

DEUXIÈME PARTIE
LES FAUSSES UTÉRINES

Diagnostic et traitement

CHAPITRE PREMIER

INDICATIONS GÉNÉRALES DU DIAGNOSTIC DES FAUSSES
UTÉRINES

I

Considérations générales

Nous avons étudié isolément les fausses utérines et montré quelles sont les maladies qui peuvent engendrer des symptômes utérins. Maintenant il faut porter la question sur le terrain de la clinique et rechercher les *indications principales* sur lesquelles on peut se fonder pour établir le diagnostic et instituer le traitement.

Le nombre des femmes qui se présentent à nos consultations en se plaignant de souffrir des organes génitaux est légion. On peut les diviser en quatre grands groupes :

1° Le premier comprend celles qui portent véritablement une lésion utérine ou annexielle. Il va sans dire que celles-là ne nous intéressent point en ce moment, puisque ce sont de vraies utérines ; nous les passons donc sous silence et nous ne nous occupons que des fausses utérines qui forment les trois autres groupes.

2° Encore assez nombreux, le deuxième groupe comprend les femmes qui se plaignent de phénomènes qu'elles rapportent à l'utérus et chez lesquelles l'examen le plus attentif ne permet pas de découvrir la moindre lésion, ni même le moindre trouble fonctionnel. Il ne s'agit que de pures sensations subjectives. La menstruation est régulière, les organes sont restés tout-à-fait sains et normaux, et la malade localise fictivement dans ses organes génitaux les douleurs réelles qu'elle ressent.

Ces femmes sont tout simplement des hystériques, des névropathes, généralement suggestionnées par leur entourage et par des récits d'amies qui souffrent de l'utérus ou qui ont subi des opérations. Elles relèvent uniquement du traitement psychique. N'oublions pas, en effet, que la femme a une vie cérébrale dans laquelle l'utérus joue un rôle capital : la nécessité de s'inquiéter perpétuellement de ses fonctions menstruelles, la possibilité constante d'une grossesse, les relations conjugales, tout est là pour appeler son attention soutenue sur l'organe qui est, pour ainsi dire, sa raison d'être physiologique. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner si les femmes, entre elles, parlent volontiers de leurs misères sexuelles et si cette influence extérieure agit facilement pour faire redouter, à chacune d'elles, l'apparition des symptômes éprouvés par quelques autres.

3° La troisième catégorie est la plus nombreuse. Nous y rangeons les femmes qui, à propos d'un trouble dans les organes génitaux, se croient malades de l'utérus, quand, en réalité, ces troubles simplement fonctionnels, sont sous la dépendance d'un état morbide où l'utérus n'a rien à faire. Notons pour les mêmes raisons que celles exposées un peu plus haut que, dès qu'elle éprouve une sensation utérine, la femme rapporte tout à cette sensation et qu'elle détourne ainsi l'attention de son médecin lui-même de la véritable cause des symptômes qu'elle ressent.

Ainsi, voici une femme qui se plaint de troubles menstruels, aménorrhée ou dysménorrhée, ménorrhagie ou métrorrhagie, mais en même temps, elle est dyspeptique, anémique, diabétique, hépatique ou cardiaque ; or, rarement elle attirera d'elle-même nos investigations sur les divers organes, et si elle parle de phénomènes autres que ses troubles génitaux, ce sera toujours pour les rattacher à ceux-ci et pour les considérer comme purement accessoires ; nous aurons donc la plus grande difficulté à la confesser sur les accidents qui ne se rattachent pas directement à son appareil utérin.

Naturellement, toute thérapeutique dirigée contre les seuls troubles utérins qui sont parfaitement secondaires, n'aura aucune chance de succès, et la médication doit, pour réussir, s'adresser surtout à la maladie causale, et c'est seulement ainsi qu'on pourra se rendre maître des troubles locaux.

4° Enfin, chez les malades qui forment le quatrième et dernier groupe, on pourra constater une lésion utérine ou annexielle manifeste ; mais en même temps, on diagnostiquera la coexistence d'une affection extra-utérine ; et c'est alors que la question devient délicate, car dans ces phénomènes pathologiques imbriqués les uns à travers les autres, le mécanisme des actions causales est extrêmement difficile à fixer.

Mais au point de vue thérapeutique, il est bien certain que le médecin devra s'attacher avant tout à établir un traitement double, agissant à la fois sur les phénomènes locaux et sur l'état général. Une médication ne visant qu'une seule cause resterait inefficace ou incomplète. Ce sera le seul procédé pratique pour arriver à un résultat favorable.

II

Exemples sommaires des principaux cas qui se présentent dans la pratique

La question étant ainsi posée, résumons rapidement, en procédant par exemples, les principaux cas qui se présentent dans la pratique. Cela nous facilitera l'établissement des indications diagnostiques et thérapeutiques.

