que d'une manière défectueuse. Les parois de la matrice sont épaisses, mais ramollies et pâteuses. *Klob* décrit cette variété dans les termes suivants : « La substance utérine est d'une couleur gris-jaunâtre, jaune-rougeâtre, elle est friable, et lorsqu'on la déchire, on aperçoit des filaments muqueux, minces comme des fils d'araignée, tendus entre les deux bords de la déchirure. » Cette variété est importante en ce sens qu'une sonde, portée sans la prudence voulue dans la cavité utérine, peut aisément perforer les parois ramollies de l'organe.

Cette atrophie est curable : *Schrœder* a pu s'en convaincre en faisant l'autopsie d'une femme morte de tuberculose, seize mois après une perforation de l'utérus. L'organe avait sa fermeté normale, et ses parois étaient légèrement épaissies.

2° L'atrophie puerpérale se développe parfois lentement chez des femmes dont la nutrition est défectueuse, bien que l'accouchement ainsi que les couches aient été normaux. Leurs règles ne reviennent pas, bien qu'elles n'allaitent pas ; elles semblent vieilles avant l'âge et se plaignent presque toujours de troubles les plus divers, de sensations spéciales dans l'hypogastre, de douleurs des reins, de tristesse, d'hystérie. L'utérus est tantôt très mou, très mince, à peine perceptible à la palpation bimanuelle ; une sonde, portée dans la cavité de l'organe est sentie très nettement à travers les parois abdominales ; cependant la longueur de la cavité est normale. D'autres fois, la cavité utérine est raccourcie, les parois de l'organe sont amincies, bien qu'assez résistantes. Les ovaires aussi sont ordinairement atrophiés. La lactation joue un grand rôle dans la genèse de cette maladie. *Kleinwächter* attribue, dans la production de cette atrophie, une grande importance aux hémorragies après couches, aux accouchements répétés et à la lactation prolongée. J'ai observé un cas d'atrophie après une grave hémorragie puerpérale.

Une expérience déjà longue nous a permis de constater que la lactation entraîne régulièrement, même chez des femmes bien portantes, un certain degré d'atrophie de l'utérus et de tout l'appareil génital, même externe ; plus tard, lorsque la sécrétion lactée cesse, l'utérus revient à son état primitif, peut-être sous l'influence de l'ovulation qui recommence.

3° Une atrophie considérable de l'utérus peut succéder à des affections puerpérales graves : soit à une destruction primitive du parenchyme ovarique (par péritonite), entraînant comme conséquence l'aménorrée et l'atrophie de l'utérus ; soit à des altérations profondes de l'utérus lui-même (endométrite putride, entraînant la destruction de la muqueuse et des couches musculaires les plus superficielles).

L'atrophie utérine s'observe encore après des curettages pratiqués trop profondément, pendant la période puerpérale *(Fritsch, Kuestner)*. L'observation que j'ai relatée plus haut démontre qu'une atrophie complète avec atrésie, et avec atrophie des ovaires peut survenir en dehors de toutes ces circonstances.

Scanzoni a observé un certain nombre de fois, à l'autopsie, l'atrophie de l'utérus, dans des cas de *paralysie de la moitié inférieure du corps*.

On observe parfois une atrophie très prononcée de l'utérus dans les maladies générales, telles que la tuberculose et le diabète, qui amènent une grande déperdition des forces. Si le diabète survient pendant la période d'activité sexuelle, il peut, comme nous en avons vu des exemples, entraîner une atrophie permanente de l'utérus et des ovaires avec aménorrhée (1). L'atrophie de l'utérus a été observée dans la maladie d'Addison *(Simpson)*, dans la maladie de *Basedow*, la leucémie *(Gottschalk)* et le catarrhe chronique de l'intestin *(Kleinwächter)*.

