

3° Syphilides tertiaires.

Les ulcérations gommeuses, avec leurs bords taillés à pic, durs, circinés, hémicercés ou en arcades, se rencontrent : à la vulve, où elles font partie de ce faux groupe de l'esthiomène, sur lequel il faut actuellement passer condamnation ; dans le vagin, où elles peuvent déterminer des fistules recto-vaginales ; à la surface vaginale du col (1). Il est facile de les confondre avec l'épithélioma.

Dolérís a insisté sur la fréquence de la sclérose du col chez les syphilitiques, et sur ses conséquences au point de vue obstétrical. D'après Heitzmann, la syphilis donnerait lieu, dans le parenchyme utérin, à la prolifération de la tunique interne des vaisseaux, et Gyl Wylie (2) insiste sur la ténacité de la métrite chez les femmes syphilitiques.

La syphilis de l'ovaire, indépendamment de ses lésions tertiaires, infiltration conjonctive et gomme, se manifesterait d'une façon plus précoce et sous forme de folliculite (Ivanovsky).

Enfin, on connaît deux cas de gommés de la trompe (Bouchard et Lépine, Boldt).

Fournier a indiqué, dans des pages magistrales (3), le langage à tenir à une femme qui vient consulter pour syphilis, si on veut l'amener au traitement voulu, tout en évitant des complications conjugales et extra-conjugales. Au lieu des barbares cautérisations, si usitées autrefois pour les syphilides, il a préconisé les bains, les lavages, les irrigations avec le sublimé faible, la liqueur de Labarraque, les simples badigeonnages avec le nitrate d'argent de 1 p. 100 à 1 p. 30, et, surtout, l'application permanente de poudres sèches et isolantes, talc, oxyde de zinc, etc.

Pour le traitement général, se reporter aux traités spéciaux.

III. — LÉSIONS VIRULENTES DIVERSES

Signalons encore la présence, à la vulve, des érythèmes scarlatineux, rubéoliques, des pustules de la variole.

(1) Voir les beaux moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de la collection particulière du professeur Fournier, — et Fournier, *Leçons sur les syphilides tertiaires*. *Lourcine*, 1877.

(2) Gyl Wylie, *Diseases of the Fallopian tubes* (*Medical Record*, 24 janvier 1885).

(3) Fournier, *Syphilis chez la femme* (*Leçons de Lourcine*) ; *Un point de pratique* (*Bull. méd.*, 25 nov. 1891).

LIVRE VI

LÉSIONS INFLAMMATOIRES

CHAPITRE PREMIER

INFLAMMATION GÉNITALE CHEZ LA FEMME EN GÉNÉRAL

L'inflammation proprement dite, ou *bacillaire*, des voies génitales de la femme, est essentiellement progressive et, le plus souvent, ascendante, partant de la vulve pour aboutir au péritoine. Il y a cependant lieu de considérer à part la vulvite, la vaginite, la métrite, etc., pour en faciliter l'étude. Mais avant de faire ce travail d'analyse, il nous paraît indispensable, au point de vue de la clinique, d'embrasser, dans son ensemble, l'histoire naturelle de l'infection. Cette étude abrégée, du reste, les descriptions et évitera les redites.

ÉTIOLOGIE

Des microbes, qui semblent pourtant d'espèce très différente, peuvent être assez difficiles à distinguer les uns des autres, donner lieu à des lésions à peu près semblables, provenir d'une source unique, évoluer simultanément ou se succéder sur le même terrain, de façon à créer des infections mixtes, dans lesquelles il est bien ardu d'établir la part respective de chacun d'eux. Ces grandes difficultés du problème de l'infection se rencontrent au plus haut point en gynécologie, particulièrement en ce qui concerne la blennorrhagie.

Le gonococcus de Neisser (1879), déjà décrit par Hallier, d'Éna (1872), représente actuellement l'élément le plus particulièrement contagieux des écoulements génitaux ; chez la femme, on l'a rencontré dans les sécrétions de la vulvo-vaginite, de la métrite, de la salpingite. Comme nous le verrons, les caractères assignés à ce microbe prêtent beaucoup à la discussion. On admet,

cependant, que le groupement, par colonies intra-cellulaires, de nombreux éléments, de vingt à trente, suffit à le différencier.

