

d'aucune des causes habituelles de la métrite, malgré l'examen étiologique minutieux que j'ai pu faire.

Aussi je ne serais pas éloigné d'admettre que certains états généraux, la scrofule au moins, peuvent de toutes pièces créer un état inflammatoire de la muqueuse utérine, de même qu'au niveau d'autres muqueuses, mais il est encore impossible de se prononcer sur ce point de la pathogénie utérine.

8° Congestion utérine.

Je range ici la congestion utérine, bien que théoriquement elle soit essentiellement distincte de l'inflammation.

Congestion signifie simplement surabondance de sang, tandis qu'inflammation indique la lutte de l'organe contre un microbe.

Autrement dit la congestion est une *hyperémie*, la métrite une *septicémie*.

Il y a quelques années, les élèves d'*Aran* décrivaient la congestion et l'inflammation de l'utérus comme deux états essentiellement distincts, puis, dans l'unique but de simplifier la pathologie utérine, on les a confondues dans une même description, la congestion étant considérée comme le premier stade de l'inflammation.

Distinguons : dans toute métrite il y a en effet une phase congestive qui n'est qu'un des éléments de l'inflammation, mais il existe des congestions passagères de l'utérus qui sont indépendantes de l'inflammation et méritent une mention spéciale.

Cette congestion passagère se produit à la suite d'une fatigue exagérée, d'excès de coït, d'un refroidissement, au moment des règles, quelquefois sans cause appréciable.

Une des causes les plus importantes de cette congestion est la goutte; le nom de *métrite goutteuse* qu'on a donné à cet état est inexact, car il s'agit non pas d'une véritable inflammation mais de congestion.

Cette goutte utérine s'accompagne de métrorragies; c'est le traitement général antigoutteux et notamment le séjour à des eaux minérales appropriées, telles que Contrexéville, Vittel, dans quelques cas Plombières, qui donne les meilleurs résultats thérapeutiques; tout traitement local restant sans influence sérieuse.

La congestion utérine se traduit par de la pesanteur dans l'hypogastre, des douleurs de reins, de la fatigue des membres inférieurs. Elle dure de quelques heures à quelques jours et disparaît sous l'influence du repos.

Cette congestion utérine, qui se produit d'une façon analogue à la céphalgie ou à la migraine, et que j'ai proposé d'appeler *céphalalgie utérine*¹, est difficile à expliquer comme pathogénie, elle dépend vraisemblablement de l'innervation vaso-motrice de l'utérus.

Quoi qu'il en soit de sa pathogénie et de sa nature, il suffit d'observer cer-

¹ Auvard. *De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique*, 1891, p. 255.

taines femmes pour être convaincu de son existence, comme état indépendant et distinct de la métrite.

Dans ce *chapitre étiologique*, j'ai eu presque exclusivement en vue l'inflammation utérine, car c'est d'elle, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte, que dépend presque toujours l'inflammation des annexes, du péritoine et du tissu cellulaire.

Ces inflammations périutérines étant secondaires, je ne leur consacrerai pas, au point de vue des causes, une description spéciale, leur étiologie est analogue; qu'il me suffise de dire qu'il existe au niveau de l'ovaire une congestion distincte de l'inflammation, rappelant celle qui a été étudiée pour l'utérus.

III

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Le diagnostic et le traitement des inflammations des organes pelviens varient notablement suivant que les accidents revêtent la forme *aiguë* ou *chronique*, d'où la nécessité de scinder cette étude en deux :

A. — ACCIDENTS AIGUS

Début par un frisson ou une fièvre de suite intense, pouls fréquent. Inappétence, vomissements, diarrhée ou constipation.

Douleurs vives dans les reins, dans tout l'abdomen et notamment à l'hypogastre.

Le toucher va conduire au diagnostic.

Figure 264. — Tout l'utérus, col et corps, est gros, douloureux; le voisinage au contraire, normal et souple; il s'agit d'une *métrite*.

