

§ II. — Symptômes.

Un des premiers symptômes qui attirent l'attention des malades, c'est la *douleur*. Elle varie beaucoup, suivant les sujets. Les malades éprouvent tantôt une simple sensation de pesanteur à l'hypogastre, de poids vers le périnée ; tantôt une douleur plus vive, des élancements. La douleur est en général exagérée par la station debout, la marche, un faux pas, les efforts musculaires, la toux, le coït. Elle s'irradie vers les régions inguinales, le sacrum, la partie supérieure des cuisses.

A l'époque des règles la douleur prend une intensité en général plus grande, les malades éprouvent des douleurs expulsives, qu'on appelle *coliques utérines*. On voit aussi parfois se manifester la douleur que l'on a désignée sous le nom de *coccygodinie* et que l'on a comparée au mal de dents. C'est une douleur qui siège au niveau et à l'entour du coccyx. D'autres fois, la douleur s'irradie vers la région lombaire. Duparcque attribue ces douleurs au séjour de la malade au lit.

Dans certains cas, les douleurs peu intenses et même nulles entre les époques menstruelles, se manifestent avec intensité aux approches des règles ou pendant le cours de la menstruation.

On a vu aussi quelquefois, se produire un *prurit vulvaire* qui n'est pas en rapport avec l'écoulement qui se fait par la vulve, puisqu'on l'a vu survenir dans des cas où cet écoulement faisait défaut.

La vessie est aussi souvent le siège de souffrances assez marquées. Il existe des *envies fréquentes d'uriner*, ou de la *dysurie* ; on rencontre dans d'autres cas la *rétenion* ou l'*incontinence d'urine*. Ces phénomènes peuvent être dus à une simple compression de la vessie par l'utérus augmenté de volume, ou à une extension de l'inflammation, ou simplement, à une action réflexe.

On observe le plus souvent un désordre dans les fonctions menstruelles ; tantôt on observe des *métrorrhagies*, tantôt de l'*aménorrhée*. Ces différences s'expliquent aisément, si l'on veut bien se souvenir que la métrorrhagie est le propre de la métrite interne, tandis que l'aménorrhée se rencontre surtout dans la métrite parenchymateuse ; M. Gallard explique la production de ces deux symptômes, tout à fait opposés, en faisant remarquer « que si la métrite parenchymateuse domine, on n'aura pas d'hémorrhagies, ou elles seront peu abondantes, tandis qu'au contraire, si c'est la métrite interne qui l'emporte, on verra se produire des métrorrhagies plus ou moins considérables et persistantes. »

On voit encore, dans certains cas, les malades rendre aux époques menstruelles des lambeaux détachés de la muqueuse utérine, ou des caillots fibrineux, qui constituent la *dysménorrhée membraneuse* que nous avons déjà décrite comme étant un symptôme de l'inflammation de la muqueuse utérine et non une entité morbide.

La palpation hypogastrique révèle en général une certaine *tension de l'abdomen* qui a été signalée par Aran, laquelle du reste n'est pas spéciale à la métrite, mais se rencontre dans la plupart des inflammations des organes génitaux internes. Elle permet aussi de constater une *légère augmentation de la température*.

Si l'abdomen n'est pas trop distendu et si les parois abdominales sont assez souples, on parvient assez souvent à sentir le corps de l'utérus qui dépasse un peu les pubis. Le toucher vaginal uni à la palpation abdominale permet assez souvent de bien juger de l'augmentation de volume de l'utérus. Le toucher vaginal permet de constater ordinairement un abaissement du col de l'utérus, dû sans doute à l'augmentation de poids de l'organe. Quelquefois cependant le doigt atteint difficilement ce col, qui est assez élevé et plongé dans l'excavation du sacrum, à cause de l'antéflexion qui se produit habituellement.

Le col présente aussi des déformations plus ou moins considérables. — Ordinairement il est *augmenté de volume*, et l'aplatissement antéro-postérieur qu'il présente physiologiquement a disparu, le col est devenu plus cylindrique, souvent aussi la conicité normale du col disparaît et le cône qui est à base supérieure a sa base inférieurement ; ce qui l'a fait alors comparer à un battant de cloche ou à une massue. D'habitude, le col est plus saillant qu'à l'état normal, cependant on l'a vu devenir plus court. Cette dernière disposition serait due, d'après M. Gallard, à ce que l'inflammation siègerait plus particulièrement vers le corps de l'organe, et à ce que des adhérences péritonéales le maintiendraient fixé à la partie supérieure de la cavité pelvienne.

