toujours si la masturbation ou la perversion sexuelle n'y sont pas pour quelque chose.

Je ne partage pas l'opinion de certains auteurs qui prétendent que dans tous les cas de vaginisme il existe une infection blennorrhagique. Pour qu'il y ait vaginisme, il n'est pas nécessaire qu'il y ait une altération morbide apparente des parties. Les phénomènes d'hyperesthésie se produisent d'une façon passagère dans tous les états pathologiques de l'appareil génital. Et si le vaginisme n'est que l'exagération des douleurs inhérentes à ces états, il accompagne naturellement la bartholinite, la vulvite, l'urétrite, sous forme d'une sensibilité poussée à un degré extrême. On expliquera de même comment cette affection se montre parfois chez des femmes qui ont déjà accouché, et comment elle peut apparaître d'une façon transitoire dans toutes les phases de la vie.

Comme éléments de ***diagnostic*** du vaginisme, nous avons les résultats de l'attouchement des organes génitaux externes avec le doigt, le bec de la sonde ou un petit pinceau d'ouate. Sous l'influence du contact le plancher pelvien se contracte violemment, le vagin se ferme et la vulve elle-même devient inaccessible, car les contractions s'étendent jusqu'à la région fessière et aux cuisses. Tout attouchement des parties sexuelles devient ainsi impossible. Ces contractions spasmodiques sont généralement de peu de durée; et il est extrêmement rare de les voir persister pendant quelque temps.

On ne rencontre que rarement des altérations anatomiques dans cette affection; s'il en existe, ce sont le plus souvent de petites excroissances verruqueuses superficielles, d'une sensibilité extraordinaire.

Il est des cas où les malades accusent comme siège de leurs souffrances les caroncules myrtiformes, sans que celles-ci présentent la moindre altération de structure.

Quelquefois l'exploration vient démontrer que le soi-disant vaginisme n'est qu'un symptôme de périmétrite, que par conséquent la douleur est due à l'attouchement non pas de l'orifice vulvaire, mais des culs-de-sac du vagin.

Le ***traitement*** doit, à mon avis, consister moins dans une dilatation forcée des muscles contracturés que dans l'emploi de moyens destinés à émousser la sensibilité des parties, et à les habituer à une dilatation graduelle. La première indication sera donc de veiller au repos de ces parties, d'en éloigner toute irritation quelle qu'elle soit et de calmer la sensation douleur. Pour ce, nous disposons des médicaments narcotiques, sous forme de suppositoires morphinés (0,01), belladonnés (0,01) ou autres, des badigeonnages de cocaïne, des bains de siège tièdes avec de l'eau de son, des injections tièdes avec de l'infusion de ciguë, de l'eau de laurier cerise, de la décoction de graine de lin et d'autres décoctions mucilagineuses. On défendra aux jeunes mariées toute tentative de coït; on surveillera les fonctions intestinales et on instituera un régime non-excitant; on exigera avant tout l'abstention des boissons alcooliques. Lorsque les lésions irritatives des parties, les fissures et les ulcérations consécutives seront guéries, que l'hyperesthésie sans excitation directe aura cédé, on pourra tenter la cohabitation en tenant compte évidemment des exigences anatomiques de la région. Mais il est préférable de recourir à ce moment à la dilatation progressive. Cette dilatation se fait, la femme prenant un bain de siège, au moyen d'une série de spéculums à bain de calibre croissant et que la jeune malade introduit elle-même après les avoir enduits d'un corps gras. Même les moins adroites apprennent très vite à se servir de ces instruments. On change de numéro au bout de quatre à cinq introductions. Lorsque les parties permettront la pénétration d'un spéculum de la grosseur environ du pénis, on pourra autoriser les rapprochements sexuels; le plus souvent même le coït devient possible bien auparavant.

Il est des auteurs auxquels ce mode de traitement si simple n'a pas suffi et qui ont été obligés de pratiquer le débridement de l'orifice vaginal et d'introduire des dilatateurs spéciaux. D'autres ont excisé l'hymen, les caroncules myrtiformes, des condylomes de l'orifice vaginal, etc., etc. Je n'ai pas eu besoin jusqu'à présent de recourir aux opérations sanglantes; dans quelques cas très rares, j'ai opéré pendant l'anesthésie une assez forte dilatation de l'orifice vaginal dans le but d'édifier le diagnostic. Dans la plupart de ces cas, évidemment, la déchirure

de l'anneau hyménéal consécutive à la dilatation favorisait l'introduction ultérieure des dilatateurs, c'est-à-dire des spéculums à bain.

