

flexible, qui ne heurte pas les parois de la matrice, qui ne met pas en jeu sa contractilité et qui suit mieux qu'une sonde rigide les sinuosités que peut présenter le col utérin. Dans les cas ordinaires, quand le col est largement ouvert, quand l'orifice interne est dilaté, comme cela a lieu ordinairement dans la métrite interne et lorsqu'il n'existe pas de courbure anormale de l'utérus, il n'y aurait pas d'inconvénients à employer une sonde rigide, dont l'introduction se ferait avec les mêmes précautions que l'hystéromètre.

Nous avons fait construire, suivant le modèle adopté par M. Gallard, une seringue graduée (fig. 93) munie d'une canule conique destinée à s'adapter sur une sonde flexible. Et nous avons ajouté à l'appareil une sonde rigide pouvant remplacer dans quelques cas la sonde flexible. Cette sonde présente une courbure analogue à celle de l'hystéromètre de Huguier; elle offre un diamètre de 2 millimètres dans toute sa longueur, excepté à son extrémité libre, qui est légèrement renflée. Le diamètre de cette sonde comparé à celui de l'orifice interne qui est de 4 millimètres, permet au liquide injecté de refluer facilement au pourtour de la sonde.

Nous admettrons donc, contrairement à l'opinion d'auteurs très recommandables, que les injections intra-utérines n'exposent pas aux dangers qu'on a bien voulu leur attribuer.

Nous devons maintenant nous demander à quel moment de la maladie elles doivent être employées, et quelles en sont les contre-indications?

On devra éviter d'y recourir pendant la période aiguë pour ne pas s'exposer à voir les symptômes inflammatoires s'exagérer et prendre un degré d'acuité qui pourrait constituer un danger sérieux par suite de la propagation de l'inflammation au péritoine. C'est au moment où la période aiguë a en partie disparu et dans les cas chroniques, qu'elles peuvent être employées sans crainte.

En outre, s'il existe quelques complications inflammatoires du côté des ligaments larges de l'ovaire ou du péritoine pelvien, il faudra être très réservé dans leur emploi.

En outre, s'il existe quelques complications inflammatoires du côté des ligaments larges de l'ovaire ou du péritoine pelvien, il faudra être très réservé dans leur emploi.

(*) A, corps de pompe, contenant 4 grammes de liquide. — B, tige graduée munie d'un curseur C, destinée à injecter la quantité de liquide déterminée à l'avance. — D, sonde creuse. — E, canule conique destinée à s'adapter sur des sondes flexibles de calibres différents.

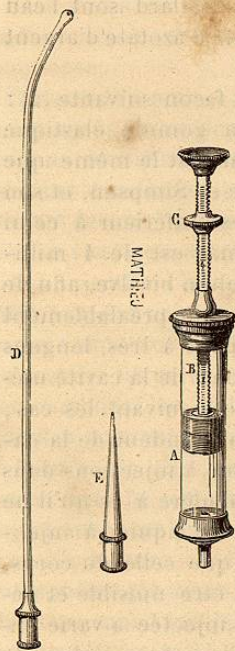


Fig. 93. — Seringue à injections intra-utérines (*).

L'injection devra être faite de préférence entre les époques menstruelles, à cause du calme relatif dans lequel se trouve l'utérus; néanmoins une hémorrhagie qui dure depuis plusieurs jours, de façon à entraîner un état chloro-anémique très préjudiciable à la malade, loin d'être une contre-indication, réclame l'emploi d'une injection de perchlorure de fer qui le plus souvent arrête la métrorrhagie et produit en même temps une cautérisation utile de la muqueuse.

Certains auteurs, redoutant les dangers des injections intra-utérines, portent simplement la solution caustique à l'aide d'un pinceau imbibé de cette solution. M. Nonat emploie alors un tube qui permet d'introduire le pinceau jusque dans la cavité utérine sans toucher le col de l'utérus. M. Woodbury, de Washington, porte sur la muqueuse utérine un pinceau de coton imbibé d'acide nitrique; pour éviter de toucher le col, il fait glisser le pinceau dans un tube de verre, recourbé comme le représente la figure 32, p. 37. Ce moyen préconisé également en Angleterre, et employé par nous, nous a donné des résultats satisfaisants.