Tout d'abord, remarquons une chose très importante. C'est que pour l'utérus, comme pour tout autre organe, un simple trouble fonctionnel primitif ou secondaire, peut, à la longue, et par sa répétition ou par sa continuité, aboutir à une lésion anatomique matérielle de l'organe. Tel gastropathe, par exemple, d'abord dyspeptique fonctionnel par hypersthénie, insuffisance ou fermentations, finira par l'une des formes de la gastrite chronique, si sa maladie se prolonge au-delà de certaines limites. Le trouble fonctionnel aura été l'étape initiale de la lésion organique ; et comme l'a dit ALBERT

ROBIN, le trouble de la fonction finira par créer la lésion de l'organe.

Il en est de même pour les troubles fonctionnels de l'utérus. Une fausse utérine purement fonctionnelle et secondaire peut devenir une vraie utérine. Ce fait est suffisant pour démontrer l'intérêt extrême que nous avons à établir, de manière claire et précise, la cause exacte des troubles, car c'est le seul moyen d'obtenir des résultats thérapeutiques sérieux; et nous estimons que dans les maladies des femmes comme dans les troubles gastriques, les interventions thérapeutiques erronées ou intempestives jouent un rôle souvent aussi grave que l'évolution naturelle des phénomènes.

Ceci dit, établissons bien ce fait que toute maladie de l'estomac, de l'intestin, du foie, des reins, du cœur ou des vaisseaux, toute diathèse peuvent retentir sur l'utérus et créer de fausses utérines.

1° TROUBLES UTÉRINS D'ORIGINE DYSPEPTIQUE. — Voici une femme qui se plaint d'aménorrhée. Elle est maigre, pâle, presque cachectique et cependant elle déclare que son appétit est excellent. Elle a des crises douloureuses abdominales qu'elle rapporte à l'utérus; elle dort mal et son nervosisme prend les caractères de la neurasthénie.

Des traitements locaux et généraux sont institués pour faire revenir les époques avec la supposition que l'aménorrhée est cause de tous les troubles. Aucun résultat. La malade passe alors en médecine, et là, on reconnaît l'existence d'une *dyspepsie hypersthénique* manifeste. Un traitement purement gastrique amène le rétablissement de la santé générale, les règles reparaissent, et les manifestations subjectives, du côté de l'appareil génital, disparaissent parallèlement.

2° TROUBLES DE POSITION DUS A LA VISCÉROPTOSE. — Voici une autre femme qui se présente à notre observation. Interrogée, elle accuse des troubles utérins multiples. L'exploration directe montre que l'utérus présente une déviation avec ou sans flexion, parfois un certain degré d'abaissement, ce qui entretient plus ou moins de sensibilité au niveau du petit bassin, et cause certaines difficultés pour la marche. On a proposé à cette malade de porter un pessaire et même de lui pratiquer la ventro-fixation.

Examinez l'abdomen sans vous préoccuper uniquement de l'utérus :

vous reconnaissez que le foie est abaissé de plusieurs centimètres, que le rein droit est notablement plus bas qu'à l'état normal, que l'intestin flotte : en un mot, la malade est une *viscéroptosique* évidente. La ceinture de GLÉNARD ou l'une des ceintures qu'ALBERT ROBIN a imaginées sous le nom de *Ceintures de la Pitié* suffisent pour remettre les organes en place, et l'utérus, qui n'est plus surchargé par les viscères, reprend à peu près sa position normale. Ajoutez le traitement ordinaire des ptoses, de manière à remédier aux retentissements divers qu'elles déterminent, et voilà une femme guérie sans qu'il soit besoin de traitement utérin proprement dit, et cela malgré les déplacements apparents de cet organe.

3° TROUBLES UTÉRINS D'ORIGINE HÉPATIQUE. — Prenons, parmi nos observations, un cas type. Il s'agit d'une jeune personne de 19 ans qui fut atteinte de troubles fonctionnels importants de l'appareil génital. La menstruation, jusque-là très régulière, devint fort abondante, et peu après, se présentèrent des métrorrhagies graves, accompagnées de phénomènes douloureux particulièrement intenses. En présence de symptômes aussi spéciaux, la famille s'adressa naturellement à un gynécologue qui attribua les métrorrhagies et les crises douloureuses qui les précédaient ou les accompagnaient à une endométrite. Devant la persistance et la gravité des crises, il n'hésita pas à proposer le curettage qui fut accepté. On pratiqua donc l'incision de l'hymen et la malade fut curettée.

