

tisme de la *névralgie utérine* par cela seul que cette dernière offre des retours plus franchement périodiques avec des rémissions plus complètes. La douleur est aussi lancinante et surtout limitée à certains points. La patiente a tout à la fois le pouvoir et la volonté d'aller et venir. L'abdomen n'est pas tout entier douloureux, et l'anxiété n'est pas aussi marquée dans la névralgie qu'elle l'est dans le rhumatisme utérin.

III. Wigand et Dezeimeris (1) ont fait observer qu'un accès très-sensible au rhumatisme utérin se montre juste avant le début du travail, et cependant le travail est naturel et facile. En pareil cas, on a constaté que la vessie et d'autres organes ont été frappés, mais non l'utérus lui-même.

IV. Les fausses douleurs de l'accouchement ont quelque ressemblance avec les douleurs rhumatismales, mais elles en diffèrent en ce qu'elles ne sont pas rendues plus pénibles par les mouvements; elles ne causent pas de troubles généraux; de plus elles sont momentanées et elles sont facilement soulagées par un purgatif, après lequel on administre une dose d'opium.

§ IV. — Pronostic.

La vie de la mère ne court aucun danger. Mais les douleurs vives, prolongées, les troubles généraux, altèrent la santé d'une façon notable. Quand les accès sont violents, ils peuvent amener prématurément le travail ou entraver les efforts naturels de l'accouchement lorsque celui-ci arrive à son époque normale. Cazeaux pense qu'il y a moins d'inconvénients lorsque l'attaque se montre au commencement de la grossesse que lorsqu'elle survient à une période plus avancée.

§ V. — Traitement.

Les principaux moyens à employer sont des moyens antiphlogistiques modérés, des calmants, des diaphorétiques. S'il y a de la fièvre, si la douleur est excessive et qu'il n'y ait dans l'état de la malade aucune contre-indication, on pourra tirer par la veine de 6 à 14 onces de sang. Puis on administre de légers diaphorétiques à intervalles égaux dans la journée et à l'heure du coucher. La poudre de Dower remplira admirablement le but. Si la douleur est excessive, on pourra donner des opiacés à doses quelquefois considérables; les lavements constitueront le meilleur véhicule. Wigand s'est bien trouvé de l'application d'un emplâtre d'opium et de belladone sur le ventre. Nous aurons grand soin d'éviter l'impression du froid. On a recommandé des dérivatifs appliqués sur le sacrum; les entailles doivent être tenues libres par de légers laxatifs; la malade sera

(1) Dezeimeris, *l'Expérience*, juin 1839, t. III, p. 144, et t. IV, p. 88 et 385.

chaudemment vêtue, son lit sera maintenu à une bonne température; des flanelles chaudes seront appliquées sur le ventre, autour des hanches; on donnera des boissons chaudes, surtout au moment de se coucher; l'alimentation sera légère, nourrissante, mais non excitante.

Busch (1) a publié des cas où il est nécessaire de provoquer l'accouchement prématuré pour un rhumatisme utérin; les cas de cette espèce sont heureusement fort rares. Quand la maladie existera pendant la durée du travail, il faudra légèrement modifier le traitement précédent. Si les forces faiblissent, il pourra être nécessaire d'avoir recours à l'accouchement artificiel (forceps, version). Après la délivrance, Cazeaux recommande des boissons sudorifiques, l'usage des liniments opiacés, des bains, des sangsues à la vulve, et lorsque les lochies manquent la poudre de Dower sera administrée.

CHAPITRE VIII

INFLAMMATION DE L'UTÉRUS

J'ai déjà décrit l'inflammation de l'utérus en état de vacuité, maintenant il me reste à parler de la métrite que l'on observe pendant la grossesse, à laquelle je n'aurais certes pas consacré un chapitre spécial, si je n'y avais vu l'avantage de signaler quelques particularités au point de vue pratique.

§ I. — Fréquence.

La maladie est moins fréquente pendant la grossesse qu'après l'accouchement (2).

Il semblerait que les femmes sanguines y sont plus exposées que d'autres. La maladie occupe rarement l'utérus tout entier, excepté tout à fait pendant les premiers mois de la grossesse.

A une époque plus avancée, plus la grossesse arrive près de son terme, plus la maladie est limitée (3).

Le siège le plus fréquent est une portion du corps ou le fond de l'utérus, souvent aussi vers l'insertion placentaire. Vers la fin de la grossesse seulement la partie inférieure du col est atteinte, et la cause en est probablement dans la compression subie au niveau du détroit supérieur. Le moindre degré de vascularisation de cette portion de l'utérus peut expli-

(1) Busch, *Rapport de la Maternité de Berlin*.

