

## LIVRE VII LÉSIONS TROPHIQUES

### CHAPITRE PREMIER LÉSIONS TROPHIQUES EN GÉNÉRAL

En gynécologie, comme ailleurs, « ne voir que l'infection, c'est se condamner à une étroitesse de vue qui empêche de comprendre bien des accidents morbides et de les conjurer ». (Boucharde.) Nous avons déjà parlé (livre III) des *traumatismes* d'ordre *physique* ou *chimique*. Il nous reste à envisager les *lésions trophiques* ou *pseudo-inflammatoires*, ordinairement confondues avec l'inflammation véritable. Ces lésions reconnaissent des *causes générales* et des *causes locales*.

#### I. — LÉSIONS TROPHIQUES D'ORDRE GÉNÉRAL

Nous ne savons sur ce point que peu de chose. Il est certain que la métrite, chez les femmes *lymphatiques*, est fréquente, « peu douloureuse, caractérisée surtout par l'abondance de l'écoulement muco-purulent » (de Sinéty); mais on peut aller plus loin et se demander si, chez ces femmes, le rôle du microbe n'est pas, souvent, secondaire et accessoire. Nous admettons, d'autre part, qu'il peut exister un *rhumatisme utérin*, que l'arthritisme entre, pour une part plus au moins active, dans la genèse de la métrite interstitielle (Martineau), de l'eczéma, de l'herpès. Enfin nous verrons que le diabète détermine, sur les organes génitaux externes, des lésions absolument typiques (Fournier).

#### II. — LÉSIONS TROPHIQUES D'ORDRE LOCAL

Les lésions trophiques d'ordre local relèvent *des troubles de l'involution puerpérale* ou de la *congestion* liée à toute autre cause.

#### 1° Troubles de l'involution puerpérale.

Après l'accouchement, l'appareil gestateur subit une réduction de volume due, non seulement à la rétraction des tissus, mais aussi à une série de modifications intimes se résumant dans la stéatose et la résorption des éléments cellulaires en excès.

Quand l'ensemble de ces phénomènes de régression aboutit à la *restitutio ad integrum*, il prend le nom d'*involution*.

On dit qu'il y a *subinvolution*, lorsque le travail régressif est arrêté ou retardé; et *surinvolution*, ou *superinvolution*, lorsqu'il dépasse, au contraire, les limites de la reconstitution normale et qu'il aboutit à l'atrophie. Ce double état, souvent passager, est encore mal défini au point de vue nosologique et ne porte guère, d'après les auteurs que sur l'utérus et ses ligaments (voir chap. III). L'ovaire est, cependant, notablement intéressé, dans la subinvolution, par l'intermédiaire des *varices pelviennes* (voir plus bas).

#### 2° Congestion pelvienne.

La congestion pelvienne, chez la femme, est *passagère* ou *permanente*.

**A. Congestion passagère.** — *Passagère*, elle se traduit, à l'occasion de fatigues, d'abus de coït et, particulièrement, au moment de la menstruation, par une sensation de *pesanteur* dans le petit bassin, par de la *sensibilité de la région ovarienne*, des ménorrhagies; ou bien, par le réveil des symptômes inflammatoires, si l'infection est dans la place.

A la congestion pelvienne passagère on opposera le repos, surtout au voisinage des règles, et les révulsifs. Tait a conseillé le chlorate de potasse à faible dose (0<sup>gr</sup>,30).

**B. Congestion permanente.** — La *congestion permanente*, ou *varicocèle pelvien*, analogue au varicocèle chez l'homme, consiste en une dilatation passive des veines du petit bassin, avec ou sans lésions de leurs parois.

**HISTORIQUE.** — Signalé par Richet et son élève Devalz, et par Budin, chez la femme enceinte, le varicocèle féminin a été remis en question en 1888, par Coe et Dudley.

Il a été bien présenté, au point de vue macroscopique, dans la thèse de Devalz (1858), et l'un de nous a donné, pour la première fois (1891), la description histologique des lésions qu'il entraîne du côté de l'ovaire (1). Ces derniers travaux ont été reproduits, avec

(1) Paul Petit, *Bullet. de la Soc. obstétr. et gynec.*, et *Nouvelles Archives d'obstétr. et gynec.*, 1891.

des considérations nouvelles et intéressantes, dans la thèse de Roussan (1892).