Deux mois après, nouvelle crise hémorragique, nouvelles douleurs, et à partir de cette période, les crises vont se répétant de plus belle. C'est à ce moment que l'un de nous est appelé. La jeune fille avait une perte, mais quoiqu'elle se plaignit uniquement de vives douleurs dans le bas-ventre, on examina l'ensemble de la personne avec le plus grand soin, et la première constatation fut que les yeux étaient certainement jaunes. On demande les urines, elles sont sanglantes, ce qui empêche tout examen. On sonde alors la malade et on recueille un liquide à teinte ictérique manifeste. Il n'y a pas de doute que la malade soit atteinte d'une affection hépatique, en outre des phénomènes purement utérins. Du reste, la région du foie est douloureuse à la pression et la vésicule est nettement sensible. Quelques semaines après, une nouvelle crise recommençait et l'on avait la chance d'arriver dès son début; cette fois, il n'existait aucune erreur possible: on se trouvait en présence d'une *colique hépatique* franche, et quelques heures après, une perte se déclarait.

Or, c'est là un fait de coïncidence connue, VERNEUIL a souvent vu des métrorrhagies suivre des crises hépatiques, qu'il s'agisse de coliques calculeuses ou d'une simple *congestion*.

Voilà donc une jeune fille qui rentre de la façon la plus nette dans la classe des fausses utérines, et cependant elle a subi l'incision de l'hymen, opération bénigne à coup sur, mais moralement fâcheuse; on lui a pratiqué un curettage et tout cela était parfaitement inutile, puisqu'il suffit ensuite du traitement ordinaire de la *lithiase biliaire* et de trois saisons successives à Vichy pour amener la guérison de la malade.

4° TROUBLES UTÉRINS D'ORIGINE RÉNALE. — BOULOUMIÉ (de Vittel) a fourni un intéressant mémoire sur ce sujet, et il a reconnu cinq catégories de fausses utérines dont les troubles génitaux n'avaient pas d'autre origine qu'une *maladie graveleuse*. Citons trois de ces catégories qui relèvent plus spécialement de notre sujet.

A. — Gravelle simulant une lésion annexielle. BOULOUMIÉ signale entre autres une malade qui devait subir une opération sérieuse et qui vit disparaître la pseudo-lésion des annexes à la suite d'une saison à VITTEL.

B. — Gravelle concomitante avec une lésion annexielle légère et donnant à celle-ci une apparence de gravité réelle.

C. — Cas fréquents, dans lesquels des poussées congestives du côté de l'utérus alternent avec des crises de gravelle et même des coliques néphrétiques frustes.

Nous nous rappelons avoir vu, il y a trois ans, un cas fort curieux qui peut se rattacher à la deuxième catégorie de BOULOUMIÉ. Une jeune femme avait fait une fausse couche suivie de salpingite gauche. Le repos avait suffi d'abord pour amener une réelle amélioration. La malade était à la campagne dans d'assez mauvaises conditions; voyant les symptômes s'aggraver, elle demande le transport à Paris qui s'effectue assez facilement. Au bout de quelques semaines, un traitement purement médical ayant amené la disparition des phénomènes inflammatoires, on autorise la malade à se lever, quoique avec ménagement. Mais, vingt-quatre heures après, une crise aiguë se déclare. Nous trouvons le sujet au lit, la face décomposée, en proie à de violentes douleurs abdominales; c'est une poussée aiguë, la température monte à 38 degrés; bref, on est inquiet.

La nuit est mauvaise, la crise encore plus violente, assez pour que le médecin ordinaire se croie obligé de pratiquer une injection

de morphine. Le matin, en arrivant, nous constatons une défervescence complète, le ventre est souple et indolore au point qu'il est possible de faire une palpation assez profonde. Nous examinons les urines et nous y trouvons un calcul de la grosseur d'un haricot.

Une véritable *colique néphrétique* avait donc été prise au début pour une poussée annexielle. C'est un cas fréquent parce que la femme *sent* toujours à son utérus, ce qui peut parfaitement tromper le médecin le mieux prévenu.

5° TROUBLES UTÉRINS D'ORIGINE CARDIAQUE. — Les relations de l'utérus avec l'appareil cardio-vasculaire sont bien connues. DALCHÉ a décrit, à la Société médicale des Hôpitaux, des cas de métrorrhagie dans lesquels la perte est le premier indice d'une *rupture de la compensation circulatoire* chez les femmes cardiaques.

On connaît également bien les métrorrhagies de la *puberté* chez les jeunes filles atteintes de *rétrécissement mitral*. Signalons aussi ces métrorrhagies si fréquentes à l'époque de la *ménopause*, qui parfois font penser à l'existence d'un néoplasme fibreux ou cancéreux, et qui sont tout simplement l'une des premières expressions de l'*hypertension artérielle* décrite par HUCHARD.

