera ainsi sortir le mucus et on pourra l'examiner avant qu'il se soit mélangé avec celui qui est excrété en dehors de l'orifice du vagin.

La distinction est moins facile quand l'écoulement leucorrhéique est purulent. Il faut alors de toute nécessité, avoir recours au spéculum sans lequel on resterait incertain sur l'origine des fleurs blanches. Chez les femmes mariées, on sera promptement éclairé; chez les vierges, quoique, depuis quelques années, on ait pris l'habitude d'examiner au spéculum les jeunes filles qui ont leur hymen, on peut se demander si l'on a bien le droit de procéder aussi légèrement à cette opération, j'avoue que je ne m'y suis pas encore décidé. Il est pourtant d'une grande utilité de préciser la source du mal. Voici sur quels signes je me guide en pareil cas : si le mucus du vagin est visqueux, je dis que la leucorrhée est utérine, s'il est laiteux et qu'il ne file pas entre les doigts, je diagnostique une leucorrhée vaginale.

Je me guide encore sur les signes de la métrite. S'ils existent, c'est très-probablement une leucorrhée utérine. Dans ce cas, l'écoulement leucorrhéique n'étant manifestement qu'un symptôme, l'inflammation de la matrice est l'état morbide que le traitement doit d'abord viser.

La leucorrhée est considérée par tous les auteurs comme symptomatique d'une inflammation, soit du vagin, soit de l'utérus. Mais si quelques-uns veulent qu'elle ne constitue pas une entité morbide, d'autres, au contraire, pensent qu'elle peut exister indépendamment de la métrite et de la vaginite, bien que, dans un bon nombre de cas, elle soit sous la dépendance de la vaginite ou de la métrite. Il im-



porte de savoir à quoi s'en tenir pour ne pas faire fausse route dans le traitement.

La leucorrhée peut exister, il faut bien le dire, chez des femmes faibles, mal portantes, qui ne ressentent pas les douleurs propres à la métrite, sans que l'on puisse considérer l'écoulement leucorrhéique comme la terminaison d'une blennorrhagie (1).

Se fondant sur ce fait, quelques auteurs soutiennent que la leucorrhée peut exister par elle-même et constituer une entité morbide. Je vous ai laissé deviner que dans le plus grand nombre des cas, je suis d'avis qu'elle dépend de la métrite chronique, de même que le catarrhe de la vessie et celui des bronches ne sont que symptomatiques d'une cystite et d'une bronchite.

Ne m'objectez pas que les fleurs blanches s'observent chez les enfants et chez les jeunes filles encore vierges, car nous savons que la métrite existe à tout âge et qu'à l'époque de la puberté, le molimen menstruel peut dépasser le but et donner lieu à l'inflammation que le retour des règles entretient, sans que la malade inexpérimentée se doute qu'elle est plus souffrante qu'elle ne devrait l'être.

On pourrait donc soutenir cette thèse, que la leucorrhée est toujours liée à l'existence de l'inflammation de la membrane muqueuse utéro-vaginale; mais ce serait, je crois, aller au-delà de la vérité. De ce que cette proposition est vraie d'une manière générale, il n'est pas prouvé qu'elle exclut les exceptions. Pourquoi la sécrétion de la

(1) On sait qu'une des difficultés les plus grandes du diagnostic provient de la ressemblance du mucus de la blennorrhée avec celui des fleurs blanches, mais il y a des circonstances dans lesquelles le doute n'est pas permis. J'ai déjà dit que l'urétrite, suivant qu'elle existe ou qu'elle n'existe pas, est un des guides les plus sûrs pour établir cette distinction.



membrane muqueuse du vagin et de la matrice ne subirait-elle pas la loi commune à la plupart des sécrétions sous l'influence d'un état nerveux qui diffère absolument de l'inflammation? On voit, dans le diabète, les reins sécréter une énorme quantité d'urine; la salive devient plus abondante à la vue d'un mets appétissant, etc.

Si l'on tient compte de l'influence que le système nerveux exerce sur les organes génitaux, on admettra facilement que la sécrétion de la membrane muqueuse du vagin et de l'utérus puisse être augmentée, sans qu'il y ait inflammation. C'est en effet chez les jeunes filles chlorotiques et dont le système nerveux est malade, que l'on observe le plus souvent les leucorrhées les plus abondantes. Je sais bien que l'on pourrait objecter que la chlorose et les névroses sont sous la dépendance d'une inflammation provoquée par l'onanisme. Cela peut être, mais l'expérience démontre que les jeunes filles les plus pures sont affectées de fleurs blanches très-abondantes, sans qu'elles ressentent les signes de la métrite.

Chez les vierges, c'est ordinairement le vagin qui prend la part la plus large à l'écoulement leucorrhéique. Aussi la matière des fleurs blanches est-elle ordinairement à cette époque de la vie, mal liée et très-différente du produit de la sécrétion de la membrane muqueuse utérine.

A un âge plus avancé, on observe aussi des fleurs blanches d'une abondance extrême. Les femmes se plaignent alors d'être sans cesse mouillées. Il faut se méfier de ces écoulements abondants, ils sont souvent le premier indice du cancer de l'utérus.



**Étiologie de la métrite chronique.**

J'ai déjà dit que la métrite chronique peut succéder à l'inflammation aiguë qui ne s'est pas éteinte complètement. C'est le plus ordinairement ainsi qu'elle se produit. Je crois aussi qu'elle succède très-fréquemment à l'état que j'ai décrit sous le nom d'*engorgement post-puerpéral*.

Dans les huit ou quinze jours qui suivent l'accouchement ses parois en se rétractant, bien que d'une manière insuffisante, se sont condensées ; elles sont épaisses et molles, mais leur vascularité n'est pas proportionnée à leur volume. En même temps que l'utérus est resté volumineux, sa face interne, après avoir produit les lochies, sécrète des mucosités abondantes. Vous pourrez faire cesser cet état morbide en excitant les contractions utérines ; ce n'est que s'il persiste qu'il est difficile de le distinguer de la métrite chronique. Le passage de l'engorgement post-puerpéral à l'inflammation chronique se fait insensiblement, sans que les malades soupçonnent qu'elles souffrent de quelque chose qui n'est pas une suite naturelle de l'accouchement.

La métrite chronique peut s'établir d'emblée sous l'influence des excitations sexuelles qui dépassent les limites naturelles.

Si vous me demandez quelles sont ces limites, je vous répondrai qu'elles sont indiquées par la morale, qui se trouve toujours d'accord avec l'hygiène.

La métrite chronique est encore produite par la marche et les travaux pénibles auxquels les femmes se livrent pendant qu'elles ont leurs règles, ou immédiatement après.

La métrorrhagie cataméniale constitue un véritable état maladif qui réclame les mêmes soins qu'une blessure. Quand ces soins sont négligés, l'utérus reste gros et congestionné; puis l'hypérémie devient de l'inflammation, la marche, la danse, l'équitation, viennent secouer un organe qui a besoin de calme et de repos, pour se débarrasser du sang qui y a afflué et pour retrouver son équilibre.

La suppression brusque des règles, qui produit la métrite aiguë, peut aussi donner lieu à une inflammation revêtant tout d'abord la forme chronique.

La présence d'un corps étranger dans le vagin, un pessaire par exemple, une cautérisation inopportune; le toucher pratiqué d'une manière indiscrete, c'est-à-dire trop fréquemment, sont des causes de métrite chronique.

L'abaissement de l'utérus par suite du relâchement des ligaments, aussi bien que les autres déviations, prédisposent à l'inflammation chronique de cet organe.

Au nombre des causes prédisposantes, il faut noter les climats humides, la chloro-anémie, les veilles, les fatigues de toutes sortes.

On dit que l'hérédité joue un certain rôle dans la production de cette maladie; mais ce n'est qu'une assertion sans preuves suffisantes.

Dans un assez grand nombre de cas, la métrite chronique est le résultat de la propagation d'une inflammation du voisinage.

Mais de toutes les causes, la plus fréquente est, sans contredit, l'avortement ou l'accouchement: « dans la moitié des cas, dit Aran, c'est à la suite des couches, ou très-peu après, que les premiers accidents se sont montrés; et si



l'on rapproche des faits précédents, ceux dans lesquels les accidents paraissent s'être calmés et n'ont reparu que quelques semaines ou quelques mois plus tard, on peut évaluer aux deux tiers environ la proportion des métrites chroniques qui doivent leur origine à un accouchement, et plus particulièrement à un accouchement laborieux, aux imprudences commises à la suite de l'accouchement, à la reprise prématurée des fatigues et des occupations ordinaires de la vie, à celle des rapports sexuels, à des grossesses qui se succèdent très-rapidement dans un temps très-court. »

Aran considère la ménopause comme une cause fréquente de la métrite chronique. Je serai de son avis, s'il veut dire qu'avant la cessation des règles, l'utérus souvent se congestionne jusqu'au degré qui constitue l'inflammation à forme chronique; mais quand la ménopause est accomplie, le sang se porte ailleurs et donne lieu aux bouffées de chaleur qui montent au visage, et dont les femmes souffrent souvent pendant les deux ou trois années qui suivent cet événement.

#### **Étiologie des lésions du col.**

J'ai été amené, à propos de la leucorrhée, à étudier la question de nosographie, comme je l'avais fait pour les lésions du col. Nous compléterons cette étude en recherchant les causes sous l'influence desquelles naissent la leucorrhée, les ulcérations et les granulations. La leucorrhée, comme je viens de le dire, se produit chez les jeunes filles faibles, d'un tempérament lymphatique.

Les ulcérations du col peuvent être la conséquence ou



la cause de la leucorrhée. Le museau de tanche est irrité par le liquide vaginal dans lequel il baigne, il est dépouillé de son épithélium, que la macération amincit ou détruit complètement. C'est cette exulcération ou érosion que nous avons décrite, qui est la plus fréquente et la plus bénigne des lésions du col.

L'ulcération proprement dite peut être liée à l'existence de la métrite ; je crois pourtant, et je l'ai déjà dit, qu'elle constitue une entité morbide et prend naissance sous une influence qui n'est pas encore connue.

La folliculite, elle aussi, est engendrée le plus souvent par l'inflammation de la matrice. Les follicules subissent la loi commune de tous les éléments de l'utérus ; mais la constitution herpétique paraît être une cause incontestable de son existence. Il est certain, en effet, que la métrite peut exister, sans qu'elle s'accompagne du développement des follicules du museau de tanche. Il faut donc une condition spéciale pour que la folliculite se produise.

Avec Chomel, M. Gueneau de Mussy, etc., j'admets que l'herpétisme joue un rôle incontestable dans la production de certaines lésions du col de l'utérus. M. Gallard reproche à ces auteurs de ne pas avoir indiqué les signes auxquels on reconnaît l'influence dartreuse. Pour moi, je n'hésite pas à affirmer que les granulations du col sont toujours sous la dépendance de l'herpétisme, d'une manière aussi incontestable que les granulations des paupières dans la blépharite granuleuse. Soit qu'elles existent aux paupières, soit qu'on les observe sur le col de l'utérus, elles ne cèdent ni au repos, ni à la diète, pas plus aux antiphlogistiques qu'aux topiques émollients.



Il ne faut pas conclure de là que la métrite est sans influence sur la production des granulations; dans bon nombre de cas, il faut combattre l'élément inflammatoire avant de recourir à un traitement spécial.

#### **Étiologie des fleurs blanches.**

Je n'ai pas besoin de vous redire que si les fleurs blanches sont souvent la conséquence de la métrite, elles sont bien souvent produites par une autre cause.

Le cancer est une cause de leucorrhée. J'en ai parlé longuement en traitant du diagnostic différentiel.

Le café au lait a été longtemps accusé de produire les fleurs blanches. Lisfranc croyait que le café et le lait mêlés l'un à l'autre ont cette singulière propriété, tandis que, pris isolément, ils auraient une action toute différente. On y a regardé de plus près et l'on a trouvé des villes où les ouvrières prennent toutes du café au lait pour leur déjeuner, sans être affectées de leucorrhée (Mascarel, *Gaz. médicale*).

Il est probable que si la leucorrhée est fréquente chez les femmes qui déjeunent avec du café au lait, cela tient à ce que leurs autres repas, n'étant pas plus substantiels, elles sont généralement chloro-anémiques. Cette opinion, acceptée de nos jours, est bien plus probable que l'autre.

Les climats ne sont pas sans influence sur la production de la leucorrhée. On a accusé les climats chauds de donner naissance à cette maladie. Pour juger cette question il faut distinguer la nature de la leucorrhée. Celle qui est symptomatique d'une métrite, peut être observée fréquemment dans les pays où le soleil rend le travail pénible

et excite les passions; mais je crois que la leucorrhée idiopathique y est plus rare que dans les pays froids. L'humidité du climat peut, avec plus de raison, être considérée comme une condition favorable aux écoulements leucorrhéiques.

#### **Traitement de la métrite chronique.**

Au lieu de diviser les moyens thérapeutiques en plusieurs classes, pour chercher le parti que l'on peut tirer de chacun d'eux, je préfère les étudier dans l'ordre où ils se présentent à l'esprit, quand on est appelé à instituer le traitement d'une métrite chronique.

Si l'on ne tenait compte que de la bénignité apparente de la maladie, on pourrait être tenté de recourir à une médication expectante et hygiénique. Mais, quand on connaît la ténacité de la métrite chronique, ténacité telle que l'on a pu dire qu'elle constitue une maladie incurable (Scanzoni), on sait qu'il faut se préparer à une lutte opiniâtre.

En parlant du traitement de la métrite aiguë, je vous ai dit que je ne saurais être partisan des petites saignées du bras, pratiquées à des intervalles rapprochés, suivant la méthode instituée par Lisfranc et adoptée par M. Nonat et quelques-uns de ses élèves. Pour la métrite chronique, j'ai plus d'éloignement encore pour une pratique qui ne peut manquer d'augmenter la débilité des malades et d'appauvrir leur sang déjà si peu riche en globules rouges, et qui est impuissante pour combattre la maladie contre laquelle elle est dirigée. Je suis convaincu qu'une grande saignée de 500 grammes a beaucoup plus d'efficacité contre une maladie inflammatoire que cinq saignées de 100 grammes chacune.



A l'époque où l'on ne craignait pas comme aujourd'hui de traiter la pneumonie et le rhumatisme par des saignées pratiquées coup sur coup, suivant la formule de M. Bouillaud, j'ai maintes fois observé que lorsque le sang coulait lentement ou lorsque l'élève n'en tirait pas la quantité prescrite, l'effet attendu ne se produisait pas, même lorsque l'on complétait dans une seconde saignée le nombre des palettes prescrites.

Quand la mode de la propylamine et d'autres agents sera passée, on reviendra à la pratique de l'éminent professeur de la Charité, qui passionna plusieurs générations de médecins. Vous pourrez alors juger de l'efficacité d'une émission de sang qui est faite largement et sans crainte, et de l'inefficacité des petites saignées dont la répétition affaiblit le malade sans éteindre sa maladie.

Vous vous souvenez, sans doute, que je vous ai conseillé de pratiquer une saignée du bras de 500 grammes environ, dans le cas où l'intensité de la métrite aiguë ne vous permet pas d'appliquer des sangsues sur le col de l'utérus, parce que, pour cela, il faut avoir recours au spéculum dont l'introduction est alors contre-indiquée. Pour la métrite chronique, je doute que cette pratique puisse jamais trouver son application. A une maladie violente, il faut un remède énergique ; à une affection lente, il faut opposer des moyens plus doux. Au nombre de ces moyens, il faut mettre en première ligne les émissions sanguines locales.

Dans la période où le tissu de l'utérus est encore d'une consistance molle, avant que l'exsudation plastique de la seconde phase ait augmenté sa densité et diminué sa vascularité, les applications de sangsues sur le col consti-



tuent en effet la méthode la plus efficace pour enrayer la maladie ; mais il faut se presser d'y avoir recours. Elle peut dissiper l'inflammation chronique qui n'en est encore qu'à la première période, presque aussi sûrement que dans les cas de métrite aiguë ; mais, une fois cette époque passée, les émissions sanguines pourront dissiper les bouffées inflammatoires qui viendront compliquer la métrite chronique et la raviver, mais elles seront absolument impuissantes contre les lésions de la seconde période.

Avant de prendre un parti, le médecin doit donc préciser le diagnostic et s'abstenir de tirer du sang, si la densité du parenchyme utérin indique cet état inflammatoire chronique dans lequel la matrice est anémiée, suivant une expression pittoresque, qui est pourtant un peu exagérée ; mais il ne doit pas hésiter à mettre une demi-douzaine de sangsues sur le col, s'il reconnaît à la mollesse du tissu de l'utérus que l'inflammation n'a pas dépassé la première période.

Il faut ordinairement faire plusieurs applications de sangsues. J'ai l'habitude d'y avoir recours au milieu de l'intervalle de deux époques ; mais, si la maladie s'accompagne de douleurs un peu vives, il ne faut pas attendre. Même lorsqu'une première application a produit une amélioration marquée, j'en fais une seconde, le mois suivant.

Nous avons vu que la métrorrhagie, bien qu'assez rare dans la métrite chronique, se produit pourtant au début de la maladie, surtout lorsque la membrane muqueuse est plus particulièrement affectée. Eh bien, que doit-on faire en pareil cas ? Faut-il, nonobstant, appliquer des sangsues sur le col ? Je ne pense pas qu'il y aurait de grands inconvénients à agir ainsi, les sangsues dégorge-



raient l'utérus et compléteraient l'effort de la *nature médicatrice* qui se traduit par la métrorrhagie. Mais comme elles ne prendraient pas sur une surface ensanglantée, il faut attendre la fin de l'écoulement sanguin pour les appliquer sur le col. A cause de cela, quand il y a métrorrhagie, je préfère mettre une quinzaine de sangsues à la région hypogastrique. Par cette application, j'arrête ordinairement l'hémorrhagie, en même temps que je combats l'inflammation de la matrice.

Comme pour la métrite aiguë, j'emploie les bains prolongés; mais comme ici la douleur est beaucoup moindre, la durée des bains n'est ordinairement que de deux heures. Il ne faut pas oublier que la blennorrhée est un des éléments importants de la maladie. Il faut donc que l'eau entre dans le vagin et le débarrasse des mucosités qui, par leur séjour, deviendraient une nouvelle cause d'inflammation pour le col de l'utérus. Nous savons, en effet, que les excoriations de la lèvre postérieure sont souvent produites par la macération de l'épithélium dans les liquides de la leucorrhée. Pour atteindre ce but, les malades doivent faire des injections dans le bain avec un irrigateur Eguisier. Il ne suffit pas que l'eau baigne le col, elle doit le laver. On n'a pas à redouter la violence de l'injection quand elle est faite dans le bain, où l'impulsion communiquée au liquide est diminuée par l'eau qui entre dans le vagin, dès que l'on y introduit la canule de l'instrument.

Quand la leucorrhée est abondante, il faut répéter les injections deux ou trois fois par jour. Elles doivent être faites avec de grandes précautions, lorsque la femme n'est pas dans le bain. Dans tous les cas, la malade doit



être allongée pour que l'eau de l'injection arrive bien jusqu'au fond du vagin et débarrasse les culs-de-sac dans lesquels les mucosités séjournent. Ce lavage n'est pas aussi facile qu'on se l'imagine. Après un bain, après des injections répétées, je pourrais vous faire voir des mucosités purulentes dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Becquerel a prouvé que l'eau du bain n'entre pas au fond de ce conduit, à cause de l'accolement de ses parois antérieure et postérieure, en ayant recours à l'expérience suivante, dont je vous ai déjà parlé : ayant placé dans le cul-de-sac postérieur de la charpie imbibée d'une solution saturnine, il vit que la couleur de ce tampon n'était pas modifiée par un bain de Baréges. Je ne sais si l'injection aurait un autre effet chez toutes les femmes, si l'on y avait recours plusieurs fois de suite ; mais je peux vous affirmer que le mucus et le pus séjournent en cette région, malgré les bains et les injections chez les malades dont l'utérus est déprimé en arrière. Dans ce cas, on trouve la face antérieure du col sur le même plan que la face postérieure du vagin. Tout le museau de tanche est logé dans le cul-de-sac postérieur, qui ne peut être lavé tant que la femme reste dans le décubitus dorsal. Cette position qui est, d'une manière générale, préférable à toute autre, doit donc être modifiée suivant que la disposition dont je viens de vous parler existe ou n'existe pas.

Les bains simples ou rendus émollients avec de la gélatine, de l'amidon ou avec du son, sont ceux qui conviennent, lorsque la métrite chronique s'accompagne de douleur. Il est avantageux de modifier leur composition pour les cas où les mucosités sont jaunâtres et l'utérus



peu douloureux. On emploie alors avec avantage des bains aromatiques préparés avec une décoction de plantes telles que la sauge et le romarin.

Les bains sulfureux et alcalins peuvent encore être d'une grande utilité dans cette phase de la métrite chronique. J'en parlerai plus longuement dans un instant.

Les cataplasmes sur le ventre sont beaucoup moins utiles que pour la métrite aiguë. Les malades s'en fatiguent à la longue, et leur efficacité est très-contestable quand la douleur n'est plus un des éléments les plus accentués de la maladie. Je leur préfère les cataplasmes introduits dans le vagin, bien que cette introduction soit une cause d'embarras pour quelques malades. Voici comment il faut la pratiquer : on prend un petit sac de mousseline, dans lequel on pourrait faire entrer un corps du volume d'une bougie ordinaire ; on le remplit de la pâte d'une bouillie de farine de lin ; on le ferme à son collet ; on le baigne dans de l'huile pour faciliter son introduction, et on le pousse jusqu'au fond du vagin.

Pour qu'il n'ait pas de tendance à sortir, il doit être assez court pour se loger au-dessus du sphincter du vagin. Une longueur de six centimètres est suffisante ; on le retire facilement à l'aide du fil qui a servi à le fermer et qui pend au dehors de la vulve.

L'introduction de la bouillie de lin dans le petit sac de mousseline étant assez difficile, on peut, à cet effet, se servir avec avantage d'un entonnoir à large embouchure. Quand on n'a pas cet instrument à sa disposition, on peut préparer le cataplasme autrement : on remplit le sac avec de la farine de lin sèche, on le ferme et on le plonge dans l'eau bouillante. Au bout de quelques minutes, on a une



pâte semblable à celle que l'on prépare dans une casserole.

Pour rendre cette introduction encore plus facile, on a fait des cataplasmes vaginaux avec des morceaux de feuillets de fucus (cataplasmes Lelièvre) ou de substances semblables qu'il suffit de rouler sur eux-mêmes, en leur donnant la longueur et la grosseur voulues.

Les purgatifs sont de la plus absolue nécessité dans le traitement de la métrite chronique. La plupart des malades affectées de cette maladie ont une constipation opiniâtre, ce dont vous pouvez vous assurer par le toucher vaginal. Il n'est pas de jour où, en explorant les culs-de-sac du vagin, nous ne constatons que le rectum est rempli de matières fécales qui, dédaignant le sphincter d'Obeirn, descendent jusqu'au près de l'anus; et nous trouvons cela chez des femmes qui affirment qu'elles vont chaque jour à la garde-robe.

Les lavements sont souvent utiles; ils agissent par leur température à la manière d'un cataplasme quand on peut les garder pendant quelques instants, mais ils sont presque toujours insuffisants pour produire une évacuation complète.

Tous ces moyens que je viens d'énumérer appartiennent à la médication anti-phlogistique, ils tendent en effet à combattre l'inflammation. Quelques médecins pensent qu'ils suffisent pour obtenir la guérison de la métrite chronique, quand on y ajoute les soins hygiéniques et la position allongée. J'attache la plus grande importance au décubitus dorsal dans lequel le bassin n'est pas plus élevé que les épaules. Malheureusement, si pendant que les malades ressentent des douleurs un peu vives, si pendant qu'elles ont peur des conséquences de leur maladie, on



obtient facilement qu'elles restent couchées; il n'en est plus de même lorsque les souffrances ont disparu, et pourtant il est indispensable qu'une femme affectée de métrite garde la station allongée sur un canapé, sur une chaise longue ou sur un lit de repos. Rien n'est plus difficile que de faire comprendre aux malades qu'elles ne sont pas couchées quand elles sont assises dans leur lit. Elles se figurent que parce qu'elles sont déshabillées sous leurs couvertures elles exécutent la prescription du médecin. Nous voyons cela tous les jours à l'hôpital; dans le monde, c'est la même chose : une femme reste allongée tant qu'elle est seule; elle cesse de garder cette position dès qu'elle reçoit une visite. Le décubitus dorsal ne peut cependant avoir d'efficacité réelle que s'il est prolongé. Dans cette situation, le retour du sang veineux au cœur est beaucoup plus facile que lorsqu'il doit lutter contre la loi de la pesanteur. Dans la station debout ou assise le sang stagne dans les organes qui occupent une situation déclive. Cela est bien évident pour les membres inférieurs chez un individu qui est resté longtemps debout; la stagnation n'est pas moins prononcée dans l'utérus et ses annexes quand déjà l'inflammation y a créé une hyperémie permanente. Pour obtenir la guérison, il faut combattre cette hyperémie et éviter tout ce qui peut la favoriser.

Quand on a une idée bien nette de la disposition des vaisseaux qui se distribuent à la matrice; quand on se rappelle l'immense plexus veineux dont les veines se développent chez les femmes en état de gestation, on comprend combien il est difficile de lutter contre la congestion sanguine des parties enflammées.

Les veines de ce plexus sont souvent dilatées outre



mesure et même variqueuses. Il faut donc que leurs parois recouvrent leur contractilité pour que la circulation y redevienne normale.

Vous savez comment nous obtenons la guérison des ulcères variqueux des jambes. Elle est impossible tant que les malades, par la station debout, entretiennent la stase sanguine dans les veines des parties déclives. Figurez-vous qu'autour de l'utérus d'une femme qui vient d'accoucher les veines des organes contenus dans son bassin sont toutes dans un état analogue à celui des varices des jambes, et vous comprendrez l'importance du traitement par la station allongée.

C'est parce qu'elles ne font rien pour ramener à l'état normal les veines dilatées de l'utérus et de ses annexes, que les femmes qui se livrent à un travail et à la marche peu de jours après leur accouchement sont si souvent affectées de métrite.

Dans les cas où la métrite chronique a succédé à l'hypertrophie et à la dilatation de l'utérus constituant ce que j'ai appelé l'engorgement post-puerpéral, la station couchée est encore plus impérieusement commandée. Ce n'est pas seulement contre la stase sanguine qu'il faut lutter alors; il faut s'opposer à ce que l'utérus, dont le volume est augmenté, soit sollicité par la pesanteur. On ne peut atteindre ce but qu'en obligeant les malades à rester dans la station horizontale.

Le traitement médical de la métrite chronique, dont l'utilité n'est aujourd'hui contestée par personne, a été, pendant une période assez longue, tellement négligé, que toute une génération de médecins en a à peine entendu parler.



Se préoccupant exclusivement des lésions du col de l'utérus, on dirigeait contre elles toutes les ressources de la thérapeutique.

D'après ce que je vous ai dit de la nature des ulcérations et des granulations du museau de tanche, vous devez prévoir que tantôt le traitement médical devra dominer, tantôt il devra être promptement abandonné et faire place à des moyens thérapeutiques très-différents.

Quand la métrite a disparu, quand il ne reste plus que des granulations ou une ulcération, il faut avoir recours à des moyens locaux qui peuvent être classés de la manière suivante :

1° Topiques inertes; 2° astringents; 3° caustiques; 4° cautère actuel; 5° topiques spéciaux.

1° *Topiques inertes.* — C'est un moyen qui peut être utile, dans le cas où, sous l'influence de la métrite, une ulcération s'est produite sur un point du col qui a longtemps baigné dans le liquide de la leucorrhée.

La poudre d'amidon ou de sous-nitrate de bismuth peut alors être employée avantageusement.

Pour l'appliquer sûrement, il faut recourir à l'application du spéculum. M. Gariel a imaginé un petit instrument très-ingénieux destiné à porter les poudres sur le col (fig. 6). Cet instrument consiste en deux boules creuses de caoutchouc : l'une grosse qui est le réservoir d'air, l'autre petite. Celle-ci est retournée sur elle-même, de manière à représenter une

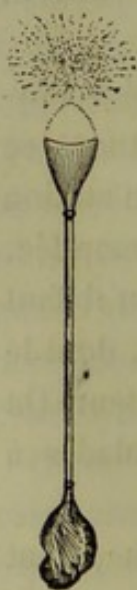


Fig. 6.

cupule que l'on remplit de la poudre dont on veut cou-

vrir la partie malade. Ces deux boules étant en communication par un tube creux qui porte l'air de l'une à l'autre, quand on a mis sur le col la cupule renfermant la poudre, on presse sur la boule extérieure, et aussitôt l'air qui la distend est poussé vers la petite qui tend aussitôt à reprendre sa forme arrondie. Le mouvement étant brusque, la paroi abaissée pour faire cupule se relève

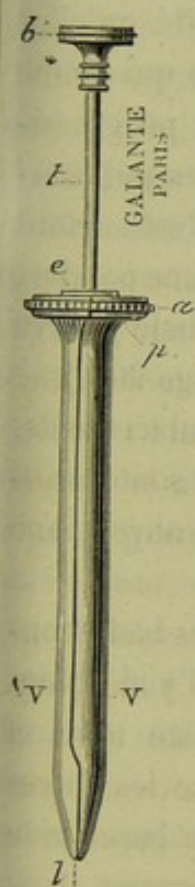


Fig. 7.  
 Porte-topique  
 fermé.

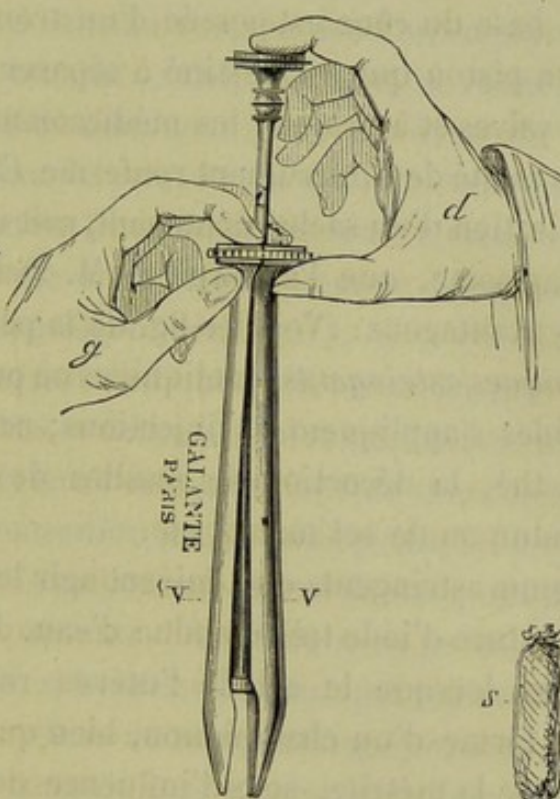


Fig. 8.  
 Porte-topique  
 ouvert.

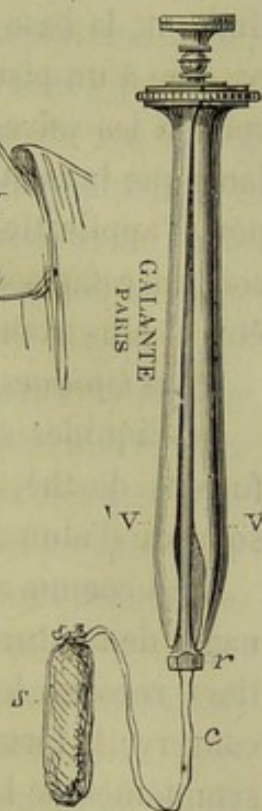


Fig. 9.

instantanément et projette la poudre sur la partie vers laquelle elle était dirigée.

Je ne pense pas que l'on puisse employer un instrument plus ingénieux et plus commode ; mais il faut, pour



s'en servir, avoir recours au spéculum, et la malade est obligée, pour cela, de réclamer l'assistance du médecin.

M. Delisle, ancien élève de l'hôpital de Caen, a inventé un instrument avec lequel une femme peut elle-même appliquer sur le col de l'utérus ou au fond du vagin une poudre inerte ou médicamenteuse. Cet instrument consiste en un cône creux très-allongé, formé de deux valves qui, par leur rapprochement, forment la cavité qu'elles limitent, la base du cône est percée d'un trou qui donne passage à un piston qui est destiné à séparer progressivement les valves et à projeter les médicaments pulvérulents que la cavité de l'instrument renferme. C'est surtout pour l'application d'un sachet contenant, soit une poudre, soit un cataplasme, que l'appareil de M. Delisle pourra être le plus avantageux. (Voir les fig. de la page 203.)

2° Les *topiques astringents* sont liquides ou pulvérulents.

Les liquides s'appliquent en injections; ce sont les infusions de thé, la décoction de feuilles de noyer, une solution d'alun ou de sel marin, etc.

C'est comme astringents que doivent agir les badigeonnages de teinture d'iode très-étendue d'eau. J'y ai volontiers recours lorsque le col de l'utérus reste mou et conserve la forme d'un champignon, bien que les autres symptômes de la métrite, sous l'influence de laquelle le museau de tanche a pris cette forme, aient disparu.

On peut aussi mêler de la poudre d'alun au sous-nitrate de bismuth et appliquer ainsi une poudre astringente; on obtient un résultat semblable au moyen du tampon d'alun dont on se sert pour la blennorrhagie vaginale; le sel ne fondant qu'en se mêlant aux mucosités, agit comme astringent et non comme cathérétique.



3° *Caustiques*. — On a recours aux caustiques pour combattre les ulcérations et les granulations. Je ne parle pas du cancer; nous nous en occuperons dans un chapitre spécial.

Le caustique le plus inoffensif est le nitrate d'argent; on touche la partie malade avec le crayon de nitrate d'argent fondu, ou avec la solution de nitrate acide de mercure, que l'on porte sur le col à l'aide d'un pinceau.

Le crayon de nitrate d'argent est d'un emploi commode, on le porte, soit sur le col, soit dans sa cavité; quelques chirurgiens l'abandonnent dans la cavité du col et l'y laissent fondre. Je comprends que, de cette manière, on exerce une action plus profonde; mais c'est alors un caustique et non un *cathérétique*, comme lorsqu'on se contente de toucher légèrement.

C'est si bien un caustique qu'il est arrivé que le crayon abandonné dans la cavité du col et en étant sorti, a détruit la paroi postérieure du vagin. Je suis donc très-peu disposé à vous conseiller une pareille pratique. Je sais bien que l'on peut tamponner le cul-de-sac postérieur et le vagin, pour prévenir l'accident que je viens de vous signaler; mais, si la malade ne suit pas régulièrement vos conseils; si, au lieu de rester allongée et immobile, elle se lève ou s'agenouille, elle déplacera le tampon et le crayon de nitrate d'argent pourra tomber sur la paroi du vagin.

J'ai pour principe qu'il ne faut jamais mettre sa responsabilité à la discrétion d'un malade. Quand un accident arrive, ce n'est pas le malade que l'on accuse, c'est le médecin.

Réservez donc le crayon de nitrate d'argent pour les



cas où l'on peut espérer de modifier la vitalité d'une ulcération ou d'une plaque mince de granulations, par une action rapide et superficielle.

Le nitrate acide de mercure liquide a été fort vanté par Lisfranc. Il agit un peu plus profondément que le nitrate d'argent, il peut donc être employé utilement dans les cas où la pierre infernale serait insuffisante. On a cité des cas dans lesquels le nitrate acide de mercure appliqué sur le col de l'utérus avec un pinceau, a donné lieu à la salivation; mais ce sont des faits si exceptionnels qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte pour bannir l'emploi de cet agent. Je ne lui reconnais pas d'ailleurs une bien grande efficacité pour la cure des ulcérations et des granulations.

4° Le *cautère actuel* est le moyen dont on a le plus abusé dans le traitement des maladies de l'utérus; j'en ai vu un abus si révoltant dans la pratique de Jobert qui, le premier, avait eu l'idée de cautériser le col avec un fer rouge, que, pendant plusieurs années, j'ai cru que cette cautérisation avait fait plus de mal que de bien.

Voici comment on opère : un spéculum en ivoire ou en buis ayant été appliqué, le col étant bien isolé des parois du vagin et parfaitement entouré par les bords du bout du spéculum, le chirurgien saisit un cautère rougi à blanc et le plonge promptement et sans hésiter sur la partie qu'il veut brûler. A ce moment, le sang et la sérosité qui s'écoulent et que le fer rouge a portés presque à l'ébullition, agiraient d'une manière fâcheuse sur le vagin, si l'on retirait aussitôt le spéculum; à cause de cela, il faut, immédiatement après la cautérisation, remplir le spéculum d'eau froide que l'on verse directement



avec une carafe ou que l'on injecte à l'aide d'un irrigateur qu'un aide tient tout préparé.

Je n'ai pas besoin de dire qu'avant de plonger le fer rouge sur le col, il faut préalablement, avec un pinceau de charpie, avoir épongé le col et le vagin, pour être bien sûr que les seuls liquides qui pourront se trouver au fond du spéculum proviendront des tissus brûlés. C'est avec de la charpie qu'il faut sécher le museau de tanche et les parties voisines. Il y aurait un réel inconvénient à se servir de ouate qui adhère aux parties qu'elle touche par une infinité de filaments qui s'enflammeraient au contact du fer rouge.

Le cautère doit avoir une forme en rapport avec le but que l'on se propose. Quand on veut détruire une large surface, on prend un cautère en roseau, ou en olive. Si l'on veut pratiquer une cautérisation ponctuée, on se sert d'une tige de fer d'un très-petit diamètre.

Après avoir douté de l'efficacité du fer rouge dans le traitement des maladies utérines, je suis arrivé à la conviction bien arrêtée qu'il existe un certain nombre de cas dans lesquels c'est le moyen le plus sûr et le plus prompt ; c'est souvent le seul moyen de guérir radicalement.

Les granulations sont la lésion pour laquelle j'ai le plus souvent recours au cautère actuel. Quand elles sont superficielles, je les badigeonne avec des cathérétiques ; mais quand elles ont acquis un grand développement et qu'après la disparition des symptômes inflammatoires et un traitement général, elles ont été à peine, ou pas du tout modifiées, je les cautérise avec le fer rouge aussi profondément que possible ; je m'efforce de les cautériser dans toute



leur épaisseur. Cela n'est pas toujours facile, car il y a inconvénient à laisser longtemps un corps chauffé jusqu'au rouge blanc au voisinage du péritoine, et, d'un autre côté, l'action du cautère actuel est toujours plus superficielle qu'on ne se l' imagine. Dans ce cas, il vaut mieux opérer comme Jobert, qui se servait successivement de plusieurs cautères dans la même séance : on peut ainsi agir vite et profondément. Jobert ne se servait pas seulement du cautère actuel pour combattre les ulcérations, les végétations et les granulations du col; il l'employait toutes les fois que le museau de tanche était plus volumineux qu'à l'état normal. C'est cette pratique qui me paraît entachée d'exagération. Comme elle est défendue par des hommes d'un mérite et d'une prudence incontestables, je vous demande la permission d'étudier cette question avec vous. MM. Gallard et Leblond professent que, dans la métrite chronique du col, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de lésions accessoires, il faut pratiquer la cautérisation au fer rouge; ils font une distinction suivant que le col est mou ou induré dans la première période de la métrite chronique. Quand le col est gros, rouge et molasse, ils proposent une cautérisation profonde, « en vue de produire une destruction notable du tissu utérin, et d'obtenir, lors de la cicatrisation, une rétraction des tissus capable d'exprimer, pour ainsi dire, les exsudats qui se sont produits dans leur épaisseur. » (Leblond *Annales de gynécologie*, 1874.) On pratique ainsi plusieurs cautérisations à des intervalles d'au moins douze à quinze jours, temps que met souvent l'eschare à se détacher.

Dans la seconde période, qui est caractérisée par une moindre vascularité de l'utérus, le fer rouge a pour but,



non de détruire les tissus, mais d'en réveiller la nutrition en y déterminant un dernier afflux sanguin; aussi l'application du fer rouge devra-t-elle alors être légère et rapide.

Je ne suis point opposé à la cautérisation *légère et rapide* dans la seconde période de la métrite chronique, pour modifier la vitalité du col; mais je suis d'avis qu'il n'y faut recourir que lorsque les autres moyens ont échoué. Nous verrons bientôt qu'il y a des modificateurs puissants, pour lesquels on sent moins d'éloignement.

Quant au traitement de la première période de la métrite chronique par la cautérisation destructive, je ne puis m'y décider, parce qu'on obtient la guérison par les applications répétées de sangsues sur le col et par des irrigations froides locales et générales. A cette période, il n'y a encore qu'infiltration de sang et de sérosité et je ne comprends pas l'utilité du fer rouge appliqué profondément, puisque, d'après l'auteur cité, l'avantage de cette pratique consisterait dans la rétraction des tissus, capable d'*exprimer les exsudats*. Si cette théorie était vraie, c'est dans la deuxième période qu'il faudrait cautériser profondément, puisque c'est alors, et non dans la première forme de la métrite chronique, que l'on observe les exsudats.

Si je m'élève contre une pratique que je crois entachée d'exagération, c'est que je redoute les conséquences du tissu de cicatrice dans la profondeur du parenchyme utérin. Je ne doute pas, en effet, que le rétrécissement du conduit cervico-utérin puisse être produit par le tissu inodulaire. Je connais plusieurs jeunes malades qui sont devenues stériles après des cautérisations du col de l'utérus, bien qu'elles n'eussent pas éprouvé de vives douleurs



dans le cours de la maladie pour laquelle elles avaient été brûlées. On peut sans doute m'objèter que c'est cette maladie qui a causé la stérilité. Je reconnais toute l'importance de cette objection, mais dans les cas où le conduit était devenu presque imperceptible, je suis autorisé à soutenir que c'est cette condition qui est l'obstacle à la fécondation. Quant à la douleur, causée par la cautérisation, elle est à peu près nulle. Je ne m'arrêterai pas pour discuter s'il y a ou s'il n'y a pas de nerfs dans le museau de tanche, question longuement débattue entre Jobert et Robert Lee. Je crois que les filets nerveux arrivent jusqu'au voisinage de la face libre du col, mais ce sont des filets du grand sympathique, susceptibles de transmettre la douleur d'un état morbide, et incapables d'être impressionnés par la section ou par la brûlure.

Ce n'est donc pas la crainte de la douleur qui devra faire rejeter l'emploi du cautère actuel.

On dit aussi, et l'on a raison, que la cautérisation avec le fer rouge n'agit pas aussi profondément qu'on pourrait le craindre.

A l'appui de cette manière de voir, on cite l'observation d'un renversement complet de la matrice, dans laquelle M. Courty pratiqua *quatorze cautérisations* de la membrane muqueuse avec un cautère volumineux, sans pouvoir s'opposer à la reproduction de cette membrane.

Cela n'est pas une preuve suffisante. Il y a longtemps en effet que j'ai dit que les membranes muqueuses ne sont jamais le siège de tissu inodulaire. Les rétrécissements de l'urèthre qui succèdent à la blennorrhagie ne proviennent pas comme on l'a dit longtemps et comme quelques médecins le croient encore, de la rétractilité de la membrane



muqueuse, mais bien du travail exsudatif qui se fait au-dessous dans le tissu érectile du corps caverneux.

Le fer rouge appliqué pendant un temps assez long sur le col, s'y enfonce et produit une eschare profonde. De plus, dit M. Leblond, il se produit une coagulation du sang dans les vaisseaux à une certaine distance du point qui est modifié, d'où résulte une diminution dans la vascularisation des tissus. Cette action du cautère produisant une eschare d'une certaine épaisseur, me paraît un peu effrayante. Lorsque la métrite n'est encore qu'à la période d'infiltration sanguine, dans laquelle les organes voisins de l'utérus sont si disposés à prendre part à l'inflammation de cet organe, il faut pour produire une eschare profonde, assez de chaleur pour que l'on doive craindre que son action dépasse le but.

Tous les auteurs sont d'accord pour signaler comme contre-indiquant l'emploi du cautère actuel, les inflammations de l'ovaire, du ligament large, la pelvi-péritonite, etc. N'oublions pas que nous avons tous observé ces maladies chez des femmes qui avaient subi la cautérisation au fer rouge. Je suis convaincu qu'elles ont existé avant la cautérisation dans un certain nombre de cas, et qu'elles ont été méconnues; mais j'ai la conviction qu'elles peuvent aussi être la conséquence de l'opération.

Je termine en formulant mon opinion en peu de mots : Je ne conseille le cautère actuel que dans les cas où l'on n'a plus à craindre de faire revivre une inflammation aiguë.

5° *Topiques spéciaux.* — Ce que je vous ai dit au sujet des follicules du col et des granulations peut vous faire prévoir que j'aurai contre ces lésions une médication



spéciale. Contre les granulations, j'emploie ordinairement la teinture d'iode du Codex que j'applique avec un pinceau et que je laisse sécher avant de retirer le spéculum. Il est un autre moyen qui modifie très-rapidement les plaques granuleuses : c'est la pommade au précipité rouge, qui, comme vous le savez, fait la base de la plupart des pommades employées contre la blépharite granuleuse. Voici comment je m'en sers : je fais un petit cylindre de ouate, offrant une résistance suffisante pour qu'il conserve sa forme, et déprimé en cupule à l'une de ses extrémités. Je remplis cette cupule de pommade et j'introduis, à l'aide du spéculum, le cylindre ainsi préparé, de manière à ce que le col soit coiffé par la partie déprimée du tampon. La pommade dont je me sers est composée de précipité rouge 1 gramme, axonge 15 grammes. Je recommande à la malade de rester allongée pendant plusieurs heures. Le pansement doit être renouvelé tous les jours.

Dans les cas où les granulations s'ulcèrent et deviennent fongueuses, avant de cautériser au fer rouge, j'ai quelquefois recours à l'application d'iodoforme que je recouvre de collodion ou que j'applique sous forme de glycérolé.

J'ai rarement trouvé la folliculite assez rebelle pour avoir eu besoin de recourir à l'application d'une pommade de chloro-iodure de mercure, que M. Courty conseille. J'ai souvent guéri l'acné du visage avec cette pommade; mais, pour obtenir la guérison, il faut frictionner trois jours de suite, dix minutes chaque fois. C'est une cure affreusement douloureuse et que le désir d'être comme tout le monde peut seul faire endurer. J'avoue que je n'oserais pas avoir recours à ce traitement pour le



col de l'utérus. Quand on a été témoin de l'effet produit sur le visage, de la vive rougeur qui en est la conséquence ; quand on a vu les parties frottées se couvrir de grosses croûtes, il est impossible de se défendre de la crainte de voir succéder à l'onction répétée du col avec la pommade de chloro-iodure de mercure, une inflammation susceptible de se propager aux vaisseaux et aux ganglions lymphatiques, aussi bien qu'à la membrane muqueuse du corps de l'utérus.

J'ai réservé pour la fin un moyen thérapeutique qui est un des plus puissants pour combattre la métrite chronique et ses conséquences. Je veux parler de l'*hydrothérapie*.

L'hydrothérapie a une action locale en même temps qu'elle modifie la constitution de la manière la plus avantageuse.

C'est en agissant sur la circulation générale et sur l'innervation, dit M. Beni-Barde, c'est en accélérant les échanges organiques que les douches froides ou les frictions mouillées font disparaître les engorgements de la matrice (*Traité d'hydrothérapie*, 1874).

Je ne connais que Virchow et Scanzoni qui aient exprimé la crainte de voir, sous l'influence de l'hydrothérapie, le sang refoulé vers les viscères intérieurs. L'eau froide, qui percute la peau, y attire le sang avec une violence supérieure à l'impulsion qui se fait vers les cavités splanchniques. A la première sensation du froid, il s'établit un refoulement et une aspiration alternatifs, qui ont pour effet d'activer la circulation, de remplir tous les vaisseaux et d'activer ainsi la résorption des molécules qui constituent les engorgements inflammatoires ;



c'est à cause de cela que les douches froides constituent un moyen qui peut être dangereux en ravivant une inflammation à peine éteinte, quand on les porte sur le col de l'utérus. J'ai parfois, au moyen d'un irrigateur et d'une canule percée d'un grand nombre de trous, agi par l'eau froide directement sur le museau de tanche resté gros après la cessation des autres symptômes de la métrite; mais je ne laisse à personne le soin de produire cet effet excitant, dans la crainte qu'il ne soit dépassé. Je préfère alors prescrire des bains de siège froids avec douches en cercle, pendant une minute. Cela suffit, le plus souvent, pour raviver la vitalité de l'organe malade, sans ramener la douleur et sans produire l'hypérémie permanente.

Dans l'hiver, je prescris volontiers la douche écossaise, qui consiste à se servir d'abord d'eau chauffée jusqu'à 40 ou 55 degrés; la malade se plaint aussitôt de ressentir une trop vive chaleur, mais immédiatement la douche chaude est remplacée par une douche froide qui est alors beaucoup mieux supportée.

L'hydrothérapie a une action locale qui ne peut être contestée. Elle a une influence non moins manifeste sur la constitution tout entière. Je ne crois pas qu'il y ait dans la thérapeutique un agent aussi reconstituant. Pour que les aliments donnent au sang les principes qui sont nécessaires à la nutrition, il faut qu'ils soient parfaitement digérés. L'hydrothérapie, en activant toutes les fonctions de l'organisme, stimule l'estomac et les intestins. La digestion se fait mieux, l'appétit revient, la motilité devient moins pénible. Les femmes affaiblies par de longues souffrances semblent renaître sous la douche froide.



Ce n'est pas seulement contre la métrite chronique que l'hydrothérapie est efficace. C'est le moyen le plus sûr de faire cesser l'engorgement post-puerpéral, qui est la cause la plus prédisposante de l'inflammation de la matrice. En reconstituant l'organisme, elle a une action des plus utiles sur la leucorrhée.

*Injections intra-utérines.* — Quand la leucorrhée résiste à l'hydrothérapie, après que tous les autres signes de l'inflammation ont disparu ou quand elle existe idiopathiquement, il faut recourir à un traitement spécial : Le fer, le quinquina, sont également utiles dans les affections utérines qui s'accompagnent de chloro-anémie et de débilité. Pour la leucorrhée, on ajoute les préparations balsamiques, la tisane de bourgeons de sapin, l'eau de goudron, etc.

Si le catarrhe utérin résiste à tous les moyens, je n'hésite pas à pratiquer des injections dans la cavité utérine. C'est à une solution de nitrate d'argent que j'ai recours le plus souvent ; la dose de ce sel varie de 10 à 25 centigrammes pour 100 grammes d'eau distillée.

J'ai dit, en parlant, du traitement de la métrite aiguë, les précautions qu'il faut prendre pour que le liquide de l'injection ne soit pas projeté avec trop de force dans la cavité utérine. Vidal (de Cassis) a longtemps conseillé ces injections. Un accident survenu dans le service d'Hourman, à l'hôpital de Lourcine, détournait beaucoup de praticiens de ce moyen, dont l'utilité n'est plus contestée par personne.

Je ne redoute pas que l'action de l'injection se prolonge trop. Toutefois, j'ai un bain de siège tout prêt pour que la malade fasse cesser immédiatement par l'immer-



sion, la douleur produite par l'injection intra-utérine. C'est, je crois, la meilleure pratique. Je préfère cette précaution au lavage avec l'eau salée, qui a l'inconvénient de trop atténuer l'effet du nitrate d'argent. Si l'on voulait avoir recours à l'action du sel sur la partie cautérisée, on pourrait avoir recours à une seringue très-ingénieuse que M. de Saint-Germain a imaginée dans cette intention.

Nous avons dit que l'herpétisme préside au développement des granulations du col. Avant d'avoir recours à la cautérisation, j'ai l'habitude de soumettre les malades au traitement arsenical. J'insiste surtout sur cette médication, quand je reconnais d'autres manifestations herpétiques. Ainsi, vous avez vu, à la salle Saint-Maurice, une femme qui était affectée simultanément de plaques granuleuses du col et de prurigo de la vulve. Je l'ai soumise à l'usage de la solution de Fowler pendant plusieurs mois, en augmentant graduellement le nombre des gouttes de ce médicament. Cette femme était en voie de guérison sans que j'eusse agi localement sur les granulations utérines, mais elle n'était pas encore guérie, bien qu'elle prétendît qu'elle n'était plus malade. Elle a quitté l'hôpital pendant une absence que j'ai faite, il y a un mois.

C'est pour cette affection surtout qu'il est utile d'envoyer les malades aux bains sulfureux. Une saison passée aux eaux est souvent indispensable pour mettre fin à la maladie. Les eaux arsenicales sont utiles dans le cas d'herpétisme, mais les eaux sulfureuses n'ont pas une action moins efficace. Pour les eaux arsenicales, c'est à Bagnères de Bigorre que je donne la préférence. Pour les eaux sulfureuses, on peut choisir Luchon, Cauterets, Saint-Sauveur et surtout les Eaux-Chaudes qui sont des

plus utiles dans le traitement des affections chroniques de la matrice. Quand les lésions du col sont liées à une constitution strumeuse, les bains de mer, les eaux chlorurées sodiques, ont une action qui est prouvée par des milliers d'observations.



## HUITIÈME LEÇON

### DE LA CONGESTION PELVIENNE

Nous avons jusqu'ici parlé de maladies très-nettement déterminées, dont le nom a la même signification pour tous ceux qui s'en occupent. Nous allons aujourd'hui aborder l'étude d'un état pathologique qui constitue une entité morbide pour quelques auteurs, et que d'autres considèrent comme une période de l'inflammation. On désigne cet état sous le nom de *congestion utérine*.

C'est Aran qui a donné à la congestion utérine l'importance qu'on lui accorde ; il l'a décrite longuement comme une maladie ayant des symptômes distincts et une existence indépendante.

Sa description ayant été reproduite par des auteurs qui ont comme lui une autorité reconnue en pathologie utérine, les médecins qui abordent cette étude éprouvent des difficultés de toute sorte pour distinguer la congestion de l'inflammation.

Je m'efforcerai dans cette leçon de vous faire comprendre la différence qui les sépare ; mais, pour cela, je vous donnerai de la congestion une idée bien différente de celle que vous trouverez dans le livre d'Aran et dans

celui de M. Courty qui, non content d'admettre la congestion utérine comme entité morbide, a rendu l'étude des maladies de l'utérus encore plus confuse, en faisant de la *fluxion* une maladie distincte de la congestion et de l'inflammation : j'espère vous démontrer que la clinique repousse cette distinction.

Je ne puis d'abord admettre que la congestion utérine existe isolément, sans que les organes voisins de l'utérus y aient une large part. A cause de cela, je vous demande la permission de changer le titre de cette leçon et de vous décrire la *congestion pelvienne*.

Je suis en cela en parfaite conformité d'opinion avec les auteurs qui ont décrit la congestion utérine, car ils reconnaissent que l'hypérémie de l'utérus s'accompagne constamment de celle des ovaires, des trompes et le plus souvent de l'hypérémie de la vessie et du rectum.

Si le sang afflue dans tous ces organes, quand il y a ce que l'on a appelé la *congestion utérine*, pourquoi ne pas se servir d'une dénomination plus large qui ne préjuge pas la question de subordination ? qui peut dire, en effet, que l'utérus joue un rôle plus important que les ovaires dans le phénomène physiologique que nous avons décrit sous le nom de menstruation ? c'est l'ovaire qui fournit l'œuf dont l'évolution est le but de toute la crise ; c'est pour que la vésicule de Graaf se rompe et que l'ovule se détache de l'ovaire, que le sang afflue en abondance dans tous les organes qui doivent prendre part à cette fonction physiologique. Ici, assurément, l'utérus est hyperémié, la congestion sanguine y existe d'une manière incontestable, mais on ne peut pas dire que ce soit cet organe qui joue le rôle le plus important dans la menstruation. Ne



sait-on pas, en effet, qu'une jeune fille ayant eu les deux ovaires enlevés par Pott, cessa d'être menstruée ? il en est de même chez les femmes qui, ayant subi l'ovariotomie, ont eu les deux ovaires extirpés. Dans la menstruation, ce sont donc les ovaires qui président à la congestion physiologique, pourquoi en serait-il autrement quand l'afflux du sang constitue un état morbide ? Aran avait d'ailleurs observé que l'hypérémie n'est pas bornée à la matrice, et la leçon qu'il lui a consacrée est intitulée : *Congestion de l'utérus et du système utérin*. On a trouvé cela trop long et l'on a supprimé ce qui est indispensable pour désigner exactement l'état morbide en question.

Si vous voulez avoir une idée de la congestion pelvienne, avant de l'avoir étudiée chez les malades, rappelez-vous ce que je vous ai dit de l'afflux qui se produit à l'époque de la menstruation : à ce moment, tous les vaisseaux sanguins sont distendus par le sang qui donne aux tissus les plus pâles à l'état normal, une coloration d'un rouge vif. Tous les organes de la génération sont gonflés, la vulve rougit et les tissus érectiles, ceux du clitoris et du bulbe sont gorgés de sang, aussi bien que l'utérus et les ovaires. Si cet état n'est que passager, il reste dans les limites de la fonction physiologique ; s'il persiste, ou s'il se produit en dehors de la menstruation avec des conditions de durée, il constitue l'état morbide que j'appelle la congestion pelvienne.

Ses symptômes ont quelque analogie avec ceux de la métrite ; ils consistent en une sensation très-incommode de plénitude, de chaleur et de pesanteur au fond du vagin, qui peut aller jusqu'à la douleur gravative. Il y a, en



même temps, tiraillement dans les reins et dans les aines. Ces symptômes peuvent acquérir une telle intensité, que les malades ont de la peine à s'asseoir. Il leur semble, quand ils tentent de se mettre dans la station assise, que quelque chose de lourd tend à sortir.

Cet état se complique souvent de besoins fréquents d'uriner, et de douleur pendant la miction. Il y a aussi cuisson à la vulve ou démangeaison extrêmement incommode. Tantôt il y a diarrhée, tantôt de la constipation; les garde-robes sont souvent couvertes de mucosités provenant de la sécrétion de la membrane muqueuse du rectum.

Les signes objectifs sont assez nets : le volume de l'utérus est augmenté et l'augmentation est en proportion de la durée de la congestion et de son intensité. En palpant l'abdomen, la main n'éveille pas de douleur; à peine si elle augmente la sensation de pesanteur dont les malades se plaignent. Par le doigt introduit dans le vagin, on constate une chaleur inaccoutumée et une consistance œdémateuse des parois de ce canal. Dans les culs-de-sac on constate parfois un empâtement qui est dû à la dilatation variqueuse des veines si nombreuses et si larges; la vulve elle-même est tuméfiée et la tuméfaction est surtout appréciable au niveau du bulbe. On dirait que cet organe érectile, gorgé de sang, s'est rapproché du bord libre des grandes lèvres.

Le col de l'utérus est tuméfié et d'une consistance molle. Si la congestion existe chez une femme qui ait eu des enfants, les lèvres du museau de tanche sont arrondies et comme roulées sur elles-mêmes de dedans en dehors.



Le corps de l'utérus est également plus volumineux qu'à l'état normal, et les auteurs qui ont eu l'occasion de l'étudier dans des autopsies, disent que ses parois sont spongieuses et remplies de sang et de sérosité que la pression en exprime.

Cette augmentation de volume n'est pas portée assez loin, pour que le fond de l'organe fasse saillie au-dessus du pubis.

Les sécrétions du vagin et de l'utérus sont augmentées et la nature des produits est un peu modifiée. Quand la congestion est légère, le mucus du col de l'utérus est simplement visqueux; il devient opalin dans un degré plus avancé. Jamais il ne contient de pus qui est le produit de l'inflammation. La congestion ne va pas jusque-là.

Le mucus vaginal est tantôt blanchâtre, tantôt un peu rougeâtre.

Quand la congestion s'est faite violemment, elle peut aboutir à une crise qui rappelle la menstruation. Dans ce cas, du sang s'écoule de la matrice en quantité variable, pendant un, deux ou trois jours, et quelquefois cet écoulement sanguin prend les proportions d'une véritable hémorrhagie.

Un retentissement sur le système nerveux ne tarde pas à se produire. D'abord, ce ne sont que des spasmes à l'épigastre, de l'agacement, de la tristesse; on dit dans le monde que les femmes ont des *nerfs*. Bientôt ce sont de véritables crises nerveuses avec des cris et des pleurs.

Je viens de vous décrire la congestion *active*. Je vous dirai plus tard quelques mots de la congestion *passive* qui paraît dépendre d'un obstacle à la circulation, tandis que l'hypérémie ou congestion active subit l'influence d'un



*molimen*, d'un *raptus* du sang vers le bassin où il est appelé par une influence mystérieuse que nos connaissances physiologiques ne nous ont pas encore divulguée.

Malgré l'insuffisance de la physiologie à ce sujet, je vous dirai ce que nous en savons.

Quand on étudie la congestion active, on reconnaît que la circulation, loin d'être arrêtée dans les tissus qui en sont le siège, s'y fait très-activement, et, à ce point même que le sang peut passer des artères dans les veines, sans perdre sa couleur rutilante, qui est, comme vous le savez, le caractère du sang artériel qui nous frappe le plus. La signification de ce passage du sang artériel dans les veines avec les caractères qui le distinguent, est celle-ci : quand un organe est le siège d'une congestion, la nutrition ne s'y opère plus, ou elle s'y fait mal, puisqu'elle ne peut exister qu'à la condition que le sang des artères subira des modifications dans le réseau capillaire. C'est à ces modifications qui président à la nutrition des tissus qu'est due la transformation du sang rouge en sang noir. Si la nutrition est troublée par la congestion, on comprend l'influence que peut avoir cet état morbide sur la production des tumeurs hétéromorphes qui ne sont que le résultat d'une aberration de la fonction nutritive. Dans la congestion, le sang ne passe pas seulement avec ses qualités de composition dans les veines, il peut encore y subir l'influence des contractions ventriculaires du cœur qui lui impriment un mouvement saccadé ; aussi n'est-il pas rare, quand on pratique le toucher chez une femme affectée de congestion pelvienne, de sentir des pulsations artérielles. Duparcque avait signalé ce fait, sans bien s'en rendre compte.



Le phénomène de circulation sur lequel je viens d'attirer votre attention explique comment les exsudats qui sont un produit de l'inflammation manquent dans la congestion. Je sais bien que l'on a dit le contraire, mais je démontrerai dans un instant que cette erreur provient de ce que l'on a confondu la congestion avec l'inflammation. Un homme qui a une autorité incontestée, Virchow, affirme que la congestion peut exister pendant plusieurs semaines sans qu'il soit possible de constater un phénomène de nutrition; suivant lui, il n'y a d'exsudat qu'à la condition qu'une excitation locale soit produite.

Je voudrais pouvoir vous dire sous quelle influence la congestion prend naissance; je ne parle pas des causes cliniques, nous y reviendrons dans un instant; je veux parler de la cause que j'ai appelée mystérieuse, c'est-à-dire du mécanisme de la congestion..

Ce que nous savons de la contractilité des vaisseaux peut servir à donner l'explication de la congestion. Des expériences des physiologistes, de Cl. Bernard en particulier, il résulte que la section des nerfs vaso-moteurs donne lieu à tous les phénomènes de cet état que nous appelons congestion ou hyperémie. On serait donc tenté de ne voir dans cet état morbide que le résultat d'une *asystolie* des petites artères qui, cessant de se contracter et de faire contre-poids à la systole ventriculaire, laisseraient le sang affluer anormalement dans les tissus à la nutrition desquels elles président; mais il y a autre chose qu'une asystolie artérielle, dans la production de ce phénomène. La plupart des auteurs s'accordent pour reconnaître qu'il faut, pour que la congestion se produise, qu'elle soit précédée par une irritation qui est l'agent provoca-



teur du raptus sanguin auquel les parois artérielles ne s'opposent plus. On fait une petite expérience qui semble confirmer cette manière de voir : exercez une friction sur la peau ; aussitôt cette membrane blanchit et se gonfle, puis bientôt elle rougit par l'afflux du sang. Que s'est-il passé ? On dit que le frottement a produit une irritation et la contraction des fibres circulaires des vaisseaux, d'où la teinte blanche de la partie frottée ; mais à la contraction a succédé le relâchement qui laisse alors les artérioles plus perméables qu'elles ne le sont normalement.

D'autres expériences peuvent encore être invoquées en faveur de cette opinion : si, par exemple, l'on coupe les nerfs d'une patte de grenouille, de manière à s'assurer que toute action nerveuse y est éteinte, et que l'on vienne à mettre une substance irritante sur la membrane interdigitale, une congestion vive ne tarde pas à s'y produire. Il y a bien eu dans cette expérience, le phénomène de l'irritation qui paraît nécessaire à la production de la congestion, mais le mécanisme ne peut plus être, uniquement, celui que j'invoquais il n'y a qu'un instant. Les nerfs coupés avaient, avant l'application de la substance irritante, produit l'asystolie artérielle et pourtant aucun phénomène congestif ne s'était produit. L'irritation a été nécessaire à la production de l'hypérémie ; c'est elle qui a commandé, qui a appelé le sang dans la partie irritée.

*Étiologie.* — Je ne sais si cette explication est bien conforme à la vérité ; mais elle nous rend compte de ce que nous observons sans cesse pour la congestion pelvienne. Quand les organes sexuels s'hypérémient, ils subis-



sent l'influence d'une irritation qui prend sa source dans une lésion antérieure, ou dans un état moral qui n'est pas toujours avoué. Nous sommes ainsi amenés à reconnaître pour la congestion une cause sur laquelle j'ai beaucoup insisté à propos de la métrite. L'excitation vénérienne est l'agent le plus actif de l'hypérémie pelvienne. Cette proposition me paraît incontestable ; voyez plutôt ce qui se passe chez les animaux pendant le rut : la congestion est à son comble, à ce point qu'elle se termine par une exsudation sanguine. Si vous voulez étudier la congestion, vous le pouvez sur tout animal au temps de ses amours, à la condition que vous pousserez le mépris des autres êtres jusqu'à mettre fin à leur vie au moment le plus poétique de leur existence. A ce moment, le sang afflue dans les organes de la génération, il les distend et cause une souffrance bien manifeste chez les animaux domestiques qui deviennent tristes et lents dans leurs mouvements.

C'est l'excitation non provoquée, c'est l'excitation nécessaire à la reproduction de l'espèce ; sa durée est fixée d'avance comme l'époque menstruelle qui n'est qu'une congestion physiologique, elle aussi.

Mais la perversion de l'esprit qui amène celle des sens provoque la congestion pelvienne et l'entretient. Sans doute, la fatigue au moment des règles peut prolonger l'état congestif de la matrice et de ses annexes, mais c'est chez les femmes livrées à la luxure que le médecin est le plus souvent appelé à constater l'hypérémie persistante de ces organes. Quand une fois l'esprit a perdu son frein, il est impossible de deviner les folies dont il est capable. Plutarque raconte que des dévotes se soumettaient aux



caprices libidineux du bouc sacré à Mendès, quoique cet animal préférât les chèvres.

Il ne faut pas croire pourtant que la congestion pelvienne ne s'observe que chez les femmes vouées à une vie de plaisir : j'ai eu récemment l'occasion de voir une veuve, entre deux âges, extrêmement pieuse et qui, certes, ne donnerait pas sa part de paradis pour un plaisir quelconque ; elle avait une congestion pelvienne poussée à ce point qu'elle ne pouvait aller en voiture ou subir le moindre frottement, sans arriver au paroxysme de la volupté. Cet état se reproduisant sans cesse, malgré le chagrin et le remords qu'elle en éprouvait, l'utérus avait pris un volume énorme. Je vous dirai plus tard que les myomes utérins se produisent surtout dans ces circonstances.

On admet aussi que toute lésion de l'utérus peut devenir une cause de congestion, je ne le crois pas et je serais, au contraire, tenté de souhaiter pour une femme qui a subi les conséquences de son organisation érotique, de véritables douleurs qui donnassent un autre cours à ses pensées. Je ne doute pas que ce soit là le secret des cilices et autres agents que les religions ont imaginés pour combattre le malin esprit. N'allez pas croire que ces souffrances soient d'invention moderne ; la résection du clitoris et des nymphes, dit un auteur qui a fait un livre sur la femme, prit grande faveur en Égypte, comme s'il était plus facile de retrancher les organes du vice que d'extirper les mauvaises mœurs.

Ces coutumes sont la confirmation de l'opinion que je professe sur la cause la plus fréquente de la congestion pelvienne. J'ai déjà dit qu'il y en a d'autres : toutes celles



qui peuvent s'opposer à la terminaison habituelle de la crise menstruelle sont capables d'entretenir un état congestif auquel l'hémorrhagie doit mettre un terme. Si l'écoulement sanguin est empêché, surtout au commencement de la période menstruelle, la congestion persistera, sans que l'on puisse dire quand elle cessera.

Les corps fibreux utérins paraissent engendrés sous l'influence d'une suractivité vitale de l'utérus ; est-ce cette activité, cette irritation qui produit la congestion dans certains cas ? C'est probable. Quoi qu'il en soit, la congestion pelvienne est fréquente chez les femmes affectées de corps fibreux.

Après avoir indiqué les symptômes et les causes de la congestion pelvienne, il me reste une tâche difficile : il faut que je vous prouve la réalité de cet état morbide. La description que l'on en a donnée est si confuse, elle convient si bien à la métrite, que des hommes dont la rectitude d'esprit et le tact clinique ne peuvent être contestés, ont soutenu que la ligne de démarcation entre la congestion et l'inflammation est pour ainsi dire insaisissable (Gallard). Cela est vrai, si l'on ne juge de la congestion que par les signes qu'on lui attribue. Aran qui avait étudié ce sujet avec une prédilection paternelle, n'a pas su se borner. Il avait vu la congestion, il en avait saisi les symptômes ; mais, au lieu de se contenter de ceux qu'il croyait appartenir à une première période de la maladie, il a décrit une seconde phase qui n'est autre chose que le début de l'inflammation.

Si l'on veut ne pas s'égarer, il faut admettre en principe que la congestion cause de la gêne, de la chaleur,



donne lieu à une sensation de pesanteur fort incommode, mais ne produit pas de douleur véritable.

Si vous n'admettez pas cela, en quoi l'inflammation différera-t-elle de la congestion à la dernière période de son évolution? Dans l'une et dans l'autre, il y aura chaleur, rougeur et tuméfaction. La douleur seule doit servir à les distinguer. A défaut de cette distinction vous n'en aurez pas d'autre. Il peut y avoir inflammation sans production d'exsudat, et en fût-il autrement, ce ne serait même pas une ressource, car Aran admettait, par induction il est vrai, que dans la congestion, il se produit des éléments de nouvelle formation. Parlant de la congestion en général, il dit : « Pour le foie, par exemple, M. Ch. Robin a bien voulu se livrer, sur ma demande, à un examen attentif, et il y a trouvé, dans le cas de congestion chronique, des éléments de nouvelle formation, déposés en grand nombre dans les interstices des lobules. »

Pour justifier le reproche que j'ai fait aux auteurs d'avoir confondu la congestion avec l'inflammation, il me suffira de vous citer le passage suivant du livre de Aran : « J'ai pu m'assurer, dit-il, en parlant de la métrite parenchymateuse, que les altérations de la muqueuse et de l'orifice du col ne diffèrent pas très-notablement de ce qu'elles sont dans la congestion active aiguë. J'irai plus loin, et je dirai que la rougeur m'a paru toujours plus vive et plus générale dans la congestion que dans la métrite. Comme dans la congestion, l'orifice du col est en général plus ou moins entr'ouvert, même dans les cas dans lesquels il ne fournit pas d'écoulement. Toute la différence me paraît résider dans l'augmentation du volume du col, bien autrement marquée dans la métrite



que dans la congestion active aiguë, et dans la présence d'ulcérations, lesquelles d'ailleurs ne sont rien moins que constantes. »

Ainsi, d'après Aran, le volume du col plus considérable dans la métrite, et la présence d'ulcérations serviraient seuls à distinguer la congestion de l'inflammation. Or, si nous nous reportons à la page 353 du livre de cet auteur, nous trouvons que dans la congestion active chronique : « *Le gonflement plus marqué sur le col que sur le corps, est tel dans certains cas, que les plus gros spéculums ont peine à embrasser le col et que lorsqu'on parvient à saisir cette partie de l'organe avec le spéculum à valves, elle pénètre avec bruit et comme une espèce de masse dans l'écartement des valves de l'instrument (congestion hypertrophique).* »

En rapprochant ces deux passages l'un de l'autre, on arrive à se demander quel énorme volume le col utérin doit avoir dans le cas de métrite. Combien Aran est mieux inspiré, quand il dit que ce qui appartient en propre aux congestions actives, c'est la fréquence des raptus sanguins soit vers l'utérus et le système utérin, soit vers les organes et les appareils les plus importants de l'économie !

Certains organes sont plus prédisposés que d'autres à prendre part à ces raptus sanguins. Presque toujours l'utérus se gonfle et s'hypérémie en même temps que les autres organes génitaux.

La tête, le larynx et les poumons sont souvent solidaires de la congestion utérine ; de là les phénomènes les plus variés, les troubles les plus divers, suivant le siège de la détermination morbide ; tantôt ce sont des bouffées de



chaleur à la face, des vertiges, des éblouissements, des palpitations de cœur, de la toux et même de l'aphonie.

Comme il faut que nous nous entendions bien sur les signes qui caractérisent la congestion pelvienne, je tiens à répéter, avant d'abandonner ce sujet, que dans l'inflammation aiguë de la matrice, la douleur est l'élément dominant, tandis que dans la congestion, il n'y a qu'une sensation de gêne, de chaleur et de pesanteur. Vous voyez que la douleur établit la distinction fondamentale entre ces deux états morbides.

Aran a cherché à établir deux formes de la congestion active : une forme aiguë et une forme chronique. C'est justement à cette congestion chronique qu'il attribue des symptômes qui appartiennent à la métrite. Cette confusion est très-regrettable, elle ajoute les difficultés les plus grandes à l'étude déjà difficile de la véritable congestion.

Je ne prétends pas dire que la congestion pelvienne ne reparaisse plus quand elle a cédé aux moyens employés pour la combattre. Elle est, au contraire, sujette à des retours dont l'époque menstruelle est le plus souvent l'occasion. Mais de ce qu'elle peut se répéter, disparaître et reparaitre, il ne faut pas conclure qu'elle peut devenir chronique. Quand on lui reconnaît les caractères que l'on a indiqués comme appartenant à la congestion chronique, ce n'est plus de l'hypérémie, c'est de l'inflammation.

*Diagnostic.* — En indiquant les signes qui distinguent la congestion pelvienne des autres maladies du bassin, j'espère que je vous prouverai que cette congestion est bien réellement une entité morbide que l'on peut distinguer de la métrite, de l'ovarite, du phlegmon des liga-



ments larges, et des raptus sanguins qui se font pendant la menstruation.

La congestion physiologique, je vous l'ai déjà dit, ne diffère pas anatomiquement de celle qui constitue une maladie. Mais les circonstances dans lesquelles elles se produisent sont différentes. Elles diffèrent encore l'une de l'autre par la régularité de l'une et par sa rapide disparition; tandis que l'autre, quand elle se produit plusieurs fois dans un temps assez court, a une durée qui ne peut pas être précisée.

La congestion cataméniale se reproduit périodiquement tous les mois, avec une avance ou un retard qui ne sont guères dans l'état normal que de deux ou trois jours.

La durée de l'écoulement du sang est également réglée. Elle varie de deux à huit jours, chez les différents sujets, mais chez les femmes bien portantes, elle est constante, et jamais elle n'est de deux ou trois jours à une époque menstruelle et de six ou huit à une autre.

La régularité est donc le caractère de la congestion menstruelle. C'est le contraire pour la congestion pathologique et c'est ce signe qui doit, tout d'abord, attirer l'attention du médecin. Quand les règles se sont produites avec une douleur inaccoutumée; lorsque l'écoulement a eu une durée plus longue qu'à l'état normal; si une perte de sang a lieu avant le terme ordinaire du retour menstruel; si l'écoulement sanguin est tantôt abondant, tantôt presque nul, pour reparaître plus abondant au moment où il semblait qu'il dût cesser, l'on a affaire à une congestion morbide et non à la congestion physiologique. On en sera plus sûr encore si, quand l'écoulement de sang aura cessé, la sensation de gêne et de pesanteur persiste,



et si par le toucher vaginal, on constate l'état oedémateux des parois du vagin et surtout au niveau des culs-de-sac; si l'utérus est plus lourd qu'à l'état normal et si par le palper abdominal, combiné avec le toucher, on reconnaît de l'endolorissement et une sorte d'empatement au niveau des ligaments larges.

Avec de l'attention, il est donc facile de ne pas confondre la congestion morbide avec la congestion physiologique.

Il est souvent plus difficile de distinguer la congestion de l'inflammation. Nous nous sommes déjà efforcé de vous faire comprendre qu'elles ne doivent pas être confondues. Sans doute, le raptus sanguin, la plénitude des vaisseaux et le cours rapide du sang qui passe violemment du système artériel dans les veines, existent bien au début de la métrite; mais de ce que la congestion utérine constitue la première phase, ou plutôt l'avant-coureur de l'inflammation de la matrice, faut-il donc dire que la congestion ne peut pas exister sans qu'il y ait phlegmasie? L'observation répond que très-fréquemment il se produit dans les organes pelviens une pléthore morbide qui disparaît sans avoir franchi la limite où l'inflammation commence. A priori, on pouvait d'ailleurs l'affirmer: si sous l'influence de la menstruation cet état se produit physiologiquement, pourquoi une autre cause que celle qui préside à l'ovulation, ne pourrait-elle pas exciter le molimen sanguin qui donne lieu à l'hypérémie? Est-ce que les excitations sexuelles ne produisent pas un état analogue à celui du rut qui donne aux organes génitaux de la femelle une ressemblance si grande avec ce qu'on observe chez les femmes pendant la menstruation? Il est



incontestable que la congestion pelvienne peut exister à l'état morbide, sans franchir la limite qui la sépare de l'inflammation. Ce n'est pas tout; la métrite aiguë est sans doute précédée par un état congestif de l'utérus, mais la congestion peut être bornée au tissu de la matrice, sans que les autres organes pelviens y prennent une part évidente.

C'est pour établir une différence encore plus tranchée entre la congestion et l'inflammation, que j'ai tenu à décrire la congestion pelvienne. Il n'y a plus ainsi de prétexte pour refuser à la congestion une place dans le cadre nosologique, au même titre que les autres entités morbides.

Après avoir établi cette distinction anatomo-pathologique, étudions les signes cliniques qui les différencient :

Nous avons vu que les exsudats sont propres à l'inflammation. Ils ne se développent pas sous l'influence d'une simple congestion, mais ce caractère n'a pas de valeur pendant la vie; il ne peut pas être utilisé pour le diagnostic. Il n'en est pas de même des sensations perçues par la malade : dans la congestion, il y a chaleur, sensation d'un corps lourd qui dans certains mouvements aurait tendance à sortir.

Dans l'inflammation, il y a sans doute de la chaleur; mais bien que l'utérus soit, le plus souvent, plus volumineux que dans la congestion, il ne donne pas lieu, au même degré, à la sensation d'un poids qui tend à sortir du corps, parce que les ligaments et le péritoine prenant souvent part à la phlegmasie, fixent la matrice dans le bassin. Dans la métrite, il y a douleur plus ou moins vive, s'irradiant vers les reins et le sacrum; dans la congestion, ces



signes manquent ou du moins la douleur vive de la métrite est remplacée par des tiraillements pénibles. Dans la métrite et dans la congestion, l'utérus augmente de volume ; mais dans la congestion, le tissu de la matrice est mou, tandis que, dans l'inflammation, sa densité est beaucoup plus grande. Dans la métrite, on observe souvent sur le col des ulcérations qui manquent ordinairement dans la congestion. — Dans la métrite, le mucus est trouble, et souvent même il est mélangé de pus. Il n'y a jamais de pus dans le produit de sécrétion auquel la congestion donne naissance. Dans la congestion pelvienne, les parois du vagin participent plus complètement à l'état morbide. C'est pour cela que par le toucher, on y constate une consistance œdémateuse qui manque ordinairement dans l'inflammation.

Avant de parler de la congestion, j'aurais peut-être dû vous dire ce que je pense de la *fluxion* utérine que M. Courty a décrite comme constituant une entité morbide : il me semble pourtant que vous devez être, à ce moment, mieux préparés à me comprendre que si j'avais étudié cette question avec vous, avant que vous sachiez en quoi consiste la congestion.

Il faut absolument que nous prenions un parti à ce sujet, car si la fluxion constitue une entité morbide, nous devons en chercher les signes cliniques et les opposer à ceux de la congestion et de l'inflammation. J'espère vous démontrer que la description que le professeur de Montpellier a donnée de la *fluxion* ne repose pas sur l'observation clinique.