(2) Jørg, *Handbuch der Krankheiten des Weibes*. Leipzig, 1831, p. 470.

(3) Siebold, *Frauenzimmer Krankheiten*. Frankfurt, 1831, vol. II, p. 350. — Busch, *Handbuch der Entbindungskunst*, p. 276.

quer la fréquence moindre de la maladie de ce côté, et, chose digne de remarque, il est bien rare que l'orifice soit oblitéré par suite d'inflammation.

C'est dans le tissu musculaire surtout, mais non pas exclusivement, que l'on trouve ce travail inflammatoire.

Les caractères de l'inflammation ont été décrits d'une façon variable, mais je ne crois pas que ces caractères soient suffisamment certains pour avoir une valeur réelle. Siebold fait remarquer que le siège de l'inflammation dans l'utérus non gravide est, soit dans la membrane externe, interne ou dans le tissu musculaire.

[[La métrite s'observe chez la femme enceinte dans deux conditions différentes; ou bien la conception a eu lieu la femme étant atteinte de métrite chronique, ou bien l'inflammation s'est développée pendant le cours de la grossesse.

Au dire de M. Courty il est très-rare d'observer la grossesse chez une femme atteinte de métrite chronique. Sans nier que cette phlegmasie soit très-souvent un obstacle à la conception, et tout en reconnaissant que si la conception a lieu, il survient ordinairement un avortement peu de temps après la conception; nous ne pouvons nous empêcher d'admettre que la grossesse peut se développer dans un utérus enflammé chroniquement et même arriver à terme.

Comme preuve à l'appui de cette assertion, je rapporterai l'observation suivante que j'ai recueillie chez une de mes clientes, qui a été vue également en consultation par M. Gallard, et chez laquelle le diagnostic porté fut métrite chronique.

OBSERVATION. — *Métrite chronique. — Grossesse. — Accouchement à terme. — Guérison.* — Madame L... âgée de 22 ans, d'une santé habituellement bonne, a toujours été bien réglée jusqu'au 13 novembre 1871. Les époques étaient un peu douloureuses et duraient trois ou quatre jours; l'écoulement sanguin était modéré. Mariée il y a quatre ans, elle fit une fausse couche trois mois après son mariage.

A la suite de cet accident, elle ne garda le lit que peu de jours, mais elle se remit assez bien; néanmoins elle éprouva pendant un certain temps quelques douleurs vers l'hypogastre.

Entre les époques il existait un peu de leucorrhée.

Six mois environ après cette fausse couche, la conception eut lieu de nouveau, et madame L... accoucha à terme d'une fille bien constituée. Une seconde grossesse survint quinze mois après, et l'accouchement qui a eu lieu il y a huit mois, s'est effectué d'une façon assez naturelle; le travail avait cependant été un peu long à cause du volume de l'enfant qui était assez considérable, bien que ce fût une fille. Madame L... qui était alors à Bordeaux, se leva une dizaine de jours après son accouchement, et revint à Paris sept jours plus tard; le voyage s'effectua sans trop de peine, mais depuis lors, elle éprouva des douleurs vers la région hypogastrique; ces douleurs s'irradiaient vers les régions lombaires et vers la partie interne et su-

périeure des cuisses; la marche était assez difficile, et madame L... ne pouvait faire de longues courses sans éprouver de la lassitude, un sentiment de poids et une gêne assez marquée dans le bas-ventre. Il existait une constipation habituelle et des envies fréquentes d'uriner.

Le 13 novembre 1871, cette dame se présenta pour la première fois à mon observation. Outre les signes énumérés précédemment, elle se plaignait d'éprouver de temps à autre la sensation de boule hystérique, il existait de la dyspnée pendant la marche; elle me raconta aussi qu'il y a trois mois, elle avait eu une suppression des règles qui avait duré deux mois. Il y a treize jours, le premier novembre, il était survenu un léger écoulement sanguin qui n'avait duré qu'un jour et demi.

La palpation hypogastrique était douloureuse, quand on déprimait un peu fortement la paroi abdominale immédiatement au-dessus du pubis.

Le toucher vaginal permettait de constater que le col était fortement porté en arrière. Une pression même légère développait de la douleur en ce point, le corps de l'utérus était porté derrière le pubis, et en combinant la palpation abdominale avec le toucher, on trouvait le corps de l'utérus un peu volumineux. La pression exercée au niveau du corps de l'organe produisait une douleur assez marquée. L'utérus était mobile, les culs-de-sacs du vagin étaient souples, et l'on ne percevait au pourtour de l'utérus aucune trace d'empatement ni de tumeur.

