

liquide, et les deux autres modèles se mettent dans le porte-nitrate. Quand on n'emploie la potasse fondue ou sa combinaison avec la chaux que pour modifier la vitalité d'une surface ulcérée ou enflammée, on ne doit pas les laisser en contact avec les parties malades plus de quelques secondes. Si, au contraire, on a l'intention de produire une eschare comme quand on veut diminuer une hypertrophie, on doit prolonger plus longtemps le contact. L'eschare produite par la potasse fondue est d'une couleur gris-noirâtre; elle ne se détache pas au bout d'un temps déterminé, mais fond pour ainsi dire en laissant à nu une surface granuleuse de bonne apparence, d'où elle s'est graduellement détachée. Cette élimination graduelle s'accomplit en cinq ou dix jours, suivant la profondeur à laquelle on a détruit les tissus. Quand l'eschare est profonde, si l'on examine la malade au bout du troisième jour, on reconnaît l'existence d'une inflammation éliminatrice au pourtour de l'eschare, qui se trouve séparée des tissus environnants par un sillon superficiel. Les parties voisines sont alors le siège d'une réaction inflammatoire considérable, et le col de l'utérus, ainsi que la partie supérieure du vagin, sont en général considérablement congestionnés et enflammés. L'élimination de l'eschare peut être accompagnée d'une petite hémorrhagie vers le cinquième jour; mais cet accident n'est jamais sérieux, et je l'ai toujours vu cesser sous l'influence d'injections astringentes froides.

Dans l'espace d'un à deux septénaires, le col et les tissus adjacents reviennent à l'état où ils se trouvaient avant l'application de la potasse, l'inflammation artificielle produite par le caustique ayant graduellement cédé. S'il existait une ulcération, elle est en général plus étendue après l'élimination totale de l'eschare; les bourgeons sont plus rouges, plus développés, et semblent plus vivaces. S'il n'existait pas d'ulcération, il y en a une présentant les caractères que nous venons d'indiquer. Pendant les dix ou vingt jours qui suivent, il n'y a que des changements nuls ou peu marqués dans l'état de la surface ulcérée, qui continue à sécréter du pus de bonne nature; mais, vers le vingt-et-unième jour à dater de la cautérisation, il se manifeste une tendance marquée vers la cicatrisation. Cette tendance continue jusque vers le quarantième jour, époque où elle cesse généralement. Très-fréquemment l'ulcération guérit avant le quarantième jour; mais si la guérison n'a pas eu lieu, l'influence de la cautérisation à la potasse étant épuisée, on doit ou renouveler l'emploi de ce caustique, ou recourir à des

agents moins énergiques, si l'on pense qu'une seule cautérisation à la potasse soit suffisante. On ne doit jamais pratiquer de cautérisations énergiques moins de quinze jours avant les règles, autrement on risquerait de les avancer. On doit éviter la coïncidence du molimen hémorrhagique avec la réaction qui suit l'emploi du caustique, de peur que celle-ci ne s'étende au corps même de l'utérus et ne donne naissance soit à une métrite aiguë, soit à une métrite-péritonite. Dans plusieurs cas, empruntés à la pratique de quelques-uns de mes confrères, où les symptômes d'une inflammation aiguë ont suivi la cautérisation à la potasse fondue, il m'a été possible de reconnaître cette coïncidence comme cause.

Pendant le temps qui s'écoule entre la chute de l'eschare et l'amélioration de l'ulcère, on ne doit point abandonner à elle-même la surface ulcérée, qui pourrait bourgeonner trop vigoureusement, devenir irritable et ne pas guérir. L'inflammation réparatrice qu'on a ainsi provoquée doit être réprimée par l'application périodique du nitrate d'argent solide ou en solution. La vitalité de la surface ulcérée est tellement augmentée par le fait de la cautérisation énergique, que l'eschare du nitrate d'argent est souvent éliminée en trois ou quatre jours. En conséquence, je rapproche les pansements de l'ulcération, ou bien j'emploie la solution de nitrate d'argent au lieu du caustique solide.

Bien qu'il soit bon, pour assurer la réussite complète de l'opération, de surveiller et de soigner attentivement l'ulcération, celle-ci peut néanmoins guérir sans nouvelle intervention de la part du chirurgien. J'ai maintes fois appliqué la potasse pure, ou la potasse avec la chaux, chez des malades que je perdais ensuite de vue pendant cinq à six semaines, par suite de circonstances involontaires, et, au bout de ce temps, je trouvais l'ulcération tout à fait guérie ou à peu près; il n'y avait eu ni examen ni traitement local dans l'intervalle, si ce n'est des injections dans le vagin. Il serait imprudent, cependant, de trop compter sur la tendance à la cicatrisation après une cautérisation profonde, et d'omettre les pansements ultérieurs, on compromettrait ainsi gravement le succès de la médication. Dans beaucoup de cas dans lesquels j'ai essayé d'assurer l'amélioration de malades qui ne pouvaient faire un long séjour auprès de moi, en recourant à une cautérisation énergique, et en leur permettant de suspendre tout traitement local pendant plusieurs semaines, aussitôt après la cessation des effets immédiats de la cautérisation; j'ai constaté que l'améliora-



tion cessait au bout de peu de temps, par suite de l'absence du traitement ultérieur.

La douleur occasionnée par la cautérisation à la potasse n'est pas en général beaucoup plus intense que celle qui suit l'usage des caustiques ordinaires, quand on limite son application à l'extérieur du col. Le degré même de souffrance produite par la cautérisation du col ne semble en aucune façon proportionné à l'étendue de la cautérisation, mais paraît dépendre d'une susceptibilité individuelle très-variable. Chez certaines femmes, la formation d'une eschare profonde du col provoque quelques cuissons seulement, tandis que chez d'autres le simple usage du nitrate d'argent est accompagné de douleurs cruelles. Si celles qui suivent l'emploi des escharotiques les plus actifs sont assez souvent moindres que celles qui sont produites par des agents moins énergiques, cela tient probablement à la destruction complète des tissus sur lesquels on a agi.

Quand on introduit dans la cavité du col le cylindre de potasse et de chaux, la douleur peut être très-intense et donner parfois naissance à des nausées, ainsi que nous l'avons vu d'ailleurs pour des caustiques moins actifs. La vitalité plus grande et la sensibilité plus vive de la région expliquent cette différence entre l'action qu'on exerce sur la cavité du col et celle qu'on pratique à l'extérieur de cet organe; les mêmes raisons font comprendre comment une lésion très-légère de la cavité affecte souvent profondément la santé générale.

Quand j'applique la potasse fondue ou la potasse unie à la chaux à la cavité du col de l'utérus, je ne la laisse jamais que quelques secondes en contact avec la surface malade, parce que je n'ai pas pour objet de produire une eschare profonde, mais d'atteindre simplement les follicules malades et de modifier fortement la vitalité de la membrane muqueuse. J'emploie généralement le plus petit cylindre, qui, en raison de son faible volume, se meut librement dans la cavité élargie, et je ne l'applique que sur les points où il y a une dilatation morbide évidente. Je ne le fais jamais pénétrer au delà de 0<sup>m</sup>,12 à 0<sup>m</sup>,015 de profondeur, même quand la maladie paraît s'étendre plus loin. En raison de la petitesse du cylindre, il peut se briser lorsqu'il n'est pas récemment préparé, aussi doit-on user de grandes précautions; mais quand même cela aurait lieu, rien ne serait plus facile que de saisir le fragment avec la longue pince, ou de l'extraire avec la sonde utérine. Pendant la première quinzaine qui suit, l'écoulement de muco-pus et de mucus

transparent, par le col de l'utérus est beaucoup augmenté; il diminue ensuite; la cavité du col commence à se fermer, si elle ne l'a déjà fait, et, en général, au bout de cinq ou six semaines, toute trace d'inflammation interne a disparu, et le diamètre de l'orifice est revenu à son état normal.

La tendance à la rétraction qu'on observe pendant le travail de la cicatrisation, surtout quand on a porté la potasse avec la chaux dans la cavité du col est une raison nouvelle et très-puissante pour surveiller la malade pendant ce temps. J'ai même vu, depuis la publication de la seconde édition de cet ouvrage, un assez grand nombre de femmes chez lesquelles, par suite du manque de soin et d'attention l'orifice et la cavité du col s'étaient tellement rétractés, qu'ils en étaient presque oblitérés et qu'il en résultait un obstacle sérieux pour la menstruation. Je me crois donc obligé de poser comme règle, qu'on ne doit jamais employer la potasse avec la chaux dans cette région, à moins d'absolue nécessité, et à moins que le médecin ne soit à même de surveiller sa malade, ou au moins de la voir pendant les quelques semaines qui suivent, afin de pouvoir combattre la tendance à la rétraction, dès qu'il viendrait à l'observer. Ce qui peut être facilement obtenu par la simple introduction dans la cavité du col d'une bougie de moyenne grosseur, chaque fois qu'on touche au nitrate d'argent, c'est-à-dire tous les quatre, cinq ou six jours. Dans les cas où l'orifice et la cavité du col avaient été presque oblitérés par l'action du caustique, il faut qu'on les ait appliqués trop largement, car dans ma propre pratique je n'ai pas vu pareil accident survenir. J'ai bien observé parfois une rétraction plus considérable que celle que je désirais, mais jamais au degré où je l'ai vue chez quelques malades traitées par d'autres médecins. Les produits de sécrétion de la cavité du corps et du col ont généralement suffi pour entretenir la liberté du passage, quand je n'étais pas à même de visiter régulièrement la malade. On doit se rappeler que la principale raison pour employer un agent aussi puissant que la potasse caustique dans le traitement d'une inflammation rebelle de la cavité du col, c'est qu'une portion de la membrane muqueuse enflammée et des follicules muqueux qu'elle renferme, sont cachés entre les rides de l'arbre-de-vie, qu'on doit partiellement détruire avant de pouvoir atteindre avec le caustique la surface malade. Quand on y est parvenu, on est arrivé au but qu'on se proposait, et une destruction plus profonde des parois internes du col ne peut qu'être nuisible, en produisant non-seulement une



coarctation générale, mais encore des adhérences qui, en oblitérant plus ou moins le conduit, peuvent nuire tout à la fois à la menstruation et à la fécondation. Chez une malade pour laquelle j'avais employé la potasse associée à la chaux, cinq ans avant qu'elle mourût d'un cancer du cæcum et du côlon ascendant, je trouvai de légères adhérences dans toute la portion de la cavité du col sur laquelle le caustique avait porté. Toute la partie supérieure de la cavité était parfaitement libre.

Quand la cavité du col n'a été qu'un peu rétrécie par la cautérisation (car l'emploi des caustiques les moins énergiques peut également déterminer de la coarctation, bien qu'à un faible degré), on peut aisément dilater cette cavité d'une façon artificielle. Il suffit, en général, d'introduire quelques bougies de différentes grosseurs. Mais, quand l'orifice externe est presque oblitéré, et quand des adhérences solides se sont établies dans presque toute l'étendue de la cavité du col, la difficulté peut être considérable. Chez une femme que j'eus à soigner, il me fut impossible pendant plusieurs semaines de découvrir l'orifice du col, qui ne me fut même révélé qu'au moment de la sortie du sang menstruel. Chez cette dame, âgée de quarante ans, les règles avaient été retardées et même suspendues pendant quelque temps, et de graves attaques d'hystérie, très-voisines de l'épilepsie, survenant principalement aux époques menstruelles, semblaient avoir été la conséquence de cette perturbation. Les attaques cessèrent dès qu'on eut facilité la sortie du flux cataménial. A l'aide de quelques bougies et de l'éponge préparée, j'ai presque toujours réussi à obtenir un passage suffisamment large. Dans quelques cas cependant, j'ai été obligé de pratiquer une petite incision préalable avec la lancette, et, dans le cas le plus grave que j'aie encore rencontré, je fus forcé de faire une incision profonde avec un bistouri étroit et à double tranchant. La malade, jeune femme stérile de vingt-six ans, avait été très-malheureusement traitée, et la cavité du col était entièrement oblitérée dans une étendue de près de 0<sup>m</sup>,015. A chaque époque menstruelle, elle éprouvait des tranchées utérines qui déterminaient un abaissement tel de la matrice, que le col apparaissait à la vulve. Je rencontrai une difficulté considérable à atteindre la portion supérieure et libre du col, puis à la maintenir constamment perméable; j'y réussis enfin, en laissant à demeure pendant plusieurs semaines une bougie métallique terminée en olive.

