glandulaire, est altéré, en endométrite *interstitielle*, lorsque les modifications pathologiques portent surtout sur le stroma, et en variétés *intermédiaires*.

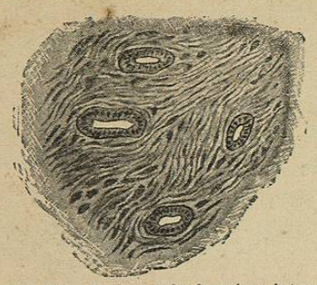

Fig. 68. — Endométrie chronique interstitielle. Grossissement de 250 fois.

L'endométrite *glandulaire* se caractérise par un développement et une multiplication excessifs de l'*épithélium glandulaire*. Au lieu d'être droit, le tube glandulaire se dilate par endroits; il présente à la surface de la muqueuse des élévations linéaires qui, sur une coupe longitudinale, prennent la forme de saillies papillaires et donnent à la glande une figure *dentelée* (fig. 65 et fig. 72). L'augmentation de surface des glandes utérines, produite par la multiplication de leur épithélium, se fait parfois en largeur surtout (fig. 70), et peut donner à la glande dans son ensemble la *forme d'un tire-bouchon;* il est évident que l'épithélium glandulaire, ainsi étendu en surface, ne forme pas de renflements considérables suivant l'épaisseur.

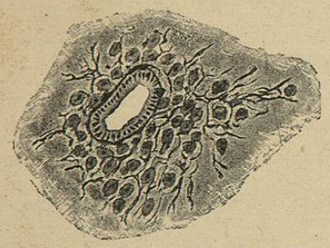

Fig. 69. — Endométrite interstitielle dysménorrhéique. Grossiss. de 250 fois.

Le processus que nous venons de décrire est purement *hypertrophique*, c'est-à-dire que le nombre des canaux glandulaires n'est pas augmenté. Les *formes hyperplasiques* de l'endométrite glandulaire au contraire sont caractérisées par l'augmentation numérique des tubes glandulaires (fig. 66), soit que les glandes primitives aient donné lieu, en prenant un développement latéral excessif, à des glandes nouvelles, soit que les cellules épithéliales de la surface se multiplient et forment de nouvelles glandes en pénétrant dans l'intérieur de la muqueuse (fig. 66), soit enfin qu'à la base de la muqueuse, des proliférations glandulaires pénètrent jusque contre ou même dans la tunique musculaire de l'utérus. La muqueuse, en effet, ne se développe pas seulement vers la surface libre, mais aussi du côté de la profondeur.

L'*endométrite interstitielle* (fig. 64) est surtout constituée par le développement inflammatoire du stroma conjonctif; dans les cas récents, ce développement atteint surtout les cellules conjonctives, dans les cas anciens, au contraire, il porte davantage sur l'élément de soutien, sur la substance intercellulaire. — Le nombre de *cellules* est considérablement augmenté dans le premier cas : on trouve alors, intimement serrées les unes contre les autres, un grand nombre de petites cellules arrondies, que le peu d'abondance du protoplasme fait ressembler à des noyaux. — Lorsque la guérison ne survient pas, ces cellules arrondies, avec les noyaux qui les remplissent, se transforment peu à peu en cellules fusiformes à noyaux allongés; elles sont le plus souvent alors disposées en travers et s'entrecroisent dans tous les sens (fig. 68). Une autre modification qui atteint les cellules conjonctives, dans les différentes formes d'endométrite chronique, c'est l'augmentation de volume du corps de la cellule. Ces éléments affectent parfois les caractères des cellules de la caduque. Leurs noyaux, ronds ou ovales, deviennent plus volumineux, et renferment un ou plusieurs corpuscules nucléaires. — Dans le second cas, les modifications de l'endométrite chronique portent sur la substance intercellulaire, l'élément de soutien des cellules. Cette substance est parfois infiltrée d'exsudats; d'autres fois les fibriles sont plus abondantes et plus épaisses (fig. 70). Lorsque l'épanchement coexiste avec le gonflement de la muqueuse, celle-ci peut être ramollie et friable; d'autres fois elle est indurée.