Gottschalk relate toute une série d'observations d'atrophie utérine, consécutive à des maladies infectieuses (rhumatisme articulaire, scarlatine, fièvre typhoïde). Cette atrophie ne semble avoir été que passagère, puisque la plupart de ces malades ont été menstruées et sont devenues enceintes par la suite. J'ai donné des soins à une femme de 41 ans qui, bien portante auparavant, présenta pendant 20 ans de l'aménorrhée, après une fièvre typhoïde. Elle n'a pas eu d'enfants, et elle est morte de cancer du corps de la matrice. Il est probable que dans tous ces cas, l'affection a débuté par une destruction de l'appareil folliculaire des ovaires, entraînant comme conséquence l'atrophie utérine et l'aménorrhée.

Diagnostic. — Il est évident qu'on s'adressera en première ligne, pour faire le diagnostic, à l'exploration bimanuelle ; celle-ci, toutefois, est souvent rendue fort difficile par le relâchement du tissu utérin. Il arrive qu'après des palpations répétées, l'utérus se durcit tout à coup sous la main et se laisse parfaitement délimiter. Le cathétérisme confirme et complète le diagnostic : l'utérus n'a souvent que 4 à 5 centim. de longueur, mais il est friable et facile à perforer.

Pronostic et traitement. — L'atrophie sénile est incurable. Dans l'atrophie puerpérale simple, que l'on observe chez les femmes qui donnent le sein, il n'y a rien à faire, pourvu que l'état général soit bon. Au cas contraire, on conseillera à la mère de sevrer son enfant.

Dans le cas d'atrophie et d'aménorrhée persistantes, on aura recours avant tout au traitement général reconfortant (bains, lotions, régime

(1) Hofmeier, *Berl. kl. Woch.*, 1883, n° 42. Cohn. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XIV. Nebel, *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, n° 31. — *Lecorché. Du diabète sucré chez la femme.* Paris, 1886.

tonique, fer), combiné au besoin à l'emploi des excitants locaux : douche froide, sangue au col, électricité, bains de pieds chauds. *Gottschalk* conseille l'usage interne du permanganate de potasse (0,06 à 0,08 gram. en pilules, 4 fois par jour) combiné à la santonine. Le pronostic est absolument mauvais quand l'atrophie résulte d'un processus destructif infectieux de la paroi utérine. Dans le cas de dysménorrhée intolérable, on pourra songer à la castration.

3. — INFLAMMATION DU PARENCHYME UTÉRIN — MÉTRITE.

MÉTRITE AIGUË

La fluxion cataméniale peut se transformer en une inflammation aiguë, à la suite de l'impression du froid, du coït pratiqué pendant les règles, d'excès de travail corporel, etc.

L'infection blennorrhagique donne lieu parfois à une métrite des plus manifestes. Abstraction faite des interventions chirurgicales, il est rare que la métrite succède au traumatisme, à un coup porté sur le bas-ventre, à une chute, etc.

Bien plus souvent, la métrite succède à l'irritation forte produite par certaines manœuvres, telles que les injections vaginales d'eau trop chaude ou trop froide, les injections intra-utérines, le sondage, l'introduction de pessaires intra-utérins. Ceux-ci, tout comme les opérations pratiquées sur l'utérus, produisent le plus souvent la métrite par voie d'infection.

Nous faisons abstraction de la métrite puerpérale aiguë.

L'utérus est gonflé au point d'atteindre, dans certains cas, le volume d'un demi-poing; ses parois sont gorgées de sang, épaissies, ramollies, de consistance presque pâteuse. Le parenchyme tout entier est tuméfié, infiltré de sérosité, parsemé de taches ecchymotiques. On rencontre des corpuscules de pus, le plus souvent en petit nombre, d'autres fois en plus grande abondance, entre les faisceaux de fibres musculaires.

La muqueuse participe presque toujours à l'inflammation du parenchyme utérin. Les lésions s'étendent aussi à la séreuse péritonéale, qui est tantôt simplement hyperémiée, d'autres fois épaissie, recouverte de flocons fibrineux et même de pus.