Le spéculum permettait de constater une certaine augmentation de volume du col de l'utérus, et une ulcération au pourtour de l'orifice externe d'environ 3 ou 4 millimètres d'étendue.

A l'auscultation du cœur, on percevait un léger souffle au premier temps et à la base du cœur; un souffle existait également au niveau des vaisseaux du cou.

Le traitement prescrit alors fut le suivant: la malade prenait tous les soirs à son dîner une petite pincée de sous-carbonate de fer, tous les matins à jeun à Bordeaux de vin de quinquina, et tous les deux ou trois jours 50 centigrammes de poudre de rhubarbe pour entretenir la liberté du ventre.

De plus, je touchais tous les huit jours l'ulcération du col de l'utérus avec un pinceau imbibé de teinture d'iode, et la malade portait une ceinture abdominale.

Quelques jours plus tard, la sensation de boule hystérique devint plus considérable, et il survint un léger degré d'embarras gastrique caractérisé par une courbature générale, la perte de l'appétit, la bouche pâteuse, la langue blanche. J'administrerai alors une demi-bouteille de limonade au citrate de magnésie à 35 grammes, et les symptômes de l'embarras gastrique disparurent bientôt.

Le 17 et le 27 novembre, je fis deux cautérisations du col avec la teinture d'iode.

Les règles qui étaient attendues pour la fin du mois, arrivèrent le 29, mais avec une abondance inusitée, et sans douleur.

Je prescrivis alors deux quarts de lavements laudanisés, et le repos au lit. L'écoulement ne dura que trois jours.

Le 8 décembre, madame L... s'étant fatiguée à danser, et ayant pris froid en sortant du bal, fut prise d'un léger écoulement sanguin qui ne dura qu'un jour; la leucorrhée qui existait déjà depuis longtemps augmenta sensiblement alors.

Le 31 janvier, la malade fut prise d'une attaque d'hystérie qui se reproduisit le 1^{er} février et le 2.

Le 7 février, l'état de la malade n'étant pas sensiblement amélioré, les douleurs hypogastriques étant toujours vives, je fis demander en consultation le docteur Gallard. Nous constatâmes alors l'état suivant : les douleurs dont j'ai parlé précédemment existaient toujours, elles s'étaient même exaspérées. L'utérus était lourd, mobile, la pression sur le col et le corps de l'organe qui était perçu en antéversion était très-douloureuse ; l'hystéromètre pénétrait à 7 centimètres, le manche de l'instrument fortement porté en arrière. L'ulcération du museau de tanche avait alors complètement disparu.

On prescrivit alors de prendre tous les jours un bain de siège et des injections avec des plantes narcotiques, deux fois par semaine, un grand bain avec 250 grammes de carbonate de soude, des pilules à l'iodure de fer de Blancard, et tous les deux ou trois jours 50 centigrammes de rhubarbe.

Le 15 février, la douleur avait diminué d'une façon notable, la marche était devenue facile, l'appétit était bon.

Vers la fin du mois, la malade éprouva des nausées et même des vomissements, il existait du dégoût pour les aliments ; en même temps les douleurs hypogastriques redevinrent plus intenses. Ces phénomènes persistèrent pendant tout le mois de mars, et même les vomissements augmentèrent vers la fin de ce mois.

Vers le 13 avril, les vomissements devinrent si fréquents et si intenses que la malade ne pouvait prendre aucun aliment solide, les liquides mêmes étaient difficilement tolérés. Cet état dura jusqu'au 17 avril, malgré le repos au lit, l'emploi de fragments de glace avalés par la malade, de l'eau de seltz, des liqueurs aromatiques, chartreuse, curaçao.

La malade était alors considérablement amaigrie, je donnai alors la mixture suivante :

℥ Eau laurier cerise	20 grammes,
Chlorhydrate de morphine.....	0,05 centigrammes,

à prendre 20-gouttes toutes les deux heures.

Le lendemain dans l'après-midi, la malade éprouva une amélioration assez notable, les vomissements devinrent moins opiniâtres et elle put conserver un peu de bouillon.

Le 19 il y a eu un seul vomissement le matin ; l'usage de la mixture est continué.

Le 20, les vomissements ont cessé complètement. Les aliments solides ont pu être repris hier ; je donne seulement cinq gouttes de mixture toutes les deux heures.

Le 21, le 22, le 23, les vomissements n'ont pas reparu. Je donne quatre fois par jour 5 gouttes de mixture.

Le 24 il y a eu un seul vomissement le matin. La malade reprend ses forces et mange avec assez d'appétit.

Je continue l'usage de cinq gouttes de mixture quatre fois par jour.

