

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 ;

M. Gallard explique la production de ces deux symptômes, tout à fait opposés, en faisant remarquer « que si la métrite parenchymateuse domine, on n'aura pas d'hémorrhagies, ou elles seront peu abondantes, tandis qu'au contraire, si c'est la métrite interne qui l'emporte, on verra se produire des métrorrhagies plus ou moins considérables et persistantes. »

On voit encore, dans certains cas, les malades rendre aux époques menstruelles des lambeaux détachés de la muqueuse utérine, ou des caillots fibrineux, qui constituent la *dysménorrhée membraneuse* que nous avons déjà décrite comme étant un symptôme de l'inflammation de la muqueuse utérine et non une entité morbide.

La palpation hypogastrique révèle en général une certaine *tension de l'abdomen* qui a été signalée par Aran, laquelle du reste n'est pas spéciale à la métrite, mais se rencontre dans la plupart des inflammations des organes génitaux internes. Elle permet aussi de constater une *légère augmentation de la température*.

Si l'abdomen n'est pas trop distendu et si les parois abdominales sont assez souples, on parvient assez souvent à sentir le corps de l'utérus qui dépasse un peu les pubis. Le toucher vaginal uni à la palpation abdominale permet assez souvent de bien juger de l'augmentation de volume de l'utérus. Le toucher vaginal permet de constater ordinairement un abaissement du col de l'utérus, dû sans doute à l'augmentation de poids de l'organe. Quelquefois cependant le doigt atteint difficilement ce col, qui est assez élevé et plongé dans l'excavation du sacrum, à cause de l'antéflexion qui se produit habituellement.

Le col présente aussi des déformations plus ou moins considérables. — Ordinairement il est *augmenté de volume*, et l'aplatissement antéro-postérieur qu'il présente physiologiquement a disparu, le col est devenu plus cylindrique, souvent aussi la conicité normale du col disparaît et le cône qui est à base supérieure a sa base inférieurement ; ce qui l'a fait comparer à un battant de cloche ou à une massue. D'habitude, le col est plus saillant qu'à l'état normal, cependant on l'a vu devenir plus court. Cette dernière disposition serait due, d'après M. Gallard, à ce que l'inflammation siègerait plus particulièrement vers le corps de l'organe, et à ce que des adhérences péritonéales le maintiendraient fixé à la partie supérieure de la cavité pelvienne.

On a vu encore une lèvre du col se développer considérablement tandis que l'autre restait à peu près normale : cette déformation a été désignée par Scanzoni sous le nom d'*allongement en forme de trompe*.

Ordinairement l'orifice du col est entr'ouvert, les lèvres sont écartées et présentent la disposition qu'on a désignée sous le nom d'*ectropion des lèvres du col*. Chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants ou chez

celles qui n'en ont pas eu un grand nombre, le col est moins entr'ouvert. On constate quelquefois à sa surface des bosselures, qu'un examen superficiel pourrait faire prendre pour une production cancéreuse, mais les bosselures de la métrite dues à des brides qui résultent des déchirures du col pendant l'accouchement sont plus molles, séparées par des brides cicatricielles qui convergent toutes vers l'orifice du col.

Le toucher révèle aussi quelquefois de petites rugosités lorsque les follicules et les papilles enflammées commencent à former les granulations. Plus tard, quand l'ulcération s'est produite, le doigt éprouve une sensation analogue à celle que l'on perçoit quand on passe le doigt sur un velours coupé ras.

Le toucher permet de reconnaître les saillies formées par les œufs de Naboth, ou les petits polypes muqueux. Enfin il permet de constater une certaine mollesse du col qui se laisse déprimer sous le doigt ; le corps lui-même est mou. L'utérus comprimé entre ce doigt vaginal et la main appliquée sur l'hypogastre se laisse courber plus facilement. La pression sur le col ou le corps de l'organe détermine aussi une douleur assez marquée. Si le doigt vaginal cherche à soulever l'utérus, il trouve que l'utérus est plus lourd, mais cependant mobile. Le doigt promené au pourtour de l'utérus pour explorer les organes voisins ne rencontre en général rien d'important.