Permettez-moi, tout d'abord, de vous dire comment il définit cet état morbide : « Je désigne, dit-il, sous le nom



de *fluxion utérine* l'état morbide caractérisé par un mouvement sanguin vers l'utérus, accompagné du cortège particulier des phénomènes indiquant un afflux du sang vers le système utérin et se traduisant par des symptômes de *molimen* analogues, mais bien supérieurs à ceux qui annoncent la venue des règles chez quelques femmes. » (Courty, page 487.)

Voyons maintenant comment Aran définit la congestion : « La congestion sanguine de l'utérus et du système utérin présente, dit-il, deux formes principales : ou bien elle a lieu avec le cortège particulier de phénomènes qui indique un afflux du sang vers l'appareil utérin avec des symptômes de *molimen* analogues, mais bien supérieurs à ceux qui annoncent la venue des règles chez quelques femmes ; c'est la congestion à forme active. » (Aran, page 341.)

Vous voyez déjà, messieurs, que la définition de la fluxion a été copiée mot pour mot sur celle que Aran nous a donnée de la congestion. Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que M. Courty reproche à Aran de ne pas distinguer la congestion de la fluxion ! Après cela je devrais peut-être m'arrêter, car il est douteux qu'une même définition puisse convenir à deux états morbides différents.

Si j'insiste, ce n'est que pour vous faire mieux comprendre combien il est dangereux de s'abandonner à son imagination quand on écrit pour enseigner.

M. Courty, dans la définition qu'il a donnée de la fluxion et que je viens de vous lire, dit que la *fluxion* se traduit par des symptômes de *molimen* analogues, mais bien supérieurs à ceux qui annoncent la venue des règles.



D'après cela, ce serait l'exagération du molimen menstruel qui constituerait la fluxion morbide.

Eh bien ! la différence ne paraît pas sensible quand on lit attentivement les chapitres consacrés à la *fluxion* et à la menstruation. On serait même tenté de croire que les symptômes du molimen précurseur des règles sont plus marqués que ceux de la fluxion. A la page 487, je lis, en effet : « La *fluxion* (c'est de la fluxion morbide qu'il s'agit), disparaît sur le cadavre, ou du moins la plénitude vasculaire de l'organe, entretenue par la continuité du mouvement fluxionnaire, diminue tellement après la cessation de la vie, que, dans les nécropsies, l'on trouve constamment le volume de l'utérus moindre qu'il ne paraissait auparavant. Ce fait très-exact, qui n'a pas manqué de frapper les observateurs, est la preuve la plus manifeste du caractère fugitif de la maladie, de la mobilité qui distingue toute fluxion. »

La fluxion disparaît ; ce fait a frappé les observateurs. Voyons s'il en est de même pour la *fluxion menstruelle* : A la page 337 du même livre : « Malgré le dégorgement que la mort apporte dans les tissus, on est étonné de la différence que présentent les organes génitaux d'une femme morte subitement pendant cette période (la menstruation) avec ceux d'une femme morte dans d'autres conditions : on voit à l'époque menstruelle de la *plénitude* du système vasculaire depuis l'ovaire jusqu'à la vulve. »

En quoi la fluxion pathologique qui *disparaît*, est-elle donc plus prononcée que la fluxion physiologique qui persiste après la mort ?

Cette distinction d'une fluxion physiologique et d'une fluxion morbide est sans cesse contredite par l'auteur lui-



même : toujours à la page 487 je lis : « elle (la fluxion pathologique) peut être suivie ou non d'hémorrhagie selon son intensité, sa persistance, ou le siège particulier auquel elle aboutit. » Si cela est vrai, n'est-on pas en droit de dire que la fluxion physiologique qui est toujours suivie d'hémorrhagie est la plus prononcée des deux ? Qu'on ne dise pas que l'écoulement menstruel est pour M. Courty très-différent d'une hémorrhagie, car à la page 334, il définit la menstruation : un écoulement de sang ou une *véritable hémorrhagie*.

L'opinion de M. Courty n'est pas plus justifiée par la symptomatologie.

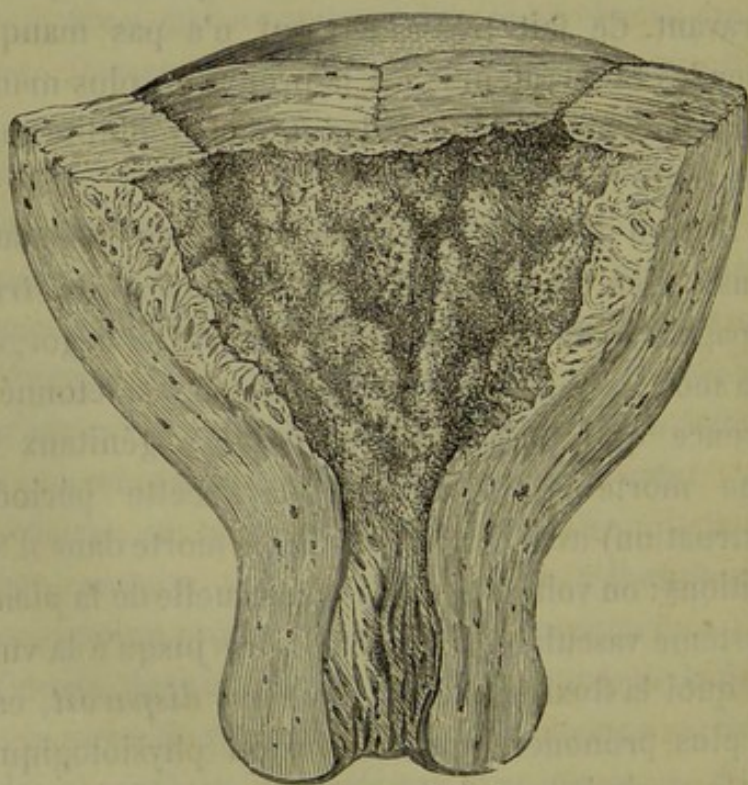


Fig. 40.

A la page 327 : « Étudions-nous seulement les organes



génitaux, nous remarquons, plusieurs jours avant les règles, quelquefois même huit jours avant, des modifications remarquables : de la turgescence dans le col de l'utérus, dans l'utérus entier, dans les ovaires, fréquemment au vagin et jusqu'à la vulve; la tuméfaction du col est souvent sensible; la coloration devient plus rouge, souvent foncée et prend quelque chose de l'aspect vineux ou violacé de la grossesse, la chaleur augmente sensiblement; la sensibilité, l'endolorissement de ces organes, bien entendu avec des degrés et des différences, sont aussi notoires. »

Voici maintenant les signes objectifs de la fluxion pathologique : « l'hypogastre est développé, modérément chaud, peu douloureux, à moins d'une rapidité et d'une intensité considérables de la fluxion, mais sensible à la pression. Le vagin habituellement chaud, humide, est le siège d'une leucorrhée assez abondante. L'utérus plus volumineux, plus lourd, moins mobile, notablement abaissé et incliné en avant, est plus douloureux, mais comme pour l'hypogastre sa sensibilité est réveillée d'une manière pénible pour la malade par la pression et surtout par les mouvements qu'on lui imprime. »

J'avoue que je ne trouve pas dans les symptômes de ces deux états des nuances assez tranchées pour que l'on soit autorisé à les distinguer : dans la fluxion pathologique, par exemple, l'utérus, est-il dit, *est plus douloureux*. Dans la fluxion physiologique, *la chaleur augmente sensiblement, la sensibilité, l'endolorissement des organes à des degrés divers* deviennent notoires.

C'est toujours la fluxion physiologique qui donne lieu aux symptômes les plus prononcés !



Si maintenant vous jetez un coup d'œil sur la belle planche par laquelle M. Courty a représenté la fluxion utérine pendant la menstruation, vous vous demanderez comme moi ce que serait un utérus qui serait le siège d'une fluxion plus grande. S'il en existe, cela vaudrait bien la peine que le dessin nous en donnât une idée plus satisfaisante que les descriptions. (Voy. fig. 10.)

A quoi bon d'ailleurs chercher des différences? M. Courty lui-même reconnaît implicitement dans le passage suivant, que la fluxion physiologique et la fluxion pathologique se confondent : « Comme tout acte physiologique et comme toute maladie, car il est à la limite qui sépare l'un de l'autre, et l'on peut vraiment le considérer comme une maladie physiologique, le travail menstruel peut..... (Courty, page 336.) Vous voyez, messieurs, on a pu concevoir un état morbide qui n'est ni la menstruation ni la congestion, mais quand on a voulu constituer son entité, on s'est contredit à chaque ligne et l'on a créé pour l'étude des difficultés devant lesquelles les jeunes médecins, qui n'osent pas critiquer le maître, sont pris de découragement.

Si vous m'avez bien compris, vous penserez comme moi que la *fluxion* ne doit être qu'une expression générique désignant l'afflux du sang vers un organe ou une région du corps, sans que l'on puisse en faire une maladie distincte de la congestion et de l'inflammation.

Il n'y a donc pas lieu de nous occuper du diagnostic différentiel de la fluxion et de la congestion ; qui pourrait, en effet, établir ces différences au lit du malade ? Vous venez de voir que l'existence de la *fluxion* comme entité morbide n'est pas soutenable, même en théorie ; après



cela, est-il besoin de faire subir à cette opinion le contrôle écrasant de la clinique ?

Revenons maintenant au diagnostic de la congestion. La congestion ne pourrait être confondue avec le phlegmon des ligaments larges qu'au moment où l'inflammation des ligaments est à son début. Le plus souvent nous ne sommes appelés à donner des soins aux malades qu'après qu'elles ont enduré de grandes souffrances ; jusque-là elles redoutent un examen qui révolte leur pudeur. Aussi voyez-vous rarement le phlegmon des ligaments larges pendant qu'il peut être confondu avec la congestion. Il faut que vous sachiez qu'au début de la maladie le diagnostic peut présenter de réelles difficultés ; il est donc prudent de ne pas se prononcer dès le premier jour. Dans l'un et l'autre cas, dans le phlegmon comme dans la congestion, les culs-de-sac peuvent être tuméfiés et le siège d'un empâtement ; mais dans le phlegmon une douleur vive ne tarde pas à se produire et bientôt la tuméfaction des parties enflammées indique suffisamment qu'il y a autre chose qu'une congestion. Je ne parlerai pas ici de la pelvi-péritonite. Quand je vous décrirai cette maladie, vous comprendrez qu'elle ne peut être confondue avec l'état morbide dont nous nous occupons.

*Pronostic.* — La gravité de la congestion varie suivant les circonstances dans lesquelles elle s'est produite. Si elle a pris naissance sous l'influence d'un autre état pathologique, chez une femme affectée de corps fibreux par exemple, on peut être certain que le développement de ces productions (myomes) sera activé par l'hypérémie pelvienne, et, à leur tour, par leur volume et leur poids, devenant un obstacle à la circulation du sang dans le bassin, les



myomes ou corps fibreux deviendront une cause nouvelle de congestion pelvienne.

Le pronostic varie encore suivant l'âge des malades : Quand la congestion se répète souvent chez les femmes qui touchent à l'âge de la ménopause, on peut craindre que les troubles qui se produisent dans la nutrition de l'utérus ne donnent lieu au cancer de cet organe.

Si la congestion se produit à l'occasion des premiers rapprochements sexuels, elle peut être sans gravité, mais il faut pour cela supprimer momentanément la cause qui l'a fait naître, car en s'aggravant elle deviendrait l'inflammation que je vous ai décrite à l'occasion de l'étiologie de la métrite.

La congestion peut se terminer par délitescence, par hémorrhagie ou par inflammation. L'hémorrhagie est le plus souvent l'accident qui met un terme à la plénitude des vaisseaux, qui constitue l'état morbide dont nous nous occupons.

*Traitement.* — Quand la congestion pelvienne est idiopathique, c'est-à-dire quand elle n'est pas entretenue par une autre lésion des organes contenus dans le bassin, elle a pour caractère d'être éphémère. Elle peut se reproduire et avoir ainsi en somme une longue durée, mais son existence n'étant pas continue, le traitement doit être avant tout prophylactique. Une femme qui a ressenti les atteintes d'une congestion pelvienne, ne doit pas se croire débarrassée pour toujours de sa maladie, dès que la gêne, la sensation de poids et l'endolorissement des organes pelviens ont disparu. Il faut qu'elle sache que la congestion a d'autant plus de tendance à se produire, qu'elle a existé déjà et que les vaisseaux ont été déjà dis-



tendus par une première attaque. Il faut dans ce cas, éviter la fatigue, observer la station allongée le plus souvent et le plus longtemps possible. On doit redoubler de soins à l'approche des règles, car cette époque est toujours pour la maladie une occasion de retour.

Aran conseille l'application de sangsues sur le col de la matrice, absolument comme pour la métrite. Je crois qu'il faut faire une distinction : quand la malade est pléthorique, on peut avoir recours à ce moyen et même y revenir, si une première application ne suffit pas.

Chez les jeunes filles tout le monde reconnaît que ce moyen thérapeutique n'est pas applicable. Je ne le crois pas plus utile chez les femmes nerveuses, maigres et dont l'appétit capricieux s'oppose à une alimentation suffisamment réparatrice. Une saignée locale déplétive, qu'elle soit faite à l'hypogastre ou sur le col utérin, exigera une perte de sang trop considérable pour être efficace ; dans ce cas, je donne la préférence à une très-petite saignée du bras qui agit comme moyen dérivatif.

Vous vous souvenez, sans doute, que je me suis prononcé contre ce traitement, à l'occasion de la métrite. L'inflammation de la matrice ayant une persistance plus marquée que la congestion, et les accidents auxquels elle expose les malades ayant une gravité bien plus grande, je pense qu'il faut d'abord avoir recours aux moyens les plus énergiques, c'est-à-dire, les plus propres à combattre les conséquences d'un état morbide toujours grave. Aussi ne doit-on pas reculer devant une saignée copieuse dans le traitement de la métrite. Je suis convaincu que les petites saignées du bras sont impuissantes dans ce cas ; elles affaiblissent les malades sans



hâter leur guérison. Les médecins qui les prescrivent sont forcés d'y avoir recours souvent et par cette répétition de la saignée, ils diminuent peut-être l'inflammation, mais ils épuisent plus sûrement la malade.

Pour la congestion, je suis loin d'avoir le même éloignement pour la saignée du bras. Cette maladie n'ayant pas la même ténacité que l'inflammation, cède souvent très-vite à ce moyen, auquel je n'ai, toutefois, recours que dans les cas où la congestion détermine une gêne et une sensation de pesanteur et de chaleur insupportables; jamais, je ne conseille la saignée, quand la congestion s'accompagne de manifestations hystériques.

Les révulsifs aux bras, aux avant-bras, sur les seins, sont particulièrement avantageux.

Contrairement à l'opinion d'Aran, je crois que l'hydrothérapie n'a pas moins d'efficacité contre la congestion pelvienne que pour combattre la métrite.

Tandis qu'il réserve ce moyen pour la forme chronique qui n'est, à mon avis, qu'une variété de l'inflammation de l'utérus, je prétends qu'elle est tout aussi utile dans la forme aiguë, à la condition toutefois que l'écoulement sanguin a disparu, ou ne s'est pas produit.

Les douches froides en jet sur tout le corps combattent les accidents nerveux qui compliquent si souvent la congestion pelvienne, et je ne crois pas que la thérapeutique possède un moyen qui puisse être comparé à l'hydrothérapie, quand il s'agit de prévenir le retour du molimen congestif.

Je ne peux pas abandonner ce sujet, sans vous parler de l'utilité des purgatifs. Je vous ai souvent montré que les femmes sont constipées, même lorsqu'elles croient avoir les intestins libres. Eh bien! il n'est pas de condition pire



que celle que la constipation crée pour les femmes qui sont sujettes à la congestion pelvienne. Sans effort d'imagination, vous comprendrez facilement que la circulation doit être gênée par les masses de matière fécale qui s'accumulent dans le rectum et dans l'S iliaque. C'est, sans aucun doute, une cause prédisposante de la congestion pelvienne; aussi est-il de toute nécessité, de prescrire des laxatifs souvent répétés aux femmes qui sont affectées de congestion de l'utérus et de ses annexes; les lavements sont toujours insuffisants, les laxatifs pris par l'estomac peuvent seuls atteindre le but qu'on se propose.

L'application du froid est d'une grande utilité pour combattre le molimen hémorrhagique et pour obtenir la terminaison par résolution. On a conseillé d'introduire des morceaux de glace dans le vagin; ce moyen est presque impraticable. Je lui préfère de beaucoup une vessie à moitié pleine d'eau et de glace, que l'on applique sur l'hypogastre.

Dans le même but, il est utile de prescrire de petits lavements froids, administrés matin et soir, comme topiques réfrigérants.

On conseille encore les bains de siège, mais ils ne peuvent combattre les congestions qu'à la condition d'être donnés à une température peu élevée, et dans ce cas, il est à craindre que les malades ne s'enrhument, car la toux est très-propre à augmenter la congestion. S'ils sont chauds, ils agissent en raison inverse du but que l'on se propose. Les grands bains peuvent, au contraire, rendre les plus grands services pour calmer la chaleur qui incommodé les femmes au début de la congestion. On y aura donc recours pour combattre les symptômes qui se



rapprochent le plus de ceux de l'inflammation. Les bains tièdes sont indispensables pour diminuer les accidents qui se produisent du côté de la vessie et du canal de l'urèthre; leur durée doit varier d'une à deux heures.

C'est plus tard, lorsque la congestion aura un caractère d'une moins grande acuité, que l'on devra avoir recours à l'hydrothérapie.

On conseille contre la congestion pelvienne, surtout quand elle se complique de leucorrhée, les bains sulfureux de Saint-Sauveur, de Cauterets, de Luchon, etc., ou bien les eaux alcalines, telles que Vichy, Pougues, etc. Les eaux trouvent évidemment leur application chez un grand nombre de femmes affectées de congestion pelvienne; mais d'une manière générale, je leur préfère les bains de mer. Il n'est pas rare de voir, après une saison passée aux bains de mer, cesser subitement les métrorrhagies qui se produisaient deux fois dans un mois et duraient de manière à épuiser les malades. Souvent même l'action est tellement marquée, que l'on voit des suppressions menstruelles, qui loin d'avoir le moindre inconvénient laissent aux malades le temps de réparer les forces qu'elles avaient perdues.

Quand l'hémorrhagie coexiste avec une augmentation notable de l'utérus, le seigle ergoté est un agent utile entre les mains des médecins qui savent s'en servir; on peut donner sans le moindre inconvénient 1 gramme de poudre de seigle ergoté en deux doses dans les 24 heures; on peut aller jusqu'à 2 grammes, quand la malade ne ressent pas de tranchées utérines. Quand les malades vomissent ou lorsque leur estomac supporte difficilement les médicaments, on peut injecter par une ponc-



tion hypodermique un ou deux grammes d'ergotine.

En parlant de la métrite, j'ai beaucoup insisté sur le repos prolongé et sur l'utilité de la station allongée. Tant que les femmes perdent du sang, dans la congestion, le repos et le décubitus dorsal sont impérieusement commandés. Pour combattre l'hémorrhagie, il est même utile que la malade ait la tête et la poitrine un peu déclives, tandis que le bassin est élevé; mais quand la crise est passée, il faut beaucoup plus tôt que pour la métrite permettre aux malades de sortir et d'aller à l'air et au soleil, pour prévenir l'anémie et les accidents nerveux qui sont une conséquence si fréquente de la congestion.

La maladie dont nous nous occupons en ce moment, étant sujette à des retours, le repos devra toujours être observé à l'approche de l'époque menstruelle et pendant toute sa durée.

Quand le seigle ergoté, la décubitus dorsal et l'application de la glace n'arrêtent pas la métrorrhagie, il faut se hâter d'y mettre fin, quand sa persistance deviendrait un danger.

Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à pratiquer le tamponnement vaginal; pour cela, la malade étant sur le bord de son lit, dans la position qui convient pour l'application du spéculum, on introduit cet instrument et on le remplit de boulettes de charpie attachées à un long fil qui ressemble alors à une queue de cerf-volant. A mesure que l'on pousse la charpie au fond du vagin, on retire peu à peu le spéculum; on continue le tamponnement jusqu'à ce que le vagin soit complètement rempli. Appliquant alors des compresses sur la vulve, on les y maintient à l'aide d'un bandage en T.



Quand le tamponnement a été pratiqué avec soin, il suffit souvent que la malade maintienne ses cuisses rapprochées, pour s'opposer à l'expulsion des boulettes de charpie.

Jusqu'ici je n'ai parlé que de la congestion active, j'aurai bien peu de chose à ajouter pour la *congestion passive*.

Je vous ai déjà dit que celle-ci résulte d'un obstacle au cours du sang, soit qu'une tumeur s'oppose à la circulation en retour, par la compression qu'elle exerce sur une ou plusieurs des grosses veines par lesquelles le sang doit être rapporté au cœur; soit qu'une lésion cardiaque, ou une maladie du foie gênent la circulation et produisent la stagnation du sang dans les veines des organes pelviens.

Dans l'un et l'autre cas, les symptômes de la congestion passive sont à peu près les mêmes : l'utérus devient plus volumineux, son col est violacé et mou. Le corps utérin lui-même est assez mollassé pour que, par le toucher et le palper abdominal, l'on puisse reconnaître cette consistance.

La vulve est tuméfiée et rouge; des veines sous-cutanées acquièrent en ce point des dimensions exagérées; presque toujours, dans ces cas, les veines du rectum deviennent variqueuses, et si les hémorroïdes existent déjà depuis longtemps, elles forment un bourrelet violacé qui ne cause pas des douleurs proportionnées à son volume. Cette quasi-indolence des bourrelets hémorroïdaux ayant acquis un développement considérable, est le caractère différentiel par excellence de la congestion passive.

La métrorrhagie peut se produire dans cette maladie,



mais rarement elle est aussi abondante que dans la congestion active. Les organes pelviens sont congestionnés d'une manière continue, sans que l'on observe les intermittences sur lesquelles nous avons insisté en parlant de la forme active. Tandis que dans la congestion active, il peut y avoir des palpitations passagères, des spasmes, des troubles nerveux, etc., dans la forme passive qui est liée à une affection du cœur, les troubles de la circulation cardiaque sont continus et se manifestent à l'auscultation. Jamais la vessie et l'urèthre ne deviennent le siège d'une douleur vive, et la miction ne s'accompagne ni de ténesme, ni d'une sensation qui rappelle la douleur cuisante de la blennorrhagie.

Tous ces symptômes et la coexistence d'une tumeur pelvienne ou d'une affection qui s'oppose au retour du sang veineux vers le cœur suffiront pour établir le diagnostic.

Le pronostic varie suivant la gravité de la maladie dont la congestion passive n'est que la conséquence.

Le traitement n'est que palliatif tant que la cause qui a produit la congestion passive n'a pas disparu. On ne peut pas grand'chose contre cette maladie, quand elle dépend d'une affection du cœur, dont elle n'est qu'une complication. Il n'en est pas de même, quand elle est la conséquence d'une tumeur pelvienne : dans ce cas, on peut diminuer la congestion en recommandant une station allongée dans laquelle le bassin devient plus élevé que le reste du tronc. Tant que cette position est observée, les organes hyperémiés se dégorgent et la couleur violacée du col de l'utérus et de la vulve disparaît. Quand les malades doivent marcher, car s'il est bon qu'elles restent longtemps allongées, il est indispensable qu'elles se



lèvent et qu'elles se promènent, il est absolument indispensable qu'elles aient le ventre soutenu par une ceinture. Autrefois, on appliquait une ceinture hypogastrique à plaque, qui soutient vigoureusement les intestins et les empêche de peser sur la matrice et ses annexes; mais elle est lourde et toutes les malades ne peuvent pas la supporter. Une ceinture en tissu élastique suffit, le plus souvent. C'est contre les hémorrhagies de la congestion passive, qu'il est utile surtout de recourir à l'application d'un sac d'eau chaude sur les reins, moyen préconisé dans ces derniers temps pour combattre les métrorrhagies opiniâtres.

Je ne vous ai parlé que de la congestion passive symptomatique d'une autre maladie, on en admet pourtant une autre forme qui succéderait à la congestion active. J'avoue qu'il m'est impossible de reconnaître ces variétés qui ne me paraissent pas constituer des maladies différentes; elles ne sont que des phases diverses d'une même affection.

#### **Engorgement de l'utérus.**

Il y a trente ou quarante ans, les médecins qui s'occupaient des maladies de l'utérus, faisaient jouer le rôle le plus important à l'*engorgement*.

Aujourd'hui, il est un certain nombre d'auteurs qui n'en parlent plus. D'où vient ce changement? On peut l'attribuer, je crois, aux progrès de l'anatomie pathologique. A l'époque où Lisfranc décrivait les *engorgements*, il paraissait à peine soupçonner l'existence des différentes formes de la métrite. Dans un premier paragraphe de ses



deçons publiées par Pauly, il décrit : 1° la subinflammation sans changement appréciable de l'utérus ; 2° les engorgements proprement dits dans lesquels il comprend : l'*hypertrophie simple*, l'*engorgement blanc simple*, l'*engorgement squirrheux* et enfin l'*induration tuberculeuse*.

Vous comprendrez sans peine que cette confusion n'est plus possible aujourd'hui. Il ne faut pas qu'un caractère commun à plusieurs maladies essentiellement différentes, nous égare au point que nous le prenions pour base d'une classification nosologique. Voyez où nous serions amenés par cette méthode : toutes les affections susceptibles de donner lieu à l'engorgement dans une phase quelconque de leur évolution, devraient être décrites dans le même chapitre.

Le mot engorgement, ayant été admis dans la science, devint très-commode pour les médecins qui ne tiennent pas à la précision du diagnostic. L'engorgement de l'utérus, l'engorgement des ovaires étaient les diagnostics le plus souvent admis !

Depuis plus de vingt ans déjà, la lumière s'est faite et les médecins instruits rougiraient de ne pas préciser mieux l'idée qu'ils conçoivent de l'état d'une femme qu'ils ont examinée.

Il n'est personne, je crois, qui, de nos jours, ne reconnaisse que l'engorgement de l'utérus est le plus souvent une forme de la métrite parenchymateuse ; mais tout le monde n'admet pas que l'engorgement ne soit qu'un caractère de l'inflammation. M. Courty, par exemple, n'hésite pas à lui reconnaître la qualité d'entité morbide au même titre qu'à la congestion et à la fluxion. Pour cet auteur : « l'*engorgement* de l'utérus n'est pas caractérisé



purement et simplement par l'augmentation de volume de l'organe; il l'est encore par la durée et surtout par la nature de cette tuméfaction. »

A côté de cette opinion, j'ai besoin de placer celle de Velpeau dont l'autorité scientifique a été reconnue pendant le quart de siècle qui vient de s'écouler. « Je déclare, disait-il à l'Académie de médecine (8 octobre 1849), que pour ma part, je n'ai jamais vu d'engorgements chroniques de la matrice », et il ajoutait : « Je défie que l'on me montre un engorgement chronique de la matrice sur le cadavre; il est bien entendu que je n'entends parler que de l'engorgement chronique simple et que je mets hors de cause les tumeurs fibreuses, les cancers, les fungus, les kystes et les phlegmasies aiguës ou sub-aiguës. »

Quelle distance il y a entre l'opinion de Velpeau et celle que M. Courty professe ! Tandis que le professeur de Montpellier admet l'engorgement chronique comme entité morbide, c'est-à-dire indépendant de toute inflammation, Velpeau ne voulait même pas reconnaître qu'il y eût un engorgement dépendant d'une métrite chronique !

Disons de suite que cette dernière opinion est marquée au coin de la plus grande exagération. Si vous vous reportez à ce que nous avons dit de la forme chronique de la métrite, vous comprendrez pourquoi nous ne pouvons admettre que l'on révoque en doute l'existence *d'un état pathologique ayant suivi la marche d'une affection chronique et caractérisé par l'accroissement de volume et de poids, l'épaississement des parois, la densité et la fermeté augmentées du tissu, celui-ci étant dépourvu de rougeur ou même quelquefois décoloré*, car c'est la terminaison par induration de la métrite chronique.



Huguier ne se contentait pas d'admettre l'existence de l'engorgement symptomatique ; comme M. Courty et avant lui, il avait professé qu'il constitue *une altération complexe et intermédiaire à l'inflammation chronique et à l'hypertrophie simple*. Pour lui, les engorgements de l'utérus, mais principalement ceux du col, sont après la métrite sub-aiguë, la métrite chronique et les follicules utérins, les affections les plus fréquentes de cet organe dans les grandes villes (*Gaz. méd.*, 1849, p. 847). Mais pas plus que M. Courty, il n'a prouvé que cet état existe indépendamment de toute phlegmasie.

M. Gallard a réfuté cette opinion en opposant aux partisans de l'engorgement autonome la définition que M. Robin a donnée de l'engorgement et de l'inflammation ; et de ce rapprochement il conclut que : « *l'engorgement non-inflammatoire ne se rencontre dans l'utérus que dans les cas d'œdème ou de stase sanguine, résultant soit d'une altération du sang, soit d'une maladie du cœur, soit d'oblitération vasculaire et ne peut, par conséquent, pas être décrit comme une maladie propre de cet organe, puisqu'il n'y existe qu'à la condition de se produire, simultanément, sous l'influence de la même cause, dans d'autres organes.* » (Gallard, p. 266.)

En voilà bien assez, ce me semble, pour que je sois en droit de me dispenser de vous décrire les signes d'une affection dont l'existence est si contestée. Mais je ne veux pas finir ce chapitre, sans vous rappeler ce que je vous ai dit précédemment en parlant de la métrite (page 142).

En dehors de la maladie que les auteurs ont désignée sous le nom d'engorgement de l'utérus, il existe un état particulier de cet organe, dans lequel je trouve une aug-



*mentation de volume, une infiltration de son tissu*, sans aucun des éléments de l'inflammation et sans qu'il soit la terminaison d'une phlegmasie aiguë ou chronique.

C'est ce que l'on observe après l'accouchement, lorsque la matrice étant inerte, cesse de se contracter avant que son tissu soit revenu dans les conditions qui constituent l'état normal de l'utérus. L'utérus conserve alors un volume qui est souvent presque double de celui qu'il devrait avoir; ses parois sont épaisses, son tissu n'est pas dur, mais il est infiltré de lymphes et de sérosité qui ne sont le produit ni de l'inflammation, ni d'une congestion active aiguë.

Peut-être pourrait-on ranger cet état dans la classe des congestions passives; mais, depuis longtemps, j'ai pris l'habitude de vous le désigner sous la dénomination d'*engorgement post-puerpéral*. Je mets de côté, bien entendu, les cas dans lesquels l'inflammation s'est opposée à la rétraction des parois de l'utérus; je ne veux parler que de l'engorgement qui résulte de l'inertie des fibres musculaires qui président à la contraction de cet organe. Eh bien! cet état, sous quelque nom que vous le désigniez, mérite une description particulière.

Il m'est démontré que la matrice conserve un volume anormal, depuis le moment de la parturition jusqu'à l'époque de la réapparition des règles, dans les cas même où tout s'est passé régulièrement, sans douleur utérine, sans hémorrhagie, alors même que les accouchées n'ont rien fait qui soit de nature à retarder le travail de reconstitution de l'état normal de l'utérus. Vous pouvez voir en ce moment, à la salle Saint-Maurice, une femme qui est accouchée depuis trente-quatre jours;



elle n'est pas malade, mais sa matrice est lourde et volumineuse. En la touchant par le vagin, on reconnaît que le corps de l'utérus remonte, jusqu'au-dessus de la branche horizontale du pubis et que la moitié de la dernière phalange de l'index entre facilement dans le col. Par l'hystérométrie, on constate que le diamètre vertical de la cavité utérine est augmenté de deux centimètres. Comme l'hystéromètre peut tourner sur lui-même sans rencontrer le moindre obstacle, on est autorisé à soutenir que l'augmentation de volume a persisté dans le sens de tous les diamètres de l'organe.

Cette femme n'est pas affectée de métrite. Elle n'a ni douleur, ni chaleur; un écoulement muqueux jaunâtre pourrait seul être pris pour un indice d'inflammation, mais il est bien évident qu'il est dû à cette sécrétion qui succède à l'écoulement sanguin des lochies.

Si l'on examine l'utérus d'une femme morte, peu de temps après un accouchement, d'une maladie accidentelle ou intercurrente, la matrice a un volume en raison inverse du temps qui s'est écoulé.



## NEUVIÈME LEÇON

### PHLEGMON DES LIGAMENTS LARGES.

La pathologie utérine est entourée de difficultés que l'on rencontre à chaque pas. J'ai soulevé devant vous toutes les questions litigieuses qui se rattachent à l'histoire de la congestion pelvienne. Vous avez pu vous faire une idée des dissidences qui existent entre les auteurs les plus estimés qui ont écrit sur ce sujet. Je ne sais si je suis parvenu à éclaircir pour vous les points en litige. Je vous ai donné mon appréciation qui repose sur de longues études, sans prétendre à l'infailibilité.

Je voudrais en avoir fini avec toutes ces controverses. Malheureusement, nous avons encore à étudier bien des opinions contradictoires.

Le phlegmon des ligaments larges a été longtemps confondu avec les autres inflammations qui se développent autour ou au voisinage de la matrice. Si, à l'exemple de quelques auteurs, nous nous contentions de décrire l'*inflammation peri-utérine*, sans faire les divisions dont on a besoin pour préciser le diagnostic, ma tâche serait singulièrement simplifiée. On peut, en effet, confondre sous cette dénomination générale, le phlegmon des li-



gaments larges, le phlegmon de la fosse iliaque, la pelvi-péritonite, etc., sans se préoccuper de savoir si les traits qui les distinguent ne sont pas aussi tranchés que ceux qui peuvent les faire comprendre dans une même description.

Il n'y a pas longtemps, toutes ces maladies étaient confondues. En 1839, Grisolles, qui déjà était un clinicien éminent, publiait dans les *Archives de médecine* un mémoire très-remarquable, dans lequel on trouve les qualités qui distinguent les grands praticiens. Eh bien, à cette époque, on trouvait tout naturel que les phlegmons iliaques et la péri-typhlite fussent confondus avec le phlegmon des ligaments larges.

Grisolles se contente de dire que les phlegmons qui se produisent peu de temps après l'accouchement, ont le plus souvent leur siège dans le ligament large; mais, une fois cette distinction étiologique établie, il ne croit pas qu'il soit utile de décrire à part une inflammation qui a un siège spécial, et nettement déterminé, bien que la cause sous l'influence de laquelle elle prend naissance, diffère de celles qui sont indiquées pour le phlegmon iliaque.

Il y a à peine une trentaine d'années que les travaux de Nonat et de Valleix attiraient l'attention du monde médical sur cette maladie. Depuis cette époque, MM. Bernutz et Goupil, Noël Gueneau de Mussy, Frarier, etc., ont publié des mémoires connus de tout le monde, et qui ont jeté sur ce sujet de nouvelles lumières.

Avant de décrire le phlegmon du ligament large, il faut que je vous rappelle succinctement la disposition anatomique de cette partie importante des organes sexuels de la femme.



Le petit bassin est divisé transversalement par un repli qui le sépare en deux parties : l'une comprenant l'utérus et ses annexes, le vagin et la vessie ; l'autre, destiné à recevoir le rectum et les anses intestinales qui s'appliquent contre la matrice.

Ce repli a une configuration qui mérite d'attirer notre attention. En haut, son bord est divisé en trois replis dans lesquels nous trouvons, d'avant en arrière, le ligament rond, la trompe de Fallope et l'ovaire.

La trompe occupe la partie la plus élevée du ligament, elle est comme la continuation du bord supérieur de l'utérus.

L'ovaire est placé plus bas et en arrière. Le repli dans lequel sont enveloppés les faisceaux fibreux et musculaires, qui constituent le ligament rond, présente un intérêt particulier pour l'étude du phlegmon du ligament large. Il se dirige obliquement vers le canal inguinal qu'il parcourt pour venir s'insérer en partie à l'épine du pubis, et en partie s'étaler dans le tissu cellulo-fibreux du mont de Vénus.

Les ligaments larges se dirigent transversalement d'un côté du petit bassin à l'autre. Placés verticalement, ils renferment, entre les feuillets dont ils sont composés, l'utérus, son col et la partie supérieure du vagin.

Les auteurs disent qu'ils sont constitués par un double feuillet du péritoine, qui, après avoir tapissé les faces antérieure et postérieure de la matrice, vient s'insérer en dehors à la paroi externe du petit bassin.

Des deux feuillets du péritoine qui composent les ligaments larges, l'antérieur se porte sur la vessie et sur le muscle obturateur, et se continue avec celui qui tapisse



la face postérieure du pubis; le postérieur se continue avec le péritoine qui recouvre le plexus sacré.

Quand on étudie avec plus de soin, on reconnaît que les ligaments larges ne sont pas uniquement constitués par un repli du péritoine. J'avais été plus d'une fois frappé de la facilité avec laquelle on sépare le feuillet péritonéal de ces ligaments sans modifier leur forme, et faisant l'application d'une loi générale bien connue, j'étais convaincu que des vaisseaux importants et nombreux ne pouvaient pas exister dans les ligaments larges, sans qu'ils y fussent enveloppés par une lamelle cellulo-fibreuse, lorsque Jarjavay, alors aide d'anatomie, démontra, sur des pièces fraîches et sur des pièces desséchées, que les feuillets du péritoine sont doublés d'aponévroses minces qui ont une importance réelle au point de vue de la contention de la matrice.

D'après cet auteur, « les deux lames fibro-celluleuses qui constituent la charpente des ligaments larges, sont réunies par leur bord supérieur qui *n'atteint pas* à la hauteur du bord supérieur du repli séreux, mais seulement jusqu'au niveau du col utérin. En bas, elles s'écartent : l'antérieure tombe sur le bord postérieur de l'aponévrose supérieure du muscle releveur de l'anus; la postérieure se replie en arrière pour se continuer avec l'aponévrose sous-péritonéale de la région sacro-sciatique.

» Les bords internes de ces lames tombent sur le vagin; le bord externe de l'antérieure, sur le bord postérieur de l'aponévrose du muscle obturateur interne, et le bord externe de la postérieure se replie encore en arrière pour se continuer avec l'aponévrose de la région sacro-sciatique.....



» Au-dessus des deux bords supérieurs réunis des aponévroses précédentes, les replis péritonéaux contiennent du tissu cellulaire où rampent des vaisseaux. On voit encore entre les deux feuillets séreux, au voisinage de l'ovaire et de l'extrémité frangée du pavillon, un appareil tubuleux, vestige du corps de Wolf et connu sous le nom d'appareil de Rosenmuller. » (*Traité d'anat. chirurg.* p. 596.)

Cette description est conforme à ce que j'ai moi-même observé, lorsque je disséquais ces organes. Malheureusement, il est un point sur lequel mes souvenirs ne sont pas assez précis et sur lequel Jarjavay ne donne pas de renseignements suffisants :

Si le feuillet antérieur tombe en dehors sur l'aponévrose du muscle obturateur interne, et si le bord externe du feuillet postérieur se continue avec l'aponévrose de la région sacro-sciatique, il y a donc un intervalle dans lequel le tissu cellulaire du ligament large peut faire suite à celui qui existe en dehors du péritoine au niveau de la fosse iliaque ? On aurait ainsi l'explication de la propagation de l'inflammation du tissu cellulaire du ligament large au tissu de l'autre région. Eh bien, je crois qu'il en est autrement. Si mes souvenirs sont exacts, le ligament large forme une cavité close en dehors, par suite de l'insertion des bords externes de ses feuillets fibreux sur les aponévroses obturatrice et sacro-iliaque.

L'intervalle des feuillets du ligament large est rempli par du tissu cellulaire, par de nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques et par des nerfs.

Ce qui frappe le plus lorsque l'on étudie cette région chez une femme nouvellement accouchée, c'est l'intrica-



tion des veines dilatées qui font en ce point un véritable plexus que les anatomistes comparent au plexus pampiniforme. Elles appartiennent au vagin, au col et au corps de l'utérus, à l'ovaire et à la trompe; elles sont dépourvues de valvules, disposition qui permet le reflux du sang veineux du centre à la périphérie.

Le tissu cellulaire qui les enveloppe se continue avec celui qui existe sur les bords de l'utérus et avec celui que l'on voit sur la ligne médiane près de l'insertion du vagin sur le col de la matrice.

ÉTIOLOGIE. — Le plus ordinairement, le phlegmon du ligament large apparaît peu de jours après l'accouchement. Le temps qui s'écoule entre la délivrance de l'accouchée et les premiers symptômes de la maladie, varie de deux à vingt jours (Frarier). La plupart des auteurs se contentent d'indiquer cette cause, sans chercher à en préciser le mécanisme. M. Noël Gueneau de Mussy, dans un excellent travail publié dans les *Archives générales de médecine* en 1867, s'est efforcé de prouver que la déchirure du col de l'utérus est la cause efficiente du phlegmon du ligament large. Ayant observé que fréquemment on trouve, par le toucher vaginal, une bride fibreuse allant de la commissure gauche du museau de tanche à la paroi correspondante du vagin, il en a conclu que c'est l'indice d'une déchirure produite pendant l'accouchement. Rapprochant ensuite cette circonstance du siège du phlegmon, qui existe plus souvent à gauche qu'à droite, il n'a pas hésité à voir dans cette coïncidence de la fréquence de la déchirure du col à gauche une preuve de l'influence de l'une sur la production de l'autre.

Il n'est pas de médecin qui n'ait constaté cette cicatrice



du col et qui n'ait acquis la preuve qu'elle est la conséquence d'une déchirure. Cela s'observe surtout chez les femmes qui sont mal dirigées pendant le travail de l'accouchement. Cette opération doit se faire lentement, sans que la malade fasse d'autres efforts que ceux qui lui sont commandés par la douleur et la sensation d'un corps qui tend à sortir. Malheureusement, par ignorance ou pour se débarrasser elles-mêmes plus promptement, quelques sages-femmes conseillent de *pousser* dès le commencement du travail. Quand les femmes qui accouchent sont affaiblies, elles ne tardent pas à être épuisées de fatigue. Dans ce cas, il faut bien abandonner la fonction à la nature; mais, quand elles sont douées d'une constitution vigoureuse, leurs efforts rompent l'obstacle que les bords du col dilaté d'une manière insuffisante opposent au passage du fœtus. C'est ordinairement au point qui correspond à la commissure gauche du museau de tanche que la déchirure se produit.

Le travail inflammatoire qui succède à ce traumatisme paraît à M. Noël Gueneau de Mussy de nature à expliquer la production du phlegmon du ligament large. Je ne repousse pas cette explication, bien qu'on puisse lui faire quelques objections : ne pourrait-on pas se demander, en effet, pourquoi la déchirure ne donne pas lieu immédiatement à des accidents; pourquoi, si la déchirure arrive jusqu'au tissu cellulaire qui entoure le col de la matrice, il ne se fait pas en ce point un épanchement sanguin; pourquoi un travail de réparation qui ne donne lieu qu'à une exsudation plastique va produire du pus dans le ligament large qui n'a pas été compris dans la déchirure et pourquoi ce n'est pas le tissu de l'utérus déchiré qui devient le siège



de l'inflammation; pourquoi le travail de restauration reste dans les limites de la physiologie pathologique, tandis qu'il aboutit à la suppuration dans le ligament large? (Voir plus loin la leçon sur l'*adéno-lymphite rétro-pubienne*.)

Je ne crois pas que ces objections soient suffisantes pour détruire l'hypothèse de M. Gueneau de Mussy. Mais, il faut bien le reconnaître, cette déchirure serait bien plus propre à donner naissance à une lymphite qu'à un phlegmon.

Il est incontestable que cette déchirure ajoute à l'espèce de traumatisme existant déjà par le fait de l'accouchement, et si, comme je le crois, cette lésion existe plus fréquemment du côté où le phlegmon se produit le plus souvent, il est bien difficile de ne pas admettre dans ce cas une relation de cause à effet.

M. Frarier, qui a fait une thèse intéressante sur le phlegmon du ligament large, pense qu'il se produit dans les vaisseaux des oblitérations que nécessite le travail par lequel l'utérus doit revenir à son volume normal. Pour lui, c'est l'exagération de ce travail régressif qui donnerait lieu au phlegmon du ligament large.

Cette explication est insuffisante; mais la déchirure du col n'est pas la seule cause de la maladie qui nous occupe; autrement, il faudrait soutenir que le phlegmon n'a jamais été observé en l'absence de cette lésion.

Je n'ai pas la prétention de prouver expérimentalement que la compression exercée par l'utérus sur le tissu cellulaire du ligament large est la cause du phlegmon de cet organe; mais, si le traumatisme peut être invoqué, il me semble impossible de se soustraire à l'idée qu'une vio-



lence exercée pendant plusieurs heures sur le tissu cellulaire placé entre l'aponévrose supérieure du périnée et l'utérus, est apte à y développer une inflammation. Il est bien plus facile de comprendre comment le tissu cellulaire s'enflamme par cette pression continue que de s'expliquer comment il n'est pas mortifié. Si l'on tient compte de la dilatation des veines du plexus utéro-ovarien et si l'on se souvient de l'influence que les varices des jambes ont sur l'inflammation de la peau et sur la production des ulcères, on comprendra que des veines nombreuses, souvent variqueuses après la gestation, doivent singulièrement prédisposer à l'inflammation le tissu cellulaire au milieu duquel elles sont situées.

On a dit que l'accouchement est la condition indispensable à la production du phlegmon du ligament large. Trop exclusive, cette opinion est rejetée par les médecins qui ont longtemps étudié la question. S'il est vrai que le plus souvent c'est peu de jours après l'accouchement que l'inflammation du ligament large se produit, il est incontestable qu'elle peut naître en dehors de la parturition.

Bien que Grisolle ait nié l'influence de la constipation sur le développement du phlegmon iliaque (on sait qu'il comprend le phlegmon du ligament large dans sa description), je suis convaincu que la constipation opiniâtre que l'on observe chez certaines femmes est une des causes de l'inflammation du ligament large, et je suis porté à croire que la compression exercée par l'S iliaque remplie de matière fécale, peut servir à expliquer pourquoi le phlegmon du ligament large est plus fréquent à gauche qu'à droite.



*Symptômes.* — Quand le phlegmon apparaît après l'accouchement, il s'annonce par de la douleur dans la région iliaque du côté malade. Cette douleur s'exaspère par les mouvements. En même temps, la malade se plaint d'un malaise général et d'inappétence. Rarement le début de la maladie est caractérisé par le frisson que l'on observe dans d'autres affections qui n'ont pas plus de gravité; mais le pouls est fréquent, la peau chaude, la langue sèche, la malade est sans force.

Si à ce moment l'on palpe l'abdomen, la pression au-dessus du ligament de Fallope augmente la douleur, et la paroi abdominale se contracte de manière à empêcher la main de circonscrire la partie malade. Avec le doigt indicateur introduit dans le vagin, on constate une tuméfaction au niveau du cul-de-sac latéral correspondant. C'est tout ce que l'on observe au début de l'affection et il faut, pour que l'on soit appelé à cette période de l'évolution du phlegmon du ligament large, que la malade n'ait pas cessé de recevoir les soins du médecin qui l'a accouchée; car, comme la douleur n'est pas très-vive, les femmes se font facilement illusion sur les conséquences de ce qu'elles regardent comme une simple indisposition.

Quelques jours plus tard, on constate l'existence d'une véritable tumeur occupant le cul-de-sac latéral correspondant, et, si l'on combine la palpation abdominale avec le toucher, on reconnaît assez facilement que cette tumeur se prolonge dans la direction du ligament large. Le plus souvent, le fond du cul-de-sac est déprimé en bas, de manière à ce que la paroi du vagin se continue directement de dehors en dedans avec la partie libre du museau de tanche. On dit dans ce cas que le cul-de-sac est effacé.



La consistance de cette tumeur contraste avec celle du col. Tandis que le col est mollassé, la tumeur offre une résistance assez grande au doigt qui la presse.

La paroi correspondante du vagin est comme œdématisée dans une étendue qui peut varier, mais qui souvent est de deux à trois centimètres. La tumeur est directement appliquée sur le col du côté malade. Le plus souvent, elle se prolonge un peu en avant du col, où elle se termine.

On n'observe ni ballonnement ni déformation du ventre, si ce n'est un peu de voussure au voisinage du ligament de Fallope. Voilà ce que nous apprend le toucher vaginal combiné avec la palpation du ventre.

Par le toucher rectal on constate peut-être plus facilement que la tumeur est sur le même plan que la face postérieure de l'utérus et qu'elle se prolonge dans la direction du ligament large.

Dans les premiers jours, la tumeur offre de la résistance sous le doigt qui la presse; mais pas de fluctuation. A cette époque, il n'y a pas encore de pus formé; plus tard, quand la maladie se termine par suppuration, la fluctuation peut être perçue dans le vagin, si l'évacuation de l'abcès doit se faire de ce côté; il peut en être autrement quand l'ouverture a de la tendance à se faire du côté de la paroi abdominale.

Il est une autre sensation sur laquelle ont insisté la plupart des auteurs qui ont écrit récemment sur le phlegmon du ligament large. Bernutz la compare à celle que donne le contact d'un poumon hépatisé.

Œdématisée dans les premiers jours, la portion de la paroi du vagin qui avoisine le col de l'utérus s'épaissit et



s'indure. Cette partie indurée se prolonge de bas en haut, et la sensation qu'elle donne au toucher est perçue à travers la paroi abdominale au-dessus du ligament de Fallope. La main qui explore cette région sent que la paroi abdominale fait corps avec la tumeur aplatie que l'on a désignée sous le nom de *plastron*. Les médecins qui ont injecté le système artériel avec du suif fondu et qui ont observé des ruptures des vaisseaux de l'abdomen savent que l'on constate souvent alors des plaques dures, aplaties, dont les bords sont nettement distincts à travers la paroi abdominale. Quand on palpe l'abdomen au-dessus du ligament de Fallope chez une femme affectée de phlegmon du ligament large, on a absolument la sensation que donne sur le cadavre le suif figé d'une injection qui a rompu les vaisseaux de la cavité abdominale.

Cette tumeur, en plaque ou en *plastron*, est comme collée contre la branche horizontale du pubis. Tant que l'inflammation est bornée à la partie la plus voisine du col de l'utérus, ce rapprochement n'a pas lieu ; il ne s'effectue, je crois, qu'autant que le phlegmon s'étend vers le repli qui enveloppe le ligament rond. Sous l'influence de l'inflammation, le ligament large est attiré vers l'épine du pubis ou une partie du ligament rond prend insertion.

La direction de l'utérus ne tarde pas à être modifiée. Suivant M. Gueneau de Mussy, la matrice est rapprochée du côté où le phlegmon s'est produit, il donne de ce fait qu'il croit constant, l'explication suivante : les parois antérieure et postérieure du ligament large étant écartées l'une de l'autre par le tissu cellulaire qu'elles renferment et que l'inflammation tuméfiée, leurs extrémités doivent



tendre à se rapprocher; l'extrémité externe étant fixée à la paroi du petit bassin, c'est l'extrémité interne qui doit céder, et elle ne peut se rapprocher de l'externe qu'en entraînant l'utérus de ce côté. C'est une explication ingénieuse, mais que les faits m'ont paru contredire; dans un certain nombre de cas, j'ai constaté, en effet, que l'utérus est poussé en sens inverse, même à l'époque où la tumeur formée par le phlegmon est très-volumineuse.

Peut-être M. Gueneau de Mussy a-t-il eu tort de ne pas distinguer l'époque de la déviation. Je crois, en effet, qu'au moment où la tumeur disparaît, sous l'influence de la rétraction des tissus qui ont été le siège de l'inflammation, l'utérus est attiré du côté malade. Toutefois, ce déplacement de l'utérus n'est pas constant.

Quand la maladie existe depuis longtemps, le visage des malades porte l'empreinte que les longues souffrances laissent après elles; mais ce n'est pas la physionomie grippée de la péritonite, ni celle qui est propre à la métrite chronique.

La douleur varie suivant la période de la maladie : au début, elle est un peu gravative; elle s'accompagne de battements et d'élancements, à l'époque où le pus commence à se produire. A ce moment, les malades se plaignent de frissons erratiques qui passent inaperçus pour celles qui ne s'observent pas ou qui sont habituées à souffrir.

*Terminaison.* — Le phlegmon du ligament large peut se terminer par résolution. On observe cette terminaison plus souvent que ne paraissent le croire la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet. C'est que, pour juger cette question, il faut distinguer avec soin les faits dans



lesquels les malades reçoivent des soins dès qu'elles ressentent les premières atteintes du mal, et ceux dans lesquels on n'observe le phlegmon qu'à une période avancée de la maladie.

Le plus souvent, la maladie se termine par suppuration, et alors l'ouverture de l'abcès se fait tantôt par la paroi abdominale, un peu au-dessus du ligament de Fallope, tantôt dans le vagin, le rectum ou la vessie.

Les auteurs qui ont écrit, il y a quelques années, admettent que le phlegmon du ligament large se propage souvent à la fosse iliaque par continuité de tissu. J'avoue que je ne comprends pas bien cette propagation. Si vous vous rappelez ce que je vous ai dit de la disposition anatomique du ligament large, vous vous demanderez comment le tissu cellulaire qui est enveloppé de toutes parts par des feuillets aponévrotiques, peut se continuer avec celui qui est placé dans la fosse iliaque au-dessous du péritoine; or c'est cette continuité du tissu cellulaire des deux régions qui sert à expliquer la propagation de l'inflammation phlegmoneuse.

Je ne connais pas de faits qui autorisent à soutenir cette propagation. Sans doute, il existe, dans la science, un certain nombre d'observations dans lesquelles le pus d'un phlegmon du ligament large s'est fait jour dans la fosse iliaque; mais ici, ce n'est plus seulement l'inflammation qui se propage, c'est un abcès qui se fait jour à travers une aponévrose, ce que nous observons d'ailleurs alors que c'est par la paroi abdominale que le pus arrive au dehors.

On comprend la propagation par voisinage, mais je doute que l'on soit en état de prouver que l'inflammation



du tissu cellulaire du ligament large se soit jamais propagée au tissu cellulaire de la fosse iliaque avant la période de la suppuration. Il est un autre phlegmon qui offre le plus grand intérêt, et qui semble bien prouver que cette propagation est du moins difficile. Assez souvent il se forme dans la loge cellulo-graisseuse qui enveloppe le rein une inflammation qui se termine par suppuration. J'ai observé bon nombre de ces abcès, j'en ai vu qui avaient acquis un développement énorme et qui restaient bornés par l'enveloppe dans laquelle ils s'étaient formés.

Pourquoi, dans ces cas, l'inflammation ne se propage-t-elle pas au tissu cellulaire voisin? Il semble que la barrière à l'extension soit bien plus facile à franchir que celle qui est formée par le ligament large, et pourtant l'abcès périnéphrique n'a pas la moindre tendance à s'étendre dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

*Diagnostic.* — Les signes du phlegmon du ligament large sont assez précis pour que le diagnostic n'offre pas de très-grandes difficultés. Cela est vrai d'une manière générale; mais il y a tant de degrés dans cette maladie et dans celles avec lesquelles elle peut être confondue, que bien souvent, au lit du malade, il est difficile de dire à quelle lésion doit être rapportée la tumeur que l'on constate au voisinage de l'utérus. Sans doute, quand la tumeur est appliquée contre la branche horizontale du pubis, quand sa consistance est telle qu'il lui a valu d'être comparée à un plastron qui s'oppose à ce que les doigts la dépriment; lorsque surtout le cul-de-sac latéral du côté malade est effacé par la tuméfaction extra-vaginale,



et que la partie voisine du vagin est le siège d'un empâtement qui donne au toucher la sensation d'un œdème dur, on n'a pas grand mérite à reconnaître l'existence d'un phlegmon du ligament large (1).

Le diagnostic est encore plus facile, quand on sait que la malade est accouchée peu de jours avant qu'elle ait ressenti les premiers symptômes de sa maladie. Mais il ne faut pas croire que ce soit toujours aussi facile. Les signes du phlegmon du ligament large ne sont aussi nets et aussi tranchés que lorsque la maladie existe déjà depuis quelques jours. Au début, l'œdème dur du vagin et la tumeur en plastron au-dessus du ligament de Fallope ne sont pas encore appréciables.

La douleur pourrait donner l'idée d'une ovarite ou d'une inflammation de la trompe. Il est à peu près impossible de distinguer cette dernière maladie du phlegmon à son premier jour. L'ovarite se distingue plus facilement : par le toucher vaginal combiné avec le palper de l'abdomen, on constate l'augmentation du volume de l'ovaire qui est très-accessible par cette exploration; en même temps que l'on reconnaît la tuméfaction de l'ovaire, le toucher éveille dans cet organe, et non au voisinage, une douleur très-vive.

La pelvi-péritonite est la maladie qu'il est le plus facile de confondre avec le phlegmon du ligament large, et cette difficulté est encore augmentée par le danger qu'il y aurait à explorer, sans les plus grandes précautions, les parties qui sont le siège de la lésion.

(1) On verra plus loin, à l'article *adéno-lymphite pre-pubienne*, qu'il est loin d'être prouvé que ces signes n'appartiennent qu'au phlegmon du ligament large.



Dans le plus grand nombre des cas, on peut pourtant savoir à quoi s'en tenir; en effet, tandis que dans le phlegmon du ligament large la tumeur est transversale et collée contre la branche du pubis, existant d'un seul côté et faisant au-dessus du ligament de Fallope une saillie appréciable par le palper abdominal, la tumeur formée par une pelvi-péritonite est le plus souvent placée, plus ou moins, sur la ligne médiane, et par conséquent la main peut constater son existence derrière la vessie, tantôt au-devant, mais plus souvent en arrière du corps de la matrice; très-fréquemment, la tumeur formée par la pelvi-péritonite fait une saillie très-appréciable dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

Vous vous souvenez que j'ai beaucoup insisté sur un signe important du phlegmon du ligament large. Je veux parler de l'effacement du cul-de-sac latéral qui correspond au côté malade. Je maintiens que c'est un excellent guide, mais seul il ne suffirait pas pour établir le diagnostic; car vous verrez, quand nous nous occuperons de la pelvi-péritonite, que les culs-de-sac du vagin peuvent être refoulés en dedans par la tumeur péritonéale qui se produit à leur voisinage, mais l'effacement des culs-de-sac n'est pas aussi complet que dans le phlegmon et rarement il est, comme dans cette dernière maladie, aussi nettement limité à un seul côté. Le plus ordinairement, la tumeur forme comme une espèce de gangue (pour employer l'expression de MM. Bernutz et Goupil) dans laquelle la matrice est contenue et immobile.

Pendant que l'utérus est immobilisé par la pelvi-péritonite, il ne l'est que très-partiellement dans le phlegmon du ligament large. Dans la première de ces mala-



dies, il n'est aucun sens dans lequel on puisse imprimer un mouvement à la matrice; dans la seconde, les mouvements d'avant en arrière sont conservés et l'on peut même assez souvent repousser le corps de l'utérus du côté sain vers le côté malade.

La pelvi-péritonite s'annonce par un frisson très-accenué; dans le phlegmon du ligament large, il n'y a que des frissons légers et erratiques, quand il en existe. Dans la pelvipéritonite, il y a ballonnement du ventre; dans le phlegmon il n'y en a pas. La seule saillie abdominale que l'on observe dans le phlegmon résulte de la tumeur qui vient proéminer au-dessus du ligament de Fallope du côté malade.

Dans la pelvi-péritonite, la douleur est très-vive, le visage porte la trace de la souffrance et d'une atteinte profonde à l'organisme; on dit alors que la face est grippée. Dans le phlegmon, la douleur est beaucoup moins vive et le visage n'a pas l'expression dont nous venons de parler.

Il est une condition qui rend le diagnostic très-difficile : parfois, le phlegmon se complique de péritonite partielle au voisinage du ligament large. Je n'imagine pas cette complication, on en trouve des exemples dans les observations qui ont été recueillies avec soin.

Dans ce cas, vous comprendrez que le frisson avec claquement de dents, la tumeur entourant l'utérus et lui faisant une sorte de coque dans laquelle l'organe est compris comme dans une gangue, sont des signes bien propres à éloigner l'idée d'un phlegmon du ligament large; mais si, en même temps, on sent au-dessus du ligament de Fallope une tumeur transversale, donnant à la main qui explore l'abdomen la sensation que j'ai comparée à celle que l'on



perçoit sur un cadavre dans la cavité abdominale duquel il s'est fait un épanchement de suif fondu, on ne pourra pas méconnaître qu'il y a autre chose qu'une pelvi-péritonite.

Tant que le phlegmon ne se manifeste pas d'une manière violente; tant que la malade n'a pas été touchée, cette maladie pourrait être prise pour une métrite d'une médiocre intensité. Cette erreur est surtout possible quand on a l'habitude de compter moins sur le toucher que sur l'examen à l'aide du spéculum. Je ne sais pas bien ce qui se fait maintenant, mais je me souviens de l'époque où, étant étudiant, je suivais la pratique de plusieurs maîtres. Alors, j'ai souvent vu venir à l'hôpital des femmes qui se plaignaient de douleurs dans le ventre et dans la région des reins, de leucorrhée et d'autres symptômes vagues qui existent dans la plupart des maladies des organes sexuels de la femme. Presque jamais on ne pratiquait le toucher, on introduisait le spéculum et quand on trouvait un col volumineux, rouge, on disait qu'il y avait de l'engorgement. D'autres appelaient cet état une métrite. S'il y avait des granulations ou des exulcérations, le doute n'était pas permis : il fallait cautériser et l'on cautérisait, les uns se servant du nitrate d'argent, les autres du nitrate acide de mercure; les plus convaincus ayant recours au fer rouge, et tout cela se faisait sans autre exploration. Aussi, plus tard, n'ai-je point été surpris en recevant des malades qui avaient été traitées avec cette légèreté, de trouver chez les unes un phlegmon du ligament large, chez d'autres une pelvi-péritonite, maladies qui avaient été méconnues dans certains cas, et qui, dans d'autres, paraissaient s'être dévelop-



pées sous l'influence d'une cautérisation intempestive.

Je vous ai dit à quels signes on reconnaît une inflammation de l'utérus; il suffit de vous en souvenir pour ne pas être exposés à prendre un phlegmon du ligament large pour une métrite et, réciproquement, une métrite pour un phlegmon.

L'hématocèle rétro-utérine peut être confondue avec le phlegmon du ligament large. Elle donne lieu à une tumeur qui, siégeant derrière la matrice et au fond de la cavité du bassin, forme dans le cul-de-sac postérieur du vagin une tumeur qui, d'abord molle et très-dépressible, ne tarde pas à prendre une consistance analogue à celle de la tumeur formée par le phlegmon. Mais, tandis que celle-ci siège à gauche ou à droite de l'utérus, le plus souvent à gauche, l'hématocèle existe sur la ligne médiane, et, quand elle est un peu considérable, elle repousse le col de l'utérus en haut vers la symphyse du pubis, caractère qui, à lui seul, suffit le plus souvent pour prouver l'existence de l'hématocèle rétro-utérine.

Le phlegmon du ligament large se produit quelquefois lentement et partiellement : c'est à peine si, dans ce cas, il mérite le nom de phlegmon.

J'ai rencontré souvent au niveau d'un des culs-de-sac latéraux un noyau inflammatoire paraissant siéger dans un ligament large, et ayant un développement trop peu considérable pour donner lieu aux symptômes ordinaires du phlegmon. Dans quelques cas, j'ai pu suivre l'évolution de l'inflammation et assister à la production du véritable phlegmon du ligament large. Dans d'autres cas, les moyens thérapeutiques ont arrêté la marche de la maladie. L'ob-



servation de la femme Wautr... en est un exemple (1).

*Pronostic.* — Un phlegmon du ligament large est toujours une maladie grave ; mais le degré de gravité est proportionné à l'époque de l'évolution de la maladie, au moment où la malade réclame les premiers soins. Si la maladie est abandonnée à elle-même, elle se termine fatalement par suppuration, et, dans ce cas, le pronostic variera suivant le point où le pus se fera jour. Il n'est pas douteux que les cas les plus heureux sont ceux dans lesquels l'abcès s'ouvre dans le rectum, et les plus graves ceux où l'ouverture se fait dans la vessie. Le mélange du pus et des matières contenues dans l'urine peut produire une altération de ces deux liquides et par suite l'infection putride.

L'ouverture de l'abcès à travers la paroi abdominale ne présente pas la gravité que l'on serait tenté d'admettre *à priori*. Bien que l'orifice par lequel le pus doit s'écouler occupe un point élevé par rapport à la partie la plus déclive de la collection purulente, l'écoulement se fait facilement et sans décomposition putride du pus, pour peu que l'on prenne les précautions indiquées par la nature et le siège de la maladie. De toutes les terminaisons, la plus grave est, sans contredit, celle dans laquelle le pus se fait jour à travers les parois du ligament large pour fuser, soit entre le péritoine et le fascia-iliaca, soit à travers les fibres de cette aponévrose. Dans ce dernier cas, du pus ayant pénétré dans les gaines aponévrotiques, il se produit un abcès iliaque ou un psoïtis ; car, dès que du pus est entré dans la gaine du psoas, le tissu cellulaire suppure dans toute l'étendue du muscle. On observe alors

(1) Voir plus loin cette observation après les leçons sur l'Adénophlegmon.



un symptôme qui manque dans le phlegmon du ligament large : les malades affectées de cette dernière maladie sont bien soulagées par la flexion de la cuisse sur le bassin, parce que la paroi abdominale est ainsi mise dans le relâchement ; mais cette flexion n'est pas impérieusement commandée, et l'extension de tout le membre inférieur est généralement facile. Il n'en est plus de même, quand la maladie se complique de psoïtis ; dans ce dernier cas, la cuisse se fléchit sur le bassin, et cette situation ne peut être modifiée qu'en usant de force et en causant une vive douleur à la malade. Cette terminaison du phlegmon du ligament large est très-souvent funeste.

Il est une terminaison que les anatomistes ont jugé devoir être fréquente et qui pourtant est rare. Je veux parler des cas dans lesquels le pus fuse le long du rectum pour venir s'ouvrir près de l'orifice de l'anus. J'ai pourtant eu dans mon service à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice, une femme, âgée de 33 ans, qui présentait une tumeur abdominale, ouverte près de l'anus, qu'il eût été bien difficile de rapporter à une maladie autre qu'un phlegmon du ligament large. Cette malade ayant consulté M. le docteur Dufraigne, médecin de Meaux, celui-ci, ancien interne des hôpitaux de Paris, ne se laissa pas prendre aux apparences qui auraient pu en imposer à un praticien moins expérimenté que lui. Bien que l'ouverture placée à deux centimètres environ de l'anus, sur la fesse droite, laissât écouler une certaine quantité de pus, M. le docteur Dufraigne, reconnaissant une fistule très-différente de celles que l'on a si souvent l'occasion d'observer, m'adressa cette malade. En l'examinant, je reconnus un trajet fistuleux qui, passant entre le rectum et



le vagin, s'enfonçait à 20 centimètres de profondeur et aboutissait à une tumeur globuleuse du volume du poing, qui siégeait à peu près à égale distance de l'ombilic et du ligament large du côté gauche. Le doigt indicateur, placé dans le vagin, reconnaissait la présence de la sonde au-dessous de la paroi vaginale et en avant du rectum; on constatait facilement que l'instrument explorateur arrivé au côté gauche, par un trajet oblique, longeait la paroi correspondante du vagin et le bord gauche de la partie inférieure de l'utérus. Le cul-de-sac vaginal de ce côté était induré et ne pouvait pas être déprimé par le doigt avec lequel on cherchait vainement à suivre la sonde dans son parcours ultérieur. Les renseignements donnés par la malade n'étaient pas de nature à éclairer le diagnostic : elle n'avait pas d'enfants, et elle croyait ne pas avoir eu de fausse couche. L'abcès s'était formé sans qu'elle eût ressenti une vive douleur. On ne pouvait hésiter que entre une pelvi-péritonite et un phlegmon du ligament large, car un abcès rectal ne remonte jamais si haut, et d'ailleurs s'il y avait eu une fistule du rectum, on serait parvenu à faire passer la sonde dans la cavité de cet intestin. Quand cette femme entra à l'Hôtel-Dieu, les matières fécales et les gaz ne sortaient jamais par l'orifice externe de la fistule. Plus tard, il en sortit peut-être, mais à la suite d'injections irritantes dont je parlerai dans un instant.

Je suis porté à croire que ce n'était pas un abcès provenant d'une pelvi-péritonite, car la pelvi-péritonite ne se termine presque jamais par l'ouverture de l'abcès à la surface de la peau. C'est d'ailleurs une maladie qui cause des douleurs vives qui auraient obligé la malade à se



coucher. On peut, à la vérité, objecter que la tumeur n'avait pas la forme ordinaire des abcès des ligaments larges; mais, le mal étant très-ancien, la forme du ligament large a bien pu être modifiée par la rétraction d'une portion des parois. — On ne pouvait pas penser à une grossesse extra-utérine, car, avec la sonde métallique, on constatait une cavité dans laquelle il n'y avait aucun relief.

Des injections d'alcool et de teinture d'iode furent vainement pratiquées dans cette cavité, bien que j'eusse préalablement dilaté le trajet fistuleux qui lui faisait suite. La malade dut quitter l'hôpital sans être guérie, après y avoir passé plusieurs mois (1).

*Traitement.* — La gravité du pronostic impose au médecin l'obligation de combattre énergiquement la maladie dès son début. Quand on donne des soins à une femme qui, venant d'accoucher, a éprouvé une déchirure du col de la matrice, il faut lui imposer le repos au lit, longtemps continué; quelle que soit la position sociale de la malade, il faut lui faire comprendre quelles seraient les conséquences de la moindre imprudence, et exercer une surveillance intelligente qui ne permette pas aux premiers symptômes du phlegmon de passer inaperçus. Dès que la plus légère douleur éveille votre attention, vous devez pratiquer le toucher vaginal de la manière la plus prudente, en ayant soin de toucher sans presser, et si vous constatez l'existence d'une tuméfaction au voisinage de la déchirure du col dans la direction du ligament large, il faut avoir immédiatement recours à une émission sanguine, alors même que les lochies n'ont pas cessé de

(1) Je suis porté à croire qu'il s'agissait dans ce cas d'une adénite suppurée ayant son siège dans un ganglion pré-aortique.



couler. On peut faire une application de dix, quinze ou vingt sangsues, suivant l'intensité de l'inflammation, et en tenant compte de la vigueur de la malade. Les sangsues sont généralement appliquées sur le point douloureux, un peu au-dessus du ligament de Fallope. Elles agissent, je crois, plus efficacement encore, quand on les applique à l'anus; on sait, en effet, que les veines qui constituent le plexus veineux, que les anatomistes comparent au plexus pampiniforme, sont communes au rectum, au vagin, à l'utérus et à l'ovaire. On comprendra donc que le dégorgement du ligament large dont le tissu cellulaire forme comme la trame du plexus veineux, doive s'opérer par une application de sangsues à l'anus, plus facilement que si l'on opère sur la paroi antérieure de l'abdomen. On s'accorde généralement à reconnaître que les femmes chez lesquelles les phlegmons du ligament large se produisent, sont ordinairement douées d'une vigoureuse constitution. Quand les malades sont fortes, il faut tirer beaucoup de sang et ne pas craindre de répéter coup sur coup les applications de sangsues. Il ne faut pourtant pas croire que ce soit une règle dont il n'est pas permis de se départir. Nous avons à la crèche de la salle Saint-Maurice une jeune femme d'une constitution débile, chez laquelle l'existence d'un phlegmon du ligament large du côté droit était évidente. A cause de la faiblesse de la malade et de la fatigue qu'elle avait éprouvée, j'ai pensé que le repos au lit, des lavements et des cataplasmes suffiraient pour arrêter la marche de la maladie qui était encore à la période du début, et jusqu'ici l'état de cette femme semble devoir justifier mon pronostic et la bénignité du traitement.



Ce que je vous ai dit de l'influence des matières fécales contenues dans l'S iliaque, sur la production du ligament large, doit vous faire prévoir l'importance que j'attache aux purgations pour combattre cette maladie. Il faut, tous les deux ou trois jours, donner un ou deux verres d'une eau purgative (eau de Sedlitz, de Pulna, limonade au citrate de magnésie, etc.).

Quand le phlegmon se produit vivement, j'ai souvent tiré un excellent parti de l'application d'une vessie pleine de glace sur la région anale. La plupart des auteurs conseillent de donner des lavements froids. Ces derniers moyens ne peuvent, bien entendu, être employés que dans la période qui précède celle de la suppuration.

Quand le pus s'est formé, ce que l'on reconnaît à des frissons erratiques et à des pulsations que les malades intelligentes savent apprécier, les réfrigérants doivent être abandonnés.

Le traitement abortif doit être tenté tant que l'on peut conserver l'espoir d'une terminaison par résolution; dans ce but, après les sangsues, les vésicatoires constituent la médication la plus efficace; on en applique successivement plusieurs de dimensions considérables. Dès que le premier est sec, on s'empresse d'en appliquer un autre, pourvu que les cantharides n'aient pas eu d'action sur la vessie; dans le cas contraire, on attend la fin de la cystite cantharidienne pour recommencer. Pour prévenir cette complication, il faut avoir soin de recouvrir la surface des vésicatoires avec une solution éthérée de camphre.

Quand l'abcès est formé, il faut attendre qu'il s'ouvre spontanément ou que la fluctuation y soit évidente. Dans cette période d'expectation, on se contente d'appliquer de



larges cataplasmes sur le ventre et de prévenir la constipation à l'aide de lavements. Lorsque, par le toucher rectal ou vaginal, on acquiert la certitude que l'abcès proémine dans le rectum ou dans le vagin, on détermine parfois son ouverture spontanée en administrant un purgatif. Quand il prévoit cette terminaison du phlegmon, le chirurgien fait bien d'attendre et de ne pas intervenir; il n'en est plus de même lorsque l'abcès tend à s'ouvrir à travers la paroi abdominale. Dans ce cas, aux nombreuses et irrégulières ouvertures spontanées, il faut préférer celle que l'on fait avec le bistouri. Les médecins qui n'ont pas une grande habitude de se servir de l'instrument tranchant, préfèrent généralement l'application d'une pâte caustique à l'aide de laquelle ils pénètrent dans le foyer de l'abcès. C'est une excellente pratique pour les abcès de la cavité abdominale, quand on peut craindre qu'il n'y ait pas d'adhérences; mais comme on ne peut pas penser à ouvrir par la paroi abdominale un phlegmon du ligament large avant qu'il proémine et que son ouverture spontanée soit imminente, on peut, sans crainte, se servir du bistouri. Quand l'abcès s'est vidé par la plaie qui doit être assez large pour que le pus s'écoule facilement, on doit introduire une anse de drain pour prévenir la stagnation du pus et sa décomposition au contact de l'air. Dans le même but, j'ai depuis près de quatre ans, pris l'habitude de faire sur tout le ventre de la malade un pansement ouaté qui, comprimant légèrement, facilite l'évacuation du pus, et qui, se collant à la peau du voisinage de la plaie, s'oppose à ce que l'air arrive dans le foyer de l'abcès avant de s'être dépouillé des éléments de la fermentation putride.



J'ai vu dans quelques cas le phlegmon du ligament large s'ouvrir spontanément dans le rectum ou dans le vagin, et même une fois dans la vessie, bien que j'eusse prévenu par une incision l'ouverture spontanée à travers la peau de l'abdomen.

Il est une terminaison extrêmement rare, rare à ce point que les auteurs n'en citent que quelques exemples; je veux parler de l'ouverture de l'abcès au niveau de l'ombilic. Je l'ai observée chez une jeune femme demeurant dans le quartier du faubourg du Temple. Douée d'une bonne constitution et d'une excellente santé, elle allait accoucher, lorsque son médecin, la quittant pour aller voir une autre malade dans le voisinage, laissa près d'elle une sage-femme qui hâta l'accouchement, en donnant à la malade le conseil de pousser et en excitant les contractions utérines par le massage de l'abdomen. Trois ou quatre jours après l'accouchement, il y eut de la fièvre, de la douleur et de la tuméfaction au niveau du ligament large du côté droit. Bientôt, tous les signes du phlegmon apparurent malgré les moyens antiphlogistiques employés pour enrayer l'inflammation. C'était en 1870; la malade dut aller chez sa mère rue Rochechouart où elle resta couchée pendant le temps du siège. L'abcès par lequel le phlegmon s'était terminé, après s'être ouvert dans le rectum, s'était vidé incomplètement; au commencement de 1871, la tumeur qui avait persisté au-dessus du ligament de Fallope, s'étendit du côté de l'ombilic et un jour il se fit en ce point, sans grande douleur, une ouverture par laquelle s'écoula du pus crémeux en quantité considérable. Le premier jour, il s'en écoula peut-être un verre à bordeaux; peu à peu l'abondance



du pus diminua, mais il resta un trajet fistuleux dont la direction était à peu près celle de l'artère ombilicale du côté gauche. Cette fistule persista jusqu'à la fin de 1873, époque à laquelle la malade devint enceinte. L'accouchement fut heureux et la fistule qui s'était fermée au début de la grossesse ne reparut pas.

Ce fait est curieux, mais il offre un véritable intérêt au point de vue de la thérapeutique. Je n'osai pas faire d'injection de teinture d'iode. Ces injections auraient peut-être oblitéré le trajet fistuleux, mais le pus était peu abondant; la malade supportait cette incommodité sans se plaindre. Je préfèrai attendre. Sous l'influence d'une grossesse survenue trois ans après la formation du phlegmon, la guérison s'est produite et ne s'est pas démentie depuis l'accouchement qui a eu lieu il y a plus d'un an. Dans les deux cas de phlegmons ouverts à la région ombilicale que M. Bernutz a rapportés (*Arch. de Tocologie*), les malades avaient succombé.

Chez la femme de Meaux dont l'abcès s'était ouvert près du rectum, je tentai d'oblitérer la cavité purulente et le trajet fistuleux, en injectant une solution de teinture d'iode, étendue de trois fois son poids d'eau, mais ayant laissé dans la cavité de l'abcès une certaine quantité du liquide injecté, je fus témoin, quelques minutes plus tard, d'accidents effrayants d'empoisonnement : la malade, croyant avoir besoin d'aller à la garde-robe, tenta de se lever pour y aller; mais, à peine s'était-elle éloignée de son lit, qu'elle tomba par terre. Son front était couvert de sueur froide; son pouls était presque imperceptible. Je me hâtai de lui faire boire un peu d'eau-de-vie; je la fis réchauffer et bientôt la circulation se rétablit.



Cette femme n'ayant aucune appréhension de l'opération, il n'était pas possible d'attribuer la syncope à la frayeur; c'était donc un commencement d'empoisonnement par l'iode.

Plus tard, cette malade ne se ressentant plus de cet accident, j'eus recours à des injections d'alcool, mais sans succès, et je dus la laisser quitter l'hôpital, sans l'avoir débarrassée de cette singulière tumeur.



## DIXIÈME LEÇON

### **ADÉNO-LYMPHITE PÉRI-UTÉRINE. — ADÉNO-PHLEGMON JUXTA-PUBIEN SIMULANT UN PHLEGMON DU LIGA- MENT LARGE.**

Je veux aujourd'hui vous entretenir d'une malade qui a été couchée au n° 14 de la salle Saint-Maurice. Cette jeune personne, âgée de dix-huit ans, a la peau brune, les yeux et les cheveux noirs; elle dit avoir eu jusqu'ici une bonne santé. Régulée à l'âge de douze ans, elle a eu une menstruation régulière, mais peu abondante.

A son entrée, qui eut lieu le 5 décembre, elle avait une grande pâleur du visage, et une anémie assez profonde se traduisait par un souffle léger dans les carotides. Interrogée sur les circonstances dans lesquelles elle était devenue malade, elle nous dit qu'elle avait, quinze jours auparavant, accouché d'un fœtus de quatre mois environ, sans qu'elle puisse savoir sous quelle influence cet avortement s'était produit; mais, quelques jours plus tard, nous étions renseigné à ce sujet par M. Landrieux, ancien chef de clinique de la Faculté. Suivant notre distingué confrère, dont je m'honore d'avoir été le maître, la femme malade se serait rendue, à diverses



reprises, pendant sa grossesse, chez une femme d'une moralité suspecte, et se serait soumise aux pratiques employées pour provoquer l'avortement.

« Appelé près de cette malade le 17 novembre, au moment où elle venait de faire une fausse couche de trois mois, nous dit M. Landrieux, je constatai que son ventre était souple et légèrement endolori; pâle, sans fièvre, elle éprouvait de temps à autre quelques coliques qui étaient suivies de l'expulsion d'une petite quantité de sang liquide.

