

Le col est difficile à apercevoir et ne peut être saisi qu'en variant la position de la femme sur l'un ou sur l'autre côté.

Il n'y a pas de traitement direct à opposer à la latéro-version qui complique l'antéversion ou la rétroversion ou qui est symptomatique d'une tumeur ou d'une inflammation repoussant ou immobilisant l'utérus vers l'un des côtés du bassin.

5° LATÉRO-FLEXIONS.

Les *latéro-flexions* sont rarement isolées; elles sont le plus souvent combinées avec les autres déplacements de l'utérus.

Elles peuvent être confondues avec des tumeurs fibreuses ou des inflammations péri-utérines. Le toucher, la palpation abdominale et le cathétérisme utérin permettent le plus souvent de faire le diagnostic.

Il y a rarement lieu de combattre directement la latéro-flexion.

C. RENVERSEMENT OU INVERSION DE L'UTÉRUS.

Ce déplacement consiste en un renversement plus ou moins complet de l'utérus: le fond de l'organe s'enfonce dans la cavité utérine et vient faire saillir par sa face interne entre les lèvres du col. Contrairement à ce qui se passe dans le prolapsus, l'orifice externe du museau de tanche occupe la région supérieure de la tumeur, dont la partie inférieure est constituée par le fond de l'organe.

Ce déplacement, étudié dans tous les traités spéciaux de gynécologie et dans un grand nombre de mémoires, a été récemment l'objet d'un très important travail de Denucé (*Traité clinique de l'inversion utérine*, 1885).

Anatomie pathologique. — On divise l'inversion en *incomplète* et *complète*. Dans l'inversion incomplète, le col lui-même ne participe pas au renversement de l'organe. On y distingue plusieurs degrés, suivant que le fond de l'utérus plus ou moins déprimé en dedans comme un doigt de gant ou un cul de fiole (Mauriceau), descend plus ou moins bas et pend hors de la vulve en entraînant la partie supérieure du vagin. L'organe inversé peut rester contenu dans le vagin, sans faire saillie au dehors.

Dans l'inversion *complète* ou *totale*, variété la plus rare, le segment cervical participe au renversement: l'utérus retourné sur tous les points regarde par l'orifice du museau de tanche directement en haut vers la grande cavité abdominale. C'est une véritable *invagination* (Courty), et souvent tout bourrelet appartenant au col a disparu (Depaul).

Dans le petit bassin, à la place de l'utérus, on trouve un infundibulum dont la profondeur est en raison du degré du renversement, dans lequel sont contenues une certaine étendue des trompes et des ligaments larges, et des anses intestinales.

Dans l'inversion ancienne, le tissu utérin est presque toujours le siège d'une inflammation chronique; la muqueuse se congestionne; des adhérences peuvent s'établir entre les divers points des surfaces sereuses ou entre les muqueuses utérine et vaginale.

Dans quelques cas rares, on a vu l'utérus inversé se détruire par gangrène.

Étiologie. Pathogénie. — L'inversion ne peut guère se produire qu'après une diminution de résistance du tissu du col dont une des fonctions est de soutenir le fond et le corps de l'utérus, et avec un état de ramollissement et d'hypertrophie de l'utérus. Si une traction se produit dans ces conditions, l'inversion peut se produire.

Ces conditions se trouvent réalisées au moment de l'accouchement; soit sous l'influence des contractions utérines, soit après une traction sur le cordon et le placenta encore adhérent, l'inversion se produit. Elle peut encore arriver, mais rarement, quelques jours après l'accouchement, sous l'influence d'efforts de diverse nature.

Le déplacement peut encore se produire à la suite de tractions exercées par un polype ou toute autre tumeur.

Sur 400 cas d'inversion, on en trouve 550 consécutifs à l'accouchement et 50 dus à des polypes.

Enfin, il peut se présenter d'une manière aiguë chez des femmes multipares et même chez des filles vierges, à la suite d'un violent effort (?).

