

accidents sont attribués au polype. Il y a cependant des métrorragies ou des ménorragies, un suintement purulent nauséabond. Les douleurs pelviennes, la sensation de corps étranger, l'impossibilité de la marche ne font jamais défaut.

Les complications que l'on a observées sont la péritonite, l'étranglement intestinal, la gangrène. Malgré les dangers auxquels elle expose, l'inversion utérine n'est pas incompatible avec l'existence et l'on a vu des femmes vivre vingt-cinq et trente ans avec cette infirmité; la ménopause amène chez quelques malades une amélioration très marquée.

**Diagnostic.** — A la suite d'un accouchement le diagnostic d'une inversion ne présente jamais de difficultés sérieuses. Il faut y penser toutes les fois

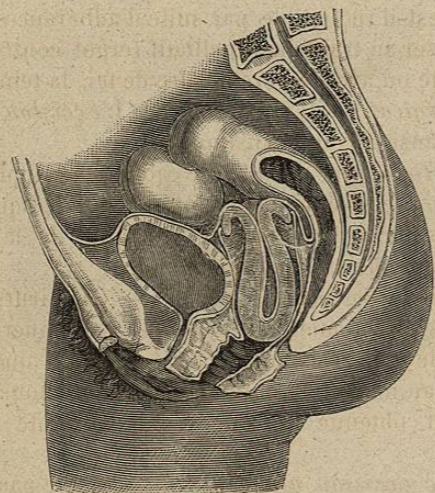


Fig. 468. — Inversion complète de l'utérus. (D'après DE SINÉTY.)

qu'une hémorragie importante survient un certain temps après la délivrance. On s'assure alors que l'utérus n'a pas repris sa position.

L'inversion lente, en quelque sorte symptomatique, se reconnaît moins aisément. L'absence de l'utérus dans l'abdomen, les rugosités de la tumeur comparées à la surface lisse des polypes, l'issue du sang à l'époque des règles, l'existence des orifices des trompes ont été donnés comme des signes distinctifs importants. Le prolapsus se distingue de l'inversion par la présence de l'orifice cervical et par l'absence du bourrelet circulaire supérieur.

**Pronostic.** — L'inversion brusque offre une haute gravité puisqu'elle peut se terminer par la mort à brève échéance, soit par le fait de l'hémorragie, soit par une sorte de shock. Ajoutons-y les complications mentionnées ci-dessus. Cependant le pronostic de l'affection n'est pas toujours aussi défavorable et la thérapeutique possède des ressources sérieuses. L'âge et l'état général doivent également entrer en ligne de compte dans l'appréciation du pronostic de l'inversion.

**Traitement.** — Comme il ne faut pas compter sur la réduction spontanée,

éventualité exceptionnelle, en présence d'une inversion brusque le devoir du chirurgien sera de tenter immédiatement la réduction, après avoir enlevé le délivre ou ses débris. A cet effet on se sert des doigts ou d'un instrument moussé dans l'inversion incomplète. Si l'on arrive trop tard ou si les premières tentatives échouent, mieux vaudra attendre le troisième ou le quatrième jour. Bien que les chances de réduction (taxis sous chloroforme) diminuent notablement à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'accident, des réductions tardives après dix et même vingt ans (SIMS, BEIGEL) ont été signalées. S'il y a hémorragie grave, la compression de l'aorte constitue une ressource ultime.

Des pessaires spéciaux permettent dans quelques cas d'obtenir la réduction, tels sont les pessaires maintenus par des bandages en T, les pessaires ballons de GABRIEL.

L'organe inversé est-il réductible par suite d'adhérences, il ne reste d'autre parti que de s'adresser au traitement palliatif (ergot contre les métrorragies; cautérisation nitrique ou avec le perchlorure de fer, la teinture d'iode).

**Traitement chirurgical.** — Il comprend : 1° L'*excision* seule ou combinée avec l'écraseur ou l'anse galvano-caustique.

2° La *ligature élastique* avec un tube de caoutchouc appliqué sur le pédicule et que l'on serre progressivement. Des lotions antiseptiques fréquentes permettront d'éviter les inconvénients de la putridité de la tumeur qui tombe habituellement du huitième au quatorzième jour.