Quelques jours après, la malade se trouva très-bien et va habiter la campagne jusqu'au moment de son accouchement. Pendant tout le temps qui a suivi la cessation de ces vomissements, madame L... marchait presque sans

difficulté, le ventre était cependant toujours sensible à la pression, et de temps à autre elle éprouvait quelques douleurs spontanées. L'état général était très-bon. L'accouchement qui eut lieu le 14 novembre 1872 fut assez pénible. Le travail, commencé à huit heures du matin, s'arrêta presque complètement dans l'après-midi ; le col était presque dilaté, mais les contractions, étaient peu énergiques et la tête, engagée au détroit supérieur, descendait difficilement dans l'excavation. La poche des eaux s'était rompue vers six heures du soir. L'enfant se présentait en position occipito-iliaque gauche antérieure. Les contractions ayant cessé complètement vers neuf heures du soir, et la tête étant engagée dans l'excavation, je me décidai à administrer 1 gramme de seigle ergoté vers onze heures. Une demi-heure après, les contractions se réveillèrent énergiques et fréquentes, et il suffit de cinq à six contractions pour amener l'expulsion du fœtus. Mais, sous l'influence de cette expulsion trop rapide, et aussi à cause du volume exagéré de l'enfant, il se fit une déchirure du périnée jusqu'au voisinage du rectum. Le placenta qui était bien décollé fut extrait au bout de 15 minutes environ, sans qu'il ait été besoin de produire de traction bien sensible sur le cordon ; il s'échappa après cette expulsion une quantité assez considérable de caillots sanguins et de sang liquide, et une métrorrhagie très-abondante se manifesta alors. L'utérus, malgré des frictions assez énergiques opérées sur sa surface à travers la paroi abdominale, restant mou, et le toucher révélant des caillots sanguins accumulés dans la cavité utérine, je fus obligé d'introduire la main dans cette cavité. En même temps, je fis prendre un gramme de seigle ergoté, et je continuai à donner 50 centigrammes de ce médicament d'heure en heure de façon à en administrer deux grammes.

L'écoulement sanguin s'était arrêté environ une heure après l'accouchement, la matrice était bien revenue sur elle-même, et la malade éprouvait de temps à autre des coliques utérines attestant l'existence de contractions de l'utérus. La malade qui, après la délivrance, avait eu une attaque d'hystérie, fut replacée dans son lit, où elle passa le reste de la nuit assez calme, et sans que l'écoulement sanguin se fût reproduit.

Le lendemain madame L... se trouvait bien, elle avait pu dormir un peu ; le ventre malgré les frictions qu'il avait subies, n'était point plus douloureux qu'après un accouchement ordinaire. Je fis prendre des bouillons et des potages, et j'appliquai deux serrefines pour réunir les lèvres de la déchirure périnéale. Le surlendemain la malade se trouvait très-bien. L'état général était aussi satisfaisant que possible, l'utérus qui était bien revenu sur lui-même était à peine douloureux, la miction seule était un peu difficile. Je permis à la malade de prendre quelques aliments solides.

Le troisième jour après l'accouchement, les seins commencèrent à sécréter du lait en assez grande abondance, et il ne se produisit à ce moment ni fièvre, ni élévation de la température, le pouls était à 84.

A partir de ce jour, je faisais chaque matin une injection d'eau tiède dans le vagin afin de déterger les parties, et de nettoyer les lèvres de la déchirure. Le cinquième jour, la serrefine antérieure s'étant détachée, la postérieure resta seule en place jusqu'au septième ou huitième ; la solution de continuité était alors réunie dans ses deux tiers postérieurs. Je fis rester la malade au lit pendant 17 jours ; et le vingt-quatrième elle put quitter sa chambre.

Un mois après son accouchement, M. L... allait et venait sans éprouver la moindre douleur ni la moindre gêne, les forces étaient revenues et en même temps un certain degré d'embonpoint.

Quatre mois après, je revis cette dame. L'état général était des meilleurs, les forces étaient bien revenues, la marche était facile, et il n'existait plus aucune gêne du côté de l'hypogastre, ni écoulement leucorrhéique. Les règles n'étaient point revenues, mais je dois dire que cette dame nourrissait son enfant. L'examen direct des organes génitaux ne fut pas fait, à cause de l'absence de tout phénomène morbide qui me permit de supposer que la guérison de la métrite chronique était aussi complète que possible.

Quant à la métrite qui se développe pendant le cours de la grossesse chez une femme qui jusque-là ne présentait aucune trace de phlegmasie utérine; nous pensons que le fait est rare et nous sommes disposés à croire que les causes susceptibles de déterminer la métrite, telles que chutes, coups portés sur l'utérus, provoqueront bien plutôt un avortement que le développement d'une inflammation utérine.