» L'utérus débordait de cinq travers de doigt environ le rebord pelvien; le col, dilaté, ramolli, permettait de sentir le placenta qui commençait à saillir dans le vagin. »

*Prescriptions.* — Repos absolu; fomentations émollientes sur l'abdomen; injections faites avec les précautions usitées en pareilles circonstances.

« Deux jours après, c'est-à-dire le 19 novembre, je pus, dit M. Landrieux, extraire le placenta en totalité, sans aucune difficulté et sans que cette petite opération fût suivie d'hémorrhagie.

» Les jours suivants, tout se passa régulièrement, apyrexie complète, ventre souple, non ballonné, tout semblait présager une heureuse issue à cet accident; la malade perdait peu de sang; le col était revenu sur lui-même, et son orifice ne tarda pas à prendre les dimensions normales.

» Le 23 novembre, c'est-à-dire le huitième jour après l'expulsion fœtale, la malade, malgré les plus vives remontrances, fit une promenade et eut des rapports sexuels répétés.



» Le 26 novembre, M. Landrieux était appelé auprès de la malade de qui il apprit que deux jours après avoir commis les imprudences dont nous venons de parler, elle avait été prise d'un *frisson très-intense*, de douleurs spontanées siégeant dans la fosse iliaque gauche, accompagnées de nausées et de vomissements. Le 26, la malade avait une fièvre qui se traduisait par 96 pulsations à la minute, sa langue était blanche, son visage était pâle et tiré. Il y avait de la constipation et des vomissements bilieux.

» M. Landrieux ayant pratiqué le toucher, reconnut que le col de l'utérus était légèrement refoulé vers la paroi latérale droite de l'excavation pelvienne. Dans le cul-de-sac gauche, il constata l'existence d'une bride dirigée transversalement, très-manifeste près de l'utérus et se perdant insensiblement sur la paroi de l'excavation pelvienne.

» Cette exploration était extrêmement douloureuse, surtout lorsque l'on combinait le palper abdominal avec le toucher du cul-de-sac gauche.

» La malade se plaignait d'envies fréquentes d'uriner et d'un peu de ténésme rectal. »

M. Landrieux ayant diagnostiqué un *phlegmon du ligament gauche*, pensa que cette jeune fille, en sa situation de fortune, ne pourrait pas longtemps se faire soigner chez elle. Il l'envoya à l'Hôtel-Dieu; elle fut placée dans mon service.

J'ai tenu, messieurs, à vous reproduire la note écrite que j'ai reçue du médecin distingué qui a donné les premiers soins à notre malade. Il me reste maintenant à vous dire ce que j'ai observé :



Le 6 décembre, la malade se plaignait d'une vive douleur dans le ventre, se prolongeant dans la cuisse gauche, mais ne s'irradiant pas du côté des reins; la paroi abdominale était si résistante, sans être soulevée par des intestins distendus, que la palpation était presque impossible. On pouvait cependant constater à gauche, au-dessus du ligament de Fallope, une tuméfaction très-appreciable. En pratiquant le toucher vaginal, je reconnus que le cul-de-sac gauche du vagin était effacé par une tumeur faisant saillie dans ce conduit et se prolongeant en avant vers le pubis contre lequel elle était collée, au point qu'il était impossible de lui imprimer le moindre mouvement; c'était en vain que l'on cherchait à passer le doigt indicateur entre la tumeur et le pubis, la présence de cette tumeur dans le cul-de-sac vaginal faisait que la paroi du vagin se dirigeait transversalement près de l'orifice du museau de tanche, au lieu de se rendre à sa base.

Cette disposition était d'autant plus évidente, que le cul-de-sac vaginal du côté droit avait sa profondeur normale. En y portant le doigt, on ne trouvait rien qui ressemblât à une tumeur, mais une sorte d'empâtement de la fosse iliaque droite empêchait la main qui palpitait la région de venir au contact du doigt qui touchait; on sentait distinctement qu'il y avait quelque chose d'interposé entre la paroi abdominale et celle du vagin.

Disons tout de suite, pour ne plus avoir à y revenir, que cette sensation était due à la réplétion de l'intestin qui ne s'était pas vidé depuis huit jours. Après une purgation, cette sorte d'empâtement qui nous avait embarrassé le premier jour disparut pour ne plus revenir.



Le cul-de-sac postérieur du vagin était complètement libre, l'utérus n'était guère plus gros qu'à l'état normal et son col ressemblait beaucoup à celui d'une femme bien portante, quoiqu'il fût encore possible d'introduire le bout de l'index dans son orifice.

Du côté de la paroi gauche du vagin, la tumeur que j'ai indiquée donnait à cette partie une consistance dure qui contrastait avec la mollesse du reste du conduit. Cette consistance existait dans une hauteur de deux centimètres et demi environ, à partir du point où la paroi vaginale se réfléchissait de dedans en dehors pour se porter vers le méat du museau de tanche; elle rappelait d'une manière saisissante ce qui a été décrit sous le nom de *plastron vaginal*.

Cette induration se prolongeait, en avant du col, jusqu'au milieu du cul-de-sac antérieur où elle avait une forme aplatie d'avant en arrière (la femme étant debout). La fièvre était très-prononcée; elle se traduisait par une température de 40° et par 112 pulsations.

Il était impossible de méconnaître chez cette malade les symptômes attribués par les auteurs les plus compétents à la maladie que nous connaissons sous le nom de phlegmon du ligament large.

La douleur était si vive, la tumeur était si tendue, que je crus devoir prescrire une application de 15 sangsues et des cataplasmes; une purgation fut ordonnée pour le lendemain.

Ce traitement assez énergique ne modifia pas d'une manière heureuse la situation de la malade. Le lendemain, sa température était bien tombée à 38,6, mais le pouls était à 140; la douleur avait diminué, mais



le facies avait une expression d'abattement et d'anxiété. Dès le 7, la malade se plaignit de ressentir un point de côté qui n'attira pas suffisamment notre attention. Mais le 8, ayant constaté une grande dyspnée et une aggravation dans l'état de la malade, je pratiquai l'auscultation et je trouvai du râle crépitant fin dans le côté droit de la poitrine, avec submatité à la percussion.

Je crus à l'existence d'une pneumonie et je me reprochai de ne pas avoir ausculté, la veille.

Bien que le 7 un vésicatoire eût été appliqué sur la tumeur iliaque, j'en fis mettre un autre sur le côté droit de la poitrine, sans me laisser arrêter par la crainte d'une cystite cantharidienne.

Cette médication n'ayant pas produit une amélioration dans l'état général de la malade dont le pouls était à 150, bien que les signes donnés par l'auscultation eussent presque disparu, j'eus la crainte d'avoir affaire à une infection purulente dont la gravité des accidents locaux avait masqué l'évolution.

Ces craintes ne tardèrent pas à se réaliser, la malade succomba le 14 décembre. Je dois dire que depuis quelques jours la tuméfaction que l'on sentait si facilement au-dessus du ligament de Fallope, dans le voisinage de l'anneau inguinal interne, s'était modifiée sous le rapport de la consistance, si subitement, que l'on devait se demander si un abcès n'avait pas remplacé le phlegmon. A l'appui de cette manière de voir, on eût pu invoquer les renseignements donnés par le toucher vaginal. La tumeur dure que l'on trouvait dans le vagin au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, était, en effet, remplacée par une autre beaucoup mieux circonscrite et



plus molle, mais placée un peu en avant du cul-de-sac qu'elle ne déprimait plus au point de l'effacer.

Toutefois, je ne cédaï pas à l'impulsion sous laquelle un chirurgien est tenté de donner issue au pus. Je n'étais pas assez sûr que le phlegmon se fût terminé par suppuration. Je m'abstins, et je suis heureux de m'être abstenu, car l'autopsie nous a montré tout autre chose que ce que l'on devait s'attendre à trouver.

Jeudi 16 décembre, avant d'ouvrir le cadavre, nous procédâmes de nouveau au toucher vaginal qui nous permit de constater une diminution notable de la tumeur, qui ressemblait encore à celle que le toucher indique dans le cas de phlegmon du ligament large.

L'abdomen ayant été ouvert, nous vîmes avec le plus grand étonnement que les ligaments larges des deux côtés étaient parfaitement sains. L'utérus avait un volume un peu plus gros qu'à l'état normal. Sa cavité renfermait environ une demi-cuillerée à café d'un liquide noirâtre, ayant la consistance du pus. Sur la coupe des parois, on voyait des vaisseaux béants et vides d'où la pression ne faisait sourdre ni sang ni pus.

Nous ne découvrîmes pas de plaie, à l'intérieur de l'utérus. A l'orifice externe du col, au niveau de la commissure gauche, il y avait une petite déchirure; mais la couleur noirâtre de cette partie ne nous permit pas d'analyser les caractères de cette petite plaie.

Un pareil résultat me surprit d'autant plus, que la tumeur observée pendant la vie était absolument celle que nous dénotant, avec les gynécologistes les plus expérimentés, comme dénotant l'existence d'un phlegmon du ligament large.



Les caractères de la maladie étaient si parfaitement conformes à ceux que l'on indique pour le phlegmon du ligament large, qu'il était impossible de penser à une autre maladie.

A la suite d'une fausse couche, surtout d'une fausse couche provoquée, on pouvait bien se demander si la tumeur n'était pas due à une pelvi-péritonite. Mais quand on avait reconnu que le cul-de-sac gauche était effacé; que la paroi du vagin était dure au voisinage du col; que la tumeur était comme collée contre le pubis; que l'utérus était libre en haut, en arrière et à droite (l'exploration de l'utérus à gauche était gênée par la présence de la tumeur), il était impossible de s'arrêter à la probabilité d'une pelvi-péritonite.

Nous n'avions pas plus pensé à une ovarite ou à une salpingite; il nous paraissait impossible que ce fût autre chose qu'un phlegmon du ligament large. Nous avons encore à l'appui de cette opinion deux raisons : la maladie s'était produite après une fausse couche; elle existait à gauche. Je n'ai pas besoin de vous rappeler que depuis la remarque faite à ce sujet par M. N. Guéneau de Mussy, la plupart des auteurs ont admis cette plus grande fréquence du phlegmon du ligament large à gauche.

Eh bien! messieurs, ce n'est ni une pelvi-péritonite, ni une ovarite, ni une inflammation de la trompe, ni un phlegmon du ligament large, puisque le double repli de ce ligament avait l'épaisseur et la transparence qu'il présente à l'état normal.

Il s'agit dans ce cas d'une *adéno-lymphite*, qui, chez notre malade, s'était développée sous l'influence de la septicémie.



Quand en effet, j'eus décollé le péritoine qui tapisse la fosse obturatrice et la face postérieure du pubis, je sentis qu'en dehors du vagin il y avait une masse épaisse indurée qui avait été le siège d'une inflammation. La consistance de ces tissus rappelait celui d'un poumon hépatisé, j'y fis une large incision et j'aperçus un corps rougeâtre du volume d'un haricot. Tout d'abord, je ne fus pas frappé par la ressemblance de ce corps avec un ganglion enflammé; ce ne fut qu'une heure plus tard que, cherchant à interpréter ce que je venais de voir, je me dis que ce ne pouvait être autre chose. Il y a des ganglions lymphatiques dans cette région; mais n'eussent-ils pas été décrits, nous les admettrions par induction. Nous savons, en effet, que des ganglions qui ne sont pas appréciables à l'état normal, sont susceptibles d'acquiescer un volume considérable sous l'influence de l'inflammation ou d'une cachexie.

Nous sommes dans l'impossibilité de nous rendre compte de ce que nous avons observé, si nous n'admettons pas l'explication que je crois fondée, et que je vous demande d'admettre au moins comme une hypothèse que vous aurez peut-être l'occasion de soumettre au crible de l'expérience.

Voyez comme une déchirure de la commissure du col nous rendrait bien compte de l'adéno-lymphite. Ai-je besoin de vous rappeler les circonstances dans lesquelles nous voyons les ganglions lymphatiques s'enflammer sous l'influence du plus léger traumatisme? Le col de l'utérus ferait donc exception à la loi générale!

Je sais bien qu'il faudra démontrer qu'il y a des vaisseaux lymphatiques qui, provenant de l'utérus, se



dirigent vers l'anneau inguinal. C'est une démonstration à faire, et de ce qu'elle n'est pas faite, on n'est pas en droit de nier l'existence de ces vaisseaux, parce qu'il faut bien le dire, l'étude des vaisseaux lymphatiques laisse beaucoup encore à désirer. Déjà M. Lucas Championnière a publié un bon travail dans lequel il indique des ganglions dans l'intérieur, et en arrière des ligaments larges. La malade dont je viens de vous entretenir me paraît prouver qu'il y a aussi des ganglions en avant de ce repli.

Admettez pour un instant que, sous l'influence de la lésion utérine que l'avortement a produit, il se soit développé une adéno-lymphite au voisinage du pubis, dans la cavité pelvienne, vous vous expliquerez l'existence d'une tumeur inflammatoire collée contre le pubis bien mieux même que dans le cas d'un phlegmon du ligament large. Si le ligament est en effet retenu en avant par le repli du ligament rond, il est bien libre par sa partie moyenne, et quand celle-ci s'enflamme, il n'y a pas de raison pour qu'elle forme une tumeur collée contre le pubis; et puis cet état du vagin qui a une consistance œdémateuse, ne s'explique-t-il pas tout naturellement par une maladie des lymphatiques? N'est-ce pas quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans la phlegmasia alba dolens? On peut me faire une objection dont je ne me dissimule pas la valeur : il fallait disséquer avec plus de soin, dans un cas où le diagnostic avait été en défaut; cela était indispensable avant d'admettre l'existence d'une maladie qui n'avait pas encore été décrite. Je n'ai rien à répondre, si ce n'est qu'en mettant la pièce dans l'eau, je crus qu'il



me serait possible, quelques heures plus tard, de continuer ma dissection.

J'avais fait l'autopsie à 40 heures. Je revins à 2 heures après-midi; l'aspect n'était déjà plus le même. Là où j'avais incisé un corps rouge bleuâtre, qui tranchait sur des tissus blancs indurés, je ne trouvais plus qu'une masse blanchâtre au milieu d'une trame de vaisseaux et de tissu cellulaire enflammé.

Si l'on n'admet pas l'existence de l'adéno-lymphite, il ne restera plus comme explication de la tumeur que je vous ai décrite, que la cellulite du tissu conjonctif placé sur les parties latérales du vagin, faisant une tumeur allant du voisinage du col jusqu'auprès de l'anneau inguinal interne, au-dessous du feuillet du péritoine qui tapisse le bassin de ce côté. J'ai déjà rapporté l'observation d'un phlegmon péri-utérin, dans le *Bulletin* de la Société de chirurgie; mais dans ce cas, le pus existait au pourtour de la portion inférieure de l'utérus.

Quoiqu'il en soit de l'existence de l'adénite comme point de départ de la maladie, je crois que l'observation dont je viens de vous entretenir exige que l'on reprenne l'étude du phlegmon des ligaments larges puisque ces ligaments peuvent être parfaitement sains dans les cas où l'on trouve tous les signes que l'on attribue à l'inflammation phlegmoneuse de ce repli.

Vous penserez comme moi que ce fait ne touche pas à l'histoire de la pelvi-péritonite dont les symptômes n'ont aucune ressemblance avec ceux des phlegmons.

Chez la malade qui a fait le sujet de cette leçon, ou bien il y avait un phlegmon péri-utérin qu'il serait utile de distinguer du phlegmon du ligament large, et nous ne



le pouvons pas dans l'état actuel de nos connaissances; ou bien c'était une adéno-lymphite, maladie qui a pu être souvent prise pour un phlegmon du ligament large. Dans tous les cas, que ce soit une adéno-lymphite ou une simple cellulite, il est bien évident que le tissu conjonctif doit nécessairement s'enflammer, quand l'inflammation du ganglion se termine par suppuration.

J'avais toujours éprouvé un grand embarras pour m'expliquer la migration du pus derrière et le long de la paroi abdominale dans les cas de phlegmon du ligament large. Il faudrait dans ce cas, en effet, admettre à un moment donné, une rupture de la paroi du sac clos dans lequel le pus est primitivement enfermé, tandis que si l'on admet que la tumeur post-pubienne est formée par l'inflammation du tissu cellulaire de cette région, on comprendra facilement comment avec le temps, le pus peut remonter très-haut le long de la paroi abdominale. Je me promets d'étudier cette question au lit du malade et à l'amphithéâtre d'anatomie. Avant la fin du cours, j'espère pouvoir vous donner la solution de ce problème.

Notre malade a eu un phlegmon, mais elle a succombé à une infection purulente dont nous avons trouvé les manifestations dans les poumons qui étaient farcis d'abcès dits métastatiques, à diverses phases de leur évolution; il y avait en outre du pus dans les veines du bassin.

Cette observation est intéressante à toute espèce de points de vue; elle prouve de quelle utilité des renseignements exacts seraient pour le diagnostic. Si nous avions su que cette jeune femme avait subi une opé-



ration dans le but de se faire avorter, nous aurions peut-être pensé plus tôt à la possibilité d'une infection purulente, tandis que cette idée ne se présenta à notre esprit qu'après que les accidents inflammatoires s'étant calmés, la fièvre n'en persista pas moins. Un moment, nous crûmes qu'une pneumonie pouvait nous rendre compte de l'état fébrile. Nous ne tardâmes pas à être détrompés.

Quand nous vîmes la malade pour la première fois, pouvions-nous, étions-nous en droit de soupçonner l'existence de l'infection purulente? Je ne le crois pas; nous constations bien une fièvre intense, mais nous trouvions une tumeur péri-utérine qui était le siège d'une vive douleur et qui expliquait suffisamment les symptômes observés; il n'y avait dans ce cas, comme manifestation générale, rien que l'on n'observe dans la plupart des inflammations violentes de la matrice ou de ses annexes.



## ONZIÈME LEÇON

### **INFLAMMATION PÉRI-UTÉRINE, ADÉNO-PLEGMON.**

Je veux encore vous parler des inflammations qui se produisent autour de la matrice. J'emploie à dessein une expression qui implique l'idée d'une lésion dont le siège est incomplètement indiqué. C'est que plus on étudie les maladies des organes génitaux internes de la femme, plus on reconnaît que cette étude est entourée de difficultés qui ne sont pas même soupçonnées par les médecins qui se contentent d'apprendre ce qu'ils trouvent dans les livres. La pratique seule les révèle à ceux qui étudient avec le désir de savoir et la crainte de se tromper.

Quand je vous décrivais le phlegmon du ligament large, il y a un an environ, je croyais être bien sûr que les symptômes dont je vous parlais ne pouvaient convenir qu'à cette maladie. Je vous ai dit dans ma précédente leçon ma déception, lorsque après avoir rencontré une femme qui présentait tous les symptômes regardés par les auteurs les plus compétents comme indiquant un phlegmon du ligament large, je trouvai, à l'autopsie de cette malade qui avait succombé à l'infection purulente, l'inflammation d'un ganglion situé sous le péritoine qui



tapisse la face postérieure du pubis et du trou sous-pubien. Le ganglion n'était pas seul enflammé, le tissu cellulaire ambiant participait à l'inflammation et contribuait à constituer la tumeur inflammatoire que j'avais attribuée au phlegmon du ligament large.

Depuis cette époque, je ne parle plus de cette maladie avec la même conviction qui me permettait d'affirmer. Mais par cela même que j'hésite à me prononcer, je tiens à étudier avec vous tout ce qui peut ressembler à un phlegmon du ligament large.

Nous avons dans la salle Saint-Maurice deux malades qui sont dignes de toute votre attention.

Au n° 34, vous avez déjà remarqué, depuis longtemps, une jeune fille qui a précédemment occupé un autre numéro de la même salle. C'est de sa maladie que je veux vous parler.

Emilie M., maigre, pâle, affaiblie, porte l'empreinte de la souffrance. Elle n'a été réglée qu'à l'âge de seize ans, ses règles apparurent chaque mois sans douleur pendant un an et demi; à dix-sept ans et demi, elle eut une suppression qui dura pendant tout le siège de Paris, mais elle n'en ressentit aucune gêne; la menstruation s'était rétablie depuis longtemps déjà, lorsque, il y a treize mois, elle eut les premiers rapports sexuels. Elle avait alors près de vingt et un ans; elle en a vingt-deux maintenant. Ses règles ne venant pas au bout d'un mois, elle ne s'en préoccupa pas, pensant que c'était une suppression comme celle que les privations du siège avaient produite; ce ne fut qu'au bout de quatre mois qu'elle reconnut qu'elle était enceinte.

Sa grossesse fut très-facile; elle continua à travailler



à la couture, restant assise toute la journée, ayant quelques nausées, deux fois seulement elle eut des vomissements.

Bien qu'elle fût habituellement constipée, elle ne ressentit jamais de douleurs dans le ventre. Elle se souvient que, cinq jours avant son accouchement, son mollet droit fut le siège d'un gonflement qui paraît avoir été un œdème non douloureux. Ce gonflement disparut quinze jours après l'accouchement, sans que la malade eût remarqué qu'il se fût étendu à la cuisse et autour des malléoles.

Elle accoucha le 31 octobre, et mit au monde un enfant bien constitué qui est encore vivant. Son accouchement avait été heureux, tout s'était passé normalement, lorsque le cinquième jour on la fit se lever, sous le prétexte de lui donner des forces. Son enfant ayant été mis en nourrice, elle rentra chez elle le neuvième jour. Aussitôt elle reprit son travail, restant assise depuis huit heures du matin jusqu'à dix heures du soir. Au bout de quatre jours, elle ressentit des douleurs vagues dans le ventre, des tiraillements vers les reins, en même temps qu'elle se sentait fatiguée et avait peine à rester debout.

Ces souffrances l'obligeaient à suspendre son travail, mais elle le reprenait bientôt et ne cessait que lorsque de nouvelles douleurs l'y contraignaient.

Cet état dura pendant deux semaines environ, devenant chaque jour plus pénible, jusqu'au moment où elle entra à l'hôpital. Elle y entra le 19 novembre 1875, c'est-à-dire trois semaines après son accouchement.

L'examen auquel nous nous livrâmes à cette époque



nous fit reconnaître un utérus volumineux et sensible à la pression. Un écoulement leucorrhéique abondant et la sensibilité qui rendait le toucher douloureux nous firent ajourner de nouvelles investigations. Nous fûmes encore décidé à temporiser par plusieurs attaques d'hystérie qui me semblent exiger du médecin une très-grande réserve dans les recherches qui exigent le toucher et l'examen au spéculum.

Je restai convaincu que cette malade, qui avait un utérus volumineux et très-sensible à la pression, n'avait autre chose qu'une métrite parenchymateuse légère. J'étais confirmé dans cette opinion par le résultat du toucher vaginal que j'avais pratiqué. Je n'avais, en effet, constaté ni tumeur ni douleur au niveau des culs-de-sac du vagin.

En conséquence, je prescrivis le repos au lit, des cataplasmes sur le ventre et des lavements dans lesquels je fis bientôt mettre deux, puis quatre grammes d'asa foetida, dans le but de combattre l'hystérie. Je donnai aussi du seigle ergoté, quand les douleurs se furent calmées et que le volume de l'utérus nous parut être le seul symptôme de la maladie.

Vers le milieu de décembre, je fis administrer à la malade quelques douches froides, tant pour combattre l'anémie et l'hystérie, que dans l'espoir de déterminer la rétraction de l'utérus.

L'état de cette femme nous semblait tellement amélioré, que je pensais à la désigner pour la maison de convalescence du Vésinet lorsque, il y a quelques jours, avant de prendre ce parti, je crus pouvoir sans inconvénient (vu la cessation de ses attaques d'hystérie) me livrer à un examen approfondi.



Par le toucher vaginal je reconnus que la matrice était revenue à son volume normal et que la sensibilité de cet organe n'excédait pas celle que l'on éveille par le toucher chez une femme en bonne santé; mais si le cul-de-sac latéral droit me sembla parfaitement sain, je crus trouver au fond du cul-de-sac vaginal gauche un peu plus de résistance que de l'autre côté. Cela me décida à pratiquer le toucher rectal.

Ayant constaté la situation de l'utérus et son volume normal, j'explorai attentivement le pourtour de la matrice et je ne trouvai rien d'anormal en arrière d'elle, ni à son côté droit; mais mon doigt rencontra à gauche une tumeur ayant le volume d'un petit œuf, située un peu au-dessous du détroit supérieur, près de l'articulation sacro-iliaque, ayant la consistance d'un corps fibreux de l'utérus, mais indépendante de cet organe, car le doigt ne percevait pas de tissus indurés allant de cette tumeur jusqu'à la matrice. Il est vrai qu'un prolongement dans cette direction pourrait exister, s'il n'était pas volumineux, sans que l'on en constatât l'existence avec le doigt qui donne, à travers la paroi rectale, une sensation moins nette que celle qui résulterait du toucher vaginal, dans le cas où la tumeur serait collée à la paroi du vagin.

Cette tumeur dure, mais un peu élastique, est appliquée contre l'os iliaque, et il est impossible de lui imprimer un mouvement quelconque. La pression n'y détermine pas de douleur.

Après avoir constaté par le toucher rectal ce que je viens de vous indiquer, si vous touchez par le vagin, vous constatez que cette tumeur est située loin de l'utérus; mais vous reconnaissez qu'il existe au delà du cul-de-sac



gauche un empâtement qui ne semble pas lui être complètement étranger. On ne sent pas distinctement le prolongement des tissus empâtés vers la tumeur, mais il semble bien qu'il existe.

D'après la description que je viens de vous faire, vous devez comprendre que cette petite masse anormale ne s'est pas développée dans la direction transversale qui est celle du ligament large, mais en arrière du bassin, immédiatement en dehors de la base du sacrum.

L'histoire de la malade dont je viens de vous parler est une preuve des difficultés que je vous signalais au commencement de cette leçon. Si nous la résumons en quelques mots, nous voyons entrer à l'hôpital une jeune fille qui, après un accouchement heureux, se lève trop tôt et reprend ses occupations prématurément. Elle éprouve des douleurs, continue à travailler, jusqu'à ce que, vaincue par la souffrance, elle vient réclamer nos soins; dans un premier examen, nous constatons un utérus volumineux et très-sensible à la pression.

Quel diagnostic devait-on porter à ce moment, après avoir constaté que la matrice était mobile et qu'il n'y avait rien d'anormal dans les culs-de-sac? La métrite post-puerpérale était, je crois, la seule maladie à laquelle on pût penser. Ce fut mon diagnostic, et si je ne le contrôlai pas plus tôt, c'est que l'hystérie de la malade me commandait de ne pas répéter le toucher trop souvent, et de ne pas arrêter les élèves près de son lit. Quand ses douleurs eurent cessé, le plus ordinairement je passais devant elle sans l'interroger. Cela est fâcheux, maintenant que nous avons trouvé chez cette malade une lésion qui n'est pas ordinaire, car j'aurais sans



doute assisté à l'évolution de la maladie, tandis que ce qui nous occupe et nous intéresse à un si haut degré, n'en est que la fin.

De quelle nature est la tumeur que je vous ai décrite? Ce n'est ni une maladie de la trompe, ni un phlegmon du ligament large; le ligament large et la trompe ont une direction transversale, tandis que la tumeur est en arrière près du sacrum. Ce n'est pas l'ovaire; s'il était là, l'utérus serait attiré en arrière. Est-ce la conséquence d'une pelvi-péritonite? Je ne le pense pas, et voici pourquoi : bien que la malade ait beaucoup souffert avant d'entrer à l'hôpital, elle n'a pas eu les douleurs qui accompagnent le développement d'une pelvi-péritonite. Si cette inflammation avait existé lorsque cette jeune femme entra à l'hôpital, nous en aurions constaté l'existence par le toucher et par la palpation de l'abdomen. Nous reconnûmes, au contraire, qu'à ce moment l'hyperémie de la matrice pouvait donner l'explication des souffrances pour lesquelles la malade venait réclamer nos soins.

Je crois donc fermement qu'il n'y a pas eu de péritonite. Mais admettons pour un instant son existence, et voyons si la pelvi-péritonite peut avoir donné naissance à la tumeur dont nous cherchons la signification. Tout le monde sait que la péritonite localisée qui succède à un accouchement est caractérisée par une tumeur située au voisinage de l'utérus. Le plus souvent même cet organe est englobé par le péritoine enflammé qui l'immobilise. Nous n'avons observé rien de semblable; mais si postérieurement à notre examen, la pelvi-péritonite se fût déclarée, il y aurait eu des symptômes qui



n'auraient pas pu nous échapper. Nous eussent-ils échappé, nous ne comprendrions pas que sous l'influence d'une pelvi-péritonite une tumeur semblable se fût formée. Si elle avait eu l'origine que nous lui supposons pour un instant, ce n'est pas près d'une symphyse sacro-iliaque qu'elle se fût développée, mais au voisinage de l'utérus. D'ailleurs, quand on étudie cette tumeur, on comprend difficilement comment elle aurait pu se former dans la cavité du péritoine. La surface que l'on touche est arrondie et libre d'adhérences. Si elle était la conséquence d'une pelvi-péritonite, une anse intestinale lui serait accolée; mais elle est libre, et cette disposition m'autorise à dire qu'elle est extra-péritonéale.

Son siège auprès de la symphyse sacro-iliaque m'a fait rechercher s'il n'y aurait pas eu disjonction de la symphyse; mais les os résistent à tous les mouvements que l'on cherche à leur imprimer, et l'on ne peut s'arrêter à l'idée d'une lésion de cette articulation.

Une *adéno-lymphite* me paraît être la seule explication de l'existence de cette tumeur. C'est un bubon inflammatoire terminé par induration.

Je suis amené à ce diagnostic par exclusion. Aucun autre ne donne l'explication de ce qui existe.

Avant d'avoir constaté par une autopsie l'existence d'une adéno-lymphite simulant un phlegmon du ligament large, je ne connaissais pas bien les vaisseaux lymphatiques qui vont de l'utérus vers le pubis; mais je savais qu'il y en a qui vont vers le détroit supérieur du bassin et même au voisinage de l'aorte. J'avais, après des applications de sangsues sur le col, constaté l'inflammation de ces ganglions.



Dans ces derniers temps, un jeune chirurgien du bureau central, M. Lucas Championnière, a étudié les lymphatiques chez les femmes mortes à la suite d'un accouchement, et tout récemment il me disait avoir vu une chaîne de ganglions située derrière le ligament large, qu'il avait suivie jusqu'au détroit supérieur du bassin.

Je ne doute pas que ce ne soit un de ces ganglions qui ait constitué la tumeur de notre malade.

Nous l'observerons, et peut-être quelque incident viendra-t-il confirmer notre diagnostic.

Avant de quitter cette malade, je tiens à appeler votre attention sur l'étiologie de son affection; il n'est pas douteux que si cette jeune femme était restée au lit jusqu'à son retour de couches, ou si, du moins, elle ne se fût pas livrée à des occupations fatigantes, son accouchement n'eût été suivi d'aucun accident. Mais la sage-femme l'obligea à se lever, sous le prétexte de lui *donner des forces*, et au bout de neuf jours, la pauvre femme reprenait son travail, bien qu'elle eût déjà souffert après s'être levée.

Ne vous étonnez pas qu'une sage-femme croie que l'on s'affaiblit en restant au lit. Vous trouverez dans le monde des gens doués d'une intelligence grande et cultivée, qui vous répéteront cette phrase : *Le lit affaiblit*, c'est un axiome, on ne le discute pas. Je ne sais pas ce que ces gens font au lit; mais quant à moi, il me semble difficile d'admettre qu'on s'affaiblit en se reposant dans le décubitus horizontal : dans cette situation, le cœur cesse d'avoir à lutter contre la loi de la pesanteur pour pousser le sang au cerveau, et le sang revient facilement de la périphérie du corps vers l'organe central de la



circulation. Les animaux les plus vifs et les plus vigoureux passent la plus grande partie de leur existence couchés et non debout; est-ce que lorsqu'ils se lèvent ils sont affaiblis?

Quand on reste au lit sans manger, on s'affaiblit sans doute; mais la faiblesse n'est pas, comme le vulgaire le croit, la conséquence du repos au lit.

Je n'aurais pas autant insisté sur cette croyance populaire, si, tout récemment, un médecin américain n'avait pas soutenu que les femmes récemment accouchées doivent se lever aussitôt qu'elles *s'y sentent disposées*. D'après le médecin de Philadelphie, elles se sentent plus fortes le cinquième jour que le neuvième; il signale encore un autre inconvénient du repos au lit : d'après lui, ce n'est qu'en obligeant les accouchées à se lever que l'on rend aux fibres musculaires la tonicité dont l'utérus a besoin pour reprendre le volume qu'il doit avoir.

La preuve de cette théorie se trouverait dans l'absence d'affections utérines dans les pays où les femmes se lèvent très-peu de temps après la délivrance !

Je ne discuterai pas devant vous ces allégations qui recevront bientôt un cruel démenti dans la clientèle de notre confrère d'Amérique, s'il n'abandonne pas son système.

Vous figurez-vous, en effet, les ligaments distendus par le poids de l'utérus d'une femme qui marche tout de suite après un accouchement, reprenant plus tôt leur contractilité que s'ils n'avaient rien à supporter, comme cela arrive quand les malades sont couchées et qu'elles ont le ventre bien serré?



Je ne puis dire ce qui se passe en Amérique; je sais bien que les femmes de la campagne et quelques-unes de la classe pauvre des villes se lèvent trop tôt après leur accouchement; mais il n'est pas un médecin qui ne sache que les abaissements et déviations de la matrice en sont la conséquence. Nous avons en outre trop souvent la preuve que par ces imprudences on s'expose aux inflammations de la matrice et de ses annexes.

Je désire appeler votre attention sur une autre malade qui est couchée au n° 23 de la salle Saint-Maurice. Cette femme nommée Céline Ch...), âgée de vingt-cinq ans, est entrée à l'hôpital le 14 janvier, il y a trois jours; elle présente les symptômes d'une affection que je suis bien aise de rapprocher de ce qui existe chez Emilie M. Il y a un mois, j'aurais, je crois, admis l'existence d'un phlegmon du ligament large, bien que les signes attribués à cette maladie soient bien moins accentués chez cette malade que chez celle dont j'ai fait l'autopsie, et qui avait une adéno-lymphite.

Vous devinez déjà que c'est vers ce dernier diagnostic que j'incline. Je vais tâcher de le justifier.

Céline Ch... étant devenue enceinte pour la deuxième fois, il y a dix mois, continua à travailler jusqu'au septième mois de sa grossesse; mais, à cette époque, elle ressentit dans le bas-ventre et dans les aines des douleurs tellement violentes, qu'elle dût cesser tout travail assidu.

La station assise et le décubitus dorsal lui étaient très-pénibles; ce n'est que dans le décubitus sur le côté droit qu'elle cessait de souffrir. Ces souffrances durèrent jusqu'à son accouchement qui eut lieu le 28 décembre 1875,



à l'hôpital de Lariboisière, après un travail qui ne dura qu'une heure.

L'enfant ayant été mis en nourrice, la malade fut purgée le quatrième jour. Immédiatement après la purgation, les lochies s'arrêtèrent. Une vive douleur se manifesta dans le bas-ventre, et un violent frisson avec claquement de dents indiqua presque aussitôt la gravité de la maladie. Ce frisson fut de longue durée, et le stade de chaleur ne cessa que le lendemain.

Le surlendemain, c'est-à-dire le sixième jour après l'accouchement, il y eut un nouveau frisson, mais la fièvre fut moins violente, bien que les douleurs n'eussent pas diminué.

Dans l'observation que M. Lebec, interne du service, m'a remise, je lis encore que le septième jour, des personnes attachées au service de la salle, contraignirent la malade à se lever pour *prendre des forces*, c'est toujours la même raison; mais, dans ce cas, c'était un ordre tellement stupide que la pauvre malade eut une syncope.

Deux jours après, elle quitta l'hôpital et se rendit à pied à son domicile. En arrivant, elle se coucha, ressentit de vives douleurs accompagnées d'une fièvre violente. Quatre jours avant d'entrer à l'hôpital, elle alla consulter un médecin qui lui dit qu'elle avait un abcès dans le ventre.

Elle est dans mon service depuis le 14 janvier. Elle est donc entrée à l'hôpital dix-sept jours après son accouchement. Elle se plaignait de violentes douleurs dans la région des reins, et dans l'aîne du côté gauche. Sa fièvre était modérée, elle n'avait que 84 pulsations à la minute.



En palpant la paroi abdominale, nous constatâmes l'existence d'une tumeur un peu au-dessus de la moitié interne du ligament de Fallope, tumeur trop douloureuse pour que l'on pût la palper.

Le toucher vaginal nous a donné des renseignements précieux : le corps de l'utérus est en avant et un peu fléchi sur le col qui est en arrière, près du coccyx. Son volume est celui de l'utérus d'une femme accouchée depuis huit jours; la moindre pression augmente la douleur dont il est le siège.

A un centimètre environ en dehors du bord gauche de cet organe, on sent une tumeur qui dépasse un peu en avant la face antérieure de la matrice.

Cette tumeur un peu mobile a environ le volume et la forme de la moitié d'un œuf qui serait coupé suivant sa longueur.

Le doigt ne peut pas être glissé entre la tumeur et le pubis auquel on la sent attachée, mais par des liens encore assez lâches.

En palpant les aines de la malade et en les comparant, on trouve qu'il y a une tuméfaction très-évidente au milieu du ligament de Fallope du côté gauche, et quand on presse en ce point, on cause une douleur assez vive.

Ce n'est point par hasard que j'ai découvert ce symptôme. Depuis la leçon que je vous ai faite sur l'adéno-lymphite simulant un phlegmon du ligament large, j'ai eu l'occasion de rechercher les lymphatiques qui vont de l'utérus vers le pubis, et nous avons vu, mes élèves et moi, un ou plusieurs vaisseaux paraissant venir de la matrice et allant se rendre à un ganglion situé près de l'anneau crural. J'ai pensé que



dans le cas d'adéno-lymphite de cette région, il devait y avoir de la douleur et du gonflement au niveau de l'anneau crural, et ma prévision semble se confirmer.

J'ai dit que les vaisseaux lymphatiques paraissaient venir de l'utérus; ils venaient sûrement dans la direction d'une ligne allant de cet organe vers le canal crural; mais ils se rompirent et nous ne pouvons pas dire le point précis de l'utérus d'où ils venaient.

Chez notre malade, le cul-de-sac latéral gauche n'est pas effacé comme dans le cas de phlegmon du ligament large. Ce n'est même pas au fond du cul-de-sac que l'on trouve la tumeur, mais sur la paroi latérale du vagin qui n'est pas sensiblement épaissie, et sur laquelle on ne sent ni œdème ni empâtement. J'appelle votre attention sur cette malade, vous aurez l'occasion de la voir et de constater par vous-mêmes les symptômes que je viens d'indiquer.

Au risque de m'exposer à ce que vous me jugiez trop enclin à retrouver une maladie que j'ai récemment constatée pour la première fois, je n'hésite pas à diagnostiquer une *adéno-lymphite* de la partie antérieure du bassin.

Le traitement sera d'ailleurs une pierre de touche pour le diagnostic. Si c'est bien un ganglion enflammé, il suffira d'appliquer un ou deux larges vésicatoires, et la tumeur se résoudra beaucoup plus vite que s'il s'agissait d'une pelvi-péritonite ou d'un phlegmon du ligament large (1).

(1) Un seul vésicatoire modifia en quelques jours le volume de la tumeur dont les éléments parurent se dissocier, de telle sorte que ce n'était plus une masse compacte. La résolution était complète au bout de quinze ours.



C'est donc à ce traitement que j'aurai recours. Il est bien entendu que je ne compte pas négliger une précaution qui est indispensable pour toutes les maladies du bassin : je veux parler de la nécessité de combattre la constipation qui est une cause de congestion pour tous les organes intra-pelviens.

Tous les ganglions qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de l'utérus paraissent susceptibles de s'enflammer isolément. Les observations suivantes recueillies par M. Weiss, un de mes internes, sont des exemples d'adénolymphite intra-pelvienne ayant des sièges divers :

1<sup>re</sup> observation. — La nommée Anaïs L., âgée de dix-huit ans, entrée le 26 avril 1876, salle Saint-Maurice, lit n° 20, d'assez bonne constitution, a toujours joui d'une excellente santé, jusqu'aux accidents qui ont amené son entrée à l'hôpital. Régulée à l'âge de dix-sept ans, elle n'a jamais présenté de trouble de la menstruation. Au mois de février dernier se sont manifestés chez elle les signes d'une grossesse commençante, vomissements, picotements des seins, suppression des règles. Après une interruption de deux mois, elle fut prise subitement le 18 avril, sans cause appréciable, d'une métrorrhagie abondante qui dura huit jours et pendant laquelle elle rendit à plusieurs reprises des caillots d'un sang très-noir. En même temps, elle avait de la fièvre et des douleurs assez vives dans le ventre, ce qui la décida à entrer dans notre service le 26 avril.

26 avril. — On constate à ce moment une sensibilité assez vive de tout l'hypogastre avec une constipation opiniâtre; le toucher vaginal révèle l'existence d'une



déchirure très-manifeste du col; ce qui permet d'affirmer qu'une fausse couche a eu lieu. La métrorrhagie est arrêtée; mais la malade a encore de la fièvre et une soif assez intense.

On lui prescrit un repos absolu et des cataplasmes laudanisés sur le ventre.

3 mai. — M. Guérin pratique de nouveau le toucher; il constate que l'utérus, au lieu d'être aplati est déformé et qu'il revêt la forme d'une carène dont l'arête est en avant et sur la ligne médiane. Le col est en arrière; le corps présente une antéversion très-marquée; il est un peu gros et douloureux au toucher, mais les culs-de-sac sont absolument libres.

En présence de ces signes, M. Guérin diagnostique une métrite parenchymateuse légère consécutive à un avortement. Il ordonne de continuer les cataplasmes sur le ventre et prescrit en outre des bains journaliers.

Les jours suivants, l'état de la malade s'améliore très-rapidement; les douleurs du ventre se calment, la fièvre a disparu; la constipation a cédé aux purgatifs répétés. Tout fait espérer une guérison prochaine.

20 mai. — Mais vers le 20 mai, la malade se plaint de nouveau de souffrir du ventre; elle est prise d'une fièvre vive et d'un amaigrissement assez rapide.

25 mai. — M. Guérin, dont l'attention a été attirée par cette recrudescence des symptômes, constate, le 25 mai, qu'une inflammation péri-utérine s'est déclarée. Dans le cul-de-sac latéral gauche, en effet, il trouve une sorte de cordon transversal de la grosseur du petit doigt, allant directement de l'angle de l'utérus vers les parois latérales du bassin. Ce cordon qui est dur et douloureux,



est nettement isolé des parties voisines, qui ne présentent aucun empâtement. Il donne assez bien la sensation d'une plume à écrire soulevant la muqueuse du cul-de-sac correspondant.

En présence de ces symptômes, il est impossible de se défendre de l'idée d'une inflammation de vaisseaux lymphatiques partant de l'utérus et allant aux ganglions latéraux du bassin. Le siège de cette trainée lymphatique nous paraît être au-dessous et en arrière des replis péritonéaux qui constituent le ligament large; ce qui donne plus de vraisemblance à cette hypothèse, c'est la présence du corps de l'utérus en avant sous la symphyse du pubis.

En effet, dans son mouvement d'antéversion, la matrice entraîne nécessairement avec elle les ligaments larges; ce n'est donc pas l'un deux qui peut constituer une tumeur occupant la partie postérieure de la cavité pelvienne.

Quant au point de départ de cette lymphangite péri-utérine, il nous paraît avoir été la déchirure du col utérin. On connaît en effet le nombre des vaisseaux lymphatiques dont il est l'origine, et la fréquence des inflammations péri-utérines consécutives à ses déchirures.

26 mai. — Ces idées émises par M. Guérin sont confirmées le lendemain par les modifications que l'on constate. En effet, la tumeur a changé de nature; elle a perdu sa forme cylindrique, elle s'est aplatie en arrière; il semble que le tissu cellulaire entourant les lymphatiques se soit pris à son tour et que ces vaisseaux soient maintenant perdus au milieu d'une gangue de tissus enflammés. — Le cordon aplati que l'on sent main-



tenant est très-large au niveau de l'utérus, il se termine en s'effilant en arrière, dans la direction de la symphyse sacro-iliaque.

On prescrit l'application d'un vésicatoire sur le côté gauche du ventre.

Dès le lendemain, comme par enchantement, toutes les douleurs ont disparu, la malade se trouve bien mieux, et l'amélioration se continue les jours suivants.

4 juin. — Cependant, le 4 juin, on constate encore l'existence de ce cordon que l'on avait trouvé; sa direction est la même; il se porte en arrière vers le sacrum. L'utérus est en antéversion. L'état général de la malade est si bon, qu'elle demande à se lever, et quelques jours après elle exige sa sortie de l'hôpital.

10 juin. — A ce moment les signes locaux persistent toujours; l'état général s'est maintenu, mais la guérison n'est pas complète.

2<sup>e</sup> Observation recueillie par M. Weiss. — *Lymphangite péri-utérine.*

La nommée G., Marie, âgée de 19 ans, entrée le 5 mai 1876, salle Saint-Maurice, lit n° 15, femme très-vigoureuse, n'a jamais été malade avant les accidents actuels qui ont nécessité son entrée à l'hôpital. Réglée à l'âge de onze ans, elle a eu un premier enfant à l'âge de quinze ans, puis un second il y a sept mois environ. Sa dernière couche a été très-bonne, mais la malade s'est levée au bout de trois semaines; immédiatement elle a commencé à souffrir du ventre. Les douleurs vives et persistantes qu'elle a éprouvées depuis ne l'ont cependant pas empêchée de continuer son travail. Ce n'est



que depuis huit jours qu'elles sont très-intenses; en même temps la malade a été prise de fièvre, de frissons, d'une constipation opiniâtre et d'une gêne considérable de la miction.

5 mai. — A son entrée à l'hôpital, on constate chez elle une fièvre assez vive avec des douleurs violentes dans le côté gauche du ventre, qui est surtout sensible à la pression. La malade souffre également des reins, et elle accuse un malaise général très-prononcé, anorexie complète, soif vive.

Le toucher vaginal révèle l'existence d'une tumeur dure, lisse, occupant le cul-de-sac latéral gauche et se dirigeant en avant vers le canal crural. En pratiquant simultanément le palper abdominal, on constate très-manifestement que la tumeur arrive jusqu'au canal crural. De plus, on remarque que l'utérus *est en rétro-flexion*, et que sur sa partie inférieure et postérieure se trouve une sorte d'arête transversale de la grosseur d'une plume d'oie.

*Traitement.* — Cataplasmes, purgatif.

7 mai. — La douleur est toujours vive dans le côté gauche du ventre et dans la jambe correspondante. La malade est encore très-fatiguée, la tumeur n'a pas diminué. Elle est très-facilement accessible à l'exploration au-dessus de l'arcade crurale, mais on constate de plus que la tumeur, qui au début n'occupait que le côté gauche, s'est étendue également à la région droite (mais à un moindre degré). Le toucher, du reste, est assez douloureux.

16 mai. — Ventre très-sensible à la pression; fièvre vive. On prescrit un vésicatoire.



22 mai. — Dès le 22 mai, on constate une grande amélioration. L'utérus est encore en rétroversion; mais les culs-de-sac sont devenus presque entièrement libres, sauf le cul-de-sac latéral gauche, où il ne reste qu'un peu d'empâtement, comme un reliquat d'inflammation. Quant à l'arête transversale que l'on avait sentie sur la face postérieure de l'utérus, elle a entièrement disparu.

29 mai. — La malade est entièrement guérie; les culs-de-sac sont revenus à leur état normal, l'état général est excellent et la malade quitte l'hôpital entièrement guérie de son affection, qu'il nous reste maintenant à caractériser.

Pour nous, cette malade a eu une adéno-lymphite péri-utérine, localisée d'abord au côté gauche, puis s'étant étendue au côté droit, mais avec une moindre intensité. Nous en voulons pour preuve la direction de la tumeur (qui va transversalement de l'utérus vers le canal crural) et la présence de l'utérus en arrière. Nous insistons sur ce point qui pourra peut-être servir de signe diagnostique entre l'adéno-lymphite et le phlegmon du ligament large. En effet l'utérus, dans tous ses déplacements, entraîne avec lui les ligaments larges. Dans notre cas, où la tumeur est en avant et l'utérus en arrière, il ne peut s'agir d'un phlegmon du ligament large. Enfin, cette arête transversale que nous sentions sur la face postérieure de l'utérus, à l'union du corps et du col, nous paraît avoir été constituée par des vaisseaux lymphatiques enflammés. Il serait, en effet, difficile de s'expliquer une inflammation aussi localisée du tissu cellulaire péri-utérin.



3<sup>e</sup> observation recueillie par M. Weiss. — *Adéno-lymphite péri-utérine* des deux côtés du bassin.

La nommée Gral..., âgée de vingt-huit ans, profession domestique, entrée le 19 avril 1876, salle Saint-Maurice, lit n° 11, de bonne constitution, entrée dans notre service pour des accidents qui remontent au 16 mars dernier. Avant cette époque, elle n'a jamais fait de maladie sérieuse. Réglée à l'âge de dix-huit ans, elle a eu un enfant à l'âge de vingt-trois ans; depuis, elle s'est toujours bien portée et n'a présenté, à aucun moment, de trouble de la menstruation.

Le 16 mars dernier, à la suite de grandes fatigues, elle a commencé à souffrir dans le ventre; les douleurs qu'elle éprouvait étaient lancinantes, et correspondaient surtout au côté gauche de l'abdomen, où la malade sentit peu à peu se développer une tuméfaction notable.

Quatre jours après, la douleur avait encore augmenté. La malade avait, en outre de la fièvre, une courbature générale, une constipation opiniâtre, mais pas de vomissements.

20 mars. — Elle se décida alors à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. P., où elle fut soignée pour une inflammation du ventre (par des cataplasmes et des vésicatoires).

12 avril. — Elle en sortit incomplètement guérie, trois semaines après. Aussi fut-elle obligée de rentrer dans notre service au bout de quelques jours.

19 avril. — Le 19 avril, son état est le suivant :

Douleurs vives dans les deux côtés du ventre et les reins. Fièvre modérée. Céphalalgie. Anorexie complète;



envies fréquentes de vomir, mais pas de vomissements; constipation opiniâtre.

La palpation du ventre révèle l'existence de deux tumeurs, très-facilement appréciables à cause de la flaccidité des parois abdominales. L'une d'elles est située à droite, au niveau du détroit supérieur, l'autre est dans la fosse iliaque gauche. Mais c'est surtout le toucher vaginal combiné au palper qui permet de se rendre compte de la situation précise et de la nature de ces tumeurs.

*Celle de droite* est éloignée de 0<sup>m</sup>,025 du pubis. Elle est dirigée de l'angle latéral droit de l'utérus vers le bord interne du psoas, à la partie supérieure de la fosse iliaque. De plus, elle est convexe en avant et arrondie.

*Celle de gauche* présente, au contraire, des caractères tout différents; elle est dirigée vers le trou sous-pubien; de plus, elle est aplatie et placée de champ; elle semble constituée par un soulèvement du péritoine; deux plans, du reste, concourent à la former; l'un supérieur, constituant la plus grande partie de la tumeur; l'autre inférieur, formé par une petite tumeur arrondie roulant sous le doigt et donnant assez bien la sensation d'un ganglion enflammé ou d'un ovaire. Cette seconde tumeur siège à la fois dans le cul-de-sac latéral gauche et se prolonge dans le cul-de-sac postérieur, de telle sorte que l'on croit toucher en ce dernier point l'utérus en rétroflexion.

On prescrit un vésicatoire sur le côté droit du ventre.

21 avril. — La malade a ses règles; de plus elle est prise d'une diarrhée abondante, mais ses selles, quoique



liquides, ne renferment aucune trace de pus. On combat cette petite complication par des lavements laudanisés.

24 avril. — Le toucher vaginal est de nouveau pratiqué. On constate que la tumeur du côté droit, où le vésicatoire a été posé, a presque entièrement disparu. C'est à peine s'il persiste encore un peu d'empâtement.

Celle du côté opposé, au contraire, n'a pas encore disparu; elle reste encore dure et aucune fluctuation ne s'y fait sentir, mais les deux plans que présentait la tumeur persistent et sont même plus facilement appréciables.

L'état général de la malade est devenu très-satisfaisant.

1<sup>er</sup> mai. — Nouveau vésicatoire, du côté gauche cette fois.

8 mai. — Le 8 mai, on constate une amélioration très-notable dans l'état local de cette malade. La tumeur latérale gauche a beaucoup diminué, ce qui permet de reconnaître une erreur que l'on avait commise au début, relativement au siège de l'utérus. En effet, la matrice, au lieu d'être en rétroflexion, se trouve en antéversion; on la sent très-bien en avant, immédiatement derrière la symphyse du pubis; ce qu'on avait pris pour l'utérus en rétroflexion n'est qu'une portion de la tumeur latérale gauche qui s'est prolongée en arrière vers l'échancrure sciatique (1). Cette portion est située immédiatement au-dessous du corps de l'utérus et elle correspond à peu près à la partie supérieure du col.

(1) Voir un dessin fait par M. Ribemont, qui rend assez bien compte du résultat de l'exploration du cul-de-sac gauche du vagin.



Elle ne saurait donc être constituée par un phlegmon du ligament large, avec lequel on aurait pu la confondre, si l'on avait examiné la malade avec moins de soin, puisque si le ligament large était enflammé, c'est au niveau du corps du l'utérus que l'on constaterait la tumeur; l'utérus en antéversion ayant maintenu le ligament large à peu près dans sa direction normale,

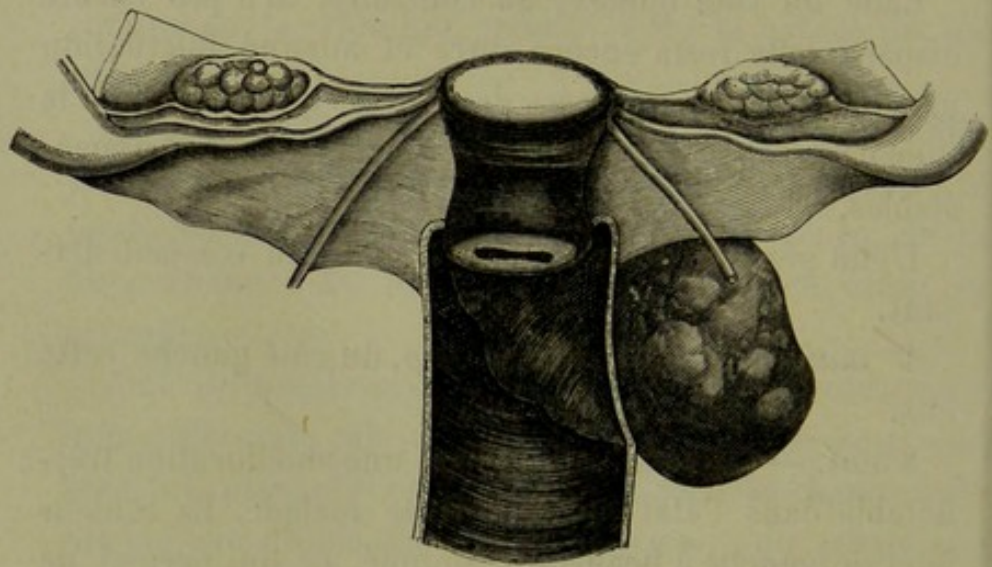


Fig. 11. — Dessin fait par M. Ribemont, interne du service; il représente les rapports de la tumeur avec l'utérus. Cette tumeur ne se terminait pas en avant aussi nettement qu'on pourrait le croire d'après cette figure.

tandis que la tumeur siège sur un plan très-inférieur à celui du corps de l'utérus.

Ce n'est pas davantage une pelvi-péritonite; la malade n'en présente ni les signes généraux ni les signes locaux. Il est vraisemblable qu'il s'agit ici d'une inflammation phlegmoneuse péri-ganglionnaire, et ce qui rend ce diagnostic très-probable, c'est d'abord l'existence de ce corps dur un peu mobile à la base de la tumeur, et



ensuite la rapidité avec laquelle cette tumeur a diminué sous l'influence d'un vésicatoire. On sait, en effet, combien les affections ganglionnaires sont justiciables, en général, de ce mode de traitement.

15 mai. — Nouveau toucher; l'amélioration s'est maintenue et on peut, en quelque sorte, analyser la tumeur, grâce au mouvement de résorption dont elle a été le siège.

Le corps de l'utérus est toujours en avant; il est petit, mobile, légèrement marronné. La tumeur postéro-latérale n'a pas encore entièrement disparu; mais elle est considérablement réduite; on sent encore à sa base le corps mobile et arrondi dont nous avons déjà parlé. On constate que sa direction n'a pas changé et qu'elle occupe toujours le voisinage du trou sous-pubien. Bains journaliers, cataplasmes.

26 mai. — L'hystérométrie, pratiquée par M. Guérin, confirme la présence du corps de l'utérus, immédiatement derrière la symphyse du pubis. Le toucher vaginal révèle cette fois la disparition complète de la tumeur; il ne reste qu'un peu d'empâtement dans les culs-de-sac postérieur et latéral gauche; celui du côté droit est absolument libre. L'état général répond du reste entièrement à cet état local. La malade se lève toute la journée et peut même se livrer à des travaux fatigants, sans aucun inconvénient.

Pour résumer notre observation, nous dirons qu'à notre avis, cette malade a eu une adéno-lymphite bilatérale. Du côté droit, celle-ci siégeait dans les vaisseaux lymphatiques qui de l'utérus vont vers la partie supérieure du bassin; du côté gauche, elle siégeait dans ceux



qui vont au canal crural. La forme des deux tumeurs que nous avons observées; l'existence de ce corps arrondi roulant sous le doigt et plongé au milieu d'une gangue de tissus enflammés; la présence de l'utérus en avant, enfin la rapidité avec laquelle cette double affection a cédé aux vésicatoires, donnent à ce diagnostic une certitude presque absolue.



## ONZIÈME LEÇON

### ADÉNO-PHLEGMON JUXTA-PUBIEN

J'ai voulu vous familiariser avec les tumeurs intra-pelviennes qui résultent de l'inflammation des ganglions lymphatiques, en vous rapportant un certain nombre d'observations relatives aux adénites péri-utérines, avant de vous dire de quelles difficultés l'existence d'une des variétés de cette affection entoure le diagnostic du phlegmon du ligament large.

Déjà on savait que les ganglions lymphatiques péri-utérins sont susceptibles de s'enflammer, de grossir et de suppurer; on savait aussi qu'ils sont souvent envahis par le cancer qui affecte la matrice. M. Siredey, M. Lucas Champonnière, avaient démontré l'existence des adénites intra-pelviennes, et avant eux, Cruveilhier avait fait représenter le cancer des ganglions de cette région; mais personne ne s'était aperçu de l'analogie qui existe entre les symptômes de certaines adénites et ceux du phlegmon des ligaments larges, lorsque je découvris que la plupart des signes attribués à ce phlegmon peuvent exister dans le cas d'un adéno-phlegmon situé en dehors de ce repli.

Je tiendrais peu à ma découverte, si l'adéno-phlegmon dont je parle existait dans les ligaments larges. Qu'im-



porterait, en effet, que le point de départ du phlegmon fût un ganglion, ou que cette inflammation se fût développée d'emblée dans le tissu cellulaire, si, dans l'un et l'autre cas, le siège était le même.

Ce qu'il y a d'important dans les faits nouveaux que j'ai eu maintenant l'occasion d'observer un grand nombre de fois, c'est que lorsqu'un ganglion placé en arrière du pubis, près des trous sous-pubiens et de l'orifice supérieur du canal crural, vient à s'enflammer, l'inflammation, en gagnant le tissu cellulaire péri-ganglionnaire, donne lieu à une tumeur que l'on a dû confondre d'une manière constante avec le phlegmon du ligament large.

Je ne connais pas encore tous les ganglions qui reçoivent des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, mais je sais qu'il en existe dans le point que je viens d'indiquer, au moins deux auxquels l'inflammation du col de la matrice se propage fréquemment.

Quand les ganglions s'enflamment ils forment une tumeur marronnée située derrière le ligament de Poupert, et quand l'inflammation s'étend au tissu cellulaire, la tumeur s'aplatit d'avant en arrière en tapissant le pubis depuis sa branche horizontale jusqu'au trou sous-pubien, et s'étendant souvent bien au delà, en arrière et sur les côtés. Ce n'est pas seulement le tissu cellulaire du bassin qui devient le siège du phlegmon; l'inflammation gagne plus tard celui qui existe derrière la paroi abdominale antérieure, entre la couche musculieuse et le péritoine, de manière à figurer cette plaque résistante à laquelle Chomel avait donné le nom de *plastron* abdominal, la croyant, comme tous les auteurs qui ont écrit après lui, un signe pathognomonique du phlegmon du ligament large.



Si vous vous représentez bien la tumeur que je vous indique; si vous comprenez que les ganglions sont situés entre la paroi antérieure du bassin et le péritoine qui la tapisse en arrière; si vous admettez, ce qui pour moi est maintenant démontré, que les vaisseaux lymphatiques qui s'y rendent proviennent du col de la matrice, vous vous ferez bien vite une idée exacte de la forme et de la situation de cette tumeur. Les vaisseaux lymphatiques s'enflammant par l'extension de l'inflammation utérine, ou plus souvent par le fait d'une déchirure ou d'une excoriation du col de l'utérus, détermineront d'abord un exsudat dans le tissu cellulaire qui les avoisine; puis, la suppuration se produisant dans les vaisseaux et dans les ganglions, un vaste phlegmon s'étendra dans tout le tissu cellulaire qui existe sous le péritoine, depuis le col de la matrice jusque derrière et au-dessus du ligament de Poupert.

Par suite de cette inflammation, le doigt introduit dans le vagin trouvera la paroi de ce conduit en rapport avec des tissus enflammés qui donneront la sensation d'un œdème s'étendant jusqu'au delà du col de l'utérus.

Si, pendant qu'à l'aide du doigt on constate l'existence d'une tumeur siégeant sur un des côtés de la matrice et du vagin, on recherche avec une main portée sur la paroi antérieure de l'abdomen, quelle en est la direction, on reconnaît qu'elle est située parallèlement au ligament de Poupert.

Ces deux signes étant reconnus, tous les gynécologues diagnostiquaient un phlegmon du ligament large. Maintenant, il faudra établir de nouvelles distinctions entre les symptômes de ces deux maladies, pour être en droit d'établir un diagnostic.



J'avais toujours été embarrassé pour expliquer l'extension de l'inflammation du ligament large au tissu cellulaire de la paroi antérieure de l'abdomen; mais comme cette propagation était admise par les hommes les plus compétents, je m'inclinais, bien que mes idées sur l'anatomie des ligaments larges soulevassent dans mon esprit des objections qui me paraissaient irréfutables.

Aujourd'hui, je suis porté à croire que l'on a commis une erreur de diagnostic, toutes les fois que le phlegmon s'étant étendu au tissu cellulaire de la paroi abdominale antérieure, on a diagnostiqué un phlegmon du ligament large. Jusqu'à preuve contraire, je me crois autorisé à dire que c'est toujours alors un *adéno-phlegmon juxta-pubien*. Dans l'adéno-phlegmon, en effet, comme dans le phlegmon du ligament large, le cul-de-sac latéral du côté malade est effacé, et la tumeur est collée contre le pubis.

Cet accollement de la tumeur contre le pubis ne se comprend même bien que pour l'adéno-lymphangite juxta-pubienne, car il est difficile d'admettre que les ligaments larges qui sont situés à peu près au niveau du diamètre transversal du bassin, puissent être poussés contre le pubis par l'inflammation du tissu cellulaire renfermé entre les feuillets de ce repli. Je sais bien que l'on admet la propagation de cette inflammation au tissu cellulaire voisin; mais, pour cela, il faudrait prouver la continuité du tissu cellulaire de l'intérieur des ligaments avec celui qui est placé en dehors, et on ne l'a jamais essayé (1). On a

(1) Un de mes anciens élèves, M. Terrillon, chirurgien du bureau central, à qui je communiquais mes idées à ce sujet, me fit remarquer aussitôt que si cette propagation de l'inflammation du tissu cellulaire placé dans le ligament large au tissu sous-péritonéal avait lieu, le cul-de-sac du



admis cette continuité comme un axiome et aussi, il faut bien l'avouer, parce que l'on en avait besoin pour l'explication des symptômes que l'on attribuait au phlegmon du ligament large.

Il résulte de mes recherches et de dissections attentives, que les ligaments larges sont fermés par leurs feuillets fibreux, et que le tissu cellulaire très-peu abondant qui existe entre les lamelles fibreuses ne se continue pas aussi largement qu'on le croit avec celui des parties voisines.

Cette continuité n'existe qu'en arrière, comme Jarjavay l'avait indiqué. « Il se continue, dit-il (page 496), en dehors avec le tissu cellulaire de la région sacro-sciatique, et par conséquent avec le tissu cellulaire profond de la fesse. » « Voilà, ajoute-il, pourquoi des abcès des ligaments larges fusent au-dessous du grand fessier. »

Voilà, messieurs, un anatomiste habile qui nous indique comment le tissu cellulaire existant entre les feuillets des ligaments larges communique avec celui du voisinage, et il ne trouve d'autre communication que celle qui conduirait le pus du phlegmon de ces ligaments au-dessous du muscle grand fessier.

Il eût été bien embarrassé pour nous dire comment le tissu cellulaire sous-pubien s'enflamme par voie de continuité avec celui des ligaments larges. Les gynécologistes ne se sont pas préoccupés de cela. Ayant reconnu l'existence d'une tumeur aplatie contre le pubis, par conséquent à peu près parallèle au ligament de Poupert, et ne pouvant l'attribuer à une pelvi-péritonite, il ne leur est

péritoine disparaîtrait derrière le pubis où l'on sentirait une tumeur arrondie qui ne permettrait pas de plonger la main au-dessus et en arrière d'elle en rasant le pubis.



plus resté que le phlegmon du ligament large pour expliquer les symptômes observés.

S'il restait dans votre esprit quelque doute sur la signification de cette tumeur aplatie, collée contre le pubis et susceptible de se propager très-haut entre la paroi abdominale antérieure et le péritoine qui la double, je vous engage à lire attentivement ce qui a été écrit le plus récemment sur le phlegmon du ligament large.

Parmi les médecins qui se sont le plus occupés de gynécologie, il en est un qui apporte un soin tout particulier à l'examen de ses malades et dont l'esprit ne se contente pas d'à peu près : je veux parler de M. Bernutz. Eh bien, si vous lisez avec attention l'article remarquable qu'il a publié en 1874 dans les *Archives de tocologie*, vous reconnaîtrez dans les observations qui lui paraissent le mieux appartenir au phlegmon des ligaments larges les signes les plus évidents de l'*adéno-phlegmon juxta-pubien*.

Je ne puis résister au désir de les lire avec vous : Dans l'observation IV, voici ce que nous trouvons :

« Jusqu'ici, on n'avait rien constaté d'anormal chez cette femme; mais il ne devait pas en être de même au toucher vaginal combiné à la palpation abdominale. On trouve que l'utérus est resté volumineux, l'extrémité de son col, qui regarde très-fortement en arrière et un peu à droite, est à 7 centimètres et demi de l'anneau vaginal, le fond dépasse le pubis de quatre travers de doigt; il est placé notablement à droite de la ligne blanche, de telle sorte que l'utérus, col et corps, est transporté en masse à droite, en même temps qu'il est très-incliné en avant. Le doigt introduit en avant du corps de l'utérus ne sent



pas d'induration dans cette partie du cul-de-sac vaginal antérieur.

» Le cul-de-sac vaginal droit, de très-petite dimension, admettant à peine l'index, est également souple; il n'en est pas de même du cul-de-sac vaginal gauche, très-amplifié, qui est le siège d'une plaque indurée, d'une consistance assez ferme, mais élastique, sans bosselure, inclinée en avant comme l'utérus, qui continue le bord gauche de cet organe sans aucun sillon de séparation, presque sans ligne de démarcation autre que sa différence de consistance.

» Cette plaque indurée se prolonge en dehors jusqu'à l'enceinte osseuse du bassin, se fixe en avant au bord inférieur de la branche horizontale du pubis où elle se confond avec la résistance vague perçue par la palpation abdominale, mais se termine par en bas par un bord assez aigu qui déborde un peu l'extrémité inférieure du col; il est à 7 centimètres et quart de l'anneau vaginal, tandis que le col est à 7 centimètres et demi. Le bord inférieur de la plaque indurée forme avec le col comme une sorte de diaphragme laissant en arrière une simple bande étroite qui représente le cul-de-sac vaginal postérieur; là, le doigt s'enfonce plus profondément et ne perçoit aucune résistance, on peut imprimer à l'utérus des mouvements d'avant en arrière, que suit la plaque indurée, mais on ne peut le porter latéralement, les explorations vaginales sont peu douloureuses pour la malade. »

Si on excepte de cette description le mouvement imprimé à l'utérus et communiqué à la plaque indurée, il est impossible de trouver dans la description qui précède autre chose que les signes d'un adéno-phlegmon juxta-



pubien, et encore je ne crois pas que l'on puisse contester ce diagnostic en s'appuyant sur le mouvement imprimé d'avant en arrière à l'utérus et à la plaque indurée, car si dans ce cas les mouvements de latéralité étaient impossibles, il était bien facile de se faire illusion sur l'étendue des mouvements d'avant en arrière. Je suis très-porté à croire que la partie la plus élevée de la plaque était immobile, tandis que sa pointe utérine s'infléchissait ou s'étendait quand on imprimait à l'utérus des mouvements d'arrière en avant ou d'avant en arrière.

L'observation V, qui a été recueillie par M. Frarier, est bien plus évidemment un cas d'adéno-phlegmon juxtapubien. J'emprunte seulement la description de la tumeur :

« Pas de ballonnement du ventre, pas de saillie plus notable d'un côté que de l'autre. A la palpation, on trouve dans le côté droit de l'hypogastre une assez grosse tumeur établie superficiellement en avant du paquet intestinal et qui est évidemment située dans la couche celluleuse profonde de la paroi abdominale. Cette sorte de plastron très-dur, régulier, indolent à la pression, est d'autant plus résistant et plus régulier qu'on l'examine plus près du ligament de Fallope; en contourant sa limite supérieure, on sent que la tumeur s'enfonce profondément dans le petit bassin. Le bord externe du plastron, arrondi, est à peu près parallèle à la ligne blanche qu'il déborde d'un travers de doigt à gauche; son bord supérieur transversal remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, se perd peu à peu en devenant plus profond, à mesure qu'on approche de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite; son bord inférieur corres-



pond au bord du ligament de Fallope; on sent là très-manifestement que la tumeur s'enfonce dans l'excavation pelvienne, en adhérant très-étroitement à la branche horizontale du pubis.

. . . . .  
» Le col utérin non dévié dans l'axe du vagin se déplace facilement en avant et en arrière et les mouvements qu'on lui communique ne sont pas douloureux; en pressant sur la tumeur abdominale, au-dessus de la symphyse et un peu à gauche, on transmet les mouvements au col. Les pressions exercées sur les autres points de la tumeur ne transmettent plus que d'une manière très-indirecte les mouvements au doigt placé sur cet organe. La masse de la tumeur est à peu près immobile, les culs-de-sac vaginaux gauche, antérieur et postérieur, sont souples; le cul-de-sac droit, moins profond que les autres, a perdu sa souplesse. En portant assez fortement le doigt en haut de ce cul-de-sac, on arrive à sentir très-distinctement un plancher dur, comme ligneux, doublant le fond de ce cul-de-sac droit. En avant, cette plaque indurée est séparée de la paroi osseuse par un étroit sillon dans lequel les tissus sont souples; en dedans, elle forme un rebord concave circonscrivant la moitié droite du col, comme le ferait un croissant, et séparé de ce col par un sillon où l'on peut mettre le bout de l'index; cette partie interne envoie en avant du col utérin un petit prolongement induré gros comme le petit bout du petit doigt, qui ne dépasse pas le col; en arrière, la plaque indurée se perd à la limite du cul-de-sac droit, sans envahir la partie postérieure. On ne trouve nulle trace de fluctuation; on constate partout une dureté uniforme, régulière, sans nodosités. La pres-



sion exercée sur la tumeur transmet directement les mouvements à la plaque vaginale, aucune douleur n'est suscitée par les explorations.

» Le toucher rectal, également très-peu douloureux, fait constater que le rectum est fortement dévié à gauche et qu'il existe une grosse tumeur logée dans l'excavation pelvienne. On reconnaît que l'utérus en constitue la partie gauche, mais que le doigt passe sans trouver aucun sillon de séparation de la face postérieure de la matrice sur la paroi postérieure de la masse phlegmoneuse. Les pressions exercées sur la paroi abdominale antérieure indurée transmettent des mouvements au doigt placé dans le rectum et font constater l'épaisseur considérable de la tumeur et son peu de mobilité. »

Dans les deux cas où, après avoir constaté une tumeur semblable à celle qui est décrite d'une manière si complète par M. Bernutz, j'ai eu l'occasion de procéder à l'autopsie, les ligaments larges étaient parfaitement sains et la tumeur était constituée par un phlegmon sous-péritonéal placé derrière la paroi antérieure de l'abdomen, contre laquelle il était appliqué, et dans un cas j'ai manifestement reconnu que le point de départ avait été un ganglion lymphatique. Depuis l'époque où j'ai eu la preuve de l'existence de cette adéno-lymphangite compliquée de phlegmon, j'ai pu sur plusieurs malades assister à l'évolution de la maladie.

Après avoir constaté par le toucher vaginal et la palpation de l'abdomen, l'existence de ganglions enflammés, j'ai vu le tissu cellulaire ambiant prendre part à l'inflammation, et donner lieu à une tumeur en plaque comme celle qui est attribuée par les gynécologistes au phlegmon



du ligament large. J'ai eu aussi l'occasion de sentir avec le doigt et de faire toucher par mes élèves des cordons indurés allant du col de l'utérus aux ganglions enflammés.

Tous les auteurs qui ont écrit récemment sur le phlegmon des ligaments larges ont attaché une grande importance à un signe que je ne trouve pas indiqué dans les observations que je viens d'emprunter à mon distingué collègue de la Charité : je veux parler de l'effacement du cul-de-sac du côté où la tumeur s'est développée. Moi aussi, plusieurs fois, je n'ai pas trouvé ce signe dans l'adéno-phlegmon juxta-pubien. Il pourrait donc se faire qu'il acquît une grande valeur diagnostique lorsque l'adéno-phlegmon et le phlegmon du ligament large auront été plus complètement étudiés.

Il est impossible de ne pas remarquer que, dans la dernière observation que je viens de citer, la tumeur est tout entière placée entre le bord droit de l'utérus et la branche horizontale du pubis. Si elle s'était développée dans le ligament large, elle serait plus ou moins arrondie, puisque c'est à l'écartement des feuillets du ligament que M. Noël Gueneau de Mussy attribue la déviation de la matrice dans les cas de phlegmon de cette partie. Au lieu de cela, on sent qu'elle est évidemment située dans la couche celluleuse profonde de la paroi abdominale. Si elle est dans cette couche, elle n'est pas dans le ligament large, qui est beaucoup plus en arrière.

En contournant la limite supérieure de la tumeur, on sent que la plaque s'enfonce profondément dans le petit bassin, absolument comme dans l'adéno-phlegmon juxta-pubien.

Il faut donc, pour répondre aux objections que je fais



au diagnostic du phlegmon du ligament, dans les cas où l'on constate les signes que nous trouvons dans l'observation précédente, prouver que lorsque les ligaments larges sont le siège d'un phlegmon, le tissu cellulaire situé sous le péritoine, derrière le pubis, s'enflamme, et il faudra dire comment se fait la propagation de l'inflammation. Cette explication est bien facile quand on admet l'adéno-phlegmon juxta-pubien.

L'observation VI du travail de M. Bernutz, qui, ainsi que les deux précédentes, est donnée comme le type du phlegmon du ligament large, est absolument semblable à la cinquième; vous allez en juger.

« ... Les parois abdominales sont souples, dépressibles, excepté dans la fosse iliaque droite. Cette région est occupée par une tumeur considérable, très-dure, régulière à sa surface, très-superficielle, surtout dans la partie qui surmonte l'arcade fémorale. *On apprécie très-facilement que cette induration est située dans la couche profonde de la paroi abdominale* (c'est moi qui souligne ce passage); le peu d'épaisseur du tissu adipeux, la souplesse des parties voisines, enfin le peu de sensibilité de la tumeur rendent l'examen très-simple et ne laissent pas à cet égard le moindre doute. Sur cette espèce de plastron étalé en avant du paquet intestinal, on fait glisser sans peine les téguments, et le doigt arrive aussitôt, sans exercer la moindre pression, sur l'induration qui représente la partie profonde de la paroi abdominale. Quand on suit la tumeur par en bas, vers le ligament de Fallope, on sent qu'elle se recourbe et descend dans la profondeur du petit bassin, en s'appliquant exactement contre la face postérieure de la symphyse et de la branche horizontale du pubis.



» On ne peut glisser le bout du doigt entre la paroi osseuse et la tumeur. Si l'on suit, au contraire, la tumeur de bas en haut en partant de l'arcade crurale, on sent qu'elle est de moins en moins superficielle à mesure qu'on se rapproche de sa limite supérieure. Arrivée au niveau de ce bord supérieur, la main, grâce à la souplesse de la paroi abdominale, le contourne, s'engage derrière ce bord supérieur de la tumeur et sent profondément que la masse de cette tuméfaction s'enfonce dans l'excavation pelvienne.

. . . . .

» Le toucher vaginal fait constater que les parois de ce conduit sont souples et un peu plus chaudes qu'à l'état normal. Le col utérin, un peu plus élevé qu'à l'état normal, est dévié à gauche...

» Le cul-de-sac vaginal gauche est un peu moins étendu que le droit. Souplesse parfaite du cul-de-sac gauche et des culs-de-sac antérieur et postérieur. Mais il n'en est pas de même du cul-de-sac droit, qui, comme nous venons de le dire, est un peu plus large qu'à l'état normal, *tout en conservant sa profondeur habituelle*, dans lequel on sent tout au fond, assez haut, une tumeur qui *double le cul-de-sac droit sans l'abaisser*. Cette tumeur a les caractères suivants : sa partie interne forme un bourrelet concave plus large en avant qu'en arrière, qui embrasse le bord droit du col dont il est séparé ; dans sa partie externe, la tumeur est moins dure, moins complètement constituée ; elle forme seulement un empâtement assez résistant. Si l'on combine la palpation abdominale et le toucher vaginal, le doigt, en soulevant le museau de tanche de bas en haut, transmet directement le mouvement à la



main qui est placée au-dessus de la symphyse sur la partie gauche de la tumeur; cette partie semble ainsi être bien constituée par la matrice elle-même; tandis que le même soulèvement, exercé lorsque le doigt est placé dans le cul-de-sac droit sur la tumeur vaginale, ne transmet des mouvements directs qu'à la partie droite de la tumeur abdominale et que de très-indirects à la partie gauche formée par l'utérus. L'ensemble de la tumeur ne jouit, du reste, que d'une mobilité des plus restreintes... »

Comme dans ces trois observations, les malades se sont guéris, l'existence d'un phlegmon du ligament large dans ces trois cas est loin d'être prouvée. Je n'ajouterai qu'une réflexion à celles que j'ai déjà faites : le plastron abdominal, qui est décrit avec soin, et bien indiqué par l'auteur comme existant dans la profondeur de la paroi abdominale, est la seule tumeur mentionnée. Si les ligaments larges étaient enflammés, ils donneraient lieu à une autre tumeur plus éloignée du pubis, et il n'en est pas fait la moindre mention, bien que l'auteur décrive avec le plus grand soin tout ce qu'il a observé.

Si l'adéno-phlegmon avait été découvert plus tôt, Bernutz l'eût reconnu dans les trois observations que nous venons de lui emprunter.

Nous avons fait comme lui jusqu'au jour où une autopsie nous a éclairé sur la signification des symptômes que nous avions, jusque-là, attribués au phlegmon du ligament large, et de nombreuses observations recueillies dans mon service sous la désignation de phlegmon du ligament large, sont des exemples d'adéno-phlegmon juxta-pubien.



L'adéno-lymphangite péri-utérine donne aussi l'explication des faits dans lesquels on ne trouvait ni les signes de la pelvi-péritonite, ni ceux de l'ovarite et que l'on rattachait au phlegmon du ligament en faisant un diagnostic par exclusion. Voici deux observations d'affections difficiles à diagnostiquer et que je n'hésite pas aujourd'hui à considérer comme des cas d'adénite : elles ont été recueillies par M. Graux, un de mes internes :

**Maladie considérée comme phlegmon du ligament large  
à droite, noyau inflammatoire à gauche.**

La nommée Lenfant, Reine, âgée de trente-cinq ans, couturière, entrée le 27 septembre 1875, salle Saint-Maurice, lit n° 9.