3° *Procédé de PERRIER* (Soc. de chir., 1880). — Ce chirurgien « au lieu d'appliquer le fil élastique directement sur le point à sectionner, lie très faiblement l'utérus avec un fil de soie résistant, et c'est sur ce fil que sont exercées des tractions élastiques au moyen d'un anneau de caoutchouc ». La *constriction* dans ce procédé est obtenue à l'aide d'une sorte de serre-nœud à crémaillère.

4° La *ligature avec excision ultérieure du pédicule* paraît avoir donné les meilleurs résultats d'après les statistiques de SCHREDER. Aussi, tandis que par l'excision seule on trouve une mortalité de 57 p. 100 et par la ligature seule de 27 p. 100, elle tomberait à 17 p. 100 pour la ligature avec excision. D'après DENUCÉ, le pronostic des opérations serait moins grave pour les inversions polypeuses que pour les inversions puerpérales.

## CHAPITRE V

**Bibliographie générale.** — OLSHAUSEN, *Krankheiten der Ovarien*, Stuttgart, 1877. — BOINET, *Maladies des ovaires*. — FRAENKEL, *Beitrage z. Path. Anat. d. Weiblich. Beckenorganes*, et *Arch. f. Path. Anat. u. Phys.*, Bd. XCI, p. 499. — SPENCER WELLS, *Diseases of the Ovaries*, London, 1872. — HEGAR et KALTENBACH, trad. BAR.

*Traité de gynécologie opératoire*, Paris, 1885. — LAWSON TAIT, *Diseases of the Ovaries*, in *Brit. Med. Journ.*, 1874.

§ 1<sup>er</sup>. — Troubles de la menstruation

1<sup>o</sup> AMÉNORRÉE

**Bibliographie.** — BARATT, *London Med. Records*, et *Arch. de tocologie*, 1876. — DEHENNE, *Ann. de gyn.*, 1877. — MOOREN, *Arch. f. Augenheilk.*, 1881, t. X. — BARTHELIN, *Revue de Hayem*, 1882, t. XX. Thèses de Paris. — 1867, PEYLARD. — 1872, CAMIADE.

La suppression absolue de la menstruation porte le nom d'aménorrhée; il en existe plusieurs variétés; tantôt le flux menstruel ne peut s'écouler, il y a rétention, tantôt la fonction fait défaut.

On connaît des exemples d'aménorrhée permanente chez des femmes qui ont eu plusieurs enfants, et BEIGEL a cité l'exemple d'une femme qui, de dix-sept à trente-sept ans, avait eu neuf grossesses sans avoir jamais été réglée pendant ce temps; la lactation était normale.

L'aménorrhée transitoire est en quelque sorte physiologique pendant la grossesse et la lactation. Cette règle offre d'assez nombreuses exceptions, surtout chez les femmes qui nourrissent.

L'absence des menstrues accompagne un certain nombre de maladies générales; elle est également liée à des états pathologiques multiples tels que la chlorose chez les jeunes filles, les maladies aiguës, la syphilis, la tuberculose. L'hystérie et l'aliénation mentale seraient susceptibles de la déterminer. Enfin l'aménorrhée coïncide parfois avec l'apparition d'autres hémorragies, en quelque sorte supplémentaires dans divers points du corps (épistaxis, hémoptysie, hématurie); on donne à ce phénomène le nom de déviation des règles.

Cet état pathologique n'est pas incompatible avec le maintien de la santé; cependant il survient d'ordinaire des troubles des grandes fonctions, et dans l'aménorrhée idiopathique on a maintes fois noté des paraplégies incomplètes (PEYLARD) ou des troubles de la vision étudiés par ABADIE, DEHENNE, MOOREN.