Symptômes. — Dans le cas d'inversion brusque, il se produit une douleur vive, souvent accompagnée de vomissements et de syncope, avec état général grave comme dans les grands traumatismes de l'abdomen; on observe souvent une hémorrhagie abondante, et

la mort peut arriver soit par la perte de sang, soit par accidents syncopaux répétés.

Dans la forme progressive, les phénomènes sont peu marqués; il existe surtout une métrorrhagie presque continuelle, exaspérée au moment des menstrues et pouvant devenir tout à coup menaçante par son abondance.

Une leucorrhée abondante est de règle ainsi que des troubles de la miction et de la défécation. La marche est pénible et on note souvent une dépression profonde du système nerveux.

Quand l'inversion n'est pas complète, on constate au toucher et au spéculum que le col a conservé ses caractères normaux; suivant le degré, on peut apercevoir une masse globuleuse rougeâtre, faisant saillie entre ses lèvres écartées, ou bien voir un bourrelet circulaire formé par le col qui étrangle le fond de l'utérus inversé, ou enfin voir du premier coup une tumeur globuleuse pendant au dehors de la vulve.

Diagnostic. — L'absence du globe utérin dans le petit bassin constatée par le palper et le toucher, l'hémorrhagie qui se fait à la surface de la tumeur au moment des règles, la possibilité de sentir un bourrelet circulaire à la partie supérieure de la tumeur, quelquefois la présence de l'orifice des trompes, sont des signes capables de faire reconnaître l'inversion utérine.

Le diagnostic est plus difficile lorsque le renversement est produit par un polype et quand il s'agit de reconnaître ce qui appartient à l'utérus ou à la tumeur.

L'utérus est en général plus souple, plus sensible et plus foncé. Une aiguille enfoncée dans l'utérus produit de la douleur et y pénètre facilement; enfoncée dans une tumeur fibreuse, elle ne réveille pas de douleur et pénètre difficilement.

L'abaissement se distingue de l'inversion de l'utérus par la présence en bas de la tumeur de l'orifice du col, qui fait défaut dans le renversement.

Pronostic. — Le pronostic est toujours grave; l'inversion aigüe peut faire périr rapidement la femme par hémorrhagie ou par syncope.

Dans la forme prolongée ou chronique, des hémorrhagies répétées, des menaces de gangrène, la gravité des opérations nécessaires pour la réduction, font le pronostic toujours sérieux.

Dans des cas excessivement rares, on a vu l'utérus se réduire spontanément.

Traitement. — Dans les cas aigus, la réduction doit être tentée et faite de suite, et elle est en général d'autant plus facile que l'on est plus près du moment de l'accident.

Dans les cas chroniques, elle doit toujours être la première méthode de traitement; elle a donné des succès fort longtemps après la production de l'inversion, dans une période dont les limites extrêmes s'étendent entre quatre mois et *trente ans*. (Audigé, *Thèse de Paris*, 1881.)

La réduction est *rapide* ou *lente*: dans la réduction rapide, on pratique pendant l'anesthésie, soit sur le fond de la tumeur, soit sur son corps, soit sur une de ses parties latérales, un *taxis manuel* qui peut être prolongé pendant une heure et même plus. Courty conseille en même temps de fixer le col avec deux doigts introduits dans le rectum et recourbés en crochet au-dessus de l'utérus pour appuyer fortement sur les ligaments utéro-sacrés.

Dans deux cas, G. Thomas ouvrit l'abdomen comme pour une laparotomie, et, par cette ouverture, il alla dilater l'orifice du col à l'aide d'un dilateur analogue à celui dont on se sert pour les gants. L'orifice une fois dilaté, la réduction de l'inversion fut facile. Une des malades succomba à une péritonite suraiguë, l'autre guérit.

La réduction *lente* peut être obtenue à l'aide de l'application prolongée d'un pessaire à air de Gariel dans le vagin. Elle s'est produite dans un intervalle de temps variant entre le sixième et le vingt-quatrième jour après la mise en place du pessaire. Elle est généralement précédée et annoncée par une série de douleurs expulsives rappelant celles de l'accouchement.