ÉTILOGIE ET PATHOGÉNIE. — Préparé par l'absence de valvules veineuses, par le défaut de soutien des parois vasculaires, par la constipation, habituelle chez la femme, le varicocèle pelvien reconnaît comme causes les plus ordinaires : les grossesses répétées, la subinvolution, les tumeurs pelviennes, surtout le fibrome utérin, et, sans doute aussi, l'arthritisme. Il est entretenu par le prolapsus qui dépend le plus souvent, comme lui, de l'état puerpéral.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous décrirons, en leur lieu et place (chap. IV) les lésions spéciales à l'ovaire. Il est probable que la congestion passive prend également une large part à la genèse des états pathologiques réunis sous le nom de métrite chronique parenchymateuse (Roussan) et qu'elle est le principal facteur de la transformation kystique des fibromes et du prolapsus intermittent.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — Nous sommes persuadés que le varicocèle pelvien occupe, dans la pathologie féminine, une place plus importante qu'on ne le croit. Mais peut-il être reconnu à l'examen clinique et donner ainsi sa signature aux lésions qui en dépendent ?

Les douleurs dans les flancs, irradiées vers les lombes et les aines, calmées par le repos (Dudley), n'ont rien de caractéristique, non plus que les symptômes généraux de dépression morale et de lassitude. D'autre part, sauf chez des femmes très maigres, ou à parois très souples, très relâchées, il ne faut pas s'attendre à ce que les paquets de veines variqueuses donnent, au toucher vaginal ou rectal, une sensation nette de *vers enroulés*, comme le varicocèle de l'homme. Ils donnent plutôt une impression d'*empâtement*, plus accentuée, d'après Dudley, quand la malade est debout, et pouvant donner le change pour la cellulite ou la salpingite (Dudley, Roussan).

Le plus souvent, on ne fera que soupçonner le varicocèle, à la constatation de telle ou telle de ses causes les plus communes et à la coexistence de varices des grandes lèvres ou d'hémorroïdes.

TRAITEMENT. — Le varicocèle sera combattu par les injections chaudes, vaginales, et surtout rectales, par le tamponnement compressif, le massage, l'électricité, les eaux thermales. On pourra utiliser certains médicaments dits vasculaires : teinture d'*hydrastis canadensis* (XXX gouttes, 3 fois par jour) ; extrait fluide d'*hamamelis virginica* (X à XX gouttes par jour) ; poudre de *capsicum annum* (1 pilule de 0<sup>sr</sup>,45 au milieu de chaque repas).

Mais le traitement doit surtout s'adresser aux éléments étiologiques : il faut restaurer le plancher pelvien, s'il y a prolapsus ;

supprimer le fibrome utérin, si cette intervention est indiquée par ailleurs.

En cas de douleurs et de troubles nerveux prononcés, ou d'hémorragies graves, on est autorisé, après laparotomie exploratrice, à extirper l'ovaire et la trompe.

Pour enlever les plexus affectés, il faut exciser la plus grande partie des ligaments larges : cette façon de faire comporte parfois, dans l'espèce, de sérieuses difficultés d'hémostase ; de plus, elle expose à des hémorragies secondaires par réplétion exagérée des veines voisines du champ opératoire. Il vaut donc mieux se borner à la castration, telle qu'elle se pratique ordinairement, et s'en remettre, pour l'effacement des plexus, à la ménopause artificielle (Coe).

## CHAPITRE II

### LÉSIONS TROPHIQUES DE LA VULVE ET DU VAGIN

#### I. — DIABÉTIDES

1<sup>o</sup> Les *diabétides* (Fournier) *aiguës* de la vulve sont caractérisées par une rougeur vive allant jusqu'à l'érosion, par du gonflement, des gerçures, des fissures, une desquamation épithéliale avec suintement permanent, séreux, sanguin, purulent et par un prurit intense, insupportable au point d'empêcher le sommeil et de provoquer des troubles nerveux et nutritifs. En certains points, se forment de véritables plaques eczématoïdes à la surface desquelles sont disséminés des folliculites, des pustules, par ensemencement dû au grattage, des furoncles, de l'ecthyma, des abcès dermiques, des lymphangites, des œdèmes aigus.

2<sup>o</sup> Les *diabétides chroniques* ont une *teinte ardoisée, grisâtre*. Elles déterminent un œdème dur avec épaississement considérable et perte d'élasticité de la peau. Elles s'accompagnent, comme les diabétides aiguës, de vives démangeaisons avec suintement sur les régions humides, avec desquamation sur les régions sèches. De temps en temps se produisent des poussées de folliculites, des furoncles, de l'eczéma vrai, de la dermatite microbienne.

Le traitement consistera dans la médication et l'hygiène anti-diabétiques auxquels on joindra des lotions alcalines faibles (2 grammes de bicarbonate de soude, et autant de borate de soude, par litre d'eau) et l'application d'une pâte à l'oxyde de zinc additionnée de cocaïne :

Amidon.....	} à 25 grammes.
Oxyde de zinc.....	
Cocaïne.....	1 —
Vaseline.....	50 —

(Besnier.)

ou encore (Barthélemy) :

Vaseline.....	20 grammes.
Lanoline.....	10 —
Talc.....	10 —
Oxyde de zinc.....	5 —
Dermatol.....	1 gr. 50.

