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.

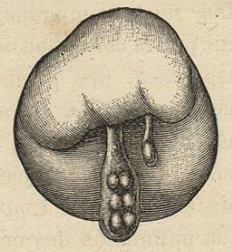

Fig. 122. — Polype folliculaire (d'après Schröder).

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-

testables qui ont permis de déterminer la marche du processus, évacuation du pus et involution de la poche (1). Quant à moi, je n'ai pas encore eu l'occasion de voir un fait de ce genre. En tout cas il ne faudra pas confondre avec ces abcès des myomes en cours de métamorphose régressive et de suppuration comme j'en ai vu et décrit plusieurs (2).

Symptômes. La métrite aiguë s'annonce par des frissons et une élévation de la température. Les malades accusent de violentes douleurs dans le ventre et la région sacrée et présentent des symptômes pénibles du côté de la vessie et de l'intestin. Lorsque la maladie a été causée par un refroidissement au moment des règles, la menstruation se supprime subitement, absolument comme dans l'endométrite aiguë qui complique, du reste, presque toujours la métrite parenchymateuse. L'écoulement sanguin reparaît quelques jours après en plus ou moins grande abondance. Ici également, la suppression du flux cataménial n'est qu'un symptôme saillant et précoce de la maladie.

D'autres fois l'invasion de la métrite aiguë coïncide avec une ménorragie profuse qui, en raison du dégorgement utérin qu'elle produit, ne doit pas être regardée comme une mauvaise chose.

Les autres symptômes sont plutôt en rapport avec les complications de la métrite qu'avec la métrite elle-même. Dans l'infection blennorrhagique les trompes et le péritoine s'enflamment en même temps que la matrice; quant à la métrite septicémique les symptômes utérins y sont dominés par les phénomènes infectieux généraux et attirent à peine l'attention.

Les éléments du ***diagnostic*** sont l'augmentation de volume de l'utérus qui atteint en général également le corps et le col, et sa sensibilité extrême : le moindre attouchement avec le doigt, la tentative d'exploration combinée la plus discrète occasionnent des souffrances extraordinaires.

Si, à l'aide de l'anesthésie par exemple, on réussit à pratiquer le toucher, on trouve l'épaisseur de l'utérus notablement accrue;

(1) Schrœder, *Handbuch*, 6e éd. p. 85.
(2) *Berliner Beitr. z. Geb. u. Gyn.* III, 1873, p. 33.

les régions avoisinantes sont très sensibles, alors même qu'il n'existe pas encore d'exsudat. En même temps la matrice est remarquablement ramollie, telle qu'elle est par exemple pendant la grossesse.

Au stade de début les sécrétions sont d'abord diminuées; mais, dès que l'hyperémie aiguë commence à se modérer, l'écoulement leucorrhéique devient abondant. Il est parfois mélangé à du sang, en dehors de toute ménorragie qui ne survient du reste que lorsque la métrite s'est développée au cours de la période menstruelle.

Le ***pronostic*** est toujours sérieux. Certes la période d'acuité peut être rapidement suivie de résolution et de guérison. Mais la possibilité de l'extension du processus phlegmasique, apparu d'abord sous la forme d'une métrite aiguë, imposera toujours une grande réserve, jusqu'au moment où la cause et la marche de l'affection seront formellement reconnues. Il en sera de même en raison encore de la disposition aux récidives et de la terminaison, possible quoique rare, par suppuration.

Le ***traitement*** sera naturellement, pendant le stade aigu, exclusivement antiphlogistique; le repos au lit et les applications de glace, les émissions sanguines abondantes (bas-ventre), les injections fraîches désinfectantes, au besoin l'emploi de la morphine et d'autres narcotiques, tels que le chloral, la cocaïne, l'extrait de belladone, résument les indications thérapeutiques.

Lorsque la période aiguë s'écoule sans qu'il y ait propagation de l'inflammation au voisinage, on pourra répéter les émissions sanguines à l'aide de scarifications sur le col lui-même. Puis on ordonnera les bains de siège, des injections calmantes, et avant tout un dérivatif énergique sur le canal intestinal. L'huile de ricin et d'autres purgatifs doux analogues ne sont pas toujours suffisants; aussi se verra-t-on obligé d'avoir recours aux drastiques.

Dans la métrite aiguë d'origine menstruelle, il n'est pas rare de voir les applications de glace mal supportées. On s'adressera de préférence, dans ce cas, aux compresses chaudes abdominales et aux injections vaginales avec de l'eau à 40° R. — On fera également usage au début de médicaments narcotiques.