TROUSSEAU a signalé l'aménorrhée des *chlorotiques*, qui, chez les jeunes femmes, peut faire croire à une lésion utérine. Par contre, il existe aussi des métrorrhagies chez les chlorotiques et aussi chez les *leucocytémiques*.

6° TROUBLES UTÉRINS D'ORIGINE TOXIQUE, PALUDÉENNE, DIATHÉSIQUE. — Toutes les intoxications, par poisons minéraux, végétaux ou organiques, sont susceptibles de provoquer de l'aménorrhée, de la dysménorrhée, des ménorrhagies ou des métrorrhagies. On connaît les troubles menstruels du *saturnisme*, de l'*hydrargyrisme*. GUBLER a décrit les épistaxis utérines, si bien nommées, observées dans les maladies infectieuses, notamment dans la *fièvre typhoïde*. On connaît également des accidents utérins liés au *paludisme* et disparaissant par le sulfate de quinine. Tous ces phénomènes peuvent faire croire à des lésions utérines et risquent, par conséquent, de mettre le thérapeute sur une mauvaise voie. Inutile d'insister sur ces faits; inutile également d'appuyer sur les troubles utérins si divers que peut provoquer la *syphilis*.

Un mot particulier au sujet des manifestations qui relèvent de la *diathèse arthritique*, indépendamment des affections rénales déjà

signalées. Toute femme arthritique, et combien y en a-t-il ? est susceptible de présenter des troubles utérins qui peuvent faire croire à une lésion. Ce sont des poussées douloureuses survenant sans autre raison bien évidente qu'un voyage ou l'exercice génital, qui sont en somme des faits de la vie normale, plutôt que des causes vraiment pathologiques. La malade éprouve des sensations pénibles, des coliques utérines plus ou moins vives irradiant vers les lombes ; elle est obligée de se coucher. Un écoulement leucorrhéique se produit, liquide à apparence de blanc d'œuf, empesant le linge, très abondant, laissant une tache grise. Un traitement local ne ferait rien sur ces phénomènes ; ils cèdent le plus souvent à l'administration du *salicylate* ou du *benzoate de soude*. C'est particulièrement dans ces cas que les *cures hydro-thermales* sont favorables, en raison de l'origine même de la maladie.

Nous pourrions donner bien plus d'exemples, mais ce que nous venons de dire suffit à l'établissement de la question. On voit clairement que la catégorie des fausses utérines est extrêmement importante et qu'elle doit être justiciable d'une thérapeutique spéciale, où le traitement local doit forcément occuper le second plan.

III

Les étapes du diagnostic

Plaçons-nous maintenant en présence de la malade et recherchons comment nous pourrions arriver à établir nettement si les troubles utérins sont attribuables à une des affections extra-génitales qui viennent d'être spécifiées. En d'autres termes, passons en revue les diverses opérations du diagnostic.

Celui-ci se divise en cinq étapes :

1° La première étape comprend le *diagnostic local* des troubles utérins, abstraction faite de tous leurs retentissements et de leurs complications extra-utérines.

2° La deuxième étape est celle du *diagnostic causal*, c'est-à-dire la recherche de toute affection extra-utérine capable de réagir sur les organes génitaux.

3° La troisième étape consiste à rapprocher la maladie extra-utérine du trouble utérin constaté et à rechercher si la symptomatologie locale rentre dans le cadre des troubles que peut engendrer cette affection extra-utérine. C'est le *diagnostic de la relation*.

4° La quatrième étape consiste à étudier les troubles réactionnels et à rechercher s'ils dépendent des troubles utérins, de la maladie extra-utérine ou des deux. C'est le *diagnostic des troubles réactionnels*.

5° La cinquième étape est celle du *diagnostic différentiel*.

1° PREMIÈRE ÉTAPE. — DIAGNOSTIC LOCAL. — La première chose à faire quand une malade se plaint de troubles utérins, c'est naturellement d'examiner tout de suite l'utérus et ses annexes, avant de pousser plus loin l'interrogatoire, de peur de se diriger, malgré soi, dans une direction préjugée. Cet examen est immédiat et s'impose même quand la malade accuse, spontanément, des phénomènes réactionnels généraux. Trois cas principaux peuvent alors se présenter :

A. — Les organes génitaux sont sains et ne présentent aucun trouble fonctionnel. Mais la malade se plaint de phénomènes généraux complexes, qu'elle met sur le compte de la matrice.

Dans ce cas, il est évident que l'utérus n'a rien à voir dans la question et que c'est du côté général qu'il faut porter l'attention.

