

du col sont une lésion de métrite et doivent être décrits avec elle, anatomiquement et cliniquement. J'ai déjà indiqué plus haut leur nature histologique. L'aspect de ces polypes rappelle celui des polypes mous des fosses nasales; ils sont rosés ou violacés, du volume d'un pois ou d'une noisette, tantôt sessiles, tantôt appendus à un pédicule très mince. Il est facile, par le speculum et le toucher, d'en reconnaître la nature.

Hypertrophie folliculaire du col.

L'hypertrophie folliculaire du col se fait aux dépens du tissu glandulaire, dans l'épaisseur même d'une des lèvres, qui subit ainsi un allongement hypertrophique de consistance molle, d'aspect fendillé ou anfractueux et qui peut l'amener jusque près de la vulve et même la dépasser¹.

Les polypes produisent souvent des hémorrhagies intermittentes graves; l'allongement hypertrophique s'accompagne surtout de catarrhe.

La forme hémorrhagique peut causer des pertes sérieuses durant plusieurs semaines, presque sans répit. Certaines femmes arrivent ainsi à un degré extrême d'anémie. L'écoulement de sang se fait le plus souvent sans coliques; les malades se plaignent seulement de douleurs lombaires plus ou moins intenses, et présentent des points névralgiques variés.

Forme douloureuse chronique.

Forme douloureuse chronique (synonymes: *métrite chronique, engorgement, infarctus utérin*, etc.). — J'ai caractérisé cette forme du nom de *douloureuse*, car l'état douloureux de l'organe et l'impotence qu'il entraîne en est le symptôme capital.

Il est absolument faux de représenter la métrite chronique, comme la suite et le résidu d'une métrite aiguë. Il est beaucoup plus exact de dire que c'est le résultat d'une infection ayant évolué lentement, d'une façon sournoise et larvée, parfois ayant même sommeillé, avant d'avoir fait son apparition, assez longtemps après que la cause infectante a disparu. Il y a là, en un mot, des faits analogues à ceux que Verneuil a réunis sous le nom de *microbisme latent*². Ils en présentent la marche insidieuse, les répit trompeurs et les exacerbations inattendues; si bien qu'il y a plus d'un point de contact dans l'allure clinique d'un foyer d'ostéite ancienne et celle d'une métrite chronique. Dans l'intervalle des poussées aiguës qui sont toujours imminentes, l'un et l'autre constituent plutôt une infirmité qu'une maladie.

Il s'agit le plus souvent d'infection puerpérale localisée, à échéance parfois très tardive. Le retard dans l'involution normale, l'*engorge-*

¹ A. PILLIET (*Bull. de la Soc. anat.* 26 déc. 1890) a présenté une hypertrophie folliculaire du col qui dépassait la vulve.

² VERNEUIL. *Du parasitisme microbique latent* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 5 août 1886, 2^e série, t. XVI, p. 105).

ment, comme disent les vieux auteurs, caractérisé par le volume anormal de l'organe, la sensation de pesanteur, les douleurs de reins, rendant la marche et la station pénibles, et la dysménorrhée, en sont les premiers symptômes. Ils peuvent même passer inaperçus dans les premiers mois; la femme, qui ne s'est sentie malade qu'à la suite d'une fatigue quelconque, attribue à cette cause occasionnelle l'origine de son affection, en méconnaissant l'influence efficiente d'un accouchement ou d'une fausse couche déjà éloignés. Plus tard, les douleurs deviennent plus fortes et peuvent condamner les malades à un repos à peu près complet.

L'examen local donne des résultats assez différents, selon qu'on le pratique en dehors des poussées aiguës ou pendant celles-ci. Dans ce dernier cas, on observe les signes que j'ai relatés plus haut au sujet de la forme aiguë. En dehors des poussées, on trouve ordinairement le col un peu tuméfié, dur, comme sclérosé, souvent irrégulier par suite de déchirures anciennes, d'une consistance tout à fait ligneuse par places, et en d'autres points, comme criblé de petites nodosités semblables à des grains de plomb (kystes glandulaires). Le speculum permet de constater cette tuméfaction et une congestion variable; souvent il y a une apparence couperosée très caractéristique. S'il y a des déchirures du col, on peut observer l'ectropion de la muqueuse, mais sans que l'ulcération soit aussi fongueuse que dans la forme catarrhale; elle est plutôt lisse comme un ulcère de cicatrice. Au toucher, il est très fréquent de constater une déviation utérine concomitante. Le cathétérisme ne donne qu'une augmentation de profondeur peu marquée.