Symptômes. — La métrite aiguë peut débuter par une fièvre vive, voire même par un frisson violent. La douleur se manifeste presqu'aussitôt sous deux formes différentes : c'est, d'une part, une douleur sourde, siégeant dans la profondeur du bassin. D'autre part, il survient des douleurs résultant de l'inflammation de la tunique

péritonéale de l'utérus, et qui, comme les douleurs de péritonite, ont pour caractéristique de s'exaspérer par la pression.

Si la maladie débute pendant la menstruation, ce qui est bien le cas le plus fréquent, les règles se suppriment immédiatement, au moins dans la plupart des cas.

On trouve l'utérus considérablement augmenté de volume (voy. fig. 34) et endolori.

L'intensité de la douleur est à son maximum lorsqu'en pratiquant l'exploration bimanuelle on comprime l'organe de haut en bas.

Les malades éprouvent un besoin incessant d'uriner : elles ont de la diarrhée, avec ténesme souvent fort pénible.

La station debout et la marche, la toux, les efforts de défécation, en un mot tous les mouvements qui augmentent la pression abdominale, provoquent les plus violentes douleurs. La métrite aiguë est toujours compliquée d'un certain degré d'endo- et de périmétrite.

Lorsque la métrite est exempte de complications, la douleur disparaît après quelques jours; si la malade a été soumise à un traitement convenable, la *restitutio ad integrum* peut être complète. Mais souvent la maladie passe à l'état chronique : il persiste un certain degré de gonflement et de sensibilité, symptômes qui subissent de temps en temps des exacerbations.

Il est rare que la maladie se termine par la formation d'un abcès. L'abcès s'ouvre soit dans le péritoine — et alors la terminaison est funeste, — soit dans la cavité utérine, ce qui comporte un pronostic favorable. Enfin le pus peut, après avoir provoqué la formation d'adhérences, s'évader par le rectum, ou arriver à l'extérieur en perforant les parois abdominales.

A en juger d'après les quelques rares observations que l'on trouve dans la science, les abcès de l'utérus semblent extrêmement rares, si on fait abstraction des abcès consécutifs à la fonte purulente des myomes. Beaucoup de prétendus abcès de l'utérus ne sont que des abcès d'organes voisins; cependant on a observé de vrais abcès des parois utérines, ce qu'explique suffisamment la pénétration en profondeur des gonocoques, décrite par *Wertheim*.

Schrœder a observé deux abcès volumineux de l'utérus, dont l'un s'était développé pendant la période puerpérale, à la suite d'une extraction de placenta. Cet abcès était sur le point de perforer la paroi abdominale, soudée à l'utérus, lorsqu'il fut incisé par le médecin traitant ; il s'en écoula environ 1/2 litre de pus. Le second abcès, gros comme une tête d'adulte, s'ouvrit par le rectum. Il reconnaissait pour cause le sondage, pratiqué du reste avec beaucoup de douceur, du canal cervical rétréci.

La *métrite dissécante* (1) est une forme spéciale de métrite aiguë.

(1) GEBHARD, *Z. f. G. u. G.*, Bd. 22, p. 414.

Elle succède à des infections puerpérales graves, et se manifeste par l'expulsion de lambeaux de musculature utérine. Elle peut avoir pour suite l'oblitération complète de la cavité utérine.

Diagnostic. — Le toucher et le palper combinés indiquent que l'utérus est augmenté de volume, surtout dans le diamètre antéro-postérieur, et qu'il est le siège d'une sensibilité qui ne relève pas uniquement de la tunique péritonéale. Pour asseoir définitivement le diagnostic, il suffit de constater, à côté de ces deux symptômes, l'existence de la fièvre et de poursuivre l'évolution de la maladie (dégonflement progressif de l'utérus).