L'application de la potasse avec la chaux dans la cavité du col

exposant la malade à de tels accidents, il est évident qu'on ne doit y recourir que lorsque tous les autres agents ont échoué, et qu'on ne saurait trop prendre de précautions quand on se décide à l'employer. Il est infiniment préférable de l'appliquer très-légalement, et de répéter l'application, s'il est nécessaire, que de courir le risque d'une lésion permanente, si on l'emploie d'une façon trop énergique. En recommandant l'usage de ce caustique, je n'avais certainement pas l'intention de le voir employer de manière à donner naissance à des résultats aussi fâcheux que ceux que je viens de rapporter; aussi regrette-je de n'avoir pas insisté davantage sur ce point dans la première édition de mon ouvrage.

Les autres accidents qui peuvent suivre l'emploi de la potasse caustique, sont l'extension de la cautérisation au vagin, et de la réaction inflammatoire au corps de l'utérus ainsi qu'au péritoine. Ces accidents, comme la coarctation de la cavité du col, peuvent être évités à l'aide des précautions et de la prudence les plus vulgaires. On doit, je crois, renoncer à la potasse caustique maintenant qu'on a, dans les cylindres de potasse combinée avec la chaux, un équivalent aussi admirable et tellement dépourvu de danger. Dans tous les cas où j'ai vu le vagin compromis, on s'était servi de potasse caustique pure. Ce caustique est déliquescent à un si haut degré, qu'il est presque impossible d'éviter toujours qu'il ne coule sur les parties voisines. Quant à ce qui regarde l'extension de l'inflammation traumatique au corps de l'utérus, elle n'est pas à craindre si l'on a pris des précautions convenables avant et après l'application du caustique. Il faudra d'abord avoir fait disparaître toute inflammation aiguë ou même subaiguë, puis choisir pour l'opération le moment favorable. L'époque la meilleure est le sixième ou le septième jour après les règles, car elle se trouve éloignée de deux ou trois semaines du prochain moment menstruel. Enfin l'eschare ne doit jamais être trop étendue, même lorsqu'on la fait en dehors du col.

Quand on a traité et guéri à l'aide de la potasse avec la chaux l'inflammation de la cavité du col, les chances de récurrence sont moins grandes que quand l'affection a été guérie en apparence à l'aide de moyens moins énergiques. Cette remarque s'applique en général au traitement de l'inflammation chronique du col par la potasse fondue. La vitalité des tissus malades est plus profondément modifiée; en conséquence, non-seulement l'ulcération se cicatrise ou l'inflammation chronique cède, mais encore les parties



sous-jacentes ou avoisinantes reviennent à l'état sain. Quand l'ulcération a guéri à l'aide d'un autre traitement, il n'en est pas toujours ainsi et la surface cicatrisée reste parfois rouge, irritable et enflammée.

Quand l'application des caustiques énergiques ne cause pas une vive douleur, elle entraîne souvent une dépression morale très-grande ainsi que du brisement des forces, et produit même parfois la syncope. Elle montre ainsi la relation qui existe entre l'utérus et la longueur, la faiblesse générale, qui caractérisent les affections inflammatoires de cet organe. J'ai vu parfois des malades tellement prostrées par cette opération, qu'elles étaient incapables pendant plusieurs jours de quitter leur lit ou leur sofa, bien qu'elles souffrissent à peine.

Une des principales propriétés de la potasse caustique, quand on l'applique énergiquement, est de dissiper l'induration et l'hypertrophie inflammatoire. On obtient également cet effet à l'aide du cautère actuel, dont nous allons avoir à examiner l'action; mais je me réserve d'examiner à fond l'action résolutive de ces agents, quand je traiterai spécialement de l'hypertrophie du col.

*Cautère actuel.* — On peut obtenir par le cautère actuel les mêmes résultats qu'avec la potasse pure ou combinée à la chaux. Les effets produits par cette cautérisation sont de tous points identiques à ceux qu'on obtient par l'hydrate de potasse; il en résulte une eschare dont l'élimination est accompagnée d'une inflammation subaiguë des tissus sous-jacents. Sous l'influence de cette inflammation, l'induration et l'hypertrophie disparaissent, et la vitalité de la surface ulcérée étant profondément modifiée, la cicatrisation en est la conséquence rapide.

Celse recommande de traiter par le cautère actuel les ulcérations de la matrice en prolapsus, et quelques chirurgiens modernes ont proposé la même méthode de traitement, Percy et Larrey, par exemple. Il ne paraît pas cependant que ces conseils fussent suivis, jusqu'à ce qu'un illustre chirurgien, M. Jobert, de Lamballe, y ait eu recours avec un grand succès dans le traitement de l'induration inflammatoire du col de l'utérus. Il a même adopté le cautère actuel comme moyen général de traitement, dans les cas d'ulcérations rebelles comme dans ceux d'hypertrophie inflammatoire grave.

Afin de protéger le vagin contre le calorique rayonnant qui s'échappe du cautère, surtout si celui qu'on emploie est volumineux, il se sert d'un spéculum conique d'ivoire, l'ivoire étant un mauvais

conducteur du calorique. Bien que M. Jobert adopte toujours cette précaution, elle n'est cependant pas indispensable. On peut éteindre sur la partie du col qu'on veut cautériser un ou deux cautères en olive chauffés à blanc. On produit ainsi une eschare plus ou moins profonde, comme par la cautérisation à la potasse fondue. Il est nécessaire que le cautère soit chauffé au blanc, autrement il adhère aux tissus lorsqu'on le retire. La malade éprouve à peine de la douleur, soit au moment de la cautérisation, soit consécutivement, et l'eschare se détache du sixième au dixième jour, suivant la profondeur de la cautérisation. Quand on emploie le cautère actuel pour faire disparaître l'hypertrophie inflammatoire, on doit pratiquer deux cautérisations ou même davantage pour ramener le col de l'utérus à son volume normal.

Le cautère actuel, comme moyen de traitement dans les affections utérines, a trouvé peu de partisans parmi les chirurgiens de Paris, et plusieurs même prétendent qu'il est inefficace et dangereux. Je peux dire cependant, et d'après ce que j'ai vu de la pratique de M. Jobert de Lamballe alors que j'étais, en 1840, son interne à l'hôpital Saint-Louis, et d'après les résultats que j'ai moi-même obtenus depuis cette époque, que ces objections sont tout à fait sans fondement. Je n'ai jamais vu aucun accident sérieux suivre l'emploi du cautère actuel, tandis que je peux témoigner de son efficacité dans un très-grand nombre de cas d'affections utérines graves. Je dois cependant admettre que, dans deux ou trois cas où j'ai employé ce moyen pour cautériser l'orifice de la cavité du col, le résultat n'a pas été complètement satisfaisant. L'inflammation locale produite par l'élimination de l'eschare dura trop longtemps, et les parties prirent un assez mauvais aspect. Je ne me rappelle pas avoir observé ce résultat après l'usage de la potasse fondue.

M. Jobert pense que la cautérisation avec le cautère actuel possède des avantages particuliers comparés à ceux de la potasse caustique. Je crois cependant que cette manière de voir n'est pas exacte et que les deux méthodes sont identiques dans leurs effets. Mon ami M. de Laurès, qui a été pendant trois ans interne de M. Jobert, et qui, durant ce temps, a vu un grand nombre de cas de maladies utérines traitées par ce chirurgien, a écrit sur l'usage du cautère actuel une thèse intéressante, qu'on peut considérer comme représentant fidèlement les opinions de M. Jobert. M. de Laurès assure qu'il est difficile d'apprécier rigoureusement la profondeur à laquelle la pâte de Vienne désorganisera les tissus du col



utérin; qu'au lieu d'exciter dans les parties voisines une réaction favorable, elle y diminue la force vitale, et exerce une influence stupéfiante; qu'elle est difficile à appliquer; qu'elle fuse, en se liquéfiant, sur les parois du vagin, et produit ainsi une perte de substance étendue dont la cicatrisation détermine la rétraction des parties.

A ces propositions j'oppose des opinions tout à fait opposées, en m'appuyant d'une longue expérience. Le médecin qui est habitué à l'usage des caustiques peut mesurer avec une grande précision l'étendue de l'eschare qu'il veut obtenir avec la potasse fondue, et, s'il a soin d'employer de grandes précautions d'abord, il acquerra bientôt une habitude suffisante pour agir en toute sûreté. Bien loin d'ailleurs que l'action de la potasse soit stupéfiante, je l'ai toujours vue produire une réaction inflammatoire très-franche, tandis que j'ai observé quelques cas dans lesquels le cautère actuel n'a donné lieu qu'à une inflammation d'assez mauvaise nature. Quant à l'écoulement du caustique sur les parties voisines, un tel accident est certainement possible entre des mains inhabiles, et j'en connais des exemples; mais il n'arrivera jamais à un chirurgien prudent et attentif qui prendra les précautions que j'ai indiquées. Je l'ai employé moi-même pendant plusieurs années, et je n'ai jamais vu le vagin touché seulement par le caustique. La même objection s'applique avec une égale force au cautère actuel, que je serais très-fâché de voir employer pour la cautérisation du col par un chirurgien qui ne serait pas suffisamment attentif et prudent; elle s'applique également à toutes les opérations chirurgicales. J'en suis à découvrir comment mon ancien collègue est arrivé à de telles conclusions concernant ce mode de cautérisation, et je ne les aurais pas reproduites si elles ne constituaient pas les objections principales qu'on a faites en France contre la cautérisation avec la pâte de Vienne.

Pendant plusieurs années, j'ai fréquemment employé le cautère actuel. Dans les cas où je désirais modifier la vitalité d'ulcérations très-rebelles de l'intérieur du col, je faisais usage de cautères en olive, suffisamment petits pour pouvoir pénétrer à travers l'orifice dilaté, et j'en obtenais des résultats très-avantageux. Mais depuis que j'ai réussi à rendre l'application de la pâte de Vienne si facile et si sûre, j'ai presque entièrement renoncé au fer rouge, en raison de l'effroi qu'il cause aux malades. L'effroi si naturel s'accroît encore ici du bruit et de l'odeur que la cautérisation produit. En réalité, l'opération est des plus insignifiantes, bien qu'il soit difficile de

la faire envisager ainsi par la malade. Je préfère donc la pâte de Vienne, qui est tout aussi efficace et ne provoque pas les mêmes alarmes. Si la malade n'en est point avertie, elle est incapable d'apercevoir une différence entre l'application du nitrate d'argent, qui est un simple pansement, et celle de la potasse fondue, qui est une opération (1).

Le cautère actuel et la potasse fondue ou combinée avec la chaux, n'ont jamais déterminé d'accidents sérieux quand je les ai employés, ce qu'on ne supposerait guère *a priori* en considérant l'énergie de leurs effets. La réaction inflammatoire que l'on produit ainsi semble presque toujours limiter son action au col de l'utérus, sans s'étendre au corps de l'organe. Si même la malade veut bien garder un repos complet, soit au lit, soit sur un sofa, durant les six ou huit jours que dure cette réaction (ce qui est une précaution très-désirable et même nécessaire), elle a à peine conscience de l'opération qu'on lui a faite ou de l'inflammation éliminatrice qui en résulte. Mais si elle se livre à quelques mouvements, elle sent généralement que la matrice est sensible et douloureuse. Bien qu'il y ait un grand nombre d'années que j'aie vu employer pour la première fois ce mode de traitement, et que je l'aie moi-même mis en usage dans un très-grand nombre de cas, je ne l'ai vu qu'une seule fois produire une inflammation sérieuse, et, même dans ce cas, je suis loin d'être certain qu'on puisse attribuer l'accident à la médication elle-même.