Il est une variété de métrite chronique douloureuse qui mérite une description spéciale; c'est celle qui a été désignée sous les noms de *dysménorrhée membraneuse*, *d'endométrite exfoliante*, de *decidua menstrualis*. Le phénomène capital est l'élimination douloureuse au moment des règles, de tout ou partie de la muqueuse utérine: celle-ci présente les altérations histologiques de l'inflammation aiguë (endométrite interstitielle) (fig. 95). Les femmes peuvent très peu souffrir dans l'intervalle des règles, quoiqu'elles présentent cependant des signes non douteux de métrite, en outre de la leucorrhée. Beaucoup d'auteurs ont cependant méconnu cette filiation et font de la dysménorrhée membraneuse une affection tout à fait distincte des métrites. D'autres ont bien vu cette relation: ainsi Schröder dit qu'alors « le catarrhe chronique se rencontre si souvent qu'en règle générale on pourrait bien le considérer comme la cause du mal¹. » Si l'on cherche l'origine de l'affection, on trouve presque toujours qu'elle remonte le plus souvent à un accouchement ou à un avorte-

Dysménorrhée membraneuse.

¹ SCHROEDER. *Malad. des org. gén.*, trad. franç., p. 561.

ment, plus rarement à l'établissement de la menstruation (on sait l'importance que ces phases de la vie génitale ont sur le développement des métrites). On pourrait donc dire que la dysménorrhée membraneuse est une véritable *métrite chronique avec poussées de métrite aiguë et desquamation inflammatoire de la muqueuse, au moment des règles*. C'est pourquoi elle rentre au point de vue clinique dans la catégorie de la forme chronique, et au point de vue anatomique dans le cadre de la forme aiguë.

Parfois ce ne sont que des lambeaux qui sont éliminés : parfois le sac membraneux est complet, on peut y reconnaître la forme de la cavité utérine, une face interne lisse, criblée de petits trous, et une face externe irrégulière et déchiquetée. On ne confondra pas cette membrane avec le produit d'un avortement : un examen un peu attentif (après une courte immersion dans l'acide picrique) permettra d'y reconnaître les villosités choriales¹. Par contre, la présence ou l'absence de cellules de la caduque n'est pas, comme on pourrait le croire, pathognomonique².

Cette manifestation spéciale de certaines métrites chroniques dure le plus souvent jusqu'à la ménopause, si un traitement énergique n'est pas institué; elle peut s'accompagner de ménorrhagies. Quoiqu'elle entraîne souvent la stérilité, on a pu voir la grossesse survenir et la maladie reprendre, après l'accouchement.

Marche. Pronostic.

Marche. Pronostic. — Toutes les formes de la métrite sont rebelles; dès que la muqueuse a été malade durant un certain temps, la tunique musculaire, le parenchyme, ne tarde pas à s'altérer à son tour : survienne ensuite la guérison de la muqueuse, les changements acquis de structure, la sclérose de l'utérus, la formation de petits kystes dans le col, etc., n'en demeureront pas moins définitifs. Or ces reliquats suffisent pour entretenir l'état morbide qui constitue la métrite chronique. Voilà pourquoi toute métrite qui n'est pas guérie rapidement menace de devenir incurable, tout en changeant de forme. Scanzoni prétend qu'il n'a jamais vu guérir la métrite chronique; mais il ne la distinguait pas suffisamment des salpingites.

La métrite prédispose-t-elle au cancer? Nous avons vu que nombre d'auteurs étrangers n'hésitent pas à admettre que le catarrhe du col entretenu par une déchirure est une condition favorable pour l'apparition de l'épithélioma. On a aussi soutenu qu'une inflammation de la muqueuse utérine de longue durée, quand elle revêt la forme glandulaire, peut facilement aboutir à l'adénome; or, que la végétation épithéliale dépasse la limite des culs-de-sac, que l'adénome

¹ DE SINÉTY. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1876, t. XXVIII, p. 140.
² RUGE. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1881, t. V, p. 517.

typique devienne atypique, et, par une transition progressive, un néoplasme malin, un véritable cancer du corps est constitué.

Diagnostic. — Les causes d'erreur peuvent provenir de l'exagération d'un symptôme, les signes concomitants étant atténués.

