

CHAPITRE I

FAUSSES UTÉRINES ET AFFECTIONS DES VOIES DIGESTIVES

I

Un mot d'historique

Avant d'exposer les troubles utérins consécutifs aux affections des voies digestives, si nous nous proposons d'écrire un aperçu historique de ce sujet, notre tâche, des plus ardues, n'aboutirait qu'à une longue énumération dénuée d'intérêt. HIPPOCRATE déjà parlait des métrorrhagies au cours des fièvres gastriques; dans toute l'ancienne littérature médicale nous trouvons une foule de cas, mais observés sans méthode, sans contrôle, et affirmés ou niés avec une égale opiniâtreté. Un auteur a vu des pertes utérines coïncider avec la présence de vers intestinaux, donc, elles en dépendent; un second taxe d'enfantillage la supposition d'une pareille étiologie; un troisième auteur accuse d'erreur les deux premiers parce qu'une aménorrhée sympathique a cessé avec l'expulsion d'un tœnia. Et ainsi de suite à propos des douleurs de l'estomac, des coliques, des flux intestinaux qui alternent avec des flux de la matrice. L'examen de l'appareil génital était pratiqué d'une façon rudimentaire; la notion des phénomènes hystériques, neurasthéniques, des actes réflexes ou inhibitoires manquait forcément, aussi la plus grande confusion règne dans les travaux des vieux médecins; ils avancent beaucoup de faits sans grandes preuves. Lorsqu'un peu de clarté surgit, c'est l'utérus d'abord qui prend la place prépondérante et commande à tous les accidents digestifs; l'action inverse n'est timidement soutenue que peu à peu. Puis ces phénomènes mieux examinés se précisent, on rend à chaque organe ce qui lui revient, et dans ces derniers temps la

connaissance des ptoses abdominales, entéroptose, rein flottant, foie flottant, marque une phase nouvelle dans l'étude de la question.

Les troubles utérins et les ptoses abdominales forment un ensemble pathologique qui constitue une classe un peu à part; souvent même étiologie et début simultané, symptômes mêlés d'une façon presque inextricable, évolution parallèle, etc. Ils méritent d'être exposés d'une manière spéciale, aussi diviserons-nous ce chapitre en deux paragraphes.

II

Fausse utérine et affections des voies digestives sans viscéroptose

Tout d'abord répétons ce que nous avons dit plus haut, car rarement notre proposition sera plus vraie qu'ici: l'aménorrhée tend à s'établir dès que la nutrition générale périclité, et la réapparition des règles est un très bon signe de pronostic favorable. Les fonctions digestives président d'une façon si primordiale à toute l'économie qu'il est à peine besoin d'insister.

Les fausses utérines rapportent à tort à la matrice la cause première de phénomènes dont la véritable étiologie doit être attribuée:

1° Ou à un symptôme gastro-intestinal commun à plusieurs affections du tube digestif et sans altération anatomique qui lui soit propre;

2° Ou à une maladie proprement dite des voies digestives.

Examinons ces deux hypothèses.

1° FAUSSES UTÉRINES ET SYMPTÔMES COMMUNS AUX DIVERSES MALADIES DES VOIES DIGESTIVES. — « Il faut se souvenir, dit SNEGUIREFF, qu'au point de vue fonctionnel, les appareils génital et gastro-intestinal sont connexes; se rappeler l'influence qu'ont la gestation, la menstruation, l'ovulation, l'endométrie, les affections des ovaires et du péritoine, sur le tube digestif. Inversement les

affections des intestins retentissent puissamment sur l'état de l'utérus et de ses annexes. Le rôle du médecin est de savoir discerner, dans la pathologie pelvienne et abdominale, l'affection primitive de la secondaire; c'est affaire de science et d'expérience. Quel que soit d'ailleurs le siège de l'affection primitive, la base du traitement sera *d'empêcher la constipation par un régime approprié.*

A. — **Constipation.** — *La constipation!* voilà le symptôme gastro-intestinal que l'on rencontre à chaque examen. Toutes les femmes sont constipées, ou presque toutes! mais surtout les utérines fausses ou vraies.

Une déviation, une phlegmasie péri-utérine, une hématocele, une salpingite, un fibrôme, etc., produisent mécaniquement une constipation qui entraîne à sa suite tout un cortège de phénomènes dyspeptiques, c'est là un fait de notion courante.

Mais la constipation elle-même provoque des troubles dans l'utérus sain, et, par un cercle vicieux, aggrave dans l'utérus malade les accidents qui lui ont donné naissance.

Un auteur anglais, NIGEL STARCK, dans un fort curieux mémoire, range la constipation chronique et l'habitude de se serrer parmi les causes très fréquentes de *congestion pelvienne*, utérine, ovarienne, etc., qu'il a observée chez des femmes non mariées; et il a vu bien des cas de *ménorrhagies* chez des jeunes filles guéries par l'administration de purgatifs. Cette remarque est très juste: une de nos malades, jeune demoiselle de 19 ans, grande et forte mais un peu nerveuse, vint nous consulter pour une *dysménorrhée* fort pénible dont les douleurs commençaient avec les premières manifestations du molimen cataménial et cessaient dès l'éruption du sang. Mais la profusion des règles allait toujours croissant depuis quelques mois, si bien que la perte finissait par devenir inquiétante; cette jeune fille, en proie à une constipation rebelle qu'elle était obligée de combattre par des laxatifs quotidiens, n'osait plus se purger dès qu'approchait l'époque menstruelle, craignant de provoquer une dérivation des règles, d'empêcher même leur éruption, et des préjugés, entretenus par son entourage, la portaient à se croire menacée des maux les plus redoutables si elle intervenait par le moyen le plus anodin aussitôt qu'arrivait la période cataméniale. Cependant nous eûmes assez d'empire sur elle pour obtenir qu'elle surmontât ses craintes et qu'elle prit une petite quantité de poudre purgative tous les matins et surtout aux approches du moment critique; les douleurs et les hémorrhagies diminuèrent

comme par enchantement, puis tout rentra dans l'ordre, ce fut l'affaire de peu de mois.

