

Je prescrivis 1 gr. 50 de sulfate de quinine à prendre en deux doses à deux heures d'intervalle. Le soir même l'écoulement avait cessé.

La malade se sentait très-affaiblie, mais ses douleurs de reins avaient beaucoup diminué; la fièvre l'avait quittée.

A partir de ce jour, les pertes n'ont point reparu, et la santé s'est rétablie rapidement. Six jours après, cette femme sortait de l'hôpital très-bien portante.

L'observation suivante nous montre une métrorrhagie rebelle au sel quinique, mais cet insuccès ne contredit en rien les conclusions qui ressortent des faits précédents. Au contraire, si la théorie que nous défendons sur le mode d'action de ce sel dans les hémorrhagies est exacte, non seulement dans ce cas-ci, il ne pouvait pas réussir, mais il était contre-indiqué. Je rapporte ce fait néanmoins. Il me paraît intéressant, au point de vue du diagnostic qui a été tardivement établi, et il se rattache à un point de médecine obstétricale qui appelle peut-être de nouvelles études.

Obs. IV. — Victorine P..., âgée de trente ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, le 15 novembre 1871 (n° 20).

Elle paraît robuste, quoique très-pâle et évidemment anémique. Elle a eu huit enfants qu'elle a allaités. Elle est accouchée pour la dernière fois, il y a deux ans environ. L'enfant a succombé à quatorze mois. Depuis lors ses règles, jusque-là suspendues, ont paru une seule fois; elle varie sur la date de cette apparition, qu'elle fixe tantôt à cinq mois et demi, tantôt à quatre mois et demi avant son entrée à l'hôpital. Elle ne croit pas être enceinte, elle n'éprouve aucun symptôme qui puisse le lui faire croire. D'ailleurs, pendant ses huit grossesses, elle a senti les mouvements du fœtus à trois mois et demi, et elle n'a jusqu'ici perçu aucun mouvement.

Depuis le 1^{er} octobre, c'est-à-dire depuis un mois et demi, cette femme éprouvait par le vagin une perte de sang continue. Cette perte augmentait par moments et était parfois accompagnée de douleurs expultrices.

En examinant la malade, on constata dans l'hypogastre l'existence d'une tumeur dure, arrondie, grosse à peu près comme la tête d'un fœtus à terme. Cette tumeur paraissait bien avoir sa racine dans le bassin, mais elle semblait pédiculée et séparée du pubis par un intervalle de plusieurs travers de doigt; on pouvait l'embrasser entre les mains et lui imprimer des mouvements de latéralité. Ses contours étaient circonscrits par des bords parfaitement limités, et cette délimitation si nette donnait une sensation bien différente de celle que fait naître ordinairement l'utérus arrivé au cinquième ou sixième mois de la grossesse. Ses contours sont habituellement mollasses

et indécis. En outre, le volume de la tumeur était très-inférieur à celui qu'il aurait dû avoir dans cette hypothèse.

Le toucher vaginal faisait constater la continuité de la tumeur avec le col utérin. Les mouvements imprimés à celle-là retentissaient sur le col. Cependant cette continuité n'était pas rigide et inflexible; la tumeur pouvait être infléchie à droite et à gauche sur le col.

Nous nous sommes demandé alors si nous n'avions pas affaire à une tumeur fibreuse; cette longue hémorrhagie, cette absence de mouvements fœtaux cinq mois après la dernière apparition des règles, chez une femme qui avait toujours senti remuer à trois mois et demi, semblaient rendre peu probable l'existence d'une grossesse dont la pensée s'était tout d'abord présentée à notre esprit. On avait aussi songé à une grossesse tubaire, mais la position médiane de la tumeur avait fait éliminer bientôt cette supposition. D'autre part, on comprenait difficilement comment une tumeur fibreuse, si elle avait existé avant le dernier accouchement, aurait, à cette époque, pu passer inaperçue, ou, si elle s'était développée depuis, comment en si peu de temps elle aurait acquis un pareil volume.