Introduit dans l'urèthre sain, il y reproduit la blennorrhagie aiguë (Bokai, Bockhardt, Wertheim, Prayer). Sa *nature pathogène* n'est donc pas douteuse. Mais il n'en est pas de même de sa *spécificité*. Eraud a en effet découvert, dans le pus de l'urétrite, un *diplocoque staphylocoque* de groupement morphologique différent, qui se comporte absolument de la même façon vis-à-vis de la culture et de la méthode de Roux, et donne une diastase à réactions vitales identiques.

L'*infection septique* est ordinairement due au *Streptococcus pyogenes* de Rosenbach. Les *Staphylococcus aureus, albus*, semblent intervenir plus rarement d'une façon primitive; Bumm les a pourtant rencontrés à l'état de pureté dans quelques cas assez légers d'infection puerpérale.

La *tuberculose* génitale est assez rare et, le plus souvent, secondaire.

Enfin, il faut encore compter : avec les *saprophytes*, c'est-à-dire des germes qui, incapables de nuire aux tissus normaux, à la surface desquels ils vivent en parasites, n'attendent, pour évoluer, qu'une modification favorable du milieu; avec certains microbes pathogènes dont l'intervention est très rare, comme le *pneumocoque* (salpingite), et avec d'autres dont la différenciation n'est pas encore très précise (bacille et coccus de Péraire dans la métrite), ou reste à faire.

Quant aux maladies générales infectieuses, beaucoup pensent encore que leur influence, sur le système génital, se borne à diminuer sa résistance, ou que, si elles exercent une action locale, ce n'est que de l'extérieur vers l'intérieur, par l'intermédiaire d'infectieux secondaires (maladies éruptives). Cependant, d'après les travaux de Slavjasnki, Massin, leur action serait beaucoup plus directe, et donnerait lieu à des troubles assez particuliers : endométrite hémorragique d'une intensité toute spéciale; formation, dans l'ovaire, de kystes folliculaires sanguins, remarquables par leur nombre et leur petit volume.

Gottschalk et d'autres ont avancé que l'*influenza* détermine assez souvent une endométrite hémorragique aiguë, et qu'il se produit, à son occasion, des poussées inflammatoires autour de l'utérus. Nous avons observé des faits semblables.

Le gonocoque peut se mélanger à des microbes divers, staphylocoques, streptocoques, microbes indéterminés, qui peuvent reconnaître, comme voies d'apport, le coït seul, le traumatisme, le doigt de l'accoucheur; ou bien, il ne fait que leur ouvrir la voie. Il peut

y avoir, de même, combinaison de la tuberculose à tel autre agent infectieux. Ainsi se trouvent constituées des infections *mixtes* ou *successives*.

A une période plus ou moins avancée de telle inflammation gynécologique, le microbe générateur ne se retrouve plus, ou, du moins, est en si petit nombre, que son rôle devient douteux (gonocoque, bacille tuberculeux, streptocoque). Cela est d'autant plus vrai qu'on s'élève davantage dans les voies génitales. Il peut se faire que la disparition ne soit qu'intermittente, chaque poussée nouvelle étant due sans doute au développement de germes *persistants*, alors que les conditions de milieu deviennent favorables. Ainsi Raymond a-t-il constaté la présence intermittente du gonocoque à l'occasion des règles (1). Mais il est possible aussi que la disparition des germes soit bien réelle ou que, par la diminution de leur nombre et l'atténuation de leur virulence, ils deviennent négligeables. On ne peut expliquer autrement l'innocuité du pus de certains abcès qui viennent à crever dans le ventre. D'où le précepte formel, trop souvent négligé, de *toujours laisser s'apaiser une inflammation péri-utérine* avant de l'attaquer chirurgicalement, à moins d'urgence ou d'accessibilité facile d'une collection liquide.

