

S 616.04  
M 362t

TRAVAUX  
ET  
OBSERVATIONS PERSONNELLES

(REIMPRESSIONS)

---

PAR LE  
Docteur FRANÇOIS DE MARTIGNY

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Ancien assistant en Chirurgie à l'Hôpital Péan, de Paris.

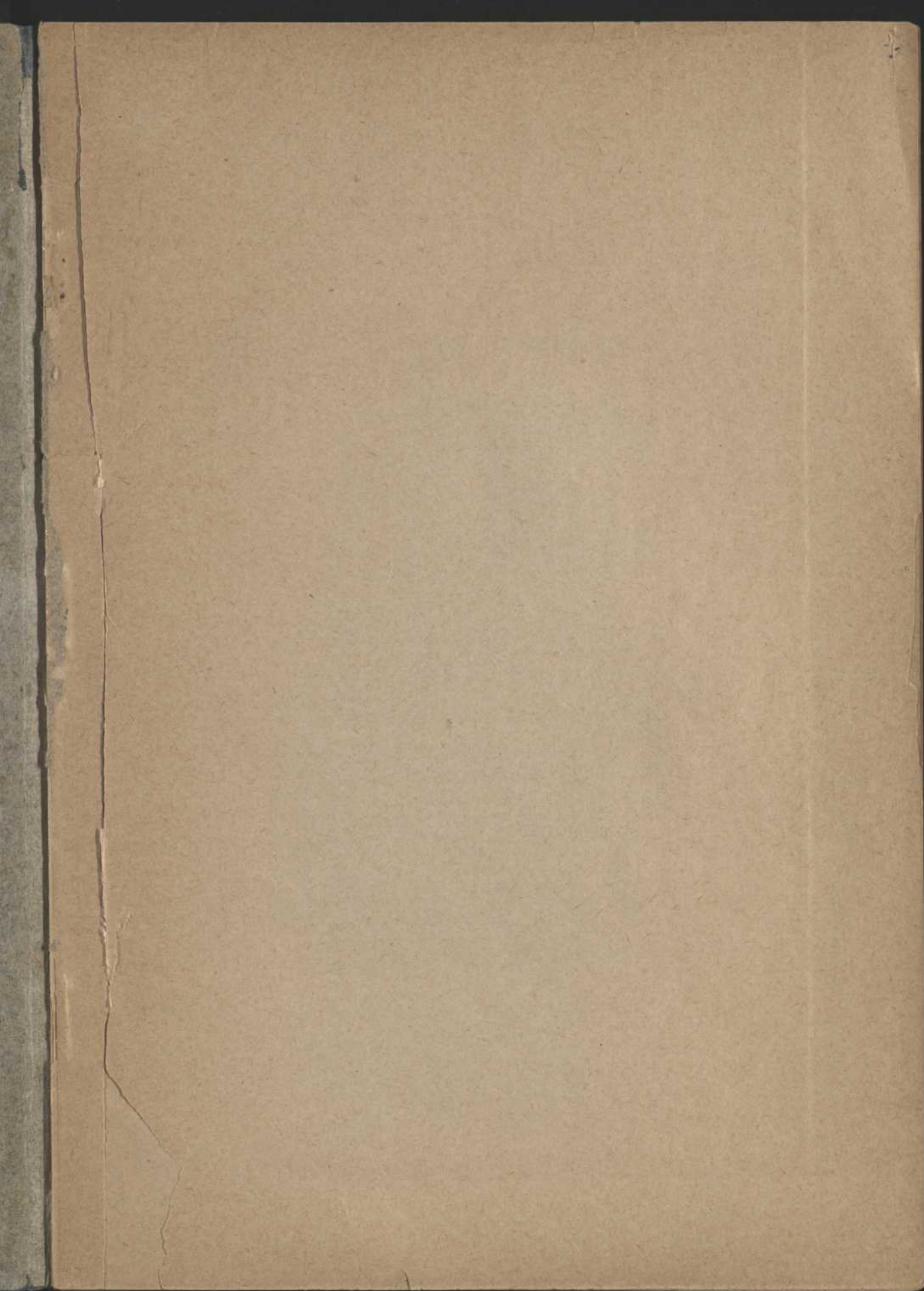
Gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens  
de la Province de Québec.

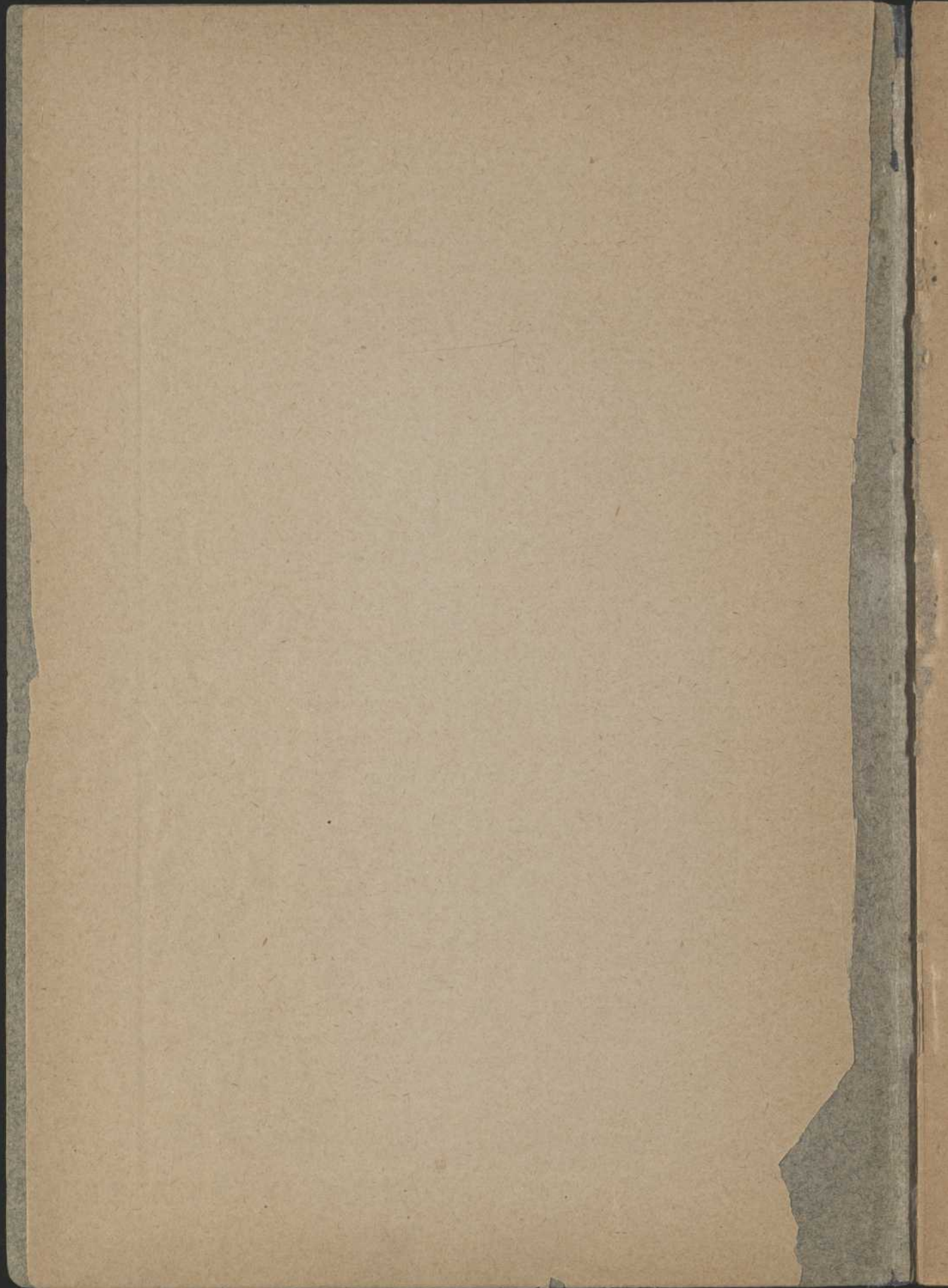
Officier de l'Instruction Publique.

---

1910

616.04  
M 362+





(REIMPRESSIONS)

616.04  
M 362 t

A black and white photograph of a manuscript page from the Voynich manuscript. The page is filled with dense, handwritten text in the Voynich script. The script consists of various symbols, including circles, lines, and dots, arranged in a way that suggests a structured language. The text is organized into several lines, with some lines appearing to be headings or section markers. The overall appearance is that of a historical document, possibly a book of hours or a liturgical text, given the reference to 'Liber Primus' in the caption.

1910

3019-112-71142  
BURLINGTON

## Sommaire

---

|                                                    | Page                                      |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Un nouveau traitement de l'Épistaxis . . . . .     | La Clinique, 1894 5                       |
| A propos du cancer de l'utérus . . . . .           | Revue Médicale, 1902 7                    |
| Un cas d'hydrosalpinx . . . . .                    | Revue Médicale, 1902 12                   |
| Rupture de l'urèthre pendant le coit . . . .       | Revue Médicale, 1902 15                   |
| Trois cas d'avortements . . . . .                  | Revue Médicale, 1903 17                   |
| Un cas de double lésions des annexes . . .         | Revue Médicale, 1903 19                   |
| Double kyste papillaire des ovaires . . . .        | Montréal Médical, 1904 22                 |
| Hystérectomie vaginale pour pol. et fib . .        | Revue Médicale, 1904 28                   |
| Du traitement de la rétroversion utérine . .       | Revue Médicale, 1904 32                   |
| Nephrectomie unilatérale gauche . . . . .          | Union Médicale, 1905 40                   |
| Cancer de l'utérus . . . . .                       | Journal de Médecine et Chirurgie, 1906 42 |
| La Blennorrhagie chez la femme, . . . . .          | Journal de Médecine et Chirurgie, 1906 45 |
| A propos du cancer de l'uterus, . . . . .          | Journal de Médecine, 1907 59              |
| Traitement de la crise de rétention . . . .        | Journal de Médecine, 1907 61              |
| Traitement ambulatoire de l'orchite . . . .        | Union Médicale, 1909 64                   |
| Traitement du cancer de l'utérus . . . . .         | 67                                        |
| Quelques aspects de la méthode de Bier . . . . .   | 79                                        |
| Les Salpingites Diagnostic et traitement . . . . . | 75                                        |
| Métrite purerpérale et métrite blennorrhagique .   | La Clinique, 1910 85                      |



## Un nouveau traitement de l'épistaxis

---

L'épistaxis est une maladie très commune surtout chez les enfants. A part les cas graves, l'écoulement du sang par le nez s'arrête seul après un certain temps et le médecin n'est jamais appelé, nous n'en parlerons donc pas. Il faut encore retrancher les cas où le seignement du nez résulte de la déchirure d'une branche de l'artère de l'oreille moyenne, dans la fracture de la base du crâne. Ces cas demandent un traitement tout autre que celui de l'épistaxis vraie, décrit de la façon suivante par les auteurs. Ecoulement de sang par les narines, se faisant par leur ouverture antérieure ou par la postérieure, quelquefois par les deux à la fois d'un seul côté ou le plus souvent des deux côtés en même temps. La quantité du sang perdu est extrêmement variable; lorsqu'il sort par l'orifice postérieure des fosses nasales, il peut au lieu de s'échapper immédiatement au dehors, tomber dans le pharynx, atteindre la partie supérieure du larynx ou même être dégluti; il est alors rejeté par expulsion, par expectoration ou par vomissement.

Le plus souvent l'écoulement sanguin paraît subitement, sans prodromes, quand ceux-ci existent, ils consistent dans une céphalgie frontale, une sensation de chaleur ou de pesanteur dans les fosses nasales et à la racine du nez, de la pituitaire.

Cependant soit à cause d'une diathèse générale, soit à cause de l'état antérieur de la santé du malade, soit à cause de la fréquence de la répétition, l'hémorrhagie peut mettre la vie en danger, car il devient alors nécessaire d'intervenir promptement.

Quel est alors le meilleur moyen d'arrêter l'écoulement du sang?

Une foule de procédés ont été recommandés, et chacun d'eux compte plus de revers que de succès, surtout dans les cas un peu graves. Au nombre de ces procédés, dont quelques-uns sont devenus populaires, nous citerons les applications froides faites à la racine du nez, ou dans le dos, en ayant soin de tenir la tête du sujet élevée, les injections astringentes de diverses natures, le tamponnement des fosses nasales, antérieures et postérieures, l'administration du fer, à l'in-

térieur, des astringents, de l'ergotine par la bouche, ou en injections hypodermiques, les bains de pieds chauds et prolongés, les révulsifs, les ventouses sèches, sur les membres inférieurs, etc., etc.

Tous ces moyens, comme nous l'avons dit plus haut, réussissent quelquefois, tous, à peu près aussi bien les uns que les autres ce qui n'est pas de nature à nous donner une grande confiance dans leur efficacité.

Voici le procédé recommandé par M<sup>l</sup><sup>l</sup>m. Lubet-Bardon, et Martin, de Paris, procédé qui vient de nous donner un succès inespéré.

Ce procédé, très simple et d'une exécution facile, est basé sur le fait, que presque toujours, l'hémorrhagie provient de la partie inférieure aux artérioles terminales de l'artère nasale descendante. Il faut d'abord s'assurer au moyen du spéculum, et d'un petit tampon de ouate hydrophile, de l'endroit précis d'où le sang s'écoule, puis l'on prend un crayon de nitrate d'argent que l'on chauffe au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool, à pétrole ou d'une bougie. Quand le nitrate d'argent est liquide on en laisse tomber une gouttelette sur la pointe d'un stylet ordinaire, puis l'on porte le côté du stylet muni du caustique, sur le point de la muqueuse qui donne issue au sang. On fait ensuite moucher énergiquement le malade pour s'assurer que l'hémorrhagie est terminée, ce qui est la règle invariable, si cette petite opération a été bien faite.

On peut appliquer un tampon de ouate trempé dans une solution antiseptique ou légèrement astringente si l'on craint que l'hémorrhagie recommence sur une autre partie de la muqueuse.

## A propos du Cancer de l'Utérus<sup>(1)</sup>

Dans vos numéros du 17 décembre, page 387, et du 24 décembre, page 401, vous publiez un article sur le cancer de la matrice, signé par le Dr Smith, dans lequel certaines hérésies scientifiques sont avancées, que je ne puis, pour ma part, laisser passer sans réponse. Bien entendu, je mets de côté la question de personnalité. Mon unique intention est de détruire les faux avancés que vous imprimez.

Tout au début de son article, le confrère écrit: "Notre chemin n'est pas difficile à suivre, nous avons simplement à croire implicitement quelques axiomes, et ensuite agir selon eux sans une seule heure de délai plus qu'il n'est nécessaire absolument".

Nous ne devons jamais croire dans la science certains avancés, et, les croire implicitement. Surtout en gynécologie, nous ne devons croire que ce qui est clairement prouvé, par un raisonnement scientifique sérieux; par les démonstrations probantes, claires et vraies que la clinique nous fournit. Car, si nous croyons certains avancés implicitement, nous croirions ce deuxième, qui est essentiellement faux: "Toute femme portant un col de matrice déchiré est sujette à mourir de cancer de l'utérus, tandis qu'au contraire, du moment que cette déchirure est recousue, ses chances de mourir deviennent très petites."

Sur quelle base scientifique ou clinique repose cet avancé?

Quel auteur, excepté Emmet, a-t-il prôné cette doctrine hasardeuse?

Voyons ce que disent les auteurs:

Le professeur Samuel Pozzi, dans son traité de gynécologie, page 416, dit: "La race, l'hérédité et la misère physiologique sont des causes prédisposantes générales, dont l'action ne peut être niée."

Les causes locales prédisposantes sont: la métrite cervicale et les déchirures du col, thèse soutenue par Emmet et Briesky. Remarquons que Pozzi dit: SOUTENUE.

Labadie-Lagrave et Legueu, à la page 916 de leur traité médico-chirurgical de gynécologie écrivent: "Comme causes prédisposantes on a invoqué les accouchements répétés et la blennorragie. Rien n'est prouvé à ce sujet." Ils attachent si peu d'importance aux déchirures du col qu'ils n'en parlent pas.

(1) Lettre adressée au directeur de la "Revue Médicale."

Schwartz et Riche, à la page 744 du tome X du "Traité de Chirurgie," de LeDentu et Delbet, écrivent: "Les grossesses pénibles et nombreuses se retrouvent souvent dans les antécédents des femmes atteintes d'épithéliome du col, au contraire, l'épithéliome du corps atteint de préférence les nullipares. Les vierges ne sont pas à l'abri du cancer. Y a-t-il des lésions antérieures de l'utérus qui favorisent le développement de l'épithéliome? Pour le corps ce n'est pas démontré, pour le cancroïde de la portion vaginale il semble qu'il puisse être précédé par des lésions leucokératasiques semblables à celles que l'on connaît aux lèvres et sur la langue, et qui y font le lit de l'épithéliome."

Dans le "Traité de Chirurgie," de Duplay et Reclus P. Delbet: "Les diverses causes auxquelles on attribue un rôle dans la pathogénie du cancer ne présente que bien peu d'intérêt. Conbeim attribue l'origine des néoplasmes au développement aberrant et tardif de germes embryonnaires restés oubliés, inutilisés dans les tissus, ce qui explique justement la plus grande fréquence du cancer au niveau des orifices naturels, en faisant remarquer que c'est là, au point où se font les invaginations épithéliales, que ces germes ont le plus de chance de s'égarer. On a fait intervenir aussi pour expliquer cette fréquence les traumatismes dont ces régions sont le siège. Pour le cancer du col, Emmet et Briesky ONT PENSE que les déchirures qui sont si fréquentes à la suite des accouchements devaient favoriser le développement du cancer. Williams repousse absolument cette hypothèse, car il n'a jamais vu un cancer débiter au niveau ou seulement au voisinage d'une déchirure." Et Richelot, le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, dans son "Traité de Chirurgie de l'Utérus": "Quoi qu'on en ait dit, la grossesse ne semble jouer aucun rôle dans sa genèse; si les nullipares en sont moins souvent atteintes cela tient, sans doute, à la fréquence plus grande de la multiparité. Quelques chirurgiens pensent que les lésions irritatives et infectieuses du col (déchirures obstétricales, érosions, ulcérations) peuvent favoriser le développement de l'épithéliome; cette allégation un peu banale ne repose sur aucun fait. Mais ce qui nous paraît mieux démontré, c'est que les hyperplasies glandulaires qui accompagnent la sclérose utérine, et auxquelles nous avons refusé le nom de métrite, sont un premier pas vers la genèse de l'épithéliome."

Lutaud, page 323, admet l'influence des maladies inflammatoires et des traumatismes ainsi que de l'hérédité.

Donc, si nous retranchons les noms, de Emmet et Briesky, tous les auteurs sérieux des différents pays n'attachent que peu ou pas d'importance aux déchirures du col comme cause première, unique et initiale du cancer du col utérin. Dans le cancer primitif du corps personne ne serait tenté de soutenir la déchirure du col comme cause première du cancer attendu que ce sont les vierges et les nullipares qui

sont le plus souvent atteintes par cette maladie. Pourquoi, alors, de parti pris, vouloir recoudre ou amputer tous les cols déchirés ou dilacérés? Pourquoi faire subir aux femmes les dangers d'une opération manifestement inutile? Je sais bien que, dans certains cas de déchirure large du col, il vaut beaucoup mieux opérer non pour prévenir un cancer problématique, mais pour empêcher l'infection de l'utérus, et par voie ascendante, celle des trompes et des ovaires. Toutes les femmes qui accouchent, présentent, dans la suite, de légères déchirures du col, ou du moins, des lacérations insignifiantes, et l'on voudrait nous faire croire que si on ne les opère pas toutes elles courent un grand risque de mourir de cancer de l'utérus, indifféramment du corps ou du col???

Plus loin, vous publiez dans le même article, ce second avancé, écrit dans un français difficile à comprendre: "Qu'on doit considérer toute femme victime du cancer de la matrice, jusqu'à preuve contraire, que lorsque, ayant passé la ménopause, commence à saigner encore soit régulièrement, soit irrégulièrement..."

Le Dr Smith dit que toute femme qui, passée la ménopause, présente encore soit régulièrement, soit irrégulièrement, des hémorragies utérines, doit, de prime abord, nous faire penser qu'elle est atteinte d'un cancer de l'utérus. Ceci est une vérité que la clinique a permis de vérifier depuis un temps immémorial, longtemps même avant que votre collaborateur ne fut né. Mais on ne doit pas à la légère porter un diagnostic avec ce seul symptôme. Il faut toujours examiner consciencieusement les femmes qui viennent nous consulter. En disant que chaque fois qu'une femme a une hémorragie utérine après la ménopause, elle souffre de cancer de l'utérus, on oublie systématiquement la pathologie utérine. En effet, par exemple, est-ce qu'une femme ne peut pas avoir après la ménopause de polype utérin? Ne peut-elle pas avoir un fibrome qui ne l'ait jamais fait souffrir avant sa ménopause?

Votre collaborateur voudrait que l'on soit tellement hypnotisé par ce symptôme d'hémorragie, que chaque fois qu'on le rencontre chez une vieille femme on lui conseille, d'emblée, sans hésitation, sans prendre le temps de poser un diagnostic raisonné, l'hystérectomie. Et il ajoute: "Si vous attendez jusqu'à ce que vous soyez certain que la femme a du cancer de la matrice, vous arriverez trop tard." Ce n'est déjà plus la belle assurance du début: "Ni de retour de la maladie sub-séquemment: "Il est bien entendu que si on enlève l'utérus à toutes les femmes qui ont des hémorragies utérines après la ménopause, sans même tenter de faire un diagnostic, mais seulement parce qu'il y a hémorragie, l'on guérira beaucoup de cancers utérins, qui n'auront existé que dans notre imagination, et que dans ces cas la récurrence sera rare. Il faut tout de même, avant de dire que sa statistique est vierge de récidive

ve dans les cas de cancers opérés de bonne heure, que l'on ait fait un diagnostic, et que ce diagnostic soit confirmé par le microscope.

"Le cancer n'est pas une maladie héréditaire mais contagieuse." Ceci dit, sans apporter l'ombre d'une sommaire observation pour appuyer cette théorie. Peut-être un jour arrivera, dans un avenir rapproché où la théorie parasitaire sera démontrée. En attendant, jugeons et formons-nous une idée d'après la clinique. Comment se fait-il que le mari d'une femme atteinte de cancer de l'utérus ne soit lui-même presque jamais atteint de cancer du pénis? Et, pourtant, l'on sait combien cet organe est sensible aux infections. Comment se fait-il que les infirmières qui soignent les cancéreuses ne soient pas atteintes de cancer dans une plus grande proportion que les autres femmes? Comment expliquer que presque toujours on trouve du cancer dans les ascendants de ceux qui souffrent de cancer?

Passons aux tumeurs du sein. Il est clair que chaque fois qu'une femme a une grosseur au sein, il faut enlever cette tumeur. Mais il est évident que si cette tumeur est cancéreuse, elle récidivera. Il ne peut avoir de doute là-dessus; les cas de tumeurs du sein opérées et ne récidivant pas après vingt ans, sont des cas de tumeurs bénignes, la non récidive en est la preuve, et si ces tumeurs avaient été examinées au microscope on ne les rangeraient pas parmi les tumeurs cancéreuses.

Quant à dire que l'opération d'Emmet laisse un col long et conique, c'est un avancé que rien ne prouve. Et je crois tout le contraire, d'après ce que j'ai vu durant les sept années que j'ai passées dans les hôpitaux de Paris. Je puis, de plus, affirmer que cette opération bien faite ne laisse aucunement un col conique.

Je ne puis juger de la valeur de l'opération que propose le Dr Smith, n'ayant pas compris la description qu'il en donne.

En terminant, je me joins à votre collaborateur pour dire, qu'il n'y a pas en gynécologie, à l'heure actuelle, de question plus importante que celle du cancer de l'utérus, mais je m'empresse de dire bien haut, en m'appuyant, non seulement sur mon expérience personnelle, mais aussi sur celle de: Péan, Reclus, Duplay, Paul et Pierre Delbet, Richelot, Lutaud, du professeur Pozzi, Legueu, Tuffier, Martin, Léopold Hartmann, etc., que:

La déchirure du col n'a pas une influence plus grande dans la pathogénie du cancer du col de l'utérus que les autres lésions inflammatoires ou infectieuses.

Que la déchirure du col n'a aucune influence sur le développement du cancer du corps de l'utérus.

Que chaque fois qu'un col est largement déchiré, il faut le recoudre ou l'amputer suivant le cas, non pour prévenir le cancer, mais pour garantir l'utérus contre l'infection.

Que dans les cas de maladies utérines, survenant après la ménopause, il faut faire son diagnostic avant de proposer l'hystérectomie.

Que l'hérédité, sans être parfaitement démontrée, est plus que probable, et que la contagiosité du cancer n'est pas prouvée.

Que dans les cancers de l'utérus, chaque fois que l'on ne peut dépasser les limites du mal, il ne faut instituer qu'un traitement palliatif.

Que toutes les tumeurs du sein doivent être enlevées, mais que chaque fois que le microscope aura répondu "cancer" d'une manière positive, il faudra avertir la famille de la récurrence.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments distingués.

---

## Un cas d'Hydrosalpinx

Je viens vous rapporter un cas d'hydrosalpinx guéri par la dilatation légère du col et les injections intra-utérines associées aux grandes douches vaginales chaudes et au repos au lit.

Cette affection est relativement commune et les gynécologistes semblent complètement divisés quant au traitement. Les uns nient à la dilatation et aux injections intra-utérines un effet curatif quelconque et proposent d'emblée l'ablation de la poche. De ce nombre est Pozzi. Il prend une position très nette; il estime que les cas rapportés comme des guérisons sont des erreurs de diagnostic. Dennis, dans son "System of Surgery" est catégorique. Il conseille la laparotomie et l'ablation. Dans un petit nombre de cas il croit que l'on pourrait faire l'aspiration du liquide et laisser au "vis medicatrix naturæ" le soin de compléter la guérison. Il semble ignorer complètement le traitement médical.

Les autres admettent que l'on peut obtenir des guérisons par la dilatation, le curetage et les injections intra-utérines.

Legueu partage cette dernière opinion, mais conseille avant de cureter de pousser très loin la dilatation du col avec des lamineaires. Il attache presque autant d'importance au drainage de la cavité utérine par des mèches de gaz, qu'au curetage et aux injections intra-utérines. Segond est d'opinion que le curetage et la dilatation suffisent. Bouilly, LeDentu, Doleris sont de ce dernier avis. Dans le cas qui fait le sujet de cette communication des dilatations légères (je n'ai jamais dépassé le numéros 32 Hegar) et répétées suivies d'injections intra-utérines ont suffi pour amener une guérison qui se maintient encore aujourd'hui.