Dans le cas où ces moyens ont échoué, il faut recourir à l'*ablation* de l'utérus inversé. L'ablation rapide au bistouri, au galvano-cautère, ou au thermo-cautère, ou à l'écraseur linéaire, est généralement abandonnée. Seuls ou à peu près, Hegar et Kaltenbach conseillent d'amputer l'organe au bistouri, en appliquant pendant le cours même de l'opération des sutures régulières sur ce qui va être le moignon amputé.

Aujourd'hui, le procédé de choix est l'amputation lente de l'utérus par la *ligature élastique* pratiquée la première fois par Courty

en 1876. Ce procédé a l'avantage de prévenir les hémorrhagies, de favoriser la production d'adhérences péritonéales avant le détachement du moignon, de permettre la surveillance et la désinfection des parties étreintes par le fil constricteur. Il n'a donné en France que des succès. La date moyenne de la section complète correspond au onzième jour (Audigé). Périer a perfectionné ce procédé par une ingénieuse instrumentation, grâce à laquelle la constriction des tissus, exercée par un fil inextensible de soie phéniquée, peut être maintenue et augmentée sans que l'on ait besoin de se livrer sur l'utérus à des manœuvres et à des tiraillements pénibles et souvent dangereux. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 1880.)

IV

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE L'UTÉRUS.

MÉTRITES

L'inflammation de l'utérus ou *métrite* a donné lieu à des travaux si nombreux et à des discussions si importantes que nous ne saurions avoir la prétention d'en citer même une faible partie. Son étude tient une large part dans tous les traités spéciaux, et nous ne pouvons que rappeler ici les noms d'Aran, Becquerel, Nonat, Bennet, Courty, Gallard, A. Guérin, Martineau, etc., qui tous ont longuement traité cette question.

La multiplicité des travaux auxquels elle a donné lieu a peut-être même contribué à l'obscurcir, certains auteurs ayant tendance à exagérer le nombre des formes et des variétés de métrite, en se fondant sur l'étiologie, la symptomatologie ou l'anatomie pathologique.

Il en est résulté un nombre tel de variétés que la confusion s'en est suivie. Nous croyons nous rapprocher davantage de la vérité et simplifier l'étude clinique en décrivant l'inflammation de l'utérus comme celle de tout autre organe, avec deux formes, l'une *aiguë*, l'autre *chronique*.

Quelle que soit la forme en présence de laquelle on se trouve, le début de l'affection a lieu par la muqueuse; à la longue, les lésions

envahissent de proche en proche les tissus voisins et tout le parenchyme utérin peut être intéressé, *métrite parenchymateuse*.

Cette dernière variété, qui a été décrite comme une forme à part, ne marque qu'une période de l'évolution des lésions; le tissu fibromusculaire de l'utérus n'est pas primitivement envahi; il n'est pris que par propagation des lésions primitivement localisées à la muqueuse.

On a cru pouvoir aussi décrire isolément une *métrite du col* et une *métrite du corps*; le plus souvent les lésions sont étendues à toute la muqueuse utérine et cette distinction est plus théorique que réelle.

1^o MÉTRITE AIGÜE.

Cette affection est aussi quelquefois décrite sous le nom de *métrite interne aiguë*, *d'endométrite aiguë*, de *catarrhe utérin aigu*.

Étiologie. — La métrite aiguë n'est pas une affection aussi fréquente qu'on l'a dit; on a souvent décrit et confondu à tort sous le nom de métrite des états congestifs plus ou moins transitoires se produisant dans les divers tissus de l'utérus, liés à des perturbations nerveuses ou sanguines et pouvant entraîner de véritables troubles de nutrition dans le parenchyme de l'organe.