Dysménorrhées, métorrhagies causées par la constipation se compliquent souvent d'une *leucorrhée* utérine, vaginale et vulvaire, fort désagréable chez les vierges qui répugnent à se soigner et la congestion utérine qui s'établit à la longue favorise avec d'autant plus de facilité les infections secondaires, que les premières voies génitales ne sont pas toujours rigoureusement tenues propres. La *métrite des vierges* vient parfois après ces infections secondaires, et *l'hypéremie ovarienne* qui succède à la fluxion pelvienne mène à *l'apoplexie ovarienne* et à *l'ovarite menstruelle*.

Ne parlons plus des jeunes filles. Combien de femmes confient au médecin que leurs pertes blanches sont d'autant plus abondantes qu'elles-mêmes sont plus constipées. Les suites de couches entretiennent une constipation qui en retour aggrave les accidents génitaux.

Affaire de science et d'expérience, comme le dit SNEGUREFF, de reconnaître l'affection causale; mais une de nos premières préoccupations en face d'une utérine fausse ou vraie doit être de veiller aux fonctions intestinales. Purger doucement, et repurger le lendemain et les jours suivants, malgré des plaisanteries anciennes et faciles, c'est très souvent faire de la bonne médecine. Au chapitre du traitement nous reviendrons sur ce point.

B. — **Diarrhée.** — La *diarrhée*, par elle-même en tant que symptôme, a moins d'influence sur les voies génitales que la constipation. Cependant une diarrhée assez intense, survenue à l'époque des règles, peut gêner l'éruption menstruelle, *diminuer* le flux cataménial au point qu'il ne s'écoule plus qu'un liquide à peine teinté; toutefois nombre de femmes, au moment critique ou un peu avant, sont prises d'une petite diarrhée prémonitoire, qui, loin d'offrir des inconvénients, atténue les signes généraux du molimen.

Un de nous a soigné une dame pour une diarrhée fort douloureuse qui s'accompagna pendant deux heures environ d'une *ménorrhagie* incroyable; durant quelques instants le sang coula comme une perte à la suite d'un accouchement; ni avant, ni depuis, la malade n'a rien accusé de pareil. Du reste, la perte fut très facile à arrêter.

Les anciens auteurs signalaient l'abus des *purgatifs dures* parmi les causes de *métorrhagies*, et nous tenons l'aloës pour un emménagogue.

Il arrive aussi qu'une certaine *leucorrhée* apparaît parfois avec la suppression d'une diarrhée, et on rencontre encore des femmes, surtout des personnes âgées, chez qui un flux leucorrhéique semble alterner avec l'augmentation ou la diminution d'un autre flux (hémorrhéidaire par exemple), et en particulier d'un flux intestinal.

C. — **Douleur.** — *La douleur*, les crises douloureuses, gastralgies, entéralgies, etc., sont-elles susceptibles dans leurs paroxysmes de retentir sur les fonctions utérines? nous sommes portés à le croire par analogie avec d'autres accès de souffrance, nous ne pouvons en fournir la preuve.

Mais la douleur suffit à constituer une classe fort intéressante de fausses utérines qui localisent à tort dans l'appareil génital les symptômes qu'elles éprouvent et qui alors s'alarment au-delà de toute mesure du plus léger trouble de la menstruation. ARMAND SIREDEY a vu les souffrances de la fissure à l'anus, de diverses lésions pelviennes, attribuées par les patientes à une maladie de matrice. Une de nos malades rapportait à un fibrome des accès fort pénibles qui étaient en réalité des crises gastriques. Nous avons longtemps hésité à formuler un diagnostic sur une femme envoyée à Beaujon comme atteinte de salpingite; à la longue nous avons eu la preuve qu'il s'agissait d'un spasme du gros intestin au niveau de l'S iliaque. En pareille matière, toute erreur de diagnostic est possible, et il est quelquefois difficile pour tout le monde d'éviter une confusion.

D. — **Vomissement.** — Nous ne saurions rien dire de l'influence des vomissements. On rencontre dans la littérature médicale des observations qui nous montrent des femmes, à la puberté ou à la ménopause, ou en état d'aménorrhée pendant la vie génitale, présentant des *hématémèses* périodiques et en rapport avec le molimen cataménial; tantôt elles souffraient auparavant d'altérations stomacales, tantôt leurs hématémèses ne provenaient d'aucune lésion organique, mais les patientes étaient des névropathes, hystériques ou neurasthéniques. Ces faits rares et singuliers que l'on a décrits sous le nom de règles déviées, ne touchent que de loin à notre sujet car ils n'ont pas trait, dans le sens strict du mot, à des fausses utérines. De même pour les *melæna*.

E. — **Tympanisme.** — Bien plus intéressantes et utiles à connaître sont les causes d'erreur qui proviennent du *tympanisme*. SNEGUIREFF avait déjà remarqué que « il ne faut pas prendre le ballonnement du

ventre, la tympanite et les douleurs qui en dépendent et qu'on observe surtout lors de la période menstruelle, pour des affections utérines ou ovariennes. »

F. — **Tumeurs fantômes.** — Sous le titre de *tumeurs fantômes*, PICHEVIN a écrit un chapitre des plus curieux. Il s'agit, dit-il, d'une contracture, d'une rigidité de la paroi musculaire développée chez une nerveuse qui a un point hystérique hystérogène; d'autres fois, le tympanisme simule une véritable tumeur lisse, arrondie, qui fait songer à un kyste ovarique, par exemple; la distension de l'intestin par des gaz et des matières fécales, une tumeur fécale isolée, jointe à des malaises abdominaux, a pu en imposer quelquefois. PICHEVIN recommande au besoin la chloroformisation pour trancher le débat; la percussion, la palpation, l'examen le plus méthodique sont de rigueur. Malgré toutes ces précautions, dans un cas l'un de nous est resté fort perplexe: il soignait pour une sérieuse attaque de grippe une jeune dame, ordinairement mal réglée et toujours très constipée, qui dans la convalescence fut atteinte d'aménorrhée; un jour elle prétendit que son ventre augmentait de volume, se crut enceinte, et alors dans la région sus-pubienne et un peu à droite on constata une tumeur résistante, arrondie, sans bosselures, qui n'était à coup sûr pas la vessie distendue; le col utérin n'avait subi aucune modification, le fond de l'utérus ne fut pas nettement trouvé et les mouvements imprimés à la masse paraissaient se transmettre au col. On convint d'attendre un nouvel examen; peu de jours après, à une visite suivante, la tumeur, de beaucoup diminuée, n'inquiétait plus la malade qui ne s'en préoccupa plus et cessa de nous consulter à ce sujet.

