

nable de ne pas faire l'abaissement, car, ainsi que je l'ai déjà dit, c'est une manœuvre qu'il faut éviter toutes les fois qu'elle n'est pas indispensable.

Voilà quelles sont les différentes méthodes de traitement des métrites. Certaines sont absolument condamnées; voyons quand il faut employer les autres.

J'ai déjà parlé de la métrite aiguë, je n'y reviens pas.

Pour les métrites hémorragiques, je conseillais formellement le curetage dans la première édition de ce traité. J'ai depuis modifié mon opinion sur ce point et je préfère actuellement les injections de chlorure de zinc. Ce n'est pas que je considère le curetage comme mauvais, mais j'affirme que les injections de chlorure de zinc donnent des résultats au moins équivalents et elles ont l'avantage d'éviter aux malades les ennuis toujours sérieux d'une opération, si petite qu'elle soit.

En fait de traitement palliatif, seules les injections vaginales chaudes, et peut-être l'extrait fluide d'*Hydrastis canadensis*⁽¹⁾, méritent quelque confiance. L'ergot de seigle ne donne aucun résultat; et je ne sais pas qu'on ait beaucoup employé la digitale, recommandée par Gallard. En cas d'hémorragies redoutables, il n'y a pas à s'arrêter à des demi-mesures, il faut immédiatement, en pleine hémorragie, faire l'injection de chlorure de zinc à 50, 55 ou même 40 pour 100. Il n'est pas rare que l'écoulement cesse après la première injection; en tout cas il diminue d'une manière notable puis disparaît complètement après la seconde ou la troisième. Il est bon pour assurer la guérison définitive de faire au moins une injection après que l'écoulement a complètement cessé.

On sait que les métrites hémorragiques sont de toutes les plus faciles à guérir. Mais il y a une ombre au tableau. Si elles cèdent facilement au traitement, elles récidivent aussi avec facilité. Après le curetage, les récidives sont fréquentes. Je les crois beaucoup plus rares après les injections de chlorure de zinc. C'est encore une raison de les préférer. Mais dans certains cas, heureusement exceptionnels, les récidives se succèdent quoi qu'on fasse et les hémorragies menacent l'existence. On a conseillé dans ces cas graves la ligature des artères utérines et la castration; il vaut mieux faire l'hystérectomie vaginale, si la gravité des symptômes justifie une opération de ce genre.

Dans les endométrites exfoliatives, c'est le curetage que l'on recommande; on obtient toujours un résultat immédiat satisfaisant; mais l'endométrite exfoliative est comme l'endométrite hémorragique sujette aux récidives. Martin⁽²⁾ déclare même que dans les faits qu'il a observés, jamais le résultat n'a persisté au delà de dix-huit mois. Comme le fait remarquer Fritsch, l'innocuité du curetage permet de le recommencer. Peut-être, après plusieurs tentatives, obtiendrait-on une guérison définitive: mais je ne sais pas qu'il y ait des faits où l'on ait ainsi poursuivi une endométrite exfoliative à coups de curetage. Je n'ai pas l'expérience du chlorure de zinc dans cette variété de métrite qui est rare. Dans certains cas, les souffrances ont été telles que la question de la castration ou de l'hystérectomie vaginale a pu se poser.

Les métrites atrophiques, purulentes, quelquefois hémorragiques des vieilles femmes, résistent assez souvent au curetage; cela n'a rien de surprenant, car dans ces cas-là, la muqueuse utérine n'existe plus. On peut alors employer

(1) JERMANS, Thèse de Berlin, 1886. — CABANES, Thèse de Paris, 1889. — R. FALK, *Centr. f. Gyn.*, p. 157. — M. Pozzi a essayé l'extrait fluide d'*Hydrastis canadensis* « avec des résultats encourageants ».

(2) MARTIN, *loc. cit.*, p. 261.

sans crainte les caustiques énergiques, car l'utérus n'a plus aucun rôle à jouer.

Les endométrites catarrhales sont les plus difficiles à guérir complètement. On les améliore d'une manière très notable, mais le résultat reste souvent incomplet. Les injections de chlorure de zinc me paraissent tout aussi efficaces que le curetage et elles me paraissent mériter la préférence, au moins lorsqu'il existe des lésions des annexes, car elles ne les aggravent pas, ce que le curetage fait souvent.

