

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 « *paramétrite* », 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

la distension de l'abdomen. Les seuls médicaments dignes d'être mentionnés sont l'opium, les *fomentations chaudes*, les *vésicatoires*, mais il est bien rare que leur emploi soit couronné de succès. Ces dernières années j'ai proposé dans ces cas d'ouvrir l'abdomen et de laver la cavité péritonéale, j'ai exécuté cette opération dans cinq cas et j'ai eu deux succès.

La périmérite provenant d'une extension de l'infection blennorrhagique aux trompes, est décrite sous le nom de *salpingite*, et je ne la mentionne ici que pour dire qu'elle constitue une affection grave, mais pas nécessairement fatale, car elle aboutit beaucoup plus rarement à la péritonite généralisée que la variété d'origine septique.

Les pessaires opiacés, l'opium administré par le rectum et par la bouche, les fomentations chaudes et peut-être des sangsues au-dessus du pubis sont la seule thérapeutique indiquée.

Cette affection a une grande tendance à la récurrence, elle est suivie de troubles fonctionnels des ovaires, de la stérilité et très souvent de l'impossibilité de supporter le coït.

Diagnostic. — Dans la majorité de ces cas, le *diagnostic* est rendu très difficile par l'absence de renseignements positifs, car ou bien la malade ignore réellement la cause de ses souffrances, ou bien elle la cache de parti pris. Au début l'examen physique ne fournit que peu de renseignements, mais plus tard on trouvera l'utérus fixé, et repoussé un peu en avant; le petit bassin est occupé par une tuméfaction molle et souvent fluctuante.

Le *diagnostic différentiel* et le *traitement* de ces cas seront discutés dans le chapitre où nous parlerons des annexes de l'utérus.

Dans les cas de périmérite septique l'épanchement est purulent d'emblée, tandis que dans les formes traumatiques il est surtout séreux; de sorte que dans le premier cas nous avons une grande tendance de la péritonite généralisée, qui

peut devenir rapidement mortelle, tandis que dans la seconde forme presque tous les cas guérissent en laissant à leur suite des lésions des annexes de l'utérus. En somme on ne peut dire que ces cas aboutissent jamais à une guérison complète, comme nous le verrons plus tard. L'utérus se trouve bridé par l'organisation de l'exsudat lymphatique; il contracte des adhérences avec le sacrum et les organes voisins et cette condition fait bientôt de la malade une véritable invalide; il peut survenir des résultats encore plus fâcheux, comme la formation de pyosalpinx, qui peuvent exister depuis des années chez des malades qui ont été regardées comme complètement guéries de leurs précédentes poussées inflammatoires.

Avant que la chirurgie moderne eût apporté un peu de lumière parmi ces différentes affections, je croyais, comme tant d'autres le font encore, que la *paramérite* ou *pelvicellulite* était une affection fréquente, et dans mon *Traité* de 1878 il est bien évident que j'ai confondu les cas de *lésions des annexes de l'utérus* avec la « *pelvicellulite* ». Cette dernière lésion est rare, et elle se présente sous deux formes qui dépendent de la situation occupée par le processus inflammatoire. Lorsqu'elle est située dans l'intérieur du ligament large, on constate une *tumeur fluctuante* siégeant en avant de l'utérus, derrière la vessie, et s'ouvrant fréquemment dans cette dernière. Si elle siège à l'extérieur du ligament large on la trouvera sous la forme d'une masse mal définie, s'étalant au sommet du bassin. Dans cette position elle se fait jour parfois au niveau du détroit supérieur, elle constitue alors « *l'abcès pelvien ordinaire* » dont les fistules peuvent persister pendant des années.

Les hématoécèles suppurées du ligament large ont une terminaison analogue. L'abcès s'ouvre rarement dans le rectum, car il est généralement situé au-dessus de son niveau et en avant.

Traitement. — Ainsi que j'aurai encore l'occasion de le

dire plus tard, je traite tous ces cas par la laparotomie et le drainage, et ces malades sont guéries en autant de jours qu'il leur fallait de mois pour se remettre d'après l'ancienne méthode de traitement.

ATROPHIE UTÉRINE

Nous avons traité la subinvolution en parlant de la métrite chronique, nous avons à nous occuper à présent de l'affection inverse, l'*atrophie de l'utérus*; c'est une maladie extrêmement rare, et tout ce que nous en savons, nous le devons à *Simpson*. Elle constitue un état assez analogue dans ses détails à l'arrêt de développement de l'utérus, avec cette différence qu'avant de s'atrophier, l'utérus avait le volume d'un utérus gravide. Nous ne savons par quel processus la régression utérine peut dans certaines conditions aboutir à une véritable atrophie de l'organe; et je n'ai pu découvrir les résultats que d'une seule autopsie, précisément dans l'observation de *Simpson*. La malade était âgée de 20 ans, et elle n'avait jamais eu ses règles depuis son premier accouchement; l'observation ne mentionne aucune complication fébrile à laquelle on pût attribuer cette atrophie anormale de l'utérus.