F. s. a. pâte demi-molle, à appliquer en couches très épaisses.

## II. — ECZÉMA

On trouve, à la vulve, l'*eczéma simple* et l'*eczéma rubrum* qui s'y présentent avec les mêmes caractères que dans les autres régions, à l'état aigu et chronique. Le siège de prédilection de l'eczéma vulvaire est la face interne des lèvres. C'est une affection des plus pénibles. Elle s'accompagne, dans plus de la moitié des cas, de troubles de la menstruation (Hébra) et de leucorrhée.

L'*intertrigo* n'est pas, comme on l'a écrit, un eczéma, mais bien une *dermite microbienne* (Barthélemy) et devrait par conséquent rentrer dans le cadre des lésions inflammatoires. Cette affection est fréquente chez les femmes négligentes, affectées d'écoulements vaginaux abondants. Il faut la traiter par les bains de siège, les badigeonnages avec la solution de nitrate d'argent à 1/100, puis à 1/30, les lotions d'eau blanche ou de sublimé à 1/2000, suivies de l'application de poudres isolantes et astringentes non fermentescibles (oxyde de zinc, talc, sous-nitrate de bismuth, acide borique, calomel, dermatol, etc.).

Enfin, on a décrit, sous le nom d'*eczéma lymphatique*, des vulvites qui semblent être d'origine tuberculeuse (Fernet).

## III. — HERPÈS

L'*herpès de la vulve*, favorisé par la diathèse arthritique, est une affection essentiellement récidivante. Il est parfois périodique et annonce le retour des règles, comme peut faire l'*herpès labial récidivant, chronique et périodique*. On l'observe de préférence chez les femmes qui sont en puissance d'affections vénériennes et particulièrement au début de la blennorrhagie. S'agit-il toujours

d'une seule et même affection? Ce n'est pas le lieu de discuter la question, mais ce n'est pas probable.

La rupture des vésicules donne lieu à des plaques érosives rouges ou blanchâtres, à contours polycycliques et monocycliques (Fournier), qui bientôt se recouvrent d'une petite croûte brune, sèche et dure.

Certains herpès ulcéreux, et non plus érosifs, très confluent, peuvent, au premier abord, en imposer facilement pour un vaste chancre simple; mais l'herpès ne creuse jamais autant les tissus, est plus aigu, plus douloureux, non inoculable, et son évolution, beaucoup plus rapide, ne dépasse guère sept à vingt jours. Les bubons suppurés ont été observés à la suite de l'herpès ulcéreux et confluent, mais ils sont infiniment plus rares que dans les cas de chancrelle.

La question de durée offre également une grande importance pour la différenciation du *chancre syphilitique* et de l'*herpès solitaire* ou *discret*. D'autre part, le chancre syphilitique présente une exsudation moindre, et en le serrant à sa base, on n'en fait sourdre qu'un liquide séreux, à peine purulent; l'herpès ou le chancre simple, au contraire, laissent écouler une grande quantité de sérosité purulente, jaune et sanglante.

Il faut se souvenir de ce que Fournier a appelé le *piège au chancre*: l'herpès symptomatique et initial disparaît et le chancre syphilitique reste.

Comme traitement: lotions avec solutions à l'eau blanche, à l'acide phénique à 1/100, ou borique à 40/1000, puis saupoudrer avec le talc, l'amidon, le sous-nitrate de bismuth, ou une poudre légèrement astringente, soit:

Amidon.....	100 grammes.
Tannin.....	5 —
Sous-nitrate de bismuth.....	3 —

(Besnier.)

En cas de persistance des ulcérations, les badigeonner avec la solution de nitrate d'argent à 1/30 (Feulard). La poudre d'alun est assez douloureuse, mais utile dans les cas tenaces et très récidivants. Il y a lieu aussi de traiter l'état général: arsenic, soufre, eaux d'Uriage, etc., alimentation non excitante et abstinence d'alcool.

L'herpès peut également se présenter sur la surface du vagin et du col, et prête aux mêmes considérations. On le traitera, en ces points, par le sublimé à 1/4000, l'iodoforme, les tampons imbibés d'huile résorcinée.

## IV. — LEUCOPLASIE

La leucoplasie dite encore, mais à tort, *psoriasis* de la vulve, pas plus que la lésion analogue de la muqueuse buccale, ne reconnaît une origine syphilitique.

« Toute la région de la vulve peut être occupée par des plaques blanchâtres avec fissures et exfoliations épidermiques ; il existe en même temps des démangeaisons plus ou moins violentes, causes de grattages qui amènent des excoriations » (Besnier).

Dans le quart des cas au plus, la leucoplasie se transforme en épithélioma.

Les irritations de toute nature, en particulier le défaut de soins ou bien les cautérisations au nitrate d'argent, favorisent cette transformation.

