

risation ignée et de pansements à l'iodoforme, à l'acide lactique; ou simplement, les pointes de feu répétées, les flèches de chlorure de zinc. On badigeonnera les trajets fistuleux avec la teinture d'iode, la liqueur de Villate.

La *gangrène* se traite, à la vulve comme ailleurs, par le cautère actuel et les pansements antiseptiques.

### CHAPITRE III

#### MÉTRITE

#### ÉTIOLOGIE

Il reste évidemment beaucoup à faire pour la différenciation des microbes générateurs de la métrite.

Les données les mieux établies portent sur l'infection puerpérale, la blennorrhagie et la tuberculose.

Comme nous l'avons déjà dit (chap. 1<sup>er</sup>), les *infectieux puerpéraux* ne sont pas spéciaux à la puerpéralité: ce sont des germes *pyogènes* ou *saprophytiques*, isolés ou associés, qui agissent, suivant les circonstances, au dedans comme à l'intérieur du système génital, au cours du *post-partum* ou en dehors de lui.

À l'état puerpéral, le streptocoque a été trouvé assez souvent à l'état de pureté. Il en a été de même du staphylocoque dans quelques cas, en général assez légers.

D'autre part, dans les cas d'écoulements muco-purulents chroniques, où l'on trouve les staphylocoques (Brandt, Delbet), on ne peut savoir si ces germes se rattachent à une infection puerpérale ou non puerpérale, à une infection primitive ou à une infection secondaire, à la blennorrhagie, par exemple. Mais le streptocoque a été trouvé, à l'état de culture pure, dans la métrite aiguë non puerpérale (Chantemesse: métrite streptococcique à la suite d'un traumatisme utérin), et il n'est pas douteux que les saprophytes, qui sont sans action sur les tissus normaux, puissent, en dehors de la puerpéralité, exercer primitivement leur action nocive pour peu qu'ils rencontrent des tissus caducs (fibrome sphacélé, ulcère cancéreux, etc.).

Cependant nous ne sommes pas encore en mesure de décrire, dans son ensemble, la métrite *septique* ou la métrite *saprophytique*. Et d'ailleurs, les conditions particulières attenantes à la puerpéralité: dépouillement des couches superficielles de la muqueuse, sub-

involution du muscle utérin, traumatismes, état des humeurs, donneront toujours à la métrite puerpérale aiguë ou subaiguë, une physionomie et une gravité spéciales qui en font une espèce clinique à part. De plus, à l'état chronique, la question se posera toujours de savoir si les germes septiques ou saprophytiques ont une action primitive ou secondaire à celle d'autres germes, gonocoques ou autres, tandis que l'existence de lacérations, de cicatrices, la subinvolution, permettront toujours de rapporter tel cas donné à leur origine précise.

Au double point de vue étiologique et clinique, la *métrite puerpérale* aura donc toujours une existence propre.

Il importe seulement de ne pas donner à ce terme, par rapport à la circonstance et au système organique attaqué, une spécificité qui n'existe pas.

Si l'on s'en rapporte aux examens bactériologiques, l'accord est loin d'être fait sur la fréquence de la *blennorrhagie utérine*. Éraud ne l'a observée que dans 45 p. 100 des cas de métrite qu'il a étudiés à ce point de vue. Horand, sur 483 examens d'utérus, a constaté 40 fois un écoulement utérin, et 6 fois seulement il contenait des gonocoques. La proportion des examens positifs, faits par Jullien et de Sinéty, est, au contraire, assez considérable. Steinschneider fait de l'utérus « le siège primordial et électif du gonocoque ». Avant l'intervention du microbe, Ricord, Rollet, considéraient la blennorrhagie utérine comme assez commune; Martineau, au contraire, pensait ne l'avoir observée qu'une dizaine de fois.

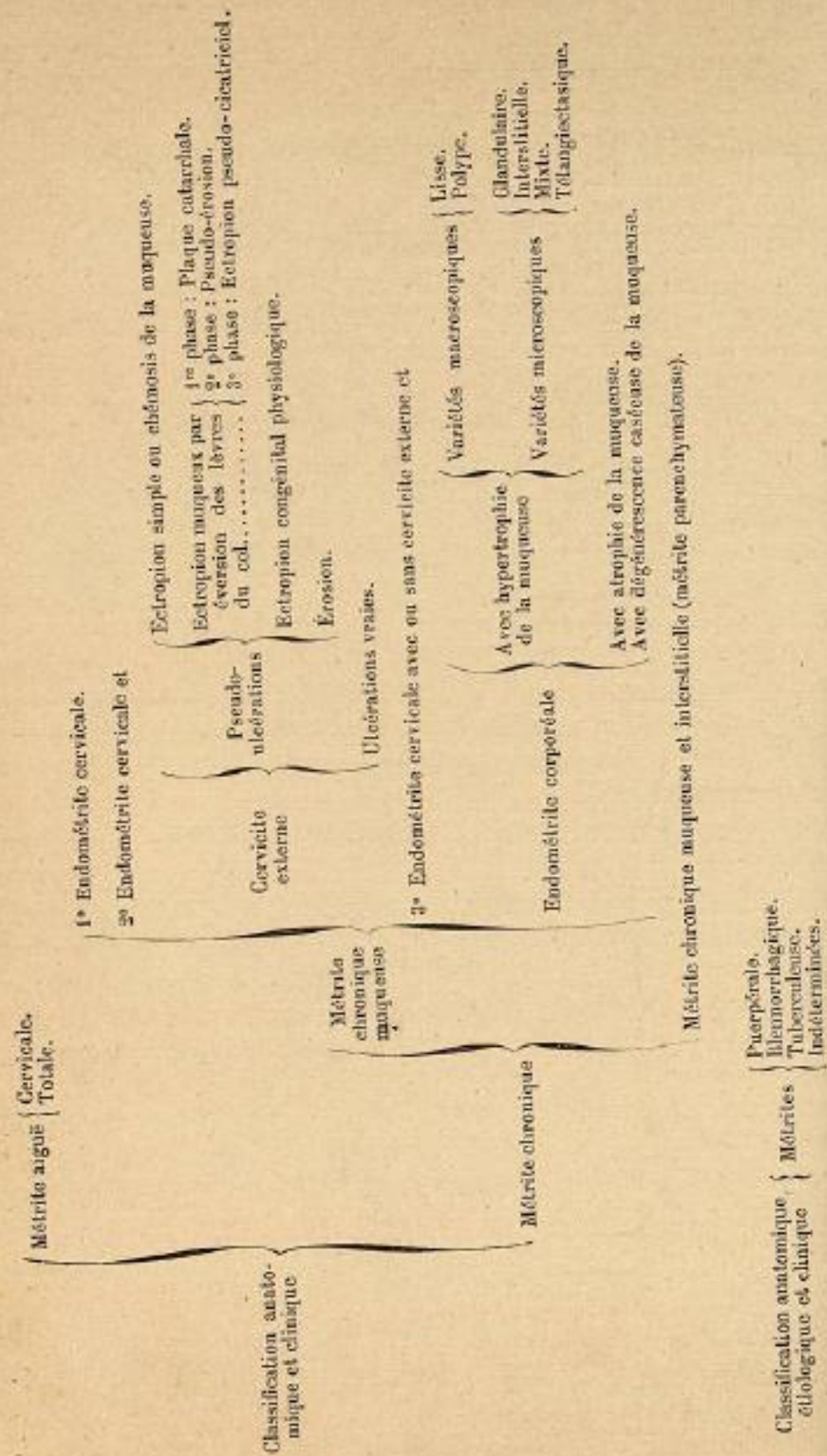
Ce qui est certain, c'est que les gonocoques sont ordinairement peu nombreux dans le mucus utérin, qu'ils semblent se cantonner ordinairement dans le col, pour disparaître assez vite (Éraud).

Aussi est-il prudent, dans les cas où l'examen du mucus cervical est négatif, de chercher autre part, dans le canal de l'urètre, dans les follicules péri-urétraux, par exemple, le critérium bactériologique, si discutable d'ailleurs.

La *tuberculose utérine* est une rareté pathologique. On connaît actuellement un certain nombre de cas de tuberculose tubo-utérine primitive; mais la tuberculose, limitée au col, est extrêmement rare (Cornil).

Pénaire, Brandt, ont trouvé, dans l'utérus, des bâtonnets et des cocci, encore indéterminés, qui semblent pathogènes.

Dans le col, même à l'état normal, on trouve des microbes. Par contre, les lésions hypertrophiques du corps, qualifiées d'endométrites, ont donné, dans un bon nombre de cas (Dœderlein, Pfannenstiel, Delbet), à l'examen bactériologique, un résultat négatif.



PATHOGÉNIE

\* Pour l'étude générale des causes prédisposantes et du transport des germes, nous renvoyons au livre VI, chap. 1<sup>er</sup>, et pour les rapports des déchirures du col avec la cervicite, au livre III, chap. III.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La métrite débute par le revêtement épithélial de la muqueuse utérine, pour s'étendre, de là, aux culs-de-sac glandulaires et au derme muqueux (*endométrite*); puis, de cette première étape, aux interstices cellulaires de la paroi musculaire (*métrite parenchymateuse*). La métrite peut demeurer localisée au col, mais il ne saurait y avoir métrite vraie du corps sans métrite du col.

a. Formes anatomiques et cliniques.

I. Métrite aiguë.

La métrite aiguë est caractérisée, d'une façon générale : au point de vue *macroscopique*, par l'épaississement, le ramollissement et la congestion de la muqueuse; au point de vue *histologique*, par l'altération de l'épithélium de revêtement et des glandes (retour à l'état indifférent, transformation muqueuse, adipeuse, hydropique, nécrose, d'après Landau); par la chute de cet épithélium; par la congestion intense et la rupture des capillaires; par l'infiltration embryonnaire du stroma, qui peut se nécroser sur une certaine épaisseur; par la dilatation des espaces lymphatiques. Mais les abcès de la paroi musculaire ne sont rien moins que prouvés.

Il se forme parfois, à la surface de la muqueuse, des fausses membranes de nature fibrineuse (*métrite exsudative* ou *croupale* des Allemands). On a également signalé l'élimination, partielle ou totale, de la muqueuse, accompagnée d'une certaine épaisseur de la paroi musculaire. Cette *métrite disséquante* (Ruge, Gusserow, Kubassow, etc.), n'a rien de commun avec la *pseudométrite exfoliatrice* qui ne comprend que la muqueuse.

La métrite aiguë est localisée au col ou totale.

II. Métrite chronique.

La métrite chronique porte, ou bien sur la muqueuse, en ne déterminant, dans la paroi conjonctivo-musculaire, que des lésions

négligeables ; ou bien intéresse, à peu près également, toute l'épaisseur de la paroi utérine.

1° Métrite chronique muqueuse.

**A. Endométrite cervicale.** — L'endométrite cervicale (ou *cervicite interne, endocervicite*) se reconnaît à la surabondance de la sécrétion muqueuse, qui est simplement trouble, ou muco-purulente et remarquable par sa viscosité. Les villosités de l'arbre de vie sont parfois sensiblement exagérées et les kystes glandulaires, quand ils existent, se manifestent sous forme de saillies pouvant atteindre 1 centimètre de diamètre (œufs de Naboth).

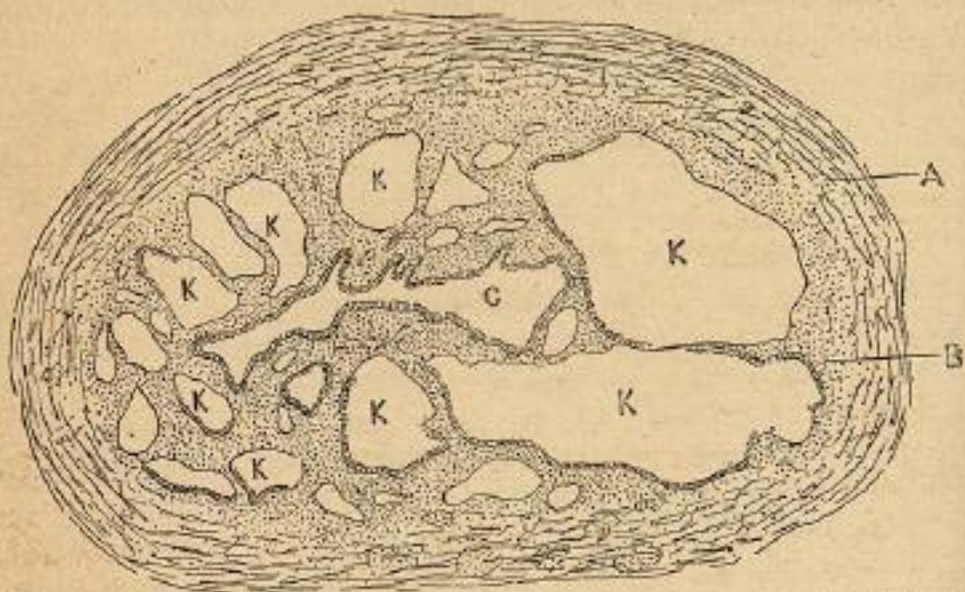


Fig. 32. — Coupe transversale totale du col dans un cas d'endométrite cervicale (Toupet). — A, musculuse; B, muqueuse; KK, kystes; C, cavité du col (Toupet).

A l'examen histologique, on trouve les cellules épithéliales les plus extérieures allongées, cylindriques, ou en transformation muqueuse. Les glandes sont plus nombreuses, plus ramifiées, oblitérées ou non sur un segment de leur trajet, d'où formation des œufs de Naboth (fig. 52). Beaucoup plus souvent que dans l'endométrite corporéale, elles s'enfoncent dans l'épaisseur de la paroi musculaire en s'aplatissant, particularité très importante au point de vue thérapeutique. Leurs cellules caliciformes prolifèrent, tout en demeurant disposées sur une seule couche; tandis que le noyau est rejeté à la base de la cellule, le corps cellulaire s'allonge énormément ou, au contraire, se renfle, s'aplatit même, suivant que le mucus est

retenu ou non. Du côté du tissu conjonctif, il y a multiplication des cellules normales et infiltration de cellules rondes. Ce dernier phénomène est parfois beaucoup plus accentué autour des glandes et des vaisseaux. L'hyperplasie des glandes, quand elle est considérable, peut donner lieu, sans participation importante du stroma, à l'hypertrophie du col (hypertrophie inflammatoire du col à forme glandulaire).

**B. Cervicite externe.** — Sous le nom de *cervicite externe*, nous comprenons les lésions inflammatoires qui se manifestent à l'extérieur du museau de tanche et sont en continuité pathogénique et anatomique, non avec la vaginite, mais avec la *cervicite interne*.

En même temps que les écoulements muco-purulents d'origine intra-cervicale, on rencontre très fréquemment, à la surface vaginale du museau de tanche et autour de l'orifice externe, sur les deux lèvres du col, ou sur l'une d'entre elles seulement, des plaques d'un rouge vif, plus ou moins suintantes, qui tranchent nettement sur le reste de la muqueuse de la portion vaginale (fig. 53).

Tantôt ces plaques rouges, par leurs plissements onduleux et frangés, rappellent l'aspect de la muqueuse intracervicale : ce sont les *plaques catarrhales* (Hart et Barbourg); tantôt elles ont une apparence *érosive*. Leur surface est à peu près lisse ou accidentée de saillies *granuleuses, papillaires, vilieuses*, ou bien, *sphériques, rénitentes* et parfois *transparentes*.

Il faut, tout d'abord, décider s'il s'agit, ou non, d'*ulcérations vraies*, ainsi que le pensaient les anciens auteurs. D'après les travaux de Fischel, Döderlein, il n'est pas douteux qu'il puisse se produire, au pourtour de l'orifice externe, des pertes de substance mettant à nu le tissu cellulaire. Mais ces *ulcérations*, qui se rattachent à la chute directe de l'épithélium ou à des bourgeonnements papillaires, sont très limitées et entées sur des *pseudo-ulcérations recouvertes d'épithélium cylindrique*.

Au-dessous de cet épithélium cylindrique, on trouve des papilles ordinairement saillantes, parfois complètement effacées et, le plus souvent, des glandes, kystiques ou non. Ces glandes sont analogues aux glandes intra-cervicales; Cornil a cependant signalé dans un cas de véritables glandes sébacées.

Faut-il rattacher ces *pseudo-ulcérations* à l'érosion ou dépouillement incomplet du corps muqueux de Malpighi, dont persisterait la couche basale? à l'*ectropion* de la muqueuse endocervicale? à une *anomalie congénitale*? Ces différentes théories ont été soutenues et chacune d'elles nous paraît avoir sa raison d'être.

