fois trouver le praticien sous l'impression de métrorrhagies antérieures ou de lésions actuelles très aiguës et lui donnent, par leur dire, l'idée préconçue d'un avortement ou de phlegmasies exsudatives très étendues. J'ai traité des femmes chez lesquelles des présomptions de ce genre avaient créé une divergence notable entre les opinions des différents médecins qui les avaient vues.

Dans les traités classiques, le *pronostic* de l'aplasie utérine est considéré comme assez fâcheux. Je suis obligé de reconnaître qu'il varie grandement, et qu'il est d'autant plus favorable que les femmes se soumettent jeunes encore au traitement, qu'elles ont la patience nécessaire pour subir ce traitement parfois très pénible et très désagréable; qu'il est différent enfin, suivant que les conditions extérieures permettent ou non cette intervention toujours de longue durée.

Si l'on trouve ces différents facteurs réunis, non seulement les améliorations sont très sensibles, quoique la proportion en soit modeste, mais j'ai même observé le développement ultérieur de la matrice et, dans deux cas, la grossesse suivie d'accouchement normal.

Traitement. — Le traitement ne peut être fructueux que si la femme s'est soumise d'abord à une exploration digitale minutieuse. Et l'on sait combien, dans la clientèle, on rencontre de résistance lorsqu'il s'agit de pratiquer le toucher.

Dès qu'une femme vient se plaindre à moi de phénomènes anormaux, surtout d'absence de menstruation de cause inexplicable, ou bien encore lorsqu'un traitement approprié à certaines indications n'a pas, au bout d'une année, produit de résultat, je refuse de lui continuer mes soins, si elle ne veut pas se soumettre à l'exploration digitale. Si elle cède et que je trouve l'utérus plus ou moins atrophié, je recommande expressément de ne pas différer l'intervention locale, et de combiner celle-ci avec un traitement général convenable.

Par traitement général, j'entends moins l'administration de préparations ferrugineuses, que l'emploi de tous les moyens propres à développer et à tonifier l'organisme. Je défends aux jeunes filles tout travail intellectuel, toute occupation sédentaire, je leur ordonne l'exercice en plein air, la marche, l'équitation, le patinage et les bains aussi fréquents que possible. Je veille à ce que leur nourriture soit fortifiante et les digestions bonnes, et, pour ce, je conseille l'usage de bières de bonne qualité, du lait, de la viande sous toutes ses formes.

Le traitement local comprend d'abord de simples injections d'eau tiède, sous pression modérée, des bains de siège avec addition d'eaux mères salines. Si cela est possible, j'envoie ma cliente au bord de la mer ou dans les montagnes, à la condition expresse cependant que le régime sera continué dans la nouvelle résidence.

L'anomalie de développement coïncide-t-elle avec l'obésité, la première indication sera de traiter cette dernière. Il n'est pas rare de voir les cures à Marienbad et à Kissingen agir favorablement même sur la menstruation. Tout récemment j'ai obtenu des succès par l'emploi prudent de la méthode d'Oertel contre l'obésité.

Je fais continuer le traitement pendant plusieurs années, en recommandant à l'occasion le séjour dans les stations d'eaux ferrugineuses et sur les bords de la mer. Je n'interviens localement qu'en cas de non-réussite des prescriptions générales, à moins toutefois qu'il ne s'agisse de personnes déjà d'un certain âge; dans ce cas je combine les deux traitements des le début. Quant aux jeunes filles, l'intervention locale n'est contre-indiquée chez elles que si l'atrophie utérine est accompagnée de troubles généraux graves.

Le traitement local doit tendre avant tout à augmenter l'afflux sanguin et à développer les tuniques musculaire et muqueuse de l'utérus. On atteint très souvent ce but par les scarifications de la portion vaginale que l'on opère d'abord quotidiennement, puis à des intervalles plus ou moins éloignés.