Quant aux ulcérations du col de l'utérus que l'on rencontre assez souvent dans le cours de la grossesse, elles sont le résultat d'une destruction moléculaire du tissu sous l'influence de la gêne circulatoire causée par la pression du produit de la conception et par la position déclive du col de l'utérus, bien plutôt que d'une inflammation franche.]]

§ II. — Causes.

Le froid, des influences traumatiques, peuvent provoquer l'inflammation de l'utérus, ou bien celle-ci peut être une propagation de l'inflammation d'organes voisins.

§ III. — Symptômes.

La femme se plaint d'une douleur aiguë permanente, d'un point très-douloureux dans quelque point de la tumeur abdominale, généralement assez limité. Le ventre est sensible à la pression et la douleur augmente par la marche et par les mouvements du fœtus; elle ne se montre pas par paroxysmes; elle s'irradie vers les reins et les aines. Si l'inflammation occupe la partie inférieure de l'utérus, la vessie et le rectum s'en ressentent; il en résulte de la dysurie, du ténesme vésical, des envies fréquentes d'uriner, de la diarrhée accompagnée de douleurs en allant à la garde-robe. Les symptômes généraux sont très-marqués, le pouls est fréquent, la peau est chaude, il y a de la soif, des vomissements, etc. Si la maladie est très-limitée, l'enfant peut n'en pas souffrir et la grossesse peut continuer son cours; mais si elle est plus étendue, le fœtus périra dans l'utérus ou sera prématurément expulsé. Les conséquences de cette affection pendant l'accouchement peuvent devenir très-sérieuses, à moins

qu'elle n'ait été complètement guérie et que le tissu utérin ne soit revenu à son état normal.

Le docteur Gason, de Enniskery, m'a rapporté qu'il avait observé trois cas d'inflammation utérine pendant la grossesse, et que dans ces trois cas la rupture de l'utérus s'ensuivit pendant l'accouchement, précisément au point qui était le siège du mal (1).

Je citerai aussi à propos des conséquences graves de l'inflammation locale dans l'utérus une des conclusions de l'excellent mémoire du docteur Murphy (2) :

« Toutes les fois qu'il survient une rupture, elle peut être rattachée à des lésions morbides antérieures ou à un état inflammatoire. »

§ IV. — Anatomie pathologique et terminaisons.

Les modifications pathologiques consécutives à l'inflammation de l'utérus sont mieux indiquées en signalant les différents modes de terminaison de la maladie :

1° Elle peut se terminer par résolution; la femme accouchera au terme de sa grossesse, et elle accouchera heureusement.

2° Elle peut se terminer par exhalation de lymphes plastique déterminant l'adhérence entre l'utérus et le placenta, et après l'accouchement on sera forcé de recourir à la délivrance artificielle. Le siège de l'inflammation au niveau du placenta pourra presque toujours être reconnu par le stéthoscope, à moins qu'il ne soit tout à fait à la partie postérieure. Le même moyen nous permettra de reconnaître qu'elle ne siège pas en ce point, et nous délivrera d'une inquiétude, car on n'aura pas à craindre l'adhérence du placenta. Je veux encore donner l'observation suivante qui montre bien les effets de l'inflammation.

OBSERVATION. — Madame M..., âgée d'environ trente ans, est accouchée le 6 novembre 1837 de son septième enfant après un travail très-facile. Dans les premiers mois de la grossesse, elle reçut d'un de ses enfants, pendant qu'elle était dans son lit, un violent coup de pied au niveau de la région pubienne : elle eut aussitôt une vive douleur locale. Vingt-quatre heures après, il survint des contractions utérines, et le jour suivant il se produisit une forte hémorrhagie par le vagin. M. Monteith fit une saignée du bras et soumit la malade à un traitement antiphlogistique des plus énergiques, afin d'éviter l'avortement dont elle était menacée. Elle fut tenue au lit pendant longtemps, mais elle ne fut pas débarrassée, durant toute sa grossesse, d'une douleur cuisante dans la région utérine. L'enfant était né depuis trois heures, lorsque M. Renton vit la mère; mais le placenta était adhérent. Le palper abdominal permettait de sentir l'utérus irrégulièrement contracté, volumineux

(1) Voyez aussi l'observation du docteur Spark, *Med. Gaz.*, vol. III, p. 218. — L'observation de M. Else, *Med. Gaz.*, vol. II, p. 400.