On a encore employé les caustiques solides; on a ainsi introduit dans la cavité utérine un crayon de nitrate d'argent qu'on laisse à demeure. — Mais ce corps solide, qui sollicite des contractions très douloureuses de la matrice, a de plus l'inconvénient de ne toucher que la partie moyenne de la cavité.

Tout récemment M. le Dr Blanquinque (de Laon) a obtenu la guérison de fongosités utérines au moyen du cautère actuel (1). L'auteur que nous venons de citer pratique l'opération de la façon suivante:

La malade étant couchée sur le dos, on découvre le col au moyen d'un spéculum de bois, puis l'on introduit, par le museau de tanche, un cautère rougi à blanc n'ayant guère que 3 millimètres de diamètre. On le pousse doucement jusqu'au moment où l'on sent de la résistance, à 5 centimètres environ, et aussitôt, après l'avoir retiré, on dirige un jet d'eau froide sur le col.

Ce moyen énergique ne nous semble devoir être employé qu'avec les plus grandes précautions, et lorsqu'il s'agit de détruire des fongosités un peu volumineuses.

ARTICLE II

MÉTRITE PARENCHYMEUSE AIGUE

La métrite parenchymateuse est l'inflammation du parenchyme utérin.

La métrite parenchymateuse est *aiguë* ou *chronique*.

La forme aiguë est la seule que nous voyons se développer à l'état isolé, c'est-à-dire indépendamment de l'inflammation de la muqueuse; mais, pour peu qu'elle subsiste un certain temps, elle s'accompagne ordi-

(1) Blanquinque, *Bulletin méd. de l'Aisne*, 1878, p. 69.

nairement de lésions de la muqueuse et principalement de celle du col.

Dans l'exposé qui va suivre nous aurons seulement en vue la métrite parenchymateuse aiguë; nous nous réservons de décrire séparément la métrite parenchymateuse chronique dans le chapitre que nous consacrerons à la *métrite chronique*.

La métrite parenchymateuse aiguë, bien que rare, ne peut cependant être mise en doute. Nous ne diviserons pas cette phlegmasie en métrite du col et métrite du corps; cette division ne saurait être admise, la phlegmasie ne se limitant pas en effet à l'une ou à l'autre de ces parties. Il est vrai de dire cependant que l'augmentation de volume est plus marquée dans certains points de la matrice, surtout dans les parties déclives comme le col, mais ces différences sont dues à ce que la gêne de la circulation détermine en ces points des troubles de la nutrition plus marqués qui aboutissent à une augmentation de volume plus grande.

Nous avons vu précédemment que la muqueuse s'enflammait assez souvent isolément; au contraire, la métrite parenchymateuse sans inflammation de la muqueuse ou du péritoine circonvoisin est rare surtout à l'état aigu, et cela à cause de la connexion intime qui existe entre ce parenchyme, la membrane muqueuse et le péritoine.

Mais, bien que rare, elle n'en existe pas moins réellement, comme le prouve l'observation suivante que nous résumons (1) :

OBSERVATION. Madame X..., âgée de 29 ans, d'une constitution moyenne, présentant les attributs du tempérament bilioso-sanguin, est entrée à l'hôpital de la Pitié dans la salle Sainte-Marthe. Depuis huit jours elle ressent des douleurs à la région hypogastrique, avec irradiations à la partie interne des cuisses. — Il y a dix-huit jours les règles se sont montrées pendant six jours, après un retard de deux mois, et n'ont pas été plus abondantes que d'habitude. Le lendemain du jour où elles cessèrent de couler, la malade fut prise de lassitude, de douleurs hypogastriques avec frissons, fièvre et vomissements bilieux. Le ventre devint tendu et sensible à la pression; trois jours avant son entrée à l'hôpital, la douleur s'irradiait à la région lombaire et aux cuisses et produisait une certaine dysurie. La malade était en proie à l'agitation et à l'insomnie.

Le jour de son entrée elle avait une fièvre modérée, le pouls battait 76 pulsations; la peau était modérément chaude, la palpation hypogastrique était douloureuse, la main appliquée sur cette région y constatait une augmentation sensible de la température. Par la percussion on constatait une matité de deux travers de doigt au-dessus du pubis; il y avait un écoulement muqueux vaginal peu abondant.