Dans cette incertitude, après avoir observé pendant trois jours les effets d'un repos absolu dans la position horizontale, on tenta le sulfate de quinine à la dose de 1 gr. 50 centigr. Il fut administré pendant trois jours (17, 18 et 19 novembre) sans autre effet que des nausées et un peu de gastralgie. L'hémorrhagie ne diminua pas.

Alors, dirigé par cette vue de physiologie pathologique que l'hémorrhagie suppose presque toujours un état congestif, je fis appliquer un vésicatoire sur l'hypogastre, moyen qui nous avait plus d'une fois réussi dans les métrorrhagies. Pendant trente-six heures environ, la perte fut presque nulle. Mais, après cette suspension momentanée, elle recommença. Les forces de la malade s'épuisaient. L'ergot de seigle fut prescrit et n'amena aucun résultat. Des irrigations avec une solution de perchlorure de fer (3 grammes pour 1 litre d'eau) furent aussi inefficaces.

Le 26 novembre, je pratiquai une nouvelle exploration. Je constatai un changement dans l'état de l'utérus. La tumeur paraissait en continuité presque immédiate avec le col. Celui-ci était mou et entr'ouvert, comme il l'est à une période avancée de la grossesse, en un mot, il semblait qu'il se fût dilaté et qu'il se préparât à laisser sortir au dehors le corps qu'il renfermait. Quel était ce corps? L'utérus était trop haut placé pour qu'il fût possible de pénétrer avec le doigt dans la cavité du col. Cependant le nouvel examen modifia nos premières impressions, la grossesse parut moins improbable. On ausculta avec soin la tumeur sans y entendre aucun battement. Mais le fœtus pouvait être mort, et j'admis la possibilité d'une grossesse sèche sans liquide amniotique, circonstance qui s'était présentée chez une de mes clientes, il y a quelques années, et je posai ce diagnostic avec

un point de doute, me réservant de réclamer l'avis d'un de mes confrères, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. En attendant, comme la malade était dans un état de faiblesse inquiétant, je fis pratiquer le tamponnement avec de la charpie trempée dans une solution de perchlorure. Ce traitement, qui fut continué pendant trois jours (26, 27, 28 novembre), n'arrêta pas l'hémorrhagie, et le 28 novembre au soir, la malade accoucha d'un fœtus mort dont la peau semblait dépouillée d'épithélium. La malade *ne perdit pas de liquide amniotique*; l'accouchement fut beaucoup plus douloureux que ceux par lesquels elle avait déjà passé huit fois. Après l'expulsion du placenta, qui fut maladroitement jeté, et que nous n'avons pu examiner, l'hémorrhagie fut peu considérable.

Je fis chercher le degré de l'ossification du fœtus par l'interne du service, le docteur Bartharez, qui a bien voulu recueillir pour moi les observations que je viens de rapporter. Il constata le noyau osseux de la clavicule, du maxillaire inférieur, celui des os des membres et des ischions. Le point d'ossification du calcaneum commençait à peine à apparaître.

Le lendemain, 30 novembre, l'hémorrhagie avait cessé complètement.

Mais, du 3 au 4 décembre, il survint quelques frissons accompagnés de nausées. On administra 1 gr. 50 de sulfate de quinine. Ce médicament fut mal supporté par la malade; elle le vomit en partie, sinon en totalité, presque immédiatement après l'ingestion. On l'administra de nouveau le lendemain; même intolérance se reproduisit: on fut dans la nécessité de ne plus en continuer l'administration.

L'exploration de l'utérus à travers la paroi abdominale dénotait de la rénitence avec un peu de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite.

Comme il existait en même temps une diarrhée assez abondante, je fis la prescription suivante:

Julep, avec :	
Sous-nitrate de bismuth.....	6 grammes.
Teinture thébaïque.....	8 gouttes.
Teinture d'anis.....	10 gouttes.

Malgré ce traitement, la diarrhée prit une forme dysentérique et continua pendant neuf jours.