Les abcès utérins ne sauraient être diagnostiqués aussi longtemps qu'ils sont petits. En revanche, il est aisé de reconnaître les abcès plus considérables. L'augmentation du volume de l'utérus est lente, mais elle est sûrement progressive. De plus, on perçoit la fluctuation, ou du moins cette sensation de tension élastique, qui dénote la présence d'un liquide. Un autre signe, qui trahit la présence du pus, c'est la soudure de l'utérus tuméfié avec les parois abdominales au moment où l'abcès va s'ouvrir à l'extérieur. Lorsqu'il existe un abcès dans les parois utérines, la sensibilité de l'organe n'est pas notablement accrue.

Le pronostic est toujours sérieux, attendu que la mort peut survenir, soit par la formation d'un abcès, soit par l'extension des désordres inflammatoires à la séreuse péritonéale. D'autre part, le pronostic est défavorable en ce sens que l'inflammation passe facilement à l'état chronique.

Traitement. — Si la métrite est d'origine infectieuse, on cherchera avant tout à détruire les germes, qui son encore accessibles, par la désinfection de la muqueuse utérine dans toute son étendue.

Lorsque les douleurs sont très violentes, et qu'il existe des signes manifestes d'extension inflammatoire au péritoine, on aura recours au traitement de la périmétrite.

On se trouvera bien d'administrer un purgatif doux, mais sûr : de préférence à tous les autres, on donnera l'huile de ricin. Le repos absolu au lit est de toute nécessité.

Lorsque le stade aigu de la maladie est passé, on peut activer fort avantageusement la résorption par les enveloppements chauds et humides.

Lorsqu'il y a tendance à la formation d'un abcès, il est difficile de prévenir la suppuration. Au reste, la perforation du péritoine est tellement rare, qu'il ne faut recourir à l'incision que dans les cas où il serait possible d'atteindre sans danger le foyer de suppuration.

MÉTRITE CHRONIQUE. INFARCTUS UTÉRIN

Les opinions sont encore partagées à l'extrême, concernant la métrite chronique.

En Allemagne, il existe au sujet de la métrite chronique des opinions tellement divergentes que certains gynécologues considèrent la métrite chronique comme la plus fréquente des maladies des femmes, tandis que d'autres veulent rayer cette affection du tableau des entités morbides.

A mon avis, on ne peut se passer du tableau clinique de la métrite chronique, sous peine de séparer des états pathologiques qui offrent les plus grandes ressemblances, se manifestent par les mêmes symptômes et cèdent au même traitement. Même la dénomination de « métrite chronique » me paraît convenir assez bien ; la question de savoir si la métrite chronique est constituée par une hyperplasie du tissu conjonctif, ou si elle n'est que le résultat d'altérations inflammatoires de longue durée, n'est en définitive qu'une dispute sur les mots. En outre, je tiens assez au terme « métrite », d'une part, parce que l'affection qui nous occupe réclame un traitement antiphlogistique et que d'un autre côté, elle se présente toujours, au moins à ses débuts, avec les symptômes cliniques de l'inflammation : l'hyperémie, le gonflement et la douleur. Ajoutons que la maladie, lorsqu'elle n'est pas arrivée à la terminaison assez rare et toujours tardive de l'induration, présente de temps à autre des recrudescences, sous la forme de poussées inflammatoires sub-aiguës et même parfois aiguës.

Nous décrivons sous le titre de métrite chronique, un grand nombre d'affections, qui relèvent de circonstances étiologiques différentes, mais qui présentent des symptômes analogues et doivent être traitées de même.

Étiologie. — L'hyperplasie du tissu conjonctif jointe à un certain degré de sensibilité douloureuse (c'est peut-être là, la meilleure définition à donner de l'état morbide qui nous occupe), *résultent très-souvent d'un arrêt de la métamorphose rétrograde de l'utérus après l'accouchement.* Cette involution est surtout défectueuse, lorsque des influences nocives entrent en jeu au début de la période puerpérale : l'accouchée quitte trop tôt le lit ; elle se livre à des efforts réclamant une intervention énergique de la pression abdominale. Les travaux pénibles, les fatigues excessives, les accès de toux, les vomissements répétés agissent en ce sens. La rétention de lambeaux de membranes et de caillots sanguins, les affections puerpérales graves, la péri- et la paramétrite exercent aussi sur le travail d'involution de la matrice une