La malade, jeune dame sans enfant, âgée de vingt-quatre ans, avait été soignée par moi à différents intervalles, depuis près de deux ans, pour une maladie inflammatoire du col qui semblait, d'après les antécédents, avoir existé avant le mariage. La maladie offrait comme particularité une remarquable tendance aux rechutes. Quand je fus consulté pour la première fois, il existait une ulcération étendue du col et de sa cavité. L'affection parut céder complètement après un traitement de quelques mois, et cette jeune dame

(1) Voici la pratique de M. Trousseau: pour les exulcérations légères et les granulations du museau de tanche et de la portion externe du col, il emploie la cautérisation au nitrate d'argent; pour les ulcérations profondes du museau de tanche, comme pour les granulations et les ulcérations de la cavité du col, avec dilatation de cette cavité, il recourt à une cautérisation plus puissante et il préfère alors de beaucoup le cautère actuel, qui, par le travail éliminateur qu'il provoque, fait disparaître ou modifie le tissu altéré, et, par la rétraction qu'il excite, détermine la coarctation et met fin à la dilatation de la cavité. (Note du Traducteur.)



me quitta guérie en apparence. Cependant, dans les dix-huit mois qui suivirent, elle eut plusieurs récidives de son inflammation utérine, et ces récidives survenaient toujours après les règles, qui étaient très-douloureuses, comme cela était habituel depuis leur première apparition. Pensant que les accidents tenaient à une congestion menstruelle excessive, résultant elle-même d'un état de contraction du col utérin, j'en dilatai l'orifice au moyen de tentes d'éponge. Comme cela ne réussit point, je pensai que la membrane muqueuse de l'utérus ne présentant aucune altération, les récidives pourraient bien tenir à une inflammation limitée aux follicules muqueux du col, inflammation qui n'avait jamais paru complètement guérie. J'avais généralement vu quelques gouttes de pus sourdre du col, quand je l'examinais peu de temps après les règles; et quand les récidives avaient lieu, il sortait toujours du col une grande quantité de muco-pus. Afin de modifier efficacement la vitalité de la membrane muqueuse chroniquement enflammée, je la touchai très-légèrement avec un petit cylindre de potasse combinée à la chaux, qui ne produisit qu'une eschare très-superficielle. La réaction habituelle eut lieu sans présenter une intensité très-notable, et les règles survinrent dix ou douze jours après. Cette fois elles furent suivies de frisson et de fièvre; et quand je vis la malade, quelques jours plus tard, je trouvai qu'un abcès s'était formé dans le ligament large gauche, et qu'il s'était ouvert dans le rectum. Je m'étais abstenu de la voir huit ou dix jours à cause de ses règles, et la malade ne m'avait pas envoyé chercher, accoutumée qu'elle était à souffrir alors et à ne pas attacher d'importance à ses souffrances. Si je l'avais vue dès le début et traitée avec une énergie suffisante, il est possible que la suppuration aurait pu être prévenue. Elle se rétablit lentement des suites de cette inflammation; elle rendit longtemps du pus dans ses garde-robes, et l'on put sentir aussi pendant longtemps, par le toucher, une tumeur sur le côté gauche de l'utérus, qui cependant diminua graduellement de volume. Il se passa plus de dix-huit mois avant la disparition complète de toute trace d'abcès et avant que la malade revint à la santé. Cette inflammation des annexes de l'utérus parut avoir un résultat avantageux; pendant quelque temps il n'y eut point de récidive de l'inflammation utérine. Mais, deux ou trois ans plus tard, la malade eut un nouvel abcès dans le même ligament large, qui mit sa vie dans le plus grand péril. Elle se rétablit néanmoins, mais je la perdus de vue avant son entier rétablissement. Il y eut probablement une récidive méconnue

de l'affection utérine jouant un rôle de causalité à l'égard du second de ces abcès.

Bien que j'aie donné cette observation comme un exemple de phlegmon et d'abcès des ligaments larges causés par une extension de la réaction inflammatoire consécutive à une cautérisation énergique, je ne suis nullement certain qu'il n'y eût pas là une simple coïncidence. En général, l'inflammation qui suit une cautérisation bien autrement énergique que celle dont il s'agit, cède vers le huitième ou dixième jour; or, dans ce cas, ce ne fut que douze jours après, que les règles apparurent, et les frissons ainsi que la fièvre ne se montrèrent que consécutivement aux règles. Cette attaque inflammatoire ne pourrait-elle pas être de même nature que celle qui survenait si souvent aux époques menstruelles, avec cette différence qu'elle se serait localisée dans les ligaments larges, au lieu de le faire dans le col ou dans le corps de l'utérus.

Lorsque je pense que j'ai vu cautériser et que j'ai cautérisé moi-même profondément le col chez des centaines de malades atteintes d'inflammation utérine, j'ai lieu d'être surpris de n'avoir à citer que ce seul accident sérieux. Ce fait suffit à prouver l'exactitude de ce que j'avais dans la première édition de cet ouvrage, à savoir que la cautérisation profonde du col, même considérablement étendue, n'entraîne pas plus de dangers que les petites opérations de chirurgie, pourvu qu'on choisisse bien son temps et qu'on prenne bien ses précautions.

On ne peut nier toutefois que la cautérisation du col, et surtout la cautérisation profonde, ne soit une opération, et, comme telle, ne présente quelques dangers; on ne devra donc pas y recourir sans raison, ni la pratiquer énergiquement sans précaution. Si je n'ai eu à regretter jusqu'ici aucun accident sérieux, tous mes confrères ne peuvent en dire autant. On a cité des cas assez nombreux où des accidents graves ont suivi l'emploi de la potasse caustique, et on en a fait des arguments contre ce mode de traitement. M. Gendrin, M. Aran et d'autres observateurs ont vu la métrite aiguë et des abcès des ligaments larges survenir comme résultat immédiat et évident d'une cautérisation profonde. Il est vrai qu'on a vu le même résultat suivre l'emploi du nitrate d'argent, des injections et de la sonde utérine. Je peux dire aussi que deux des cas les plus graves de métrite aiguë que j'aie observés, sont survenus après de faibles injections vaginales astringentes.

Il est évident, par ce qui précède, que toute opération chirurgi-



cale pratiquée sur l'utérus, si simple qu'elle soit, n'est jamais absolument sans danger; on ne doit donc recourir à une pareille opération que quand elle est absolument nécessitée par l'état de la malade; mais, d'un autre côté, il ne faut pas, dans la crainte d'un léger péril, hésiter à employer les moyens dont l'expérience a consacré l'efficacité, s'ils nous semblent nécessaires pour la guérison de la malade. On doit se rappeler que, lorsqu'on veut guérir par un traitement chirurgical, il y a toujours quelques dangers à courir. Mais, dans le traitement chirurgical de l'inflammation utérine, le danger est si peu intense qu'il ne doit pas faire hésiter le praticien le plus scrupuleux.

*Hypertrophie et induration.* — En décrivant le traitement local de l'inflammation et de l'ulcération du col et de sa cavité, j'ai aussi, jusqu'à un certain point, décrit le traitement de l'hypertrophie et de l'induration qui accompagnent si habituellement ces états morbides.

L'hypertrophie du col utérin résulte généralement de la combinaison de deux états pathologiques: la congestion inflammatoire et l'hypertrophie nutritive. L'inflammation donne naissance au développement anormal des vaisseaux et des capillaires du col tout entier, et accroît ainsi plus ou moins le volume et la consistance de celui-ci. D'un autre côté, la persistance de cet état morbide amène à la longue l'hypertrophie du tissu cellulaire et l'induration. La lymphe plastique exsudée s'organise; de nouveaux vaisseaux se forment, et le col de l'utérus peut ainsi augmenter considérablement de volume. Cette hypertrophie nutritive est souvent liée à l'inflammation chronique profonde.

Les moyens antiphlogistiques que j'ai énumérés précédemment, tels que: les injections, les bains de siège, les émissions sanguines locales et la cautérisation superficielle, diminuent toujours beaucoup l'hypertrophie du col, en faisant disparaître l'élément congestif et inflammatoire. Quand on est venu complètement à bout d'une inflammation profonde ou superficielle, s'il reste encore un peu d'hypertrophie nutritive, il est rarement nécessaire d'abord de pousser le traitement plus loin, car la nature seule suffit généralement à diminuer par degrés et à faire disparaître l'hypertrophie. J'ai continuellement vu le col et le corps de l'utérus revenir à leur volume naturel sans traitement spécial, chez des malades que j'avais abandonnées aux seules forces de la nature après la guérison de l'affection utérine.

Dans quelques cas cependant, la médication indiquée plus haut ne guérit qu'en partie l'inflammation chronique profonde qui est associée à l'hypertrophie; ou bien, si l'on a réussi à vaincre l'action inflammatoire, on laisse persister une hypertrophie très-considérable suffisante pour déterminer l'abaissement de l'utérus et produire de graves inconvénients. Dans le premier cas, même quand l'ulcération est complètement guérie, la malade ne l'est pas entièrement, la surface malade reste rouge et congestionnée, et il est presque certain qu'elle s'ulcérera de nouveau sous l'influence la plus légère. D'ailleurs, les symptômes locaux et généraux de l'inflammation utérine persistent, quoique sous une forme mitigée. Dans le second cas, si l'hypertrophie est très-considérable, c'est un état trop sérieux pour l'abandonner à lui-même, attendu qu'il est peu probable que la nature suffise seule à le faire disparaître.

Les principaux moyens préconisés pour le traitement de l'hypertrophie inflammatoire du col sont ceux que nous verrons plus tard, conseillés dans le traitement du cancer *préssumé*: les déplétions locales et l'emploi à l'intérieur et à l'extérieur des iodures et des mercuriaux.

Je n'ai pas tiré assez d'avantages de l'emploi des préparations d'iode et de mercure dans le traitement de l'hypertrophie compliquée d'inflammation chronique rebelle ou consécutive à cette inflammation, pour m'autoriser à compter sur l'action de ces agents; je suis même porté à croire que les avantages que d'autres médecins croient en avoir tirés, doivent être attribués à l'emploi simultané des moyens antiphlogistiques.

On ne peut guère d'ailleurs administrer à l'intérieur les préparations d'iode ou de mercure à dose assez élevée pour modifier l'hypertrophie du col, sans danger pour la santé générale. On ne doit pas, suivant moi, prolonger l'usage de médicaments aussi actifs, à moins d'y être contraint par la nécessité, d'autant plus que les femmes atteintes de cette affection sont généralement dans un état de faiblesse et de cachexie résultant de leurs longues souffrances. L'hypertrophie chez elles n'est pas tant le résultat d'une maladie générale que la conséquence d'une inflammation locale analogue sous beaucoup de rapports à l'hypertrophie des amygdales, qu'on observe si souvent comme conséquence d'amygdalites répétées. Je serais aussi disposé à compter sur l'action du mercure et de l'iode pour faire disparaître cette hypertrophie des tonsilles, que pour guérir l'hypertrophie du col de l'utérus. Le traitement chirurgical est aussi



bien indiqué dans le premier de ces cas d'hypertrophie que dans les autres, à moins qu'il n'y ait quelque indication générale, qui nécessite l'emploi de ces agents thérapeutiques.

Si l'hypertrophie limitée au col résiste au traitement antiphlogistique ordinaire, elle cède presque toujours à la cautérisation profonde avec la potasse et le fer rouge. Cela est tellement vrai en général, que je ne crois pas même nécessaire, dans la majorité des cas, de recourir à l'administration interne des préparations d'iode ou de mercure, pour aider l'action de la cautérisation, et que je les réserve pour combattre les symptômes généraux, dans les cas où l'hypertrophie s'étend au corps de l'utérus et résiste au traitement local.

