

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<sup>e</sup> édition, 1879.

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

qu'avant lui, Becquerel (1) avait parfaitement reconnu ces deux périodes de la métrite chronique qu'il avait décrites, sous les noms d'engorgement par exsudation séro-sanguinolente et d'engorgement par exsudation fibrineuse.

1<sup>re</sup> Période. — La première période, décrite sous le nom de *Période de ramollissement* ou *d'infiltration*, par Scanzoni, est caractérisée par la tuméfaction, la vascularisation, l'hypérémie du parenchyme. M. Gallard a décrit avec une netteté remarquable cette période, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les quelques lignes qu'il lui consacre.

« La première période est, dit-il, caractérisée par une hypérémie plus ou moins étendue et par une infiltration de sang et de sérosité. Le tissu utérin est mollassé, de sorte que le doigt s'y enfonce et y marque assez facilement son empreinte; il y a en même temps un épaissement, une augmentation du volume des parois utérines qui sont peu résistantes et se laissent couper à la façon d'un muscle à l'état frais, sans faire entendre ce bruit particulier qui ne manque jamais à l'état normal et qui rappelle celui de la section des parties fibreuses. De cette coupe s'écoulent du sang et de la sérosité sanguinolente que l'on fait sourdre par la pression. — Les veines et les artères, mais surtout les veines, ont subi une dilatation remarquable. C'est ce qu'il est facile de constater sur la surface de section, où l'on voit leurs orifices larges et

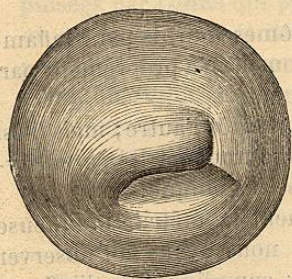


Fig. 94. — Aspect du col de l'utérus dans la métrite chronique. (BECQUEREL, Atlas, pl. III, fig. 4.)

béants. Le tissu utérin présente à la coupe une coloration d'un rouge livide, ses fibres musculaires sont grasseuses. On rencontre par l'examen microscopique les granulations amorphes décrites par M. Ch. Robin, mais il n'y a pas encore de tissu fibro-plastique (2). »

L'exsudation qui se produit entre les éléments anatomiques de l'utérus est la cause de l'augmentation de volume de l'organe et des diverses déformations que subit le corps ou le col de la matrice.

Cette augmentation de volume est toujours considérable, elle porte sur l'ensemble de l'utérus, mais il est des points où cette augmentation est cependant plus considérable. Les parties qui présentent l'augmentation la plus considérable sont le col et le fond de l'utérus, c'est l'augmentation de ce col que certains auteurs ont décrite sous le nom d'*hypertrophie* du col et qu'ils regardent comme une maladie spéciale de la matrice. Le col peut en effet se tu-

(1) Becquerel, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1859.

(2) Gallard, *Lec. cliniques sur les mal. des femmes*. 1879.

méfier d'une manière notable et prendre des formes variées. Ordinairement il devient plus volumineux, perd sa forme conique, devient cylindrique et même la partie libre peut être plus saillante que la partie adhérente, de façon à présenter l'apparence d'un battant de cloche. L'orifice du col s'entr'ouvre, les lèvres se renversent en dehors; cette déformation est désignée sous le nom d'*ectropion des lèvres du col*. Ces déformations ne s'observent que chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants. Chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, l'augmentation de volume du col détermine un changement dans la forme de l'orifice externe, qui de transversal devient circulaire.

En même temps, la cavité s'agrandit et prend une forme globuleuse, l'orifice interne du col devient plus large ainsi que la cavité du col.

2<sup>e</sup> période. — La deuxième période, qu'on peut appeler *période d'épaississement* ou *d'induration*, est caractérisée par la dureté et par l'anémie générale ou partielle du tissu utérin, qui remplace la mollesse et la vascularisation de la première période. Dans cette période, le tissu utérin présente une densité comparable à celle de certaines tumeurs fibreuses. Quand on le coupe, il crie sous le couteau. On rencontre assez souvent, à côté de parties indurées, des places encore hypérémiées, qui indiquent d'une façon évidente que cette seconde période est bien une transformation de la première. Ces parties indurées présentent une coloration pâle, jaunâtre, ou jaune rougeâtre. Les artères et veines au niveau de ces parties ont subi un rétrécissement notable de leur calibre. Au microscope, on observe des produits de nouvelle formation, tels que éléments fibro-plastiques et fibres de tissu conjonctif.