Celle qui admet l'érosion bornée aux couches superficielles de

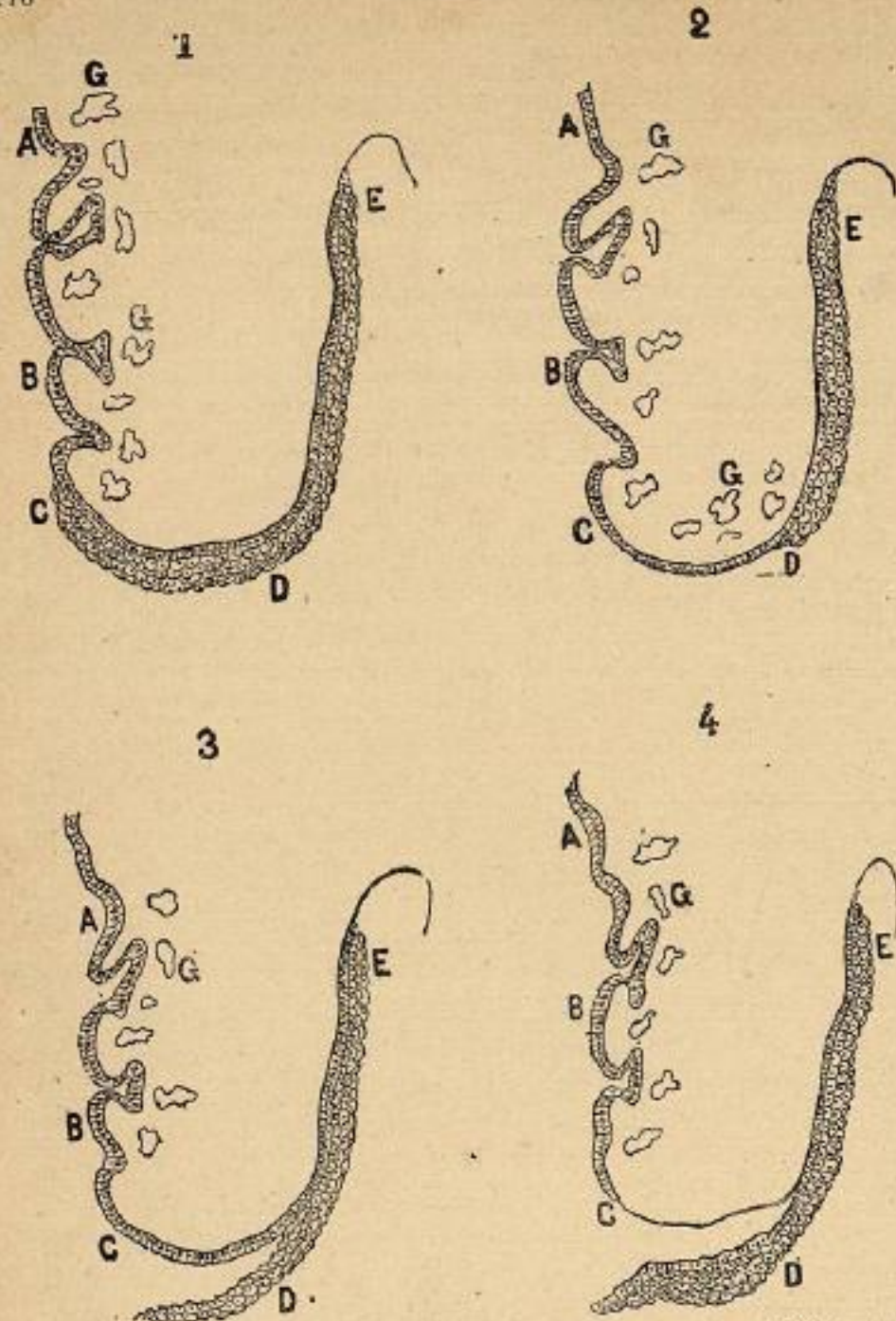


Fig. 53. — Cervix externe (1<sup>er</sup> schéma) (Paul Petit et S. Bonnet). — 1, État normal : ABC, surface endocervicale avec son revêtement d'épithélium cylindrique et les plicatures de l'arbre de vie dont les dépressions se prolongent dans la profondeur sous forme de glandes GG; C correspond à l'orifice externe; CDE, surface vaginale du col avec son revêtement pavimenteux. — 2, Ectropion congénital physiologique : ABC, surface endocervicale; CDE, surface vaginale; de C à D, l'épithélium est cylindrique et recouvre des glandes G, sans qu'il y ait pour cela éversion des lèvres du col. — 3, Erosion vraie : de C à D, il y a desquamation des couches superficielles du réseau de Malpighi, mais la couche basale persiste. — 4, Ulcération : de C à D, desquamation complète de l'épithélium; le tissu cellulaire est mis à nu.

l'épithélium pavimenteux (Ruge et Veit, Fischel, Landau et Abel, Cornil), ne peut certainement s'appliquer à tous les faits; elle ne peut expliquer, en particulier, ceux dans lesquels on trouve des

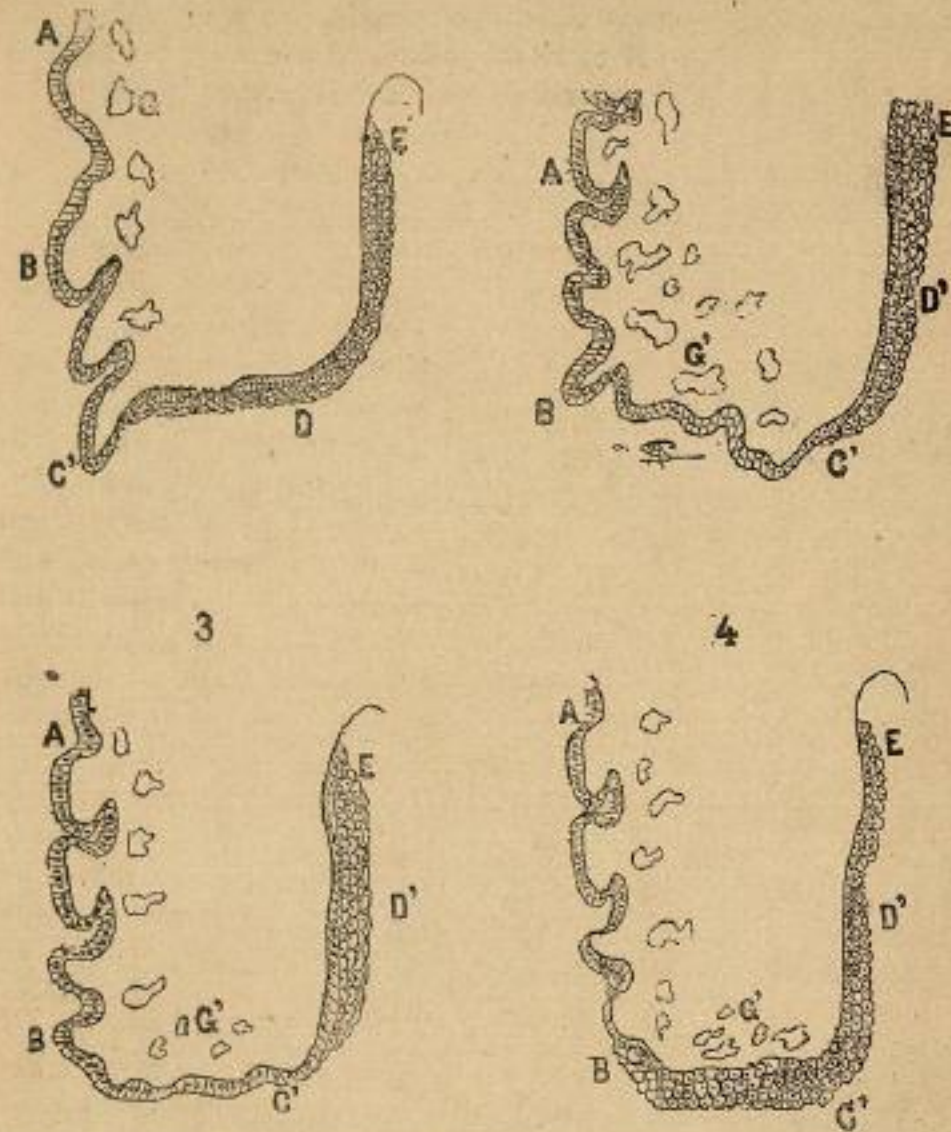


Fig. 54. — Cervix externe (2<sup>e</sup> schéma) (Paul Petit et S. Bonnet). — 1, Chémosis de la muqueuse : le point C est reporté en C' par suite de la hernie de la muqueuse à travers l'orifice externe. — 2, Plaque catarrhale, due à l'éversion des lèvres du col qui a transporté le point D en D' et le point C en C', de telle sorte que l'orifice externe se trouve correspondre au point B et que la surface vaginale du col recouvre de B à C' des glandes G'. — 3, Plaque pseudo-érosive, se distinguant surtout de la précédente par le nivellement des villosités. — 4, Ectropion pseudo-cicatriciel : transformation de l'épithélium cylindrique, compris de B à C', en épithélium pavimenteux.

culs-de-sac glandulaires, sous la pseudo-ulcération, à une grande distance de l'orifice externe et jusque sous le revêtement pavimenteux stratifié qui l'entoure. On a répondu à cette objection en di-

sant : 1° Qu'il s'agissait de glandes à direction très oblique. Mais on en trouve parfois beaucoup trop loin de l'orifice externe pour que cette hypothèse soit admissible. D'autre part, il est des plaques, d'apparence érosive, qui en sont complètement dépourvues : à cette particularité pathologique il faut une explication particulière et la théorie de l'érosion lui convient justement très bien; 2° Ruge et Veit ont avancé qu'il s'agissait de néoformations glandulaires. Mais cette assertion, acceptée bénévolement par plusieurs auteurs (Martin, Abel et Landau, etc.), n'a pas été démontrée et nous nous demandons, avec Cushing, si les invaginations épithéliales qu'ont vues Ruge et Veit ne représentaient pas un début d'épithélioma.

Que l'épithélium cylindrique de la pseudo-ulcération se continue directement avec la couche basale de l'épithélium pavimenteux circonférentiel; que l'apparence papillaire s'accorde avec le dépouillement des papilles dermiques, on peut fort bien l'admettre. Mais ces constatations ne sont en rien contraires à la théorie de l'ectropion : le passage insensible de l'épithélium cylindrique à l'épithélium pavimenteux est un fait normal à l'embouchure du museau de tanche et l'apparence papillaire, simplement granuleuse même, peut être également due aux végétations de l'arbre de vie. Celles-ci, en effet, au voisinage de l'orifice externe, sont beaucoup moins développées et se présentent comme de simples vallonnements de transition entre les végétations arborescentes situées plus haut et les papilles vaginales.

Quoi qu'il en soit, on ne voit pas pourquoi la leucorrhée cervicale, qui produit, au-dehors de la vulve, la dermatite intertrigineuse, ne provoquerait pas des effets analogues au voisinage même de sa production. Si la théorie de l'érosion ne convient pas aux pseudo-ulcérations folliculaires, à ces cas où l'éversion simple de la muqueuse intra-cervicale est évidente, aux pseudo-ulcérations puerpérales avec ectropion des lèvres du col, appréciables sous le doigt jusqu'aux limites de la lésion superficielle, nous ne nous opposons pas à ce qu'on lui attribue d'autres cas : telles sont, en particulier, les pseudo-ulcérations qui naissent à une certaine distance de l'orifice externe, en plein épithélium pavimenteux, et la plupart de celles qui relèvent de la blennorrhagie, sans addition de traumatisme puerpéral.

Mais la théorie de l'ectropion de la muqueuse endocervicale, compliqué d'inflammation, répond à la généralité des faits. L'ectropion muqueux s'accompagne, ou non, de l'éversion de la paroi musculaire sous-jacente. Dans le premier cas, ou bien l'éversion se reconnaît facilement, ainsi que les lacérations qui l'ont déterminée; ou bien

elle est dissimulée, soit par le décollement du vagin, soit par le tassement progressif du stroma cervical, quand la déchirure est peu prononcée. Dans le second cas, la muqueuse éversée se présente, à travers la dilatation traumatique ou inflammatoire du col, sous forme d'un liséré rose vif, périostial, qui ne permet guère l'erreur.

La pseudo-ulcération pourrait encore être le fait d'une anomalie congénitale. On fixe généralement au niveau de l'orifice externe du col la ligne d'union de l'épithélium cylindrique et de l'épithélium pavimenteux. Mais, en réalité, elle peut se déplacer, tantôt vers la cavité cervicale, tantôt vers le vagin. La première alternative a été élucidée par Friedländer, Lott, Landau et Abel, etc. La seconde, qui nous intéresse davantage, par Fischel. Sur vingt-huit examens d'utérus de nouveau-nés, cet auteur a constaté, dix fois, qu'à partir de l'orifice externe, la surface vaginale du museau de tanche était recouverte, sur une étendue plus ou moins grande, d'épithélium cylindrique. Cet *ectropion congénital physiologique* (Fischel), qui résulte, en somme, de la non-transformation de l'épithélium cylindrique des conduits de Müller en épithélium pavimenteux, comporte, non seulement un revêtement de cellules cylindriques qui peut être entrecoupé d'îlots de cellules plates, mais aussi des glandes en grappe analogues aux glandes intra-cervicales. Chez l'adulte, il peut persister dans son intégrité (Abel et Landau). Mais, plus souvent encore, l'épithélium de revêtement, ayant fini par subir l'évolution normale, les glandes persistent (Klotz) et deviennent une amorce pour les *érosions* futures.

Nous ne ferons que signaler, en passant, la théorie inadmissible de Schröder, d'après laquelle l'épithélium cylindrique du col s'avancerait au-dessous de l'épithélium pavimenteux du vagin pour le remplacer.

En résumé : 1° Au point de vue histologique, la pseudo-ulcération peut être : soit un *ectropion de la muqueuse intra-cervicale associé à l'inflammation épithéliale ou, à la fois, épithéliale et dermique, compliqué, ou non, d'éversion des lèvres du col*; soit une *érosion du revêtement pavimenteux de la surface vaginale du col, favorisée, ou non, par la présence de glandes anormales, d'origine congénitale*; soit une *anomalie congénitale, par défaut de transformation de l'épithélium müllérien*. Cette anomalie a été dénommée par Fischel *ectropion congénital physiologique*, terme défectueux d'ailleurs, le mot *ectropion* indiquant un changement d'habitat qui, dans l'espèce, n'a pas lieu. L'*ulcération vraie* semble n'être jamais que partielle et entée sur la pseudo-ulcération, au même titre que l'*érosion folliculaire*, dont

nous n'avons pas encore parlé, et qui résulte de l'éclatement des œufs de Naboth.

2° Au point de vue macroscopique et clinique, tantôt la pseudo-ulcération rappelle l'aspect de la muqueuse intra-cervicale, peu ou pas modifiée par l'inflammation interstitielle, et cet aspect correspond à une réalité anatomique : c'est la *plaque catarrhale*; tantôt elle revêt les apparences d'une *érosion* qui peut n'être qu'une *pseudo-érosion*.

La *plaque catarrhale* se distingue : de l'*érosion* en général, par son aspect; de l'*érosion vraie*, par l'existence fréquente de saillies glandulaires (aspect folliculaire), et, en outre, s'il faut en croire Abel et Landau, par la nature de son épithélium dont les éléments seraient plus élevés, plus larges et pourvus de cils vibratiles. Elle comprend l'*ectropion muqueux, simple* (chémosis) ou *compliqué d'éversion, d'origine traumatique ou inflammatoire*, et l'*ectropion congénital*. Est-il possible d'opter entre ces deux origines? Nous serions assez portés à attribuer à l'*ectropion congénital* les cas, peu communs d'ailleurs, de plaques catarrhales assez étendues, sans déchirure, sans induration ni hypertrophie du col (fig. 55). Il faut savoir aussi que la séparation des deux lèvres du col ne suffit pas à écarter cette hypothèse pathogénique, attendu que la même disposition peut être congénitale; Fischel l'a constatée chez le nouveau-né et l'a retrouvée, au cours de la grossesse, chez des femmes qui n'avaient jamais accouché.

L'*érosion macroscopique* comprend : 1° des *érosions vraies de l'épithélium pavimenteux périostial*; 2° des *pseudo-érosions*, qui sont, en réalité, des *plaques catarrhales modifiées par l'inflammation dermique de la muqueuse endocervicale extériorisée*, et qui se distinguent des premières par l'aspect folliculaire et les caractères généraux de l'*éversion*, compliquée, ou non, d'*ectropion*, sur lesquels nous avons suffisamment insisté.

L'aspect lisse des pseudo-ulcération serait dû, d'après Fischel, à l'effacement des papilles par le gonflement du derme muqueux.

Les saillies qui donnent l'aspect *papillaire*, avec ses variétés *granuleuse, villose*, peuvent être dues au dépouillement incomplet (érosion), ou parfois complet en certains points (ulcération), des papilles vaginales — à l'ectopie de l'arbre de vie — mais non pas, comme l'ont avancé Ruge et Veit, à des travées intermédiaires à des néoglandes.