PATHOGÉNIE

a. Causes prédisposantes.

I. Causes anatomiques.

Le vagin, assez pauvre en glandes, pourvu d'un revêtement épais d'épithélium pavimenteux, est dans de bonnes conditions pour résister à l'action des germes, ce qui explique qu'assez souvent, et en particulier dans la blennorrhagie, il puisse les conduire jusqu'à l'utérus sans être lui-même intéressé.

L'utérus, au contraire, est tout disposé pour contracter l'infection, la garder et la transmettre au voisinage. Qu'il nous suffise d'attirer l'attention sur le peu de cohésion et la minceur du revêtement épithélial, le réseau villositaire de l'arbre de vie, la confluence et la ramification des glandes du col, la richesse des réseaux lymphatiques périglandulaires et périvasculaires. N'étaient certaines conditions de défense que nous ne faisons qu'entrevoir : composition chimique des sécrétions, diapédèse active, contraction tonique du muscle, et en particulier des sphincters isthmique et utéro-tubaire

(1) Charrier, *Péritonite blennorrhagique chez la femme* (Ann. de gyn., sept. 1892).

qu'il faudra toujours se garder de forcer par un cathétérisme intempestif... l'infection utérine, déjà si fréquente, le serait certainement encore davantage.

La trompe qui, au point de vue embryogénique, n'est que la continuation de l'utérus, est placée, au point de vue qui nous occupe, dans des conditions analogues.

Quand à l'ovaire, il est accessible, par la plus grande partie de sa surface, aux produits septiques directement venus de la trompe; mais l'infection d'origine vasculaire, en particulier celle qui vient du col utérin, semble avoir pour lui une importance plus grande que pour tout le reste de l'appareil génital, ce qui s'explique facilement par son extrême richesse en vaisseaux.

II. Causes physiologiques.

Il faut tenir le plus grand compte des modifications apportées par les crises physiologiques, *menstruation, coït, état puerpéral, ménopause.*

1° Menstruation.

La *menstruation* n'agit pas seulement en déterminant la *congestion, l'effraction du revêtement muqueux, la confluence et la stagnation des liquides*, mais aussi, et surtout peut-être, en créant un *bon milieu de culture*. Le fait est surtout probable pour le *gonocoque*, lequel ne se cultive bien, on le sait, que dans le sérum du sang humain; Reymond a en effet constaté, comme nous l'avons dit, chez plusieurs femmes, que les gonocoques se multipliaient beaucoup au moment des règles, alors que, dans la période intermenstruelle, il était impossible de les déceler. Cette constatation explique, mieux que la *congestion*, la contagion intermittente par une même femme, les poussées de pelvi-péritonite au moment des règles (*pelvi-péritonite menstruelle* de Bernutz), et les récidives, à leur suite, d'écoulements franchement blennorrhagiques ou leucorrhéiques.

2° État puerpéral.

L'épithète de *puerpérale* donnée à l'infection, n'est actuellement admissible qu'à cette condition expresse: qu'elle n'implique nullement la *spécificité* des agents en cause par rapport à la *circonstance* et à l'*organe attaqué*. Ainsi le streptocoque produit-il tout aussi bien l'érysipèle que l'infection puerpérale (érysipèle des nouveau-nés) et peut-il s'attaquer primitivement à l'utérus en dehors de la

puerpéralité (Chantemesse). Ce qui est spécifique, c'est l'ensemble des conditions favorables créées par la puerpéralité: dépouillement de la muqueuse, phénomènes involutifs, traumatismes, état des humeurs.

3° Ménopause.

La *ménopause* détermine, dans les organes génitaux, des métamorphoses qui, d'elles-mêmes, en s'exagérant, peuvent devenir pathologiques et, dans tous les cas, favorisent le travail des microorganismes, surtout dans les voies inférieures, en lui donnant des allures toutes spéciales.

4° Coït.

Le coït en lui-même ne peut nuire que par sa violence et sa répétition exagérée.