Ce n'est que dans deux cas de date tout à fait récente que j'ai trouvé une membrane hymen d'une dureté cartilagineuse telle que je dus l'exciser. L'excision fut suivie rapidement de la possibilité de la cohabitation.

b) La blennorrhagie de la femme

Il est d'autant plus difficile de traiter de la blennorrhagie chez la femme dans un chapitre spécial, que d'une part nous trouvons des traces d'infection dans toute l'étendue du canal génital, et que d'autre part la marche de l'affection chez la femme ne présente, quant au point infecté lui-même, que peu de différence avec celle du processus blennorrhagique chez l'homme. Je consacrerai cependant à ce sujet une étude un peu étendue, afin de donner mon appréciation sur les questions (1) qui sont relatives à la gonorrhée chez la femme, questions aujourd'hui fort discutées, et afin d'attirer l'attention de mes confrères sur ces faits.

L'importance de l'infection blennorrhagique chez la femme est diversement jugée. Les uns la négligent dans une trop grande mesure, les autres font ressortir d'une façon toute spéciale l'influence de cette affection sur les fonctions sexuelles et tendent à exagérer cette influence. L'ouvrage de *Nöggerath* sur la gonorrhée latente a mis la question de la blennorrhagie chez la femme à l'ordre du jour. Cet auteur a trouvé sous la dépendance de la blennorrhagie une telle quantité d'affections gynécologiques et a tiré de cette corrélation de telles conséquences, que ses conclusions un peu brutales stupéfièrent forcément tout le monde. Ces conclusions furent d'abord vivement combattues. Mais les gynécologues se persuadent aujourd'hui de plus en plus qu'elles sont parfaitement justes, excepté dans leurs affirmations extrêmes, et que l'infection gonorrhéique chez la femme comporte un jugement plus sévère que celui qu'on a exprimé jusqu'ici. C'est surtout la question de la propagation de l'affection virulente aux organes

(1) Nöggerath, *Die latente Gonorrhoe*, Bonn, 1873.

génitaux internes qui est d'une importance extraordinaire. Quant à moi, mon opinion se rapproche beaucoup de celle de *Nöggerath*, quoique je ne sois pas en situation de juger sa manière de voir sur la contagion de la gonorrhée chez l'homme et sa latence durant des années.

Les syphiliographes décrivent d'une façon fort variable la pathogénie et la fréquence de la blennorrhagie chez la femme. Les phlegmasies virulentes vraies de la vulve et du vagin existent bien plus souvent sans urétrite qu'avec cette complication. D'après mes observations cependant, il n'est pas rare de voir au début le méat urinaire et les portions avoisinantes de la muqueuse urétrale participer au processus morbide. Mais en raison du petit nombre d'organes annexes de cette muqueuse, l'affection reste superficielle et guérit très rapidement, alors que la vulvo-vaginite persiste. Si cette manière de voir n'est pas erronée, la rareté relative de l'urétrite blennorrhagique, comparée au nombre élevé de vaginites virulentes, trouve tout naturellement son explication. C'est pour cette raison que nous n'observons, nous, que les formes graves de la blennorrhagie urétrale. Il est incontestable que cette dernière affection peut gagner en étendue et amener des ulcérations et des pertes de substances profondes. Elle peut de même se propager à la vessie et produire des symptômes de cystite identiques à ceux qui surviennent chez l'homme. Toutefois, dans la majorité des cas, la maladie ne dépasse pas, chez la femme, le canal de l'urètre.

Les ***symptômes de l'urétrite blennorrhagique***, quelle que soit leur intensité et si étendue que soit la maladie, durent rarement plus de quinze jours. Ils font place à un état d'irritation chronique, insignifiant au point de vue anatomique, qui tourmente cependant les femmes grâce à sa ténacité et qui, dans quelques cas, résiste pendant des années à tout traitement.

Quant à la ***blennorrhagie vulvo-vaginale***, elle est accompagnée de phénomènes phlegmasiques très intenses.

J'ai rencontré fréquemment des gonococci dans le pus sécrété. La plupart des cas observés n'ont rien présenté de particulier ni de caractéristique. Pour l'édification du ***diagnostic***, nous eûmes comme éléments de certitude et les aveux du mari, et la genèse

de l'affection à la suite du coït, sa propagation à l'urètre, à la vulve et à la profondeur du vagin.