Ces perturbations peuvent être produites par tous les actes, par toutes les circonstances qui provoquent la congestion de la muqueuse utérine; les imprudences trop tôt après les couches, les premiers rapports sexuels après le mariage, la suppression brusque des règles par le froid, les excès vénériens, la masturbation, sont des causes de métrite fréquemment invoquées. Un certain nombre d'entre elles expliquent comment l'affection peut se développer aussi bien chez des jeunes filles que chez des femmes mariées.

Mais la véritable cause de la métrite doit être cherchée dans la pénétration d'éléments septiques à la surface et dans l'épaisseur de la muqueuse utérine; l'infection septique développée à la suite de l'accouchement ou de l'avortement, la propagation de la vaginite blennorrhagique au col et au corps de l'utérus, l'introduction de germes infectieux venus du dehors, dans la masturbation, par exemple, sont les véritables causes de la métrite aiguë ou subaiguë.

Les troubles circulatoires préexistants peuvent créer des conditions favorables pour l'infection septique.

La métrite aiguë peut aussi être provoquée par les traumatismes directs portés sur l'utérus, incision ou dilatation du col, introduction de redresseurs, de pessaires, etc.

Anatomie pathologique. — L'inflammation se localise en général dans la muqueuse seule, elle peut occuper isolément la muqueuse du col ou celle du corps; elle occupe souvent les deux à la fois. L'utérus est gros, son tissu est ramolli et d'une couleur plus foncée qu'à l'état normal; la muqueuse, très congestionnée, est le siège d'une rougeur plus ou moins vive, uniforme ou constituée par des arborisations vasculaires fines ou par de véritables ecchymoses. Un liquide jaunâtre, purulent, quelquefois teinté de sang, occupe la cavité utérine, dilatée suivant les uns (Aran), rétrécie suivant d'autres (A. Guérin). La surface externe du col est rouge; elle peut présenter des ulcérations ou un développement remarquable de papilles. Au microscope, on trouve ordinairement l'épithélium cylindrique de la muqueuse du corps exfolié.

Symptômes. — Le début de l'affection peut ne consister qu'en malaise général avec sensation de gêne et de pesanteur dans le bassin, de douleurs dans les reins, les aines et les cuisses, des brûlures dans le vagin, avec ténésme anal et vésical. Souvent aussi la métrite débute par un frisson et l'appareil fébrile symptomatique des affections aiguës. Le ventre devient sensible dans la région hypogastrique avec sensation de chaleur se propageant jusqu'au vagin et la vulve (Courty), et quelquefois, dans les cas graves, il se développe de la tympanite, de la sensibilité générale de l'abdomen et une tendance aux vomissements.

Au bout de peu de jours, on observe un écoulement visqueux qui, vers le huitième ou dixième jour, devient crémeux, purulent et quelquefois sanguinolent. Dans certains cas l'hémorrhagie débute dès le deuxième ou le troisième jour et se prolonge les jours suivants, accompagnée de l'écoulement muqueux et muco-purulent.

En général l'hémorrhagie est suivie d'un soulagement des douleurs.

Le toucher, toujours très douloureux, montre le vagin quelquefois sec, toujours chaud et brûlant, surtout dans ses parties supérieures; le col est gros, saillant, œdémateux, l'orifice externe est entr'ouvert.

Dans une forme moins aiguë, l'examen au spéculum est possible et montre le col rouge violacé, quelquefois recouvert d'ulcérations superficielles; son orifice dilaté contient un mucus plus ou moins transparent ou du muco-pus. L'application du spéculum détermine quelquefois une légère hémorrhagie.

Marche. Terminaisons. — En général, en dehors de l'état puerpéral, la métrite aiguë se termine par la guérison en un mois ou six semaines; elle est souvent le point de départ de la métrite chronique.

Dans des cas rares, l'affection se propage au péritoine par les trompes de Fallope et il en peut résulter une péritonite mortelle.

Plus souvent, elle est le point de départ de poussées inflammatoires péri-utérines que nous étudierons plus tard, ou se propage jusqu'à la muqueuse des trompes.