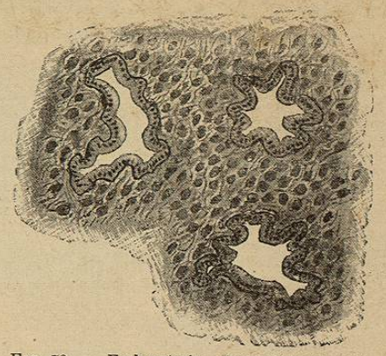

Fig. 70. — Endométrite glandulaire hypertrophique. Même grossissement.

L'endométrite chronique n'est pas toujours exclusivement glandulaire ou interstitielle, il existe aussi des *formes mixtes* (Endom. diffusa) : l'inflammation atteint alors, bien que non uniformément, toutes les parties de la muqueuse. Le plus souvent c'est la prolifération du tissu conjonctif qui domine; les glandes, médiocrement augmentées en nombre, présentent alors des ectasies considérables; dans d'autres cas, l'hypertrophie glandulaire l'emporte sur la prolifération des cellules conjonctives.

Ces altérations inflammatoires portent le plus souvent sur toute l'étendue de la muqueuse utérine; cependant, chacune de ces modifications en particulier peut être prononcée surtout à certains points de la muqueuse : on peut observer sur une même muqueuse, ici la forme glandulaire, là la variété interstitielle de l'endométrite chronique.

Les altérations que nous venons de décrire sont suivies des manifestations secondaires de l'endométrite. A la suite d'une hypertrophie glandulaire ou interstitielle excessive, les glandes peuvent présenter

des incurvations et des rétrécissements, aboutissant plus tard à des dilatations partielles et même à des oblitérations complètes de la lumière des canaux glandulaires (fig. 71). On observe ainsi les

Fig. 71. — Endométrite fongueuse interstitielle. Grossissement de 20 fois.

variétés de forme les plus étonnantes (endométrite glandulaire, interstitielle, diffuse ectatique). — A la suite de catarrhes ou d'inflammations de longue durée, le parenchyme proprement dit de la muqueuse peut subir une atrophie complète : l'épithélium vibratile disparaît alors, les cellules glandulaires deviennent translucides, se gonflent, se désagrègent et sont résorbées. L'épithélium glandulaire peut ainsi disparaître sur toute la longueur de la glande; d'autres fois il persiste par endroits, et donne lieu, lorsque la lumière du canal est en même temps dilatée, à de petits kystes. Ceux-ci à leur tour peuvent éclater, et laisser de petits enfoncements en forme d'ampoules. — De cette façon la muqueuse s'amincit, s'atrophie, et finalement la cavité utérine n'est plus revêtue que d'une simple couche de tissu conjonctif (endométrite atrophique). La muqueuse utérine subit une destruction analogue à celle que l'on observe dans la vieillesse, ou après des inflammations puerpérales nécrotiques.

L'endométrite chronique hyperplasique, *l'endométrite fongueuse* en d'autres termes, est le résultat d'altérations fort variables. Décrite il y

a longtemps déjà par les auteurs français, elle a été étudiée d'abord par *Olshausen* en Allemagne. Le développement de la muqueuse, qui peut atteindre des dimensions énormes, est le plus souvent diffus. Dans certains cas, c'est la forme interstitielle de l'endométrite qui prédomine : le tissu conjonctif hypertrophié refoule alors les glandes qui présentent des dilatations primitives ou secondaires (fig. 71). Il peut arriver aussi que l'affection soit due tout simplement à une hypertrophie glandulaire; le nombre des canaux glandulaires n'est pas augmenté, mais le développement de chaque glande en particulier est considérablement accru. D'autres fois enfin, il y a réellement hyperplasie glandulaire, des glandes nouvelles se forment, et l'on voit les canaux glandulaires intimement serrés les uns contre les autres (fig. 72).