Au toucher vaginal on trouvait le col de l'utérus bas, gros, chaud, douloureux à la pression; les tissus voisins étaient souples et indolents, sans empâtement. On ne sentait pas d'ulcérations, mais des inégalités à l'orifice du col, qui était assez largement entr'ouvert pour admettre l'extrémité du doigt. — Notons que la malade a eu trois enfants.

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 2^e édit. 1879.

Par le toucher rectal, on reconnaissait que les parois du vagin étaient souples, ainsi que les tissus péri-utérins, tandis que le corps de l'utérus était volumineux. Par la palpation abdominale unie au toucher vaginal, on saisissait le corps de l'utérus volumineux, entre les deux mains, et on le trouvait incliné en avant et à droite. Le toucher pratiqué la femme debout confirmait tous les signes précédents.

Le spéculum n'a pas été appliqué, il ne pouvait renseigner que sur la coloration du col, et cette exploration eût développé de la douleur sans fournir des renseignements utiles.

Une tisane rafraîchissante fut prescrite ainsi qu'un bain, des cataplasmes, des injections laudanisées, des bouillons et des potages, et comme, après quarante-huit heures, il n'y avait pas d'amélioration, il fut prescrit d'appliquer six sangsues sur le col.

§ I. — Anatomie pathologique.

Les lésions que l'on observe dans la métrite parenchymateuse aiguë sont la tuméfaction, la rougeur, la vascularisation du tissu utérin et quelquefois son ramollissement.

La suppuration du tissu utérin est un fait rare. Scanzoni cite bien un cas d'abcès développé dans les parois de l'utérus et ouvert à la région antérieure de l'abdomen. Bird (1) a rapporté un exemple d'abcès de la paroi postérieure ouvert dans le rectum; mais ces faits sont tout à fait exceptionnels.

Dans les cas où l'on a noté cette suppuration, M. Gallard pense que le pus était à l'intérieur des veines ou des lymphatiques et non pas réuni en abcès, formé aux dépens de la substance même de l'organe.

Nous trouvons du reste dans une excellente thèse du docteur Just-Lucas Championnière la confirmation de cette manière de voir (2). « Après l'examen d'un grand nombre de faits, dit-il, je conclurai volontiers avec M. Bernutz, que les descriptions d'abcès utérins peuvent être rapportées à des collections vasculaires purulentes, et j'ajouterai que ces collections se font dans les lymphatiques, ainsi que M. Duplay l'avait déjà remarqué. Sans repousser *à priori*, la possibilité d'abcès du muscle utérin, on peut dire qu'elle n'a pas été démontrée. »

Notons que les faits sur lesquels s'appuie cet auteur ont été observés sur des femmes mortes à la suite de l'accouchement, et que, s'il en est ainsi dans les cas où l'inflammation se produit avec le plus d'acuité, à plus forte raison il devra en être de même dans le cas de métrite parenchymateuse simple.

Il est rare, avons-nous dit, que l'inflammation reste isolée au parenchyme, aussi voit-on souvent survenir l'inflammation de la muqueuse du col, qui se couvre d'ulcérations. La muqueuse du col est en général

(1) Bird, *The Lancet*. 1843.

(2) Just-Lucas Championnière, *Lymphatiques utérins et lymphangite utérine*, thèse. 1870, p. 25.

la première atteinte à cause de son adhérence intime au tissu sous-jacent. Cependant il n'est pas rare de voir la muqueuse du corps participer aussi à l'inflammation. Ordinairement l'augmentation de volume et la rougeur portent sur la totalité de la matrice, et l'on n'observe point ces inflammations partielles admises par Lisfranc, Boivin et Dugès.

§ II. — Causes.

L'âge paraît être une cause prédisposante; cette maladie se développe en effet pendant toute la période d'activité sexuelle de la femme. On l'observe aussi fréquemment chez les jeunes filles au moment des premières menstruations, même en dehors de tout rapprochement sexuel. Lorsque la maladie se développe à cette époque, on la décrit sous le nom de *métrite virginale*.

Le tempérament paraît aussi avoir une certaine influence, elle se développe surtout chez les femmes robustes, à tempérament sanguin.

On a admis que les excitations des organes génitaux, la masturbation principalement, ont une certaine part dans le développement de la maladie; il en serait de même de la phthisie pulmonaire, chez les filles vierges.

Quant aux affections cardiaques, par suite de la gêne de la circulation qu'elles déterminent, elles peuvent être considérées comme capables de produire la maladie.