**Traitement.** — Évidemment, dans l'aménorrhée symptomatique, c'est à l'affection qui l'engendre que doit s'adresser la thérapeutique; dans les autres cas, le médecin aura recours à l'hygiène, au traitement hydrothérapique, aux sinapismes à la face interne des cuisses, aux lavements d'aloès, à l'électricité appliquée localement. Toute intervention vaginale directe étant presque impossible chez les vierges, l'action du chirurgien devient bien plus incertaine. La rue, le safran, la sabine, médicaments dangereux lorsqu'ils sont employés sans précaution, rendent quelquefois des services.

2<sup>o</sup> DYSMÉNORRÉE

**Bibliographie.** — GUSSEROW, *Sammlung klin. Vorträge*, 1874. — BATTEY, *Normal Ovariectomy*, et *Atlanta Med. and Surg. Journ.*, 1872-1873. — HEGAR, *Sammlung klin. Vorträge*, 1878. Thèses de Paris. — 1879, SABATOWSKI. — 1882, MORDAN.

**Définition. Étiologie.** — Chez beaucoup de femmes la menstruation régulière s'accompagne de vives douleurs; si les souffrances deviennent extrêmement aiguës, on dit qu'il y a dysménorrhée. Cet état pathologique ne constitue pas en réalité une entité morbide, mais bien plutôt un symptôme commun à diverses affections utérines. Parmi les conditions étiologiques fréquentes de la dysménorrhée douloureuse, il convient de citer les névralgies utérines, la métrite chronique, les déviations, les polypes au début, la production de fausses membranes (dysménorrhée membraneuse) et, d'une façon générale, toutes les causes mécaniques, inflammatoires, néoplasiques qui s'opposent à l'issue du liquide menstruel.

La dysménorrhée se traduit par des coliques utérines, tantôt intermittentes, plus souvent continues, avec des exacerbations irradiées dans les lombes, le bassin et les membres inférieurs. D'ailleurs ces souffrances, parfois excruciantes, offrent une grande variabilité d'une malade à une autre. Habituellement au début de la menstruation, elles cessent brusquement dès que l'obstacle est franchi, dès que l'écoulement devient assuré. La dysménorrhée intermittente semble liée de préférence à la sténose cervicale; quant à celle qui est due à une ovulation difficile, elle n'existe pas seulement au moment des règles, mais se montre entre les époques.

Quelle que soit la variété, la dysménorrhée s'aggrave par le coït et aboutit très souvent à la métrite chronique; la plupart des femmes atteintes de dysménorrhée sont stériles.

**Traitement.** — Si la dysménorrhée paraît liée à la sténose du col, il est rationnel de l'inciser (SIMS) ou encore mieux de le dilater progressivement à l'aide de bougies. Dans les autres cas le chirurgien devra soigner l'affection première. Parmi les moyens conseillés pour faciliter l'écoulement et calmer les souffrances, nous signalerons au commencement de la période menstruelle les irrigations vaginales chaudes prolongées, les sangsues successives à la face interne des cuisses, les ventouses lombaires, les lavements d'aloès (6 à 8 grammes), les grands bains. L'électricité, l'hydrothérapie, la gymnastique rendront des services toutes les fois que la dysménorrhée semblera liée à un état général défectueux. Quant aux médications usuelles contre les douleurs, ce sont l'opium et la morphine sous toutes les formes, le chloral, la teinture de cannabis indica, le salicylate de soude.

L'oophorectomie ou extirpation de l'ovaire, encore désignée sous les noms d'opération de BATTEY ou d'HEGAR, pourrait-elle être indiquée en pareille circonstance? nous ne le pensons pas; d'une part, la castration ne remédierait

pas certainement à la dysménorrhée symptomatique; en outre les dangers de cette grave opération exposent trop la vie des malades.

## 3° DYSMÉNORRÉE MEMBRANEUSE

SYNONYMES. — Endométrite exfoliante

**Bibliographie.** — BEIGEL, *Arch. f. Gyn.*, Bd. IX. — SIREDEY, art. DYSMÉNORRÉE du *Dict. de méd. et de chir. prat.* — GAUTIER (de Genève), *Sur la dysmén.*, etc., 1878. — SOLOWIEF, *Arch. f. Gyn.*, Bd VIII, 1875. — LÉOPOLD, *Ibid.*, Bd X. — HOGGAN, *Ibid.* — BERNUTZ, *Arch. de tocologie*, 1879. — DE SINÉTY, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1881. Consultez les *Traité de gynécologie*.