2° FAUSSES UTÉRINES ET MALADIES DES VOIES DIGESTIVES PROPREMENT DITES. — A. — **Embarras gastrique.** — L'influence de l'*embarras gastrique* ne se fait que peu sentir sur la matrice: que nous traitions un embarras gastrique ab ingesta, un embarras gastrique fébrile, infection gastro-intestinale ou typhoïdette, nous observerons à peine de *légères épistaxis utérines* au début, un *retard* ou une *diminution* dans l'abondance des règles au moment de la convalescence, et c'est tout.

B. — **Ulcère de l'estomac.** — L'*ulcère de l'estomac* se présente avec une bien autre importance pour notre sujet; et la coexistence de l'ulcus et des troubles menstruels se trouve si fréquente qu'une théorie longtemps en faveur attribuait l'origine de l'ulcère à l'amé-

norrhée, et que BRINTON se croyait obligé de discuter longuement la question : « est-ce l'aménorrhée qui détermine l'ulcère ou l'ulcère qui engendre l'aménorrhée ? » D'une façon très catégorique, BRINTON répondait par la négative à la première de ces deux questions et il prouvait que c'est l'ulcère qui produit l'aménorrhée. Aujourd'hui ce débat ne nous arrête plus, l'unanimité est absolue. Anémie, neurasthénie, nutrition défectueuse, actes réflexes, quelle que soit la cause, dans la majorité des cas, comme dit BRINTON, la diminution ou la suppression des règles est un des traits les plus saillants. « Néanmoins, ajoute ce grand observateur, il y a des femmes qui continuent à voir régulièrement ; quelques-unes ont de véritables pertes. Chez d'autres il y a retard dans l'apparition des règles, plutôt que suppression ou interruption. » Les métrorrhagies constituent en effet de curieuses exceptions.

La menstruation, à son tour, prend une grande importance (MATHIEU) dans l'évolution de l'ulcère rond, et nous avons vu les crises douloureuses de l'estomac s'exaspérer au moment de la poussée cataméniale. L'aménorrhée a été parfois accusée de favoriser une déviation menstruelle sous forme de règles déviées ou supplémentaires ; bien que l'auteur anglais n'ait pas remarqué une seule observation authentique de ce fait (de même que, pour lui, il n'y a pas souvent de rapport entre la date de l'hémorrhagie et la période menstruelle), nous en connaissons des exemples qui nous paraissent dignes d'être admis comme indiscutables.

C. — **Cancer de l'estomac.** — Nous n'avons rien à dire du *Cancer de l'estomac* qui suspend la menstruation au fur et à mesure que s'établit la cachexie, et quelquefois même de fort bonne heure.

D. — **Dyspepsies.** — Parlons maintenant des *Dyspepsies*.

C'est en abordant ce chapitre que nous entrons dans le sujet le plus délicat et le plus difficile à exposer.

Ouvrez les traités de pathologie spéciale ou générale ; vous n'en rencontrerez pas un qui ne considère « les troubles dyspeptiques » comme une suite inévitable des maladies génitales. Une femme se plaint de l'estomac, elle a des pesanteurs, des acidités, des flatulences ; son médecin constate une légère érosion du col utérin, quelques pertes blanches. A quoi bon tant chercher ; mais l'explication des souffrances gastriques est toute simple, voyez-la dans la métrite et intervenez en conséquence. Et la recommandation ne date pas d'hier.

De notre côté aussi ne tombons pas dans une exagération systé-

matique. Il serait puéril de partir en guerre et de s'inscrire en faux contre une affirmation aussi unanime qui renferme du reste une grande part d'exactitude et de vérité.

Notre prétention est beaucoup plus modeste ; nous voulons nous efforcer d'établir que nombre de femmes souffrent à la fois de la matrice et de l'estomac, qu'elles ne guérissent pas ou tombent de récidives en récidives tant que la thérapeutique entend rester purement gynécologique et ne s'adresse qu'à l'utérus. Bien plus, pour un certain nombre de patientes, les désordres génitaux ont complètement disparu à la suite d'un traitement dirigé contre les seuls troubles dyspeptiques.

C'est parce que les opérateurs se sont trop laissé absorber par la lésion utérine, que les malades nous reviennent au bout de quelque temps aussi dolentes, aussi atteintes, malgré les curettages, les raclages, les diverses interventions gynécologiques qu'elles ont subies. Nous ne disons pas que ces interventions soient inutiles ; à elles seules, elles constituent souvent un traitement incomplet, voilà tout. On a pratiqué l'hystérectomie à une dame âgée de 45 ans, depuis elle va plus mal ; les crises gastriques qu'on n'avait pas très bien démêlées dans le complexe symptomatique n'ont fait que s'exaspérer.

Dans la pratique, trois cas fort nets s'offrent à nous :

a) — Utérus primitivement malade ; troubles dyspeptiques incontestablement secondaires.

b) — Accidents de l'utérus et de l'estomac débutant en même temps, simultanément, à la suite d'une couche par exemple ; puis ils réagissent les uns sur les autres.

c) — Troubles de l'estomac antérieurs sans conteste, provoquant à eux seuls des accidents utérins ou aggravant une affection génitale intercurrente.