On conseillera de faire, après chaque miction, un lavage avec une solution de bicarbonate de soude à 2 grammes par litre, suivi de l'application d'une pommade-pâte à l'oxyde de zinc. Le salicylate de soude, le perchlorure de fer, l'eau iodée, les lotions phéniquées, et même l'acide phénique à l'intérieur, ont été aussi préconisés.

Si la lésion est plus avancée et localisée, on essaiera de la détruire soit par le raclage, soit par la thermocautérisation.

## V. — LÉSIONS DIVERSES

Indépendamment des lésions précitées, la vulve est encore exposée à bon nombre d'autres affections communes aux téguments cutanés et muqueux : *psoriasis* vrai, vitiligo, lichen, urticaire, purpura, *nævus*, mycosis, érythèmes polymorphes, séborrhée [très fréquente à la face interne des petites lèvres (Barthélemy)], gangrène, d'origine diabétique et autre, œdème brightique, etc.

## CHAPITRE III

## LÉSIONS TROPHIQUES DE L'UTÉRUS

## I. — LÉSIONS TROPHIQUES DE LA MUQUEUSE UTÉRINE

## 1° Hypertrophie simple.

ÉTILOGIE ET PATHOGÉNIE. — L'hypertrophie simple de la muqueuse utérine, à prédominance glandulaire ou interstitielle, se rattache

à la subinvolution et à la stase passive qui en résulte, aux tumeurs de l'utérus, aux flexions et surtout à la rétroflexion, et pourrait disparaître du seul fait de l'application d'un pessaire (Treub). On la rencontre beaucoup plus rarement dans le prolapsus, où les chances d'inoculation septique sont bien plus nombreuses (Treub), ce qui vient encore à l'appui de la nature propre de la maladie. Elle se produit aussi chez des vierges, sans cause apparente, sous forme lisse ou polypeuse, à la façon d'un véritable néoplasme, d'un *adénome*.

Elle coïncide souvent avec des lésions péri-utérines d'ordre inflammatoire ou pseudo-inflammatoire : dans le premier cas, il peut y avoir relation de cause à effet, par l'intermédiaire de la congestion active, entre l'inflammation péri-utérine et l'hypertrophie endométritique ; dans le second cas, tout l'ensemble du processus semble se rattacher à la subinvolution. Enfin, il est des cas où la limitation de l'hyperplasie sur un segment donné de la paroi utérine, sans qu'il y ait tumeur ou flexion, donne à penser qu'elle a pris naissance sur l'aire placentaire et qu'elle a, par suite, une origine analogue à celle de la *pseudo-métrite déciduale*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dæderlein, Pfannenstiel, dans des cas décrits comme *endométrites hyperplastiques*, n'ont pu trouver un seul microorganisme dans le corps de l'utérus. Il en a été de même de Winter, dans 50 cas de fibro-myome. D'autre part, Treub avance : 1° que, le plus souvent, dans les cas d'écoulements mucopurulents, d'origine endométritique, on ne retire du corps de l'utérus que de très petits débris, absolument impropres à l'examen microscopique ; 2° que, dans les quelques cas où le raclage donne de gros morceaux de muqueuse, l'examen microscopique y décèle bien de l'hyperplasie glandulaire ou interstitielle, mais « jamais, au grand jamais, des infiltrations de leucocytes ». Cette dernière affirmation est certainement excessive, car on trouve, tout au moins, des globules blancs à l'intérieur des glandes et à leur pourtour (Cornil). Mais il n'en est pas moins vrai qu'ils sont généralement trop rares pour permettre de conclure à l'inflammation.

Donc, dans un grand nombre de cas tout au moins, l'hyperplasie de l'endomètre corporel ne paraît pas liée à l'inflammation.

Les cas exceptionnels dans lesquels on a constaté l'existence de bacilles pathogènes (Brandt) sont plus difficiles à juger : il faut admettre, dans ces cas, soit une hyperplasie inflammatoire, soit une infection greffée sur une hyperplasie d'ordre trophique, ce qui paraît plus probable.

L'hyperplasie de la muqueuse utérine peut-elle être qualifiée d'a-

*dénome* ? Assurément, peu importe le mot : cependant, le terme d'adénome implique plutôt l'idée de néoplasme et nous semble peu d'accord avec les vraisemblances pathogéniques.