Madame I. D. âgée de 31 ans.

L'histoire de la famille n'offre rien d'intéressant. Elle-même a toujours été d'une santé délicate.

Réglée à 13 ans et 1-2 d'une façon tout à fait irrégulière. Les règles douloureuses le premier jour, abondantes avec caillots, duraient cinq à six jours. Depuis l'âge de 15 ans, leucorrhée.

(1) Communication lue à la Société Médicale.

Mariée à 19 ans. Après le mariage règles toujours irrégulières, mais indolores.

En 89, deux mois après son mariage, fausse couche de six semaines. En 90, au mois de janvier, nouvelle fausse couche de deux mois. En 91, au mois de février, un accouchement à terme suivi d'une infection puerpérale; après laquelle il existe pendant longtemps une leucorrhée.

En 93, troisième fausse couche de six semaines.

En 94, au mois de mai, deuxième accouchement à terme, suivi d'une cystite rebelle.

En 95, fausse couche de trois mois, hémorragie abondante, frissons répétés suivis de transpiration. Pendant quatre mois la malade souffre d'une métrite hémorrhagique... qui cède aux grandes injections chaudes et laisse à sa place un écoulement purulent abondant, pendant un an.

En 96, curetage. La malade se relève difficilement de cette petite intervention et à cause de sa grande faiblesse doit garder le lit pendant deux mois. C'est quelques mois après ce curetage qu'elle commence à se plaindre de douleurs dans les lombes et dans le bas ventre, de troubles dyspeptiques qui cèdent plus ou moins au traitement médical.

A l'automne 1900 ses troubles digestifs augmentent et ses douleurs du bas ventre étant des plus vives, elles se décide à consulter un chirurgien. Il diagnostique un rein mobile à droite et le fixe en janvier 1901. Les douleurs dans le bas ventre semblent augmenter à la suite de l'intervention et on lui conseille de se soumettre à une laparotomie.

Elle vint me trouver en juin 1901 me demandant de l'opérer. A cette époque la malade se plaignait de douleurs vives au bas ventre; douleurs qui étaient exagérées par le mouvement et ne disparaissaient pas complètement par le repos au lit, de pertes blanchâtres abondantes et d'une grande faiblesse générale.

A l'examen je trouve un ventre nullement augmenté de volume, mou, indolore à la pression à droite, douloureux à gauche. Le rein droit est bien fixé, pas augmenté de volume, indolore.

Au toucher vaginal on sent un col déchiqueté, un utérus de grosseur normale, douloureux au toucher, mobile, en légère latéroversion droite. Les annexes sont saines, les gauches très douloureuses.

Par la palpation bi-manuelle on découvre dans le cul-de-sac latéral gauche en envahissant la partie supérieure gauche du cul-de-sac de Douglas, une tumeur lisse, mobile, renitente, allongée, à peu près grosse comme un oeuf de poule et complètement indépendante de l'utérus.

Me basant sur l'histoire de la malade et sur les douleurs atténuées je porte le diagnostic d'hydrosalpinx, probablement dernier vestige d'un ancien pyosalpinx, et je conseille avant l'intervention chirurgicale le traitement médical, c'est-à-dire : dilatation du col, injections intra-utérines, grandes douches vaginales chaudes, bi-quotidiennes, grands lavements quotidiens repos presque absolu au lit. Comme la malade est faible, je fais trois fois par semaine, pendant quatre semaines, une injection hypodermique de 100 grammes de sérum artificiel. Je commence le traitement de suite. Au sixième lavage je constate que la tumeur est diminuée de moitié. Je suis forcé de suspendre le traitement par l'apparition des règles, qui durent huit jours, sont abondantes et douloureuses.

Huit jours après la cessation du flot menstruel je recommence le traitement. Je donne encore dix injections et je constate alors que la tumeur est disparue et que les annexes gauches ne sont presque plus douloureuses.

Durant toute la période du traitement, il ne s'est jamais écoulé par le museau de tanche aucun liquide purulent. Le liquide qui s'est écoulé et qui était très abondant après les premières séances était séreux, filant, couleur de blanc d'oeuf.

J'ai revue la semaine dernière ma malade. Les annexes droites sont saines, les gauches encore douloureuses au toucher, mais pas augmentées de volume et mobiles. Les règles sont toujours irrégulières et indolores. La leucorrhée est diminuée. La malade continue à prendre chaque jour une douche vaginale chaude.

Il nous a été donné, l'année dernière, dans notre service de l'hôpital Péan de Paris, à mon ami LeFur et à moi de traiter et de guérir par le même traitement trois cas d'hydrosalpinx simples et pourtant nous nous trouvions placés de par la volonté de nos malades dans des conditions défavorables. Elles avaient refusé d'être hospitalisées et venaient trois fois la semaine au dispensaire.

Les faits que je viens de rapporter me paraissent autoriser la conclusion suivante : En présence d'un cas d'hydrosalpinx probable on devra, avant de proposer l'intervention chirurgicale essayer d'abord le traitement médical, pendant quelque temps. Si on ne constate pas d'amélioration ou si les symptômes s'aggravent on sera alors pleinement autorisé à proposer l'intervention chirurgicale, toujours bénigne dans les cas ordinaires.

## Un cas de rupture de l'urèthre pendant le coït

Les ruptures de l'urèthre pendant le coït tout en étant signalées par les auteurs ne sont pas très nombreuses et généralement ne produisent pas de grand retentissement, tout au plus une douleur cuisante pendant l'acte et l'apparition de quelques gouttes de sang au méat. J'ai eu occasion l'année dernière, d'en observer un cas avec hémorragie sinon grave du moins très abondante. Voici l'observation :

A. T. âgé de 24 ans, forte constitution, ayant eu deux blennorrhagies antérieures, sentit une douleur brusque et tellement vive à la verge pendant un coït, en décembre dernier, qu'il dut interrompre toute manœuvre sur le champ ; il constate une hémorragie immédiate très abondante. En un instant les draps du lit furent trempés, le matelas traversé. Quand je le vis, une heure après l'accident, il était pâle et chancelait sur ses jambes. Il avait du sang jusqu'au menton, son tricot, sa chemise, ses caleçons étaient sanglants. Il avait pu, grâce à quelques verres d'alcool, s'habiller et marcher jusque chez moi. Par le méat, il s'écoulait encore un gros filet de sang rouge. Après lavage et asepsie des parties, je pratiquai une injection uréthrale chaude à faible pression, l'hémorragie ne s'arrêtant pas, je me décidai à tenter de passer une sonde et de la laisser à demeure pendant quelques jours.

J'explorai l'urèthre avec un explorateur à boule no. 20 et je constatais qu'il était rupturé au niveau de la racine de la verge. Je pris une sonde béquille No 18 et je l'introduisis, d'abord le bec en bas, puis je l'inclinai à droite et à gauche et je constatais de cette façon que l'urèthre était rompue dans plus de la moitié de son diamètre, la paroi supérieure étant seule intacte. Je pus facilement introduire la sonde en suivant cette dernière paroi.

Sous son effet, l'hémorragie s'arrêta complètement en quatre ou cinq heures. Deux jours après son application le contact réveillait une uréthrite avec écoulement abondant. L'examen microscopique d'une goutte montra que le pus contenait : du gonocoque en grande quantité, du staphylocoque et des microbes pathogènes.

Je pratiquai journellement un grand lavage uréthral, sans sonde, au permanganate à  $\frac{1}{4}$  000 c. Le premier lavage ayant déterminé une légère hémorragie, je laissai la sonde à demeure encore quelques jours en la changeant chaque jour.

Le dixième jour l'écoulement était tari et je passai facilement une boule No. 24. Six mois après c'est-à-dire en juin dernier, on ne passait plus qu'une boule No. 14 et le malade ne voulu en aucun temps se soumettre à une série de séances de béniqués. Je placai dans ce cas une sonde à demeure pour deux raisons principales. D'abord pour prévenir l'infiltration d'urine, raison importante, vu que mon malade n'avait pas encore uriné depuis son accident et secondement pour obtenir une cicatrice souple par une guérison prompte.

Cette observation nous montre que : vu l'abondance de l'hémorragie, l'un des corps caverneux sinon les deux, était intéressé ; que malgré la sonde à demeure l'on ne put obtenir une guérison par première intention, si importante dans ces cas et qui seule permet une cicatrice molle et peu rétractile, à cause de l'urétrite due aux glandes infectées par les blennorrhagies antérieures, toutefois l'on put éviter un accident redoutable et souvent mortel : l'infiltration urineuse.

La guérison secondaire a produit une cicatrice très rétractile qui nécessitera tôt ou tard une uréthrotomie interne.

Dans ces cas où l'hémorragie est abondante, malgré tous les auteurs, je crois qu'il est très utile sinon indispensable de laisser une sonde à demeure, ayant fait avant, aussi consciencieusement que possible, l'aseptie de l'urèthre. On obtient ainsi une cicatrice moins rétractile et l'on conserve à l'urètre un calibre plus considérable. De plus il est important de surveiller son malade pendant longtemps, et aussitôt que l'on remarque que l'urèthre a une tendance à se rétrécir, l'on doit faire des séances de dilatation aux béniqués, en ne rapprochant pas trop les séances. Les rétrécissements éloignés, étroits et durs, consécutifs à ces ruptures relèvent comme tous les rétrécissements traumatiques, de l'urétrotomie interne complétée par une dilatation aux béniqués, poussée aussi loin que possible.

### Trois cas d'avortements

---

Il m'a été donné d'observer dans le même mois, trois cas d'avortement compliqués d'accidents graves mais présentant des symptômes différents.

Nous sommes souvent appelés à traiter des femmes qui se sont fait avorter par des criminels, disons le mot. Nous nous trouvons presque toujours en face d'infections intenses, qui mettent la vie de la femme en danger et compromettent toujours l'avenir des annexes : très souvent en effet l'avortement criminel est obtenu par des manoeuvres au cours desquelles les règles de la plus élémentaire asepsie sont ignorées et où l'antiseptie est plus que douteuse.

E. D., âgée de 21 ans vint me consulter pour des troubles bizarres des règles, qui tantôt avançaient, tantôt retardaient, étaient très abondantes un mois pour ne durer que deux ou trois jours le mois suivant. Soupçonnant un avortement que ma patiente voulait me cacher, je l'examinais. Elle me raconta alors que ses règles duraient depuis quinze jours... et qu'elle perdait beaucoup.

Le ventre est mou et indolore. Le col utérin est gros, flasque, entrouvert. Les annexes sont saines.

Je lui annonçai qu'elle faisait une fausse couche. Elle n'en parut aucunement surprise. Je lui conseillai le curettage qu'elle accepta de suite.

Je fis la dilatation, comme j'en ai toujours l'habitude avec les bougies d'Hegar, et je fus consterné de trouver une perforation du fond de l'utérus, qui laissait passer la sonde No 26. Le reste de l'utérus était dur et ferme. Je dilatai largement, je donnai deux ou trois coups de curette qui ne ramenèrent presque rien, je touchais légèrement à la teinture d'iode et ne fis pas de tamponnement intra-utérin. Je prescrivis en permanence des sacs de glace sur le ventre. La malade n'a jamais eu de température ni de ballonnement du ventre. Elle quittait l'hôpital trois semaines après l'opération. Je l'ai revue dernièrement et ses annexes me paraissent saines.

M. B. âgée de 19 ans, fut toujours bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Il y a huit semaines, alors qu'elle avait un retard de cinq semaines dans ses règles, elle fit une chute de bicyclette et commença à perdre abondamment deux ou trois jours après cet *accident avoué*. Ses pertes ne se sont pas arrêtées depuis, malgré de grandes injections chaudes prises deux fois par jour et un repos au lit plus ou moins bien observé.

M. B. est très affaiblie et ne peut marcher qu'avec l'aide de quelqu'un. Sa température est de 101 et son pouls de 140.

A l'examen je trouve un ventre légèrement ballonné et douloureux à la pression. Le col utérin est gros, mou, entr'ouvert. Le corps est gros, dur, douloureux, immobilisé.

Les annexes gauches sont grosses comme une mandarine, très douloureuses. Les annexes droites me semblent saines.

Je fais d'urgence le curettage le lendemain matin.

La curette ramène de gros débris placentaires. Pendant l'intervention on injecte 750 grammes de sérum. Je fais placer des sacs de glace en permanence sur le ventre.

La température était normale le surlendemain. Le quatrième jour je suspends la glace.

Le vingt-et-unième jour, la malade quitte l'hôpital ne souffrant plus du ventre, ses annexes sont encore doublées de volume, mais presque plus douloureuses.

Pendant toute la durée du traitement à l'hôpital elle prenait trois grandes injections vaginales très chaudes au permanganate et je prescrivis de continuer pendant longtemps le même traitement, et je conseillais le repos au lit pendant quelques jours encore.

---

## Un cas de double lésions des annexes <sup>(1)</sup>

En parcourant les observations relatant des lésions des annexes et en lisant dans les traités spéciaux le chapitre consacré aux troubles de ces organes, on se convainc facilement que presque toutes les affections des trompes ou des ovaires proviennent de l'infection puerpérale seule ou associée à l'infection gonococcique.

Je viens ajouter l'observation suivante à la longue liste des annexites d'origine puerpérale.

M. L., âgée de 36 ans. Pas d'antécédents de famille. Pas d'antécédents personnels jusqu'à la puberté.

Réglée à 17 ans. Règles régulières, très douloureuses avec caillots, peu abondantes, pas de leucorrhée. Cet état persistant, on lui fait à 24 ans, une dilatation du col suivie d'un curetage utérin qui ne produit aucune amélioration.

Mariée à 26 ans, 18 mois après son mariage, grossesse normale et accouchement compliqué d'une déchirure du périnée et suivi d'une infection puerpérale. Jusqu'à son premier accouchement la malade n'avait jamais souffert du ventre, si ce n'est au moment de ses menstrues. Immédiatement après sa couche elle commence à ressentir dans le bas ventre des douleurs vives presque continues que le repos au lit ne fait pas disparaître. A cette époque, une leucorrhée abondante fit son apparition et céda, en partie, sans jamais disparaître complètement, aux grandes injections vaginales chaudes. Sous l'effet de ce traitement les douleurs devinrent moins vives et la malade ne souffrait plus, quelques mois après, qu'au moment de ses règles.

Deuxième accouchement 20 mois après le premier, nouvelle poussée d'infection puerpérale. La malade nous dit que ses relevailles furent longues et que les douleurs dans le bas ventre furent plus vives et persistèrent plus longtemps que lors de son premier accouchement, malgré que le traitement médical fut régulièrement suivi.

Il y a trois ans, troisième accouchement précédé d'une mauvaise grossesse et suivie d'une troisième poussée d'infection. Il persiste depuis une métrite hémorragique. Les règles durent quinze jours chaque mois avec caillots.

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, le mardi le 3 février 1903.

Depuis un peu plus de deux ans la malade est presque continuellement alitée tant à cause des douleurs qu'elle ressent dans le bas ventre lorsqu'elle se lève, qu'à cause de la grande faiblesse dans laquelle ces hémorrhagies abondantes et répétées la laisse.

Il y a un mois, son médecin me dit, qu'elle fit une fausse couche de six semaines (intervalle qui s'est écoulée entre l'avant-dernière hémorrhagie et la dernière perte). L'hémorrhagie fut abondante et la température se tint élevée. Son médecin fit, en prenant toutes les précautions nécessaires, un curetage utérin et ensuite des injections chaudes intra-utérines. Ne parvenant pas à arrêter complètement l'hémorrhagie après un mois de traitement, il me fit demander.

J'examinai la malade en septembre dernier et voici dans quel état je la trouvai :

Malade très anémiée avec une température de 99 3-5 et un pouls petit de 118. La malade a encore de temps à autre des frissons et perd abondamment un liquide brun foncé qui sent mauvais.

A l'inspection le ventre ne présente rien de particulier. Il est mou et indolore à la pression excepté dans les fosses iliaques. Je sens une éventration qui s'étend du pubis à l'ombilic, mais je ne découvre aucune tumeur.

Le rein doit être abaissé et douloureux ; le gauche est abaissé et indolore.

Le périnée présente une déchirure complète, il y en a plus de la rectocèle et de la cystocèle.

Le col de l'utérus est gros, mou, entr'ouvert. Le corps est dur, douloureux, en antéversion prononcée, légèrement mobile.

Les annexes droites sont grosses comme une petite mandarine, très douloureuses au toucher, on ne peut les mobiliser ; les gauches sont remontées, doublées de volume, au moins, plus douloureuses que les droites, on parvient à les mobiliser au prix de vives douleurs.

Je conseille alors, d'accord avec le médecin de la famille, l'intervention suivante :

Curetage utérin ; perrinéorrhaphie ; cure radicale de l'éventration et ablation des annexes.

L'opération, malgré sa gravité est acceptée et trois jours après j'opérais la malade. Le docteur Brosseau donnait le chloroforme et le Dr Fleury m'assistait.

*Curetage.* — Le col est blanchâtre et très mou. Il se déchire sous la plus petite traction. Dilatation du col avec les bougies d'Hégar jusqu'au numéro 18. La curette ramène une grande quantité de débris. Badigonnage de la cavité utérine à la teinture d'iode, et tamponnement à la gaze iodoformée.

*Perrinéorrhaphie.* — J'enlève un. large. triangle à sommet. très élevé et je ferme avec un surjet intérieur au catgut et des crins de florence extérieurs.

Puis je fais la laparotomie dans la position élevée. Je commence par enlever une ellipse de peau de quatre pouces de largeur et s'étendant du pubis à l'ombilic. Les muscles droits sont écartés l'un de l'autre de plus de la largeur de la main.

Je vais à la recherche des annexes gauches qui sont adhérentes à l'artère iliaque; la dissection en est très laborieuse. L'ovaire est supérieur. A droite je trouve un kyste hématique gros comme une orange adhérent très intimement avec des anses du petit intestin. En séparant les adhérences je romps la poche qui est mince. De chaque côté je lie séparément les vaisseaux des pédicules. Je fais une suture totale de la paroi renforcée par une suture à étage. Je laisse une mèche. Pendant l'intervention je fais injecter 750 grammes de sérum.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le lendemain j'enlevais la mèche. Le dixième jour les points abdominaux et le douzième les crins de la pérrinéorrhaphie. Le vingt-troisième jour la malade quittait l'hôpital.

J'ai revu cette malade il y a une quinzaine de jours. Elle a beaucoup engraisée et ne se plaint que de quelques bouffées de chaleurs contre lesquelles j'ai donné le traitement ordinaire.

**Double kyste papillaire de l'ovaire avec dégénérescence fibromateuse de l'utérus.**  
**Ablation. Guérison.** <sup>(1)</sup>

J'ai été appelé au mois d'août 1903, par un confrère, auprès de Mlle. V. âgée de 33 ans, souffrant d'un kyste de l'ovaire.

Je ne découvris rien dans les antécédents familiaux.

Mlle V. fut réglée à 14 ans régulièrement, avec des écoulements abondants et indolores.

En 1899, attaque d'appendicite guérie par le traitement médical, il a toujours persisté une douleur sourde dans le flanc droit. Depuis cette attaque d'appendicite les règles devinrent douloureuses et apparurent tous les vingt jours.

En 1902, au mois de juillet, la malade remarqua pour la première fois que son ventre était gros et commença à peu près dans le même temps à ressentir une douleur vague dans tout le ventre. Elle nous dit que son ventre augmenta régulièrement et lentement de volume jusqu'en avril 1903; qu'à ce moment et à la suite d'une crise très douloureuse du ventre survenue brusquement, entre les règles, et sans cause appréciable, l'augmentation de volume fut rapide jusqu'à dépasser au moment où j'examinais la dimension du ventre d'une femme à terme.

A l'inspection il est globuleux, mat jusqu'au-dessus de l'ombilic sans que la matité change de place suivant les différentes positions de la malade. L'hymen existant, je fais le toucher rectal et je sens une masse fluctuante avec, en certains endroits, des parties dures qui bombent dans le rectum. Nous portons d'accord, mon confrère et moi, le diagnostic de kyste de l'ovaire à pédicule tordu. La crise douloureuse accusée par la malade expliquant la torsion du kyste supposé.

Nous décidons l'opération immédiate, opération faite à l'Hôtel-Dieu, le lendemain, 14 août, avec le docteur Verner, au chloroforme et l'aide des docteurs Bourgeois et Hamelin.

---

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, le 22 novembre 1904.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoula un peu plus de 15 litres de liquide brun pâle et je tombai sur deux kystes papillomateux des ovaires, kystes rompus et dont les papilles faisaient hernies dans le ventre, en plus, un utérus fibromateux. J'enlevai ces masses au prix d'efforts ardues que je n'essaierai pas de décrire. Voici comment s'exprime Labadie, Lagrave et Legueu, au sujet de l'opération de ces kystes papillaires: "L'extirpation de ces tumeurs est complexe; les adhérences de ces tumeurs, leur infiltration a la fois à la surface et au-dessous de la séreuse, leur pénétration dans le ligament large exposent à des difficultés sans nombre; la vessie, le rectum peuvent être perforés, des vaisseaux ouverts, les manoeuvres de l'extirpation ne peuvent pas être décrites".

J'eus le bonheur de ne déchirer ni la vessie, ni le rectum, de n'ouvrir aucun vaisseau. Je ne remarquai aucune greffe des tumeurs sur les organes voisins.

La malade guérit très bien de l'opération et, aujourd'hui, quinze mois après l'intervention, l'ascite ne s'est pas reproduite et elle conserve son embonpoint.

Je vous donne de suite lecture du résultat de l'examen histologique faite au laboratoire de l'Hôtel-Dieu par M. le Dr Daigle, chef de ce laboratoire, dont la compétence indiscutable vous est connue depuis longtemps.

Laboratoire de pathologie de l'Hôtel-Dieu, mars 1904:

*Pièce-kyste papillaire de l'ovaire. — Nom de l'opérée:*

*Demoiselle V.; opérateur: Dr F. de Martigny*

La pièce soumise à l'examen appartient à la variété des kystes de l'ovaire dits kystes papillaires. Les papilles nombreuses qu'elle présente ont pu se développer à l'intérieur des kystes jusqu'à déhiscence de ces derniers leur donnant l'aspect en choux-fleurs. Des papilles ont pu se développer à la surface de l'ovaire en même temps qu'à l'intérieur des kystes, ce qui constitue une variété plus rare.

Ces néoplasies sont souvent malignes, on leur donne alors le nom de cysto-carcinomes papillaires. Cependant, ici, outre le fait que le revêtement épithélial est simple, il n'y a pas d'une façon apparente, en aucun endroit, écoulement de la membrane basale; il n'y a pas de nids de cellules dans le stroma conjonctif qui ne paraît nullement envahi par l'élément épithélial et, malgré le développement luxuriant des formes papillaires, la structure de ces papilles peut être considérée des plus simple comme formation histologique.

A l'opération, on a trouvé des adhérences, mais il n'y avait pas de greffes métastatiques véritables sur les organes voisins, ce qui viendrait corroborer l'examen histologique quant à la nature bénigne de la tumeur.

Nous concluons à la nature bénigne de la tumeur comme formation histologique et à la possibilité de non-récidive si toutes les parties en ont été enlevées exactement.

C. A. DAIGLE.

Messieurs, lorsque j'ai fait annoncer que je vous présentais cette si intéressante pièce, un de nos collègues a cru à la dernière séance que je venais de faire une découverte importante et que j'allais révéler au monde scientifique de l'Europe et de l'Amérique, l'existence d'une nouvelle variété de kyste de l'ovaire.

Je dois avouer humblement, et à mon grand regret, qu'il n'en est rien. D'ailleurs, vous même, vous serez forcés d'admettre dans un moment avec moi que notre collègue s'est totalement trompé. Voici l'opinion de quelques auteurs qui se sont occupés de cette question des kystes papillaires papillomateux ou papillomes des ovaires. Ces kystes sont d'une excessive rareté. Après avoir fait faire le relevé de la statistique de l'Hôtel-Dieu pour ces dix dernières années, je n'en découvre aucun cas opéré à cet hôpital. Je n'ai découvert non plus aucun cas mentionné dans les statistiques de l'hôpital Notre-Dame ou l'hôpital Victoria, et, après mes renseignements, il en est de même à l'hôpital Général.

A. Auvard. — Traité de gynécologie. Paris 1894, page 558, 559, 560.

"Kystes ouverts ou papillaires. Au lieu de ces tumeurs essentiellement kystiques et fermées dont il vient d'être question (kystes fermés ou glandulaires) on peut trouver au niveau de l'ovaire des tumeurs constituées par des amas de végétations papillomateuses analogues à celle que montre l'état isolé de la figure 569.

"Ces tumeurs peuvent prendre l'aspect représenté par les figures 570 et 571, c'est-à-dire que les végétations sont accumulées, amoncées, autour de l'ovaire, (figure 571) tantôt plus ou moins répandues sur les organes voisins du péritoine.

"Ces tumeurs semblent ne pas mériter le nom de kystes, car à l'état de complet développement, elles ne rappellent en aucune façon la constitution habituelle de ces tumeurs, c'est-à-dire une poche remplie de liquide, mais cette dénomination sera expliquée et justifiée quand nous connaîtrons leur mode de formation. Ces végétations prennent en effet naissance dans des cavités kystiques analogues à celles des

kystes multiloculaires de l'ovaire, de telle sorte qu'à une période de leur évolution, il est impossible de les distinguer de ces dernières tumeurs qui contiennent parfois, ainsi que nous l'avons vu, des végétations papillomateuses. Mais ces végétations prennent un développement considérable, elles font éclater la poche qui les enferme et s'épanouissent à l'extérieur, de telle sorte que, l'enveloppe kystique ayant disparu, on ne voit plus que les végétations.

"Les kystes papillaires ou ouverts de l'ovaire, qui sont rares relativement aux formes précédemment étudiées, ne constituent en somme qu'une variété des kystes multiloculaires de l'ovaire. Ces végétations peuvent exceptionnellement prendre naissance dans les kystes multiloculaires, mais les kystes multiloculaires sont leur origine habituelle.

"Ces végétations semblent s'inoculer de proche en proche, de telle sorte qu'elles envahissent le péritoine en une trainée progressive.

"Le péritoine irrité par leur présence et par le liquide kystique répandu dans leur intérieur donne naissance à du liquide ascitique, de telle sorte que l'ascite est la compagne habituelle de ces tumeurs, bien qu'elles ne soient pas de nature maligne, et qu'extirpées elles n'aient pas de tendance à la récurrence à la condition que l'extirpation soit bien complète."