(2) Murphy, *Dublin Journal*, vol. VII, p. 210, 215, 218, 219, 222.

et flasque par endroits, s'étendant depuis la symphyse des pubis jusqu'au creux épigastrique. En examinant par le vagin, on constatait qu'un quart environ de la partie inférieure du placenta était décollée, que le reste était adhérent, non pas d'une façon immédiate et continue, mais par l'intermédiaire de bandelettes partant de la paroi antérieure de l'utérus vers sa partie moyenne; le contraste était bien manifeste quand le doigt promené sur la paroi postérieure en constatait la surface unie et lisse. Ces bandelettes paraissaient formées de tissu cellulaire dense et offraient la consistance de ces adhérences pulmonaires qui unissent les deux surfaces de la plèvre après des maladies inflammatoires (1).

3° L'inflammation peut se terminer par le ramollissement du tissu au niveau de l'endroit malade, et sans qu'il y ait apparence d'altération morbide (2).

Dans une réunion de la Société pathologique de Dublin (26 janvier 1839), E. Kennedy a présenté un spécimen de ramollissement de l'utérus provenant d'une femme qui mourut le jour même de sa réception dans le Lying in Hospital, sans avoir présenté aucun symptôme remarquable, si ce n'est un peu de douleur à la partie supérieure et interne de la cuisse, où l'on pouvait voir un peu de rougeur seulement. On fit l'opération césarienne, mais l'enfant fut trouvé mort, quoique bien conformé. Après avoir divisé les parois de l'abdomen, l'utérus apparut avec une coloration d'un rouge foncé presque noir. Le tissu était très-ramolli, et la surface muqueuse était recouverte de grumeaux de sang (3).

4° Un abcès peut se former dans le tissu utérin, comme le mentionnent Siebold et Busch. Cet abcès peut s'ouvrir dans la cavité utérine ou perforer la vessie ou le rectum; il peut se vider ainsi par les voies naturelles. Le pus peut s'épancher dans la cavité abdominale, ou bien se résorber, ou bien l'abcès plongera dans le bassin et viendra former une tumeur molle entre l'utérus et le rectum. Après l'issue du pus, l'abcès peut se guérir ou devenir fistuleux.

5° La gangrène n'est pas une terminaison commune de la maladie que nous décrivons. Mais on comprend bien que, si elle se montre, le cas devient nécessairement mortel. Les auteurs allemands l'ont décrite sous le nom de *Putrescenz* (4) ou *Putrescirung* de l'utérus (5).

§ V. — Diagnostic.

Quand l'inflammation s'empare de l'utérus gravide, nous avons l'avantage (au moins pendant la plus grande partie de la grossesse) de pouvoir

(1) M. Renton, *On adhesion of the placenta to the uterine surface* (*The Edinburgh Journ.*, avril 1839, p. 39).

(2) Murphy, *Dublin Journal of med. Science*, vol. VII, p. 218, 219, 222.

(3) Murphy, *Dublin Journal of med. Science*, mai 1831, p. 290.

(4) Ricker, *Siebold's Journal für die Geburtshülfe*, etc., vol. XI, p. 62.

(5) Boë, *Natürliche Geburtshülfe*, etc., vol. I, p. 202.

examiner les parties malades par le palper, ce qu'il est impossible de faire lorsque l'utérus, gardant son volume normal, est caché dans la cavité pelvienne. Cette condition, aidée d'autres symptômes, concourra à faciliter le diagnostic.

I. *Rhumatisme*. — Quoique dans les deux affections il y ait de la douleur et de la sensibilité à la pression, dans le rhumatisme la douleur est paroxystique, elle est moins limitée que dans l'inflammation. L'état général souffre plus par l'inflammation utérine que dans l'autre condition. La connaissance de la cause éclairera souvent le diagnostic.

II. *Péritonite*. — Si la séreuse utérine était seule enflammée, sans aucun doute le diagnostic serait difficile, sinon impossible, mais l'inflammation péritonéale s'étend rapidement au lieu de rester limitée à un seul point. En outre, la sensibilité à la pression paraît plus superficielle et plus aiguë dans l'inflammation péritonéale que dans l'inflammation du tissu musculaire. Dans la péritonite généralisée, la douleur s'étend à tout le ventre, tandis que dans l'affection que nous étudions, elle est locale et limitée.

III. On distinguera la métrite de l'inflammation des autres viscères par les signes locaux et par l'absence de signes propres à l'inflammation de chaque organe.

§ VI. — Pronostic.

Il est nécessaire d'être très-réservé dans le pronostic que l'on portera, puisqu'une inflammation même circonscrite de l'utérus peut donner lieu à des conséquences très-graves. Si cependant le souffle placentaire est entendu dans une partie éloignée du point malade, on sera délivré d'une grande crainte, car les rapports normaux du placenta et de l'utérus ne sont pas troublés.

§ VII. — Traitement.