L'inflammation des glandes de Bartholin est une complication fréquente de la blennorrhagie chez la femme. Tantôt la phlegmasie de la fosse naviculaire produit l'oblitération de l'orifice de ces organes et par conséquent une rétention de leurs sécrétions; tantôt la maladie se propage à la glande elle-même à travers le canal excréteur. — Un autre genre de complication consiste dans la ***prolifération du stratum papillaire des organes génitaux externes et du vagin.*** Ces hypertrophies papillaires peuvent envahir tout l'appareil génital sous forme de condylomes coniques. Elles siègent généralement par petits groupes ou par petits amas distincts les uns des autres dans la fosse naviculaire, et occupent les parties externes jusque vers les fesses. Ces sortes de papillomes peuvent former de grosses tumeurs; j'ai excisé chez une jeune fille de dix-neuf ans des masses condylomateuses de ce genre qui, d'une épaisseur d'environ quatre doigts, recouvraient les lèvres de la vulve jusqu'au delà de la dépression anale et avaient résisté à tous les autres modes de traitement. Ces végétations attirent l'œil au point de ne pouvoir échapper à l'attention de l'explorateur. Il est une autre forme d'hypertrophies papillaires plus fréquente où la face interne des petites lèvres, le vestibule et une partie du vagin sont tapissés de petites excroissances verruqueuses très peu saillantes. Celles-ci se rencontrent rarement sur les grandes lèvres. La surface des parties ne paraît que peu modifiée dans ces cas, et il faut un examen très attentif pour voir qu'il s'agit de papillomes. Les parties semblent avoir un revêtement de frai de grenouille; les papilles hypertrophiées constituent tantôt une espèce de semis, tantôt elles sont agminées et recouvrent toute l'étendue de la région. Cette forme d'hypertrophie papillaire ne survient pas exclusivement dans la blennorrhagie ; je l'ai cependant constatée surtout chez les femmes chez lesquelles l'infection spécifique était indéniable.

Quant à ***l'extension de la gonorrhée*** au delà du lieu d'infection, elle se révèle en partie par le gonflement des ganglions inguinaux, en partie par la propagation à des portions de la muqueuse avoisinante. Ainsi l'on voit apparaître des végétations

papillaires même dans le vagin, végétations qu'il ne faut pas confondre avec celles de la vaginite granuleuse décrites plus haut. Les papillomes peuvent envahir tout le conduit vaginal et même le col; mais ces faits sont très rares.

Lorsque la gonorrhée reste limitée à la vulve et aux parties externes, son importance n'est que secondaire. Lorsqu'elle a gagné le vagin, elle devient bien plus tenace. Le processus pathologique ne s'étend pas toujours aux organes génitaux internes ; les cas où l'extension a lieu ne forment que la minorité. Mais il est d'une importance extrême d'étudier ces faits, car ils constituent la forme la plus grave de la blennorrhagie chez la femme.

Presque toujours dans ces cas, la ***durée*** de l'affection vulvo-vaginale a été des plus courtes. Les symptômes cèdent sous l'influence d'un traitement très simple et les malades se croient en bonne voie de guérison, lorsque tout à coup surviennent une ***endométrite*** et une ***métrite aiguës*** avec fièvre et douleurs violentes.

La période phlegmasique aiguë est, là aussi, relativement courte, soit parce qu'il survient réellement une guérison rapide, soit que la scène vienne à être dominée par d'autres phénomènes pathologiques. Le ***développement d'une salpingite*** est une complication grave; cette affection naît subitement et s'accompagne de phénomènes menaçants, tels que frissons, souffrances vives, signes d'irritation péritonéale, troubles intestinaux et vésicaux (1). Les accidents s'exaspèrent encore par l'apparition inattendue d'une ***péritonite aiguë***. Les douleurs subissent de nouvelles exacerbations; il se produit du tympanisme, des vomituritions, de la fièvre. Jusqu'à présent j'ai toujours vu la péritonite rester partielle; elle se localise à l'orifice abdominal des trompes et donne lieu à des exsudats épais recouvrant les ovaires, les trompes et le voisinage. L'exsudation peut être uni ou bilatérale ; dans presque la moitié des cas elle se fait des deux côtés. J'ai vu dans un cas le processus exsudatif se produire du second côté cinq semaines après que le premier était devenu malade.