La pseudo-ulcération étant constituée, l'épithélium pavimenteux peut, à un moment donné, reprendre ses droits et se substituer, soit concentriquement, soit par des travées irrégulières, à l'épithé-

lium cylindrique qui la recouvrait. S'il s'agissait d'une plaque catarrhale ou pseudo-érosive, la guérison ne sera donc qu'appa-



Fig. 55. — Métrite cervicale subaiguë (Grossissement de 35 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet). — Coupe perpendiculaire à l'une des lèvres d'un col qui était de petit volume, conique, plutôt diminué de consistance et peu épais. — ABC, surface endocervicale, avec les saillies de l'arbre de vie coupées en long *ss*, et en travers ou obliquement *s's'*; GG, enfoncements glandulaires s'ouvrant entre les plicatures de l'arbre de vie; de C à C, vers l'orifice du museau de lanche. Ilot d'épithélium pavimenteux; CDE, plaque catarrhale d'origine indéterminée offrant une complète analogie avec l'arbre de vie endocervical ABC; S, stroma infiltré de cellules embryonnaires, surtout vers les bords de la coupe et au voisinage de l'orifice externe; VV, petits vaisseaux énormément dilatés.

rente, car, au-dessous de l'épithélium plat, persisteront des glandes enflammées. Cet *ectropion pseudo-cicatriciel* coïncide généralement avec des lésions parenchymateuses assez accentuées (fig. 56 et 57).

Mais il faut savoir que les glandes extra-cervicales ne sont pas toujours d'origine pathologique. Nous rappellerons, en effet, que ces glandes, kystiques ou non, peuvent se rapporter à l'épidermisation tardive de l'ectropion congénital, et, par suite, exister comme glandes normales, ou du moins non enflammées, dans un stroma normal et sous

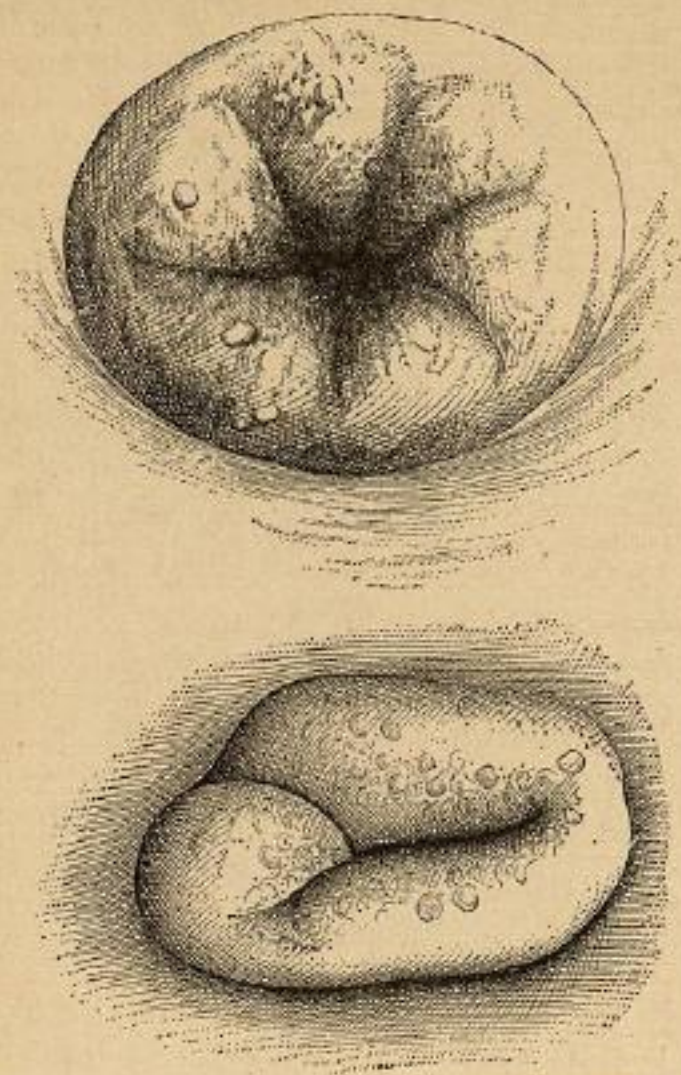


Fig. 56. — Ectropion pseudo-cicatriciel avec déchirure bilobée et étoilée (d'après Emmet).

un revêtement normal. Il ne faut donc pas conclure, de simples saillies folliculaires à la surface d'un col, d'apparence saine par ailleurs, à l'antécédence nécessaire d'une endocervicite et à la coexistence de lésions plus ou moins profondes du stroma.

C. **Endométrite corporéale.** — Ainsi que le fait remarquer Treub, dans la grande généralité des écoulements utérins manifestement inflammatoires, muco-purulents, on ne retire du corps de

l'utérus que des débris insignifiants, à peine propres à l'examen histologique. Or la propagation au corps de l'utérus est probable dans une partie de ces cas, étant données les douleurs utérines, actuelles ou antérieures, la consistance moins dense de l'écoulement, et la salpingite concomitante.

Nous verrons, d'autre part, que les *hyperplasies* de la muqueuse utérine peuvent exister en dehors de l'inflammation.

Il paraît donc plus rationnel d'admettre que la métrite chronique détruit, plutôt qu'elle n'hypertrophie, le revêtement interne de l'utérus, et que les endométrites, dites *hypertrophiques*, ne méritent pas ce nom ou ne sont que la combinaison de deux maladies, l'une, de nature inflammatoire, qui est localisée au col ou généralisée, et l'autre, d'ordre purement trophique (Treub).

Le fait n'est pas douteux pour la *pseudo-métrite déciduale* et la *pseudo-métrite exfoliatrice* que nous reportons au livre VII. Mais il faut faire des réserves pour les hypertrophies glandulaires et interstitielles, que nous étudierons donc ici, suivant l'usage.

a. **ENDOMÉTRITE CORPORÉALE AVEC HYPERTROPHIE DE LA MUQUEUSE.** — La muqueuse corporéale présente communément, lorsqu'elle est hyperplasiée, 3, 4, 5 et, parfois, jusqu'à 10 et 15 millimètres d'épaisseur, au lieu de 1 millimètre, chiffre normal. Elle est tomenteuse, friable et se détache facilement, tandis qu'à l'état sain elle est de consistance ferme et adhère davantage au stroma sous-jacent. Elle présente simplement de petites saillies, alternant avec des dépressions, ou bien de véritables végétations qui, à un certain degré de développement, prennent l'apparence et le nom de *polypes*.

Ce qui distingue essentiellement la variété *glandulaire* de l'hyperplasie muqueuse, c'est la prédominance, du côté des glandes, des phénomènes progressifs et leur énergie histogénétique qui se manifeste, grâce à l'absence de barrière sous-muqueuse, jusque dans l'épaisseur du muscle utérin. C'est aussi la tendance des tissus hyperplasiés à persister, sinon à s'accroître, caractère qui les rapproche du néoplasme et donne peut-être la clef de la transformation trop fréquente de l'hyperplasie simple en épithélioma.

Les glandes, d'abord à peu près perpendiculaires à la surface de la muqueuse, se contournent et s'élargissent d'autant plus qu'on se rapproche davantage de la profondeur. Elles peuvent atteindre jusqu'à dix fois leur longueur normale (Cornil) et présentent parfois, çà et là, en particulier chez les vieilles femmes, de petits kystes, analogues aux œufs de Naboth du col, mais qui renferment un liquide moins consistant. Il est difficile de dire s'il y a simplement augmentation des dimensions et des sinuosités normales des

glandes (hypertrophie), ou bien aussi augmentation de leur nombre (hyperplasie). Leur revêtement épithélial est formé d'une seule couche de cellules cylindriques allongées et renflées, nettement séparées du tissu conjonctif ambiant par une bordure de cellules plates. Un certain nombre ont conservé leurs cils vibratiles (Cornil). Les autres sont remplies de mucus vers leur bord libre. Çà et là se



Fig. 57. — Coupe d'un fragment de muqueuse utérine obtenu par le curetage explorateur : *Etat normal* (Grossissement de 35 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet).

voient des phénomènes de kariokynèse. Les tubes glandulaires renferment des globes muqueux et des cellules migratrices; Cornil les a vus parfois comblés par des cylindres hyalins analogues à ceux de l'albuminurie chronique. Du côté du stroma conjonctif, il y a gonflement des cellules normales, diapédèse plus ou moins active et dilatation des vaisseaux.

Dans l'hyperplasie *interstitielle*, la prolifération porte uniquement

sur le tissu conjonctif. Les glandes se présentent absolument comme dans un tissu normal, mais sont plus rares, du fait même de leur écartement par le tissu conjonctif hypertrophié.

D'après Meyer, les cellules conjonctives peuvent, non seulement se gonfler et proliférer, mais prendre l'aspect de véritables cellules déciduales, fusiformes ou géantes. Il est probable que, dans ces

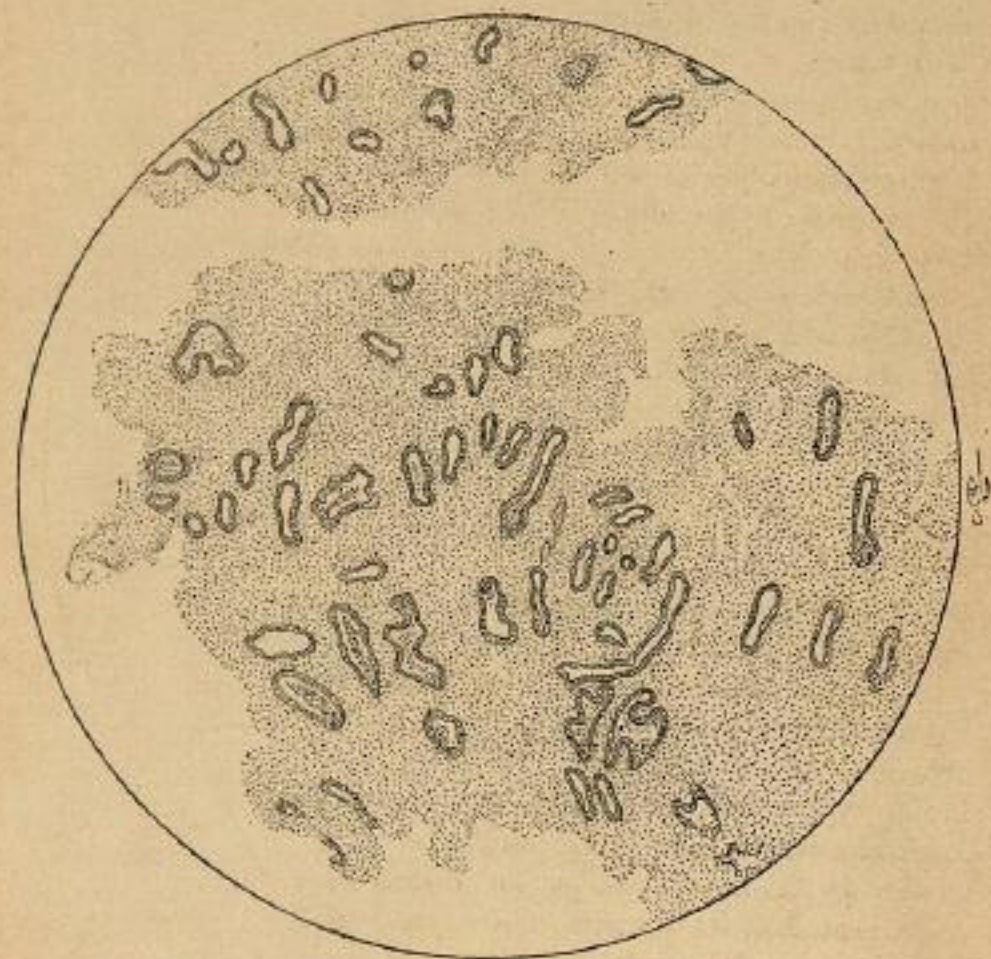


Fig. 58. — Coupe d'un fragment de muqueuse utérine obtenu par le curetage : *Hyperplasie à forme mixte* (Grossissement de 35 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet).

cas, on a affaire à la *pseudo-métrite déciduale* dont nous parlerons plus tard.

De Sinéty a décrit une forme d'endométrite interstitielle caractérisée par des végétations purement embryonnaires. Mais il est le seul à l'avoir observée.

Dans l'hyperplasie *mixte* (fig. 58), la prolifération est également répartie entre le tissu interstitiel et les glandes.



Enfin la forme *hémorrhagique*, ou mieux, *télangiectasique*, est caractérisée par l'abondance et l'ectasie des capillaires, surtout vers la surface de la muqueuse. Dans cette forme, le tissu interstitiel est ordinairement prédominant.

Il est d'usage de décrire à part la forme polypeuse de l'hyperplasie endométritique. Mais les *polypes muqueux* ne présentent de particulier que leurs caractères macroscopiques. Ordinairement allongés, en forme de langue de chat, parfois arrondis, rougeâtres, d'une consistance toute spéciale, lisses ou grenus à leur surface, ils se rencontrent, de préférence, dans le col et peuvent arriver à pendre dans le vagin. Les variétés de leur structure histologique correspondent absolument à celles que nous venons d'énumérer pour la forme hypertrophique non polypeuse. Ainsi, le polype muqueux peut être *glandulaire*, *fibro-muqueux* (forme correspondant à l'endométrite interstitielle), *télangiectasique*.

b. ENDOMETRITE CORPORALE AVEC ATROPHIE DE LA MUQUEUSE. — Nous verrons, au chapitre VII, comment se présente l'atrophie de la muqueuse au niveau des myomes à développement intra-utérin.

Sous le nom d'endométrite *atrophique* des vieilles femmes (Heitzmann, Klob), sont comprises des lésions qui ne sont que le dernier terme des proliférations interstitielles ou qui résultent du travail des bacilles sur des tissus normalement dégénérés. Ici le stroma interglandulaire est sclérosé, les glandes du corps, atrophiées; l'épithélium de revêtement subit la transformation pavimenteuse ou disparaît par places; les ulcérations qui en résultent fournissent du pus, ou même du sang; les vaisseaux peuvent demeurer très abondants.

c. DÉGÉNÉRESCENCE CASEEUSE. — Cette lésion n'est pas moins utile à connaître que la précédente, au point de vue du diagnostic différentiel de l'inflammation et de l'épithélioma. Elle se rencontre également chez les femmes d'un certain âge, et se présente sous forme d'un magma nécrobiotique, analogue à celui du coryza caseeux (Bouilly), d'odeur infecte et très adhérent aux tissus sous-jacents.

#### 2° Métrite chronique parenchymateuse.

Sous le nom de métrite chronique *parenchymateuse*, il faut entendre, faute d'un meilleur terme, l'inflammation chronique de toute l'épaisseur de la paroi utérine. Mais, de même que pour l'endométrite, les lésions attribuées à l'inflammation interstitielle peuvent fort bien correspondre aussi à de simples troubles névro-vasculaires.

Les lésions muqueuses nous sont connues.

