

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 curettage. 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

bien vieilles en pathologie gynécologique ; mais elle est le résultat d'une étude étendue et soigneuse de ce sujet si intéressant. J'ai certainement rencontré quelques cas de dysménorrhée, où des fragments de membranes et deux cas où des revêtements membraneux complets avaient été expulsés soit au moment soit après la période menstruelle, et ces membranes représentaient sans aucun doute la muqueuse utérine. Mais tous ces cas se produisirent chez des femmes mariées et stériles, ou chez des femmes qui avaient été mariées. Je n'ai vu qu'un seul cas semblable chez une vierge ; et quoique j'aie examiné un nombre considérable de débris membraneux provenant de malades encore vierges, je n'y ai jamais trouvé trace des tissus existant chez les autres ; ces jeunes malades expulsent assez souvent de petits fragments de membranes en dehors des périodes menstruelles, et cette expulsion est toujours accompagnée d'un écoulement purulent.

27 août 1880. — L. S., âgée de 20 ans, est vierge. — Début de la menstruation à 14 ans, toujours très régulière. Dès le troisième mois elle commence à devenir très douloureuse, et depuis lors la malade expulsait chaque mois le revêtement membraneux complet de sa cavité utérine elle en apportait d'ailleurs un spécimen avec elle. Ses douleurs commençaient une demi-heure avant l'apparition de l'écoulement, et duraient jusqu'après l'expulsion de la membrane, elles cessaient alors subitement et complètement ; elles étaient absolument *expulsives*. Les règles duraient six jours, et c'est toujours le troisième jour que la muqueuse était complètement éliminée.

Après avoir épuisé sans aucun succès tous les traitements prescrits par les autorités les plus compétentes et de nombreuses consultations, je me décidai à pratiquer l'*enlèvement des anneaux de l'utérus*, et j'obtins un succès complet et immédiat.

Par contre tous les cas d'expulsion de véritables membranes déciduales, qui sont survenus dans ma pratique, m'ont toujours paru être des accidents de fausses couches menstruelles d'une espèce particulière, qui jusqu'à ce jour ont été incomplètement décrites ou même méconnues.

Les caractères principaux sont l'irrégularité des périodes, les intervalles inter-menstruels étant souvent de 5, 6, 7 ou même 8 semaines ; les règles sont de courte durée et peu abondantes ; elles ne sont pas nécessairement douloureuses. Presque invariablement, et certainement pendant la majorité des périodes menstruelles survient l'expulsion de fragments de membranes ou de membranes entières, présentant tous les caractères microscopiques de la muqueuse utérine.

L'observation d'une de mes malades est si intéressante et j'ai fait de ce cas une étude si complète que je tiens à les rapporter ici avec tous ses détails.

En 1871 je fus consulté par une dame qui avait été mariée pendant près de douze ans sans avoir jamais eu d'enfants. Sa menstruation était très irrégulière, parfois douloureuse et à presque chaque époque ou quelques jours après elle expulsait des débris de membranes. Je les examinai à différentes reprises et je trouvai toujours qu'elles présentaient la structure glandulaire particulière à la muqueuse utérine. Trois fois des moulages complets de la cavité furent éliminés et me furent apportés. Les deux premiers présentaient une surface villose uniforme, reposant sur une membrane polie, recouverte d'épithélium pavimenteux, et ils ne contenaient qu'une petite quantité de liquide albumineux et parfaitement limpide. Mais le troisième spécimen avait un caractère vilieux plus indiqué sur une petite partie de sa surface externe, et lorsque cette poche fut incisée on trouva à l'intérieur au point correspondant à cette tache villose un petit corps pédiculé de substance blanche, qui sans aucun doute était un embryon, arrêté dans son développement.

Avant l'expulsion de ce dernier spécimen la malade avait été près de 9 semaines sans avoir ses règles, et c'est l'intervalle le plus long qui se soit présenté pendant toute sa vie. Bientôt après cet incident elle devint veuve et sa menstruation, quoique peu abondante, redevint régulière ; elle n'expulsait plus de membranes.