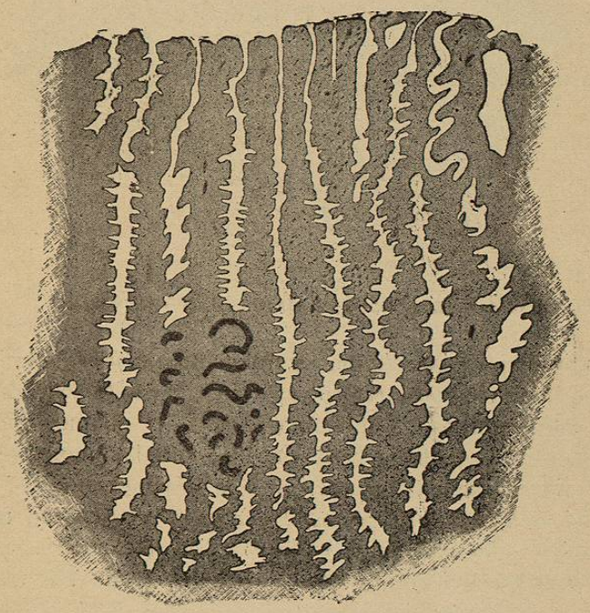

Fig. 72. — Forme glandulaire de l'endométrite fongueuse.
Grossissement de 20 fois. Fragment de muqueuse, enlevé par la curette.

Les affections inflammatoires de la muqueuse utérine, qui surviennent à la suite d'accouchements et plus souvent encore d'avortements *(endométrite post abortum)*, sont dues à ce que la muqueuse, au lieu de revenir à son état primitif, présente un développement inflammatoire nouveau. C'est presque toujours l'endométrite interstitielle que l'on observe dans ces conditions; à la longue cependant le tissu

glandulaire participe à son tour à l'altération inflammatoire. Dans d'autres cas, l'endométrite est due à une involution incomplète ou défectueuse de la caduque (vraie ou sérotine). Les cellules de la caduque, au lieu de diminuer uniformément de volume par toute la muqueuse, en excrétant dans la substance intercellulaire une matière albuminoïde, susceptible de résorption, subissent d'une manière fort différente d'après les endroits, cette métamorphose régressive : on voit persister des îlots de caduque plus ou moins étendus, autour desquels se produit une prolifération très active de petites cellules (fig. 73).

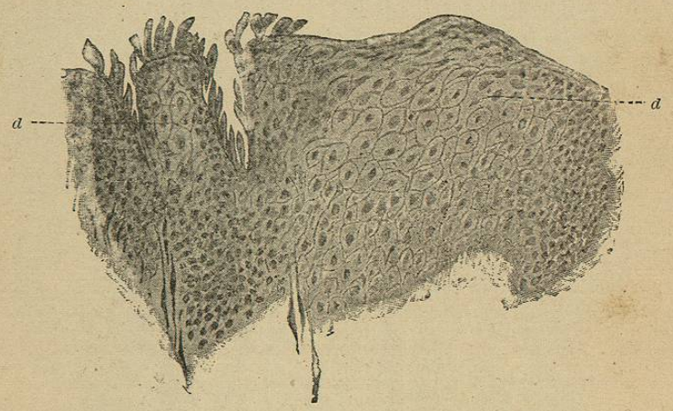

Fig. 73 — Endométrite post abortum. *d*, Ilots de caduque.