A l'autopsie on constata que l'utérus avait une longueur de 1 pouce 1/2, ses parois étaient moitié moins épaisses qu'à l'état normal, le tissu utérin était dense et fibreux. Les ovaires étaient aussi très atrophies et on ne pouvait constater dans leur structure fibreuse la moindre apparence des follicules de Graaf.

Il est douteux que dans ce cas l'atrophie utérine fût consécutive à l'atrophie des ovaires, et qu'elle suivit ainsi la loi générale d'après laquelle les organes *inutiles* ont une tendance à disparaître.

J'ai eu l'occasion de soigner différents cas où je croyais avoir affaire à une véritable atrophie de l'utérus, mais dans cha-

cun d'eux l'affection avait été précédée par quelque complication fébrile, généralement de nature infectieuse, survenant après un accouchement ou après une fausse couche; et mon impression est que dans la majorité de ces cas c'est une fausse couche qui avait été l'origine de cette curieuse affection. Par conséquent je serais très disposé à envisager cette atrophie comme la conséquence d'une *ovarite atrophique*, survenant au moment de la régression post-puerpérale.

Ainsi, dans un cas que j'ai publié (1), et qui était certainement le cas le plus prononcé d'atrophie utérine que j'aie jamais observé, la malade avait eu la scarlatine pendant la première semaine de sa convalescence après son second accouchement. Elle vint me voir en 1871, sept ans après cette maladie et j'ai continué à l'observer depuis lors. La première fois que je vis cette malade, son utérus était absolument *infantile*, et la portion vaginale du col était simplement représentée par une légère bosselure. Les règles avaient disparu, et elles étaient remplacées par de graves accès épileptiformes, dont on trouvera les détails dans l'article original. Je réussis à rétablir la menstruation et à obtenir une augmentation de volume de l'utérus par l'emploi des pessaires intra-utérins galvaniques; dès la réapparition des règles l'épilepsie disparut. Mais lorsque je discontinuai l'usage du pessaire intra-utérin, la menstruation cessa de nouveau et peu à peu les accès se reproduisirent; cette expérience fut renouvelée plusieurs fois toujours avec le même résultat.

En me rappelant ce cas et quelques autres, en me basant encore sur d'autres faits dont nous parlerons plus tard à propos de l'ovarite exanthématique, je suis très porté à croire que cette atrophie est sous la dépendance de l'ovarite survenant pendant la période post-puerpérale, que l'utérus continue alors cette atrophie commencée dans l'ovaire, jusqu'à ce qu'il

(1) *London obstetrical Journal*, mai 1873.

n'existe plus de tissu musculaire. Je ne suppose pas que cette ovarite doive nécessairement être de nature exanthématique ; mais la périophorite, comme les processus inflammatoires intéressant le revêtement de l'ovaire, ne semble pas affecter la menstruation, elle conduit plutôt à la stérilité. Ces idées donneraient la clef de certains faits, qui sans cela restent inexplicables, par exemple, un des plus remarquables, la grande rareté de cette atrophie. En premier lieu cette ovarite soit exanthématique soit interstitielle qui aboutit à l'atrophie de l'ovaire et qui est souvent fatale, se rencontre rarement pendant l'état puerpéral ; la majorité de ces cas se terminent par la mort. Le peu de femmes qui guérissent sont atteintes consécutivement d'atrophie utérine.

Par contre les nombreuses malades non-puerpérales qui souffrent d'une atrophie de l'ovaire, consécutive à un processus inflammatoire quelconque, ne seront pas atteintes d'atrophie de l'utérus, parce qu'au moment de l'affection ovarienne l'utérus n'était pas en voie de régression post-puerpérale. Cette explication peut s'accorder avec l'observation et avec les constatations de *Simpson* et elle s'accorde aussi fort bien avec les principes généraux de la physiologie de l'ovaire.

Les applications pratiques nous montrent que, dans ces cas, nous pouvons obtenir une amélioration momentanée par l'emploi du pessaire galvanique, mais que cette amélioration cesse dès qu'on enlève le pessaire ou que son action stimulante devient insuffisante.

HYDROMÈTRE

Nous comprenons sous cette dénomination la rétention dans l'utérus du liquide clair, secrété à l'état normal par la muqueuse utérine ; par conséquent l'*hydramnios* ne doit pas être compris dans cette définition.