Citons encore, comme causes vraiment efficaces, le traumatisme de l'utérus à la suite des excès de coït ou des tentatives d'avortement.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes sont locaux ou généraux. Les symptômes généraux sont ordinairement bien marqués. Le plus souvent on observe un mouvement fébrile assez intense, la perte de l'appétit, une sensation de courbature, une soif assez vive.

Les symptômes locaux sont une douleur vers la région hypogastrique, une sensation de poids considérable vers la vessie et l'anus. La douleur s'irradie vers la région lombaire, vers le sacrum et vers la partie supérieure et interne des cuisses. Le ventre est un peu tuméfié. Il existe une élévation sensible de la température vers la région hypogastrique.

Le toucher produit de la douleur, dès que l'on presse sur le col ou sur le corps de l'organe. Cette douleur est très considérable si l'on vient à comprimer l'utérus entre le doigt vaginal et la main placée sur l'hypogastre. Le col est un peu entr'ouvert.

Quelquefois, il existe une sensation de prurit à la vulve. On a vu aussi survenir parfois une augmentation de volume et de la douleur du côté

des seins. On a observé aussi des nausées, mais rarement des vomissements.

La compression de la vessie ou du rectum par l'utérus devenu plus volumineux détermine des envies fréquentes d'uriner ou de la constipation. Dans certains cas, l'inflammation venant à se propager à la vessie ou au rectum, il se manifeste de la dysurie, de la diarrhée ou du ténésme.

M. Gallard admet qu'en général les règles se suppriment dans la métrite parenchymateuse. Cependant il est des cas où la métrorrhagie dépend bien réellement de cette inflammation, mais ces hémorrhagies sont, d'après cet auteur, bien plutôt un symptôme de la métrite interne ou muqueuse.

L'examen au spéculum révèle assez souvent des ulcérations de la muqueuse du col, résultant de la propagation de l'inflammation à cette membrane. Ces ulcérations peuvent cependant faire défaut, et l'on constate seulement alors une augmentation du volume du col et une coloration foncée de la muqueuse.

Les symptômes de la *métrite virginale* diffèrent par une acuité plus grande; les douleurs sont plus vives, la fièvre est plus intense et il survient de l'aménorrhée ou une dysménorrhée souvent très douloureuse.

Quant à la métrite *postpuerpérale* qu'il ne faut pas confondre avec la métrite puerpérale et qui survient quinze ou vingt jours après l'accouchement, chez des femmes qui se sont levées trop tôt ou se sont livrées au coït avant que l'involution de l'utérus ait eu le temps de se produire complètement, elle se développe avec une acuité très peu marquée, elle est pour ainsi dire chronique d'emblée, et son étude rentre plutôt dans celle de la métrite chronique.

§ IV. Marche. — Durée. — Terminaisons.

La métrite parenchymateuse aiguë peut se terminer par résolution, mais bien plus souvent elle passe à l'état chronique; cela tient presque toujours à la fonction menstruelle qui survient alors que l'inflammation n'a pas encore complètement disparu. Il se produit alors une congestion intense de l'organe, qui ravive l'inflammation. L'inflammation est ainsi entretenue par le retour périodique des règles et l'état chronique est bien vite constitué.

Quant à la terminaison par suppuration, nous avons vu qu'elle ne saurait guère être admise; il doit en être de même de la terminaison par gangrène.

§ V. — Diagnostic.

La métrite parenchymateuse aiguë doit être distinguée de la métrite muqueuse, de la péritonite, du phlegmon des ligaments larges, de la

vaginite, de l'inflammation vésicale et rectale. Elle se distingue de la métrite muqueuse, par l'absence des métrorrhagies ou par une diminution dans l'abondance de l'écoulement menstruel, mais surtout par l'absence d'écoulement mucoso-purulent provenant de la cavité utérine ; de plus le corps de l'utérus est en général plus volumineux et plus douloureux au toucher, les symptômes généraux sont plus accentués.

La péritonite se présente avec une fièvre vive, un pouls petit, serré, la face grippée, une douleur occupant tout l'abdomen et tellement vive que la palpation est presque impossible et que la malade ne peut supporter même le poids des couvertures ; il existe aussi des vomissements, du ballonnement du ventre.

Quant au phlegmon des ligaments larges, à l'ovarite, à l'inflammation de la trompe, du péritoine pelvien, la présence d'un empâtement ou d'une tumeur indépendante de l'utérus permet bien vite d'arriver au diagnostic.