Ces îlots de tissu de la caduque se trouvent à tous les endroits de la muqueuse, mais se rencontrent plus souvent dans les couches superficielles. Ces modifications inflammatoires de la muqueuse diffèrent essentiellement de certains états morbides de la muqueuse, de la rétention placentaire notamment, que l'on désigne souvent à tort du nom d'endométrite post abortum, et auxquels conviendrait mieux la dénomination d'*hémorragies post abortum* : ces hémorragies résultent alors du resserrement incomplet de l'utérus et de ses vaisseaux. Cependant une réaction inflammatoire secondaire peut compliquer la situation ; cette inflammation ne reste pas toujours bornée au voisinage des particules placentaires en rétention et n'a pas toujours par conséquent la signification d'une zone de démarcation, mais elle peut s'étendre à toute la muqueuse utérine.

Dans la *dysménorrhée membraneuse*, la couche superficielle de la muqueuse utérine est éliminée ; parfois ce ne sont que des lambeaux qui sont expulsés, d'autres fois le sac membraneux est complet, il a la forme triangulaire de la cavité utérine et il est creusé d'un canal dans

lequel on peut voir s'ouvrir les orifices tubaires, et qui est resserré au niveau de l'orifice interne. L'épaisseur de cette membrane est variable ; sa face interne est lisse, creusée de sillons, et criblée de petits trous qui proviennent des glandes utérines ; sa face externe est irrégulière, rugueuse, déchiquetée. Au microscope, la muqueuse expulsée présente les caractères de l'endométrite interstitielle et plus fréquemment encore cette forme d'endométrite interstitielle dans laquelle les tissus intercellulaires participent davantage à l'inflammation que les cellules conjonctives (fig. 69). Le tissu conjonctif est épaissi et rappelle les travées compactes de tissu élastique, que l'on rencontre en d'autres régions. Les cellules conjonctives, écartées par l'exsudat, ne paraissent pas avoir beaucoup augmenté de volume, mais elles peuvent avoir subi d'autres modifications : leurs noyaux peuvent être devenus très grands, et remplir une grande partie du corps de la cellule, à telle enseigne que l'on croit se trouver en présence de cellules qui ont subi la première des transformations pour devenir des cellules de caduque. Cette ressemblance est même si grande, ainsi que *v. Franqué* l'a prouvé, qu'il n'est pas toujours possible, par l'examen microscopique seul, de différencier cette membrane d'avec une caduque vraie. Il est vrai que, pour celle-ci, la transformation déciduale est plus régulière, plus uniforme, et que les cellules sont mieux isolées, moins fusionnées avec la substance intercellulaire (*Ruge*). Les canaux glandulaires sont fréquemment compriprimés, étranglés par la substance intercellulaire. Les artères sont dilatées. Parfois cependant, la membrane présente les altérations de l'endométrite glandulaire simple.

Souvent la membrane expulsée n'est formée que de fibrine coagulée, infiltrée de débris cellulaires, et non d'un tissu organisé (1).

Symptômes. — L'endométrite *aiguë* peut débuter par un frisson ; mais en général la fièvre est modérée et elle dure peu. La sécrétion de la muqueuse, dont l'épithélium vibratile disparaît, augmente et devient purulente. La sécrétion du col, qui est d'ordinaire filante et épaisse, devient trouble et plus fluide. Le contenu des follicules tuméfiés peut devenir aussi trouble et purulent.

En l'absence de complications, toute douleur hypogastrique peut faire défaut. D'ordinaire, cependant, les malades accusent une sensation de pression et de pesanteur dans le petit bassin, et parfois une vive douleur siégeant profondément.

L'utérus est peu ou point augmenté de volume, et très peu sensible à la pression. Mais le cathétérisme est très douloureux : le passage de

(1) Schönheimer, *A. f. G.*, Bd. 44.

la sonde à travers l'orifice interne, son contact avec la muqueuse du fond de la matrice, éveille parfois les plus vives souffrances.

La portion vaginale du col est rouge, souvent bleuâtre et recouverte d'érosions; elle présente parfois aussi des ulcérations plus profondes, à côté de follicules distendus par un liquide opaque ou purulent.

Les organes voisins sont normaux, à moins de complications. Seulement les malades éprouvent d'ordinaire un besoin constant d'uriner.