Depuis environ trois semaines elle avait des douleurs vagues dans le ventre ; souvent l'abdomen se ballonnait considérablement, mais cet état permettait à la malade de vaquer encore à ses occupations, lorsque le 5 *septembre*, étant à l'époque de ses règles, elle fut prise après son repas d'une douleur très-vive dans le bas-ventre et rendit ses aliments. En même temps elle eut de la céphalalgie, de la fièvre, mais pas de frisson.

A son entrée à l'hôpital le 27 septembre 1875, on constate un gonflement considérable du ventre. Celui-ci est dur, tendu, extrêmement douloureux. Les cuisses sont fléchies sur le bassin à cause de la douleur, et la respiration est difficile.

La malade a fort peu de fièvre.

En raison de la douleur, le chirurgien du bureau central qui remplaçait M. A. Guérin, ne pratique pas le toucher vaginal, et pense qu'il s'agit d'une pelvi-péritonite.



Jusqu'au 20 octobre, le traitement consiste en :

Immobilité dans le lit, cataplasmes sur le ventre, purgatifs.

1<sup>er</sup> octobre. Règles peu abondantes.

20 octobre. En reprenant son service, M. Guérin constate que le ventre est peu tendu et peu douloureux. *Par le toucher vaginal* il sent dans le cul-de-sac droit une tumeur du volume d'un œuf, assez régulière, allongée dans le sens transversal et reliée à l'utérus par un *pédicule* assez grêle. L'utérus est volumineux et en antéflexion.

*Diagnostic différentiel.* Sans nier qu'il y ait eu précédemment une pelvi-péritonite, on diagnostique un phlegmon du ligament large. M. Guérin nie l'existence actuelle d'une péritonite pelvienne, parce que la seule tuméfaction qui existe est à une certaine distance de l'utérus. Comme elle est dirigée dans le sens du ligament large et qu'elle paraît reliée à la matrice par un pédicule, il semble qu'il s'agit d'un phlegmon de ce ligament. La seule difficulté ne provient pas seulement de ce que ce phlegmon ne donne pas lieu à l'œdème de la portion supérieure du vagin et à l'attraction de l'utérus du côté malade, car si c'est un phlegmon du ligament large, il est au début; mais M. Guérin est embarrassé par le pédicule qui suit la tumeur à l'utérus.

Prescription : Grand vésicatoire sur le côté droit de la partie inférieure de l'abdomen.

4 novembre. Depuis quelques jours la malade se plaint de souffrir un peu plus dans le côté droit. *Par le toucher vaginal* on trouve : 1<sup>o</sup> pour l'utérus, que le corps est très-volumineux et plus long qu'à l'état normal; que le col



est aussi beaucoup plus gros et présente les particularités suivantes : le museau de tanche se termine par un bec très-étroit, puis immédiatement au-dessus de cet orifice le col augmente brusquement de volume ; la consistance du col est différente en ces deux points : très-mou dans sa portion amincie et saillante, il est au contraire très-ferme au-dessus, dans sa portion volumineuse.

2° *Pour la tumeur* du cul-de-sac droit on trouve qu'elle est beaucoup augmentée de volume. En même temps son pédicule a disparu, de sorte qu'il est difficile de la distinguer du corps de l'utérus.

Prescription : Nouveau grand vésicatoire sur la fosse iliaque droite.

*Du 4 au 7 novembre*, la malade n'a pas de fièvre et accuse un notable soulagement dans le côté ; son faciès est aussi bien meilleur.

8 *novembre*. La tumeur, qu'on sentait et que l'on pouvait délimiter très-nettement dans le cul-de-sac droit, il y a quatre jours, a complètement changé d'aspect ; on ne sent plus, à proprement parler, une tumeur, mais une sorte d'empatement diffus et très-mal limité. D'autre part le cul-de-sac gauche, qui était complètement libre, est le siège d'une légère tuméfaction ; il semble que la phlegmasie se propage de droite à gauche. Le col est plus effacé et moins saillant que lors de l'examen précédent ; la différence entre la consistance de la partie supérieure et celle de la partie inférieure est plus appréciable et apparaît surtout en arrière. Là il semble bien que cette apparence soit due à une hyperémie de la muqueuse cervicale qui ferait saillie entre les lèvres du col, explication que confirmerait l'apparition des règles depuis hier.



L'utérus est immobile, adhérent, comme encloué. Les mouvements très-légers qu'on essaye de lui communiquer sont douloureux.

9 novembre. Continuation des règles pendant deux à trois jours.

16 novembre. On ne constate aucune modification dans l'immobilité de l'utérus. Moins de différence dans les différentes parties du col.

23 novembre. Il s'est produit, depuis le dernier examen, une notable amélioration; il n'existe presque plus d'inflammation péri-utérine. On peut explorer presque complètement l'utérus par la paroi abdominale et par les culs-de-sac sans provoquer de douleur.

En déprimant fortement le cul-de-sac droit qui est maintenant très-peu empâté, on parvient ainsi jusque sur le bord de l'utérus et on peut constater que le corps est très-volumineux.

Nouveau vésicatoire sur l'abdomen.

2 décembre. Depuis plusieurs jours la malade, qui se levait un peu, ressent de la douleur dans le côté gauche.

Par le toucher on voit qu'il s'est formé une petite tumeur dans le cul-de-sac gauche. Pour arriver jusqu'à cette tumeur, il faut déprimer fortement le cul-de-sac; on arrive ainsi à délimiter une tumeur du volume d'une amande, qui semble attachée au bord de l'utérus. Dans le cul-de-sac droit on trouve également une petite tumeur ovoïde dans le ligament large.

Ces deux petites tumeurs sont dures et très-faciles à délimiter; elles sont symétriquement placées sur les deux côtés de l'utérus, et figurent ainsi les deux anses d'un vase.



L'utérus est en antéversion.

*4 décembre.* L'utérus est maintenant assez mobile.

La tumeur du ligament large gauche est moins volumineuse, on y trouve un très-petit noyau qui paraît être l'ovaire augmenté de volume. Et en effet cette tumeur est rejetée en arrière, comme cela arrive lorsque l'ovaire augmente de volume.

La tumeur du ligament droit est devenue nettement fluctuante.

Cette observation a été recueillie à une époque où, ne connaissant pas encore l'adéno-phlegmon circum-utérin, j'étais fort embarrassé pour placer le siège de ces sortes de tumeurs.

Si l'on veut bien rapprocher ce fait des observations d'adéno-phlegmon, on reconnaîtra que la tumeur qui fut considérée par nous comme un phlegmon du ligament large commençant, s'explique très-facilement, quand on admet qu'elle s'est développée dans un ganglion voisin du ligament large. La tumeur, ovoïde d'abord, est formée par un ganglion enflammé; le pédicule qui l'unit à l'utérus est dû aux vaisseaux lymphatiques afférents. Son aplatissement et son extension, sans limites bien déterminées, proviennent de l'extension de l'inflammation au tissu cellulaire sous-péritonéal.

**Mérite du col. — Noyau inflammatoire au niveau  
du ligament large à droite.**

C'est à une adénite simple, sans complication de phlegmon qu'il faut, ce me semble, rapporter le fait suivant :

La nommée W..., Catherine, âgée de vingt-neuf ans,



exerçant la profession de piqueuse de bottines, entrée le 22 avril 1875, sortie le 24 mai 1875.

Malade blonde, pâle, bouffie, prétendant jouir d'une bonne santé, elle souffre d'une constipation habituelle.

Elle est réglée depuis l'âge de quatorze ans, régulièrement. Elle a eu un enfant il y a cinq ans; couches régulières; pas d'autre grossesse.

Elle habite Paris depuis douze ans et a dès flueurs blanches depuis cette époque. Elle paraît avoir eu la syphilis il y a trois ans; elle a offert, depuis cette époque, une éruption papuleuse généralisée, de quatre mois de durée, et souffre de maux de gorge fréquents, mais courts. Tous ses ganglions cervicaux sont engorgés. Elle n'a pas souvenir d'avoir eu de gourmes ni de maux d'yeux dans son enfance.

Au mois de juin 1874, elle eut une conjonctivite intense, pour laquelle elle fut soignée à l'hôpital Lariboisière. A la même époque, elle avait des ulcérations des fosses nasales.

Au commencement de 1875, elle vient faire soigner ses yeux à l'Hôtel-Dieu, où elle a deux érysipèles de la face; elle en avait déjà eu un à Lariboisière.

Il y a neuf mois environ que la malade a commencé à souffrir de douleurs vagues dans le ventre et dans les reins. Ces douleurs ont augmenté graduellement et prennent maintenant une intensité très-grande pendant la marche. Les pertes en blanc sont devenues plus abondantes; elles ont acquis une teinte jaunâtre et empèsent fortement le linge.

Les règles ont continué à venir à leur intervalle habituel, mais durent deux jours de moins qu'autrefois.

Du 1<sup>er</sup> au 15 avril, la malade a été soignée à Lourcine,



pour une vaginite qui paraît ne plus exister à l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu.

Le 23 avril, on constate une métrite du col assez prononcée. Le toucher montre que l'utérus est volumineux, surtout à sa partie inférieure. Il est en antéflexion légère; il est mobile. Le col est gros, un peu œdémateux, et présente des granulations et des rugosités qui permettent de diagnostiquer une ulcération avant de l'avoir constatée à l'aide du spéculum. Il est légèrement entr'ouvert et offre un écoulement muco-purulent. Les culs-de-sac sont libres.

Prescription : Cataplasmes sur le ventre, bains tièdes; repos au lit dans la position horizontale.

3 mai. Le lundi, M. Guérin pratique le toucher et constate une lésion qu'aucun symptôme rationnel n'aurait permis de soupçonner. Dans le cul-de-sac latéral du vagin, du côté droit, et à une petite distance de l'utérus, existe une tuméfaction dure et douloureuse. Il y a là un petit noyau inflammatoire, un peu plus volumineux qu'une noix, facile à circonscrire, voisin de la paroi du vagin, et qui paraît siéger au niveau du ligament large.

Il semble que l'on a affaire au premier degré d'un phlegmon du ligament large, qui n'attend pour évoluer qu'une occasion favorable.

Prescription : Repos absolu au lit; cataplasmes sur le ventre. Purgatif salin.

10 mai. Le lundi suivant, le toucher indique que la tumeur s'est complètement résorbée; le cul-de-sac a repris sa profondeur primitive, et ses parois leur souplesse.

Le spéculum montre les lésions de la métrite à peu près stationnaires.



Prescription : Douches froides d'une demi-minute sur les reins, tous les jours.

17 mai. Rien de nouveau. L'ulcération du col est en voie de cicatrisation.

24 mai. La malade sort sur sa demande.

Maintenant que nous avons vu les ganglions lymphatiques péri-utérins enflammés, nous admettrons bien plus facilement une adéno-lymphite, qu'un phlegmon du ligament large, qui ne doit pas débiter ainsi.

J'ai reproduit ici ces deux observations pour prouver que les faits les plus évidents d'adénite intra-pelvienne étaient méconnus par moi, avant que j'eusse découvert l'existence de l'adéno-phlegmon simulant la maladie que tout le monde décrivait sous la dénomination de phlegmon du ligament large.

Je ne veux pas finir ce qui est relatif à l'adéno-phlegmon sans vous parler d'une malade qui était au n° 7 de la salle Saint-Maurice et qui a succombé aux suites d'un phlegmon juxta-pubien.

Voici l'observation recueillie par M. Mary, élève du service.

**Adéno-lymphite péri-utérine gauche, col divisé par trois fentes, suppuration, septicémie, mort, autopsie.**

Cobigo (Anne), âgée de 26 ans, domestique, tempérament lymphatique, entre à l'Hôtel-Dieu le 6 novembre 1876, salle Saint-Maurice, lit n° 7.

La malade a été réglée à 17 ans, elle fit à cette époque une petite maladie de trois à quatre jours. Venue à Paris à 20 ans, elle a eu un enfant à 22 ans. Accouchement facile, suites normales.



Depuis qu'elle est à Paris, elle n'a eu aucune maladie grave jusqu'à cette époque. La menstruation était régulière.

La maladie qui l'amène à l'Hôtel-Dieu a commencé, il y a trois semaines, à la suite d'un travail fatigant.

Le mal a commencé par une fièvre violente, avec frissons, sueurs abondantes, qui dura huit jours environ.

Pendant les cinq ou six premiers jours, la malade eut à souffrir d'une vive douleur dans la cuisse droite, remontant un peu dans le ventre. Cette douleur a disparu au bout de six jours.

Pendant la même période de temps, douleur violente dans le ventre à gauche, mais sans irradiation dans le membre correspondant. Dans les premiers jours, son ventre grossit surtout à gauche. Constipation pendant les quinze premiers jours. Huit jours avant son entrée, elle eut un peu de diarrhée (cinq à six selles par jour).

Un peu avant cette diarrhée, ses règles parurent, elles n'avaient pas eu de retard, la malade les ayant eues le mois précédent.

Coïncidant avec l'époque de la diarrhée (il y a huit jours par conséquent) et à l'époque de ses règles, elle rendit par le vagin des matières glaireuses, verdâtres, filantes, qui coulaient dans son lit et souillaient ses draps que l'on était obligé de changer tous les jours.

Elle remarqua en même temps que la tumeur du ventre diminuait avec l'écoulement de ces matières. Un médecin, appelé il y a quinze jours, lui avait fait appliquer six sangsues sur la fosse iliaque gauche.

Pendant toute la semaine dernière, elle a beaucoup vomi.



A son entrée, le 7. La malade est une femme de petite taille, la face pâle, les yeux excavés et cernés de noir; elle a l'aspect d'une personne qui fait une suppuration prolongée. La respiration est courte, comme essoufflée. Pouls assez fort, température  $37^{\circ},2$ .

Le 8. Même état. Température  $37^{\circ}$ , pouls 80.

Le soir, la malade a vomi dans la journée une petite quantité de matières bilieuses. Elle a pris deux potages. Température  $36^{\circ}$ , pouls 100.

Elle se plaint de douleurs dans l'épaule gauche.

*Toucher vaginal.* — Col gros, avec une énorme déchirure, lèvre antérieure saillante, découpée.

Le col est comme trifolié.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, empâtement qui s'étend dans la région post-pubienne et que l'on peut délimiter par la main qui palpe l'abdomen. Elle a donc les signes locaux de l'adéno-lymphite utérine.

Le 9. La malade a encore vomi dans la nuit et pendant toute la journée d'aujourd'hui. Langue sèche. Température  $39^{\circ}$ . Diarrhée, 7 à 8 selles, pas de pus; face pâle et un peu abattue.

Le 10. Nuit un peu agitée, température  $39^{\circ},8$ , pouls 112.

La malade prend une odeur fétide; selles diarrhéiques verdâtres. Vomissements bilieux. Douleur à la région du foie qui est gros, dépasse les fausses côtes de quatre travers de doigt (vésicatoire sur le foie).

Le 11. La malade est toujours très-faible. Le vésicatoire n'a pas pris, on le laisse en place. Langue sèche, face pâle, yeux excavés.

Du côté du poumon et du cœur, rien.



Le soir, la température est de  $40^{\circ},2$ , le pouls de 128 pulsations.

Le 13. Tumeur venant toujours vers le trou obturateur gauche. Col gros et trifolié. Au cœur, souffle très-fort au premier temps et à la pointe (prescription, vésicatoire sur la région précordiale, 1 gramme de sulfate de quinine).

Le 14. Frisson à quatre heures du soir, 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 15. Vomissements; la tumeur présente le même

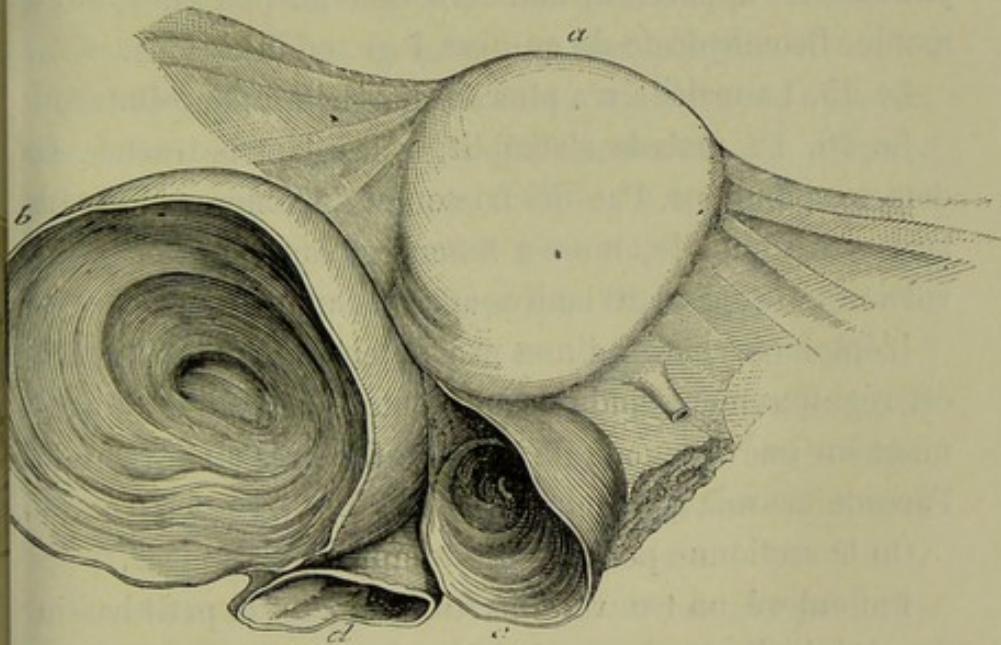


Fig. 12. — Adéno-lymphite suppurée.

*a* Corps de l'utérus. — *b* Vessie ouverte. — *c* Absès sous-péritonéal post-pubien. — *d* Vagin.

état. Le souffle cardiaque est moins rude que le 13. Température  $38^{\circ},6$ , pouls 144.

Sulfate de quinine 1 gramme en deux doses. A cinq heures, frisson violent.

Le 16. Etat général toujours mauvais, face terreuse. Odeur fétide lorsqu'on approche du lit.



La malade a un cachet de septicémie.

Les jours suivants, les symptômes se prononcent davantage, on administre du sulfate de quinine à haute dose. Peu d'amélioration.

Le 22. La voix est rauque, avec une bronchite violente.

Le 23. Au cœur, souffle au premier temps à peine sensible, on injecte sur la peau 1 gr. de bromhydrate de quinine dans une solution au 1/10.

Le 24. Un frisson dans la nuit, râle trachéal; pas de pneumonie apparente, mais crachats un peu sales, adynamie. Bromhydrate de quinine 1 gr. en injections.

Le 25. La malade n'a plus de diarrhée, même état.

Le 26. La malade s'affaiblit, râles dans la trachée et dans les poumons. Pas de frisson ni de vomissement. La langue est humide, mort à 4 heures, sans délire ni convulsion. *Autopsie*, 40 heures après la mort.

L'épiploon chargé d'une graisse en quantité ordinaire est régulièrement tendu devant l'intestin. Il adhère fortement sur une longueur de trois centimètres au niveau de l'arcade crurale gauche.

On le sectionne pour ne pas rompre l'adhérence.

Lui enlevé, on trouve l'intestin occupant le petit bassin du côté droit, pendant qu'une tumeur verdâtre remplit le côté gauche. Trois anses intestinales, faisant partie d'un même segment plié sur lui-même, adhérent à la tumeur au niveau du mésentère. En les détachant avec précaution, on constate sur l'une d'elles une petite perforation qui met la tumeur en communication avec l'intestin, et explique les selles diarrhéiques purulentes signalées pendant la vie.

L'intestin relevé permet de voir les organes du petit



bassin. L'utérus est un peu déjeté à droite; longueur 10 cent., largeur 8 cent., épaisseur 4 cent.

Le péritoine à la face antérieure est vascularisé. A la face postérieure, il est aussi injecté et a une teinte verdâtre cadavérique. Le col est altéré, il est profondément sillonné par trois fentes qui le divisent en trois mamelons coniques. Les fentes vont jusqu'à l'insertion du vagin. Le col laisse échapper du mucus; la cavité est très-élargie et profonde, à gauche de l'utérus se présente la tumeur signalée plus haut, elle est du volume d'un œuf d'oie, divisée en deux lobes inégaux; sa consistance est molle, fluctuante, sa couleur est verdâtre, cadavérique; ouverte, elle laisse échapper du pus phlegmoneux. Au premier abord, M. Guérin croit avoir affaire à un phlegmon du ligament large. On reconnaît que cette tumeur occupe l'ovaire. En avant elle adhère à la trompe, en arrière à l'intestin grêle. Cette tumeur est parfaitement limitée et n'empiète nullement sur l'épaisseur des ligaments larges. La trompe gauche est épaissie de trois fois son volume, elle adhère dans toute sa longueur à l'ovaire enflammé; le pavillon est englobé dans les adhérences.

En examinant le petit bassin sans toucher le péritoine pariétal, on voit que du côté gauche il existe une tuméfaction vague, mal limitée, peu proéminente.

On décolle le péritoine en partant de la fosse iliaque de haut en bas.

En avant et immédiatement contre la vessie, on trouve une poche purulente limitée en avant par le muscle obturateur interne, en dedans par la vessie, en arrière par le péritoine.

La séreuse est épaissie, adhère à un tissu lardacé et



friable. Au-dessous et en arrière on trouve un prolongement de cette poche qui se dirige en bas et en arrière jusqu'au sacrum; ce sont les parois de cette poche que l'on sentait par le vagin : ainsi, il existe en dehors du péritoine une vaste suppuration dont la paroi interne contourne la vessie, le vagin, le rectum; la paroi externe longe le muscle obturateur interne, la face interne de l'ischion, le pyramidal, le sacrum; elle va jusqu'en arrière du rectum.

Les parois sont formées d'un tissu lardacé qui double la séreuse dans une certaine étendue et qui paraît être la coque du ganglion. En haut, sur le psoas, on trouve plusieurs ganglions lymphatiques volumineux dont les uns sont infiltrés de pus et les autres durs. La poche va bien vers le trou obturateur.

Les reins sont pâles, exsangues.

Le foie est volumineux, mou, verdâtre, en voie de décomposition cadavérique et comme graisseux. Il n'y a pas d'abcès.

Pneumonie hypostatique; pas d'abcès dans le poumon. Dans le cœur, végétations friables au niveau de la valvule mitrale.

Urine examinée pendant la vie, ni sucre, ni albumine, 8 gr. 96 d'urée par litre.



## DOUZIÈME LEÇON

### DE LA PELVI-PÉRITONITE

Nous ne connaissons cette maladie que depuis 1856, époque à laquelle M. Bernutz découvrit dans une autopsie que les symptômes qu'il avait attribués à un *phlegmon péri-utérin* appartenaient à une péritonite, circonscrite par des adhérences au voisinage de la matrice.

Depuis cette époque, personne ne révoque en doute l'existence de la pelvi-péritonite, mais M. Bernutz, et, avec lui, des médecins assez nombreux, pensent que non-seulement le phlegmon péri-utérin n'existe pas, mais ils soutiennent qu'il est impossible.

Avant d'aller plus loin, il faut de toute nécessité que nous sachions à quoi nous en tenir à ce sujet.

Si l'on étudie l'utérus avec soin, on reconnaît que, sur ses faces antérieure et postérieure, le péritoine est intimement uni à ce que l'on appelle le parenchyme de cet organe. Cette union est telle qu'il faut une dissection attentive pour y trouver une trame celluleuse qui est d'autant plus serrée que l'on se rapproche davantage de la ligne médiane et du bord supérieur de la matrice. Se fondant sur cette disposition anatomique, M. Bernutz croit que le phlegmon péri-utérin est impossible.



Mais M. Nonat, qui, le premier, a introduit cette maladie dans le cadre nosologique, n'a pas tardé à répondre et à combattre pour l'existence du phlegmon péri-utérin. MM. Bernutz et Goupil avaient nié qu'il y eût assez de tissu cellulaire autour de la matrice pour qu'un phlegmon y prît naissance. M. Nonat soutient que si le tissu cellulaire forme une couche peu épaisse *en avant, en arrière et au-dessus de l'utérus*, entre cet organe et le feuillet péritonéal qui tapisse sa surface externe, et si la structure y est plus dense qu'ailleurs, il est au contraire en quantité notable entre les deux feuillets du ligament large où il est lâche et extensible. M. Nonat aurait pu se contenter de cette raison; il a voulu en ajouter une autre : « Le tissu cellulaire péri-utérin s'enflamme, dit-il, donc il existe. » Il sent bien qu'il fait une pétition de principes, bien qu'il cherche à prouver le contraire.

Assurément ce raisonnement ne convaincra personne. Il faut en effet prouver que l'inflammation existe, et comme on conteste les observations données à l'appui de son existence, on cherche à démontrer qu'il y a du tissu cellulaire en assez grande quantité pour qu'il s'y développe un phlegmon. Il était aussi facile de prouver l'existence du tissu cellulaire que celle de son inflammation. Puisque en découvrant la pelvi-péritonite, MM. Bernutz et Goupil demandaient que l'on soumit tous les faits de phlegmon péri-utérin, observés jusque-là, à l'épreuve d'une observation plus rigoureuse, il fallait rechercher s'il est des cas bien authentiques de phlegmon péri-utérin. En tout cas, il valait mieux démontrer directement l'existence du tissu cellulaire au niveau de l'utérus que d'avoir recours à une proposition si peu démonstrative.



La plupart des auteurs qui ont traité ce sujet, depuis quelques années, ont eu le tort de comprendre sous la même dénomination l'inflammation du tissu cellulaire placé en avant et en arrière de l'utérus avec celle du tissu cellulaire renfermé dans les ligaments larges. C'est même sur cette confusion que l'on s'est appuyé pour réfuter l'opinion de MM. Bernutz et Goupil. Personne ne conteste l'existence du phlegmon des ligaments larges, qui serait, d'après les auteurs modernes, une des maladies les plus fréquentes de la pathologie utérine. S'il existe des phlegmons du tissu cellulaire péri-utérin placé en dehors des ligaments larges, il faut reconnaître que ce sont des faits exceptionnels (1).

C'est à ce titre que j'ai communiqué à la Société de chirurgie, en 1866, un exemple de *phlegmon péri-utérin*. Voici le fait en quelques mots : une femme encore jeune, affectée de pertes utérines abondantes, et souffrant depuis le mois de mai de douleurs abdominales, entra dans mon service. (J'étais alors chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.) Après l'avoir examinée avec beaucoup de soin, je constatai qu'elle avait sur la partie interne de la lèvre antérieure de la matrice une tumeur ayant la forme d'un polype et le volume d'un noyau de pêche. Comme par le toucher vaginal je reconnus que les culs-de-sac du vagin étaient à l'état normal et que le corps de l'utérus n'était ni sensible ni plus volumineux qu'il ne doit l'être, je pratiquai, le 7 juin, l'extirpation de cette tumeur, à l'aide d'une paire de ciseaux courbes. — Comme la tu-

(1) Voir l'article adéno-lymphlite rétro-pubienne qui contredit cette proposition. J'ai tenu à reproduire mes leçons telles qu'elles ont été faites, sans tenir compte de la découverte de l'adéno-phlegmon qui modifie certaines de mes appréciations.



meur que je tenais avec des pinces se déchira, l'excision fut incomplète, et j'extirpai la partie qui m'avait échappé, en la soulevant avec l'ongle du doigt indicateur qui me servit à la séparer de son point d'implantation. Il n'y eut point d'hémorrhagie; mais, dès le lendemain, la malade se plaignit de douleurs vives dans le ventre; il y eut bientôt du frisson; le pouls devint fréquent, et en même temps que la malade avait des nausées et des vomiturations, l'abdomen se météorisa dans toute son étendue. Il était impossible de douter de l'existence d'une péritonite généralisée. La mort survint au bout de quelques jours. A l'autopsie, je trouvai une *infiltration de pus dans le tissu cellulaire de tout le petit bassin*, et un *abcès situé sous le péritoine, dans le cul-de-sac vésico-utérin*. Cet abcès, d'un petit volume, communiquait par une perforation du tissu de l'utérus avec la cavité du col; le péritoine était parfaitement sain et le corps de l'utérus avait son volume normal; les annexes de la matrice n'étaient le siège d'aucune lésion. C'était donc bien un exemple de l'inflammation dont l'existence a été révoquée en doute. Les ligaments larges étant sains, le tissu cellulaire placé en avant de l'insertion de la paroi antérieure du vagin sur le col était le siège d'un abcès.

Comme le col sur lequel la tumeur était implantée avait une consistance ferme au moment de l'autopsie, je ne puis pas douter que la perforation ait été le fait de l'abcès. Au moment où il se formait, la paroi de l'utérus avec laquelle il était en contact s'était ramollie et résorbée, comme cela arrive dans les cas où les phlegmons du ligament large s'ouvrent dans la cavité utérine.

Je ne pense pas qu'après un pareil fait il soit possible



de nier l'existence du phlegmon péri-utérin dans un point autre que les ligaments larges. Quand j'eus l'occasion de l'observer, j'étais convaincu que la pelvi-péritonite existait dans tous les cas où l'on avait cru avoir affaire à un phlegmon péri-utérin. Si mon esprit était prévenu, il l'était en faveur de l'opinion soutenue par MM. Bernutz et Goupil.

Depuis cette époque, M. Gallard a présenté à l'Académie de médecine (6 février 1872) une pièce qui me paraît moins probante, mais qui pourtant n'est pas sans valeur.

Voilà donc deux faits qui peuvent être considérés comme des exemples de phlegmons péri-utérins. Mais c'est bien peu. Depuis que leur existence a été révoquée en doute, c'est-à-dire depuis dix-huit ans, on devrait avoir observé cette maladie un assez grand nombre de fois, si elle n'était pas extrêmement rare. On sera d'un avis contraire, si l'on désigne sous le même nom de phlegmon péri-utérin l'inflammation du tissu cellulaire placé en avant et en arrière de l'utérus, et celle qui constitue le phlegmon des ligaments larges. Mais M. Bernutz a donné dans les *Archives de tocologie* une description très-complète de cette maladie, il ne peut donc pas avoir eu l'idée d'en nier l'existence.

Pour s'entendre, il faut se demander si la maladie que tout le monde connaît aujourd'hui sous le nom de pelvi-péritonite n'est pas celle que l'on décrivait, depuis les travaux de M. Nonat et de Valleix, sous le nom de phlegmon péri-utérin. Je ne crois pas que l'on puisse en douter. A quoi eût-on rapporté les symptômes de la pelvi-péritonite, si ce n'est à l'inflammation du tissu cellulaire



péri-utérin, avant que des autopsies eussent démontré qu'ils appartiennent à une forme de péritonite localisée? Ceux même qui nient maintenant qu'il y ait assez de tissu cellulaire entre le péritoine et la matrice pour qu'une inflammation s'y produise, étaient convaincus qu'ils avaient souvent observé des phlegmons péri-utérins.

Ces prétendus phlegmons ne sont autre chose que la maladie que je vais vous décrire sous le nom de *pelvi-péritonite*.

J'en eus, il y a quelques années, une preuve des plus convaincantes. Je venais d'avoir comme interne M. Obdenare, jeune Valaque très-zélé pour la science, qui m'avait quitté pour entrer à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Nonat. Quand il vint me faire ses adieux, je lui confiai le vif désir que j'avais d'assister à des autopsies de femmes ayant succombé aux affections péri-utérines, et je lui demandai de vouloir bien me prévenir quand l'occasion se présenterait dans son nouveau service.

Un jour je reçus de lui une lettre qui m'invitait à me trouver le lendemain matin à l'amphithéâtre de la Charité. Vous pensez bien que je ne manquai pas au rendez-vous. Au moment où l'on allait commencer l'autopsie, je demandai à M. Nonat à quelle maladie la femme que nous allions examiner avait succombé; il me répondit sans hésiter qu'elle avait un phlegmon péri-utérin. Je demandai alors à pratiquer sur elle le toucher vaginal. Trouvant une tumeur dure entourant le col de la matrice et appréciable au toucher en avant, en arrière et sur les côtés du museau de tanche, je déclarai que, jusque-là, j'avais toujours indiqué aux élèves la lésion que je touchais comme appartenant à la pelvi-péritonite. J'ajoutai : Cette autopsie



sera décisive pour moi, car si c'est un phlegmon, je ne saurai plus à quoi reconnaître une pelvi-péritonite.

On procéda alors à la nécropsie, et nous constatâmes de la manière la plus évidente que des anses intestinales faisaient avec la paroi postérieure de l'utérus une poche limitée de tous côtés par le péritoine, et remplie de pus.

J'engageai M. Obedenare à présenter les pièces à la Société de chirurgie. Il en fut empêché par un sentiment de déférence envers son chef de service, et je me gardai bien d'insister.

Ce fait suffit pour me prouver que la pelvi-péritonite est bien la maladie que M. Nonat a rapportée à l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin. Tant que l'on n'aura pas publié un certain nombre de faits qui prouvent la fréquence du phlegmon anté et rétro-utérin, on sera en droit de regarder cette maladie comme tellement rare, qu'il n'y a presque pas lieu d'en tenir compte pour le diagnostic différentiel des maladies utérines. En tous cas, il n'est personne qui soit aujourd'hui en mesure d'en indiquer les signes distinctifs avec la preuve à l'appui.

*Symptômes de la pelvi-péritonite.* — L'invasion de la pelvi-péritonite est annoncée par un violent frisson qui s'accompagne le plus souvent d'un claquement de dents comme au début de la métrite parenchymateuse. La malade se plaint de ressentir une vive douleur dans le ventre. Il y a des nausées et des efforts de vomissements; le ventre se météorise dans une étendue variable. Souvent, au début, ce n'est que la région hypogastrique qui se ballonne, mais bientôt le météorisme se généralise, quand la pelvi-péritonite s'étend à l'enveloppe séreuse



de plusieurs anses intestinales. On observe même le météorisme de tout l'abdomen lorsque la péritonite, ne comprenant qu'une portion très-limitée des intestins, s'oppose momentanément au cours des matières renfermées dans le canal intestinal.

La température s'élève à 38 et 39 degrés, rarement jusqu'à 40. Le pouls est fréquent, mais il n'est pas petit comme dans la péritonite généralisée; souvent même il est plein et résistant sous le doigt au début de la maladie.

La pression du ventre augmente la douleur, surtout lorsqu'on l'exerce sur la région hypogastrique.

Le toucher vaginal doit être pratiqué, mais avec les plus grandes précautions, sans lesquelles on s'exposerait à rompre les adhérences qui sont en voie de formation, et à étendre ainsi l'inflammation qui tend à se borner. Avec le doigt indicateur introduit dans le vagin, on reconnaît que le fond de ce conduit est un peu plus chaud qu'à l'état normal; mais ce signe n'a pas grande valeur; on en constate un autre qui a bien plus d'importance: je veux parler de la tuméfaction au niveau des culs-de-sac du vagin. Le col de la matrice est entouré à sa base par une masse dure d'un volume variable, qui est généralement plus saillant dans le cul-de-sac postérieur que dans les culs-de-sac latéraux. Tandis que le phlegmon du ligament large est borné à un seul côté, la pelvi-péritonite est appréciable par le toucher dans plusieurs des culs-de-sac du vagin, et souvent même elle occupe toute la périphérie de l'utérus qui est comme enveloppé d'un moule, on a dit qu'il est comme perdu dans une gangue. Si, en même temps que l'on pratique le toucher, on palpe la région hypogastrique, on sent que la tumeur est arrondie



et se prolonge derrière le pubis qu'elle peut dépasser dans une étendue variable.

Souvent cette tumeur se développe au niveau de la face postérieure de l'utérus, plus rarement au niveau de sa face antérieure; mais elle peut être placée au niveau d'un des ligaments larges, qui forme sa paroi antérieure, tandis que la paroi postérieure est constituée par une anse intestinale. Dans ce cas, la tumeur n'est plus sur la ligne médiane, et elle peut très-facilement en imposer pour un phlegmon du ligament large.

Le toucher rectal est d'une grande utilité pour apprécier non-seulement le siège, mais surtout la forme, qui est plus arrondie dans la pelvi-péritonite que dans le phlegmon. Le volume de la tumeur formée par la pelvi-péritonite est très-variable, il est parfois assez considérable pour donner l'apparence d'une grossesse au troisième mois.

Il est un signe négatif d'une grande valeur : la tuméfaction que le doigt constate au fond du vagin ne s'étend pas le long des parois latérales de ce conduit qui conserve sa consistance normale dans toute son étendue. On sent manifestement qu'elle est intra-pelvienne.

Enfin tous les culs-de-sac conservent une profondeur relativement égale, et l'utérus est fixé de manière à résister aux mouvements de déplacement qui lui sont imprimés.

*Anatomie pathologique.* — Dans les cas où l'on a pu constater par l'autopsie la constitution de la tumeur, on a souvent été surpris de ne rien trouver qui soit en rapport avec la consistance perçue par le toucher vaginal. On voit, en effet, des cas dans lesquels il n'y a autre chose que deux anses intestinales adhérentes à l'utérus et à ses



annexes, bien que l'on fût en droit, pendant la vie du sujet, de soupçonner l'existence d'une tuméfaction analogue à celle du phlegmon, ou à celle qui serait produite par du sang épanché dont la partie séreuse aurait été résorbée. Quand on assiste à une autopsie de pelvi-péritonite, on se fait facilement une idée de l'étonnement de celui qui le premier ne trouva que cette lésion, quand il s'attendait à voir un phlegmon péri-utérin.

Dans des cas plus rares, du pus se forme et constitue un véritable abcès limité, d'une part, par l'utérus ou ses annexes, de l'autre par les anses intestinales voisines.

Ceux d'entre vous qui connaissent le travail de Petit le fils sur *les épanchements de sang dans le bas-ventre* (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*), sauront ce que l'on trouve à l'autopsie des femmes affectées de la maladie que je vous décris. Dans le mémoire de Petit, ce sont des péritonites circonscrites reconnaissant pour cause des plaies par instruments piquants, ayant produit une hémorrhagie interne, mais l'anatomie pathologique des abcès circonscrits de l'abdomen est à peu près la même, soit que le liquide épanché provienne d'une lésion extérieure, soit qu'il résulte de la propagation au péritoine d'une inflammation voisine. Le mécanisme par lequel les épanchements sanguins se circonscrivent est le même que celui par lequel la sérosité, trouble d'abord, purulente ensuite, provenant de la péritonite localisée, se limite et s'isole des organes voisins.

Autour de l'épanchement il se forme une sécrétion de lymphé plastique qui, en s'organisant, unit les parties voisines entre elles et s'oppose au déplacement du liquide épanché.



Quand il s'agit d'un épanchement de sang à la surface des intestins grêles, par exemple, les anses intestinales voisines de l'épanchement s'agglutinant entre elles et au feuillet pariétal du péritoine, complètent la clôture de la cavité dans laquelle le sang doit être limité pour qu'il ne donne pas lieu à une péritonite généralisée. Quand, par le repos et l'immobilité la plus absolue imposée au blessé qui a eu la paroi de l'abdomen traversée, on laisse à la nature le temps de constituer des parois à la collection de sang, on peut compter sur la guérison. Cette limitation se fait sous l'influence d'une sécrétion plastique qui est la première phase de la péritonite; dans ce cas, c'est une péritonite localisée et circonscrite, c'est une péritonite ressemblant à celle qui se fait au voisinage de l'utérus, quand l'inflammation de la matrice ou de ses annexes donne lieu à un épanchement de sérosité ou de pus, qui doit être circonscrit pour qu'il n'acquière pas une gravité excessive. Quand le péritoine s'enflamme, il se forme à sa surface une pseudo-membrane provenant d'une exsudation plastique qui, en s'organisant, acquiert une densité à laquelle les parois de la tumeur péri-utérine doivent la consistance que l'on constate par le toucher vaginal. La pathogénie de la pelvi-péritonite n'est pas liée seulement à l'inflammation du parenchyme utérin, comme on le croit généralement. Si l'on étudie l'utérus d'une femme morte à la suite d'un accouchement, on voit, le plus souvent, d'énormes vaisseaux lymphatiques enflammés à sa surface. C'est l'inflammation de ces vaisseaux qui se propage au péritoine utérin. Cette propagation est facile à comprendre pour les médecins qui savent avec quelle facilité l'inflammation des vaisseaux lymphatiques



se propage aux tissus environnants. Cela s'observe tous les jours dans le phlegmon consécutif à une lymphangite. Quand la lymphangite est légère, souvent il n'y a que des points limités du tissu cellulaire qui suppurent.

La propagation de l'inflammation au péritoine se fait encore plus facilement qu'au tissu cellulaire, et la disposition en réseaux des lymphatiques superficiels de la matrice explique pourquoi la pelvi-péritonite a toujours une certaine étendue.

*Diagnostic différentiel.* — Ce que je vous ai dit à l'occasion du diagnostic différentiel du phlegmon du ligament large est applicable au diagnostic de la pelvi-péritonite. Il faut bien que cliniquement il y ait une très-grande difficulté à distinguer cette maladie de celles qui sont situées dans la même région, puisque, théoriquement même, les auteurs sont loin d'être d'accord. Nous avons reconnu la possibilité de la formation d'un phlegmon en avant et en arrière de l'utérus; mais nous avons ajouté que les faits incontestables dans lesquels on a observé cette maladie sont tellement rares, qu'il est à peine besoin d'en tenir compte pour le diagnostic différentiel de la pelvi-péritonite. Il est bien évident que si l'on venait à démontrer une plus grande fréquence du phlegmon anté et rétro-utérin, on serait souvent dans l'obligation de faire des réserves, car dans ce phlegmon, comme dans la pelvi-péritonite, on trouverait une tumeur enveloppant la matrice et la fixant dans une plus ou moins grande immobilité. Jusqu'ici, il nous suffit d'établir les différences classiques entre la pelvi-péritonite d'une part, le phlegmon du ligament large, l'hématocèle rétro-utérine, l'ova-



rite et la métrite, d'autre part, pour être à même de préciser le diagnostic. Pour le diagnostic de la pelvi-péritonite et du phlegmon du ligament large, je ne fais que répéter ce que je vous disais dans une précédente leçon : quand, par le toucher vaginal, on trouve dans un cul-de-sac latéral, et particulièrement dans le gauche, de l'empâtement et une tuméfaction, on peut se demander si l'on a affaire à un phlegmon ou à une pelvi-péritonite. Si la tuméfaction est bornée à un cul-de-sac latéral, il y a de grandes chances pour qu'elle soit due à un phlegmon. Si, au contraire, elle circonscrit la portion sus-vaginale du col de la matrice, on est à peu près sûr que c'est une pelvi-péritonite. Les probabilités augmentent pour le phlegmon si la paroi du vagin voisine de la tumeur est tuméfiée et durcie, et si la tumeur, s'étendant au-dessus du ligament de Fallope, est comme collée à la paroi du petit bassin. Elles augmenteront, au contraire, en faveur de la péritonite si la tumeur est placée sur la ligne médiane, si elle est arrondie; si son développement a été précédé par un frisson avec claquement de dents; si le visage de la malade est grippé, s'il y a du ballonnement du ventre et si les parois du vagin conservent leur consistance normale.

— L'hématocèle rétro-utérine peut être distinguée de la pelvi-péritonite par la consistance de la tumeur. Nous avons vu que dans la péritonite rétro-utérine, la tumeur résiste au doigt qui la presse. Il en est autrement dans l'hématocèle; au début de cette dernière affection, la tumeur rétro-utérine est molle et cède à la pression; mais au bout d'un certain temps, la partie séreuse du sang ayant été résorbée, la tumeur acquiert une consistance qui pourrait la faire confondre avec celle qui existe dans



la pelvi-péritonite. Quand on assiste au début, le diagnostic est facile; il n'en est plus de même lorsque l'on doit se prononcer sur une maladie existant déjà depuis longtemps. En effet l'hématocèle, qui est molle au début, durcit plus tard; tandis que la pelvi-péritonite, qui offre une grande résistance à la pression, se ramollit et devient fluctuante quand du pus s'est formé et qu'il tend à se faire jour dans le vagin ou dans le rectum.

L'ovarite n'offre pas de grandes difficultés de diagnostic, tant qu'elle est simple et qu'elle ne se complique pas d'une autre maladie. La douleur existe bien comme dans la péritonite, mais elle est moins vive, elle a d'ailleurs un siège spécial, et par le toucher vaginal il est possible de constater l'augmentation du volume de l'ovaire.

La métrite parenchymateuse pourrait en imposer pour une pelvi-péritonite : dans l'une et dans l'autre, l'invasion de la maladie peut être annoncée par du frisson; toutes les deux s'accompagnent d'une douleur vive, et l'on peut trouver dans la métrite une tumeur qui, s'élevant au-dessus du pubis, pourrait faire croire à l'existence d'une pelvi-péritonite; mais par le toucher vaginal, les doutes sont bien vite dissipés. Dans la métrite, on reconnaît que la tumeur est mobile, tandis que la matrice est comme clouée par les adhérences qui la fixent de toutes parts dans la pelvi-péritonite. Dans cette dernière maladie, les culs-de-sac sont remplis par la tumeur; ils sont libres dans la métrite. Dans la métrite, le col est plus volumineux qu'à l'état normal, les lèvres sont épaisses et déjetées en dehors. Le museau de tanche n'est pas modifié dans son volume et dans sa consistance par la pelvi-péritonite.

Il ne faut pas croire pourtant qu'il soit toujours facile



d'établir au lit du malade les distinctions que je viens de vous indiquer. Il y a au n° 14 de la salle Saint-Maurice une jeune femme dont je vous ai déjà parlé et qui est affectée d'une pelvi-péritonite. Voici son histoire recueillie avec soin par M. Guyard, un de mes internes :

Joséphine Dar..., âgée de trente-quatre ans, douée d'une constitution robuste, n'a jamais fait de maladie grave. Elle entre à l'hôpital le 6 mars pour accoucher. Elle a déjà eu six grossesses : le dernier accouchement fut long et suivi d'une péritonite qui força la malade à garder le lit pendant un mois.

La grossesse actuelle a suivi son évolution normale.

Le 7 mars dans la nuit, appelé vers cette femme dont les douleurs devenaient très-vives, nous trouvons le col dilaté, large comme une pièce de 5 francs; la poche des eaux vient faire saillie à travers l'orifice pendant les contractions utérines. Le diagnostic de la position est : position occipito-iliaque gauche antérieure. Les douleurs expultrices sont très-violentes, très-rapprochées, et d'assez longue durée. La malade est du reste très-fatiguée et a hâte de voir finir ses souffrances : aussi active-t-elle les contractions utérines en poussant avec énergie.

A cinq heures du matin, l'accouchement s'effectue. Le placenta est expulsé une demi-heure environ après la sortie du fœtus. — Pas d'hémorrhagie considérable.

Pendant les deux jours suivants, la malade ne ressentit aucune douleur vive dans le ventre, l'état général était bon, pas de fièvre. Cependant l'utérus restait volumineux et formait une tumeur pyriforme remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic et débordant un



peu vers la fosse iliaque droite. — La palpation abdominale était douloureuse.

Écoulement normal des lochies.

Le 9, à la visite du matin, nous trouvons la malade abattue avec un pouls fréquent, une température axillaire = 39°,4; le corps était couvert de sueurs, le ventre plus douloureux.

Dans la nuit du 9 au 10, frisson violent avec tremblement pendant une heure, suivi de chaleur et de sueurs abondantes.

Pas de nausées ni de vomissements. Mais douleurs continuelles et vives à l'hypogastre.

Le 10, *fièvre persistante*. T. = 39° matin.

T. = 39°,7 soir.

L'utérus toujours volumineux.

Au *toucher vaginal* on constate que le col est œdémateux, boursoufflé, ramolli, et présente au niveau de sa commissure gauche une *déchirure* de 2 ou 3 centimètres, se prolongeant vers le ligament large correspondant. Le palper abdominal est douloureux dans toute la région sous-ombilicale.

Nous nous crûmes autorisé à diagnostiquer une métrite puerpérale.

Traitement : Cataplasmes sur le ventre.

Repos absolu.

Application de trente-deux sangsues à l'hypogastre.

Le 11, douleurs un peu moins vives, fièvre un peu moindre.

T. = 37°,8 le matin.

T. = 38°,8 le soir.



Le 12, T. = 38° matin.

T. = 39°,4 soir.

L'utérus remonte encore à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On prescrit 25 centigrammes d'*ergot de seigle*. La malade étant considérablement déprimée, abattue, on lui donne une potion de Tood (30 grammes d'eau-de-vie).

Le 13, on augmente la dose d'*ergot de seigle*, 50 centigrammes.

Le 14, on constate une diminution sensible du volume de l'utérus, les douleurs sont moins vives, la fièvre a diminué beaucoup. T. = 37° matin.

T. = 37°,2 soir.

On diminue la dose d'*ergot de seigle* qui n'est plus que de 25 centigrammes.

Le 15, pendant la nuit, nouveau frisson. État fébrile intense; douleurs paraissant se localiser surtout dans la fosse iliaque gauche, et accompagnées de pesanteur sur l'anus et de tiraillements vers la région lombaire.

Pouls fréquent, ondulant.

T. = 40° le matin.

T. = 39° le soir.

Les jours suivants 16, 17, 18, persistance de la fièvre et des douleurs dans la fosse iliaque gauche. Pas de nausées. — Constipation.

Le 19 et le 20, temp. = 38°,4.

Le 21 au soir, nous trouvons la malade couverte de sueurs, les yeux injectés. T. = 39°,8. Nous apprenons que cette élévation de température et cette augmentation de la fièvre ont été déterminées par une émotion vive causée à la malade par une visite.



Le 22 au matin, calme apparent.

Les 23, 24, 25, 26 et 27, l'état fébrile persiste avec des exacerbations vespérines assez régulières; le ventre est ballonné et si douloureux que la palpation ne permet point d'apprécier l'état de l'utérus ni des ligaments larges.

Le 30 mars, les douleurs étant calmées et la malade paraissant mieux, on pratique le toucher vaginal qui permet de constater les mêmes signes que nous avons déjà signalés du côté du col. De plus, on ne constate aucun effacement des différents culs-de-sac du vagin.

M. Guérin diagnostique une *pelvi-péritonite* compliquant la métrite.

Le 3 avril, diarrhée abondante succédant à une constipation de cinq jours.

Le 10 avril, on peut facilement constater que toute la fosse iliaque gauche est le siège d'une tumeur tendue, arrondie et séparée en haut de la masse intestinale par une ligne courbe à convexité supérieure. Cette tumeur descend jusqu'au niveau du pli de l'aîne et se prolonge jusqu'à la ligne médiane pour se confondre avec le corps de l'utérus. La paroi abdominale du même côté est saillante, comme bombée. La tumeur est mate à la percussion et on y constate par la palpation abdominale et par le toucher rectal une fluctuation assez nette. Du reste, la malade perd depuis deux jours par le vagin une quantité assez considérable de liquide purulent qui paraît indiquer l'ouverture d'un abcès, soit dans l'utérus, soit dans le vagin. Le toucher vaginal ne fournit sur ce point que des résultats négatifs.

Diarrhée persistante. État fébrile continu. Inappétence. Dégoût des aliments. Faiblesse extrême.



Le 14 avril, la fluctuation étant nettement constatée par le palper abdominal et par le toucher rectal, le volume de la tumeur ne diminuant point malgré l'écoulement de pus par le vagin, on fait deux petites incisions avec le bistouri à 3 centimètres environ au-dessus du pli de l'aine : une assez grande quantité de pus fétide sort par ces incisions, puis on introduit dans l'abcès un tube à drainage.

L'opération se fit sans difficulté ; mais la malade, accablée de faiblesse, fut prise d'un malaise avec tendance à la syncope et sueurs abondantes qui nécessita une surveillance attentive.

On appliqua une couche épaisse de ouate sur le ventre de la malade, et on maintint cette ouate avec un bandage de corps et des bandes.

Le soir, T. = 38°,5 une grande quantité de pus s'est écoulée par le drain et a souillé le pansement. La malade n'a pas eu de frisson.

Les douleurs abdominales ont cessé tout à fait.

Le 15, T. = 37°,6, la malade a dormi et se trouve très-soulagée.

Les jours suivants, amélioration croissante. La diarrhée, qui avait persisté jusqu'au jour de l'opération, a cessé et n'a plus reparu. L'appétit revient ; la malade demande à manger. — Le pansement à la ouate ne fut changé qu'après huit jours ; le deuxième resta jusqu'au 2 mai. Un troisième fut appliqué et enlevé le 12.

15 mai, la malade est dans un excellent état. Elle a repris des forces, et sa gaieté est revenue. L'appétit est considérable.

Le tube à drainage ne laisse plus écouler qu'une quantité de pus insignifiante.



L'écoulement purulent par le vagin persiste, mais est beaucoup moins abondant.

Selles régulières.

Le 19, on retire le tube à drainage.

Le 22, on pratique le toucher vaginal. L'utérus, dont le volume est à peu près normal, est enclavé et maintenu par des adhérences solides. Le col encore gros est ouvert et sa cavité permet l'introduction du doigt.

Pas de douleur provoquée par le toucher. La quantité de pus qui s'écoule par le vagin n'est que peu considérable.

Le 24, la malade quitte le service; elle est assez forte pour marcher, et ne ressent aucune douleur.

Depuis sa sortie, la malade est revenue plusieurs fois voir M. Guérin. — Elle est complètement guérie.

Je tiens à fixer votre attention sur deux phases très-intéressantes de cette maladie : dans la première, il y a un frisson avec claquement de dents. Notre inquiétude est aussitôt éveillée : le frisson se reproduira-t-il ? est-il l'indice de l'infection purulente ? Je ne le crus pas.

Le pouls était resté résistant sous le doigt ; la température ne s'élevait pas au-dessus de 39°, et en même temps que le visage de la malade était rouge et presque vultueux, la maladie était caractérisée par une vive douleur à l'hypogastre.

J'eus à ce sujet une conviction si arrêtée, que je n'hésitai pas à prescrire l'application de trente sangsues, qui eût infailliblement hâté la mort de la malade, si j'avais eu affaire à une infection purulente.

Le soulagement que cette émission sanguine produisit



sembla me donner raison ; mais bientôt, le 15 mars, c'est-à-dire cinq jours plus tard, un nouveau frisson, presque aussi intense que le premier, vint jeter quelque doute dans l'esprit des élèves.

J'ai dit, en effet, que dans la métrite il n'y a généralement qu'un frisson, tandis qu'il y en a plusieurs qui se répètent à des intervalles variables dans l'infection purulente.

L'examen attentif de la malade ne tarda pas à me donner l'explication de ce phénomène. Dans cette seconde phase de la maladie, la métrite se compliquait de pelvi-péritonite et le frisson n'était que l'indice de la suppuration du péritoine.

Je n'insiste pas sur cette seconde partie du diagnostic. Je n'ai reproduit cette observation que pour prouver que les maladies inflammatoires peuvent en imposer pour cet empoisonnement miasmatique des accouchées, que je vous ai décrit succinctement sous le nom d'infection purulente, qui seul lui convient.

De plus, si l'on ne constate pas l'effacement des cul-de-sac du vagin, on y sent une résistance anormale, et, en s'aidant de la palpation, on reconnaît que l'utérus est comme emprisonné dans une gangue avec laquelle il fait corps.

Je ne veux pas finir ce qui a trait au diagnostic de la pelvi-péritonite sans parler de la possibilité d'une erreur de diagnostic, qui a été plus d'une fois commise. Quand on pratique le toucher vaginal, on sent fréquemment avec le bout du doigt qui explore le cul-de-sac antérieur, une tumeur qui n'est autre chose que le fond de l'utérus en antéflexion. Comme avec la main qui explore l'hypogastre



on peut reconnaître facilement la forme de la matrice, le diagnostic n'offre pas de grandes difficultés; il est encore facilité par la possibilité de suivre le contour de l'utérus en portant la pulpe de l'index sur un des bords du museau de tanche et en prolongeant ce toucher à travers la paroi du cul-de-sac antérieur du vagin jusque sur le corps de l'organe dont on reconnaît alors la flexion en avant. La difficulté est plus grande quand l'utérus est en rétroflexion. Ici, la main qui presse l'hypogastre est d'un moindre secours, le doigt qui touche est le seul guide; il est vrai qu'à l'aide de ce doigt on peut souvent, en suivant le bord du museau de tanche, arriver sur le bord de la tumeur placée dans le cul-de-sac postérieur, et s'assurer ainsi, comme pour l'antéversion, que l'on a affaire à une flexion de la matrice. Le diagnostic est assez facile quand on peut restituer à l'organe sa direction naturelle; il n'en est plus de même lorsque la déviation utérine est maintenue par des adhérences provenant d'une pelvi-péritonite. Dans ce cas, l'hystérométrie est le moyen le plus sûr de reconnaître la situation du fond de la matrice. Quand donc vous trouverez dans le cul-de-sac postérieur du vagin une tumeur que vous croirez dépendre d'une rétroflexion, ayez recours à l'hystéromètre; ne cherchez pas alors à l'introduire en portant sa convexité en arrière, vous ne réussiriez pas. Le bec de l'instrument viendrait heurter contre la paroi antérieure du conduit cervico-utérin au point où la flexion a lieu, et si vous insistiez, vous vous exposeriez à produire une déchirure. Présentez l'hystéromètre en sens inverse, c'est-à-dire en portant sa convexité en avant. A mesure que vous sentirez que le bec de l'instrument approche du lieu où l'utérus change



de direction, vous relèverez légèrement le poignet, de manière à ce que l'hystéromètre se rapproche de la direction dans laquelle la déviation s'est faite. Si le cathétérisme s'opère sans difficulté, il n'y a plus de doute possible, l'utérus est en rétroflexion et toute idée de pelvi-péritonite doit être rejetée. Il n'y aurait d'embarras réel que dans le cas où, le conduit cervico-utérin n'étant pas libre, la sonde n'entrerait pas jusque dans la cavité du corps de l'utérus; mais, dans ce cas-là, on pourrait encore avoir une présomption, en cherchant le fond de l'utérus en avant, avec une main portée sur l'hypogastre, en même temps qu'avec l'hystéromètre porté dans le col utérin, on pousse le plus doucement possible l'hystéromètre dans la direction où se trouve l'utérus à l'état normal. Si l'on ne trouve rien par le palper abdominal, on doit croire que le corps utérin est en rétroflexion.

Il n'est pas suffisant de diagnostiquer une pelvi-péritonite, il faut encore pouvoir dire si elle consiste en de simples adhérences avec un peu de sérosité dans la poche qui résulte des parties réunies les unes aux autres, où s'il y a un véritable abcès. Il ne faut pas croire que l'étendue de la tumeur soit un guide infallible pour ce diagnostic. Il peut se faire, en effet, que l'inflammation se soit étendue à plusieurs anses intestinales, sans qu'elle ait dépassé le degré où elle est adhésive; la violence de l'invasion, le frisson et la persistance des douleurs, sont des signes plus certains de la formation du pus. Quand l'abcès se produit, la fièvre a plus d'intensité, et elle reparaît si elle a cédé après quelques jours de durée. En général, l'atteinte à l'organisme paraît plus profonde que lorsque la péritonite n'est qu'adhésive.



Nous avons en ce moment à la salle Saint-Maurice, n° 14, une femme qui offre sous ce rapport un véritable intérêt.

Chez cette malade il existe une tumeur hypogastrique bilobée. Le lobe le plus volumineux est à gauche, au-dessus du ligament de Poupert. Sa hauteur est de huit ou dix centimètres, le lobe droit est un peu moins gros. Il est difficile de limiter le point où ils se rencontrent sur la ligne médiane. Par le toucher vaginal, on sent que la tumeur fait une saillie très-appreciable dans les deux culs-de-sac latéraux et dans le cul-de-sac postérieur. Il y a de la rénitence et même un peu de fluctuation dans un point du cul-de-sac du côté droit; j'ai déjà dit que la tumeur est globuleuse.

Il résulte des renseignements donnés par la malade, qu'elle a, au début de sa maladie, ressenti de très-violentes douleurs, il y a un mois environ. A cette époque, les règles apparurent et durèrent environ trois semaines, tandis que leur durée ordinaire n'était que de deux ou trois jours; c'est le seul trouble de la menstruation qu'elle ait éprouvé; elle n'a pas eu de fausse couche; elle n'était pas enceinte; elle ne sait à quelle cause attribuer sa maladie.

Par le toucher, on constate que le col de l'utérus est volumineux et que la lèvre antérieure fait une saillie dont la convexité regarde en arrière. Elle empiète donc sur la ligne transversale qui représente d'ordinaire l'orifice du col de l'utérus chez les femmes qui ont eu des enfants. Cet orifice est un peu plus ouvert qu'à l'état normal.

Il est d'abord assez difficile de se prononcer sur la nature de cette espèce de tumeur; la malade n'a pas de fièvre, elle souffre peu et elle vient d'avoir pendant trois semaines une ménorrhagie assez abondante.



Si l'on ajoute à ces symptômes l'existence d'une tumeur volumineuse du bas-ventre et l'ouverture du col de la matrice, on serait très-disposé à admettre l'existence de myomes (corps fibreux). Mais avec un peu d'attention, on ne tarde pas à être convaincu qu'il s'agit d'une pelvi-péritonite. Si cette malade avait des corps fibreux de l'utérus, elle n'aurait pas eu sa première ménorrhagie il y a un mois. La tumeur ayant le volume des deux poings, existerait, dans cette hypothèse, depuis plusieurs années, tandis que la malade affirme qu'elle était bien portante avant la douleur qu'elle ressentit au commencement de ses dernières règles. D'ailleurs la tumeur est complètement immobile, tandis que la matrice affectée de myomes même très-volumineux, conserve toujours une certaine mobilité.

Il n'y a pas de douleurs quand on ne touche pas cette tumeur; mais une pression assez légère de l'abdomen est assez douloureuse pour que l'on puisse affirmer qu'il s'agit bien d'une maladie aiguë.

Ce n'est point une hématocele, bien que la tumeur paraisse s'être formée pendant une métrorrhagie. Personne, je crois, n'admet l'opinion de Laugier, qui considérerait la coïncidence d'une métrorrhagie et d'une pelvi-péritonite comme pathognomonique d'une hématocele. Les observations rapportées par M. Bernutz ne permettent pas de douter que la métrorrhagie s'observe souvent dans la pelvi-péritonite séro-adhésive.

Chez notre malade, le col n'est pas dévié de sa direction normale; il n'est pas poussé vers la symphyse du pubis, comme on l'observe le plus souvent dans l'hématocele rétro-utérine, et la saillie est plus appréciable dans les culs-de-sac latéraux que dans le cul-de-sac postérieur.



C'est donc bien un exemple de pelvi-péritonite, et d'une pelvi-péritonite extrêmement étendue, ayant de la tendance à passer à l'état chronique; mais est-il possible de dire de quelle nature est le liquide que la tumeur renferme?

Il ne me paraît plus douteux qu'elle en contienne, car avec le doigt porté dans le cul-de-sac droit, on sent un point dépressible qui indique la présence d'une substance molle. Est-ce du pus? N'est-ce que de la sérosité? C'est là le point difficile du diagnostic.

Je suis porté à croire qu'il n'y a encore que de la sérosité, et voici pourquoi :

Sans doute l'invasion de la maladie a été violente, les douleurs ont été vives; mais il n'y a pas eu de frisson avec claquement de dents, la fièvre a cessé et le visage de la malade n'indique pas une atteinte profonde portée à sa constitution. Il y a bien de légers frissons erratiques; mais il me semble que le tremblement auquel vous avez assisté pendant que nous examinions la malade, dépend plus d'une impression morale que de la purulence qui produirait de la fièvre, de l'élévation de la température et de la fréquence du pouls, qui n'existent pas. Si la fluctuation que l'on sent en un point de la tumeur, au niveau du cul-de-sac droit du vagin, était due à la présence du pus, le point fluctuant serait entouré de tissus œdématisés, tandis que le reste de la tumeur paraît très-résistant. Ce n'est pas à dire que du pus ne se formera pas. Je suis même porté à croire le contraire, et à cause de cela j'ai prescrit aujourd'hui l'application sur l'hypogastre d'un vésicatoire de la largeur de la main. Mais il est difficile de prouver qu'il n'y a encore qu'une pelvi-péri-



tonite séro-adhésive, bien que les présomptions soient en faveur de cette forme de la maladie.

Il y a des cas dans lesquels le diagnostic est plus facile. Quand, après une grande fièvre et de grandes douleurs, les malades ressentent des battements dans le bas-ventre et que les battements coïncident avec une rémission des symptômes, on peut supposer que la suppuration s'établit. On saura que du pus s'est déposé dans la tumeur, quand on constatera plus tard que la fluctuation, qui jusque-là n'existait pas, est devenue appréciable.

*Étiologie.* — Pour s'édifier sur l'étiologie de la pelvi-péritonite, je ne connais pas de renseignements plus utiles que les relevés faits avec le plus grand soin par M. Bernutz : sur 99 observations il a observé :

43 pelvi-péritonites puerpérales, dont 35 après un accouchement, et

8 après un avortement;

28 produites par la blennorrhagie;

20 — par la menstruation;

8 qu'il qualifie de *traumatiques*,  
dont 3 suite d'excès vénériens;

2 pendant l'évolution du chancre du col;

2 après l'emploi de l'hystéromètre;

1 après l'emploi d'une douche vaginale ascendante prescrite pour une affection ulcéro-membraneuse du col.

La puerpéralité paraît être la cause la plus fréquente de la pelvi-péritonite; mais comment donne-t-elle naissance à cette maladie?

On trouve le mécanisme de la cause indiqué pour 18 des observations de péritonite puerpérale; la cause déterminante a été :



- 4 fois, la difficulté même du travail de la parturition;
- 3 fois, l'impression du froid;
- 9 fois, l'inobservance du repos au lit;
- 1 fois, des fatigues;
- 1 fois, des excès vénériens.

Sur vingt malades qui, antérieurement à leur entrée à l'hôpital, avaient été affectées de pelvi-péritonite puerpérale bénigne et qui purent donner des renseignements, il n'y en eut que deux chez lesquelles la péritonite se développa sans cause déterminante appréciable. M. Bernutz pense que chez ces deux malades, mais chez ces deux seulement, la pelvi-péritonite puerpérale doit être attribuée tout entière à la fièvre puerpérale.

Sur les 18 malades qui donnèrent des renseignements suffisants, l'époque du début de la péritonite fut : 15 fois dans les dix premiers jours des couches; 3 fois seulement à une époque plus reculée, correspondant à l'époque habituelle du retour des règles.

J'ai bien de la peine à admettre que la fièvre puerpérale est *essentielle*, comme M. Bernutz paraît incliner à le croire; elle est analogue à la fièvre traumatique, c'est-à-dire que, comme la fièvre qui se développe dans les 48 heures qui suivent une grande opération, elle apparaît après l'expulsion du placenta, opération physiologique qui a la plus grande analogie avec les solutions de continuité accidentelles ou produites par un instrument tranchant. Dans l'un et dans l'autre cas, il y a une grande plaie à la guérison de laquelle l'organisme tout entier va prêter son concours. Est-ce à ce travail de réparation ou à l'ébranlement nerveux du traumatisme qu'il faut attribuer la fièvre dite traumatique? Je ne puis le dire, mais à coup



sûr, on ne peut considérer comme essentielle la fièvre qui reconnaît une pareille cause.

Je suis de même porté à croire que la fièvre puerpérale est la conséquence de l'exagération de l'acte physiologique de l'accouchement. Quand cet acte se fait dans de bonnes conditions, il n'y a pas de fièvre; il y en a, au contraire, toutes les fois que l'utérus a subi une violence dépassant la mesure d'une parturition normale.

Il faut, bien entendu, distinguer cette fièvre bénigne de la forme maligne qui n'est autre chose que l'infection purulente puerpérale et qui diffère autant de la première que l'infection purulente traumatique diffère de la fièvre traumatique bénigne.

A cause de cela, je ne doute pas que l'on ne puisse trouver la cause déterminante de la pelvi-péritonite puerpérale toutes les fois que l'on sera à même d'analyser toutes les circonstances dans lesquelles la maladie s'est produite; cette opinion n'est-elle pas d'ailleurs confirmée par le fait que neuf fois sur dix-huit, les malades n'ont pas observé le repos au lit? Il faut, soyez-en sûrs, autre chose qu'un accouchement facile pour produire la pelvi-péritonite. Quand cette maladie survient, vous pouvez affirmer qu'il y a eu quelque imprudence commise.

Sur 99 observations de pelvi-péritonite, on est surpris d'en trouver 28 qui paraissent s'être développées sous l'influence de la blennorrhagie. M. Bernutz donne l'explication de cette proportion en l'attribuant avec raison à ce que ces observations ont été recueillies en grande partie à l'hôpital de Lourcine. La blennorrhagie, tout en ayant une influence très-prononcée sur le développement de la pelvi-péritonite, n'est pas une cause relative-



ment aussi fréquente que l'on serait tenté de le croire, en ne tenant compte que des chiffres du tableau que nous avons reproduit.

La blennorrhagie ne suffit pas pour donner lieu à la pelvi-péritonite, il faut qu'une autre cause s'ajoute à cette condition. Le plus souvent, d'après M. Bernutz, ce sont les relations sexuelles qui sont cette cause déterminante; quelquefois c'est la fatigue ou l'époque menstruelle qui vient compliquer la blennorrhagie.

Voici quel est le mécanisme généralement admis dans ce cas : de même que l'inflammation se propage au canal déférent et aux conduits séminifères, dans le cours d'une blennorrhagie chez l'homme, de même chez la femme elle s'avance du vagin dans le col, puis dans la cavité du corps de l'utérus, et de là gagnant les trompes, elle y produit une sécrétion muco-purulente. Dès qu'un liquide aussi irritant que du pus se trouve au voisinage de la cavité du péritoine dans laquelle il peut s'épancher, il ne faut pas s'étonner qu'une pelvi-péritonite se produise sous une pareille influence, mais bien que les accidents produits ne soient pas plus promptement et inévitablement mortels.

M. Bernutz, qui admet dans son tableau vingt pelvi-péritonites produites par la menstruation, note aussi une cause déterminante, et cela n'a rien de surprenant, car il n'y a pas de raison pour qu'une menstruation normale devienne une cause de pelvi-péritonite. Elle prédispose sans doute par la congestion pelvienne qui l'accompagne, mais elle est sans action sur le péritoine.

Le relevé des vingt observations de péritonites dites menstruelles indique que l'inflammation s'est manifestée :



3 fois à la suite d'une menstruation incomplète, sans cause déterminante;

2 fois à la suite de douleurs dysménorrhéiques violentes;

15 fois à la suppression brusque de l'écoulement cataménial, déterminée :

9 fois par l'impression du froid;

3 fois par une émotion morale vive;

1 fois par un examen au spéculum;

1 fois par une cautérisation du col utérin;

1 fois par des rapports sexuels réitérés pendant la menstruation.

Il est une cause que je trouve notée un certain nombre de fois dans les observations de péritonites pelviennes : je veux parler de l'ovarite. Il est bien difficile, en effet, qu'une inflammation aiguë de l'ovaire se produise sans qu'elle se propage au péritoine du voisinage; il est même très-probable que beaucoup d'ovarites échappent à l'investigation des médecins, parce que très-promptement elles sont masquées par les signes de la pelvi-péritonite.

A priori, c'est à l'ovarite et à la salpingite que l'on serait tenté d'accorder la plus grande influence sur la production de la pelvi-péritonite, et les observations ne sont pas contraires à cette vue de l'esprit.

Dans les autopsies de pelvi-péritonite, on a aussi souvent noté l'existence de tubercules de l'ovaire. Ce n'est qu'après la mort que l'on peut apprécier cette cause; on peut la soupçonner dans les cas où les signes de la tuberculisation pulmonaire se manifestent dans le cours de la pelvi-péritonite de forme chronique, comme cela est arrivé à Boucher de la Ville-Jossy. Mais sans cette coïncidence de tubercules, dans les poumons, il est impossible



de reconnaître une pareille cause qui n'est indiquée par aucun signe particulier.

Le nombre de huit pelvi-péritonites de cause traumatique, que l'on trouve dans le livre de M. Bernutz, ne me semble pas en rapport avec la réalité, surtout si l'on considère que :

3 se sont produites à la suite d'excès vénériens;

2 pendant l'évolution d'un chancre du col;

2 après l'emploi de l'hystéromètre;

1 après l'emploi d'une douche vaginale ascendante.

Je ne comprends pas pourquoi l'évolution d'un chancre du col est rangée parmi les causes de nature traumatique. A ce compte, il faudrait y faire entrer vingt-huit cas de blennorrhagie.

Je n'ai pas fait le relevé des observations de pelvi-péritonites que j'ai eu l'occasion d'observer, et l'eussé-je, je n'oserais pas l'opposer à celui de M. Bernutz, parce que longtemps j'ai hésité à me prononcer sur l'existence de cette maladie, et je craindrais d'avoir commis des erreurs; mais il m'est resté cette impression que les excès vénériens ont une bien plus large part à la production de la pelvi-péritonite.

Il faudrait aussi ajouter à ces causes la cautérisation au fer rouge que j'ai vue si souvent avoir pour conséquences des pelvi-péritonites souvent fort graves.

*Marche et terminaison.* — Nous avons vu la pelvi-péritonite débiter par un frisson, par une douleur violente et par la production d'une tumeur du petit bassin. Je ne reviendrai pas sur les symptômes de la première phase de la maladie. Le plus souvent, ce n'est au début qu'une inflammation adhésive, s'accompagnant de la sé-



crétion d'une certaine quantité de sérosité. Quand la maladie est due à une cause très-active, comme la salpingite purulente, le début est beaucoup plus accentué, et dès les premiers jours un abcès se forme.

La pelvi-péritonite séro-adhésive peut se terminer en quelques semaines, au bout d'un mois dans les cas les plus heureux. Alors la tumeur diminue peu à peu; elle perd de sa consistance; elle est moins nettement limitée et l'utérus redevient peu à peu plus mobile. Les douleurs ayant complètement disparu, les malades se croient alors complètement guéries, et elles ne comprennent pas qu'on les retienne encore à l'hôpital. A cette phase de leur maladie, elles sont pourtant fort exposées à voir renaître la douleur, la fièvre et tous les accidents dont elles ont souffert une première fois.

La plus légère imprudence suffira pour causer une rechute. Un peu de fatigue, surtout à l'époque des règles, des relations sexuelles trop promptement rétablies, pourront reproduire une inflammation que l'on avait crue guérie.

Je viens de dire que lorsque la tumeur disparaît, les douleurs ont cessé. Cette proposition est trop absolue. Il faut savoir, en effet, que souvent les douleurs persistent longtemps après que tout autre indice de maladie a disparu. On observe pour les fausses membranes du péritoine ce que tout le monde sait des adhérences de la plèvre. De même que des douleurs pleurétiques persistent longtemps après la guérison de la pleurésie, de même les douleurs hypogastriques ou lombaires peuvent survivre à la pelvi-péritonite.

La pelvi-péritonite est loin d'avoir toujours une aussi



courte durée; dans les cas où un abcès s'est formé, sans se vider complètement, elle dure pendant plusieurs mois et quelquefois même des années. Dans ces cas, la maladie s'amende de temps en temps, puis des recrudescences inflammatoires se produisent, tantôt sans cause appréciable, le plus souvent sous l'influence de l'époque des règles, soit que la menstruation se fasse régulièrement, soit que l'écoulement sanguin ait peine à s'établir. Quand les malades sont libres, ce qu'il y a de plus à craindre pour elles, c'est qu'elles aient des rapprochements sexuels avant d'être guéries; c'est la cause qui s'oppose le plus souvent à la guérison. Quand elles sont à l'hôpital, surtout lorsqu'il y a un certain nombre de jeunes filles autour d'elles, c'est l'onanisme. Sous l'influence de ces causes on voit l'inflammation, qui était devenue chronique redevenir aiguë, donner lieu à du frisson, à de la fièvre et reproduire les douleurs du début de la maladie.

Quand la pelvi-péritonite est devenue purulente, elle a généralement une durée longue. Elle se termine rarement par résolution, quand la quantité de pus est un peu considérable. Le plus souvent la tumeur s'ouvre dans une anse intestinale, et c'est la terminaison la plus heureuse. Alors l'inflammation qui a gagné le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'intestin, s'étend à la paroi intestinale et la perfore. Dans les cas les plus malheureux, il se fait une rupture des parois de l'abcès et le pus s'épanche dans la cavité du péritoine. Ces cas sont toujours mortels.

Quand l'abcès s'ouvre dans un intestin, le pronostic varie suivant la portion de l'intestin dans laquelle l'ou-



verture s'est faite. Tandis que l'ouverture dans le rectum est heureuse, les cas dans lesquels le pus s'est fait jour dans le cæcum ou dans l'intestin grêle, se sont souvent terminés par la mort. On dit aussi que l'abcès de la pelvi-péritonite peut s'ouvrir dans l'utérus, dans le vagin et dans la vessie. J'ai observé la terminaison par l'ouverture dans la vessie et dans le vagin, mais je ne me souviens pas d'avoir vu l'évacuation du pus se faire dans la cavité de la matrice.

Il ne faut pas croire que la guérison est assurée dès que l'abcès s'est fait jour au dehors par l'intestin. Souvent cette terminaison n'arrive spontanément qu'à une époque où la malade est épuisée par la souffrance, par de la diarrhée et par la fièvre hectique. A cette phase de la maladie, il est difficile que les forces suffisent pour donner à la convalescence le temps de se produire.

*Traitement.* — Il faut, pour instituer le traitement, tenir compte de la longueur possible de la maladie et du danger auquel la malade est exposée lorsque l'abcès s'ouvre spontanément à l'époque d'épuisement dont nous venons de parler.

Quand le début de la pelvi-péritonite s'annonce par une vive douleur, il faut, sans hésiter, appliquer vingt ou vingt-cinq sangsues sur le siège du mal, c'est-à-dire sur la peau de la paroi abdominale qui correspond à la tumeur. Je ne suis pas de l'avis des médecins qui pensent qu'il vaut mieux mettre les sangsues sur le col de la matrice. Vous vous souvenez peut-être que je me suis, à propos de la métrite, déclaré partisan enthousiaste de ce moyen; mais comme je suis convaincu que l'introduction d'un spéculum chez une femme affectée d'une vive inflam-



mation du vagin devient souvent la cause déterminante de la pelvipéritonite, je ne puis me décider à prescrire des sangsues sur le col utérin pour combattre cette dernière maladie, quand, pour cette application, il faut nécessairement avoir recours au spéculum.

Tandis que la plupart des femmes affectées de phlegmon du ligament large sont vigoureuses, il arrive souvent que celles qui ont une pelvi-péritonite sont d'une constitution délicate. On tiendra compte de cette condition pour décider s'il y a lieu de recourir à une seconde application de sangsues. Le plus souvent la première suffit pour calmer la douleur et la fièvre. On peut alors se contenter de faire des frictions d'onguent mercuriel sur le ventre et d'y appliquer de larges cataplasmes.

Je ne nie pas que les bains puissent combattre l'inflammation, mais ils ont de tels inconvénients que je n'ose les prescrire qu'à l'époque où l'on doit supposer que les adhérences offrent une résistance suffisante. Quand on sait comment les bains se donnent à l'hôpital, il faut se garder d'y avoir recours. Les malades, en se tenant debout ou en faisant un effort pour se mettre dans la baignoire, peuvent rompre une adhérence et donner lieu ainsi à une péritonite généralisée. Dès le début je prescris de larges vésicatoires qui sont certainement le moyen thérapeutique le plus efficace de la forme chronique de la maladie.

Il ne faut pas hésiter à en appliquer consécutivement cinq ou six à peu de jours d'intervalle.

La crainte que je viens d'exprimer relativement à la possibilité de la rupture des adhérences, vous expliquera pourquoi je me garde de purger violemment les femmes



affectées de pelvi-péritonite; il faut qu'elles aient les intestins libres, la constipation serait une condition très-défavorable; mais dans la forme aiguë de la pelvi-péritonite, il faut la combattre par des laxatifs administrés prudemment.

Dans la forme chronique, la rétraction des adhérences déforme souvent les intestins et s'oppose ainsi au cours des matières fécales. Il faut, de toute nécessité, dans ces cas, recourir à des purgatifs pour combattre la constipation.

Quand on reconnaît la présence du pus dans la tumeur de la pelvi-péritonite, faut-il attendre l'ouverture spontanée dans l'intestin ou dans la cavité du vagin? C'est assurément le parti le moins compromettant pour le médecin; mais est-ce le plus avantageux pour la malade?

Je ne pense pas que l'on puisse répondre d'une manière absolue. Il y a des circonstances dans lesquelles il faut savoir attendre; il y en a d'autres où l'expectation serait mortelle. C'est à l'expérience et au tact du médecin de décider la question au lit des malades.