Je préfère, comme je l'ai déjà dit, la potasse au cautère pour faire une eschare profonde sur le col hypertrophié. Si l'on se sert du fer rouge, on doit employer un gros cautère en olive, et il faut généralement le chauffer et le réappliquer deux fois, ou en employer plusieurs. Comme le fer rouge agit par la combustion, il produit un bruit et une fumée considérables qui alarment généralement les malades les plus courageuses, bien que la douleur ne soit pas très-marquée. D'ailleurs, la rétraction des tissus ambiants qui suit une brûlure est pénible. Quand, au contraire, on se sert des cylindres de potasse avec la chaux, la malade ignore absolument l'étendue de la cautérisation, et elle n'éprouve rien qui diffère de ce qu'elle ressent dans le traitement habituel de sa maladie.

Dans l'un et l'autre cas, le résultat est le même. Il s'établit une inflammation éliminatrice. Cette inflammation s'étend plus ou moins aux tissus hypertrophiés, suivant le volume de l'eschare, la nature et l'étendue de l'hypertrophie; et à mesure que cette inflammation cède, l'hypertrophie se résorbe. Sous l'influence de cette opération si simple, dont les effets persistent plusieurs semaines, on peut presque à coup sûr faire disparaître graduellement une hypertrophie quelconque du col de l'utérus, sans beaucoup de souffrance pour la malade.

Comme j'ai déjà décrit longuement la manière dont on doit procéder à la cautérisation, les précautions qu'on doit prendre et les résultats immédiats et consécutifs de l'opération, j'ai peu de chose à ajouter. Je dois cependant mettre en garde contre une erreur qui pourrait résulter d'une mauvaise interprétation de ma pensée. Je tiens à ce qu'on sache parfaitement que *je ne me propose pas de détruire* par la cautérisation le col hypertrophié, mais simplement

d'exciter une inflammation éliminatrice, au moyen d'une eschare d'une étendue limitée, et produite au centre de la région hypertrophiée. Je ne compte pas le moins du monde sur la destruction du tissu mortifié par la cautérisation pour diminuer le volume du col hypertrophié, mais simplement et exclusivement sur l'*inflammation produite consécutivement*. Toute tentative ayant pour but de détruire l'hypertrophie, par la cautérisation directe, me semble aussi dangereuse qu'inutile. Dangereuse, car il est craindre que la réaction inflammatoire ne soit assez intense pour s'étendre au corps de l'utérus et au ligament large; or je crois qu'il est presque impossible de limiter l'action du caustique quand on l'applique aussi énergiquement. Inutile, car une simple eschare, de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, suffira aussi bien pour diminuer l'hypertrophie. Il peut être nécessaire de répéter plusieurs fois la cautérisation; mais qu'importe de prolonger pendant quelques semaines le traitement d'une affection qui dure depuis plusieurs années, si l'on évite ainsi le danger de perforer le vagin, de causer une péritonite ou de donner lieu à une métrite intense?

Les plaies produites par l'application de la potasse caustique se cicatrisent très-rapidement, même lorsqu'on les abandonne à elles-mêmes. Il est préférable cependant de les toucher par intervalles avec le nitrate d'argent, afin d'empêcher un trop grand développement des granulations, et de favoriser le travail de cicatrisation qui s'accomplit en trois ou quatre semaines. Ce fait montre combien les ulcérations pathologiques du col sont différentes des ulcérations artificielles, celles-ci ayant une aussi grande tendance à guérir que celles-là à se perpétuer indéfiniment. Il montre également le mode d'action du traitement par la cautérisation, laquelle substitue un travail physiologique à un travail pathologique.

Je dois même ajouter qu'on pourrait appliquer avec grand avantage ce traitement des ulcérations inflammatoires du col aux ulcérations rebelles des autres parties du corps. Ainsi j'ai guéri de la sorte des ulcères chroniques de la jambe, qui avaient résisté plusieurs années à toute espèce de moyens.

Dans le traitement de l'hypertrophie du col, je n'ai pas encore parlé de l'amputation du col lui-même, attendu que je ne crois pas que ce soit là une opération acceptable pour les formes ordinaires de l'hypertrophie. En pareil cas, l'amputation du col hypertrophié est difficile à pratiquer, et n'est pas toujours exempte d'hémorrhagie, comme le prouve la pratique de Lisfranc. D'ailleurs, il est presque



impossible d'enlever complètement toutes les parties hypertrophiées qui se rattachent ordinairement par une large base au corps de l'utérus; et alors, ce qui en reste s'hypertrophie bientôt au même degré qu'auparavant. J'ai vu plusieurs cas où l'on avait pratiqué l'amputation du col, en vue de guérir radicalement l'hypertrophie; mais un examen attentif a toujours permis de voir qu'on n'avait enlevé qu'une portion du col hypertrophié, et que l'état de la malade en était médiocrement amélioré.

Il est cependant une forme d'hypertrophie du col, dans laquelle l'amputation est non-seulement permise, mais est parfois le seul moyen de traitement qu'on puisse adopter. Je veux parler de l'élongation hypertrophique du col, soit congénitale, soit pathologique (voir pages 10 et 91). Dans le mémoire que j'ai plusieurs fois cité, M. Huguier a démontré que lorsque le col a subi une élongation telle qu'il a augmenté de cinq à sept centimètres et lorsque l'hypertrophie ne cède pas à un traitement rationnel, l'amputation est parfaitement indiquée. Il décrit en détail huit cas d'amputation, dont cinq pratiqués par lui et trois par d'autres chirurgiens. Dans tous ces cas, l'amputation du col n'entraîna aucune conséquence fâcheuse, et fut suivie de succès. Je ne suis pas très-certain que l'amputation fût toujours absolument indispensable, car j'ai vu dans ma pratique des hypertrophies semblables à celles que M. Huguier a décrites guérir par les moyens que j'ai indiqués plus haut. Toutefois, dans les cas qu'il mentionne, il y avait une élongation excessive, et la portion hypertrophiée ne se continuait pas par une large base avec le corps de l'utérus. Ces conditions rendaient l'opération plus praticable et plus utile.

L'amputation, suivant moi, devrait être restreinte aux cas où l'élongation congénitale ou hypertrophique du col résiste à tous les moyens de traitement, cause un malaise permanent, s'oppose aux rapprochements sexuels ou entraîne la stérilité. Cette opération ainsi limitée, on aura rarement à la pratiquer. Je ne me rappelle pas avoir vu plus de trois ou quatre cas d'élongation hypertrophique, où l'amputation ait été rationnellement indiquée (1).

(1) Voir plus loin, à propos du *Traitement des déplacements de l'utérus*, une observation que je rapporte en détail. Il s'agit d'une femme robuste et bien portante, affectée d'un prolapsus utérin avec élongation hypertrophique du col, qui se fit amputer le col parce que son infirmité mettait obstacle à l'acte conjugal. Elle fut opérée de la façon la plus habile par le procédé qui va être indiqué, et cependant sept jours plus tard elle mourut de péritonite. (Note du Traducteur.)

L'amputation du col est encore une opération praticable dans le cas de tumeurs du col cancéreuses et cancéroïdes pédiculées, alors qu'on les a reconnues assez tôt pour qu'on puisse les enlever avec la portion du col où elles ont pris naissance. Pour ma part, j'ai toujours vu échouer cette opération, la maladie ayant constamment récidivé. Elle semble cependant avoir donné de meilleurs résultats entre les mains d'autres opérateurs. Une des principales causes d'insuccès est sans contredit la difficulté d'extirper entièrement les parties malades, qui s'étendent ordinairement au delà de la portée du couteau, dans la portion sus-vaginale du col.

Le procédé opératoire de M. Huguier est le suivant. La malade, couchée sur le dos, est placée de telle façon que son bassin soit fortement éclairé; on découvre le col au moyen d'un gros spéculum bivalve ou conique. On tire alors en haut ce col à l'aide d'un ténaculum double, que l'on implante à son sommet, et l'on pratique à la partie inférieure, avec un bistouri courbe, une incision à vingt millimètres environ au-dessous de l'insertion du vagin. Quand on a ainsi divisé la moitié inférieure du col, on tire en bas sa moitié supérieure, au moyen du ténaculum, et on la divise de la même façon. L'amputation du col présente toujours quelques difficultés dues à la consistance de son tissu. Dans un cas, la séparation fut achevée au moyen de forts ciseaux courbes. L'hémorrhagie n'a jamais été sérieuse, et on a toujours réussi à l'arrêter au moyen de tampons de coton ou de charpie couverts de poudres astringentes. On remplit le vagin partiellement de coton ou de charpie fortement tassés. Dans un ou deux cas, l'hémorrhagie reparut au bout de quelques heures, mais on l'arrêta facilement de la même façon; la plaie met environ trois semaines à se cicatrizer. M. Huguier mentionne encore cinq autres cas d'amputation du col, pour cause d'élongation hypertrophique sans accident, et suivis de succès. Une de ces opérations avait été pratiquée par Dupuytren.

On a objecté contre la cautérisation profonde du col les cicatrices qu'elle produit et qui nécessitent la dilatation de l'orifice dans les accouchements ultérieurs. C'est là cependant une objection qui ne peut être faite que par ceux qui n'ont jamais vu pratiquer la cautérisation profonde, et qui n'ont réfléchi ni sur la structure du col, ni sur les résultats de leur pratique obstétricale. Le fait est qu'on ne voit jamais sur le col de cicatrice dure et fibreuse, et cela parce qu'il n'y existe aucun tissu dont la cicatrization puisse produire une telle induration. Les cicatrices dures qu'on voit survenir à la peau



après la guérison des plaies, des brûlures ou des ulcères qui intéressent toute l'épaisseur de la couche superficielle, sont dues à l'existence d'une sorte de squelette fibreux, épais, dans lequel se ramifient les vaisseaux et les nerfs de la peau. Ce tissu fibreux ne se reproduit qu'en partie après une perte de substance; il y a bien, à la vérité, une abondante exsudation de lymphes plastique qui s'organise ultérieurement, mais le vide est ordinairement comblé par la rétraction des tissus fibreux environnants, et c'est ainsi que se forme la cicatrice indurée.

Il ne peut y avoir rien de semblable dans le col de l'utérus. Il existe bien dans les membranes muqueuses un derme fibreux, mais à un état tellement rudimentaire, qu'on peut à peine en tenir compte. Les membranes muqueuses sont presque entièrement composées de vaisseaux et de nerfs, et, quand les premiers sont détruits, ils se reproduisent très-facilement. La cicatrisation d'une ulcération même profonde n'est donc suivie que d'une rétraction nulle ou peu marquée; et, comme il n'y a pas de cicatrice indurée, toute trace de cicatrisation disparaît bientôt, comme on peut l'observer journellement sur les lèvres, les joues et les autres membranes muqueuses accessibles à la vue. On apprend comment la nature répare les déchirures et les pertes de substance du col de l'utérus, en observant ce qui se passe après l'accouchement, les lacérations les plus profondes ne laissant guère qu'un léger sillon, comme trace de leur existence, quand il n'y a pas eu inflammation consécutive.

On doit aussi se rappeler que, dans l'hypertrophie avec induration du col, ce n'est pas tant le tissu musculaire du col, lequel est assez rare, que le tissu cellulaire qui est le siège de l'hypertrophie chronique. Lors donc qu'on a produit une eschare, même très-étendue et très-profonde en apparence, on n'a que très-faiblement intéressé le tissu propre de l'organe.