B. — L'examen direct dénote seulement des accidents locaux de minime importance ; le col occupe sa place normale, mais il offre à sa surface un peu congestionnée, un peu rouge, quelques granulations ou une légère exulcération ; du reste, le toucher vaginal combiné au palper abdominal ne réveille aucune douleur. Cependant, on observe de la leucorrhée, ou la malade accuse des troubles fonctionnels tels qu'une ménorrhagie ou une métrorrhagie ; d'autres fois, ce sont des crises dysménorrhéiques qui alternent avec des phases d'aménorrhée, et la pauvre femme accompagne ses plaintes de récits où défile toute la série des troubles généraux qui ressortissent aux affections extra-utérines signalées plus haut. Il est évident que les lésions constatées ne peuvent être considérées comme la cause suffisante d'une pareille complexité symptomatique et qu'il faut rechercher ailleurs.

C. — On trouve une lésion utérine ou annexielle incontestable et permettant d'expliquer un certain nombre des phénomènes réactionnels révélés par l'interrogatoire.

Dans ce cas, il ne faut pas s'en tenir à cette unique constatation, mais mener les recherches sur l'état général, car des lésions réelles de l'appareil génital peuvent fort bien être aggravées par la coexistence d'une affection extra-utérine.

Voici, par exemple, une femme qui présente une *endométrite* caractérisée, et telle autre qui porte un *fibrome* de date ancienne. Un beau jour, des pertes se produisent. Certes, elles peuvent être à coup sûr causées par l'affection locale, mais si la malade est également une *cardiaque*, il se peut que les pertes soient le premier signe du fléchissement de la compensation et, dans ce cas, au point de vue thérapeutique, la malade est tout simplement une cardiaque, et la lésion génitale passe au second plan.

Autre exemple : HUCHARD a nettement mis en lumière l'histoire de ces malades si nombreuses qui, atteintes d'un fibrome, jusque-là silencieux, voient, à l'époque de la ménopause, survenir des pertes qui, comme nous le disons plus haut, ne sont pas autre chose que l'une des expressions de cette *hypertension artérielle* dont les femmes éprouvent quelquefois les premières manifestations réactionnelles au moment de l'âge critique. Dans ce cas, faut-il traiter la tumeur utérine seule et peut-on se désintéresser de l'état de la circulation artérielle ?

2° DEUXIÈME ÉTAPE. — DIAGNOSTIC CAUSAL. — L'état local une fois précisé, la seconde étape du diagnostic consiste à passer en revue tous les organes et tous les appareils, afin de déterminer si l'un d'eux n'est pas le siège d'une affection propre qui puisse expliquer tout ou partie de la symptomatologie.

A. — S'agit-il d'une *dyspeptique* ? — La malade peut se présenter sous trois aspects différents :

a) Le teint est blafard, les traits tirés. L'appétit normal ou exagéré contraste avec l'aspect du visage, l'amaigrissement, quelquefois la cachexie. La langue est rouge, l'estomac est distendu et clapote, le foie est gros et douloureux à la percussion, les fonctions intestinales sont ralenties, et la palpation dénote de la coprostase cœcale ou iliaque.

Des crises gastriques se manifestent deux ou trois heures après le repas. Ajoutez à ce tableau le syndrome neurasthénique, des intermittences du pouls et de la dyspnée sans lésions cardiaques, vasculaires ou pulmonaires, des dermatites fugaces, des troubles ocu-

lares, etc. — L'examen du contenu stomacal après repas d'épreuve dénote un excès d'HCl libre.

La malade est une *hypersthénique gastrique* et la plupart des symptômes qu'elle présente relèvent de cet état morbide.

b) Le teint est pâle, la face est un peu bouffie, l'appétit perdu ou très faible, et malgré cela l'amaigrissement est moins marqué que ne le ferait supposer le degré de l'inappétence. L'estomac est moins souvent distendu, le foie est peu ou pas augmenté, la coprostase variable. La malade souffre de l'estomac aussitôt après le repas ; elle se plaint de gonflements, de lourdeurs, de bouffées de chaleur pendant la digestion stomacale. — Des troubles réflexes sur le système nerveux et les divers appareils se manifestent comme dans la forme précédente. — L'HCl libre est diminué ou absent dans le contenu stomacal.

La malade est atteinte d'*insuffisance* ou d'*hyposthénie gastrique*.

c) Avec l'un des ensembles symptomatiques qui précèdent, l'haléine est fétide, la flatulence prend une importance majeure, les douleurs gastriques éclatent quatre à cinq heures après le repas, etc.

— L'analyse du contenu stomacal dénote un excès d'acides organiques.

La malade a une *dyspepsie par fermentation* primitive ou surajoutée à l'un des types précédents.