Les lésions sous-muqueuses consistent dans l'hypergénèse et la

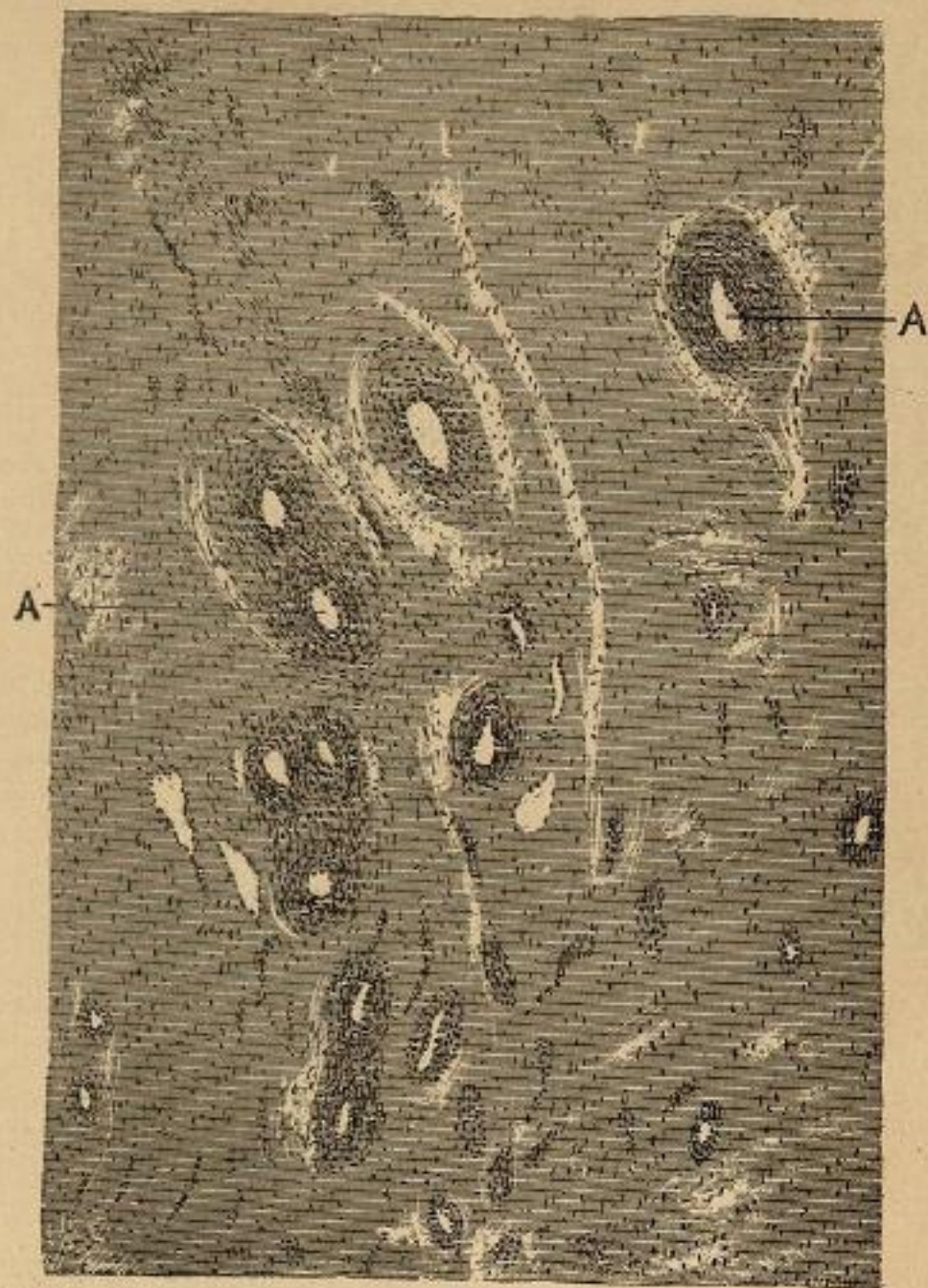


Fig. 50. — Lésions des tissus sous-muqueux dans la métrite chronique parenchymateuse (Toupet). — AA, vaisseaux.

sclérose du tissu conjonctif intermusculaire qui prend la place des fibres lisses de la paroi et de ses vaisseaux dont la lumière s'ef-

face (fig. 59). Comme le tissu conjonctif néoformé ne subit pas la rétraction cicatricielle, la lésion aboutit à l'hypertrophie fibreuse de la région atteinte.



Fig. 60. — Métrite chronique parenchymateuse du col (Grossissement de 43 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet). — Coupe perpendiculaire à l'axe des lèvres du col : ABC, surface endocervicale après le curettage qui a nivelé à peu près l'arbre de vie, mais n'a pu atteindre un grand nombre de glandes GG, situées dans l'épaisseur du stroma; C, niveau de l'orifice externe; CDE, ectropion de la muqueuse endocervicale dû à l'éversion des lèvres du col; de C à D, l'épithélium est cylindrique; de D à E, il est pavimenteux (ectropion pseudo-cicatriciel). Au-dessous de cet épithélium extériorisé court une chaîne de glandes G' G', parallèle à la chaîne de glandes endocervicales GG; FF, stroma fibreux dans lequel se voient encore quelques faisceaux musculaires m, m.

Les points de départ de la sclérose paraissent être les parois des glandes et des vaisseaux et le revêtement muqueux. De ces points

l'on voit partir des travées fibreuses qui s'enfoncent, comme autant de coins, dans le tissu sous-jacent.

Les lésions des tissus sous-muqueux sont ordinairement plus prononcées dans le col que dans le corps. Parfois même l'on peut dire qu'il y a métrite parenchymateuse du col avec endométrite du corps (fig. 60).

Les glandes cervicales intra-musculaires, emprisonnées par le tissu fibreux, deviennent kystiques (hypertrophie scléro-kystique du col), ou disparaissent, après dégénérescence graisseuse de leur épithélium (Ruge et Veit). Quand ce processus est poussé un peu loin, le col peut être transformé en un véritable bloc fibreux.

#### b. Formes étiologiques, anatomiques et cliniques.

##### I. Métrite puerpérale.

La métrite puerpérale a été étudiée, à l'état aigu, par Vidal, et, plus complètement encore, par Bumm dont nous résumerons les travaux.

Les germes putrides ne donnent qu'une endométrite localisée. Ils occupent uniquement la zone superficielle de la caduque, dont ils déterminent la nécrose sous forme d'une bouillie brunâtre. Au-dessous de cette zone se trouve une couche granuleuse dépourvue de microbes et chargée de les arrêter.

Les germes septiques, streptocoques et staphylocoques, peuvent également ne produire qu'une endométrite localisée, dans laquelle on distingue une couche superficielle nécrotique et une zone de réaction. La couche nécrotique est purulente ou diphtéroïde, à moins que des germes saprophytes ne provoquent la putréfaction, auquel cas elle prend l'aspect signalé plus haut.

Quand l'endométrite localisée guérit, le derme muqueux se régénère aux dépens de la couche granuleuse et le revêtement épithélial se reproduit grâce à la conservation d'un certain nombre de culs-de-sac glandulaires.

Comme l'a soutenu Vidal, Bumm a constaté que les streptocoques seuls pouvaient pénétrer le tissu musculaire. Il pense cependant qu'il faut faire quelques réserves, à ce sujet, pour la forme thrombotique; le tissu à vitalité amoindrie du thrombus peut, en effet, offrir un bon terrain de culture à plusieurs sortes de microorganismes.

L'endométrite streptococcique peut se transmettre au muscle utérin par les lymphatiques, par les veines, ou par ces deux voies à la fois.

Quand la transmission se fait par les lymphatiques, la zone de réaction n'est qu'à l'état de vestige, et, en bien des points, le tissu nécrotique de la muqueuse se continue directement avec la paroi musculaire. Les germes suivent les gros troncs lymphatiques ou les espaces inter-musculaires (érysipèle utérin), se propageant ainsi jusqu'au péritoine.

Quand la transmission est uniquement veineuse, on observe, au contraire, au-dessus de l'eschare de la muqueuse, une zone embryonnaire très nette.

Les différences dans l'évolution ultérieure de l'infection (limitation au tissu utérin ou généralisation), s'expliquent par le degré de virulence des bactéries et par certaines conditions locales favorisant, ou non, leur extension (moindre développement des vaisseaux à la suite de l'avortement qu'après l'accouchement à terme, béance des vaisseaux dans le cas de subinvolution utérine...).

## II. Métrite blennorrhagique.

Nos connaissances, relativement à la métrite blennorrhagique, se réduisent à peu de chose.

Il semble avéré que le gonocoque ne dépasse pas les limites du derme muqueux. D'après Éraud, Aubert, de Sinéty, Bumm, Steinbach, il resterait le plus souvent cantonné dans le col. Les exceptions à cette règle coïncident avec l'effraction de l'orifice interne chez les multipares ou avec des cathétérismes intempestifs.

## III. Métrite tuberculeuse.

Mettant de côté les faits de tuberculose transmise à l'utérus par la voie circulatoire, nous aurons seulement en vue la tuberculose utérine d'origine tubaire et la tuberculose utérine primitive.

La tuberculose utérine d'origine tubaire, ou descendante, s'arrête ordinairement à l'orifice interne et coïncide avec des lésions semblables d'autres organes, du péritoine pelvien en particulier.

La tuberculose utérine primitive, ascendante, beaucoup plus rare encore que la forme précédente, se localise d'abord dans le col.

Pour les tubercules de la surface vaginale du col, voir chap. II.

La tuberculose utérine à forme endométritique (Daurios), ou mieux parenchymateuse, intéresse surtout la muqueuse, mais s'infiltré, en même temps, plus ou moins loin, et dès ses débuts, dans la paroi musculaire qui est toujours notablement hypertrophiée.

Enfin, les lésions peuvent siéger uniquement dans l'épaisseur du

muscle et, dans ce cas, l'augmentation de volume de l'utérus, quand elle existe, est toujours peu marquée; c'est la forme *interstitielle* ou *intra-musculaire* (Daurios).

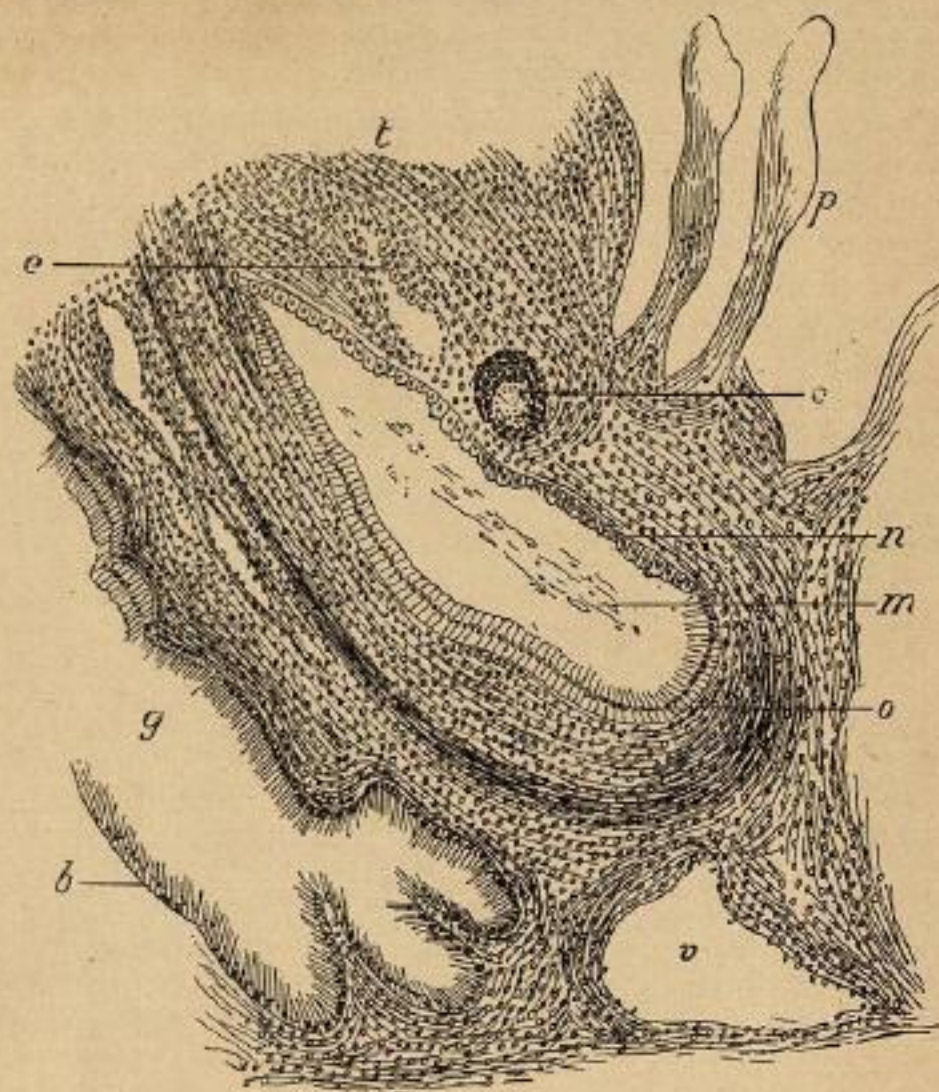


Fig. 61. — Tuberculose intra-cervicale (Grossissement de 35 diamètres) (Cornil). — p, papilles et végétations superficielles; t, tissu conjonctif contenant beaucoup de cellules rondes; e, fissure dans un tissu tuberculeux où l'on voit des cellules épithélioïdes appartenant à un follicule tuberculeux; c, cellule géante; n, revêtement épithélial d'une glande, au niveau d'un follicule tuberculeux et présentant des cellules épithéliales grosses et ramassées; o, revêtement épithélial formé de longues cellules; m, mucus contenu dans la glande; b, cellules épithéliales très allongées d'une glande; v, vaisseau.

Avant la période d'ulcération, les tubercules de la muqueuse utérine ne sont pas visibles à l'œil nu et il ne faut pas s'attendre à les trouver constitués au grand complet, comme les follicules des séreuses. Dans un cas de tuberculose intra-cervicale au début,

examiné par Cornil, ceux qui se montraient au milieu du derme muqueux étaient uniquement représentés par des cellules géantes, les cellules embryonnaires circonvoisines se fusionnant d'une façon insensible avec le tissu inflammatoire. Au voisinage des glandes, on voyait des sortes d'ébauches de follicules, constitués par des cellules géantes et par la transformation épithélioïde des

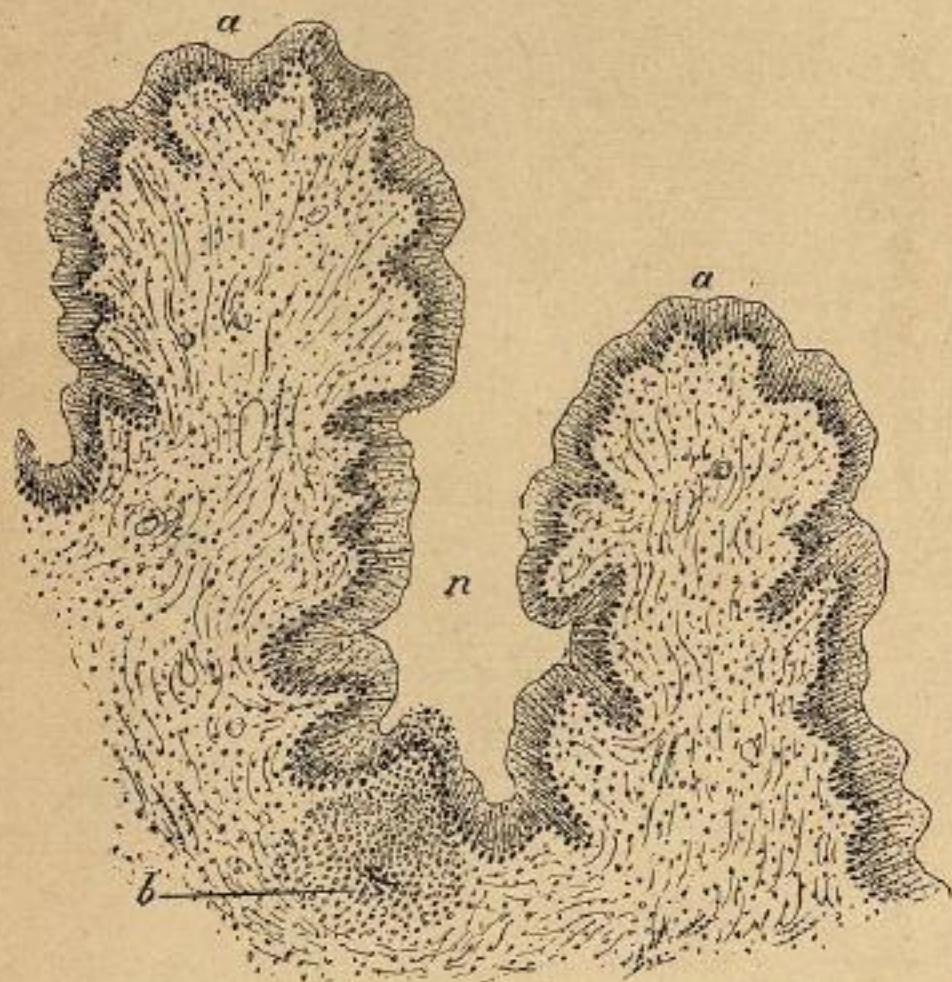


Fig. 62. — Tuberculose expérimentale du col (Grossissement de 57 diamètres) (Cornil). — a, a, villosités de l'arbre de vie; n, dépression comprise entre deux villosités; b, granulation tuberculeuse.

cellules de revêtement les plus proches (fig. 61). Par ailleurs, le tissu conjonctif de la muqueuse et les glandes présentaient les caractères généraux de l'inflammation. Plus profondément, entre les faisceaux musculaires, on trouvait des follicules types.

En injectant dans le vagin de cobayes des cultures de bacilles tuberculeux, Cornil est arrivé à déterminer des lésions tubercu-

leuses du col qui, à l'intérieur de la cavité cervicale, se sont manifestées tout d'abord sous forme de granulations élémentaires sous-muqueuses, semées de quelques cellules épithélioïdes. L'épithélium de revêtement était demeuré intact (fig. 62).