action délétère. — L'utérus ne subit alors qu'une métamorphose régressive incomplète ; la dégénérescence graisseuse et la résorption des fibres musculaires se ralentissent et les tissus de nouvelle formation, tissu musculaire et surtout tissu conjonctif, — se développent avec une intensité telle, que l'utérus conserve un volume anormal. *L'avortement* a une influence particulièrement pernicieuse, d'abord parce que les femmes prennent moins de précautions après une fausse couche qu'après un accouchement normal, bien que l'utérus ait à subir les mêmes modifications, et ensuite parce que fréquemment une nouvelle conception est déjà survenue, alors que l'utérus n'est pas encore revenu à ses dimensions primitives. (Cette circonstance tend à faire avorter derechef).

Lorsque la femme accouche à terme, l'enfant mis au sein provoque la contraction des fibres musculaires et par là détermine la dégénérescence plus rapide et plus complète du contenu des cellules contractiles. La femme qui n'allaite pas elle-même son enfant subit de ce chef une involution utérine plus lente.

Cet état pathologique, c'est-à-dire l'insuffisance de la régression utérine après l'accouchement, ne constitue pas à proprement parler une métrite chronique : ce n'est là, en somme, qu'une résorption imparfaite des cellules musculaires, qui ont acquis pendant la gestation un grand développement. Mais il est rare que les altérations qui caractérisent cette involution incomplète s'arrêtent à ce point : la matrice dans le principe était simplement augmentée de volume, et ne provoquait que des symptômes de compression et de déplacement : elle ne tarde pas d'ordinaire à se tuméfier davantage et à devenir peu à peu plus sensible. Cette sensibilité douloureuse disparaît parfois, mais elle revient de temps en temps sous forme d'exacerbations : ainsi se trouvent réunis les symptômes de la métrite chronique.

L'engorgement de l'utérus résulte, en second lieu, d'hyperémies persistantes ou souvent répétées, que ce soient des congestions actives ou des stases veineuses de longue durée.

L'hyperémie active de l'utérus reconnaît pour cause tout ce qui détermine une irritation durable ou fréquemment répétée de l'organe. Les rapports sexuels trop fréquents, ou accompagnés d'une excitation génésique trop intense, exercent sous ce rapport une fâcheuse influence. Le coït interrompu avant l'éjaculation dans le but de prévenir la grossesse, les efforts stériles et souvent répétés, auxquels se livrent des individus impuissants, ainsi que l'onanisme, produisent des effets bien plus nuisibles encore.

Les irritations persistantes ou trop répétées de la muqueuse

amènent également d'abord des hyperémies persistantes et plus tard des états inflammatoires chroniques du parenchyme utérin : telles sont les endométrites négligées, et surtout les interventions thérapeutiques répétées souvent et mal à propos.

La stase veineuse est bien plus souvent la cause de l'engorgement sanguin de l'utérus. Elle s'établit très fréquemment dans les déplacements de la matrice, spécialement quand il y a rétroversion ou prolapsus.

Mentionnons aussi les *tumeurs des organes voisins*, qui opposent un obstacle mécanique au retour du sang. Nous avons bien moins en vue ici les néoplasmes pathologiques proprement dits, tels que les tumeurs ovariques par exemple, que la rétention prolongée des urines, à laquelle les femmes sont exposées systématiquement, et surtout la distension de l'intestin par des matières fécales, ce qui est la règle chez la plupart des personnes du sexe, principalement chez celles qui ne se portent pas bien. Comme l'a fait observer *Hégar*, l'hyperémie veineuse de l'utérus provient fréquemment de la dilatation permanente des veines du petit bassin et notamment du ligament large, après des grossesses répétées.