B. — S'agit-il d'une *viscéroptosique* ? — Le sujet a eu plusieurs enfants. La paroi abdominale est molle et a perdu toute élasticité ; le ventre proémine en avant et en bas. Placez-vous derrière le malade et relevez le ventre en l'embrassant des deux mains, aussitôt, il en résultera un soulagement et une sorte de bien-être ; laissez retomber le ventre et le malaise recommencera. Examinez la malade étendue sur le dos et vous trouverez un véritable *déséquilibre viscéral*. L'estomac est abaissé et clapote ; le foie déborde les fausses côtes ; le rein est perceptible, souvent déplacé et mobile ; le cœcum et l'S iliaque contiennent des matières fécales denses et amassées en forme de boudin. De plus, nous constatons, superposée à cet ensemble, toute la série des symptômes de la neurasthénie.

C. — S'agit-il d'une *hépatique* ? — Vous avez trouvé l'estomac normal, ou tout au moins les accidents gastriques sont peu marqués ou insignifiants, les viscères abdominaux sont en place. Dans ce cas, portez votre attention sur le foie, examinez avec soin l'organe, et recherchez tous les signes qui peuvent traduire un trouble dans ses fonctions.

C'est surtout la *lithiase biliaire* qu'il s'agit de dépister, car elle est le plus souvent, nous l'avons déjà constaté, la cause fréquente de troubles utérins qui peuvent présenter une certaine gravité. Si la lithiase est caractérisée par des attaques hépatiques franches, il est facile d'en faire le diagnostic, mais souvent, c'est par des attaques frustes et des symptômes réactionnels assez vagues que la maladie se manifeste.

Il devient alors parfois fort délicat d'affirmer nettement l'existence de calculs biliaires, d'autant que la malade rapporte tous les phénomènes qu'elle éprouve à son état utérin. C'est fort naturel, puisque les sensations abdominales tendent alors à se généraliser et qu'il est extrêmement difficile pour la femme de préciser le siège de son mal.

Si la crise franche fait défaut, rappelez-vous que la lithiase biliaire peut révéler son existence presque uniquement par des troubles dyspeptiques. Mais si l'on fait, dans ces cas, l'examen du chimisme stomacal, on constate qu'il est très souvent variable, en ce sens que l'HCl est tantôt augmenté, tantôt normal ou diminué. Les crises gastriques sont du reste variables aussi dans leur fréquence et dans leur intensité. La percussion et la palpation dénotent alors une légère augmentation du volume du foie et une sensibilité plus ou moins douloureuse. Or, ces faits coexistant avec l'absence des autres signes de la dyspepsie hypersthénique, doivent appeler l'attention du côté de la lithiase biliaire. La vésicule biliaire peut être notamment distendue et il est quelquefois possible de la percevoir par une palpation approfondie.

Il est fréquent que tous ces signes manquent. Recherchons alors à la suite des crises frustes et indécises si l'urine ne contient pas de pigments biliaires, si les garde-robes ne sont pas décolorées, si en même temps il n'y a pas une teinte jaunâtre des sclérotiques.

À défaut de symptômes ictériques, n'oublions pas l'*acholie pigmentaire* décrite par HANOT et ALBERT ROBIN et pouvant suivre des coliques hépatiques frustes, ou en dehors de la lithiase biliaire, manifester l'existence d'un trouble hépatique, car il suffit d'avoir constaté la décoloration simultanée des selles et de l'urine, sans ictère, pour être à même d'affirmer l'existence d'une affection hépatique.

Si aucun de ces signes d'une maladie du foie ne peut être décelé, on peut utiliser un fait mis en évidence par ALBERT ROBIN, c'est l'augmentation notable, dans les urines, du soufre incomplètement

oxydé. Il a été en effet démontré que l'activité hépatique pouvait être jugée par la perfection de l'oxydation du soufre dans l'économie. Généralement, on trouve au plus 10 % de soufre incomplètement oxydé par rapport au soufre total de l'urine. Or, souvent à la suite d'attaques de coliques hépatiques frustes, on peut doser 15, 20 ou même 30 % de soufre incomplètement oxydé dans les urines. Il y aurait donc lieu, si l'on est à même de faire exécuter une sérieuse analyse d'urine, d'user de ce moyen qui permet d'affirmer l'existence d'un trouble hépatique. Pour notre compte, il nous a servi plus d'une fois à éclairer des cas douteux et presque jamais il ne nous a trompé.

D. — *S'agit-il d'une cardiopathe?* — L'examen n'a révélé aucun trouble gastrique ou hépatique, il faut alors examiner l'appareil cardio-vasculaire.

Nous ne nous étendrons pas sur les signes bien connus des *lésions cardiaques* ou des *maladies des vaisseaux*, car ce serait sortir de notre sujet. Mais si une lésion est reconnue du côté de ces organes, il sera nécessaire d'en tenir compte au point de vue de l'établissement de la thérapeutique à appliquer.