*Mode opératoire.* — On a proposé d'ouvrir les abcès de la pelvi-péritonite en plongeant un trocart courbe au niveau d'une des fosses iliaques et d'en faire sortir la pointe par le vagin. J'avoue que ce mode opératoire ne m'a pas séduit. Je comprends bien qu'il offre l'avantage de faire deux ouvertures à deux points opposés de l'abcès et de faciliter ainsi l'écoulement du pus; mais je doute que l'on puisse toujours opérer ainsi avec la certitude de ne pas faire fausse route.

Je préfère recourir à un procédé plus modeste, mais plus sûr. Quand l'abcès fait saillie dans le vagin, on peut, à l'aide d'un spéculum introduit avec précaution, décou-



vrir le point où la fluctuation indique la présence du pus, et y plonger un bistouri avec lequel on fait une incision suffisante pour que l'on y introduise une anse de drain.

Quelques médecins ont recours au trocart droit pour faire cette ponction.

Quand l'ouverture est suffisante, l'abcès se vide facilement.

Dans aucun cas il ne faut recourir aux injections, qui exposent à rompre les adhérences, sans lesquelles le pus s'épancherait dans la cavité du péritoine.



## TREIZIÈME LEÇON

### OVARITE.

On désigne sous le nom d'*ovarite* l'inflammation des ovaires. Les ovaires, au nombre de deux, l'un à droite, l'autre à gauche, sont situés dans l'aileron postérieur du ligament large. Analogues des testicules, ils avaient été appelés par Galien *testes muliebres*. Comme les testicules, ils sécrètent un produit qui est indispensable à la reproduction; mais plus abrités que les organes sexuels de l'homme contre les chocs extérieurs, au lieu d'être pendants au dehors, ils sont situés profondément dans le petit bassin. Ils sont ainsi peu exposés aux blessures, aux contusions; mais comme ils ont une fonction physiologique qui détermine en eux une activité vitale que l'époque menstruelle et les excitations sexuelles augmentent encore, il n'est pas rare de les voir s'enflammer et donner lieu aux accidents dont je veux vous entretenir aujourd'hui.

*Étiologie.* — Quand on étudie les migrations des ovaires pendant la grossesse, on pourrait croire que cette époque doit exercer sur la circulation de ces organes des changements différents de ceux qui s'y produisent. En effet, à



mesure que l'utérus se développe, les ligaments larges et les ovaires s'appliquent sur ses bords. A ce moment, les organes producteurs des ovules commencent une vie de repos, d'inertie, pendant laquelle ils ont besoin d'une moindre quantité de sang que dans la période de leur activité fonctionnelle. Appliqués et comme aplatis sur les côtés de l'utérus, ils vont rester pendant neuf mois organes oubliés et inutiles. Et pourtant ils acquièrent dans les derniers mois de la grossesse un volume double ou triple de celui qu'ils présentent ordinairement. (Cruveilhier, *Anat. desc.*) Après l'accouchement, les ovaires reprennent leur situation dans le bassin et le volume qu'ils ont en dehors de l'époque de la gestation.

Ces migrations et les changements dans le volume de ces organes expliquent pourquoi tous les auteurs s'accordent pour signaler l'accouchement comme une des causes les plus fréquentes de l'ovarite. Si vous vous souvenez de ce que je vous ai dit de l'état de la matrice après la parturition, vous devinerez ce qui se passe du côté des ovaires.

Vous savez, en effet, que pendant six ou sept semaines, c'est-à-dire jusqu'au retour des règles, le tissu de l'utérus reste gorgé de sang, mollasse et inerte; vous vous rappelez sans doute que c'est à cet état, et à cet état seulement, que je propose de donner le nom d'*engorgement utérin*. La même disposition s'observe du côté des ovaires : les vaisseaux qui ont subi une sorte d'élongation pendant la gestation, ne reprennent pas de suite leurs dimensions normales, et les ovaires conservent un volume et une consistance qui diffèrent de la consistance et du



volume qu'ils ont en dehors de l'époque de la gestation. Que les lochies soient arrêtées par un refroidissement, par une émotion morale ou par toute autre cause, l'ovarite pourra se produire aussi bien que la métrite.

La puberté est une autre époque critique qui a une influence incontestable sur les ovaires. A l'âge de la première menstruation, ces organes augmentent de volume et deviennent le siège d'une activité fonctionnelle qui les prédispose à l'inflammation. Si, comme médecins, vous êtes appelés près d'une jeune fille qui souffre à l'occasion de l'établissement de la menstruation, vous constaterez qu'elle éprouve du malaise et de la douleur dans les fosses iliaques, au niveau des ovaires. Si cette nouvelle fonction est troublée, soit par des excitations coupables, soit par une grande frayeur, soit par le chagrin qui heureusement passe vite à cet âge, la congestion physiologique qui préside à l'évolution se transforme en hyperémie.

Depuis l'époque où M. Ricord émit, dans les notes qu'il ajouta au *Traité de la maladie vénérienne* de Hunter, l'opinion que l'ovarite blennorrhagique s'observe chez la femme comme l'épididymite chez l'homme, la plupart des auteurs ont répété cette assertion sans se donner la peine de la vérifier. J'en excepte pourtant Aran et M. Gallard.

Hunter avait dit : « On a affirmé que les ovaires s'affectent quelquefois de la même manière que les testicules chez l'homme. Je n'ai jamais rien vu de semblable et je doute fort que ce fait ait jamais été observé. »

J'avais longtemps, après Hunter, émis dans mes leçons professées à Lourcine une opinion un peu moins exclusive : Je ne puis admettre, disais-je, l'opinion des auteurs



qui regardent l'extension de l'inflammation du vagin à l'ovaire comme très-fréquente. Je suis encore de cet avis et je ne comprends pas que personne n'ait songé à contester l'exemple d'ovarite blennorrhagique donné par M. Ricord, car rien ne prouve que dans le fait cité par lui l'ovaire ait été affecté. Jugez-en vous-mêmes :

« Les ovaires, dit-il, peuvent s'affecter comme les épидidymes chez l'homme. Ce que Hunter n'ose ni nier ni admettre d'une manière absolue, j'ai eu l'occasion de l'observer, et quand on voudra s'en donner la peine, on l'observera encore assez souvent pour s'en convaincre.

» Je rappellerai les deux observations suivantes : Une première malade, couchée au n° 4 de la seconde salle des femmes de mon service, âgée de trente ans, affectée d'une blennorrhagie utéro-génitale très-aiguë, fut prise tout à coup de tension dans la fosse iliaque du côté gauche. Le toucher, qui faisait bien sentir la tuméfaction, occasionnait beaucoup de douleur et permettait d'y apprécier une augmentation de température ; il survint des nausées et un mouvement fébrile, avec plénitude du pouls. La malade restait couchée sur le dos, et de préférence inclinée du côté gauche, les cuisses un peu fléchies sur le bassin.

» L'écoulement de l'urèthre et des parties génitales avait presque entièrement disparu. En touchant par le vagin, voici ce que je pus constater : la pression du col utérin par le doigt indicateur n'était pas douloureuse, tandis qu'on déterminait de la douleur lorsque le doigt, placé sur le côté gauche de la matrice, tendait à refouler l'organe vers la fosse iliaque droite, en faisant éprouver une sorte de tension au ligament large gauche ; la même manœuvre exercée de l'autre côté, afin de comparer, ne pro-



duisait presque pas de gêne; la défécation, l'émission de l'urine et en général tous les mouvements abdominaux étaient pénibles. Ces symptômes, combattus par les antiphlogistiques, disparurent vers le douzième jour, et à mesure qu'ils perdaient de leur intensité, l'écoulement redevenait de plus en plus abondant; quand tout à coup, l'écoulement diminuant de nouveau, la même série de phénomènes se manifesta, mais cette fois du côté droit.

» Enfin, au n° 2 de la première salle des femmes, les élèves qui suivent mes leçons cliniques ont pu constater un cas à peu près semblable à celui que je viens de rapporter; toutefois, dans cette seconde observation, le côté gauche seul a été affecté. (Ricord.) »

Est-il possible que sur de pareils faits on se soit autorisé à dire que l'ovarite est une complication fréquente de la blennorrhagie? Où sont les signes de l'ovarite? Nous verrons bientôt en quoi ils consistent; mais dès à présent vous connaissez les symptômes de l'adéno-phlegmon, et si vous y réfléchissez, vous reconnaîtrez qu'ils conviennent assez à la description insuffisante de l'observation de M. Ricord.

On serait d'autant plus autorisé à admettre dans ce cas l'existence d'un phlegmon, que la tuméfaction aurait lieu du côté gauche, comme dans la seconde observation qui n'est que mentionnée, et nous savons que l'inflammation phlegmoneuse péri-utérine a une prédilection marquée pour le côté gauche.

Je serais pourtant porté à croire que ce n'était autre chose qu'une de ces pelvi-péritonites qui sont produites par la propagation de l'inflammation blennorrhagique du vagin à l'utérus et de l'utérus à la membrane muqueuse



de la trompe. On trouve du moins dans cette observation des signes qui appartiennent à la péritonite localisée, mais les signes de l'ovarite ne sont pas même discutés.

Il y a de la tension dans la fosse iliaque; le toucher y fait sentir de la tuméfaction, il y a augmentation de température, des nausées et de la fièvre; mais ce sont des symptômes que l'on trouve dans l'adéno-phlegmon, dans la salpingite et dans la pelvi-péritonite, aussi bien que dans l'ovarite.

Cette théorie de la propagation de la blennorrhagie à l'ovaire n'était pas nouvelle quand M. Ricord s'en fit l'éditeur responsable. Du temps de Hunter elle devait être admise, puisqu'on lit dans cet auteur : *On a affirmé que les ovaires s'affectent quelquefois de la même manière que l'épididyme chez l'homme.* Mais je ne connais pas de faits qui autorisent à la défendre.

On s'est laissé séduire par l'analogie; on s'est dit : Quand la blennorrhagie uréthrale de l'homme s'étend vers la prostate, elle gagne les conduits éjaculateurs, le canal déférent et l'épididyme. Chez la femme, on la voit arriver jusqu'à la membrane muqueuse de l'utérus; elle doit aller jusqu'à l'ovaire, qui est l'analogue du testicule. Et l'on ne s'est pas demandé s'il y avait entre l'ovaire et la trompe la même continuité de tissu qu'entre le canal déférent et l'épididyme. Il suffit pourtant d'un coup d'œil pour reconnaître que l'ovaire n'est uni à la trompe que par un ligament mince, le long duquel l'inflammation a bien peu de chances de s'étendre pour gagner l'ovaire. D'ailleurs l'ovaire est enveloppé d'une membrane fibreuse qui est de nature à mettre une barrière à cette propagation de la blennorrhagie.



Je vous ai dit, dans la dernière leçon, que l'on a trouvé du pus blennorrhagique dans la cavité de la trompe; on en trouverait à la surface de l'ovaire, si l'ovarite blennorrhagique existait réellement.

Quand le pus ou le muco-pus de la blennorrhagie arrive à l'orifice abdominal de la trompe, que se passe-t-il? Ou il reste enfermé dans l'ampoule de la trompe, ou bien il franchit l'orifice externe. Dans l'un et l'autre cas, il donne lieu à la péritonite dont je vous ai parlé; mais les symptômes de cette complication sont tellement accentués qu'il est impossible que toute autre maladie se manifeste d'une manière appréciable.

Les tissus ont une aptitude variable pour l'inflammation, les membranes séreuses l'ont à un suprême degré, tandis que le tissu fibreux est le moins apte à s'enflammer. Il est donc impossible d'admettre que la blennorrhagie se propage jusqu'au niveau de l'ovaire, sans donner lieu à la pelvi-péritonite, et il est peu probable qu'elle puisse se propager jusqu'au stroma de cet organe. Je ne nie pas qu'un abcès se produisant au voisinage de l'ovaire ne soit apte à y déterminer de proche en proche la suppuration; mais, dans ce cas, c'est une cause lente qui agit, ce n'est plus le même mécanisme que pour la production de l'épididymite blennorrhagique.

On peut donc rejeter la blennorrhagie comme cause directe de l'ovarite; mais, comme toute autre inflammation de l'utérus ou de ses annexes, elle peut éveiller l'inflammation dans l'ovaire en raison du voisinage.

L'étiologie de l'ovarite est d'ailleurs un chapitre encore bien incomplet.

Pour moi, je suis convaincu que l'ovaire entre en érec-



tion sous l'influence des excitations sexuelles. Si vous voulez vous en convaincre, examinez une chienne pendant la période du rut : tandis qu'à l'état normal les ovaires sont inappréciables par le toucher, on les trouve volumineux dès que la femelle commence à rechercher l'approche du mâle. Cet éréthisme de l'ovaire s'observe chez la femme pendant la menstruation; il peut aussi être entretenu par une perversion de l'esprit et par des passions désordonnées.

J'ai plus d'une fois été consulté par des femmes qui, épuisées par la volupté, se plaignaient de ressentir de vives douleurs dans les fosses iliaques, et presque toujours j'ai alors constaté l'existence d'une double ovarite. Je ne doute pas que l'abus des plaisirs sexuels ne soit la cause la plus fréquente de l'inflammation de l'ovaire.

On a dit que l'hystérie produit l'ovarite; il faut distinguer, car il y a des formes bien différentes de l'hystérie. Quelques-unes sont sans action sur la production de l'inflammation de l'ovaire; la nymphomanie seule a une influence incontestable.

Tous les troubles de la fonction menstruelle peuvent devenir des causes d'ovarite.

*Symptômes.* — L'ovarite est aiguë ou chronique.

Les auteurs décrivent deux formes de l'ovarite aiguë. Je vais vous décrire la première, qui se traduit par une intensité de symptômes que je n'ai jamais eu l'occasion d'observer : dans cette forme, la maladie débute par un frisson violent, suivi bientôt des autres stades d'une fièvre violente; il y a des nausées et même des vomissements; une vive douleur dans une fosse iliaque. Cette douleur est parfois tellement vive que la plus légère pression



arrache des cris à la malade, qui souvent ne peut même pas supporter le poids de ses couvertures. Elle est continue, avec des exacerbations pendant lesquelles les malades se roulent dans leur lit, en proie à de violentes attaques d'hystérie. Quand ces crises se calment, la douleur reste encore assez vive pour que la station debout ou à genoux soit impossible. La miction est douloureuse, cuisante et se renouvelle à chaque instant.

Je ne nie pas l'existence de cette forme de l'ovarite, mais elle doit être rare, car je n'en ai jamais vu d'exemple. Aran pense qu'on l'observe chez les femmes récemment accouchées ou dans les cas où l'ovarite a son point de départ dans une suppression brusque de l'écoulement menstruel.

L'ovarite aiguë revêt ordinairement une forme moins violente : les malades se plaignent de ressentir une douleur dans un point très-limité de la fosse iliaque. Souvent même elles l'indiquent en y mettant le bout du doigt, et quand le médecin presse ce point sans précaution, la femme ne peut retenir un cri que l'angoisse lui arrache. On n'observe ni ballonnement de l'abdomen, ni tuméfaction de la région qui soit appréciable à la vue. La palpation à travers la paroi abdominale n'apprend rien.

Ce n'est donc que par le toucher vaginal et rectal que l'on peut acquérir des signes certains de la maladie : en portant le doigt indicateur dans le cul-de-sac latéral qui correspond au côté malade, on trouve un petit corps ayant la forme de l'ovaire, cédant à la moindre pression, mais revenant de suite au point exploré. Le toucher y éveille de la douleur, et si en même temps que l'on fait cette exploration, on presse avec l'autre main la paroi



abdominale, on parvient à circonscrire ce corps, à en apprécier la forme, le volume et la mobilité.

J'ai déjà dit qu'il peut être repoussé de haut en bas, mais ses mouvements sont très-limités. Il a un volume qui peut être double ou triple de celui qu'il a normalement.

Comme l'ovaire enflammé peut subir des déplacements, on ne le trouve pas toujours au point qu'il occupe chez les filles vierges. L'aileron moyen du ligament large s'oppose à ce qu'il se porte en avant, mais on le trouve souvent en arrière, près du cul-de-sac utéro-rectal, et alors il est facile de le découvrir par le toucher rectal ou vaginal, et même mieux encore par les deux touchers combinés, suivant le procédé suivi par M. Gallard. Il est parfois rapproché du bord de l'utérus.

Il suffit d'indiquer ces déplacements, pour que l'on n'éprouve pas de difficulté à reconnaître l'organe déplacé.

La consistance de l'ovaire enflammé est rénitente quand la douleur ne s'oppose pas à une pression suffisante.

Les malades ne peuvent pas se tenir debout, et l'allongement brusque du membre inférieur provoque souvent une douleur très-vive. L'utérus peut conserver son volume et sa mobilité. Il arrive pourtant assez souvent que l'ovaire enflammé, venant au contact de la face postérieure de la matrice ou de son bord correspondant au côté malade, il s'établit des adhérences entre ces parties, de manière à limiter la mobilité de l'utérus.

Cette ovarite aiguë peut exister sans fièvre continue. Le soir seulement, la peau est un peu plus chaude et le pouls un peu plus fréquent.



Il n'y a ni les vomissements ni les nausées que l'on a observés dans la première forme que je vous ai décrite d'après les auteurs.

Le plus souvent, la maladie ne se complique ni de diarrhée, ni de cystite. Les culs-de-sac du vagin qui ne sont pas en rapport avec l'ovaire malade, sont parfaitement libres. Il en est de même du cul-de-sac qui correspond à l'ovarite, quand l'ovaire a conservé la place qu'il occupe normalement dans l'aileron postérieur du ligament large. On sent alors très-distinctement par le toucher qu'il existe une distance de 2 centimètres environ entre l'ovaire enflammé et le bord correspondant de la matrice.

Lorsque l'ovarite se termine par suppuration, de légers frissons se produisent; les malades se plaignent de ressentir des douleurs vives qui ne tardent pas à se calmer quand l'inflammation ne s'étend pas de proche en proche.

Toutes les fois qu'une ovarite est franchement aiguë, elle se complique de péritonite. Chez une malade qui est couchée au n° 41 de la salle Saint-Maurice, nous avons un exemple bien manifeste de cette propagation. Le jour de son entrée, elle avait, à deux centimètres environ du bord gauche de l'utérus, une petite tumeur de la grosseur de la dernière phalange du pouce. Dès le lendemain, cette tumeur avait doublé de volume et la douleur s'était accrue. Comme l'ovaire n'est pas susceptible d'acquérir aussi subitement un pareil volume, on ne peut douter qu'un changement aussi grand ne soit la conséquence des adhérences et de l'englobement des parties voisines par l'inflammation.



On a répété depuis Récamier que la fluctuation produite par la suppuration de l'ovaire peut être appréciable par le toucher ; pour que cela fût possible, il faudrait exercer une pression qui ne serait pas sans danger. Je crois donc que ce signe de l'ovarite suppurée est sans valeur.

L'ovarite peut se terminer par résolution. Dans ce cas, la douleur diminue de jour en jour, la santé générale se rétablit, et bientôt les malades reprennent leur vie ordinaire, ne se doutant pas du danger qu'elles ont couru, quand on ne les met pas en garde contre la possibilité du retour de la maladie en les éclairant à ce sujet. Ce retour est fréquent, soit que la cause subsiste, soit que la menstruation suffise pour raviver l'inflammation presque éteinte.

C'est ainsi que l'ovarite passe à l'état chronique. La forme chronique peut aussi exister d'emblée.

#### **Ovarite chronique.**

Elle est souvent méconnue par les malades, qui continuent à vaquer à leurs occupations, ne se doutant pas de l'existence d'une maladie dont la stérilité est souvent la conséquence.

L'ovarite chronique se traduit par une douleur dans une fosse iliaque, et quelquefois des deux côtés. Comme pour l'ovarite aiguë, la douleur est très-localisée. Il ne faut pas en effet confondre avec elle la névralgie que l'on observe souvent dans cette maladie et qui consiste en une sensation douloureuse qui s'étend le long de la cuisse et qui s'accompagne d'alourdissement du membre, de sensations variables de froid, d'engourdissement, etc.



La douleur propre à l'ovarite chronique est tolérable, persiste indéfiniment et s'aggrave sous l'influence de la fatigue et plus encore à l'époque des règles. On peut même dire que la menstruation est la cause qui entretient l'ovarite chronique, en la ravivant à chaque époque menstruelle.

Les relations sexuelles n'ont pas une influence moins marquée que la menstruation, en excitant l'ovaire et en y produisant un afflux sanguin. Mais il est une circonstance dont il faut être prévenu, pour apprécier la douleur violente perçue parfois pendant le coït.

Je vous ai dit que sous l'influence de l'inflammation, l'ovaire, augmenté de volume, peut se rapprocher de l'utérus et s'y unir par des adhérences. Il arrive dans ce cas que heurté pendant le coït, il donne lieu à une sensation tellement douloureuse et tellement subite que les femmes ne peuvent retenir un cri de douleur.

Presque toujours l'ovarite apporte des troubles notables dans la menstruation. L'inflammation d'un seul ovaire suffit pour causer de la dysménorrhée; celle des deux ovaires peut donner lieu à l'aménorrhée. La suppression des règles provenant d'une double ovarite chronique peut durer plusieurs années; chez quelques malades, il n'y a que diminution de l'écoulement des règles, sans autre trouble appréciable; chez d'autres, il y a des retards plus ou moins marqués.

D'après Aran, ce n'est que dans des cas « très-chroniques que l'on observerait des ménorrhagies ou des écoulements sanguins revenant avec la plus grande facilité dans l'intervalle des règles, celles-ci avançant toujours. »



Je crois cette proposition trop générale. L'ovarite donne lieu à la ménorrhagie quand elle est aiguë, et quand, devenue chronique, elle n'a pas altéré profondément l'ovaire. Je ne vais pas jusqu'à dire que la ménorrhagie est aussi fréquente que la dysménorrhée; mais il est incontestable que ces accidents de la menstruation s'observent suivant l'état anatomique de l'organe malade. Quand l'ovaire est le siège d'une inflammation légère, il n'est pas rare que la femme ait des règles plus fréquentes et plus abondantes; tandis que l'on observe des retards plus ou moins prolongés, quelquefois des suppressions indéfinies, lorsque l'ovaire a été profondément modifié dans sa structure par l'inflammation.

L'ovarite chronique peut se présenter d'une manière très-insidieuse, en ce sens que par ses symptômes peu prononcés elle peut échapper à l'attention du médecin.

J'ai eu dernièrement, à la salle Saint-Maurice, une jeune fille qui était entrée à l'hôpital pour une vague douleur qu'elle ressentait dans la région iliaque du côté gauche. Les symptômes qu'elle accusait me firent croire tout d'abord qu'elle était menacée d'un phlegmon du ligament large. Je trouvais par le toucher un peu d'empâtement dans cette région où la pression augmentait la douleur. J'y sentais d'ailleurs un corps du volume d'une amande, que je pris, à ma première visite, pour un noyau de tissu cellulaire enflammé. J'étais pressé; je ne voulus pas laisser cette femme exposée à une aggravation de sa maladie, en différant le traitement. Je prescrivis un vésicatoire sur la région iliaque.

Quand la guérison de l'exutoire me permit d'explorer de nouveau, c'est-à-dire trois jours plus tard, je reconnus



très-distinctement que ce que j'avais pris pour un noyau d'inflammation n'était autre chose que l'ovaire un peu augmenté de volume et conservant encore un peu de sensibilité pathologique. En explorant l'autre fosse iliaque, je reconnus que l'ovaire du côté droit était également un peu plus gros qu'à l'état normal; mais il occupait dans le ligament large les rapports normaux, tandis que celui du côté gauche, un peu plus rapproché du vagin, m'en avait imposé pour un corps occupant la partie la plus interne du ligament large.

L'inflammation ayant diminué, le diagnostic était devenu facile; le premier jour, la difficulté était plus grande, parce que la douleur devenant assez vive à la pression, on pouvait craindre d'avoir affaire au début d'une inflammation aiguë. En réalité, cette jeune fille était affectée d'une double ovarite chronique dont les symptômes avaient été accentués sans doute par quelque imprudence.

La douleur ayant été enlevée par le vésicatoire, la malade voulut sortir. Elle est sortie se croyant guérie, mais conservant une lésion qui persistera plus ou moins longtemps à l'état latent, et qui, à la première imprudence éclatera et deviendra soit une ovarite aiguë, soit une ovarite chronique appréciable pour les plus inexpérimentés.

Il faut savoir qu'une ovarite chronique peut exister à l'insu des malades, de même qu'une épididymite chronique passerait inaperçue si les organes génitaux de l'homme étaient cachés dans la profondeur du bassin.

Cette jeune malade est sortie de l'hôpital avec la conviction qu'elle était guérie, et pourtant ses deux ovaires étaient plus gros qu'ils ne doivent être, et si l'inflammation du gauche n'avait pas été un instant stimulée, je



n'aurais certainement pas été à même de constater cette double ovarite chronique.

Cette forme d'ovarite chronique ne porte pas une atteinte profonde à la constitution ; mais quand elle existe à un degré plus prononcé, elle entraîne bientôt des troubles de la digestion et un amaigrissement notable. La chloro-anémie avec tous les phénomènes nerveux qui l'accompagnent, les palpitations, le dégoût pour toute espèce d'alimentation s'observent constamment dans l'ovarite chronique. La santé générale est tellement altérée que Aran *n'hésite pas à dire que c'est l'ovarite chronique qui lui a fourni les cas les plus graves d'affections utérines.*

L'altération de la santé est plus prononcée encore lorsque la suppuration a transformé l'ovaire en un sac plein de pus. Cet abcès peut exister pendant un certain temps sans s'ouvrir. L'ouverture est d'autant plus reculée que la collection de pus est plus profondément située dans l'ovaire. Quand elle doit avoir lieu, la poche qui renferme le pus s'unit aux parties voisines par des adhérences dont le péritoine fournit les éléments. Comme pour les abcès situés dans les tissus extérieurs, le pus cherche à se faire jour au dehors. C'est en conséquence de cette tendance que les abcès de l'ovaire s'ouvrent le plus ordinairement dans une anse intestinale. On les a vus aussi s'ouvrir dans le vagin et dans la vessie, mais plus rarement.

Ce n'est que par rupture des adhérences que l'ouverture se fait dans la cavité du péritoine. Cette rupture peut être la conséquence d'un effort quelconque ou d'une pression exercée sur le point malade ; mais en dehors de



cet accident, il peut se faire que l'abcès d'un ovaire détermine une péritonite généralisée. La péritonite partielle est la règle; l'extension subite de l'inflammation à tout le péritoine est loin d'être une exception.

Si je devais vous tracer d'après ma seule observation les caractères anatomiques de l'ovarite, je serais fort embarrassé pour vous indiquer ceux de la première période. Je n'ai jamais été à même d'observer que les cas dans lesquels la mort avait été causée par un abcès de l'ovaire et par la complication de la péritonite généralisée. Voici à peu près ce que les auteurs disent de l'anatomie pathologique de l'ovarite :

M. Chereau (1), auteur d'un mémoire estimé sur l'ovarite, Dugès et Boivin sont les auteurs qui ont décrit les lésions de l'ovarite avec le plus de précision. Ils admettent un premier degré dans lequel l'organe, un peu augmenté de volume, conserve une surface lisse. Le tissu de l'ovaire est plus rouge et moins résistant qu'à l'état normal; il a une consistance spongieuse provenant des fluides dont il est abreuvé, et sa vascularité est notablement augmentée, surtout aux environs des cellules ovulaires saillantes.

Dans un deuxième degré, l'ovaire a un volume double, triple ou quadruple; sa forme est arrondie, ovulaire ou aplatie; son tissu est mou, friable, infiltré d'une sérosité jaunâtre ou violacée, avec de petits épanchements sanguins. (C'est le ramollissement rouge, dans lequel le stroma est converti en une matière friable, d'un rouge foncé, et ressemble au parenchyme de la rate.)

(1) *Mémoires pour servir à l'étude des maladies des ovaires* (1844).



Dans le troisième degré, la matière purulente est infiltrée ou réunie en foyers. Enfin, dans le quatrième degré ramollissement gris ou fonte putrilagineuse de l'organe qui n'offre plus aucune trace d'organisation, au moins dans une portion de son étendue, et qui est converti en une matière sanieuse, grisâtre ou vineuse, presque diffluente; c'est un degré, dit Aran, à qui nous avons emprunté ce résumé des lésions anatomiques, c'est un degré qui approche beaucoup de la gangrène ou qui n'est même peut-être que la mort du tissu ovarien.

Je ne me fais pas garant de l'exactitude de cette description à laquelle on a déjà objecté que l'état anatomique du premier degré ressemble beaucoup à ce qui se produit dans l'ovaire à l'époque menstruelle qui, comme vous le savez, correspond à l'acte physiologique de la rupture de la vésicule de Graaf, pendant lequel l'ovule est saisi par la trompe.

Je trouve aussi que les caractères anatomiques de l'ovarite suppurée ne sont pas suffisants.

Quand on a fait un certain nombre d'autopsies de femmes ayant succombé à des affections utérines, on n'a pas été sans observer des suppurations de l'ovaire à divers degrés, et souvent, il faut bien l'avouer, sans que l'on ait soupçonné cette dernière lésion qui, apparue comme complication, ne s'est pas annoncée assez haut pour être reconnue au milieu des symptômes de la maladie primitive. Dans ces cas, voici ce que l'on voit : tantôt, ce n'est que quelques points purulents que l'on distingue à la surface de l'ovaire, à travers la membrane fibreuse amincie. Si on y plonge la pointe d'un scalpel, on ouvre un petit abcès qui paraît s'être formé dans une vésicule de Graaf.



Souvent on observe près de ces petits abcès, des vésicules de Graaf remplies d'une sérosité trouble, comme lactescente. Il est difficile de ne pas voir dans ce produit de sécrétion la période de l'inflammation, qui précède la formation du pus.

En incisant l'ovaire, on trouve son tissu rouge et infiltré de sérosité rougeâtre. Tantôt il n'y a pas encore de pus, ce ne sont que des vésicules distendues et faisant saillie à la surface de l'ovaire, vésicules dont les parois sont injectées à la manière de la substance corticale du rein enflammé.

Il est rare qu'une pareille disposition anatomique existe sans que des adhérences aient établi une union variable entre l'ovaire et les organes voisins. Il peut se faire qu'il n'y ait qu'une union peu intime, si l'inflammation a été légère. Quand on fait l'autopsie longtemps après les accidents inflammatoires, on trouve, ou bien des brides fibreuses très-solides, ou bien une soudure véritable des organes que l'inflammation a unis.

Une des lésions que l'on observe le plus fréquemment est celle dans laquelle l'abcès de l'ovaire est entouré de toutes parts par des fausses membranes qui se sont opposées à l'extension du pus dans la cavité abdominale. C'est en un mot la pelvi-péritonite ayant pour origine et pour cause un abcès de l'ovaire.

On trouve aussi assez fréquemment du pus dans la trompe. Nous en parlerons en traitant de la salpingite suppurée.

Dans l'ovarite chronique, on observe à la surface de l'ovaire des fausses membranes, de petits kystes et de petites granulations qui donnent à cet organe un aspect



grenu. C'est cette disposition que quelques auteurs disent avoir reconnue par le toucher vaginal.

*Diagnostic.* — Si vous avez présents à l'esprit les symptômes de l'ovarite aiguë, vous pourrez reconnaître cette maladie et la distinguer de celles qui ont avec elle quelques caractères communs; mais il faut pour cela assister au début de la maladie, car très-promptement la pelvi-péritonite venant la compliquer, il est impossible d'assigner l'origine de l'une et de l'autre, et le plus souvent la péritonite masque l'ovarite. Avant toute complication, la forme de la tumeur, qui est à peu près celle de l'ovaire normal; son siège, à une certaine distance du bord de l'utérus; la douleur que l'on y éveille par le toucher ou la pression, ne permettent guère d'hésiter. Mais pour ne pas méconnaître l'ovarite aiguë, il ne faut pas se contenter de palper la région douloureuse, en déprimant la paroi de l'abdomen, l'ovaire enflammé échappe à cette investigation. Ce n'est que par le toucher vaginal ou rectal que l'on peut arriver au diagnostic. Il faut se garder, en pareille circonstance, de toute idée préconçue, car ne trouvant pas de tumeurs en palpant les fosses iliaques, on pourrait croire à l'existence d'une métrite aiguë d'autant plus facilement que souvent l'ovarite se complique d'un peu d'inflammation de la membrane muqueuse utérine.

Si, au lieu de toucher, on examinait au spéculum, on serait fort exposé à commettre cette erreur.

Quand, pour des symptômes d'ovarite aiguë, le médecin pratique le toucher vaginal, il doit se souvenir de la fréquence du déplacement des ovaires enflammés, et quand il a reconnu la présence de ces organes près d'un cul-de-sac latéral, ou au voisinage du cul-de-sac postérieur, il



doit éviter de recourir au spéculum qui pourrait causer une grande douleur et aggraver la maladie.

Le diagnostic de l'ovarite chronique offre plus d'une difficulté. Aran prétend qu'il n'a pas vu d'exemple de cette maladie sans complication d'endométrite et de catarrhe utérin, avec ou sans ulcération du col. Je ne sais si cette loi ne comporte pas quelques exceptions, mais comme on ne peut nier que l'inflammation de la membrane muqueuse de l'utérus existe le plus souvent en même temps que l'ovarite chronique, vous comprendrez combien il est facile de se fourvoyer. Dans l'endométrite chronique, il y a sécrétion abondante d'un mucus opalin ou jaunâtre; si l'on examine au spéculum, on voit presque toujours des exulcérations du col utérin. N'en est-ce pas assez pour croire qu'il n'y a qu'une métrite? On est d'autant plus disposé à admettre ce diagnostic que l'ovarite chronique n'est réellement appréciable que par le toucher. Mais ce mode d'exploration a une grande valeur. Presque toujours il permet de reconnaître que les deux ovaires ont augmenté de volume et qu'ils sont douloureux quand on les presse avec le doigt. D'un autre côté, la métrite interne, quand elle existe seule, donne souvent lieu à des métrorrhagies, l'ovarite chronique, au contraire, s'accompagne le plus souvent de dysménorrhée.

Ne comptez pas trop sur la fluctuation pour reconnaître un abcès de l'ovaire. Tant que la collection purulente n'est pas venue à la surface de l'organe, il est bien clair qu'elle ne peut pas être appréciable; quand elle en approche, il y aurait danger à rechercher un signe qui ne pourrait être perçu que par des pressions simultanées exercées avec la main qui palpe à travers la paroi



abdominale et le doigt qui touche au fond du vagin. Par le toucher, on peut constater l'existence d'une ovarite chronique, mais on ne peut pas diagnostiquer le degré de la maladie.

On peut dire que l'ovaire est enflammé, mais pour soupçonner l'existence du pus dans cet organe, il faut tenir compte des signes généraux sans lesquels le diagnostic est impossible. Si, après de violentes douleurs dans la région iliaque, la malade a des frissons suivis des autres stades de la fièvre; si ensuite une rémittence des symptômes se produit, et que plus tard on constate par le toucher l'existence d'une tumeur encore douloureuse de l'ovaire, on pourra redouter la formation d'un abcès de cet organe. Mais, je le répète, la fluctuation ne vous en donnera jamais la preuve.

En décrivant l'ovarite aiguë et l'ovarite chronique, j'ai suffisamment indiqué la marche de la maladie. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit à ce sujet. Mais je tiens à vous dire que l'ovarite chronique peut avoir une durée très-longue. Elle peut exister pendant plusieurs années, soit qu'elle reste à l'état pour ainsi dire larvé, c'est-à-dire se manifestant par des symptômes qui n'attirent pas suffisamment l'attention des malades; soit que de temps en temps des recrudescences se produisent.

N'oublions pas aussi que si cette maladie peut se terminer par la mort, elle peut, quand elle a une issue plus heureuse, entraîner la stérilité. Conséquence qui pour la plupart des femmes est une source de grands chagrins. De même que l'épididymite double expose les hommes à être impropres à la reproduction, de même l'ovarite double expose les femmes à la stérilité.



L'ovarite aiguë, n'existant souvent que d'un seul côté, est moins dangereuse au point de vue de la fécondation ; mais, plus souvent que l'ovarite chronique, elle se termine par suppuration, terminaison la plus grave de cette maladie.

#### **Traitement de l'ovarite.**

Ce que l'on sait de la gravité de l'ovarite aiguë suffit pour que l'on comprenne l'importance d'un traitement énergique. Si vous assistez au début de la forme grave que je vous ai décrite d'après les auteurs, et dont les symptômes sont à peu près ceux de la pelvi-péritonite, vous devez avoir recours aux émissions sanguines comme pour cette dernière maladie. Mais comme quand l'ovaire est seul enflammé, avant que l'inflammation ait gagné les parties voisines, on peut introduire avec précaution un spéculum sans danger pour la malade, je suis d'avis que l'on peut et que l'on doit appliquer des sangsues sur le col de l'utérus. Suivant l'intensité de la maladie, suivant la vigueur du sujet et aussi en tenant compte des conditions qui permettent l'introduction d'un gros ou seulement d'un moyen spéculum, on appliquera un nombre de sangsues qui variera de cinq à dix. Pour en mettre dix, il faut que l'instrument dont on se sert ait des dimensions qui ne sont admissibles que pour une femme qui a eu des enfants.

Je ne conseille pas d'avoir recours à ce moyen, quand l'ovarite se complique de pelvi-péritonite. Je vous ai déjà dit, en parlant de cette dernière maladie, que je craindrais, par l'introduction du spéculum, d'opérer une



distension des parties qui sont unies par des adhérences encore trop molles pour être résistantes. Dans ce cas, il faut appliquer vingt ou vingt-cinq sangsues sur la fosse iliaque, autant que possible sur le point où la plus vive douleur se fait sentir.

Au moment de prendre une détermination, il faut sans doute tenir compte de l'état de force ou de faiblesse des malades, de leur constitution vigoureuse ou débilitée; mais il faut, avant tout, tâcher d'avoir recours au moyen le plus prompt et le plus efficace. Il y a quelques jours, je n'ai pas suivi assez rigoureusement ce précepte.

La femme Es...., qui est couchée au n° 41 de la salle Saint-Maurice et dont je vous ai parlé dans la leçon précédente, est jaune et amaigrie. Les souffrances lui donnaient encore l'apparence d'un plus grand abattement, le jour de son entrée. Craignant de trop l'affaiblir, je prescrivis un large vésicatoire sur la fosse iliaque. L'externe chargé de l'appliquer l'ayant fait trop petit, l'ovarite se compliqua de péritonite deux jours plus tard. Je compris alors que j'avais commis une faute et je fis appliquer à l'anus quinze sangsues qui tirèrent une grande quantité de sang, causèrent même une syncope, mais amenèrent un grand soulagement. Les douleurs ayant cessé immédiatement après cette émission sanguine, la malade paraissait plus vigoureuse, et je n'aurais pas hésité à lui faire une seconde application de sangsues, si ses règles ne s'étaient pas produites.

Il ne faut pas croire que l'insuccès du vésicatoire dans l'observation que je viens de vous rappeler soit une preuve de l'inefficacité de ce moyen. Je suis, au contraire, très-convaincu que les vésicatoires constituent



une méthode de traitement excellente pour combattre l'ovarite. Mais je crois que le plus souvent, dans le traitement des inflammations utérines, il est sage, avant d'y avoir recours, de pratiquer une ou plusieurs émissions sanguines locales.

Les vésicatoires ont une action résolutive incontestable, et tous les jours les médecins en ont la preuve dans le traitement de la pleurésie et de la pneumonie. Leur efficacité est tout aussi évidente contre l'ovarite ; mais ce n'est pas seulement en combattant l'inflammation qu'ils nous rendent service.

Ils jouissent en effet de la propriété de déterminer dans les tissus sur lesquels ils sont appliqués et dans les tissus sous-jacents, une sécrétion plastique qui, se produisant dans le péritoine, prépare l'adhérence des deux feuillets de cette membrane. C'est de cette manière que, appliqués sur la peau qui recouvre un kyste du foie, ils soudent le feuillet viscéral du péritoine au feuillet qui tapisse la face profonde de la paroi abdominale, de manière à ce que l'on puisse ouvrir la poche kystique et la vider, sans danger d'épanchement dans la cavité abdominale.

Pour en obtenir le bon effet que l'on en attend, il est indispensable qu'ils aient des dimensions considérables. Si celui qui a été appliqué à la femme Es...., du n° 11 de la salle Saint-Maurice, a été sans effet sur l'ovaire malade, c'est qu'il était beaucoup trop petit. Je suis convaincu qu'un petit vésicatoire agit souvent à l'encontre du résultat qu'on en attend. Ce n'est qu'un excitant de l'inflammation, tandis qu'en donnant à l'exutoire de très-larges dimensions, on domine l'hyperémie et on la détruit par le travail physiologico-pathologique auquel il pré-



side ; je compare les effets d'un grand et d'un petit vésicatoire à ce que produisent dans un panaris une large incision et une simple piqûre insuffisante pour opérer le débridement des tissus enflammés : l'incision fait cesser la douleur et guérit la maladie, la piqûre augmente la douleur et l'inflammation.

Un vésicatoire ne suffit pas pour arrêter l'ovarite aiguë. Il en faut souvent appliquer une demi-douzaine pour obtenir une résolution complète.

Quand l'ovarite est à l'état chronique, il ne faut plus penser aux émissions sanguines qui seraient à peu près sans effet sur la maladie ; en tout cas, on peut affirmer que leur action antiphlogistique ne compenserait pas l'affaiblissement qui en serait la conséquence ; il ne faut pas oublier, en effet, que les femmes affectées d'ovarite chronique sont dans un état de débilité et de chloro-anémie que l'on observe rarement au même degré dans les autres affections du système utérin.

L'hygiène a la plus heureuse influence sur cette forme de l'ovarite. Toute fatigue doit être évitée avec le plus grand soin, et le repos au lit est de rigueur pendant toute la durée des règles.

Les relations sexuelles seront celles d'une malade. Tout ce qui pourrait devenir l'occasion d'une excitation sera écarté avec le plus grand soin.

Quand l'ovaire conserve des dimensions notablement supérieures à celles de l'état normal, on tâche de ramener l'organe au volume qu'il doit avoir, en ayant recours à des vésicatoires qui pourront être moins grands que ceux dont je parlais au sujet de l'ovarite aiguë. Je puis vous répéter pour l'ovarite chronique ce que je vous ai dit pour



la métrite chronique. De tous les moyens auxquels vous aurez recours, il n'en est pas d'aussi efficace que l'hydrothérapie : les douches froides à la lance, sur le dos, la partie postérieure du bassin et sur les cuisses sont l'agent résolutif le plus puissant des inflammations chroniques des organes génitaux de la femme.

Les bains alcalins et les boissons alcalines ont aussi une efficacité incontestable contre l'ovarite chronique. Les malades devront donc, quand cela sera possible, passer une saison aux eaux de Vichy, de Pougues, etc.

Les eaux de la Bourboule m'ont paru avoir une action spéciale contre cette maladie.

Les eaux sulfureuses doivent aussi être conseillées, particulièrement dans les cas où l'ovarite se complique de catarrhe utérin. Les eaux de Cauterets ont dans ce cas une efficacité incontestable. Mais quand la malade est sujette à des retours d'acuité, je préfère les eaux de Saint-Sauveur et surtout celles des *eaux chaudes* qui ne sont peut-être fécondantes que par l'action sédative qu'elles exercent sur les ovaires enflammés.



## QUATORZIÈME LEÇON

### **SALPINGITE.**

#### INFLAMMATION DES TROMPES.

Si au lieu d'être situées profondément dans le bassin, les trompes étaient accessibles à nos moyens d'investigation, je n'éprouverais pas d'embarras en abordant l'étude de leur inflammation. Leur structure, leur vascularité, la continuité de tissu de leur membrane interne avec la membrane muqueuse utérine, tout fait prévoir que l'inflammation de ces organes doit exister fréquemment. Malheureusement, la salpingite coexiste souvent avec la métrite, l'ovarite, la pelvi-péritonite, et il est bien rare de pouvoir faire la part de chacune de ces maladies. C'est sans doute à cause de cette difficulté que quelques auteurs ne mentionnent même pas l'inflammation des trompes.

C'est aussi pour cette raison que je ne donnerai pas à la description de cette maladie l'étendue qu'elle comporterait, si nous étions à même de l'étudier à toutes les phases de son développement.

En parlant de l'étiologie de l'ovarite, je me suis élevé contre une opinion émise par M. Ricord et qui a été répétée par tout le monde, opinion d'après laquelle la blennorrhagie se communiquerait à l'ovaire comme elle se



communiqué chez l'homme aux conduits de l'épididyme. Je vous ai dit que cette assimilation peut être séduisante pour l'esprit, mais qu'avec un peu de réflexion il est facile de comprendre qu'entre la trompe et l'ovaire il n'y a pas, sauf le moment de la ponte spontanée, cette continuité de conduits que l'on observe entre le canal de l'urèthre de l'homme et les conduits séminifères du testicule. Pour cette raison je n'ai point admis la blennorrhagie au nombre des causes ordinaires de l'ovarite. Mais ce que j'ai rejeté pour l'ovarite, je l'admets entièrement pour la salpingite. L'analogie suffirait déjà pour nous faire admettre cette cause, si des faits nombreux ne nous démontraient pas la propagation de l'inflammation blennorrhagique de la muqueuse utérine à l'intérieur des trompes, où l'on trouve alors du pus comme dans le vagin et dans la cavité de la matrice. Si vous avez quelque doute à ce sujet, lisez les observations que M. Bernutz a consignées dans son mémoire sur la pelvi-péritonite, et dont je vous ai déjà parlé à l'occasion de l'étiologie de cette maladie.

Si, comme il l'a consigné dans son livre, sur 99 cas de pelvi-péritonite il a observé 28 fois la blennorrhagie, il est bien difficile de ne pas admettre qu'avant d'arriver au péritoine l'inflammation a dû exister dans la trompe.

Il est incontestable que l'inflammation blennorrhagique s'étend assez souvent dans la matrice, et de la muqueuse utérine à la muqueuse des trompes; mais il ne faut pas croire que cette propagation s'explique aussi facilement qu'on paraît le croire. L'ouverture interne de la trompe (*ostium uterinum*) est tellement étroite que si l'on se contentait d'hypothèses, il serait facile de soutenir que la membrane muqueuse utérine, en se tuméfiant par l'in-



flammation, doit mettre un obstacle insurmontable à la communication de l'utérus et des trompes. On serait d'autant plus fondé à soutenir cette opinion que dans des cas incontestables de salpingite suppurée, il a été souvent impossible de faire refluer dans la cavité utérine le pus contenu dans l'ampoule des trompes (Aran).

Pour que vous vous rendiez bien compte de cette difficulté de la communication entre les trompes et l'utérus, quand ces parties sont le siège d'une inflammation, il est peut-être utile que je vous rappelle quelques dispositions anatomiques.

Pour avoir une idée nette des trompes, il faut avec les auteurs les diviser en trois parties : une interne (l'isthme), une moyenne (ampoule), une externe (pavillon).

La longueur des trompes est de 12 à 15 centimètres; leur direction est irrégulièrement transversale; la moitié interne, qui constitue l'isthme, est rectiligne, tandis que la partie qui lui fait suite est flexueuse.

L'isthme est un petit cylindre résistant sous les doigts qu'il pressent; ses parois ont la densité d'un cordon fibreux. Sa cavité consiste en un petit conduit d'une telle étroitesse que l'on peut à peine y introduire un stylet très-fin. Son orifice interne (*ostium uterinum*) est si petit qu'une soie de sanglier y entre difficilement.

La partie moyenne est bien différente de l'isthme; ses parois sont molles et minces. Au lieu d'être rectiligne, elle est flexueuse, et sa cavité va grandissant à mesure qu'elle s'approche du pavillon. A l'union du pavillon et de la partie moyenne qui ne mérite le nom d'ampoule qu'on lui a donné, que lorsqu'elle est dilatée par des liquides, il existe un orifice (*ostium abdominale*) dont le diamètre



est environ de trois millimètres, et dont les bords sont constitués par une sorte de sphincter susceptible de contractions et de dilatations.

Le pavillon ne joue qu'un rôle accessoire dans la salpingite. Il est bien le siège d'une inflammation, mais c'est la membrane séreuse qui le recouvre en dehors qui s'enflamme et détermine les adhérences de cet organe, soit à l'ovaire, soit aux parties voisines. C'est l'ampoule qui est le véritable siège de la salpingite.

Tandis que l'isthme est presque complètement fibromusculaire, l'ampoule est une véritable cavité à parois molles et vasculaires, dans laquelle la membrane muqueuse a une activité de sécrétion qui la prédispose à l'inflammation. Cette partie de la trompe étant flexueuse, communique encore plus difficilement avec la cavité utérine par l'intermédiaire du conduit de l'isthme.

On peut affirmer qu'à l'état normal, quand l'ostium uterinum n'est pas dilaté, il est impossible d'y faire pénétrer le liquide que l'on injecte dans la cavité utérine. J'en ai administré la preuve dans une discussion à l'Académie de médecine après avoir fait des expériences très-concluantes à ce sujet. Je suis donc porté à croire que dans le cas d'une blennorrhagie intense la production du pus dans la trompe n'est pas le fait du passage du pus de la matrice à travers l'ostium uterinum et le conduit de l'isthme. C'est uniquement l'extension de l'inflammation de la membrane muqueuse utérine à la membrane interne des trompes. Si l'on ne trouve du pus que dans l'ampoule, c'est que la membrane muqueuse de l'isthme étant collée intimement aux tissus fibreux sous-jacents, peut bien s'enflammer, mais non suppurer. Elle n'est en quelque



sorte qu'un pont entre deux membranes qui ont une égale tendance à la suppuration.

C'est cette continuité de tissu qui explique pourquoi la salpingite n'existe presque jamais sans qu'il y ait en même temps une métrite interne. Comme la métrite, elle est souvent la conséquence d'un accouchement difficile ou d'un avortement.

L'ovarite n'entraîne l'inflammation de la trompe que par voisinage ; on sait que les deux maladies existent souvent en même temps, mais il est impossible de dire quelle est celle des deux qui a existé la première. Leur solidarité ne se comprend bien que dans les cas où le pavillon de la trompe est appliqué sur l'ovaire d'une manière continue.

Il n'est pas douteux que la salpingite soit une cause fréquente de pelvi-péritonite. Les faits rapportés dans le mémoire de Bernutz et Goupil le prouvent surabondamment. Peut-on dire avec quelques auteurs que la péritonite est capable de donner lieu à l'inflammation de la membrane muqueuse de la trompe ? Vous savez, messieurs, que l'on voit dans le pavillon de la trompe un exemple unique d'une membrane muqueuse se continuant avec une membrane séreuse. Cette continuité de tissus peut-elle expliquer la propagation de l'inflammation de l'une à l'autre ? Ce n'est pas impossible, et pourtant le sphincter de l'ostium abdominale paraît établir une barrière entre la cavité du péritoine et celle de la trompe. On voit parfois, en effet, l'ampoule de la trompe remplie de pus, sans qu'il s'écoule une goutte de ce liquide dans la cavité péritonéale. Bien que ce fait comporte incontestablement des exceptions, je suis très-porté à croire que l'abcès de la salpingite n'agit souvent sur le péritoine que par voisinage et y déter-



mine une inflammation vive, susceptible elle-même de se terminer par suppuration. Comme on ne peut pas nier l'influence de la salpingite suppurée sur la production de la pelvi-péritonite, il faut en trouver le mécanisme. Mais, je vous l'ai déjà dit en parlant de la pelvi-péritonite, si du pus sort de la trompe par l'ostium abdominale, il faut moins s'étonner qu'il produise de la péritonite, qu'admirer le mécanisme par lequel l'inflammation est aussitôt limitée par des adhérences qui s'opposent à l'action du liquide irritant sur une grande étendue du péritoine.

La menstruation, et plus souvent encore des troubles menstruels, sont souvent la cause déterminante de la salpingite. Une métrite interne qui avait une tendance marquée à se terminer par résolution, peut être subitement stimulée par un refroidissement, par une émotion morale, ou par toute autre cause qui arrête le flux cataménial. On voit alors l'inflammation s'étendre vers les trompes et donner lieu à des symptômes un peu différents de ceux de la métrite.

Il ne faut pourtant pas croire que ce soit chose facile que d'assigner à la salpingite des signes pathognomoniques.

Avant de vous parler des symptômes de cette maladie, je tiens à vous dire quelques mots de son anatomie pathologique.

Souvent les deux trompes sont enflammées en même temps. Leur inflammation peut être aiguë ou chronique. Le plus ordinairement, des adhérences unissent ces parties aux organes voisins. Les flexuosités de la partie moyenne sont encore plus prononcées qu'à l'état normal. C'est dans cette partie que les traces de l'inflammation sont le



plus appréciables : les parois du conduit sont tantôt épaissies, tantôt amincies ; dans l'un et l'autre cas, elles se déchirent facilement, elles sont couvertes de réseaux vasculaires injectés, et leur couleur est d'un rouge plus ou moins foncé. La cavité dilatée des trompes contient du mucopus ou du pus, et la membrane muqueuse qui la tapisse est boursouflée et rougie par l'injection de ses vaisseaux capillaires.

Le pavillon est ordinairement adhérent aux parties voisines. Il est souvent déformé par les adhérences ou le renversement de ses franges ou laciniures.

L'ostium abdominale est quelquefois oblitéré ; le plus souvent, il est perméable et ouvert, même quand du pus ou du mucopus remplit la trompe et distend ses parois.

Les caractères anatomiques de la salpingite chronique ne diffèrent de ceux de la salpingite aiguë que par l'induration et l'épaississement des parois de la trompe, qui est bien plus prononcé dans la première que dans la seconde. Dans la salpingite chronique, la trompe, au lieu d'être d'un rouge foncé, a une teinte grisâtre, et son ampoule ne renferme qu'une petite quantité de pus ou de mucopus.

Si, maintenant, nous étudions les symptômes de la salpingite aiguë, nous trouverons que la douleur de la métrite concomitante s'étend subitement dans la direction du ligament large, sans que le toucher permette de distinguer ni l'empâtement œdémateux de ce ligament et de la portion voisine du vagin, ni la tumeur que la pelvipéritonite constitue au voisinage de l'utérus.

Vous voyez que c'est plutôt par des signes négatifs que l'on peut soupçonner l'existence d'une salpingite aiguë.



Je doute que par le toucher et par l'exploration à travers la paroi abdominale, il soit possible de distinguer l'ovarite de la tumeur formée par l'ampoule dilatée de la trompe.

Nous avons dit, en effet, que l'isthme a une longueur de trois centimètres environ; si cette proposition est vraie, la dilatation de l'ampoule ne pourra être perçue par le toucher qu'à cette distance du bord de l'utérus; mais nous savons que l'ovaire enflammé est souvent moins éloigné de la matrice. A quels signes distinguerons-nous donc ces deux maladies? Je n'en connais pas, et j'ajoute que l'exploration de la trompe enflammée et contenant du pus ferait courir aux malades les plus grands dangers.

La salpingite aiguë est donc une maladie qu'il est à peu près impossible de diagnostiquer. Nous ne savons bien qu'une chose, c'est qu'elle est une des causes les plus fréquentes de la pelvi-péritonite.

Je crois avoir reconnu, dans quelques cas rares, la salpingite chronique. En touchant avec soin et en amenant le bord supérieur de l'utérus contre la paroi abdominale, il m'a semblé chez quelques femmes très-maigres que l'isthme de la trompe formait un cordon plus gros qu'à l'état normal, en même temps que l'on éveillait une douleur assez vive en pressant un peu plus en dehors.

Vous voyez que nous sommes bien loin de préciser le diagnostic comme lorsque je vous parlais de la métrite, du phlegmon du ligament large et de la pelvi-péritonite.

Aussi vous ne vous étonnerez pas que je vous dise peu de chose du traitement.



C'est une maladie inflammatoire qui, comme toutes celles dont je vous ai parlé, réclame impérieusement un traitement antiphlogistique. Si vous avez présente à l'esprit la possibilité de la terminaison par suppuration, vous n'hésitez pas à recourir aux émissions sanguines locales. Je vous ai d'ailleurs entretenus assez longuement du traitement de l'ovarite pour que je me dispense d'insister sur la thérapeutique de la salpingite. Le traitement est le même dans l'une et dans l'autre maladie; mais il doit être encore plus énergique pour la salpingite. Dans cette dernière maladie, le repos au lit est de rigueur.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer, à la salle Saint-Maurice, une femme qui avait présenté des symptômes sur lesquels le chirurgien du bureau central qui me suppléait, avait cru pouvoir établir le diagnostic : Ovarite du côté droit. Je suis porté à croire que ce diagnostic n'était pas parfaitement exact et j'incline bien plus pour l'existence d'une salpingite chronique.

On trouvait en effet, par le toucher dans la région de l'ovaire, une tuméfaction très-appreciable, qui était le siège d'une vive douleur. Cet état coïncidait avec une métrite qui se traduisait par une augmentation de volume de l'utérus, par une sécrétion muqueuse abondante et par des douleurs lombaires et hypogastriques.

Ayant examiné cette malade, je constatai qu'il y avait dans la tuméfaction deux parties bien distinctes : l'une, qui était la plus éloignée de la matrice, avait à peu près le volume normal de l'ovaire, arrondie comme lui, d'une consistance assez molle, et dans laquelle le toucher n'éveillait pas de douleur; une autre s'étendant de cette



petite tumeur arrondie jusqu'à l'utérus, représentait un plan plutôt qu'une masse ronde. En l'explorant simultanément par le toucher vaginal et par le palper abdominal, on avait la sensation que donnerait la moitié supérieure du ligament large dont l'épaisseur serait égale à la hauteur. Ce n'était point un phlegmon du ligament large, car on sentait que la tuméfaction était bornée à sa moitié supérieure.

Je crus pouvoir affirmer qu'il s'agissait d'une inflammation de la trompe.

La petite tumeur arrondie dont j'ai parlé est évidemment l'ovaire. La tuméfaction qui s'étend du point où siège cet organe jusqu'au bord supérieur de l'utérus, par quoi peut-elle être constituée, si ce n'est par la trompe enflammée? Sans doute, on peut croire que le double feuillet du péritoine qui enveloppe le ligament large est enflammé, mais la pelvi-péritonite ne nous apparaît pas ordinairement sous cette forme; elle constitue une tumeur plus ou moins ronde et quelquefois inégale.

Avant de finir cette leçon je tiens à vous entretenir d'une malade qui est affectée d'une salpingite d'origine blennorrhagique.

#### **Salpingite blennorrhagique.**

Cette jeune fille, âgée de dix-neuf ans, exerçant la profession de blanchisseuse, vient d'entrer à l'Hôtel-Dieu (décembre 1875). C'est une fille assez vigoureuse qui est aujourd'hui couchée au n° 21 de la salle Saint-Maurice. Depuis trois jours, elle se plaint de ressentir au-dessus du ligament de Fallope du côté gauche une vive douleur que l'on augmente par la pression. La région qui est le siège de cette



douleur n'est pas déformée, à la vue il serait impossible d'y rien soupçonner d'anormal. Il y a absence complète de météorisme. Mais quand on palpe le ventre et lorsque l'on cherche à déprimer la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque, on éprouve une résistance qui indique, avec la douleur provoquée, qu'il y a en ce point une lésion que le toucher vaginal peut seul nous faire connaître. En portant le doigt indicateur dans le cul-de-sac gauche du vagin, on ne trouve pas tout d'abord l'explication de la douleur dont la malade se plaint. La dépression qui à l'état normal existe en ce point, à droite et à gauche, n'est pas modifiée. Les parois du vagin ont conservé la consistance qu'elles ont normalement. Le col de l'utérus n'est pas augmenté dans son volume, il n'est pas plus dur qu'il ne doit être. Son orifice arrondi et peu ouvert est celui d'une fille qui n'a pas eu d'enfants.

L'utérus est mobile et l'on peut lui imprimer des mouvements, toutefois limités, en le portant de droite à gauche; il n'en est plus de même quand on cherche à le pousser de gauche à droite, on sent alors qu'il est retenu vers le point qui est le siège de la douleur.

Dans le cul-de-sac droit et en arrière du col, on s'assure facilement que rien d'anormal ne s'est produit; à gauche, au contraire, quand on pousse le cul-de-sac vaginal en haut, le bout de l'indicateur arrive sur une sorte d'empâtement qui commence à deux centimètres de l'utérus, et se prolonge transversalement. En s'aidant du palper abdominal, on parvient à circonscrire imparfaitement toutefois une tumeur dont le diamètre transversal peut avoir quatre ou cinq centimètres, tandis que le diamètre vertical est de deux ou trois centimètres seulement.



Cette petite tumeur n'est pas collée contre la paroi du vagin. On sent très-nettement qu'elles peuvent glisser l'une sur l'autre, et qu'un intervalle appréciable les sépare. Je vous ai parlé dans une leçon sur l'ovarite, d'une tumeur à peu près semblable existant chez Reine L. Je vous ai dit pourquoi, sans rejeter la possibilité d'une salpingite, j'avais pourtant conclu à l'existence d'une ovarite. Je ne me dissimule pas et je ne chercherai pas à vous cacher qu'il y a dans ces cas un détail de diagnostic qui n'est pas sans difficulté. Il faut tout d'abord reconnaître que la salpingite et que l'ovarite existent assez souvent simultanément. Chez Reine L., j'ai longtemps hésité; j'aurais hésité plus longtemps encore, si je n'avais pas découvert à gauche, c'est-à-dire du côté opposé à celui dans lequel la maladie principale s'était développée, une petite tumeur douloureuse qui a la forme de l'ovaire dont elle occupe le siège ordinaire et dont elle ne diffère que par un volume un peu plus considérable. Je me suis cru autorisé, d'après cela, à affirmer que cette malade était affectée d'une ovarite double; mais j'ai reconnu que du côté droit une péritonite localisée compliquait la maladie primitive, et tenant compte du cordon dur qui, au début de la maladie, existait entre le bord de l'utérus et la tumeur, j'avais été fort tenté d'admettre la concomitance d'une salpingite; aujourd'hui encore j'admettrais volontiers cette concomitance.

Chez la malade qui fait le sujet de ma leçon d'aujourd'hui, chez Gabrielle C..., le diagnostic est un peu plus facile, car nous trouvons dans les commémoratifs des conditions qui sont de nature à nous éclairer.

La petite tumeur douloureuse dont cette jeune fille



est affectée est récente ; elle n'existait pas le jour où nous pratiquâmes le toucher pour la première fois ; elle est d'ailleurs si bien isolée du cul-de-sac du vagin, qu'il est impossible d'admettre un seul instant l'existence d'un phlegmon du ligament large. Le seul symptôme qui pourrait faire penser à une péritonite localisée, c'est la douleur, car jusqu'ici la petite tumeur a une mobilité que l'on n'observe jamais dans la pelvi-péritonite. La forme allongée en travers de cette petite tumeur pourrait en imposer pour une ovarite, mais une inflammation qui aurait donné aussi subitement un pareil volume à l'ovaire, eût donné lieu à des douleurs bien plus vives que celles que Gabrielle C... a ressenties.

Cette jeune fille s'est présentée à ma consultation vendredi 3 décembre, se plaignant de pertes abondantes. Samedi, je l'examinai et je reconnus qu'elle était affectée d'une blennorrhagie vaginale. Les signes de cette affection consistaient en une coloration rouge du vagin, et une grande abondance de pus qui coulait par la vulve au niveau de la fourchette. Le spéculum dont je me suis servi pour cet examen était couvert de pus. En rapprochant les valves de cet instrument, je pressai le col pour rechercher si le pus ne provenait pas de l'utérus, mais cette pression n'exprima pas même du mucus que l'on voit si souvent sourdre de la cavité du museau de tanche chez les femmes qui ne sont pas malades. Comme le toucher m'avait permis de constater que l'utérus a son volume normal et qu'il n'est le siège d'aucune douleur, je ne pouvais pas chercher la source de l'écoulement purulent ailleurs que dans le vagin.

J'ai dit, dans les leçons que je professai à l'hôpital de



Lourcine, que le diagnostic de la leucorrhée et de la blennorrhagie chronique offre les plus grandes difficultés, tant que l'on n'a pas reconnu dans la blennorrhagie l'existence de l'urétrite. Comme l'urèthre de la femme ne sécrète assez de mucus pour qu'il soit appréciable à la vue que dans les cas d'urétrite, c'est un signe d'une grande valeur. Mais il faut bien se garder de repousser l'existence d'une blennorrhagie quand par la pression de l'urèthre on ne parvient pas à faire sourdre une goutte de pus ou de mucus, car, le plus souvent, les femmes qui sont prévenues qu'elles vont être examinées, urinent et lavent ainsi leur canal de l'urèthre; ou bien, par une pression exercée à l'aide de la chemise dont elles se servent pour s'essuyer, elles expriment le contenu du conduit uréthral, de manière à ce que le médecin ne trouve plus le signe sur lequel il compte pour établir son diagnostic.

C'est ce qui nous est arrivé chez Gabrielle C...; mais comme elle ne cherchait pas à nous tromper, elle ne nous cacha pas qu'elle ressentait, en urinant, une assez vive douleur.

D'ailleurs, si l'examen du méat urinaire a une grande importance quand il s'agit de diagnostiquer une blennorrhée, il devient inutile dans le cas d'une blennorrhagie vaginale avec production d'une grande quantité de pus.

Le pus était en si grande abondance, que, dès le premier jour, j'exprimai la crainte de voir l'inflammation se propager à l'utérus et aux trompes; à cause de cela, je cherchai à tarir promptement l'écoulement purulent, et, dans ce but, j'appliquai au fond du vagin un tampon de ouate rempli de poudre d'alun : c'est un des moyens



les plus prompts pour combattre la vaginite blennorrhagique et pour s'opposer à la contamination des parties baignées par le pus.

Malheureusement cette fille qui ne veut pas être gênée, ayant attribué le malaise qu'elle éprouvait à la présence du tampon d'alun, se hâta de s'en débarrasser, et le lendemain, je trouvai sur la planche de son lit ce tampon tout couvert de pus.

Comme il y aurait eu inconvénient à introduire une seconde fois le spéculum dans un conduit enflammé, je me contentai de prescrire des bains et une application de cataplasmes sur le ventre. Pendant deux ou trois jours, l'état de cette malade ne parut pas s'aggraver; mais jeudi dernier, 9 décembre, elle se plaignit de ressentir dans la fosse iliaque gauche une douleur qu'une pression assez légère rendit plus vive. C'est alors qu'en pratiquant le toucher, je reconnus l'existence de la petite tumeur que je vous ai décrite au commencement de cette leçon.

Quand on sait avec quelle facilité la blennorrhagie se propage à la membrane muqueuse utérine et de la cavité de l'utérus à la trompe de Fallope, on ne s'étonne pas de trouver chez notre malade une tumeur inflammatoire au niveau de la trompe.

Je crois que chez Gabrielle C. il existe une salpingite blennorrhagique. Je vous ai dit pourquoi je repousse l'existence d'une pelvi-péritonite qui est une des complications les moins rares de la blennorrhagie chez les femmes.

Il me reste à vous dire pourquoi je ne pense pas qu'il s'agisse d'une ovarite. Par une vue ingénieuse de l'esprit, M. Ricord a soutenu que l'ovarite est à la blennorrhagie



de la femme ce que l'épididymite est à celle de l'homme. Quand les femmes vénériennes étaient traitées à l'hôpital du Midi, mon éminent collègue avait dû inévitablement rencontrer souvent des cas semblables à celui qui fait l'objet de cet entretien. Il se dit que de même que l'inflammation de l'urèthre s'étend au canal déférent et aux conduits spermatiques de l'épididyme, de même elle doit se propager à la membrane muqueuse de la trompe et à l'ovaire.

L'analogie était trop séduisante pour ne pas être acceptée. Aussi l'ovarite blennorrhagique est-elle admise généralement, bien que son existence ne repose pas sur des faits démontrés par l'anatomie pathologique, les seuls que l'on puisse invoquer pour cette démonstration.

Permettez-moi de répéter ici une argumentation que j'ai déjà faite dans une leçon dogmatique sur l'ovarite : A défaut de preuves anatomiques, il faudrait, pour me faire admettre la fréquence de l'ovarite blennorrhagique que l'on trouvât dans la disposition relative des organes sexuels de la femme une analogie parfaite avec celle des organes de l'homme. Or des conduits éjaculateurs à l'épididyme il y a continuité de tissu, et l'on comprend sans peine que l'inflammation qui arrive à l'*utricule* dans lequel les conduits éjaculateurs s'ouvrent au niveau du *verumontanum*, se propage tout le long des conduits spermatiques; mais une continuité analogue n'existe pas chez la femme. Elle cesse au niveau du pavillon de la trompe qui, hors l'époque de la copulation, est à une assez grande distance de l'ovaire.

En dehors des faits d'anatomie pathologique qui ne sont pas en assez grand nombre pour constituer une loi,



je suis bien plus disposé à admettre la propagation de l'inflammation au péritoine, et je ne doute pas que les prétendues ovarites blennorrhagiques ne sont autre chose qu'une salpingite existant seule ou compliquée de péritonite circonscrite.

Que vous admettiez ou que vous repoussiez avec moi l'existence d'une ovarite chez notre malade, vous devrez toujours m'accorder le diagnostic de salpingite blennorrhagique, puisque l'ovaire ne pourrait devenir malade que par propagation à son tissu de l'inflammation de la trompe.

Le pronostic d'une pareille maladie a une certaine gravité. La malade guérira sans doute, mais elle ne guérira pas vite. L'inflammation qui constitue la blennorrhagie a une malignité qui met obstacle aux moyens qui réussissent d'ordinaire dans les hyperémies simples.

La stérilité peut d'ailleurs être la conséquence de cette inflammation.

Avant la propagation de la blennorrhagie à l'utérus et à la trompe, nous avons prescrit de grands bains d'une heure de durée, et des cataplasmes sur le ventre pour prévenir l'extension de l'inflammation.

Depuis la complication pour laquelle je vous ai entretenus de cette malade, j'ai fait appliquer un large vésicatoire qui a d'abord pour but de combattre l'inflammation, et qui doit aussi tendre à amoindrir la virulence. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'utilité du vésicatoire au point de vue de son action antiphlogistique. Ce n'est nié par personne.

Il n'en est pas de même de l'influence que je lui attribue d'amoindrir et même de détruire la virulence. Je n'ai pas la prétention de vous démontrer cette proposition



mathématiquement, mais j'espère vous amener à admettre avec moi qu'elle n'est pas sans fondement.

Il y a bien longtemps déjà, j'ai institué le traitement des bubons par l'application coup sur coup d'un certain nombre de grands vésicatoires. Vous trouverez dans mon livre sur les maladies des organes génitaux externes de la femme la preuve de l'efficacité de cette méthode. Ce n'est pas seulement le succès de ce traitement que je veux invoquer à propos de la malade dont je vous entretiens; mais il est une particularité très-intéressante qui résulte de l'application de plusieurs vésicatoires sur un bubon virulent; c'est que le pus contenu dans le ganglion suppuré perd sa virulence et se transforme en une substance d'aspect mucilagineux.

Je parle du bubon qui accompagne le chancre mou, non des ganglions indurés qui coexistent avec le chancre infectant, quand ceux-ci viennent à suppurer, ce qui est extrêmement rare, puisque cette terminaison ne se produit que sous l'influence d'une irritation dont l'action s'ajoute à celle de la syphilis.

Le pus qui se produit ainsi exceptionnellement dans les ganglions hypertrophiés par la syphilis, n'est pas inoculable. Il n'en est pas de même dans le cas de chancre mou. Le plus souvent, le premier ganglion auquel se rendent les vaisseaux lymphatiques de la région sur laquelle existe l'ulcération, celui que M. Ricord a appelé le Préfet de l'Aisne, engendre du pus qui est inoculable comme le produit du chancre qui lui a donné naissance.

Si donc, par une succession de vésicatoires, on parvient, en combattant les bubons suppurés, à enlever au pus qu'ils contiennent leurs propriétés physiques et virulentes,



pourquoi ne serions-nous pas en droit d'espérer un pareil résultat dans le traitement de la salpingite blennorrhagique ?

Le chancre mou et la blennorrhagie ont cela de commun que, tout en appartenant à la classe des maladies virulentes, ils n'ont, ni l'un ni l'autre, le pouvoir de donner lieu aux accidents ordinaires de la syphilis. Le traitement qui convient à l'un peut donc trouver son application dans une des manifestations de l'autre : voilà ce que l'analogie nous indique, la clinique a paru souvent confirmer cette manière de voir.

Ayant cette confiance dans la double propriété médica-trice des vésicatoires, j'y aurai recours tant que le toucher m'indiquera que la salpingite n'a pas disparu.

Dès que la douleur de la fosse iliaque se sera calmée, j'introduirai un spéculum dans le vagin, et je badigeonnerai les surfaces malades avec un pinceau imbibé d'une solution de nitrate d'argent. Ce traitement, qui a une efficacité incontestable, a le grand avantage de combattre directement la virulence du produit sécrété. Cette solution dont vous connaissez tous l'action dans le traitement de la conjonctivite blennorrhagique aussi bien que dans l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, n'est pas aussi douloureuse que pourraient le croire ceux qui connaissent l'action d'une injection de nitrate d'argent dans l'urèthre de l'homme.

Les tissus qui sont malades dans la blennorrhagie vaginale, ont une sensibilité moindre que ceux de l'urèthre, et j'ai vu souvent des femmes qui ne se plaignaient pas de l'effet du badigeonnage du vagin avec une solution dans laquelle le nitrate d'argent entrait dans la proportion de cin-



quante centigrammes pour trente grammes d'eau distillée.

Quand j'ai badigeonné les surfaces malades, j'applique dans le vagin une longue mèche de ouate qui prévient le contact des deux parois opposées de ce conduit. Ordinairement, il suffit de faire cette petite opération deux fois à quatre ou cinq jours d'intervalle, pour détruire la virulence. Après cela, il ne reste plus qu'à faire des injections avec de l'eau tiède. Le plus ordinairement, ces moyens suffisent pour guérir la blennorrhagie. Si pourtant, du mucus s'écoulait en quantité notable; si surtout, il avait une teinte jaunâtre, je ferais faire des injections avec de l'eau dans laquelle on dissoudrait 15 grammes d'alun par litre.

J'ai grande confiance dans l'application d'un tampon de ouate et d'alun au fond du vagin, mais comme chez notre malade ce moyen a été mal supporté; comme d'un autre côté, il exige l'introduction du spéculum qui pourrait devenir une nouvelle cause de l'extension de l'inflammation, je me contenterai de prescrire des injections légèrement astringentes, tant que la malade ressentira une douleur qui me semble être une contre-indication fréquente de l'emploi du spéculum.

Dans les cas semblables à celui qui a fait le sujet de cette leçon, il est un écueil contre lequel viennent souvent échouer les espérances du médecin : tant que la maladie est douloureuse, les femmes affectées de vaginite, ne pensent qu'à se guérir, mais quand l'inflammation ne se manifeste plus que par un peu d'écoulement, il arrive souvent des excitations auxquelles les malheureuses ont peine à se soustraire. Cela se comprend d'autant mieux que le vagin est un organe con-



tractile qui, sous l'influence d'une irritation modérée, entre dans un état analogue à celui des organes copulateurs de l'homme. Je ne veux pas comparer la structure du vagin à celle des corps caverneux; ceux-ci ont leurs analogues dans le bulbe du vagin, le clitoris et les corps caverneux de la femme; mais le vagin se contracte et les contractions deviennent une cause d'érection et de trouble pour les sens.

Quand les femmes sont libres, elles se livrent à de nouvelles amours. Quand elles sont à l'hôpital, elles ne peuvent pas succomber; mais le plus souvent, elles partent avant d'être complètement guéries.

C'est là, je n'en doute pas, une des causes pour lesquelles la blennorrhagie est une maladie si fréquente; elle est communiquée par des femmes qui se croient guéries, ou qui ne peuvent pas attendre leur complète guérison. Espérons pourtant qu'elle disparaîtra bientôt, puisqu'il résulte d'une statistique très-intéressante, qui a été faite par M. Mauriac, que toutes les affections vénériennes ont très-sensiblement diminué.

Je pourrais aujourd'hui finir comme les prédicateurs, en vous disant la phrase sacramentelle : c'est la grâce que je vous souhaite!



## QUINZIÈME LEÇON

### DE L'HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE.

On désigne sous ce nom, depuis une vingtaine d'années, un état pathologique dans lequel du sang s'accumule en notable quantité dans la cavité du péritoine qui existe entre le rectum et la face postérieure de l'utérus. On a rattaché à l'hématocèle l'épanchement du sang, qui se fait dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, mais pour ne pas vous embarrasser de distinctions propres à jeter de la confusion sur le sujet, je commencerai par vous entretenir exclusivement de l'hématocèle intra-péritonéale.

Il y a un peu plus d'une vingtaine d'années que l'*hématocèle rétro-utérine* est bien connue. Avant cette époque, il existait dans la science quelques observations dans lesquelles on avait indiqué des collections de sang dans la cavité du péritoine, mais personne n'avait étudié la source de l'hémorrhagie, et les signes à l'aide desquels on peut reconnaître l'existence de cet état pathologique.

Pour être renseigné à ce sujet, on peut consulter le mémoire très-remarquable dans lequel M. Bernutz a colligé tous les faits anciens et récents. « A Ruysch (1691)



appartient, dit-il, l'honneur d'avoir indiqué le passage du sang menstruel dans le péritoine. A M. Bourdon (1841) revient incontestablement le mérite d'avoir le premier décrit, d'après les indications sommaires que lui avait données Récamier, son maître, les signes physiques des tumeurs hématiques, appelées aujourd'hui hématoécèles, dont il plaçait le siège dans le tissu cellulaire péri-utérin et dont il ignorait complètement la corrélation avec les troubles menstruels.

» A Velpeau (1843) appartient l'honneur d'avoir le premier et sans avoir recours à une ponction exploratrice, posé pendant la vie, le diagnostic d'une de ces tumeurs sanguines dont le siège précis restait pour lui indéterminé, ainsi que leur corrélation avec les troubles menstruels. »

En 1851, Nélaton donna le nom d'*hématoécèle* à l'épanchement de sang que M. Bernutz avait décrit dès 1848 avec une scrupuleuse et minutieuse exactitude, et bientôt ses élèves publièrent qu'il venait de doter la pathologie d'une nouvelle entité morbide ; pour le faire croire, il ne fallait pas parler de M. Bernutz. On se résigna à cette injustice. Mais bientôt M. Bernutz protesta avec vigueur : « Comparez, dit-il, dans une note de sa *Clinique médicale*, comparez les leçons orales faites à l'hôpital des Cliniques aux premières qui furent faites à l'hôpital Saint-Louis, dans l'intervalle desquelles M. Nélaton m'avait prié de venir voir dans son service deux malades affectées d'hématoécèles, et de lui rendre un second exemplaire de mon mémoire, parce qu'il ne pouvait retrouver celui que je lui avais moi-même porté en février 1849. Parcourez la thèse de Fenerly (1855) écrite, dit l'auteur, d'après les



leçons de M. Nélaton, et qui contient des pages textuellement copiées de mon mémoire. Cependant, malgré ces larges emprunts, dont quelques-uns sont guillemetés avec indication de leur origine, mon nom n'a pas trouvé place, si petite qu'elle soit, dans l'historique placé en tête de cette thèse. »

J'ajouterai à la juste plainte de M. Bernutz que les leçons claires et essentiellement pratiques du professeur de l'hôpital des Cliniques contribuèrent à faire mieux connaître l'état pathologique qu'il venait de désigner sous le nom d'hématocèle.

Une discussion qui eut lieu en 1851 à la Société de chirurgie prouve pourtant qu'à cette époque on était bien loin de s'entendre sur la fréquence de l'hématocèle, sur ses causes et sur son siège.