A l'appui de ces assertions, je dois invoquer les résultats de ma pratique personnelle, car j'ai très-fréquemment accouché, sans difficulté ni accident, des femmes que j'avais autrefois cautérisées profondément. On peut même dire que la guérison de l'hypertrophie inflammatoire du col par la cautérisation, bien loin de mettre obstacle à l'accouchement, le facilite au contraire, en faisant disparaître l'induration du col. Je l'ai déjà dit, il me semble évident que la plus grande partie des cas de rigidité du col, pendant l'accouchement, sont dus à une hypertrophie inflammatoire, et que cette rigidité serait plus commune encore, si le col induré et hypertrophié

ne se ramollissait pas graduellement à mesure que la grossesse avance. Il y a même une grande ressemblance entre le ramollissement physiologique et la disparition de l'hypertrophie du col par le fait de la grossesse, et le ramollissement qui s'accomplit sous l'influence de la réaction inflammatoire consécutive à une cautérisation profonde.

En terminant ces remarques sur la cautérisation profonde dans le traitement de l'hypertrophie inflammatoire du col, je désire insister sur ce fait, à savoir que je ne la recommande et que je n'y ai recours que dans les cas où il existe encore un travail d'inflammation chronique rebelle à tous les autres moyens généraux ou locaux, et quand l'hypertrophie est causée et entretenue par ce travail inflammatoire. Dans les cas d'hypertrophie où le col n'a augmenté de volume que d'une façon passive, et où le travail inflammatoire n'existe plus, on ne doit pas recourir à la cautérisation; on peut alors abandonner l'hypertrophie à la nature et au traitement général. La puissance de résorption de l'utérus est plus grande que celle d'aucun autre organe, et elle suffit généralement avec le temps pour faire disparaître l'hypertrophie, quand tout travail morbide a cessé.

Il est à remarquer que les cylindres de potasse avec la chaux constituent un caustique très-puissant et très-facile à manier, toutes les fois qu'on a besoin d'un pareil agent pour la cautérisation des chancres, ou pour le traitement des ulcères indolents. J'en ai tiré un grand parti dans le traitement des hémorroïdes, et, dans quelques cas, je l'ai trouvé supérieur à l'acide nitrique qu'on a si fortement recommandé récemment.

Dans tout ce que j'ai dit de l'hypertrophie, je ne l'ai considérée que comme existant isolément dans le col. Mais l'hypertrophie se montre assez fréquemment à la fois dans le col et dans le corps de l'utérus, et je dirai quel traitement on doit faire subir à l'hypertrophie du corps, quand je parlerai spécialement du traitement de la métrite chronique.

*Déplacement du col de l'utérus.* — Dans le chapitre spécialement consacré aux déplacements de l'utérus, j'ai traité au long les questions thérapeutiques qui se rapportent au déplacement du col de l'utérus. Je pourrais donc renvoyer le lecteur à cette partie de l'ouvrage; mais je ne crois pas inutile d'en dire quelques mots ici.

Le col de l'utérus enflammé et hypertrophié se déplace généralement, et il peut y avoir prolapsus, rétroversion ou antéversion.

Le prolapsus du col résulte généralement de l'inflammation, de



l'élongation et de l'hypertrophie, et non pas, comme on le suppose ordinairement, du relâchement des ligaments larges. Il s'ensuit nécessairement que toutes les tentatives pour replacer l'utérus dans sa position naturelle, au moyen de pessaires et d'autres agents mécaniques, ne sont pas seulement irrationnelles, mais qu'elles sont nuisibles, tant que la cause inflammatoire persiste. Les pessaires, une fois appliqués, maintiennent, il est vrai, la matrice; mais ils aggravent souvent l'affection qui produit le prolapsus, par l'irritation que leur présence détermine dans les tissus enflammés. D'un autre côté, l'état de dilatation du vagin causée par le pessaire, détruisant le peu de contractilité vaginale que l'inflammation a laissée persister, prive le col de l'utérus d'un puissant moyen de support naturel. Les choses étant ainsi, je n'hésite pas à affirmer que, dans la plupart des cas où on emploie les pessaires, les malades en retirent beaucoup moins de profit que d'inconvénient.

Le traitement rationnel de cette forme de prolapsus consiste, une fois qu'on est certain qu'une maladie inflammatoire l'a causé, à traiter la maladie par les moyens indiqués.

Il existe un prolapsus plus ou moins considérable dans la grande majorité des cas d'inflammation du col. L'utérus est si exactement équilibré, que la moindre augmentation de poids modifie sa position et produit souvent le prolapsus. A mesure que le col revient à son volume normal et que le vagin reprend sa contractilité sous l'influence d'un traitement convenable, le col abaissé remonte peu à peu dans le bassin, et plus tard reprend sa position naturelle quand la maladie a complètement cessé. L'élévation graduelle du col, à mesure que l'inflammation diminue, est en partie réelle et en partie apparente, et résulte de la diminution de volume et de longueur de l'organe. Parfois elle n'est que partielle, même quand la maladie du col a cessé. En pareil cas, c'est que le vagin est naturellement très-lâche, ou l'est devenu par des accouchements répétés, ou bien c'est que le col reste allongé.

Quand même l'utérus reste légèrement abaissé après la disparition de la maladie inflammatoire, j'ai rarement vu la malade se plaindre de douleurs, sinon à la suite d'une fatigue exagérée; un peu de soin, le repos et l'usage des injections de liquides astringents ou d'eau froide, sont les seuls remèdes nécessaires. En pareil cas, je n'introduis jamais de pessaires, dont la présence est une cause de malaise susceptible d'irriter les organes.

Les seuls cas dans lesquels l'usage des pessaires soit à peu près

indiqué sont les cas très-exceptionnels où la procidence (non pas celle qui résulte de l'élongation hypertrophique de la portion sus-vaginale du col), où, dis-je, la procidence ne cède ni à la disparition de la maladie inflammatoire, ni à l'emploi des injections astringentes. Mais, dans ces cas mêmes, on peut fréquemment à la fin se passer des pessaires, la matrice reprenant peu à peu sa position naturelle, sous l'influence du traitement seul, chez des malades qui avaient eu leur matrice à la vulve.

Dans les cas de procidence complète, quand il faut absolument recourir à un moyen de contention artificielle, je trouve généralement qu'un bandage, avec pelote vulvo-périnéale, est le plus aisément supporté. Cependant, comme ces bandages n'empêchent pas l'abaissement de l'utérus et ne s'opposent pas à ce qu'il descende dans le vagin, on devrait leur préférer les pessaires, malgré les inconvénients et les douleurs qu'ils causent, s'ils exerçaient à la longue, comme on l'a prétendu, une action curative sur le prolapsus. Mais je n'ai pas vu dans ma pratique, ni dans celle de mes confrères, que telle soit leur action, même dans les cas extrêmes. Les pessaires me semblent le plus souvent n'être qu'un moyen artificiel de sustentation, tel qu'une béquille pour un boiteux, qui n'exerce aucune influence heureuse sur le prolapsus, et ne s'oppose pas à la récurrence dès qu'on l'a enlevé. D'un autre côté, j'ai vu et je vois continuellement leur emploi aveugle et irrationnel entraîner les inconvénients les plus graves. Il ne saurait en être autrement, quand on songe que les pessaires sont ordinairement employés pour remédier à ce qui n'est généralement qu'un symptôme de l'inflammation du col. C'est ainsi que se produisent des faits semblables à celui que j'ai décrit page 132, où l'on voit un pessaire de bois, poussé dans le vagin d'une jeune femme non mariée, et atteinte simplement d'une inflammation utérine du col, malgré l'évidence de la maladie. Dans l'élongation hypertrophique, les pessaires ne font qu'accroître les souffrances.

On a inventé et préconisé des formes innombrables de pessaires; toutes ont cependant pour principe commun de soutenir mécaniquement le col. Des éponges dans des sacs, des anneaux de buis ronds ou ovoïdes, des pelotes de caoutchouc vulcanisé pleines d'air, des pessaires en cupule, retenus en place à l'aide d'un bandage extérieur, etc. Si l'on emploie un pessaire, il arrive souvent qu'on est obligé d'en essayer deux ou trois avant d'en trouver un bon; mais, quel que soit le pessaire employé, on doit prescrire,



comme règle générale, de les enlever et de les nettoyer fréquemment, de pratiquer des injections d'eau froide ou de liquide astringent, afin de diminuer l'irritation qu'ils sont appelés à produire, et d'examiner de temps à autre le col, pour voir s'il n'est pas enflammé.

On a souvent recommandé les bandages et les ceintures abdominales dans le traitement du prolapsus. Leur avantage consiste, en soutenant l'hypogastre, à empêcher que les intestins ne pressent sur la matrice. L'utérus, dans l'état de vacuité, étant caché dans le bassin, un bandage abdominal ne peut évidemment pas le soutenir directement. Il peut cependant apporter un soulagement considérable aux femmes chez lesquelles cet organe est augmenté de volume, douloureux et abaissé. Mais ce n'est là qu'un remède palliatif, qu'on ne peut guère employer que chez les femmes dont on n'a pas reconnu avec précision la maladie. Aussitôt que toute hypertrophie inflammatoire de l'utérus a disparu, et que l'organe a repris sa position naturelle, il perd sa sensibilité morbide et supporte, sans en être affecté, la pression des viscères abdominaux. Je recommande donc rarement aux malades les bandages abdominaux, et je trouve généralement que celles qui en portaient préalablement, une fois qu'elles sont convenablement traitées, les abandonnent d'elles-mêmes longtemps avant la complète guérison de leur affection utérine, en s'apercevant qu'elles n'en retirent plus aucun bénéfice. Il y a des cas cependant où le ventre est gros et relâché et où un bandage produit un grand soulagement en maintenant médiatement l'utérus dans sa position.

La rétroversion du col de l'utérus avec et sans antéversion du corps est un déplacement très-fréquent chez les femmes mariées, et qu'on n'observe pas seulement dans le cas d'affection inflammatoire du col. On a essayé de traiter ces déplacements par des moyens mécaniques, mais je ne sache pas que de tels moyens soient de nature à guérir la lésion. C'est se tromper que d'espérer rendre au col et au corps de l'utérus leur position normale en introduisant une sonde utérine dans la cavité du col et en ramenant celui-ci en avant, même lorsqu'on répète l'opération chaque jour, pendant plusieurs semaines; une telle médication fait souffrir la malade sans lui donner le moindre soulagement. Il ne fait disparaître en aucune façon la cause du déplacement; aussi l'instrument n'est-il pas plutôt retiré que le col revient à sa position anormale.

La rétroversion du col résulte, en partie, des effets de la pesanteur

agissant sur un col augmenté de volume et induré, et en partie des rapprochements sexuels; de sorte que la seule chance d'y porter remède est de rendre au col ainsi altéré son volume normal à l'aide d'un traitement antiphlogistique judicieux. Cela fait, l'utérus diminue de volume et s'élève dans la cavité pelvienne; le col, cessant alors de presser sur le rectum, reprend jusqu'à un certain point sa position normale. Je dis « jusqu'à un certain point, » attendu qu'il est rare que le col reprenne une position complètement normale lorsqu'il a été une fois en rétroversion considérable. Le fait n'a d'ailleurs aucune importance, puisqu'une légère déviation du col en arrière et du corps en avant, ne donne lieu à aucun symptôme morbide en l'absence de maladie inflammatoire, et ne réclame aucun traitement.

Les remarques précédentes s'appliquent de tout point à l'antéversion de l'utérus, qui résulte presque toujours d'une rétroversion excessive du col; quand elle n'est pas causée par une exagération de la courbure normale de la face antérieure de l'utérus. (Voir page 44.)

On n'observe presque jamais l'antéversion du col, sinon lorsqu'il existe une rétroversion ou une rétroflexion du corps de l'utérus. Nous en examinerons le traitement à propos de celui de la métrite chronique.