Dans les métrites parenchymateuses, que faut-il faire? C'est là une forme très résistante, contre laquelle l'imagination des gynécologues s'est épuisée. C'est contre elle qu'on a employé les badigeonnages du col à la teinture d'iode, les tampons glycerinés, qui, grâce aux propriétés absorbantes de la glycérine, ont une action manifeste, le tamponnement du vagin destiné à soutenir les organes pelviens et à produire une sorte de compression analogue à celle qu'on obtient sur les membres par les appareils élastiques. Pallen a même été jusqu'à remplir le vagin d'argile. Les injections chaudes peuvent rendre des services en tant que traitement palliatif. On a préconisé l'électricité, qui paraît avoir donné de bons résultats⁽¹⁾, et le massage, très vanté par Brandt et ses disciples, mais qui n'a pas encore fait ses preuves en France.

Il ne faut pas oublier que les altérations du parenchyme utérin sont presque toujours liées d'une manière directe ou indirecte aux lésions de la muqueuse. Aussi je pense qu'il faut toujours commencer par agir sur l'endomètre. J'ai vu, après les injections de chlorure de zinc, les utérus très hypertrophiés diminuer notablement de volume.

Les lésions du col nécessitent dans bien des cas un traitement spécial. Quand le col a sa forme et son volume normal et qu'il présente seulement des érosions, il n'y a pas à s'en préoccuper autrement. Ces dernières guérissent d'ordinaire en même temps que l'endométrite. Mais quand il existe sous les érosions des kystes glandulaires, il est nécessaire d'agir directement sur elles. Quelquefois il suffit de cautérisations fortes. Hofmeier a préconisé l'acide acétique ou pyroligneux. On a employé aussi des caustiques plus énergiques: l'acide chromique, qui expose aux intoxications, l'acide nitrique non fumant, qui est très en faveur en Amérique. Pozzi leur reproche d'amener des rétrécissements du col.

Quand la muqueuse est très altérée et criblée de petits kystes, toutes ces cautérisations, même précédées, comme l'a conseillé Rheinstædter, de scarifications, peuvent échouer. Doléris a proposé le *hersage*, qui n'est qu'une manière de faire des scarifications. Le mieux est de recourir à l'abrasion de la muqueuse malade, c'est-à-dire à l'opération de Schröder, que je ne puis décrire ici, mais dont la figure ci-jointe donne une très bonne idée (voy. fig. 54). Bouilly préfère n'enlever qu'un petit lambeau rectangulaire sur la face interne de chaque lèvres. C'est une opération de Schröder incomplète.

Quand le col est volumineux et déformé par l'hypertrophie folliculaire ou par un processus de cirrhose hypertrophique, l'abrasion de la muqueuse ne suffit plus, c'est l'amputation du col qu'il faut faire. Cette opération, dont Lisfranc a tant abusé, était tombée dans l'oubli le plus complet. Braun⁽²⁾ l'a

(1) APOSTOLI, *Sur un nouveau traitement de la métrite chronique*. Paris, 1887.

(2) BRAUN, *Wiener med. Jahrb.*, 1864.

remise en faveur, et il a rendu le grand service de montrer qu'elle avait une action indirecte, mais très nette, sur le corps de l'utérus. Après l'amputation du col, on peut voir l'utérus hypertrophié régresser et revenir à un volume presque normal. Le mécanisme de cette régression est très obscur. Braun l'avait attribué à une métamorphose graisseuse du tissu conjonctif; mais rien n'est moins démontré. Quoi qu'il en soit de ce mécanisme, le fait en lui-même a été assez souvent observé pour qu'on n'en puisse douter; c'est une indication de plus de pratiquer cette opération. On l'a accusé de produire des rétrécissements du col. Ce reproche était justifié quand on pratiquait l'opération à l'écraseur ou à l'anse galvanique; mais quand on opère au bistouri par la méthode de Simon, connue aussi sous le nom de Markwald⁽¹⁾, et qu'on place bien les sutures comme l'indiquent les figures 35, 36, 37, non seulement on ne produit pas de rétrécissements, mais, comme le dit Pozzi, « on rend à

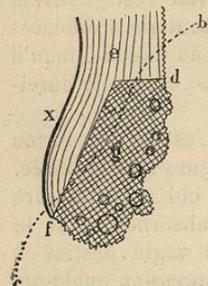


FIG. 34. — Abrasion de la muqueuse. (Opération de Schroeder.)

l'orifice externe un calibre et une souplesse qui font cesser la dysménorrhée, causée parfois par la rigidité et l'étroitesse de ce segment de l'organe ».

Les petits polypes muqueux implantés sur le col s'enlèvent avec la plus grande facilité par la torsion ou d'un coup de ciseaux.