L'augmentation de volume de l'utérus, joint aux phénomènes dyspeptiques, pourrait faire croire à un commencement de **grossesse**, surtout si une aménorrhée temporaire vient accroître le doute. Il suffit d'attendre pour que celui-ci se dissipe bientôt : on devra, en pareil cas, être sobre d'explorations.

L'abondance de la leucorrhée, jointe à l'ulcération du col, fera naître l'idée de **cancer** du col : les caractères de l'un et de l'autre de ces phénomènes sont cependant alors différents : dans le cancer, l'écoulement n'est pas muco-purulent et visqueux; il est séreux, roussâtre et d'une fétidité fade très spéciale : l'ulcération est anfractueuse, parsemée de points jaunâtres, à bords durs, quand elle n'est pas encadrée par une végétation en chou-fleur; elle détruit les tissus qui la supportent, de manière à donner lieu à des pertes de substance qu'on ne trouve pas dans la pseudo-ulcération de la métrite. Le gonflement dur et irrégulier du col produit par le développement de kystes et la sclérose concomitante, donnent parfois, il est vrai, au toucher une sensation analogue à celle de certains **noyaux cancéreux**. Des ponctions dans le col, évacuant les kystes et décongestionnant les tissus, qui deviennent plus souples, trancheront parfois le diagnostic. Au besoin, on ferait l'excision d'une petite tranche de tissu suspect pour en faire l'examen histologique.

Des douleurs très vives et régulières, un écoulement très tenace de muco-pus fétide mêlé de sang, une forte augmentation de volume du corps utérin, enfin l'examen de parcelles enlevées par la curette, feront reconnaître le **cancer du corps**.

On ne confondra pas avec une métrite hémorrhagique la métrorrhagie provoquée par un **avortement** précoce; les antécédents, l'étude des caillots expulsés sont significatifs.

Les **polypes fibrineux**, qu'il vaudrait mieux appeler **placentaires**¹, ne sont que des débris de placenta ou de villosités choriales greffés dans l'utérus et y vivant d'une vie obscure pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois², après un accouchement ou un avortement. Ces commémoratifs seront un guide précieux, et l'examen de la petite tumeur, qu'il faut enlever avec la curette mousse dès qu'elle est reconnue, en montrera vite l'origine.

¹ Voir sur ces productions : ANNA KLASSON. *Étude sur les faux polypes de l'utérus* (*Ann. de gyn.*, févr. 1889, t. XXXI, p. 105).

² MAC LEAN. *Placenta retained for nine weeks, after miscarriage at 5 1/2 months* (*Amer. Journ. of Obstetr.*, janv. 1888, t. XXI, p. 60).

Diagnostic.

Grossesse.

Cancer.

Avortement.

Corps fibreux.

Les corps fibreux, les polypes fibreux intra-utérins donnent aussi lieu à l'apparition d'un syndrome analogue à celui de la métrite et à d'abondantes hémorrhagies. L'examen de l'utérus par l'exploration bi-manuelle, le cathétérisme, et, au besoin, la dilatation du col, fourniront des garanties suffisantes contre l'erreur.

Salpingite.

La salpingite, comme je l'ai dit, coexiste le plus souvent avec la métrite. Le diagnostic consiste donc à reconnaître quelle est de ces deux lésions celle qui prédomine et doit, par suite, caractériser la maladie. On recherchera soigneusement par la palpation bi-manuelle, aidée au besoin de l'anesthésie, à reconnaître l'état des annexes. Si elles ne sont pas augmentées de volume, mais seulement un peu douloureuses à la palpation, tandis que l'utérus présente les signes objectifs que j'ai décrits, on formulera le diagnostic de *métrite*.

Autres maladies des annexes.

J'ai déjà indiqué l'existence de *métrites symptomatiques* de maladies primitives et non inflammatoires des annexes. Il suffit qu'une lésion de la trompe, de l'ovaire, des ligaments larges soit accolée à l'utérus pour qu'elle retentisse sur lui¹. Il est difficile de déterminer par quelle voie la muqueuse utérine devient alors malade, mais on ne peut nier qu'elle ne s'altère en effet. On a vu une petite tumeur ovarienne être, en apparence, le principal point de départ d'hémorrhagies profuses liées à une endométrite hyperplasique, anatomiquement constatée. Brennecke² et Löhlein³, qui rapportent des observations de ce genre, croient que l'hypérémie réflexe provenant de l'irritation ovarienne suffit à amener l'hyperplasie de la muqueuse utérine. Il serait plus juste de dire que cet état de congestion permanente crée une véritable réceptivité morbide, grâce à laquelle les causes d'infection si nombreuses, — germes habitant le vagin et germes venus du dehors — peuvent exercer une funeste influence sur l'organisme affaibli et provoquer une inflammation utérine.