A la période d'ulcération de la tuberculose endométritique, la muqueuse utérine est convertie, par places ou sur toute son étendue,

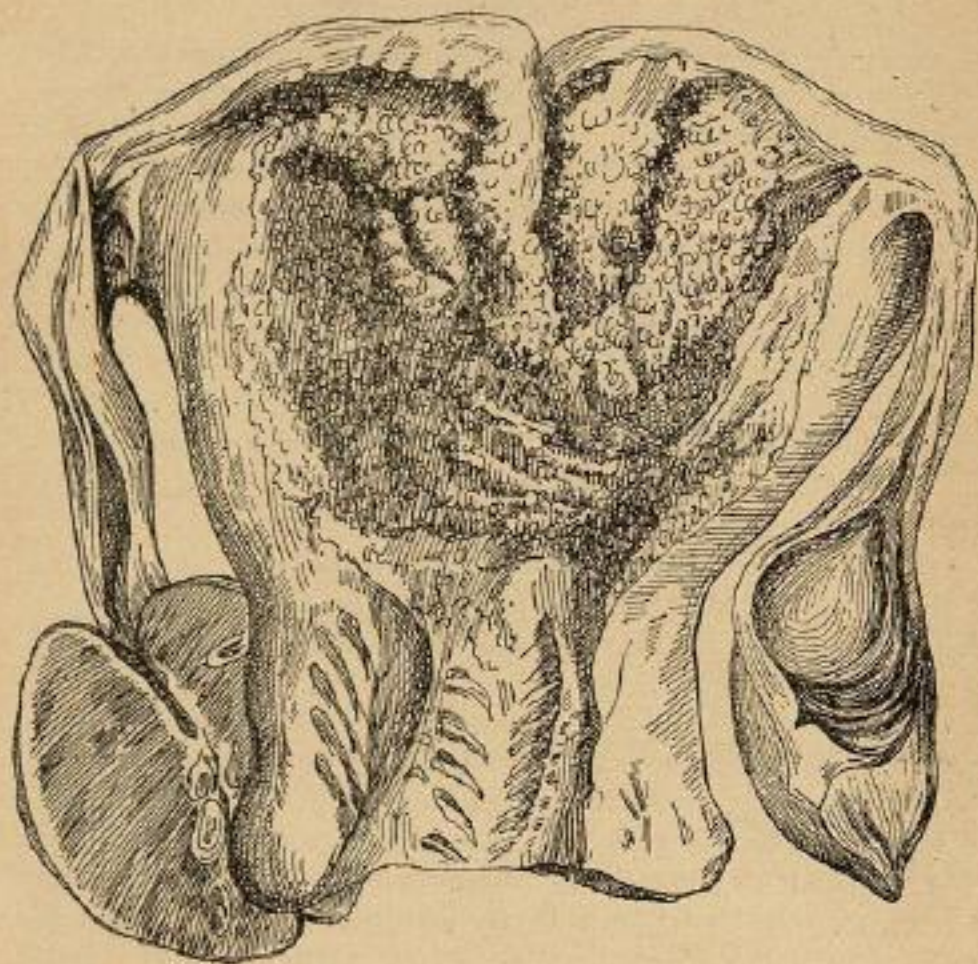


Fig. 63. — Tuberculose de l'utérus et des trompes (Barnes). — L'utérus étant ouvert de haut en bas, la cavité corporeale apparaît tapissée d'un magma caséux.

en un magma caséux recouvert d'une sécrétion épaisse et grumeleuse. Cette couche caséuse est formée de petites cellules qui ont subi la nécrose de coagulation. Au-dessous d'elle, on trouve une zone embryonnaire en pleine activité, semée de cellules géantes, et, dans l'épaisseur même de la paroi musculaire, quelques follicules.

Il faut savoir que la recherche des bacilles, aussi bien dans les sécrétions que dans les coupes, peut être absolument infructueuse.

## SYMPTÔMES

## a. Formes anatomiques et cliniques.

## I. Métrite aiguë.

## 1. Métrite aiguë cervicale.

*Symptômes subjectifs et fonctionnels.* — La métrite aiguë, localisée au col, est ordinairement d'origine blennorrhagique et s'accompagne de vaginite.

La douleur, provoquée par le contact du doigt explorateur, d'un spéculum, d'une canule, est manifeste et se rapporte bien au point touché. Indépendamment des irradiations pelviennes vagues qu'elle peut présenter, la douleur spontanée siège surtout à la *région sacrée, au bas des reins*, disent les malades (action directe sur le plexus sacré ou contracture des ligaments utéro-sacrés). Cette douleur augmente avec les règles et peut s'accompagner, surtout à ce moment, de coliques utérines liées aux obstacles qu'apportent à l'écoulement des sécrétions le spasme de l'orifice interne ou l'hypertrophie de la muqueuse.

L'hypersécrétion inflammatoire des glandes du col se traduit d'abord par l'écoulement d'un fluide glaireux, vitreux, comme le mucus normal, mais plus abondant et plus consistant, empesant le linge sans le tacher.

Cette sécrétion se trouble rapidement grâce à l'adjonction d'éléments épithéliaux et de leucocytes. Elle devient successivement louche, jaunâtre, verdâtre, comme dans le coryza mûr. Grâce à leur viscosité et aux prolongements qu'elles poussent jusque dans la profondeur des culs-de-sac glandulaires, ces glaires sont adhérentes, au point de ne pouvoir être détachées qu'avec peine, et ne s'échappent à l'extérieur que d'une façon intermittente.

Les *symptômes généraux* sont nuls ou négligeables, de même que les modifications de l'écoulement menstruel.

*Signes physiques.* — A l'examen physique, le col est gonflé, rouge ou violacé, mou et comme œdémateux; l'orifice externe est élargi et l'on rencontre, ou non, à son pourtour, avec des caractères d'acuité, les lésions de la cervicite externe sur lesquelles nous insisterons dans l'étude de la métrite chronique.

## 2. Métrite aiguë totale.

*Symptômes subjectifs et fonctionnels.* — Dans la métrite aiguë totale (métrite puerpérale, par exemple), le début, qui suit de près l'intervention de la cause, de quelques heures à un ou deux jours, est marqué par tous les symptômes d'une inflammation viscérale quelconque : frisson, élévation thermique notable, vomissements; ou simplement, par des malaises, des nausées et une fièvre légère. Dans tous les cas, la malade éprouve des douleurs plus ou moins vives dans tout l'appareil génital : sensations de pesanteur, de chaleur, de gêne dans le bas-ventre et même le vagin; coliques utérines, douleurs irradiées aux cuisses, aux aines et aux reins, exaspérées par la station debout, le mouvement, les efforts, la palpation, le toucher. Il y a ordinairement du ténesme rectal et surtout vésical, du tympanisme. Si l'affection se montre pendant les règles, celles-ci se suppriment ordinairement pour reparaitre ensuite avec plus d'abondance.

Au bout de deux ou trois jours, survient un écoulement d'abord muqueux, puis muco-purulent, provenant à la fois des glandes du col et de celles du corps, enfin, sanguinolent. Il y a moins souvent une hémorrhagie véritable dont l'apparition est le signal d'une détente, et qui dure plusieurs jours.

*Signes physiques.* — Le toucher et le palper combinés, qui doivent être pratiqués avec beaucoup de ménagement, dénotent une augmentation de volume de l'organe. Le corps est globuleux et très sensible à la pression; le col présente les caractères signalés plus haut. On doit, autant que possible, s'abstenir de l'hystérométrie et de l'examen au spéculum.

## II. Métrite chronique.

La métrite chronique succède à la métrite aiguë ou s'établit d'emblée, d'une façon insidieuse.

Elle est actuellement confondue, ainsi que nous l'avons déjà fait entendre, avec des lésions pseudo-métritiques que nous nous efforcerons de dissocier.

Nous étudierons, à propos de chacune des formes de la métrite chronique, les signes physiques, et les symptômes fonctionnels et subjectifs qui relèvent directement de l'utérus; mais il existe, en outre, des symptômes de *voisinage* et des symptômes *généraux* qui, sensiblement communs à ces diverses formes, gagnent à être étudiés dans leur ensemble.

Bien qu'avec moins d'intensité que dans la forme aiguë, la métrite chronique retentit souvent sur le fonctionnement de la vessie et du rectum. Les mictions sont plus fréquentes, douloureuses, et s'accompagnent parfois de ténésme. Ces troubles vésicaux sont, dans la plupart des cas, purement réflexes, mais peuvent résulter aussi d'une congestion de la muqueuse vésicale.

Il est peu de malades qui ne se plaignent de constipation et de ballonnement du ventre.

Outre la tympanite, il n'est pas rare d'observer de la gastralgie, de l'ectasie gastrique, avec ses conséquences, et toutes les variétés de dyspepsie.

Du côté de l'appareil circulatoire : des palpitations, liées à l'anémie, à l'état nerveux ou aux troubles gastriques.

Du côté de l'appareil respiratoire, Müller, d'après Pozzi, a insisté sur une toux spéciale, survenant par émissions isolées plutôt que par quintes, sèche, étouffée, quelquefois rauque, et sans signes stéthoscopiques.

Du côté du système nerveux : névralgies diverses, particulièrement lombo-abdominale, intercostale, sciatique, fémorale, assez souvent coccygienne (coccyodynne), céphalique et faciale. Il n'est pas rare que les malades présentent, en outre, des phénomènes de mélancolie, d'hypochondrie, de neurasthénie, d'hystérie, et même d'épilepsie. Enfin, on a signalé des troubles d'accommodation et même des lésions inflammatoires des milieux de l'œil (Ramsay) manifestement liés à l'état de l'utérus (C. Morse).

La résultante de ces troubles divers finirait par imprimer à la physionomie de la malade un cachet spécial qu'on a dénommé *facies utérin*. Mais, en réalité, le *facies utérin* manque souvent, n'a rien de spécial à la métrite et l'on a beaucoup trop étendu, sans preuves suffisantes, l'influence des maladies génitales, surtout en ce qui concerne l'utérus, sur les différents troubles, viscéraux ou nerveux, concomitants.

#### I. Métrite chronique muqueuse.

Nous rappelons que, sous le nom de métrite chronique muqueuse, nous entendons parler des inflammations chroniques de l'utérus dans lesquelles les lésions de la paroi musculaire sont nulles ou négligeables.

**A. Endométrite cervicale.** — L'endocervicite, pure, sans complication de cervicite externe, ne s'observe qu'en l'absence de déchirure du col.

*Symptômes subjectifs et fonctionnels.* — Elle se manifeste surtout par la *leucorrhée*, c'est-à-dire par un écoulement muco-purulent, plus ou moins visqueux, blanchâtre ou jaunâtre, dont nous avons déjà parlé à propos de l'état aigu.

Les *douleurs sacrées* se retrouvent également, mais atténuées. L'*hypertrophie glandulaire* du col, quand elle existe, donne lieu à des sensations de *pesanteur*, de *tension* et de *corps étranger*. Suivant que le col hypertrophié appuie sur la vessie ou sur le rectum, il peut y avoir de la dysurie ou de la dyschésie.

A moins d'hypertrophie polypoïde de la muqueuse ou de déformations concomitantes, le plus souvent d'origine congénitale (col conique, atrésie de l'orifice externe), il n'y a pas à proprement parler de *dysménorrhée*. Mais la stérilité peut fort bien dépendre de l'acidité des sécrétions ou de l'obstacle opposé aux spermatozoïdes par les sécrétions visqueuses du col.

*Signes physiques.* — Le col est augmenté de volume, diminué de consistance, d'un rouge plus ou moins foncé. Spontanément, ou sous l'action de la valve de Sims et d'un écarteur, qui expriment ses lèvres, il laisse sourdre à la vue une grosse goutte muco-purulente qu'il est difficile de détacher.

L'hystéromètre se meut librement dans sa cavité, qui affecte parfois la forme d'un ellipsoïde limité, en haut et en bas, par les orifices interne et externe sténosés.

Les parois mêmes du col sont épaissies, et le corps, semblant relativement plus petit qu'à l'état normal, l'utérus peut présenter, dans son ensemble, l'*aspect infantile*. Mais cet aspect, quand il est très marqué, relève ordinairement, en première ligne, d'un vice congénital et doit donc être considéré comme étant plutôt une cause prédisposante et continuatrice, qu'un résultat de l'inflammation; celle-ci ne ferait que l'exagérer. Il en est de même pour l'antéflexion et la conicité du col qu'il est également fréquent de rencontrer avec l'endométrite cervicale.

**B. Endométrite cervicale et cervicite externe.** — Dans une deuxième forme clinique, les lésions de l'endométrite cervicale se combinent avec celles de la cervicite externe qui n'en est, à vrai dire, que la continuation.

*Symptômes subjectifs et fonctionnels.* — Les symptômes de l'endométrite cervicale nous sont connus.

La pseudo-ulcération mêle ses sécrétions inflammatoires à celles de la muqueuse interne. Elle est parfois la source d'un suintement sanguin qui présente des caractères particuliers : ce suintement est toujours assez léger et mélangé de mucus (ne déterminant sur le

linge que des taches peu colorées), irrégulièrement intermittent, et survient de préférence après le coït ou une marche prolongée.

*Signes physiques.* — Nous n'avons pas à revenir ici sur les lésions surajoutées, *traumatismes* et *déformations* consécutives, que nous avons déjà étudiées dans le livre III; on peut reporter sur ces lésions, d'une part, et sur la cervicite interne et externe, d'autre part, ce que nous avons dit, au paragraphe précédent, sur l'influence réciproque de l'endométrite cervicale et des malformations.

Nous ferons remarquer de plus que les malformations en question : antéflexion, conicité du col, atrésie de l'orifice externe, infantilisme utérin, se rencontrent plus particulièrement avec le *chémosis* ou l'*érosion* des nullipares; tandis que les *déchirures du col* accompagnent ordinairement la *pseudo-ulcération* des femmes qui ont accouché, qu'il s'agisse d'une plaque *catarrhale vraie* ou d'une *pseudo-érosion*, continuée ou non par une *érosion vraie*, émaillée, ou non, d'*ulcérations*.

Nous avons assez insisté, à l'anatomie pathologique, sur les modalités diverses de la pseudo-ulcération pour n'avoir ici qu'à les rappeler brièvement.

L'*ectropion simple*, ou *chémosis de la muqueuse endocervicale*, se traduit par un bourrelet périostial d'un rouge vif sur lequel il n'y a guère à se tromper.

L'*ectropion muqueux*, compliqué d'*éversion des lèvres du col*, quand il en est encore à la phase *catarrhale* de l'inflammation, rappelle assez bien son origine par son aspect vernissé, parfois folliculaire, et par les plis onduleux de sa surface. Quand il a été modifié par l'inflammation *dermique*, il peut simuler l'*érosion vraie* (*pseudo-érosion*), d'autant plus que, si la déchirure est peu accentuée ou, si elle s'accompagne d'un décollement du vagin, elle peut être dissimulée par le tassement des fibres du col ou par le bourrelet vaginal. Mais, outre qu'il suffit d'être averti de ces causes d'erreur pour les éviter, la muqueuse d'origine intra-cervicale est séparée de la muqueuse cervico-vaginale par un léger relief qui s'apprécie très bien au doigt, et il est rare qu'à cette phase de l'inflammation, elle n'ait pas l'*apparence folliculaire* (acné du col).

Il est possible que l'*érosion vraie* existe seule ou continue, sur la voûte du vagin, la plaque catarrhale dont nous venons de la différencier.

Quant à la *plaque catarrhale congénitale*, ou *ectropion congénital physiologique* de Fischel, il est probable que, dans la majorité des cas, elle ne persiste pas telle qu'elle était à l'origine; mais il est possible que des glandes lui survivent et que ces glandes soient l'origine de certaines pseudo-ulcérations folliculaires absolument

analogues, au point de vue évolutif, sauf le degré et la durée de l'inflammation, à la plaque catarrhale acquise et récidivante (Voir plus loin). Ces *plaques catarrhales congénitales*, ou d'*origine congénitale*, correspondent sans doute à ces pseudo-ulcérations folliculaires assez étendues que l'absence de lacération éloigne de l'ectropion vrai, que l'apparence pseudo-érosive rapproche de l'érosion vraie, et qui semblent justifier, de la part de ceux qui admettent, en tout et pour tout, l'érosion, la conception de la néoglande. C'est encore à cette origine qu'il faudrait rapporter les pseudo-ulcérations folliculaires avec séparation des lèvres du col, chez les nullipares.

Nous rappellerons que l'aspect lisse de la pseudo-ulcération se rapporte à l'œdème (Fischel); l'aspect granuleux, papillaire, vilieux, au développement des papilles vaginales ou des villosités intra-cervicales; enfin, que l'on peut rencontrer, sous l'influence de la dermatite, à la surface de la pseudo-ulcération, des dépressions plus ou moins apparentes, dues à l'ouverture spontanée ou artificielle des follicules (érosion folliculaire), ou à des ulcérations vraies.

**C. Endométrite totale avec ou sans cervicite externe.** — Dans une troisième forme clinique, les lésions de l'endométrite cervicale, avec ou sans cervicite externe, sont associées aux lésions de l'endométrite corporéale.

*Symptômes subjectifs et fonctionnels.* — Dans cette modalité de la métrite, les *douleurs* manquent encore assez souvent. En l'absence de nervosisme, de complications utérines (flexion, par ex.) ou péri-utérines, elles sont toujours modérées.