(1) V. Sänger, *Arch. f. Gynäk.* XXV et *Société des naturalistes de Magdebourg*, 1884.

Les phénomènes ultérieurs sont ceux de la péritonite et de la périmétrite chroniques. Il se produit une résorption partielle de l'exsudat et la pelvi-péritonite et la périmétrite chroniques sont créées avec leurs caractères spéciaux, leur influence nocive sur la situation et la mobilité des viscères pelviens, sur la nutrition générale du sujet, son aptitude aux mouvements et au travail et avec leur cortège de troubles menstruels. La cachexie ne se fait pas attendre longtemps chez ces sortes de malades. Alors même que les symptômes péritonéaux ont cédé à un traitement longtemps prolongé et subissent une espèce d'involution, les femmes atteintes de ces lésions seront toujours excessivement gênées dans l'accomplissement de leurs fonctions; les adhérences consécutives entravent, en effet, considérablement et d'une façon durable la mobilité de l'utérus, et deviennent la source de vives souffrances et d'obstacles à la défécation ou d'autres phénomènes analogues.

Un ***autre*** mode de propagation de l'infection blennorrhagique dans la profondeur est celui qui se fait par les ***voies lymphatiques.*** Il se produit, d'une façon très insidieuse, de la tuméfaction ganglionnaire dans les ligaments larges, de sorte que l'on rencontre sur les côtés de la matrice de véritables chapelets de ganglions du volume d'une perle de grosseur moyenne. Je traiterai des conséquences de cette ***adénite péri-utérine*** à propos de la paramétrite.

Ces diverses formes de l'affection blennorrhagique sont aussi graves que fréquentes. Il est un grand nombre de femmes, saines auparavant, qui à partir du jour du mariage marchent à grands pas vers le marasme ; le mariage, accompli dans des conditions en apparence favorables, demeure stérile et est troublé par les souffrances incessantes de l'épouse et son inaptitude sexuelle consécutive. Aussi la qualification du ***pronostic de la blennorrhagie chez la femme*** est-elle difficile. Ce dernier sera d'autant plus sévère que nous voyons les malheureuses femmes, à la suite d'une maladie aussi grave que la péritonite, être abattues par la moindre secousse et que nous sommes à même de constater combien leur force de résistance aux affections fortuites est diminuée.

Le ***traitement*** doit être très énergiquement institué. La thérapeutique des affections vulvo-vaginales de nature blennorrhagique se confond avec celle des maladies non virulentes de ces organes. C'est surtout aux malades de cette catégorie qu'il faudra recommander le repos complet et l'abstention de leurs occupations habituelles.

Dans l'urétrite, j'obtiens de bons résultats avec les injections de sulfo-phénate de zinc (solution à 5 %), pratiquées une fois par jour par le médecin lui-même. J'y associe les bains de siège, les irrigations vaginales phéniquées faibles et l'administration interne de quantités considérables d'eau alcaline. Dans les cas rebelles je me suis bien trouvé d'injections urétrales avec une solution faible d'iodure de potassium iodé, ou de bâtonnets composés d'un mélange de beurre de cacao avec de l'iodoforme (0,15) ou de l'oxyde de zinc (0,15). Ces bâtonnets ont à peu près la longueur du canal de l'urètre et sont introduits soit tous les jours, soit tous les deux jours. Si la sensibilité des parties est prononcée, on ajoute aux bâtonnets une petite quantité de morphine ou de cocaïne. J'ai obtenu ainsi une guérison le plus souvent rapide des affections urétrales ; j'ai dû rarement continuer le traitement pendant un temps relativement long. *Emmet* (1) a émis des préceptes héroïques pour le traitement des affections chroniques de l'urètre, préceptes pour la mise en pratique desquels je n'ai pas encore jusqu'aujourd'hui rencontré d'indications suffisantes.

Il n'existe pas à ma connaissance de moyen qui puisse s'opposer à la propagation, malgré le traitement, de la maladie aux régions profondes. Il n'y a pas à songer à une intervention chirurgicale, de peur d'augmenter encore l'état d'irritation. Il ne nous restera donc qu'à instituer un traitement symptomatique, et à exiger, avant toutes choses, un repos et des ménagements absolus. La péritonite et l'adénite péri-utérine au début devront être combattues à l'aide des antiphlogistiques ou des frictions résolutives.