Joseph Taber Johnson, M.D. Au chapitre des affections chirurgicales des ovaires et des trompes, dans "System of Surgery," edited by F. S. Dennis, New-York, 1896, vol. IV, page 649:

"Les kystes de l'ovaire peuvent être uniloculaire, multiloculaire, glandulaire, papillaire, proliférant, folliculaire, dermoïde ou paraovarien."

Samuel Pozzi. — Gynécologie. Paris 1897, page 871, chapitre des tumeurs solides de l'ovaire.

"Quelques auteurs y joignent les papillomes, les enchondromes et les tubercules; je n'imiterai point leur exemple. En effet, j'ai présenté l'histoire des premiers avec les kystes papillaires dont ils ne sont en réalité qu'une dépendance."

Même auteur, page 776:

"Je diviserai les kystes de l'ovaire de la façon suivante:

- (1) Kystes prolifères glandulaires;
- (2) Kystes prolifères papillaires;
- (3) Kystes dermoïdes;
- (4) Kystes paraovariens. Comprenant eux-mêmes diverses espèces: hyalins, papillaires, dermoïdes.

"Le kyste prolifère papillaire présente les indices d'une prolifération conjonctive prédominante; le tissu conjonctif forme des bourgeons qui font saillie dans la cavité kystique, en repoussant l'épithélium et en se divisant en ramuscules déliés, papilliformes. Ces excrois-

sances dendritiques peuvent remplir et distendre le kyste au point de le crever et de le faire saillir à l'extérieur, soit par une étroite éraillure, soit par une large déchirure. Alors le kyste peut pour ainsi dire se retourner; son fond convexe étale les végétations nées à sa surface, et la tumeur change complètement d'aspect. En même temps, ses produits de sécrétion tombent dans le péritoine et y provoquent avec l'ascite la production métastatique des masses papillaires.

"Les tumeurs de cette origine ont été souvent décrites comme des *papillomes* superficiels de l'ovaire, tandis qu'elles reconnaissent pour cause un kyste antérieur dont la déhiscence avait amené la disparition. Toutefois les végétations peuvent, en apparence, naître d'emblée à la surface de l'ovaire. Prochaska, Gusserow et Eberth, Birch, Hirschfeld, Marchand, Coblenz en ont cité des exemples."

Et plus loin: "On est autorisé à dire que le papillome superficiel de l'ovaire n'est lui-même que le produit de la déhiscence de très petits kystes superficiels papillaires. Ainsi s'expliquent les cas où l'on a observé d'un côté un kyste papillaire et de l'autre un papillome de l'ovaire."

Webster. — *Diseases of women*. Montreal, 1898, page 376:

"Kystes papillomateux. Ces kystes sont souvent bilatéraux et en règle générale n'atteignent pas la dimension des kystes multiloculaires. Les différentes cavités sont peu nombreuses, souvent il n'y en a qu'une, etc., etc."

Labadie, Lagrave, Legueu. — *Traité Médico-chirurgical de gynécologie*. Paris 1898, page 1035:

"Si, au point de vue de l'anatomie microscopique et de l'histogénèse, il est impossible de séparer les tumeurs végétales ou papillaires des kystes de l'ovaire, il est certain qu'au point de vue clinique elles constituent une classe à part de tumeurs."

Plus loin: "Ces tumeurs ont été depuis longtemps observées; la plupart des auteurs ne les mentionnent qu'à propos de kystes de l'ovaire. Cependant Péan en 1886, en a fait l'objet d'une intéressante clinique; Pfannenstell (Liepsig, 1877), Duret (Congrès de Bruxelles, 1892), Cazenave (des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale, 1885, Paris) leur ont consacré des travaux plus importants.

Paul Second, dans le tome VII, page 339, du traité de chirurgie de Duplay et Reclus, Paris 1899.

Tumeurs solides.

"Variétés. Sous le nom de tumeurs solides de l'ovaire on décrit en général, les tubercules, le *Papillome*, l'enchondrome, le fibrome, le sarcome, et le cancer. Dans les cysto-épithéliomes simples ou de va-

riété plus maligne, on rencontre fréquemment des végétations conjonctives ou épithéliales qui affectent une disposition papillaire."

A. Lutaud. Manuel de gynécologie. Paris, 1900. Page 634, 635.  
Kystes Papillaires.

"A côté des kystes prolifères fermes, Il convient de décrire une variété beaucoup plus rare qui est constituée par des amas de végétations papillomateuses amoncelées autour de l'ovaire, fig. 363, 364.

"Quoique ne présentant pas les caractères anatomo-pathologiques des kystes ovariens lorsqu'elles ont atteint un certain développement, ces tumeurs semblent s'y rattacher par leur origine.

"Il a été en effet démontré que ces kystes peuvent débiter, soit à la surface de l'ovaire, soit dans des cavités analogues à celles des kystes multiloculaires.

"Les kystes papillaires sont donc des tumeurs fermées dans la première période de leur évolution; ce n'est que lorsqu'ils prennent un développement considérable qu'ils font éclater la poche et se répandent autour de l'ovaire pour prendre l'aspect végétant. Ces tumeurs peuvent atteindre un volume considérable, s'inoculer de proche en proche et envahir le péritoine. Elles donnent alors naissance à une ascite".

Ledentu et S. Bonnet dans le tome X page 860, fig. 226 du Traité de Chirurgie de LeDentu et Delbert, Paris 1901.

(Végétations) de même nature que celles qu'on rencontre à la surface des kystes, mais plus fréquentes à l'intérieur, ces végétations sont tantôt sessiles tantôt pédiculées, ou même libres isolées ou confluentes, elles sont molles et friables ou dures fibreuses, comme cartilagineuses, transparentes ou opaques, blanc grisâtre ou nacrées évoquant la comparaison à choux-fleur ou rouges et charnues comme une framboise. Peu nombreuses dans certains cas, elles remplissent dans d'autres, toute la cavité au point de simuler une tumeur solide; leur développement est parfois tel qu'elles font éclater la paroi, deviennent extra-kystiques et peuvent s'effriter dans le péritoine. Elles répondent au kystes végétant de Cruvelier, au kyste prolifère papillaire de Pozzi. On leur a donné aussi le nom de papillome.

## Hystérectomie vaginale pour polype et fibromes multiples de l'utérus. <sup>(1)</sup>

Les grossesses ovariennes sont d'une excessive rareté, mais sont admises par tous, malgré les travaux de Lawson Tait et de Webster. Les auteurs citent les six cas de grossesse ovarienne suivante : de Patenko, de Mouratoff, de Saefger, de Makeroat, de Lassen et Chrobak.

On comprend que ces cas soient très rares en se rappelant que pour qu'une grossesse soit ovarienne, il faut que le placenta s'insère là où il existe du tissu ovarien et qu'il y ait continuité de l'albuginé et de la paroi kystique.

En examinant la pièce que je vous présente ce soir, vous pouvez voir que tous ces caractères s'y trouvent réunis.

Le 16 octobre dernier, Madame M., âgée de 26 ans vient me consulter. Réglée à 14 ans, les règles furent toujours régulières indolores et peu abondantes.

Mariée à 21 ans, elle eut deux enfants, pas de fausse couche.

Premier accouchement à 22 ans et 6 mois, après une bonne grossesse, les suites furent normales.

Deuxième accouchement il y a deux ans. Le médecin fut obligé de faire une application de forceps. Depuis ce dernier accouchement les règles avancent de 4 ou 5 jours, durent 3 ou 4 jours et ne sont pas très abondantes, mais douloureuses avec caillots.

Les dernières règles, celles de septembre, ont retardé d'une dizaine de jours, elles furent un peu plus douloureuses que les autres et les caillots furent nombreux.

La malade souffre aussi du côté droit, qui, d'endolori qu'il était, est devenu douloureux.

Depuis un an leucorrhée abondante. Les intestins sont réguliers.

Examen : Ventre souple, indolore, excepté à la région du rein droit (ce rein est abaissé) et dans les fosses iliaques, la droite beaucoup plus douloureuse que la gauche.

---

(1) Lue devant la Société Médicale de Montréal, le 11 mai 1904.

Toucher : Périnée déchiré, cystocèle assez prononcée.

Utérus : hypertrophié et déchiré largement à gauche. Corps mobile, indolore, pas augmenté de volume.

Annexes droites très douloureuses, semblent un peu grosses ; les gauches paraissent saines.

Le 17 janvier dernier, j'examinai de nouveau la malade. Les dernières règles furent douloureuses comme d'habitude avec caillots.

La leucorrhée persista malgré quelques douches vaginales que la malade prend avec une irrégularité désespérante. Les annexes étaient tellement douloureuses au toucher qu'il me fut impossible d'apprécier leur état. L'examen sous chloroforme ne me donna pas beaucoup plus de renseignements : utérus mobile, normal, annexes droites sûrement augmentées de volume mais mobile.

J'opérai cette malade avec mon confrère et ami, le Dr Bourgeois, je fis la laparatomie et j'enlevai les annexes droites. L'ovaire gros comme une grosse noix, mou, et semblait au toucher en dégénérescence kystique. Je fermai complètement le ventre, et je terminai l'opération par l'amputation du col et l'élytrorrhaphie.

En ouvrant l'ovaire il s'écoula d'abord, une certaine quantité de sang noirâtre, plus un corps gélatineux.

## UN SECOND CAS DE GROSSESSE OVARIQUE

Les grossesses ovariennes dont les observations sont encore si rares, me semblent plus communes que l'on le croit généralement et je suis persuadé que si nous observions attentivement nos malades de ce côté nous aurions des observations nombreuses, puisque voici le second cas que j'opère en six mois :

Madame H. C., 28 ans, me fut envoyée par un confrère, pour des accidents utérins qui duraient depuis plus d'un mois.

Cette femme, qui avait été toujours très bien réglée, qui n'avait jamais eu de grossesse, avait présenté un retard de quelques jours dans ses règles de mars. Ses règles étaient apparues très abondantes, presque hémorrhagiques, douloureuses avec de gros caillots, après six jours de repos absolu au lit, tout était rentré dans l'ordre. Quinze jours après, vers le vingt avril, nouvelle hémorrhagie avec caillots et douleurs pendant huit jours. Quand je l'examinais, cette dernière perte était arrêtée depuis quelques jours. Je trouvai un ventre indolore à la pression, excepté dans la région iliaque droite, dont les muscles étaient contractés.

Au toucher de l'utérus, le col est mou, entr'ouvert ; corps gros, en antéversion mobile, douloureux ; annexes droites prolabées dans le cul-de-sac antérieur, grosses, douloureuses.

Le lendemain, je faisais la laparatomie avec mon confrère et ami, le Dr Bourgeois. L'appendice gros et long renfermait quatre corps étrangers, je l'enlevais. L'ovaire droit, gros, donnait une sensation kystique sur une de ses faces, une petite surface sanguinolente que je croyais produite par la déchirure d'une adhérence intestinale. J'enlevais l'ovaire. A l'examen de la pièce on observe le contour intra-ovarien bien délimité d'une poche dont une partie est rupturée. On voit accolé un petit point jaune saillant qui doit être l'insertion du placenta. L'examen microscopique confirmera, je l'espère, mon diagnostic.

Cette pièce que je vous présente ce soir, provient d'une femme de 47 ans, à qui j'ai fait, le 4 mai dernier, une hystérectomie vaginale.

#### UTERUS FIBROMATEUX, AVEC POLYPE A LONG PEDICULÉ.

Madame A. L., âgée de 47 ans, réglée tard à 16 ans, eut toujours des règles irrégulières peu abondantes et sans douleur jusqu'à il y a dix ans. A cette époque, la malade étant âgée de 37 ans, sans cause apparente, elle fut prise, au moment de ses règles, d'une hémorrhagie qui dura sept mois et qui s'arrêta grâce à un traitement médical. Les règles redevinrent plus ou moins régulières, mais restèrent depuis lors toujours plus abondantes. Elle se maria à l'âge de 40 ans, n'eut jamais de grossesse et resta en bonne santé jusqu'en décembre dernier. De nouveau elle fut prise d'une hémorrhagie qui n'a pas cessé depuis, malgré le traitement médical très actif institué par son médecin. En janvier dernier, la malade remarqua pour la première fois l'apparition à la vulve, d'une petite tumeur rouge, violacée, sanguinolente. Cette tumeur apparaissait dans la position couchée. Puis peu à peu la tumeur s'allongea jusqu'à pendre un pouce et demi en dehors de la vulve.

J'examinais la malade, et j'aperçus un polype qui sortait entre les grandes lèvres. Au toucher, je trouvai un col mou entrouvert par le polype. Ayant acquis la certitude que ce dernier s'implantait à l'intérieur de la cavité utérine, j'abandonnai mon examen à cause de l'hémorrhagie qu'il provoquait. J'avais reconnu un corps utérin, gros, bosselé et mobile.

Je fis le lendemain, l'hystérectomie vaginale, opération rendue difficile par l'étroitesse du vagin.

En examinant la pièce, on voit que l'implantation du polype sur le fond de l'utérus est multiple, et on remarque un gros fibrome

et plusieurs petits. Dans ces cas d'utérus farcis de petites tumeurs, l'hystérectomie, vaginale ou abdominale, peut assurer une guérison définitive à la malade, si on a la chance, comme dans ce cas-ci, d'intervenir avant que les fibromes dégénèrent.

#### HERNIE INGUINALE RENFERMANT L'APPENDICE

Je fis, il y a trois mois, à un garçon de 10 ans, une double cure radicale de hernie très douloureuse. L'opération fut rendue laborieuse, par la minceur du sac. A droite, j'enlevai deux lipomes herniaires et j'aperçus dans le haut de mon incision, le bout de l'appendice. Je tentai avec une pince de l'abaisser pour le réséquer, et, comme il ne voulait pas venir à moi, j'allais à lui, en allongeant ma ligne d'incision. Je l'enlevai, et à l'intérieur je trouvai 4 corps étrangers, et une petite cavité close renfermant un abcès. Ce que je trouve d'intéressant dans cette observation, c'est que jamais le malade n'accusa d'appendicite. Le médecin de famille me confirma le renseignement. Les intestins furent toujours réglées, ni constipation, ni diarrhée. D'ailleurs, il est de fait courant que les symptômes de l'appendicite ne concordent pas toujours avec les lésions de l'appendice que nous trouvons en ouvrant le ventre. Ces hernies de l'appendice dans le canal inguinal, sont connues depuis longtemps et sont assez fréquentes. L'observation la plus ancienne que je connaisse, est celle que relate le Professeur A. Richet, dans son traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale, publié à Paris en 1860, à la page 650 :

"J'ai opéré à la Pitié alors que je remplaçais le Professeur Laugier, un homme de 55 ans. Il s'agissait d'une hernie inguinale droite, étranglée: je fis soulever la peau par un aide, j'incisai le pli dans toute son épaisseur du sommet à la base, et lorsque je laissai retomber les téguments, j'aperçus quelques bulles de gaz qui sortaient du fond de la plaie. Cela me parut si singulier que je ne pus d'abord y croire; ayant agrandi mon incision, je vis distinctement sourdre du pus liquide mélangé de gaz qui, à l'odeur, je jugeai être du liquide intestinal. Je disséquais en redoublant de précaution et en quelques coups de bistouris, je découvris un cordon cylindrique que je reconnus pour l'appendice vermiciforme. Cette fois, plus de doute, il s'agissait d'une hernie du cecum; après une dissection pénible, je parvins enfin à isoler complètement l'intestin, puis je procédais au débridement. La réduction se fit avec facilité, je conservais seulement dehors, l'extrémité de l'appendice qui avait été ouverte dans l'étendue de quelques millimètres, et pour plus de précaution, je la maintins avec un fil. Quelques jours après le malade sortait guéri sans avoir éprouvé le plus léger accident.

## Du traitement de la rétroversion utérine par la suspension abdominale à l'aide des ligaments ronds. Observations <sup>(1)</sup>

Replacer dans sa position physiologique un utérus rétroversé ou rétrofléchi, le maintenir en place d'une manière permanente sans inconvénient pour le développement de l'organe dans les grossesses à venir, tel est le but idéal que les chirurgiens ont cherché à atteindre de tout temps.

Le traitement non sanglant a tenu la place prépondérante aussi longtemps que le péril fut la terreur des chirurgiens, puis il perdit du terrain pendant que les méthodes sanglantes, timides au début, prenaient rang dans la chirurgie gynécologique.

Innombrables furent les diverses opérations proposées. Je passerai, ce soir, succinctement en revue les plus importantes. Chacune a eu son heure de vogue. Puis, avec l'expérience on en abandonna un certain nombre, qui ne donnaient pas tout ce qu'elles semblaient promettre. D'abord, avec l'engouement du début, certains chirurgiens voulurent appliquer à toutes les rétroversions indifféramment le même traitement, sans songer qu'il y a plusieurs sortes de rétroversions et que l'on doit modifier le traitement ou l'opération suivant les cas. Nous pouvons diviser les rétroversions en : Rétroversions mobiles, indolores sans métrite, assez nombreuses, quoiqu'on en dise, et pour lesquelles nous sommes rarement consultés. Rétroversions douloureuses mobiles sans métrite. Dans ces cas comme dans les précédents le massage, les pessaires, les injections vaginales donnent de bons résultats et sont souvent suffisants.

Rétroversions mobiles et douloureuses avec métrite. Il faut d'abord s'attaquer à la métrite et en même temps que l'on guérit la métrite, on voit les troubles disparaître et l'utérus revenir à sa position physiologique.

---

(1) Lue devant la Société Médicale de Montréal, le 8 mars 1904.

Rétroversions avec métrite, déchirure du périnée et prolapsus vaginal. Dans ces cas il faut guérir la métrite, refaire le périnée, supprimer le prolapsus par une opération plastique et si la femme est proche de la ménopause, ne pas trop s'occuper de la rétroversion, excepté toutefois, si elle est douloureuse. Chez les jeunes femmes, au contraire, il faut en même temps fixer l'utérus en bonne position.

Rétroversions enkystées douloureuses avec salpingites. Dans ces cas il faut de toute nécessité faire la laparatomie pour traiter et la rétroversion et la salpingite.

Par ce court exposé des différentes variétés de la rétroversion, l'on peut voir que chaque variété demande un traitement différent, et qu'il faut bien examiner sa malade et peser soigneusement le pour et le contre avant d'instituer le traitement.

Passons rapidement en revue quelques-unes des opérations que nous avons à notre disposition, pour attaquer cette affection si commune et si ennuyeuse pour la femme qui en est atteinte.

Ces opérations peuvent être divisées en deux et chacune des divisions subdivisées à son tour.

(A) Opérations qui fixent directement l'utérus à la paroi.

(B) Opérations qui fixent indirectement l'utérus en se servant soit des ligaments ronds soit des parois mêmes du vagin.

#### FIXATION DIRECTE

L'opération la plus ancienne et heureusement abandonnée aujourd'hui, est l'opération de Kelly, qui consiste à repousser le corps de l'utérus en antéversion, à l'appliquer sur la paroi abdominale et, avec une longue aiguille, à embrocher et la paroi abdominale et l'utérus.

On fixe aussi l'utérus directement à la paroi abdominale en passant, après laparatomie bien entendu, des fils de soie ou des catguts sur la face antérieure de l'utérus et en fixant ces fils à la paroi abdominale. D'abord on fixait le fond de l'utérus puis après en avoir constaté les inconvénients, chez les femmes jeunes (impossibilité de conduire une grossesse à terme) on fixa l'utérus en passant les fils, soit sur le milieu de la face antérieure, soit près du sommet du corps près du col autant que possible. On peut être sûr qu'avec cette opération, l'utérus reste bien fixe, mais les résultats, malgré toutes les modifications apportées au procédé primitif, ne sont pas toujours bons au point de vue obstétrical. On a signalé des avortements répétés à la suite de cette hystéropexie. Mon observation No. 2 est concluante en ce sens et je ne suis pas le seul à avoir observé de pareils accidents.

### FIXATION INDIRECTE

Durnsen, le défenseur et le vulgarisateur de la fixation par la voie vaginale, aborde l'utérus par une copoltomie antérieure et ouvre largement le cul-de-sac antérieur. Après avoir baissé le col avec une pince de Museux, il introduit dans l'utérus un hystéromètre pour le faire basculer en avant. Un fil de soie passé transversalement dans l'utérus, sert à le maintenir abaissé pendant l'opération. Puis, il enfonce de haut en bas dans le bord supérieur de la plaie vaginale, trois gros fils, qui suivent dans le corps même de l'utérus, un trajet vertical. Ces fils utéro-vaginaux sont des fils perdus, en les nouant, on fixe la matrice. Il reste à suturer les deux lèvres de la plaie, après avoir retiré le fil abaisseur.

Je n'ai pas d'expérience personnelle de ce procédé, mais voici comment Richelot s'exprime à son sujet: "L'hystéropexie vaginale a, à première vue, le mérite de laisser l'utérus dans le petit bassin et dans ses rapports normaux. D'autre part, elle est d'une exécution difficile; c'est une infériorité. Nous la croyons utile au chirurgien, qui n'est pas libre de faire une laparatomie. Elle mérite encore de n'être pas oubliée. Malheureusement, ses méfaits obstétricaux sont encore plus graves que ceux de l'hystéropexie abdominale."

Fixation indirecte par les ligaments ronds ou opération d'Alquié-Alexander, qui se compose essentiellement de deux parties: Recherche et mise à nu des ligaments ronds, raccourcissement des ligaments ronds, une fois trouvés, incision de chaque côté comme celle de la hernie inguinale, ouvrir largement le canal inguinal, chercher le ligament rond, l'isoler, le libérer, l'attirer au dehors par des tractions douces et continues, jusqu'à ce que l'organe soit réduit. Vérifier par le toucher vaginal, puis, fixer chaque ligament rond par son segment le plus voisin de la corne utérine, au moyen d'un surjet de catgut. Fermer complètement la plaie. Cette opération qui a joui d'une si grande vogue, est de plus en plus délaissée, parce qu'elle est aveugle et prétend redresser l'utérus sans que le chirurgien l'ait vu ni touché. Elle a donné des récidives et des succès. Au point de vue obstétrical, elle est plus rationnelle que la fixation abdominale ou vaginale.

Le raccourcissement intra abdominal des ligaments ronds qui consiste, après laparatomie à chercher les ligaments ronds à faire un avivement de leur bord interne sur une certaine longueur et à accoler et à fixer la partie avivée par un surjet de catgut. Cette opération est bien antérieure à celle d'Alexander, parce qu'elle permet d'explorer le petit bassin.

Fixation abdominale, en embrochant péritoine et muscle à trois travers de doigts de la ligne d'incision, à trois ou quatre pouces au-dessus du pubis. On ferme complètement le ventre.

Je considère cette opération comme une opération de choix chez les jeunes femmes, ayant ou n'ayant pas de prolapsus génital, parce que c'est une opération simple et facile. C'est une laparotomie aussi bénigne que la laparotomie exploratrice. Je n'ai jamais eu de mort à la suite de l'intervention. Elle permet d'explorer le petit bassin. Elle laisse l'utérus libre dans le ventre tout en le suspendant dans une bonne position. Enfin elle ne présente aucun danger pour le développement des grossesses futures. Car, comme on le sait, au cours de la grossesse, le ligament rond subit une transformation qui lui permet de suivre l'ascension de l'utérus pendant la gestation. Elle s'oppose au prolapsus utérin. Naturellement cette opération ne s'attaque qu'à la rétroversion. Si l'on se trouve en présence d'un cas compliqué, soit de métrite, soit de prolapsus, soit de déchirures des lèvres du col ou de déchirure du périnée, il faut aussi s'occuper des complications.

J'ai opéré par cette méthode six cas de rétroversion utérine avec un bon résultat, tant au point de vue de la permanence de la fixation de l'utérus qu'au point de vue du développement de la grossesse, chez celles de mes malades qui sont devenues enceintes après l'opération. J'ai opéré aussi une malade à qui l'on avait fait une fixation directe et qui avait fait à la suite, avortement sur avortement.

#### OBSERVATION I.

Mlle V. 23 ans, réglée à 15 ans. Règles régulières, indolores, peu abondantes, jusqu'à il y a deux ans. A cette époque, à la suite d'un effort violent, douleur vive dans le bas ventre. Les douleurs se calmèrent peu à peu, mais il persista une sensation de pesanteur dans le rectum. De la constipation survint, chose qui n'avait jamais existé. Une leucorrhée très irritante apparue aussi vers le même temps, les règles devinrent douloureuses, irrégulières. Un traitement médical fut institué et suivi régulièrement sans donner de résultats appréciables.

Quand elle vint me consulter, en décembre 1902, elle souffrait toujours de constipation, de sensation de pesanteur sur le rectum et d'une leucorrhée abondante, qui avait produit et entretenait une vulvite douloureuse.

A l'examen, je trouvai un utérus en rétroversion prononcée, avec un col petit, dur et un corps peu mobile, pas augmenté de volume, mais douloureux. Les annexes droites étaient grosses et douloureuses.

#### OPERATION.

Curetage, Laparotomie. Annexes droites grosses comme une noix, adhérentes, à l'utérus, je les enlève et je suspends l'utérus par les ligaments ronds à la paroi abdominale suivant la méthode que j'ai décrite.

Suites opératoires normales.

Je dus traiter cette malade pour sa leucorrhée pendant quelques mois après sa sortie de l'hôpital. Je l'ai revue en janvier 1904. Plus de constipation, règles indolores, leucorrhée disparue. L'utérus est bien en place, indolore, et légèrement mobile.

OBSERVATION No. 2.

Mme. B., 35 ans, réglée à 12 ans, règles régulières, abondantes, indolores, mariée à 19 ans.

Quelques années après son mariage, sans cause apparente, elle commence à ressentir une pesanteur sur le rectum, à souffrir de constipation et elle voit apparaître une leucorrhée peu abondante. Ses règles deviennent plus abondantes, douloureuses et restent régulières. En 1897, un gynécologue lui fait subir une laparatomie pour fixer une rétroversion à ce que la malade nous dit. A la suite de cette opération, la constipation a presque complètement disparue, la pesanteur sur le rectum n'existe plus et la leucorrhée est aussi guérie. Seulement, la malade, qui n'avait jamais été enceinte, qui avait eu toujours des règles presque régulières, commence à avoir des retards de deux mois et demie, suivi de pertes abondantes, caillots et douleurs. Depuis 1898, elle a présenté ces accidents sept fois et ses règles étaient en retard de deux mois, quand elle vint me consulter, pour me demander si elle est enceinte et si je ne pourrais pas lui éviter de ces hémorrhagies utérines, qui l'ennuient beaucoup. Depuis un an, la ligne d'incision de l'ancienne laparatomie est douloureuse et la malade nous dit qu'il lui pousse une petite tumeur, au milieu de la cicatrice, qui disparaît quand elle est au lit.