Dans certains cas assez rares, les maladies du cœur, du foie et des poumons, en ralentissant la circulation dans le domaine de la veine-cave, provoquent une stase veineuse générale, à laquelle l'utérus participe à son tour.

Il est très rare que la métrite chronique résulte d'une métrite aiguë, dont la résolution ne s'est effectuée que d'une manière incomplète.

Anatomie pathologique. — L'hyperplasie du tissu conjonctif constitue la caractéristique de la métrite chronique ; le tissu musculaire ne participe pas ou ne participe que dans une faible mesure à cette hypertrophie.

Dans le plus grand nombre des cas, la matrice n'est que modérément augmentée de volume. L'augmentation de volume porte à peu près également sur toutes les parois de l'organe, mais c'est le diamètre antéro-postérieur qui, à la suite de cet épaississement des parois, subit l'allongement le plus considérable. La cavité utérine est allongée.

Le tissu de l'organe hypertrophié est mou et rempli de sucs plastiques ; le parenchyme utérin tout entier est ramolli et gorgé de sang. La muqueuse est généralement aussi gonflée, épaissie. La surface externe du col est le siége d'érosions et d'ulcérations. Nous traiterons plus loin de ces altérations en détail. Le péritoine utérin est souvent épaissi, et recouvert d'exsudats membraneux.

Dans certains cas, l'hypertrophie porte surtout sur le col. L'orifice externe est généralement élargi alors, et les deux lèvres du col sont tuméfiées et allongées ; elles sont parfois ramollies et écartées l'une de l'autre ; d'autres fois elle sont très résistantes et très dures à certains endroits : il est alors difficile de différencier ces altérations d'avec celles du cancer. L'ectropion du col n'est pas rare.

A une seconde période, les tissus de nouvelle formation se rétractent et se transforment en tissus cicatriciels : les vaisseaux sont détruits et le tissu conjonctif jeune et succulent devient dur et fibrillaire. L'utérus devient ainsi plus petit, et quand on pratique la coupe de l'organe, on voit que le tissu est dur, presque cartilagineux, criant sous le scalpel, pâle, induré et anémié.

Symptômes. — L'engorgement de la matrice ne succède pas souvent à la métrite aiguë, qui est du reste très rare. La maladie se développe d'ordinaire lentement, à la suite des causes que nous venons de signaler.

Il s'agit le plus souvent de femmes qui ont été atteintes de l'une ou de l'autre affection puerpérale, ou qui se sont levées trop tôt après leur accouchement et se sont livrées à des fatigues ou à des travaux corporels excessifs. Leur santé, excellente jusque-là, ne s'est plus rétablie depuis leur accouchement. Elles souffrent de douleurs dans les reins et dans l'hypogastre, d'écoulement vaginal, de pesanteur et de plénitude dans le bassin, de ménorrhagies, de constipation, d'un besoin fréquent d'uriner, tous symptômes qui ne sont d'ordinaire pas assez accusés cependant, pour que la femme se croie malade, dans le sens ordinaire du mot. De temps à autre — de quinze en quinze jours, tous les deux mois, parfois, mais pas toujours, aux époques menstruelles — l'affection présente des *exacerbations*, en dehors de toute cause directe appréciable. Tous ces symptômes, surtout les douleurs abdominales et lombaires, s'accentuent alors au point que la femme est forcée de garder constamment le repos au lit. Il n'est pas rare d'observer des pertes de sang en dehors des époques menstruelles. Après huit jours, ou un peu plus tard, tous ces symptômes disparaissent, et la situation redevient supportable, bien que le rétablissement ne soit pas complet. Les douleurs lombaires et la sensation de pression dans le bas-ventre persistent. La constipation opiniâtre exerce sur la maladie l'influence la plus fâcheuse : aussi la plupart de ces femmes ont-elles l'habitude de prendre régulièrement des purgatifs. En dehors de l'époque des recrudescences, l'état général peut être relativement bon, mais les poussées inflammatoires qui surviennent constamment empêchent le sentiment du bien-être de revenir complètement.

