

Un mois après son accouchement, M. L... allait et venait sans éprouver la moindre douleur ni la moindre gêne, les forces étaient revenues et en même temps un certain degré d'embonpoint.

Quatre mois après, je revis cette dame. L'état général était des meilleurs, les forces étaient bien revenues, la marche était facile, et il n'existait plus aucune gêne du côté de l'hypogastre, ni écoulement leucorrhéique. Les règles n'étaient point revenues, mais je dois dire que cette dame nourrissait son enfant. L'examen direct des organes génitaux ne fut pas fait, à cause de l'absence de tout phénomène morbide qui me permit de supposer que la guérison de la métrite chronique était aussi complète que possible.

Quant à la métrite qui se développe pendant le cours de la grossesse chez une femme qui jusque-là ne présentait aucune trace de phlegmasie utérine; nous pensons que le fait est rare et nous sommes disposés à croire que les causes susceptibles de déterminer la métrite, telles que chutes, coups portés sur l'utérus, provoqueront bien plutôt un avortement que le développement d'une inflammation utérine.

Quant aux ulcérations du col de l'utérus que l'on rencontre assez souvent dans le cours de la grossesse, elles sont le résultat d'une destruction moléculaire du tissu sous l'influence de la gêne circulatoire causée par la pression du produit de la conception et par la position déclive du col de l'utérus, bien plutôt que d'une inflammation franche.]

§ II. — Causes.

Le froid, des influences traumatiques, peuvent provoquer l'inflammation de l'utérus, ou bien celle-ci peut être une propagation de l'inflammation d'organes voisins.

§ III. — Symptômes.

La femme se plaint d'une douleur aiguë permanente, d'un point très-douloureux dans quelque point de la tumeur abdominale, généralement assez limité. Le ventre est sensible à la pression et la douleur augmente par la marche et par les mouvements du fœtus; elle ne se montre pas par paroxysmes; elle s'irradie vers les reins et les aines. Si l'inflammation occupe la partie inférieure de l'utérus, la vessie et le rectum s'en ressentent; il en résulte de la dysurie, du ténesme vésical, des envies fréquentes d'uriner, de la diarrhée accompagnée de douleurs en allant à la garde-robe. Les symptômes généraux sont très-marqués, le pouls est fréquent, la peau est chaude, il y a de la soif, des vomissements, etc. Si la maladie est très-limitée, l'enfant peut n'en pas souffrir et la grossesse peut continuer son cours; mais si elle est plus étendue, le fœtus périra dans l'utérus ou sera prématurément expulsé. Les conséquences de cette affection pendant l'accouchement peuvent devenir très-sérieuses, à moins

qu'elle n'ait été complètement guérie et que le tissu utérin ne soit revenu à son état normal.

Le docteur Gason, de Enniskery, m'a rapporté qu'il avait observé trois cas d'inflammation utérine pendant la grossesse, et que dans ces trois cas la rupture de l'utérus s'ensuivit pendant l'accouchement, précisément au point qui était le siège du mal (1).

Je citerai aussi à propos des conséquences graves de l'inflammation locale dans l'utérus une des conclusions de l'excellent mémoire du docteur Murphy (2) :

« Toutes les fois qu'il survient une rupture, elle peut être rattachée à des lésions morbides antérieures ou à un état inflammatoire. »

§ IV. — Anatomie pathologique et terminaisons.

Les modifications pathologiques consécutives à l'inflammation de l'utérus sont mieux indiquées en signalant les différents modes de terminaison de la maladie :

1° Elle peut se terminer par résolution, la femme accouchera au terme de sa grossesse, et elle accouchera heureusement.

2° Elle peut se terminer par exhalation de lymphes plastique déterminant l'adhérence entre l'utérus et le placenta, et après l'accouchement on sera forcé de recourir à la délivrance artificielle. Le siège de l'inflammation au niveau du placenta pourra presque toujours être reconnu par le stéthoscope, à moins qu'il ne soit tout à fait à la partie postérieure. Le même moyen nous permettra de reconnaître qu'elle ne siège pas en ce point, et nous délivrera d'une inquiétude, car on n'aura pas à craindre l'adhérence du placenta. Je veux encore donner l'observation suivante qui montre bien les effets de l'inflammation.