Examen: Ventre indolore, mou. Il y a une éventration qui intéresse le tiers inférieur de la cicatrice.

Toucher. Col très mou, corps bien fixé en antéversion gros, dur, presque immobile, indolore. Annexes saines.

Je conseille le repos au lit, un régime doux et d'éviter la constipation. Quinze jours après, je suis appelé auprès de cette femme qui faisait une fausse couche, malgré le repos au lit observé scrupuleusement.

Je lui conseille alors de se soumettre à une nouvelle opération supposant que le gynécologue avait fait une fixation directe et que des adhérences trop intimes, entre le corps de l'utérus et la paroi abdominale, étaient la cause de ces avortements.

Opération. Laparatomie. Je trouve le fond de l'utérus fixé à la paroi abdominale par des adhérences très fortes que je sectionne, l'uté-

rus ne bascule pas. Je ferme complètement, ne laissant qu'un petit espace par où sort une mèche que j'ai placée entre la paroi abdominale et le corps de l'utérus.

Suites opératoires. J'enlève la mèche 48 heures après et je fais un point à la peau; guérison par première intention. Cette malade j'ai opérée il y a dix mois, est actuellement enceinte de six mois et sa grossesse jusqu'à présent a été tout à fait normale.

Observation No. 3.

Mde. L. M., 30 ans. Réglée à 13 ans, règles régulières, indolores, peu abondantes, mariée à 18 ans, trois enfants entre 19 et 26 ans. Accouchement sans infection.

Depuis le dernier accouchement, qui remonte à quatre ans, règles très abondantes, deux fois par mois, se plaint d'une pesanteur sur le rectum et de souffrir d'une constipation opiniâtre. Le traitement médical, suivi pendant deux ans n'a pas soulagé la malade d'une manière sensible.

Examen. Ventre mou, indolore à la pression, excepté dans la fosse iliaque droite, qui est très douloureuse. La malade nous dit qu'à chaque période menstruelle, elle éprouve une véritable crise de douleurs pendant 24 heures dans le côté droit du ventre.

Toucher. Périnée déchirée au second degré, légère cystocèle.

Utérus. Col, lèvres gauche largement déchirée, gros corps en rétroversion, très mobile, douloureuse, peu prononcée.

Opération.

Curetage, Suture du col, Elytrorrhaphie, Laparatomie. J'attire l'utérus qui présente des adhérences lâches avec le rectum, assez solides avec des anses du petit intestin, je détruis les adhérences et j'attire au dehors les annexes droites. L'appendice adhère à l'ovaire très intimement, j'enlève d'abord les annexes, puis l'appendice. Je suspends l'utérus par les ligaments ronds avec deux gros catguts.

Examen des pièces. Appendice long de quatre pouces, canal perméable, parois épaissies, renferment cinq corps étrangers et quatre plaques ulcératives, comme si l'ulcération avait été faite à l'emporte pièce.

L'une des ulcérations n'avait respecté que la séreuse, suites des plus normales.

J'ai opéré cette femme il y a huit mois. Ses règles sont redevenues régulières, indolores. Elle ne souffre plus d'un poids sur le rectum, son utérus est bien en place, mobile, indolore. Elle souffre encore de constipation, mais d'une manière moins prononcée.

Observation No. 4.

Mme C., 32 ans, règles à 13 ans et 3 mois, bien régulières, indolores, peu abondantes, mariée à 20 ans, une grossesse suivie d'un ac-

couchement normal sans infection. Un second accouchement il y a 3 ans sans complications ; elle a fait depuis une fausse couche de trois mois avec infection puerpérale. Se plaint depuis sa fausse couche d'une pesanteur sur le rectum, pesanteur qui est très douloureuse quand la malade reste longtemps debout ou marche un peu. Les règles sont douloureuses et accompagnées de caillots, toujours régulières, mais plus abondantes qu'avant la fausse couche. Constipation continuelle, selles à l'aide de lavement. La malade ne prend pas d'injections vaginales, leucorrhée peu abondante.

Examen.

Ventre mou, indolore à la pression, excepté la fosse iliaque gauche, qui est douloureuse, mais on ne sent pas de tumeur.

Périnée relâché, col utérin déchiré à gauche, gros, dur, porté en avant, corps gros, dur peu mobile, en rétroversion prononcée, douloureux. Annexes droites tombées dans le cul-de-sac de Douglas, mais grosses comme une mandarine, adhérentes à l'utérus, très dures, très douloureuses.

Opération. Curetage. Suture du col. Laparatomie. J'enlève les annexes gauches qui présentent un kyste hématique gros comme le poing, rétro-ligamentaire. Je suspends l'utérus par les ligaments ronds.

J'ai opéré cette femme en janvier 1902. Je l'ai revue en janvier 1904. Les règles sont normales, sans caillots, l'utérus est bien en place, plus de sensations de pesanteur sur le rectum, elle souffre encore de constipation.

Observation No. 5.

Mde. R., 25 ans. Régliée à 14 ans. Règles régulières, indolores abondantes. Mariée à vingt ans. Accouchement normal sans infection à 22 ans. N'a pas allaité son enfant qui est mort à l'âge de six mois.

Règles normales à la suite. A 23 ans, fausse couche de trois mois. Infection intense, température à 104. Depuis souffre de pesanteur dans le bas ventre, de constipation. Les règles sont abondantes, toutes les trois semaines, avec caillots. Leucorrhée, qui ennuie beaucoup la malade dans l'intervalle. La malade souffre depuis ce temps de son estomac. Elle est devenue irritable, très nerveuse.

Examen. — Ventre mou indolore à la pression. Toucher. — Périnée sain, Col remonté, lèvres déchirées, la gauche plus que la droite.

Corps utérin gros, dur, peu mobile, douloureux, en rétroversion. Opération. — Curetage, suture des lèvres.

Laparatomie, annexes saines, appendice gros, renfermant un corps étranger. Ablation, suspension de l'utérus par les ligaments ronds. Suites des plus normales.

À la suite de cette opération, la malade vit rapidement disparaître ses troubles d'estomac, sa constipation, la pesanteur qu'elle ressentait sur le périnée. Les règles redevinrent indolores, régulières restèrent abondantes six mois après l'opération, elle devint enceinte. Grossesse normale. Accouchement également normal.

J'ai opéré cette femme il y a trois ans. Je l'ai examinée dernièrement. Son utérus est bien en place et elle ne souffre plus du ventre. Observation No. 6.

Mde. N. 40 ans. Réglée à 12 ans. Règles régulières, indolores, très abondantes. Mariée à 16 ans, 10 grossesses normales. Accouchements sans infection, excepté au dernier, qui remonte à six ans. À cet accouchement, elle eut une infection puerpérale grave avec phlébite (jambe gauche). Depuis, elle souffre de pesanteur sur le rectum, de constipation, et depuis deux ans elle a un prolapsus vaginal. Les règles sont très douloureuses, avec caillots.

Examen. — Ventre flasque, éventration complète de la ligne blanche sous ombilicale, indolore à la pression.

Périnée déchiré. Toucher—Cystocèle prononcée. Rectocèle. Utérus: lèvres déchirées, largement gros, dur, repoussé en avant; corps dur, très mobile, douloureux en rétroversion plutôt prolabé dans le cul-de-sac postérieur.

Opération. — Curetage. Suture du col. Périnéorrhaphie. Elytrorrhaphie. Laparatomie. Annexes saines, suspension de l'utérus par ligaments ronds.

J'ai opéré cette femme il y a maintenant 18 mois. Son périnée reste bien restauré, ferme. Son utérus est bien en place. Les règles sont régulières et indolores. Elle souffre encore d'une légère constipation.

#### OBSERVATION No 7.

Madame R. J., 28 ans. Réglée à 15 ans. Règles irrégulières jusqu'à 19 ans, indolores, peu abondantes; depuis 19 ans jusqu'à maintenant, régulières. Mariée à 22 ans, n'est jamais devenue enceinte.

Se plaint de constipation, de pesanteur sur le périnée et depuis 4 ans, souffre d'une leucorrhée abondante.

Examen:— Ventre mou, indolore. Toucher.— Le col de l'utérus est conique, corps en rétroversion mobile, indolore. Annexes saines.

Opération. — Curetage. Laparatomie. Suspension de l'utérus par les ligaments ronds. Suites opératoires normales.

La leucorrhée a graduellement disparue ainsi que la sensation de pesanteur. La constipation ennuie encore la malade qui doit la combattre à l'aide de lavement. J'ai opéré cette malade il y a quinze mois. Elle a accouché d'un enfant à terme, il y a 4 mois. Je l'ai revue dernièrement, son utérus est bien en place.

**Pyonéphrose unilatérale gauche. Néphrectomie.  
Guérison. <sup>(1)</sup>**

---

Je fus appelé le 27 octobre dernier, dans un village, près de Montréal, auprès de Mde. H. . . . âgée de 37 ans.

Je trouvai une femme fortement charpentée, excessivement maigre, ayant une température de 105° Fahrenheit, un pouls à 150 et une respiration à 45. Elle me raconta qu'elle souffrait du côté gauche depuis au-delà de 5 ans. Les douleurs venaient par crises à des époques déterminées, et pendant ces crises elle émettait des urines troubles. Au début de sa maladie, ces crises étaient éloignées les unes des autres par un intervalle assez long, puis, peu à peu, les crises se rapprochèrent, furent plus douloureuses et durèrent plus longtemps; les urines à ces moments étaient aussi de plus en plus troubles, pour redevenir claires aussitôt la crise terminée. Depuis six mois elle souffre continuellement du côté gauche, les urines se sont maintenues troubles. La malade n'a que trois ou quatre mictions par jour. Elle me dit n'avoir jamais uriné de sang.

Depuis plus d'un mois elle est alitée. Elle est secoué de temps à autre par de grands frissons. Elle ne digère que le lait pris en petite quantité, et souvent au moment de ses frissons elle le vomit. Depuis quelques semaines une diarrhée abondante est apparue, diarrhée qui fatigue beaucoup la malade. La malade n'a jamais été enceinte.

Les intestins ne l'ont jamais beaucoup inquiétée jusqu'à ces derniers temps. A l'examen, je trouve tout le côté droit du ventre indolore. Le côté gauche est très douloureux à la pression. Je sens de ce côté une tumeur mate, refoulant le diaphragme en haut et s'étendant en bas jusque dans le petit bassin; la tumeur molle, est d'une sensibilité excessive au toucher (mon examen réveille une crise douloureuse, suivie d'un grand frisson), est ankistée, bosselée.

Le rein droit n'est pas douloureux, pas augmenté de volume.

---

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance de janvier 1905.

Les annexes sont saines. Je sens par le toucher une masse dure du côté du cul-de-sac gauche. La douleur que provoque le toucher m'empêche de faire un examen approfondi. Je me fais montrer les urines qui sont purulentes. L'examen des urines fait au laboratoire de l'Hôtel-Dieu indiquait des urines contenant une grande quantité de pus.

Je porte le diagnostic de pyonéphrose unilatérale gauche. Malgré l'état de la malade, malgré la gravité de l'opération, opération d'une extrême gravité dans ce cas-ci, je propose la néphrectomie qui est acceptée. J'opérerai la malade le lendemain à l'Hôtel-Dieu.

Je tombai sur une grosse tumeur rénale développée, partie sous les côtes et partie dans le petit bassin, avec une périnéphrite ancienne, le rein adhérent aux organes voisins. L'urètre dégénéré et rigide, gros comme le pouce, est entouré d'une gangue sclérograiseuse, je l'enlève en totalité. Je laisse un drain.

La forme de la tumeur est classique, globuleuse, allongée, présentant des bosselures et fluctuante. Elle pèse 975 grammes.

La coupe nous montre une atrophie très marquée du tissu du rein. L'épaisseur de la poche est considérable. L'intérieur de cette dernière est formée par un ensemble de cavités séparées les unes des autres par des cloisons résistantes qui communiquent entre elles par une cavité, correspondant au bassin. La surface interne est tomentueuse avec quelques fausses membranes grisâtres et très adhérentes. La poche contient un pus épais, de couleur blanc jaunâtre. L'examen microscopique de ce pus ne révèle rien d'intéressant.

Au microscope on a trouvé que le tissu rénal présentait les altérations de la néphrite suppurée.

Les urines redeviennent claires trois jours après l'opération et sont restées limpides depuis. La malade a très bien supporté l'opération et est maintenant complètement rétablie.

Cette observation me semble intéressante à plusieurs points de vue.

D'abord en consultant le tableau de la température ci-joint on peut voir que celle-ci est tombée de 105° Fahrenheit à 92 1-2 dans l'espace de 36 heures. C'est une des chutes de la température brusque les plus considérables que je connaisse.

Un autre point intéressant est la durée de la maladie et la tolérance de la vessie de la malade pour les urines purulentes.

La dimension de la tumeur, qui sort de l'ordinaire, est intéressante à signaler je crois.

## **Cancer de l'Uterus, observation clinique par le Docteur François de Martigny**

---

Le cancer de l'utérus (j'emploie ici ce mot comme synonyme d'affection maligne) est, chez la femme, le plus fréquent après le cancer du sein. Dans la majorité des cas, il débute par le col d'une manière insidieuse et sourde, puis envahit le corps, la vessie, le rectum. Souvent malgré l'apparence de parfaite santé que conserve la malade quand elle vient consulter, il est trop tard pour que l'on puisse enlever tout le mal le cancer a dépassé l'utérus. Dans ces cas la seule chose que l'on puisse raisonnablement proposer est la destruction au fer rouge des bourgeons, suivi de pansements astringents, et l'emploi à l'intérieur de la morphine à doses progressivement croissantes.

Possédons-nous, pour les cas où nous pouvons intervenir tout au début ou quelque temps après, un traitement véritablement curatif ou tous les traitements qualifiés de curatifs, ne sont-ils que des traitements palliatifs? Le traitement curatif actuel tend-il à autre chose qu'à prolonger la vie de la malade de quelques mois à quelques années? Les rares cas catalogués guéris étaient-ils des cas de cancers contrôlés par l'examen microscopique? Parcourons ensemble les auteurs, scrutons les statistiques. Que voyons-nous? Un auteur peut-il grâce à tel procédé particulier, un cas resté sans récurrence après dix ou même quinze ans. Toujours ce: "sans récurrence" employé, qui laisse percer l'état de désarmement presque complet dans lequel nous sommes en face de cette maladie. Devons-nous, dans ces conditions rejeter de parti pris toutes ces opérations graves et compliquées, exposant la grande majorité des malades à une mort très rapprochée de l'opération, sans pouvoir garantir au petit nombre qui sortent vivantes de l'hôpital, d'une manière absolue, une guérison définitive? Je crois, et avec la majorité des auteurs de gynécologie, que nous devons les rejeter. D'abord, si la maladie est avancée, il faut pour faire une opération complète, un acte opératoire compliqué et difficile, acte opératoire qui n'empêche pas la récurrence de suivre de près l'opération. Ensuite, il ne faut pas oublier que la malade qui choisit son chirurgien

en toute confiance et en toute liberté, lui demande, non pas de faire une opération brillante et compliquée, qui a de grandes chances de supprimer sa vie en quelques heures, mais au contraire, réclame de lui, si non la guérison, du moins le soulagement de ses souffrances et la prolongation de sa vie. Si nous envisageons ainsi la question, si nous séparons la chirurgie de la médecine opératoire, nous admettrons facilement que l'on doit rejeter l'évidement du petit bassin avec ou sans exclusion, opération si meurtrière et au succès si incertain, nous nous bornerons à l'opération la moins dangereuse, la plus simple, la plus sûre, qui, en fin de compte, sera celle qui donnera le meilleur résultat.

Voilà les raisons qui m'ont guidées dans la conduite que j'ai tenue dans les cas dont je vous rapporte ce soir l'observation.

Madame F., âgée de 39 ans, vint me consulter il y a un peu plus d'un mois. Elle présente l'apparence d'une parfaite santé, est grasse, n'a pas maigri, a un teint coloré.

Sa mère est morte vers 71 ans d'un cancer de l'utérus propagé à la vessie et au rectum.

Elle a deux tantes maternelles mortes de cancer du sein.

Règlée à 14 ans, ses règles furent toujours régulières, indolores et abondantes.

Mariée à dix-neuf ans, elle eut quatre enfants bien constitués qui moururent entre un jour et un mois. De plus deux fausses couches entre quatre et cinq mois.

Elle ne souffrit jamais du ventre, les grossesses n'étaient pas pénibles, les accouchements des plus normaux.

Ses premiers troubles menstruels remontent à trois mois. A cette époque, sans cause, elle eut une hémorrhagie de dix jours avec de gros caillots, mais sans douleurs. Puis une leucorrhée suivit, leucorrhée tachant le linge en jaune et sentant mauvais. Il y a 1 mois  $\frac{1}{2}$ , nouvelle hémorrhagie aussi abondante, suivie d'une leucorrhée plus abondante, sentant plus mauvais et produisant une irritation désagréable, douloureuse même de la vulve et de la face interne des cuisses. Le médecin consulté diagnostiqua "cancer de l'utérus" et conseille l'intervention immédiate.

A l'examen, le ventre ne présente rien de particulier. La palpation est indolore, l'utérus atteint trois travers de doigts au-dessus du pubis.

Le périnée est déchiré, il y a aussi une légère cystocèle et une rectocèle prononcée.

Le col gros comme une mandarine, remplit tout le fond du vagin, est indépendant de ce dernier, donne la sensation d'un choux-fleur. L'examen détermine une hémorrhagie assez considérable.

Les culs de sac sont souples.

Le corps utérin est au moins triplé de volume, mobile mais douloureux.

Les annexes semblent saines.

Je partage entièrement l'opinion de mon distingué confrère. Devant cette marche envahissante si rapide je ne puis que conseiller l'hystérectomie, totale bien entendu, vaginale si possible, ou abdominale.

En prenant ce parti, je savais ne pouvoir garantir une guérison absolue à ma malade; seulement j'avais et j'ai encore l'espoir de prolonger sa vie de plusieurs années.

Si je conseillai l'hystérectomie, opération sans grande gravité, de préférence à l'évidement du petit bassin, c'est que, me basant sur les statistiques, je suis arrivé à la conclusion que la survie globale est plus longue avec l'hystérectomie.

Le lendemain j'opérais ma malade après examen sous chloroforme, ayant jugé l'hystérectomie vaginale trop laborieuse, je pratiquai l'hystérectomie abdominale, ayant soin d'enlever en même temps que l'utérus et les ovaires une colerette vaginal, procédé qui, pour être plus difficile, ne rend pas l'opération plus dangereuse et donne une plus grande garantie pour l'avenir.

L'opération fut simple et la maladie guérit sans incident jusqu'au 19<sup>e</sup> jour où brusquement la température atteignit 103 et le pouls 140. Le Dr Cléroux appelé en consultation, attribua cette élévation de la température et cette accélération du pouls à l'infection intestinale, et un simple cachet de calomel eut raison de ces phénomènes.

Ma malade est-elle définitivement guérie? Non, messieurs, la récurrence reste à craindre, dans un avenir plus ou moins éloigné. Si j'avais fait l'évidement, avec ou sans exclusion du petit bassin, et supposant que ma malade fut sortie vivante de l'hôpital, l'avenir serait-il moins sombre pour elle. Il est permis de croire que non. De toute manière, c'est l'avenir qui tranchera la question et je serai heureux de donner le résultat ultime de cette observation dans un temps assez éloigné, je l'espère.

## La Blennorragie chez la femme <sup>(1)</sup>

### Pathogénie et traitement

La blennorragie si désastreuse pour les organes génitaux de la femme, d'un pronostic si sombre, plus sombre bien souvent que celui de la syphilis, débute insidieusement, sans fracas. La femme est infectée depuis des semaines, qu'elle ne se doute même pas des dangers qu'elle court. Quand elle vient consulter pour des pertes blanches abondantes qui tache son linge en jaune, si vous l'avertissez des dangers graves qui la menacent, si vous lui montrez les désordres qui résultent de son état, si vous lui décrivez les lésions profondes que produit cette infection, c'est avec un sourire incrédule que trop souvent elle vous écoute.

Qu'est-ce que la blennorragie? Une affection aigue transmise par contact, qui renferme un microbe spécial le gonococque, microbe dont le caractère particulier est de faire du pus, parce que c'est un microbe très biogène, qui provoque une leucocyte intense et donne naissance à une exudation abondante. Le gonococque se développe exclusivement sur les muqueuses. Comme les voies génitales de la femme, depuis la vulve jusqu'à l'ovaire, ne sont si je puis me servir de cette expression qu'une grande muqueuse, il est facile de comprendre le terrain propice qui s'offre au gonococque de pulluler tout à son aise.

Comment la femme est-elle infectée généralement?

De deux manières.

Un homme qui a eu anciennement une blennorragie, veut se marier il lui reste encore une légère goutte militaire ou simplement, des filaments dans son urine. Il se croit guéri, pour plus de sûreté, il consulte un médecin. Le confrère consciencieux examine la goutte au microscope, mais presque toujours il oublie de faire pendant quelques jours, avant l'examen de la goutte, des instillations irritantes dans l'urètre de son malade. Il ne découvre pas de gonococque, il le déclare guéri. Le médecin a agi de bonne foi, et pourtant s'il avait fait pendant deux ou trois jours des instillations de nitrate, il aurait découvert des gonococques.

---

(1) Lue au Congrès de Trois-Rivières, juin 1906.

Avouons que la plupart du temps, celui qui a eu une blennorrhagie se marie sans consulter.

A la suite d'abus de liqueur ou de coït, la goutte du mari reparait plus abondante, l'urètre coule, puis, quelques jours après, la femme remarque une leucorrhée dont l'abondance augmente rapidement. La blennorrhagie est établie.

D'autres fois, à la suite d'une imprudence — ne soyons pas trop durs pour l'humanité — le mari revient au domicile conjugal infecté et sans scrupules, il transmet à son épouse confiante des gonococques dont les ravages ne se termineront trop souvent que par la mort de la femme après un long et douloureux calvaire.

Rarement, mais les observations toutefois existent, on peut s'infecter soit sur des sièges de cabinets sales, soit avec des serviettes contaminées par le gonococque. Pour expliquer la contagion dans ces cas de goutte militaire ancienne il faut bien tenir compte de la grande vitalité du gonococque. Enfermé dans les culs de sac glandulaires de l'urètre, le gonococque ne meurt pas, il possède une résistance quasi éternelle, il sommeille, il attend pour récupérer sa virulence une occasion qu'un excès lui fournit.

Le gonococque n'infecte pas simultanément et d'un seul coup toutes les parties de l'appareil génital de la femme, il se localise pour un certain temps à des organes spéciaux et pour mieux suivre la description de sa marche envahissante je me permets de rappeler très succinctement l'anatomie de ces organes.

LA VULVE est une pente verticale médiane sous-jacente au mont de Vénus masse graisseuse prépubienne recouverte de poils.

En haut par l'appareil érectile, clitoris et bulbe du vagin et plus ou moins masquée par quatre replis tégumentaires : les grandes et les petites lèvres.

LES GRANDES LEVRES :—recouvertes de poils sont séparées de la face interne des cuisses par les sillons génitaux cruraux, leurs bords libres convergent en haut vers le Mont de Vénus, en bas à une commissure appelée fourchette. Leur face interne à l'état normal, rose humide, sans poils est séparée de la petite lèvre correspondante par un sillon.

LES PETITES LEVRES.—repli humide et sans poils rougeâtre ou noirâtre offrent un bord antérieur souvent irrégulièrement découpé. En haut ce bord libre se bifurque, sa branche externe passe au-dessus du clitoris formant avec celle du côté opposé le capuchon du clitoris. La branche interne passant au-dessous du clitoris constitue le frein de cet organe.

**LA MUQUEUSE :** à épithélium toujours pavimenteux stratifié de ses petites lèvres contient de nombreuses glandes en grappes refuges sûrs pour le gonococque. C'est à la face interne de chacune de ces petites lèvres que viennent s'ouvrir les canaux excréteurs des glandes de Bartholin. Vu l'importance de ces glandes dans la blennorrhagie de la femme, je m'arrête un peu plus longtemps sur l'anatomie des glandes vulvo-vaginales. Au nombre de deux, l'une à droite, l'autre à gauche, les glandes de Bartholin sont situées sur les parties latérales et postérieures du vagin, à un centimètre environ au-dessus de l'orifice inférieur de ce conduit. Elles reposent en partie dans l'espace angulaire que forment en s'adossant l'un à l'autre le vagin et le rectum. Chez l'adulte, leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une petite amande. Les glandes vulvo-vaginales ont la forme d'un ovoïde un peu aplati transversalement. Le canal excréteur de la glande se dirige obliquement de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans. Il vient s'ouvrir par un orifice arrondi dans le sillon qui sépare les petites lèvres de l'hymen ou de ses débris caronculeux ; on le rencontre d'ordinaire à la partie moyenne de l'orifice vaginal ou à l'union de son tiers postérieur avec ses deux tiers antérieurs. Cet orifice est ordinairement tout petit.

Je passe l'anatomie du bulbe du vagin, du clitoris et de l'hymen qui n'est guère intéressant au point de vue blennorrhagique.

**VAGIN.**—C'est un canal qui se termine à l'utérus et qui commence à la vulve. Par son extrémité utérine, il forme un dôme sous lequel le museau de tanche fait saillie. A l'état de repos les parois antérieures et postérieures du vagin sont accolées, elles ne s'écartent que pendant le coït ou la parturition. Le vagin décrit une courbe à concavité antérieure et presque parallèle à celle du pelvis et qui croise fortement celle de l'utérus. La partie antérieure répond à la vessie et à l'urètre. Sa paroi postérieure répond à la face antérieure du rectum. A l'état normal la surface du vagin est rose pâle. Trois couches intimement soudées constituent la paroi vaginale. La plus externe est faite d'un tissu conjonctif très lâche, la moyenne est musculaire et la dernière couche interne est muqueuse. La couche muqueuse est formée d'une muqueuse papillaire et tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié.

**UTERUS.**—L'utérus ou matrice a la forme d'une poire tapée. Il présente deux parties bien distinctes, un corps et un col séparés par un segment court et étroit : l'isthme. Le col conique est plus long que le corps chez la vierge. Chez la femme pubère il est cylindrique et beaucoup moins long que le corps. Il se termine dans le vagin par une extrémité arrondie, le museau de tanche qui est percé d'une fente par laquelle la cavité utérine communique avec l'extérieur par le va-

gin. L'utérus est situé à la fois dans le bassin, entre la vessie et le rectum dans le vagin. A l'état normal la surface interne de l'utérus est lisse et d'un gris rose. Celle du corps faisant au contraire une série de saillies séparées par autant de sillons, c'est l'arbre de vie. L'utérus est une poche musculo-muqueuse, d'à peu près deux centimètres d'épaisseur et de dix de longueur. La muqueuse diffère beaucoup au niveau du corps et au niveau du col. La muqueuse corporelle est tapissée d'un épithélium cubique munie de cils vibratils. Elle ne présente que des prolongements en doigts de gants pris à tort pour des glandes. La muqueuse cervicale plus épaisse est tapissée d'un épithélium vibratil qui se transforme en épithélium pavimenteux stratifié au niveau des lèvres du museau de tanche. Elle possède de nombreuses glandes à mucus.