Les douleurs *provoquées* par le contact de la main siègent plus spécialement au fond de l'utérus. Celles que détermine l'hystérométrie sont lancinantes, nauséuses, et se produisent au même endroit ou au contact de l'orifice interne. Indépendamment de la *douleur sacrée* qui répond à la métrite du col, il se produit parfois, à la *région hypogastrique*, et sous forme de *coliques*, des douleurs spontanées qui dépendent de l'endométrite corporéale: continues ou intermittentes, elles ont leur maximum au début des règles, ou pendant tout leur cours, et s'atténuent généralement après la saignée qui en résulte.

Les *hémorragies* sont à peu près constantes. Les règles avancent, revenant tous les quinze, vingt ou vingt-cinq jours. D'une abondance exagérée pendant deux, trois, ou quatre jours, elles ne font que diminuer, ou bien s'arrêtent, pour reparaitre bientôt, et traînent plus ou moins longtemps. Dans ce cas, le sang qui s'écoule est ordinairement mélangé de leucorrhée et forme, sur le linge, des taches d'un rouge sale, entourées d'une auréole plus claire, ou des taches jaunâtres striées de sang. Les malades

restent à peine dix ou quinze jours du mois sans être garnies. Dans d'autres cas, l'écoulement est à la fois surabondant et prolongé : il y a de véritables *ménorrhagies*; ou bien, il se produit des *métrorrhagies* intermenstruelles qui surviennent deux fois ou trois pendant le mois et ont une durée tout à fait irrégulière, de telle sorte que les malades, perdant la notion de l'époque où elles doivent attendre leurs règles, se plaignent *d'être toujours dans le sang*.

Isolée avec le tube de Küstner, la *leucorrhée* du corps de l'utérus est de consistance séreuse ou muqueuse et de couleur blanc jaunâtre. En pratique, elle ne se présente que mélangée à la leucorrhée du col; mais le liquide qui résulte de ce mélange présente une consistance semi-fluide qui suffit souvent à éclairer le diagnostic. Sa production est continue, s'exagère ordinairement avec toutes les causes de congestion, particulièrement la congestion menstruelle, et c'est avant et après les règles qu'il s'écoule en plus grande abondance.

La *stérilité* peut résulter de la profluence des sécrétions et du mauvais état de la muqueuse, qui s'opposent à la greffe de l'ovule.

*Signes physiques.* — Ceux qui se rapportent à l'inflammation muqueuse du col nous sont connus.

L'endométrite corporéale détermine une augmentation de volume du corps de l'utérus qui devient globuleux. L'hystéromètre franchit sans peine l'orifice interne, par suite de la béance paralytique du sphincter isthmique, et dénote un agrandissement général de la cavité utérine, tant en largeur qu'en longueur : au lieu de 5 1/2 à 7 centimètres qu'elle offre, en moyenne, à l'état normal, elle mesure jusqu'à 8 et 9 centimètres. Au delà de ce chiffre, il est rare qu'il s'agisse d'endométrite pure et l'on doit de suite penser à la subinvolution, au fibrome, aux néoplasmes malins, à l'étiement de l'utérus par une tumeur voisine, à moins que la malade ne soit d'une taille au-dessus de la normale. Indépendamment des hyperesthésies localisées dont nous avons parlé, l'hystérométrie permet encore d'apprécier l'augmentation d'épaisseur des parois utérines, ainsi que l'épaisseur propre, les irrégularités et la consistance de la muqueuse.

Il sera souvent utile d'avoir recours au curettage explorateur, qui permettra d'affirmer l'existence des lésions endométritiques, et d'en préciser la nature et le degré : de ces données dépend l'indication plus ou moins formelle du curettage. A la simple inspection des fragments enlevés, on peut souvent se rendre suffisamment compte de l'état hypertrophique, atrophique ou caséux de la muqueuse. Mais les particularités histologiques que nous avons décrites sont

indispensables à connaître pour différencier, dans les cas douteux, les lésions inflammatoires ou pseudo-inflammatoires, du néoplasme. Il faut aussi savoir qu'entre les modifications passagères de la menstruation et celles d'une endométrite légère il n'est aucune différence appréciable : dans l'un et l'autre cas, il y a redressement des conduits glandulaires par rapport à la surface de la muqueuse, allongement et ectasie de ces conduits, suractivité de

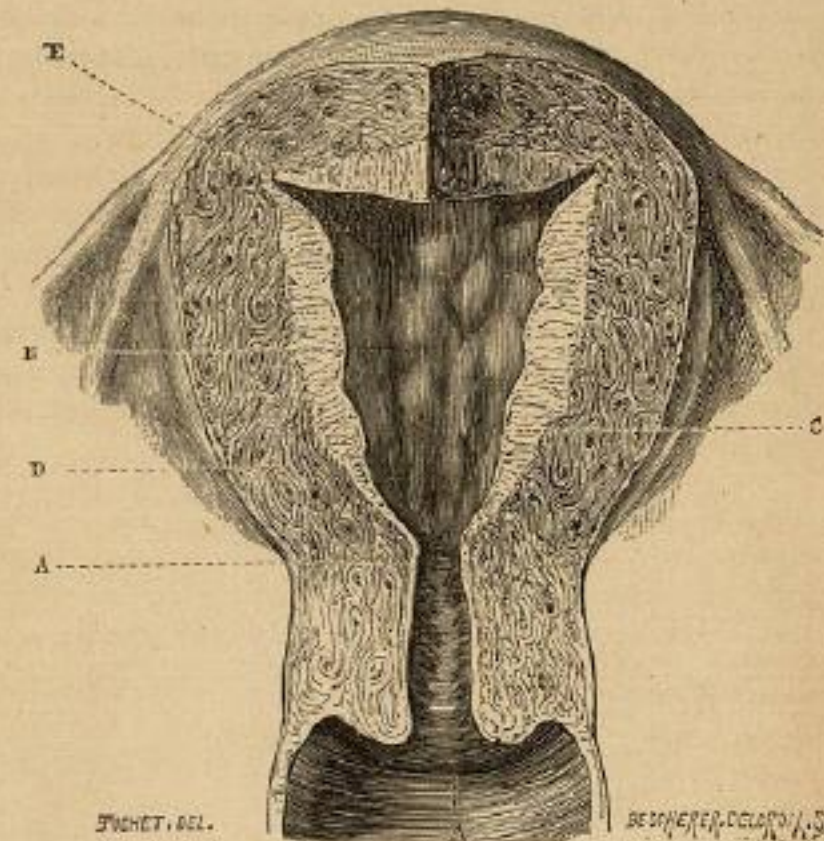


Fig. 64. — Utérus pendant la menstruation (Gallard). — A, muqueuse du col; B, muqueuse du corps très boursoufflée; C, épaisseur de cette muqueuse; EE, diminution de son épaisseur au niveau des orifices tubaires et de l'orifice du col; D, tissu propre.

la sécrétion, dilatation des vaisseaux, hypergénèse du tissu interstitiel. Ces phénomènes, lorsqu'ils se rattachent aux règles, commencent à l'approche du flux sanguin et s'effacent peu après lui, de façon à durer le tiers du mois environ. Le coup de curette n'a donc toute son importance diagnostique que dans le milieu de la période intermenstruelle, à moins qu'il ne ramène des débris très épais.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, ces lésions généralisées de l'endomètre, avec hypertrophie marquée au niveau du corps de l'u-



téris, ne sont peut-être que la combinaison de deux maladies : l'une inflammatoire et l'autre qui ne l'est pas (Treub). Peut-être aussi vaudrait-il mieux réserver l'appellation simple d'*endométrite totale* aux formes dans lesquelles il y a écoulement séro-purulent, hémorragies peu marquées, et muqueuse d'apparence normale ou même atrophique.

L'*endométrite caséuse* donne lieu à des écoulements d'odeur infecte et s'accompagne d'un mauvais état général, ce qui, en raison de l'âge avancé de la malade, peut en imposer pour du néoplasme.

De même l'*endométrite atrophique*, malgré la quasi disparition de la muqueuse, peut s'accompagner d'hémorragies en même temps que d'écoulements purulents provenant des ulcérations.

Les *polypes muqueux* se présentent sous forme de petites tumeurs, uniques ou multiples, en général étroites et allongées, arrondies ou aplaties, rosées ou violacées, rappelant, par leur consistance, la crête du coq. Elles sont incluses dans la cavité utérine ou font saillie dans le vagin. Les symptômes dominants de ces productions consistent en *coliques expulsives* et en hémorragies encore plus abondantes peut-être que celles des hypertrophies non polypeuses de l'endomètre.

#### 2° Métrite chronique parenchymateuse.

*Symptômes subjectifs et fonctionnels.* — Dans la métrite parenchymateuse, il arrive, du fait des progrès de la sclérose, que les règles, au lieu d'être plus abondantes, diminuent, ou mieux, se suppriment, de même que les sécrétions pathologiques. Les douleurs, et surtout les symptômes généraux, semblent plus marqués que dans la métrite chronique muqueuse.

*Signes physiques.* — Le volume de l'utérus est ordinairement très augmenté (8 à 10 centimètres d'hystérométrie); dans des cas plus rares, qui se rattachent à la ménopause ou à la superinvolution, il est, au contraire, au-dessous de la normale. La consistance des parois, diminuée en cas de subinvolution, peut devenir, au contraire, dans les cas anciens, très ferme et comme ligneuse.

#### b. Formes étiologiques, anatomiques et cliniques.

##### 1. Métrite puerpérale.

Nous avons pris, comme type de la métrite aiguë totale, la métrite d'origine puerpérale, et nous n'avons pas à y revenir. Nous insisterons seulement sur ce fait, que la fétidité lochiale, signe sur

lequel on s'appuie ordinairement pour juger de l'infection puerpérale, ne survient que vingt-quatre heures, au minimum, après la première poussée thermique.

Widal, Bumm ne nous renseignent, pas plus que leurs prédécesseurs, sur l'évolution du streptocoque dans l'utérus, après la phase aiguë de l'affection.

Au point de vue clinique, la métrite chronique d'origine puerpérale se différencie par les anamnétiques, les déformations, les lacérations et les troubles involutifs qui l'accompagnent ordinairement.

#### II. Métrite blennorrhagique.

La métrite blennorrhagique se manifeste d'abord dans le col et peut y demeurer cantonnée. Elle détermine un écoulement mucopurulent, très abondant, à la phase aiguë, et remarquable ultérieurement par sa ténacité. Cet écoulement s'accompagne d'érosions périostiales d'un rouge vif, qui sont probablement des *érosions vraies* dans tous les cas où il ne s'agit pas d'infection mixte puerpéro-gonorrhéique.

En clinique, on se base surtout, pour établir le diagnostic, sur l'interrogatoire et sur les autres manifestations de la maladie, du côté de la vulve et du vagin. Nous avons déjà dit ce qu'il fallait penser des recherches bactériologiques (chap. 1<sup>er</sup>).

#### III. Métrite tuberculeuse.

Un écoulement épais, grumeleux, joint à l'aménorrhée, à la stérilité, à un mauvais état général et surtout à l'existence avérée de tubercules en d'autres points de l'organisme, pourra faire soupçonner la *tuberculose endométritique*. Mais l'examen histologique seul et, mieux encore, l'inoculation (voir chap. 1<sup>er</sup>), permettront d'en affirmer l'existence.

Quant à la forme *interstitielle* ou *intra-musculaire* de la tuberculose utérine, elle est absolument *latente*.

#### MARCHE

##### a. Métrite aiguë.

##### 1. Métrite cervicale.

La métrite cervicale aiguë ne s'étend que trop souvent au corps; la propagation s'effectue ordinairement à l'occasion de la mens-

truation ou d'un cathétérisme intempestif. A l'aide d'un traitement approprié, à la fois actif et prudent, elle peut guérir; mais, abandonnée à elle-même, elle passe à l'état chronique. Le fond des glandes recèle des foyers mal éteints qui se ravivent pendant les règles ou à la suite d'une fatigue, d'un refroidissement, et donnent lieu à des rechutes plus ou moins espacées et atténuées.

## II. Métrite totale.

Dans les cas les plus heureux de métrite aiguë totale, la fièvre et les douleurs spontanées se calment au bout de quelques jours; mais l'utérus reste sensible et douloureux à la pression. Les hémorragies s'arrêtent. Quant à l'écoulement muco-purulent, il persiste plus ou moins longtemps.

Grâce à un traitement approprié, la guérison complète n'est pas impossible; mais, le plus souvent, il y a passage à l'état chronique, avec ou sans transmission de l'inflammation au péritoine par les lymphatiques, ou à la trompe et, de là, au péritoine, par la voie muqueuse. La formation d'abcès dans les parois de l'utérus est plutôt théorique que réelle: plusieurs observations de ce genre, mal interprétées, se rapportent certainement à des collections péri-utérines ouvertes dans l'organe.

### b. Métrite chronique

#### I Métrite muqueuse.

##### 1° Cervicite externe.

Spontanément, ou sous l'influence du traitement, la pseudo-ulcération arrive, en général, à s'épidermiser. A moins qu'on ait employé le fer rouge ou certains caustiques chimiques, qui provoquent la sclérose du col, l'érosion simple peut ainsi guérir complètement. Mais s'il s'agit de pseudo-ulcération folliculaire, même en l'absence de toute cautérisation, la guérison ne sera qu'apparente: au-dessous de l'épiderme de néoformation persisteront des kystes glandulaires, ordinairement beaucoup plus appréciables au toucher qu'à la vue, criblant le col comme des grains de plomb. Sans faire souffrir positivement la malade, ces kystes, bridés par l'épiderme, peuvent donner lieu à des sensations de tension, de gonflement, assez pénibles, qui cèdent immédiatement à des ponctions bien dirigées.

L'ectropion pseudo-cicatriciel, ainsi constitué par l'épidermisation

de l'ectropion à épithélium cylindrique et par la persistance de ses glandes, peut se dépouiller de l'épiderme néoformé à l'exception de sa couche basale, donnant ainsi lieu à une sorte d'érosion secondaire ou de pseudo-érosion récidivante. Ce dépouillement, de même que l'épidermisation, peut être limité et se faire sur une ou plusieurs zones concentriques à l'orifice externe ou irrégulièrement réparties. Ces particularités, jointes à celles que nous avons déjà signalées, expliquent les apparences très variées de la cervicite externe.

##### 2° Endométrite cervicale.

L'endométrite cervicale peut persister très longtemps à l'état chronique et résister avec opiniâtreté aux traitements conservateurs les mieux compris en apparence. Cette ténacité s'explique par la profondeur et l'enkystement des glandes ou par l'intervention, trop négligée peut-être, à l'heure actuelle, de l'état général (arthritisme, lymphatisme). Comme l'endocervicite aiguë, elle peut se propager, de bas en haut, au corps de l'utérus et sous l'influence des mêmes causes.

##### 3° Endométrite corporéale.

La tendance naturelle de l'endométrite corporéale chronique est de persister, avec des périodes d'accalmie, et de se transmettre à la trompe par la voie muqueuse, sous l'influence d'une cause quelconque de congestion. Elle détermine aussi dans le muscle, par la voie des lymphatiques, les modifications scléreuses que nous avons étudiées. La ménopause, outre qu'elle peut s'accompagner d'une forme spéciale de la maladie, est, le plus souvent, l'occasion de poussées nouvelles de douleurs et de métrorrhagies, ou de la transformation du processus inflammatoire en cancer.

## II. Métrite parenchymateuse

Les hypertrophies scléreuses de la métrite parenchymateuse ne se modifient guère spontanément qu'après la ménopause, pour tourner à l'atrophie.

## DIAGNOSTIC

Nous venons d'exposer les symptômes et les signes physiques des diverses formes anatomiques et étiologiques de la métrite.

Nous renvoyons au livre VII pour le diagnostic différentiel des lésions trophiques et inflammatoires de l'utérus, au livre V pour les lésions virulentes, au livre IX pour les néoplasmes, et surtout

le cancer, qui peut être assez facilement confondu avec la cervicite externe ou l'endométrie.

Il est toujours facile de reconnaître une métrite aiguë : sa cause, ses signes physiques et réactionnels, son évolution, sont assez caractéristiques. Mais elle n'est souvent que le premier stade de la pelvi-péritonite ou de la cellulite pelvienne, et il n'est pas toujours aisé, au début du moins, de se rendre compte si l'inflammation reste cantonnée dans l'utérus ou si elle a déjà franchi ses limites. Cependant, s'il n'y a que métrite, les symptômes généraux sont plus atténués et plus éphémères, les vomissements, plus rares ; les douleurs *spontanées*, plus marquées à l'hypogastre, se manifestent surtout sous forme de coliques ; la douleur provoquée est presque uniquement sus-pubienne.

Au bout de quelques jours, l'examen physique de la sphère péritérine viendra trancher la question.

Les écoulements muco-purulents de la vaginite se différencient sans peine des écoulements de la métrite. Les premiers sont plus lactescents, plus fluides. De plus, lors même que la leucorrhée cervicale est peu abondante et ne se présente pas, d'elle-même, à l'orifice du col, lors même qu'elle ne s'accompagne pas de la pseudo-ulcération révélatrice, on peut généralement la rendre évidente en comprimant le col entre deux valves indépendantes. En cas de doute, on placera à l'orifice du col un tampon imprégné de glycérine tannique qu'on laissera en place vingt-quatre heures (Schultze). Au bout de ce temps, s'il y a endométrie, même légère, l'extrémité cervicale du tampon sera recouverte d'un enduit muco-purulent.