**Étiologie.** — Quelquefois les violentes douleurs de la dysménorrhée sont suivies de l'expulsion d'une fausse membrane. Tantôt cette affection débute avec l'établissement des règles, tantôt elle survient après le mariage et de préférence à la suite des avortements. Son mécanisme de production est assez facile à comprendre; à l'état normal le flux menstruel se produit à travers le réseau superficiel de la muqueuse utérine épaissie. Si cette muqueuse malade s'oppose à l'issue du sang, l'hémorragie se fait plus profondément et décolle la membrane (DE SINÉTY). Il faut donc que ces débris détachés s'engagent dans le col et soient expulsés, travail d'autant plus lent et plus douloureux que la fausse membrane est plus grosse et la cavité cervicale rétrécie. Quant à la lésion initiale de la muqueuse, elle échappe encore; GAUTIER la compare à l'ichthyose linguale; l'influence prédisposante des tempéraments lymphatiques, de l'anémie, est loin d'être démontrée.

**Anatomie pathologique.** — Les fausses membranes expulsées conservent la forme de la cavité utérine; leur structure offre de grandes variétés; on y a trouvé du mucus coagulé, des caillots fibrineux, ailleurs des lambeaux de muqueuse utérine simplement congestionnée ou bien enflammée, purulente ou diphtéritique. Parfois ce sont les produits d'un avortement précoce ou des villosités choriales, ou encore des lambeaux de muqueuse vaginale avec de grosses cellules d'épithélium pavimenteux.

**Symptômes.** — Les coliques utérines, les violentes douleurs précédant l'expulsion du produit membraneux, constituent les symptômes de l'affection. Suivant BERNUTZ, la dysménorrhée serait intermittente au début et deviendrait plus tard continue, reparaissant avec la même intensité à chaque époque menstruelle; les souffrances ont une marche progressive pendant plusieurs jours jusqu'à l'expulsion. Dans l'intervalle des règles le cortège des symptômes disparaît; tout au plus persiste-t-il un peu d'écoulement purulent s'il existe de la métrite chronique, accident assez commun.

Cette maladie n'a guère de tendance spontanée vers la guérison, si ce n'est au moment de la ménopause. Par sa persistance, sa résistance au traitement, les douleurs périodiques qu'elle entraîne, la prédisposition à la stérilité, la dysménorrhée présente une certaine gravité.

**Traitement.** — S'il y a sténose du col, il sera bon de tenter la dilatation ou au

besoin l'incision; entre deux périodes il faudrait modifier par les moyens ordinaires la métrite chronique (nitrate d'argent); SOLOWIEF préconise l'électricité; le traitement général sera toujours un adjuvant puissant.

Le traitement des douleurs est le même que dans la dysménorrhée simple.

## 4° MÉNORRAGIES

Lorsque le flux menstruel est plus abondant qu'à l'état normal (en moyenne de 100 à 250 grammes) ou lorsqu'il présente une durée plus longue, on dit qu'il y a ménorragie. Nous n'insisterons pas sur ce trouble de la menstruation dont nous avons parlé à propos des polypes et des corps fibreux. C'est en effet un symptôme très commun dans les affections utérines; le scorbut, le purpura, les néphrites y prédisposent également.

Le repos au lit, les douches froides ou très chaudes, continues, l'ergot de seigle ou l'ergotine, le perchlorure de fer à l'intérieur, le café à haute dose constituent seulement des moyens palliatifs; le chirurgien doit soigner la lésion utérine ou chercher à améliorer l'état général.

## § 2. — Affections des ovaires

## 1° VICES DE CONFORMATION DE L'OVAIRE

**Bibliographie.** — PUECH, *Des ovaires et de leurs anomalies*, Paris, 1873. — ROUBAIX, *Traité de l'impuissance*, Paris, 1876. — HEGAR, *Volkmann's Sammlung klin. Vorträge*, 1878. — HEGAR et KALTENBACH, *Gyn. opératoire*, Trad. BAR, 1884. Thèse de Paris. — 1839, THAERE.

