

l'empoisonnement long et continu, occasionné par le cancer. On a donné le nom de *cachexie maligne* à l'aspect jaunâtre, amaigri et ridé de ces malades, arrivées à la dernière période du cancer, mais ce changement n'est pas constant et il peut survenir dans d'autres maladies, de sorte que dans les cas douteux il n'a pas une bien grande importance pour le diagnostic.

#### G. — MALADIES DE L'UTÉRUS.

**Métrites aiguës.** — La métrite aiguë d'origine *blennorrhagique* est très rare; car, même lorsque l'affection se propage à travers les trompes jusqu'aux ovaires, le corps utérin ne semble pas en être affecté au delà de son revêtement épithélial. Une forme *d'origine traumatique* semble être parfois consécutive à des opérations sur l'utérus, mais, comme elle se présente avec les mêmes symptômes que celle d'origine infectieuse, il devient impossible de les distinguer l'une de l'autre.

La métrite *post-puerpérale* n'est que trop fréquente et trop souvent mortelle; elle peut survenir après une fausse couche ou après un accouchement.

J'ai vu survenir des métrites aiguës après l'introduction d'un laminaria ou d'une éponge, après une simple dissection du col ou après l'ablation d'un polype, ou après d'autres opérations sans importance. En effet, on ne saurait jamais prendre trop de précautions contre l'infection, car les femmes, particulièrement pendant l'état puerpéral, y sont éminemment sujettes. Aussi je regarde comme absolument inexcusables les praticiens qui, travaillant à la salle de dissection ou à des recherches pathologiques, donnent des soins à des accouchées en pratiquant n'importe quelle opération chirurgicale; je trouve de plus que des chirurgiens engagés dans la pratique chirurgicale générale, ayant constamment à faire avec

des surfaces en suppuration, ne doivent pas entreprendre d'opérations sur l'utérus. Nous ne connaissons pas la nature de la contagion que nous communiquons, mais nous ne pouvons pas nous méprendre plus longtemps sur le fait même que les mains du chirurgien ou les instruments ne sont que trop souvent le véhicule de cette infection. Dans les cas d'infection aiguë *post-puerpérale* la source de la contagion a été démontrée sans aucun doute, de sorte que, dans tous les cas où elle est en cause, la responsabilité de l'accoucheur est actuellement reconnue par la loi.

La *métrite septique* débute généralement par un *frisson*, quoiqu'il puisse aussi faire défaut; les premiers symptômes sont des nausées, un pouls rapide et une température élevée. L'abdomen est distendu dès le début, et à l'examen du vagin on trouvera que l'utérus est de consistance molle, très sensible et qu'il s'écoule du col un liquide fétide. L'haleine prend bientôt cette odeur de foin, particulière à la pyohémie, les vomissements deviennent continuels, bilieux au début, plus tard même sanguins et la mort peut survenir en quelques heures. Dans d'autres cas les symptômes ne deviennent pas aussi inquiétants, ou s'amendent après quelques jours et la malade guérit lentement. J'ai essayé toute espèce de traitement pour lutter contre cet accident, et je puis dire que je n'ai reconnu l'avantage d'aucun médicament sauf peut-être des purgatifs, et encore actuellement j'évite l'emploi des opiacés, sauf dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. En somme je traite tous ces cas comme ceux de *péritonite traumatique*, traitement que je décrirai dans un prochain chapitre.

Ces dernières années il est devenu de mode d'abuser du mot « *septique* » en l'attribuant à toute espèce d'inflammation. Ceci provient de l'erreur si répandue de vouloir faire de chaque nouvelle découverte toutes sortes d'applications possibles ou impossibles. Dès que les travaux de *Semmelweis* (1851) furent connus à Londres (1878), presque tous les chi-

rurgiens londoniens devinrent victimes de la *manie septique*. Il ne peut exister évidemment aucun doute, qu'il survient, tout particulièrement pendant l'état puerpéral, des accidents d'origine septique causés par l'introduction dans l'organisme de germes de quelque poison ou des microbes de la décomposition, mais vouloir expliquer tous les processus inflammatoires en se basant sur cette théorie est aussi absurde que de vouloir interpréter tous les phénomènes géologiques d'après ce que nous voyons et trouvons dans les laves du Vésuve.

J'envisage la métrite aiguë, d'origine traumatique ou septique, comme une affection beaucoup plus sérieuse que la péri-métrite, dont j'aurai à parler en détail en parlant des annexes de l'utérus. Le *diagnostic différentiel* entre ces deux accidents est difficile et il réclame beaucoup d'attention et d'expérience. Toutes les deux peuvent être accompagnées ou aboutir à la péritonite suppurée, dont le seul traitement est la laparotomie, ainsi que je le montrerai plus tard.