La maladie étant généralement très-limitée, il suffit souvent d'appliquer quelques sangsues; on n'aura pas besoin d'avoir recours à la saignée qu'il ne faudra pas pourtant négliger si l'intensité des symptômes en commandait l'usage. On appliquera des sangsues sur la partie malade et l'on ne craindra pas d'y revenir si la douleur continue. En même temps on administrera le calomel et l'opium à doses modérées. Les bains de siège sont quelquefois utiles, mais on devra en régler l'emploi sur l'époque de la grossesse, sur l'imminence plus ou moins grande de l'accouchement. On donnera des lavements laudanisés pour calmer la douleur et favoriser le sommeil. Lorsque la période aiguë est passée, on se trouvera bien de l'application de vésicatoires volants ou même à demeure; des liniments stimulants et calmants ont été également recommandés.

Si nous soupçonnons la formation de pus, il peut être utile de donner du sulfate de quinine, en même temps que l'on soutiendra les forces de la malade par une alimentation substantielle.

Si le dépôt purulent se forme dans le col de l'utérus, on s'empressera de l'ouvrir au moyen du bistouri à fistules de Savigny ou au moyen de l'hystérotome d'Osiander (1).

Si le pus se fait jour par quelqu'autre issue, il faudra se laisser guider par les circonstances.

CHAPITRE IX

ALLONGEMENT OEDÉMATEUX AVEC PROLAPSUS DU COL UTÉRIN PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT (2).

[Cette maladie décrite par M. Guéniot avait cependant été mentionnée avant lui par divers médecins; mais ils avaient considéré les cas qui s'étaient offerts à leur observation, comme exceptionnels, et n'avaient point cherché à donner une description générale de la maladie. M. Guéniot rapporte que Leroux (3) de Dijon, Seguin (4), Herpin (5), Scanzoni (6), ont publié des observations de cette maladie, mais que la nature de l'affection resta en définitive très-peu connue.

Les détails qui vont suivre seront empruntés exclusivement à M. Guéniot qui le premier a donné une étude détaillée de cette maladie.

§ I. — Symptômes.

La maladie est caractérisée par l'allongement, la mollesse oedémateuse et le prolapsus du col de la matrice.

La longueur du col est presque toujours considérable, elle peut atteindre 8 à 9 centimètres. Le diamètre transversal est aussi augmenté. La longueur du col est telle que cet organe vient faire saillie à l'extérieur de la vulve; la partie saillante à l'extérieur se renfle, et le col ainsi déformé prend la forme d'une massue, ou, comme l'a fait remarquer Leroux la figure d'un cou de bouteille avec son bourrelet terminal.

A la palpation, l'organe présente une consistance molle, pâteuse, semi-

(1) Siebold's, *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. II, p. 364.

(2) Guéniot, *Allongement oedémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement*, in *Archives de médecine*, avril et juillet 1872.

(3) Leroux, *Des pertes de sang*. Dijon, 1810, 2^e édition.

(4) Séguin, *Observation d'un cas de prolapsus du col utérin pendant l'accouchement*. Thèse, 1850.

(5) Herpin, *De l'allongement démesuré du col de l'utérus*, in *Gazette médicale de Paris*, 1856.

(6) Scanzoni, *Archives de médecine*, 1859, t. III, p. 354.

fluctuante et un peu élastique. Le col comprimé garde l'empreinte du doigt et se réduit considérablement de volume si l'on exerce une pression continue pendant un certain temps. Rouge, quelquefois bleuâtre et livide, selon qu'elle est plus ou moins étranglée par l'orifice vulvaire, la tumeur prolapsée présente deux lobes ou lèvres séparés par un sillon transversal; au milieu de ce sillon correspond l'orifice externe du col dans lequel le doigt peut pénétrer jusque dans le col qui est ouvert dans toute la longueur. L'orifice interne est fermé par les membranes de l'œuf qui reposent sur lui. Le pourtour de l'orifice externe est ordinairement exulcéré en même temps que la lèvre inférieure; le reste de la muqueuse du museau de tanche est ordinairement lisse, tendu et recouvert d'un liquide épais ou glaireux. L'exploration précédente faite avec douceur est indolore; elle permet de s'assurer non-seulement de l'existence de la grossesse mais encore de l'état de vie ou de mort du fœtus.

Au-dessus du museau de tanche, la muqueuse présente une coloration moins foncée, et aussi des rides transversales. Cet aspect différent est dû à la muqueuse du vagin qui a été entraînée par le col et qui lui forme un revêtement extérieur. La cavité vaginale se trouve de la sorte constamment raccourcie, et ses culs-de-sac plus ou moins abaissés.