On a vu encore une lèvre du col se développer considérablement tandis que l'autre restait à peu près normale ; cette déformation a été désignée par Scanzoni sous le nom d'*allongement en forme de trompe*.

Ordinairement l'orifice du col est entr'ouvert, les lèvres sont écartées et présentent la disposition qu'on a désignée sous le nom d'*ectropion des lèvres du col*. Chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants ou chez celles qui n'en ont pas eu un grand nombre, le col est moins entr'ouvert. On constate quelquefois à sa surface des bosselures, qu'un examen superficiel pourrait faire prendre pour une production cancéreuse, mais les bosselures de la métrite dues à des brides qui résultent des déchirures du col pendant l'accouchement, sont plus molles, séparées par des brides cicatricielles qui convergent toutes vers l'orifice du col.

Le toucher révèle aussi quelquefois de petites rugosités lorsque les follicules et les papilles enflammées commencent à former les granulations. Plus tard, quand l'ulcération s'est produite, le doigt éprouve une sensation analogue à celle que l'on perçoit quand on passe le doigt sur un velours coupé ras.

Le toucher permet de reconnaître les saillies formées par les œufs de Naboth, ou les petits polypes muqueux. Enfin il permet de constater une

certaine mollesse du col qui se laisse déprimer sous le doigt; le corps lui-même est mou. L'utérus comprimé entre ce doigt vaginal et la main appliquée sur l'hypogastre se laisse courber plus facilement. La pression sur le col ou le corps de l'organe détermine aussi une douleur assez marquée. Si le doigt vaginal cherche à soulever l'utérus, il trouve que l'utérus est plus lourd, mais cependant mobile. Le doigt promené au pourtour de l'utérus pour explorer les organes voisins, ne rencontre en général rien d'important.

L'examen au spéculum révèle les diverses altérations de forme que nous avons déjà constatées à l'aide du toucher. Il permet de mesurer l'augmentation de volume du col dans les diamètres antéro-postérieur et transversal. On constate que l'orifice externe du col prend une forme arrondie.

Quant à la coloration de la muqueuse, elle diffère suivant que l'on se trouve à la première ou à la seconde période de la maladie. Dans le premier cas on observe une coloration rouge, livide, violacée ou bleuâtre; dans le second la muqueuse est pâle.

Enfin on rencontre les ulcérations dont nous avons parlé. Quelquefois entre les lèvres du col on voit saillir un petit polype muqueux dont le point d'implantation se fait dans le col.

L'examen au spéculum permet encore de reconnaître la nature des écoulements qui se font par le col utérin. Ces écoulements présentent des caractères différents, suivant qu'ils sont fournis par la cavité du col ou par la cavité du corps. Dans le premier cas l'écoulement est visqueux, transparent, ressemblant à du blanc d'œuf, il est alcalin et contient une forte proportion d'albumine qui devient opaque au contact des mucosités vaginales acides; il renferme des cellules épithéliales et quelques leucocytes. Dans le second cas, il est plus liquide, moins visqueux, contient des globules de pus, et ordinairement des hématies et aussi quelques cellules épithéliales, ordinairement pavimenteuses, à cause de la substitution de ces cellules aux cellules d'épithélium cylindrique vibratile.

Pour l'examen du col on devra surtout employer le spéculum bivalve de Ricord qui permet mieux que tout autre, d'écarter les lèvres du col et aux regards de pénétrer dans la cavité du col; on pourra aussi constater que souvent l'ulcération de la surface externe pénètre dans l'intérieur du col et dans certains cas, que l'ulcération siège presque exclusivement dans le col. Si l'on a soin de refermer légèrement le spéculum, on voit alors que l'ulcération qui est visible quand on dilate fortement les lèvres du col, cesse de l'être ou l'est à peine, dès que l'on ferme les valves du spéculum.

Assez souvent le col de l'utérus est difficile à atteindre, à cause de l'antéversion qu'a subie l'organe et qui a permis au col de se porter assez haut en arrière dans l'excavation du sacrum. Le spéculum met dans ce cas la lèvre antérieure à découvert, mais l'ouverture du col et la lèvre postérieure échappent à l'exploration. Il faut alors, pour explorer ces parties,

mettre la malade dans une position telle, que la région lombaire soit plus élevée que le dos.

Le cathétérisme utérin révèle une augmentation du volume de l'organe; l'hystéromètre franchit plus facilement l'orifice interne du col et pénètre à 7 ou 8 centimètres; de plus l'instrument peut exécuter plus librement des mouvements dans la cavité qui est agrandie. Assez souvent l'hystéromètre est ramené teint de sang à cause de l'inflammation concomitante de la muqueuse. Le cathétérisme doit être fait avec une grande douceur, afin de ne pas s'exposer à perforer l'utérus ramolli.