Diagnostic. — Le diagnostic est en général facile; le phlegmon péri-utérin et la péritonite du petit bassin déterminent des phénomènes généraux beaucoup plus graves que la métrite et une sensibilité excessive de l'abdomen sur des points autres que l'utérus; ils se reconnaissent à l'induration générale des tissus péri-utérins, et à l'absence de l'écoulement muqueux et sanguinolent qui ne manque pas dans l'inflammation de l'utérus.

Il peut être difficile de distinguer une métrite interne aiguë d'une violente blennorrhagie, d'autant plus que les affections peuvent se compliquer.

Traitement. — Le repos complet dans le décubitus dorsal, des doses répétées d'opium à l'intérieur, un grand cataplasme sur le bas-ventre, des injections chaudes, dans le vagin, d'eau de guimauve ou de pavot additionnée d'acide borique à 4 pour 100 ou de solution phéniquée faible, des irrigations chaudes additionnées de sublimé au $\frac{1}{1000}$, des lavements pour éviter et combattre la constipation, seront les moyens simples et généralement suffisants dans le traitement de la métrite aiguë.

Dans certains cas très aigus et chez des malades non anémiées, des sangsues seront appliquées à l'hypogastre.

Nous rejetons absolument l'application des sangsues sur le col ou les scarifications pratiquées sur cet organe avec un instrument quelconque.

Les malades doivent être surveillées avec soin au retour de la période des règles et prévenues des dangers de toute excitation sexuelle.

MÉTRITE CHRONIQUE

La métrite chronique est quelquefois désignée sous le nom d'*endométrite chronique* et abusivement sous le nom de *catarrhe utérin*, qui n'en est qu'un symptôme.

Anatomie pathologique. — L'inflammation dans la forme chronique peut se localiser au col ou au corps de l'utérus, mais elle peut envahir ces deux parties simultanément; de même, elle peut siéger dans la muqueuse seule, mais le plus souvent le parenchyme sous-jacent prend part au processus inflammatoire.

L'organe ramolli est augmenté de volume surtout dans son corps et par dilatation excentrique des parois plutôt que par leur épaissement; les cavités sont remplies d'un liquide sanguinolent, puriforme et quelquefois franchement purulent.

La muqueuse du corps, épaissie, est rouge violacé, ecchymotique; elle est ordinairement hérissée de villosités, ou parsemée de granulations, de fongosités variant de la grosseur d'un pois à celle d'une framboise et siégeant en général sur la paroi postérieure. Ces végétations forment des masses fongueuses qui en se pédiculisant constituent de véritables polypes (*métrite vilieuse, granuleuse, polypeuse*).

Ces végétations sont constituées, tantôt par une hypertrophie des glandes dilatées et devenues flexueuses, tantôt par du tissu embryonnaire peu vasculaire, tantôt et exclusivement par des vaisseaux quelquefois très dilatés dont la rupture explique la fréquence des hémorrhagies de la métrite interne. (De Sinéty.)

Dans le col, les plis de l'arbre de vie sont exagérés; les glandes muqueuses, transformées en kystes (*œufs de Naboth*), encombrant la cavité cervicale et font quelquefois saillie à l'orifice externe.

La muqueuse s'hypertrophie et fait hernie ou *ectropion* entre les lèvres du museau de tanche sous forme d'un bourrelet muqueux; exposée à tous les frottements du coït et de la locomotion, elle sécrète une grande quantité de mucus épais et filant, quelquefois teinté de sang.