Une sécrétion aqueuse ou purulente est généralement désignée comme étant le principal symptôme de l'endométrite *chronique*. Pour ma part, j'ai tous les jours l'occasion de me convaincre davantage que la muqueuse utérine, simplement atteinte d'inflammation chronique, ne sécrète que du sang, rarement du pus, et que l'on n'observe de sécrétion abondante de sérosité qu'au seul cas où la muqueuse de la matrice est le siège de néoplasme. Nos connaissances à cet égard sont malheureusement encore incomplètes.

Kütsner s'est efforcé de recueillir les sécrétions normales de la muqueuse utérine, en introduisant dans la matrice de petites tubes en verre, munis d'ouvertures à leur bout supérieur : il n'a obtenu le plus souvent qu'une minime quantité d'un liquide séreux sanguinolent. Dans les cas d'endométrite, il n'a généralement pas trouvé de pus, mais un liquide séreux ou muqueux, très souvent mêlé de sang. Dans certains cas, *Kütsner* a découvert dans ce liquide des traces tout à fait minimes de pus; mais cela n'a rien d'étonnant, étant donné que les tubes en verre avaient séjourné pendant des heures dans la cavité utérine. Quant au tampon d'essai à l'aide duquel *B. Schultze* cherche à recueillir les sécrétions des cavités cervicale et utérine, pour poser le diagnostic d'endométrite purulente, lorsque le tampon est chargé de pus, nous ne croyons pas qu'il permette de prouver que ces matières purulentes proviennent de la cavité utérine. D'après mes observations, l'endométrite purulente doit être fort rare. Je crois que la muqueuse utérine malade ne fournit que très peu de sécrétions, mais qu'au contraire elle est fort disposée aux hémorragies, principalement à l'époque des règles, mais aussi en dehors de cette période. L'*hémorragie*, typique ou atypique, constitue à mon avis le symptôme le plus important de la métrite chronique interne. Il est vrai que les malades atteintes d'endométrite se plaignent souvent d'un écoulement irritant, et plus abondant qu'à l'état normal, avant et après l'hémorragie menstruelle; ce liquide provient tout simplement d'une sécrétion alcaline plus abondante de la muqueuse utérine, provoquée par la congestion menstruelle.

Après l'hémorragie viennent les sensations douloureuses, qui apparaissent de la manière la plus variée. A l'époque des règles surviennent souvent, mais pas toujours, des *douleurs*, d'intensité fort variable, qui peuvent atteindre le paroxysme le plus violent. Ces douleurs peuvent s'observer dans toutes les variétés d'endométrite, et elles ne sont caractéristiques pour aucune d'elles. D'après *Winter* et *Ruge*, on les observe plus fréquemment dans la forme exsudative de l'endométrite interstitielle. J'ai pu les constater aussi, mais dans la plupart de mes observations de dysménorrhée il s'agissait de tout autres formes d'endométrite. D'après *Pinkuss*, la dysménorrhée serait fréquente dans l'endométrite glandulaire, au point d'être presque caractéristique. Les douleurs sont surtout vives lorsque le sang est éliminé en faible quantité (*Schultze*); et elles constituent parfois l'unique symptôme de l'endométrite.

En général, ces douleurs ne surviennent qu'au moment des règles, ou à l'époque prémenstruelle; mais il arrive que les douleurs sont continues : elles deviennent alors un peu plus intenses à l'époque des règles, d'autres fois elles diminuent de violence dès que le sang commence à couler. Ce n'est que pendant et immédiatement après la menstruation que les malades sont alors sans douleur; en dehors de ces époques, elles sont tourmentées continuellement par des impressions pénibles dans l'hypogastre, par une sensation de chatouillement profondément située, qui détermine une excitation nerveuse fort vive, et très souvent par des tiraillements ou des coliques. Le siège de la douleur est parfois tout différent : les malades se plaignent du haut ventre, de la poitrine, des cuisses. Ces douleurs disparaissent à la suite d'un traitement rationel dirigé contre l'endométrite.