Lorsque la terminaison tend à se faire par suppuration, la vio-

lence des premiers symptômes n'est que de courte durée. Lorsque la température s'élève et présente des exacerbations vespérales et des rémissions matinales, lorsque les douleurs sont vives et tensives, il faudra rechercher le siège de l'abcès et évacuer son contenu. Je n'ai pas eu sous les yeux de cas de ce genre; mais je me rends parfaitement compte qu'il peut être extrêmement difficile de trouver l'endroit où s'est amassé le pus.

Les phénomènes aigus des premiers jours une fois passés et la fièvre, qui manque rarement au début de la métrite aiguë, disparue, on s'adressera aux moyens thérapeutiques que j'étudierai plus en détail lorsque je parlerai de la métrite chronique.

Il nous est impossible de nous opposer au développement de la périmétrite aiguë. Lorsqu'elle se sera produite on instituera le traitement décrit à propos de cette affection.

2. — Métrite chronique

Nous désignons sous le nom de métrite chronique ***une hyperplasie du tissu connectif utérin accompagnée d'une augmentation de la sensibilité de l'organe*** (1). Assurément il y a dans la métrite autre chose encore qu'un processus inflammatoire chronique; mais je prétends cependant que nous avons le droit de considérer comme une phlegmasie chronique l'hyperplasie du tissu connectif, parce que dans le cours de ce travail pathologique les états de phlogose intercurrente manquent très rarement, et que l'hyperplasie elle-même marche le plus souvent de pair avec l'inflammation du revêtement muqueux et de la tunique séreuse de la matrice. Enfin un dernier fait qui vient à l'appui de cette thèse, c'est que les facteurs essentiels du traitement dirigé contre la métrite chronique sont les moyens antiphlogistiques.

La métrite chronique est liée très fréquemment à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches. Les troubles de l'involution puerpérale entraînent une stéatose et une résorption consécutive incomplète de la musculature utérine et s'opposent à la régression normale, non seulement des faisceaux conjonctifs nés

(1) Définition de Schröder, *Handbuch*, 6e éd., p. 8.

pendant la grossesse, mais encore de l'appareil vasculaire. Ces troubles qui se produisent très souvent après un accouchement naturel en raison du manque de soins, d'inflammation intercurrente de la muqueuse, d'irritations sexuelles précoces et immodérées, et dont l'apparition est encore favorisée par les désordres de la nutrition et de la digestion, sont particulièrement fréquents lorsque l'accouchement s'est fait d'une façon prématurée. Et cela non seulement parce que les femmes s'imaginent que l'accouchement prématuré n'exige pas les mêmes précautions que les couches normales, et qu'elles négligent les soins indispensables ; mais la métrite chronique accompagne encore les avortements, parce que l'interruption avant terme de la grossesse est suivie très souvent d'évacuation incomplète de la cavité utérine et de troubles fonctionnels durables de la muqueuse.

Enfin la métrite chronique se développe très fréquemment pendant l'époque des couches à la suite d'affections puerpérales, que celles-ci soient dues à une infection septique ou à un traumatisme obstétrical.

Schrœder (*loc. cit.*) fait ressortir que dans l'avortement l'absence de l'excitation due à la lactation favorise la subinvolution utérine.

En dehors de la puerpéralité, la métrite chronique est la conséquence surtout de ***troubles de la menstruation,*** tels qu'ils se produisent dans les cas de déviations de la matrice, d'un manque permanent de soins créé par une éducation inintelligente et des conditions sociales spéciales, et à la suite de refroidissements. Le processus morbide passe alors dans les parois de la matrice par l'intermédiaire des ***affections de la muqueuse.***

La métrite chronique est fréquemment la conséquence ***d'excitations sexuelles perverties ou exagérées,*** de pratiques d'onanisme ou de rapports avec des hommes impuissants. Nous devons enfin considérer comme ***causes occasionnelles*** de cette maladie ***tous les désordres de nutrition et de pléthore abdominale*** qui provoquent, par la permanence de leur action, la congestion anormale de la matrice et la production d'extravasats et d'exsudats peut-être innocents par eux-mêmes.

La ***fréquence*** de la métrite chronique a été fort discutée. Les uns prétendent que c'est une affection des plus répandues ; les autres

disent qu'elle est rare. Sur un chiffre de 650 nécropsies, *Winckel*(1) a constaté 4 °/₀ de cas de métrite chronique isolée. Mes propres documents viennent à l'appui de cette proportion, lorsqu'il s'agit de métrite chronique existant seule. Mais si l'on voulait compter les cas où elle est compliquée d'autres états pathologiques, les chiffres seraient certainement plus élevés.