L'hydromètre résulte toujours de l'atréisie d'un des orifices

du col, la sécrétion utérine ne pouvant s'écouler à l'extérieur. Ces sténoses peuvent provenir de rétraction cicatricielle après une ulcération ou de quelque traumatisme mécanique. Les principaux symptômes consistent en *douleurs expulsives*, ressemblant un peu à celles de l'hématocolpos ou de la rétention du sang menstruel, mais elles ne sont pas aussi aiguës que ces dernières. Cette affection se rencontre presque uniquement chez les femmes qui ont dépassé la ménopause ; l'utérus atteint rarement un gros volume, car la plus grande partie du liquide se résorbe et il ne reste plus que les éléments solides du mucus utérin. *Simpson* relate un cas tout à fait exceptionnel dans lequel il retira de la cavité utérine une grande quantité de liquide séreux ; l'organe avait atteint le volume d'une grossesse arrivée au cinquième ou sixième mois, et l'accumulation du liquide était due à la présence d'un canéroïde, siégeant sur le fond de l'utérus. Dans un cas pareil les symptômes peuvent devenir inquiétants, ils exigent un examen minutieux ; la première difficulté sera d'éliminer la possibilité d'une grossesse, puis on incisera le canal oblitéré.

En septembre 1878, j'opérai un cas d'hydromètre chez une jeune fille, où aucun des signes physiques n'aurait rendu le diagnostic possible.

La menstruation s'était établie à 16 ans et elle n'avait jamais été régulière. Elle présentait des interruptions de trois ou quatre mois, et lorsque l'écoulement se rétablissait il était toujours très peu abondant, mais jamais douloureux. La malade avait eu ses dernières règles au mois d'avril 1877, et au mois de juillet de la même année, on s'aperçut que son ventre augmentait de volume.

Je la vis en consultation avec Dr *Eshelby*, de Stonehouse, en juillet 1878 et je diagnostiquai une *tumeur monokystique*, probablement *paraovarienne*. Elle fut ponctionnée, mais le kyste se reforma rapidement et je pratiquai la laparotomie deux mois plus tard. Je fis une incision médiane de 12 centimètres à travers les tissus habituels, mais je cherchai en vain la présence du revêtement péritonéal. La paroi du kyste était évidemment musculaire et en ouvrant sa cavité, après avoir

enlevé environ 4 litres de liquide séreux, il devint évident que la tumeur était constituée par le *corps de l'utérus*.

Le kyste se contracta remarquablement pendant l'opération; on pouvait sentir par le vagin que le col correspondait à la base de la tumeur et qu'il était tout à fait oblitéré; enfin la forme du kyste, tout particulièrement après sa contraction, étant bilobé au sommet, correspondait aux deux cornes utérines et les intestins s'étendaient derrière la paroi postérieure tout à fait en bas, jusqu'à l'insertion vaginale. Je n'osai pas prolonger mon incision en haut pour ouvrir la cavité péritonéale, mais je crois que l'absence du cul-de-sac péritonéal antérieur devait être congénitale.

Je plaçai un tube à drainage dans la plaie et je refermai l'abdomen. Le kyste se contracta rapidement, la malade fit une rapide guérison, elle est actuellement parfaitement guérie, mais elle n'a jamais été réglée depuis l'opération.

En réfléchissant à cette observation je ne vois pas comment j'aurais pu arriver à un diagnostic plus exact. Avant la première ponction, je constatai que l'utérus était intimement associé à la tumeur, comme il l'est presque toujours dans les cas de kystes paraovariens. Je ne me souviens pas avoir essayé de passer une sonde et très probablement je ne le fis pas. Je ne pense pas, d'ailleurs, que si j'avais essayé et que je n'aie pas réussi, comme il est fort probable, j'aie été mis sur la voie de la véritable nature de cette tumeur.

Si j'avais persévéré et réussi à rétablir le passage à travers le col, j'aurais pu guérir la malade de cette manière, mais mon impression est que le danger eût été plus grand et la chance de guérison infiniment moindre qu'en procédant par la section abdominale.

RÉTENTION PLACENTAIRE

J'ai déjà parlé des symptômes, du diagnostic et du traitement des cas de *rétention* d'une partie ou de la totalité du *placenta* après un accouchement ou après une fausse couche, et il ne me reste que peu à en dire; je désire cependant encore insister sur leur fréquence et faire ressortir le devoir de cha-

que praticien de toujours avoir à l'esprit la possibilité de cet accident.

Les sages-femmes et les gardes nous disent toujours qu'elles ont examiné le placenta et qu'il était complet; et j'ai même entendu des praticiens très compétents déclarer qu'ils étaient sûrs d'avoir tout extrait dans des cas où j'en avais retiré postérieurement des fragments importants. On ne peut jamais être sûr de l'entière extraction. En effet il peut exister des placentas secondaires, sous la forme de cotylédons séparés du gâteau principal, et l'examen de celui-ci ne peut nous en faire soupçonner l'existence. Un exemple remarquable de cette possibilité me fut signalé par M. J. B. Jackson, dans la pratique duquel un cotylédon placentaire de gros volume, qui n'avait aucune relation avec le reste, fut expulsé deux ou trois jours après l'accouchement.