OBSERVATION. — Madame M..., âgée d'environ trente ans, est accouchée le 6 novembre 1837 de son septième enfant après un travail très-facile. Dans les premiers mois de la grossesse, elle reçut d'un de ses enfants, pendant qu'elle était dans son lit, un violent coup de pied au niveau de la région pubienne : elle eut aussitôt une vive douleur locale. Vingt-quatre heures après, il survint des contractions utérines, et le jour suivant il se produisit une forte hémorrhagie par le vagin. M. Monteith fit une saignée du bras et soumit la malade à un traitement antiphlogistique des plus énergiques, afin d'éviter l'avortement dont elle était menacée. Elle fut tenue au lit pendant longtemps, mais elle ne fut pas débarrassée, durant toute sa grossesse, d'une douleur cuisante dans la région utérine. L'enfant était né depuis trois heures, lorsque M. Renton vit la mère; mais le placenta était adhérent. Le palper abdominal permettait de sentir l'utérus irrégulièrement contracté, volumineux

(1) Voyez aussi l'observation du docteur Spark, *Med. Gaz.*, vol. III, p. 218. — L'observation de M. Else, *Med. Gaz.*, vol. II, p. 400.

(2) Murphy, *Dublin Journal*, vol. VII, p. 210, 215, 218, 219, 222.

et flasque par endroits, s'étendant depuis la symphyse des pubis jusqu'au creux épigastrique. En examinant par le vagin, on constatait qu'un quart environ de la partie inférieure du placenta était décollée, que le reste était adhérent, non pas d'une façon immédiate et continue, mais par l'intermédiaire de bandelettes partant de la paroi antérieure de l'utérus vers sa partie moyenne; le contraste était bien manifeste quand le doigt promené sur la paroi postérieure en constatait la surface unie et lisse. Ces bandelettes paraissaient formées de tissu cellulaire dense et offraient la consistance de ces adhérences pulmonaires qui unissent les deux surfaces de la plèvre après des maladies inflammatoires (1).

3° L'inflammation peut se terminer par le ramollissement du tissu au niveau de l'endroit malade, et sans qu'il y ait apparence d'altération morbide (2).

Dans une réunion de la Société pathologique de Dublin (26 janvier 1839), E. Kennedy a présenté un spécimen de ramollissement de l'utérus provenant d'une femme qui mourut le jour même de sa réception dans le Lying in Hospital, sans avoir présenté aucun symptôme remarquable, si ce n'est un peu de douleur à la partie supérieure et interne de la cuisse, où l'on pouvait voir un peu de rougeur seulement. On fit l'opération césarienne, mais l'enfant fut trouvé mort, quoique bien conformé. Après avoir divisé les parois de l'abdomen, l'utérus apparut avec une coloration d'un rouge foncé presque noir. Le tissu était très-ramolli, et la surface muqueuse était recouverte de grumeaux de sang (3).

4° Un abcès peut se former dans le tissu utérin, comme le mentionnent Siebold et Busch. Cet abcès peut s'ouvrir dans la cavité utérine ou perforer la vessie ou le rectum; il peut se vider ainsi par les voies naturelles. Le pus peut s'épancher dans la cavité abdominale, ou bien se résorber, ou bien l'abcès plongera dans le bassin et viendra former une tumeur molle entre l'utérus et le rectum. Après l'issue du pus, l'abcès peut se guérir ou devenir fistuleux.

5° La gangrène n'est pas une terminaison commune de la maladie que nous décrivons. Mais on comprend bien que, si elle se montre, le cas devient nécessairement mortel. Les auteurs allemands l'ont décrite sous le nom de *Putrescenz* (4) ou *Putrescirung* de l'utérus (5).

§ V. — Diagnostic.

Quand l'inflammation s'empare de l'utérus gravide, nous avons l'avantage (au moins pendant la plus grande partie de la grossesse) de pouvoir

(1) M. Renton, *On adhesion of the placenta to the uterine surface* (*The Edinburgh Journ.*, avril 1839, p. 39).