Nous avons déjà décrit, conformément à l'usage, à propos de la métrite, les hypertrophies muqueuses, tant glandulaires qu'interstitielles. Nous ajouterons seulement que, si le revêtement épithélial des glandes est, en général, disposé sur une seule couche, il ne paraît pas douteux, toute précaution étant prise pour éviter les erreurs d'interprétation, qu'il puisse y avoir aussi prolifération sur plusieurs rangées. Dans ces conditions, on peut fort bien hésiter entre l'*hyperplasie* et l'*épithélioma au début*, à la phase de *prolifération simple*, de Malassez. Fabre a dernièrement indiqué un élément distinctif de ces deux états, basé sur les phénomènes de cytodierèse : ces phénomènes seraient exagérés dans l'hyperplasie ou adénome, mais toujours régulièrement orientés vers la lumière du tube, tandis que, dans l'épithélioma au début, ils seraient à la fois exagérés et désorientés : d'où métatypisme ultérieur des cellules, du fait de l'irrégularité de leurs pressions réciproques, et occlusion des tubes, les cellules adultes n'arrivant pas à s'y déverser régulièrement.

L'hypertrophie de la muqueuse utérine est constante dans le cas de fibrome sous-muqueux, sauf au niveau même de la tumeur, où il y a, au contraire, atrophie. Elle manque souvent quand la tumeur est sous-séreuse. Enfin, d'après Schmal, les extravasats sanguins se produisent aussi bien, qu'il y ait atrophie ou hypertrophie.

Abel et Landau, appuyés par Waldeyer, ont avancé que l'épithélioma du col utérin se compliquait ordinairement de sarcome endométritique du corps. Mais un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons Cornil et Poupinel, en France, Eckart, Orthmann, Olshausen, Ruge et Veit, Franckel et, plus récemment, Saurenhaus, Schmal, à l'étranger, ont repoussé cette opinion, et s'accordent à considérer les lésions juxta-cancéreuses de l'endomètre comme de nature purement inflammatoire ou hyperplasique. Cette dernière opinion nous paraît être la vraie.

D'après Doléris, dans les flexions, l'hyperplasie est plus prononcée au voisinage immédiat de l'éperon, tandis que, dans les versions simples, c'est, au contraire, au fond de l'organe que les lésions prédominent.

**SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC.** — Les hypertrophies pures de l'endomètre corporel se traduisent par un symptôme constant : l'*hémorragie*, qui se manifeste sous forme de flux menstruel, intermenstruel ou presque continu.

Il s'y joint souvent des *douleurs* plus ou moins fortes, pendant les règles ou dans leur intervalle ; parfois, de l'*hypersécrétion muqueuse* : mais il s'agit alors d'un liquide plutôt aqueux que muqueux, jamais purulent, et qui peut être très abondant, en cas de fibro-myome. La *stérilité* est fréquente (Treub).

A l'examen physique, on constate l'augmentation de volume du corps de l'utérus et l'épaississement de la muqueuse (voir chap. I). Le col peut être absolument sain.

**TRAITEMENT.** — S'agit-il d'*hypertrophie d'origine gravidique*, le curettage est la seule intervention à proposer, et donnera un succès complet et durable. Il en est le plus souvent de même pour ces *hypertrophies polypeuses des vierges* qui peuvent être qualifiées d'*essentiels*.

Le fibrome est-il en cause, les hémorragies céderont encore à la curette, mais d'une façon momentanée, et reparaitront au bout de quelques mois, soit que la muqueuse se soit reproduite avec des caractères identiques, soit que l'évolution même de la tumeur suffise au retour de cet accident.

Enfin, s'il existe des lésions péri-utérines, d'ordre inflammatoire ou trophique, prolapsus, ovaro-salpingite, etc., on ne manquera pas, tout en s'attaquant directement à l'endomètre, d'opposer à ces lésions, causes premières ou continuatrices du mal, le traitement qui leur convient.

## 2° Hypertrophie à forme déciduale.

**ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.** — L'hypertrophie de la muqueuse utérine, à *forme déciduale*, résulte de sa prolifération autour d'îlots adhérents de membranes.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — On peut donc trouver, à l'examen histologique, des villosités chorales et des cellules déciduales.

La présence des villosités chorales, dont la forme et la structure sont tout à fait caractéristiques, se rattache à l'adhérence d'un fragment de placenta ou à l'adhérence simultanée d'un fragment de caduque et de chorion.

La cellule dite *déciduale*, uni ou multi-nucléée, se distingue surtout par ses dimensions (jusqu'à 30  $\mu$ ) et par sa forme sphérique. Mais, comme elle n'est probablement qu'une cellule embryonnaire considérablement hypertrophiée (de Sinéty), on comprend qu'elle ne puisse se rapporter uniquement au processus gravidique : Ruge l'a rencontrée dans des cas de myome ; Meyer, dans la muqueuse de deux femmes vierges.

L'hyperplasie porte, de préférence, dans cette forme, sur le tissu interstitiel. De plus, d'après Heitzmann, l'épithélium de revêtement atteindrait jusqu'à cinq fois son volume ordinaire. Il aurait des contours denticulés, un aspect polymorphe et des prolongements ramifiés dans lesquels viendrait se terminer un réseau filamenteux émané du noyau. Celui-ci serait crénelé et entouré d'une zone claire.