Au point de vue ***anatomo-pathologique***, la métrite chronique est caractérisée par l'hyperplasie en masse du tissu conjonctif, qui entoure des fibres musculaires (2) ayant subi en partie la dégénérescence adipeuse ou en partie étranglées sous forme de faisceaux irréguliers. Quand aux vaisseaux, tantôt ils sont variqueux, tantôt ils sont gênés dans leurs fonctions et rétrécis par la compression qu'exerce sur eux le manchon de tissu conjonctif. A la coupe la surface de section est pâle; on y voit des masses de tissu rougeâtre, entremêlées de fibres connectives d'un blanc brillant et d'une grande dureté; de petites ecchymoses interstitielles n'y sont pas rares.

Ces sortes d'altérations peuvent s'étendre uniformément à tout l'utérus. D'autres fois la sclérose n'est que partielle; elle peut être limitée au corps ou au segment cervical. Si l'un est malade, l'autre peut conserver une apparence normale, tout en présentant cependant ordinairement une vascularisation plus prononcée et une infiltration très marquée.

La métrite chronique est accompagnée d'une façon constante d'***endométrite chronique*** et souvent de ***périmétrite***. Dans le premier cas surtout, nous voyons dominer les altérations des éléments glandulaires qui s'insinuent dans les couches du parenchyme sous-jacentes à la muqueuse, et créent de petites tumeurs qui ne sont autre chose que des glandes étranglées, des follicules et des kystes par rétention. Lorsque la phlegmasie de la muqueuse a amené le développement de ce qu'on appelle des érosions, on

(1) *Lehrbuch*, 1886, p. 224.

(2) Finn considère (*Centralbl. f. d. med. Wiss.* Sept. 1868, p. 564) la sclérose du tissu musculaire comme la cause de l'hypertrophie de l'utérus; de Sinéty au contraire (*Ann. de Gyn.* 1878, I, X, p. 129) la regarde comme essentiellement constituée par la dilatation des espaces lymphatiques normaux, l'hyperplasie du tissu connectif périvasculaire et l'affection de la muqueuse.

voit le substratum de celles-ci parsemé de diverticules glandulaires en quantité considérable. Ce travail d'invasion peut intéresser le parenchyme utérin sur une grande profondeur et lui donner un aspect pour ainsi dire alvéolaire, dont la distinction avec la dégénérescence maligne devient parfois fort difficile.

Marche. L'hyperplasie conjonctive peut durer plus ou moins longtemps avec ou sans modifications; ou bien des poussées inflammatoires nouvelles viennent donner un coup de fouet à la phlegmasie dont les manifestations s'exagèrent tantôt dans toute l'étendue, tantôt dans des portions isolées de l'organe. Il y a des cas où il se produit une espèce d'involution; les vaisseaux s'atrophient, le muscle disparaît, et il ne reste plus que les faisceaux conjonctifs épais et durs qui crient sous le couteau et donnent une coupe blanche et dépourvue de vaisseaux.

Que l'affection soit ***localisée*** au corps ou au col, il est rare qu'à la longue le segment sain ne participe pas au processus pathologique. Le corps considérablement hypertrophié peut faire suite à un col presque virginal. Ce dernier présente cependant des altérations analogues, quoique bien moins prononcées. Lorsque c'est le col qui est malade, le corps de l'utérus peut avoir une part tellement minime dans le travail morbide, qu'il semble être un appendice très petit du col énormément augmenté de volume. La forme d'hypertrophie cervicale, que j'ai désignée sous le nom d'élongation sus-vaginale du col, est caractérisée précisément par ce fait que le corps de l'utérus, de dimensions moindres que celles du segment cervical (dans la proportion de 1 à 2), pend au-devant du col considérablement allongé.

La ***métrite chronique du col***, lorsqu'elle est combinée à une solution de continuité de l'orifice externe, donne lieu à une difformité spéciale. La déchirure cervicale uni-latérale produit le retroussement des lèvres du museau de tanche; la déchirure bilatérale les écarte et leur donne l'apect d'un chapeau de champignon. Le peu qui reste du col a l'apparence d'une tige surmontée d'un corps utérin presque insignifiant (v. chapitre des déchirures cervicales).

Les ***symptômes*** de la métrite chronique au début échappent fréquemment à l'attention. Comme la métrite chronique ne suc-

cède que rarement à la forme aiguë, les altérations ne se développent que d'une façon graduelle et ne deviennent réellement caractéristiques que lorsqu'elles ont atteint un degré plus élevé.