TROMPES.—Les trompes s'étendent de chaque côté de l'utérus à la partie moyenne du pelvis, longues de seize centimètres elles décrivent dans le sens transversal une sorte d'arc à concavité inférieure et s'enroule comme une fronde autour de l'ovaire correspondant. La trompe présente deux parties, l'une interstitielle courte et droite cachée dans l'épaisseur même de la paroi utérine, l'autre pelvienne, longue, utérine, la trompe s'évase et s'enroule sur elle-même comme certains co-utérine, la trompe s'évase et s'enroule sur elle-même comme certains coquillages pour s'épanouir en un pavillon qui rappelle la corolle d'une fleur. L'une de ses branches se fixe à l'ovaire et constitue le ligament tubo-ovarién. Au centre du pavillon se trouve l'ouverture abdominale de la trompe. L'orifice utérin est petit. La trompe est un canal perméable, musculo-muqueux, la musculature est très puissante. La muqueuse d'un gris rosé est hérissée de saillis longitudinales et tapissées d'un épithélium à cils vibratils.

OVAIRES.—Les ovaires ont la forme de deux amandes, grisâtres lisses chez la jeune fille, couvertes de cicatrices chez la femme adulte. Ils sont situés dans la partie moyenne du petit bassin de chaque côté de l'utérus, au-dessous de la trompe dans l'aileron postérieur du ligament large. L'ovaire sain est un organe très mobile. L'ovaire est formé d'une enveloppe conjonctive, l'albuginée et d'un parenchyme dans lequel on distingue deux parties, la substance corticale périphérique dense blanchâtre, l'autre la substance médullaire centrale molle rougeâtre.

#### LOCALISATION DE LA BLENNORRAGIE

L'inflammation de la glande Bartholin est une des localisations les plus fréquentes de la blennorragie chez la femme. La Bartholinite se rencontre surtout chez les femmes jeunes, peu de temps après avoir été infectées, la femme ressent des démangeaisons, une sensation de

cuisson, puis de la gêne à la vulve. Elle éprouve une pesanteur, une douleur localisée à l'une ou aux deux grandes lèvres. A l'examen on perçoit une augmentation de volume de la grande lèvre infectée. L'orifice du vagin peut même être obstrué. L'orifice excréteur de la glande apparaît au milieu d'une macule rouge. Au toucher l'on sent la fluctuation. Plus tard, si l'on n'intervient pas le pus se fait jour à l'extérieur, par plusieurs orifices. Les fistules ainsi créées n'ont presque jamais tendance à guérir seules. Elles passent à l'état chronique. Souvent dans ces derniers cas les symptômes sont très atténués. Pour les réveiller il faut un excès de coït, un traumatisme, un accouchement par exemple. Le diagnostic de la Bartholinite chronique est plus difficile à faire. Pour la diagnostiquer, il faut la chercher. Généralement il persiste une petite tumeur produite par la glande infectée. Un moyen très facile dans ces cas est de peser avec le doigt de dedans en dehors et de d'arrière en avant sur la petite tumeur que l'on sent.

#### VAGINITE BLENNORRAGIQUE

Chez la femme la blennorragie peut débiter par une vaginite passagère parce que le vagin est un mauvais milieu de culture pour le gonococque et que le col s'ouvre dans le fond du vagin tout exprès l'on pourrait dire pour donner au gonococque avec ses nombreuses glandes à mucus un terrain propice et sûr pour se développer. Les premiers symptômes de la blennorragie vaginale, une érosion intense au niveau du vagin et un écoulement de pus blennorragique épais filant verdâtre. Le diagnostic est facile à faire même sans examen microscopique, car chaque fois que l'on est en présence d'une vaginite l'on est en droit de supposer qu'il y a blennorragie. Le vagin n'était-il pas considéré comme le terrain classique du gonococque jusqu'aux recherches de Bumm. Toutefois ce n'est pas dans le vagin que se localise la blennorragie. Les gonococques ne pénètrent pas dans l'épithélium vaginal qui est pour eux une barrière infranchissable. Ils se rencontrent dans le vagin seul exclusivement au début des cas aigus. Mais presque toujours, pour ne pas dire toujours, dans les cas chroniques, les gonococques viennent du col et du corps utérin : "Cette sécrétion du col finit par développer une inflammation superficielle secondaire du vagin, il n'existe que très rarement une vaginite blennorragique primitive." (Pichevin).

#### BLENNORRHAGIE DU COL

La métrite du col est infectieuse et l'infection vient de l'extérieur presque toujours c'est le gonococque (Dolérus). Dans la blennorragie du col il y a d'abord exagération de l'écoulement de mucus puis un

écoulement du mucus et d'un pus verdâtre qui tache en jaune le linge de la malade, les douleurs au début, lancinantes, deviennent rapidement violentes. Au début le col est gros, très rouge, plus tard la muqueuse est érosée.

### BLENNORRHAGIE DU CORPS UTERIN

Le blennorrhagie du col est très rarement observée car la propagation se fait en surface par continuité de muqueuse, le sphincter de l'isthme n'étant pas une barrière qui met un obstacle considérable. Les gonococques localisés d'abord sur la muqueuse cervicale dans l'intérieur des cellules épithéliales trouvent dans l'hypersécrétion que provoque leur présence un excellent milieu de culture. Leur développement est rapide et ils gagnent en surface en même temps qu'ils suivent l'épithélium en profondeur et vont se cantonner au fond des culs de sac glandulaires. La structure de l'épithélium utérin est propice à leur multiplication. La menstruation, les congestions de toutes sortes de l'endomètre du corps sont alors les circonstances adjuvantes de propagation. Celle-ci est précoce et rapide. Dans la blennorrhagie aigue l'utérus est congestionné et secrète une grande quantité de pus verdâtre. La femme ressent une pesanteur ou une douleur à chaque selle elle s'anémie s'affaiblit rapidement. La menstruation qui suit l'infection est une véritable hémorrhagie avec douleur, fièvre, nausée, vomissements, quelquefois des évanouissements, et deux choses se produisent, ou bien l'infection gagne les trompes, ce qui est le plus fréquent, ou bien la métrite chronique s'établit. Le plus souvent la salpingite est foudroyante. La continuité et l'analogie de structure des muqueuses de l'utérus et de la trompe suffit très bien à expliquer la propagation inflammatoire à ce dernier organe. Rien ne s'oppose à ce que le gonococque parti du col infecte la muqueuse du corps et franchisse un degré de plus dans cette voie ascensionnelle, que la salpingite ne continue la blennorrhagie du corps. N'est-ce pas là le processus très simple de toute infection des muqueuses en continuité. Le gonococque produit un pyosalpinx ici, car, comme je l'ai dit précédemment, le propre du gonococque est de faire du pus. La salpingite gonorrhéique et consécutivement la péritonite sont presque fatal lorsqu'il y a endométrite (Saenger) elle se produit à l'occasion d'une époque de règles d'une fausse couche, d'excitations un peu vives, l'infection gagne au delà et envahit les organes génito-profonds (Hordy).

Tout ce qui concerne la salpingite, le pyosalpinx a été si souvent décrit que je ne m'arrête pas à le relater. Ma communication étant déjà un peu longue.

Je donne à cause de son importance un cours résumé de la blennorrhagie des petites filles. Je me suis largement inspiré dans cette partie de ma communication d'un travail de Hordy.

### BLENNORRHAGIE DES PETITES FILLES.

On sait que les petites filles lymphatiques, anémiées, malpropres, surtout si elles se livrent à la masturbation, peuvent contracter une vulvo-vaginite qui, naturellement, n'a rien de gonococcique. Or cette vulvo-vaginite, ainsi acquise par auto-infection, peut devenir contagieuse. Comby, Beggrüm, Koplick, Andrieu, croient à cette contagion.

CAUSE.—Dans les cas où l'on trouve le gonococque, il est encore assez rare que le viol en soit la cause. Ce sont plutôt des circonstances accidentelles qui favorisent cette maladie. Ainsi, à l'hôpital des Enfants-Malades, 15 fillettes furent contaminées par l'intermédiaire d'objets de toilette et des mains des infirmières, après l'admission dans le service de deux petites filles atteintes de vulvo-vaginite. Une autre épidémie fut occasionnée par l'emploi d'un thermomètre anal. A Posen, 236 fillettes furent contaminées à la suite de bains de boue pris en commun, que l'on donnait gratuitement dans un établissement de la ville. L'examen microscopique montra chez toutes la présence du gonococque. La contamination se fait aussi très fréquemment par suite de la communauté du vase de nuit. En effet, la fillette, en s'asseyant sur le vase fait surtout entrebâiller largement sa fente génitale, qui peut s'infecter. C'est surtout ce mode de contagion qui explique la fréquence de ce que Ebstein appelle la "gonorrhée familiale."

La vulvo-vaginite des petites filles peut se compliquer des mêmes accidents que la blennorrhagie de la femme adulte. Elle peut avoir de la salpingite, arthrite, péritonite à gonococques. De la péritonite générale à gonococques, on ne connaît que 13 cas, chez la petite fille, dont 6 se sont terminés par la mort, 7 par la guérison (1). L'arthrite blennorrhagique des fillettes est un peu plus fréquente. Cette arthrite, compliquée souvent de phénomènes généraux graves, expose d'autant plus aisément à des erreurs de diagnostic, qu'elle survient à des moments très différents du début de la vulvo-vaginite. Parfois l'arthrite survient après huit jours, parfois dix mois depuis l'invasion de la vulvo-vaginite, et celle-ci est parfois d'apparence vraiment bénigne. Or la cause de cette arthrite doit être découverte, car le traitement de la lésion initiale doit accompagner l'immobilisation du membre, que l'on fixe dans un appareil amidonné. Le traitement de la vulvo-vaginite est parfois très long. Il consiste en injections vaginales et lavages au permanganate de potasse à 1-2 pour mille. On a lavé d'abord la vulve aussi complètement que possible, puis à l'aide de l'index, on presse le

périnée d'arrière en avant pour faire sortir le pus accumulé dans le vagin. Alors seulement on introduit une fine canule à injection à travers l'orifice hyménal. L'injection doit être pratiquée deux fois par jour et continuée 15 jours après la guérison complète. Contre les ulcérations vulvaires qui accompagnent souvent ce genre de vulvite, un bon traitement consiste dans l'application de vaseline boriquée. Le repos au lit doit être absolu tant que l'amélioration n'est pas très sensible.

Pour bien graver dans votre mémoire les dangers de la blennorrhagie chez les petites filles, je vous donne un résumé de la communication de M. Emmett Holt, de New York, au quinzième congrès international de médecine, tenu à Lisbonne, du 19 au 26 avril 1906.

"Cette communication relate cinq épidémies de vaginite gonococcique dans un hôpital pour jeunes enfants. En tout cent soixante-douze enfants furent atteints, dont vingt-quatre firent de l'arthrite blennorrhagique aigue. La désinfection, la stérilisation des serviettes, et autres moyens de combattre l'infection demeurèrent sans effet jusqu'à ce que l'on eut isolé les malades de ceux qui les soignaient. Le seul moyen efficace d'empêcher l'éclosion de la vaginite gonococcique, dans une institution consiste à pratiquer l'examen bactériologique des excréments vaginales des petites filles au moment de leur admission. De plus, il faut pratiquer un examen périodique de toutes les petites filles dans l'institution. Ce qui permet de dépister les cas non reconnus à l'examen précédent."

Nous passons à la blennorrhagie urétrale et vésicale, ne signalant seulement à cause de son importance l'infection des glandes para urétrales. La pré urétrite si négligée en clientèle est pourtant d'une importance considérable. Les glandes para urétrales sont, après les glandes de Bartholin les organes où le gonococque se cantonne le plus souvent. Si l'inflammation de ces glandes passe le plus souvent inaperçu, c'est parce qu'ici l'infection évolue sournoisement, toutefois elle est très dangereuse surtout au moment de l'accouchement pour le nouveau-né dont les yeux s'infectent si facilement. Je me propose de revenir dans un prochain travail sur cette question. J'aborde de suite le traitement de la blennorrhagie chez la femme.

Le traitement se divise en deux: le traitement de la blennorrhagie aigue. Le traitement de la blennorrhagie chronique. Ce dernier se divise encore en traitement médical et en traitement chirurgical.

#### TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE

Le traitement de la blennorrhagie aigüe en exceptant le traitement de la Bartholinite est essentiellement médical. Il y a d'abord un traite-

ment commun à tous les cas puis un traitement qui varie suivant l'organe plus spécialement touché par le gonococque.

#### TRAITEMENT COMMUN A TOUS LES CAS.

Il faut ordonner à la femme infectée de se laver la vulve, deux ou trois fois par jour avec un savon antiseptique et de l'eau bouillie chaude, de faire un grand lavage, d'employer une grande quantité d'eau. Il est très important que la femme enlève complètement le pus séché dans les poils de la vulve et nettoie cette partie avant de faire autre chose. Puis, de suite après le lavage de la vulve, prendre une injection, vaginale d'eau bouillie, aussi chaude que la femme peut la supporter, de deux ou mieux de quatre litres. Il faut insister fortement pour que la femme se donne ses injections couchée, qu'elle suspende son bock très bas, un pied et demi à deux pieds, au-dessus de son bassin de lit, de façon que l'injection dure au moins quinze minutes. Il y a deux avantages à cela. D'abord on évite le traumatisme possible des organes pelviens, secondement, au lieu de congestionner d'avantage l'appareil génital de la femme, par une injection vaginale chaude donnée d'une manière brutale, qui dure deux ou trois minutes et d'augmenter par là les douleurs en augmentant la congestion, on obtient d'une injection de longue durée l'effet de tout bain chaud prolongé. On décongestionne tous les organes génitaux, on diminue la douleur. On produit aussi l'anémie des tissus par le même mécanisme que l'on obtient en plongeant dans un bain chaud de quinze ou vingt minutes tout membre congestionné. A cette eau bouillie il convient d'ajouter un antiseptique assez puissant pour s'opposer à la pullulation des microbes. Les antiseptiques que nous avons à notre disposition sont nombreux et tous vantés. Pour ma part, je m'adresse dans les cas aigus, au permanganate de potasse qui a la propriété de produire une sécrétion séreuse impropre à la culture du gonococque et pour les cas chroniques à l'aniodol et au lusoforme. J'ai abandonné depuis longtemps le sublimé parce que je le trouve très irritant pour les muqueuses et que j'ai constaté plusieurs fois des menaces d'empoisonnement. J'ordonne donc dans les cas aigus, le matin une douche vaginale de quatre litres d'eau bouillie au permanganate de potasse à un pour quatre ou à un pour trois mille et le soir une seconde douche semblable à celle du matin.

Dans les cas chroniques je remplace le permanganate de potasse par l'aniodol à un pour trois milles ou le lusoforme à un pour cinq cents. Ce traitement doit être ordonné à toutes les femmes souffrant d'une blennorrhagie génitale. Il faut, bien entendu, en plus, s'occuper d'instituer un traitement s'adressant plus spécialement à la partie infectée.

## BARTHOLINITE

Une fois la Bartholinite établie, il faut largement ouvrir la glande au thermocautère ou au bistouri et la détruire soit à la curette tranchante soit au thermocautère. Si l'on se sert du thermocautère, cette petite opération présente un danger, il ne faut pas plonger le fer rouge trop loin et surtout il faut veiller à ne pas le plonger trop près du rectum car le rayonnement de la chaleur pourrait mortifier les tissus et l'escarre en tombant produire une fistule recto-vulvaire, accident dont j'ai eu un cas à traiter et où il a fallu une véritable opération laborieuse pour fermer la fistule. Il faut panser cette plaie à plat tous les jours et la laisser guérir par granulation.

## VAGINITE PRIMITIVE OU SECONDAIRE.

Le vagin infecté primitivement ou secondairement, requiert entre les douches l'application quotidienne par le médecin, d'un immense tampon de coton hydrophile stérilisé bien imbibé d'un glycérolé médicamenteux. Ce tampon doit être assez gros pour bien remplir le vagin, et en déplisser les replis de la muqueuse. J'emploie de préférence le glycérolé au tanin du codex auquel j'ajoute vingt-cinq centigrammes par litres de sulfure de carbone chimiquement pur. Il ne faut pas oublier de recommander à la malade, d'enlever ce tampon avant de se donner sa douche. Ce conseil a son importance. En effet, il m'est arrivé plusieurs fois au début de ma clientèle d'oublier de faire cette recommandation à des malades, et j'ai constaté plusieurs fois aux pansements suivants que la malade avait religieusement laissé en place le tampon que j'avais posé la veille dans son vagin. C'est là le traitement idéal. Dans certain cas, il est impossible à la femme de se rendre régulièrement chez le médecin. On peut suppléer au tampon en ordonnant trois douches vaginales au lieu de deux.

## BLENNORRHAGIE DU COL.

S'il y a en plus blennorrhagie du col, il faut en outre du tampon quotidien faire tous les deux ou trois jours un badigeonnage de l'extérieur du col et une application à l'intérieur de celui-ci d'un médicament astringent: sulfate de zinc au dixième, protargol au cinquième, nitrate d'argent au centième. Je me sers dans ces cas pour les badigeonnages et applications du liniment d'iode mélangé à parties égales à la teinture d'aconit.

## BLENNORRHAGIE DU CORPS

J'arrive au traitement de la blennorrhagie du corps utérin qui est très important si l'on veut enrayer la marche envahissante du gonococque vers la trompe et l'ovaire. Ici il faut avant tout tenir largement dilaté l'orifice interne du col pour donner une large issue au pus blennorrhagique. Il ne faut pas craindre après avoir nettoyé et aseptisé autant que faire se peut le vagin et le col, de passer des bougies d'Hagar stérilisées jusqu'au No 10. Je ne me suis jamais cru autorisé à dépasser ce numéro qui me paraît donner une dilatation amplement suffisante. Il faut tenir le col dilaté pendant longtemps. Aussi longtemps qu'il s'écoulera du pus par le museau de tanche. Puis, après chaque dilatation que l'on doit répéter tous les deux jours, faire une application intra-utérine avec de la teinture d'iode, sulfate de zinc au vingtième ou tout autre astringent au choix et placer dans le vagin un gros tampon de coton hydrophile bien imbibé d'un glycérolé médicamenteux.

### SALPINGITE, OVARITE, PERIMÉTRITE

Dans ces cas, il faut recommander à la malade le repos absolu au lit, faire donner chaque jour trois grandes douches vaginales chaudes au permanganate de potasse, un grand lavement quotidien chaud à l'eau bouillie simple, prescrire à la malade de garder ce lavement au moins vingt minutes, veiller à ce que les intestins restent bien libres, faire appliquer sur le ventre en permanence des applications de vessies de glace, de sacs remplis d'eau chaude. Instituer le régime lacté. Contre les douleurs, prescrire des suppositoires de belladone. Il faut absolument attendre avant de permettre à la malade de se lever que toute douleur soit disparue et qu'au toucher on sente le cul de sac bien souple, l'utérus mobile et indolore. Faire un examen au spéculum et si l'on voit sourdre par le museau de tanche un liquide louche, instituer le traitement de la métrite blennorrhagique. Si, malheureusement l'on ne se montre pas d'une excessive sévérité, l'on conduit fatalement ces malades à l'opération.

### TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE CHRONIQUE

Quand la blennorrhagie est passée à l'état chronique, le traitement est moins efficace que dans la blennorrhagie aigue. Toutefois avec beaucoup de prudence et de patience, l'on peut obtenir encore dans un certain nombre de cas des résultats relativement favorable et rendre une santé, qui, sans être florissante, permet à la femme de vaquer à ses occupations.

La blennorrhagie se présente généralement sous forme de métrite avec ou sans ectropion de la muqueuse du col. Ici, outre le traitement des douches qu'il faut prescrire, l'on doit dilater le col, faire des applications intra-utérines astringentes, détruire par un caustique la muqueuse du col ou si les caustiques ne sont pas suffisants, faire l'amputation. S'il y a en outre salpingite chronique, ne pas désespérer avant d'avoir longtemps appliqué le traitement de la salpingite aiguë et recommander en plus à la malade de se faire chaque semaine, une large application de teinture d'iode sur le ventre.

Toutefois il y a des cas de métrite rebelle à tout traitement médical, des cas de salpingite d'origine gonococcique qui relèvent du traitement chirurgical, curetage, salpingectomie uni-latérale ou bilatérale. Ce sont des cas qui relèvent de la gynécologie et je me garde bien dans ce travail, de décrire toutes les opérations, ne voulant pas vous infliger la lecture d'un traitement de gynécologie opératoire.

La femme infectée par le gonococque est exposée à plusieurs dangers, à plusieurs accidents qui entraînent dans ses organes génitaux des lésions irrémédiables, lésions profondes incurables bien souvent sans une grave opération. Qui de nous n'a été consulté par une de ces malheureuses victimes du gonococque, soit pour une métrite rebelle, une périmétrie douloureuse, une salpingite. Je crois pour ma part, que soixante et quinze pour cent des salpingites sont dues au gonococque et que plus de la moitié des cas d'infections puerpérales sont dues au même microbe. Même si à l'examen micro-biologique on ne trouve pas le gonococque, on ne peut pas conclure qu'il n'est pas la cause primitive de la lésion car le gonococque infecte les organes génitaux, la maladie évolue, le gonococque disparaît, la lésion reste. Il y a une chose qui n'est pas suffisamment connue, c'est l'influence de la blennorrhagie sur le développement de la grossesse extra-utérine. Cette maladie qui est relativement fréquente est bien décrite maintenant dans tous les auteurs de gynécologie. Le diagnostic en est plus facile à faire qu'autrefois. Cela est vrai, mais à dit Renon, la grossesse extra-utérine est plus répandue qu'autrefois. La grossesse extra-utérine s'explique fort par la salpingite blennorrhagique qui, dépouillant l'épithélium de ses cils vibratils est la cause majeure de l'anomalie suivante : l'œuf fécondé au lieu d'être doucement conduit vers la cavité utérine s'arrête dans la troupe, reste en chemin et comme cet œuf augmente rapidement de volume, le moment arrive vite ou ne pouvant plus progresser que par son volume même il est absolument immobilisé et la grossesse extra-utérine est constituée. Vous savez messieurs quelle est l'évolution de la grossesse ectopique ?

Une femme infectée par le gonococque qui devient enceinte est une candidate à l'infection péritonéale, à l'infection puerpérale à grand

fracas malgré les précautions les plus rigoureuses d'aseptie et d'antiseptie. Le traumatisme produit par l'accouchement est suffisant pour exalter la virulence des lésions purulentes qui évoluaient jusque-là assez sourdement pour que l'attention du médecin ne fut même pas attirée de ce côté.

### LA PHLEBITE

La phlébite si fréquente après les accouchements où l'on a de l'infection puerpérale est bien connue de tous, moins connue est la phlébite qui survient au cours d'une blennorrhagie aigue ou chronique. Cette phlébite gonococcique présente les mêmes dangers que la phlébite puerpérale.

L'arthrite blennorrhagique, si douloureuse, compromettant souvent le bon fonctionnement des articulations pour toujours, se rencontre très fréquemment de dix à quinze et même vingt pour cent des cas suivants certains auteurs. Un des accidents les plus terribles dont est menacée la femme souffrant de blennorrhagie, accident qui peut entraîner la mort, c'est l'endocardite gonococcique. La femme atteinte de cette variété d'endocardite est dans soixante-quinze pour cent des cas vouée à la mort dans un avenir prochain.

La pleurésie blennorrhagique, la méningite gonococcique ont fait beaucoup de victimes.

Mais si dans une famille ouvrière, la femme est sujette à tous ces accidents, à quels dangers de contagion ne sont pas exposés les enfants quand la mère a une blennorrhagie? Souvent la même serviette est employée pour la mère et pour tous les enfants sans être stérilisée bien entendu, et combien de vaginites de petites filles ne se sont elles pas contractées de cette manière.

Si l'ophtalmie gonococcique est toujours grave, si méconnue elle entraîne rapidement la perte de l'œil, on peut espérer dans certain cas une guérison complète. Mais pour l'enfant naissant d'une femme atteinte de Bartholinite blennorrhagique, de blennorrhagie para-urétrale, l'ophtalmie purulente le guette, surtout s'il est le fruit d'une première conception.

Combien d'aveugles nés ne sont-ils pas les victimes du gonococque. A nos spécialistes de répondre si les statistiques qui donnent quatre-vingt pour cent sont exagérées.

Il y a un danger plus grave encore, pour la race Canadienne-française, que pour les autres races, pour nous qui avons besoin de familles nombreuses, pour défendre au Canada notre place contre le flot de l'immigration étrangère. Ce danger réside dans le fait que la femme atteinte de blennorrhagie, si elle ne reste pas stérile, accouche

une fois et ne devient plus jamais enceinte. C'est un danger pour la race et nous avons le devoir en autant qu'il est en notre possible de travailler à enrayer le flot de la Blennorrhagie chez la femme. C'est par la prophylaxie que nous y arriverons, prophylaxie sociale, morale et religieuse.

J'ai indiqué le traitement que l'on doit employer pour guérir ou atténuer les accidents que la blennorrhagie produit chez la malade. Je me réserve de revenir dans un prochain travail sur les moyens prophylaxiques.

La blennorrhagie est une maladie qui compromet l'avenir de la famille, de la société, c'est en me basant sur mes statistiques d'hôpital, de clientèle—ou je vois d'année en année, augmenter le nombre des malheureuses infectées — que je crie le danger qui menace notre race pendant qu'il est temps encore.

Ce danger est trop grave pour nous pour que vous n'entendiez pas ma faible voix.

## A propos du cancer de l'utérus

---

L'année dernière je m'élevais fortement contre l'évidement du petit bassin dans l'hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus, dans une communication que je faisais à la Société Médicale (voir *Journal de Médecine et de Chirurgie*, janvier 1906, page 16), et j'ajoutais au cours de ma communication: "Devant cette marche envahissante si rapide, je ne puis que conseiller l'hystérectomie, totale, bien entendu, vaginale si possible, ou abdominale." En effet au début, tout au début du cancer du col, je suis partisan de l'hystérectomie vaginale si bénigne et si sûre, réservant l'abdominale pour les cas plus avancés. Je m'élevais aussi contre toute opération radicale dans les cas de cancers de l'utérus ayant dépassé l'organe quand la maladie a envahi les culs-de-sacs et je proposais comme traitement de choix dans ces cas la destruction au thermocautère des bourgeons et l'emploi consécutif des pansements astringents.