Comme l'hypertrophie pure, l'hypertrophie déciduale peut être lisse ou polypeuse. Les faux polypes, qui résultent de cette dernière forme, ont été étudiés par Schröder, Kustner, Anna Klasson, etc.

Ils comprennent des polypes fibrineux, des polypes placentaires et des formations dépendant de la caduque et du chorion.

Le polype fibrineux a, comme centre de stratification, un débris de placenta, de chorion ou de caduque, ou résulte simplement de l'exagération des thrombus normaux à la surface de l'aire placentaire. Il peut faire à peine saillie sur le fond de l'utérus ou descendre jusque dans le vagin.

Sous le nom de polypes placentaires, il faut entendre la rétention de débris de placenta, sans infection, et par le fait d'adhérences anormales.

Au lieu de végéter sur place, les villosités choriales pourraient, à titre exceptionnel, proliférer à la façon des néoplasmes malins, en envahissant la paroi musculaire et ses vaisseaux (polypes placentaires destructifs de Zahn et Kahlden).

De même, les lambeaux de caduque utérine peuvent être l'origine de tumeurs auxquelles Kustner a donné le nom de *déciduomes*.

Les causes de la rétention simultanée des débris de caduque et de chorion seraient : l'endométrite, cause ordinaire de la rétention isolée du placenta ou de la caduque; le développement exagéré, par places, des villosités; des soudures fibrineuses, suites d'hémorragies; la choriite (Luzorewitch).

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — Ces productions diverses donnent lieu à des symptômes analogues à ceux de l'hyperplasie pure et, dans la plupart des cas, ce n'est que par l'examen microscopique que l'on peut établir leur véritable nature.

TRAITEMENT. — Le seul traitement rationnel est l'ablation à la curette tranchante.

### 3<sup>o</sup> Atrophie.

Dans un certain nombre de cas de fibromes faisant saillie dans la cavité de l'utérus, Schmal a trouvé la muqueuse atrophiée à leur niveau, tandis qu'elle était, par ailleurs, hypertrophiée.

L'endométrite *atrophique* des vieilles femmes, dont nous avons déjà parlé, et qui est caractérisée par des ulcérations, avec amincissement de la muqueuse et kératinisation de l'épithélium, a été dénommée, par Zeller, *psoriasis de l'utérus*. Cette appellation est très discutable; mais au moins tend-elle à dégager de l'inflammation banale ce genre de métrite, dont la physionomie propre semble relever des troubles trophiques de la ménopause.

### 4<sup>o</sup> Pseudo-métrite exfoliatrice.

Sous le nom d'*endométrite exfoliatrice*, les auteurs désignent actuellement l'expulsion, plus ou moins régulière, de la muqueuse utérine, à l'époque des règles, au milieu d'un cortège de douleurs ordinairement intenses. C'est ce qu'on appelait autrefois la *dysménorrhée membraneuse*.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — L'étude anatomique et clinique donne à penser que, le plus souvent, sinon toujours, cette affection, en apparence bizarre, n'est autre qu'un avortement ovulaire à répétition. En tout cas, elle ne saurait être considérée comme de la métrite vraie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il est facile, avec ou sans le secours du microscope, de distinguer la membrane de la pseudo-métrite exfoliatrice de simples caillots fibrineux, de pseudo-membranes ayant la structure de la membrane *croupale* des Allemands et qui se forment parfois dans la métrite aiguë, de concrétions muqueuses, d'exfoliations épithéliales venant du vagin à la suite d'injections caustiques, voire même de l'expulsion d'une muqueuse utérine saine (de Sinéty).

Mais en est-il de même pour la caduque expulsée après avortement? Si l'on trouve des villosités choriales, le doute ne peut exister; mais en cas d'avortement *extra-utérin*, on a uniquement pour caractéristique la cellule déciduale. Or, il paraît avéré, d'après les études les plus récentes : d'une part, que l'avortement extra-utérin est bien plus fréquent qu'on ne le pense; d'autre part, que la membrane de la *pseudo-métrite exfoliatrice* renferme ordinairement, en assez grande abondance, des éléments singulièrement voisins des cellules dites déciduales.

Il peut donc être assez difficile, en ce cas, de décider s'il s'agit d'avortements intra ou extra-utérins répétés, ou d'une affection spéciale de la muqueuse. Si l'on adopte cette dernière manière de voir, il est tout au moins raisonnable de penser, avec Heitzmann, qu'il s'agit d'une affection consécutive à un avortement antérieur, d'une *pseudo-métrite déciduale exfoliatrice*.

Il est d'autres cas où la membrane expulsée offre les caractères de l'hyperplasie commune, glandulaire ou interstitielle. Mais alors même, on ne peut écarter l'influence de la conception, car il faut au moins une quinzaine de jours de gravidité pour que les cellules déciduales aient pris leurs dimensions et leur structure distinctives.