L'abcès de l'utérus a été décrit si rarement, et la plupart de ces cas prêtent si bien à une autre interprétation que j'avais rayé cette affection de mon tableau nosologique et j'aurais continué à le faire, si je n'avais eu l'occasion d'observer il y a quelques années le cas suivant, qui me démontra qu'un véritable abcès de la paroi utérine pouvait parfois se rencontrer dans la pratique.

La malade avait eu quatre enfants, dont le dernier, âgé seulement de cinq mois, était encore au sein. A l'occasion d'un voyage, elle fut exposée pendant plusieurs heures à un froid intense; elle eut un long frisson, suivi bientôt d'une violente douleur sus-pubienne.

Je la vis le troisième jour, et je constatai à la base de la vessie une tuméfaction, très sensible au toucher et absolument adhérente à l'utérus. Le col était légèrement ouvert et très mou, et il s'en écoulait un liquide épais, sanguinolent et purulent. Par conséquent je n'hésitai pas à introduire une sonde et je trouvai que la cavité utérine, de longueur normale, était dirigée en arrière, car on percevait l'extrémité de la sonde dans le rectum.

La tumeur était mobile avec l'utérus et j'en tirai la conclusion qu'il

s'agissait soit d'un petit fibrome en voie de nécrose, soit d'un abcès utérin siégeant dans la paroi antérieure. En tout cas, la dilatation du col était indiquée; j'introduisis par conséquent une éponge et j'administrai une injection de morphine.

Le lendemain, lorsque j'enlevai l'éponge, je la trouvai imprégnée de pus, le volume de la tumeur avait diminué de plus de moitié, la cavité utérine était remplie de pus et lorsque je passai le doigt dans son intérieur je constatai sur la paroi antérieure une partie molle, avec un orifice à son centre, et siégeant directement au-dessus du col.

La malade guérit rapidement en moins d'une semaine, et on ne percevait alors aucune adhérence de l'utérus, ni aucune trace de la tumeur constatée précédemment. Ce fait me semble fournir la preuve positive que l'abcès n'était pas paramétritique; car, dans ce cas, il en subsiste des traces encore pendant des mois après l'accident.

#### MÉTRITE CHRONIQUE.

La métrite chronique constitue l'affection que le gynécologue rencontre le plus fréquemment dans sa pratique hospitalière. Elle a été décrite sous différents noms, comme celui de *hyperplasie aréolaire* etc., mais je crois qu'actuellement l'accord est général pour lui attribuer le nom que j'ai adopté ici.

Cette inflammation chronique peut être consécutive à une métrite aiguë, quoique cela soit rarement le cas pour les raisons que j'ai déjà avancées; elle peut être due d'autre part à quelque inflammation aiguë, qui avait son siège dans les tissus avoisinants. Ainsi, après une péri-métrite ou une paramétrite, il subsiste fréquemment un état de métrite chronique très rebelle. Mais, dans la majorité des cas, nous pourrions presque dire dans quatre-vingt-dix-neuf cas sur cent, la métrite chronique est le résultat de la *subinvolution utérine* qui persiste après l'accouchement ou après une fausse couche.

**Subinvolution utérine.** — Nous ne nous arrêterons pas davantage à cette question de la régression utérine après l'accouchement, nous rappellerons simplement qu'elle n'est pas complète, chez une femme parfaitement bien portante, avant

trente ou trente-cinq jours, et qu'un grand nombre d'accidents peuvent la retarder, sinon l'arrêter complètement. Ainsi toutes les inflammations pelviennes *post partum*, les préoccupations ou les émotions d'ordre moral, la suppression du lait, la rétention de débris placentaires, et le plus fréquemment l'habitude déplorable des femmes des classes inférieures, habitude nécessitée le plus souvent par l'exigence de leurs devoirs, de se lever beaucoup trop tôt après leurs couches, en sont les principales causes. De plus il me semble exister chez certaines femmes une certaine tendance constitutionnelle, à laquelle nous donnons le nom vague de *relâchement des fibres*; et cet état ne se rencontre pas seulement dans les classes inférieures, mais chez des femmes dont l'état général laisse à désirer.

Une autre cause fréquente d'insuffisance de la régression utérine est le peu d'attention accordé aux fausses couches ou aux avortements; en effet les femmes, quelle que soit leur position sociale, envisagent toujours ces accidents comme dénués de toute importance, tandis qu'en réalité ils sont en général plus sérieux qu'un accouchement normal et à terme.