Je lis, dans *La Presse Médicale* de Paris, du 2 mars 1907, No. 18, page 137, un article de l'un des premiers partisans de l'évidement du petit bassin, le Dr. L. Faure qui condamne à son tour cette opération. Voici comment il s'exprime:

"J'ai voulu aussi dans les premiers temps faire ces grands évidements pelviens, qui, sans donner beaucoup plus de chances de guérison définitive aggravent effroyablement l'opération. La plupart de ceux qui en ont fait y ont renoncé maintennat. J'y ai renoncé moi-même. Je n'en ferai plus et j'ai le ferme espoir de ne plus revoir désormais cette excessive mortalité."

Je partage complètement l'opinion du chirurgien de Cochin sur la nécessité de faire l'opération de Wertheim-Faure pour les cancers, même ceux du col dans les cas qui ne sont plus tout à fait au début, c'est-à-dire l'hystérectomie abdominale totale avec dissection très large de la région péricervicale et du tissu cellulaire qui avoisine le col "du paramètre comme en a coutume de dire (l'aure)." Dans les cas de cancers avancés, mais n'ayant pas envahi les culs de sac, c'est là l'opération de choix, le traitement tout indiqué. Mais où je diffère d'opinion et j'en demande bien pardon au Dr Faure, c'est quand il

rejette complètement l'hystérectomie vaginale "beaucoup moins grave" comme inefficace dans les cancers du col au début ou plus tard. Dans ces cas de cancer du col où il n'y a qu'une simple érosion, où le cancer est encore très limité comme dans l'observation qu'il cite l'hystérectomie vaginale donne une survie globale aussi longue et un pourcentage de guérison au moins aussi considérable que le pourcentage que donne l'opération Wertheim-Faure. En plus on a une mortalité immédiate moins considérable avec l'hystérectomie vaginale.

Quand le mal a dépassé l'utérus, quand les culs-de-sacs sont envahis, sont durs, quand les utères sont pris, quand l'utérus est enkysté dans une gangue fibreuse, devons-nous encore tenter une opération? Je crois, avec Faure, que non. " Nous ne voyons, dit-il, malheureusement les malades que trop tard, trop tard bien souvent, à une époque où il serait plus sage de les abandonner à leur sort. J'ai tenté de ces opérations impossibles et j'ai vu succomber des malades que j'aurais mieux fait de ne point toucher."

Le traitement curatif existe-t-il? Est-ce le traitement chirurgical? Pour moi le traitement curatif qui confère une guérison complète définitive n'est pas encore trouvé. Je ne crois pas que nous puissions dire que le traitement chirurgical est un traitement absolument curatif. Les statistiques les plus brillantes, celle de Faure, par exemple, ne donnent au grand maximum que 75 o/o, celle de Wertheim, 40 o/o. Nous possédons toutefois dans le traitement chirurgical un palliatif puissant qui donne une survie très longue dans certains cas. Nous ne sommes donc pas tout à fait désarmés. Ce traitement, c'est l'hystérectomie totale et l'opération donnera un résultat d'autant meilleur qu'elle aura été pratiquée à un moment plus rapproché du début de la maladie.

Cherçons à dépister le cancer de l'utérus le plus tôt possible. Efforçons-nous de faire un diagnostic précis dès le début de la maladie. Conseillons à nos malades de se soumettre à l'intervention chirurgicale hystérectomie vaginale bénigne ou abdominale un peu plus sérieuse aussitôt que possible. C'est en allant vite, en gagnant sur le mal, en le combattant alors que l'on peut encore tailler en zone franche et saine, que l'on peut espérer sinon guérir d'une façon définitive, au moins donner une survie de longue durée.

Mais sachons aussi savoir refuser une intervention inutile, laborieuse, meurtrière quand le cancer aura gagné sur le chirurgien une avance qu'il ne peut plus espérer rattrapper.

## Traitement de la Crise de Rétention chez le Prostatique <sup>(1)</sup>

Vous êtes appelé auprès d'un vieillard qui ne peut plus pisser depuis 12, 24, même 36 heures, ce malheureux souffre affreusement, il vous supplie de le soulager. Que devez-vous faire? Il vous faut de toute nécessité vider sa vessie. Le cathétérisme s'impose, cathétérisme "aseptique" sans danger d'une inocuité absolue. Toutefois il ne faut pas perdre de vue que le cathétérisme est une véritable opération chirurgicale que la moindre faute d'aseptie peut produire un désastre. Le vieillard offre un milieu de moindre résistance, le pouvoir vital diminuant en raison du nombre des années. La phagocytose si puissante chez l'adolescent, est chez lui presque nulle et la moindre infection chez un tel sujet peut amener la mort. On peut comparer le prostatique en rétention au nourrisson. Gastro-entérite du nourrisson presque toujours mort. Infection de la vessie chez le rétentionniste pareillement égale c'est la mort.

Les précautions à prendre pour faire le cathétérisme sont :

Aseptisation des mains du médecin.

Aseptisation du malade

Aseptisation des instruments

(1) Vous vous lavez les mains avec du savon ordinaire, une brosse dure et de l'eau bouillie très chaude pendant cinq minutes, vous les essuiez avec une serviette en portant une attention toute particulière aux ongles et vous les relavez de nouveau pendant encore cinq minutes dans de l'eau bouillie très chaude, puis vous vous plongerez les mains dans une solution composée de deux parties d'eau bouillie aussi chaude que vous pourrez la supporter et une partie d'alcool méthylique.

(2) Vous faites d'abord coucher votre malade sur le dos, sur un lit dur ou sur une table, vous lui lavez la verge, le pubis, les bourses avec de l'eau bouillie très chaude et du savon puis avec une solution antiseptique, vous enlevez la mousse. Vous placez ensuite sur le ven-

---

(1) Communication lue à la Société médicale d'Ottawa à Montebello, le 22 juin 1907.

tre et sur les cuisses de votre malade des serviettes rigoureusement propres. A l'aide d'une bonne seringue vésicale, que vous aurez au préalable fait bouillir dans de l'eau du sel et du bicarbonate de soude, pendant dix à quinze minutes, vous la remplissez d'une solution antiseptique chaude, solution d'acide borique, de lusoforme, d'acide phénique, de permanganate de potasse, et vous seringuez sur le méat et l'urèthre antérieure. Votre malade est prêt pour le cathétérisme, il vous faut vous occuper de la sonde.

(3) Nous avons pour cathétériser un malade trois genres de sondes à notre disposition :

1° La SONDE MOLLE, dite de NELATON, qui s'aseptise facilement par l'ébullition, mais ne peut être utile que dans un très petit nombre de cas d'hypertrophie de la prostate.

2° La SONDE BEQUILLE, en gomme, à bec long, de PORGES, la seule qui se stérilise par l'ébullition et qui est la sonde idéale pour cathétériser un prostatique.

3° La SONDE METALLIQUE, si meurtrière, si brutale, que je voudrais voir bannie de toutes les troussees des confrères à tout jamais. calibre, de 16 à 18 fillières, française, que vous ferez bouillir dans une solution de bicarbonate de soude pendant cinq à dix minutes et avant de vous en servir vous vous plongerez de nouveau les mains dans la solution alcoolique pendant quelques minutes.

Vous commencerez votre cathétérisme en vous rappelant qu'il est un principe en chirurgie urinaire, c'est qu'il ne faut jamais déployer de violence mais toujours user de la plus grande douceur, s'armer de patience et encore de patience. Un cathétérisme qui aura demandé trente minutes de patience et qui ne fera pas saigner l'urètre de votre malade vaudra mieux qu'un cathétérisme rapide fait avec violence et qui sera suivi d'un écoulement de sang par le méat.

Il faut induire la sonde d'un corps gras antiseptique et non irritant pour la muqueuse du canal. Huile phéniquée bouillie à 1 o/p huile de soufre de carbone, etc. La sonde bien aseptisée, bien huilée saisissez la verge entre l'annulaire et le médius de la main gauche immédiatement en arrière du gland, et tendez légèrement; avec votre pouce et votre index ouvrez le méat. Introduisez la sonde, le bec regardant en haut, poussez-la lentement. Plus une sonde est introduite lentement, moins vive est la douleur ressentie par le malade. L'on doit s'efforcer autant que faire se peut dans toute acte chirurgical de supprimer ou du moins d'atténuer la douleur. D'une manière continue mais lentement, avec une extrême douceur, sans brusquerie, sans violence poussez la sonde jusqu'au moment où vous sentez toute résistance vaincue, abaissez le pavillon et laissez le liquide s'écouler lentement. Surveillez attentivement la couleur de l'urine et si vous la

voyez devenir un peu rouge, interrompez le jet en plaçant votre doigt sur l'ouverture du pavillon de la sonde. Puis après un repos de deux ou trois minutes laissez sortir une certaine quantité d'urine, interrompez de nouveau si le jet redevient rouge. En effet une vessie distendue depuis un certain nombre d'heures et brusquement évacuée peut saigner et quelquefois abondamment. Si malgré toutes vos précautions l'urine persiste à s'écouler sanguinolente retirez la sonde, vous la repasserez dans trois ou quatre heures et vous pourrez à ce moment vider complètement la vessie sans ennui.

La vessie bien vidée faites un lavage avec de l'eau boriquée chaude et retirez la sonde lentement en obstruant le pavillon avec le doigt.

Votre vessie vidée il vous reste à instituer le traitement pour l'avenir, pour prévenir de nouvelles crises de rétention. A mon avis le meilleur traitement médical est le suivant :

Chaque soir faites prendre un grand lavement d'eau bouillie chaude d'une pinte, à l'aide d'un injecteur et d'une canule molle sans pression, votre malade devant se coucher pour prendre son lavement. Insister pour qu'il le garde au moins vingt minutes et que l'eau soit très chaude. Après avoir rendu son lavement faites-lui appliquer un des suppositoires suivants :

Adréaline, à un pour mille ; 10 gouttes.

Extrait de belladone, 0.05 centig.

Beurre de cacao Q. S. pour un suppositoire.

Instituez un régime sévère. Défendez tout alcool, vin, bière, cidre, liqueur et surtout toute excitation génésique.

Prescrivez une alimentation légère composée de légumes cuits, lait, oeufs. Défendez les viandes faisandées, fumées, les légumes verts tel que tomates, salades, concombres. Le matin faites prendre un verre d'eau laxative, Eau de Saint-Léon, de Varennes. Ordonnez au moins pendant quelques semaines des frictions sur la colonne vertébrale et les cuisses avec un gant de crins ou une serviette rude. Pendant quinze jours à un mois passez chaque jour une ou deux fois vous-même la sonde à votre malade. Insistez pour la passer vous-même en expliquant les dangers qu'il y a pour un vieillard à se sonder. Faites-lui aussi cette recommandation qui est très importante c'est qu'il pisse la nuit ou le jour n'importe en quel lieu où il se trouve, chaque fois qu'il en ressentira le besoin.

Instituez ce traitement et vous verrez en peu de temps tout rentrer dans l'ordre et vos malades revenir à une santé florissante.

### Traitement ambulatoire de l'orchite blennorrhagique<sup>(1)</sup>

Je veux vous entretenir brièvement, ce soir, d'une maladie fréquente, trop fréquente même, dont tous ne sont pas atteints dans notre ville, mais dont un grand nombre sont menacés, je veux parler de l'orchite blennorrhagique.

Cet orchite est en réalité une épididymite et apparaît une fois sur neuf cas au moins de blennorrhagie. Pour qui sait combien est répandue l'urétrite gonococcique à Montréal, voit de suite que cette affection est commune et que nous sommes tous appelés à la traiter souvent.

Voici une description du traitement classique tel qu'indiqué par Lardenois: "L'affection une fois déclarée, si l'épanchement vaginal est abondant et la douleur très vive, une ponction aseptique évacuant l'hydrocèle amènera un grand soulagement. La ponction faite en avant et en dehors, là où n'est pas le testicule, avec un petit trocart ou une lancette. On est quelquefois conduit à administrer de la morphine ou un hypnotique IL FAUT EXIGER LE REPOS AU LIT. Une légère vessie de glace sur le scrotum par l'intermédiaire d'une flanelle, ou des compresses imbibées d'eau chaude, très chaude et fréquemment renouvelés amèneront UNE ACCALMIE. Au début encore, le salicylate de soude à la dose de 4 à 6 grammes par jour est très recommandable. On pourra aussi recommander des bains chauds, des laxatifs très légers. Il faut cependant continuer à traiter l'urétrite causale et pratiquer des lavages, mais en redoublant de prudence."

Le traitement que j'emploie exclusivement depuis près de dix ans est absolument différent du traitement que je viens de vous décrire et consiste essentiellement dans la compression ouatée des bourses à l'aide d'un suspensoir spécial.

Voici comment je procède quand je me trouve en face d'un cas d'orchite blennorrhagique, qu'il y ait hydrocèle ou non. Après lavage des bourses à l'eau chaude et au savon j'applique une couche d'onguent

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 2 novembre 1909.

napolitain belladonné, je recouvre les bourses d'une couche épaisse d'ouate, pardessus l'ouate j'applique une toile imperméable et enfin je place un large suspensoir de toile. Il faut mettre assez d'ouate pour produire une bonne impression, si cette dernière est bien faite et suffisante, si le suspensoir est bien appliqué il produit une immobilisation complète des bourses. Cette immobilisation permet au malade de faire tous les mouvements sans aucune douleur. J'insiste sur les mots sans aucune douleur, car règle générale dès que le suspensoir est appliqué il y a disparition immédiate de toute douleur.

Je proscriis tous les lavages de l'urètre, je donne à l'intérieur soit du santal Monal, soit de l'arrhéol, soit de l'urotropine, en plus je recommande au malade de boire chaque jour au moins deux litres d'eau de la Preste et de prendre chaque jour un laxatif, par exemple à chaque repas un peu de cascara sagrada. Je fais appliquer matin et soir un des suppositoires suivants ainsi composé :

|                                |                   |
|--------------------------------|-------------------|
| Extrait de Belladone . . . . . | 0 gr. 02 centigr. |
| Iodoforme . . . . .            | 0 gr. 01 “        |
| Excipient . . . . .            | Q. S. pour un     |

Je permets au malade une alimentation substantielle mais légère.

Je laisse le suspensoir en place trois ou quatre jours, permettant au malade de vaquer à toutes ses occupations. Après ce laps de temps je recommence le même pansement. Généralement dix à quinze jours sont suffisants pour que tout rentre dans l'ordre, pour amener une regression complète des bourses. Si à ce moment il y a indication je recommence les lavages de l'urètre.

Je ne vous donne que deux observations. Je pourrais, sans intérêt, multiplier les observations semblables.

*Obs. I. A. P. 27 ans, souffre d'une urétrite gonococcique. Malgré mon conseil au cours du traitement il monte à cheval. Le lendemain il présente tous les symptômes d'une orché-épididymite des plus douloureuses. Il se fait conduire à l'Hôtel-Dieu et en mon absence un confrère lui prescrit le traitement classique que je vous ai exposé plus haut. A mon retour, trois jours après son entrée à l'hôpital, je le trouve dans l'état suivant : Couché depuis son entrée à l'Hôtel-Dieu, il a en permanence de la glace sur les bourses. Celles-ci sont très grosses surtout, la gauche est très douloureuse, le malade souffre horriblement au moindre mouvement. Je lui applique mon pansement ordinaire, il peut se lever immédiatement et marcher sans douleurs. Il quittait l'Hôtel-Dieu après douze jours sans avoir été obligé de s'aliter de nouveau, sans avoir souffert et guéri de son orchite.*

*Obs.* II. R. M., 25 ans, vient me consulter dernièrement. Il est artiste lyrique et depuis huit jours il ne peut se rendre à son théâtre à cause d'une orchite survenue au cours du traitement d'une blennorrhagie. Il se lève de son lit pour se rendre à mon cabinet de consultation. Il peut marcher, mais au prix de très vives douleurs. Traitement ordinaire. Il quitte mon cabinet marchant sans douleur et le même soir il peut reprendre son travail, restant près de quatre heures en scène. Il est guéri de son orchite après treize jours de traitement.

De ce léger et court exposé l'on peut conclure je crois: que le pansement compressif ouaté supprime complètement la douleur dans l'évolution de l'orchite blennorrhagique.

Qu'il permet au malade de vaquer à toutes ses occupations, sans douleurs. Ceci a une assez grande importance surtout quand l'on songe que ceux qui sont atteints d'orchite blennorrhagique sont généralement des jeunes gens ou des personnes dans la force de l'âge et qu'ils ont besoin de travailler.

---

## Traitement du Cancer de l'Uterus

---

La question du traitement du cancer de l'Utérus (corps ou col) est l'une des questions les plus angoissantes de la chirurgie abdominale.

La mortalité causée par le cancer de l'utérus augmente malgré la chirurgie et ses progrès, malgré toutes les opérations que nous lui opposons. En 1905 à propos d'un utérus cancéreux que je présentais à la société, je demandais: "Possédons-nous un moyen réellement curatif, pour les cas de cancer utérin, où nous pouvons intervenir tout au début du traitement véritablement curatif, où tous les traitements qualifiés de curatifs ne sont-ils que des traitements palliatifs? Le traitement curatif actuel tend-il à autre chose qu'à prolonger la vie du malade de quelques mois à quelques années?"

Trois ans se sont écoulés, et malgré les congrès et les communications diverses, la meilleure réponse que l'on puisse donner à cette question, je la trouve dans la dernière édition de Pozzi: "Accueillie d'abord avec enthousiasme l'hystérectomie pour cancer n'a pas tenu ce qu'elle promettait.

"Pratiquée par la voie vaginale ou par la voie abdominale l'ablation totale de l'utérus pour cancer ne constitue pas la cure radicale que l'on avait espérée. Elle ne donne qu'une guérison temporaire."

C'est pourquoi les chirurgiens les uns après les autres abandonnent les opérations qui produisent des délabrements considérables, et ne pratiquent plus l'évidement du petit bassin. J.-L. Faure, l'un des vulgarisateurs de l'évidement, écrivait tout dernièrement dans la Presse médicale de Paris: "J'ai voulu moi aussi dans les premiers temps, faire de ces grands évidements pelviens qui sans donner plus de chances de guérisons définitives aggravent effroyablement l'opération. La plupart de ceux qui en ont fait y ont renoncé maintenant, j'y ai renoncé moi-même, je n'en ferai plus, et j'ai le ferme espoir de ne plus revoir désormais cette excessive mortalité."

Pozzi écrit: "L'ablation des ganglions et du tissu cellulaire pelvien (évidement) a passé par deux périodes: l'une initiale où on la pratiquait, pour ainsi dire, comme complément obligatoire, dans des cas

où l'hystérectomie était faite pour des cancers avancés. Il s'agissait d'enlever les tissus manifestement lésés. Le but de l'opération était alors d'étendre les limites de l'intervention radicale. Dans une seconde période, l'hystérectomie était faite pour des cancers du début, on enlevait les ganglions dans un but prophylactique autant que curateur. Les ganglions étaient extirpés systématiquement à cause de leur dégénérescence actuelle ou future. L'indication de l'ablation des ganglions qui a correspondu à la période initiale des évidements pelviens se tirait donc de l'état très avancé des cas que l'on opérait. Elle est actuellement abandonnée, même par ses promoteurs. La seconde indication, au contraire, compte encore quelques partisans qui surajoutent l'extirpation ganglionnaire à l'hystérectomie abdominale en vue d'une guérison plus durable. L'opération est de ce fait compliquée et aggravée. Je me suis élevé contre cette pratique parce que je pense que la mort en cas de cancer est rarement le fait de l'adénopathie."

Ce qu'il faut, c'est opérer assez tôt pour prévenir l'envahissement et non le poursuivre, car alors il est trop tard.

Devons-nous conclure qu'en face d'un cancer de l'utérus, il n'y a qu'à se croiser les bras et à laisser évoluer la maladie vers sa terminaison fatale ?

Nous ne sommes pas tout à fait désarmés, nous avons pour combattre le cancer utérin le traitement chirurgical. Ce dernier se divise en trois, suivant que l'on se trouve en face :

D'un cancer du col au début.

D'un cancer du corps, n'ayant pas dépassé l'organe.

D'un cancer ayant envahi les tissus voisins.

Quand on se trouve en face d'un cancer limité au col de l'utérus, qui n'a pas envahi le vagin, ni le corps, que l'utérus n'est pas augmenté de volume du fait du cancer, qu'il est mobile, indolore, je suis de l'opinion de Richelot, l'opération de choix, la moins meurtrière des opérations radicales dirigées contre le cancer utérin, la plus bénigne qui offre une efficacité aussi grande que toute autre opération, est l'hystérectomie vaginale.

Si l'on diagnostique un cancer ayant envahi le corps, si l'on trouve un organe augmenté de volume par le néoplasme, si l'on soupçonne que les culs de sac soient infiltrés, l'opération de choix est alors l'hystérectomie abdominale avec ablation d'une large collerette vaginale, sans recherche des ganglions.

Si, ce qui arrive malheureusement trop souvent, on est consulté par une femme ayant toutes les apparences d'une bonne santé, et que l'examen vaginal nous permet de constater un cancer ayant dépassé l'utérus, ayant envahi les ligaments larges, les culs de sac, le paramètre utérin et le vagin on doit refuser de faire l'hystérectomie, quoi-

que certains chirurgiens opèrent encore ces cas. Il ne nous reste qu'à combattre les hémorrhagies par les cautérisations au fer rouge, (thermo ou galvano cautère) à faire des pansements antiseptiques astringents et à calmer la douleur à l'aide de la morphine à dose progressive.

Je crois que ce sont là les opérations rationnelles à opposer au cancer de l'utérus suivant la période de la maladie que l'on constate.

J'ai opéré depuis 1903, 25 cancers de l'utérus. J'ai pratiqué dans 12 cas l'hystérectomie abdominale pour cancer du corps, avec trois morts, soit 33/100 de mortalité.

Treize fois j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale pour cancer limité au col avec une mort; soit 7/100 de mortalité.

Cette statistique est sensiblement la même que celle des autres chirurgiens, je cite :

Pozzi: Hystérectomie abdominale, mortalité: 22/100; Hystérectomie vaginale: mortalité 15/100.

Richelot: Hystérectomie abdominale: mortalité 37/100; Hystérectomie vaginale: mortalité 7/100.

Terrier: Hystérectomie abdominale, mortalité: 22/100; Hystérectomie vaginale: mortalité 16/100.

Samson: Hystérectomie abdominale: mortalité 33/100; Hystérectomie vaginale: mortalité 11/100, etc., etc.

Les statistiques donnent une écrasante supériorité à l'hystérectomie vaginale. Mais il faut avouer que l'hystérectomie vaginale ne s'attaque qu'aux cancers du début, aux cancers du col, tandis que par l'hystérectomie abdominale on opère des cas plus avancés.

Je crois donc pouvoir tirer les conclusions suivantes: Nous ne possédons pas encore de traitement réellement curatif pour le cancer de l'utérus et le meilleur traitement, celui qui donne la plus longue survie aux malades, est l'hystérectomie totale.

L'hystérectomie vaginale moins dangereuse est l'opération de choix dans les cancers du col au début.

L'hystérectomie abdominale totale est l'opération de choix, dans les cancers ayant dépassé le col, mais n'ayant pas envahi les tissus voisins.

Quand le cancer a dépassé l'utérus et envahi les organes voisins on ne doit plus tenter d'opération radicale, illusoire dans ces cas, mais seulement combattre les symptômes, hémorrhagies et douleurs.

## Quelques Aspects de la Méthode de Bier

---

Le Dr Scultze, ancien assistant de la clinique de M. le professeur Bier, faisait dernièrement part à un public médical français, de son expérience de la méthode du maître allemand. De son intéressante communication nous retenons les passages suivants :

Nous remarquons toujours, comme réaction de l'organisme vis-à-vis des substances étrangères une hyperémie et une inflammation plus ou moins fortes.

Nous sommes convaincus que les inflammations sont des manifestations utiles, des efforts naturels vers la guérison.

Elles tendent à écarter et à rendre innocentes les choses nuisibles : soit des corps étrangers relativement volumineux, soit des bactéries, soit des poisons ou des particules modifiées de l'organisme lui-même.

Etant convaincus de ce fait, nous ne pouvons plus traiter les inflammations comme nuisibles par elles-mêmes au contraire, nous devons essayer de les augmenter pour utiliser cette activité curative et pour favoriser l'hyperémie utile.

Le moyen le plus certain pour augmenter l'inflammation, c'est d'augmenter l'hyperémie.

Nous verrons qu'en augmentant ce symptôme, nous augmentons tous les autres ; la chaleur, la rougeur, le gonflement. Un seul symptôme n'est pas augmenté, la douleur ; grand avantage pour le malade.

Mais l'augmentation de l'hyperémie est-elle toujours la même ?

Si nous étudions la manière dont agit la nature, nous verrons qu'il y a deux espèces d'hyperémie : l'une liée à un ralentissement, l'autre à une accélération du courant sanguin, celle-ci est active, celle-là est passive.

Nous savons d'autre part que dans les inflammations aiguës, c'est le ralentissement du courant sanguin qui se produit.

Aussi en traitant les inflammations aiguës, il faut que nous cherchions à *augmenter l'hyperémie et le ralentissement du courant sanguin.*

Nous voulons judicieusement imiter la nature et l'aider dans son combat. Le moyen souverain qui augmente l'hyperémie en ralentis-

sant le courant sanguin est la bande élastique (ne la nommez pas bande d'Esmarch, puisque celle-là, construite pour une autre raison, n'est pas applicable pour le traitement de l'hyperémie.) Un autre moyen d'augmenter l'hyperémie est la ventouse qui fait au commencement une accélération et provoque ensuite un ralentissement du courant sanguin.

D'ailleurs, il n'y a pas de démarcation précise entre ces modes d'action.

Quand nous voulons produire une hyperémie sans ralentissement, nous employons d'autres choses : les pansements humides et surtout l'air chaud, dans les cas par exemple où nous voulons obtenir la résorption d'un exsudat, d'un hématome, d'une hydarthrose.

Mais nous voulons parler aujourd'hui seulement du traitement des affections aiguës ; on emploie alors la bande élastique et la ventouse.

Maintenant nous désirons parler seulement de l'application de la bande élastique.

Il en existe deux variétés : l'une fine et mince, l'autre plus forte ; celle-ci nous l'employons pour les membres inférieurs, celle-là pour les membres supérieurs.