*Douleurs.* — Les diverses douleurs qui constituent l'un des symptômes les plus saillants des affections inflammatoires de l'utérus varient beaucoup pendant le cours du traitement. En général, elles ne réclament pas de médication particulière; elles sont cependant sujettes à s'exaspérer après la cautérisation, l'application des sangsues, un exercice fatigant ou l'approche des règles, et demandent alors impérieusement à être soulagées. Le moyen le plus prompt et le plus efficace pour calmer les douleurs utérines, hypogastriques et ovariennes, est l'injection dans le rectum de laudanum ou d'une préparation opiacée quelconque, étendue d'une très-petite quantité d'eau afin de pouvoir être gardée. L'effet est beaucoup plus marqué que si l'on avait administré l'opium par la bouche. On peut injecter ainsi de quinze à trente gouttes de laudanum à la fois, et renouveler l'injection au bout d'une heure, si l'on n'a pas obtenu l'effet désiré. On peut ajouter à l'injection opiacée, les injections vaginales sédatives, les bains de siège chauds, le repos au lit, de larges cataplasmes sur l'abdomen, les sangsues aux époques menstruelles, l'administration à l'intérieur d'éther sulfurique, de chloroforme et



de teinture ou d'extrait de chanvre indien. La toile spongio-piline, mélange d'éponge et de laine doublé d'une couche de caoutchouc imperméable, peut être substituée avantageusement au cataplasme ordinaire de farine de lin et de pain, on peut l'employer comme une éponge; elle est légère, efficace et toujours prête.

Le chloroforme est un adjuvant très-utile, sous quelque forme que se manifestent les douleurs utérines, qu'elles consistent en une exacerbation des souffrances ordinaires, qu'elles soient un spasme accidentel, ou une douleur névralgique périodique; dans tous ces cas, j'ai souvent donné le chloroforme avec grand avantage. On peut l'administrer en inhalations, en potion, ou en lavement.

L'inhalation de chloroforme portée jusqu'à produire l'insensibilité, mais non la paralysie musculaire, m'a souvent permis d'apaiser les douleurs les plus violentes et de produire un bon sommeil pendant quelques heures. J'ai obtenu le même effet chez beaucoup de mes malades en donnant à l'intérieur trente à quarante gouttes de chloroforme suspendues dans un jaune d'œuf. J'ai encore produit de la sédation en injectant dans le rectum la même quantité de chloroforme; comme ce liquide ne se mêle pas à l'eau, il est nécessaire de le suspendre dans un mucilage ou un jaune d'œuf. Il arrive très-fréquemment, cependant, que l'intestin ne peut pas le garder, par suite évidemment de l'action irritante qu'il exerce sur la membrane muqueuse.

L'introduction récente de l'injection sous-cutanée des médicaments a fait faire un grand pas au traitement de l'élément « douleur » dans toutes les maladies. Dans les douleurs se rattachant aux affections utérines, à la dysménorrhée, aux spasmes utérins, dans l'hystérie se développant dans les mêmes conditions, j'en ai retiré depuis quelque temps des effets merveilleux. Je me suis servi plus spécialement de l'acétate de morphine. Je fais dissoudre quatre-vingt-dix centigrammes de morphine dans soixante grammes d'eau distillée, ce qui donne une solution ayant à peu près la même force que le laudanum de Sydenham. J'injecte d'un à deux grammes dans le tissu cellulaire sous-cutané au moyen de la petite seringue pour injection hypodermique. La douleur causée par la piqûre et l'injection, assez vive au premier abord, se calme en quelques minutes. La solution est absorbée, passe dans le torrent circulatoire, et produit, à peu près toujours, dans un temps qui varie de quinze à trente minutes, un calme, un bien-être merveilleux. Bientôt vient un sommeil réparateur, et la malade s'éveille plus tard soulagée,

sans aucun mal de tête, sans mal de cœur, en un mot, sans aucun des symptômes qui, le plus souvent, rendent l'usage des opiacés si pénible dans ses suites, quelque efficace qu'il soit. Aussi, par cette méthode, on obtient, dans presque tous les cas, tous les avantages des opiacés sans leurs désavantages; mais il y a de rares exceptions. Dans un cas de névralgie grave se rattachant à un état utérin maladif, je viens de faire la ponction sous-cutanée, injectant trente gouttes de la solution de morphine, quarante-deux soirs de suite. Les douleurs névralgiques revenaient au bout de vingt heures, et augmentaient peu à peu d'intensité pour disparaître chaque soir, avec la ponction. Le remède dans ce cas a été vraiment curatif, car au bout des six semaines la névralgie a disparu, et j'ai pu cesser de suite, sans difficulté, l'injection. Dans d'autres attaques du même genre, la même malade est restée au lit un ou deux mois en proie à des souffrances horribles. Cette fois elle a dormi, a mangé, s'est levée, s'est promenade, et personne n'a su qu'elle était sous le coup d'une grave attaque névralgique. Dans un autre cas, j'ai pu continuer le traitement local d'une affection utérine chez une dame névralgique que j'aurais eu beaucoup de peine à traiter autrement. Chaque examen produisait, peu de temps après, des crises névralgiques graves. J'ai fait l'injection chaque fois, et nous avons toujours eu un calme complet. Dans plusieurs cas de douleurs et de spasmes utérins, accompagnés d'hystérie, au moment de la menstruation, une ou deux injections ont suffi pour amener le repos et le calme. L'injection sous-cutanée est vraiment une des plus belles conquêtes modernes de la science, et me semble digne de figurer à côté de celle du chloroforme. Dans les atroces douleurs de la névralgie, elle est une ressource précieuse; jusqu'à présent j'ai toujours réussi à les calmer, grâce à son aide.

En général, toutes les douleurs utérines cessent, quand la maladie utérine est guérie. Ce n'est cependant pas la règle invariable. Ainsi les douleurs lombaires surtout peuvent persister longtemps après la guérison de l'état maladif et varier d'intensité sans aucune raison appréciable. Le traitement dont j'ai tiré le plus d'avantage dans cette forme de douleurs névralgiques est l'application répétée de larges vésicatoires. Les vésicatoires diminuent généralement les souffrances, même quand l'affection utérine existe encore; mais j'y ai rarement recours pendant le traitement de la maladie de l'utérus, parce que le soulagement n'est que momentané, et qu'un vésicatoire dans cette région est gênant et pénible. Au contraire, quand la



maladie utérine est complètement guérie, un, deux ou trois vésicatoires, appliqués successivement, enlèveront la douleur d'une façon définitive; parfois le soulagement n'a lieu qu'un peu plus tard. Les emplâtres d'opium et de belladone, les ventouses et les sangsues sont fréquemment utiles, bien qu'ils ne soient pas aussi efficaces que les vésicatoires. Quand la douleur utérine ou vésicale est continue, et qu'on ne produit qu'un soulagement momentané par l'emploi des moyens précédents, j'ai souvent obtenu un grand soulagement de l'établissement d'un cautère au-dessus des pubis et près de la symphyse. Ce cautère doit être entretenu plusieurs mois. Il exerce d'ailleurs une heureuse influence sur l'inflammation utérine elle-même.

Les douleurs ovariennes qui accompagnent si souvent l'inflammation et surtout l'ulcération du col, ne réclament aucun traitement particulier. Dans la très-grande majorité des cas, elles sont purement sympathiques, et n'impliquent nullement l'existence d'une ovarite aiguë ou chronique. Cependant l'extrême fréquence de ces douleurs, dans les cas de métrite ulcéreuse du col, est bien remarquable et cause de nombreuses erreurs. Je vois à chaque instant des malades qu'on croit atteintes d'ovarite chronique, en raison des douleurs qu'elles éprouvent dans la région des ovaires, et qui n'ont en réalité qu'une affection inflammatoire du col.

*Dilatation de la cavité du col.* — Il arrive parfois que la menstruation reste douloureuse après la guérison complète de l'inflammation du col, par suite de la contraction soit de la portion du col qui n'a pas été enflammée, soit de celle où l'inflammation a existé. Dans le premier cas, la contraction résulte probablement de l'épaississement et de l'hypertrophie du col, qui diminuent le calibre de la portion du col qui n'a pas participé à l'inflammation; car on doit se rappeler que l'inflammation de la cavité du col utérin a un effet tout contraire, qui est de la dilater. Dans le second cas, la contraction est probablement due au rétrécissement de la région autrefois enflammée et dilatée, et tient en général, mais non pas toujours, à une cautérisation trop énergique.

Même quand la cavité du col s'est rétrécie sous l'influence de l'une de ces causes, le rétrécissement n'est souvent que temporaire et disparaît spontanément et peu à peu, sans qu'il soit besoin de recourir à un traitement spécial. Au bout de quelques mois, l'induration inflammatoire du col de l'utérus disparaît généralement. La portion inférieure de l'organe se relâche aussi avec le temps, quand la contrac-

tion est légère, mais, si elle est considérable ou résulte d'une cautérisation trop énergique, elle peut nécessiter une dilatation artificielle.

Il n'est donc pas nécessaire d'employer aucun traitement contre le rétrécissement de la cavité du col dans les premiers mois qui suivent la guérison; mais si, après un laps de temps raisonnable, la menstruation continue à être trop douloureuse, bien qu'il n'y ait plus de travail inflammatoire, soit au dedans, soit au dehors du col, on peut rationnellement conseiller la dilatation artificielle de la cavité du col. C'est surtout l'état des fonctions menstruelles qui me décide à pratiquer la dilatation.

Les dimensions du col, telles qu'on les reconnaît à l'aide de la sonde utérine, ne me semblent pas un guide suffisamment sûr. J'ai vu des cas nombreux, où la cavité du col était tellement rétrécie, surtout à la suite du traitement, qu'elle ne pouvait pas admettre la sonde utérine, et où cependant la menstruation était facile, non douloureuse et suffisamment abondante. En pareil cas, je ne regarderai jamais la dilatation comme nécessaire, sinon pour faire disparaître une cause possible de stérilité.

Je ne crois pas, cependant, que la simple étroitesse du col, à moins d'être excessive, soit une cause très-fréquente de stérilité. La disparition de cet état anatomique n'a été suivie d'aucun résultat favorable dans la majorité des cas où j'ai recouru à la dilatation; quant à ceux dans lesquels cette opération a été suivie de succès, je ne suis pas certain que le résultat ne doive pas être attribué au traitement antérieur dirigé contre l'inflammation. L'observation suivante montrera combien il est difficile de se former une opinion à ce sujet.

Dans le printemps de 1848, je fus consulté par une jeune dame de vingt-cinq ans, mariée depuis deux ans. Cette femme d'une constitution délicate, souffrait depuis plusieurs années de dyspepsie et de dysménorrhée, qui n'avaient fait que s'aggraver depuis son mariage. Elle présentait aussi divers symptômes du côté de l'utérus, et l'examen me fit reconnaître l'existence d'une légère inflammation non ulcéreuse du col et de la partie supérieure du vagin. La maladie locale céda, la santé générale s'améliora, et, au bout de deux mois environ, je fus autorisé à déclarer que cette dame était rétablie, et qu'il n'était nullement improbable qu'elle pût devenir grosse, toute cause importante de stérilité ayant disparu. L'utérus était alors parfaitement sain; mais la cavité du col n'admettait pas la sonde



utérine dans toute son étendue, et je ne pouvais introduire la bougie la plus petite à travers l'orifice interne. Cette dame et son mari désirant ardemment un enfant, je leur fis part de ces conditions particulières de l'organe, et je donnai à entendre qu'il pourrait devenir nécessaire plus tard de faire disparaître cette contraction, si elle ne disparaissait pas spontanément, et si la stérilité persistait. A quelques mois de là je revis cette dame, sa santé s'était encore améliorée, et l'utérus était en aussi bon état qu'auparavant, mais l'étrécissement de la cavité du col n'avait nullement diminué. Il fut en conséquence décidé qu'on en pratiquerait la dilatation à son retour des bords de la mer, où elle allait passer une couple de mois. Mais elle n'y était pas depuis plus de quinze jours qu'elle devint grosse. Si l'on avait pratiqué la dilatation avant son départ pour la mer, la conclusion naturelle aurait été que cette grossesse était due à la dilatation seule. Des cas semblables font voir qu'il est difficile de juger convenablement de la valeur des agents thérapeutiques, et que les cas isolés ne prouvent rien, si probants qu'ils soient en apparence. On ne doit juger d'un résultat qu'après l'avoir observé dans un grand nombre de cas. Envisagée de la sorte, la dilatation de la cavité du col ne m'a pas paru un moyen sur lequel on puisse trop compter dans les cas de stérilité; j'ai cependant vu des exemples de stérilité sans inflammation concomitante cesser par la dilatation; les malades, qui étaient mariées depuis plusieurs années sans avoir eu d'enfants, étant devenues grosses à la suite de cette opération. Dans ces cas, la contraction était généralement excessive et congénitale. Je n'hésite donc pas à conseiller et à pratiquer la dilatation, soit dans la contraction congénitale de la cavité du col, soit lorsque cette contraction résulte d'un travail inflammatoire, quand la conception n'a pas lieu après un laps de temps raisonnable, c'est-à-dire après deux ou plusieurs années de mariage, ou après six mois ou un an de guérison d'une maladie inflammatoire de l'utérus.