Les symptômes apparaissent exactement de la même façon, lorsque la métrite chronique est due à d'autres causes. Dans le cas d'endométrite, de rétroflexion et de prolapsus de la matrice, l'organe augmente insensiblement de volume, il devient plus sensible, et les symptômes de ces affections se confondent avec ceux de la métrite, à moins que, comme les douleurs des reins et le sentiment de pression dans le bassin, ils ne soient communs aux deux maladies. La menstruation est parfois normale ; très souvent il y a des ménorrhagies, surtout abondantes et tenaces en cas d'endométrite concomitante. A une période plus avancée de la maladie, survient de la dyspepsie avec amaigrissement. Les malades souffrent de douleurs lombaires, de douleurs dans les membres inférieurs, de paralysies et de tout le cortège de symptômes, réunis par *Hegar* sous la dénomination de « symptômes médullaires. »

La stérilité résulte le plus souvent de l'endométrite, de la salpingite, de l'oophorite, de la périmétrite et des déplacements concomitants. La conception, si elle survient, est souvent suivie d'avortement vers le quatrième mois.

Le *diagnostic* est basé sur l'augmentation de volume et la sensibilité de l'utérus.

A l'*examen local,* on constate les symptômes objectifs suivants :

L'utérus est augmenté de volume, d'avant en arrière surtout, et manifestement endolori. La douleur n'est parfois pas bien vive. Dans l'intervalle des époques menstruelles, il arrive exceptionnellement que la pression n'éveille pas de douleur du tout. Pendant les recrudescences aiguës de la maladie, l'utérus gonfle davantage et devient très douloureux. La sonde utérine révèle l'allongement de la cavité. Les parois de l'organe sont cependant notablement épaissies. Dans les cas récents, la matrice a une consistance relativement molle, mais plus tard elle devient dure.

Le diagnostic d'avec la *grossesse* aux deux premiers mois n'est pas toujours facile. Les symptômes objectifs peuvent être les mêmes : la grandeur, la forme, la situation et la consistance de l'organe ne diffèrent pas sensiblement dans les deux cas. En général cependant, l'*utérus gravide est plus mou.* Ce ramollissement est surtout très prononcé à la partie vaginale du col, où il atteint même le parenchyme. En outre l'*utérus gravide n'est pas douloureux,* tandis que ce symptôme fait rarement défaut d'une manière complète dans la métrite chronique. Le commémoratif fournit des renseignements différentiels très précieux, bien que parfois insuffisants. La difficulté est grande surtout lorsque la métrite chronique est compliquée de grossesse, possibilité qu'il importe de ne pas oublier.

On pourrait confondre encore la métrite chronique avec les *myomes sous-muqueux ou interstitiels*. Lorsque le myome est sous-muqueux, le col est effacé en partie, tandis que le col est augmenté de volume dans la métrite chronique. En outre le cathétérisme de l'utérus, précédé au besoin de la dilatation artificielle du col, révèle l'existence de la tumeur. Lorsque le myome est interstitiel, l'utérus peut être régulièrement augmenté de volume. La dureté plus considérable, propre à ces tumeurs, peut faire défaut, ou bien inversément, lorsque la métrite chronique date de très longtemps, les parois indurées de l'organe peuvent donner la sensation d'une dureté myomateuse. Lorsque les parois utérines sont manifestement sensibles à la pression, il est justifié de poser le diagnostic de métrite, mais non d'exclure l'existence d'un myome. Lorsque le commémoratif et le cathétérisme de l'utérus ne permettent pas d'aboutir à un résultat certain, il est indiqué de dilater le canal cervical, pour voir si l'épaississement ne porte que sur une des parois et peut être ainsi attribué à un myome.

Pronostic. — La métrite chronique est toujours une maladie de longue durée, qui met absolument à bout la patience de la malade et du médecin.