D'après Scanzoni, les fibres musculaires elles-mêmes prendraient part à l'augmentation de volume de l'utérus, mais cette augmentation des éléments musculaires ne peut être admise qu'avec une certaine réserve; elle est même révoquée en doute par M. Gallard, et d'ailleurs existerait-elle, qu'elle ne constituerait pas une hypertrophie véritable de l'utérus, car une partie importante du parenchyme, le tissu vasculaire, ne participe pas à ce développement.

Ainsi donc, deux périodes distinctes dans la métrite chronique, la première caractérisée par l'hypérémie, la vascularisation du tissu; la seconde par l'atrophie des vaisseaux sanguins.

Nous allons maintenant voir la relation qui existe entre ces deux états pathologiques que certains auteurs ont décrits comme deux maladies différentes et qui ne sont en réalité que deux phases d'un même processus morbide, l'inflammation.

Dans la première période il se produit une hypérémie considérable du tissu et une infiltration d'une matière amorphe assez consistante, parsemée de granulations moléculaires azotées et grasseuses et d'élé-

ments fibro-plastiques, d'où résulte l'augmentation de volume de l'organe et sa diminution de consistance.

Dans la seconde période les éléments fibro-plastiques s'organisent de plus en plus et constituent alors les fibres de tissu cellulaire, la matière amorphe interposée entre les éléments se résorbe, le tissu conjonctif nouvellement constitué étouffe, pour ainsi dire, les autres éléments du parenchyme utérin, ou bien, comme paraît l'admettre M. Gallard, remplace les éléments de ce tissu qui ont disparu préalablement par le fait de l'inflammation. Ce tissu conjonctif, en même temps qu'il se développe, comprime les vaisseaux sanguins qui diminuent ou disparaissent en partie. L'organe conserve un volume assez considérable, mais il est dur et fortement décoloré.

Le tissu conjonctif que nous venons de voir se produire en si grande abondance peut lui-même être résorbé ou se rétracter par la condensation de ses éléments, il en résulte une atrophie de l'organe, une véritable *sclérose* qui se rencontre quelquefois, surtout chez les femmes âgées.

M. Gallard fait remarquer à ce sujet que, « si l'on veut bien suivre la filiation des phénomènes anatomo-pathologiques qui se sont succédé pour conduire de la simple congestion à cet état atrophique, on verra que, sous ce point de vue, l'utérus ne diffère en rien des autres organes de l'économie et que les altérations qu'il subit sont tout à fait comparables à celles qui se passent dans le foie pour arriver à la cirrhose; dans le rein pour conduire à l'atrophie, qui est le dernier terme de la maladie de Bright; dans la substance nerveuse pour se terminer par la sclérose. C'est donc là une lésion unique, toujours la même, procédant de la même façon et suivant la même marche, quel que soit le tissu dans lequel elle se développe (1). »

**B. Lésions de la muqueuse.** — Après les altérations du parenchyme, nous devons placer celles de la muqueuse, qui, bien que pouvant manquer dans quelques cas, sont cependant si communes qu'elles font pour ainsi dire partie intégrante de la métrite chronique.

Les lésions que l'on observe du côté de la muqueuse se présentent avec des caractères un peu différents, suivant leur siège.

Ces lésions sont les suivantes :

1° *Du côté de la cavité utérine*, on observe les *fongosités*, les *polypes muqueux intra-utérins*, que nous avons déjà signalés, quand nous avons parlé de la métrite muqueuse et que nous nous contentons de rappeler ici, leur description ayant été faite précédemment. Ces lésions, bien que n'étant pas rares, sont loin cependant d'être aussi communes que celles que l'on observe du côté de la cavité du col et de la surface externe du museau de tanche ;

(1) Gallard, *Leçons clin. sur les mal. des femmes*. 2<sup>e</sup> édition, 1879.

2° *Du côté de la cavité du col.* — On rencontre : a. *Les œufs de Naboth* (fig. 95), qui sont de petits kystes du volume d'un pois ou d'une cerise

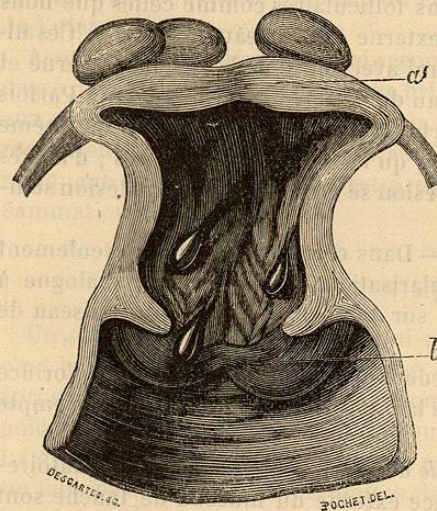


Fig. 95. — Follicules enflammés de la cavité du col utérin (\*).