Il faut savoir que la grossesse, à son début, provoque une recrudescence des écoulements cervicaux. Beaucoup de femmes viennent consulter pour ce simple fait qui ne doit point faire dévier le diagnostic principal.

La notion d'un avortement récent, l'état de subinvolution de l'utérus, la béance du col et surtout le curetage explorateur, permettront de reconnaître si les hémorragies tiennent à la rétention de débris ovulaires.

Il se peut que les malades, trompées par la prédominance d'un symptôme de *voisinage* ou *éloigné*, localisent faussement leur mal et que le médecin lui-même égare son diagnostic sur une cystite, une rectite, une affection de l'estomac, des reins, du cœur, du système nerveux. Mais, comme nous l'avons fait entendre, l'erreur inverse, qui consiste à rapporter à la métrite ou aux affections péritérines ce qui est d'ordre extra-génital, est au moins aussi

commune. Pour faire la lumière sur ce point, il faut d'abord éliminer tous les symptômes relevant de lésions organiques avérées qui n'ont rien de commun avec la lésion génitale. Restent les phénomènes purement névropathiques ou réflexes : on n'aura chance de les atténuer ou de les faire disparaître, en guérissant l'affection génitale, qu'autant qu'ils auront débuté ou se seront accrus avec elle. Encore ce critérium, assez difficile du reste à établir, est-il sujet à caution, l'affection en cause, métrite ou autre, pouvant avoir joué le simple rôle d'irritamentum, ou d'agent révélateur d'une névrose latente.

### PRONOSTIC

La métrite n'est qu'une étape intermédiaire à la vaginite et à l'inflammation péri-utérine.

On comprend donc que le pronostic de la *métrite aiguë* soit toujours sérieux. Les cas où l'*inflammation totale* se cantonne dans l'organe sont rares, et son extension, plus ou moins active et durable, vers le péritoine et les annexes, explique seule certaines modalités de la douleur, malgré l'absence de tuméfaction inflammatoire au voisinage de l'utérus. Tant que la période d'acuité n'a pas pris fin, la malade est sous la menace de complications péri-utérines.

La *métrite aiguë cervicale* peut passer, sur place, à l'état chronique ; mais souvent elle s'étend au corps de l'utérus, en particulier au moment des règles. Quand elle s'accompagne de lacération du col, elle engendre fréquemment la paramétrite avec ses diverses localisations, mais surtout la paramétrite latéro-utérine. Il faut également lui attribuer, dans la même condition, un bon nombre d'ovarites, principalement celles qui se présentent à l'état isolé, sans accompagnement de salpingite et de pelvi-péritonite.

La *métrite chronique*, outre les retours qu'elle peut avoir vers l'état aigu et ses conséquences, anémie profondément les malades par les pertes sanguines et muco-purulentes qu'elle entraîne, et nous avons déjà suffisamment indiqué la part qu'on pouvait lui attribuer dans les troubles divers de la santé générale. Elle joue un rôle important dans les déformations du col (liv. III, chap. III) et dans les troubles de la statique utérine (liv. VIII). Si elle n'est pas toujours une cause de stérilité, elle peut, par ses lésions mêmes, entraîner la terminaison prématurée de la grossesse ou des accidents *post-partum* (auto-infection, adhérence des membranes). Enfin il semble hors de doute qu'elle offre un terrain particulièrement favorable au développement du cancer.

## TRAITEMENT

## a. Traitement prophylactique.

La prophylaxie de la métrite a une grande importance et se déduit des circonstances étiologiques que nous avons énumérées.

Elle consiste, dans les suites de couches et d'avortement : à réaliser l'asepsie la plus rigoureuse; à suturer immédiatement les déchirures du col, quand leurs dimensions ne permettent pas d'espérer la réunion spontanée; à intervenir vite par les irrigations intra-utérines ou le curettage, s'il y a élévation de la température ou simplement rétention avérée de débris ovulaires.

On devra de même soigner énergiquement et sans retard toute sécrétion suspecte des premières voies (vulvo-vaginite, bartholinite, métrite), et avertir tout futur mari atteint de blennorrhée, du danger de ses approches, alors même que la goutte matinale, ayant disparu, grâce à la continence prématrimoniale, il pourrait, de très bonne foi, se croire guéri.

Il sera bon aussi d'indiquer aux femmes les soins hygiéniques qu'elles doivent prendre et les inconvénients des ustensiles de toilette mal entretenus, exposés aux poussières. Il faut enfin traiter les états constitutionnels et les affections locales, voisines ou éloignées, qui, par les modifications sécrétoires ou les congestions qu'elles déterminent, préparent l'évolution de la métrite.

## b. Traitement curatif.

## I. Métrite aiguë.

En cas de métrite aiguë d'origine puerpérale, le danger est tel, qu'il ne faut pas hésiter à recourir d'emblée à un traitement actif : curettage suivi de lavages et de pansements intra-utérins, s'il y a rétention des membranes; simples lavages et pansements s'il y a infection sans rétention. Nous donnons la préférence, pour les injections intra-utérines, à la solution de sulfate de cuivre à 1/100, si justement préconisée par M. Charpentier et qui assure une antiseptie parfaite sans danger d'intoxication. Comme pansement intra-utérin, on aura recours à la gaze iodoformée, pure ou imprégnée de glycérine créosotée au tiers. Ce pansement peut rester en place quarante-huit heures.

En même temps, on combattra les phénomènes d'intoxication par

les antithermiques et les toniques : sulfate de quinine à la dose de 1 gramme à 1<sup>er</sup>,50, à doses massives ou fractionnées, suivant que la fièvre est continue ou rémittente; antipyrine, à la dose de 1 à 3 grammes; alcool à haute dose, laxatifs, diurétiques (surtout le lait), grands bains quotidiens d'une heure, à 30°, pour favoriser l'excrétion cutanée. Il sera bon, en même temps, d'appliquer sur le ventre de la glace ou, à son défaut, un grand vésicatoire, pour tâcher de prévenir la pelvi-péritonite. Si, malgré tout, elle menace de se produire, nous croyons utile, le fonctionnement intestinal étant assuré par un purgatif doux, d'administrer largement l'opium (de 0<sup>er</sup>,20 à 0<sup>er</sup>,40) en l'associant à un antiseptique intestinal tel que le naphthol (jusqu'à 2<sup>er</sup>,50 par jour), pour prévenir la coprémie.

Pour la métrite aiguë d'origine blennorrhagique, il faut se rappeler qu'elle peut être localisée au col et quelle peut même y passer à l'état chronique sans s'étendre au corps, surtout s'il s'agit d'une nullipare dont l'orifice interne a toute sa tonicité, et si l'époque de la prochaine menstruation est encore éloignée. Dans ces conditions, on a donc le temps d'agir et l'on peut se borner provisoirement à combattre la vulvo-vaginite, si elle existe. D'autre part, en voulant faire de la thérapeutique intra-utérine, on s'expose, grâce à la congestion et aux contractions utérines, à propager des germes à virulence exaltée au corps de l'utérus et aux annexes.

Le danger de la propagation aux annexes est encore plus à craindre si la blennorrhagie utérine aiguë est totale. En tout cas, mieux vaut le curettage que les petits moyens applicables à la phase subaiguë.

À cette phase, le processus est-il localisé au col, on fera uniquement de la thérapeutique intra-cervicale, en évitant de forcer l'orifice interne : badigeonnages intra-cervicaux à la glycérine créosotée à 1/3 ou au nitrate d'argent à 1/20; légers attouchements au crayon; tamponnements avec des mèches de gaze imprégnées de glycérine créosotée; introduction de crayons médicamenteux à base d'iodoforme, d'ichtyol, etc.; mais à la condition expresse que ces crayons aient été préparés et conservés avec toutes les précautions voulues. Nous avons eu à traiter des accidents aigus sérieux, avec extension aux annexes, dus à l'introduction de topiques de ce genre; ce qui s'explique, soit par l'insuffisance de l'antiseptique et la septicité de l'excipient, soit par cette seule et dernière cause. En effet, la substance active, surtout si elle est insoluble, peut fort bien ne pas modifier suffisamment la substance neutre à laquelle elle est incorporée.

S'il s'agit d'une *métrite subaiguë totale*, on aura recours, après dilatation à la laminaire, aux lavages intra-utérins quotidiens avec la solution de sublimé à 1/1000, suivis de tamponnement à la gaze iodoformée et, tous les trois ou quatre jours, on fera un attouchement avec la glycérine créosotée ou la solution de nitrate d'argent. Le curettage peut certainement abrégé la durée de cette période et prévenir le passage à l'état chronique; il doit être employé quand la maladie résiste. Mais, le plus souvent, il ne peut, à lui seul, assurer la guérison et il doit être suivi de pansements intra-utérins. Sânger y a même renoncé, l'accusant d'être forcément incomplet et d'exposer aux accidents périmétritiques. Nous ne croyons pas qu'après l'amendement des symptômes inflammatoires, ce dernier reproche soit bien fondé.

## II. Métrite chronique.

### 1. Traitement local.

**A. Métrite chronique muqueuse.** — a. FORMES RÉCENTES NON HYPERPLASIQUES. — Dans les formes récentes et non hyperplasiques de l'endométrite chronique, on se bornera, tout d'abord, à l'emploi des antiseptiques et des cathérétiques.

1. *Antiseptiques.* — L'antisepsie intra-utérine est pratiquée, temporairement, sous forme d'irrigations, d'instillations, de badigeonnages et, d'une façon prolongée, sous forme de crayons médicamenteux, de tamponnement à la gaze et de drains de diverses sortes. Elle peut parfois suffire, mais, en ce cas, devant être pratiquée tous les jours et, au minimum, tous les deux jours, pendant plusieurs semaines, elle exige, de la part de la malade et du médecin, beaucoup de persévérance et d'assiduité. Les différents moyens qu'elle comporte doivent être combinés.

Schultze injecte d'abord 1 litre d'une solution de carbonate de soude à 37°, et à la dose de 2 1/2 p. 100, dans le but de détacher les glaires, puis 1 litre d'une solution de lysol à la même température et à la dose de 2 p. 100. Il répète ces injections tous les jours et, dans l'intervalle, maintient dans l'utérus un tamponnement lâche à la gaze iodoformée, en n'exigeant de la malade qu'un repos relatif: il obtiendrait ainsi la guérison en trois semaines environ.

Au lieu du lysol à 2 1/2 pour 100, dont Schultze dit cependant le plus grand bien, on pourra recourir au permanganate de potasse à 4 p. 1000, ou même à 1/100 (Charrier), particulièrement recommandé par Guyon pour la blennorrhagie, au sublimé à 1 p. 4,000, à l'acide phénique à 2 p. 100, au sulfate de cuivre à 1 p. 100, etc. On

augmentera la puissance antiseptique et l'action capillaire de la gaze en l'imprégnant de glycérine créosotée au tiers, ou en faisant suivre l'injection intra-utérine d'une *instillation* ou d'un *badigeonnage* de glycérine créosotée ou iodoformée.

La mèche de gaze, assurant à la fois l'asepsie et l'évacuation des liquides, nous semble préférable, d'une part, aux divers drains qui ont été proposés: drain en crins de Florence (Chéron), drain en caoutchouc (Bonnaire), drain en caoutchouc maintenu dans l'utérus par une ampoule terminale (Verchère), etc.; d'autre part, aux crayons médicamenteux qui présentent cependant l'avantage d'être d'un emploi facile, particulièrement dans des cas où la dilatation n'a pu être pratiquée ou maintenue.

II. *Cathérétiques.* — Les cathérétiques répondent à un degré plus avancé du mal et sont employés seuls ou combinés aux moyens précédents. En *instillations*, ils atteignent peut-être plus sûrement tous les replis de la muqueuse que sous forme de *badigeonnages*; mais il faut tenir compte, d'un autre côté, de l'action mécanique exercée par l'*applicateur* et de la facilité de son emploi. C'est l'instrument de cabinet par excellence. Comme topique, nous donnons la préférence à la créosote de hêtre ou de houille (d'une action plus énergique), additionnée de deux ou trois parties de glycérine, ou même employée pure. Très superficiellement caustique et diffusible, la créosote modifie très avantageusement la muqueuse et les sécrétions. La teinture d'iode est également efficace dans certains cas, mais elle ne doit pas être employée quand il y a des pertes sanguines. Dans le cas de blennorrhagie, la solution de nitrate d'argent au 1/20 peut avoir de très bons effets. Il en est de même du crayon de même substance; mais on ne doit l'employer qu'en attouchements très rapides. Crayon ou solution ont l'inconvénient d'être assez douloureux. L'électrolyse négative, à la dose de 40 m. a. environ (Barthélemy), provoque une escharification superficielle et liquide analogue à celle de la créosote et mérite d'être essayée. Cependant, d'après les expériences d'Apostoli, l'électrolyse positive aurait une action germicide supérieure.

Quand bien même le cas serait favorable à l'emploi de ces petits moyens et quels que soient ceux auxquels on s'arrête, nous conseillons de se conformer strictement aux règles suivantes:

1° N'opérer que dans un utérus suffisamment dilaté: si donc il y a flexion, sténose, ou simplement insuffisance de calibre, pour les lavages ou pour l'application des topiques, il faut, au préalable, faire la dilatation progressive avec la laminaire et l'éponge, en ayant soin, avant l'introduction de chaque tente nouvelle, de recourir

aux lavages et même aux badigeonnages antiseptiques de la cavité utérine. Quant on sera passé au tamponnement à la gaze, il faudra, au besoin, maintenir la dilatation au moyen des bougies d'Hégar. Au reste, cette pratique est utile dans tous les cas, attendu qu'elle a toujours pour effet d'étaler l'endométrium et d'étendre la surface d'action des agents modificateurs, de faciliter, en outre, le drainage des sécrétions; de plus, l'application de deux ou trois éponges suffit parfois pour ramollir et entraîner en grande partie la muqueuse.

2° Avant d'appliquer les agents actifs, on devra enlever l'enduit muco-purulent qui recouvre la surface intra-utérine, soit à l'aide d'un lavage au carbonate de soude, comme le fait Schultze, soit avec un bourdonnet d'ouate monté sur un applicateur.

3° Veiller avec soin à l'asepsie du vagin, sous peine de réinfection (donner la préférence à la glycérine iodoformée, ou mieux, ichtyolée, si on veut obtenir des effets décongestifs).

4° Maintenir la femme dans un repos complet ou relatif.

5° Commencer le traitement peu de jours après une période menstruelle, de façon que la guérison, si elle doit se produire, soit à peu près assurée au retour des règles, qui provoquent toujours une recrudescence du catarrhe.

b. FORMES ANCIENNES, HYPERPLASIQUES. — Dans les cas où l'endométrite chronique a résisté aux moyens précédents; dans les cas d'endométrite hyperplastique du corps, qui se révèlent surtout par des hémorragies et par les lambeaux épais de muqueuse obtenus par le curettage explorateur; dans les cas d'endométrite profonde et ancienne du col, avec prolifération abondante et enkystement des glandes et participation active du derme muqueux, ce qui peut se juger par l'âge de la lésion et la profluence de l'écoulement glaireux, par les saillies glandulaires appréciables à l'œil et au doigt, après dilatation, et, surtout, par la nature et les détails de la pseudo-ulcération, quand elle existe: dans tous ces cas, c'est perdre un temps précieux que de se borner à l'emploi des antiseptiques et des cathérétiques et le mieux est de recourir, sans délai, à l'abrasion de la muqueuse malade.

Deux méthodes sont en présence: l'une emploie les caustiques et l'autre l'instrument tranchant.

I. Cautérisation. — Les caustiques sont de trois ordres: caustiques potentiels ou chimiques, caustiques actuels et électrolyse à haute dose.

Ils sont employés sous forme solide ou liquide et en applications rapides ou prolongées. Les plus en usage sont: le crayon de nitrate

d'argent, pur ou mitigé, la pâte de Canquoin, le crayon de sulfate de cuivre. Parmi les caustiques liquides, nous citerons: la solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 (Rheinstädter), le perchlorure de fer, le nitrate d'argent en solution concentrée, les acides phénique, chromique, nitrique, pyroligneux, le nitrate acide de mercure, la liqueur de Belloste (teinture d'iode et acide phénique  $\bar{a}$ ). Ces différents liquides sont employés en badigeonnages ou en instillations.

Le grand danger des caustiques, en général, est d'attaquer la couche superficielle du muscle et, par suite, les éléments régénérateurs de la muqueuse; d'où formation consécutive d'un tissu de cicatrice, avec ses conséquences plus ou moins graves, c.-à-d. atrésie utérine, dysménorrhée, aménorrhée, stérilité, hématosalpinx. De plus, les caustiques déterminent des douleurs vives et exposent, au moment de la chute des eschares, à l'inflammation circum-utérine.