Pour les déchirures du col, Emmet a proposé une opération qui consiste à aviver les deux lèvres de la déchirure et à les réunir par une suture. C'est à cette opération que Dudley a donné le nom de *trachelorrhaphie*. Tous ceux qui ont adopté les opinions d'Emmet sur le rôle pathogénique des déchirures, pratiquent communément cette petite opération. Elle est bien loin d'a-

voir l'efficacité que certains lui ont attribuée. Pour ceux qui n'admettent pas le rôle pathogène attribué par Emmet au tissu cicatriciel, c'est une simple opération autoplastique, dont l'utilité est douteuse, puisqu'il est certain que les

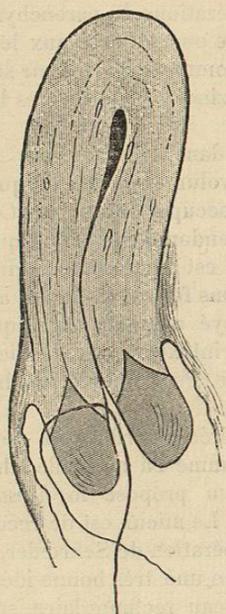


FIG. 35. — Amputation du col.

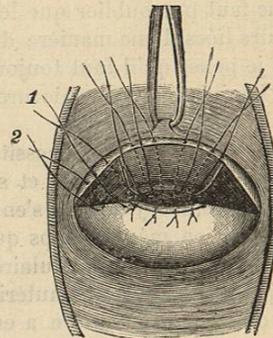


FIG. 36. — Manière de placer les sutures.

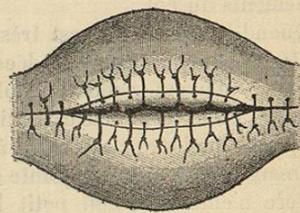


FIG. 37. — Résultat.

(1) MARKWALD, *Arch. für Gyn.*, 1875, vol. VII, p. 48.

déchirures du col n'empêchent pas la conception et que, d'autre part, il n'est pas prouvé qu'elles favorisent les avortements. Les indications de la trachelorrhaphie sont donc extrêmement restreintes. Et elle ne doit jamais être que le complément d'un traitement destiné à guérir la métrite.

CHAPITRE III

TUBERCULOSE

La tuberculose de l'utérus, moins rare que celle du vagin, est moins fréquente que celle des trompes. Si l'on ne comptait que les cas où l'utérus seul est pris, on n'arriverait qu'à un bien petit nombre d'observations; car dans l'utérus, c'est le corps qui est le plus souvent atteint; et dans la très grande majorité des cas où la muqueuse du corps a subi une dégénérescence tuberculeuse, il en est de même de celle des trompes; c'est donc surtout une tuberculose utéro-tubaire qu'il faudrait décrire. Mais le plan de cet ouvrage ne permet pas de faire ainsi.

Sur 72 observations de tuberculose génitale, Daurios⁽¹⁾ compte 27 cas de tuberculose utérine. Dans 8 cas, le foyer bacillaire était unique ou manifestement primitif.

Il faut en effet distinguer les cas où la tuberculose utérine est primitive de ceux où elle est secondaire à une affection de même nature, occupant quelque autre organe. Lorsqu'elle est secondaire, on admet en général que l'infection se fait par le sang; les bacilles transportés dans les vaisseaux viennent coloniser dans l'utérus. Lorsqu'elle est primitive, la manière dont se fait l'infection est plus obscure et elle a donné lieu à bien des discussions. L'infection par l'air, soutenue par quelques auteurs, ne satisfait guère l'esprit lorsqu'il s'agit d'un organe aussi profondément situé que l'utérus: il paraît évident qu'il doit s'agir surtout d'une infection de contact. Dans quelques cas, sans doute, l'agent infectieux peut être amené par un instrument, la seringue d'une canule par exemple, ou bien par le doigt du médecin; mais ce qu'on a discuté surtout c'est la possibilité de la contagion par le coït. Conheim émit le premier l'idée d'une transmission possible par les rapports sexuels. M. Verneuil et son élève Verchère défendirent brillamment cette opinion. Fernet, en 1885 et en 1886, apporta à la Société médicale des hôpitaux et à la Société clinique des observations à l'appui de cette doctrine, et Derville⁽²⁾ a fait une excellente étude de la question. Il faut distinguer deux cas: L'homme, source de la contagion, peut être atteint soit de tuberculose génito-urinaire, soit d'une autre forme de tuberculose, les organes génito-urinaires étant intacts. Dans ce dernier cas, il n'est pas démontré, malgré les recherches de Cart Jani, que le sperme puisse contenir des bacilles, par conséquent il n'y a pas à parler de contagion par le coït. Au contraire, quand les organes génitaux sont atteints, il est parfaitement certain

(1) DAURIOS, Thèse de Paris, 1889.

(2) DERVILLE, Thèse de Paris, 1887.