Figure 265. — L'utérus est normal, ou ne présente que les signes d'une inflammation ancienne et peu accentuée; partant des cornes de l'utérus, on sent une tumeur d'abord amincie, devenant de plus en plus volumineuse à mesure qu'on descend sur les côtés de l'organe, et se terminant par un renflement (ovaire et pavillon de la trompe), qui se trouve dans la fossette rétro-ovarienne ou le cul-de-sac de Douglas. La maladie est une *salpingo-ovarite*; je réunis ces deux inflammations, bien qu'elles puissent, rarement il est vrai, se rencontrer à l'état isolé.

La salpingo-ovarite est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale.

Figure 266. — L'utérus est normal ou peu altéré, mais au niveau d'un des

culs-de-sac latéraux, allant transversalement du col à la paroi pelvienne, le doigt perçoit une tuméfaction qui occupe nettement le ligament large, et

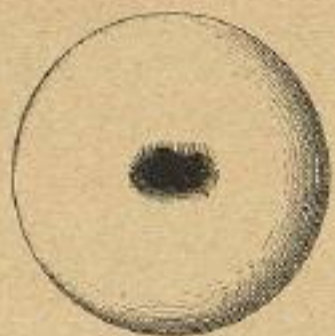


Fig. 264. — Métrite.

qui s'étend comme un large trait d'union entre l'utérus et la paroi pelvienne. On est en présence d'un *phlegmon du ligament large* ou *pelvi-cellulite*.

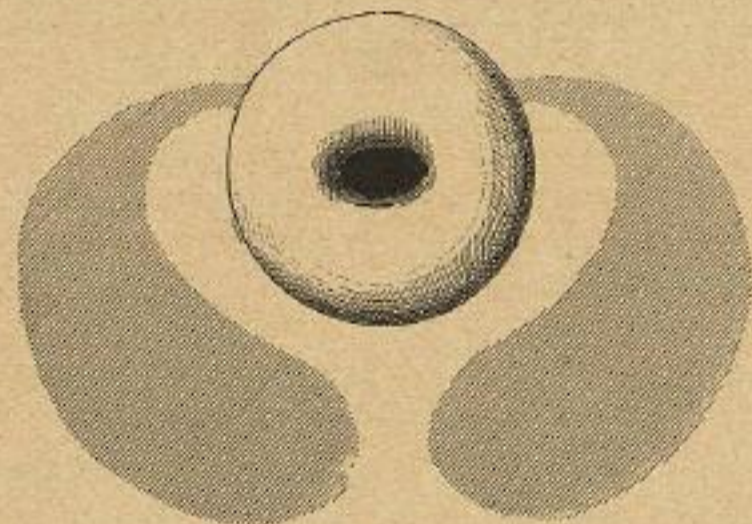


Fig. 265. — Salpingo-ovarite.

Ce phlegmon peut par exception occuper le sommet du ligament large, et il est alors plus difficilement accessible au doigt; le plus ordinairement il

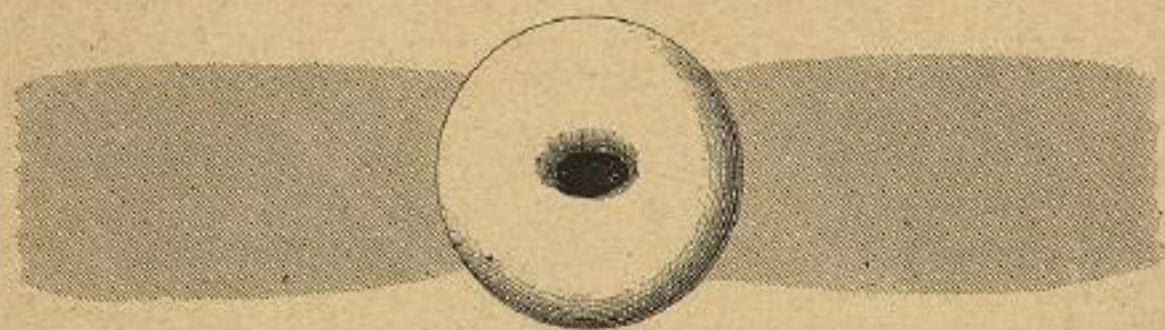


Fig. 266. — Pelvi-cellulite ou phlegmon du ligament large.

siège à la base, déprimant le cul-de-sac vaginal correspondant, et repoussant l'utérus du côté opposé.