La paroi utérine est aussi plus souple, plus dépressible, plus mince que dans une grossesse normale. Le segment inférieur de l'utérus s'affaisse sous le poids de l'œuf et s'abaisse dans l'excavation pelvienne.

La malade éprouve des douleurs vers les régions lombaires, les aines, les parties génitales; la miction est difficile. La station verticale, la toux, les efforts augmentent les souffrances.

La tumeur se réduit assez facilement si l'on exerce sur elle une pression continue, la longueur du col diminue alors rapidement, les douleurs cessent, et la miction devient facile. Cette réduction se fait même spontanément sous l'influence du décubitus horizontal, mais la maladie se reproduit facilement si la malade reste assez longtemps debout. Lorsque la gestation a dépassé la moitié de son cours, la tumeur perd ce caractère de mobilité pour devenir à la fois plus résistante à l'action du repos et moins facile à se reformer après réduction.

Au point de vue de l'accouchement, cette maladie présente une importance considérable; car le plus souvent la grossesse se termine une ou plusieurs semaines avant le terme normal.

Pendant le travail, les contractions utérines se montrent assez régulières et énergiques. Quand le prolapsus a été réduit avant le début du travail, il ne s'est jamais reproduit dans le cours de l'accouchement; quand l'organe est resté prolapsé pendant le travail, il s'est raccourci tout en conservant sa situation anormale, puis lorsque son effacement a été complet il s'est dilaté peu à peu.

Lorsque l'accouchement a eu lieu, l'affection peut se reproduire, mais elle n'exerce point d'action notable sur les suites de couches.

§ II. — Causes et nature.

Les causes prédisposantes sont : la multiparité, une santé débile, le tempérament lymphatique, un prolapsus antérieur, le ramollissement et l'abaissement variable qu'il subit pendant les premiers mois de la grossesse.

Les causes occasionnelles consistent dans la station verticale et les marches prolongées, le cahotement des voitures, la toux, la constipation. Dans une des observations rapportées par M. Guéniot, un kyste volumineux de l'ovaire a paru jouer le principal rôle dans la manifestation de la maladie.

M. Guéniot pense que la maladie est constituée par un engorgement hyperémique du col, résultat probable de l'inertie des fibres musculaires, et consécutivement, par une surimbibition séreuse, ou un œdème véritable du tissu de cet organe.

§ III. — Diagnostic.

L'allongement œdémateux avec prolapsus doit être distingué de l'allongement hypertrophique, et du prolapsus simple.

Il se distingue de l'hypertrophie par la mollesse particulière du col, la facilité et la promptitude de l'organe à recouvrer ses dimensions normales, ou presque normales, sous la seule influence de sa réduction dans le vagin et du décubitus dorsal, par la facilité avec lequel le doigt pénètre dans la cavité cervicale, par la coexistence de la grossesse qui est très-peu compatible, sinon impossible avec l'allongement hypertrophique.

Quant au prolapsus, dit M. Guéniot, il se différencie encore plus aisément de l'allongement œdémateux par l'absence même de tout allongement du col.

§ IV. — Pronostic.

La maladie ne menace point directement l'existence de la femme ; mais les douleurs et les malaises qui l'accompagnent, les entraves qu'elle apporte à la marche et aux plus légers efforts, les troubles qu'elle provoque dans l'excrétion urinaire, sa grande facilité à récidiver, ne sont pas sans une certaine gravité. Relativement à la grossesse, les conséquences du mal sont plus redoutables, à cause de l'accouchement prématuré et même de l'avortement qui peuvent en résulter.

§ V. — Traitement.

Les pessaires sont des moyens dangereux et qu'il convient de proscrire. Pendant la grossesse, l'indication à remplir est de réduire le col pro-

lapsé. Cette réduction sera facilement obtenue en faisant coucher la femme et en pressant doucement la tumeur entre les doigts comme s'il sagissait d'une hernie intestinale. L'on appliquera ensuite un tampon de linge sur les lèvres de la vulve, lequel sera maintenu à l'aide d'un bandage en T.

Il sera bon ensuite d'administrer un lavement laudanisé afin de calmer les contractions utérines qui ont de la tendance à se produire après les manœuvres de réduction.

La malade sera tenue au repos horizontal pendant huit à dix jours, et, si après ce temps le col a repris ses dimensions à peu près normales, on pourra permettre l'usage de la marche.

Il sera encore avantageux d'employer des calmants contre la toux et quelques laxatifs contre la constipation.

Pendant l'accouchement il n'y a guère lieu d'intervenir, il suffira de surveiller le travail et de se tenir prêt à parer aux accidents. Enfin après la délivrance on devra réduire le prolapsus, et prescrire un décubitus prolongé au delà du temps habituel.]]