Le 6 décembre. Un nouveau frisson survint le matin à sept heures avec quelques vomissements glaireux. On constata une teinte subictérique assez prononcée sur la face de la malade.

Le pouls était à 106. La respiration était fréquente. L'examen de la poitrine ne révélait que de la bronchite. Il y avait toujours de la rénitence dans le bas-ventre, avec moins de douleur que les jours précédents. Les lochies n'avaient point d'odeur. La diarrhée persistait.

J'ordonnai des onctions mercurielles belladonnées sur le ventre.

Je fis prendre du sulfate de quinine, 1 gr. 50 centigr. dans du café (la malade ne pouvant pas le supporter autrement).

De la décoction blanche de Sydenham.

Un lavement avec 6 gr. de sous-nitrate de bismuth dans 125 gr. de mucilage de gomme additionné de 40 gouttes de teinture thébaïque.

Les jours suivants le pouls et la température s'élevèrent. Aux prescriptions antérieures, j'ajoutai une potion avec du sous-nitrate de bismuth et un vésicatoire sur la région iliaque droite.

Le toucher vaginal faisait constater la disparition graduelle de l'engorgement du ligament large; mais en même temps s'accroissaient de plus en plus les signes d'une congestion pulmonaire des deux bases, à laquelle succéda bientôt une pneumonie étendue du côté droit; elle était compliquée d'adénopathie de ce côté et d'endo-péricardite; bientôt survint du délire.

J'opposai inutilement à ces redoutables complications des applications répétées de vésicatoires sur la périphérie thoracique, du sulfate de quinine, une potion alcoolisée; la respiration devenait de plus en plus fréquente, la sécheresse de la langue, des tremblements des tendons précédèrent de quelques jours la mort, qui arriva dix-huit jours après l'accouchement.

Voici ce que nous avons constaté à l'autopsie:

Pneumonie au troisième degré du côté droit. Suppuration de l'ovaire du même côté. Bride organisée dans le ligament large ayant amené une rétraction de ce même ligament. L'utérus était revenu sur lui-même. Une incision verticale pratiquée sur la paroi antérieure nous a permis de constater l'état de la muqueuse utérine qui présentait une couleur gris foncé dans toute son étendue, excepté en un point situé à 2 ou 3 centimètres au-dessus du col; à ce niveau, au lieu de la couleur grisâtre qui existait sur le reste de la muqueuse, on constatait un sillon blanchâtre demi-circulaire, ayant à peine 1 ou 2 centimètres de diamètre: nous supposâmes que c'était le point où s'était inséré le placenta.

Les sels quiniques ne pouvaient pas avoir prise sur une hémorrhagie qui était le prélude d'un avortement. Ils auraient pu, en faisant contracter l'utérus, précipiter cet accident qui n'a eu lieu qu'une quinzaine de jours après qu'on en avait cessé l'emploi. L'erreur de diagnostic commise à cette époque m'a fait employer d'autres médications, qui auraient pu agir dans le même sens, et cependant l'expulsion du fœtus n'eut lieu qu'au moment où, impuissant contre cette hémorrhagie qui épuisait la malade et menaçait sa vie, j'employais depuis plusieurs jours le tamponnement avec de la charpie imbibée d'une solution de perchlorure. L'hémostase était l'indication dominante; si, comme je le

soupçonnais alors, la matrice renfermait un fœtus, celui-ci ne donnait aucun signe de vie, et le salut de la mère était mon unique préoccupation. Cette hémorrhagie a persisté plus de deux mois. Quelle en était la cause? J'avais supposé que l'insertion du placenta sur le pourtour du col avait pu amener un décollement par la dilatation de celui-ci. Je sais que, dans les conditions régulières, ce n'est ordinairement qu'au sixième mois que le col se dilate; mais, chez les femmes qui ont eu un grand nombre d'enfants, la séparation du corps et du col peut être modifiée; leur indépendance peut être moins marquée et la dilatation de l'orifice supérieur commencer plutôt. Après la mort de cette malade l'utérus était complètement revenu sur lui-même. Les traces de l'insertion placentaire étaient difficiles à déterminer; seulement sur un des côtés de l'orifice, la surface interne de l'utérus était plus pâle, plus blanche que dans le reste de la cavité. Était-ce la trace d'un décollement de l'œuf dans ce point, c'est ce que je ne saurais affirmer.}