La vaginite se distingue par la rougeur et la sensibilité de la muqueuse vaginale, par une leucorrhée plus abondante et par l'absence de douleur à la pression sur le corps de l'utérus qui n'est pas augmenté de volume.

Le ténésme vésical ou rectal pourrait faire croire à une inflammation de l'un ou de l'autre de ces organes, mais les symptômes qui surviennent dans l'inflammation de ces parties sont en général plus marqués ; il existe en outre des qualités spéciales de l'urine ou des matières expulsées par l'anus qui permettent d'arriver au diagnostic. Il est un cas où cependant la métrite pourrait être méconnue, c'est lorsqu'il y a propagation de l'inflammation à la vessie ou au rectum ; car alors les symptômes qui résultent de l'inflammation de ces organes, pourraient masquer ceux qui appartiennent à la métrite parenchymateuse. Il suffit d'être prévenu de ce fait pour faire la part qui revient à chacune de ces inflammations.

§ VI. — Traitement.

En premier lieu, la malade sera tenue au repos, elle devra garder le lit, on prescrira une diète légère, quelques tisanes rafraîchissantes.

On aura recours aux émissions sanguines, on appliquera des ventouses scarifiées vers la région hypogastrique, des sangsues vers le même point ou aux grandes lèvres, ou mieux encore sur le col utérin lui-même. Une seule application de 4 à 5 sangsues sur le col peut être suffisante, mais le plus souvent il faut y revenir à plusieurs reprises, alors même qu'il y a un peu de métrorrhagie.

On ordonnera ensuite des cataplasmes sur l'abdomen et l'on fera prendre de grands bains et des injections émollientes.

S'il y a une douleur vive, on administrera l'opium à l'intérieur ou un quart de lavement avec 8 ou 10 gouttes de laudanum, qui devra être gardé.

On se trouvera bien d'administrer un purgatif, dans le but de produire une certaine révulsion du côté du tube digestif ; les vésicatoires sur l'abdomen et les badigeonnages avec la teinture d'iode seront aussi employés, surtout quand la période aiguë est passée et qu'il ne reste plus qu'une certaine augmentation de volume de la matrice et un peu de douleur.

ARTICLE III

MÉTRITE CHRONIQUE

Ce qui constitue à proprement parler la métrite chronique, c'est l'inflammation chronique du parenchyme utérin ; les lésions de la muqueuse sont accessoires et presque insignifiantes, eu égard à celles du parenchyme ; car l'on rencontre très souvent, dit M. Gallard (1), « la métrite chronique sans ulcérations de la muqueuse, tandis que les ulcérations ne se rencontrent jamais sans qu'il y ait inflammation du parenchyme. Ce qui prouve d'ailleurs que ces ulcérations sont sans importance, quand elles existent, c'est qu'on voit souvent apparaître et disparaître ces ulcérations, sans que la maladie se soit sensiblement modifiée. »

Bien que l'importance de ces ulcérations soit loin d'être aussi grande que certains auteurs l'ont pensé, il n'en est pas moins vrai qu'elles sont d'une fréquence telle, surtout du côté du col, qu'on ne peut pas en séparer l'étude de celle du parenchyme.

C'est véritablement l'ensemble des symptômes fournis par l'inflammation simultanée de ces deux parties qui constitue à proprement parler la métrite chronique.

Tantôt l'une de ces inflammations domine, tantôt l'autre ; mais il est impossible au point de vue clinique d'admettre une métrite parenchymateuse chronique, et une métrite muqueuse chronique.

Nous avons, il est vrai, décrit précédemment la métrite muqueuse chronique, mais nous rappellerons ici que nous avons fait observer que cette forme était toujours plus ou moins compliquée de l'inflammation du parenchyme.

§ I. — Anatomie pathologique.

Dans l'étude de la métrite chronique, nous étudierons successivement les altérations du parenchyme et celles de la muqueuse.

A. *Lésions du parenchyme.* — On distingue dans la métrite chronique deux périodes auxquelles correspondent des lésions différentes et qui ont été bien étudiées par Scanzoni (2) ; mais nous ferons observer

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les mal. des femmes*, 2^e édition, 1879.

(2) Scanzoni, *De la métrite chronique*. Trad. française, 1866.