Pouvons-nous ranger des formes de dyspepsie en face des troubles utérins et affirmer un rapport régulier entre certaines formes de dyspepsies et certains troubles utérins déterminés ?

Non.

Nous avons examiné un nombre de femmes que nous ne saurions préciser ; mais des observations toutes particulières ont porté sur quatre-vingt-dix.

La moitié, très exactement 44 sur 90, présentaient le type net d'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie ; l'autre moitié comprenait des hyposthéniques avec hypo-chlorhydrie, des dyspep-

tiques à chimisme variable, des malades dont le suc gastrique offrait une chlorhydrie à peu près normale mais avec des acides de fermentation en quantité plus ou moins considérable, des ulcères ronds, des gastrites ulcéreuses, alcooliques, etc.

Cette prédominance marquée de *l'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie* pour les utérines tient à deux causes. D'abord, elle est en général, en dehors de toute considération gynécologique, la forme de dyspepsie la plus commune, chez les femmes et aussi chez les hommes. Outre ses manifestations stomacales, elle tend à agir sur l'appareil génital par deux complications, l'une au moins presque inévitable, la constipation, puis l'entérite muco-membraneuse dont nous verrons plus loin le rôle et les conséquences. Cette hypersthénie gastrique provoque de vives douleurs localisées et irradiées auxquelles viennent se mêler les souffrances dues à la constipation chronique, à l'entérite muco-membraneuse, et aussi aux affections de la matrice ou des annexes. Arrive une période menstruelle et les crises gastro-intestinales s'exaspèrent avec une acuité qui aggrave périodiquement l'état de la malheureuse patiente. Et plus l'estomac va mal, plus les troubles utérins traînent en longueur, s'éternisent et augmentent. Tout l'abdomen est endolori, la malade, le médecin lui-même, ne savent plus au juste quel organe le plus atteint commande à tous ces symptômes. La neurasthénie se greffe là-dessus avec son cortège de palpitations, dyspnée, vertiges; les malades amaigries, pâlies, gardent un facies spécial et l'on a rangé pendant longtemps la chlorose parmi les suites éloignées des maladies génitales.

Cet avenir très sombre est réservé aux cas extrêmes; par bonheur nous pouvons enrayer les accidents avant qu'ils n'atteignent ce degré si leur évolution ne conserve pas d'elle-même une allure plus tranquille.

L'hyposthénie gastrique avec hypochlorhydrie et même une véritable *anachlorhydrie*, absence totale d'acide chlorhydrique libre, est relevée dans plusieurs de nos cas. Parfois des accidents utérins sont nettement postérieurs aux troubles de l'estomac; plus souvent des symptômes pénibles, fatigants, un mauvais état général sont attribués à tort à une affection utérine parce qu'une légère dysménorrhée, une perte ou un retard des règles, de la leucorrhée, une érosion insignifiante, attirent trop l'attention du côté de la matrice et la détournent de l'origine réelle des malaises. Une demoiselle, âgée de 33 ans, neurasthénique peu avancée, avait subi d'abord une dilata-

tion du canal utérin; puis, en Italie, on lui pratiqua le redressement d'une déviation utérine; un troisième médecin, en France, la soigna pour un rein mobile. Ces divers traitements n'ayant amené aucune amélioration, elle vint consulter l'un de nous qui lui trouva les signes d'une hyposthénie gastrique et une grande diminution des échanges organiques: les urines contenaient seulement, par 24 heures, 7 grammes d'urée et 0 gr. 77 d'acide phosphorique. La thérapeutique, instituée d'après ce nouveau diagnostic, lui procura un soulagement progressif et si elle ne la guérit pas tout à fait, lui rendit un bien-être que cette demoiselle ne connaissait plus.

Un petit nombre de personnes que nous avons suivies, et dont le suc gastrique a été analysé à plusieurs reprises, nous ont offert des réactions différentes et un *chimisme variable*; quelques-unes étaient des névropathes avérées, et si, dans ce cas, l'on suivait d'une façon absolue ces résultats de laboratoire pour formuler et changer un traitement, on risquerait fort de faire fausse route et de marcher à l'aveugle par excès de recherches. Par contre, chez deux femmes, entrées à l'hôpital pour de la métrite chronique, une hypochlorhydrie franche a cédé peu à peu et nous avons noté la réapparition de l'acide chlorhydrique libre, si bien, qu'après un séjour assez long dans nos salles, leur suc gastrique se rapprochait de la normale; la variation du chimisme indiquait une amélioration.

Les *acidités de fermentation* se rencontrent le plus souvent avec des hypersthénies, fréquemment encore avec des hyposthénies. Mais il nous est arrivé de les constater chez des utérines vraies ou fausses dont l'HCl libre et l'HCl combiné se présentaient en quantité normale; et alors un cas assez habituel est celui où un certain degré de ptose abdominale est associé à une déviation de la matrice. Nous avons déjà parlé de l'ulcus, plus bas nous dirons un mot des gastrites.

Les formes de dyspepsies les plus opposées s'accompagnent de troubles utérins qui se présentent sans aucune régularité, se succédant les uns aux autres sans qu'aucune loi semble présider à leur apparition. Une hypersthénique conservera une menstruation normale, sera atteinte d'aménorrhée ou de métrorrhagie, et à côté d'elle, une seconde malade, avec des symptômes gastriques sensiblement les mêmes, offrira des phénomènes génitaux tout différents. Du moins c'est ce qui nous paraît résulter de nos observations.

Par ordre de fréquence, on constate le plus souvent l'aménorrhée,

puis la dysménorrhée, enfin les pertes hémorragiques. Nous mettons à part la leucorrhée avec la congestion utéro-ovarienne et la métrite chronique.