Beaucoup d'auteurs considèrent comme étant caractéristiques de l'endométrite les douleurs qui apparaissent au milieu de l'intervalle des règles (*Mittleschmerz*). Ces douleurs sont fréquentes, il est vrai, dans l'endométrite, mais elles s'observent aussi en dehors de cette maladie.

On ne peut dire que l'endométrite entraîne la stérilité, car il existe souvent d'autres causes qui s'opposent à la conception, notamment les hémorragies continuelles qui empêchent le coït. Lorsque la conception survient, elle est fréquemment suivie de fausse-couche ou de troubles variés de la gestation.

De tous les organes éloignés, c'est l'estomac qui subit le plus souvent le contre-coup des désordres utérins : il survient fréquemment des nausées et des vomissements. Dans d'autres cas on observe plutôt les symptômes de la dyspepsie nerveuse : anorexie, mauvaises digestions, douleurs gastriques.

On observe aussi fréquemment diverses formes de céphalalgie ; ce symptôme disparaît totalement après la guérison de l'endométrite.

L'endométrite chronique exerce souvent sur le moral une influence fâcheuse : les malades deviennent nerveuses, irritables, chagrines, d'autres fois elles sont tristes, abattues et même profondément mélancoliques.

Le symptôme capital de l'*endométrite exfoliative* est l'expulsion de la muqueuse utérine, qui a donné son nom à la maladie.

Les règles arrivent à peu près à leur époque habituelle (exceptionnellement un peu en avance, rarement en retard). La membrane est expulsée le second, le troisième, plus rarement le quatrième jour. L'expulsion, au début de l'affection, se fait souvent sans trop de douleur; d'autres fois, la femme éprouve des coliques utérines, de véritables paroxysmes, surtout lorsque l'expulsion tarde à se faire, et que la muqueuse est éliminée par lambeaux. D'après *Winter*, la douleur serait due, non pas aux contractions utérines qui provoquent l'expulsion de la muqueuse, mais à l'exsudation qui se fait dans la muqueuse avant son élimination. Il est certain que l'expulsion se fait parfois sans douleurs ; et que chez des femmes, atteintes d'endométrite interstitielle douloureuse, on voit la douleur augmenter d'intensité jusqu'au moment de l'expulsion de membranes. Mais il convient d'observer que les douleurs, quand elles existent, ne cessent qu'après l'expulsion de la muqueuse ; et qu'on les constate aussi dans l'élimination de fausses-membranes. Le degré de perméabilité du canal cervical constitue certainement aussi un facteur important.

Il est très rare que la menstruation s'accompagne une seule fois de l'élimination de membranes muqueuses, pour ne plus jamais présenter ce caractère aux époques suivantes. La maladie dure souvent des années et peut ne s'arrêter qu'à la ménopause. Les manifestations deviennent d'ordinaire de plus en plus pénibles. Il survient surtout facilement des ménorrhagies.

La conséquence ordinaire de la dysménorrhée membraneuse est la stérilité. Cependant on a observé des cas où la conception s'est opérée pendant le cours de la maladie. *Loehlein* a vu la conception survenir 6 fois sur 27 malades. Je l'ai observée aussi dans un cas des mieux accentués; après l'accouchement la maladie réapparaît.

Le *diagnostic* de l'endométrite *aiguë* (septique) est établi par les symptômes locaux et généraux : écoulement purulent, gonflement et sensibilité de l'utérus, fièvre.

Le diagnostic de l'endométrite *blennorrhagique* aiguë, beaucoup plus rare que la forme chronique, est basée sur les symptômes observés, et sur la présence de gonocoques dans la sécrétion utérine, qui est très fluide.