Les *symptômes* de la subinvolution sont souvent accompagnés d'autres symptômes dépendant d'affections utérines concomitantes, et dont il est nécessaire de les séparer, car une erreur de diagnostic peut avoir ici de sérieuses conséquences. On doit établir comme une règle générale que, chez une femme qui nourrit, la menstruation ne doit pas apparaître avant sept ou huit mois après l'accouchement, et après deux ou trois mois, lorsqu'elle ne nourrit pas elle-même son enfant. Par conséquent, lorsqu'une malade nous informe que depuis son accouchement elle a toujours été régulièrement et abondamment réglée, ou bien qu'elle a eu un écoulement continu, légèrement teinté de sang, nous pouvons de suite en conclure que nous avons à faire à une subinvolution ou à quelque chose de pire.

Dans ces circonstances on doit procéder de suite à l'examen local, d'abord par le toucher et si cela ne suffit pas par la dilatation. S'il existe un cancer du col, le doigt le découvrira et la subinvolution ne sera qu'un incident secondaire. Mais dans la grande majorité des cas nous n'aurons affaire qu'à une régression utérine incomplète, nous trouverons alors que le col est volumineux, élargi, que l'orifice externe est entr'ouvert, mais qu'il ne permet pas l'introduction du doigt. Il existera un écoulement abondant muco-purulent, persistant entre les époques menstruelles; celles-ci seront trop fréquentes, trop abondantes et d'une trop longue durée.

Si à l'examen avec la sonde on trouve que la cavité utérine est augmentée de volume jusqu'à six centimètres, le diagnostic sera complet. En premier lieu on devra s'assurer qu'il n'existe pas une cause permanente de cette subinvolution, comme la rétention d'un fragment placentaire. Pour la fixation de ce point l'anamnèse pourra nous fournir des indications importantes; la question se pose ainsi, est-il survenu une fausse couche pendant les derniers mois? Il est vraiment surprenant de voir combien il est difficile d'obtenir une réponse satisfaisante à cette simple question. Lorsqu'il existe quelque soupçon de fausse couche ou d'avortement, il est fort probable qu'il est resté dans l'utérus quelque débris placentaire. Lorsque l'hémorrhagie a été très abondante, que la malade est anémiée, il est du devoir du praticien de rechercher de suite et d'enlever immédiatement le fragment retenu dans la cavité utérine. Lorsque le col est ouvert, de manière que le doigt peut être presque introduit, la rétention est presque certaine, et le fragment placentaire pourra facilement être retiré au moyen de ma pince à faux germe, qui dans ces cas passera toujours à travers le col sans dilatation préalable (fig. 15).

On ne devra jamais oublier que ces malades sont toujours éminemment sujettes à l'infection, et toutes les précautions antiseptiques devront être prises afin de prévenir de pareils

accidents. On doit se rappeler que de petits fragments placentaires peuvent très bien être restés dans l'utérus après un *accouchement à terme et tout à fait normal*, même lorsqu'il a été suivi par un accoucheur expérimenté. Dans ces cas il se



Fig. 15. — Pince à faux-germe de TAIT.

peut très bien qu'il n'y ait eu aucune faute de commise, sauf celle d'avoir négligé les symptômes qui indiquaient nettement qu'il existait une rétention de débris placentaires, et d'avoir laissé survenir les hémorrhagies ou l'infection sans intervenir immédiatement. Des fragments placentaires peuvent être laissés dans l'utérus par les praticiens les plus expérimentés, mais ceux-ci ne commettront pas la faute de les y abandonner jusqu'à mettre en danger la vie de leurs malades.

**Traitement de la subinvolution.** — Lorsque le col est fermé, que l'anamnèse ne fournit pas d'indications assez précises, que par conséquent la rétention placentaire reste *douteuse*, et tout particulièrement lorsque l'hémorrhagie ne réclame pas une intervention immédiate, on pourra, avant de procéder à la dilatation, essayer une autre méthode pour arriver au diagnostic.