L'examen macroscopique ne saurait, contrairement à ce qu'on a avancé, trancher ces difficultés d'interprétation : ainsi, l'on a dit que la caduque est plus épaisse, plus vascularisée, de forme ovoïde au lieu d'être triangulaire, moins lisse à sa face interne, plus souvent expulsée en bloc ; que les orifices des glandes se voient à l'œil nu, tandis que, pour les distinguer, dans la membrane de la pseudo-métrite exfoliatrice, il faut le secours d'une loupe... Mais aucun de ces caractères n'est exact ou d'une appréciation facile.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — En somme, c'est ici la clinique qui doit venir en aide à l'anatomie, et il est rationnel d'admettre la *pseudo-métrite exfoliatrice* dans les cas où le flux menstruel, d'ailleurs régulier, s'accompagne chaque fois de l'expulsion d'une membrane, avec un cortège de douleurs paroxystiques. Ces douleurs commencent avant l'apparition du sang, durent de un à quatre jours, avec des rémissions, et ne se terminent complètement qu'avec les règles. Elles s'accompagnent parfois, disent les auteurs, de nausées, de vomissements et de syncopes ; mais nous nous demandons, précisément, si, dans ces cas, il ne s'agit pas d'avortement extra-utérin méconnu. Dans l'intervalle des règles, rien d'anormal, sauf parfois un peu de leucorrhée.

Dans les cas où il y a doute entre l'avortement à répétition et la pseudo-métrite, un bon moyen de contrôle consiste, s'il est possible, à éloigner la femme de toute chance de fécondation.

TRAITEMENT. — La *pseudo-métrite exfoliatrice* est une affection rebelle, devant laquelle échouent souvent tous les traitements locaux, y compris le curetage qui, pourtant, doit être essayé de préférence. Cette constatation n'est qu'une preuve de plus en faveur des idées que nous avons émises sur sa pathogénie.

## II. — TROUBLES DE L'INVOLUTION PUERPÉRALE

Dès le trente-cinquième ou le quarantième jour après l'accouchement, l'utérus a repris ses dimensions normales ; mais ce n'est guère qu'à la fin de la septième semaine que les transformations histologiques ont pris fin.

### 1° Subinvolution.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — La subinvolution se confond le plus souvent avec le premier stade de la métrite d'origine puerpérale et, si l'on élimine toutes les circonstances prédisposantes, c'est l'infection, en somme, qui paraît en être le point de départ ordinaire.

Mais à côté de cette *subinvolution septique*, dont l'histoire se confond avec celle de la métrite d'origine puerpérale, nous croyons devoir admettre des cas de *subinvolution aseptique* dans lesquels interviennent : le prolapsus, les déviations, les tumeurs, les déchirures du col (Emmet et ses élèves), les déficiences de l'hygiène et de la constitution, les maladies générales, l'insuffisance d'intervalle entre les grossesses, la reprise prématurée de la station debout ou des rapports sexuels, les émotions pénibles (L. Tait), etc.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La paroi utérine est augmentée d'épaisseur, ramollie, de couleur gris jaunâtre ou rougeâtre. Les lésions histologiques se résument dans la *stéatose*, par défaut de résorption des produits de la dégénérescence normale, et dans l'insuffisance de rénovation des fibres musculaires (Schröder, Klob).

L'arrêt d'involution intéresse, en même temps, les annexes qui restent volumineuses et tombent en prolapsus, particulièrement du côté gauche, et l'ensemble de l'appareil ligamentaire, d'où version et prolapsus.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — L'utérus ne revient sur lui-même que lentement, avec des périodes d'arrêt ou même de retour en arrière. Il reste gros, mou et globuleux. Souvent fléchi en avant ou en arrière, du fait de la régression moindre de la paroi qui portait le placenta, le relâchement de ses ligaments le livre aux sollicitations de la pression abdominale et de la pesanteur qui le portent à s'abaisser, tout en modifiant, à tout instant, sa direction.

Le col reste entr'ouvert, sans toutefois permettre au doigt de franchir l'orifice interne (L. Tait), et l'hystéromètre révèle toujours une augmentation, en tous sens, de la cavité utérine.

Les règles, après avoir fait leur réapparition, plus tôt que de coutume, deviennent irrégulières, surabondantes et se prolongent souvent en un écoulement continu légèrement teinté de sang. L'utérus, plus lourd, donne une sensation de pesanteur et de tiraillement lombaire, avec gêne de la défécation et de la miction.

MARCHE. — Cet état peut n'être que passager : la régression, un instant arrêtée, s'achève sans qu'il survienne de lésions importantes.