L'aménorrhée est de règle à la période avancée, cachectique, de toutes les dyspepsies. Alors que la menstruation était abondante avant la maladie de l'estomac, l'aménorrhée s'installe d'une manière progressive, par une diminution du flux sanguin d'abord, ensuite des retards, enfin la disparition temporaire, puis permanente de l'éruption menstruelle. Mais les cas sont nombreux aussi où elle s'établit brusquement dès les premières manifestations de la dyspepsie. Le retour des règles se fait avec l'amélioration de la maladie première, et leur persistance constitue un indice certain de guérison. Nous avons donné des soins à une demoiselle de 33 ans, atteinte d'aménorrhée depuis deux ans; c'était une hyposthénique cachectique dont le suc gastrique avait une acidité totale de 1 gr. 2 seulement, ne contenait pas d'HCl libre, mais renfermait des acides de fermentation en assez grande quantité. Dans ses urines nous avons trouvé 43 grammes d'urée par 24 heures. Très maigre, très fatiguée, le 28 novembre 96 elle ne pesait que 37 kilos. Sous l'influence du traitement et du régime, son poids remonte, le 14 décembre 96, à 39 kilos 300; le 8 février 97, à 46 kilos et ce jour-là les règles absentes depuis deux ans réapparaissent. Le 27 avril 97, nous voyons la malade pour la dernière fois; elle pèse 47 kilos 700, et les règles ont continué à revenir périodiquement.

Une dysménorrhée, d'acuité fort variable, traduit parfois chez les dyspeptiques une ovulation défectueuse, un molimen cataménial pénible, lent à aboutir comme dans beaucoup d'états pathologiques qui dépriment les forces de l'économie. Plusieurs femmes nous ont dit que les mois où elles éprouvaient une crise de souffrances gastriques, les règles, plus difficiles, plus longues à s'établir, étaient précédées de malaises, de sensations pelviennes inaccoutumées. Chez d'autres malades la dysménorrhée est en rapport avec une vive congestion utéro-ovarienne, et à ce propos-là nous avons déjà fait ressortir le rôle important de la constipation. L'ovariologie est relevée dans plusieurs diagnostics et les névropathes topoalgisent des douleurs que rien ne soulage.

Les pertes hémorragiques restent un symptôme dont la fréquence est difficile à fixer chez les dyspeptiques qui portent une matrice demeurée saine. Elles nous paraissent assez rares. D'habitude la menstruation commence par offrir de grandes irrégularités :

une dame, âgée de 25 ans, hyposthénique avec acidités de fermentation, tantôt voyait ses règles deux fois par mois, tantôt se plaignait de retards de trois semaines et ne perdait jamais que peu de sang; au contraire, une hypersthénique avec hyperchlorhydrie permanente (atteinte à la vérité en même temps de rein mobile), après des suppressions menstruelles de deux et trois mois, accusait des métrorrhagies intermittentes durant un mois et plus.

La ménorrhagie succède volontiers à la congestion utéro-ovarienne; la métrorrhagie, c'est-à-dire l'écoulement pendant la période intercalaire, ne survient guère en dehors d'un peu d'endométrite. Nous fûmes consulté le 10 mars 92 par une jeune dame de 22 ans à qui on voulait pratiquer le curettage; elle était très effrayée par une leucorrhée intense et des hémorrhagies attribuées à de l'hypéremie ovarienne. La malade était atteinte d'hypochlorhydrie depuis 18 mois environ. Nous instituâmes une thérapeutique qui visait exclusivement l'estomac. Le résultat fut long à obtenir; le 5 décembre 92 survinrent de nouvelles métrorrhagies, le 16 novembre 93 nous constatons encore une poussée d'un abondant cataracte utérin; le 28 mai 94 seulement nous obtenions une grande amélioration de tous les symptômes.

La leucorrhée, en effet, est si habituelle pour les dyspeptiques que nous ne saurions peut-être citer un cas où nous ne l'avons pas notée à un degré plus ou moins accentué. Il est des femmes chez qui elle suit fidèlement les variations de l'état gastrique. Très souvent aussi elle est associée à de la métrite; il en est de même pour les hémorrhagies et la dysménorrhée.

C'est là le point capital: les altérations de l'estomac évoluent souvent en même temps qu'une lésion de l'utérus; les deux affections marchent parallèlement, elles retentissent l'une sur l'autre; c'est un cercle vicieux, et vous aurez beau curetter la cavité de la matrice, et traiter la métrite par tous les moyens, si vous bornez là votre thérapeutique, vous échouerez ou vous n'obtiendrez qu'un succès temporaire.

Soyons justes: si vous négligez la matrice dans les soins que vous donnez à une dyspeptique, vous risquez fort aussi de n'arriver qu'à une faible ou courte guérison; vous êtes exposés à voir les crises gastriques recommencer de plus belle à la première poussée des accidents génitaux.

E. — Gastrites. — Les gastrites interviennent dans la pathologie de l'appareil sexuel à la façon des dyspepsies ou des intoxications;

nous exposerons tous les détails sur cette dernière influence au chapitre où nous traiterons de l'alcoolisme.

F. — **Cancer de l'intestin.** — *Le cancer de l'intestin* peut simuler une tumeur utérine ou péritérine; nous n'insisterons pas sur ce diagnostic qu'il nous suffit de signaler.

G. — **Diverses affections péritonéales.** — D'autres tumeurs à marche rapide sont capables d'induire en erreur le médecin le plus circonspect : PAUL DELBET a pris pour une salpingite suppurée un *épiploon déplacé* pelotonné dans la moitié gauche du petit bassin et constituant une masse volumineuse; l'estomac très dilaté par des adhérences affleurait le pubis. *Les péritonites enkystées* de toute nature, tuberculeuse, etc., *les kystes* du mésentère, du bassin, etc., exigent un examen méthodique et minutieux qui ne suffit pas toujours. Rappelons encore pour mémoire *le phlegmon de la cavité de Retzius*.