Ne croyez pas que l'on soit parfaitement d'accord sur tous ces points. M. Bernutz paraît disposé à croire que l'obstacle à l'excrétion du sang menstruel est la cause la plus fréquente de l'hématocèle, tandis que M. Gallard admet que, « si l'hématocèle spontanée survenue en dehors de toute espèce de conception, doit encore être admise (et il en existe des exemples parfaitement authentiques), elle est loin de constituer les cas les plus fréquents et les plus ordinaires, comme on le pense généralement et comme il l'a pensé lui-même pendant longtemps ; de plus, dit-il, elle se produit d'après un mécanisme qui ne diffère par aucun point de celui qui préside à la formation des grossesses extra-utérines, l'ovule qui est fécondé dans un cas, ne l'est pas dans l'autre ; en cela consiste toute la différence, car dans les deux circonstances l'ovule ne se détache de l'ovaire qu'en y produisant une plaie, une hémorrhagie, laquelle est plus considérable et a d'au-



tant plus de tendance à se former que l'ovaire est plus congestionné. »

Déjà en 1851, Huguier avait cité deux cas d'une variété d'hématocèle, dans lesquels il y avait eu *grossesse extra-utérine*. Mais tandis que M. Gallard paraît croire que ces faits sont les plus ordinaires, Huguier les considérait comme ne constituant qu'une pseudo-hématocèle. Voici comment il s'expliquait à ce sujet : « La première espèce qui n'est qu'une pseudo-hématocèle, dépend surtout d'une grossesse extra-utérine arrêtée à un ou deux mois de conception. J'ai eu occasion de voir deux tumeurs développées dans le cul-de-sac péritonéal et dont l'origine bien évidente remontait à une grossesse extra-utérine : dans un cas, l'autopsie a démontré le produit de la conception ; dans l'autre, après une ponction faite convenablement, mais suivie d'imprudence de la part de la malade, il est survenu une violente inflammation de la poche, et bientôt celle-ci s'est vidée en laissant écouler les débris d'un fœtus. »

Il est difficile de rencontrer deux auteurs qui soient d'accord sur la cause de l'hématocèle. M. Puech adressa à l'Institut en 1858 un mémoire dans lequel il chercha à démontrer que : « 1° l'hématocèle rétro-utérine n'est point une espèce morbide, mais un genre fondé sur un caractère anatomique, la présence du sang plus ou moins modifié à l'intérieur d'une poche enkystante ; 2° elle est la terminaison, ou, si l'on veut, la suite de plusieurs maladies ; la genèse est donc multiple et, partant, toute théorie qui ne voudrait tenir compte que d'une seule origine sera fautive par la base.

» 3° Les faits connus permettent de lui assigner trois origines :



- » *a.* Une lésion de l'ovaire;
- » *b.* Les varices du plexus utéro-ovarien;
- » *c.* Une lésion de la trompe (rare);
- » 4° Le plus souvent extra-péritonéale, elle n'est intra-péritonéale que consécutivement. »

A la même époque, Trousseau faisait à l'Hôtel-Dieu une leçon très-séduisante par la forme, dans laquelle il n'admettait qu'une cause pour l'hématocèle cataméniale : pour lui, l'hématocèle qui se produit à l'époque menstruelle est toujours due à une hémorrhagie par la membrane muqueuse; il ne dit pas bien par quelle membrane muqueuse, il semble pourtant que c'est par celle qui tapisse la trompe.

Dans un cours, les opinions exclusives trouvent toujours des partisans, elles ont d'abord le mérite de la précision et c'est une qualité fort prisée par ceux qui ne sont pas à même de se prononcer entre leurs maîtres. Je voudrais pouvoir vous dire que de toutes les opinions une seule doit être prise en considération au lit du malade; ce serait théoriquement bien commode, mais cette manière d'envisager la question vous préparerait de grandes déceptions.

Nous procéderions alors comme ferait un professeur qui étudiant l'hématurie et ayant reconnu que cet accident est souvent lié à une lésion des reins, déclarerait pour ne pas fatiguer l'attention de ses auditeurs que les autres causes invoquées n'existent presque jamais.

L'hématocèle et l'hématurie ont une grande analogie : dans l'une, le sang s'accumule dans la vessie; dans l'autre c'est dans la cavité du péritoine; mais dans l'hématurie, le sang peut s'écouler par l'urèthre, et lavé par l'urine il



a peu de tendance à se coaguler. Le sang de l'hématocèle renfermé dans la cavité péritonéale, ne peut sortir qu'en se frayant une voie dans un des organes voisins. Heureusement, il peut aussi disparaître par résorption des éléments qui le constituent : l'une et l'autre de ces hémorrhagies reconnaissent des causes diverses.

De toutes celles qui ont été invoquées pour expliquer l'hématocèle, la rétention du flux menstruel dans l'utérus est une des moins admissibles *à priori*. Je vous ai déjà parlé dans la précédente leçon de l'étroitesse de l'*ostium uterinum* par lequel la trompe communique avec l'utérus. Vous savez que dans toute la longueur de l'isthme, le conduit est tellement étroit qu'une soie de sanglier peut à peine y être introduite. Si vous tenez compte, en outre, de la résistance et de l'épaisseur des parois de ce canal, il vous sera difficile de comprendre comment du sang enfermé dans la cavité utérine, où il a une grande tendance à la coagulation, peut remonter à travers la trompe, franchir l'*ostium abdominale* pour tomber dans la cavité du péritoine du petit bassin. Cela sera moins compréhensible encore, si vous vous souvenez qu'une espèce de sphincter existe au niveau de cet orifice.

On a une juste idée de la résistance de ce sphincter, quand on a, comme moi, tenté de faire passer à travers la trompe une injection d'eau claire poussée avec force dans la cavité utérine, après avoir pris la précaution de fermer au liquide injecté toute issue par une autre voie.

Mais les théories ne peuvent rien contre les faits, et nous trouvons dans la *Clinique médicale* de M. Bernutz des observations qui ont plus de valeur que les conceptions qui ne reposent que sur l'analogie plus ou moins



discutable. Je n'hésite donc point à admettre avec cet auteur les *hématocèles symptomatiques d'un trouble de l'excrétion cataméniale*; elles étaient d'ailleurs admises depuis longtemps sans avoir été décrites d'une manière spéciale. M. Bernutz, répondant à un critique qui lui avait reproché de professer une *opinion en contradiction avec tous les enseignements de l'anatomie, de la physiologie et de la saine observation*, dit que cette opinion est traditionnelle, acceptée sans contestation depuis près de deux siècles, et que pour démontrer que l'opinion de Ruysch n'a rien de contraire à l'anatomie et à la physiologie, il suffit de consulter le grand traité de physiologie de Haller. On peut se convaincre, dit-il, en se reportant à cet ouvrage, justement considéré comme un monument scientifique, que la possibilité du reflux du sang de l'utérus dans les trompes et de celles-ci dans le péritoine a été acceptée et professée par Haller; que cet illustre physiologiste croyait si fermement à cette opinion, qu'il est revenu dans trois chapitres différents sur cette migration par les trompes du sang contenu dans l'utérus et de l'épanchement consécutif dans la cavité péritonéale, non-seulement du sang menstruel, mais des lochies. » Je crois que l'hématocèle par obstacle au flux menstruel n'est pas aussi fréquente que M. Bernutz est porté à le penser, mais je ne doute pas que dans un certain nombre de faits la cause ait été méconnue. Je suis convaincu que la dysménorrhée membraneuse donne souvent lieu à l'hématocèle rétro-utérine. Chez cette malade dont j'ai rapporté l'observation et qui rendit une membrane ayant la forme de la cavité utérine, je constatai l'existence d'une hématocèle faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur du



bassin, s'accompagnant de douleurs dans l'hypogastre, tellement violentes que l'exploration de l'abdomen était impossible.

Je suis même tenté de croire que dans la première observation du mémoire de M. Bernutz sur la rétention du flux menstruel, il s'agissait d'un premier accès de dysménorrhée membraneuse : la malade qui avait toujours eu des règles faciles, éprouva un premier retard après avoir subi de grandes fatigues. Des douleurs que la malade comparait à celles de l'enfantement, se portaient de la région lombaire à la matrice; un mois plus tard, *après une douleur plus violente, elle expulsa un caillot membraneux (comme un morceau de peau) qui fut suivi d'un écoulement sanguin peu abondant*. Si ce n'est pas un cas de dysménorrhée membraneuse, ce caillot dénoterait alors un avortement méconnu.

On comprend facilement que le trouble menstruel qui se produit dans la dysménorrhée membraneuse, soit de nature à provoquer l'épanchement de sang dans la cavité du péritoine; la membrane muqueuse de l'utérus qui se gonfle pendant la menstruation, remplit toute la cavité utérine; quand la crise menstruelle doit se terminer par l'exfoliation et le rejet en dehors de cette membrane, la turgescence ne s'oppose pas à l'hémorrhagie, elle met seulement obstacle à l'écoulement du sang par le vagin. Or quand la membrane muqueuse se détache de la couche sous-jacente, elle fait un bouchon qui, pendant un certain temps, ferme hermétiquement le col de l'utérus, tandis que l'orifice des trompes est d'autant plus ouvert qu'une partie de la membrane muqueuse de l'isthme est souvent exfoliée avec la membrane utérine. On conçoit



que, dans ce cas, les conditions sont exceptionnellement favorables au passage subit du sang à travers les trompes, les contractions utérines persistant pour rejeter la membrane muqueuse devenue un corps étranger dont l'organisme veut se débarrasser; tout le sang contenu dans la matrice doit être expulsé violemment dans la cavité du péritoine à travers l'*ostium abdominale* de la trompe.

Ce mécanisme est parfaitement d'accord avec la soudaineté de l'hématocèle telle que tous les auteurs l'ont décrite.

Je ne possède qu'une observation d'hématocèle coïncidant avec une dysménorrhée membraneuse, mais il existe d'autres dans mes souvenirs et je ne me rappelle pas avoir vu l'expulsion de la totalité de la membrane muqueuse utérine, sans qu'il y ait eu en même temps des signes évidents d'hématocèle rétro-utérine.

Il est une autre cause qui joue un grand rôle dans la production de l'hématocèle et que l'on ne peut apprécier que très-difficilement dans les hôpitaux où les confidences sont rendues très-difficiles par la jeunesse et par le nombre des auditeurs. Je veux parler des relations sexuelles pendant la période menstruelle. Sous le rapport des sensations voluptueuses il y a chez les femmes des degrés infinis. La plupart de celles qui sont destinées à être de bonnes mères de famille, considèrent les relations conjugales comme un devoir, elles n'y prennent qu'une satisfaction que les hommes comprennent difficilement; il y en a d'autres chez qui l'acte vénérien excite un orgasme de tout l'appareil génital, depuis le clitoris et le bulbe du vagin jusqu'aux trompes.



Vous comprenez les conséquences que peuvent avoir les sensations les plus vives de la volupté, à un moment où la moindre émotion peut arrêter le flux cataménial. Je ne pense pas que sous l'influence du coït l'œuf puisse hâter son évolution, mais je ne doute pas qu'à ce moment il ne puisse se produire dans les trompes et dans l'ovaire, surtout si ces organes sont, depuis longtemps, soumis à des congestions répétées, quelque chose de semblable aux épistaxis que l'on observe si souvent chez les enfants dont la tête se congestionne sous l'influence d'un travail intellectuel forcé.

C'est là le mécanisme qui me semble expliquer l'hématocèle qui se produit dans les relations sexuelles pendant les règles ; mais cet état morbide se produit aussi chez les femmes qui se livrent sans retenue à la fougue de leur passion.

Une violente secousse physique ou morale peut en déviant le cours des règles, donner lieu à l'hématocèle rétro-utérine.

Nous avons en ce moment au n° 1 de la salle Saint-Maurice une jeune fille qui paraît avoir subi ces diverses influences, vous en jugerez par les notes qui m'ont été remises par M. Rafinesque, un des internes du service.

La nommée G. Amélie, âgée de 18 ans, jouissait habituellement d'une bonne santé et n'avait pas eu de maladie grave antérieurement lorsque, il y a deux ans, en sortant de la messe de minuit, elle fit une chute dans un escalier, au moment où ses règles étaient près de finir. Jusque-là, elle n'avait jamais eu ni couche, ni fausse-couche, ni retard des règles ; immédiatement après sa chute, elle se coucha, ressentant des douleurs dans le



ventre. Deux ou trois jours plus tard, elle eut plusieurs frissons, de la fièvre, des douleurs violentes dans le ventre, du météorisme, des vomissements, de la céphalalgie, de la dysurie avec douleur pendant la miction; la malade se souvient qu'elle avait de la constipation; le sang ne reparut pas, elle garda le lit pendant un mois.

Depuis cette époque, elle avait des flueurs blanches et des règles beaucoup moins abondantes, mais sans douleurs.

Il y a quinze mois elle eut, dit-elle, la syphilis dont on ne voit aujourd'hui aucune trace, il est difficile de dire de quelle nature était la maladie dont nous venons de rappeler les symptômes; en tenant compte de l'époque qui était celle de la fin des règles, et par conséquent le moment où, suivant Bischoff, l'œuf est encore dans la trompe, on pourrait soutenir que la chute a pu faire tomber l'œuf dans la cavité du péritoine. Ce qu'il y a de certain, c'est que les symptômes indiqués par la malade sont bien ceux que l'on observe dans l'hématocèle.

Il y a environ un mois, cette fille frottait un appartement, lorsqu'elle ressentit subitement une douleur si vive, qu'elle se laissa tomber. Cette fois encore elle était à la fin de la période menstruelle. Elle ne resta couchée qu'un jour, mais elle continua à souffrir d'une manière permanente, bien que la douleur fût suffisante pour l'empêcher de travailler.

Le 6 février, c'est-à-dire un mois après le dernier accident, ses règles n'avaient pas encore cessé, lorsque, profitant d'une sortie, elle se livra deux fois de suite à des relations sexuelles, après lesquelles elle ressentit aussitôt une très-vive douleur dans le ventre.



Ayant pu retourner à la maison qu'elle habitait, elle se coucha et eut, dans la soirée, des frissons, des vomissements répétés, des douleurs qui la faisaient se tordre et crier. Ces douleurs durèrent toute la journée du lendemain ; elle eut, les premiers jours, du météorisme, de la rétention d'urine et de la constipation.

Elle resta ainsi jusqu'au 11 février, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu.

Le 12 février, le ventre est trop douloureux pour que l'on puisse l'explorer par la palpation. En pratiquant le toucher vaginal, on reconnaît que l'utérus est porté en avant derrière la symphyse pubienne où il est à peu près fixé, sans que le doigt puisse lui imprimer des mouvements appréciables. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une grosse tumeur régulière, arrondie, lisse, sensible à la pression, ayant pour principal caractère d'être molle et de céder sous le doigt qui la presse.

Les ligaments larges ne présentent rien d'anormal. Le 13, le toucher ayant été pratiqué de nouveau, on a, en pressant la tumeur, la sensation d'une substance semi-liquide, bien qu'il n'y eût pas de fluctuation réelle. La tumeur qui occupe tout le cul-de-sac postérieur, descend dans la cloison recto-vaginale, au-dessous du niveau de l'extrémité libre du museau de tanche.

Le toucher rectal indique une tumeur volumineuse, interposée entre le doigt et l'utérus.

Le 15, on constate par le toucher que la consistance de la tumeur a notablement augmenté. Le doigt ne la déprime plus au même degré.

Les jours suivants, sa densité augmente encore, et comme la douleur a beaucoup diminué, on sent en



palpant l'abdomen, que la tumeur remonte au-dessus du pubis, et s'étend à gauche jusqu'à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'arcade crurale.

On a prescrit le repos au lit et l'immobilité la plus absolue.

La malade a été purgée plusieurs fois; le 20, on reconnaît que la tumeur qui a notablement durci, est un peu moins volumineuse. La malade ne ressent plus de douleurs.

Si cette jeune fille n'a pas une hématocele rétro-utérine, de quelle maladie pourrait-elle être affectée? La tumeur située dans le cul-de-sac postérieur est trop molle pour qu'il soit possible de supposer qu'elle résulte de la présence du corps de l'utérus qui serait en rétro-flexion. Cette hypothèse n'est pas admissible. Jamais l'utérus n'a cette consistance, jamais il ne descend aussi bas dans la cloison recto-vaginale.

Les culs-de-sac latéraux étant libres, il faut éliminer la possibilité d'un phlegmon des ligaments larges.

On ne peut hésiter qu'entre une hématocele et une pelvi-péritonite. Le plus souvent, le diagnostic offre de sérieuses difficultés, d'autant plus que la collection de sang dans le péritoine, entraîne infailliblement l'inflammation de cette membrane; de sorte que si la pelvi-péritonite peut exister seule, elle complique toujours l'hématocele.

Si l'on tient compte de la soudaineté de l'accident et des circonstances dans lesquelles il s'est produit, on sera bien tenté d'admettre avec moi l'influence d'une hématocele.

Au mois de janvier, Amélie G... avait encore ses règles qui allaient finir, lorsqu'en frottant elle ressentit subite-



tement une douleur si violente, qu'elle se laissa tomber. Ce n'est pas ainsi que se manifeste la pelvi-péritonite, à moins qu'elle ne soit le résultat de la rupture d'un abcès voisin. Tandis que c'est bien de cette manière que l'hématocèle s'annonce; il est probable que l'épanchement de sang fut peu abondant dans ce premier accès.

Dans le second, il n'en fut pas ainsi; un mois plus tard, alors qu'elle avait encore ses règles, elle se livre au coït deux fois de suite, et immédiatement elle éprouve des douleurs violentes dans le ventre, des vomissements, du météorisme, des frissons et de la rétention d'urine.

Que manque-t-il à ces symptômes, pour que l'on puisse dire qu'il s'agit bien là d'une hématocèle? Il n'y a pas de syncope! mais il ne faut pas croire que ce symptôme ne manque jamais. Il n'existe que dans les cas où la perte de sang a été très-considérable.

On ne peut nier qu'il y a eu chez cette fille, des signes de pelvi-péritonite, et ce n'est pas étonnant, si du sang s'est épanché en notable quantité dans le péritoine. Mais quand la pelvi-péritonite se produit, la tumeur intra-utérine qui en résulte n'est pas fluctuante dès le début, elle ne le devient ordinairement qu'au moment où elle se termine par suppuration. Dans le cas dont nous nous occupons, la tumeur a d'abord été molle, fuyant sous le doigt, sans doute parce que les fausses membranes qui limitent l'épanchement de sang, étaient insuffisantes pour circonscrire exactement l'hématocèle; puis elle durcit, comme cela arrive dans une tumeur sanguine qui doit se terminer par résorption.

Les accidents se sont produits deux fois en un mois



d'intervalle, au moment où les règles allaient cesser. La première fois sous l'influence de la fatigue, la seconde fois dans des circonstances qui suppriment souvent les règles en donnant lieu à l'hématocèle.

Dans les deux accidents, on pourrait soutenir avec M. Gallard que la ponte spontanée qui se fait à l'époque de la menstruation a été la cause de l'hématocèle. Vous en jugerez mieux, lorsque je vous aurai exposé plus complètement l'opinion de cet auteur. Pour vous préparer à cette théorie, il faut absolument que je vous rappelle succinctement des notions physiologiques dont je vous ai déjà entretenus à l'occasion de la menstruation.

Vous savez déjà que tous les mois un œuf, arrivé à maturité, se détache de l'ovaire, et est entraîné vers l'utérus. Cet œuf est renfermé dans une petite poche membraneuse, connue sous le nom de vésicule de Graaf. A l'époque de la menstruation, cette vésicule se crève au moment où le pavillon de la trompe s'étant appliqué sur l'ovaire, est à même de recevoir l'œuf. Quand l'œuf est aspiré par la trompe dont les mouvements vermiculaires opèrent une sorte de succion, il chemine de manière à arriver dans la cavité utérine au bout de cinq à six jours. C'est du moins ce qui semble résulter des travaux intéressants de Bischoff à ce sujet. « J'ai remarqué, dit-il, que le temps le plus long que l'œuf mette à parvenir de l'ovaire dans l'utérus, ne dépasse pas huit jours; il en est ainsi, du moins, chez les chiennes. » Il cite ensuite le professeur Hyrtl qui a trouvé l'œuf à l'extrémité de la trompe au cinquième jour des règles. Au point de vue de la fécondation, le temps pendant lequel l'œuf n'est pas encore arrivé dans l'utérus, a une grande



importance, car il semble prouvé que la fécondation n'est possible que dans la trompe, ou au moment où l'œuf se détache de l'ovaire. Cette observation est également intéressante pour ce qui est relatif à la production de l'hématocèle, car si l'œuf chemine lentement dans la trompe, il ne pourra pas tomber dans le péritoine, lorsque le sang des règles aura cessé de couler. Il nous importe plus encore de savoir que la vésicule de Graaf s'ouvre pendant la menstruation, et qu'au moment de sa déhiscence elle se remplit d'un peu de sang qui se coagule très-vite et contribue à former ce qu'on appelle le *corps jaune*.

Suivant M. Gallard, l'hématocèle se produirait dans les cas où un œuf, fécondé ou non, se détachant de l'ovaire, tomberait dans la cavité du péritoine, entraînant avec lui une notable quantité de sang. Il faut pour cela sans doute une disposition particulière de l'ovaire, un état congestif plus prononcé qu'à l'état normal, car dans les conditions ordinaires, le sang qui s'épanche dans la cavité de la vésicule de Graaf, est en trop petite quantité pour donner l'explication de la masse de sang qui constitue l'hématocèle rétro-utérine.

Mais on voit parfois la vésicule distendue par du sang, faisant à la surface de l'ovaire une saillie de la grosseur d'une petite noix.

Cazeaux a représenté dans son livre un dessin fort curieux qui montre cette disposition et que Raciborski lui avait communiqué.

Assurément ce n'est pas l'état normal, mais puisque du sang peut distendre la vésicule de Graaf, au point de donner à celle-ci le volume d'une noix, il n'y a pas de raison pour ne pas admettre que l'ovaire peut au moment



de la déhiscence de la vésicule, donner lieu à une véritable hémorrhagie.

La théorie de M. Gallard ne repose pas seulement sur l'analogie. Après avoir connu les deux faits dans lesquels Huguier avait constaté la coexistence d'une hématocèle et d'une grossesse extra-utérine, il a observé un certain nombre de faits semblables qui l'ont confirmé dans la pensée que l'hématocèle est le résultat d'une grossesse extra-utérine.

Je n'ai pas le désir de repousser cette manière de voir et je suis porté à croire qu'elle trouve son application dans quelques cas d'hématocèle; mais si l'on avait prouvé que toutes les fois qu'il y a une collection de sang dans le cul-de-sac du petit bassin, il y a eu ponte spontanée extra-utérine, il resterait encore, ce me semble, à démontrer que la chute de l'œuf en dehors de la trompe, est bien la cause et non l'effet de l'hémorrhagie.

Remarquons en effet, que pour le besoin de la cause, nous sommes obligés d'admettre qu'il se fait à la surface de l'ovaire une exsudation sanguine dont la quantité dépasse extrêmement ce que l'on observe dans une menstruation ordinaire; mais si l'on admet une exsudation aussi abondante à la surface de l'ovaire, qui nous empêchera d'admettre qu'il s'en fait une semblable dans les trompes qui étant alors remplies de sang, ne peuvent pas aspirer l'œuf et le laissent tomber dans la cavité du péritoine?

Je sais bien qu'on pourrait m'objecter qu'avant tout, il faudrait prouver la possibilité de cette hémorrhagie dans la trompe. A cela je répondrais qu'il est incontestable que la cavité des trompes a souvent été trouvée



remplie de sang, dans les cas d'hématocèle. Je ne citerai pour exemple que l'observation XV du Mémoire de Bischoff. Une femme étant morte à l'Hôpital de Prague, dans le service de M. le professeur Oppolzer, deux jours après son entrée, on constata à l'autopsie que la membrane hymen n'était pas détruite. Comme son époque menstruelle avait eu lieu deux jours avant son entrée à l'hôpital, on examina avec soin les organes génitaux et l'on trouva l'utérus assez volumineux, son tissu serré, sa cavité remplie par une quantité assez considérable de sang épais. La membrane muqueuse était assez facile à enlever, semblable à un produit d'exsudation plastique à moitié coagulé; *celle des trompes présentait le même aspect, il y avait un peu de suffusion sanguine.* C'est dans la trompe gauche que M. Hyrt trouva l'ovule dont j'ai parlé plus haut; cet ovule était placé dans l'isthme, au point où la trompe traverse le tissu utérin.

Les mêmes objections peuvent être opposées à la théorie de Laugier et de Nélaton qui attribuaient l'hématocèle à la congestion exagérée des ovaires, au moment de la menstruation. Ils pensaient que dans ces cas, au moment de la déhiscence de la vésicule de Graaf, la trompe ne se trouvant pas appliquée sur l'ovaire, l'ovule et le sang tombaient dans le péritoine.

Cette théorie ne diffère de celle de M. Gallard qu'en ce que ce dernier admet que dans l'immense majorité des cas, l'œuf est fécondé et constitue le commencement d'une grossesse extra-utérine.

Aran objecte à ces théories « que l'on trouve à chaque instant, dans les examens nécroscopiques, des trompes retenues par des adhérences à une certaine distance de



l'ovaire, ou des trompes dont le pavillon est entièrement oblitéré, sans que l'ovulation qui a persisté, comme le montrent les cicatrices récentes et le nombre considérable des follicules de Graaf arrivés à maturité, ait jamais été accompagnée d'hématocèle. »

Ces objections ont plus de valeur que n'en a celle que le même auteur fait à la loi d'après laquelle il y aurait coïncidence entre le développement de la tumeur sanguine péri-utérine et l'écoulement cataménial. Aran ne peut pas admettre cette coïncidence et il est fort surpris de la faveur acquise par une opinion aussi mal fondée, selon lui. Il pense que l'on a confondu l'époque menstruelle avec des écoulements métrorrhagiques qui sont liés à l'existence d'une affection utérine chronique.

Sans doute, comme Aran l'a fait remarquer, l'hématocèle survient souvent chez des femmes souffrant depuis longtemps de maladies de l'utérus ou des annexes, mais ce fait ne suffit pas pour prouver que les tumeurs sanguines péri-utérines ne se produisent pas dans la période cataméniale.

Aran me semble s'être départi de ses habitudes d'observateur sévère, quand après avoir discuté les opinions diverses, émises sur le mécanisme des hématocèles, « il n'hésite pas à se rallier à la *théorie des ruptures*, quelle que soit la cause de ces ruptures, et quel qu'en soit le siège. C'est pourquoi, ajoute-t-il, sans connaître aucun fait directement favorable à la théorie de M. Richet (celle qui rapporte la formation des tumeurs sanguines péri-utérines à la déchirure des veines variqueuses du plexus utéro-ovarien), il ne me répugne nullement d'admettre que ce soit là une cause possible des hématocèles, et je



dirai plus, c'est que l'observation des faits doit conduire à admettre la rupture de vaisseaux d'une certaine importance, dans le cas d'hématocèle. »

Ne croyez pas que ces théories soient sans importance; elles n'ont qu'un tort, c'est d'être exclusives et de ne s'appliquer qu'à un certain ordre de faits. Celle qui donnerait l'explication de tous les cas d'hématocèle serait un guide sûr pour le traitement prophylactique de cet état morbide. Il faudra sans doute l'attendre longtemps, car les occasions de faire des recherches nécroscopiques, à la suite des épanchements sanguins péri-utérins, sont heureusement fort rares.

Dans les cas où les malades succombent, on trouve ordinairement, après avoir ouvert l'abdomen, une tumeur ordinairement globuleuse, occupant à peu près le milieu de la cavité qui est située entre l'utérus et le rectum; remontant plus ou moins haut suivant son volume, elle dépasse quelquefois le fond de l'utérus de quatre ou cinq centimètres.

Limitée par des exsudations plastiques qui lui constituent une limite bien déterminée, elle paraît assez souvent être recouverte par un feuillet du péritoine. C'est cette apparence qui en a imposé aux observateurs qui ont soutenu que les tumeurs sanguines volumineuses peuvent se développer en dehors de cette membrane séreuse. Adhérent par sa face antérieure à la paroi postérieure de l'utérus dont le volume n'est pas sensiblement augmenté, elle a une couleur d'une teinte bleuâtre foncée ou même noire; la matrice est appliquée contre la symphyse pubienne, refoulée qu'elle est en avant par la tumeur sanguine.



Tantôt sur la ligne médiane, elle est plus souvent déviée à droite ou à gauche par des adhérences qui l'unissent soit à une des trompes, soit à un des ovaires. Il y a sous ce rapport, des variétés infinies. Souvent, au lieu d'une tumeur on en trouve une médiane et deux latérales qui communiquent les unes avec les autres, et dont les deux latérales englobent ordinairement les ovaires et les trompes.

Quand on a ouvert la poche ou sorte de kyste sanguin qui constitue l'hématocèle, on trouve un vaste foyer dans lequel le sang est coagulé ou liquide, suivant le temps qui s'est écoulé depuis le moment où il s'est épanché. Le sang est ordinairement noir, ressemblant à du raisiné, tandis que la partie la plus externe de l'épanchement est souvent constituée par de la fibrine déjà décolorée et blanchâtre.

Quand la tumeur sanguine existe depuis longtemps, il faut parfois une certaine persévérance pour retrouver les annexes de l'utérus au milieu du sang et des exsudations plastiques péri-utérines. Dans quelques cas, on constate des déchirures des trompes ou des ovaires, tandis que assez fréquemment la voie par laquelle le sang s'est extravasé, échappe aux recherches les plus minutieuses.

Tantôt les parois de la poche sanguine sont uniformément épaisses et résistantes; tantôt, au contraire, elles sont amincies et prêtes à se rompre en certains points. C'est ce dernier caractère anatomique de l'hématocèle qui me fait insister sur la nécessité de toucher les malades avec plus de ménagements encore que lorsqu'il s'agit d'une pelvi-péritonite.



Le plus souvent, il y a des adhérences plus ou moins intimes entre cette partie et les organes voisins. Tantôt des anses de l'intestin grêle sont le siège de ces adhérences; tantôt refoulées en haut par l'hématocèle, elles laissent celle-ci en contact immédiat avec le rectum, qui souvent est comprimé et dévié de la direction normale.

L'hématocèle se produit ordinairement d'une manière subite. Les malades ressentent une douleur vive qui les oblige à s'arrêter et même à se coucher, tout mouvement étant devenu impossible; des nausées et des vomissements se produisent; le ventre se ballonne, le visage pâlit et exprime l'anxiété; on observe souvent des demi-syncope qui se reproduisent plusieurs fois dans les premières heures qui suivent le début de l'accident.

Le pouls est petit, et sa fréquence est subordonnée à l'intensité de la douleur. La pression du ventre est intolérable; les malades se tiennent dans le décubitus dorsal, et restent immobiles, sauf les cas où les souffrances ne leur permettent plus de garder une position que l'instinct semble leur commander.

Nélaton a prétendu que si l'on examine les malades au spéculum, on constate la coloration bleue de la paroi postérieure du vagin. On a sans doute observé ce signe dans quelques cas, mais j'avoue que, pour mon compte, je ne le cherche jamais, et vous comprendrez bien vite pourquoi. Je viens de vous dire à propos de l'anatomie pathologique que la tumeur de l'hématocèle est nettement circonscrite et limitée par des exsudations plastiques qui constituent une sorte de kyste sanguin. A cette période, on pourrait sans doute procéder à l'introduction du spéculum dans le vagin sans craindre une rupture des



parois de la poche ; mais au début de la maladie, il n'en est pas de même et la pression violente du spéculum aurait les plus graves inconvénients. Il faut se rappeler que dans les vieilles hématoécèles on trouve parfois leurs parois amincies et prêtes à se rompre. A cause de cela, il faut peu compter sur le signe emprunté à la couleur du vagin.

Il est un autre symptôme qui a la plus grande importance : je veux parler de la tumeur que l'on trouve dans le cul-de-sac postérieur du vagin, en pratiquant le toucher vaginal.

Dans les premiers jours, elle est molle et non-fluctuante ; le liquide qu'elle contient semble plutôt fuir sous le doigt qui la presse.

Cette tumeur descend souvent très-bas dans la cloison recto-vaginale, et diminue sensiblement la cavité du vagin. Elle pousse en avant et en haut l'utérus qui semble comme appliqué au dessus de la symphyse du pubis où bientôt il est immobilisé par la densité du contenu de la tumeur, et par les adhérences qui s'établissent. On voit parfois, mais très-rarement, le col de l'utérus abaissé et rapproché de la vulve. Dans l'immense majorité des cas, le col est tellement haut que le doigt ne l'atteint qu'en passant derrière le pubis au-dessus duquel il est aplati et pressé par la tumeur rétro-utérine.

Cette tumeur, qui commence par être molle, ne tarde pas à devenir plus dense, elle peut alors en imposer pour une pelvi-péritonite.

Quand on pratique le toucher rectal, on trouve une tumeur placée entre le rectum et l'utérus, et dont on peut apprécier la forme et le volume.



Au bout d'un certain temps, souvent à la fin de la première semaine, la douleur s'est calmée et bientôt on peut constater que la tumeur diminue de volume, en même temps que sa densité augmente.

La terminaison par résolution est la plus ordinaire, quand les malades se résignent à garder le repos au lit; mais il n'est pas rare d'observer des retours du mal aux époques menstruelles, surtout si la menstruation est troublée par la fatigue, par des rapprochements sexuels, ou par des émotions de l'âme. C'est même un caractère qui appartient à l'hématocèle plus qu'à toute autre maladie de l'utérus ou de ses annexes : toutes les affections utérines sont plus ou moins ravivées par l'époque menstruelle, mais nulle ne l'est au même degré que l'hématocèle.

*Diagnostic.* — Quand l'hématocèle se produit avec des signes très-nets, on peut sans trop de difficulté préciser le diagnostic; mais dans bon nombre de cas, quelques symptômes manquant, il est fort difficile de se prononcer et d'affirmer, dès le premier jour, que c'est une hématocèle, et non autre chose.

L'hématocèle étant caractérisée par un épanchement sanguin qui, s'accumulant dans la cavité située entre l'utérus et le rectum, fait saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin, ne pourra être confondue qu'avec les maladies dans lesquelles on rencontre une tumeur en ce point. Nous éliminons ainsi la métrite, le phlegmon des ligaments larges, la salpingite et l'ovarite.

Toutefois la matrice enflammée, se déviant subitement en rétro-flexion, à la suite d'un effort, surtout pendant la période menstruelle, pourrait en imposer pour une



hématocèle. La douleur serait vive dans l'un et l'autre cas; une syncope pourrait être la conséquence d'une déviation aussi complète, survenue brusquement et dans la rétro-flexion de l'utérus enflammé, on trouverait une tumeur dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Mais la résistance sous le doigt est très-différente : dans l'hématocèle, la tumeur est molle au début et ne durcit qu'au bout de quelques jours; dans le cas de métrite avec rétro-flexion, le doigt qui explore le cul-de-sac postérieur, trouve un corps résistant, homogène, ne cédant pas à la pression. On peut d'ailleurs constater, alors, en déprimant un des culs-de-sac latéraux, que le bord du col de l'utérus se continue avec la tumeur rétro-utérine; si le toucher vaginal laissait quelque doute, on pourrait se renseigner par l'hystéromètre que l'on parvient à introduire dans la cavité utérine, en prenant la précaution de repousser en haut le corps de l'utérus, dans le but de diminuer l'angle qui existe au niveau de la flexion. Il est pourtant bon d'être prévenu que l'hystérométrie n'est pas toujours facile à pratiquer, quand il y a rétro-flexion très-prononcée de l'utérus.

Le corps de la matrice pourrait encore en imposer pour une hématocèle, quand il y a rétro-flexion, sans métrite, mais comme il n'y a pas d'accidents inflammatoires qui puissent simuler la péritonite qui accompagne les épanchements de sang dans la cavité du péritoine, on n'a pas besoin d'une grande expérience pour échapper à toute possibilité d'erreur.

Dans le cas où l'ovaire enflammé serait entraîné en arrière et en bas, derrière le corps de l'utérus, disposition que l'on observe assez fréquemment, il pourrait y avoir



un moment d'hésitation pour le diagnostic, mais le doute ne serait pas de longue durée. L'ovaire déplacé ne touche jamais assez bas, pour simuler une hématocele, et jamais on ne le trouve dans la cloison recto-vaginale.

De toutes les affections qui peuvent en imposer pour un épanchement de sang dans la cavité du petit bassin, la pelvi-péritonite est celle qui présente les plus grandes difficultés : elle forme souvent une tumeur saillante dans le cul-de-sac postérieur du vagin ; elle s'accompagne d'une douleur semblable à celle qui se produit dans l'hématocele, puisque cette dernière n'est douloureuse que parce qu'elle se complique de péritonite ; dans l'une et dans l'autre, au bout de quelques jours, la tumeur est appréciable par le palper abdominal ; toutes les deux s'accompagnent de fièvre.

Mais il y a des différences qui, quoique difficiles à établir au lit du malade, n'en constituent pas moins des caractères distinctifs très-importants pour le clinicien expérimenté.

D'abord, la tumeur du cul-de-sac postérieur du vagin ne présente pas la même consistance aux diverses phases de ces deux maladies. Dans l'hématocele, elle est d'abord d'une mollesse caractéristique. Ce n'est pas de la fluctuation, parce que pour qu'une tumeur liquide soit fluctuante, il faut qu'elle soit close de toutes parts. Or, au début, l'épanchement sanguin n'est pas limité en haut par les exsudations plastiques qui bientôt s'organiseront et complèteront le sac dans lequel le sang sera contenu. Il n'y a pas la résistance suffisante pour que l'on perçoive la fluctuation. C'est simplement une poche molle dans laquelle le liquide fuit sous la pression du doigt.



Au bout de quelques jours, cette mollesse diminue et l'on sent avec le doigt une consistance qui n'est pas homogène : en quelques points, c'est la sensation que donne un liquide ; dans d'autres, on perçoit la présence de points solides constitués par des grumeaux de sang coagulé ; un peu plus tard, quand la terminaison doit se faire par résolution, la tumeur durcit en même temps qu'elle diminue de volume.

La consistance de la tumeur qui est formée par une pelvi-péritonite rétro-utérine, est bien différente ; dès que les adhérences et les exsudations plastiques constituent dans le cul-de-sac postérieur du vagin une tuméfaction appréciable, elles opposent au doigt qui explore la région où elles siègent, une résistance qui, parfois, est assez prononcée pour faire croire à l'existence d'un corps solide ; il est vrai que dans la pelvi-péritonite qui se termine par suppuration, la tumeur se ramollit et peut même devenir fluctuante. Si l'on n'avait pas de renseignements sur les antécédents et sur le temps qui s'est écoulé depuis le début des premières manifestations de la maladie, on pourrait alors éprouver un embarras qui sera promptement levé par la connaissance des commémoratifs.

Vous voyez que la consistance de la tumeur rétro-utérine, molle d'abord dans l'hématocèle, devient dure plus tard ; tandis que la tumeur formée par la pelvi-péritonite, dure d'abord, peut devenir molle quand la maladie se termine par suppuration. L'époque à laquelle on constate la mollesse de la tumeur n'est pas le seul indice dont le diagnostic puisse tirer parti, car quand une pelvi-péritonite se termine par suppuration, cette terminaison est indiquée par un frisson et souvent même par des frissons qui se



produisent le soir plusieurs jours de suite. Quelques malades indiquent aussi les battements précurseurs de la formation du pus. Les choses ne se passent pas ainsi dans l'hématocèle : quand cette dernière maladie doit se terminer par suppuration, la tumeur du début conserve sa consistance molle et la transformation purulente n'est indiquée que par les signes généraux qui, à la vérité, sont les mêmes que pour la pelvi-péritonite. Voilà des signes qui vous guideront sûrement dans le plus grand nombre des cas. Mais, je vous l'ai déjà dit, au lit du malade, il y a souvent de grandes difficultés. Ainsi, quand on a l'occasion d'examiner une femme au début de l'affection pour laquelle elle réclame des soins, si la tumeur qui fait saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin est molle, cette mollesse n'est pas suffisante pour que l'on soit en droit d'affirmer que l'on a affaire à une hématocèle. Il ne faut pas, en effet, oublier que, dans la pelvi-péritonite adhésive qui forme ordinairement une tumeur d'une consistance ferme, il peut y avoir une collection de sérosité qui donnerait une sensation à peu près semblable à celle qui est communiquée par un épanchement sanguin. Mais cette sérosité se résorbe plus vite et plus complètement que le sang ; elle est remplacée par une tumeur solide constituée par l'exsudat plastique et par des adhérences. Il y a d'ailleurs d'autres signes distinctifs de la pelvi-péritonite et de l'hématocèle.

Dans l'hématocèle, il y a souvent une grande pâleur du visage, de la faiblesse du pouls et même des syncopes : cela s'observe toutes les fois que l'hématocèle résulte d'une hémorrhagie abondante qui s'est faite rapidement. Dans le cas contraire, quand la quantité de sang perdu



n'est pas considérable, les symptômes si importants pour le diagnostic manquent ordinairement. C'est pour cela que j'ai un moment hésité à me prononcer sur l'état de la malade dont je vous ai entretenus dans la précédente leçon et qui est couchée au n° 4 de la salle Saint-Maurice. Cette fille n'a rien perdu de ses forces; son pouls est plein et son teint est fortement coloré, parce que la tumeur sanguine n'est pas très-volumineuse; mais il faut bien le reconnaître, les syncopes sont la règle et le contraire est exceptionnel.

Ne croyez pas que dans la pelvi-péritonite le pouls ait les caractères qu'on observe dans la péritonite généralisée où il est très-fréquent et très-petit. Le plus souvent il est plein comme dans les maladies inflammatoires qui ne sont pas engendrées par une cause septique; on peut donc dire que la force des pulsations artérielles constitue un caractère distinctif entre l'hématocèle et la pelvi-péritonite. Les circonstances dans lesquelles la tumeur rétro-utérine apparaît sont d'un grand intérêt pour le diagnostic. C'est, le plus souvent, dans le cours de la période cataméniale que l'hématocèle se produit; la pelvi-péritonite s'observe sans doute à la suite d'une suppression des règles, mais elle peut naître dans tout autre temps.

De ce que du sang est tombé dans la cavité du péritoine, il ne faut pas en conclure que les règles sont supprimées dans l'hématocèle, le plus souvent même il y a hémorrhagie extérieure, ou du moins la ménorrhagie menstruelle continue. C'est dans ces cas que l'on observe surtout des syncopes et une grande faiblesse du pouls.

*Pronostic.* — Le pronostic varie suivant la quantité du



sang perdu ; il n'est pas grave, lorsque la tumeur n'est pas très-volumineuse et que les règles n'ont eu que les proportions ordinaires. Il n'en est pas de même dans les cas où l'écoulement menstruel est très-abondant et de longue durée, en même temps qu'une grande quantité de sang s'épanche dans la cavité du péritoine. La mort peut, alors, être la conséquence immédiate de l'hémorrhagie. Le plus souvent, ces accidents sont conjurés, mais il en résulte une faiblesse extrême qui devient une complication sérieuse de l'hématocèle.

Comme l'hémorrhagie intra-péritonéale s'est faite une première fois, on peut craindre qu'elle se reproduise dans des conditions semblables. Or on ne peut pas grand'chose contre une cause inconnue. Nous avons étudié longuement le mécanisme de l'hématocèle ; mais, à part les cas où cet accident résulte d'imprudences commises pendant la période menstruelle, nous ne pouvons pas prévoir les conditions qui sont de nature à le reproduire ; nous savons seulement que c'est dans la période cataméniale qu'on l'observe le plus souvent.

*Traitement.* — Le traitement prophylactique consiste à éloigner pendant les règles toutes les causes qui peuvent agir violemment sur l'âme et sur le sens génital. Quand une femme a eu une hématocèle rétro-utérine, elle doit, à l'époque cataméniale, être traitée comme une malade, alors même que toute trace de maladie a disparu. Il n'est permis d'être sans appréhension au moment des règles que lorsque plusieurs époques se sont passées sans accident ; jusque-là, il est prudent d'obliger les femmes à garder le lit tant que l'écoulement menstruel n'a pas complètement cessé. Quand une femme ressent les symptômes



qui indiquent la formation de l'hématocèle, son premier soin doit être de se coucher et de garder l'immobilité la plus absolue. Je vous ai dit pourquoi, en vous rappelant l'observation de Petit (le fils), dans laquelle un malade mourut d'un épanchement sanguin intra-péritonéal, parce qu'il avait exigé qu'on le transportât en voiture. Le plus léger mouvement peut causer des accidents de péritonite généralisée. Il faut donc que la malade garde le repos le plus absolu, et si de violentes douleurs l'agitent, on lui administre de l'opium à haute dose, jusqu'à ce que l'on obtienne une sédation marquée. En pareil cas, on ne doit pas hésiter à prescrire cinq centigrammes d'opium toutes les deux ou trois heures, on peut être sûr d'avance que la tolérance s'établira aussi sûrement que dans le délire alcoolique, 5 ou 10 centigrammes ne produiraient presque aucun effet; il faut donc s'attendre à aller jusqu'à la dose de 20 ou 30 centigrammes; il est bien entendu que l'on cesse momentanément l'administration de l'opium dès qu'une action hypnotique se manifeste, se réservant de donner une nouvelle dose si l'effet obtenu ne continue pas.

Des applications de sangsues sur l'hypogastre ont été conseillées par des hommes qui font autorité en gynécologie, et pourtant je ne vous engage pas à avoir recours à un pareil moyen, qui ajoute à la faiblesse des malades sans arrêter l'hémorrhagie interne. Cette émission sanguine locale me paraît plutôt propre à augmenter la congestion des parties d'où s'écoule le sang qui va constituer l'hématocèle. On l'a sans doute conseillée pour combattre la péritonite et non comme moyen hémostatique; mais si l'inflammation du péritoine exigeait que l'on tirât du sang, c'est à une petite saignée du bras, qui agirait comme



dérivatif, qu'il faudrait avoir recours ; dans ce cas, il suffirait de tirer 100 ou 200 grammes de sang pour faire cesser l'hémorrhagie et pour amoindrir la douleur de la péritonite. On a encore recours, pour combattre la péritonite, à l'application de larges vésicatoires sur la région hypogastrique, quand cette complication dépasse le degré d'inflammation qui est nécessaire pour qu'une exsudation pseudo-membraneuse limite la collection sanguine. C'est un moyen qui ne peut avoir d'autre inconvénient que la douleur qu'il cause, et il n'en est pas d'autres qui soit plus efficace. Il a en outre l'avantage de hâter la résorption du sang épanché.

On prescrit souvent des cataplasmes émollients contre l'hématocèle. Je suis d'avis que c'est une mauvaise pratique ; elle est tout aussi fâcheuse dans ce cas que lorsqu'il s'agit d'une large ecchymose compliquant une contusion ; dans l'un et l'autre accident, les cataplasmes tièdes ne sont propres qu'à favoriser le relâchement des tissus dont les vaisseaux qui ont été rompus réclament des astringents et du froid. Les bains tièdes, et surtout les bains de siège, auraient encore de plus grands inconvénients que les cataplasmes, parce qu'ils obligeraient la malade à de grands mouvements qui ne sont pas sans danger. Je sais qu'il faut être bien sûr du diagnostic pour procéder sûrement au traitement ; mais, malgré les difficultés réelles dont je vous ai entretenus, le plus souvent, un médecin expérimenté n'est pas longtemps embarrassé.

Quand on est bien sûr d'avoir affaire à une hématocèle, il ne faut pas hésiter à recourir au traitement qui convient à une hémorrhagie traumatique. Pour moi, je suis convaincu que la meilleure thérapeutique consiste à appliquer



une vessie pleine de glace sur le ventre de la malade. Si la douleur est trop vive pour qu'un pareil poids soit toléré, on dispose la vessie comme je l'ai indiqué pour la métrite aiguë, ou bien on la fait reposer sur le mont de Vénus, ou même on se contente de l'appliquer sur la vulve. Quand l'hémorrhagie est assez abondante pour causer la syncope, il faut, sans hésiter, avoir recours à ce moyen. Quand elle est modérée, il suffit d'employer sur le ventre des compresses trempées dans un liquide froid et résolutif, tel que l'eau-de-vie camphrée et l'eau blanche.

Dans un bon nombre de cas, les résolutifs constituent toute la thérapeutique; mais, quand les premiers accidents sont conjurés, lorsqu'on n'a plus à craindre la continuation de l'hémorrhagie et la complication d'une violente péritonite, il reste encore une grave question à résoudre. Une grande collection sanguine existe dans le petit bassin, faut-il en attendre la résolution? faut-il, au contraire, l'évacuer par une ponction ou par une émission? Les auteurs sont d'avis complètement opposés. Nélaton incisait la tumeur au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin; d'autres ont eu recours à la même pratique. On cite, sans doute, quelques cas où la guérison a été hâtée par l'évacuation du sang; mais si l'on met les revers à côté des succès, on n'hésitera pas à préférer l'expectation.

Dans tous les cas où l'hématocèle a causé de l'anémie, on doit recourir à une médication tonique et reconstituante.

Avant de finir l'histoire des épanchements sanguins rétro-utérins, je dois vous dire quelques mots de ceux qui reconnaissent pour cause une rupture des vaisseaux



du vagin, de la vulve et des plexus veineux utéro-ovariens.

Ceux qui proviennent de la déchirure des veines de la vulve ou du vagin, au moment de l'accouchement, constituent l'accident décrit par les accoucheurs sous le nom de *thrombus*.

Bien que Velpeau ait prétendu que le thrombus de la vulve est plus fréquent à l'état de vacuité de l'utérus que chez les femmes enceintes, les auteurs les plus autorisés en gynécologie sont d'un avis absolument contraire. Deneux avait recueilli soixante-deux faits de thrombus pendant la grossesse ou après l'accouchement. Depuis l'époque où cet auteur écrivait, on en a observé un très-grand nombre, tandis que les observations de thrombus non traumatiques sont tout à fait exceptionnelles en dehors de l'état gravide de l'utérus.

Quel que soit le vaisseau rompu; qu'il siège à la vulve ou ailleurs, il peut arriver que l'hémorrhagie devienne tellement considérable que le sang fuse le long du vagin, remonte vers l'abdomen à une hauteur plus ou moins grande. Cazeaux cite un fait dans lequel il existait, entre les muscles de la paroi abdominale antérieure et le péritoine qui les tapisse, une couche de sang coagulé et comme étalé en nappe. Cette couche avait à peu près 5 millimètres d'épaisseur s'étendait de bas en haut jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et occupait en travers tout l'espace qui sépare la ligne blanche de la crête iliaque. Au niveau de la crête de l'os des iles, cette couche sanguine se continuait avec un caillot de 9 à 10 millimètres d'épaisseur, aussi situé au-dessous du péritoine; elle tapissait toute la fosse iliaque et venait, en bas et en dedans, contourner le bord du détroit supérieur, et se



perdre dans un foyer assez large où le sang, entièrement coagulé, constituait la tumeur qui, pendant la vie, nous avait particulièrement occupé. » (Cazeaux, page 616.) Assurément, de pareilles épanchements sanguins seraient très-dignes de nous occuper; mais ils appartiennent surtout à l'étude des accouchements, et il doit me suffire de les indiquer.

Il n'en est pas de même d'une variété d'hématocèle qui se produirait par suite de la rupture d'une des veines du plexus utéro-ovarien, qui existe dans les ligaments larges et où il présente une disposition très-intéressante sur laquelle j'ai déjà plusieurs fois attiré votre attention.

Chez les femmes qui ont eu plusieurs grossesses, les veines et le plexus deviennent souvent variqueux, et l'on peut arriver, par le toucher vaginal, à reconnaître une disposition anatomique qui rappelle la sensation que le varicocèle de l'homme donne à la main qui le presse.

D'après une observation faite par M. Richet, et qu'il a consignée dans son *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, on a admis que les veines variqueuses du plexus utéro-ovarien peuvent se rompre et donner lieu à une hématocèle extra-péritonéale. Nous avons vu qu'il y a dans la science des faits qui prouvent que la rupture d'une de ces veines, se faisant avec celle du péritoine qui recouvre le ligament large, peut donner lieu à une hématocèle intra-péritonéale. D'après M. Richet, ces veines, en se rompant, peuvent donner lieu à des épanchements sanguins dans le tissu cellulaire des ligaments larges. Mais depuis 1855, époque à laquelle cette opinion a été émise, il n'existe pas dans la science d'observation indiscutable.



Le fait sur lequel M. Richet s'est appuyé pour supposer qu'un très-grand nombre des tumeurs *décrites sous le nom d'hématocèle péri-utérine, ou rétro-utérine, qui se renouvellent à peu près périodiquement à chaque époque menstruelle, ne sont pas autre chose que des dilatations variqueuses de ce plexus utéro-ovarien*, est d'ailleurs fort intéressant, mais il ne prouve qu'une chose : le varicocèle du plexus utéro-ovarien, et non l'existence d'une hématocèle des ligaments larges. Il est bien parlé des noyaux sanguins qui dénoteraient une collection de sang ayant été résorbé. Cela ne suffit pas pour établir que la rupture des veines de ce plexus est une cause fréquente d'hématocèle. Les auteurs qui ont cité cette observation me semblent d'ailleurs avoir dépassé l'intention de M. Richet, qui n'a jamais ignoré que la tumeur de l'hématocèle, existant sur la ligne médiane, ne peut pas être confondue avec les plexus utéro-ovariens dilatés, qui ne sont pas moins prononcés sur les côtés que derrière le col de l'utérus. En tout cas, ces dilatations ne pourront jamais en imposer pour une tumeur qui repousse la matrice en haut et en avant, de manière à rendre son col presque inaccessible au doigt indicateur qui explore le fond du vagin. Les tumeurs variqueuses indiquées par M. Richet ne siégeaient d'ailleurs que sur les côtés. Elles ne pouvaient donc pas simuler l'hématocèle rétro-utérine. Comme ce fait a servi de fondement à une théorie, je tiens à le citer textuellement :

« L'observation nécroscopique suivante donnera, mieux que ne pourrait le faire une longue description, les caractères que présentent les tumeurs variqueuses des plexus utéro-ovariens, lorsqu'elles ont acquis un grand



développement. Sur une femme de quarante-six ans qui succomba à un cancer d'estomac et qui avait eu huit enfants, je trouvai, après avoir ouvert l'abdomen dans le but d'examiner l'utérus, de chaque côté de cet organe, une tumeur régulière, bosselée, molle, fluctuante, occupant l'épaisseur des ligaments larges. Celle du côté gauche, beaucoup plus volumineuse que la droite, déprimait le bord supérieur de l'utérus. Le doigt introduit dans le vagin permettait d'apprécier, sur les *côtés de l'utérus*, sa mollesse qui donnait plutôt la sensation de fongosités molles et pâteuses que d'une véritable fluctuation; par le rectum, on arrivait au même résultat. Ayant mis à découvert les veines ovariennes jusqu'à leur embouchure dans la veine rénale gauche, et, du côté droit, dans la veine cave inférieure, je constatai, après avoir lié la veine cave au-dessous de l'embouchure des veines ovariennes, pour forcer le sang à s'y introduire, qu'en exerçant des pressions sur le thorax, sur le foie, ou directement sur la veine cave, on faisait facilement gonfler les deux tumeurs des ligaments larges, par reflux du sang dans les veines variqueuses. A ce moment, le doigt introduit dans le vagin appréciait distinctement cet accroissement de volume. La suite de la dissection me démontra que les deux tumeurs étaient exclusivement formées par les ramifications du plexus utéro-ovarien énormément dilatées; et çà et là, dans le tissu cellulaire des ligaments larges, je trouvai comme des noyaux apoplectiques isolés des parois veineuses, et dont la formation, en raison de la décoloration du sang contenu dans le foyer, paraissait remonter à une époque déjà fort éloignée. Il est probable qu'autrefois il s'était formé là des épanchements sanguins par



suite de la rupture de quelques-unes de ces nombreuses bosselures veineuses. J'ai maintenant la conviction qu'un très-grand nombre de ces tumeurs récemment décrites sous le nom d'*hématocèle péri-utérine* ou *rétro-utérine*, qui se renouvellent à peu près périodiquement à chaque époque menstruelle, ne sont pas autre chose que des dilatations variqueuses de ce plexus. Par suite de l'afflux sanguin dont, à ce moment, tous les organes génitaux de la femme sont le siège, le système veineux qui occupe les ligaments larges est distendu outre mesure, et les bosselures qui résultent de cette dépression sont appréciables par le toucher vaginal. » (Richet, page 756.)

Je n'ai pas besoin de vous rappeler que des faits en grand nombre sont en opposition avec cette ingénieuse hypothèse de M. Richet. Mais si l'on doit écarter l'opinion qui consiste à regarder la congestion des plexus tubo-ovariens comme constituant souvent ce qui a été décrit sous le nom d'*hématocèle*, je ne suis pas éloigné de croire que sous le péritoine, des vaisseaux peuvent se rompre et constituer une variété de l'*hématocèle*. Cette variété est, sans doute, celle dans laquelle la tumeur sanguine descend très-bas dans la cloison recto-vaginale. Vous avez eu, messieurs, plusieurs fois l'occasion d'examiner avec moi des femmes chez lesquelles la tumeur de l'*hématocèle* bien limitée à la ligne médiane, descendait dans la cloison recto-vaginale, jusqu'au voisinage de l'orifice vulvaire. Dans ces cas, la tumeur sanguine est d'autant plus étroite qu'on l'observe plus bas. Cette disposition ne peut pas être expliquée par un épanchement dans la cavité du péritoine.

Je ne puis pas vous éclairer sur l'étiologie de cette variété de l'*hématocèle*. Il faudrait pour cela que les au-



topsies fussent nombreuses, et, heureusement pour les malades, la mort est une terminaison exceptionnelle de cette maladie.

Quand les résultats de nombreuses autopsies existeront dans la science, on pourra avec plus de certitude admettre la fréquence de certaines lésions comme causes de l'hématocèle. Jusque-là, j'admettrai avec Bernutz que le plus souvent le sang s'épanche dans la cavité du péritoine, soit par reflux de la cavité utérine, soit par exhalation sanguine de la muqueuse de la trompe (Bernutz et Trousseau).

Je pense aussi que la théorie de M. Gallard sur l'influence de la ponte intra-péritonéale ne doit pas être rejetée.

Peut-être même faut-il admettre pour quelques cas que je crois très-rares, l'explication de Virchow, d'après laquelle des fausses membranes intra-péritonéales deviendraient la cause de l'hématocèle par rupture de leurs vaisseaux ou par exhalation sanguine; peut-être encore celle de M. Aug. Voisin, qui veut que l'hématocèle soit produite par exsudation sanguine du péritoine lui-même.

Enfin, il est incontestable que des hématocèles peuvent résulter de la rupture de la trompe ou de l'ovaire. Cette étiologie est prouvée par des faits observés avec soin.

Je me consolerais, messieurs, d'apporter aussi peu de précision dans l'étude de la pathogénie de l'hématocèle, si je pouvais du moins vous apprendre à distinguer les unes des autres quelques-unes des variétés que je viens de vous indiquer. Mais je vous ai habitués à n'attendre de moi que l'expression d'une conviction profonde.

Je dois vous dire mes doutes, quand les faits ne me permettent pas d'affirmer.



## SEIZIÈME LEÇON

### CANCER DE L'UTÉRUS.

Jamais le mot de *cancer* n'a été bien défini, et je me garderai bien de vous proposer une définition nouvelle. Je crois qu'il faut nous contenter aujourd'hui, comme au temps de Laënnec, de désigner sous le nom de cancer toutes les tumeurs qui désorganisent les tissus où elles se développent, qui se les assimilent, s'étendent progressivement sans jamais rétrograder, et le plus souvent, quand elles ont été enlevées, se reproduisent d'après la cause inconnue qui a présidé à leur génération primitive (Robin et Littré). Comme en désorganisant les tissus et se les assimilant, le cancer les détruit, on peut dire avec les auteurs qui, comme moi, ne trouvent pas dans les travaux des micrographes des caractères qui puissent servir à faire une famille de toutes les variétés des maladies cancéreuses, que la *destructivité* et la *reproductivité* sont les deux attributs les plus saillants de ces affections.

Je ne chercherai pas à vous indiquer les signes cliniques des diverses espèces de cancer que les histologistes décrivent. La science n'en est pas là. Quand on a sous les yeux une tumeur cancéreuse, quand on peut l'inciser



et presser son tissu entre les doigts, il est sans doute possible de dire si l'on a affaire à un encéphaloïde, à un sarcome ou à un cancer colloïde. Avec le microscope on reconnaît bien d'autres variétés, mais jusqu'ici il n'y a pas de signes qui nous permettent de les reconnaître avant d'en faire l'autopsie.

Ces considérations ont décidé la plupart des médecins qui se sont occupés des maladies de la matrice, à ne décrire qu'une seule espèce de cancer. Je crois que pour le cancer de l'utérus, comme pour le rectum, il est possible et surtout utile de distinguer le vrai cancer, qui est déjà une maladie générale quand nous sommes appelés à en constater la première manifestation, de l'épithélioma, qui primitivement n'est qu'une maladie locale. Cette dernière proposition n'est pas admise par tout le monde, et pourtant je crois qu'elle est incontestablement vraie. Je m'efforcerai de vous prouver que si le diagnostic différentiel du cancer et de l'épithélioma offre quelque difficulté quand la maladie affecte l'utérus, il est pourtant possible dans le plus grand nombre des cas. Cela n'aurait pas grande importance si nous admettions, avec les médecins qui écrivaient sous l'empire de la doctrine physiologique, que toute espèce de cancer est primitivement locale. Cette opinion était admissible quand on pensait que les affections cancéreuses dérivait de l'inflammation qui, au lieu de se terminer par résolution ou par suppuration, se terminait par dégénérescence squirrheuse ou encéphaloïde, sans que l'on sût pourquoi. S'il en était ainsi, rien ne serait plus facile que de guérir un cancer : il suffirait d'être appelé dans la première phase de son évolution et d'enlever complètement les tissus dans lesquels il s'est



développé ou qu'il a envahis. Malheureusement il n'en est pas ainsi, et vous êtes tous destinés à souffrir dans votre pratique du cruel démenti que les faits donnent chaque jour à cette assertion.

Cette croyance est née à une époque où toutes les maladies étaient considérées comme étant primitivement locales. L'érysipèle lui-même était une maladie simplement envahissante, et ne se généralisant que par les progrès de son évolution. C'était une cuto-lymphite et nullement une maladie de nature septique. En conséquence, on prescrivait d'appliquer des sangsues sur les ganglions enflammés du voisinage. J'ai été à même de juger des effets désastreux d'une pareille thérapeutique : interne à l'Hôtel-Dieu dans le service d'un des chirurgiens de cet hôpital, j'ai rarement vu un malade échapper aux conséquences de l'érysipèle, tandis que, dans l'immense majorité des cas, la guérison est la règle, quand, partant de l'idée que l'érysipèle est une maladie septique, on administre les vomitifs dès le début de la maladie.

A cette époque, on croyait aussi que la syphilis était une maladie primitivement locale, et le chef de l'école du Midi, M. Ricord, a professé pendant trente ans qu'il suffit de cautériser un chancre avant qu'il soit induré, pour s'opposer à l'évolution de la vérole ; c'était, pour la chirurgie, un beau temps plein d'illusions. Mais le beau côté de l'erreur avait un bien triste revers : qui de vous peut aujourd'hui admettre qu'en détruisant un chancre on *détruit la vérole sur place* ? Nous savons tous que le chancre infectant n'apparaît qu'après une incubation pendant laquelle l'économie tout entière s'imprègne du virus syphilitique ; de sorte que le chancre infectant est



une manifestation de même ordre que les plaques muqueuses.

Toutes les maladies étaient d'abord bénignes, et l'infection purulente n'était autre chose que la terminaison d'une phlébite.

Ne vous étonnez donc pas que l'on ait soutenu des idées semblables pour le cancer et qu'on l'ait considéré comme une des conséquences de l'inflammation. Le cancer existait, au début, exclusivement dans l'organe où il avait pris naissance, et pour soutenir cette opinion on ne manquait pas d'arguments. Le cancroïde ou épithélioma de la bouche étant considéré comme un cancer de même nature que tous les autres, et ne récidivant pas quand il est opéré avant qu'il se soit propagé par les vaisseaux lymphatiques aux ganglions voisins, paraissait être une preuve irréfutable de la localisation des maladies cancéreuses.

Déjà, avant Broussais, on avait soutenu que le cancer est primitivement local. On n'est embarrassé que pour le choix des auteurs partisans de cette manière de voir. En 1773, Pouteau avait déjà émis cette opinion, et bien d'autres avant lui. Ce qu'il y a de curieux, ce sont les raisons invoquées pour défendre une erreur. Pouteau se fonde sur les résultats que donne l'extirpation des cancers. Je voudrais qu'un pareil argument eût quelque valeur; malheureusement, l'expérience de chaque jour prouve, dans l'immense majorité des cas, que le mal est constitutionnel et qu'il ne peut être éteint par une opération. Voici comment Pouteau s'exprime : « Les exemples des cancers qui sont la suite d'un vice interne, guéris sans retour par l'opération, sont assez multi-



pliés pour faire voir que le bonheur d'enlever toute la cause avec ses effets, serait plus fréquent, si l'on se déterminait de bonne heure à l'opération. »

Ne trouvez-vous pas bien singulier qu'un mal, provenant d'un vice interne, se localise et absorbe sa cause ! Maunoir (*Annales de Montpellier*) argumentait d'une manière plus étrange encore : « L'action morbifique qui se passe, dit-il, après l'inoculation de la petite vérole, ou de tout autre virus, ne peut-elle pas nous aider à concevoir ce qui se passe dans les différentes époques du développement du squirrhe ou du cancer ? Depuis l'instant où le bouton de la petite vérole, ou tout autre foyer d'inoculation, a paru, jusqu'à l'invasion de la fièvre, il y a matière contagieuse avec laquelle on peut inoculer. Cependant, si on enlève le bouton, ou si on le brûle, la maladie ne se développera pas. Quelle que soit la manière d'être du cancer, il est probable que sa marche a quelque chose d'analogue à celle des maladies dont je viens de parler. » Et il ajoute : « L'expérience nous apprend qu'il est le plus ordinairement, à sa naissance, une maladie locale, et pour qu'il devienne une maladie constitutionnelle, il faut qu'il ait subi une certaine altération qui ait favorisé l'absorption d'un principe particulier, lequel déterminera l'infection générale. »

Qui se fût attendu à une pareille argumentation ? Le cancer est une maladie analogue à la petite vérole ; or, quand on enlève le bouton provenant de l'inoculation, la maladie ne se développe pas. Ces prémisses sont absolument fausses. Le bouton de la variole, comme celui de la vaccine, comme le chancre infectant, ne se développe qu'après une incubation pendant laquelle le virus pénètre



dans les replis les plus cachés de l'organisme, et quoi que l'on puisse faire contre la manifestation locale, on est impuissant à empêcher l'évolution du principe morbide. Quand on défend une mauvaise cause, on ne peut faire valoir que des arguments empruntés à une erreur. La vérité, hélas ! bien triste, est que le vrai cancer est d'abord diathésique avant de se traduire localement, de telle sorte que son extirpation peut retarder sa marche et éloigner le terme fatal, mais est impuissante à tarir le principe du mal.

Il en est tout autrement pour l'épithélioma, et c'est à cause de cette différence fondamentale que je vous ai entretenus si longuement des opinions émises sur la localisation du cancer. Cette différence est incontestable. Vous verrez tous des épithéliomas de la lèvre qui guériront par l'extirpation, sans que jamais il y ait récurrence.

De tous les services rendus par le microscope, il n'en est pas de plus incontesté que celui d'avoir démontré que l'épithélioma est essentiellement différent du cancer.

Ces deux maladies, si dissemblables histologiquement, ne peuvent pas être comprises dans la même description, sans que l'on rompe avec tous les usages admis en médecine. Ainsi, entre le cancer et l'épithélioma il y a deux caractères distinctifs :

1° Ils n'ont pas la même texture ; les éléments dont ils sont constitués sont absolument différents.

2° L'un est primitivement local ; l'autre est dans la constitution avant de se manifester localement.



**DU CANCER VRAI DE L'UTÉRUS.**

(CARCINOME.)

Le cancer de l'utérus affecte tantôt le col et tantôt le corps de cet organe. Les auteurs sont à peu près unanimes pour prétendre que la maladie débute par le col, et jamais par le corps. Cette assertion est peut-être vraie pour l'épithélioma; je la crois fausse pour le carcinome. Si le cancer paraît débiter par le museau de tanche, c'est qu'il est, en ce point, plus facile à reconnaître que lorsqu'il siège dans le corps, dont l'exploration à travers les parois du vagin offre souvent de réelles difficultés. Il n'est pas même très-rare de trouver le corps de l'utérus presque complètement envahi par de la matière cancéreuse, sans que la maladie se soit manifestée sur la portion vaginale du col. Je sais bien que le cancer de l'utérus est le plus ordinairement, dans ce cas, la conséquence de l'extension du cancer d'un organe voisin, de l'ovaire par exemple; mais j'ai eu souvent l'occasion de constater l'existence de la maladie dans le corps de la matrice, quand, par le toucher vaginal et par l'inspection à l'aide du spéculum, on était autorisé à affirmer que le museau de tanche n'était pas malade.

Le cancer de l'utérus se manifeste par des douleurs, par des hémorrhagies, et par un écoulement leucorrhéique abondant. Ce sont les trois symptômes les plus importants de cette affection, en laissant de côté les renseignements fournis par le toucher vaginal et l'examen au spéculum.



Nous allons étudier successivement ces trois symptômes et leur importance séméiologique.

On dit que la douleur causée par le cancer ne ressemble à aucune autre; elle est lancinante, et les malades la comparent à celle qui serait produite par un coup de couteau, ou de canif, ou bien par une aiguille enfoncée subitement et profondément. Si cette douleur était constante, ce serait un signe sûr pour éclairer le diagnostic; mais quelque soin qu'on apporte à interroger les malades, il arrive très-fréquemment qu'il est impossible de les amener à indiquer la nature des douleurs qu'elles ressentent. Souvent elles ne savent pas si c'est la sensation d'un élancement, d'un battement, ou d'une déchirure. On peut donc affirmer que les douleurs lancinantes peuvent manquer dans les affections cancéreuses de l'utérus.

Quelques malades ne se plaignent que d'un poids incommode et arrivent presque au terme de leur maladie, sans avoir rien senti qui ressemble aux douleurs lancinantes; il y en a d'autres qui souffrent, sans se plaindre et sans analyser leurs douleurs, ne réclament des soins qu'au moment où leurs forces épuisées par les progrès du mal ne leur permettent plus de travailler. Dans les premières années de la pratique médicale, quand on n'a vu que les hommes aux prises avec la douleur, on ne devine pas la résignation avec laquelle les femmes acceptent leurs souffrances. Pour donner à ce symptôme toute sa signification, il ne faut pas attendre qu'une femme se plaigne. Dès qu'on est consulté pour un affaiblissement dont on ne trouve pas la cause, il faut de suite rechercher si des douleurs utérines, de la leucorrhée et des hémorrhagies



n'indiquent pas un cancer de la matrice. C'est fréquemment ainsi que l'on découvre l'existence de cette cruelle maladie.

D'un autre côté, comme la plupart des affections de l'utérus causent des douleurs plus ou moins vives, il ne faut pas jeter l'alarme dans une famille pour ce symptôme seul, qui suffit cependant pour que l'on soit autorisé à pratiquer le toucher vaginal et même à compléter son diagnostic par l'examen au spéculum.

Les hémorrhagies utérines sont un des accidents ordinaires du cancer de la matrice; il n'y en a pas qui causent aux malades une aussi grande épouvante. La nature du sang varie suivant les phases de l'affection : au début, le sang ressemble absolument à celui des règles; plus tard, il est mélangé de pus, et l'écoulement est alors dit sanieux.

La quantité du sang perdu est très-variable, suivant les individus et aussi suivant le siège du cancer. Quand le cancer affecte la membrane muqueuse du corps de l'utérus, les hémorrhagies sont beaucoup plus abondantes que lorsqu'il se développe du côté de la périphérie de l'organe. L'âge a aussi de l'influence sur l'abondance de l'écoulement sanguin. Plus considérable dans la jeunesse, il diminue vers le déclin de la vie, à moins que le cancer n'existe à l'époque de la ménopause; à cet âge, les métrorrhagies sont plus abondantes qu'à tout autre. Elles ont du moins une plus longue durée.

La durée et l'abondance ne sont pas, en effet, toujours dans une corrélation parfaite; la quantité de sang perdue en un temps donné est généralement plus considérable chez les malades jeunes; l'hémorrhagie dure plus long-



temps chez les femmes qui approchent de l'âge critique. A cette règle générale il y a, bien entendu, de nombreuses exceptions, puisque les métrorrhagies sont subordonnées à des conditions diverses.

Il y a des femmes qui perdent du sang pendant une grande partie du mois, de sorte qu'elles ne savent plus quand elles ont leurs règles. Chez quelques-unes, les métrorrhagies commencent par un flux menstruel plus abondant et d'une durée plus longue qu'à l'état normal. Ainsi une femme qui ne perdait du sang que deux ou trois jours par mois, en perd pendant huit ou dix jours et en quantité considérable; puis peu à peu l'intervalle des époques menstruelles diminue : le flux dure deux semaines et recommence quinze jours et même huit jours après.

Le sang a une odeur *sui generis*, odeur forte, différente de celle des règles d'une femme bien portante, que les malades elles-mêmes trouvent infecte et dégoûtante. Parfois cette odeur, qui est très-gênante pendant un certain temps, diminue de manière à faire croire que la maladie est en voie de guérison, puis elle reparait. Chez quelques femmes cancéreuses, le sang des métrorrhagies n'a cette odeur qu'à partir du moment où l'ichor provenant d'un ulcère se mêle au sang. Chez d'autres, il a cette odeur repoussante dès le début de la maladie.

La métrorrhagie peut se produire sans douleur; elle peut, au contraire, coïncider avec des souffrances atroces. Quand le sang s'accumule dans la cavité utérine et s'y coagule, il ne traverse le col qu'à la suite de contractions des parois de la matrice, et les contractions d'un organe en partie désorganisé semblent aussi douloureuses que celles qui précèdent l'accouchement.



La leucorrhée produite par le cancer de la matrice a des caractères qui la différencient du flux leucorrhéique que l'on observe dans les autres maladies de la matrice. Nous avons vu que les glandes enflammées du col sécrètent un mucus épais, filant, qui ressemble à du verre fondu. Je vous ai dit aussi que le mucus de la membrane muqueuse du corps de l'utérus n'est pas aussi différent de celui du col que la plupart des auteurs le prétendent. C'est toujours un liquide ressemblant à une solution épaisse d'une matière gommeuse. Dans le cancer utérin, la sécrétion est notablement modifiée. Le liquide sécrété ne ressemble ni au mucus épais de l'utérus, ni au mucus laiteux du vagin ; il ressemble à de l'eau un peu jaunâtre ou d'une teinte rousse. Cette leucorrhée est encore plus remarquable par la quantité du flux leucorrhéique qui mouille plusieurs serviettes en quelques heures. Cela s'observe au début de la maladie ; plus tard, le liquide devient moins abondant et moins séreux. Tandis que le produit de la sécrétion d'une simple leucorrhée est à peu près sans odeur, celui de la leucorrhée du cancer est insupportable pour les malades et pour les personnes qui leur donnent des soins. Ce n'est ni l'odeur du pus décomposé ni l'exagération de celle qui est propre aux organes génitaux ; c'est l'odeur *sui generis* que quelques femmes comparent à celle d'un lapin pourri.

Il ne faut pas croire cependant que le cancer de l'utérus ne puisse pas exister sans ce symptôme. J'ai vu des médecins d'un grand mérite repousser l'existence d'un cancer parce que le flux leucorrhéique était sans odeur. Récamier disait que, de même que chaque plante a sa fleur et que chaque fleur a son odeur, les maladies ont aussi des



effluves différentes : c'est un rapprochement qui peut être ingénieux ; mais si on adopte cette idée d'une manière trop exclusive, on sera fort exposé à commettre de nombreuses erreurs.

Je ne crains pas de dire que la plupart des cancers n'impriment au mucus utérin une odeur particulière que lorsqu'ils ont donné lieu à une ulcération, et encore y en a-t-il quelques-uns qui ne s'accompagnent pas de l'odeur que tous les auteurs croient être un signe constant de la maladie.

Vous voyez que, malgré l'importance qu'il faut reconnaître aux douleurs, aux hémorrhagies et à la leucorrhée, il serait bien difficile d'établir un diagnostic sur ces symptômes qui peuvent manquer et qui sont susceptibles de se reproduire sans les caractères séméiologiques qu'ils revêtent dans le plus grand nombre des cas.

Heureusement, des signes plus certains nous sont fournis par le toucher vaginal.

Quand l'utérus est le siège d'un cancer arrivé à un certain degré de son évolution, son volume est notablement accru et sa surface extérieure, au lieu d'être lisse, est devenue bosselée et très-irrégulière ; son poids est très-augmenté et sa forme, au lieu d'être aplatie d'avant en arrière, est irrégulièrement globuleuse avec des bosselures à sa surface.

Le changement de forme et l'augmentation du volume de la matrice s'observent jusque dans le museau de tanche, dont les dimensions accrues coïncident avec un écartement plus ou moins considérable de ses lèvres, qui elles-mêmes se déforment et deviennent le siège de tumeurs isolées.

Ces modifications dans le volume et dans la forme de



l'utérus sont assez facilement appréciables par le toucher, surtout si, en même temps que l'on touche, on pèle l'abdomen, en déprimant la paroi abdominale avec l'autre main.

Le doigt introduit dans le vagin constate, au niveau des culs-de-sac, que la matrice est beaucoup plus grosse qu'à l'état normal, que sa surface extérieure est inégale et bosselée, et que sa consistance est très-différente de ce que l'on observe à l'état normal. Cette consistance varie suivant qu'on la recherche au début de la maladie ou à une période plus avancée. D'abord, elle est ferme et résistante; plus tard, au contraire, elle est molle et comme spongieuse. Quand le cancer a envahi le col, il est comme le corps, inégal, bosselé, et de plus, facilement saignant. On sent aussi par le toucher de petites granulations que Montgomery a le premier bien décrites et qui donnent un peu la sensation que produit le toucher de grains de plomb du plus petit volume. L'écoulement de sang provoqué par le toucher est généralement assez abondant, tandis que, dans la métrite par exemple, si le doigt fait saigner la partie qu'il touche, il n'en fait sortir que quelques gouttes de sang.

En pressant la matrice de bas en haut ou latéralement, on constate le plus souvent qu'elle est à peu près immobile. Cette immobilité constitue un caractère important qui provient des adhérences qui s'établissent entre la surface extérieure de l'utérus et les organes voisins.

A une période plus avancée encore, le fond du vagin est complètement rempli par une tumeur bosselée, saignant spontanément ou au moindre contact. Cette tumeur, tantôt framboisée, tantôt globuleuse, finit par s'ulcérer. Ce



n'est plus alors du sang que le doigt fait couler ; c'est une matière ichoreuse d'une odeur repoussante dont on a de la peine à se débarrasser par le lavage.

Voilà ce que l'on observe dans ce que l'on peut appeler le cancer confirmé, et j'entends par là le cancer arrivé à une phase de son évolution où les moins expérimentés ne peuvent plus le méconnaître. Au début de la maladie, les symptômes sont moins tranchés ; ils n'en sont pas moins très-évidents, quand on les a une fois bien étudiés. Ne vous étonnez pas que je vous parle des symptômes du début du cancer. Les auteurs disent, à la vérité, qu'on n'est jamais appelé tant que la maladie ne cause pas de grandes douleurs ou des accidents sérieux. Suivant eux, on n'assisterait jamais qu'à une période avancée du cancer de la matrice. Je ne comprends pas que cette assertion soit répétée par la plupart des auteurs qui ont traité ce sujet. Sans doute, à l'hôpital, où les malades ne demandent à entrer ou ne sont reçues que lorsqu'il y a des signes évidents d'une maladie réelle, on n'a guère l'occasion d'étudier le cancer avant qu'il ait acquis un notable degré de développement ; mais il en est bien autrement chez les malades riches, qui se préoccupent très-vivement du moindre trouble apporté à leur santé. On peut alors voir naître le cancer utérin et le suivre dans toutes les phases de son évolution.

J'ai, pour ma part, pu annoncer d'avance qu'un état qui inquiétait moins les médecins que la malade, devait se terminer d'une manière fatale, et j'ai dix fois porté ce pronostic, qui s'est toujours réalisé.

Voici les symptômes qui annoncent le début du cancer :  
Après avoir eu pendant longtemps, pendant plusieurs



mois, une leucorrhée rebelle, une malade se plaint de ce symptôme et exprime l'inquiétude qu'il lui cause. On peut alors s'assurer que le liquide leucorrhéique n'est ni muqueux, ni glaireux ; c'est de l'eau sale, d'une teinte jaunâtre, mais qui n'a ni l'apparence ni la consistance du pus. Quoi que l'on fasse pour l'arrêter, rien n'en modifie ni la quantité ni la couleur et la consistance.

Si, à cette époque, on pratique le toucher vaginal, on trouve les lèvres du museau de tanche un peu hypertrophiées dans toutes leurs dimensions. Dans le vrai cancer (il est bien entendu que je laisse l'épithélioma de côté pour un instant), les lèvres, en même temps qu'elles ont acquis un développement plus considérable, ne sont pas encore à ce moment le siège des tumeurs et des inégalités que nous avons signalées pour la seconde phase du cancer du col utérin. Au début, quand la leucorrhée est le seul symptôme qui attire l'attention des malades, les lèvres ne sont qu'hypertrophiées, mais leur consistance, quoique molle encore, est un peu plus ferme qu'à l'état normal. C'est à peu près celle des parois du rectum, quand cet organe est le siège d'un rétrécissement. Je ne puis pas, par des mots, vous faire bien comprendre ce qu'est la densité du col à cette période de la maladie. Il faut avoir été à même, dans quelques cas, de la constater par le toucher, pour en avoir une idée exacte.