Cette différence n'est pas absolument nécessaire, mais elle est commode, puisqu'à la jambe, étant donnée, la grosse musculature, nous devons serrer plus fort et une bande mince se plisserait facilement. D'ailleurs, la bande forte n'est pas agréable sur le bras d'une personne sensible. La bande d'Esmarch serait insupportable. La bande doit être roulée sans plis sur une assez grande largeur et non sur un seul tour circulaire, cela ferait une compression douloureuse. La longueur de la bande sera d'un mètre à un mètre cinquante, ce qui donnera de 6 à 8 tours. La bande est arrêtée avec une épingle de sûreté, ou bien on colle seulement avec de l'eau, en laissant le dernier demi tour très lâche. En ce cas, on met un tour de flanelle par dessus pour que la bande ne se déroule pas.

Pour l'application à l'épaule, à la tête et au testicule, il faut suivre une technique particulière, dont je ne vous parlerai pas maintenant. Le débutant fera mieux de ne pas commencer par ces cas difficiles, qui demandent une certaine sûreté de méthode.

Pour la tête, nous employons un lien de caoutchouc, tissé, ayant l'aspect d'une jarretière large de 2 centimètres. Pour l'épaule, c'est un tube de caoutchouc, très épais, recouvert de feutre mou, en forme d'anneau.

Pour le testicule enfin, nous nous servons d'un tube de caoutchouc mou ; on le met autour de la racine du scrotum, protégée avec de la ouate.

Mais ne parlons plus de ces détails. Nous allons nous occuper de l'application de la bande élastique.

Dans les infections aiguës, l'hyperémie par stase doit être appliquée et prolongée sans interruption pendant 20 à 22 heures. Pendant les autres deux ou quatre heures on place le membre dans une position élevée pour diminuer l'œdème produit par la bande. L'hyperémie par stase doit être très soigneusement faite; elle exige une technique minutieuse. La bande ne doit être appliquée, ni trop serrée, ni trop lâche.

Il est évident que la bande mise trop lâchement n'apporte aucun avantage; est-elle au contraire trop serrée, elle peut être nuisible en provoquant des troubles de nutrition.

Les règles de cette application sont de la plus haute importance:

1°, *La bande ne doit pas modifier le pouls artériel qui doit toujours être senti distinctement.*

Nous ne voulons pas troubler l'afflux sanguin artériel, nous voulons seulement obtenir un ralentissement du courant veineux.

2°, *Les symptômes inflammatoires doivent augmenter fortement; les régions exposées au traitement doivent être bien chaudes, rouges ou bleu rouges, jamais pâles et froides. Un œdème rouge et chaud doit se développer.*

Nous avons constaté souvent que le médecin, peu persuadé de la logique de la méthode et effrayé de la réaction énorme que produit la bande, cesse le traitement pour rentrer pénitent dans l'école antiphlogistique.

Mais pour son excuse il faut dire que l'aspect d'un membre enflammé sous la bande peut-être vraiment effrayant pour celui qui le voit pour la première fois.

3°, *La stase ne doit jamais produire de douleurs autrement elle est mal appliquée; au contraire, la douleur qui existait avant le traitement doit diminuer.*

4°, *Les abcès et la rétention du pus doivent être toujours diagnostiqués aussitôt que possible et incisés de suite..* C'est là une règle qu'on ne saurait trop répéter: Cherchez le pus et faites une incision pour l'évacuer quelles que soient les circonstances. La méthode de Bier ne va pas à l'encontre de cette règle fondamentale de la chirurgie. Mais je sais que la pensée de M. Bier a été quelquefois mal interprétée. Lui-même n'a quelquefois pas incisé des abcès parfaitement évidents lorsque les symptômes de l'affection le lui permettaient, à cause de certaines questions théoriques, pour étudier la valeur de sa méthode, pour démontrer clairement l'effet puissant de l'hyperémie qui peut changer en quelques jours, un abcès chaud, contenant des

bactéries virulentes, en un sérum stérile. Et ce sont ces faits qui ont été mal interprétés. Jamais il n'a voulu que l'on prenne pour traitement ce qui était et devait rester une expérience particulière.

50. *On renonce au tamponnement et au drainage.* Ils sont souvent nuisibles, surtout dans les affections des articulations et des gaines, et presque toujours l'on peut s'en passer. Exceptionnellement, un petit drain sera permis dans les parties molles, quand l'écoulement du pus est empêché. Seules, les incisions doivent assurer le bon écoulement du pus. Bien entendu, on doit toujours se convaincre qu'il n'y a pas de rétention. Avec une pression douce, ou avec une ventouse — dont nous parlerons plus tard — on évitera, avec un peu d'attention, la stase du pus. Quand la sécrétion est très forte ou s'il s'agit d'une grande poche, on fera tous les jours une irrigation avec du sérum artificiel.

60 Dans les cas où il s'agit d'articulations suppurées ou de phlegmons des gaines on doit faire exécuter des mouvements aussitôt que la disparition des douleurs le permet. C'est absolument nécessaire pour conserver le fonctionnement.

70 *Il ne faut pas appliquer la bande trop près du foyer inflammatoire, au contraire aussi loin que possible.* Par exemple dans les suppurations, on fait un pansement et si nous le mettons trop serré nous empêchons la production de l'hyperémie et du gonflement justement dans la région infectée.

Nous avons dit au commencement que la bande élastique devait être appliquée pendant 20 à 22 heures.

Mais, ce traitement se modifiera dans la suite. Quand le traitement produit une amélioration, on diminue de plus en plus la durée de la stase pour ne laisser finalement la bande que pendant quelques heures par jour. Si on l'enlève trop vite une aggravation se pourrait produire.

Je dois maintenant vous signaler les premières alarmes d'une stase trop forte: ce sont des taches rouges des vésicules et des hémorrhagies de la peau.

Le malade lui-même a la sensation que sa main s'endort; il y a des fourmillements et des douleurs.

*La température également se modifie sous l'influence de ce traitement.* En général, nous remarquons qu'elle tombe dès le début quelquefois très vite, quelquefois lentement.

Si on remarque pendant le traitement que la fièvre remonte, on doit toujours penser qu'un abcès se produit; l'augmentation simultanée des phénomènes locaux confirme le fait.

Si ces accidents se produisent il faut relâcher la bande. Il vous arrivera souvent que la bande quoique bien mise et bien supportée par le malade détermine après quelques heures des symptômes de constriction. Quelle en est la cause? L'œdème qui s'est produit très fort fait maintenant une compression des veines et au lieu de ralentissement vous avez presque une interruption du courant veineux. Vous devez relâcher la bande de nouveau.

Ainsi donc la stase doit être dosée soigneusement et la plus grande attention est nécessaire. Suivant l'expression du Prof. Bier "il faut avoir un personnel absolument sûr."

On doit toujours examiner les cas soi-même, ou les confier à un assistant qui s'en occupe avec zèle et plaisir et qui avant tout ait de l'expérience et de la conscience. "En procédant autrement, on n'obtiendra rien et on arrivera à décrier un excellent procédé de traitement."

## Les Salpingites

### Diagnostic et Traitement Médical <sup>(1)</sup>

---

Je tiens, Messieurs, tout en commençant, à vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en me nommant membre honoraire de votre Société Médicale. Je me suis rendu avec plaisir à l'invitation que vous m'avez adressée, parce que je suis heureux de pouvoir venir vous remercier de vive voix, au lieu de vous envoyer mon remerciement par lettre.

Ce serait une puérilité si je venais vous dire que toutes les salpingites peuvent se guérir médicalement; cela équivaldrait à nier les services immenses que rend chaque jour, à des malheureuses, la gynécologie opératoire. Le diagnostic gynécologique devenu plus sûr, l'instrumentation dont nous disposons, plus complète, le manuel opératoire plus précis, les opérations mieux réglées permettent maintenant de faire, sans danger, des interventions dans des cas où, il y a quelques années à peine, ces interventions auraient paru hasardeuses et téméraires, grâce à cette évolution dans leur traitement, des salpingites, dont la marche était considérée comme immanente, comme mortelle, ont pu être guéries. Mais le traitement de toutes les maladies infectieuses du bassin ne réclame pas une intervention chirurgicale: souvent un trouble léger peut entraîner des accidents sérieux, s'il est négligé. Le médecin, appelé au début, peut le combattre victorieusement, le faire disparaître en instituant de suite le traitement médical approprié. La plupart des salpingites ne demandent pas, dès le commencement de leur évolution, l'opération pour guérir. Plus tard, il est vrai, c'est l'opération qui est la seule ressource pour guérir radicalement ces pauvres femmes. Le traitement médical des infections des organes du petit bassin doit être familier au médecin, car c'est à lui, le premier, d'instituer le traitement qui combattrait victorieusement, bien souvent, les accidents, infections utérines et péri-utérines, et en préviendra, si possible, les complications. Puis, dans des cas excep-

---

(1) Conférence faite à l'Association Médicale du district d'Ottawa, le 20 janvier 1910.

tionnels où il voit le traitement médical impuissant, c'est encore au médecin qu'incombe le devoir d'avertir à temps la malade que l'opération s'impose.

En clinique, et c'est pour moi la partie de la science médicale la plus importante, la plus pratique, nous ne pouvons séparer l'infection des ovaires de celle des trompes: en effet leurs connexions mutuelles et intimes font que toutes les lésions de l'une retentissent sur l'autre.

Les annexites, maladies d'origine infectieuse, sont presque toujours causées par des germes sceptiques apportés du dehors: infection puerpérale, infection blennorrhagique, quelquefois infection tuberculeuse. La porte d'entrée ordinaire du streptocoque et du gonocoque est le vagin. L'infection ascendante par la voie vaginale est la marche ordinaire de ces micro-organismes apportés du dehors au dedans, soit par les mains au cours des touchers, ou des manoeuvres intra-utérines soit par la verge dans le coït. Il y a aussi la voie sanguine et lymphatique, mais, règle générale, c'est la voie ascendante qui doit être incriminée, vagin, col de l'utérus, cavité utérine, trompes, ovaires, péritoine: dans les annexes droites, l'on doit tenir compte des lymphatiques à cause de l'appendice, situé si près, situé trop près. L'appendice, presque chaque fois qu'il est infecté, contracte des adhérences dommageables pour les annexes droites.

L'accouchement est une des causes occasionnelles les plus favorables pour l'infection des annexes. Les manoeuvres que demandent l'accouchement, si elles ne sont pas pratiquées d'une manière aseptique, infectent la malade. Le traumatisme, que produit la délivrance, est une porte largement ouverte à l'introduction des germes pathogènes, les douches vaginales que quelques médecins conseillent après l'accouchement, peuvent encore déterminer des salpingites, des pelvi-péritonites même, en refoulant les microbes du vagin à l'utérus et dans les trompes.

La fausse couche est certainement la cause déterminante la plus certaine de l'infection des annexes. Cela se conçoit aisément. Comme dans l'accouchement, il y a traumatisme; dans l'accouchement, la nature est préparée à se défendre contre l'invasion des poisons extérieurs; elle ne l'est pas dans l'avortement. Dans l'accouchement, le placenta, en règle générale, est expulsé en entier sans manoeuvre intra-utérine, manoeuvres qui sont toujours si dangereuses, dans l'avortement, surtout dans l'avortement criminel, il reste très souvent des débris de placenta adhérents à la cavité utérine, et ces débris placentaires sont des foyers d'appel à l'infection streptococcique. Je crois que l'on peut dire presque sûrement que chaque avortement criminel est suivi d'une salpingo-ovarite plus ou moins grave.

La blennorrhagie, chez la femme, est une infection des plus désastreuses pour ses annexes, plus grave que l'infection syphilitique : car la blennorrhagie amène, plus souvent que la syphilis, la mort de la femme. Pendant longtemps, elle a été considérée comme une infection plutôt ennuyeuse que redoutable, car ses complications inquiétantes se manifestent quelquefois assez longtemps après le début des premiers écoulements pour que la relation de cause à effet passe inaperçue. Les accidents de métrite, de salpingite, de pelvi-péritonite, toute la gamme des infections des organes génitaux de la femme, qui donne une allure de réelle gravité à l'infection gonococcique n'étaient pas attribués à leur véritable origine. Surtout, si on ne soupçonnait pas qu'il existe d'emblée des métrites blennorrhagiques, avec toutes leurs graves conséquences annexielles. Si, théoriquement, l'on décrit une blennorrhagie du vagin puis du col, puis de la cavité utérine, l'on ne doit pas oublier qu'en clinique, l'on rencontre toujours ou presque toujours la blennorrhagie utérine ; que trop souvent, malgré tous les traitements, elle dépasse la cavité utérine, qu'elle ne se cantonne presque jamais à la cavité utérine, mais envahit rapidement les annexes, et quelquefois le péritoine du petit bassin.

L'infection de l'appendice retentit presque fatalement sur les annexes droites. Dans tous les cas d'appendicites que j'ai opérés sur la femme j'ai dû intervenir en même temps sur les annexes droites, que j'ai trouvée chaque fois infectées ; souvent les annexes avaient contracté des adhérences, soit avec l'appendice, soit avec la masse appendiculaire.

Il y a encore plusieurs causes qui peuvent infecter les annexes : la tuberculose, la fièvre typhoïde, le cancer de l'utérus ; mais ces salpingites sont dominées par la maladie principale, et, en pratique, nous pouvons réduire les causes des salpingites à l'accouchement, à l'avortement, à la blennorrhagie, et à l'appendicite.

Les salpingites se rencontrent entre 15 et 45 ans, c'est-à-dire, pendant la période d'activité des organes génitaux de la femme, avec maximum de fréquence chez les jeunes femmes.

L'on peut diviser les salpingites en :

a). Salpingites catarrhales, sans grande gravité, où la trompe est grosse, bosselée. Ces salpingites se guérissent facilement.

b). Salpingite hématique, ou hémato-sapinx, qui n'est souvent que le résultat d'une grossesse extra-utérine, en évolution ou rompue. Cette salpingite, si elle n'est pas rompue, peut devenir rapidement mortelle par inondation péritonéale, au moment de sa rupture.

c). Salpingite purulente qui peut survenir soit au cours d'une blennorrhagie, ou succéder aux deux premières, et dont le volume

varie de la grosseur d'une amande à celle d'une noix de coco, ou même davantage. Cette variété de salpingite est toujours grave.

Comment débute les salpingites? En règle générale, de deux manières: on bien insidieusement, et la maladie, par degrés, s'aggrave. Dans ces cas, la malade ne peut dire exactement depuis combien de semaines, de mois, ou d'années elle a commencé à souffrir de son ventre. A l'examen, l'on est tout surpris de constater des poches énormes, chez des malades souffrant relativement peu, car la marche de la salpingite, les douleurs que ressent la malade, la grosseur des lésions ne concordent pas. Ou bien le début est bruyant. La salpingite commence par des douleurs abdominales vives, avec nausées, vomissements, température élevée. Ce début ressemble à celui de la crise appendiculaire, ou à celui de la péritonite. Les douleurs sont localisées soit d'un seul côté du ventre, soit des deux côtés, suivant que la salpingite est unie ou bi-latérale. La moindre pression sur le ventre augmente encore l'intensité des douleurs. Le toucher vaginal est impossible à cause des douleurs intolérables qu'il provoque. Celles-ci s'irradient vers les lombes; ces douleurs lombaires ennuiant plus les malades que les douleurs abdominales. Les douleurs s'irradient aussi du côté du sacrum et des cuisses, et elles sont très pénibles. Quand une femme vient vous consulter pour des douleurs dans les reins, douleurs s'irradient aux cuisses, il faut toujours dans ces cas, faire le toucher vagino-abdominal, et vous êtes tout surpris, de trouver des antécédents malades. L'irradiation des douleurs du côté de la vessie et du rectum sont fréquentes.

Ces symptômes sont les symptômes ordinaires du début, symptômes qui s'amendent assez rapidement. Dans bien des cas, ce n'est ni la marche insidieuse ni cette marche alarmante que l'on rencontre au début des salpingites. Dans presque tous les cas, les symptômes s'amendent après deux, trois, ou quatre semaines. La malade peut alors se lever, marcher un peu, et vaquer à quelques petits travaux, mais la moindre fatigue réveille une nouvelle crise, et la femme devient une invalide. Les règles deviennent irrégulières, douloureuses; dans l'intervalle des menstruations apparaît une leucorrhée abondante et tenace.

Puis, si la malade n'est pas traitée, elle revient dyspeptique et neurasthénique. Malheureusement, ce n'est qu'à cette période que la malade se décide à consulter. Dans bien des cas encore, même à cette date, le traitement médical peut donner un grand soulagement à la malade.

Avant de poser son diagnostic, il faut interroger longuement, sérieusement la malade, chercher dans son passé s'il n'y a pas eu une infection génitale, un accouchement avec infection, un avortement, une blennorrhagie, et après cet interrogatoire, l'on passe à l'examen

local des organes génitaux de la femme. Il faut faire le palper, et le combiner au toucher vaginal. Le palper abdominal seul ne peut nous donner comme renseignement que la douleur dans la région des fosses illiaques, excepté dans les salpingites à grandes poches. Le toucher vaginal seul ne permet pas non plus de se rendre compte exactement des lésions, de l'état des organes péri-utérins des annexes. Le palper combiné au toucher vaginal permet de constater presque mathématiquement, l'état des annexes de l'utérus, de juger de leur grosseur, de leur consistance.

Ne faites jamais d'examen vaginal à une malade, seul avec elle : ayez la précaution d'avoir, présent à votre examen, soit un parent, soit une amie ; cette petite précaution peut éviter bien des ennuis.

Pour examiner la malade, faites-la coucher sur le bord d'un lit ou sur un long sofa, bien étendue sur le dos, la tête et les jambes légèrement relevées par des oreillers. C'est la position idéale dans la plupart des cas. Demandez à la malade, avant de faire votre examen vaginal, de placer ses deux poings sous ses fesses : il y a deux avantages à cela, d'abord d'élever le bassin, ensuite de vous débarrasser des mains de la malade.

La malade bien couchée le ventre découvert, placez votre main gauche à plat sur le ventre. Bien entendu, faites faire auparavant la toilette de la vulve, et enduisez-vous un ou deux doigts de la main droite d'un corps gras antiseptique. Une bonne précaution encore est de faire prendre une douche, avant de faire le toucher.

Si vous craignez que le périnée ne vous nuise pour votre examen, faites relever, dans la mesure du possible, les cuisses de la malade sur le ventre, et faites plier les jambes sur ses cuisses.

Placez la main abdominale à plat sur le ventre ; elle vous servira à déprimer ce dernier, et à pousser les annexes vers le doigt vaginal. Dans certain cas, l'on est surpris de trouver les culs-de-sacs libres, là où l'on s'attendait à trouver une masse. Dans ces cas, les annexes sont attirées très haut par des adhérences. Avec la main abdominale, déprimez la paroi, poussez les annexes vers le doigt vaginal et vous sentirez de suite les annexes. Vous pourrez apprécier alors le volume de ces dernières, et juger de leur état. Le symptôme le plus important du toucher vaginal dans les salpingites est la douleur qu'il provoque toujours : toutes les salpingites sont douloureuses au toucher.

Généralement, quand les annexes ne sont pas remontées, les culs-de-sacs sont durs, soit comme du mastic, soit comme du bois, dans les salpingites suppurées. Plus les culs-de-sac sont durs, et plus la tumeur est dure, plus vous pouvez affirmer que vous vous trouvez en présence d'une salpingite suppurée. L'utérus peut avoir conservé un certain degré de mobilité, mais les mouvements que vous lui imprimez

avec le doigt placé dans le vagin sont douloureux. Presque toujours, dans les cas aigus, l'utérus est enkysté dans un tissu inflammatoire.

Dans certains cas, l'on sent très bien, grâce au toucher et au palper combinés, comme un gros cordon dur et douloureux, lisse ou bosselé; dans d'autres cas, l'on sent une tumeur adhérente à l'utérus, mais toujours, ces lésions sont douloureuses. Il arrive, qu'avec l'habitude, l'on parvient à sentir la fluctuation dans certaines vieilles salpingites suppurées.

On a prétendu que les salpingo-ovarites pouvaient simuler toutes les maladies du petit bassin; cette proposition me semble très exagérée. L'on a aussi prétendu que le diagnostic était des plus difficiles: tout diagnostic à porter dans les maladies des organes de la cavité abdominale est difficile.

Mais, en somme, quand on se trouve en présence d'une femme ayant, dans son passé, une infection des organes génitaux, soit une blennorrhagie, soit un avortement, soit un accouchement avec infection puerpérale, quand cette femme souffre de douleurs dans le bas-ventre, se plaint que ces douleurs s'irradient aux cuisses et aux lombes, qu'elle a des règles douloureuses, et qu'au toucher vaginal, l'on sent des annexes grosses ou petites, mais douloureuses, l'on est en droit de porter le diagnostic de salpingite.

Si le toucher permet de sentir une tumeur dure, même légèrement mobile, ou si la tumeur est adhérente à l'utérus, si la malade se plaint de frissons et qu'elle a de la température l'on est en droit de porter un diagnostic de salpingite suppurée.

Et l'on doit éliminer:

Le fibrome utérin, parce que c'est une tumeur qui se développe lentement, qu'elle est indolore au toucher, et que cette tumeur se développe sans poussée inflammatoire.

Le kyste de l'ovaire, parce que c'est une tumeur toujours très mobile qui se développe sans douleur, rapidement, et que le toucher vaginal permet de constater que cette tumeur est complètement indépendante de l'utérus et est indolore au toucher. Le kyste de l'ovaire n'est douloureux que s'il y a une torsion de son pédicule.

L'appendice; ici le diagnostic différentiel est moins important, parce que les deux affections, au début, peuvent se traiter d'une manière presque identique, et que, souvent, dans les cas d'appendicites, les annexes droites sont touchées.

La grossesse extra-utérine; si l'on se trouve en présence d'une femme n'ayant pas de passé infectieux, ou n'ayant jamais souffert de son ventre, et que l'on sent au toucher une masse d'un côté, et qu'il y a retard dans les règles, le plus prudent est de diriger cette femme sur un service hospitalier. Ou bien, on se trouve en présence d'une

grossesse extra-utérine non rompue, et la femme est alors en danger d'hémorrhagie mortelle et doit être opérée le plus rapidement possible, ou bien, on se trouve en présence d'une grossesse extra-utérine rompue, et le mieux pour la femme est de la débarrasser du sang qui remplit son cul-de-sac de Douglas, avant qu'il ne s'infecte.

Le pronostic des salpingites est toujours grave: en réalité, le plus grand nombre des salpingites ne menace pas l'existence même, mais il est certain qu'elles sont difficilement guérissables, sans opération, lorsqu'elles sont chroniques, et la plupart, arrivées à un certain degré, condamnent la femme qui est atteinte, à une vie de souffrance, en en faisant une invalide, non pas à cause de l'intensité de la douleur en dehors des crises, mais à cause de la répétition des crises, et de la ténacité des douleurs.

Le traitement des salpingites comprend celui des cas aigus, et celui des cas chroniques. Je ne m'occuperai que du traitement médical, passant volontairement sous silence le traitement chirurgical, moins intéressant pour le médecin, et dont la description nous entraînerait trop loin.

Quand on se trouve en présence d'une inflammation aiguë des annexes, nous dit Doléris, quelle que soit la gravité apparente des accidents, même quand le bassin est magonné, l'utérus immobile, il faut s'abstenir de toute intervention radicale.

A la suite de l'infection blennorrhagique, nous dit Herrmann, les fonctions des annexes peuvent se rétablir. Quand le gonocoque est seul en cause, la phlegmasie tend d'elle-même à s'arrêter: elle se limite. L'association du streptocoque ne semble pas trop aggraver le pronostic. Dans l'infection puerpérale, les formes qui mettent la vie en péril immédiat ne sauraient être ici considérées. Pour les processus plus atténués, il vaut mieux attendre. De même au cours des autres infections que nous relevons dans les causes de salpingites.

Comme pour l'appendicite, le traitement médical reste donc indiqué dans les premières étapes de la maladie. Nous verrons qu'il est encore susceptible de rendre de grands services au cours des phases ultérieures, bien qu'alors, la rétrocession des désordres devienne plus difficile à obtenir.

Dans les mauvais cas, non seulement il calme les douleurs, permet bien souvent à la femme de supporter sans trop de peine ses douleurs, mais il prépare encore avantageusement le terrain pour une intervention chirurgicale, si cette dernière est jugée nécessaire.

On doit mettre la malade, de suite, au repos absolu. On lui fait donner trois fois par jour de grandes injections vaginales d'eau bouillie très chaude. Quand on ordonne des injections vaginales chaudes, il faut toujours, et dans tous les cas, bien recommander à la

malade de prendre ces injections complètement couchée, soit dans un lit, soit par terre, de mettre sous elle un bassin de lit, et ne pas élever l'injecteur à plus de 2 ou 3 pieds au maximum au-dessus du bassin. Il faut lui recommander aussi de faire durer l'injection au moins 15 minutes; de faire usage d'une canule molle, de crainte que, dans les salpingites aiguës, la canule ne blesse l'utérus, et ne provoque de grandes douleurs. Il faut aussi ne jamais se servir d'antiseptiques irritants, surtout ne jamais prescrire de sublimé. En effet, l'injection agit surtout comme bain vaginal chaud, et les antiseptiques ont peu d'effet. Il n'est pas douteux, et l'expérience l'a prouvé, que l'eau très chaude dans la pratique gynécologique jouit de propriétés hémostatiques, sédatives, et dérivatrices. Reclus ajoute de qualités antiseptiques, anesthésiques et analgésiques. Mais, pour demander à l'eau chaude tous les services que nous sommes autorisés à en attendre, il faut qu'elle soit employée d'une manière systématique: il est essentiel que l'irrigation soit longue, la pression faible. Une forte pression risquerait de provoquer des phénomènes d'excitation et de réaction douloureuses. Une irrigation de courte durée augmente l'inflammation au lieu de la diminuer.

On fait appliquer sur le ventre une ou deux vessies de glace, en permanence. Il faut veiller à la manière dont la glace y est appliquée. Il faut faire interposer 3 ou 4 doubles de flanelle humide, entre les sacs et la peau du ventre. Si l'on oublie cette précaution, la glace peut déterminer une escharre assez considérable de la peau du ventre, et le médecin peut être tenu pour responsable de cet accident ennuyeux; ces escharres sont très longues à guérir. Contre la douleur, on prescrit des lavements laudanisés, ou, au besoin, des injections de morphine.

On prescrit aussi un grand lavement chaud quotidien, qui est utile pour combattre la congestion des organes pelviens. Afin d'éviter que le lavement ne provoque des contractions intestinales, toujours douloureuses, l'eau chaude doit pénétrer lentement, sous faible pression. La malade doit s'efforcer de garder le lavement pendant 20 à 30 minutes; si, pendant les premiers jours, elle ne peut y réussir, avec un peu de patience et de bonne volonté, rapidement, les malades parviennent à garder de une chopine à une pinte.