Une année après la mort de son premier mari, elle se remaria ; elle eut un bel enfant douze mois après son mariage et est actuellement la mère de quatre bébés.

Il est presque impossible de ne pas conclure, que dans ce cas la plupart de ces anomalies de menstruation étaient de véritables fausses couches à répétition, dues à une stérilité incomplète de la part du premier mari. Lorsque je me renseignai sur les détails de sa première vie conjugale, je ne pus découvrir aucun signe de l'insuffisance ou de l'incapacité du mari, mais il devait certainement avoir existé chez lui une cause

de *stérilité relative*. Il est bien connu qu'un état assez analogue de fausses couches à répétition est déterminé par la syphilis du mari.

Un autre cas, que j'eus à soigner presque en même temps, pourrait encore appuyer mes conclusions.

La malade avait été mariée pendant dix ans, et elle n'avait jamais eu d'enfants, quoiqu'elle supposât avoir fait plusieurs fausses couches, dont aucune au delà du quatrième mois, d'ailleurs toute cette partie de son histoire était assez obscure. Néanmoins elle insistait sur le fait qu'avant son mariage sa menstruation avait toujours été régulière et sans douleurs, tandis que depuis lors elle était devenue absolument irrégulière et très douloureuse.

Son médecin, *M. Hallwright*, me procura différentes poches membraneuses, qu'elle avait expulsées au moment de sa menstruation et qu'il considérait avec raison comme des signes de fausses couches. Elle étaient toujours peu volumineuses, leur plus grand diamètre ne dépassant pas trois centimètres, et elles présentaient tous les caractères de la caduque, comme dans l'observation précédente; elles présentaient presque toujours, à l'exception d'un seul cas, un rudiment d'embryon.

Il existait en plus chez cette malade une grande tumeur ovarienne, se développant rapidement, que j'enlevai; j'espérais qu'après sa guérison il se produirait une sensible amélioration dans l'état de sa menstruation. Mais je fus déçu dans mon attente, car les mêmes accidents se reproduisirent à intervalles plus ou moins réguliers, et ceci pendant les cinq ans qui se sont écoulés depuis l'opération, d'ailleurs elle jouit sauf cela d'une excellente santé.

Ces deux cas confirment encore l'opinion de *Devilliers* (1) et la théorie qu'il défend est singulièrement en harmonie avec celle que j'avais développée quelques années avant lui.

Il faut distinguer deux parties distinctes dans l'acte sexuel. « On a conclu, dit-il, qu'un homme dont la constitution est épuisée par les excès, les maladies ou l'âge, ne peut engendrer qu'un produit inapte à se développer. Nous ferons remarquer que la faculté procréatrice est complètement distincte de celle du développement, et que cette dernière est toute relative ». Ainsi un homme de faible constitution pourra féconder une

(1) DEVILLIERS, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, t. IV, article Avortement spontané, p. 306.

femme robuste, et celle-ci, par sa vigueur, donnera à l'ovule la vitalité nécessaire à son développement et à sa naissance. On connaît des exemples certains de femmes, qui ont toujours avorté avec un premier mari et qui ont eu de vigoureux enfants avec un second époux. Tout ceci démontre qu'il existe une « *stérilité relative* » de la part du mari, comme il peut exister une *stérilité absolue*.

J'ai eu l'occasion d'observer des cas, où ces fausses couches à répétition arrivaient au quatrième ou au cinquième mois; les villosités localisées sur un point de la caduque, dont nous avons déjà parlé, se développaient en un grand placenta, paraissant absolument sain, de forme presque globuleuse, au milieu duquel existait une petite cavité contenant quelques cuillerées de liquide clair. Celle-ci représentait la poche ovulaire; parfois elle contenait un embryon rudimentaire sous la forme d'une petite proéminence, fixée sur la paroi de la poche, mais le plus souvent il n'en existait aucune trace.

D'autres exemples de cette espèce ont été soumis par des praticiens à mon appréciation; je leur ai donné le nom de « *grossesses infécondes* » et je crois qu'elles sont dues à l'absence de fécondité complète de la part d'un des conjoints — très probablement du mari. Ce qu'on a appelé jusqu'à présent *môle hydatiforme* n'est à mon avis qu'une variété de cette formation.