Souvent on observe sur les lèvres du col des ulcérations plus ou moins étendues, tantôt *simples* produites par desquamation de l'épithélium, tantôt *folliculaires* dues à l'inflammation et à l'évacuation des follicules glandulaires, tantôt *papillaires* et fongueuses produites

par l'hypertrophie des couches sous-épithéliales. Dans tous les cas, elles sont d'origine inflammatoire et succèdent toujours à une infiltration d'éléments embryonnaires au-dessous de la muqueuse du col. (De Sinéty.) L'ectropion prononcé de la muqueuse cervicale et les larges ulcérations du col, fongueuses, végétantes, saignantes, ne peuvent se produire que s'il y a une déchirure plus ou moins étendue de l'orifice du museau de tanche. Aussi ne les observe-t-on pas chez les femmes qui n'ont pas eu d'accouchement. Ce renversement de la muqueuse, les contacts anormaux qu'elle subit dans le vagin, entretiennent dans tout l'utérus un état permanent de congestion et de sensibilité exagérées.

Dans quelques cas, surtout chez les vieilles femmes, on constate dans la métrite chronique une oblitération de l'orifice interne du col par adhérence inflammatoire ou consécutive à une cautérisation.

Au microscope, les divers éléments de la muqueuse, glandes et tissu conjonctif, sont hyperplasiés; tantôt le développement glandulaire est le plus considérable (*endométrite glandulaire*), tantôt le tissu conjonctif est plus développé (*endométrite interstitielle*).

Enfin de Sinéty a constaté au microscope, au-dessous de la muqueuse et dans l'interstice des fibres musculaires, une production de tissu embryonnaire indiquant le passage de la métrite *muqueuse* chronique à la métrite *parenchymateuse*.

La métrite parenchymateuse chronique ne représente pas une entité morbide primitive et isolée; elle succède à l'endométrite chronique, dont elle n'est qu'une phase ou une modalité, et est essentiellement caractérisée par la prolifération ou l'hyperplasie des éléments cellulaires dans les tissus sous-jacents à la muqueuse utérine, et entre les fibres musculaires du tissu utérin. Aussi serait-elle mieux dénommée sous le nom de métrite *interstitielle* (de Sinéty), beaucoup d'auteurs ayant confondu en partie la métrite parenchymateuse avec la métrite chronique muqueuse. Gaillard Thomas la décrit sous le nom d'*hyperplasie aréolaire*. Un caractère important de cette affection est l'augmentation du volume de l'utérus, qui cependant dépasse rarement le volume du poing d'un adulte. Cette hypertrophie porte en général sur tout l'organe, mais elle peut se localiser sur tout le col ou sur une des lèvres seulement: le museau de tanche ressemble alors vaguement à une trompe de tapir, d'où le nom de col *tapiroïde* donné à cette forme.

L'augmentation de volume de l'utérus est due à un épaississement de ses parois qui peut atteindre au fond jusqu'à 2 et 5 centimètres; cette hypertrophie est excentrique et, malgré l'épaisseur des parois, la cavité utérine est généralement dilatée.

Dans les premières périodes de la maladie, le tissu utérin est mou, rougeâtre et très congestionné; la muqueuse est épaissie (*métrite interne concomitante*); le col est gros et gonflé; à une période plus avancée, dite d'*induration*, le tissu utérin devient plus dur, plus résistant, d'aspect cicatriciel. A la longue il peut s'atrophier, acquérir une consistance presque cartilagineuse et crier sous le scalpel. C'est une véritable sclérose de l'utérus.

Au microscope, on constate dans les premières périodes, outre l'hypérémie, la présence d'un grand nombre d'éléments embryonnaires dans toute l'épaisseur de la paroi et surtout autour des vaisseaux. Plus tard, ce tissu se rétracte, devient fibreux et diminue et oblitère le calibre des vaisseaux.

De Sinéty a observé dans un utérus, à cette période de l'affection, une dilatation considérable des espaces lymphatiques et une hyperplasie localisée au tissu conjonctif circumvasculaire. Il propose donc d'appeler la lésion *sclérose circumvasculaire*.