Il faut aussi soutenir les forces de la malade; toutefois, le régime alimentaire doit être léger; lait, oeufs, légumes, carême Lefrancq, ou jus de viande. Puis, aussitôt que les douleurs sont calmées, que l'état général est meilleur, on permet à la malade de se lever sur une chaise longue, ou de se mettre sur un sofa, et l'on commence alors l'application des topiques vaginaux. C'est le commencement du traitement de la salpingite chronique. Si je n'avais qu'un traitement pour ces lésions, c'est le repos que je préférerais. Il faut toujours recommander le

repos presque absolu, c'est-à-dire, recommander aux femmes de ne pas se fatiguer, de marcher le moins possible, de rester couchée la plus grande partie de la journée, défendre tout coït, prescrire des douches vaginales chaude 2 fois par jour, ajouter une large application de teinture d'iode sur le ventre une fois par semaine, veiller à tenir les intestins libres, soit à l'aide d'eau minérale laxative, soit de lavements glycerinés, faire, pendant un temps déterminé mais toujours long, trois fois par semaine un tamponnement à la gaze antiseptique; j'entends par tamponnement, un gros tampon bien imbibé d'un glycérolé antiseptique qui remplisse entièrement la cavité vaginale. Il faut dire à la malade de retirer son tampon, le soir, avant de prendre sa douche vaginale, car certaines malades conservent précieusement leur tampon jusqu'au prochain pansement. Si ce traitement ne donne pas un soulagement appréciable pour la malade, si le toucher vaginal montre des annexes toujours aussi douloureuses après un mois ou deux de traitement, il faut alors faire en plus une dilatation du col utérin, pour permettre aux sécrétions utérines de sortir facilement. Dans les salpingites, la dilatation du col doit être largement pratiquée, d'une manière lente, avec des tiges de laminaire trouées. On applique une laminaire, on la laisse en place pendant 24 heures, on la retire pour la remplacer par une très grosse tige que l'on laisse également 24 heures en place, et, pendant quelques jours ensuite, l'on fait un drainage de la cavité utérine avec une mèche de gaze antiseptique. C'est dans les salpingites catarrhales que la dilatation et le drainage donnent le meilleur résultat. Lorsqu'il y a du pus dans les annexes, ou autour, ces petites interventions peuvent devenir dangereuses. Cependant, Labadie-Legrave, Legueu, Doléris, et d'autres sont parvenus à vider des poches purulentes ou hématisées à l'aide de ce traitement.

Quand, après un traitement médical soigneux et bien suivi, les phénomènes ne s'amendent pas, la salpingite ne relève que du chirurgien, et, pour conseiller l'opération, on peut se baser sur les points suivant :

I.) Le volume de grosses lésions, surtout si elles sont bilatérales, à plus forte raison s'il existe de fortes adhérences des trajets fistuleux. (Doléris).

II.) La douleur persistante et continue; sa réapparition inévitable et vive, sous l'influence de la station debout, un peu prolongée.

III.) Les signes de compression.

IV.) Les troubles digestifs. Les salpingites qui font maigrir. (Legueu).

V.) Les salpingites chroniques, fébriles, salpingites suppurées phlébitiques. (Legueu.)

VI.) L'invalidité de la malade, lorsque la perte de l'appétit, les troubles vésicaux, les métrorrhagies répétées, la fièvre amènent un dépérissement progressif.

L'on est encore obligé de tenir compte d'un autre facteur : de la situation sociale de la malade. Chez une femme qui peut rester longtemps au lit, recevoir des soins minutieux et prolongés, l'on sera autorisé à retarder le moment de l'opération, tandis qu'une femme, ayant besoin de travailler pour vivre, demandera à être débarrassée le plus tôt possible, d'une manière radicale.

---

## La métrite puerpérale et la métrite blennorrhagique <sup>(1)</sup>

Comme la métrite reconnaît presque invariablement comme cause première la blennorrhagie ou l'infection puerpérale, nous allons donc voir ensemble la symptomatologie de ces deux variétés de métrite et nous étudierons ensuite le traitement médical que nous devons instituer. La métrite est de toutes les infections des organes génitaux de la femme la plus tenace, la plus ennuyeuse, pour la femme dont elle fait une invalide; pour les médecins, ce sont les métrites appelées en notre pays communément le Beau mal, qui permettent aux charlatans de toutes couleurs d'exploiter la crédulité de la population en lui vendant aux prix d'or des drogues plus ou moins inoffensives.

Pourtant nous pouvons, sinon, guérir toutes les métrites, du moins les améliorer considérablement en instituant un bon traitement.

La métrite puerpérale et la métrite blennorrhagique ont des symptômes communs.

Au début de la douleur;  
au cours de l'évolution:

leucorrhée plus ou moins abondante et augmentation du volume de l'utérus, et des accidents communs:

paramétrite, salpingite, salpingo ovarite;  
et un traitement dont la base est la même: soins hygiéniques, pansements antiseptiques.

On doit comprendre sous le nom général de métrite toutes les infections du col et du corps de l'utérus. Théoriquement il existe bien une métrite du col, localisée exclusivement au col, une métrite du corps, localisée exclusivement au corps, en clinique et surtout en clientèle l'on ne rencontre que la métrite du col et du corps.

---

(1) Communication faite à la société médicale du Comté de Jacques Cartier par docteur F. de Martigny.

### METRITE PUERPERALE.

Dans la métrite puerpérale aiguë l'utérus est pris en entier, il y a infection générale de tout l'organe, la douleur est vive, surtout au toucher, la température élevée. Souvent l'infection envahit presque d'emblée le voisinage de l'utérus et l'on se trouve en présence d'une métrite, avec gros utérus enkysté.

A cette phase aiguë de grandes douleurs suivent la phase subaiguë, puis la métrite chronique s'établit.

Mais souvent la métrite puerpérale ne suit pas ce cycle à grands fracas et à périodes bien tranchées. Le col a été déchiré lors de l'accouchement, une suppuration se déclare à ce niveau, l'infection gagne le corps de l'utérus. Aucun symptôme alarmant ne donne l'éveil, pas de fièvre pour attirer l'attention, pas de douleur, le seul symptôme est un écoulement muco-purulent gluant, que l'on peut facilement confondre avec les lochies. La femme relève de ses couches, elle reprend ses occupations, elle ne s'inquiète pas de cet écoulement génital qui ne cesse pas, car elle ne souffre pas. Puis, après des semaines, des mois, dans certains cas des années, elle commence à souffrir des reins, de l'hypogastre, elle maigrit, sa digestion est mauvaise, elle se plaint d'une leucorrhée tenace et abondante.

Nous connaissons tous cette kyrielle de symptômes, avec amaigrissement, douleurs, leucorrhée.

Quand elle vient consulter, elle s'est fait soigner depuis longtemps, par des amies, elle a suivi les conseils de plusieurs charlatans. A l'examen, nous trouvons tous les symptômes de la métrite et de l'endométrite: gros col déchiré à gauche, ulcéré, presque toujours entr'ouvert, utérus doublé de volume, douloureux au toucher, les culs-de-sac dans la métrite restent souples et c'est une constatation importante.

Si on complète le toucher par l'examen au spéculum, l'on constate qu'il s'écoule par le col un liquide muco-purulent gluant, dans quelques cas l'écoulement est franchement purulent.

La malade admet qu'elle a eu de la température après un accouchement, généralement le dernier.

L'examen du pus ne permet pas de trouver le streptocoque. Car le microbe passe, crée la lésion et disparaît.

Il faut alors instituer le traitement et avertir la malade que ce dernier sera long et qu'elle ne guérira que si elle suit le traitement régulièrement, consciencieusement et pendant de longs mois.

## METRITE BLENNORRAGIQUE

De toutes les infections des organes génitaux-urinaires de la femme, la blennorragie est la plus dangereuse. L'infection gonococcique chez la femme est plus dangereuse que la syphilis, plus dangereux même que la septicémie, car, trop souvent, le résultat éloigné d'une infection blennorrhagique chez la femme est l'invalidité.

Le gonocoque est difficile à déceler dans le pus de la métrite blennorrhéique, car plus encore que le streptocoque, il passe, crée la lésion ou prépare le terrain, disparaît, mais laisse le terrain tout préparé pour que les autres microbes puissent évoluer.

La métrite blennorrhagique primitive existe, le plus souvent elle succède à une vaginite blennorrhagique et elle réapparaît après un coït infectieux. La gonococcie envahit la muqueuse, que rapidement il dépasse. L'infection se propage à tout le corps utérin et presque fatalement aux trompes et aux ovaires. La métrite blennorrhagique est souvent compliquée de cellulite, de pelvi-péritonite. En somme le gonocoque peut produire dans les organes génitaux de la femme tous les accidents infectieux de ces derniers en commençant par la bartholinite, la vaginite, la métrite, l'endo-métrite, la salpingite, la salpingo-ovarite, la pelvi-péritonite.

Quelques auteurs, ont nié la nature blennorrhagique de certaines vieilles métrites parce qu'il était impossible de retrouver le gonocoque dans les sécrétions. Il est maintenant prouvé hors de tout doute, et je l'ai dit plus haut, que quand la lésion est créée, le plus souvent le gonocoque est disparu. D'ailleurs il est impossible de classer les métrites par variété de microbe. Le plus souvent l'on trouve plusieurs microbes différents quand on examine, au microscope le pus des métrites anciennes.

Bien plus, on peut à l'examen microscopique ne pas trouver le gonocoque, il faut que celui-ci soit bien caché à nos investigations. Trouve-t-on toujours le bacille de Koch dans les urines, et pourtant personne ne nie la tuberculose des organes des voies urinaires?

## DIAGNOSTIC

Le début de la métrite gonococcique ou streptococcique est, soit insidieux ou plus fréquemment, elle débute avec des frissons, température élevée, pouls rapide, inappétence, vomissements, diarrhée, douleurs vives dans tout le ventre, surtout localisées aux reins et au bas-ventre, écoulement purulent dans la métrite gonococcique, ou mucopurulent dans la métrite streptococcique. Le vagin est chaud, rugueux.

Le col et le corps utérin sont gros, durs, douloureux au toucher, les culs-de-sac sont souples et indolores quand l'infection est cantonnée à l'utérus.

Si l'infection a dépassé l'utérus, les culs-de-sacs sont durs et douloureux, et s'il y a tendance à la suppuration, l'utérus semble enkysté dans une masse dure qui l'entoure complètement.

Dans les métrites chroniques, on trouve les mêmes symptômes, mais un peu amendés. Mais chaque fois que l'on constate qu'une femme, ayant les annexes normales, perd par le col utérin du pus ou du muco-pus, on peut penser qu'elle est atteinte de métrite.

Si à l'examen on trouve que les culs-de-sacs sont durs ou douloureux, on peut dire que la femme souffre en plus de paramétrite.

Si au palper bi-manuel on sent d'un côté ou des deux côtés de l'utérus une grosseur dure, mobile ou enkystée, l'on peut dire que la femme souffre en plus d'une salpingite unie ou bilatérale.

### Examen au spéculum

Dans les cas de métrite, le spéculum nous fait voir un col augmenté de volume, de forme plus ou moins altérée par les déchirures survenues au moment des accouchements, avec des ulcérations de la muqueuse et souvent éversion de cette dernière, de couleur rouge inflammatoire au lieu de la couleur rose physiologique, et un écoulement par l'orifice du col.

Dans la métrite blennorrhagique aiguë, cet écoulement est plus ou moins abondant, toujours purulent et verdâtre; dans la métrite puerpérale aiguë, muco-purulent-gluant.

Dans les vieilles métrites, souvent ou le plus souvent, laiteux-gluant.

### Traitement

D'abord, il faut insister sur la durée du traitement et bien expliquer l'importance qu'il y a de suivre scrupuleusement les soins hygiéniques et de propreté qu'exige cette maladie infectieuse.

Dans ce cas nous conseillons :

1°. Grand et abondant lavage de la vulve avec de l'eau bouillie chaude et un savon antiseptique, avant chaque douche vaginale.

2°. Dans les cas aigus l'on peut mettre la malade au repos pres-que complet et contre la douleur prescrire des suppositoires contenant 0.02 centigrammes d'extrait de Belladone.

On prescrit un laxatif doux pour combattre la constipation et ne pas augmenter la congestion du petit bassin.

3°. Puis l'on prescrit deux injections vaginales d'eau bouillie chaude, d'au moins 2 pintes. Quand on ordonne des injections vaginales très chaudes, il faut toujours et dans tous les cas, bien recommander à la malade de prendre ces injections complètement couchée, soit dans un lit, soit par terre, de mettre sous elle un bassin de lit et de ne pas élever l'injecteur à plus de 2 ou 3 pieds au maximum au-dessus du bassin. Il faut lui recommander aussi de faire durer l'injection au moins 15 minutes; de faire usage d'une canule molle, pour éviter la douleur qu'une canule dure peut produire, la canule peut blesser l'utérus, et provoquer de grandes douleurs. Il faut aussi ne jamais se servir d'antiseptiques irritants, surtout ne jamais prescrire de sublimé. On doit dans la métrite blennorrhagique prescrire le permanganate à 1/2000. En effet, l'injection agit surtout comme bain vaginal chaud, et les antiseptiques ont peu d'effet. Il n'est pas douteux, et l'expérience l'a prouvé, que l'eau très chaude dans la pratique gynécologique jouit de propriétés hémostatiques, sédatives, et dérivatrices. Reclus ajoute de qualités antiseptiques, anesthésiques, et analgésiques. Mais, pour demander à l'eau chaude tous les services que nous sommes autorisés à en attendre, il faut qu'elle soit employée d'une manière systématique: il est essentiel que l'irritation soit longue, la pression faible. Une forte pression risquerait de provoquer des phénomènes d'excitation et de réaction douloureuse. Une irrigation de courte durée augmente la congestion au lieu de la diminuer.

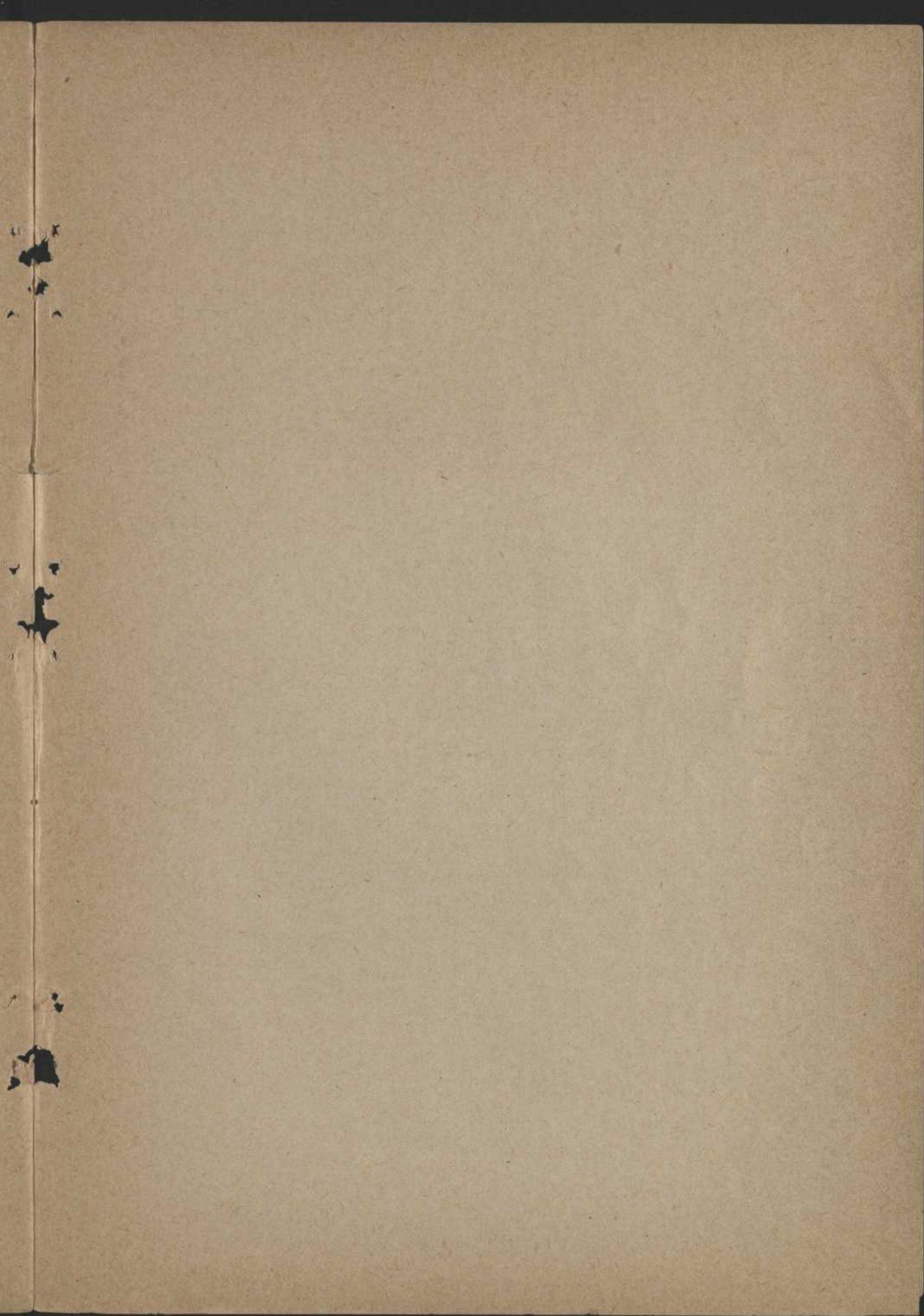
On prescrit aussi un grand lavement chaud quotidien, qui est utile pour combattre la congestion de l'utérus. Afin d'éviter que le lavement ne provoque des contractions intestinales, toujours douloureuses, l'eau chaude doit pénétrer lentement, sous faible pression. La malade doit s'efforcer de garder le lavement pendant 20 à 30 minutes. Si, pendant les premiers jours, elle ne peut y réussir, avec un peu de patience et de bonne volonté, rapidement, les malades parviennent à garder de une chopine à une pinte.

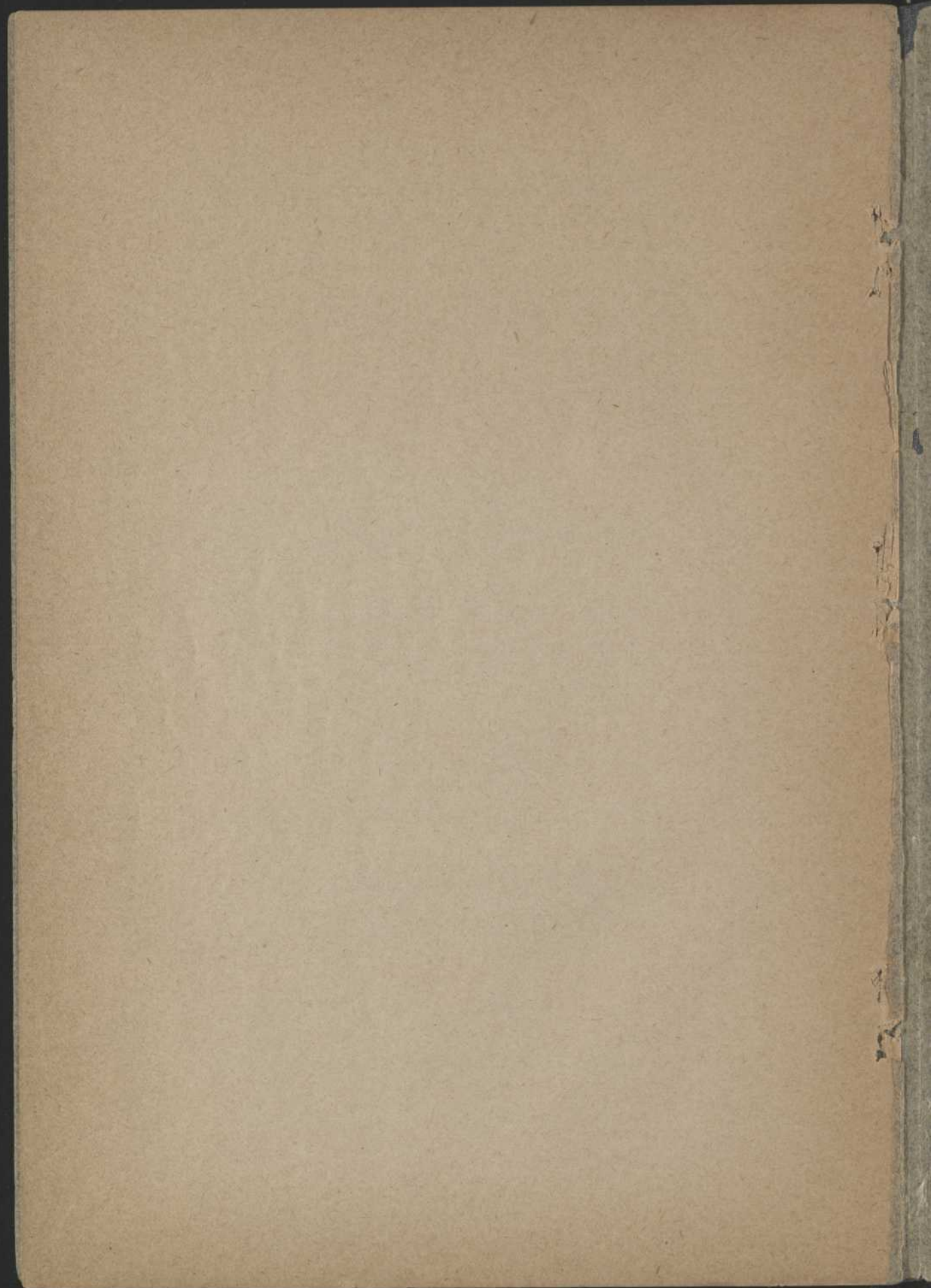
Il faut toujours recommander aux femmes de ne pas se fatiguer, de marcher le moins possible et de se reposer tout, soit dans la période aiguë. Il faut faire à la malade, pendant un temps indéterminé, mais toujours long, deux fois par semaine un tamponnement à la gaze antiseptique; j'entends par tamponnement, un gros tampon bien imbibé d'un glycérolé antiseptique qui remplisse entièrement la cavité vaginale. Il faut dire à la malade de retirer son tampon, le soir, avant de prendre sa douche vaginale, car certaines malades conservent précieusement leur tampon jusqu'au prochain pansement.

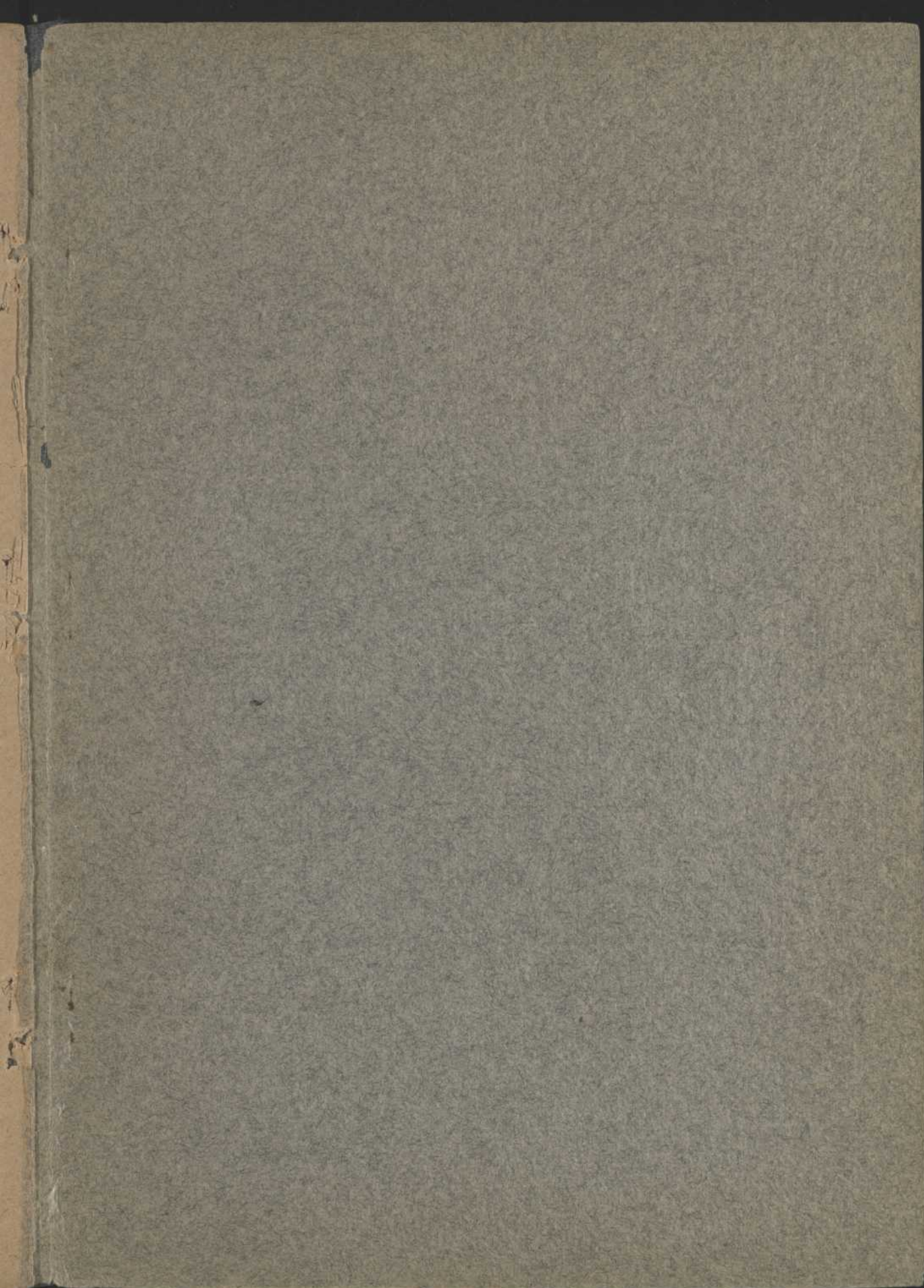
Dans les cas aigus de métrite puerpérale l'on peut faire, tous les deux jours, 4 injections de sérum antistreptococcique de Marmoreck. dans les cas de métrite gonococcique faire une injection quotidienne de 0.01 centimètre cube de vaccin anti-gonococcique.

Dans les cas chroniques des attouchements intra-utérin à la teinture d'iode forte, aide beaucoup à diminuer l'écoulement.

3103-101.1812  
3104.110-11112







BNQ



C 000 181 024