Je me sers ordinairement des scarificateurs de Mayer (fig. 34). Mes scarifications de la muqueuse des lèvres du museau de tanche partent de l'orifice externe du col et rayonnent en différentes directions. Au commencement l'hémorrhagie est peu prononcée; je cherche à l'augmenter en conseillant aux femmes de ne pas s'aliter tout de suite, mais de marcher pendant un quart d'heure, une demi heure. L'écoule-

PATHOLOGIE

(

ment sanguin devient peu à peu plus abondant, alors même que les scarifications ont été superficielles; à ce moment le repos s'impose pendant une heure ou deux. En prévision d'une hémorrhagie considérable, on conseillera aux femmes de prendre, le cas échéant, des injections avec une solution concentrée de vinaigre de bois.

Une fois que l'opération donne lieu à un suintement sanguin plus abondant, j'espace mes scarifications. Je ne les fais plus que tous les deux ou trois jours, puis une fois par semaine. A

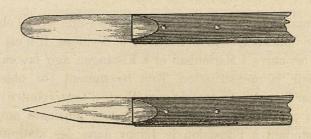


Fig. 31. - Scarificateur de C. MAYER.

ce moment, pour produire une action irritante jusque sur la muqueuse du corps, je pratique fréquemment le cathétérisme.

A la suite de l'emploi de ces moyens et des bains de siège avec une décoction de son ou avec des eaux mères salines, l'utérus et tout le contenu de l'excavation pelvienne diminuent de sensibilité; 6 à 8 semaines après le début du traitement, on peut songer à irriter l'utérus d'une façon permanente par l'introduction d'un stylet intra-utérin (fig. 35, a). Ce stylet est un agent d'irritation souvent très énergique: sous son influence, l'utérus augmente de volume sans cependant devenir plus sensible et sans occasionner aucun malaise. Cette hypertrophie persiste souvent au-delà de la durée du séjour du stylet, et est suivie d'un développement prononcé de la musculature et de la muqueuse utérines. Les stylets sont en ivoire ou en alliage de zinc et de cuivre; (mon père, E. Martin, employait de préférence ces derniers.) Je suis convaincu que

ceux-ci irritent tout spécialement la muqueuse de l'utérus; car lorsqu'ils ont séjourné pendant quelque temps dans cet organe, on trouve que le côté zinc a perdu le poli de sa surface, qu'il est comme rongé, et que quelquefois même il a complètement disparu. Quelle que soit la façon d'expliquer le processus chimique d'où naissent ces altérations, il est certain que le contenant y participe aussi bien que le contenu. Profitons donc de ce fait pour nous rapprocher du but poursuivi.

Quant à l'épaisseur et à la longueur du stylet, elles sont déterminées par le calibre et la profondeur de la matrice : il doit être d'un 1/2 centimètre environ plus court que l'axe utérin.

L'introduction des stylets rencontre parfois de grands obstacles dans l'étroitesse des parties, la longueur du vagin et l'impossibilité d'immobiliser un utérus nain. Cependant, avec un peu d'habileté et de patience, la manœuvre réussit. Voici comment je procède d'habitude. Je suppose avant tout que l'utérus et ses annexes sont devenus insensibles à l'intro-

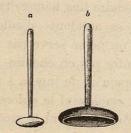


Fig. 35. — Stylet intra-utérie et tuteur.

mission de la sonde. J'y fais donc pénétrer celle-ci et m'en sers comme d'un levier pour attirer l'organe aussi près que possible de l'entrée du vagin. De la main qui tient le cathéter je fixe la matrice. Puis je fais glisser le stylet, que j'ai saisi entre le pouce et l'index de l'autre main, le long de l'instrument jusque dans le col. L'extrémité du stylet une fois introduite dans l'orifice externe, je lâche la sonde qui permet à l'utérus de remonter dans le bassin. Je pousse en même temps le stylet et refoule le tout dans le vagin, jusqu'à ce que le bouton de l'instrument en ait franchi l'entrée. Je retire alors le cathéter et le remplace par le stylet à l'aide d'une simple pression de l'indicateur sur le bouton. La rapidité avec laquelle l'instrument pénètre est parfois telle qu'à ce moment on éprouve la sensation d'une aspiration de la tige par la cavité utérine.