(1) *Lehrbuch*, 3e éd. p. 740 et suivantes.

c) Polypes muqueux — Hypertrophie folliculaire du col.

Les follicules de la muqueuse du col, devenus malades sous l'influence du processus catarrhal, viennent souvent, dans le cours de leur dilatation, affleurer immédiatement la surface de la muqueuse ou même y faire saillie. Ces kystes glandulaires ou *œufs de Naboth* peuvent rester longtemps intacts; ils peuvent se rompre dans le canal cervical, y déverser leur contenu et se cicatriser, ou constituer d'assez grandes cavités sous-jacentes à la surface. C'est dans le voisinage surtout de l'orifice externe que ces dilatations folliculaires apparaissent sous la forme de nodosités très sensibles au toucher, remplies d'un liquide visqueux, clair ou puriforme, qu'on aperçoit par transparence à travers la surface externe de la portion vaginale. Les follicules se trouvent plus ou moins étranglés par la muqueuse qui les tapisse et qui semble pour ainsi dire leur former un pédicule. Ce pédicule est garni d'un ou de plusieurs kystes qui pendent, sous forme de polypes, dans l'intérieur du canal cervical; ils émergent par l'orifice externe et proéminent dans le vagin, soit isolément, soit en groupes, soit encore sous la forme d'une crête de coq. Ces sortes de végétations peuvent, sous l'influence de l'irritation du tissu cervical, gagner considérablement en étendue et constituer *l'hypertrophie folliculaire des lèvres du museau de tanche*, qui peut aller jusqu'à la hernie extra-vaginale (1). Le tissu de ces masses hypertrophiques est formé par de grandes cavités kystiques disséminées au sein d'une trame analogue à celle du revêtement muqueux dont elles tirent leur origine. La lésion des follicules rétrocède rarement; dans l'hypertrophie folliculaire des lèvres du col surtout, toute la masse prend l'aspect d'une végétation muqueuse avec dilatation variqueuse des vaisseaux et des glandes.

Ces sortes de polypes muqueux et de masses hypertrophiques faisant relief sur la surface de la muqueuse prennent aisément la forme que leur imposent les tissus avoisinants plus rigides.

(1) Stratz, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* XII. 1886.

Tantôt ils présentent des divisions et des pédicules multiples; tantôt ils sont soudés au voisinage par leur extrémité libre. Les follicules qu'ils renferment subissent toutes les transformations indiquées ci-dessus; ils crèvent, évacuent leur contenu et laissent subsister de vastes cavités; ils font saillie sous la muqueuse sous forme de tubercules qui se distinguent par la coloration variable de leur contenu aperçu par transparence. Ces polypes sont toujours très vasculaires. Quant au tissu connectif il est infiltré de cellules embryonnaires. A la base de ces tumeurs, la muqueuse est fortement irritée; l'épithélium cylindrique empiète sur la portion vaginale et la muqueuse du vagin. On se trouve ainsi en présence d'un tableau où domine la pullulation des érosions. Dans toute cette région il se produit des espaces folliculaires et une irritation créatrice de végétations polypeuses si nombreuses que les signes anatomo-pathologiques, combinés aux symptômes cliniques, donnent absolument l'impression d'une dégénérescence maligne des parties affectées.

Les *symptômes* des polypes muqueux consistent dans une augmentation de l'écoulement leucorrhéique qui est souvent mélangé de sang, dans l'apparition de ménorragies profuses et de vives douleurs. Ces phénomènes surviennent d'une façon assez subite, surtout chez les femmes d'un certain âge, et se développent peu à peu, concurremment avec les symptômes du catarrhe chronique. De cette façon la découverte du polype ou de l'hypertrophie folliculaire est pour ainsi dire fortuite. Dans d'autres cas l'attention est attirée par l'exagération des menstrues ou par l'acuité des souffrances. Ces dernières ont ce caractère particulier d'être en connexion avec les contractions utérines destinées à expulser le polype hyperémié sous l'influence de la menstruation ou d'un autre processus quelconque. Ces tranchées peuvent être continues ou revenir par accès se suivant rapidement. J'ai entendu des dames d'un certain âge, n'accusant ni hémorragie ni leucorrhée, se plaindre uniquement de vives douleurs lombaires.