III. Causes pathologiques.

C'est surtout par l'intermédiaire de la congestion ou de la stagnation des liquides qu'agissent la plupart des causes prédisposantes locales d'ordre pathologique: tumeurs, déviations, sténoses, modifications passagères ou permanentes (varicocèle pelvien) du système vasculaire, refroidissement. Les traumatismes favorisent le passage des germes, soit en ouvrant les vaisseaux, soit en déchirant des sphincters qui rétrécissent au point voulu le canal génital (déchirures du périnée, déchirures du col, ruptures sous-musculaires au niveau de l'isthme). La rétention de débris ovulaires fournit un milieu de culture aux germes pathogènes et aux saprophytes.

Les diathèses, si elles ne peuvent produire l'inflammation véritable, contribuent aussi à la favoriser et à l'entretenir.

b. Différents modes de contagion.

I. Contagion en général.

1° Hétéro-infection.

L'*hétéro-infection*, c'est-à-dire l'infection par des germes directement venus du dehors, est beaucoup plus fréquente que l'*auto-infection*.

Le terrain étant préparé, les microorganismes sont introduits

dans les voies génitales par le coït, la masturbation, une intervention septique (cathétérisme, doigt de l'accoucheur, etc.) ou par quelque circonstance accessoire, telle que l'emploi de l'éponge ou d'une eau impure, de linges souillés, pour la toilette génitale.

L'infection *vénérienne* ne reconnaît pas comme seul agent le gonocoque. Il est avéré que le coït peut donner la tuberculose et on a trouvé, aussi bien dans l'urèthre de l'homme que dans celui de la femme, des microorganismes divers, microbes pyogènes et autres (Giovannini, Legrain, Jullien), qui pourraient bien se transmettre de cette façon. Ainsi Legrain a rencontré, comme seul élément spécifique d'une uréthrite masculine, le *Micrococcus pyogenes aureus*, alors que la femme soupçonnée venait d'avoir un phlegmon (?) péri-utérin.

2° Auto-infection.

L'*auto-infection* se fait par l'intermédiaire du sang ou par des saprophytes, c'est-à-dire, comme nous l'avons dit, des germes qui, après avoir vécu un certain temps sur la muqueuse génitale sans lui nuire, deviennent agressifs par l'intervention de causes prédisposantes. Il faut distinguer : 1° les *saprophytes vrais*, qui ne peuvent nuire que s'ils rencontrent des tissus déjà malades ou caducs (débris placentaires, fibreux, sphacelés, etc.). Ces bacilles ou cocci déterminent, sur les milieux nutritifs, tantôt de la putréfaction, tantôt des ptomaines non fétides dont la résorption donne cependant lieu à de la fièvre et à d'autres accidents d'intoxication ; 2° les *saprophytes d'occasion*, ou germes pathogènes à virulence atténuée.

Des recherches de Winter, Gœnner, Péraire, il ressort qu'à l'état normal, le col utérin et le vagin renferment, en grand nombre, ces deux sortes de microorganismes. Cette notion a une grande importance et doit nous engager à soigner minutieusement l'asepsie vagino-cervicale avant toute manœuvre sur le corps de l'utérus.

II. Modes particuliers de contagion.

Gonocoque. — Il paraît avéré que les gonocoques peuvent aborder les voies génitales, surtout celles de la petite fille, de toute autre façon que par le coït (Vibert et Bordas) ; et, s'il faut en croire Lutsgarten et Mannaberg, il ne faudrait même pas espérer trouver dans tous les cas son mode prochain de transmission, car il pourrait exister à l'état de saprophyte. Les faits de Strauss, qui dit avoir observé une uréthrite à gonocoques chez un enfant, uniquement

du fait de la masturbation, de de Amicis, qui obtint un écoulement du même genre avec une injection d'ammoniaque, viennent à l'appui de cette opinion, qui mérite pourtant d'être confirmée (Jullien).

Infection septique. — L'*infection septique* se produit surtout à l'occasion d'un traumatisme (accouchement, opération, etc.), mais, comme nous l'avons dit, il est possible, qu'à titre exceptionnel, elle reconnaisse comme voie d'apport, le coït.