Quelle que fût la cause de cette hémorrhagie, elle dépendait probablement d'une condition anormale de l'œuf, et l'on peut se demander si celui-ci ne présentait pas quelque fissure par laquelle aurait suinté le liquide amniotique d'une manière insensible pour la malade qui, souvent interrogée sur ce point, affirmait n'avoir jamais perdu d'eau. Si les connexions vasculaires de l'œuf avec la surface utérine étaient modifiées par la lésion qui produisait l'hémorrhagie, la sécrétion du liquide amniotique pouvait aussi être troublée. Ce liquide peut encore avoir été résorbé après la mort du fœtus. J'ai vivement regretté que le délivre eût été jeté et qu'il ne m'eût pas été permis de l'examiner. Cette grossesse sèche est un fait rare, et dont, je crois, les conditions ne sont pas encore très-connues. Je me rappelais avoir entendu dire à une de mes clientes qu'elle était accouchée d'un enfant mort et complètement à sec, qu'aucun écoulement d'eau n'avait accompagné l'accouchement, et que pendant la grossesse le ventre était à peine développé. Ce souvenir, quelque vague qu'il fût, me vint en esprit en présence des difficultés qu'offrait le diagnostic et des raisons qui rendaient peu probable l'existence d'une tumeur fibreuse.

L'absence de mouvements fœtaux trouvait une explication dans l'absence de liquide amniotique. L'utérus contracté sur le fœtus l'immobilisait; à quelle date fallait-il faire remonter la mort de celui-ci, il est difficile de le dire? Huit jours avant l'avortement, l'auscultation n'avait fait entendre aucun bruit cardiaque. D'une part, le point d'ossification

du calcanéum commençant indiquait que le fœtus avait à peu près cinq mois, en admettant que l'hémorrhagie continue n'ait pas troublé la nutrition de l'œuf et retardé l'évolution. Si l'on se reportait aux dates attribuées par la malade à ses dernières règles, c'était à cinq ou six mois qu'il fallait faire remonter la grossesse. Ces diverses données concordent pour faire admettre que le fœtus était mort depuis une à deux semaines quand il a été expulsé.

La difficulté du travail, chez une femme qui avait eu déjà huit accouchements faciles, est remarquable et prouve le rôle que joue le liquide amniotique dans la parturition. Outre la lubrification des surfaces, la dilatation du col dans laquelle il intervient, on comprend que la contraction de l'utérus très-dilaté agisse bien plus efficacement pour l'expulsion du fœtus, que la contraction plus limitée de fibres plus courtes qui enserrant et étreignent déjà de tous côtés la surface fœtale et ont beaucoup moins de jeu et d'élan pour lui imprimer un mouvement de propulsion.

Ces difficultés et ces lenteurs du travail, les violentes douleurs qui les ont accompagnées, ont dû prédisposer à la phlegmasie consécutive du ligament large, chez une femme anémique surtout, car l'anémie comme toutes les détériorations constitutionnelles favorise les complications du traumatisme puerpéral, et je crois que, sous son influence, les phlegmasies ont plus de tendance à se déterminer par suppuration. Nous n'avons pas été étonné, dans ces conditions, de voir un frisson signaler l'invasion d'une congestion à tendance pyogénique. Le sulfate de quinine, qui réussit souvent dans les formes modérées de la pyogénie puerpérale et que j'ai l'habitude de donner à haute dose dès le premier frisson, ne put être continué. Je constatai les signes d'une inflammation du ligament large du côté droit (rénitence iliaque, rénitence transversale dans le cul-de-sac, utérus entraîné de ce côté). J'insiste sur ce dernier signe, qui distingue, suivant moi, les phlegmasies iliaques des autres phlegmasies circum-utérines dans leur période active; car dans la période de résolution, la rétraction des tissus néoplasiques entraîne presque toujours l'utérus du côté du foyer morbide, alors même qu'il avait au début été repoussé dans un autre sens, comme il l'est d'abord dans les tumeurs inflammatoires pelvi-péritonéales.