L'examen au spéculum révèle les diverses altérations de forme que nous avons déjà constatées à l'aide du toucher. Il permet de mesurer l'augmentation de volume du col dans les diamètres antéro-postérieur et transversal. On constate que l'orifice externe du col prend une forme arrondie.

Quant à la coloration de la muqueuse, elle diffère suivant que l'on se trouve à la première ou à la seconde période de la maladie. Dans le premier cas on observe une coloration rouge, livide, violacée ou bleuâtre ; dans le second la muqueuse est pâle.

Enfin on rencontre les ulcérations dont nous avons parlé. Quelquefois entre les lèvres du col on voit saillir un petit polype muqueux dont le point d'implantation se fait dans le col.

L'examen au spéculum permet encore de reconnaître la nature des écoulements qui se font par le col utérin. Ces écoulements présentent des caractères différents, suivant qu'ils sont fournis par la cavité du col ou par la cavité du corps. Dans le premier cas l'écoulement est visqueux, transparent, ressemblant à du blanc d'œuf, il est alcalin et contient une forte proportion d'albumine qui devient opaque au contact des mucosités vaginales acides ; il renferme des cellules épithéliales et quelques leucocytes. Dans le second cas, il est plus liquide, moins visqueux, contient des globules de pus, et ordinairement des hématies et aussi quelques cellules épithéliales, ordinairement pavi-

menteuses, à cause de la substitution de ces cellules aux cellules d'épithélium cylindrique vibratile.

Pour l'examen du col on devra surtout employer le spéculum bivalve de Ricord, qui permet mieux que tout autre d'écarter les lèvres du col, et aux regards de pénétrer dans la cavité du col; on pourra aussi constater que souvent l'ulcération de la surface externe pénètre dans l'intérieur du col et, dans certains cas, que l'ulcération siège presque exclusivement dans le col. Si l'on a soin de refermer légèrement le spéculum, on voit alors que l'ulcération, qui est visible quand on dilate fortement les lèvres du col, cesse de l'être ou l'est à peine, dès que l'on ferme les valves du spéculum.

Assez souvent le col de l'utérus est difficile à atteindre, à cause de l'antéversion qu'a subie l'organe et qui a permis au col de se porter assez haut en arrière dans l'excavation du sacrum. Le spéculum met dans ce cas la lèvre antérieure à découvert, mais l'ouverture du col et la lèvre postérieure échappent à l'exploration. Il faut alors, pour explorer ces parties, mettre la malade dans une position telle, que la région lombaire soit plus élevée que le dos.

Le cathétérisme utérin révèle une augmentation du volume de l'organe; l'hystéromètre franchit plus facilement l'orifice interne du col et pénètre à 7 ou 8 centimètres; de plus l'instrument peut exécuter plus librement des mouvements dans la cavité qui est agrandie. Assez souvent l'hystéromètre est ramené teint de sang à cause de l'inflammation concomitante de la muqueuse. Le cathétérisme doit être fait avec une grande douceur, afin de ne pas s'exposer à perforer l'utérus ramolli.

La métrite chronique présente encore un certain nombre de symptômes généraux, qu'il importe au plus haut point de connaître, à cause des erreurs de diagnostic qu'ils pourraient entraîner, si l'on ne savait les rattacher à la maladie que nous décrivons actuellement.

Il est des cas où la métrite chronique n'a qu'une influence très peu marquée sur l'état général de la malade, mais le plus souvent elle entraîne à sa suite des désordres qui peuvent être rattachés pour la plupart à l'anémie. Pour certains auteurs, l'anémie serait la cause de la métrite chronique; pour eux l'anémie déterminerait des troubles vaso-moteurs, des congestions du côté de l'utérus qui favoriseraient le développement de la maladie. Sans vouloir nier la part de l'anémie dans le développement des troubles vaso-moteurs, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître que cette maladie est bien plus souvent la conséquence de la métrite que sa cause réelle. La métrite chronique détermine en effet, du côté des voies digestives, des troubles notables, de l'anorexie, quelquefois des vomissements, de la dyspepsie, de la gastralgie, de la diarrhée. Sous l'influence de ces divers troubles la malade cesse de manger, sa nutrition languit et de là résulte l'état anémique que nous venons de signaler.