Elle consiste à traiter la malade par le *repos au lit* et par l'administration d'*ergot de seigle* et de *sels de potasse*. Lorsque les pertes sanguines cessent d'une manière permanente à la suite de ce traitement, nous pouvons être certain qu'il s'agit d'une simple *subinvolution*; mais lorsqu'il ne se produit pas de changement, la cavité utérine doit être de suite explo-

rée. L'action sur l'utérus des bonnes préparations d'ergot, comme l'ergotine Bonjean, est tout aussi incontestable que celle de l'opium sur les centres nerveux. Mais je désire dire un ou deux mots sur les sels de potasse, et ceci surtout pour défendre les idées de mon ami le professeur *Binz*, de Bonn. Chacun sait que le *bromure de potassium* est un véritable spécifique contre la subinvolution utérine simple, mais, ce qui est beaucoup moins connu, c'est que cette action est due à la potasse et non pas, comme on le suppose généralement, au brome. D'après mes propres expériences, le bromure de sodium ne donne pas du tout des résultats aussi satisfaisants que le sel de potassium, tandis que celui-ci peut être très bien remplacé par le *chlorate de potasse*. Je ne mets pas en doute que l'on pourrait obtenir les mêmes résultats avec d'autres sels de potassium si l'on pouvait les prescrire à des doses suffisamment élevées; mais, à l'exception du citrate, tous les autres sont toxiques et ils pourraient être nuisibles à l'estomac, si on essayait de les prescrire à dose élevée pour un traitement qui doit être d'une certaine durée; par contre le citrate agit comme purgatif et il traverse si rapidement l'organisme, qu'il n'a pas le temps d'agir convenablement.

Le bromure de potassium ou le chlorate de potasse, à la dose de 30 centigrammes, trois fois par jour, et associé à l'ergot, a une action manifeste sur toutes les hémorrhagies utérines, à moins qu'elles ne soient dues à quelque cause étrangère, comme à la présence de tumeurs fibreuses ou cancéreuses, ou à la rétention de débris placentaires.

Mon traitement habituel pour la subinvolution et toutes ses complications, traitement auquel je suis attaché depuis ces 18 dernières années, consiste en l'administration de chlorate de potasse, à raison de 0,30 trois fois par jour, auquel on ajoute l'ergotine pendant deux ou trois jours avant et pendant toute la durée de la menstruation. On devra prescrire à la malade de garder le lit pendant ses périodes menstruelles

BIBLIOTECA MUSEO HISTORICO NATURAL

pour les six ou huit premiers mois du traitement, mais il est bien rare qu'on puisse l'obtenir. La grande majorité des cas, certainement quatre-vingt-dix pour cent, guériront à la suite de ce traitement, et les autres céderont à l'emploi de la curette et du cautère.

A propos des méthodes employées pour combattre les hémorrhagies utérines, je désire encore dire ici qu'aucune excuse ne peut à mon avis justifier le *tamponnement vaginal* sauf le cas d'urgence absolue lorsque le praticien manque d'assistance ou n'a pas à sa disposition les instruments nécessaires pour agir autrement. C'est un procédé barbare, mal-propre et peu scientifique, qui n'est généralement mis en œuvre que par des praticiens sans expérience et pusillanimes. Si l'hémorrhagie se fait à travers un orifice cervical fermé, on doit le tamponner avec une éponge dans le but de découvrir plus tard la source de l'écoulement sanguin. Mais si la cause en est connue et si elle ne peut être écartée, le traitement doit consister en une injection utérine avec l'acide acétique, ou même avec un sel de fer, quoique ce dernier procédé soit accompagné de dangers très sérieux.

Dans les cas de *métrite chronique*, l'utérus est augmenté de volume, il est dur et sensible au toucher et généralement on pourra constater aussi une augmentation du volume des ovaires. Cette affection est due surtout à une *subinvolution répétée*; c'est-à-dire que déjà après le premier accouchement l'utérus n'a pas subi une régression complète, puis la malade redevient enceinte, le processus se répète de grossesse en grossesse, l'utérus acquiert bientôt un volume double ou triple d'un utérus normal, et il survient un écoulement leucorrhéique abondant et continu. La menstruation devient si fréquente qu'elle se reproduit à intervalles de 8 ou 15 jours, et toute tentative de coït l'augmente encore ou la fait apparaître. Le poids de l'organe produit souvent un prolapsus ou même

une procidence utérine, qui contribue grandement à augmenter les misères de ces malades.

**Traitement de la métrite.** — Le traitement consiste avant tout en un repos absolu au lit pendant la période menstruelle, et en la suppression totale des rapprochements sexuels. Je dis, repos au lit, car il est absolument impossible d'obtenir des malades qu'elles se reposent si on ne les traite pas au lit. Si vous leur prescrivez le lit, elles y resteront peut-être; tandis que jamais elles ne resteront sur un divan, tant qu'elles auront des chaussures aux pieds.

Le traitement *médical* consiste en l'administration d'ergotine et de sels de potasse, et on doit éviter avant tout les ferrugineux.