La congestion pulmonaire qui a abouti à l'hépatisation grise a eu incontestablement une part importante dans la terminaison funeste. Une lésion étendue du poumon se développant chez une personne dont l'hématose était déjà si fortement altérée, dont l'organisme avait subi tant de

causes d'épuisement, était un choc trop considérable pour qu'elle en pût supporter l'ébranlement.

Bien que cette observation renferme plusieurs détails qui n'ont pas trait à notre sujet, nous avons cru devoir la rapporter à cause des éléments d'instruction qu'elle renferme. Le défaut d'action du sulfate de quinine sur une hémorrhagie de ce genre n'infirmé rien la propriété hémostatique que nous attribuons à ce médicament.

L'observation suivante nous le montre efficace dans un cas où la congestion hémorrhagipare était provoquée par la présence de fibromes dans le tissu utérin.

Obs. V. — Une dame, affectée de rhumatisme noueux, était sujette à des hémorrhagies utérines d'une violence considérable, qui l'avaient réduite au plus haut degré d'anémie. Ces hémorrhagies se montraient à l'époque des règles. Le toucher et la palpation faisaient constater dans le bassin l'existence de tumeurs adhérentes à la matrice et qui offraient tous les caractères des tumeurs fibreuses.

Après avoir tenté inutilement différents moyens pour modérer l'abondance de ces pertes, qui se prolongeaient bien au delà du flux menstruel, je prescrivis à cette malade des pilules composées de 15 centigr. de bisulfate de quinine et de 10 centigr. d'extrait de quinquina jaune, et j'en fis prendre de six à huit par jour. Pour la première fois, les règles perdirent leur caractère hémorrhagique, et leur durée fut renfermée dans les limites normales. Une circonstance particulière m'avait paru indiquer cette médication. La malade racontait que, si pendant ses pertes elle était obligée de faire un voyage, les secousses de la voiture les diminuaient constamment, et elle se faisait traîner en voiture quand ses hémorrhagies la fatiguaient par leur persistance. Il était naturel de supposer que le mouvement agissait comme incitant de la contractilité des muscles et des vaisseaux utérins, et que l'abondance des pertes était imputable à l'atonie de ces organes, à laquelle le sulfate de quinine devait opposer une incitation efficace.

L'action du sulfate de quinine sur les vaso-moteurs utérins justifie son emploi dans d'autres hémorrhagies, et j'ai eu, dans ces derniers temps, l'occasion d'en constater l'efficacité dans quelques cas d'hémoptysie. Je l'ai conseillé, entre autres, chez une jeune dame, qui depuis quinze jours était atteinte d'une hémoptysie qu'aucune médication n'avait pu arrêter, et qui céda quelques heures après l'emploi de pilules composées de sulfate de quinine et d'extrait de quinquina.

L'action du sulfate de quinine sur les fibres de l'utérus a été admise

en Amérique par plusieurs médecins qui ont recommandé ce médicament comme stimulant de la contraction utérine.

Les observations que je viens de rapporter me semblent concluantes; elles me paraissent démontrer l'efficacité du sulfate de quinine dans certaines métrorrhagies; il est facile de s'en rendre compte, si l'on admet, avec un grand nombre d'observateurs, que ce sel exerce une action puissante sur la contraction des vaisseaux et sur celle des fibres utérines.

Depuis que j'ai recueilli ces observations et que j'en ai exposé les résultats dans mes Leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, un médecin éminent, le docteur Duboué, de Pau, a publié un travail dans lequel il apporte de nouveaux faits à l'appui de l'opinion que j'avais exprimée, et que je suis heureux de voir partagée par un confrère aussi distingué.

BIBLIOTHÈQUE
FAC. DE MED. MONTPELLIER