L'absence congénitale des ovaires est inconnue, mais l'un de ces organes peut faire défaut et ce vice de conformation coïncide presque toujours avec une atrophie de la trompe, de l'utérus et même du rein. Nous avons vu que l'atrophie ou les vices de conformation de l'utérus étaient liés quelquefois à l'existence d'ovaires rudimentaires. Néanmoins l'examen histologique a démontré dans ces derniers la présence des ovules. Chose curieuse, ces atrophies ne produiraient aucune perturbation sensible dans la santé et la constitution des femmes. L'aménorrhée n'est pas constante, le type féminin persiste souvent et les désirs sexuels existent dans plusieurs cas. Lorsque les deux ovaires sont frappés d'arrêt de développement, les femmes ont de grandes chances de rester stériles; les exemples d'ovaires surnuméraires contenant des ovules sont également très rares. BEIGEL dit cependant avoir rencontré vingt-trois (23) fois cette anomalie sur trois cents (300) autopsies. Ces petits organes accessoires siègent sur le rebord péritonéal de la glande. Toutes ces anomalies n'ont aucun intérêt pratique, parce qu'on ne peut les reconnaître pendant la vie. DE SINÉTY pense que l'ovaire surnuméraire prédispose aux grossesses extra-utérines et aux kystes du ligament large. D'autres auteurs attribuent

à la même cause la persistance exceptionnellement constatée de la menstruation après une double ovariectomie.

## 2° HERNIES ET DÉPLACEMENTS DES OVAIRES

**Bibliographie.** — P. POTT, *Surg. Observations*. — DENEUX, *Sur la hernie de l'ovaire*, Paris, 1813. — LOUMAIGNE, Thèse de Paris, 1869. — ENGLISH, *Medicinish. Jahrbuch.*, 1871. — MUNDÉ, *Centr. f. Gyn.*, 1879. — PUECH, *Arch. de gyn.*, 1879. — CONRAD, *Corresp. f. Schweiz Aerzte*, 1883, p. 110. — SCHENCKER, *Ibid.*, p. 206. — HERMANN, *Med. Times and Gaz.*, V. II, 1881, p. 440.

Les hernies de l'ovaire sont congénitales ou acquises. Les premières, sortes d'ectopies, presque toujours inguinales, coïncident avec d'autres malformations. Quant aux hernies acquises, on les rencontre accidentellement après l'accouchement chez des femmes qui avaient déjà des hernies simples.

La plupart des hernies se font dans le canal inguinal, mais les autres variétés, crurale, abdominale, ischiatique (DENEUX), vaginale, ou ovulaire (Kiwisch) ont été observées. Tantôt simple, tantôt double, le déplacement coïncide parfois avec celui de l'intestin.

Ainsi hernié, l'ovaire constitue une tumeur piriforme, pédiculée, sensible à la pression, habituellement irréductible, offrant une grande analogie au premier abord avec un ganglion lymphatique, mais ces derniers ne sont pas aussi faciles à isoler; de plus l'ovaire subit un gonflement marqué au moment des règles, treize (13) fois sur trente-huit (38) cas; les rapprochements sexuels amènent parfois des douleurs. On a vu ces ovaires herniés s'enflammer et provoquer la formation d'abcès, s'atrophier ou devenir le point de départ de kystes ou de néoplasmes. La plupart des femmes atteintes de hernies doubles restent stériles.

Le diagnostic présente de grandes difficultés; la tumeur est plus dure qu'une hernie intestinale, mieux pédiculisée qu'un ganglion; l'utérus se dévie généralement du côté de la tumeur. Le coït, la défécation déterminent de la douleur dans la région où siège la hernie.

En raison de leur irréductibilité, il faut se borner à protéger les hernies inguinales à l'aide de pelotes concaves; s'il s'agit d'une hernie acquise, le chirurgien pourra essayer la réduction par le taxis seul ou en débridant. La contention sera ensuite obtenue à l'aide d'un bandage. L'ablation de l'ovaire est une opération déjà plus grave réservée pour les cas où l'ovaire devient kystique, ou lorsque les douleurs très vives résistent au traitement palliatif.