L'anémie est évidemment un symptôme constant de la métrite chronique; les praticiens sans expérience prescrivent les ferrugineux en grande quantité et ils s'étonnent que leurs malades aillent toujours de plus en plus mal. Après la guérison de l'affection utérine, le fer fera merveille, mais auparavant il fera toujours plus de mal que de bien. Les injections astringentes sont tout à fait *inutiles*, tandis que le traitement intra-utérin, appliqué convenablement, peut être un puissant auxiliaire du traitement général.

Mais avant de procéder à quelque intervention intra-utérine que ce soit, même à l'introduction d'une sonde, je ne puis assez recommander de toujours s'assurer que l'utérus est absolument vide. Lorsque l'on est absolument rassuré quant à cette alternative, on peut appliquer des astringents ou des caustiques, comme le *sulfate de zinc*, l'*acide phénique*, les *solutions de nitrate d'argent* ou d'*acide chromique* et même, si c'est nécessaire, l'*acide nitrique*, soit au moyen de la sonde de *Playfair*, soit au moyen de mes bâtons solubles. La première méthode est le plus généralement employée, la seconde est plus élégante et plus efficace. L'application de l'acide chromique sur l'utérus peut produire des vomissements et un effet

purgatif bien marqués, et par conséquent ce n'est pas un médicament absolument inoffensif.

Lorsque la métrite chronique est consécutive à un état *aigu*, on ne saurait prendre trop de précautions dans l'intervention intra-utérine, si l'on ne veut pas avoir une récurrence de l'accident primitif.

#### ENDOMÉTRITE AIGUE

Elle est presque toujours la conséquence d'une infection blennorrhagique, quoique j'aie observé quelques exemples où elle paraissait être simplement catarrhale. Elle s'accompagne toujours d'une violente douleur spasmodique sus-pubienne, se prolongeant le long des cuisses et dans le dos, et d'une certaine élévation de température; mais ses symptômes caractéristiques sont un *écoulement abondant jaunâtre* et une grande sensibilité de l'utérus au toucher.

**Traitement.** — On prescrira le repos au lit, des pessaires d'acétate de plomb et d'opium, des fomentations chaudes sur l'abdomen, ou des cataplasmes, et un traitement général anti-phlogistique. Les injections vaginales doivent être absolument proscrites.

Après la période aiguë, on pourra employer avec beaucoup de précautions la médication intra-utérine, mais on ne doit toujours avoir présent à l'esprit le danger de repousser l'infection dans les trompes.

#### ENDOMÉTRITE CHRONIQUE

Souvent elle n'est que la suite de l'endométrite aiguë, mais plus fréquemment elle accompagne la métrite chronique résultant de la subinvolution utérine; dans ces cas elle sera traitée par l'application de substances astringentes dans la cavité utérine ou par le curetage. Chez des jeunes femmes

non mariées, on la rencontre parfois accompagnée d'*ovarite chronique*; dans ces cas elle produit toujours un mauvais état général et, si ces jeunes filles se marient, la stérilité est à peu près certaine. Ses symptômes principaux sont une menstruation abondante, suivie d'une leucorrhée profuse; cette leucorrhée suit immédiatement la période menstruelle et diminue peu à peu d'intensité jusqu'à la période suivante. On pourra en obtenir la guérison par des applications locales dont j'ai déjà parlé, et par le traitement de l'ovarite chronique, dont nous parlerons en temps et lieu.

#### ENDOMÉTRITE OU DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE

Il existe une forme spéciale d'endométrite à laquelle on a donné le nom de *membraneuse* ou *exfoliante*, en raison de ce fait particulier, que l'utérus expulse à intervalles plus ou moins réguliers une membrane, reproduisant la forme de la cavité utérine. Cette affection est généralement désignée sous le terme de *dysménorrhée membraneuse*, mais, comme la muqueuse peut être expulsée en dehors des périodes menstruelles, je préfère de beaucoup lui conserver le nom que j'ai adopté, celui d'*endométrite membraneuse*.

L'affection n'est pas très rare, c'est une des causes les plus rebelles de dysménorrhée et elle nécessite un traitement longtemps prolongé pour arriver à une guérison complète. La nature de la membrane expulsée a été une source intarissable de discussions violentes entre les gynécologues; les uns prétendent qu'elle représente la véritable muqueuse utérine et que son expulsion est déterminée par quelque affection ovarienne, les autres la considèrent comme le résultat d'un état inflammatoire, comme une véritable membrane adventice.

Pour ma part je crois que cette dernière opinion est très souvent la plus exacte, quoiqu'elle semble dépendre d'idées