Dans d'autres cas, la propulsion de l'instrument jusqu'à

l'orifice interne est facile, tandis que son introduction dans le corps semble presque impossible. L'obstacle à ce niveau consiste ou bien dans l'étroitesse de l'orifice, et alors il faut faire usage d'un stylet de calibre moins fort, ou bien dans la flexion du corps sur le col. Si l'utérus est antéfléchi, il faut opérer le redressement à travers le cul-de-sac vaginal antérieur, et s'il est en rétroflexion, à travers le cul-de-sac postérieur, jusqu'à ce que corps et col se trouvent à peu près dans le même axe. Cette condition remplie, l'introduction du stylet ne sera plus qu'un jeu. Avec de l'adresse et une préparation convenable des parties, on ne court aucun risque de blesser la muqueuse ou de produire une hémorrhagie.

Ces accidents d'ailleurs n'offrent aucun danger, pour peu qu'on ne se serve pas de stylets malpropres, ou qu'on ne rencontre pas en chemin des sécrétions en pleine décomposition. Lorsqu'on le jugera à propos, on pourra faciliter la manœuvre en employant le chloroforme.

Généralement le stylet ou pessaire intra-utérin reste en place tout seul. La paroi vaginale supporte le bouton qui demeure ainsi accollé aux lèvres du museau de tanche. S'il tombe, il faut le fixer, et à cet effet on pourra employer l'instrument que représente la fig. 35 b. Le plateau sera appliqué au-dessous du stylet, pendant que le pédicule fera saillie entre les lèvres de la rima pudendi. Pour l'introduire, on saisira l'instrument de façon que la circonférence du plateau soit tangente à l'entrée du vagin, la tige se tournant sur le côté. Au niveau de la voûte vaginale, le plateau est redressé transversalement. L'extrémité de la tige proémine alors entre les lèvres de la vulve et empêche tout écart du plateau, sur lequel le bouton du stylet se meut en toute liberté.

Après l'application les malades doivent se tenir tranquilles pendant quelques jours; le repos au lit n'est pas indispensable. Lorsque je me suis assuré de l'insensibilité de l'utérus et de son voisinage, je permets aux femmes les occupations domestiques; je les autorise même à rentrer chez elles en leur recommandant de suivre exactement toutes les prescriptions relatives à la tonification de l'état général.

J'ai toujours vu l'emploi de ces pessaires intra-utérins être suivi d'exhalations sanguines périodiques; dans plus de la moitié des cas, ces écoulements étaient abondants et semblaient concourir à l'amélioration de l'état général.

Au bout de trois à cinq mois j'enlève les stylets. Chez environ un quart de mes malades, l'utérus avait pris un développement très satisfaisant, quelques-unes devinrent grosses et accouchèrent à terme. Chez d'autres l'utérus avait bonne apparence; la rougeur qui entourait le col au moment de l'enlèvement du stylet disparut et les règles demeurèrent pendant quelque temps régulières, pour redevenir irrégulières au bout de six mois ou plus. Dans ces cas je repris le traitement et j'obtins une amélioration durable ou tout au moins un accroissement de la période d'amendement; quant à l'utérus il prit un développement passable.

Les résultats les moins favorables furent obtenus chez les femmes qui, au début du traitement, avaient dépassé l'âge de vingt-cinq ans. Tant qu'elles portèrent le stylet, elles se trouvèrent soulagées, et même, sous l'influence du traitement, l'utérus acquit un développement plus considérable. Mais je ne pus jamais arriver à rétablir chez elles la fonction menstruelle, par conséquent à atteindre une guérison complète. Cependant, grâce au régime spécial et à une intervention locale souvent répétée, ces femmes en arrivaient à considérer elles-mêmes leur état de santé comme très satisfaisant.