L'écoulement persistant d'un liquide fétide, sanguinolent, se prolongeant après le moment de la cessation des lochies, doit toujours inciter le médecin à examiner minutieusement la cavité utérine; après une fausse couche, la continuation de l'hémorrhagie et sa récurrence doivent être interprétées de la même manière. J'enlevai une fois, en consultation avec le Dr *Thebwell Pike*, de Malvern, un cotylédon volumineux et bien distinct, six jours après l'accouchement.

RÉTENTION FŒTALE. — MOLE HYDATIQUE

On rencontre parfois des cas d'hémorrhagie utérine qui persistent après que l'on avait cru constater une grossesse; nous constatons une augmentation de volume de l'utérus, sans pouvoir découvrir les bruits du cœur fœtal ou d'autres signes de gravidité. D'autre part nous rencontrons aussi des cas d'hémorrhagie continue, qui indiqueraient une affection cancéreuse si la date récente de l'écoulement s'accordait mieux avec l'augmentation importante du volume de l'utérus.

Ces symptômes nous indiquent dans le premier cas l'existence d'un *fœtus mort* et l'imminence d'une fausse couche, dans le second la présence d'une *mole hydatique*.

Mon avis est que l'hémorrhagie utérine persistante, qui résiste au repos, à l'ergotine, au bromure de potassium réclame une intervention active et immédiate et je n'hésite jamais à dilater le col afin de faciliter l'expulsion du contenu utérin.

La mole hydatique est rarement retenue dans l'utérus plus de 5 mois et dans la majorité des cas elle est expulsée beaucoup plus tôt et sans aucun danger. Elle est due à une hypertrophie des villosités du chorion, appartenant à un ovule incomplètement fécondé et elle peut très bien survenir plusieurs fois de suite chez la même malade. J'ai eu à donner mes soins à une femme, qui avait eu cinq de ces moles et qui devint néanmoins enceinte d'un enfant vivant, mais nous ne fûmes certains du fait qu'au cinquième mois, lorsque nous entendimes les bruits du cœur fœtal. Je crois la pathologie de cette affection très analogue à celle que nous avons décrite comme *endométrite membraneuse*, et que, nous attribuons à la fécondation incomplète d'un ovule, car elle aussi est certainement le résultat d'une imprégnation.

DÉPLACEMENTS UTÉRINS

Depuis que *Simpson* a le premier attiré l'attention du monde médical, en 1848, sur l'importance des déplacements utérins, il n'y a pas de sujet en pathologie sur lequel il ait été écrit plus d'absurdités. Je ne vois pas cependant que la question ait avancé depuis la publication de ses leçons originales.

En me basant sur une expérience d'environ un quart de siècle, je suis disposé à croire que *Simpson* lui-même a exagéré l'importance des déviations utérines, mais, quelles que soient les erreurs qu'il ait pu écrire sur ce sujet, ce ne sont

que des taupinières en comparaison des montagnes élevées par quelques-uns de ses successeurs.

Il est vraiment amusant de considérer les nombreux points de vue, auxquels les différents auteurs envisagent ce sujet en somme fort simple : ils courent d'un extrême à l'autre et ne font qu'augmenter les difficultés par l'introduction de complications absolument inutiles. Un gynécologue distingué de ma connaissance semble découvrir une flexion ou une version spéciale chez chaque malade qu'il examine ; je l'ai même trouvé un jour s'efforçant d'arrêter une hémorrhagie, causée par la rétention d'un fragment placentaire, à l'aide d'un instrument compliqué qu'il avait introduit pour rectifier une soi-disant rétroflexion.

Dans la pratique d'un autre spécialiste, également fort distingué, il semble qu'il ne survienne jamais ni une flexion, ni une version, toute chose est attribuée « à l'inflammation et à l'irritation » utérine et est traitée par des drogues inutiles. Tout cela est excessivement malheureux pour la profession et diminue la confiance du public et du monde médical dans les spécialistes. Il est toujours assez difficile de nous débarasser complètement des préjugés et des préférences acquises. Il semble en effet que l'esprit humain ait tendance à considérer toujours au même point de vue les questions les plus diverses. Pour les déplacements utérins je crois que l'on évitera cette tendance en faisant une étude attentive de chaque cas particulier et en s'aidant des indications que le grand bon sens de *Simpson* nous a fournies sur ce sujet.

Lorsque *Scanzoni* dit gravement que les *antéflexions* sont au moins huit fois plus fréquentes que les *rétroflexions*, nous en pouvons conclure que le professeur distingué de Wurzburg a recherché les déplacements utérins avec un peu trop d'empressement, qu'il a cru les rencontrer dans des conditions absolument normales ou qu'il n'a pas attribué une attention suffisante à la valeur des expressions qu'il employait.