Il y a plusieurs manières de dilater la cavité du col. Le docteur Mackintosh, d'Édimbourg, qui semble en avoir eu la première idée, employait des bougies métalliques de différentes grosseurs qu'il introduisait dans le col en les y laissant quelques minutes et en en faisant passer graduellement de plus volumineuses; appliquant ainsi à la dilatation du col les principes de la dilatation de l'urètre. Le docteur Simpson a apporté des modifications ingénieuses et des améliorations à cette opération. Au lieu de longues bougies qu'on ne peut laisser en place que peu de temps, il en emploie de petites de

cing à six centimètres de longueur seulement et dont l'extrémité se termine en disque olivaire. Le vagin se contractant sur ce disque, empêche la bougie de sortir du col. On introduit d'abord une bougie de petit calibre qu'on laisse vingt-quatre heures et même plus longtemps, et l'on augmente graduellement de calibre à mesure que le canal se dilate, jusqu'à ce que l'orifice interne soit ouvert et que la sonde pénètre librement dans la cavité utérine. Le docteur Simpson emploie également, pour la dilatation, des cônes d'éponge préparée qu'il introduit dans la cavité du col au moyen d'un stylet, et qui, par leur expansion graduelle sous l'influence de l'humidité de la région, se dilatent doucement et ouvrent la cavité du col. On a longtemps employé un dilateur formé de deux lames, ayant la longueur du col, qui s'ouvre au moyen d'un manche, et qui, fermé, a la forme d'un bâton conique. On introduit l'instrument fermé, et en s'ouvrant il dilate le canal. Le docteur Simpson a également inventé un instrument ingénieux, qu'il appelle *utérotome*, pour diviser l'orifice interne; il présente une lame longue et étroite, cachée dans une espèce de bougie qui s'ouvre par l'action du manche.

La dilatation au moyen des sondes métalliques ordinaires est longue et inefficace, par suite de la grande épaisseur des parois du col et de la grande contractilité qu'elles possèdent, la simple introduction d'une bougie métallique pendant quelques minutes tous les deux ou trois jours, est presque incapable de dilater un col rétréci, au moins cela m'a paru être ainsi quand j'ai employé cette méthode. D'un autre côté, si l'on y met de la violence, ce que l'on gagne est plutôt obtenu par la contusion des tissus, qui forment la surface interne de la cavité du col, que par la dilatation des parois du col, qui ont près d'un centimètre et demi d'épaisseur.

Cette dernière objection s'applique plus fortement encore au dilateur métallique. On pourrait employer un tel instrument pour dilater un simple canal membraneux, mais dans la cavité du col, il ne peut guère agir qu'en écrasant les tissus qu'il est destiné à dilater. Aussi doit-on complètement le rejeter.

Quand on essaye de la dilatation par les bougies, il est mieux de se servir de bougies en cire ou en gomme élastique que de sondes en métal. Quand on les emploie avec précaution, on peut obtenir de bons résultats sans souffrance pour la malade; et dans les cas de contraction peu considérable, il n'y a rien de plus à faire. On peut employer les bougies de cire tous les deux jours jusqu'à ce que le canal



soit suffisamment dilaté. La malade doit garder la bougie en place pendant quelques heures.

Les petites bougies métalliques à extrémité renflée du docteur Simpson ne sont point passibles des objections qui s'adressent au dilatateur métallique, et si on les applique avec précaution, elles sont sûres et efficaces. On ne doit pas employer de force, car elles ne dilatent le canal qu'en fatiguant, pour ainsi dire, la contraction de la partie du col où elles sont introduites. On choisit une bougie capable de passer, et qui soit telle cependant qu'elle puisse être saisie par les parois du col. Le séjour de l'instrument, s'il n'y a pas d'inflammation, ne produit ni irritation ni inconvénient, et au bout d'un espace qui varie de quelques heures à vingt-quatre, le col se relâche à l'entour, et devient suffisamment large pour admettre une bougie volumineuse. La grande difficulté consiste à introduire ces bougies, en raison de leur bout renflé. Si la vulve est relâchée et ouverte, rien n'est plus facile; mais si, au contraire, comme il arrive souvent, la vulve est petite et contractée, il devient extrêmement difficile d'introduire l'extrémité renflée, et de la guider ensuite vers le col de l'utérus, même avec l'assistance du doigt. J'ai essayé d'abord d'obvier à cette difficulté en employant des bougies métalliques à olive très-petite, et à les maintenir en place avec un petit morceau d'éponge introduite dans le vagin comme un pessaire. Mais ce procédé ne réussit pas, car la bougie n'ayant point le support de l'olive est aisément chassée; d'ailleurs la présence de l'éponge cause souvent de l'irritation vaginale. J'ai réussi toutefois à rendre leur introduction plus facile, en diminuant le volume de l'olive, en la faisant avec une mince feuille de métal à bout arrondi percée d'un trou pour le stylet introducteur, comme dans l'instrument de Simpson.

J'ai encore imaginé une autre amélioration qui consiste à donner à la tige une légère courbure antérieure, de façon à la faire correspondre à la courbure que j'ai dit exister à la face antérieure de la cavité utérine (page 41). J'introduis d'abord une petite bougie de cire dans l'utérus; je l'y laisse environ deux minutes, et après l'avoir retirée, je donne à la tige métallique la courbure que la bougie de cire présente presque toujours. La bougie métallique produit moins de malaise et se place plus aisément, quand elle s'adapte ainsi à l'inflexion naturelle de l'utérus.

Les éponges préparées d'après l'avis du docteur Simpson, sont plus efficaces encore que les bougies métalliques à olive, pour la di-

latacion de la cavité du col, surtout dans les premiers temps de l'opération; aussi les employé-je plus fréquemment que tout autre moyen de dilatation. Je me sers de très-petits cônes de deux à trois centimètres de longueur, se terminant par une extrémité mousse et couverte d'une mince couche de cire. Un de ces cônes est introduit dans la cavité du col, au moyen d'un stylet et de façon à remplir autant que possible la totalité du canal; on le laisse en place pendant vingt-quatre heures. La cire, en fondant, protège les tissus que l'éponge dilate peu à peu. La lente dilatation de l'éponge surmonte la résistance du col et ouvre la cavité sans irriter la membrane muqueuse; cela n'a lieu, cependant, que quand l'éponge est bien recouverte de cire. Si elle est nue, elle irrite la surface muqueuse et la fait saigner. On doit laisser l'éponge vingt-quatre heures, quand la malade peut la retirer elle-même aisément avec un fil de soie ou de chanvre, attaché à l'éponge, et suffisamment long pour pendre au dehors. La dilatation s'accomplit ordinairement sans faire souffrir. Parfois cependant la malade éprouve de légères douleurs comme celles de la menstruation. Si on laisse l'éponge plus de vingt-quatre heures, elle est en général spontanément chassée dans le vagin, probablement par la pression du mucus sécrété au-dessus du point où elle était placée. Si cependant on l'introduit très-haut dans la cavité du col, de manière que l'orifice externe se soit refermé sur elle, elle peut être retenue dans la cavité, et l'extraction en devient nécessaire, surtout si le fil se rompt comme il arrive parfois. Si, au contraire, l'éponge n'a été poussée qu'en partie dans le col, elle peut retomber dans le vagin trop tôt. Il est facile de reconnaître la portion d'éponge qui a pénétré dans la cavité du col; elle est beaucoup moins gonflée que celle qui est restée au dehors et qui s'est librement dilatée dans le vagin. Une ligne de démarcation très-nette sépare ces deux portions. Si la tente d'éponge est uniformément gonflée comme si elle avait été plongée dans l'eau, il est probable ou qu'elle n'a pas été introduite dans la cavité du col, ou qu'elle en a été chassée avant d'avoir eu le temps de dilater cette cavité.

Quand l'orifice utérin est très-resserré et qu'on a introduit de très-petites tentes, on ne peut éviter l'emploi du spéculum, la chaleur du vagin ramollissant la tente avant qu'elle puisse pénétrer à travers l'orifice. Mais quand celui-ci est plus ouvert et qu'on peut se servir d'une plus grosse tente, le spéculum n'est pas indispensable, l'éponge pouvant être introduite à l'aide d'une sonde ou d'un stylet



après avoir fait coucher la malade sur le côté gauche. La première tente ne dépasse guère un centimètre à un centimètre et demi; mais, à mesure qu'on en introduit de nouvelles, elles pénètrent plus loin, de façon que la cavité tout entière du col finit par être dilatée. Comme je n'introduis généralement la tente que tous les trois ou quatre jours, afin de ne pas produire d'irritation, il faut le plus souvent un ou deux intervalles intermenstruels pour dilater complètement le canal. Le jour où l'on retire l'éponge, comme il y a généralement une certaine quantité d'écoulement, je prescris une injection d'eau tiède ou de liquide astringent, afin de combattre l'irritation légère qu'on pourrait avoir causée. L'orifice et la cavité du col étant une fois dilatés par la tente d'éponge, on ne doit pratiquer les premières injections qu'avec les précautions les plus grandes, car j'ai vu des spasmes utérins survenir alors, par suite évidemment de la pénétration du liquide dans l'intérieur même de la cavité du col ou du corps.

En procédant avec ces précautions, en constatant de temps à autre, à l'aide du spéculum, l'état des organes, en suspendant la dilatation dès qu'apparaissent des signes d'irritation, on peut, en quelques semaines, dilater suffisamment la cavité du col sans avoir produit aucun accident local. C'est assurément ce qui n'a pas lieu quand on emploie des moyens plus violents. J'ai vu de nombreux accidents suivre la dilatation forcée ou les tentatives de dilatation faites alors que le col était enflammé.

Je me suis autrefois servi assez souvent de l'utérôtome du docteur Simpson pour diviser l'orifice interne, et je trouvais que c'était un moyen efficace pour faire disparaître la constriction; une simple incision pratiquée de chaque côté dans l'étendue de deux millimètres seulement, incision qui est à peine sentie par la malade, est tout ce qu'il faut pour établir une libre communication entre la cavité du corps et celle du col. Mais, pour pratiquer cette légère incision, l'instrument doit avoir pénétré au delà de l'orifice interne, autrement la lame ne pourrait pas agir sur le point qu'elle doit diviser. Or, depuis que j'ai examiné avec soin cette région à l'état physiologique, je suis resté convaincu qu'un degré d'ouverture suffisant pour laisser passer l'utérôtome à travers l'orifice interne est en réalité plus considérable qu'on ne l'observe chez les femmes non malades, et que par conséquent il n'y a pas de raison alors pour agrandir cet orifice. Quand donc, au moyen des tentes d'éponge, j'ai dilaté la cavité du col et relâché l'orifice interne de façon à permet-

tre l'introduction d'une bougie de moyen calibre ou l'extrémité de l'utérôtome, je considère la dilatation comme poussée aussi loin qu'il est nécessaire, et je recours très-rarement alors à l'utérôtome.