(2) Murphy, *Dublin Journal of med. Science*, vol. VII, p. 218, 219, 222.

(3) Murphy, *Dublin Journal of med. Science*, mai 1831, p. 290.

(4) Ricker, *Siebold's Journal für die Geburtshülfe*, etc., vol. XI, p. 62.

(5) Boë, *Natürliche Geburtshülfe*, etc., vol. I, p. 202.

examiner les parties malades par le palper, ce qu'il est impossible de faire lorsque l'utérus, gardant son volume normal, est caché dans la cavité pelvienne. Cette condition, aidée d'autres symptômes, concourra à faciliter le diagnostic.

I. *Rhumatisme*. — Quoique dans les deux affections il y ait de la douleur et de la sensibilité à la pression, dans le rhumatisme la douleur est paroxystique, elle est moins limitée que dans l'inflammation. L'état général souffre plus par l'inflammation utérine que dans l'autre condition. La connaissance de la cause éclairera souvent le diagnostic.

II. *Péritonite*. — Si la séreuse utérine était seule enflammée, sans aucun doute le diagnostic serait difficile, sinon impossible, mais l'inflammation péritonéale s'étend rapidement au lieu de rester limitée à un seul point. En outre, la sensibilité à la pression paraît plus superficielle et plus aiguë dans l'inflammation péritonéale que dans l'inflammation du tissu musculaire. Dans la péritonite généralisée, la douleur s'étend à tout le ventre, tandis que dans l'affection que nous étudions, elle est locale et limitée.

III. On distinguera la métrite de l'inflammation des autres viscères par les signes locaux et par l'absence de signes propres à l'inflammation de chaque organe.

§ VI. — Pronostic.

Il est nécessaire d'être très-réservé dans le pronostic que l'on portera, puisqu'une inflammation même circonscrite de l'utérus peut donner lieu à des conséquences très-graves. Si cependant le souffle placentaire est entendu dans une partie éloignée du point malade, on sera délivré d'une grande crainte, car les rapports normaux du placenta et de l'utérus ne sont pas troublés.

§ VII. — Traitement.

La maladie étant généralement très-limitée, il suffit souvent d'appliquer quelques sangsues; on n'aura pas besoin d'avoir recours à la saignée qu'il ne faudra pas pourtant négliger si l'intensité des symptômes en commandait l'usage. On appliquera des sangsues sur la partie malade et l'on ne craindra pas d'y revenir si la douleur continue. En même temps on administrera le calomel et l'opium à doses modérées. Les bains de siège sont quelquefois utiles, mais on devra en régler l'emploi sur l'époque de la grossesse, sur l'imminence plus ou moins grande de l'accouchement. On donnera des lavements laudanisés pour calmer la douleur et favoriser le sommeil. Lorsque la période aiguë est passée, on se trouvera bien de l'application de vésicatoires volants ou même à demeure; des liniments stimulants et calmants ont été également recommandés.

Si nous soupçonnons la formation de pus, il peut être utile de donner du sulfate de quinine, en même temps que l'on soutiendra les forces de la malade par une alimentation substantielle.

Si le dépôt purulent se forme dans le col de l'utérus, on s'empressera de l'ouvrir au moyen du bistouri à fistules de Savigny ou au moyen de l'hystérotome d'Osiander (1).

Si le pus se fait jour par quelque autre issue, il faudra se laisser guider par les circonstances.

CHAPITRE IX

ALLONGEMENT OEDÉMATEUX AVEC PROLAPSUS DU COL UTÉRIN PENDANT

LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT (2).

[Cette maladie décrite par M. Guéniot avait cependant été mentionnée avant lui par divers médecins; mais ils avaient considéré les cas qui s'étaient offerts à leur observation, comme exceptionnels, et n'avaient point cherché à donner une description générale de la maladie. M. Guéniot rapporte que Leroux (3) de Dijon, Seguin (4), Herpin (5), Scanzoni (6), ont publié des observations de cette maladie, mais que la nature de l'affection resta en définitive très-peu connue.

Les détails qui vont suivre seront empruntés exclusivement à M. Guéniot qui le premier a donné une étude détaillée de cette maladie.

§ I. — Symptômes.