Le diagnostic de l'endométrite *chronique* n'est pas toujours facile : il faut, en première ligne, chercher à savoir si l'écoulement et les hémorragies proviennent réellement de l'utérus. Les hémorragies de l'endométrite se développent d'ordinaire graduellement, et elles sont précédées et suivies d'un écoulement séreux plus abondant qu'à l'état normal. Toutefois il y a des cas, surtout après des fausses couches, où les métrorrhagies se produisent brusquement et où elles ont lieu même à l'époque inter-menstruelle. Les douleurs au moment de la menstruation sont fort variables : parfois il n'en existe pas, d'autres fois elles sont très violentes.

En thèse générale je ne fais l'examen de la muqueuse utérine qu'au moyen de la sonde. Si le contact de la sonde, introduite avec l'adresse voulue, éveille de la douleur, c'est que la muqueuse est malade. En promenant la sonde sur les différentes parties de la muqueuse, pour en apprécier la sensibilité, on obtient souvent de précieux renseignements sur le siège principal de l'affection. Dans d'autres cas, la douleur n'existe qu'à certains endroits limités, au niveau de l'orifice interne et, plus fréquemment encore, dans le voisinage de l'ouverture des trompes. Cette douleur au contact de la sonde a quelque chose de tout à fait caractéristique. Les malades s'écrient aussitôt : « C'est là que j'ai mal ! C'est là ! » et elles sont tout heureuses de voir que le siège de leurs longues souffrances est à la fin découvert. Les malades disent souvent aussi que la douleur provoquée par le cathétérisme est identique à celle de la menstruation.

Il est d'autres cas où le cathétérisme ne détermine pas la moindre douleur. Le plus souvent alors la muqueuse est le siège de fongosités qui donnent lieu à des hémorragies profuses.

Dans la variété dysménorrhéique de l'endométrite, la cavité utérine est souvent fort étroite, la sonde éprouve de la peine à passer, et on ne peut presque pas lui imprimer de mouvements. Dans la forme hémorragique au contraire, la cavité de la matrice est souvent fort large, mais on sent alors la sonde glisser sur une surface rugueuse, raboteuse : cette sensation est caractéristique pour les variétés fongueuses de l'endométrite.

Pour arriver à recueillir des données exactes sur la variété anatomique de l'endométrite, on fera bien d'arracher, à l'aide de la curette tranchante, un fragment de la muqueuse malade, et d'en faire l'examen microscopique. Dans ce but, on rend d'abord le canal cervical accessible en introduisant des sondes de plus en plus grosses, puis on

désinfecte la cavité utérine à l'aide d'une irrigation à l'acide phénique ou au sublimé que l'on fait passer à travers le cathéter utérin. On introduit alors dans l'utérus une petite cuiller à bords tranchants et on enlève en raclant un fragment de la muqueuse. L'examen microscopique permet alors de découvrir en présence de quelle variété d'endométrite l'on se trouve. Comme le processus morbide est généralement étendu à toute la surface de la muqueuse utérine, il n'est pas à craindre, lorsque la muqueuse est malade, que l'on n'arrache un lambeau de muqueuse saine. Dans les cas rares où comme après un avortement, l'affection est circonscrite, on reconnaît l'endroit malade aux rugosités que l'on rencontre à ce niveau, avec la sonde.

Tous ces moyens permettent, dans le plus grand nombre des cas, de poser un diagnostic exact. Mais il peut être fort malaisé de savoir si des sécrétions, muco-purulentes, trouvées dans le vagin, proviennent de l'utérus. Et, d'après bon nombre d'auteurs, les symptômes généraux sont surtout accusés dans les cas d'endométrite où les hémorragies font défaut, et où la sécrétion purulente est très peu abondante. Pour recueillir à part les sécrétions utérines, *Schultze*, après avoir nettoyé le vagin et le museau de tanche, applique contre le col un assez gros tampon d'ouate; il le laisse sur le col pendant 24 heures; puis il le retire et il obtient les sécrétions provenant exclusivement de la cavité utérine. *Schultze* se sert d'un tampon imbibé d'une solution de 20 à 25 p. 100 de tannin dans la glycérine; *Winter* préfère la ouate seule. Mais ce tampon ne permet évidemment pas de reconnaître si les sécrétions recueillies proviennent du col ou du corps de l'utérus. D'après *Schultze*, du mucus pur proviendrait du canal cervical; du pus, sans mucosités, proviendrait de la cavité utérine; un mélange intime de pus et de mucus proviendrait encore du col; un dépôt isolé de pus et de mucus indiquerait à la fois une origine utérine et cervicale. L'exploration au moyen du tampon doit être répétée fréquemment, de préférence avant ou après les règles, c'est-à-dire au moment où les sécrétions sont le plus abondantes. Les sécrétions recueillies peuvent servir à la recherche des gonocoques.