Quand on a divisé l'orifice interne à l'aide de cet instrument, il y a d'ordinaire un léger suintement de sang qui dure quelques minutes. Il est cependant un certain nombre de cas observés par quelques-uns de mes collègues, où cette opération a entraîné une hémorrhagie effrayante et presque mortelle; dans ces cas, l'incision avait probablement été profonde et avait intéressé quelques gros vaisseaux; les accidents de cette nature font voir de quelles précautions on doit user quand on se sert de l'utérôtome, et combien il est plus sage de faire plutôt deux ou trois petites incisions qu'une seule plus considérable. Si l'on ne s'opposait pas à la réunion des surfaces divisées, il y aurait cicatrice par première intention dans l'espace de vingt-quatre heures; il est donc nécessaire d'introduire des bougies métalliques de moyen calibre, en ayant soin de les pousser suffisamment loin pour dépasser l'orifice interne. Cette bougie doit être laissée quatre ou cinq jours en place, à moins que sa présence ne détermine de la douleur ou du malaise; dans le cas contraire, on doit la retirer au bout de quelques heures ou d'une journée, pour l'introduire de nouveau plus tard.

A l'aide de ces moyens, on empêche les incisions de se cicatrifier; mais, après quelques semaines ou quelques mois, l'orifice interne se ferme de nouveau. C'est ce que j'ai vu sur presque toutes les femmes sur lesquelles j'avais pratiqué cette opération. Il n'est pas surprenant d'ailleurs qu'il en soit ainsi, l'orifice interne étant naturellement clos; de sorte que toute tentative ayant pour but d'établir une communication libre et permanente entre les deux cavités de l'utérus, est simplement une tentative destinée à réaliser un état antiphy-siologique.

*Repos, exercice.* — Toute femme atteinte d'affection inflammatoire aiguë et même subaiguë de l'utérus ou de son col, doit, autant que possible, dans la première période du traitement, garder la position horizontale, soit dans un lit, soit sur une chaise longue. Dans cette position, il n'y a pas de pression possible sur l'utérus, et la pesanteur n'exerce pas son action; dans la station verticale, au contraire, le poids de l'utérus le tire en bas, et pendant la marche il est ballotté contre les tissus environnants, ce qui donne naissance à de la douleur. Le repos complet est plus spécialement indiqué après toute intervention chirurgicale, quand on a exalté par des applica-



tions topiques la vitalité des tissus enflammés et que l'utérus en est devenu plus sensible. On ne doit cependant prescrire le repos complet que lorsqu'il est absolument nécessaire, et en affranchir la malade aussitôt qu'on le pourra.

Quelques praticiens font du repos complet dans la position horizontale l'une des conditions les plus importantes de leur médication; ils ne permettent pas à leurs malades de poser le pied à terre, et insistent même pour que, pendant des mois entiers, on les transporte de leur lit sur un sofa. Je considère cette pratique comme très-erronée; je la crois de nature à détruire la santé générale, et inutile pour la guérison de la maladie locale.

Quand l'utérus est le siège d'une inflammation aiguë, et souvent même quand cette inflammation est chronique, tout mouvement est douloureux et le repos sur un lit ou sur un sofa devient alors indispensable. Mais, par le fait du traitement, cette période n'est ordinairement que temporaire, et l'état de la malade devient bientôt tel qu'elle peut se livrer à quelques mouvements et prendre un léger exercice. Aussitôt qu'il en est ainsi, une promenade dans une voiture bien suspendue et découverte, par un beau temps, faite quotidiennement ou tous les deux ou trois jours, est très-avantageuse pour la santé générale comme pour la conservation de la sérénité d'esprit, ce qui réagit favorablement sur la maladie. Dans le cas où la promenade en voiture ne pourrait pas être supportée, on pourrait employer la chaise à porteurs. En tout cas cependant la malade doit éviter de se tenir debout, de s'agenouiller, de s'accroupir, de monter ou de descendre les escaliers ou de gravir une côte; l'équitation est aussi très-préjudiciable, à moins qu'elle ne soit faite au pas et sur un cheval paisible. La position qu'on doit adopter est celle qui est la plus commode pour la malade, dans un fauteuil, sur une chaise longue ou sur un sofa, suivant l'expérience individuelle. Sous ce rapport, les malades varient beaucoup sans qu'on en puisse déterminer la cause. Il y a cependant quelques femmes qui, avec une affection assez légère, ne peuvent supporter aucune espèce d'exercice sans qu'il en résulte de la douleur ou une aggravation de tous les symptômes; ces femmes ne sont à leur aise que couchées ou assises; en pareil cas il faut momentanément céder à la nécessité, tout en sachant que la santé générale souffrira inévitablement de cette inaction et de ce séquestrement prolongés.

La nécessité du repos absolu dans la situation horizontale, pour

les affections utérines aiguës ou chroniques, était enseignée et pratiquée sans exception par Lisfranc, qui gardait ainsi ses malades couchées pendant des mois et des années. Quoique élève de Lisfranc, je ne tardai pas à reconnaître la fausseté de cette doctrine. Ainsi les femmes qui se font traiter aux consultations de l'hôpital ou dans les dispensaires sont généralement mariées à des artisans, elles ont à s'occuper de leur mari et de leurs enfants et sont d'ailleurs très-peu à leur aise. Elles sont donc obligées de travailler du matin jusqu'au soir et ne peuvent se coucher quand elles sont atteintes de métrite chronique; cependant elles finissent par se rétablir et souffrent souvent moins dans leur santé générale que celles qui appartiennent aux classes élevées de la société, qui peuvent en pareil cas rester sur un sofa pendant des années. Il est bon d'ajouter toutefois que la guérison des affections utérines chez les femmes du peuple est toujours très-lente, en raison de cet exercice par trop excessif et des autres conditions défavorables au milieu desquelles elles sont placées.

Bien qu'il ne soit pas indispensable à la plupart des femmes atteintes de maladies utérines de rester constamment sur un sofa ou sur une chaise longue, cependant elles doivent éviter, non-seulement dans le cours du traitement, mais encore pendant la convalescence, de se livrer à tout exercice qui n'est pas indispensable, comme aussi de se tenir longtemps debout et de monter souvent des escaliers. A cette période de la maladie, on doit mettre à profit l'absence de la douleur pour améliorer l'état général par tous les moyens possibles. On peut permettre une petite promenade, entreprise plutôt pour prendre l'air que pour faire de l'exercice, s'il n'y a pas trop d'hypertrophie ou de déplacement, et s'il n'en résulte ni douleur ni malaise. En un mot, on doit se guider sur la nature des symptômes, l'étendue de la maladie et les sensations de la malade, en se rappelant toujours que la séquestration absolue est un mal qu'on ne peut éviter dans quelques cas, mais auquel on ne doit jamais condamner les femmes sans nécessité.

Pendant la durée du traitement des affections inflammatoires de l'utérus, tout rapprochement sexuel doit être interdit. Cependant c'est là une règle dont on peut se départir en raison de certaines exigences sociales, sans grave péril pour la malade. On comprend que dans certains cas, heureusement assez rares, une séparation prolongée puisse amoindrir l'affection, déterminer la formation de nouveaux liens et causer d'irréparables malheurs. Lorsque le mé-



decin prévoit des suites aussi fâcheuses, il doit modifier la médication en conséquence. Dans beaucoup de cas, on ne suit qu'en partie et même nullement les injonctions faites à ce propos, et les malades ne s'en rétablissent pas moins. Cependant la guérison est plus lentement et plus difficilement obtenue. Maintes fois même le médecin pourra se convaincre que c'est là la difficulté contre laquelle il devra lutter souvent sans pouvoir la vaincre.

Le repos des organes sexuels, sans autres moyens de traitement, ne suffit pas pour guérir à la longue une affection utérine; c'est là cependant le principal moyen de traitement de quelques médecins, et je rencontre souvent des femmes mariées atteintes de métrite qui ont été séparées de leur mari depuis un an et même davantage, sans aucun profit néanmoins. La maladie ne s'aggrave pas, mais elle reste stationnaire. L'observation des femmes mariées à des soldats et à des marins, celle des veuves et des femmes non mariées atteintes d'affection utérine, donnent les mêmes résultats. Toute affection sérieuse doit être traitée pour qu'on puisse compter sur la guérison.

*Vessie et rectum.* — Nous avons vu que la vessie et le rectum participent en général plus ou moins à la congestion qui accompagne l'inflammation du col de l'utérus, et que parfois l'inflammation s'étend de l'utérus à ces organes; en pareil cas, les moyens employés pour combattre l'affection utérine, tels que sangsues, cataplasmes, bains de siège et injections vaginales, sont également utiles pour l'irritation vésicale ou rectale, tous les symptômes morbides que présentent les viscères du bassin s'apaisant à la fois.

On ne doit pas confondre l'irritabilité de la vessie résultant de l'extension du travail inflammatoire avec celle qui est produite par le contact d'une urine pathologique. Je reviendrai sur cette forme d'irritation de la vessie quand je parlerai du traitement relatif aux troubles de la digestion et de la nutrition.

Je traite ordinairement l'irritation de la membrane muqueuse du rectum et l'espèce de paralysie qui l'accompagne si fréquemment, par un moyen très-simple qui consiste à donner chaque jour un petit lavement d'eau froide. L'injection d'une grande quantité d'eau chaude relâche l'intestin et semble à la longue accroître ou même occasionner la constipation; mais cela n'a pas lieu pour l'injection de l'eau de graine de lin froide ou d'une injection mucilagineuse quelconque froide, quand cette injection peut être supportée, comme il arrive ordinairement. Ce moyen rend aux fibres mus-

culaires leur contractilité et apaise l'irritation de la membrane muqueuse. Un lavement de cette nature, d'un quart de litre au plus, et à environ 18° centigrades, ne produit ordinairement aucune espèce de sensation désagréable lorsqu'il est donné lentement. Il n'est même pas nécessaire de dégorger l'eau, à moins que la température ne soit très-basse ou que la sensibilité de la malade ne le réclame; dans quelques cas exceptionnels, l'impression d'une eau même modérément froide produit un spasme de l'intestin.

Quand le rectum est complètement inerte et que les matières fécales endurcies y séjournent pendant plusieurs jours, sans que les malades les sentent ou puissent les expulser, comme cela est ordinaire dans les affections utérines chroniques, l'usage quotidien d'un lavement froid, peu de temps après le déjeuner, est des plus efficaces. Il débarrasse le gros intestin sans qu'on ait besoin d'employer des purgatifs qui autrement auraient été indispensables, et peut être continué pendant des mois et même des années sans inconvénient ni danger. Mais si la constipation tient à ce que les matières fécales s'accumulent au-dessus du rectum, tous les lavements possibles seront inutiles; cependant, même alors, je conseille souvent à mes malades de persévérer dans l'usage des lavements froids, simplement en vue de tonifier les viscères abdominaux, de rendre graduellement au rectum sa contractilité et de préparer le rétablissement de ses fonctions quand les autres causes de constipation auront cessé d'exister.

Bien que d'une importance capitale, on ne doit cependant considérer le traitement général, dans les affections inflammatoires de l'utérus et de son col, que comme venant en aide à la médication locale. Cela est démontré par ce fait que les moyens généraux seuls sont presque toujours impuissants pour vaincre la maladie, tandis que les moyens locaux associés aux moyens hygiéniques et diététiques, peuvent ordinairement faire disparaître l'inflammation utérine et les réactions sympathiques qu'elle entraîne. Les divers symptômes qui indiquent un trouble de la digestion, de la nutrition, de la circulation et de l'innervation, sont généralement sympathiques et tiennent à la réaction de l'affection utérine sur les fonctions de la vie organique. Il est donc évident que, lorsqu'on a fait disparaître la cause de ces troubles, l'organisme peut se rétablir sponta-