H. — **Appendicite.** — Mais de toutes les tumeurs abdominales à évolution aiguë, celle dont le diagnostic à poser est parfois le plus épineux et toujours le plus important est sans contredit *l'appendicite*. Il est arrivé, il arrivera que l'on croie intervenir pour une salpingite et que l'on tombe sur un appendice, et réciproquement. Au mois de mars, une malheureuse patiente entre dans notre service à Beaujon avec des signes de péritonite aiguë; au moment même où on discutait l'opération, nous hésitions encore sur l'origine de cette péritonite entre une cause intestinale, cœcale, et une phlegmasie péri-utérine; la discussion n'était pas purement théorique puisqu'on songeait à donner issue au pus par la voie vaginale.

PICHEVIN insiste à juste raison sur *l'appendicite à forme pelvienne*, car l'appendice plonge dans le petit bassin vingt fois sur cent, et son inflammation, ajoute-t-il, peut se propager aux annexes non-seulement par contiguïté, mais par continuité des tissus, soit en fusan dans le petit bassin derrière le péritoine, soit en aboutissant à l'ovaire et à la trompe par la voie lymphatique. A ces appendicites associées à des tubo-ovarites, KRUGER ajoute une autre catégorie de faits concernant des affections annexielles survenues au cours ou à la suite d'une intervention pratiquée pour une pérityphlite. Mais la coexistence des deux lésions ne constitue pas une fausse utérine; l'erreur qui nous intéresse le plus est celle qui attribue à une salpingite les phénomènes qui relèvent d'une appendicite méconnue. Outre la marche clinique, les commémoratifs, la prédominance des troubles menstruels dans un cas, des accidents intestinaux dans

l'autre, la bilatéralité fréquente des salpingites, aideront le médecin à asseoir son jugement. Le diagnostic, dit PICHEVIN, finit toujours par se faire à condition que l'on ne se hâte pas, ce qui sauvegarde l'intérêt de la malade, car une « abstention armée » est préférable dans les premiers jours.

I. — **Entérites** — Nous ne nous appesentirons pas sur l'action des *entérites* en général, après ce que nous avons écrit sur la douleur et la diarrhée. GALLIARD a communiqué à la Société Médicale des hôpitaux une curieuse observation où une *sigmoïdite aiguë* ayant provoqué des métrorrhagies faillit passer pour une salpingite.

Mais *l'entérite muco-membraneuse* doit nous arrêter plus longtemps. La relation des selles glaireuses, muco-membraneuses, avec les maladies de la matrice, signalée déjà par NONAT, BERNUTZ, GOUPIL, SIREDEY, étudiée de nos jours aussi, a été interprétée de diverses façons. On a invoqué :

a) — Des causes mécaniques d'origine génitale comprimant l'intestin et produisant une constipation chronique;

b) — Des causes infectieuses propagées grâce aux larges communications des lymphatiques vagino-utérins avec les lymphatiques du rectum.

Mais outre ces cas et ceux où affection utérine et colite sont les expressions ou les complications connexes des ptoses viscérales et du relâchement de la paroi abdominale, il est des faits où l'entérite glaireuse retentit d'une manière indiscutable sur l'appareil sexuel. Avec les poussées de colite coïncident des phénomènes de *congestion utérine, de catarrhe, une leucorrhée abondante, de la dysménorrhée, des métrorrhagies*. Notre maître EMPIS a vu ces poussées de colite *alterner* avec des fluxions douloureuses du côté des ovaires, de l'utérus, comme du côté de l'anus, de la vessie et des reins. Mais pour lui, il est vrai, c'est l'état névropathique qui prédomine et commande à ces divers accidents.

On a signalé des *dysménorrhées pseudo-membraneuses* survenant chez des femmes atteintes de colite pseudo-membraneuse. Certains auteurs ont prétendu qu'il y a une grande parenté entre ces deux productions utérine et intestinale, qu'elles sont de même nature et qu'elles procèdent d'une cause unique. Nous ne le croyons pas; la différence de structure histologique, bien vérifiée, suffirait du reste, en l'absence de tout autre argument, à plaider contre cette hypothèse. Nous avons noté une seule fois cette coïncidence sur

une malade ; la marche des accidents présentait une netteté tout à fait propre à nous convaincre : suite de couches, ensuite métrite chronique avec rétroflexion, au bout de quelque temps, dysménorrhée pseudo-membraneuse. La rétroflexion et la métrite entraînent et exagèrent une constipation des plus rebelles et alors, de longues années après le début des symptômes génitaux et de la dysménorrhée, surviennent des selles glaireuses, puis muco-membraneuses. Relation de cause à effet, mais non même expression d'une entité morbide.

J. — **Vers intestinaux.** — Il nous reste à glisser sur l'influence des *Vers intestinaux* qui occasionnent des aménorrhées sympathiques, des dysménorrhées, des pertes guéries par la seule médication anthelminthique ; DÉSORMEAUX cite un cas de métrorrhagie chez une enfant de huit ans. N'oublions pas ici le rôle que jouent la neurasthénie et l'hystérie.

L'alternance des *fluxions hémorrhoidaires* et des poussées génitales est plus certaine ; au lieu de se suppléer, elles se manifestent souvent ensemble. Enfin pour terminer, Pozzi a vu un *polype du rectum* simuler une métrite.

III

Fausse utérines et ptoses abdominales

1^o ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE. — Ne vous étonnez pas de rencontrer le *rein flottant* dans ce paragraphe qui a trait aux affections des voies digestives. Si nous voulions détacher l'histoire des fausses utérines par néphroptose et la rapporter au chapitre des maladies rénales, nous ne pourrions éviter des redites et il nous faudrait recommencer un exposé où l'étiologie, les symptômes du *rein flottant* et de l'*entéroptose* se confondent, se mêlent entre eux, tandis que se manifestent des troubles génitaux dont la signification et l'importance ont souvent trompé les patientes et les médecins.

Gardons-nous aussi de trop généraliser, l'entéroptose et le *rein flottant* ne sont pas toujours fatalement réunis.