Mais souvent, même dans des cas en apparence favorables, il existe déjà un certain degré de prolapsus qui se corrigera imparfaitement ou s'accroîtra dans la suite, surtout s'il survient, à courte échéance, une grossesse nouvelle.

Enfin, si la subinvolution n'est pas forcément d'origine inflammatoire, elle offre toujours un terrain des plus favorables au développement des microorganismes.

TRAITEMENT. — Des saignées répétées du col peuvent être utiles chez des malades pléthoriques qui ont perdu peu de sang au moment de l'accouchement. Mais ce moyen est à rejeter, s'il s'agit, comme à l'ordinaire, de femmes débilitées, dont il faut relever l'état général. La réduction d'une rétroversion et son maintien par un simple tampon suffisent parfois à rétablir les conditions normales de la circulation utérine. L'ergot, longtemps continué, à petites doses (0<sup>gr</sup>,50 par jour durant un mois et plus, avec courts intervalles de repos), semble avoir une heureuse influence. L. Tait conseille l'usage du bromure de potassium et du chlorate de potasse avant et pendant les premières règles. Mais nous accordons une importance bien plus grande à l'hydrothérapie (drap humide toni-sédatif, bains de mer, bains salés, injections vaginales chaudes et astringentes, au sulfate de cuivre à 1/100 par ex.), au massage, à l'électrisation, au régime tonique et reconstituant, à l'abstention de tout effort violent.

### 2<sup>o</sup> Superinvolution.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Au lieu de s'arrêter en deçà des limites normales, l'involution dépasse parfois le but et aboutit à l'atrophie de l'organe. Cette anomalie, à laquelle J. Simpson a donné le nom *superinvolution*, se rencontre 1 fois (Frommel), 1 fois 1/2, (Simpson) sur 100 accouchements.

On lui reconnaît comme causes principales : la lactation prolongée, les hémorragies puerpérales (Frommel), toutes les affections débilitantes (chlorose, tuberculose, syphilis, etc.), les grossesses trop rapprochées.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'utérus superinvolué se présente sous deux aspects différents (Klob, Schröder, Martin) : il est ramolli, flasque ; ou, au contraire, dur et ratatiné. Dans le premier cas, la lésion consiste dans un excès de la dégénérescence et de la résorption graisseuses. Dans le second, la résorption graisseuse, encore excessive, est compensée par une formation exagérée de tissu fibreux. Du reste, ces deux états ne sont sans doute que les deux phases successives d'un même processus qui peut atteindre aussi les ligaments

et les ovaires. Qu'il y ait sclérose ou non, l'utérus est diminué de volume (de 1/4 à 1/3) ; l'atrophie porte sur sa totalité ou presque uniquement sur l'un de ses deux segments, corps ou col, ce qui est rare.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — L'organe est difficile à saisir et à limiter, à travers les parois abdominales, surtout s'il est mou ; il présente généralement, dans son ensemble, les caractères de l'*utérus pubescent*. Le col se perçoit au fond du vagin, comme une espèce de verrue, dure au toucher (Martin). Dans la forme scléreuse, la longueur de la cavité se réduit à 4 ou 5 centimètres : la sténose du col atrophié rend du reste le cathétérisme assez difficile. Dans la forme *molle*, l'extensibilité des parois utérines sur la sonde peut induire en erreur une main peu exercée et expose particulièrement à la perforation de l'organe. On a noté, comme symptômes, des phénomènes nerveux divers, des douleurs lombaires et hypogastriques, des troubles psychiques. Mais le plus constant et le plus caractéristique est l'oligoménorrhée ou l'aménorrhée.

MARCHE. — La superinvolution n'est souvent que transitoire : dans ce cas, après la cessation de l'allaitement, l'utérus reprend son volume, la menstruation se rétablit graduellement et une nouvelle grossesse peut se produire. Mais, si la sclérose est avancée, on comprend que les modifications soient définitives, d'où ménopause anticipée.

TRAITEMENT. — Le traitement consiste tout d'abord à supprimer l'allaitement, puis à tonifier la malade et à soigner, au besoin, la maladie principale. On conseillera, en outre, les bains salés, les irrigations vaginales chaudes, le cathétérisme répété de l'utérus, l'électrolyse intra-utérine, l'usage régulier des rapports sexuels.

### III. — ATROPHIES UTÉRINES DE CAUSES DIVERSES

On peut rapprocher de la superinvolution puerpérale, malgré leur différence d'origine, les atrophies de l'utérus survenant après une amputation du col, ou même une simple trachelorrhaphie (Simpson, Henle, Thomas, Emmet, C. Braun, Virgil O. Hardon, etc.), et qui aboutissent, soit à la sclérose définitive, soit à la *restitutio ad integrum*, au bout d'un temps plus ou moins long.

Mentionnons enfin l'atrophie utérine qui succède à la sclérose de l'ovaire ou à l'ablation bilatérale des annexes.