La lésion est tantôt bilatérale, tantôt et plus ordinairement unilatérale.

Figure 267. — L'utérus est normal, ainsi que les culs-de-sac latéraux, dans lesquels le doigt ne rencontre aucune tuméfaction.

Mais la tumeur inflammatoire se trouve soit en avant, soit le plus ordinairement en arrière de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas.

Il s'agit d'une *pelvi-péritonite*, anté-utérine dans le premier cas, rétro-utérine dans le second.

Deux symptômes deviennent ici très nets et aident à préciser le diagnos-

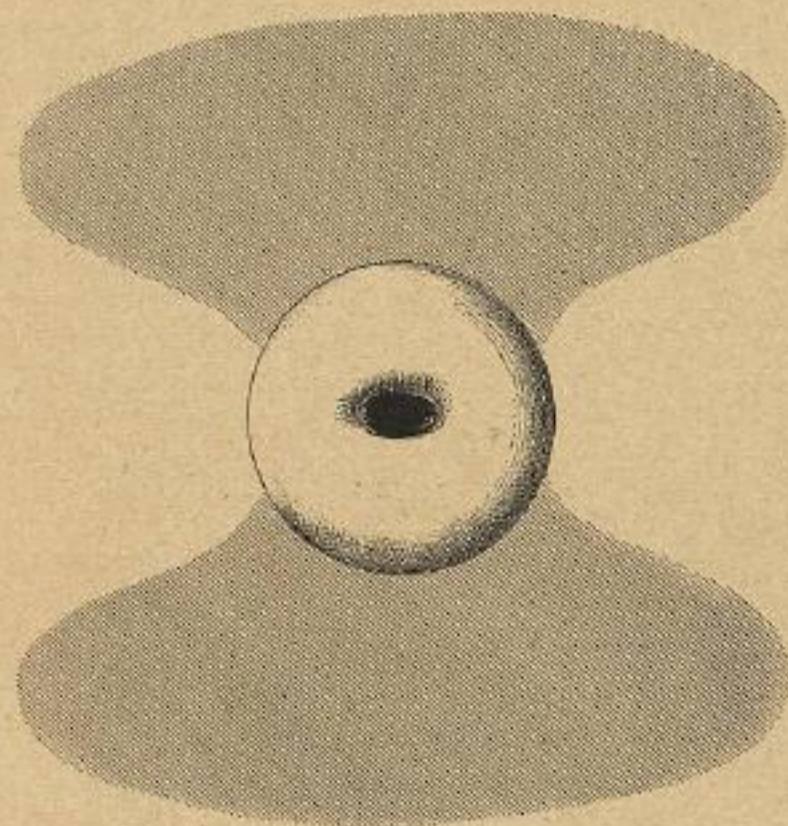


Fig. 267. — Pelvi-péritonite.

tic, à savoir, la sensibilité extrême de la paroi abdominale, des vomissements très fréquents et pénibles.

Je me suis borné au diagnostic des principales inflammations pelviennes; j'ai laissé de côté les pelvi-cellulites, susceptibles de se développer soit en arrière, soit en avant, accidents relativement rares par rapport à ceux que nous venons d'étudier, qui sont ceux de la pratique gynécologique courante.

L'inflammation est diagnostiquée et localisée, quel *traitement* convient-il de lui appliquer?

Pendant la période aiguë, la thérapeutique est la même quelle que soit l'inflammation et ne diffère que lorsque l'état chronique est constitué; cette seconde partie du traitement sera examinée avec les accidents chroniques, je n'ai en vue ici que la phase aiguë.

Traitement local. — Commencer par une émission sanguine locale: sangsues ou ventouses scarifiées, appliquées sur l'abdomen.