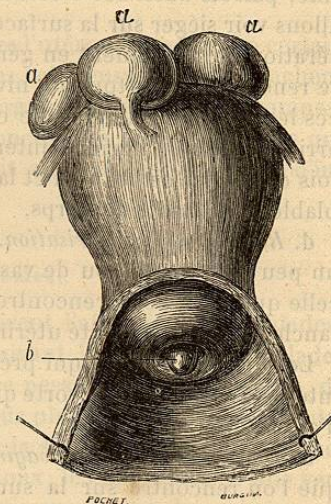


Fig. 96. — Polype glandulaire faisant saillie à l'orifice du col (\*\*).

et qui sont dus à la distension des glandes en grappe de la muqueuse. Sous l'influence de l'inflammation ces glandes se tuméfient, leur orifice s'oblitére et le mucus sécrété s'accumule dans l'intérieur de la glande : d'où leur augmentation de volume. Ces kystes ont été désignés par Huguier sous le nom de kystes *utéro-folliculaires*. Quelquefois ces kystes folliculaires se groupent ensemble de façon à former une petite tumeur creusée de cavités indépendantes les unes des autres, et que Virchow a désignée sous le nom de *molluscum cysticum*.

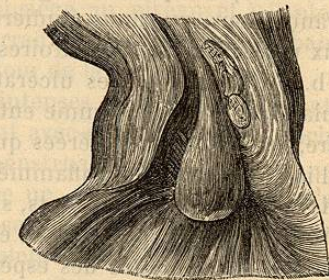


Fig. 97. — Polype glandulaire isolé du col utérin (SIMPSON).

**b. Polypes muqueux ou glandulaires.**

— Quelquefois les kystes utéro-folliculaires font une saillie plus grande et finissent par se pédiculiser; ils sont alors désignés sous le nom de *polypes muqueux* ou *glandulaires* (fig. 95 et 96).

\*) Sur cette figure l'utérus est ouvert et présente à l'intérieur du col trois petits corps rouges, pédiculés, qui d'après la description des auteurs renferment un kyste de matière albumineuse incolore. Ces petits kystes pédiculés ne sont autre chose pour M. Gallard que des glandes mucipares enflammées. Trois petits corps fibreux intra-péritonéaux se détachent de la partie supérieure. — a, paroi antérieure de l'utérus. — b, lèvres antérieures du museau de tanche sur la face interne duquel le polype a pris naissance. (BOVIN et DUCÈS, *Atlas*, pl. XVIII, fig. 2.)

\*\*) L'utérus offrant au moins le double de son volume présente à l'extérieur et sur son fond trois tumeurs fibreuses pédiculées a, a, a. — b, une autre petite tumeur pisiforme se présente à l'orifice du museau de tanche. (BOVIN et DUCÈS, *Atlas*, pl. XVIII, fig. 1.) Même utérus que fig. 89.

c. *Fongosités et ulcérations.* — Quelquefois on rencontre des fongosités analogues à celles que nous avons décrites du côté de la cavité utérine, parfois aussi des ulcérations folliculaires comme celles que nous allons voir siéger sur la surface externe du museau de tanche. Ces ulcérations se continuent en général avec celles de la surface externe et se rencontrent surtout au niveau de l'orifice externe du col. Parfois ces lésions remontent à une certaine hauteur dans le col, ou même arrivent jusqu'à l'orifice interne, qu'ils ne franchissent pas ; d'autres fois cet orifice est franchi et la lésion se continue avec une lésion semblable de la cavité du corps.

d. *Rougeur et vascularisation.* — Dans certains cas il existe seulement un peu de rougeur ou de vascularisation de cette cavité, analogue à celle que l'on peut rencontrer sur la surface externe du museau de tanche ou dans la cavité utérine.

Les diverses lésions qui précèdent peuvent ne pas dépasser l'orifice interne du col, de telle sorte que la muqueuse de la cavité soit exempte d'altération.