**Déplacements.** — Ils constituent plutôt des adhérences d'origine inflammatoire; ainsi on a vu l'ovaire soudé vicieusement à l'utérus, aux culs-de-sac. Le pédicule ou ligament ovarien est susceptible de subir un mouvement de torsion dans les tumeurs. Ces divers changements de position qui peuvent à peine être soupçonnés, s'accompagneraient d'une dysménorrhée appelée ovarienne par G. THOMAS, remarquable par sa ténacité; aussi quelques auteurs ont-ils pratiqué l'oophorectomie ou opération de BATTEY dans ces conditions. ENGELMANN a obtenu deux guérisons par ce moyen.

## § 3. — Inflammation de l'ovaire. — Ovarite

SYNONYME. — Oophorite

**Bibliographie.** — RACIBORSKI, *Gaz. des Hôp.*, 1856. — GALLARD, *Gaz. des Hôp.*, 1869. — LIZÉ, *Ann. de gyn.*, 1876. — DE SINÉTY, *Arch. de phys.*, 1876. — DUMONT-PALLIER, *Soc. de biologie*, t. XXXI, 1879. — SEELIGMULLER, *Centr. f. Gyn.*, 1881. — LAWSON TAIT, *Amer. J. of Obstetric*, 1882. — GALLARD, *Pathologie des ovaires*.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'existence de cette affection. Pour les uns, ARAN, G. THOMAS, DE SINÉTY, l'ovarite serait très rare et il s'agirait dans la plupart des cas considérés comme tels, de péri-ovarites, de pelvi-péritonites et de lymphangites. Néanmoins on a décrit une ovarite aiguë et chronique, folliculaire ou parenchymateuse.

**Étiologie.** — L'état puerpéral, l'avortement sont les causes les plus communes de l'ovarite aiguë; en dehors d'elles il faut aussi mentionner la pelvi-péritonite, la cellulite péri-utérine, la gonorrhée (G. THOMAS), les fièvres graves, typhus, variole (SLAWIANSKI); mais alors l'inflammation de l'ovaire est secondaire. D'autres auteurs ont admis des ovarites ourlienne (LIZÉ) et rhumatismale.

**Anatomie pathologique.** — Dans la forme folliculaire, les follicules externes deviennent rouges, friables, entourés d'un tissu infiltré; leur contenu lui-même présente une coloration trouble. L'épithélium de la membrane granuleuse s'altère d'abord, puis l'ovule et la membrane pellucide subissent la destruction. L'ovarite est susceptible de suppurer; le pus se vide quelquefois dans le péritoine en amenant une péritonite aiguë.

La forme parenchymateuse intéresse le stroma de la glande; la membrane externe épaisse se recouvre de bourgeons fibreux, les faisceaux conjonctifs de l'organe subissent une régression embryonnaire, étouffent les follicules, si bien qu'au bout d'un temps plus ou moins long tout l'ovaire est constitué par une poche contenant des produits caséux. Cette inflammation atteint fréquemment les deux ovaires simultanément.

**Symptômes.** — « Les symptômes de l'ovarite aiguë ressemblent tellement à ceux de la pelvi-péritonite ou de la cellulite, qu'il est impossible de les séparer. » Cette opinion de G. THOMAS est encore vraie aujourd'hui; en effet, la douleur violente, profonde, les nausées, les vomissements, la fièvre appartiennent aussi bien au péritonisme et à la pelvi-péritonite. La région ovarique présenterait un certain degré de gonflement et de sensibilité.

Dans l'ovarite chronique, les symptômes offrent une assez grande complexité; ce sont la douleur ovarienne, la dysménorrhée, la difficulté dans la marche et la station, la menstruation irrégulière, la leucorrhée fréquente, la stérilité.

Presque toujours le système nerveux est intéressé; tantôt il n'y a que des douleurs lombaires, pelviennes, tantôt de véritables attaques d'épilepsie, des