Appliquer ensuite en permanence sur le ventre un sac de caoutchouc rempli de glace cassée en petits morceaux.

Ce sac devra être séparé de la peau par une flanelle pliée en deux, de manière à éviter la congélation cutanée.

La glace sera remplacée toutes les deux heures environ, nuit et jour.

Il faut éviter que la glace, étant fondue, se réchauffe sur l'abdomen, le



Fig. 268. — Application de glace sur l'abdomen.

froid, pour bien agir, doit être permanent; les alternances de chaleur et de froid sont mauvaises.

La glace, ainsi appliquée, est le meilleur sédatif de la douleur, et le plus puissant remède contre l'inflammation.

Dans les cas où il n'est pas possible de se procurer de la glace, on la remplacera par des compresses d'eau froide, recouvertes d'un taffetas gommé et renouvelées tous les heures environ. — L'action de ces compresses humides est d'ailleurs bien inférieure à celle de la glace.

Aussitôt que l'état aigu est passé, que les douleurs sont devenues moindres, on aura recours aux révulsifs : soit *vésicatoires*, soit *pointes de feu* sur l'abdomen, à renouveler tous les trois ou quatre jours.

Ainsi, employer successivement :

Émissions sanguines locales;

Froid;

Révulsifs.

Traitement général. — Narcotiques pour calmer l'état de souffrance dans lequel se trouve la malade.

Laxatifs légers, pour empêcher l'encombrement du tube digestif;

Antithermiques : sulfate de quinine, antipyrine, digitale;

Alimentation liquide, alcool;

Repos absolu au lit.

A propos du traitement local, j'ai omis toute thérapeutique vaginale (injections) ou cervicale (scarifications), etc.; car dans les accidents aigus, l'abstention de toute intervention directe sur l'utérus est préférable.

B. — ACCIDENTS CHRONIQUES

Ces accidents peuvent être chroniques d'emblée ou succéder à la période aiguë précédemment étudiée.

Nous avons à examiner ici successivement :

1° L'endométrite;

2° La métrite généralisée;

3° La salpingo-ovarite;

4° Les pelvi-cellulite et pelvi-péritonite;

5° Les suppurations complexes.

Nous verrons que pour chacune de ces affections, il existe un traitement médical et un traitement chirurgical.

1° Endométrite.

L'endométrite se diagnostique à l'écoulement même, dont elle est la source. Ecoulement muco-purulent, glaireux, d'autant moins gluant qu'il est plus purulent.

Toute femme qui, avec des trompes normales et sans fistule utérine, perd du muco-pus par l'orifice externe de l'utérus est atteinte d'endométrite.

Dans les cas où ce liquide provient des trompes, il y a toujours endométrite simultanée, de telle sorte que le diagnostic endométrite est encore exact. Quant aux fistules utérines, elles n'existent que dans des cas exceptionnels d'abcès périutérins ouverts dans l'utérus; les antécédents, et l'examen du pourtour de l'utérus, permettent de reconnaître facilement cette cause d'erreur.

Chez certaines femmes qui prennent des injections fréquentes, l'écoulement de l'endométrite peut passer inaperçu, les produits de la sécrétion étant entraînés par le liquide injecté; chez ces malades, vu l'état de propreté artificielle du vagin, alors qu'on applique le spéculum, on ne découvre, au niveau de l'orifice externe, aucune trace de sécrétion utérine et on pourrait, à tort, à la suite de cet examen superficiel, conclure à l'absence d'endométrite.

Dans ces cas insidieux, on arrivera au diagnostic de l'affection, soit à l'aide du tampon d'épreuve (Schultze), ou de la douche révélatrice (Grynfelt).

Le *tampon d'épreuve*¹ s'emploie de la façon suivante : Prendre un tampon de coton hydrophile, l'appliquer à l'aide du spéculum sur le col de l'utérus après l'avoir imbibé de glycérolé de tanin, ou sans aucune imprégnation; le laisser vingt-quatre à quarante-huit heures en place, le retirer au bout de

¹ Schultze, *Centralb. für Gynäk.*, en 1880, p. 393.