Tuberculose. — La *tuberculose secondaire* des organes génitaux se fait par la voie circulatoire (bacille provenant d'organes éloignés) ou par continuité de tissus (transmission de la tuberculose péritonéale). Dans ce dernier cas, les germes semblent pénétrer la trompe aussi bien par sa périphérie que par le pavillon et, de là, gagnent l'utérus. La *tuberculose primitive*, qui frappe d'abord le col, se transmet par des instruments, par des linges souillés ou par le sperme (Verneuil et Verchère).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Bumm pensait naguère que la gonococcose, ainsi que dirait Verneuil, était une inflammation superficielle des muqueuses, que, sous son influence, les épithéliums cylindriques devenaient rapidement pavimenteux, et qu'à partir de ce moment les germes, ne pouvant plus les pénétrer, ne pullulaient que dans les sécrétions. Il niait absolument que le gonocoque pût produire la pelvi-péritonite et le phlegmon.

Mais, depuis les travaux de Wertheim, qu'il a contrôlés, son opinion s'est complètement modifiée.

Wertheim a en effet obtenu, par l'injection intra-péritonéale de cultures pures de gonocoques, une forme sèche de pelvi-péritonite que nous étudierons plus tard, et l'examen histologique de la paroi abdominale lui a démontré que les microorganismes avaient pénétré, à travers l'épithélium plat, dans les espaces lymphatiques. De plus, il a pu provoquer sur lui-même un abcès sous-cutané à gonocoques. Ces germes rentreraient donc dans la catégorie des microbes pyogènes.

Le mot *blennorrhagie* veut dire, en langage courant, *écoulement vénérien de nature spécifique* ; mais les écoulements, dits vénériens, pouvant reconnaître des causes multiples et se produire par tout autre mécanisme que le coït, ou bien il faut rendre à ce terme sa signification primitive et générale d'écoulement muco-purulent des voies génitales (*βλεννα, ρηγνυμα*) ; ou bien, ce qui vaut mieux et cor-

respond aux tendances actuelles, il faut en faire le synonyme de *gonococcose*.

Quoi qu'il en soit, il est certain que, la syphilis, la chancrelle et la tuberculose étant mises à part, le *coût virulent* joue un grand rôle dans les inflammations, tant extérieures que profondes, du système génital de la femme. A ce point de vue, la gonorrhée est plus à craindre que l'infection aiguë qui, par sa brutalité, éloigne les malades des rapports sexuels. Nöggerath, à part quelques exagérations, a bien fait la lumière sur ce point et, depuis ses travaux, la plupart des gynécologues sont tombés d'accord sur la fréquence des désastres produits, chez des femmes récemment mariées, par l'approche de maris gonorrhéiques qui pensent être guéris ou *veulent* le croire. Les prétendus accidents rapportés au voyage de nocces ou à l'initiation de la vie conjugale ne reconnaissent généralement pas d'autre cause qu'une *urétrite postérieure*.

La *leucorrhée* correspond, dans notre esprit, à ce qu'est la *blennorrhoidé* de Diday chez l'homme, c'est-à-dire, à un écoulement sans gonocoques, reconnaissant comme origine première l'intervention de ceux-ci ou des microbes pyogènes, mais ne contenant plus que des microbes de virulence très modérée, streptocoques, staphylocoques ou bacilles indéterminés.

Nous avons déjà dit que si l'*infection puerpérale* n'existait pas, à proprement parler, la notion de l'*état puerpéral* gardait toute sa valeur en tant que cause prédisposante. De même, les conditions créées par l'accouchement donnent à l'inflammation une physiologie particulière que nous chercherons à dégager.

La tuberculose génitale est *vulvo-vaginale*, *tubo-utérine*, ou encore, mais beaucoup plus rarement, *cervicale* ou *vagino-cervicale*. La forme vulvo-vaginale était naguère comprise dans le faux groupe de l'*esthiomène*.