L'existence d'une *cardiopathie artérielle* à son début est plus difficile à déceler; mais on aura rarement l'occasion de commettre une erreur si l'on recherche les signes si précis qui ont été fixés par notre éminent ami H. HUCHARD, à savoir: l'hypertension artérielle, la dyspnée d'effort, les souffles provoqués par la marche et l'existence d'une légère albuminurie.

E. — *S'agit-il d'une chlorotique?* — Le diagnostic est trop classique pour qu'il soit besoin d'insister.

F. — *S'agit-il d'une rénale?* — Si les fonctions digestives, le foie, le cœur, les vaisseaux sont hors de cause, cherchez du côté du rein. Il faudra alors pratiquer une analyse de l'urine et en examiner au microscope les sédiments, doser l'acide urique, rechercher s'il n'y a pas de décharges d'urates ou d'oxalate de chaux, de pus, de bouchons purulents, de globules rouges du sang; s'enquérir s'il y a eu des attaques de *coliques néphrétiques*, et si la malade n'offre pas quelque symptôme attribuable à la *lithiase rénale* ou à une forme du *mal de Bright*.

Une affection souvent méconnue et qui pourrait faire attribuer à l'utérus des troubles où celui-ci n'est pour rien, c'est la *pyélite*. Mais le diagnostic en est facile si l'on pratique l'examen de l'urine. La présence du pus, le trouble de l'urine persistant après le repos,

la présence dans les sédiments d'épithéliums du bassinet, etc. sont autant d'éléments qui viennent nous aider.

Nous possédons trois observations de femmes qui ont été soignées pour des troubles utérins et qui souffraient uniquement de pyélite. L'une d'elles aurait subi l'hystérectomie si nous n'avions mis la pyélite en évidence.

G. — S'agit-il d'une névropathe ? — On s'attachera à dépister les stigmates de la *neurasthénie*, de l'*hystérie*, des diverses *psychoses*. On n'oubliera pas de rechercher la *maladie de Basedow*, le *myxœdème*, etc.

H. — S'agit-il d'une arthritique ? — En dehors des manifestations innombrables de l'arthritisme, on procédera à une analyse complète de l'urine qui révélera, par l'étude des *rapports d'échange*, tel trouble de nutrition dont la thérapeutique puisse tirer parti.

I. — S'agit-il d'une infectieuse ou d'une intoxiquée ? — Si l'examen le plus minutieux n'a rien révélé qui puisse mettre sur la voie de la maladie causale, il reste à passer en revue l'*impaludisme*, la *syphilis*, la *tuberculose*, puis l'*alcoolisme*, le *saturnisme*, le *morphinisme*, le *cocaïnisme*, l'*éthéromanie*, l'*intoxication oxy-carbonée chronique*, etc.

3° TROISIÈME ÉTAPE. — DIAGNOSTIC DE LA RELATION. — L'état local et la phénoménologie utérine, d'une part, l'état général et telle maladie fonctionnelle ou lésionnelle d'un organe ou d'un appareil extra-utérin, d'autre part, étant déterminés, le troisième acte du diagnostic consiste à rapprocher la maladie extra-utérine du trouble utérin constaté et à rechercher si la symptomatologie utérine rentre dans le cadre des troubles utérins que peut engendrer cette affection extra-utérine.

Par exemple, et pour fixer les idées, voici une femme qui se plaint de pesanteurs dans le bas-ventre, de leucorrhée, de tiraillements douloureux vers les lombes et chez laquelle on trouve un certain degré d'abaissement de l'utérus : mais cette femme a un rein mobile et elle est entéroptosique et neurasthénique. N'avons-nous pas le droit de mettre les divers accidents constatés sur le compte de l'entéroptose et de rattacher à la neurasthénie consécutive à l'entéroptose une partie au moins de l'ensemble morbide dont nous aurions fait des réflexes utérins, si l'utérus s'était trouvé d'abord seul en cause ? Et n'avons-nous pas alors le devoir de commencer à traiter cet ensemble complexe, en nous attachant essentiellement

à l'entéroptose, puisque c'est elle qui forme le premier anneau de la série morbide, et en n'intervenant d'une façon active sur l'utérus qu'au moment où nous aurons modifié cet élément étiologique, et fixé ainsi la part qu'il prenait dans la genèse du syndrome neurasthénique ?

De même, voici une femme qui se plaint de *métrorrhagies* ; l'utérus est peut-être un peu gros et sensible au toucher ; mais nous constatons que cette malade a de la *lithiase biliaire* et des coliques hépatiques ; nous nous assurons que les métrorrhagies ont sensiblement coïncidé avec une crise hépatique, ou avec une période d'acholie pigmentaire consécutive à la colique, ou avec une sorte d'accès de gonflement douloureux du foie accompagné d'émissions d'urines chargées d'uroérythrine. Alors, ne devons-nous pas nous inquiéter d'abord de traiter la lithiase biliaire et les troubles fonctionnels qu'elle engendre dans le foie, avant de recourir aux moyens locaux capables de remédier à ces métrorrhagies ?