La plupart des symptômes généraux que nous allons passer en revue se rattachent pour la plupart à l'état chloro-anémique qui se développe chez les malades.

Il se produit, du côté de la face, une altération particulière, désignée sous le nom de *facies utérin*. La face est pâle, terreuse, la peau est flétrie, les yeux brillants, les paupières brunâtres. L'expression de la face indique le découragement, la tristesse. Quelquefois on rencontre sur le front, les joues ou le menton, des taches brunâtres connues sous le nom de *lentigo* et *chloasma uterinum*, et semblables à celles qui constituent le *masque* de la grossesse.

À côté de cette éruption qui se produit du côté de la face, nous devons mentionner celles qui surviennent vers les autres parties du corps. On voit parfois se manifester une sorte d'érythème, de *roséole* qui se présente sous forme de taches de couleur plus ou moins rouge, siégeant de préférence sur les côtés du cou, sur la poitrine et la figure. Ces taches augmentent à la suite des émotions et disparaissent quelquefois rapidement. Chez certaines femmes elles n'apparaissent qu'aux époques menstruelles.

On voit aussi survenir des éruptions d'*urticaire*, d'*acné*, d'*eczéma*. Ces diverses éruptions, qui ont été très bien étudiées par Hebra (1), ne paraissent pas propres à la métrite chronique; on voit en effet survenir des éruptions analogues dans la convalescence des maladies graves; M. le professeur Hardy (2) a vu ainsi se produire la variété d'érythème qu'il désigne sous le nom d'*érythème mamelonné*.

Sous l'influence de l'état anémique, on voit encore survenir des *troubles hystériques* plus ou moins accentués. Quelquefois les malades présentent des attaques hystériques complètes; d'autres fois, il existe seulement la sensation de boule hystérique siégeant au creux épigastrique et remontant jusqu'au cou et déterminant une sensation de suffocation; d'autres fois, les malades sont prises de toux convulsive, d'hypéresthésie, d'anesthésie de certaines parties du corps ou bien encore de névralgies.

Après cet exposé des symptômes propres à la métrite chronique, nous devons signaler ceux qui sont fournis par les complications. Nous ne rappellerons pas ici les symptômes propres au phlegmon péri-utérin, à l'ovarite, à l'inflammation de la trompe, ou d'une portion du péritoine pelvien; nous ferons seulement remarquer que les symptômes de ces diverses maladies, tantôt précèdent le développement de la métrite chronique, tantôt le suivent, selon que l'inflammation a pris naissance du côté de ces organes pour envahir ensuite l'utérus, ou bien, qu'elle s'est propagée à ces organes après avoir débuté par la matrice; on rencontre encore les symptômes qui résultent des diver-

(1) Hebra, *Wochenbl. der Zeitschrift der Gesells. der Aerzte. Wien*, 1855, n° 40.

(2) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*. 1860-64, 2^e partie, p. 35.

ses déviations utérines qui tantôt paraissent être la conséquence, tantôt au contraire la cause de la métrite.

Quant au cancer, aux tumeurs fibreuses qui peuvent se rencontrer en même temps que la métrite chronique; on doit les considérer comme étant cause de la métrite et non comme une complication de la maladie.

Les lithiases rénale, et même biliaire, signalées comme des complications fréquentes par Aran et que M. Willemin (1) regarde comme la conséquence du repos auquel les femmes sont soumises, ne se rencontrent plus guère aujourd'hui, où l'on n'oblige pas les malades à séjourner au lit pendant plusieurs mois consécutifs.

§ III. — Étiologie.

Causes prédisposantes. — L'âge paraît avoir une certaine influence sur le développement de la maladie; c'est en effet entre 20 et 40 ans qu'elle est le plus fréquente, à cause des congestions périodiques qui se produisent alors du côté de la matrice.

Le tempérament n'a pas d'action bien marquée; la maladie se développant aussi bien chez les femmes robustes que chez celles qui sont chloro-anémiques.

On a encore accusé la saison, certains climats, de prédisposer à la maladie.