Il est certainement assez défectueux de prendre, comme bases principales d'une classification, les phases diverses d'un même processus, à l'état aigu ou chronique; mais elles seules nous permettent, à l'heure actuelle, une étude d'ensemble et qui s'accorde avec la clinique. Tout au plus pourrons-nous établir à la suite, pour la vulvo-vaginite et la métrite, un groupement incomplet, appuyé à la fois, sur l'étiologie, l'anatomie et la clinique, et qui sera comme l'amorce de la classification attendue.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

a. En général.

Il est relativement rare que le gynécologue se trouve en présence de phénomènes inflammatoires véritablement aigus. En dehors de la période de transformation purulente de l'exsudat, ou des périodes de revivification des germes par un refroidissement, la menstruation, etc., telle suppuration étendue du petit bassin pourra ne donner lieu qu'à une fièvre très modérée, ou même nulle par intervalles. Quant à l'élément douleur, auquel on attache le plus souvent une grande importance pour la détermination opératoire, il ne peut, réduit à lui-même, qu'induire en erreur. Aussi, pour les organes profonds qui ne présentent pas de phénomènes *objectifs*, troubles sécrétoires ou autres, faut-il s'en rapporter surtout aux *antécédents* (fièvre, frissons, etc.) et aux multiples ressources de l'examen indirect qui, le plus souvent, quoi qu'on en dise, permettra de serrer de près le diagnostic avant l'ouverture du ventre. De plus, si l'on soupçonne une suppuration profonde, on tirera de précieux indices du faciès, de l'amaigrissement, de l'état de la langue (sécheresse, fuliginosité), de l'anorexie, de la diarrhée, des sueurs nocturnes. Mais tous ces signes n'ont qu'une valeur *positive*, et encore à la condition qu'ils ne se puissent rapporter à aucune autre lésion organique.

b. Particularités dépendantes des infectieux.

Gonocoque. — Le diagnostic bactériologique de la blennorrhagie n'a raison d'être que dans les cas douteux, et en particulier dans les dispensaires, avant de rendre les filles publiques à la circulation. Le gonocoque se reconnaît à son habitat intra-cellulaire, par groupes de nombreux éléments, vingt à trente (Jullien), à sa forme légèrement aplatie sur une face, à sa décoloration par la méthode de Gram (Roux, de Lyon), aux difficultés de sa culture qui ne réussit guère que dans le sérum du sang humain. Mais ces signes distinctifs, pris en particulier ou dans leur ensemble, sont encore discutables, et ne font pas foi en médecine légale. En pratique, on se contente généralement de constater le groupement intra-cellulaire après coloration au violet de gentiane ou au bleu de méthyle.

En clinique courante, il suffit ordinairement, pour dépister la

blennorrhagie, des renseignements anamnestiques : genèse de la maladie par le coït, aveux du mari ; et de la physionomie générale de l'inflammation, qui se résume dans le tableau suivant : écoulement urétral, et, dans les cas où il manque, rougeur et bouffissure du méat (Eraud), parfois épaissement de l'urètre dû à l'inflammation interstitielle, suppuration des follicules pré-urétraux et péri-urétraux (Martineau), *macules gonorrhéiques*, ou taches d'un rouge sombre à l'orifice des glandes de Bartholin (Sänger) — bartholinite — condylomes vulvaires et périvulvaires — vaginite verruqueuse — piqueté rouge de la muqueuse vaginale — écoulement purulent abondant au niveau du col, surtout quand il ne s'accompagne pas d'éversion muqueuse.

Tuberculose. — Nous verrons, à propos de chacune des localisations de la tuberculose, les difficultés que peut présenter son diagnostic clinique. En cas de doute, il faut avoir recours à l'examen histologique, et, mieux encore, à l'inoculation des liquides pathologiques dans la cavité péritonéale du cobaye. Après douze jours, on peut ouvrir l'animal et la preuve est faite (Daurios).

Infection puerpérale. — Quant aux infections puerpérales chroniques, on les diagnostiquera aux antécédents, aux traumatismes causés par l'accouchement, aux troubles de subinvolution.