Étiologie. — La métrite chronique succède à la métrite aiguë ou est chronique d'emblée. Dans ce dernier cas surtout, il est difficile de ne pas reconnaître l'importance des causes générales prédisposantes, assez considérable aux yeux de certains auteurs pour motiver la constitution d'un groupe de *métrites constitutionnelles* (Martineau). La faiblesse naturelle de la constitution, la chlorose et la chloro-anémie, la scrofule, la tuberculose, l'affaiblissement produit par des grossesses répétées, par des lactations prolongées, par les mauvaises conditions hygiéniques sont des causes prédisposantes qui peuvent agir sur l'utérus comme sur tout autre organe.

L'influence de l'herpétis, de l'arthritisme, de la syphilis (Martineau) paraît plus douteuse, si l'on ne se contente pas de regarder ces états constitutionnels comme pouvant affaiblir l'économie et prédisposer aux affections utérines comme toute autre cause de dénutrition.

Les causes prédisposantes locales sont plus importantes et sont surtout fournies par la fréquence d'accouchements à intervalles rapprochés, par l'involution utérine incomplète après la délivrance, par les déplacements de l'utérus, etc.

Mais ici, comme pour la métrite aiguë, la cause vraiment efficace de l'endométrite chronique est l'infection de la muqueuse par des éléments septiques développés ou propagés à sa surface et dans sa profondeur. Les formes légères ou atténuées à la septicémie puerpérale après l'accouchement ou l'avortement, l'infection blennorrhagique, l'introduction directe de principes virulents dans la cavité du col, peuvent être considérées comme les origines certaines des endométrites chroniques.

Dans des cas beaucoup plus rares, presque exceptionnels, la muqueuse utérine peut être infiltrée de granulations tuberculeuses; les lésions peuvent être limitées à l'utérus, le plus souvent elles sont en même temps étendues aux trompes, aux ovaires et au péritoine.

Symptômes. — Les symptômes de la métrite chronique comprennent des troubles fonctionnels et généraux et des signes locaux.

L'affection peut exister quelquefois pendant longtemps sans se révéler autrement que par une abondante leucorrhée.

Le plus souvent le début est marqué par une douleur sourde, une sensation de pesanteur et de tiraillement dans le bassin et les lombes. Souvent il se fait des irradiations douloureuses vers l'articulation sacro-iliaque, l'articulation sacro-coccygienne, la partie interne de la cuisse jusqu'au genou et quelquefois jusqu'au niveau du coccyx (*coccyodynie*).

Les douleurs ne sont pas toujours soulagées par le lit et elles se compliquent parfois d'un prurit vulvaire des plus pénibles. La santé générale s'altère dans la plupart des cas: des troubles digestifs, des troubles nerveux, des troubles nutritifs acquièrent quelquefois une telle prédominance qu'ils masquent les phénomènes locaux de l'affection utérine. La dyspepsie et la gastralgie, les névralgies diverses et surtout la névralgie lombo-abdominale, les palpitations, quelquefois des troubles hystériques, parfois l'amaigrissement, l'altération des traits (*type utérin*), sont autant de phénomènes qui accompagnent l'affection et en rendent le traitement et le pronostic variables.

Parmi les signes locaux, la *leucorrhée* est un des plus constants; elle est souvent le premier signe de la métrite chronique; parfois peu abondante, elle ne s'exagère qu'à l'époque des règles; d'autres fois, elle est assez considérable pour forcer les femmes à se garnir.

C'est un liquide plus ou moins transparent ou opaque, plus ou moins muco-purulent, parfois même tout à fait purulent; il est quel-

quelques tenace et visqueux et ressemble tout à fait à du blanc d'œuf.

Dans quelques cas, l'écoulement muco-purulent alterne avec des hémorrhagies; les règles se prolongent et se rapprochent, de sorte qu'au bout de quelque temps les femmes se plaignent d'être *toujours dans le sang*.

Les règles se trouvent ainsi dérangées; quelquefois elles sont retardées et irrégulières; presque toujours elles s'accompagnent de coliques utérines et d'une exacerbation dans tous les phénomènes douloureux locaux et à distance.

Dans leur intervalle peuvent se déclarer des métrorrhagies rebelles et abondantes, surtout quand l'utérus est le siège de fongosités; souvent, le coït est douloureux et exagère les symptômes; la conception est exceptionnelle.