3° *Du côté de la surface vaginale du col.* — Les lésions inflammatoires que l'on rencontre sur la surface externe du museau de tanche sont de deux espèces :

a. *Granulations.* — Ces granulations, qui étaient autrefois regardées comme une maladie spéciale, ne sont en réalité que le résultat de l'inflammation des follicules mucipares, qui deviennent saillants sous forme de petits points rouges. Nous ne faisons que mentionner ici ces granulations, que nous étudierons plus loin, dans le chapitre consacré aux ulcérations inflammatoires du col.

b. *Ulcérations.* — Les ulcérations du col ont été, ainsi que les granulations, admises comme entité morbide ; tandis qu'elles ne doivent être, en réalité, considérées que comme le résultat de l'ulcération des follicules mucipares enflammés. Ces ulcérations présentent quelquefois des caractères différents, suivant certaines circonstances que nous ferons connaître quand nous étudierons cette lésion en particulier, et qui ont fait admettre des espèces différentes d'ulcérations. C'est ainsi que certains auteurs admettent des ulcérations papillaires, des ulcérations variqueuses, des ulcérations de la grossesse, des ulcérations herpétiques, scrofuleuses, scorbutiques.

Quant à nous, nous appuyant d'ailleurs sur l'autorité de M. Gallard, nous admettons que les espèces différentes d'ulcérations décrites par les auteurs ne sont que des modifications, des transformations de l'ulcération inflammatoire ordinaire, et que les diathèses ne donnent pas lieu du côté du col de l'utérus à des éruptions et à des ulcérations de nature différente. Il faut cependant reconnaître que ces diathèses facilitent considérablement le développement de la métrite chronique, et dès lors la production des ulcérations qui sont la conséquence de la métrite.

Après avoir fait l'étude des lésions que l'on rencontre, soit du côté du parenchyme, soit du côté de la muqueuse, nous devons mentionner celles qui se produisent du côté du péritoine ou des annexes de l'utérus.

Assez souvent le péritoine, qui recouvre l'utérus, présente un certain degré d'épaississement et quelques brides celluleuses qui le rattachent aux anses intestinales. Les ligaments larges, les ovaires, les trompes, présentent aussi quelquefois des adhérences, des brides fibreuses qui indiquent que de ce côté il s'est produit aussi un certain degré d'inflammation chronique.

## § II. — Symptômes.

Un des premiers symptômes qui attirent l'attention des malades, c'est la *douleur*. Elle varie beaucoup, suivant les sujets. Les malades éprouvent tantôt une simple sensation de pesanteur à l'hypogastre, de poids vers le périnée ; tantôt une douleur plus vive, des élancements. La douleur est en général exagérée par la station debout, la marche, un faux pas, les efforts musculaires, la toux, le coït. Elle s'irradie vers les régions inguinales, le sacrum, la partie supérieure des cuisses.

A l'époque des règles la douleur prend une intensité en général plus grande, les malades éprouvent des douleurs expulsives, qu'on appelle *coliques utérines*. On voit aussi parfois se manifester la douleur que l'on a désignée sous le nom de *coccygodinie* et que l'on a comparée au mal de dents. C'est une douleur qui siège au niveau et à l'entour du coccyx. D'autres fois, la douleur s'irradie vers la région lombaire. Duparcque attribue ces douleurs au séjour de la malade au lit.

Dans certains cas, les douleurs peu intenses et même nulles, entre les époques menstruelles, se manifestent avec intensité aux approches des règles ou pendant le cours de la menstruation.

On a vu aussi quelquefois se produire un *prurit vulvaire* qui n'est pas en rapport avec l'écoulement qui se fait par la vulve, puisqu'on l'a vu survenir dans des cas où cet écoulement faisait défaut.

La vessie est aussi souvent le siège de souffrances assez marquées. Il existe des *envies fréquentes d'uriner*, ou de la *dysurie* ; on rencontre dans d'autres cas la *rétenion* ou l'*incontinence d'urine*. Ces phénomènes peuvent être dus à une simple compression de la vessie par l'utérus augmenté de volume, ou à une extension de l'inflammation, ou simplement à une action réflexe.

On observe le plus souvent un désordre dans les fonctions menstruelles ; tantôt on observe des *métrorrhagies*, tantôt de l'*aménorrhée*. Ces différences s'expliquent aisément, si l'on veut bien se souvenir que la métrorrhagie est le propre de la métrite interne, tandis que l'aménorrhée se rencontre surtout dans la métrite parenchymateuse ;