MARCHE

a. En général.

Débutant par la vulve, le vagin ou l'utérus, l'inflammation se propage en surface, suivant la muqueuse, en profondeur, par l'intermédiaire des vaisseaux, ou encore par ces deux voies à la fois.

Dans l'utérus et la trompe, elle commence ordinairement par la surface de la muqueuse, pour s'étendre de là au fond des glandes, au derme muqueux, puis au muscle, sous forme de traînées péri-vasculaires.

L'inflammation de l'ovaire a, le plus souvent, son point de départ dans une péritonite localisée, provoquée par des exsudats tubaires, et l'altération gagne de la périphérie au centre. Mais la péri-ovarite peut manquer, et le point de départ de la prolifération siège alors dans l'épaisseur même de l'organe, autour des vaisseaux et des ovisacs.

Le stade franchement aigu des inflammations génitales, quand il existe, est ordinairement fort court et peut passer inaperçu. Leur développement est, en général, insidieux, et le plus souvent

le gynécologue n'est appelé à traiter que des états chroniques sur lesquels viennent s'enter, de temps à autre, des poussées subaiguës.

b. Particularités dépendantes des infectieux.

Gonocoque. — La blennorrhagie a pour caractéristiques évolutives sa propagation rapide par la voie muqueuse, sa ténacité et le contraste fréquent de sa bénignité apparente avec la gravité des complications qu'elle entraîne.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur ses modes d'invasion chez la femme.

Cependant, il paraît probable que la vaginite peut manquer, et que l'infection de l'utérus peut être le résultat d'une inoculation directe. Même dans des cas aigus, le processus peut s'arrêter à l'orifice interne, et demeurer, dans la suite, longtemps cantonné dans la cavité cervicale et l'urètre. Dans ces cas, il est probable que la matrice était préalablement saine (Boulongier), l'orifice interne non forcé (Eraud), la période menstruelle assez éloignée ; tandis que, si la blennorrhagie se greffe sur une métrite ancienne, si la menstruation survient, ou encore si, au cours d'une blennorrhagie chronique, les microbes pyogènes prennent le dessus, l'inflammation s'étend volontiers vers le corps de l'utérus ou la trompe. Dans ces conditions, le stade vagino-cervical peut ne pas dépasser une douzaine de jours.

L'inflammation péri-utérine aiguë, propre à la *blennorrhagie pure*, semble comprendre à la fois les annexes, le péritoine et le tissu cellulaire voisin, d'où le *volume considérable* de la tuméfaction ; mais elle ne dépasse pas le stade exsudatif, et peut disparaître assez vite et très complètement.

Il faut savoir que les blennorrhagies utérines, même légères en apparence, peuvent se transmettre, sans fracas, à la trompe. L'oblitération qui résulte de ces salpingites insidieuses explique la stérilité de bien des femmes mariées, et peut-être la rareté relative des accidents péritonitiques chez les prostituées qui ont un certain temps de service.

Mais il est également vrai que, depuis Nöggerath, la fréquence de la salpingite gonorrhéique a été quelque peu exagérée : dans cinquante-trois cas de gonorrhée suivis par Bumm, depuis le début jusqu'au cinquième mois, le col a été infecté 75 f. p. 100, la cavité utérine 15 f. p. 100, et la trompe, seulement 3,5 f. p. 100.

Streptocoque. — L'infection aiguë à streptocoques se propage de préférence par la voie des vaisseaux, et donne lieu à des lésions

simplement exsudatives (érysipélateuses) ou suppuratives. A l'état puerpéral, c'est le plus généralement ce dernier processus qui a lieu, avec une forme rapidement extensive, et le phlegmon suppuré du ligament large, d'ailleurs si rare, ne reconnaît probablement que cette origine.

Staphylocoques et saprophytes. — Les staphylocoques, les saprophytes, ont une action plus atténuée, plus limitée, et semblent incapables de traverser la paroi utérine, comme le fait le streptocoque (Widal).