La maladie est caractérisée par l'allongement, la mollesse oedémateuse et le prolapsus du col de la matrice.

La longueur du col est presque toujours considérable, elle peut atteindre 8 à 9 centimètres. Le diamètre transversal est aussi augmenté. La longueur du col est telle que cet organe vient faire saillie à l'extérieur de la vulve; la partie saillante à l'extérieur se renfle, et le col ainsi déformé prend la forme d'une massue, ou, comme l'a fait remarquer Leroux la figure d'un cou de bouteille avec son bourrelet terminal.

A la palpation, l'organe présente une consistance molle, pâteuse, semi-

(1) Siebold's, *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. II, p. 364.

(2) Guéniot, *Allongement oedémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement*, in *Archives de médecine*, avril et juillet 1872.

(3) Leroux, *Des pertes de sang*. Dijon, 1810, 2^e édition.

(4) Séguin, *Observation d'un cas de prolapsus du col utérin pendant l'accouchement*. Thèse, 1850.

(5) Herpin, *De l'allongement démesuré du col de l'utérus*, in *Gazette médicale de Paris*, 1856.

(6) Scanzoni, *Archives de médecine*, 1859, t. III, p. 354.

fluctuante et un peu élastique. Le col comprimé garde l'empreinte du doigt et se réduit considérablement de volume si l'on exerce une pression continue pendant un certain temps. Rouge, quelquefois bleuâtre et livide, selon qu'elle est plus ou moins étranglée par l'orifice vulvaire, la tumeur prolapsée présente deux lobes ou lèvres séparés par un sillon transversal; au milieu de ce sillon correspond l'orifice externe du col dans lequel le doigt peut pénétrer jusque dans le col qui est ouvert dans toute la longueur. L'orifice interne est fermé par les membranes de l'œuf qui reposent sur lui. Le pourtour de l'orifice externe est ordinairement exulcéré en même temps que la lèvre inférieure; le reste de la muqueuse du museau de tanche est ordinairement lisse, tendu et recouvert d'un liquide épais ou glaireux. L'exploration précédente faite avec douceur est indolore; elle permet de s'assurer non-seulement de l'existence de la grossesse mais encore de l'état de vie ou de mort du fœtus.

Au-dessus du museau de tanche, la muqueuse présente une coloration moins foncée, et aussi des rides transversales. Cet aspect différent est dû à la muqueuse du vagin qui a été entraînée par le col et qui lui forme un revêtement extérieur. La cavité vaginale se trouve de la sorte constamment raccourcie, et ses culs-de-sac plus ou moins abaissés.

La paroi utérine est aussi plus souple, plus dépressible, plus mince que dans une grossesse normale. Le segment inférieur de l'utérus s'affaisse sous le poids de l'œuf et s'abaisse dans l'excavation pelvienne.

La malade éprouve des douleurs vers les régions lombaires, les aines, les parties génitales; la miction est difficile. La station verticale, la toux, les efforts augmentent les souffrances.

La tumeur se réduit assez facilement si l'on exerce sur elle une pression continue, la longueur du col diminue alors rapidement, les douleurs cessent, et la miction devient facile. Cette réduction se fait même spontanément sous l'influence du décubitus horizontal, mais la maladie se reproduit facilement si la malade reste assez longtemps debout. Lorsque la gestation a dépassé la moitié de son cours, la tumeur perd ce caractère de mobilité pour devenir à la fois plus résistante à l'action du repos et moins facile à se reformer après réduction.

Au point de vue de l'accouchement, cette maladie présente une importance considérable; car le plus souvent la grossesse se termine une ou plusieurs semaines avant le terme normal.

Pendant le travail, les contractions utérines se montrent assez régulières et énergiques. Quand le prolapsus a été réduit avant le début du travail, il ne s'est jamais reproduit dans le cours de l'accouchement; quand l'organe est resté prolapsé pendant le travail, il s'est raccourci tout en conservant sa situation anormale, puis lorsque son effacement a été complet il s'est dilaté peu à peu.

Lorsque l'accouchement a eu lieu, l'affection peut se reproduire, mais elle n'exerce point d'action notable sur les suites de couches.