Notez bien qu'il n'y a pas encore eu d'hémorrhagie. Les règles sont seulement un peu plus abondantes et ont une durée plus longue. Par l'hystérométrie, on constate que la cavité de l'utérus est plus grande qu'à l'état normal : l'hystéromètre y tourne facilement et y décrit un cercle entier, sans rencontrer aucun obstacle. Si, quittant



l'hystéromètre, pendant que l'on pratique le toucher vaginal, on palpe l'abdomen avec soin, on parvient, chez les femmes dont la paroi abdominale antérieure n'est pas chargée de graisse, à circonscrire la périphérie du corps de l'utérus, et l'on constate qu'il est sensiblement plus volumineux qu'à l'état normal. La pression n'y détermine pas de douleur.

A l'aide du spéculum, on trouve le col avec les dimensions indiquées par le toucher, mais il est, le plus ordinairement, d'une couleur pâle ou rosée, très-différente de celle que l'on observe dans les cas de métrite. On voit que le liquide séreux qui constitue la leucorrhée, sort de la cavité de l'utérus.

J'ai déjà dit que le liquide est le plus souvent sans odeur. C'est ce caractère qui le plus ordinairement fait méconnaître l'importance de cette espèce de leucorrhée. Suivant Cruveilhier, le liquide du cancer serait mêlé de bulles d'air. Nélaton avait adopté ce caractère distinctif qui a une grande importance quand il existe, mais il faut être prévenu qu'il manque souvent.

*Diagnostic.* — Maintenant que nous avons étudié le cancer aux diverses périodes de son développement, nous pourrons sans peine aborder le chapitre du diagnostic.

Quand le cancer est à une phase avancée de son évolution, il est rare que l'on éprouve quelque embarras pour reconnaître sa nature. Chez une femme qui a des métrorrhagies fréquentes, des douleurs violentes dans l'hypogastre, surtout quand les douleurs sont franchement lancinantes; quand elle maigrit et perd ses forces; quand la teinte de sa peau est devenue jaune paille, on peut soupçonner l'existence d'un cancer de la matrice. Le dia-



gnostic ne tarde pas à être confirmé par le toucher vaginal. A l'aide du doigt introduit dans le vagin, on reconnaît, en effet, que le bassin est rempli par une tumeur bosselée, inégale, à laquelle on ne peut imprimer aucun mouvement parce qu'elle adhère aux parties voisines par des exsudations plastiques qui ne font jamais défaut en pareil cas. Si la tumeur s'est développée du côté du vagin, elle peut être ulcérée, et l'ulcération prend alors des dimensions variables. N'oubliez pas, messieurs, que nous parlons non de l'épithélioma qui ulcère très-promptement le museau de tanche, mais du carcinome qui débute par le corps de l'utérus. Il ne faut donc pas s'attendre à trouver l'ulcération profonde du col que vous pouvez tous constater chez une femme couchée au n° 15 de la salle Saint-Maurice et qui est affectée d'un épithélioma ulcéré. Le carcinome envahissant la cavité du vagin, se ramollit et s'ulcère, mais l'ulcération a des caractères très-différents de ceux de l'épithélioma. La prolifération continue dans l'ulcère du carcinome et la surface ulcérée est bosselée, fongueuse et saignant au moindre contact.

Nous verrons plus tard les caractères qui différencient le carcinome de l'épithélioma de l'utérus. Contentons-nous, pour le moment, de rechercher s'il y a quelque maladie qui puisse être confondue avec celle dont nous nous occupons. Je ne le crois pas. A cette période du mal, le cancer utérin a des signes tellement tranchés qu'il est impossible de le méconnaître. Mais avant qu'il soit ulcéré, on peut facilement le confondre avec des corps fibreux ou myomes de l'utérus. Les corps fibreux, comme le cancer, peuvent donner à l'utérus une forme bosselée, quand ils se développent du côté de la périphérie de l'organe; ils



s'accompagnent de métrorrhagies abondantes et aussi de leucorrhée séreuse. Des symptômes importants sont donc communs à ces deux maladies. Mais les corps fibreux se développent lentement; ils mettent d'ordinaire plusieurs années à acquérir le développement qui constitue une grave infirmité; tandis que l'évolution du carcinome est tellement rapide, que la mort en est la conséquence au bout d'un temps qui ne dépasse guère un ou deux ans.

D'un autre côté, l'utérus qui est affecté de myomes acquiert un volume si considérable qu'il n'est pas rare de le voir dépasser le niveau de l'ombilic. Ajoutez encore que tandis que le cancer tend à se développer du côté du vagin, en envahissant le museau de tanche, les myomes entraînent la dilatation de l'utérus et finissent par effacer la saillie du museau de tanche au point qu'il ne présente plus qu'une ouverture linéaire dont on sent facilement le bord en pratiquant le toucher vaginal. Dans le cas un peu plus embarrassant où des myomes se développent au niveau du col, ils sont isolés au milieu d'un tissu sain; tandis que le cancer, quand il forme une tumeur appréciable par le toucher, s'est déjà assimilé les tissus voisins.

Il y a des cas dans lesquels une affection syphilitique du col peut faire craindre l'existence d'un cancer. Nous avons au n° 45 de la salle Saint-Maurice une femme âgée de 36 ans, qui est entrée à l'hôpital avec tous les signes d'une métrite. Elle éprouvait dans la région hypogastrique des douleurs que le toucher rendait plus vives. Son utérus était volumineux et le col de cet organe avait un tel volume qu'il ne pouvait entrer tout entier dans le spéculum. Des sangsues ayant été appliquées sur le col, les douleurs diminuèrent, mais bientôt nous constatâmes l'appar-



rition d'une syphilide papuleuse et un peu plus tard une iritis. Le col étant resté volumineux, quoique indolent, nous avons dû nous demander si la syphilis n'avait pas trouvé dans le col enflammé des conditions propres à ce qu'elle s'y manifestât. Comme depuis que les douleurs ont cessé, le museau de tanche a continué à s'hypertrophier, je suis autorisé à soutenir qu'il y a là autre chose qu'une métrite du col. Avant-hier, j'ai examiné cette femme au spéculum, pour appliquer dans le vagin un cylindre de ouate dont une extrémité recouverte de pommade au précipité rouge, est mise en contact avec le museau de tanche. Dans cet examen, vous avez pu reconnaître avec moi que le col est extrêmement volumineux, bosselé et exulcéré. Toute la portion libre du col est inégalement arrondie, du volume d'une grosse pomme d'api. Sa couleur est d'un rouge vif, et l'on voit sortir, entre les lèvres du museau de tanche, une mèche de mucus visqueux et d'une teinte d'un blanc louche. (J'ai fait représenter ce col dans la planche chromolithographiée. Ce dessin est dû à M. Poyet, interne des hôpitaux.)

Ce col rouge, ulcéré, présentant des bosselures appréciables au toucher et à la vue, ferait redouter l'existence d'un cancer, si des accidents manifestement syphilitiques ne nous donnaient pas l'espoir que cet état est, comme l'éruption papuleuse et l'iritis, sous la dépendance de la syphilis. Supposez, pour un instant, que la syphilis et l'iritis eussent disparu avant l'entrée de cette femme à l'hôpital, et que l'état inflammatoire aigu pour lequel elle est entrée dans mon service eût été dissipé, personne ne penserait aujourd'hui qu'elle peut avoir autre chose qu'un cancer. Vous voyez qu'il y a des cas em-



barrassants, mais avec de la patience on vient à bout de ces difficultés. Remarquez que ce n'est pas avec le cancer avancé dans son évolution que le col syphilitique peut être confondu.

Au début de la maladie, il y a encore d'autres difficultés. L'embarras du médecin peut même être si grand qu'il faut surseoir au diagnostic. La métrite chronique, par exemple, se traduit par des symptômes dont plusieurs lui sont communs avec la première période du cancer. Dans la métrite membraneuse comme dans le cancer, il y a des métrorrhagies et de la leucorrhée; dans l'une et dans l'autre de ces affections, il y a de vives douleurs. Le col est augmenté de volume dans la métrite parenchymateuse comme dans le cancer, et, par le toucher vaginal, on peut constater une augmentation notable du volume du corps de l'utérus. On peut dire d'une manière générale que s'il y a des symptômes analogues, il y a aussi des différences qui permettent de préciser le diagnostic; mais parfois il n'y a que des nuances appréciables seulement pour le clinicien expérimenté.

Relativement aux cas faciles, on peut dire que le plus souvent le mucus épais, glaireux, qui s'écoule de la matrice enflammée est bien différent de la leucorrhée aqueuse qui dénote le début du cancer. Dans le cancer, les douleurs, alors même qu'elles ne sont pas franchement lancinantes, diffèrent très-sensiblement de celles de la métrite. Les métrorrhagies qui dépendent d'un ulcère cancéreux sont presque continues, tandis que la métrite parenchymateuse qui s'accompagne d'un notable accroissement de volume donne plutôt lieu à de la dysménorrhée qu'à des hémorrhagies.



L'augmentation du volume du museau de tanche est aussi très-différente dans le cancer et dans la métrite. Dans la métrite, le col est ordinairement développé régulièrement, sans inégalité à sa surface. Il est, au contraire, bosselé dès que le cancer prolifère de ce côté. Quand l'affection cancéreuse du col ne s'annonce que par la leucorrhée aqueuse et par une hypertrophie qui donne aux tissus une densité semblables à celle des parois du rectum qui est le siège d'un rétrécissement, ce n'est pas avec la métrite que l'on est exposé à confondre le cancer, mais avec une leucorrhée symptomatique d'une chloro-anémie. Ce diagnostic offrirait les plus réelles difficultés, si cette forme du début du cancer existait fréquemment chez une femme très-jeune.

*Étiologie.* — Il est incontestable que le cancer de l'utérus s'observe rarement avant vingt-cinq ans. Si l'on consulte les statistiques dans lesquelles l'âge a été noté avec soin, on trouve dans celle de Dugès et Boivin, qui comprend 400 femmes affectées de cancer, que 12 seulement avaient moins de vingt ans; dans celle de Scanzoni, sur 108 malades, 4 avaient de vingt à vingt-cinq ans. C'est de trente à soixante ans que le cancer se développe le plus souvent. On trouvera la preuve de cette fréquence dans les tableaux statistiques que je reproduis :

Statistique de Scanzoni.		Statistique de West.		Statistique de Dugès et Boivin.	
De 20 à 25 ans.	4	De 25 à 30 ans.	39	Au-dessous de 20 ans	12
25 à 30 —	4	30 à 40 —	166	de 20 à 30 —	83
30 à 35 —	17	40 à 50 —	242	30 à 40 —	102
35 à 40 —	18	50 à 60 —	95	40 à 45 —	106
40 à 45 —	45	60 à 70 —	48	45 à 50 —	95
45 à 50 —	15	Après 70 —	5	50 à 60 —	7
50 à 55 —	4		595	60 à 70 —	9
55 à 60 —	1				404
	<u>108</u>				



Bien que, dans ces tableaux, on indique un certain nombre de femmes affectées de cancer avant vingt-cinq ans, je n'ai jamais eu l'occasion d'observer des cas semblables.

Les auteurs sont, d'ailleurs, unanimes pour reconnaître que c'est à l'époque de la plus grande activité de la vie sexuelle que le cancer de la matrice se développe le plus souvent.

Je ne puis dire quelle est l'influence des désirs vénériens satisfaits sur la production de cette maladie. Je crois que ce n'est que l'excès qui est nuisible. Il ne faut pas croire que la virginité et la continence mettent à l'abri du cancer de l'utérus. On trouve cette maladie dans les couvents presque aussi fréquemment que chez les femmes qui vivent au milieu des plaisirs du monde.

On a prétendu que les femmes voluptueuses sont plus particulièrement exposées au cancer; mais pour apprécier cette influence, il faut aussi tenir compte d'une autre opinion suivant laquelle les affections cancéreuses de la matrice exalteraient l'appétit sexuel.

L'abondance des règles prédispose-t-elle au cancer? Ce n'est pas probable. Pour se faire une idée de cette influence, il faut se garder de confondre les métrorrhagies de la maladie avec l'écoulement sanguin des époques menstruelles qui ont précédé.

On peut dire d'une manière générale que toute excitation qui entretient une suractivité vitale de l'utérus est une cause de cancer utérin. Mais pour que le cancer se développe, il faut un état constitutionnel dont la nature est inconnue; elle est inconnue parce qu'il ne suffit pas de l'indiquer, il faudrait savoir ce qui la constitue, et nous l'ignorons.



- Ce qui paraît hors de doute, c'est qu'un certain nombre d'individus naissent avec cette prédisposition qui devient manifeste dans les cas nombreux d'hérédité.

- L'hérédité ne constitue pas une cause inévitable de cancer; une fille née de parents cancéreux peut incontestablement arriver à une vieillesse très-avancée sans avoir la maladie de son père ou de sa mère; mais on peut dire que c'est une condition fâcheuse.

- L'accouchement ne paraît pas avoir une influence marquée sur la production du cancer utérin. Il ne peut agir que dans les cas où des soins consécutifs étant insuffisants, laissent l'utérus dans un état maladif qui, comme toute congestion, prédispose au cancer.

Les affections tristes, en troublant la nutrition, sont une des conditions les plus favorables au développement de cette maladie, mais il faut une autre cause pour en déterminer le siège.

*Marche et terminaison.* — Nous avons vu le cancer de l'utérus débiter d'une manière tellement obscure que la plupart des auteurs ne le connaissent qu'à partir de la phase avancée de son développement, qui est caractérisée par l'existence d'une tumeur. Cette première période est souvent fort longue. Je l'ai vue durer plusieurs mois, avant qu'un symptôme autre que la leucorrhée liquide, d'une abondance extrême, et la consistance spéciale du tissu utérin, ne vint confirmer le diagnostic. La seconde période est caractérisée par une tuméfaction avec bosselures. La troisième, par une ulcération fongueuse et saignante.

Je suis porté à croire que la durée du cancer de l'utérus est beaucoup plus longue qu'on ne le pense généralement.



D'après M. Lebert (maladies cancéreuses), les malades ne vivraient guère plus de 16 mois (16,39) après le début de cette maladie. M. West assigne à peu près le même terme, 17 mois ou un peu plus (17,3 mois), et encore ce dernier auteur admet une forme aiguë comme galopante. Dans la statistique de Lebert et dans celle de West on trouve à la vérité des cancers dont la durée a été de plus de deux ans. 16 et 17 mois ne sont qu'une moyenne. D'après M. Courty, « les femmes pourraient ne succomber que plusieurs années, parfois même 7 à 8 ans après l'époque probable où le cancer utérin avait commencé à se développer ». Si la durée indiquée par West et Lebert me paraît un peu courte, je crains que M. Courty n'ait un peu fixé à l'aventure l'époque probable du début du cancer.

Je crois que la fluxion sanguine qui se fait chaque mois vers l'utérus est une condition qui doit accélérer la marche de la maladie, dont la durée est, par suite, plus courte pour le cancer qui siège à la matrice que pour celui qui se développe ailleurs.

Il est une autre cause qui a une influence marquée sur la rapidité de l'issue du cancer utérin. Je veux parler de la grossesse. L'existence d'un cancer de la matrice n'est pas un obstacle à la conception, et ce qu'il y a de plus curieux, c'est que l'enfant conçu dans de si déplorable conditions n'est pas fatalement voué à la mort. Il y a un bon nombre de cas semblables consignés dans la science. Pour ma part, j'ai vu des femmes affectées de cancers ulcérés de la matrice devenir enceintes et accoucher heureusement. Je dois pourtant ajouter que sous l'influence de l'accouchement, le cancer qui avait marché rapidement pendant la grossesse, se termine promptement



par la mort. Il résulte, en effet, d'une statistique dont M. West a emprunté les éléments à Simpson, Arnott, Kiwisch, etc., que sur 75 cas de cancer du col de l'utérus existant chez des femmes enceintes, 41 accouchements auraient été suivis de la mort presque immédiate de la mère, et dans 72 cas, 47 enfants auraient succombé dans le travail. Cela ne paraît pas étonnant quand on pense que le col induré de la matrice met un obstacle à l'accouchement, et que lorsqu'il cède, il se déchire et donne lieu à des hémorrhagies qui sont une nouvelle complication d'une grossesse qui n'est arrivée à terme qu'à travers mille difficultés.

A mesure que le cancer de l'utérus progresse, il envahit les organes voisins et se les assimile. Je vous ai déjà dit que des exsudations plastiques fixent de très-bonne heure l'organe malade, de manière à s'opposer aux impulsions que l'on cherche à communiquer par le toucher vaginal. Bientôt les parois de la vessie et celles du rectum sont envahies, et l'ulcération progressant, il s'établit de larges communications entre ces organes et le vagin qui lui-même a été envahi par le cancer. C'est la terminaison la plus cruelle pour les femmes qui, toute leur vie, ont eu de grands soins de propreté, et quand j'assiste à une pareille fin, je regrette toujours qu'un charlatan ne m'ait pas enlevé la confiance de la malade. J'avoue que je suis incapable de donner des illusions aux pauvres créatures qui sont condamnées à une mort si cruelle. Il ne faut pourtant pas oublier qu'il est dans notre nature de nous accrocher aux plus faibles lueurs d'espérance. Les espérances qui nous semblent impossibles quand elles ont trait à un étranger, nous les acceptons pour



nous quand nous ne voulons pas mourir. Il est donc du devoir d'un médecin de chercher à inspirer aux malades des illusions qu'il ne peut pas conserver.

Heureusement la terminaison du cancer de l'utérus n'est pourtant pas toujours aussi répugnante. Souvent, la cachexie cancéreuse amenant de la dyspepsie, du dégoût pour les aliments, et par suite une alimentation insuffisante, les malades s'affaiblissent de jour en jour et meurent avant d'être devenus un objet de dégoût pour les personnes qui leur donnent des soins. Cette terminaison est encore hâtée quand les hémorrhagies sont abondantes et lorsque l'écoulement ichoreux devient par sa quantité une cause d'épuisement.

#### DE L'ÉPITHÉLIOMA DE L'UTÉRUS.

L'épithélioma a pour l'utérus une prédilection si marquée, que sa fréquence est peut-être dix fois plus grande que celle du carcinome. Tandis que nous avons vu le carcinome débiter par le corps de la matrice, c'est, dans l'immense majorité des cas, sur le museau de tanche que l'épithélioma prend naissance. C'est incontestablement une des maladies les plus fréquentes dont l'utérus peut être affecté.

Le plus souvent les médecins ne sont consultés que lorsque la maladie a profondément ulcéré les tissus dans lesquels elle s'est développée. On observe alors une ulcération plus ou moins profonde existant là où était le col de la matrice. Les bords de cet horrible ulcère sont irréguliers, comme déchiquetés, ils sont durs et ne cèdent



pas à la pression. C'est à tort que l'on a dit qu'il y a autour une teinte violacée. Le vagin conserve sa couleur d'un rose pâle jusqu'aux bords de l'ulcère, dont le fond contraste singulièrement avec les tissus voisins. Tandis que ceux-ci ont conservé leur aspect normal, les parois de l'ulcère ont une teinte sanguinolente qui, au fond du spéculum, paraît noire.

Souvent l'ulcération gagne de proche en proche, creusant du côté de la cavité utérine, fouillant lentement, sans s'accompagner de symptômes qui soient de nature à faire naître l'inquiétude dans l'esprit des malades. Il n'est pas rare, en effet, de découvrir un épithélioma profondément ulcéré, chez des femmes qui n'ont qu'un écoulement muqueux très-moderé, un peu rougeâtre. Souvent même les parois du vagin sont sèches au lieu d'être lubrifiées par un peu de mucus, comme cela existe à l'état normal. Cela s'observe surtout lorsque l'épithélioma se développe après l'âge de la ménopause. Pas plus que la leucorrhée, les douleurs ne sont un symptôme inévitable de l'épithélioma. Tant que l'ulcère n'a pas déterminé de retentissement du côté du péritoine, il peut ne s'accompagner que de souffrances dont les malades ne parlent que lorsqu'elles sont interrogées à ce sujet. Tantôt, c'est la sensation d'une brûlure légère dans la profondeur de la région hypogastrique; le plus souvent il n'y a qu'une douleur supportable dont le siège est au niveau du sacrum.

A côté de cette forme que l'on a appelée l'*ulcère rongeur de la matrice*, et qui a une grande ressemblance avec le cancroïde ou épithélioma de la face, connu sous le nom de *noli me tangere*, il y en a d'autres très-différentes par leur aspect extérieur.



La plus commune se manifeste par une induration et par le bourgeonnement de la portion libre du museau de tanche. D'abord le col semble augmenté de volume à peu près comme dans la métrite chronique, mais par le toucher un médecin expérimenté sent déjà une inégalité à la surface de l'organe, puis bientôt une sorte de bourgeon dur et très-différent de la saillie formée par l'hypertrophie des glandules. C'est quelque chose qui ressemble beaucoup au tubercule cancéreux des fumeurs, qui est constitué par un épithélioma de la lèvre.

Une forme que l'on observe assez souvent commence par des végétations que je crois constituées en partie par des papilles (papillome du col). D'abord rouges, les petites tumeurs pâlissent au bout d'un certain temps, puis elles s'ulcèrent en augmentant de volume. Cette espèce d'épithélioma est beaucoup plus douloureuse que la précédente. Elle cause une sensation qui tient de la cuisson et du prurit; c'est elle qui produit ces excitations voluptueuses indiquées par plusieurs auteurs qui se sont occupés de ce sujet.

Enfin l'épithélioma se manifeste par de grosses végétations qui ressemblent beaucoup à celles que l'on observe à la vulve, et que l'on a longtemps regardées comme une manifestation de la syphilis. Au col de l'utérus, elles sont plus arrondies, plus rugueuses et plus saignantes.

Cette dernière forme de l'épithélioma est celle qui donne le plus souvent lieu aux hémorrhagies; elle est connue sous le nom d'épithélioma en chou-fleur. Quand l'épithélioma débute par une végétation existant dans la cavité du museau de tanche, on observe aussi des hémorrhagies fréquentes et abondantes, parce que la végétation



agit à la manière d'un polype, en maintenant le col ouvert et en produisant un afflux de sang vers cette partie. Par le toucher vaginal on trouve alors ce petit corps ayant son implantation à une profondeur variable et faisant saillie entre les deux lèvres écartées.

Dans tous les cas d'épithélioma, le bord libre des lèvres devient très-vite irrégulier et frangé; il est le siège de granulations dures qui, quand elles grandissent, peuvent constituer un bourrelet ayant la forme d'un champignon.

Dans la période de l'épithélioma que l'on peut appeler hypertrophique, par opposition à l'autre variété qui constitue l'ulcère rongeant du col, la prolifération se fait du côté du vagin. Ce n'est que plus tard que le mal s'étend vers le corps de l'utérus.

J'ai dit que, dans l'ulcère rongeant, les hémorrhagies sont rares. Il n'en est pas de même pour toutes les formes de l'épithélioma, et les métrorrhagies se produisent dans la forme hypertrophique ulcérée, aussi bien que dans l'épithélioma de la cavité du col. Dans tous les cas, un choc, ou le contact du doigt, du spéculum, ou de tout autre corps introduit brusquement, peut être la cause d'une perte de sang plus ou moins considérable. Quand cette maladie existe chez une femme jeune, elle peut donner lieu à une leucorrhée qui est, toutefois, beaucoup moins abondante que celle qui annonce le début du carcinome du corps de la matrice. Quand l'épithélioma est ulcéré, la sécrétion devient ichoreuse et irritante pour les parties avec lesquelles elle reste en contact. La vulve devient alors le siège d'une cuisson pénible; souvent les malades se plaignent de souffrir en urinant, par suite de



l'inflammation qui se propage de la vulve au méat urinaire.

J'ai dit que l'épithélioma peut être longtemps indolent. Il n'en est pas de même dans tous les cas : il y a des femmes qui ressentent de vives douleurs dans la matrice, dans la région des reins, au niveau du sacrum et le long des cuisses. La marche de l'épithélioma est plus lente que celle du carcinome ; c'est pour cette forme que l'on pourrait, avec M. Courty, donner à la maladie une durée de plusieurs années. J'ai vu de vieilles femmes qui ont vécu cinq et six ans avec un épithélioma du col. Celles qui vivent le plus longtemps sont celles qui ont échappé aux applications de topiques irritants.

L'épithélioma se développe moins souvent que le carcinome chez de jeunes femmes. Je ne connais pas de statistiques comparatives, mais je n'hésite pas à affirmer que c'est après quarante ans, et souvent après la ménopause, que l'épithélioma s'observe le plus souvent. Je ne crois pas avoir jamais vu une femme de trente ans affectée de cette maladie.

L'épithélioma étant primitivement une maladie locale, ce n'est pas dans la constitution qu'il faut en chercher la cause. Ce n'est pas davantage dans l'hérédité. On n'hérite que d'une maladie constitutionnelle.

L'influence de l'irritation sur le développement de l'épithélioma en général nous est suffisamment démontrée par la prédilection de cette maladie pour les lèvres des fumeurs qui se servent d'une pipe à tuyau court. Dans ce cas, la nutrition des lèvres est sans cesse troublée par la chaleur de la pipe. C'est une cause incontestable de l'épithélioma des fumeurs. On peut donc supposer que



toute action irritante d'une longue durée est de nature à produire l'épithélioma.

Quand l'utérus ne s'enflamme pas sous l'influence du contact des agents extérieurs, ou d'une excitation longtemps prolongée, on peut donc redouter la production d'un épithélioma utérin. A ce titre, l'abus des relations sexuelles, la présence d'un pessaire, sont des causes qui peuvent souvent être invoquées.

Le diagnostic de l'épithélioma offre de très-grandes difficultés, tant que la maladie ne se manifeste ni par une grosse tumeur, ni par une profonde ou large ulcération.

Quand on ne trouve sur la portion libre du col qu'une petite tumeur du volume d'un petit pois, il est fort difficile de dire si c'est une glandule hypertrophiée, ou le commencement d'un épithélioma; il y a pourtant des caractères un peu différents dans les deux cas. Il est d'abord très-rare qu'une glandule acquière un développement un peu considérable, sans qu'elle soit entourée de quelques autres un peu plus volumineuses qu'à l'état normal. Cette pléiade glandulaire établit déjà une présomption en faveur d'une simple inflammation. Quand elle existe, il y a une leucorrhée constituée par du mucus filant, c'est-à-dire par le mucus que ces glandes sécrètent.

Il est vrai que l'irritation qui donne lieu à l'épithélioma peut aussi produire l'hypertrophie et l'hypersécrétion des glandules. Ainsi, ce symptôme n'établit qu'une présomption; mais quand la tumeur dépend d'une glandule enflammée, elle n'a jamais la consistance de l'épithélioma qui résiste à la pression du doigt, tandis qu'une glandule enflammée conserve une mollesse plus ou moins grande. Une



glandule ne saigne pas facilement, l'épithélioma donne quelques gouttes de sang quand on le touche, ou quand on le frotte avec un pinceau. Le tissu dur de l'épithélioma se continue avec celui du col sans qu'une ligne de démarcation soit nettement indiquée par une différence de consistance. Ce n'est qu'en un point un peu éloigné que le col conserve sa consistance normale.

Le diagnostic est tout aussi difficile quand la maladie débute par une prolifération dans la cavité du col. L'épithélioma peut prendre alors une forme allongée qui lui donne l'apparence d'un polype. Le doigt, introduit dans l'orifice du museau de tanche, dont les lèvres sont alors plus ou moins écartées, trouve ce corps dont la consistance est ferme. On peut déjà affirmer, par ce caractère, que ce n'est pas un polype muqueux; mais la difficulté n'est pas dissipée, car les polypes fibreux ne sont pas rares en cette région; à l'aide du spéculum à valves, qui écarte les lèvres du col, on peut souvent découvrir ce petit corps et en discerner la couleur. Mais il faut être prévenu que cela n'est pas toujours possible. Après l'avoir vu, il peut se faire que l'on cherche vainement à le retrouver. Cela dépend du plus ou moins de dilatation de la cavité du museau de tanche. Quand, par le toucher ou par l'inspection à l'aide du spéculum, on constate que le corps est très-allongé, on peut affirmer qu'il s'agit d'un polype. L'épithélioma ne s'accroît pas en longueur sans acquérir en grosseur un volume proportionné.

L'épithélioma et le polype peuvent donner lieu à des métrorrhagies, mais à ce moment le polype s'engage davantage entre les lèvres du col. L'épithélioma, beaucoup plus court, n'est pas susceptible des mêmes alternatives



de propulsion au dehors et de retrait dans la cavité du museau de tanche.

La marche est très-différente dans les deux maladies : tandis que le polype s'allonge et tend à faire saillie dans le vagin, l'épithélioma s'ulcère à mesure qu'il se développe, de sorte que la leucorrhée qu'il produit devient purulente et ichoreuse, tandis que l'écoulement reste muqueux quand il est symptomatique d'un polype.

Dès que l'épithélioma s'est ulcéré, le diagnostic devient beaucoup plus facile ; on rencontre cependant des faits qui ne laissent pas que d'être fort embarrassants. En vous décrivant la métrite du col, je vous ai parlé assez longuement de la métrite granuleuse ulcérée. Vous savez que, le plus souvent, cet état est très-net et ne peut guère être confondu avec une autre affection. Mais quand il existe depuis longtemps, quand surtout des topiques irritants l'ont aggravé, il peut se transformer et acquérir un aspect qui ressemble beaucoup à l'épithélioma ulcéré du col. Cette ressemblance est d'autant plus grande que l'ulcère repose alors sur des tissus hypertrophiés.

A propos du diagnostic différentiel du cancer, je vous ai déjà parlé d'une femme qui est couchée au n° 15 de la salle Saint-Maurice et qui, après avoir eu une métrite aiguë du col, ne ressent plus la moindre douleur du côté de la matrice. Cette malade, qui vient d'avoir une syphilide papuleuse et une iritis, est maintenant affectée d'un énorme développement du museau de tanche, dont la surface est rouge, ulcérée et bosselée. Je vous répéterai pour l'épithélioma ce que je vous disais à propos du diagnostic du carcinome : il serait à peu près im-



possible de se prononcer dès à présent, si la diathèse syphilitique n'était pas déjà une présomption en faveur de l'existence d'une maladie syphilitique du col de l'utérus.

Quand l'épithélioma a acquis un volume considérable, quand il remplit une grande partie du fond du vagin, il n'est pas facile de dire si l'on a affaire à un épithélioma ou à un carcinome, car, dans l'une et dans l'autre de ces maladies, la surface de la tumeur devient le siège de bosselures. Cependant le carcinome est plus saignant, il se ramollit plus vite, et l'atteinte à la santé générale est plus profonde.

L'ulcère rongeant est d'un diagnostic facile, il ne peut être confondu avec les chancres du col. Le chancre mou est diphthéritique, blanchâtre, en général peu étendu et peu profond. Le chancre infectant du col est très-rare, et il se guérit sans produire une ulcération que l'on puisse prendre pour le début d'un ulcère rongeant. Très-promptement son fond est rouge et ses bords se limitent par un bourrelet d'une teinte opaline.

Les ulcérations que l'on observe sur le col de certaines femmes enceintes pourraient plutôt en imposer pour un carcinome que pour un épithélioma, dans les cas où le museau de tanche est hypertrophié et œdémateux. Je n'insiste pas sur ce diagnostic, qui ne présente jamais de réelles difficultés.

Entendons-nous pourtant : jamais le col ulcéré d'une femme enceinte ne peut faire croire à l'existence d'un cancer; mais quand la conception se produit chez une femme qui a un commencement d'épithélioma, le médecin peut être embarrassé pour savoir la part qu'il faut



faire à la grossesse dans l'ulcère du museau de tanche. Le temps se charge de lever les doutes qui pourraient exister à ce sujet.

Un chirurgien n'a pas seulement à se prononcer sur la nature de l'ulcération du col; il faut encore qu'il sache quelle est l'étendue du mal, car de cette connaissance dépend son intervention. C'est le plus souvent une question fort difficile à résoudre. Quand l'épithélioma fait une sorte de champignon circulaire reposant sur une base très-étroite, quand les tissus paraissent avoir une consistance normale un peu plus haut, on peut croire que le mal est limité à la surface de l'organe. Il faut pourtant être prévenu de la tendance de l'épithélioma à gagner en profondeur, en même temps qu'il se développe extérieurement.

La terminaison de l'épithélioma ressemble beaucoup à celle du carcinome. Comme le véritable cancer, il gagne en profondeur et en largeur, s'assimilant et détruisant tous les organes. Tantôt il s'étend le long des parois du vagin, tantôt il envahit la vessie et le rectum, pour donner lieu à une fistule recto ou vésico-vaginale, cette effroyable fin de la femme cancéreuse. Il s'étend aussi au corps de l'utérus, et ne tarde pas à donner lieu aux horribles douleurs de la péritonite.

Avant de vous parler du traitement de l'épithélioma, je dois vous dire quelques mots de celui du carcinome. Vous avez déjà pressenti l'impuissance de la médecine pour une maladie qui est constitutionnelle avant de se manifester localement. Ce n'est guère, en effet, qu'à un traitement palliatif qu'un médecin consciencieux et instruit peut avoir recours.



Quand le diagnostic est certain, lorsqu'on est sûr d'avoir affaire non à un épithélioma, mais à un carcinome, tout espoir de guérison étant perdu, il faut calmer les douleurs et s'efforcer de rendre les atteintes de la mort moins cruelles. Je sais bien que ce n'est pas la pratique de tout le monde, et vous voyez tous les jours les journaux de médecine les plus répandus publier des tentatives de guérison par des caustiques. C'est maintenant l'électro-caustie qui est à la mode, parce qu'elle constitue une méthode de traitement peu compromettante pour le chirurgien, et aussi parce que, ne donnant pas lieu à l'hémorrhagie ou à tout autre accident des opérations, elle a l'air d'avoir fait faire un pas vers la guérison.

Je comprends que, pour un cancer extérieur, comme celui des mamelles ou des testicules, on tente une opération, quand les ganglions auxquels se rendent les lymphatiques de la partie malade ne sont pas envahis. Dans ce cas, on enlève tout ce qui paraît envahi par le mal et l'on retarde la mort. C'est du moins le résultat qui ressort d'une statistique récemment publiée. Mais quand le corps de l'utérus est le siège du cancer, quelle prétention peut-on avoir en cautérisant? On ne peut pas concevoir l'espoir d'enlever toute la portion de l'organe qui est envahie; car une fois que le cancer s'est montré dans les parois de la matrice, quelle que soit la profondeur à laquelle on cautérise, on laissera toujours une partie malade.

Espère-t-on arrêter la marche du cancer, en détruisant par le cautère une portion des tissus affectés? Ce que nous observons dans les cancers placés sous nos yeux,



dans le cancer de la mamelle, par exemple, prouve le contraire.

On diminue la prolifération extérieure en détruisant la portion saillante, mais la marche de la maladie dans les tissus profonds n'est pas un instant retardée.

L'intervention chirurgicale n'est utile que dans les cas où des hémorrhagies se produisent par l'ulcération de vaisseaux importants que l'on peut atteindre. Il faut alors ne pas reculer devant l'application d'un fer chauffé au rouge cerise, c'est-à-dire au degré où il agit comme hémostatique. Si la malade redoutait trop ce moyen, il ne faudrait pas le lui imposer. S'il est permis, s'il est commandé de faire des concessions aux malades, c'est lorsque, sur leur pancarte, on pourrait écrire la formule célèbre du poète italien : *Plus d'espoir!*

On peut remplacer le fer rouge par la solution de perchlorure de fer à 30 degrés, qu'il suffit d'appliquer avec un pinceau, quand l'hémorrhagie n'est pas très-abondante. Si l'on a besoin d'arrêter l'écoulement de sang par un moyen prompt et sûr, il vaut mieux se servir de boulettes de charpie, imbibées de la solution de perchlorure de fer, et les maintenir appliquées en tamponnant le vagin.

Quand le cancer de l'utérus donne lieu à un écoulement ichoreux d'une odeur fétide, il faut remédier à cet inconvénient en faisant des injections phéniquées ou chlorurées. Le permanganate de fer est un agent dont, depuis quelques années, on retire de bons effets.

C'est à une solution d'acide phénique au 200<sup>e</sup> qu'il faut d'abord avoir recours. Si cela ne suffit pas, on peut, sans craindre d'irriter les parties saines, employer une solution au 100<sup>e</sup>. Si la vulve était irritée à la longue, il



suffirait, pour obvier à cet inconvénient, de oindre les parties saines avec un peu d'huile ou de cold-cream, avant de faire l'injection.

Sans avoir la moindre chance de guérir les femmes affectées de cancer utérin, le médecin a encore une grande mission. Il peut rendre la maladie moins cruelle, en calmant les atroces douleurs qui sont pires que la mort. C'est à l'opium et à ses préparations qu'il faut alors avoir recours. On ne se figure pas les doses auxquelles, dans ce cas, on peut arriver sans que les malades ressentent l'effet physiologique de ce remède : il est sans doute prudent de commencer par cinq ou dix centigrammes d'opium, mais on ne tarde guère à s'apercevoir qu'il faut parfois vingt ou trente centigrammes de ce médicament pour calmer les douleurs. C'est par des doses élevées d'opium que les charlatans parviennent à inspirer quelque confiance aux malades. La tumeur cancéreuse continue à grossir, mais les souffrances étant supportables, on se figure, tant il est dans notre nature de nous rattacher aux espérances les plus vaines, que le mal doit tendre à disparaître après avoir atteint l'apogée de son développement. Le chloral, le chloroforme, tous les calmants, doivent être tour à tour employés.

La thérapeutique du cancer de la matrice possède encore un agent qu'il ne faut pas dédaigner. C'est l'acide carbonique en injection. M. Fordos, pharmacien de l'hôpital de la Charité, a imaginé un instrument ingénieux à l'aide duquel on peut injecter de l'acide carbonique au fond du vagin, sur la tumeur cancéreuse, et calmer ainsi, pour un temps variable, les douleurs qui résistent aux préparations opiacées.



Le traitement que je viens de vous indiquer pour le carcinome utérin est celui qui convient à l'épithélioma, quand celui-ci est trop étendu pour qu'il soit permis d'espérer de l'extirper en totalité. Heureusement, cette maladie étant primitivement locale, peut être radicalement guérie dans les cas rares où l'on n'est pas consulté trop tard.

Lorsque l'épithélioma siège sur la portion libre du museau de tanche, et n'a pas envahi la portion sus-vaginale; lorsque en palpant l'abdomen avec soin, on s'est assuré que les ganglions lymphatiques des régions iliaques et lombaires ne participent pas à la maladie, il est du devoir du chirurgien d'intervenir.

Depuis que Jobert (de Lamballe) a eu l'idée de porter le fer rouge sur le col de l'utérus, c'est le moyen auquel on s'est le plus souvent adressé. Le fer chauffé à blanc détruit sans doute les tissus avec lesquels on le met en contact, mais il est promptement éteint par les liquides qui s'écoulent au moment de son application. Il faut donc éteindre plusieurs cautères, si l'on veut avoir l'espoir de détruire l'épithélioma jusque dans ses racines.

Il est rare que cette cautérisation soit pratiquée d'une manière efficace, parce que les malades, qui ne ressentent aucune douleur tant que le museau de tanche est la seule partie sur laquelle le fer rouge exerce son action, ne tardent pas à se plaindre quand les liquides (sang et sérosité) qui suintent sous l'action du cautère et acquièrent une température voisine de celle de l'ébullition, arrivent au contact du vagin.

Ce n'est pas ainsi qu'il faut opérer : dès qu'un premier fer rouge a été éteint sur la partie que l'on cautérise,



il faut faire une injection d'eau froide et en remplir le spéculum.

Au bout d'une ou deux minutes, on retire cet instrument, on l'essuie, on le graisse de nouveau et on le réapplique.

Après avoir épongé le fond du vagin avec des pinceaux de charpie, on recommence la cautérisation avec un second fer rouge. S'il faut cautériser une troisième fois, on prend les mêmes précautions pour prévenir l'action de l'eau en ébullition sur les parois vaginales.

Je n'ai pas besoin de dire que c'est avec un spéculum en ivoire ou en buis que l'on pratique cette cautérisation pour que l'instrument, étant mauvais conducteur de la chaleur, ne cause pas la sensation de cuisson dans les tissus avec lesquels il est en contact.

La cautérisation avec les instruments imaginés par Middeldorf, l'inventeur de l'électro-caustie, est assurément plus expéditive, et si l'on avait toujours sous la main une pile électrique assez puissante, cette méthode devrait être préférée, dans tous les cas, à celle que je viens de vous indiquer. Vous savez tous en quoi elle consiste, c'est un moyen auquel tous les chirurgiens de nos jours ont eu recours, et l'on a peine à comprendre comment certains publicistes ont l'ingénuité de l'indiquer comme une nouveauté. Les bonnes choses vieillissent vite, en ce sens que leur emploi devient promptement du domaine public. Quand on veut détruire un épithélioma du col de l'utérus par le cautère électrique, on peut agir avec le cône en spirale, qui brûle en s'enfonçant dans les tissus : cette pratique ne peut convenir que pour les cas où l'épithélioma n'a qu'un très-petit volume.



Lorsqu'on veut extirper le mal en détruisant une grande portion du museau de tanche, il faut alors se servir de l'anse coupante, ou du couteau électrique que l'on courbe à angle droit, de manière à pouvoir porter le tranchant de sa lame perpendiculairement à la direction du col.

En coupant lentement, on pratique l'opération sans hémorrhagie; en se pressant, on ne laisserait pas au fer rouge le temps de se refroidir au point où il agit comme hémostatique. Il ne faut pas croire, en effet, que le courant électrique se maintienne à une température constante : il est refroidi de quelques degrés par les liquides qui suintent autour de lui. On n'atteindrait pas le but de couper lentement, si l'on n'avait pas le soin de modérer la chaleur par l'immersion graduelle de la pile dans la solution qui développe sa puissance thermo-électrique.

Dans ces dernier temps, M. Paquelin a inventé un thermo-cautère que vous connaissez tous, et dont on se sert aussi pour cautériser le col. Je préfère à ce moyen l'électro-cautère, et plus encore la cautérisation à l'aide d'un fer massif, chauffé au feu.

Avant la méthode de Middeldorf, l'écrasement linéaire était un moyen précieux pour l'extirpation du museau de tanche affecté d'épithélioma.

Quand on a recours à cette méthode, on passe la chaîne de l'écraseur autour du col, au-dessus de la partie malade, et, par une constriction graduelle, on sectionne sans s'exposer aux hémorrhagies immédiate ou consécutive.

On peut pratiquer cette opération au fond du vagin, au moyen de l'écraseur courbe; mais si l'on a de la peine



à faire manœuvrer l'instrument, on saisit le col avec des pinces érignes, on l'attire au dehors, et on l'entoure de la chaîne de l'écraseur au point où l'on veut pratiquer la section.

Comme les tissus sont attirés sous la chaîne de l'écraseur, on est exposé à couper plus haut ou plus bas qu'on n'en a l'intention, si l'on n'a pas recours à une précaution qu'il ne faut pas négliger : elle consiste à pédiculiser le col. Pour cela, pendant qu'un aide maintient le museau de tanche avec les érignes, on exerce une constriction avec une ficelle au niveau du point où l'on appliquera la chaîne de l'écraseur. Quand une dépression suffisante a été ainsi pratiquée, on procède à l'écrasement linéaire.

Je ne crois pas devoir vous entretenir de la cautérisation à l'aide des pâtes de Vienne, de Canquoin, de la pâte arsenicale et de la destruction du col par les flèches caustiques. Ce sont des moyens trop dangereux pour qu'on ne leur préfère pas ou l'écrasement linéaire ou la section à l'aide de l'électro-caustie. Par ces méthodes, on obtient quelques guérisons ; mais n'oubliez pas que les occasions de les employer utilement sont extrêmement rares.

Ne croyez pas surtout aux succès annoncés dans les petits mémoires qui paraissent à des intervalles de temps, sagement calculés, pour faire croire au public que quelqu'un a le secret de guérir les malades que les autres médecins laissent mourir.

Lisfranc, qui avait un talent chirurgical que ses ennemis ne pouvaient pas lui contester, eut le tort d'annoncer des guérisons qui n'étaient pas réelles. Sur 80 femmes dites guéries, 75 étaient mortes avant la publication du



livre dans lequel Pauly dévoila la turpitude de son maître. A cette époque, c'était une hardiesse chirurgicale que d'extirper le col de la matrice, car, n'ayant ni le cautère électrique ni l'écrasement linéaire, on faisait l'opération avec l'instrument tranchant, et les hémorrhagies en étaient la suite ordinaire.

Récamier allait plus loin que Lisfranc. Il pensait qu'il ne fallait pas reculer devant l'extirpation de l'utérus tout entier.



## DIX-SEPTIÈME LEÇON

### CANCER DE L'UTÉRUS.

(SUITE.)

Je veux aujourd'hui vous entretenir d'une femme qui est affectée d'un cancer de l'utérus : si cette leçon offre quelque intérêt, elle ne l'empruntera pas aux difficultés du diagnostic. J'aimerais mieux continuer à vous parler de maladies à l'occasion desquelles on doit prémunir les auditeurs contre la possibilité d'une erreur. L'enseignement, alors, a plus d'attrait que lorsqu'il s'agit d'une affection facile à diagnostiquer. Si je ne pensais qu'à moi, en vous faisant des leçons, je ne vous parlerais pas d'une malade affectée d'un cancer utérin ; mais une longue expérience m'a appris les difficultés dont le traitement de cette maladie est entouré, et je crois que je vous rendrai service en vous disant ce que l'on doit faire quand on a le malheur d'avoir à donner des soins à une malheureuse femme affectée d'un cancer de l'utérus.

Vous m'avez vu m'arrêter près du lit n° 13 de la salle Saint-Maurice, et vous m'avez entendu parler à la malade plus doucement qu'à ses voisines. J'agis ainsi parce que cette femme m'inspire une profonde pitié, et aussi parce que les égards exceptionnels du médecin qui la soigne sont pour elle une consolation



au milieu de ses souffrances. On ne peut pas être trop bienveillant et trop affectueux pour une femme qui doit mourir. Quand on ne connaît pas le cœur humain, quand on n'en sait pas tous les replis, on peut croire qu'il n'y a pas d'inconvénient à témoigner le même intérêt à toutes les malades; eh bien, détrompez-vous : si l'on veut être respecté et avoir de l'autorité dans une salle d'hôpital, il faut savoir cacher l'intérêt que certaines souffrances vous inspirent. Si vous agissiez autrement, si, au besoin même, vous ne saviez pas faire croire à la dureté de votre cœur, vous seriez souvent exposés à ce qu'on se méprît sur vos sentiments. Une pareille méprise me paraît la plus grande offense faite à un médecin d'hôpital. Pardonnez-moi cette digression, qui peut avoir son utilité pour quelques-uns d'entre vous qui n'ont pas encore une grande expérience de la vie.

La malade qui occupe le n° 13 de la salle Saint-Maurice, Clémence G..., est entrée dans mon service le 13 décembre 1875; il y a donc, aujourd'hui, environ trois semaines. Jaune et amaigrie, elle a l'apparence d'une personne profondément cachectique. Il résulte des renseignements recueillis par M. Graux, l'interne du service, qu'elle n'avait jamais été malade, quoiqu'elle ne fût pas douée d'une constitution robuste; elle a seulement été sujette à la migraine dans sa jeunesse; elle n'a jamais eu ni hémorroïdes, ni rhumatismes, ni affections cutanées.

Comme antécédents de famille, nous apprenons que sa mère est morte à soixante-quinze ans, d'un traumatisme mal déterminé, sans qu'elle ait jamais été atteinte d'affection cancéreuse; mais le père de la ma-



lade a succombé à une maladie de poitrine, quand il avait à peine atteint l'âge de trente ans.

Cette femme a eu cinq enfants : un seul est mort à l'âge de huit mois, les quatre autres sont bien portants.

Réglée à douze ans, elle a toujours eu une menstruation régulière et peu abondante : ses règles ne duraient guère qu'un ou deux jours, jamais le sang ne contenait de caillots. Elle a eu cinq enfants, mais elle a eu six grossesses, car, à sa cinquième grossesse, elle fit une fausse couche de six semaines. Il y a dix ans qu'elle est accouchée pour la dernière fois. Depuis cette époque jusqu'au moment où elle ressentit les premières atteintes du mal pour lequel elle est entrée à l'hôpital, elle n'avait jamais éprouvé de douleurs pendant son époque menstruelle ; jamais elle n'avait eu de pertes blanches dans l'intervalle de ses règles.

Depuis huit mois environ, elle a presque continuellement senti des douleurs dans le bas-ventre : au début, c'était plutôt une gêne, une sensation de pesanteur ; bientôt il s'y joignit une irritation douloureuse dans la région des reins.

Bien que les douleurs allassent toujours en s'accroissant davantage, elles restèrent, pendant les trois premiers mois, assez tolérables pour que cette malheureuse femme ait continué son métier de repasseuse, qui l'obligeait à rester debout depuis le matin jusqu'au soir. Jusque-là, il n'y avait pas eu d'hémorrhagie. Les règles étaient toujours peu abondantes et de courte durée ; elles se reproduisaient invariablement à une époque fixe, sans avancer ni retarder ; en dehors des époques menstruelles, elle perdait un peu en blanc, mais ces pertes



étaient peu abondantes et sans odeur appréciable.

Il y a environ cinq mois, les douleurs devinrent si vives, que la malade les compare à celles qui se produisent pendant l'accouchement. Peu de temps après, bien qu'elle ne fût pas à l'époque de ses règles, elle eut une métrorrhagie qui dura deux ou trois jours et pendant laquelle de gros caillots de sang sortirent en causant de vives souffrances; depuis cette époque, c'est-à-dire depuis cinq mois, elle n'a jamais cessé de perdre du sang. Si elle a quelques jours de répit, pendant lesquels elle ne perd pas de sang, l'écoulement sanguin est remplacé par des eaux roussâtres qui s'écoulent abondamment et répandent une odeur fétide.

Les douleurs ont encore le caractère de pesanteur qu'elles avaient au début de la maladie; mais il se produit des exacerbations pendant lesquelles la malade ressent de vifs élancements.

Quand elle entra à l'hôpital, elle avait perdu du sang en si grande abondance, qu'elle pouvait à peine se tenir debout.

Le repos, quelques gouttes de la solution de perchlorure de fer à 30 degrés dans un verre d'eau, diminuèrent la perte, qui se reproduisit quelques jours après.

L'aspect cachectique de cette malade fait tout d'abord penser à une affection cancéreuse. Quand on examine son ventre, on le trouve aplati, mais résistant à la main qui explore à travers la paroi abdominale; en palpant doucement et lentement, la main finit par arriver sur une tumeur qui paraît avoir le volume du poing.

C'est un élément de plus pour le diagnostic. Nous pouvons déjà résumer trois symptômes importants : tumeur



paraissant avoir son siège dans l'utérus ; métrorrhagie ; odeur fétide de l'écoulement.

C'est assez pour préjuger la nature de la maladie, c'est insuffisant pour affirmer. Le toucher par le vagin ne permet pas de doute : avec le doigt, on trouve en effet le col de l'utérus largement ouvert, si largement que la dernière phalange de l'indicateur peut entrer facilement et sentir des inégalités sur les parois de la cavité creusée dans toute la longueur du museau de tanche.

Cet examen doit être fait avec les plus grandes précautions, car si l'on heurtait, si l'on froissait un peu vivement les surfaces ulcérées que l'on explore, on ramènerait inévitablement une hémorrhagie.

Le col est ulcéré dans sa profondeur, et je ne doute pas que la cavité dans laquelle on introduit le doigt ne se continue avec la cavité agrandie du corps de l'utérus ; car la main qui presse la paroi abdominale pendant que l'on pratique le toucher, sent manifestement que la tumeur dont j'ai déjà parlé ne peut être autre chose que le corps de la matrice. Quand on a l'habitude du toucher, il est impossible de méconnaître chez notre malade l'existence d'un cancer ulcéré de l'utérus, mais j'ai vu des médecins peu expérimentés hésiter dans des cas semblables.

Quelle est pourtant la maladie qui s'annonce par les signes que je viens de vous indiquer ?

Assurément ce n'est pas la métrite parenchymateuse ; dans cette forme de l'inflammation de la matrice, on trouve bien l'utérus augmenté de volume, on observe des douleurs gravatives comme celles dont notre malade se plaint ; les douleurs s'irradient aussi vers les reins ;



mais la métrite parenchymateuse ne donne pas lieu à la métrorrhagie ni à un écoulement d'une fétidité repoussante.

Je ne parle pas de la métrite membraneuse, dont un des symptômes constants est la métrorrhagie; car, dans cette maladie, l'utérus conserve, à peu de chose près, son volume normal.

C'est peut-être avec les myomes que le cancer dont notre malade est affectée pourrait le plus facilement être confondu. Comme dans le cancer, en effet, on observe des métrorrhagies abondantes, quand les hypertrophies partielles qui constituent les myomes se produisent à l'intérieur de l'utérus et maintiennent écartées les parois de cet organe.

Il n'est pas rare aussi d'observer alors des écoulements aqueux, qui rappellent un peu ceux qui sont un des signes les plus importants du cancer. Enfin, dans l'un et l'autre cas, l'utérus acquiert un volume plus ou moins considérable, le plus souvent même plus grand dans le cas de myome que dans le cas de cancer; dans le myome comme dans le cancer, la cavité utérine est agrandie; mais quand l'utérus est augmenté de volume par le développement d'un myome du côté de sa cavité, les bords de l'orifice du col sont plutôt amincis qu'augmentés de volume. Si le doigt pénètre dans le museau de tanche, il n'y rencontre pas des surfaces irrégulières et ulcérées, mais bien des parois lisses, alors même que de petits myomes existent en ce point.

D'ailleurs l'écoulement n'a jamais, dans le cas de myome, l'odeur repoussante du cancer.

Je ne parle pas des renseignements que l'on pourrait



tirer de l'hystérométrie. Si cette opération peut être tentée sans inconvénient dans un utérus qui est le siège de myomes, il n'en est pas de même quand l'instrument peut entrer dans les tissus qui sont le siège d'un cancer. Cette opération ne pourrait avoir qu'un but de curiosité, car le doute n'est pas permis : notre malade est affectée d'un cancer ulcéré, ayant excavé le col et le corps de l'utérus.

Quand on touche cette femme, on peut être surpris de l'énorme développement que le cancer a pris en cinq mois. Je sais bien qu'il y a huit mois qu'elle souffre, mais il n'y a que cinq mois qu'elle a eu de grandes douleurs et que les métrorrhagies ont commencé.

La rapidité de la marche est un élément de diagnostic que nous ne devons pas négliger. A cause de la rapidité de l'évolution, je n'hésite pas à affirmer qu'il s'agit ici d'un cancer encéphaloïde.

J'aurai l'occasion de revenir sur ces deux espèces de maladies que le microscope tend à confondre aujourd'hui, tandis que, cliniquement, elles ont les caractères les plus dissemblables.

L'espèce de cancroïde que l'on désigne sous le nom d'*ulcère rongeant* du col pourrait peut-être embarrasser ; mais dans l'ulcère rongeant, le museau de tanche est détruit dans sa profondeur ; il est creusé, et le doigt qui y entre, au lieu de trouver, sur les parois de la cavité, des bourgeons qui indiquent une prolifération, ne sent que des surfaces unies, résultant d'un travail lent de destruction qui s'opère à la fois dans toute l'étendue des tissus qui sont le siège du mal. L'ulcère rongeant a d'ailleurs une marche beaucoup plus lente, et souvent il ne donne



lieu ni à une métrorrhagie, ni aux pertes d'eau rousse qui se produisent dans le cas de carcinome.

La durée du cancer est, en moyenne, d'un peu moins de deux ans. Cela résulte des statistiques de West, de Scanzoni, de Dugès et Boivin. A ce compte, notre malade pourrait encore vivre près d'un an. Ce n'est pas probable. D'après les statistiques que je viens de rappeler, la moyenne de la vie des femmes affectées de cancer de l'utérus n'est pas deux ans, mais seize mois et demi, et si c'est la moyenne, il faut bien que la marche soit beaucoup plus rapide dans certains cas.

Chez notre malade, qui a cinquante ans, on aurait pu espérer que la maladie marcherait plus lentement; mais elle touche à l'âge de la ménopause et ne l'a pas encore passé. La marche de la maladie eût certainement été moins rapide si la malade n'avait plus été réglée au moment de l'invasion du mal.

L'histoire de cette femme nous prouve qu'il n'est pas toujours facile de prévoir le développement d'une affection cancéreuse.

On dit que les femmes qui doivent avoir un cancer de l'utérus ont des règles très-abondantes. Notre malade ne perdait de sang que pendant un ou deux jours.

Sa menstruation n'était jamais douloureuse. Elle n'avait jamais eu de pertes blanches.

Une seule circonstance aurait pu faire craindre l'évolution d'un cancer : le père de cette malade est mort d'une affection tuberculeuse des poumons; mais que de femmes nées de pères poitrinaires, qui ne meurent pas cancéreuses !

Il est pourtant vrai que l'on voit souvent, dans une



même famille, des personnes qui succombent à la phthisie, tandis que d'autres membres sont affectés de cancer. Il n'est pas rare de voir une sorte d'alternance dans la succession de ces deux maladies. Je connais une famille dans laquelle j'ai observé ce fait curieux d'un père phthisique, ayant eu une fille cancéreuse, qui a engendré des enfants devenus tuberculeux dans un âge peu avancé.

Toujours est-il que, pour notre malade, c'est la seule étiologie que nous puissions invoquer.

Je vous l'ai déjà dit : cette femme est vouée à une mort prochaine ; mais, avant de mourir, que de souffrances elle devra endurer !

Ce sont des douleurs que nous devons calmer. Nous y parviendrons par les préparations opiacées. Déjà nous sommes arrivé à la dose de 10 et 15 centigrammes d'extrait gommeux d'opium. Nous ne nous arrêterons pas là. Nous augmenterons la dose progressivement, de manière à procurer à cette malheureuse un peu de calme et du sommeil.

Malgré notre conviction que cette forme de cancer est absolument incurable, j'ai prescrit la ciguë à l'intérieur. Je fais prendre, chaque jour, six centigrammes d'extrait de ciguë, et j'augmenterai de deux centigrammes tous les huit jours, jusqu'à ce que la tolérance arrive à sa limite. Je suis convaincu que cette médication retarde la marche du cancer.

Nous avons une autre indication à remplir : il faut combattre l'odeur fétide de l'écoulement, non-seulement pour elle, mais pour ses voisines, qui perdent l'appétit et sont profondément dégoûtées par cette puanteur.

C'est à la glycérine phéniquée qu'il faut avoir recours



dans ce cas, et non à la solution aqueuse d'acide phénique, qui doit être très-étendue pour ne pas exercer une action caustique sur les parois du vagin, et qui alors perd un peu de ses propriétés antiputrides.

Chez cette malade, je fais injecter deux fois par jour de l'acide salicylique de Dusaule. Vous savez que cette préparation n'est nullement caustique, et elle a, comme l'acide phénique, des propriétés antiputrides incontestables. Depuis que nous avons commencé ces injections, on peut rester près de la malade sans être incommodé par l'odeur.

Jusqu'ici, le repos a suffi pour modérer les hémorrhagies. Si elles se reproduisaient avec plus d'intensité, il faudrait faire une injection de perchlorure de fer. Pour cela, il faut que le médecin se résigne à se colorer les mains d'une manière assez fâcheuse pour un homme qui va dans le monde. On ne doit pas faire cette injection à l'aveuglette : le liquide injecté aurait de grandes chances pour ne pas dépasser le vagin. Pour qu'elle soit efficace, il faut que le chirurgien introduise la canule dans l'orifice du col, en la guidant sur son doigt, et il doit veiller à ce qu'elle n'y pénètre pas à frottement, cas dans lequel il s'exposerait, d'une part, à augmenter l'hémorrhagie, et, de l'autre, à causer de violentes douleurs, en s'opposant à la sortie du liquide injecté.

Le liquide dont on se sert pour cela doit être une solution de perchlorure de fer à quinze degrés.

Dans le cas où l'injection ne suffirait pas pour arrêter l'hémorrhagie, il faudrait introduire dans la cavité du col, et aussi loin que possible, un pinceau imbibé de cette solution et l'y maintenir pendant une ou deux minutes.



Il est impossible de penser à cautériser les surfaces ulcérées. L'ulcère, chez notre malade, a une forme qui rappelle l'évidement d'une pomme que l'on creuse par un orifice étroit. Je vous ai bien dit que l'on peut introduire le bout de l'indicateur dans la cavité du col, mais il serait très-difficile d'y introduire un fer rouge sans brûler des parties du col qui sont encore saines.

Par la cautérisation, on n'arrêterait pas la marche de la maladie, et peut-être qu'au lieu de la ralentir, on attirerait l'ulcération du côté du vagin. Or, s'il est à désirer que le cancer ne s'étende pas du côté du péritoine, cas dans lequel il cause d'atroces douleurs, il n'est guère moins désirable qu'il n'envahisse pas les parois du vagin, d'où il gagnerait la vessie et le rectum en faisant communiquer ces conduits, en donnant ainsi lieu à une affreuse infirmité.

La cautérisation à l'aide de pâtes ou de liquides caustiques n'est pas moins contre-indiquée que la cautérisation au fer rouge. Pour y avoir recours, il faudrait d'abord se servir d'un spéculum dont l'introduction peut avoir de graves inconvénients, en reproduisant l'hémorrhagie et en causant une distension toujours douloureuse. Quand le cancer a envahi le vagin, la contre-indication est plus formelle encore. Dans ce cas, en effet, l'introduction du spéculum pourrait déterminer la déchirure des parties envahies par le cancer.

Je me résume en disant qu'il ne faut pas penser à un traitement curatif.

Notre rôle se réduit à calmer les douleurs, à alimenter et à soutenir la malade par des boissons alcooliques, par le vin de Bagnols, le vin de quinquina, un peu de rhum



dans une potion ; et à supprimer, sinon, à diminuer la fétidité de l'écoulement.

L'opium à haute dose ayant l'inconvénient de produire la constipation, il faut veiller à ce que l'intestin soit libre, sans avoir recours à des purgations capables d'affaiblir la malade.

Enfin, si les douleurs résistaient à l'opium, nous tenterions les injections d'acide carbonique, faites avec l'appareil de Fordos, pharmacien de la Charité.

*2<sup>e</sup> observation.* — Je veux maintenant vous parler d'une malade qui nous a offert une forme rare de cancer. Chez elle, la maladie était arrivée à la période ultime de son développement, sans qu'il y ait eu ulcération. Voici son histoire(1) :

La nommée D..., âgée de cinquante ans, qui vient de mourir, est entrée, le 8 mars dernier, dans notre service. Avant l'affection pour laquelle elle est entrée à l'hôpital, cette femme n'avait jamais été malade; cependant sa santé avait toujours été très-délicate. Régliée à quinze ans, elle s'était mariée, mais n'avait jamais eu d'enfants. La ménopause était arrivée à l'âge de quarante-cinq ans; à ce moment, cette femme était encore bien portante; ce n'est que deux ans après, en 1873, qu'elle fut prise assez subitement de pertes blanches très-abondantes. En même temps elle éprouvait de vives douleurs dans le ventre; ces douleurs étaient analogues à celles qui précèdent l'arrivée des règles. Néanmoins, la malade n'eut, à aucun moment, de métrorrhagie véritable; à trois reprises seulement elle

(1) Observation recueillie par M. Weiss, interne du service.



vit apparaître un peu de sang, sans qu'elle puisse préciser l'époque exacte de ces hémorrhagies.

Indépendamment de ces symptômes, elle ne présenta, du côté des autres organes, que des troubles fonctionnels peu importants : elle avait parfois de la diarrhée et des douleurs pendant la miction.

Cet état persista ainsi pendant trois ans, en s'aggravant très-lentement, ce que l'on pourrait peut-être rapporter à l'absence d'hémorrhagie.

Au moment de son entrée à l'hôpital, cette femme présentait l'état suivant :

Elle est considérablement amaigrie et a beaucoup perdu de ses forces, surtout dans les derniers temps ; son facies a une teinte jaune paille assez caractéristique, ses fonctions digestives sont languissantes.

Les douleurs qu'elle a éprouvées dans le ventre ont à peu près disparu. Les pertes blanches sont actuellement insignifiantes et n'ont pas d'odeur.

Mais ce sont les signes objectifs que présente la malade qui offrent surtout de l'intérêt.

Le toucher vaginal révèle l'existence d'une tumeur bosselée faisant une saillie considérable dans le vagin, qu'elle obstrue presque entièrement en arrivant jusqu'à la vulve. Cette tumeur est si volumineuse qu'il est impossible d'explorer complètement les culs-de-sac du vagin et de dire si le col utérin existe encore ou s'il est envahi par le néoplasme. Ce qui augmente encore la difficulté, c'est que l'on ne peut contourner la partie saillante de la tumeur, qui n'est libre que dans sa moitié inférieure et qui paraît adhérente à la paroi supérieure du vagin. L'introduction du spéculum est absolument impossible, aussi ne



peut-on dire s'il existe sur la tumeur un orifice qui conduise dans la cavité de l'utérus.

La tumeur est, avons-nous dit, très-consistante; elle donne assez exactement la sensation d'un enchondrome.

La palpation de l'abdomen, combinée avec le toucher vaginal, ne permet de sentir, ni dans les fosses iliaques ni dans la région hypogastrique, rien d'anormal.

En pratiquant le toucher rectal, on peut s'assurer que la tumeur sentie par le vagin occupe presque tout le petit bassin, et qu'elle remonte au delà des limites que le doigt peut atteindre. Cette portion de la tumeur n'est pas fluctuante, mais elle paraît moins dure que celle dont nous venons de parler.

En présence des signes présentés par la malade, le diagnostic reste forcément incertain. En raison de la marche spéciale de la maladie, de la teinte jaune caractéristique, de l'amaigrissement progressif de la malade, M. Guérin croit pouvoir affirmer la nature maligne de la maladie, tout en faisant des réserves sur la variété et sur le point de départ exact du néoplasme.

Pendant les jours qui suivirent l'entrée de cette malade à l'hôpital, son état resta à peu près stationnaire.

Mais les choses changèrent de face vers le 10 avril 1876. La malade éprouva de nouveau de vives douleurs dans le ventre, en même temps que se produisaient un tympanisme abdominal considérable et une constipation opiniâtre. Des gaz étaient cependant encore rendus par l'anús. Bientôt des nausées et des vomissements vinrent se joindre aux signes précédents. Cet état persista malgré l'emploi de purgatifs et de lavements répétés. Il devenait de plus en plus évident qu'il se produisait une obstruction



intestinale, déterminée par la compression qu'exerçait la tumeur sur le gros intestin.

22 avril. — Sous l'influence d'un purgatif énergique et d'insufflations rectales avec un soufflet, la malade a eu une selle peu abondante, absolument liquide. Malgré cela, les signes de l'étranglement interne persistent; les vomissements deviennent fécaloïdes; le ballonnement du ventre se prononce de plus en plus; les anses intestinales, surtout celles du gros intestin, se dessinent de la façon la plus caractéristique. Des eschares se produisent au sacrum. La constipation reste opiniâtre. Après quelques alternatives de bien et de mal, la malade, épuisée par ses souffrances et ne pouvant plus se nourrir, finit par succomber le 5 mai.

*Autopsie.* — A l'ouverture du corps, on constate dès l'abord une dilatation énorme des anses intestinales, qui font hernie dès que la paroi abdominale est incisée. Il semble qu'elles aient atteint leur maximum de distension possible, et qu'elles soient prêtes à éclater, car leurs parois sont d'une friabilité telle, qu'elles se déchirent en plusieurs endroits et qu'il est difficile de dire si une perforation a existé pendant la vie.

Dans le bassin, on constate l'existence d'une tumeur qui est formée par l'utérus tout entier, occupant tout à la fois le corps et le col de cet organe. On peut, en effet, en détachant toutes les anses intestinales qui ont contracté des adhérences avec la tumeur, retrouver encore la forme de l'utérus (altérée, il est vrai), et reconstituer les culs-de-sac péri-utérins.

Les ovaires sont englobés dans les parties latérales et postérieures de la tumeur; ils sont manifestement dégé-



nérés, et les trompes sont dilatées et remplies d'un liquide purulent.

Lorsqu'on vient à pratiquer une coupe antéro-postérieure de la tumeur, sans la diviser complètement, on remarque que la coupe prend une forme ovalaire, ainsi qu'il est figuré sur le dessin de M. Ribemont. (Voir la figure V de la planche chromo-lithographiée). Les diverses parties de la tumeur n'ont pas la même consistance : dans la portion correspondante au corps de l'utérus, le tissu morbide est ramolli ; dans la partie centrale, il présente une consistance caséeuse, analogue à celle des tumeurs tuberculeuses. La coque périphérique a au contraire conservé une certaine dureté.

Au niveau du col les tissus sont fermes et résistants ; il y a là, à première vue, deux phases dans le développement de la tumeur : l'un plus ancien, correspondant à une période de régression de la tumeur ; l'autre plus récent, donnant une idée de l'état anatomique primitif du tissu morbide.

La cavité de l'utérus n'est pas effacée, et elle communique avec celle du vagin par l'orifice du col. Cet orifice se trouve à la partie supérieure de la tumeur vaginale et un peu sur sa partie latérale gauche. Le col est libre dans la cavité du vagin, mais il était appliqué si intimement contre la paroi supérieure de ce conduit, que l'on conçoit bien qu'on n'ait pu le découvrir pendant la vie.

Quant à l'intestin, il est étranglé, au niveau de la partie supérieure du rectum, par un prolongement circulaire de la tumeur. A ce niveau, en effet, on constate l'existence d'une sorte d'anneau étreignant le calibre de l'intestin ; mais la tumeur n'a encore envahi que les tuniques exté-



rieures et non la muqueuse, qui ne présente que quelques légères ecchymoses. Toute la portion du rectum située au-dessous est considérablement rétrécie; elle est entourée par des tissus indurés, mais cette induration ne paraît être que le résultat d'une inflammation de voisinage.

Indépendamment de ces lésions, on constate, de chaque côté du bassin, l'existence de ganglions dégénérés, reliés au reste de la tumeur par des traînées lymphatiques très-facilement appréciables. Un de ces ganglions, plus gros que les autres, se trouve un peu en arrière et au-dessus du trou sus-pubien, en avant du ligament large.

Le reste des organes de la malade ne présente rien à relever. — On ne constate la présence de ganglions cancéreux dans aucune autre partie du corps.

L'examen microscopique, pratiqué avec soin, a montré qu'il s'agissait d'un carcinome proprement dit de l'utérus, mais en voie de régression graisseuse. La dégénérescence du tissu morbide était surtout marquée au niveau du corps de l'utérus, où l'on ne retrouvait plus aucun élément cancéreux proprement dit et où l'on constatait l'existence de nombreux corpuscules graisseux. — Au niveau du col utérin, l'altération était moins avancée, et en certains points on trouvait le tissu cancéreux primitif dans toute son intégrité; cependant les cellules cancéreuses présentaient déjà de petites granulations graisseuses dans leur intérieur, et leur nucléole était moins brillant; en d'autres points, les cellules cancéreuses ne se trouvaient plus que par îlots, au milieu d'une trame donnant l'idée d'une tumeur fibro-plastique. Néanmoins, la nature cancéreuse de la tumeur était suffisamment affirmée par l'existence de cellules cancéreuses vraies.



L'observation précédente est remarquable, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Au point de vue symptomatique, en effet, elle est surtout caractéristique par l'absence des hémorrhagies, et par des pertes blanches d'une odeur fétide, que l'on trouve si habituellement dans le cancer utérin, ce qu'on peut expliquer par le point de départ de la tumeur et l'absence d'ulcération du col de la matrice.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous insisterons surtout sur le point de départ du néoplasme, qui a débuté d'abord par le corps de l'utérus et ne s'est étendu que plus tard au col. Il est vraisemblable que c'est la muqueuse du corps qui a été le siège primitif du néoplasme, et que sa destruction a été rapide; ce serait peut-être, là encore, une explication à donner de l'absence d'hémorrhagie.



## DIX-HUITIÈME LEÇON.

### CHUTE DE L'UTÉRUS.

L'utérus est fixé par des ligaments qui le tirent en sens divers, de manière à ce que les mouvements communiqués au reste du corps ne l'ébranlent pas d'une manière pénible. Il est soutenu comme par des ressorts qui cèdent un peu pour amortir le choc, s'opposant pourtant à tout déplacement. C'est du moins le but que la nature s'est proposé d'atteindre. Malheureusement, si les ligaments par lesquels l'équilibre de l'organe est maintenu s'affaiblissent, la matrice, cédant aux impulsions qui lui sont communiquées, est portée en avant ou en arrière pour constituer les déviations utérines que nous connaissons sous les noms de rétroversion et rétroflexion, d'antéversion et d'antéflexion. Ce n'est pas de cette disposition vicieuse de l'utérus que je me propose de vous entretenir aujourd'hui.

Quand on examine l'utérus sur le cadavre d'une jeune fille, le corps de l'organe, qui est peu développé, est si bien fixé par les ligaments, que l'on a peine à comprendre comment il pourrait sortir de la cavité abdominale en faisant irruption à travers le conduit du vagin. Cette



expulsion de la matrice au dehors de la vulve est pourtant une infirmité assez commune. Quand elle est complète, elle constitue l'état que l'on désigne sous le nom de *chute complète* ou *précipitation* de l'utérus. Lorsque le col utérin ne dépasse pas l'entrée de la vulve, on dit qu'il y a *prolapsus*, *chute incomplète* ou *descente*; l'*abaissement* est l'état dans lequel la matrice s'est abaissée dans le vagin, sans que le col soit auprès de l'orifice vulvaire.

L'*abaissement* est le premier pas vers la précipitation. Heureusement, le déplacement s'arrête souvent à ce premier degré de la maladie.

On observe fréquemment les chutes de l'utérus à leurs divers degrés chez les femmes qui, pendant leurs grossesses, ont continué à se livrer à des travaux pénibles. C'est aussi la conséquence ordinaire de la conduite des femmes qui se lèvent peu de jours après leur accouchement. Je n'ai pas besoin d'insister sur cette cause de l'abaissement et de la chute de l'utérus. Les ligaments, qui ont été distendus pendant la grossesse, ne reviennent à leurs dimensions normales qu'au bout d'un temps qui varie entre six et sept semaines. C'est aussi le temps qui est nécessaire pour que la matrice reprenne les dimensions qu'elle avait avant la conception.

Si l'on ne laisse pas à l'utérus le temps de reprendre son volume normal, si la malade se lève prématurément, l'organe, n'étant plus soutenu d'une manière suffisante par les ligaments, cédera aux lois de la pesanteur et s'abaissera.

Les efforts violents pour soulever de grands poids ou pour vaincre une constipation opiniâtre produisent, à la longue, un abaissement de la matrice.



S'il faut en croire Aristote, l'utérus tomberait chez certaines femmes *par suite du désir qu'elles ont de s'accoupler aux hommes*. Je ne sais comment Aristote s'est aperçu de cela; mais, après avoir visité beaucoup de femmes, je suis tenté d'admettre avec lui que la volupté n'est pas sans influence sur l'abaissement de l'utérus.

On observe souvent la chute de matrice dans les cas d'ascite. J'en ai vu un cas très-curieux chez une femme aphasique à laquelle j'ai fait quinze fois la paracentèse. Chez cette femme, la matrice était hors de la vulve, sans qu'il y eût hypertrophie de cet organe. J'ai fait tout récemment une observation semblable chez une autre femme, également affectée d'ascite, à qui on avait retiré douze ou quinze fois plus de vingt litres de liquide. Mais dans ces cas, la chute de l'utérus est un accident presque insignifiant à côté de la maladie principale.

Paul Dubois professait que la largeur du bassin favorise les chutes de matrice. Suivant cet habile accoucheur, l'abaissement serait la conséquence d'une largeur exagérée du détroit supérieur, tandis que la largeur du détroit inférieur serait une prédisposition à la chute complète.

Je cite cette opinion sans l'adopter, ne connaissant pas de faits qui soient de nature à l'appuyer. Je crois bien plus à l'influence du relâchement des parois du vagin, qui lui-même est la conséquence des accouchements répétés et difficiles. La laxité des ligaments suspenseurs de la matrice est une cause admise par tous les médecins qui se sont occupés de cette question. J'ai déjà dit que cette laxité est la conséquence inévitable de l'imprudence que les femmes commettent en se levant peu



de jours après être accouchées; mais elle est aussi produite par des grossesses répétées, par la longueur de l'accouchement et par les manœuvres nécessitées par les cas de dystocie.

Si l'on cherche à abaisser l'utérus sur un cadavre, on reconnaît que la traction exercée sur le col distend de suite les ligaments utéro-sacrés (replis de Douglas), tandis que les ligaments ronds ne sont distendus qu'au moment où la matrice sort de la vulve.

Deux anciens prosecteurs des hôpitaux, MM. Bastien et Legendre, ont fait à ce sujet des expériences qui tendent à démontrer qu'une grande force est nécessaire pour produire la chute complète de l'utérus. Suivant eux, il ne faudrait pas moins qu'un poids de 50 kilogrammes pour obtenir ce résultat. Ils ont démontré expérimentalement qu'en opérant lentement on a besoin d'une force beaucoup moindre.

*Symptômes.* — Avant tout, il faut nous entendre sur ce que l'on doit appeler *abaissement* de la matrice. Plusieurs auteurs ont cherché à déterminer la distance qui sépare le museau de tanche de la vulve à l'état normal, et, comme on devait s'y attendre, ils ont donné des chiffres très-différents : suivant Aran, la distance de 10 ou 12 centimètres, généralement admise, est trop considérable; elle doit être fixée entre 6 et 8 centimètres. Elle serait de 6 centimètres chez les femmes qui ont eu des enfants, et de 7 à 8 chez les filles vierges et les femmes déflorées qui n'ont pas eu d'enfants.

Ces mesures ne peuvent pas s'appliquer à toutes les femmes. De même que les unes ont le nez aquilin et long, tandis que d'autres ont le nez court et relevé, de



même il en est qui ont un vagin long et d'autres qui l'ont court. Il serait tout aussi difficile de s'entendre sur la distance qui existe entre le col de l'utérus et l'orifice vulvaire du vagin, que pour apprécier la longueur du canal de l'urèthre. Il est difficile de trouver deux auteurs qui soient d'accord à ce sujet. Il me semble que sans recourir à des mensurations inutiles, on peut dire que, puisqu'il y a des pénis longs et des pénis courts, la nature a dû faire des vagins courts et des vagins longs.

Peut-être pourrait-on pourtant fixer une distance minima et dire qu'au-dessous de 6 centimètres il y a abaissement; mais je ne pense pas qu'une distance de 5 centimètres constitue un état pathologique dont il faille s'occuper.

Sauf les cas où l'utérus est maintenu abaissé par une tumeur ou par des adhérences ayant succédé à une pelvi-péritonite, je crois que l'on peut reconnaître un abaissement à la possibilité de relever avec le doigt la matrice qui paraît trop rapprochée de la vulve.

Quand la chute de l'utérus se produit d'une manière brusque, les malades ressentent une vive douleur et la sensation d'une rupture; puis portant la main à la vulve, où il semble qu'il y ait un corps étranger, elles y trouvent le col de l'utérus, si c'est une chute incomplète; si la chute est complète, la matrice tout entière fait hors de la vulve une tumeur d'un volume variable, mais qui, dès le début, n'est guère inférieur à celui d'un œuf de poule.

Quand la chute se fait lentement, les femmes se plaignent de douleurs dans la région des reins et du sacrum, de pesanteur à la partie inférieure du bassin. Elles ont



aussi une sorte de ténésme qui les incite à pousser. Cette sensation, que quelques auteurs donnent comme constante, manque pourtant assez souvent. Parfois aussi il y a sensation de défaillance, ou des troubles gastriques, tels qu'inappétence et nausées. « La femme, dit A. Paré, sent en sa nature une pesanteur et grande fascherie et l'empesche de cheminer et de faire le jeu de Vénus. » La vessie se vide incomplètement et elle se contracte vainement pour se débarrasser de l'urine qui séjourne dans sa cavité. On observe aussi du ténésme vésical et rectal.

Quand il n'y a qu'abaissement, tous ces symptômes peuvent manquer; ils ne deviennent appréciables que dans les cas de descente, alors que le col de l'utérus est au voisinage de la vulve. J'ai même rencontré quelques femmes chez lesquelles la précipitation était complète et donnait lieu à une tumeur du volume du poing, qui ne ressentaient d'autre gêne que celle qui était causée par le volume de la tumeur.