D'après les recherches histologiques, l'escharification du muscle est inévitable avec la méthode qui consiste dans l'application, à demeure, d'un crayon formé d'une partie de chlorure de zinc pour deux de farine de seigle. Les mauvais résultats de cette pratique qui, dans un bon nombre de cas déjà, a conduit à la laparotomie ou à l'hystérectomie vaginale, l'ont fait abandonner par ses initiateurs eux-mêmes. Depuis, Dumontpallier a proposé l'emploi de crayons formés, à parties égales, de sulfate de cuivre et de farine de seigle. Ces crayons n'auraient pas les mêmes inconvénients et seraient simplement « cathérétiques de la muqueuse et modificateurs des glandes ». Mais Matignon, à la clinique de E. Monod (1), a pu suivre deux faits qui sont contraires à cette manière de voir; aussi propose-t-il de réduire de moitié la dose de substance active, soit 0,25 au lieu de 0,50 de sulfate de cuivre, pour un crayon de 7<sup>cm</sup> 1/2.

Rheinstädter introduit jusqu'au fond de l'utérus, à l'aide d'un applicateur, un bourdonnet d'ouate imbibé de la solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 et le laisse en place une minute au plus. Il répète cet attouchement toutes les semaines, ou deux fois par semaine, et obtiendrait ainsi de très bons résultats sans provoquer d'atrésie.

Le perchlorure de fer, en badigeonnages ou en instillations, peut avoir son utilité comme moyen hémostatique d'urgence; mais il provoque la formation de caillots adhérents, favorables à l'infection, et qu'il faut prendre soin d'entraîner par un lavage consécutif.

(1) Arch. de toxicologie et gynéc., 1892.

L'acide chromique, le nitrate acide de mercure, peuvent donner lieu à des accidents d'intoxication.

L'introduction de la pointe du thermocautère dans le col aboutit fatalement à la sclérose ou à l'atrésie et on a signalé des cas d'infection plus ou moins graves, mortels même, à la suite de son emploi.

L'électrolyse, poussée jusqu'à l'intensité voulue pour obtenir une eschare, a été conseillée par Middeldorpf, Spiegelberg, Apostoli, Leblond (1).

En somme, à moins que la malade n'ait dépassé la ménopause, si l'on veut employer les caustiques, encore faut-il s'efforcer d'en limiter l'action à la muqueuse. A ce point de vue, les applications prolongées, dans le but d'obtenir en une seule fois le résultat cherché, comme avec le curettage, sont absolument à rejeter. Mieux vaut recourir aux *attouchements*, dont la durée et la répétition devront varier suivant la substance employée. Enfin, les dangers sont moindres si on limite la cantérisation au col, au-dessous de l'orifice interne.

II. *Exérèse*. — 1° *Pour l'endométrite corporéale: curettage*. — Pour l'endométrite hyperplastique du corps de l'utérus, le curettage, précédé ou non de la dilatation, constitue le traitement le plus sûr et le moins dangereux, à tout point de vue. Le curettage respecte la couche rénovatrice de la muqueuse et la *restitutio ad integrum* peut s'effectuer en moins d'un mois.

Si l'hémorrhagie est le symptôme prédominant, l'action de la curette peut suffire. Il est cependant utile, pour atteindre les derniers culs-de-sac glandulaires intra-musculaires, de la compléter par un écouvillonnage à la glycérine créosotée; par l'action du polissoir de Péraire, par l'application de chlorure de zinc au 1/10 (Bouilly), pendant une ou deux minutes, ou encore, par l'instillation de perchlorure de fer immédiatement suivie d'une injection détersive (Pozzi). Cette dernière pratique a l'inconvénient de provoquer des coliques utérines assez vives qui se prolongent après le réveil de la malade, et parfois, de la rétention d'urine.

Si les hémorrhagies s'accompagnent d'écoulements purulents et que l'endométrite du col semble peu prononcée, on pourra se contenter de faire, après le curettage et les applications cathérétiques ou caustiques, un tamponnement *lèche* de l'utérus à la gaze iodoformée; ou bien, au moindre retour de l'écoulement, on aura recours, avec persévérance, au badigeonnage créosoté, aux instillations de teinture d'iode répétées tous les deux jours (Pozzi), etc. Le retour

(1) Société du X<sup>e</sup> arrondissement, 2 mai 1892.

de la leucorrhée utérine après le curettage peut être dû à une récurrence de la métrite, c'est-à-dire à une *réinfection* provenant de l'extérieur (doigts, canule ou instruments malpropres), de la vaginite des culs-de-sac ou d'une salpingite concomitante; mais, plus souvent encore, il s'agit en réalité d'une *rechute* due à l'insuffisance du traitement, en particulier pour la métrite du col.

2° *Pour l'endométrite cervicale: hersage, excision de la muqueuse*. — Le curettage, à moins d'être fait avec une curette très tranchante, susceptible d'enlever des copeaux musculaires, ne peut avoir qu'une action très incomplète sur la muqueuse cervicale, étant donné le siège intra-musculaire d'un grand nombre d'acini (fig. 60). Si l'endométrite cervicale se présente dans des conditions telles (voir plus haut) que les petits moyens, antiseptiques ou cathérétiques, soient jugés d'emblée impuissants ou se soient montrés tels; qu'il y ait ou non indication du curettage pour l'endométrite du corps, il faudra, pour l'endométrite du col, poursuivre les glandes jusque dans l'épaisseur du muscle. Pour cela, deux procédés peuvent être mis en œuvre.

Après avoir dilaté la cavité et abstergé la muqueuse des glaires qui la recouvrent, on y fait des scarifications très rapprochées, soit avec un bistouri, soit avec la herse de Doléris, et l'on imprègne la surface saignante de créosote ou de teinture d'iode. Cette petite opération peut être répétée tous les quatre ou cinq jours et sans anesthésie.

Ou bien, ce qui est plus sûr encore, on excise complètement la muqueuse au bistouri, en deux ou plusieurs morceaux. Au lieu de faire suivre cette excision d'une thermocautérisation superficielle (Pestalozza, Doléris), il vaut mieux se contenter du tamponnement cervical à la gaze iodoformée: la cicatrisation secondaire peut ainsi être obtenue en une douzaine de jours.

Pour prévenir plus sûrement encore l'atrésie, Bouilly se contente d'enlever, sur chaque lèvre, un lambeau épais de 2 à 4 millimètres, suivant la profondeur des lésions et, entre ces deux gouttières, qui se regardent par leur concavité, il conserve, sur les parties latérales du col, un pont de muqueuse. Il a ainsi obtenu 39 guérisons et 2 grossesses, sur 40 cas.

3° *Pour la cervicite externe: scarifications, ponctions, excision cunéiforme de Schröder, trachelorrhaphie d'Emmet*. — Le *chémosis* de la muqueuse endocervicale cède ordinairement au curettage. L'*érosion simple* peut disparaître grâce au pansement antiseptique du vagin et au traitement intra-cervical, par le seul fait de la réfection du corps muqueux de Malpighi.

Mais il n'en est pas de même de la plaque *catarrhale*, dont la guérison ne peut jamais être *complète* sans une intervention radicale, visant à la fois la lésion inflammatoire et le traumatisme dont elle dépend.

Lorsque la plaque catarrhale est récente, limitée, que le travail de sclérose est à son début, que les saillies folliculaires sont rares, on peut obtenir, par les scarifications et les ponctions, jointes aux pansements *antiseptiques* et *modificateurs*, une amélioration telle qu'une intervention plus importante devienne inutile.

Quand la lésion est étendue ou ancienne, qu'il s'y forme des érosions secondaires après épidermisation et de la sclérose péri-glandulaire, ces mêmes moyens peuvent encore amener une certaine amélioration, mais on arrive bientôt à la limite des services qu'ils peuvent rendre, sans avoir obtenu la guérison complète. Ou bien la pseudo-ulcération restera stationnaire, les sécrétions ayant plus ou moins diminué; ou bien, l'épidermisation se produira; mais les glandes, encore infectées, qui se dissimulent derrière ce vernis caduc, en détermineront bientôt la chute et entretiendront l'inflammation dans les profondeurs du stroma.

Devant cette double éventualité, il faut agir plus énergiquement. Nous rejetons absolument la cautérisation chimique ou ignée, qui naguère était le traitement de choix et qui ne peut qu'activer le travail de sclérose et l'oblitération kystique des glandes. On a essayé de faire, dans l'épaisseur du col, des injections de substances médicamenteuses: teinture d'iode et extrait d'ergot (Mundé), solution bromo-iodurée (Bennett), ergotine (Delore), créosote (Auvard). Les résultats ont été variables, quelquefois heureux, mais dans des cas légers, souvent incertains et, plusieurs fois, funestes (Lusk).

L'*excision au bistouri* est de beaucoup la meilleure *méthode* de traitement, et, parmi les *procédés* multiples qu'elle comprend, on donnera généralement la préférence à *celui de Schröder*. Il répond à toutes les formes de pseudo-ulcération et de déchirure et permet de supprimer la lésion inflammatoire, tout en donnant au col la forme et le volume les plus favorables à ses fonctions. Il suffit seulement, pour le plier à toutes les exigences, de le modifier parfois légèrement en tel ou tel sens. Ainsi, dans un cas de lacération antéro-postérieure, pourra-t-on tailler les lambeaux latéralement, au lieu de les faire, l'un antérieur et l'autre postérieur (Dolérís). Ainsi, dans le cas de lacération bilatérale et profonde, pourra-t-on, si les lésions l'indiquent, borner la résection à l'extrémité du museau de tanche (*stomatoplastie*) et terminer par une trachelorrhaphie bilatérale. En un mot, tout en cherchant à se rap-

procher de l'exécution régulière du procédé, il faut, avant tout, se guider sur le siège et l'étendue des lésions.

La *trachelorrhaphie* d'Emmet a des indications beaucoup plus restreintes. Elle doit être réservée, pensons-nous, aux cas de déchirure unilatérale avec ectropion et sclérose bornés au même côté que la déchirure. Bouilly substitue volontiers à la résection de Schröder la *trachelorrhaphie double*; mais, outre que ce procédé laisse subsister une bande longitudinale de muqueuse malade, il expose à la sténose du col.

Quant à la *trachelorrhaphie sans perte de substance* de Dürhssen, elle n'est applicable à la cervicite qu'au point de vue prophylactique.

**B. Métrite chronique parenchymateuse.** — Les *lésions parenchymateuses* bénéficient du traitement de l'endométrite. On leur opposera plus particulièrement les injections chaudes prolongées, les scarifications ou les badigeonnages iodés du col, la dilatation répétée, l'électrolyse, le massage, les eaux chlorurées sodiques, le tamponnement compressif du vagin, la résection du col (procédés de Schröder ou de Simon). Ce dernier traitement, non seulement s'adresse directement aux lésions scléreuses et scléro-kystiques du segment vaginal, mais il détermine, à la longue, dans le reste de l'organe, une sorte d'involution artificielle (Braun).

**C. Métrite tuberculeuse.** — Le traitement de la *métrite tuberculeuse* prête à des considérations toutes spéciales. En cas de tuberculose limitée au col, il paraît sage de se borner à l'amputation vaginale ou sus-vaginale; en cas de tuberculose *endométritique* ou *interstitielle*, il faut pratiquer l'hystérectomie totale. Si la malade se refuse à cette intervention, ou si elle est déjà cachectisée par d'autres foyers de tuberculose, la meilleure conduite à suivre nous paraît être: 1° de stériliser, autant que possible, le foyer à l'aide de l'éponge ou de la gaze iodoformée, pendant sept à huit jours, laps de temps considéré comme suffisant pour le traitement des manifestations externes de la tuberculose (Barette); 2° de faire un curetage, aussi méthodique que possible, suivi d'un écouvillonnage à la créosote; 3° de pratiquer, par la suite, des pansements intra-utérins à l'iodoforme.

## 2. Traitement général.

La diversité des traitements locaux ne doit point faire oublier l'importance du traitement général. Il doit être approprié aux états constitutionnels qui préparent la métrite et en favorisent la persistance. Dans tous les cas, on recommandera le repos sexuel, le



séjour au lit, ou au moins à la chambre, pendant la durée des règles, les laxatifs, les bains fréquents, etc.

## CHAPITRE IV

### INFLAMMATION CIRCUM-UTÉRINE

Le domaine de l'inflammation péri-utérine, ou mieux, *circum-utérine*, comprend la trompe, l'ovaire, le péritoine pelvien et le tissu cellulaire qui le double. L'intestin et la vessie ne sont intéressés qu'incidemment. L'inflammation des tumeurs, des kystes fœtaux, de l'hématocèle, trouve plus naturellement sa place dans l'étude de ces états morbides.

Étant données les relations anatomiques des organes pelviens, l'inflammation péri-utérine se trouve le plus souvent liée à la métrite et présente, concurremment, des localisations multiples.

Pour en bien comprendre le développement, il suffit de se représenter, d'une part, le conduit muqueux utéro-tubaire, de l'autre, l'appareil lymphatique qui en émane, pour s'étendre de là au péritoine, au tissu cellulaire et, par voie récurrente, à l'ovaire.

A l'état aigu, l'inflammation péri-utérine à porte d'entrée génitale tend à se généraliser, et cela de trois façons principales : 1° elle se généralise d'emblée dans toutes les directions, ce qui ne se voit que dans l'état puerpéral; 2° débutant par la trompe (*salpingite*), elle s'étend au péritoine, et même au tissu cellulaire voisin (*péri-salpingite*), et de là, vers l'ovaire et l'utérus, pour les pénétrer, de la surface à la profondeur (*péri-méthro-annexite*); 3° débutant par les assises du tissu cellulaire pelvien (*paramétrite*), au voisinage d'une lésion du col, elle s'étend, exceptionnellement à la trompe, le plus souvent au ligament large, à l'ovaire et au péritoine pelvien.

Dans le cas d'infection puerpérale ou post-opératoire, elle peut l'emporter du côté du péritoine, de façon à masquer les autres lésions : *pelvi-péritonite proprement dite*.

Le *phlegmon pelvien*, ou *pelvi-cellulite*, qui comprend le *phlegmon du ligament large* et la *paramétrite*, est assez fréquent, dans les conditions sus-énoncées, à titre de lésion connexe et fluxionnaire, se terminant rapidement par résolution ou induration. Mais il est très rare en tant que lésion principale et durable aboutissant à la suppuration, et ne s'observe, en cet état, que dans l'infection puerpérale.

A l'état chronique, la combinaison la plus commune est la

méthro-salpingo-ovaro-péritonite. Les indurations persistantes du tissu cellulaire sont rares, sauf au voisinage des lacérations profondes du col et, plus rares encore, les abcès chroniques de la même région.

Ainsi doivent être actuellement envisagées, dans leur ensemble, ces lésions, qui naguère paraissaient si confuses, et qui, peu à peu, se sont laissées surprendre à leur origine et dans leur marche, grâce aux incessants progrès de la chirurgie abdominale.

## HISTORIQUE

On peut dire que la phase vraiment scientifique de la question ne remonte pas au delà des travaux de Bernutz et Goupil qui, se basant, les premiers, sur des preuves anatomiques irréfutables, démontrèrent l'existence de la pelvi-péritonite (1857), alors qu'avec Nonat et ses continuateurs (Gallard, Bennet, etc.), on ne croyait qu'au phlegmon. Mais Bernutz et Goupil eurent le tort de nier la paramétrite et ne surent pas attribuer aux lésions annexielles la part qui leur revient. Assurément Aran (1839) a émis l'idée que l'inflammation débute par les annexes et, bien avant lui, Ruysch connaissait la stérilité due à l'occlusion des trompes de Fallope; mais il a fallu qu'avec Lawson Tait on en vint à extirper les annexes enflammées pour en bien connaître les lésions. De nombreux et importants travaux ont déjà signalé cette ère nouvelle, qui date d'une vingtaine d'années, et chaque jour en voit apparaître de nouveaux; citons ceux de Cornil, Terrillon, Montprofit, Conzette, Delbet, etc., en France; Orthmann, Nagel, Bulius, Slavjansky, Landau, etc., à l'étranger.

## ÉTIOLOGIE

Le traitement chirurgical étant généralement appliqué à une époque assez éloignée du début de l'inflammation, on comprend qu'il soit relativement rare de constater la présence des microbes qui l'ont engendrée, d'où les grandes incertitudes qui règnent encore sur leur nature et leur rôle.

Le *streptocoque* a été rencontré partout : dans les abcès de l'ovaire, à la suite de l'infection puerpérale (Wertheim), de la rougeole (Gallard); dans la trompe (Menge); dans le péritoine et les vaisseaux péri-utérins (Dolérès, Vidal). On est d'accord pour lui attribuer les formes les plus virulentes et les plus rapidement extensives de l'inflammation péri-utérine, sans nier pourtant qu'il puisse se