Le *diagnostic* ne présente aucune difficulté si l'on pratique une exploration sérieuse. Lorsque les follicules hypertrophiés pendent au-dehors de l'orifice externe (fig. 122), le doigt les sent flotter au-devant du museau de tanche. Quant aux œufs de Naboth et aux

formes polypeuses qui ne sont encore qu'au début de leur développement, ils ne deviennent accessibles qu'en cas de béance de l'orifice utérin. Il arrive quelquefois qu'on constate nettement leur présence à travers les tissus, grâce au ramollissement de ces derniers, produit par le processus menstruel. Aussi a-t-on conseillé, dans les cas douteux, d'examiner la femme pendant l'époque des règles.

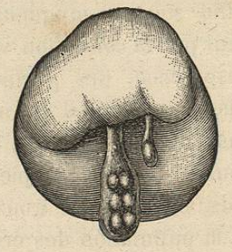

Fig. 122. — Polype folliculaire (d'après Schröder).

Le seul *traitement* de cette affection est l'ablation des polypes avec ou sans la portion de muqueuse avoisinante. Lorsque ces tumeurs sont tout à fait isolées, on les saisit le plus près possible de leur insertion avec une pince à pansement et on les arrache avec leur racine. C'est là un procédé qui amène une prompte guérison et qui peut être employé d'une façon extemporanée, dans le cabinet de consultation, sans que les malades, même les plus facilement excitables, s'en doutent le moins du monde. Les vaisseaux du pédicule se rétractent vite, et donnent à peine de sang. Le pédicule lui-même se ratatine rapidement. Cependant, pour plus de précaution, on pourra recouvrir le moignon du pédicule avec un petit plumasseau trempé dans du perchlorure et appliquer un tampon par-dessus. Lorsque le pédicule est dur et riche en tissu fibreux, s'il est gros et volumineux, il est préférable de passer des fils à travers la base et de pratiquer la ligature des deux moitiés du pédicule qui est alors sectionné un peu au-dessus de la ligature. Il est de règle de voir le moignon s'atrophier.

Lorsque les environs immédiats du polype, sa base ou la muqueuse avoisinante, sont fortement irrités, qu'il existe une tuméfaction folliculaire des lèvres du museau de tanche, on excisera tous les tissus malades. Il faudra, suivant le cas, faire la discision du col, extirper la surface d'origine et suturer la plaie.

Ces excroissances récidivent parfois : de nouveaux follicules viennent faire saillie sous la muqueuse et se transforment peu à peu en polypes. C'est là encore un fait qui commande l'excision radicale de la muqueuse malade.

C — Inflammations du parenchyme utérin

1 — Métrite aiguë

L'inflammation aiguë du parenchyme utérin est rare en dehors des suites de couches. Elle est le plus souvent le résultat d'une septicémie puerpérale et produit alors des phénomènes généraux tellement graves que la plupart des malades succombent. En dehors de l'état puerpéral, la métrite aiguë se rattache le plus fréquemment à la menstruation. L'hyperémie intense de l'utérus pendant cette période peut donner lieu aux modifications qui accompagnent toute phlegmasie aiguë; le froid, les traumatismes, les excès sexuels en sont, à cette époque, les causes déterminantes. Nous rencontrons un facteur étiologique des plus fréquents dans l'infection blennorrhagique et les affections virulentes des muqueuses qui suivent une marche suraiguë. On a encore observé la métrite aiguë à la suite de manœuvres gynécologiques intempestives ; j'en ai vu moi-même un cas dans lequel cependant j'accuse non pas l'intervention elle-même, mais l'infection qui en a été la conséquence.

Les *altérations anatomo-pathologiques* consistent en un engorgement considérable du système arérioso-veineux, une augmentation de volume et une infiltration embryonnaire du tissu intermusculaire. Les faisceaux musculaires eux-mêmes sont tuméfiés et il existe des extravasats sanguins plus ou moins abondants. Il est rare que la métrite aiguë ne soit pas accompagnée de l'inflammation de la muqueuse et du péritoine utérins.

Ces diverses altérations peuvent rétrocéder au point que la résolution est complète et que l'utérus revient à son état normal. Ou bien la métrite aiguë passe à l'état chronique. Cette relation cependant n'a pu être démontrée d'une façon précise que dans des cas tout à fait isolés.

La terminaison par abcès est exceptionnelle dans la métrite parenchymateuse aiguë. On en a cependant observé des cas incon-