L'entéroptose est très fréquente chez les fausses utérines. GLÉNARD a eu le grand mérite de mettre ce fait en évidence : « Je dispense,

« dit-il, toutes mes malades de l'exploration de leur utérus, et, sur
« près de sept cents femmes, je n'ai peut-être pas pratiqué vingt
« touchers, je n'ai pas appliqué plus de trois fois le spéculum. La
« plupart pourtant présentaient des symptômes que l'on est con-
« venu de rapporter à l'utérus. Or, parmi les symptômes subjectifs
« réputés utérins, la plupart (douleurs, faiblesse de reins, délabre-
« ment, lassitude, pertes blanches) ne sont pas des signes d'affec-
« tion utérine, et quand il y a une affection utérine, le plus souvent
« elle est secondaire. » Il y a là une vérité clinique indiscutable, mais GLÉNARD exagère un peu, et le rôle de l'entéroptose ainsi compris devient trop absorbant.

L'importance de l'ectopie rénale avait depuis longtemps frappé nombre d'observateurs. Avec LANGEREAUX qui ne manquait pas de signaler la coexistence fréquente d'une affection utéro-ovarienne et du *rein flottant*, il nous faudrait citer beaucoup d'auteurs ; mais nous trouvons dans la traduction de BENNETT une annotation de MICHEL PETER tout à fait saisissante :

« BENNETT, dit PETER, ne mentionne que les erreurs qui peuvent
« résulter de ce qu'on prend la métrite pour une autre affection.
« Mais il est une maladie, ou plutôt une simple ectopie, capable de
« simuler la métrite, je veux parler des *reins mobiles*. Un savant
« médecin de Dresde, M. WALTHER, médecin en chef de l'hôpital,
« qui examine la situation des reins chez tous les malades admis
« dans son service, a constaté la très grande fréquence d'une mo-
« bilité anormale de ces organes. Le plus souvent il n'y a aucun
« symptôme corrélatif ; mais dans un certain nombre de cas, il a
« vu cette mobilité donner lieu à des symptômes qui simulent la
« métrite, tels que des pesanteurs, des douleurs lombaires et hypo-
« gastriques. — On conçoit que lorsqu'il existe simultanément de la
« leucorrhée et des troubles menstruels, la confusion soit possible.
« En pareil cas, l'examen direct de l'utérus et des reins fera cesser
« toute erreur (communication orale). » Toute l'histoire des fausses
utérines par ptose rénale est contenue dans ces quelques lignes si claires.

En 1892, THIRIAR de Bruxelles a repris cette question en insistant d'une façon plus précise et plus complète : « C'est en 1888, que,
« pour la première fois, j'ai été amené à rechercher les relations qui
« existaient entre le *rein mobile* et les affections de l'appareil géni-
« tal de la femme. C'était chez une malade souffrant depuis long-
« temps de divers troubles utérins qui avaient produit une véritable

« cachexie. Je lui découvris un rein mobile et, avant de procéder
« au curettage utérin, je pratiquai la néphropexie. Cette opération
« suffit pour amener en peu de temps la disparition de tous les
« troubles dont elle se plaignait du côté de la matrice (pertes muco-
« purulentes, menstruation irrégulière et douloureuse, etc., etc.).

« Depuis lors, j'ai toujours soin d'explorer les régions rénales des
« malades qui sont atteintes d'affection utéro-ovarique ; souvent cette
« exploration me fait découvrir l'origine de ces altérations sous la
« forme d'un rein déplacé.

« De mes observations il résulte que l'ectopie rénale existe au
« moins dans 20 pour 0/0 des cas d'affections du système génital de
« la femme. »

PICHEVIN arrive à la même conclusion : chez un assez grand
nombre de malades qui se croyaient atteintes d'une affection de
l'utérus ou des annexes, le rein était l'unique cause des accidents.
Plus souvent encore il a trouvé l'association de l'ectopie rénale et
de l'entéroptose.

Il ne nous semble pas, quant à nous, que l'association de l'ecto-
pie rénale et de l'entéroptose chez les fausses utérines soit plus fré-
quente que l'entéroptose seule ; cette divergence d'appréciation dé-
pend peut-être uniquement du degré d'ectopie qu'implique l'expres-
sion de rein flottant. Peu importe du reste ; la néphropexie et l'en-
téroptose, qu'elles existent isolées ou qu'elles se réunissent, amènent
du côté de l'appareil génital des accidents tout à fait analogues.

Comment en serait-il autrement ?

Considérons les causes qui président aux relations pathologiques
de l'utérus, du rein et du tube digestif.

Pour beaucoup d'auteurs, les maladies du système génital pro-
voquent la production du rein mobile. Depuis BECQUET qui a signalé
la fluxion rénale à chaque époque menstruelle, on admet que cette
fluxion périodique entraîne à la longue le déplacement du rein hors
de sa loge ; LANCEREAUX insiste sur l'influence des déviations, chutes,
phlegmasies utérines et des ovarites pour favoriser la néphrop-
tose.

Cette étiologie acceptée d'une façon unanime paraissait prouvée
sans conteste, lorsque THURIAR vint renverser la proposition : « Etant
« donnée la fréquence des deux affections utérine et rénale existant
« en même temps, il y a lieu de se demander quels rapports elles
« ont entre elles, quelle influence elles exercent l'une sur l'autre. On
« a cru jusqu'ici que c'était l'affection génitale qui produisait le

« déplacement du rein. Les faits que j'ai observés sont en contra-
« diction formelle avec cette interprétation ; tout démontre au con-
« traire que la mobilité du rein est la cause initiale du développe-
« ment de beaucoup d'affections de l'appareil génital chez la femme,
« surtout de beaucoup de métrites et de salpingites.

« En effet, il suffit souvent de fixer le rein par la néphropexie ou
« par un moyen orthopédique quelconque pour faire disparaître cer-
« taines de ces affections. Celles-ci ne peuvent dans tous les cas
« guérir si le rein mobile est méconnu.