Ce que nous venons de dire là s'applique aussi à toutes les autres fausses utérines, et nous croyons inutile d'insister davantage sur cette étape importante du diagnostic.

4° QUATRIÈME ÉTAPE. — DIAGNOSTIC DES TROUBLES RÉACTIONNELS. — L'état local utérin, la maladie générale ou locale génératrice, les rapports entre cette maladie causale et le trouble utérin étant établis, on étudiera, dans une quatrième phase du diagnostic, les nombreux troubles réactionnels qu'un examen superficiel aurait pu laisser uniquement sur le compte de l'utérus et qu'une analyse plus minutieuse permettra de rapporter à la maladie causale. C'est ainsi qu'on ne fera plus d'emblée de l'entérite muco-membraneuse une conséquence de l'affection utérine ; mais on recherchera si derrière cette entérite, il n'y a pas de constipation, cette constipation spéciale décrite par l'un de nous et caractérisée par une composition si anormale des garde-robes, et si derrière cette constipation particulière, il n'y a pas l'*hypersthénie gastrique* avec sa physionomie clinique si typique (1).

De même pour la *neurasthénie* qui relève alors bien plutôt des réflexes gastriques, des troubles de nutrition produits par un état dyspeptique prolongé, ou du déséquilibre abdominal, et qui manifestera la réaction de la maladie causale sur le système nerveux, comme

(1) Albert ROBIN. — Discussion sur l'appendicite. *Académie de Médecine*, 1897.

les métrorrhagies, les aménorrhées, les dysménorrhées, représenteront une réaction parallèle du côté du système utérin.

3° CINQUIÈME ÉTAPE. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Enfin, il faut bien se garder de mettre — comme nous l'avons vu faire à diverses reprises, — certains accidents sur le compte d'une soi-disant affection utérine.

Deux exemples récemment observés sont significatifs. Dans l'un, une femme de 28 ans se plaignant d'une leucorrhée abondante et chez laquelle on constata une ulcération (par macération) de la lèvre inférieure du col, attirait vivement l'attention sur des crises douloureuses quotidiennes, mais exaspérées à l'époque des règles; ces crises paraissaient avoir un point de départ hypogastrique et s'irradiaient dans tout l'abdomen avec une intensité telle qu'il fallut, à plusieurs reprises, recourir aux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. On fit de ces crises une conséquence d'endométrite. On usa sans succès des injections, des tampons médicamenteux, des cautérisations, et, en désespoir de cause, on proposa le curettage. Or, ces crises étaient simplement des *crises gastriques* par hyperacidité, et elles disparurent presque instantanément à partir du jour où on leur opposa la saturation alcalino-terreuse.

L'autre cas est celui d'une veuve de 40 ans chez laquelle on prit pour des crises d'origine utérine d'irrégulières douleurs qui étaient dues à l'élimination d'urines chargées de poussière d'acide urique et d'oxalate de chaux, et qui s'atténuèrent bientôt par le traitement approprié.

CHAPITRE II

INDICATIONS GÉNÉRALES DU TRAITEMENT DES FAUSSES UTÉRINES

I

Considérations générales

Le diagnostic une fois établi et la part étant faite à chacun des éléments morbides dûment hiérarchisés, on aborde la question du traitement.

Quand il s'agit d'instituer le traitement d'une fausse utérine quelconque, la règle fondamentale qui doit diriger l'intervention médicale, c'est qu'il faut bien se garder d'isoler un quelconque des éléments du syndrome complexe qui caractérise l'association d'un trouble utérin, quel qu'il soit, avec l'affection causale ou associée, et de lui attribuer une importance prépondérante dans la fixation des indications.

Prenons, par exemple, le cas des *fausses utérines dyspeptiques gastro-intestinales*. Toutes les souffrances des divers organes en cause retentissent les unes sur les autres, et ceci se complique encore des actions et des réactions de la constipation, de l'entérite muco-membraneuse, des spasmes intestinaux, du déséquilibre abdominal, des coliques sous-hépatiques, des crises gastriques, de la congestion et de l'hypertrophie fonctionnelles du foie, puis des troubles nerveux induits par ces éléments morbides, et enfin de la déchéance nutritive avec ses multiples altérations bio-chimiques.

Si l'on ajoute à cette complexité déjà si enchevêtrée le fait que des congestions utéro-ovariennes répétées, des actes nerveux réflexes ou inhibitoires rendent le système génital plus accessible aux in-

BIBLIOTHÈQUE
MUSEUM HISTORICUM
PARISIENSIS