Bacille tuberculeux. — La tuberculose débute ordinairement par la trompe, pour s'étendre de là aux ovaires et plus rarement à l'utérus. Dans ce dernier cas, elle peut rester longtemps localisée au fond de l'organe, au voisinage des cornes, et s'arrête en général à l'orifice interne. Il est probable que la tuberculose d'origine sexuelle se comporte comme la tuberculose provoquée par injection vaginale de culture, et qu'il faut lui attribuer les cas débutant par la muqueuse intra-cervicale. De même, l'on comprend qu'elle puisse se localiser sur la surface vaginale du museau de tanche, à la faveur d'une effraction du revêtement pavimenteux. Comme Jouin, nous sommes convaincus que la tuberculose utérine passe ordinairement inaperçue, surtout à ses débuts, mais nous ne pouvons partager l'opinion de cet auteur sur la fréquence de la maladie.

TRAITEMENT

a. Prophylaxie.

La prophylaxie des inflammations génitales, chez la femme, comprend surtout : des soins réguliers de toilette externe en temps normal; l'antisepsie bornée à la vulve et au vagin, ou étendue à l'utérus, dans les suites de couches, suivant l'importance de l'intervention, le degré du traumatisme, la salubrité du milieu.

Dans l'antisepsie prophylactique de l'utérus puerpéral, il faut comprendre le curettage, en cas de rétention des membranes, employé préventivement, avant tout symptôme de septicémie (Dolérès). L'extension de cette pratique, vaillamment soutenue par son auteur, aurait certainement pour résultat de supprimer bon nombre de métrite-salpingites qui, pour avoir souvent un début peu apparent, n'en sont pas moins imputables à la négligence absolue ou relative de l'accoucheur.

Comme soins préventifs ou abortifs de la blennorrhagie, on conseillera les lavages au sublimé à 1/4000 (Sänger). — Enfin, on doit

savoir que la tuberculose peut être provoquée par le coït; mais on aura surtout à se prémunir, pour les voies génitales aussi bien que pour les voies supérieures, contre le contact des objets souillés par la malade elle-même ou par son mari.

b. Traitement curatif.

1° Inflammation aiguë.

Dans les *inflammations aiguës*, le traitement *curatif* comprendra : 1° L'*antisepsie* à dose suffisante, mais plus faible que pour les états chroniques, dans la crainte des excoriations et de l'absorption, surtout si l'on a recours au sublimé. 2° Les *antiphlogistiques* [dérivation intestinale répétée tous les trois ou quatre jours à petite dose : applications glacées, révulsifs; injections (40° à 45° pour les états aigus, 45 à 50° pour les états subaigus), vaginales, intra-utérines ou rectales, suivant le siège et l'étendue des lésions; tampons imprégnés de topiques à base de glycérine]. 3° Les *calmants* : chloral, antipyrine, morphine et, de préférence, opium à doses fractionnées; mais on devra surtout compter, pour la sédation des douleurs, sur l'action secondaire de la glace et de l'eau chaude. 4° Le *repos* général et local, et une alimentation à la fois légère et réparatrice, consistant surtout en aliments liquides. L'intervention chirurgicale n'est généralement admise que dans le cas de suppuration ou d'imminence de septicémie.

2° Inflammation chronique.

Dans les *inflammations chroniques*, la thérapeutique *locale* deviendra beaucoup plus active. Mais on ne saurait trop insister, en présence de la faveur dont jouit la castration utéro-ovarienne, sur les grandes chances que l'on a de mener à bien, sans ablation d'organe, des lésions inflammatoires, même chroniques, pour peu qu'elles n'aient pas dépassé certaines limites de virulence ou de durée, et qu'on leur applique, avec persévérance et méthode, les multiples ressources de la thérapeutique conservatrice.

Il est évident qu'on ne négligera jamais le traitement diathésique, et que l'on mettra tous ses soins à relever l'état général, en insistant sur l'hydrothérapie (douches, bains salés), le massage et une hygiène appropriée.