Quant à l'usage du café au lait, Lisfranc lui attribuait une action directe sur l'utérus; pour d'autres et pour M. Gallard, il paraît agir bien plutôt comme aliment non suffisamment réparateur, entraînant à sa suite un certain degré d'anémie. Cependant il est certaines personnes qui peu d'instants après l'ingestion du café au lait sont prises d'une leucorrhée abondante et subite, de la même manière que d'autres sont prises de diarrhée. Nous admettrons que cette action tient à une idiosyncrasie, bien plus qu'à une action propre du café au lait sur l'utérus.

Causes déterminantes. — En tête des causes déterminantes, il faut citer le fait de l'accouchement qui, dans le plus grand nombre des cas, est le point de départ de la métrite chronique. C'est ordinairement quinze ou vingt jours après la délivrance que débute la maladie. Elle résulte le plus souvent alors, ou de déchirures du col au moment de l'accouchement ou d'excès de coït qui déterminent vers l'utérus une congestion, laquelle entrave l'évolution rétrograde de l'organe.

Cette métrite, que nous avons désignée sous le nom de post-puérale pour rappeler son origine et dont nous avons parlé quand nous avons étudié la métrite parenchymateuse aiguë, est une forme intermédiaire entre celle-ci et la forme chronique d'emblée.

(1) Willemin, *De l'emploi des eaux de Vichy dans les affect. chroniques de l'utérus.* 1857.

Après cette cause, qui est la plus fréquente, nous citerons le coït trop souvent répété, les excitations anormales des organes génitaux, l'introduction de corps étrangers dans la cavité utérine, tels que tiges de laminaria, éponges préparées, les avortements ou les tentatives d'avortement, le séjour de pessaires dans le vagin, le cathétérisme utérin pratiqué maladroitement.

La suppression brusque de l'écoulement menstruel peut aussi avoir une influence notable, par suite d'une exagération de la congestion utérine qui accompagne la menstruation.

Quant aux maladies du cœur, elles peuvent, à cause de la gêne de la circulation qui détermine une congestion de l'organe, prendre une certaine part dans le développement de la métrite chronique.

Citons encore les autres maladies de l'utérus ou du voisinage, telles que phlegmon péri-utérin, déviations, cancer, tumeurs fibreuses.

Il est maintenant un point intéressant à connaître, non seulement au point de vue de l'étiologie, mais surtout du traitement, c'est de savoir la relation qui existe entre le développement de la métrite chronique et celui des déviations utérines. L'antéversion, si fréquente dans le cours de la métrite chronique, paraît dépendre uniquement de l'augmentation de poids de l'organe; car l'on voit assez souvent après la disparition de la métrite l'utérus reprendre sa situation à peu près normale. Quant à la rétroversion et aux flexions, elles paraissent être la cause de la métrite, bien plutôt qu'un résultat de cette affection; aussi le traitement de l'antéversion doit être nul, tandis que, dans certains cas de rétroversion et de flexions, il faudra tenter le redressement de l'organe si l'on veut faire disparaître l'inflammation chronique. Mais à cet égard, comme le fait remarquer M. Gallard, il est impossible de tracer une règle uniforme et invariable, et il faut admettre que si, dans certaines circonstances, et d'une façon générale, la métrite est la maladie la plus importante, il en est d'autres où c'est la déviation qui domine (1).

Quant aux diathèses dartreuse, scrofuleuse, scorbutique, il est bien certain qu'elles ont une certaine influence sur le développement de la métrite chronique; mais ce qui ne saurait être admis, c'est qu'elles puissent déterminer des lésions spécifiques de l'organe; « aussi, quoique j'aie démontré, dit M. Gallard, qu'il n'y a pas lieu d'assimiler les lésions de la muqueuse utérine aux lésions cutanées; quoiqu'il n'existe ni acné, ni herpès, ni eczéma, ni surtout impétigo du col de l'utérus, il n'en est pas moins parfaitement établi pour moi que l'ulcération du col accompagne fort souvent ces diverses affections, surtout l'eczéma et l'impétigo, à ce point que l'on peut être parfaitement autorisé à penser que la maladie utérine, c'est-à-dire la métrite chronique qui a

(1) Gallard, *Lég. cliniques sur les mal. des femmes.* 1879.