La vessie peut aussi être impressionnée de même que le rectum, et les malades sont tourmentées par des envies fréquentes d'uriner, de la constipation ou du ténesme rectal avec expulsion de matières muqueuses et glaireuses.

Le toucher vaginal fait reconnaître que le col est gros, entr'ouvert et irrégulier, quelquefois légèrement douloureux; il peut indiquer une induration des culs-de-sac, dont la profondeur est quelquefois diminuée.

Le spéculum montre le col béant, laissant échapper en abondance un mucus filant et tenace, difficile à détacher; le col est gros, ses lèvres sont quelquefois rouges, gonflées, présentant les variétés d'ulcérations que nous avons étudiées plus haut, ou laissant échapper par son orifice agrandi la muqueuse en ectropion, rouge et facilement saignante. L'ulcération n'est jamais plus marquée que dans les cas où il y a une déchirure du col; dans ce cas, l'ulcération avec ses diverses variétés d'aspect siège sur la muqueuse cervicale éversée. Elle est sensible au toucher et le col présente parfois une sensibilité névralgiforme aux angles de la déchirure; ce point douloureux est facilement décelé par une pression légère exercée avec l'hystéromètre.

L'ulcération fait défaut chez les femmes qui n'ont pas accouché et qui n'ont pas le col déchiré; elle se réduit alors quelquefois à des exulcérations superficielles siégeant au voisinage de l'orifice, sur la muqueuse vaginale, et paraissant liées à une desquamation épithéliale ou à un très léger renversement de la muqueuse cervicale boursoufflée et saignante.

A une période plus avancée; quand l'ulcération s'est cicatrisée soit spontanément, soit sous l'influence de cautérisations répétées, au contraire, le col est pâle, anémié, résistant et dur sous le doigt; tantôt il reste volumineux, tantôt il est sclérosé et comme atrophique.

L'hystéromètre révèle un agrandissement de la cavité utérine; il passe facilement dans le canal cervico-utérin et mesure 6, 7 et 8 cent., et quelquefois plus, si l'inflammation porte sur tout l'organe. Quelquefois, au contraire, il pénètre difficilement si l'orifice est rétréci, ou il doit être courbé pour suivre le chemin d'une déviation utérine.

Il indique aussi souvent la sensibilité de l'organe, la tendance de la muqueuse aux hémorrhagies, les inégalités de la surface, la présence de brides fibreuses ou de tumeurs polypeuses ou interstitielles.

Les symptômes de la métrite isolée du *corps* de l'utérus sont assez vagues: dans l'endométrite totale, les cavités seraient agrandies et la douleur se révélerait dans tout l'utérus à la palpation bimanuelle ou au cathétérisme. L'écoulement leucorrhéique, moins dense et plus filant que celui du col, serait souvent mélangé de sang et présenterait une teinte rouillée. D'autres fois, il est laiteux et quelquefois purulent. A l'époque de la menstruation, la muqueuse utérine pourrait présenter une exfoliation totale comme dans la dysménorrhée membraneuse.

L'absence de l'inflammation du col coïncidant avec une leucorrhée profuse et la dilatation de l'orifice interne peuvent faire supposer une métrite du corps.

Pronostic. — La métrite chronique est une affection longue et rebelle ne guérissant spontanément que dans des cas exceptionnels, amenant souvent une détérioration complète de l'état général et des principales fonctions, menaçant quelquefois l'existence par l'abondance et la répétition des métrorrhagies, et conduisant en général à la stérilité.

La guérison paraît d'autant plus difficile à obtenir que le mucus sécrété est plus abondant, épais, résistant et s'écoulant lentement de l'orifice utérin (G. Thomas).

Dans la métrite chronique du corps, la guérison est très difficile à obtenir si l'affection est ancienne, si l'écoulement est purulent, s'il y a des membranes de dysménorrhée, s'il y a un déplacement, ou