Il est certain que jusqu'à présent il a existé une certaine confusion dans cette question, en ce que l'on a confondu ces derniers accidents avec les cas de véritable endométrite exfoliante, quoique dans les premiers il n'existe après l'expulsion des membranes aucun processus inflammatoire de la muqueuse utérine.

Cette véritable *endométrite exfoliante* peut se rencontrer aussi bien chez les vierges que chez les femmes mariées et, dans ce dernier cas, elle devient une cause de stérilité. La

menstruation est régulière, abondante, presque toujours douloureuse et, quoique les membranes apparaissent généralement à ce moment, elles peuvent aussi très bien être expulsées en dehors des époques menstruelles. Je les ai souvent enlevées au moyen d'une sonde, entre deux périodes menstruelles.

C'est toujours une affection *extrêmement rebelle*, et dans quelques cas il semble impossible d'arriver à une guérison complète, on ne peut que l'atténuer et l'améliorer.

Parfois elle n'apparaît qu'à une période assez avancée de l'existence, mais le plus souvent les malades font remonter le début de leurs souffrances au moment de la puberté. La douleur menstruelle a un caractère expulsif et elle commence dès la première apparition de l'écoulement sanguin; celui-ci est toujours suivi d'une leucorrhée, qui disparaît parfois avant l'époque suivante. La découverte de fragments de membranes, que l'on doit bien distinguer de caillots, complètera le diagnostic.

Il existe fort souvent chez ces malades une sténose de l'orifice interne; en discisant l'orifice on améliorera toujours considérablement leur état local.

Traitement. — Le traitement le plus efficace est celui que je vis employer pour la première fois par *Sir James Simpson*, — l'application de crayons solides de sulfate de zinc desséché. Il employait aussi de la même manière le crayon de nitrate d'argent, et je dois dire que, quoique ce dernier soit plus douloureux que le sulfate de zinc, il est encore plus efficace.

PÉRIMÉTRITE ET PARAMÉTRITE

L'usage des deux termes de « *périmétrite* » et de « *paramé-
trite* », introduits dans la littérature par *Virchow* (qui n'entend pas grand chose en matière gynécologique) et défendus

par *Mathews Duncan* (qui n'a jamais exploré un bassin pendant une laparotomie), a abouti à une confusion si grande, qu'elle exigera bien des années avant d'être débrouillée. Elle a été encore augmentée par l'introduction du mot « *cellulite* » qui est dû au *D^r Emmet*.

Si la paramétrite et la cellulite pelvienne, (qui en somme représentent une seule et même affection), sont réintégrées à la place qu'elles doivent occuper, elles constituent une maladie rare.

Nous entendons par *périmétrite* un processus inflammatoire du péritoine pelvien, affection par conséquent *péritonéale*. Par *paramétrite* nous comprenons l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, siégeant *en dehors du péritoine*.

La périmétrite ou *pelvi-péritonite* est un accident beaucoup plus grave que la paramétrite, elle est le plus souvent due à deux facteurs principaux. Ce sont la parturition et l'infection blennorrhagique. Si nous avons présent à l'esprit le fait que le péritoine doit être envisagé comme un vaste ganglion lymphatique, dans lequel se passent les plus importants phénomènes de résorption, nous aurons l'explication de la rapidité avec laquelle il peut être influencé par un traumatisme ou par un processus infectieux quelconque. Le plus souvent la pelvi-péritonite résulte d'une infection ou d'un traumatisme, survenant chez des parturientes, et par conséquent elle sera soignée par les accoucheurs.

Malheureusement les chirurgiens en voient encore quelques cas après les ovariectomies ou après d'autres opérations abdominales. La pelvi-péritonite post-puerpérale ou due à d'autres causes septiques peut devenir rapidement fatale, car elle aboutit fréquemment à la péritonite généralisée. Elle s'annonce par la douleur, par une grande sensibilité de la région péri-utérine, par un pouls très fréquent, une forte élévation de température, des vomissements, des éructations et