C'est par le toucher vaginal que l'on constate l'existence de l'abaissement de l'utérus. C'est une appréciation facile quand la matrice est mobile et que les parois du vagin sont lâches. On peut alors repousser l'organe à sa place normale, presque sans effort.

Il est encore plus facile de diagnostiquer la descente de l'utérus; nous avons dit qu'elle est constituée par l'abaissement arrivé au point où le col de l'utérus est visible à l'orifice vulvaire. En écartant les lèvres, on aperçoit le museau de tanche, souvent plus gros qu'à l'état normal, parfois rouge et ulcéré.

Dans le troisième degré de la chute de l'utérus (précipitation), il y a hors de la vulve une tumeur du volume



d'un œuf de poule, mais qui peut acquérir celui d'un œuf d'Autruche. Quand la chute s'est faite subitement, la tumeur est rouge et tuméfiée, par suite de l'obstacle à la circulation. Lorsqu'elle s'est faite lentement, la tumeur au contraire est pâle et blanche, recouverte d'un épithélium épais qui donne à la membrane muqueuse un aspect coloré.

Le col est plus ou moins ouvert, et, le plus ordinairement, son orifice est entouré d'une surface ulcérée. Il est facile de reconnaître que la tumeur est formée extérieurement par le vagin retourné sur lui-même, à la manière d'un doigt de gant. Ses rides transversales restent appréciables au voisinage de la vulve, même lorsque la distension est extrême. Quand il s'agit d'une précipitation sans hypertrophie du col de l'utérus, les parois vaginales restent plus flasques et moins tendues que lorsque la maladie se complique d'un état hypertrophique. Dans le premier cas la vulve est plus large et la tumeur acquiert des dimensions plus considérables que dans le second. Nous reviendrons sur ce sujet, après en avoir fini avec la chute simple de la matrice.

Quand on palpe cette tumeur, on reconnaît qu'elle est molle et fluctuante à sa face antérieure. Cela provient de ce que la matrice en descendant hors de la vulve entraîne la vessie au-devant d'elle.

Il résulte de là une cystocèle vaginale qui rendrait le cathétérisme difficile si l'on poussait la sonde dans la direction normale du canal de l'urèthre. Cette disposition a ses degrés, mais lorsque la tumeur est très-volumineuse, lorsque la plus grande partie de la vessie est sortie du bassin, en poussant la sonde du méat dans la direction



normale, on est promptement arrêté par la paroi postérieure de la vessie; tandis que l'instrument pénètre avec la plus grande facilité si on l'introduit de haut en bas, c'est-à-dire dans la direction d'une ligne allant du méat urinaire vers le col de l'utérus qui est situé à six ou huit centimètres au-dessous de la vulve.

C'est cette déviation de la vessie qui explique la difficulté que les malades éprouvent pour uriner. Les parois vésicales distendues perdent en effet bien vite une partie de leur contractilité. D'un autre côté, l'excrétion de l'urine n'est plus aidée par la contraction des parois abdominales et par le poids des intestins; il faut, en outre, que le liquide soit expulsé de bas en haut, en luttant contre la loi de la pesanteur.

La stagnation de l'urine a pour conséquence la formation de calculs, l'inflammation de la membrane muqueuse de la vessie, la formation de muco-pus dans la cavité, et enfin une altération des reins et des uretères. Mais pour que ces complications se produisent, il faut une grande négligence de la part du médecin et de la malade, car dès que la tumeur est réduite la vessie se vide facilement.

Ce n'est que dans les cas de chute avec cystocèle que la tumeur peut acquérir le volume d'un œuf d'autruche.

On observe aussi, mais plus rarement, la rectocèle vaginale. Le rectum, entraîné par le vagin auquel il adhère en bas, forme alors une partie de la face postérieure de la tumeur. Il résulte de là une constipation provenant de ce que des matières fécales durcies s'accumulent dans la partie du rectum faisant hernie sous la paroi retournée du vagin.

Très-promptement cette masse devient insensible. Ambroise Paré en avait déjà fait la remarque : « Cette



*masse de chair descendue, dit-il, n'a pas grand sentiment, mais sont les liens dont elle est attachée qui sont fort sensibles. »*

Quand on cherche à remettre les choses en place, la réduction est difficile parfois, disent les auteurs; pour moi, je n'ai jamais éprouvé la moindre difficulté pour réduire cette espèce de hernie. Nous verrons plus tard pourquoi la réduction a des bornes. Dans tous les cas, il est facile de la faire rentrer au-dessus du sphincter du vagin.

Dans les cas où l'orifice vaginal n'est pas excessivement dilaté, la réduction s'accélère quand la plus grande partie de la tumeur a franchi cette partie rétrécie, absolument comme pour les hernies; lorsque l'entrée du vagin est très-large, on réduit bien facilement, mais les parois vaginales tendent aussitôt à sortir et à entraîner au dehors l'utérus qui lui-même n'a nulle tendance à rester dans la cavité pelvienne.

Nous avons comme veilleuse, à la salle Saint-Maurice, une femme qui offre un exemple très-remarquable de chute complète ou précipitation de la matrice.

Elle a eu 14 enfants, mais dès son premier accouchement, elle dit qu'elle s'aperçut que quelque chose sortait de son corps. On ne peut donc pas dire que c'est à ses nombreuses grossesses que la chute de l'utérus doit être attribuée. En outre des causes que nous avons reconnues, il ne faut pas omettre de tenir compte d'une certaine prédisposition provenant de la laxité des tissus et des dimensions relatives du contenant et du contenu. Chez cette femme, la vulve et l'orifice du vagin ont de telles dimensions que le poing tout entier y passerait sans effort;



aussi dès que la matrice et le vagin ont été repoussés dans la cavité pelvienne, on est obligé de les contenir pour les empêcher de sortir aussitôt.

J'ai été bien aise de montrer cette femme à mes élèves : elle offre un cas remarquable de précipitation de l'utérus, sans l'hypertrophie en longueur du col utérin, qui est si fréquente, que Huguier, auteur d'un mémoire très-important sur ce sujet, a prétendu que sur 64 cas d'expulsion du col hors de la vulve, il n'en a trouvé que deux sans cette hypertrophie. Je crois qu'il est arrivé à Huguier ce qui arrive à la plupart des hommes qui, tout à coup, quittent les sentiers battus; avant lui, on avait à peu près oublié les travaux de Levret, et l'on pensait que les chutes de l'utérus ne reconnaissent d'autre cause que le relâchement des ligaments et la laxité des parois du vagin. Huguier, ayant reconnu que l'hypertrophie du col est la règle en pareil cas, était bien tenté d'admettre qu'il n'y avait d'exception apparente que dans les cas qui avaient été mal observés.

Comme Huguier j'admets la règle, mais les exceptions ne sont pas tout à fait aussi rares qu'il le pensait. Ainsi, en ce moment, nous avons la veilleuse dont je viens de vous parler; mais il est entré dans la salle, il y a deux jours, une femme qui, elle aussi, a une chute complète sans hypertrophie.

Chez la veilleuse, la portion libre intra-vaginale du museau de tanche est certainement plus grosse qu'à l'état normal, mais l'augmentation s'est surtout faite en largeur. Le col est plutôt court que long; les parois du vagin sont trop épaisses pour qu'il soit possible de les déprimer et de bien apprécier ce qui existe dans la cavité



pelvienne. Ce n'est que par le toucher rectal qu'il est possible de se faire une idée juste de ce qui existe : avec le doigt indicateur introduit dans le rectum, on reconnaît que le corps de l'utérus n'est pas volumineux et que son col n'a que la longueur normale.

Une aussi grande infirmité n'empêche pas cette femme de se livrer à des travaux pénibles. En vous parlant du traitement de la chute de l'utérus, j'aurai l'occasion de vous dire comment notre malade contient sa tumeur en dedans de l'orifice vulvaire.

L'orifice du col est tellement ouvert, qu'il n'est pas étonnant que cette femme ait conçu facilement : on le trouve au fond de la dépression qui résulte de la réduction de la matrice et du vagin, et comme il n'y a plus de culs-de-sac vaginaux, c'est vers cet orifice que le méat du pénis est nécessairement dirigé. Il n'est pas même impossible que l'extrémité de la verge y ait pénétré, car on y observe une sorte de dépression en entonnoir. Ce ne serait pas d'ailleurs la première fois que cela se serait produit : l'observation que Marrigue, chirurgien de l'infirmerie de Versailles, communiqua à Chopart, qui l'a reproduite dans son traité des voies urinaires, est trop curieuse pour qu'elle ne trouve pas sa place ici :

« Une fille de campagne fit, à l'âge de quatorze ans, un effort violent pendant l'éruption de ses règles, pour jeter par-dessus un mur un paquet d'herbes qu'elle tenait entre ces bras. Elle ressentit sur-le-champ une douleur très-vive dans les reins et dans la partie inférieure de l'hypogastre. Le lendemain elle aperçut un corps charnu qui sortait de la vulve et dépassait les grandes lèvres : ce corps était la matrice, la réduction n'en fut



point faite. Cette fille s'accoutuma peu à peu à cette incommodité.

» Cependant, la tumeur augmenta dans la suite par la sortie ou descente d'une plus grande portion de ce viscère, lequel se gonfla peu à peu, acquit la forme et le volume d'un œuf d'oie. La jeune fille essaya plusieurs fois de remplacer sa descente, mais elle éprouva une telle résistance que ses tentatives furent tout à fait infructueuses.

» Elle prit le parti de vivre avec cette incommodité qui, au reste, ne lui causait aucune douleur, et n'empêchait pas que ses règles ne coulissent régulièrement tous les mois.

» Parvenue à l'âge de vingt-deux ans, elle épousa un homme qui, n'ayant jamais connu d'autre femme, pensa qu'elles étaient toutes conformées comme la sienne. En conséquence, il ne se plaignit point du vice organique dont elle était affectée, et fit pendant vingt ans des tentatives inutiles pour la rendre mère.

» Cette femme ne cessa pas de jouir de la meilleure santé, et devint grosse et robuste; elle s'occupa des travaux de la campagne et fut réglée tous les mois. Enfin, au bout de vingt ans, son mari parvint à dilater l'orifice de la matrice qui était hors des grandes lèvres, et après l'avoir élargi peu à peu, il y introduisit le gland de la verge et commença l'œuvre de la génération; cette femme devint enceinte, et la grossesse s'annonça par tous les signes qui la caractérisent.

» Le développement de la matrice se fit en partie dans le bassin et en partie hors de cette cavité. La portion de ce viscère sortie par la vulve s'étendit dans toutes les dimensions autant qu'il lui fut possible; mais comme dans ce déplacement elle se trouvait contrainte par la vulve et



par l'orifice du vagin, dont la partie supérieure était retournée pour suivre et accompagner la descente utérine, elle s'allongea et forma une tumeur plus étendue au dehors. L'autre portion de la matrice, ou son fond, s'étendait dans l'hypogastre proportionnellement à l'accroissement du fœtus.

» Cette femme passa le temps de sa grossesse sans autre incommodité qu'une leucophlegmasie qui lui survint au septième mois, et qui se dissipa spontanément par un flux abondant d'urine. Arrivée au terme de l'accouchement après neuf mois révolus, elle éprouva les douleurs qui annoncent un travail prochain.

» La portion de la matrice qui était sortie par la vulve se présentait à la vue sous la forme et le volume d'un gros melon ellipsoïde; sa surface était rouge, la matrice était tellement serrée par la vulve, qu'elle semblait avoir contracté des adhérences; l'orifice, placé à son extrémité inférieure, présentait une ouverture d'environ un pouce de diamètre. Le sommet de la tête de l'enfant se manifestait à cet orifice dont les bords étaient si durs et si calleux, qu'il ne fut pas possible de les dilater; il y avait déjà plus de vingt-quatre heures que le travail était commencé, et comme on ne pouvait pas espérer que le col de l'utérus se dilatât assez pour permettre la sortie de l'enfant, on se décida à faire au bord de cet orifice une incision de chaque côté, qui, agrandissant suffisamment cette ouverture, permit l'introduction de la main dans la matrice pour y saisir l'enfant et l'amener au dehors. Il était mort. Dans les tentatives que l'on fit pour extraire le placenta, le cordon se rompit, ce qui obligea de porter la main dans la matrice et de détacher le placenta qui se divisa en plu-



sieurs parties que l'on enleva. Cet accouchement ne fut suivi d'aucun accident; les lochies coulèrent avec abondance. On engagea cette femme à garder le lit pendant un mois, à faire usage de fomentations émollientes, de bains de vapeur pour tâcher d'amollir la matrice et de parvenir à sa réduction. Mais elle ne voulut se soumettre à ce traitement que pendant huit jours, et reprit ses travaux accoutumés. »

La matrice se rétablit dans l'état où elle était avant la grossesse, avec cette différence que la portion déplacée était un peu plus longue et plus cylindrique. Cette femme parvenue à l'âge de cinquante-trois ans, jouissait encore d'une bonne santé dix ans après son accouchement, et s'occupait des travaux de la campagne.

Je compléterai ce qui est relatif à la chute de l'utérus en m'occupant, dans la prochaine leçon, de l'hypertrophie du col de cet organe et de son apparition en dehors de la vulve.



## DIX-NEUVIÈME LEÇON

### HYPERTROPHIE DU COL DE L'UTÉRUS

SIMULANT LA CHUTE DU CORPS DE CET ORGANE.

Pendant longtemps, l'apparition du museau de tanche hors de la vulve a été considérée comme l'indice certain de la chute de la matrice. Bien que Levret eût déjà signalé très-expressément l'hypertrophie du col, personne ne pensait à attribuer à cet état pathologique un accident dont l'existence paraissait devoir être suffisamment expliquée par la précipitation de l'utérus, lorsque Huguier publia, en 1859, un mémoire dans lequel il ne craignit pas de soutenir que l'affection *généralement prise pour une chute de l'organe gestateur n'est autre chose qu'un allongement hypertrophique.*

Depuis cette époque, tous les médecins qui s'occupent de gynécologie ont admis cette proposition qui, pour être absolument vraie, doit cependant comporter plus d'exceptions que Huguier n'en admettait.

C'est pour cela que, avant de vous parler de l'hypertrophie du col de l'utérus, j'ai tenu à vous décrire la chute de l'utérus telle qu'on l'admettait autrefois. J'ai eu la bonne fortune d'avoir dans ma salle, au même moment, deux



femmes affectées de chute complète de la matrice sans hypertrophie du col, et j'ai pu vous parler d'une autre malade qui est dans le même état. C'est assez pour que vous ne rejettiez pas l'existence de la chute de l'utérus; mais il n'en reste pas moins vrai que, dans le plus grand nombre des cas où le museau de tanche fait saillie hors du vagin, cette infirmité est liée à l'existence de l'hypertrophie du col et le plus souvent à l'hypertrophie de la portion sus-vaginale. Le col est, comme vous le savez, composé de deux portions, l'une faisant saillie dans le vagin, c'est la portion *intra-vaginale*; l'autre située au-dessus de l'insertion du vagin sur le col, c'est la portion *sus-vaginale*. Eh bien, ces deux portions du col de l'utérus peuvent s'hypertrophier isolément. A cause de cela, je vous parlerai successivement de l'hypertrophie de l'une et de l'autre, et je commencerai par l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col, celle qui peut le plus facilement en imposer pour une chute de la matrice. C'est par cette espèce que nous allons commencer l'étude de l'hypertrophie du col de l'utérus.

*Hypertrophie de la portion sus-vaginale du col.* — Cette hypertrophie a cela de remarquable que le col s'allonge sans augmenter en grosseur. L'allongement ne produit l'expulsion au dehors des parois du vagin que lorsqu'il est au moins de trois centimètres. Si, à cette époque, on sonde l'utérus, l'hystéromètre pénètre à une profondeur de neuf centimètres; quand l'allongement est moins considérable, les parois du vagin peuvent être en prolapsus et apparaître à l'orifice vulvaire, mais elles ne le dépassent pas.

Quand le col a subi un allongement, on dirait que le



corps de l'utérus s'atrophie ; si, en effet, on explore cet organe par le toucher rectal, on est surpris de rencontrer, au bout du col allongé, un corps qui rappelle celui d'une jeune fille qui n'a pas conçu. C'est, du moins, la disposition la plus ordinaire. Il est aussi un certain nombre de cas dans lesquels le corps est un peu plus gros qu'à l'état normal, mais c'est l'exception et non la règle.

Quand l'allongement est devenu assez considérable pour simuler la chute complète ou précipitation de l'utérus, j'ai dit que l'hystéromètre pénètre au moins à une profondeur de neuf centimètres ; il n'est pas rare de rencontrer des femmes chez lesquelles l'instrument pénètre à 14 et 15 centimètres.

Huguier a fait remarquer avec raison que ce qui distingue l'hypertrophie sus-vaginale du col de la précipitation de l'utérus, c'est que la matrice reste en place dans le premier cas, tandis qu'elle tombe hors du bassin dans le second cas. Cela est vrai d'une manière générale, mais je n'oserais pas dire avec Huguier que dans l'hypertrophie de la portion sus-vaginale, le col de *l'utérus est habituellement situé au milieu de la hauteur de la symphise du pubis, quelquefois plus haut* ; il faut ajouter avec lui : *d'autres fois un peu plus bas*, et même je suis tenté de dire : *presque toujours un peu plus bas*.

On comprend que le corps de l'utérus peut rester très-élevé, quand la partie libre de son col est sortie du bassin, puisque cette sortie se fait en raison de l'allongement du col qui, trouvant un obstacle dans les ligaments larges et utéro-sacrés, ne peut se développer en haut. Si le col n'est poussé en bas que parce que le corps a atteint la limite la plus élevée que ses attaches



lui permettent, on est autorisé à dire que dans l'hypertrophie sus-vaginale du col, le corps doit être très-haut placé. Eh bien ! ce serait se méprendre sur sa véritable situation, et je puis affirmer que dans un certain nombre de cas, le corps de la matrice finit par s'abaisser. J'emploie à dessein cette expression pour faire comprendre que les faits observés n'autorisent pas à dire que, dès le début de la maladie, le corps de l'utérus était moins élevé qu'il ne l'est à l'état normal. Cette explication étant donnée, je dirai avec Huguier que jamais, dans l'hypertrophie sus-vaginale du col, les annexes de la matrice ne sont entraînées vers la vulve; elles gardent la situation qu'elles ont normalement, tandis qu'il est ordinaire de trouver les ovaires et les trompes descendus avec la matrice dans la chute complète de cet organe.

L'abaissement du museau de tanche, dans le cas d'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col, a ses degrés, comme la chute de l'utérus. Il est inutile d'insister sur sa situation, qui est en raison de l'allongement produit par l'hypertrophie.

Quand l'hypertrophie est telle que l'hystéromètre peut être introduit à 12 centimètres, tout le vagin est retourné sur lui-même, à la manière d'un doigt de gant, et le museau de tanche est situé à cinq ou six centimètres au-dessous de l'orifice vulvaire du vagin. La maladie est caractérisée par une tumeur qui ressemble absolument à celle qui est constituée par la chute de l'utérus. J'ai dit, en parlant de cette dernière infirmité, que ce n'est pas l'utérus seul qui forme toute la tumeur; on y trouve une portion plus ou moins grande de la vessie. Il en est de même dans le cas d'allongement hypertro-



phique de la portion sus-vaginale du col. Le vagin, poussé par le col de haut en bas, entraîne avec lui une partie de la vessie, dans laquelle l'urine s'accumule et peut donner lieu aux accidents dont je vous ai parlé dans la dernière leçon. Si l'on saisit la tumeur entre deux doigts, on sent très-distinctement un cylindre qui n'a guère que le volume d'un doigt; il paraît aussi en avoir la longueur. En explorant la tumeur de bas en haut, on ne trouve que ce corps cylindrique, dont le volume est uniforme dans toute sa hauteur; on ne parvient pas à atteindre le corps de l'utérus, qui est inaccessible à ce mode d'exploration.

Le museau de tanche, qui, comme vous le savez, est la portion du col de la matrice que l'on voit au fond du vagin, où elle fait à l'état normal une saillie qui est environ de deux centimètres chez les femmes jeunes; le museau de tanche a complètement disparu. A l'extrémité de la tumeur qui fait saillie au-dessous de la vulve, on aperçoit une fente transversale qui est l'orifice du col. A son voisinage, il existe ordinairement une surface ulcérée, dans une étendue variable, qui paraît être la conséquence du frottement produit par les corps avec lesquels cette partie est nécessairement en contact, soit que la malade marche, soit qu'elle se repose dans la station assise.

On a prétendu que l'orifice du col est habituellement dirigé en avant; c'est aussi l'opinion de Huguier, qui dit dans son mémoire : « L'orifice utérin occupe ordinairement le centre de la tumeur et est dirigé en avant. Quelquefois il est placé à droite ou à gauche. » Je crois qu'il faut ajouter qu'il est plus souvent dirigé en arrière.



C'est la disposition qu'on observe chez une malade dont je vous ai déjà parlé, et qui est couchée sur un brancard de la salle Saint-Maurice. Elle était encore plus appréciable chez une femme qui est sortie avant-hier; toute la portion antérieure du vagin sortait et faisait une tumeur considérable entre les cuisses, sans qu'il fût possible de voir l'orifice du col retourné en arrière.

Quand le col a des lèvres qui ne sont pas hypertrophiées, sa fente est transversale; elle est, au contraire, concave en avant quand le bord de l'orifice est plus ou moins tuméfié, parce qu'alors c'est sur le milieu de la lèvre que la tuméfaction est le plus prononcée. L'effacement du museau de tanche est la conséquence de la tension exercée sur les parois du vagin. Je vais tâcher de vous faire comprendre le mécanisme de cette déformation.

A l'état normal, le vagin ne s'insère pas, comme on pourrait le croire, à la base du museau de tanche. Après avoir formé les culs-de-sac vaginaux, il se réfléchit sur le col et il lui forme une gaine jusqu'à son orifice. Les parois du vagin se continuent donc sur le col, de sorte que l'on pourrait décrire à cet organe une portion pariétale et une portion viscérale, comme pour les enveloppes séreuses du cœur et du poumon.

Cela étant établi, quand le col s'allonge et que le museau de tanche s'abaisse, il entraîne nécessairement derrière lui la portion réfléchie du vagin, dont les culs-de-sac disparaissent peu à peu. Enfin, il arrive un moment où les parois du vagin ne forment plus qu'une ligne droite allant de la vulve à l'orifice du col de la matrice, et comme, dans ce rebroussement du vagin, les parois sont tendues, elles s'écartent de plus en plus de la base



du col de l'utérus et finissent par ne plus être en rapport qu'avec la partie qui entoure son orifice.

Le museau de tanche disparaît donc avec les culs-de-sac du vagin, puisqu'il n'existe qu'en raison de leur existence; il ne faut pas croire, en effet, qu'à mesure que la portion sus-vaginale du col s'est allongée, la portion intra-vaginale s'est atrophiée : rien n'a disparu, il n'y a qu'une apparence d'amoindrissement, résultant de ce que le vagin, au lieu de former une gaine au col de l'utérus, s'en est séparé pour se prêter à l'allongement de cet organe; au lieu de se réfléchir sur le col, les parois du vagin vont en ligne droite du méat utérin à leurs insertions pelviennes.

J'ai pensé que vous aviez besoin de cette explication, peut-être un peu longue, pour bien comprendre la disparition du museau de tanche.

Plus tard, je vous parlerai de l'hypertrophie de la portion intra-vaginale du col.

Je ne veux pas que vous vous en occupiez aujourd'hui, ce serait embrouiller une étude qui offre certaines difficultés.

Quand on presse de bas en haut la tumeur qui résulte de l'allongement du col de l'utérus, on parvient sans grande difficulté à la faire rentrer dans la cavité pelvienne, et, chose curieuse, elle n'en sort pas toujours aussitôt. Cela paraît fort étrange, quand on se rappelle le mécanisme de sa production au-dessous de l'orifice vulvaire. Si, en effet, les parois du vagin viennent faire saillie en dehors du bassin parce que le col de l'utérus, en s'allongeant et constituant une tige résistante, les pousse au dehors de la vulve, il n'est pas facile de comprendre comment cette tige inflexible ne s'oppose pas à la réduc-



tion de la tumeur. C'est que cette tige, qui offre un certain degré de résistance, n'est pourtant pas absolument inflexible; si, en effet, lorsque vous avez fait rentrer la tumeur dans le bassin, vous pratiquez le toucher rectal, vous reconnaissez bientôt que le col de l'utérus forme un coude résultant de son inflexion. Sans doute, au bout d'un temps variable, surtout lorsque la malade se lève, ou s'assied, le coude ne tarde pas à disparaître; mais alors la tumeur tend à reparaître au dehors.

La flexion du corps de l'utérus sur son col aide encore à la réduction. Quand, en effet, la tumeur qui faisait saillie hors de la vulve est repoussée dans la cavité pelvienne, on sent bientôt une résistance qui résulte de ce que les ligaments de la matrice sont tendus et arrêtent le mouvement d'ascension. Si l'on insiste, l'utérus se fléchit sur son col, soit en avant, soit en arrière, suivant que la résistance provient des ligaments antérieurs ou des ligaments utéro-sacrés.

Quand la tumeur pend entre les cuisses, elle a la forme d'un cône dont le sommet correspond à l'orifice du col de l'utérus. J'ai dit que, le plus ordinairement, cet orifice est transversal. Il peut aussi arriver qu'il soit très-étroit, et même, chez quelques femmes très-avancées en âge, on le trouve quelquefois oblitéré; il résulte de cette disposition anatomique accidentelle une rétention du mucus sécrété par la membrane muqueuse de la matrice, et par suite une distension de l'organe, qui prend alors une forme globuleuse. Mais cette complication, signalée par Huguier, est tellement rare, que je ne l'ai jamais rencontrée, quoique j'aie vu un assez grand nombre d'hypertrophies de la portion sus-vaginale du col.



La consistance du col hypertrophié m'a toujours paru beaucoup plus dense que celle de l'organe à l'état sain : Huguier dit pourtant que « le parenchyme de l'utérus est le plus souvent dans l'état normal ; que les artères et les veines ont subi un développement proportionnel ; mais rien n'annonce qu'elles soient le siège d'une altération particulière dans la structure de leurs parois. La consistance du tissu, dit-il, est la même ; quelquefois, surtout chez les vieilles femmes, elle est diminuée » ; il ajoute, il est vrai, que, dans quelques cas rares, la consistance lui a paru augmentée.

Tout récemment, j'ai tenu entre les mains l'utérus d'une femme qui était morte avec une hypertrophie du col, et j'ai pu constater que le tissu de cet organe était dense et moins vasculaire qu'à l'état normal.

J'ai déjà dit que la vessie, entraînée par la paroi antérieure du vagin, forme en avant du col une tumeur qui est fluctuante quand elle est pleine d'urine. Comme dans le cas de chute de l'utérus, la direction du canal de l'urèthre est changée : au lieu d'être parallèle à la paroi antérieure du vagin normal, elle est oblique de haut en bas, c'est-à-dire du méat vers le fond de la vessie, qui est situé entre les cuisses de la malade.

« Le rectum, qui n'est uni à l'utérus que par des liens indirects, qui n'a avec lui que des rapports de contiguïté et non de continuité, éprouve, dit Huguier, des modifications bien moins fréquentes que la vessie. » Mais Huguier ajoute avec raison qu'il ne faut pas croire avec Cruveilhier que le rectum n'entre jamais dans la formation de la tumeur. Suivant lui, « la rectocèle existerait dans le tiers des cas ». Je suis porté à admettre



cette opinion, bien que je n'aie jamais fait de statistique à ce sujet.

La traction sur le rectum se fait plus tardivement que sur la vessie. Cela dépend de ce que la paroi postérieure du vagin descend plus tard que la paroi antérieure, et ceci provient en grande partie de ce que la paroi antérieure est plus lâche, et aussi de ce que les efforts portent plus sur elle que sur la paroi postérieure. Cette résistance de la paroi postérieure est rendue évidente dans les cas où, la tumeur étant rentrée, on dit à la malade de faire un effort pour la faire sortir; on voit alors que c'est toujours par le prolapsus de la paroi antérieure du vagin que la descente commence; le col vient ensuite, puis la paroi postérieure à la fin de l'expulsion.

On trouve dans le mémoire de Huguier des détails très-intéressants sur l'anatomie pathologique du bassin dans le cas d'allongement du col simulant une chute de la matrice. Je ne puis mieux faire que de les reproduire, car je n'ai étudié cette maladie que sur le vivant. « Si l'on dissèque avec soin, dit cet auteur, les parties molles qui composent le plancher du bassin, en procédant de haut en bas, c'est-à-dire suivant l'ordre dans lequel les lésions se sont opérées, on voit que chez la plupart de ces femmes qui ont eu un grand nombre d'enfants et qui ont repris leurs travaux avant que les lésions aient été réparées; on voit, dis-je, que la partie centrale de l'aponévrose pelvienne est éraillée, déchirée et même détruite dans une plus ou moins grande étendue; que la bandelette transversale qui est au-dessous du cul-de-sac péritonéal postérieur, et qui sépare le rectum du vagin, est complètement déchirée; qu'il en est de même des fibres centrales



et vaginales du releveur de l'anوس; que l'aponévrose moyenne du périnée, à part sa partie antérieure placée dans le triangle sous-pubien, est détruite; le muscle constricteur du vagin est déchiré et atrophié. »

*Étiologie.* — C'est certainement le chapitre le moins clair de l'histoire de l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col. On est pourtant à peu près unanime pour reconnaître que cette maladie existe surtout chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, chez celles dont les accouchements ont été laborieux, ou qui se sont levées très-peu de temps après avoir accouché. Sur les 64 malades observées par Hugnier, 4 seulement n'avaient pas eu d'enfants, 11 en avaient eu un, 4 en avaient eu deux, 44 en avaient eu plusieurs; quelques-unes en avaient eu jusqu'à neuf, dix et onze. Les professions dans lesquelles on travaille debout sont celles qui paraissent exposer le plus à l'hypertrophie du col de la matrice et à ses conséquences : les cuisinières et surtout les blanchisseuses, qui portent des fardeaux sous lesquels elles plient, paraissent être plus particulièrement exposées à cette maladie.

On indique aussi parmi les causes prédisposantes : une constitution molle et lymphatique, une ouverture vulvaire lâche et très-dilatable, un bassin très-large, un embonpoint considérable de l'abdomen, une constipation habituelle (Huguier); mais il me semble que dans l'énumération de ces causes on a bien plus visé la chute de l'utérus que l'hypertrophie du col.

Dirons-nous avec Dugès et Boisvin que le col s'est allongé, parce qu'il a été tiré en bas par le vagin, entraîné lui-même par la chute de l'utérus? Mais il faudrait pour cela admettre que l'allongement du col est toujours pré-



cédé par la chute de la matrice. Or cette proposition n'est plus admissible, puisqu'il est démontré que la chute de l'utérus est un accident relativement très-rare, tandis que l'hypertrophie du col se présente fréquemment à notre observation.

Il vaut mieux dire que l'on n'a pas encore expliqué comment et pourquoi le col de la matrice s'hypertrophie isolément sans que le corps prenne part à cet allongement, et surtout pourquoi il n'y a qu'allongement et non augmentation de volume en grosseur.

Tant que la tumeur formée par cette hypertrophie est en dehors de la cavité pelvienne, elle ne cause d'autre incommodité aux malades que celle qui résulte de sa situation entre les cuisses.

Il en est autrement quand on s'efforce de la maintenir réduite. Les malades ressentent alors des douleurs rénales et hypogastriques ; quelques-unes ont même une angoisse qui ne leur permet pas de maintenir la réduction. C'est pour cela que quelques-unes d'entre elles ne peuvent pas supporter l'application d'un pessaire.

*Diagnostic.* — Depuis le travail si remarquable de Huguier, il est facile de distinguer la chute de l'utérus de l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col.

Dans le cas d'hypertrophie, en palpant la tumeur, on trouve au centre une tige allongée, du volume du doigt, et l'on ne peut arriver jusqu'au corps de la matrice ; dans la chute, au contraire, le col a conservé sa brièveté normale, et en palpant la tumeur on y reconnaît la présence du corps de l'utérus.

Quand il y a chute de l'utérus, en pédiculisant la base



de la tumeur, en la pressant entre les doigts, on y sent le vide, la matrice étant plus bas.

En touchant par le rectum, on constate, dans un cas, l'allongement du col et la situation du corps de la matrice dans un point élevé du bassin; dans l'autre, on reconnaît la présence de la matrice au milieu de la tumeur.

Enfin, par l'hystérométrie, on confirme facilement le diagnostic. Ce moyen suffirait à lui seul pour démontrer l'existence de l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col.

Tandis que la tumeur résiste un peu au taxis et rentre ensuite subitement, dans la chute de l'utérus, à la manière d'une hernie que l'on réduit, elle rentre lentement dans le cas d'hypertrophie du col.

#### **Traitement de la chute de l'utérus.**

Si la chute de l'utérus était aussi rare que Huguier l'a prétendu, il serait à peine besoin de consacrer un chapitre à son traitement. Je vous ai déjà dit que ce chirurgien, qui pourtant était un observateur attentif et ingénieux, s'était contenté d'un nombre de faits insuffisant pour établir la fréquence relative de la chute de l'utérus et de l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col. Si, à son exemple, nous nous contentions des faits observés récemment par nous, nous pourrions presque renverser sa proposition et dire que la chute de l'utérus est presque aussi fréquente que l'hypertrophie du col. Il faut opérer sur des nombres considérables pour être en droit de conclure d'après une statistique. Mon obser-



vation personnelle m'a convaincu que la chute de l'utérus, quoique relativement rare, est pourtant beaucoup plus fréquente que Huguier ne l'avait dit; mais je ne puis établir par des chiffres le degré de fréquence de l'une et de l'autre maladie. Quoi qu'il en soit, la chute de l'utérus constitue une infirmité trop réelle pour que je ne vous parle pas un peu longuement de son traitement.

Avant tout, nous devons nous rappeler la distinction que nous avons établie en commençant l'étude de cette maladie. Nous lui avons reconnu trois degrés, qui sont désignés sous les noms d'*abaissement*, de *prolapsus* ou *chute incomplète*, enfin de *précipitation* ou *chute complète*.

Nous commencerons par l'*abaissement*. L'abaissement symptomatique d'une lésion du voisinage qui exerce une pression sur l'utérus et l'abaisse, ne réclame pas les mêmes moyens que celui que l'on pourrait appeler idiopathique, et qui persiste à la cause qui l'a produit. Je m'explique : quand l'utérus est tuméfié par l'hyperémie ou par cet état que j'ai appelé l'engorgement, qui résulte du défaut d'*involution* de cet organe après l'accouchement, il s'abaisse, parce que les moyens de contention deviennent insuffisants. Cet état ne réclame pas le même traitement que l'abaissement idiopathique, et c'est contre la cause qui maintient l'utérus abaissé que nos moyens doivent être dirigés. Dans le cas d'hyperémie, nous aurons recours au traitement de la métrite parenchymateuse. Si l'engorgement par défaut d'involution est la cause de l'abaissement, nous conseillerons les douches froides, le seigle ergoté, le sulfate de quinine, l'électricité, même le cautère actuel, etc., et nous recommanderons aux malades de rester



allongées dans la position horizontale jusqu'à ce que la matrice ne soit plus sollicitée par son poids et l'insuffisance de ses ligaments à s'abaisser et à descendre vers la vulve. Quand l'utérus est maintenu abaissé par des adhérences qui l'englobent, on n'a pas à craindre de voir l'abaissement s'aggraver. C'est sans doute un état fâcheux, qui réclame des précautions quand la malade doit avoir des relations sexuelles; mais il est bien évident que l'on ne peut pas penser à soutenir un organe qui est solidement fixé.

Il est pourtant une disposition fâcheuse des parois du vagin qu'il ne faut pas négliger; la cavité du vagin se trouvant raccourcie par l'abaissement de l'utérus, ses parois doivent se rétracter pour ne pas tomber en prolapsus. Cette rétraction s'opère chez les femmes jeunes qui ont des tissus doués d'une grande élasticité, il n'en est pas de même chez celles dont les parois vaginales sont molles. Chez celles-ci, le prolapsus vaginal s'opère en raison du degré d'abaissement de la matrice et proportionnellement avec la laxité des tissus.

Il faut combattre cette disposition par des astringents tels que lotions froides répétées plusieurs fois dans la journée, par des douches dirigées sur le périnée et la vulve. Il est indispensable que les malades qui sont dans cet état s'abstiennent de faire des efforts; il faut aussi qu'elles aient les intestins libres, pour que la circulation du bassin soit facile et pour qu'elles n'aient pas à pousser pendant la défécation.

Dans le cas d'abaissement *idiopathique*, faut-il appliquer un pessaire? La plupart des médecins répondent affirmativement à cette question; pour moi, je dis sans hésiter, parce que j'y ai longtemps réfléchi, qu'un pessaire,



dans ce cas, est pire que le mal. Quand l'utérus est suffisamment fixé, quand sa mobilité à droite, à gauche, en avant ou en arrière est limitée, l'abaissement constitue plutôt une gêne qu'une maladie.

J'en dirai autant du prolapsus ou chute incomplète. Tant que le col de l'utérus n'a pas franchi la vulve ; tant qu'il est retenu dans la cavité pelvienne par le sphincter du vagin, une femme peut vivre sans pessaire et sans que son état s'aggrave. Mais ce n'est qu'à la condition de prendre des précautions auxquelles les femmes du peuple ne peuvent pas toujours s'astreindre : tous les efforts tendent, en effet, à pousser au dehors l'utérus qui est descendu et qui n'est pas retenu par les adhérences qui succèdent à une péritonite. Quand les femmes sont jeunes, on peut, par un traitement assidu et longtemps continué, parvenir à relever la matrice. Malheureusement il est rare de trouver des femmes assez patientes pour se soumettre à un long traitement quand elles ne ressentent pas les douleurs, seul avertissement auquel elles sachent obéir.

Il faut, avant tout, s'assurer du volume de l'utérus. S'il est plus gros qu'à l'état normal, on doit s'efforcer de le ramener à ses dimensions normales. Dans ce but, on recommandera à la malade de rester allongée dans une situation telle que le périnée soit plus élevé que le ventre. Rien n'est plus propre à maintenir la matrice au degré d'élévation qu'elle doit avoir, que l'inclinaison en sens inverse de celle vers laquelle elle est sollicitée dans la station debout. Ce n'est pas le seul avantage qui résulte de cette situation : en même temps que la matrice *descend* par son propre poids de l'orifice vulvaire duquel elle



s'était rapprochée, vers le détroit supérieur du bassin, la circulation s'y fait d'une manière plus active, parce que le sang veineux retourne plus facilement vers le cœur.

Il ne faut pas, toutefois, s'attendre à obtenir la guérison d'une chute incomplète de l'utérus par ce traitement, si la malade ne se résigne pas à s'y soumettre pendant plusieurs mois.

Chaque époque menstruelle a d'ailleurs l'inconvénient de produire dans l'utérus une congestion qui est un obstacle momentané à la guérison.

Quand les malades se sont soumises avec résignation à ce traitement, les ligaments n'étant plus distendus et par suite affaiblis par le poids de l'utérus, reviennent sur eux-mêmes et reprennent la force tonique dont ils ont besoin pour remplir le rôle physiologique qui leur est dévolu.

Dans le but de rendre aux ligaments leur contractilité, on administre des douches froides sur les cuisses, sur le bas-ventre et sur les parties voisines. Je conseille encore de recourir à l'électricité, en portant l'éponge d'un des rhéophores au fond du vagin et en promenant l'éponge de l'autre pôle sur l'hypogastre.

On serait déçu dans ses espérances si l'on s'attendait à obtenir une guérison définitive par un traitement d'un ou deux mois. Il faut compter sur cinq ou six mois pour arriver à une amélioration qui permette de vivre sans pesaire et sans douleur.

Que la malade soit guérie ou qu'elle n'ait éprouvé que de l'amélioration dans son état, il est indispensable qu'elle porte une ceinture qui soutienne le ventre de bas en haut,



pour que les intestins, par leur poids, n'aggravent pas le prolapsus utérin.

Quand il y a chute complète, *précipitation*, la plupart des médecins emploient, pour maintenir la matrice réduite, des instruments appelés *pessaires*. Je ne pense pas à les blâmer; mais je blâme ceux qui ont recours aux pessaires pour les chutes incomplètes ou même pour de simples abaissements. Je viens de vous dire quelle conduite on doit tenir en pareil cas. Étudiez cette question qui est digne de toute votre attention.

Des milliers de femmes ont eu leur vie troublée par l'application de pessaires qui les rendent un objet de dégoût pour leurs maris. Je sais bien qu'il y en a quelques-unes qui ont pu remplir leurs devoirs conjugaux sans que la présence d'un pessaire ait été découverte, mais ce sont des exceptions. En tout cas, l'introduction d'un pessaire qui doit être renouvelée tous les jours, si l'on veut éviter les inconvénients d'un séjour prolongé de l'instrument, est un assujettissement qui exige que la femme ait son appartement réservé. Sans cette précaution indispensable, le pessaire retenant des mucosités qui le macèrent, agit à la manière d'un corps étranger, détermine l'inflammation et l'ulcération des parties avec lesquelles il est en contact. Aussi quelques chirurgiens tels que Velpeau ont-ils proscrit l'application des pessaires. Je crois que cette proscription est excessive. Il y a certainement des chutes de la matrice qui sont mieux contenues par ces instruments que par tout autre moyen.

On donne le nom de *pessaires* à des corps que l'on introduit dans le vagin pour maintenir les parois de ce conduit ou pour s'opposer à la chute de l'utérus; leur



forme est extrêmement variable. Je ne vous décrirai que ceux qui sont généralement employés.

A. Les uns sont dits pessaires en *bondon*, ils ont la forme d'un cylindre creux long d'environ 8 à 10 centimètres; les autres, qui ressemblent beaucoup au pessaire en *bondon*, sont appelés pessaires *élytroïdes*. Ils ont été, je crois, imaginés par M. le professeur Cloquet. Ils ont la forme d'un cylindre un peu concave à leur face antérieure et légèrement renflé à ses extrémités. Les pessaires *élytroïdes* et les pessaires en *bondon* s'appliquent de la même manière: on les introduit dans le vagin comme s'il s'agissait d'appliquer un spéculum. Il faut donc, avant de procéder à leur application, s'assurer de la situation du museau de tanche, pour ne pas être exposé à des tâtonnements pénibles pour les malades et compromettants pour l'habileté du chirurgien.

La femme étant couchée sur le dos et ayant les cuisses écartées et légèrement fléchies sur le bassin, le chirurgien présente à l'orifice vulvaire l'instrument qu'il tient dans la main droite, et déprimant la face postérieure du vagin avec un doigt de la main gauche, il introduit l'instrument un peu d'avant en arrière et de bas en haut, dans la direction du point où il a constaté la présence du col de l'utérus. Ces pessaires une fois appliqués, ont peu de tendance à sortir. Les parois du vagin, en se rapprochant au-dessous de leur bord inférieur, contribuent avec le sphincter du vagin à s'opposer à leur déplacement.

B. Les pessaires les plus employés sont ceux qui sont connus sous le nom de *gimblette*. Ils ont une forme régulièrement arrondie, ou bien un peu échancrée sur les



côtés. Ils sont percés, à leur partie centrale, d'un trou qui est destiné à recevoir le col. On les fait en huile de lin recouvrant une toile à laquelle on donne la forme de gimblettes. Ils sont légers; ils s'altèrent moins vite que ceux qui sont formés de liège, et ils sont moins durs que les pessaires en ivoire ou en métal.

Madame Rondet, sage-femme, citée par Velpeau, avait déjà eu l'idée de remplacer les pessaires en gimblettes par un anneau d'acier enveloppé de caoutchouc; dans ces derniers temps, cette idée a été reprise, et M. Dumont-Pallier en a fait fabriquer qui ne diffèrent pas sensiblement des pessaires de madame Rondet. M. Gairal, qui réclame la priorité de l'invention, n'a donc fait, comme M. Dumont-Pallier, que reproduire une invention abandonnée et qui ne méritait pas l'oubli dans lequel elle était tombée.

Marion Sims a imaginé un pessaire en métal, ayant la forme d'un cercle qui aurait été allongé et déprimé au milieu de la longueur par une pression que l'on aurait pratiquée en cherchant à rapprocher ses deux côtés l'un de l'autre. Il a l'avantage d'être léger et facile à nettoyer.

C. Hervez de Chégoin ayant remarqué que la matrice, après avoir été réduite, s'incline tantôt en avant, tantôt en arrière, de manière que son col s'applique sur la paroi recto-vaginale ou se cache derrière le pubis, a posé en principe que chaque malade a besoin d'un pessaire fait pour elle, de manière à ce que cet instrument présente, par exemple, un bourrelet renflé à son bord supérieur quand, dans une antéversion, le col, se portant en arrière, doit être reporté en avant.



Dans ce but, il a imaginé plusieurs pessaires : l'un est un cylindre assez irrégulier, échancré en haut et en avant. Cette échancrure est destinée à recevoir le col ; le bord supérieur et postérieur est destiné à s'appliquer au fond du cul-de-sac postérieur du vagin et à soutenir ainsi l'utérus. Il diffère en cela essentiellement des pessaires en gimblettes qui agissent plus sur le col que sur le corps de la matrice. Un autre est une plaque portée sur une tige.

D. Les pessaires en *bilboquet* consistent en un anneau en ivoire ou en buis, supporté par trois branches qui s'unissent à une tige creuse percée de trous à son extrémité libre pour livrer issue au mucus utérin.

Vous devinez comment on applique cet instrument : le col est reçu dans l'anneau et la tige du bilboquet est fixée à une ceinture à l'aide de rubans.

E. Depuis longtemps on appliquait des pessaires de forme globuleuse ; mais ils étaient composés d'une substance métallique, lorsque, il y a quelques années, M. Gariel eut l'idée de faire un pessaire en caoutchouc d'une application extrêmement facile. L'appareil consiste en une vessie de caoutchouc que l'on introduit vide au fond du vagin, où on la maintient jusqu'à ce qu'on l'ait remplie d'air à l'aide d'un mécanisme ingénieux et simple. La vessie de caoutchouc, qui n'est autre chose qu'un pessaire globuleux, se termine par un tube muni d'un robinet qui sert à permettre ou à empêcher l'introduction de l'air. A ce tube s'adapte une poire en caoutchouc remplie d'air, qu'il suffit de presser pour distendre la vessie introduite dans le vagin.

Ce pessaire a l'avantage de pouvoir être appliqué et



retiré très-facilement ; on a dit aussi qu'il est souple et qu'il n'est pas irritant pour les parties avec lesquelles il est en contact. Je dois dire que quand il est distendu par l'air, il n'est pas aussi souple qu'on pourrait le croire ; mais son véritable inconvénient consiste en ce qu'il donne au vagin des proportions énormes. Ce conduit, en effet, subit une dilatation proportionnée au volume du pessaire, et à mesure que le vagin s'élargit, la vessie de caoutchouc doit être distendue davantage. Aussi, après avoir joui d'une grande vogue, le pessaire de M. Gariel a-t-il été à peu près abandonné.

F. Velpeau soutenait qu'une ceinture à plaque suffit pour s'opposer à la chute de la matrice ; je crois, comme lui, que les ceintures qui soutiennent le poids des intestins sont des moyens d'une grande utilité ; mais je doute qu'une ceinture, même à plaque, puisse s'opposer à certaines chutes de l'utérus. Ces ceintures ont d'ailleurs un poids qui est un obstacle à ce quelles soient tolérées par les femmes affaiblies. Je leur préfère une simple ceinture à laquelle s'attachent les deux extrémités d'une espèce de *chauffoir* qui s'oppose à l'issue de la matrice.

Le *chauffoir* simple, qui n'est autre chose qu'une serviette passant entre les cuisses, servant à garnir les femmes qui ont leurs règles, suffit le plus souvent ; dans le cas contraire, on peut le remplacer par une plaque en cuir rembourrée, soutenue par des courroies qui viennent s'adapter à une ceinture.

Dans cet ordre d'idées, on a imaginé un grand nombre d'instruments que je m'abstiendrai de vous décrire. Manzoni en a imaginé un qui consiste en une boule polie que l'on introduit au fond du vagin et qui est



maintenue par une tige que supporte un bandage. Un autre instrument qui est dû, je crois, à Zwank (de Hambourg), est formé d'une tige s'adaptant, comme celui de Manzoni, à un bandage extérieur, et soutenant deux valves ou ailes qui peuvent s'unir en glissant l'une sur l'autre pour être introduites au fond du vagin, et s'écarter ensuite de manière à former un plan concave qui s'oppose à la descente de la matrice.

G. Il me reste à vous parler d'un instrument qui,

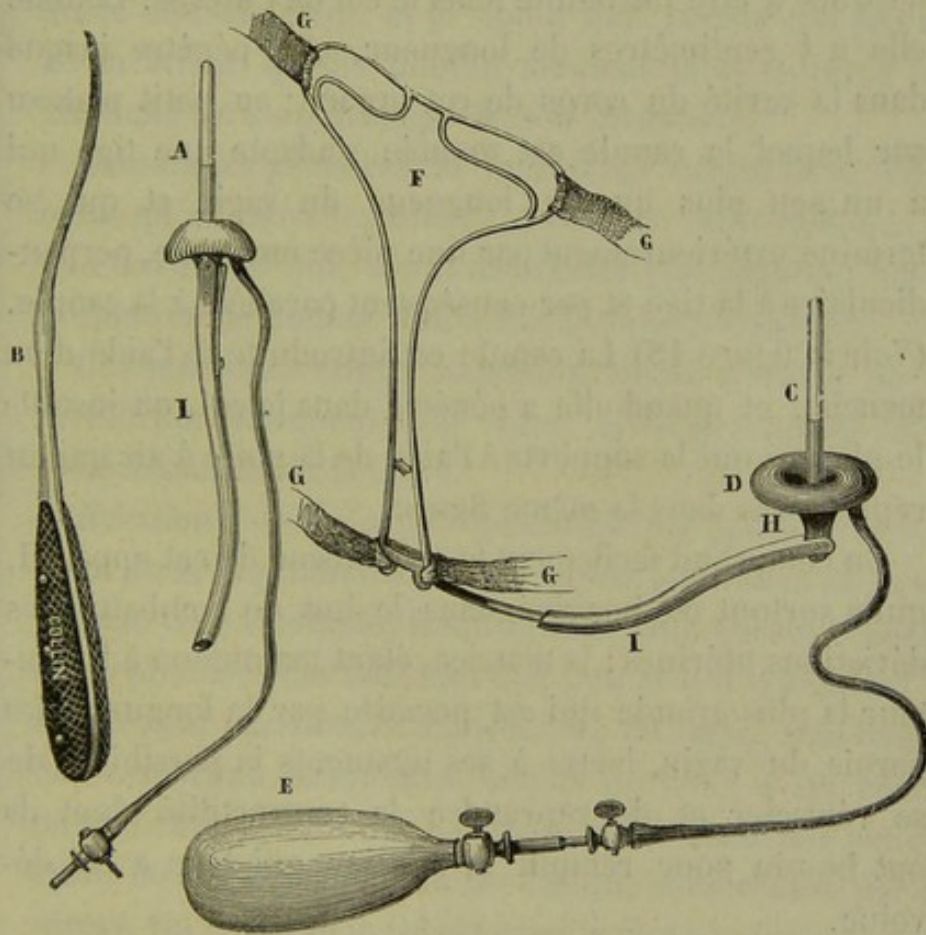


Figure 13.

pendant quelques années, a fait grand bruit. Je veux vous parler du pessaire à tige de Simpson.



Déjà Saviard avait eu l'idée de maintenir la matrice à l'aide d'un ressort courbé, fixé sur l'hypogastre par l'une de ses extrémités, tandis que l'autre entraînait dans le vagin et y comprimait un tampon convenablement placé.

Simpson ne se contenta pas d'agir sur le vagin, il voulut opérer sur la matrice elle-même. Voici en quoi consiste son appareil :

Une tige en ivoire assez semblable à une petite canule d'un irrigateur et supportée par un petit plateau, est destinée à être introduite dans le col de l'utérus. Comme elle a 4 centimètres de longueur, elle pénètre jusque dans la cavité du corps de cet organe; au petit plateau sur lequel la canule est montée s'adapte une tige qui a un peu plus que la longueur du vagin et qui se termine extérieurement par une pièce montante, perpendiculaire à la tige et par conséquent parallèle à la canule. (Voir la figure 13) La canule est introduite à l'aide d'un manche, et quand elle a pénétré dans le col, on insuffle le plateau qui la supporte à l'aide de la poire à air qui est représentée dans la même figure.

On comprend facilement le mécanisme de cet appareil, qui a surtout été imaginé dans le but de combattre les déviations utérines : la matrice, étant maintenue à la hauteur la plus grande qui est permise par la longueur des parois du vagin, laisse à ses ligaments la possibilité de se rétracter et de reprendre la contractilité dont ils ont besoin pour remplir la mission qui leur a été dévolue.

Malheureusement cet appareil n'a pas tenu toutes les promesses faites par Simpson et par Valleix qui s'en était fait le défenseur en France. Quand on sait de quelle



intolérance la matrice est douée pour les corps étrangers ; lorsqu'on a eu l'occasion de voir survenir des péritonites à la suite de l'introduction d'un morceau d'éponge dans le col de l'utérus, on comprend facilement que le *redresseur* utérin n'a pas dû toujours être sans danger. Je cédaï, moi aussi, un moment à l'entraînement général, j'eus recours à cet instrument et j'eus la bonne fortune de ne pas produire d'accidents ; mais bientôt des faits malheureux ayant été observés, on a abandonné cette méthode de traitement, et je doute que jamais elle jouisse de la faveur qu'elle dut un moment bien moins à son efficacité qu'au patronage de son inventeur.

Comme les pessaires, le redresseur utérin n'est d'ailleurs qu'un moyen palliatif. A côté de cette méthode, il en est d'autres qui, ayant des visées plus hautes, ont la prétention de donner lieu à une guérison radicale.

Ces méthodes sont : l'*excision* d'une portion de la membrane muqueuse du vagin, la *cautérisation* et le rétrécissement de la vulve.

*Excision.* — Il y a une quarantaine d'années que l'on tenta pour la première fois de guérir les chutes de l'utérus par cette méthode. Heming et Ireland eurent recours à des procédés qui diffèrent fort peu et qui consistent à enlever par excision, de chaque côté du vagin, une bande de membrane muqueuse longue de trois à six centimètres et large de trois. Les deux bords d'une des plaies, ayant été rapprochés l'un de l'autre, sont réunis par la suture. On fait la même chose pour la plaie du côté opposé. De cette manière, on amoindrit la laxité des tissus du vagin, en même temps que l'on diminue l'ampleur de ce conduit.



Autrefois, c'était une opération assez difficile. Ce n'était qu'avec peine que l'on parvenait à faire la suture au fond du vagin.

Depuis que les Américains ont perfectionné l'opération pour la cure de la fistule vésico-vaginale, nous possédons des instruments avec lesquels l'excision et la suture des bords de la plaie ne sont plus que des opérations simples. Saisissant la membrane muqueuse avec des pinces à griffes, on l'excise dans l'étendue que l'on juge convenable d'après les dimensions du conduit, et pour cela on se sert de ciseaux courbés sur le plat. Si l'excision n'est pas mathématiquement rectangulaire, on peut régulariser la plaie en soulevant çà et là les points que l'on veut exciser et en les retranchant avec les ciseaux.

Suivant la remarque de Velpeau, cette opération est plus facile quand on opère sans avoir préalablement réduit la cystocèle, parce que les parois du vagin sont tendues sur la vessie.

Une fois les lambeaux enlevés, il faut en réunir les bords. Autrefois, cette suture devait être faite pendant que l'utérus était hors de la vulve, parce que l'on manquait d'instruments commodes pour la pratiquer au fond du vagin.

Mais une fois la suture faite, il n'était pas toujours facile de faire rentrer la matrice et le vagin. Il y avait d'ailleurs un inconvénient réel à pratiquer le taxis sur des parties réunies par une suture que l'on pouvait relâcher par des tiraillements.

De nos jours, il n'en est plus ainsi. La matrice, ayant été repoussée dans la cavité pelvienne, y est maintenue par un aide, pendant que le chirurgien pratique la suture métallique à l'aide de fils d'argent que l'on passe à tra-



vers les deux lèvres de la vulve au moyen du *porte-fil* et que l'on tord jusqu'à ce que les deux bords de la plaie soient exactement en contact.

Cette petite opération est encore rendue plus facile par l'application du spéculum de Bozeman, qui permet d'écarter un des côtés du vagin et de faciliter ainsi l'opération sur le côté opposé.

Au lieu de faire l'excision sur les deux côtés du vagin le même jour, je crois qu'il vaut mieux n'en faire qu'une et attendre, pour pratiquer l'autre, que la suture de la première opération soit parfaite. Il est impossible, en effet, que lorsqu'on veut faire, dans la même séance, l'excision sur les deux parois opposées, on ne s'expose pas à couper les bords réunis de la première plaie, pendant qu'on pratique la seconde suture.

Quelle est la valeur de cette méthode?

Elle est rationnelle sans doute, car on ne peut nier que la laxité et la largeur des parois du vagin ne contribuent à la chute de l'utérus; mais comme il y a d'autres causes que celles-là, l'opération que je viens de décrire n'a pas répondu à l'espoir qu'on en avait conçu, et Velpeau, qui écrivait peu de temps après les essais de Heming et de Ireland, dit que les *malades qui avaient d'abord paru le plus solidement guéris n'en ont pas moins vu leur infirmité reparaitre bientôt après*.

On peut encore avoir recours au procédé de Sims, qui est une modification de l'élytrorrhaphie, telle que je viens de la décrire (1). M. Marion Sims avait eu d'abord l'idée audacieuse d'exciser une partie du vagin et de la vessie,

(1) Marion Sims, *Notes sur la chirurgie utérine*, p. 365.



mais ayant excisé seulement la paroi vaginale dans sa première tentative, il résolut de se contenter de cette excision. Pour cela, la malade étant couchée sur le côté, le spéculum à une valve éloignant la paroi postérieure du vagin, le chirurgien enleva sur la paroi postérieure de ce conduit un grand segment d'une forme ovalaire, puis il en réunit les bords opposés au moyen de sept ou huit sutures d'argent.

Plus tard, il se contenta d'enlever dans la même étendue la partie superficielle de la membrane muqueuse; mais il donna à la plaie la forme d'un V dont la pointe se dirigeait près du col de la vessie et dont les deux bords se prolongeaient jusqu'au voisinage du col de l'utérus.

Enfin M. Emmet, qui avait pratiqué l'élytrorrhaphie avec M. Sims, ayant reconnu que cette opération avait l'inconvénient d'amener une rétroversion de l'utérus et l'enclavement du col derrière la ligne de jonction des surfaces dénudées et réunies, crut y avoir remédié en ajoutant à l'excision pratiquée par Sims, une excision transversale au voisinage du col de l'utérus.

« Il dénuda simplement, dit M. Marion Sims, la membrane muqueuse du vagin sur une ligne allant d'un côté à l'autre du cul-de-sac, entre les deux extrémités de l'incision en V, ce qui forme un triangle régulier ayant son sommet au col de la vessie et sa base au col de l'utérus. »

C'est à peu près le système auquel Bellini a eu recours en donnant à l'avivement la forme d'un U renversé (∩) qui commençait au voisinage du col de l'utérus.

D'autres chirurgiens, avec M. Desgranges (de Lyon),



ont produit la destruction d'une certaine étendue de la muqueuse vaginale à l'aide de fortes serres fixes ou des pinces laissées en place jusqu'à ce qu'elles tombent d'elles-mêmes. M. Desgranges a pu constater l'heureux résultat de cette opération plusieurs années après l'époque où elle avait été pratiquée ; mais il croit qu'on ne réussit que chez des femmes jeunes.

*Cautérisation.* — Le but de cette méthode est de rétrécir le vagin. Il est donc le même que l'on se propose par l'excision. La cautérisation est facile et ne nécessite que les précautions commandées par le voisinage du rectum, de la vessie et du canal de l'urèthre. Pour obtenir la coarctation du vagin, il faut, pourtant cautériser assez profondément pour que le tissu inodulaire fasse une couche épaisse qui, en se rétractant, produise le résultat attendu.

Je suis convaincu que le feuillet muqueux peut être enlevé par le bistouri ou détruit par la cautérisation, sans qu'il y ait la moindre rétraction quand la partie détruite a été réparée par la cicatrisation. Il faut pour qu'il y ait rétrécissement des tissus, que le derme sous-jacent au feuillet muqueux ait été atteint.

On peut se servir du fer rouge pour faire des raies de feu sur le vagin que l'utérus a entraîné hors de la vulve. Le nombre des raies sera proportionné à leurs largeurs. Il faut faire en sorte qu'elles ne se confondent pas à la chute des eschares. Elles devront donc être distantes les unes des autres d'au moins un centimètre.

Il vaut mieux les faire de haut en bas que transversalement, parce qu'il vaut mieux rétrécir le vagin que le raccourcir. Le raccourcissement, quelque'il fût, serait impuis-



sant pour remédier à la chute de l'utérus. S'il ne s'accompagnait pas de rétrécissement, il serait plutôt propre à maintenir la matrice à l'entrée de la vulve qu'à la faire rentrer dans la cavité pelvienne.

On a conseillé de cautériser avec la potasse caustique; avec la pâte de Vienne; avec l'acide sulfurique, le nitrate acide de mercure, etc. L'emploi de tous les caustiques, mais surtout de la potasse caustique, exige une prudence extrême, car la moindre négligence pourrait entraîner la destruction complète de la paroi du vagin, et, par suite, une fistule recto ou vésico-vaginale.

#### **Rétrécissement de la vulve (épisiorrhaphie).**

Si l'on tient compte de l'agrandissement de l'orifice vulvaire qui est presque constant dans les cas de chute de la matrice, on ne peut douter en théorie de l'efficacité du rétrécissement produit par l'épisiorrhaphie.

Voici comment on procède à cette opération :

La malade étant couchée sur le dos, comme pour être examinée au spéculum, et étant maintenue dans cette position par des aides en nombre suffisant, on avive les deux tiers postérieurs des deux bords de la vulve, comme pour la périnéorrhaphie dans les cas de division du périnée. Cet avivement doit comprendre une couche assez épaisse de tissus, pour que la réunion se fasse par des surfaces et non par des bords étroits. On procède ensuite à la suture que l'on peut faire de différentes manières. Fricke (de Hambourg), qui a été le promoteur le plus convaincu de cette méthode, se contentait de la suture à points séparés, et il



prétendait avoir réussi le plus souvent. Je préfère la manière de faire de Kuschler, qui pratique une suture profonde enchevillée et une suture superficielle à points séparés. Ces deux sutures superposées donnent lieu à la réunion des lèvres de la vulve à une certaine profondeur; il en résulte une résistance plus efficace à l'utérus qui tend à sortir de la cavité pelvienne.

L'obstacle à la chute de la matrice serait encore plus considérable si, au lieu d'aviver seulement la vulve, on prolongeait l'avivement de la portion voisine du vagin, et que l'on réunît les bords de la plaie dans toute leur étendue. Mais il ne faut pas concevoir de trop grandes espérances du résultat de cette dernière opération (élytro-épisiorrhaphie) pas plus que de l'épisiorrhaphie simple.

Fricke, qui avait réussi à Hambourg dans douze cas, échoua dans le service de Velpeau, qui, après l'avoir pratiquée lui-même, y renonça bientôt.

Quand on a recours à cette opération, il est bon de laisser entre le périnée et les bords réunis des trois quarts postérieurs de la vulve un pertuis par lequel les mucosités utérines et vaginales puissent s'écouler.

Par cette méthode on ne guérit pas toujours, parce que le col de l'utérus, au bout d'un certain temps, est poussé dans l'orifice rétréci de la vulve et y est étranglé. Si les accidents inflammatoires résultant de cette situation de la matrice cessent, bientôt l'orifice s'agrandit et la chute de l'utérus se reproduit.

Il n'en est pas moins vrai que lorsque l'on a rétréci la vulve, il est plus facile de contenir la matrice que lorsque l'orifice vulvaire a des dimensions énormes.

Il résulte de ce que je viens de vous exposer que la



chute de la matrice est une infirmité des plus fâcheuses; que le pessaire le plus léger est encore le remède le moins gênant, quand il suffit pour maintenir l'utérus réduit. Malheureusement il existe des cas, assez nombreux dans lesquels il est insuffisant, c'est pour ces cas-là que l'on a imaginé les autres instruments dont je vous ai parlé et les opérations que je vous ai décrites.

#### **Traitement de l'hypertrophie du col de l'utérus.**

Il me reste maintenant à vous entretenir du traitement de l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col.

Ce que je vous ai dit, au chapitre des causes de l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col, de l'influence de la fatigue et de la station debout à laquelle les femmes sont condamnées par leur profession, doit vous faire pressentir qu'avant tout autre traitement je tiens à ce que les femmes qui sont affectées de cette maladie soient soumises pendant un temps très-long au décubitus dorsal; c'est le seul moyen que j'ai employé pour deux femmes qui sont dans mon service, l'une depuis le 13 février, l'autre depuis le 18 février de cette année; il y a donc cinq ou six semaines qu'elles se reposent, évitant toute espèce de fatigue. Je vous les ai fait voir plusieurs fois, à leur entrée à l'hôpital : l'hystéromètre entraît chez l'une d'elles à onze centimètres et demi; chez l'autre, à 12 centimètres. Depuis cette époque, je les ai examinées plusieurs fois, et toujours en même temps que je constatais la réduction de la matrice dans la cavité pelvienne, je reconnaissais que l'hystéromètre entraît à une moindre



profondeur. Ce matin, j'ai tenu à prendre une note exacte de l'amélioration, et j'ai trouvé avec vous que l'hystéromètre n'entre plus qu'à huit centimètres.

Je ne doute donc pas de l'influence des soins hygiéniques pour amener la diminution de la longueur du col hypertrophié ; j'ai tenu à ne pas appliquer à ces femmes des pessaires qui auraient été inutiles, puisque la matrice s'est maintenue réduite par l'inflexion du col sur lui-même, que j'ai constatée avec vous ; les pessaires se seraient aussi, je n'en doute pas, opposé à l'amélioration que nous avons obtenue. L'irritation qu'ils auraient produite par leur contact prolongé avec le col, par les introductions répétées et par toutes les manœuvres et les tâtonnements que nécessite l'emploi d'un pessaire, n'aurait pu qu'aggraver le mal. Huguier, pourtant, ne rejetait pas absolument l'usage des pessaires, mais il ne l'admettait que pour les cas où l'allongement n'est que de 2 ou 3 centimètres, et lorsque la matrice est facilement contenue. Je n'ai pas besoin de dire que l'on ne doit pas penser à remédier à l'hypertrophie du col par les moyens que j'ai indiqués pour la chute de l'utérus ; il est bien évident que ni l'*élytrorrhaphie*, ni l'*épisiorrhaphie*, ni la cautérisation du vagin, ne peuvent apporter la moindre amélioration à l'état d'une femme dont le col hypertrophié vient faire saillie hors de la vulve.

Huguier a imaginé de retrancher une portion du col, après avoir détaché, par une incision circulaire, les parois du vagin de leur insertion sur le museau de tanche.

Voici comment il conseille de pratiquer l'opération :

« La malade est placée sur un lit de spéculum ou sur le bord d'un lit ordinaire, les cuisses tenues par deux aides.



» *Premier temps.* — Le chirurgien, placé en face des organes, saisit fortement, avec une pince de Museux, l'extrémité inférieure du col ou la lèvre postérieure de son ouverture, puis attire modérément la tumeur en haut et en avant comme pour l'amener au-devant du pubis. Cette légère traction a pour effet de tendre la paroi postérieure du vagin, qui se laisse plus facilement diviser, et elle éloigne les parties sur lesquelles doit porter le tranchant de l'instrument, du cul-de-sac postérieur du péritoine. Il confie ensuite cette pince à un aide qui la maintient dans la même position, puis il introduit le doigt indicateur gauche dans le rectum pour reconnaître, à travers la paroi antérieure de cet intestin, la situation et la profondeur du cul-de-sac péritonéal. C'est ce doigt qui guide le tranchant du bistouri, c'est la boussole de l'opérateur; c'est lui qui apprend au chirurgien que son instrument s'éloigne ou se rapproche du péritoine, dont on doit éviter la lésion.

» Le tout étant ainsi disposé, il divise avec un bistouri la paroi postérieure du vagin, à l'aide d'une incision horizontale et semi-lunaire, dont la concavité, dirigée en avant et en haut, embrasse la moitié postérieure du museau de tanche. Cette incision est pratiquée de la droite à la gauche du col, dans l'insertion même du vagin à cette partie, et doit se tenir dans les limites de cette insertion; faite sur un autre point, elle exposerait à ouvrir le péritoine, ou à laisser une portion de la matrice malade. Elle est donc pratiquée à une distance variable de l'orifice utérin, suivant que la portion sous-vaginale du col a conservé ses dimensions normales, ou bien est le siège d'un engorgement ou d'une hypertrophie excentrique plus ou



moins considérable ; dans le premier cas, elle est exécutée à un centimètre et demi au plus du bord postérieur de l'orifice ; dans le second , à deux ou trois centimètres.

» Le tranchant de l'instrument doit être dirigé de bas en haut et d'arrière en avant, vers l'axe de la cavité utérine ; on est encore plus certain, en lui donnant cette direction, d'éviter le péritoine. L'incision doit avoir trois ou quatre millimètres de profondeur, et doit être exécutée dans toute sa longueur, qui est de quatre à cinq centimètres, d'un seul coup et sans aucune hésitation.

» Les autres incisions qui sont faites dans la même direction, mais successivement en remontant et en se portant de plus en plus vers l'axe de la cavité utérine, doivent être exécutées avec plus de lenteur et de ménagement, afin d'éviter plus sûrement l'ouverture du péritoine, ou que, si par hasard elle avait lieu, elle fût de peu d'étendue.

» Pendant que le chirurgien, avec l'indicateur de la main gauche introduit médiatement dans le cul-de-sac péritonéal, suit et guide l'action de la lame, et qu'avec le pouce de la même main, resté au dehors, il refoule en haut et en arrière la lèvre, ainsi que le plan postérieur de l'incision, l'aide attire doucement et graduellement le col en haut et en avant ; bientôt la fermeté des tissus et leur résistance à l'action du tranchant annoncent au chirurgien qu'il est arrivé jusqu'à la substance propre de l'utérus. Dès lors, l'ouverture du cul-de-sac péritonéal n'est plus à craindre, et l'opérateur peut retirer le doigt de dedans le rectum pour saisir, s'il le juge convenable, le col avec les doigts, et lui imprimer plus facilement que l'aide la



direction et le degré de traction nécessaires. Ces dernières incisions doivent être faites hardiment et avec une certaine force, à cause de la fermeté du tissu; elles doivent toujours être exécutées de bas en haut et de dehors en dedans, en avançant dans l'épaisseur de la substance utérine jusqu'à ce que la lame arrive dans la cavité de l'organe, ce dont on est averti par le défaut de résistance, par la sensation des doigts qui ont remplacé la pince de Museux et par la vue. Si les artères sont nombreuses et volumineuses, on les lie à mesure; sinon après, lorsqu'on est arrivé dans la cavité utérine.

» *Deuxième temps.* — La difficulté ne consiste plus à éviter la lésion du péritoine, mais bien celle de la vessie; pour éviter cet accident, on introduit une algalie jusqu'au fond du prolongement que cet organe envoie dans la tumeur; puis on soulève et fait saillir cette partie jusqu'à ce qu'elle soit sensible au doigt et à l'œil. Alors le chirurgien confie l'instrument à un aide qui le maintient exactement dans sa position; puis il saisit le bord antérieur de l'ouverture du col avec la pince de Museux, la confie à un aide, fait tirer légèrement le col en bas et en arrière, pendant que le cul-de-sac vésical est reporté en haut et en avant; par ce double mouvement des parties en sens inverse, le prolongement vésical est éloigné du col en même temps que les tissus qui doivent être divisés, sont tendus d'avant en arrière. Avec le pouce et l'indicateur de la main gauche placés sur les côtés du bout de la sonde, l'opérateur s'assure de nouveau de la situation exacte du prolongement vésical, en même temps qu'il tend les tissus transversalement.

» Toutes ces dispositions prises, il divise, à un centi-



mètre environ au-dessous de la saillie formée par le bout de la sonde, la paroi antérieure du vagin, en pratiquant une incision horizontale et semi-lunaire, à convexité supérieure, qui embrasse la partie antérieure du col, et dont les extrémités rejoignent celles de la première incision. »

Les artères ayant été liées, dans un dernier temps, on réduit dans le bassin l'utérus et le vagin ; on met dans celui-ci une grosse mèche enduite de cérat et garnie à son centre d'un tronçon de sonde de gomme élastique ; le tout est maintenu à l'aide de charpie, compresses et d'un bandage en T double.

Il suffit de jeter les yeux sur la planche 11 du mémoire où Hugnier a représenté les rapports de la vessie et du rectum avec le col hypertrophié, pour comprendre les dangers auxquels l'opération expose. Le cul-de-sac du péritoine qui résulte de la réflexion de cette membrane de la face antérieure du rectum sur la face postérieure de l'utérus, est tellement abaissé qu'il arrive presque au niveau de l'extrémité libre du col ; d'un autre côté, la vessie, recouverte par la paroi du vagin, sous laquelle elle s'est glissée, est, elle aussi, très-rapprochée du point sur lequel le vagin doit être incisé.

En pratiquant cette opération avec le bistouri, on ouvre un grand nombre d'artères dont la ligature est difficile, et beaucoup de veines qui sont susceptibles de s'enflammer et de donner lieu ainsi à des accidents redoutables.

Si je pratiquais la section du col, c'est à l'écrasement linéaire que j'aurais recours. Mais avec l'écraseur on n'a pas moins à craindre qu'avec le bistouri d'ouvrir le péritoine ; aussi ne puis-je conseiller de recourir à



l'extirpation de la portion du col placée au-dessus de l'insertion du vagin. Mieux vaut un moyen de contention quelconque qu'une opération qui expose à la mort une femme dont la vie n'est troublée que par une infirmité.

FIN



# TABLE DES MATIÈRES

## INTRODUCTION.

	Pages.
CHAPITRE PREMIER. — Spéculum.....	1
CHAPITRE II. — Le toucher.....	XIV
CHAPITRE III. — Histérométrie.....	XXXVIII

PREMIÈRE LEÇON. — De la menstruation.....	1
DEUXIÈME LEÇON. — Métrite interne ( <i>endométrie, métrite muqueuse ou catarrhale</i> ).....	16
TROISIÈME LEÇON. — Métrite parenchymateuse.....	53
QUATRIÈME LEÇON. — Métrite parenchymateuse aiguë puerpérale et traumatique.....	77
CINQUIÈME LEÇON. — Métrite parenchymateuse, déviations variables de l'utérus.....	118
SIXIÈME LEÇON. — Métrite parenchymateuse, sans augmentation appréciable du corps de l'utérus. — Difficulté de la palpation.....	129
SEPTIÈME LEÇON. — Métrite chronique.....	141
HUITIÈME LEÇON. — De la congestion pelvienne.....	218
NEUVIÈME LEÇON. — Phlegmons des ligaments larges.....	256
DIXIÈME LEÇON. — Adéno-lymphite péri-utérine. — Adéno-phlegmon juxta-pubien simulant un phlegmon du ligament large.....	286
ONZIÈME LEÇON. — Inflammation péri-utérine, adéno-phlegmon.....	299
DOUZIÈME LEÇON. — De la pelvi-péritonite.....	353



	Pages.
TREIZIÈME LEÇON. — Ovarite.....	391
QUATORZIÈME LEÇON. — Salpingite. <i>Inflammation des trompes</i> .....	418
QUINZIÈME LEÇON. — De l'hématocèle rétro-utérine.....	439
SEIZIÈME LEÇON. — Cancer de l'utérus.....	478
DIX-SEPTIÈME LEÇON. — Cancer de l'utérus (suite).....	421
DIX-HUITIÈME LEÇON. — Chute de l'utérus.....	539
DIX-NEUVIÈME LEÇON. — Hypertrophie du col de l'utérus simulant la chute du corps de cet organe.....	553

## FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.



Fig. 1.



Fig. 4.



Fig. 3.

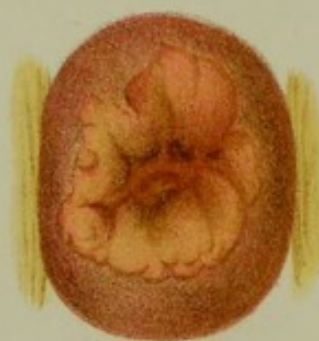


Fig. 2.









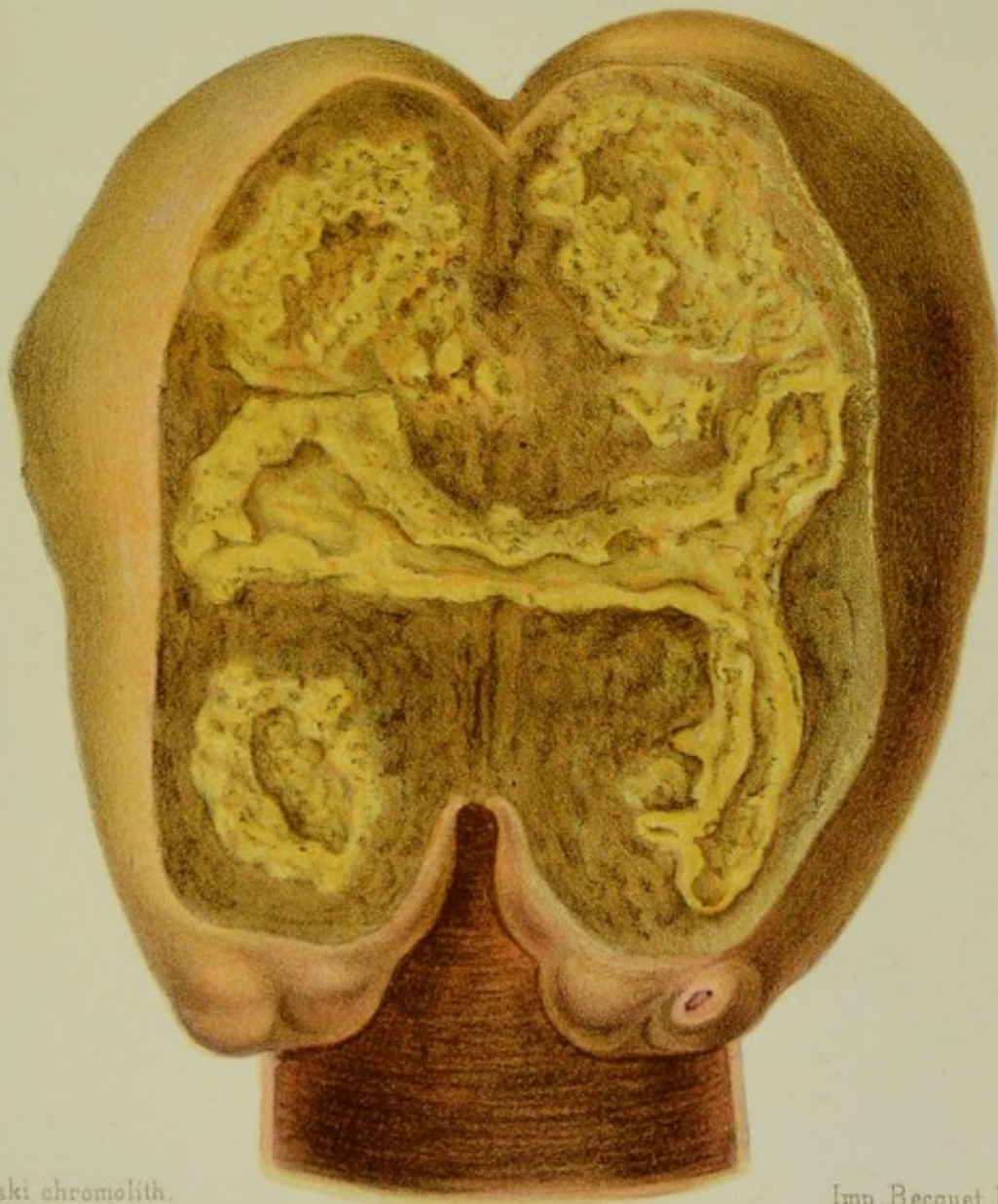
Fig. 7.



Fig. 5.



Fig. 6.



Karmanski chromolith.

Imp. Becquet, Paris

V.A. Delahaye et C<sup>ie</sup>. Editeurs.