Lorsque cette affection est le résultat de la subinvolution puerpérale, le premier symptôme est le manque de retour des forces après l'époque des couches. Au lieu de gagner en vigueur, les femmes éprouvent au contraire une sensation de profond épuisement; l'involution puerpérale ne s'accomplit pas en même temps que s'arrête l'émaciation générale si fréquente pendant les suites de couches, dans un espace de temps variant entre deux et trois mois; sa durée est au contraire plus longue, et il survient souvent une atrophie aiguë du pannicule adipeux et de la musculature. Le moindre effort est accompagné de douleurs dans les lombes et les parties génitales; il y a persistance et augmentation des sécrétions; la sensation d'occlusion de l'appareil sexuel disparaît et fait place à une sensation de béance des organes. La dysurie et une constipation opiniâtre sont la règle. La menstruation est abondante et apparaît à des intervalles assez courts; dans la période intercalaire elle-même les flueurs blanches peuvent être colorées par du sang. Ces phénomènes peuvent persister avec une intensité variable. Des causes en apparence insignifiantes viennent exaspérer les souffrances qui, après, redeviennent moins vives, demeurent alors telles pendant des semaines et quelquefois des mois, et font sentir à la femme que la guérison est encore loin.

Dans la métrite chronique d'origine puerpérale, les femmes se refusent longtemps à se croire malades et rapportent leur affection aux suites de couches. Ce n'est souvent qu'après une nouvelle grossesse, et en présence de la persistance des accidents, qu'elles se voient obligées de s'avouer à elles-mêmes ce dont leur entourage se doutait depuis longtemps. Eh bien! les symptômes se développent d'une ***façon plus insidieuse encore dans la forme non puerpérale de l'affection***. Combien n'y a-t-il pas de jeunes filles qui, atteintes de métrite chronique à la suite d'affections de la muqueuse et de troubles menstrueıs, supportent leurs maux souvent durant des années, avant qu'on n'en reconnaisse la source et qu'on n'institue un traitement? Les signes de la chlorose ne tardent guère alors à se manifester. Le goût du travail et la joie de

vivre s'évanouissent. Le sujet est en proie à une lassitude insurmontable et maigrit considérablement. En un temps plus ou moins long, la jeune fille, florissante de santé au moment de la puberté, est devenue une personne morose, maladive, amaigrie, ne trouvant plus de plaisir ni au travail ni aux distractions de la jeunesse. Ces malheureuses filles sont obligées de s'aliter pendant l'époque des règles ou bien elles traversent cette période en souffrant cruellement, incapables pour ainsi dire de faire la moindre des choses. Dans la majorité des cas les douleurs que les malades accusent ne se localisent pas au bas-ventre. Elles se plaignent tantôt de migraine, tantôt de troubles digestifs; et ce n'est que rarement qu'elles avouent qu'elles souffrent surtout et avant tout de douleurs dans le bas-ventre, de pesanteur dans le bassin, de douleurs lombaires, d'accidents spasmodiques avant et pendant le flux menstruel et d'écoulements leucorrhéiques, c'est-à-dire de symptômes qui ont une plus grande part d'influence sur leur état général que le manque d'appétit et la migraine.

A l'***exploration*** on trouve le volume de l'utérus considérablement augmenté, surtout dans le sens de l'épaisseur. Un organe ainsi épaissi peut être tantôt presque insensible, tantôt d'une sensibilité extrême, du moins pendant l'introduction de la sonde. La sensibilité est toujours exagérée pendant les poussées aiguës intercurrentes. Pendant ces poussées, la matrice se tuméfie, sa dureté diminue et fait place quelquefois à une consistance pâteuse rappelant celle de la grossesse. Ce n'est qu'à la fin du processus aigu que les parties reprennent leur dureté uniforme. Parfois la cicatrisation s'accompagne de la diminution de volume de l'utérus qui devient petit et d'une dureté cartilagineuse. A ce moment la sensibilité peut disparaître complètement ou s'amoindrir en raison directe de la fréquence des poussées aiguës.

Lorsque ***le corps est seul malade*** et le col intact ou à peine atteint, et que l'affection est à son acmé, on constate en même temps de l'endométrite. A la sensibilité des parois s'ajoute, au toucher, une sensibilité extrême de la muqueuse. En cas de complication de ***périmétrite***, la sensibilité de la tunique séreuse est bien plus prononcée, lorsque la phlegmasie atteint l'espace de Douglas dont le plancher, ainsi que la région des ligaments utéro-