L'aplasie utérine est parfois compliquée de catarrhe utérovaginal et surtout de périmétrite. Dans ces conditions le traitement local rencontre de grandes difficultés. L'indication essentielle et première est de remédier à ces inflammations. Ce n'est que lorsqu'elles auront cédé — naturellement ces affections n'empêchent en aucune façon d'instituer le traitement général — ce n'est que lorsqu'elles auront cédé, dis-je, qu'il pourra être question d'intervention locale. J'insiste et je dis : Tant que des processus pathologiques de ce genre existeront, mème dans les annexes, n'intervenez jamais, à moins de force tout à fait majeure. Parmi les symptômes qui vous feront passer outre, je citerai surtout de violents troubles gastriques, des migraines,

des douleurs lombaires empêchant la marche. Si rien ne peut remédier aux souffrances de la malade, si celles-ci ne font qu'augmenter, essayez comme moi d'insensibiliser l'utérus au moyen de crayons d'un mélange de sulfate de zinc et de morphine et de suppositoires narcotiques, afin de préparer la voie au stylet intra-utérin.

Ce procédé m'a réussi quelquefois et m'a permis d'introduire l'instrument sans provoquer d'accidents. Mais dans d'autres cas, la réaction éveillée dans les foyers phlegmasiques fut tellement violente, que je dus renoncer à toute tentative opératoire, même aux scarifications.

En général l'aplasie qui réclame le traitement par les stylets intra-utérins est très rare. Dans ces deux dernières années, je n'ai eu occasion qu'une seule fois de recourir à ce procédé thérapeutique.

B. L'atrophie utérine de la puerpéralité survient lorsqu'il y a exagération de l'involution puerpérale. Elle se montre sous deux formes différentes et produit des modifications de tissu remarquables. Tantôt on voit survenir une flaccidité extrême de la musculature utérine, qui subit une métamorphose graisseuse à peu près complète. L'utérus paraît alors réduit, non dans sa longueur, mais dans sa masse totale; le muscle est dégénéré, l'organe tout entier a perdu sa tonicité. Ce n'est qu'avec peine qu'on le perçoit à la palpation et qu'on peut le délimiter. Dans ces cas le cathétérisme doit être particulièrement prudent; car les perforations se produisent même en dehors de toute violence dans la manœuvre.

Le plus souvent l'utérus a pris la forme infantile. Quelquefois, mais rarement, il a subi une atrophie partielle, mais très prononcée, au niveau soit du corps, soit du col. Ce dernier est alors très mince; son calibre est réduit à celui d'un porte-mine ordinaire; il est surmonté d'un corps qui a l'aspect d'un petit tuber-cule, tantôt dur, tantôt flasque.

Cette sorte d'atrophie se rencontre surtout chez les femmes débilitées par des affections d'autres organes, chez celles du moins où le manque de soins empêche la réparation des pertes organiques dues à la lactation.

La deuxième forme d'atrophie puerpérale amène un ratatinement de l'utérus qui rappelle celui de la ménopause. Le volume de l'organe est diminué de presque un tiers; le fait le plus frappant est l'étiolement de la portion vaginale qui ne proémine plus dans le vagin que comme une espèce de verrue dure au toucher. J'ai constaté cette atrophie surtout chez les accouchées qui nourrissaient, n'avaient pas encore revu leurs règles et s'étaient abstenues de tout commerce sexuel. L'exploration fait facilement prendre cette atrophie pour une manifestation pathologique; et cependant elle n'est, en général, que l'expression la plus avancée de l'involution puerpérale normale. Avec le sevrage, le retour de la menstruation et la reprise des rapports sexuels, cette seconde forme d'atrophie disparaît et l'utérus recouvre en peu de temps son volume, sa longueur et sa consistance primitive.

Cette dernière forme d'atrophie puerpérale ne réclame aucune intervention thérapeutique. Dans la première, au contraire, il faut au plus tôt interrompre la lactation et stimuler les fonctions de nutrition de la femme.

Localement on prescrira les bains de siège et les douches tièdes.

Le plus souvent j'ai vu les malades, qui appartenaient pour la plupart à la clientèle pauvre, succomber, sous l'influence de mauvaises conditions de milieu, à des affections d'autres organes. Ce résultat est favorisé encore par une nouvelle grossesse qui fréquemment suit de près la première.