Quoi qu'il en soit, deux faits paraissent établis, que ne doit pas oublier le clinicien, au point de vue du diagnostic :

1° Il existe des liens étroits entre l'inflammation de l'utérus et celle des annexes (trompes et ovaires); par suite, cette dernière, doit toujours être recherchée, car, qu'elle soit alors protopathique ou deutéropathique, elle peut devenir ce qu'il y a de plus important, au point de vue de l'intervention opératoire.

2° Des altérations des ovaires, quelles qu'elles soient, même non inflammatoires, peuvent, dès leur début, simuler la métrite par leur retentissement indirect sur la muqueuse de cet organe; l'altération,

¹ CZEMPIN. Ueber die Beziehungen der Uterusschleimhaut zu den Erkrankungen der Adnexa (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1886, Bd. XIII, p. 559).

² BRENECKE. Zur Aetiologie der Endometritis fungosa (Arch. f. Gyn., 1882, Bd. XX, p. 455).

³ LÖHLEIN. Ueber einige Formen der Endometritis corporis (Berl. klin. Woch., 1886, n° 25).

d'abord simplement congestive, tend même à se transformer en lésion inflammatoire véritable.

La cystite peut être liée à une inflammation de l'utérus ou donner lieu par elle-même à des phénomènes douloureux qui la simulent. Il en est de même pour la rectite, avec ténésme, et même sécrétion glaireuse (leucorrhée anale) que l'on voit parfois apparaître en même temps qu'une métrite aiguë à laquelle elle est liée. Il faut se garder alors de ne voir que l'effet, sans remonter à la cause.

J'ai observé dans un cas une sphinctéralgie sans fissure qui a cédé à la guérison d'une métrite catarrhale. Il est plus exceptionnel, inversement, qu'une maladie du rectum provoque des phénomènes de pseudo-métrite. C'est cependant ce qu'on peut observer : j'ai publié¹ une observation de polype du rectum qui avait donné lieu à des troubles attribués, depuis longtemps, à une métrite. La malade avait subi un traitement très énergique dirigé contre cette prétendue lésion, sans éprouver aucun soulagement. Le toucher rectal me permit de découvrir la cause du mal et de guérir radicalement la malade par l'extirpation du polype : ce qui avait contribué à accréditer l'erreur, c'est que la malade attribuait faussement à une métrorrhagie l'écoulement sanguin qui se faisait par le rectum.

Les troubles de la santé générale, ou les accidents réflexes, sont souvent si marqués qu'ils effacent et font méconnaître la lésion locale. Une femme accuse une toux persistante, de l'essoufflement, un amaigrissement progressif, et se plaint peu de sa leucorrhée et de ses douleurs de ventre. On sera tenté de supposer une tuberculisation pulmonaire au début, jusqu'à ce que l'auscultation de la poitrine et surtout l'examen local aient dissipé l'erreur. D'autres fois, c'est du côté de l'estomac que les symptômes frappants prédominent : inappétence, vomissements, flatulence, gargouillement, joints aux signes fournis par la percussion et la succussion, font avec raison reconnaître une dilatation de l'estomac. Elle existe en effet, mais elle est symptomatique d'une métrite qu'il ne faut pas laisser au second plan quand elle doit être mise au premier. Enfin grand est le nombre de jeunes femmes qui se croient atteintes de chlorose ou de maladies de cœur, parce qu'elles souffrent d'anxiété précordiale, de palpitations, et que l'auscultation révèle des souffles cardiaques et vasculaires : qu'on examine aussi l'utérus, et on reconnaîtra bien vite chez elles une métrite, à moins qu'il ne s'agisse d'une lésion des annexes². Je pourrais en dire autant des névralgies diverses et même de certains états nerveux simulant l'hystérie.

Chez toute femme atteinte d'une maladie chronique, il n'est pas permis de négliger l'examen de l'utérus.

¹ S. Pozzi. *Annal. de Gyn.*, nov. 1884, t. XXII, p. 542.

² M. ROUSSEL. *Troubles cardiaques sympath. dans les affect. utérines*. Th. de Paris, 1890.

Cystite.

Rectite.

Sphinctéralgie.

Tuberculisation pulmonaire.

Dilatation de l'estomac.

Maladies de cœur.

Hystérie.