Si, malgré toutes ces recherches, le diagnostic reste douteux, ou si l'on soupçonne une maladie d'une autre nature, on pourra recourir à la dilatation du col et à l'exploration digitale de la cavité utérine.

Le diagnostic de l'*endométrite exfoliative* sera fait par l'examen des membranes expulsées.

On distingue déjà à l'examen macroscopique, et plus facilement encore au microscope, les coagulations fibrineuses qui ont quelque ressemblance avec les membranes déciduales.

Par contre, on peut être très embarrassé quant au diagnostic différentiel des membranes dysménorrhéiques et d'un avortement des premiers temps. On pourra affirmer qu'il y a eu avortement, lorsqu'à un examen minutieux on découvrira des villosités choriales. Même si on ne les aperçoit pas, il se peut encore que l'on ait affaire à un œuf qui a été détruit peu après la fécondation. Quant à traiter d'avortement tous les cas où il s'élimine une membrane une fois en passant, cela n'est pas justifié, alors même que les menstrues n'ont point paru à leur époque, puisque la dysménorrhée membraneuse s'accompagne souvent d'un retard dans l'époque des règles.

La difficulté peut être plus grande encore dans les cas de grossesse extra-utérine; la caduque utérine, expulsée dans ces conditions, ne présente évidemment aucune partie ovulaire. *Wyder* prétend que les membranes de l'œuf fécondé présentent toujours de grosses cellules déciduales de forme irrégulière que l'on peut distinguer des petites cellules interglandulaires des membranes de la dysménorrhée. Il ne faut pas considérer cette proposition comme absolument vraie, comme *Ruge*, *Meyer* et moi-même nous avons pu le démontrer.

L'endométrite chronique mérite de fixer sérieusement l'attention, non seulement des spécialistes, mais de tous les médecins. Elle est une source de malaises et de douleurs qui empoisonnent la vie et compromettent le bien-être de l'existence. Elle altère gravement la constitution, par les hémorragies persistantes qu'elle entraîne : c'est ainsi que les malades peuvent arriver au dernier degré de l'anémie, circonstance d'autant plus grave que l'espoir qu'elles nourrissaient de voir leurs hémorragies cesser après l'âge de 45 ans, est presque constamment deçu. La santé de la femme se trouve compromise par des fausses-couches répétées, et, dans les endométrites infectieuses, par l'extension de la maladie aux organes voisins. Il est certain aussi que des néoplasmes malins de la muqueuse peuvent se rattacher aux variétés hyperplasiques de l'endométrite, bien que la fréquence de cet accident doive être établie encore par l'observation directe.

Traitement. — L'endométrite septique aiguë étant avant tout une affection puerpérale, je me borne à dire qu'il convient de la combattre par des irrigations intra-utérines désinfectantes, et qu'une désinfection unique, énergique, faite à fond, est préférable à des irrigations répétées avec des solutions peu concentrées.

Dans l'*endométrite aiguë, blennorrhagique,* on cherchera à prévenir l'extension de l'infection. L'idéal serait de détruire les gonocoques à l'intérieur de l'utérus; mais ce but est difficile à atteindre, et comme on s'expose par un traitement local incomplet, à favoriser la propaga-