C. Il est une dernière sorte d'atrophie, qui se développe pendant la puerpéralité aussi bien qu'en dehors d'elle, et qui se manifeste sous forme de troubles de nutrition de l'utérus, par la production d'indurations dans le tissu cellulaire paramétrique. Je reviendrai en détail sur cette paramétrite atrophiante lorsque je traiterai de la paramétrite en général.

Toutes ces variétés d'atrophie sont influencées d'une façon très fâcheuse par la persistance, bien au-delà du stade aigu, de restes d'inflammation ayant leur siège dans la muqueuse et le parenchyme utérin ou dans les régions avoisinantes.

III. - HYPERTROPHIE DE L'UTÉRUS

On entend par hypertrophie de l'utérus, dans le sens strict du mot, le développement exagéré mais uniforme de toutes les parties de l'organe, sans états inflammatoires intercurrents (1). Le processus hypertrophique anatomiquement pur est rare. Quoiqu'il en soit, il peut augmenter très notablement le volume de la matrice; il frappe tantôt l'organe tout entier, tantôt certains de ses segments seulement. Les modifications de volume se produisent le plus souvent aux dépens du tissu connectif intermusculaire et

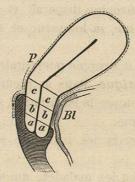


Fig. 36. — Division du col suivant Schröder. a: portion vaginale. — b: portion moyenne. — c: portion sus-vaginale.

sous l'influence d'irritations phlegmasiques. En passant en revue mes propres observations, il m'est impossible de trouver un seul cas d'hypertrophie vraie.

L'hypertrophie partielle donne lieu à des changements de configuration vraiment curieux (2). Même en l'absence de tout phénomène inflammatoire, on rencontre le tableau que j'aurai à esquisser lorsque nous étudierons la métrite et l'endométrite, à savoir : un allongement du col et une hypertrophie de la portion vaginale tels que toute la masse vient faire saillie entre les lèvres de la vulve. De même on constate quelquefois une élongation non seulement de la portion sus-vaginale, mais encore de la portion sous-vaginale, tellement considérable qu'elle justifie la division du col en trois segments : portion sus-vaginale, portion moyenne et portion vaginale (Voir fig. 36) (1).

Les symptômes de l'hypertrophie dépendent en partie de l'augmentation de poids de l'utérus. La femme ressent une sensation de plénitude abdominale et une pression désagréable sur le périnée, suivies bientôt de ténesme vésical et rectal par compression. Dans un stade plus avancé, apparaissent les signes du prolapsus à son début ou complètement développé. D'autre part l'accroissement de volume marche de pair avec le déplissement de la muqueuse qui amène, surtout au voisinage des règles, un travail d'hypersécrétion et souvent des métrorrhagies.

Le traitement sera symptomatique. La sensation de plénitude abdominale est diminuée parfois par les évacuations alvines, par les bains de siège, les injections chaudes et l'emploi des spéculums réfrigérateurs (fig. 20). L'hypersécrétion est justiciable du même traitement aidé par l'application de tampons imprégnés de glycérolé au tannin, par les scarifications et autres moyens analogues, surtout lorsqu'on a pratiqué préalablement l'abrasion de la muqueuse.

Si la santé générale continue à être troublée, surtout si la malade souffre beaucoup de la flexion utérine, l'amputation du col est indiquée.

§ 2. Déplacements et modifications de forme de l'utérus et du vagin

I. — VERSIONS ET FLEXIONS UTÉRINES

Lorsque, vers le milieu de ce siècle, la gynécologie se transforma en une branche spéciale et indépendante de l'art de gué-

⁽¹⁾ Klob, Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorg., pages 124 et 203, veut ranger sous ce titre la métrite chronique, contrairement à l'opinion de la plupart des gynécologues.

⁽²⁾ SAXINGER, Prag. viertelj. Schr., 1866, p. 144. — COURTY, Mal. de l'ulérus, 2º édit., 1872. — West, Diseases of Women, 3º éd., p. 111.

⁽¹⁾ Schröder, Krankh. der weibl. Geschlechtsorg., VII p. 76.