« En outre, dans les cas où j'ai spécialement interrogé les ma-
« lades, il est resté certain pour moi que *toujours* la mobilité du rein
« avait précédé les manifestations utéro-ovariennes. Chez ces ma-
« lades le cortège symptomatique de l'ectopie rénale ouvre ordinai-
« rement la marche, et ce n'est que plus tard que la série des symp-
« tômes dénotant une altération génitale commence.

« Il est facile, du reste, de donner une explication suffisante de
« cette marche dans les symptômes et les complications. Lorsqu'il
« existe un rein mobile, l'appareil génital de la femme est et doit
« être particulièrement vulnérable.

« C'est dans les plexus nerveux et la circulation qu'il faut cher-
« cher la raison de cette vulnérabilité.

« Avec CHROBAK, il est rationnel d'attribuer les désordres nerveux
« utérins à une irritation du plexus ovarique anastomosé comme on
« sait avec le plexus rénal dont le tiraillement résulte presque for-
« cément du déplacement du rein.

« Le rein déplacé, cette tumeur physiologique, en outre, produit
« la plupart du temps une congestion intense dans l'appareil génital
« de la femme.

« Cette congestion unie aux troubles nerveux est une condition
« qui favorise singulièrement l'infection de l'utérus et de ses an-
« nexes. »

Ainsi, stase sanguine et troubles nerveux de la matrice ont pour
point de départ le rein mobile et l'infection survient à leur suite.

Les faits avancés par THURIAR sont très exacts, mais le professeur
de *Bruxelles* a le tort de généraliser d'une manière trop exclusive.
Nous avons observé des cas qui confirment sa théorie. Au commen-
cement de l'année entra à Beaujon, dans notre service, une jeune
fille vierge atteinte de ces accidents dits « étranglement d'un rein
mobile » ; nous avons pu suivre assez longtemps la marche des
phénomènes, puis constater des troubles menstruels postérieurs à

des accidents génitaux et leurs craintes ne peuvent être regardées comme purement chimériques. Les douleurs abdominales pelviennes et lombaires se compliquent de troubles utéro-ovariens. Une femme atteinte de métrorrhagie et souffrant dans le bassin sera toujours persuadée qu'elle a une affection utérine. Si elle est un peu nerveuse, la métrorrhagie n'est pas nécessaire ; une leucorrhée, une simple perturbation menstruelle, avance ou retard des règles, suffiront pour la terrifier. Le cas est bien fréquent. L'entéroptose, la néphroptose provoquent volontiers des désordres menstruels : les règles deviennent irrégulières comme quantité et comme apparition, à une aménorrhée de six à sept semaines succède une métrorrhagie et souvent la venue du molimen cataménial provoque de vives douleurs. Cette dysménorrhée est suivie d'une sensibilité de la région ovarienne pendant quelque temps durant la période intercalaire et nous avons vu la névralgie iléo-lombaire se greffer sur cet état et achever de donner le change. La leucorrhée surtout s'observe à chaque instant.

L'apparition des règles, accompagnée ou non de dysménorrhée, retentit parfois sur un rein déplacé et produit des paroxysmes qui ébranlent tout l'organisme ; l'estomac tout à fait intolérant ne supporte aucun aliment ; la patiente, brisée par des vomissements répétés, en proie aux crises les plus vives au niveau de l'estomac et du rein, tombe dans un état pitoyable dont elle ne se relève qu'avec lenteur si la période suivante ne vient encore l'accabler de nouveau.

C. — Les ptoses coïncident avec des lésions utéro-annexielles. — Ce que nous avons dit plus haut de la pathogénie commune aux ptoses abdominales et aux lésions utéro-annexielles, suites de couches, nous dispense d'insister longtemps ici sur ce sujet.

Relevant de la même cause, les divers accidents évoluent côte à côte. Erosions, ulcérations, métrites, leucorrhée, salpingo-ovarites, phlegmasies péri-utérines subissent l'action des troubles digestifs, hépatiques ou rénaux ; et une altération de l'appareil sexuel, bien loin de le mettre à l'abri des influences étrangères, le prédispose au contraire à en ressentir les effets avec plus de facilité.

D. — Les ptoses provoquent des lésions utéro-annexielles. — Nous retombons dans la théorie de THURLER. Les congestions répétées, les actes nerveux réflexes ou inhibitoires rendent le système génital plus vulnérable aux infections secondaires. La *fausse utérine* devient à la longue une *véritable utérine*.

CHAPITRE III

—

FAUSSES UTÉRINES ET AFFECTIONS DU FOIE

I

Aperçu historique

Les relations qui unissent le foie et l'appareil génital de la femme fournissent depuis longtemps matière à controverse. Toutefois, plusieurs points sont aujourd'hui bien établis, et parmi eux les plus étudiés se rapportent surtout à l'influence que peut avoir sur le foie l'utérus gravide ou à l'état de vacuité.

Si les interprétations pathogéniques diffèrent suivant les auteurs, du moins la surcharge graisseuse du foie, les variations de la glycogénie hépatique, les dangers de l'ictère épidémique et de l'ictère grave sont de notion classique au cours de la grossesse qui, peut-être, favorise en outre la lithiase biliaire ; de même, nous savons que l'éruption des règles provoque tantôt de la simple congestion hépatique, tantôt un ictère léger, ictère menstruel de SENATOR et de FLEISCHMANN, souvent un accès de colique chez les calculeuses.

Mais, au contraire, l'action inverse du foie sur le système utéro-ovarien parait moins élucidée et en particulier les *troubles de la menstruation consécutifs aux affections hépatiques*, surtout les *métrorrhagies*, ne sont signalés de nos jours que par un nombre fort restreint d'observateurs.

Il n'en a pas toujours été ainsi, et les anciens médecins insistaient volontiers sur la fréquence des pertes au cours des maladies du foie ; leurs explications gardaient l'empreinte des idées parfois un peu étranges de l'époque, et nous devons considérer seulement