Pour n'être que très rarement mortelle, cette maladie n'en empoisonne pas moins l'existence. La femme se sent toujours malade et sa vie se partage en périodes de vives souffrances et en périodes de bien-être relatif, pendant lesquelles tout en étant malade, elle peut néanmoins vaquer à ses occupations ordinaires. Les affections secondaires de l'intestin, notamment la constipation qui active encore l'inflammation de la matrice, ainsi que les manifestations hystériques, rendent cette position plus intolérable encore.

On pourrait croire à priori qu'un accouchement intercurrent serait capable de mettre définitivement fin à la maladie, puisqu'à l'état normal l'utérus subit une involution pour ainsi dire complète pendant les couches. L'expérience prouve qu'il n'en est pas ainsi; au contraire, la situation empire souvent à la suite d'un nouvel accouchement.

Traitement. — L'étiologie nous démontre que, pour *prévenir* la mérite chronique, il faut être extrêmement scrupuleux dans la direction des couches. La description détaillée de ces mesures nous entraînerait trop loin. En outre, il convient de s'attacher à éloigner de l'utérus, dans la mesure du possible, les fluxions répétées ou persistantes ainsi que les stases chroniques. Ajoutons que, pour prévenir la métrite chronique, ou du moins pour écarter de l'utérus toute lésion inflammatoire, il est nécessaire de diriger un traitement rationnel

contre la métrite chronique, l'endométrite et les déplacements de la matrice.

Lorsque la métrite chronique est complètement établie, le *traitement* à instituer sera antiphlogistique avant tout, et d'autant plus énergique que le processus morbide est plus récent, que la matrice est plus volumineuse, plus molle et plus sensible.

En général il est nécessaire, sinon de garder le repos absolu, au moins d'éviter tous les mouvements qui mettent en jeu la pression abdominale(travaux fatigants, danse, etc.). Le repos continuel au lit ou dans une chaise longue est nuisible, en déprimant la nutrition et les échanges chimiques qu'il convient avant tout d'activer et d'exciter. On prescrira aux malades de continuer leurs occupations usuelles, tout en évitant tout exercice violent. La promenade, le séjour au grand air sont des moyens à conseiller; seulement il convient de les interrompre, aux premiers signes de fatigue. On veillera à ce que l'intestin et la vessie soient régulièrement vidés. On commencera par interdire les drastiques auxquels la plupart des malades se sont habituées.

Étant donnée la fréquence extrême de la *constipation chronique* chez la femme, étant donnée l'influence énorme que ce trouble intestinal exerce sur les manifestations pathologiques des organes génitaux, je crois utile d'étudier ici à fond les principes qui doivent nous guider dans le traitement de la constipation. Celle-ci est due le plus souvent à la paresse de la musculature de l'intestin, surtout du gros intestin, et nous pouvons la combattre par un régime approprié, par le massage et par l'électricité.

Pour ce qui est du *régime*, nous supposons qu'il n'existe pas de troubles gastriques. On proscrira les aliments et boissons constipants ou astringents (cacao, vin rouge, etc.); et on donnera la préférence à ceux qui activent les fonctions des organes digestifs : on fera boire le matin à jeûn un verre d'eau froide; on fera prendre, au déjeûner, du café, du pain de son et du miel; le repas du midi sera composé de légumes, de fruits crûs ou cuits (airelles rouges), de salade, de cidre et le repas du soir sera analogue au précédent. *P. Ruge* (1) et *v. Wild* (2) conseillent de modifier le régime du malade de fond en comble, pour exercer sur la musculature intestinale des irritations inaccoutumées. *v. Wild* vante l'usage des légumes.

Si les moyens diététiques sont insuffisants, le *massage* de l'intestin, et plus particulièrement du gros intestin, donne parfois des résultats

(1) *Z. f. G. u. G.*, Bd. 34, p. 360.
(2) *Verh. d. deutsch. Nat.*, Frankfort, 189[illegible]. — GRAFE, *Sammel. u. Abhandl.*, Bd. II.