La métrite chronique présente encore un certain nombre de symptômes généraux, qu'il importe au plus haut point de connaître, à cause des erreurs de diagnostic qu'ils pourraient entraîner, si l'on ne savait les rattacher à la maladie que nous décrivons actuellement.

Il est des cas où la métrite chronique n'a qu'une influence très-peu marquée sur l'état général de la malade, mais le plus souvent elle entraîne à sa suite des désordres qui peuvent être rattachés pour la plupart à l'anémie. Pour certains auteurs, l'anémie serait la cause de la métrite chronique; pour eux l'anémie déterminerait des troubles vaso-moteurs, des congestions du côté de l'utérus qui favoriseraient le développement de la maladie. Sans vouloir nier la part de l'anémie dans le développement des troubles vaso-moteurs, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître que cette maladie est bien plus souvent la conséquence de la maladie que sa cause réelle. La métrite chronique détermine en effet, du côté des voies digestives, des troubles notables, de l'anorexie, quelquefois des vomissements, de la dyspepsie, de la gastralgie, de la diarrhée. Sous l'influence de ces divers troubles, la malade cesse de manger, sa nutrition languit et de là résulte l'état anémique que nous venons de signaler.

La plupart des symptômes généraux que nous allons passer en revue, se rattachent pour la plupart à l'état chloro-anémique qui se développe chez les malades.

Il se produit, du côté de la face, une altération particulière, désignée sous le nom de *facies utérin*. La face est pâle, terreuse, la peau est flétrie, les yeux brillants, les paupières brunâtres. L'expression de la face indique le découragement, la tristesse. Quelquefois on rencontre sur le front, les joues ou le menton, des taches brunâtres connues sous le nom de *lentigo* et *chloasma uterinum*, et semblables à celles qui constituent le *masque* de la grossesse.

A côté de cette éruption qui se produit du côté de la face, nous devons mentionner celles qui surviennent vers les autres parties du corps. On voit parfois se manifester une sorte d'érythème, de *roséole* qui se présente sous forme de taches de couleur plus ou moins rouge, siégeant de préférence sur les côtés du cou, sur la poitrine et la figure. Ces taches augmentent à la suite des émotions et disparaissent quelquefois rapidement. Chez certaines femmes elles n'apparaissent qu'aux époques menstruelles.

On voit aussi survenir des éruptions d'*urticaire*, d'*acné*, d'*eczéma*. Ces diverses éruptions, qui ont été très-bien étudiées par Hebra (1), ne paraissent pas propres à la métrite chronique; on voit en effet survenir des éruptions analogues dans la convalescence des maladies graves; M. le professeur Hardy (2) a vu ainsi se produire la variété d'érythème qu'il désigne sous le nom d'*érythème mamelonné*.

Sous l'influence de l'état anémique, on voit encore survenir des *troubles hystériques* plus ou moins accentués. Quelquefois les malades présentent des attaques hystériques complètes; d'autres fois, il existe seulement, la sensation de boule hystérique siégeant au creux épigastrique et remontant jusqu'au cou et déterminant une sensation de suffocation; d'autres fois, les malades sont prises de toux convulsive, d'hypéresthésie, d'anesthésie de certaines parties du corps ou bien encore de névralgies.

Après cet exposé des symptômes propres à la métrite chronique, nous devons signaler ceux qui sont fournis par les complications. Nous ne rappellerons pas ici les symptômes propres au phlegmon péri-utérin, à l'ovaire, à l'inflammation de la trompe, ou d'une portion du péritoine pelvien; nous ferons seulement remarquer que les symptômes de ces diverses maladies, tantôt précèdent le développement de la métrite chronique, tantôt le suivent, selon que l'inflammation a pris naissance du côté de ces organes pour envahir ensuite l'utérus, ou bien, qu'elle s'est propagée à ces organes, après avoir débuté par la matrice; on rencontre encore les symptômes qui résultent des diverses déviations utérines qui tantôt paraissent être la conséquence, tantôt au contraire la cause de la métrite.

Quant au cancer, aux tumeurs fibreuses qui peuvent se rencontrer en même temps que la métrite chronique, on doit les considérer comme cause de la métrite et non comme une complication de la maladie.

La lithiase rénale, ou même biliaire, signalées comme des complications fréquentes par Aran et que M. Willemin (3) regarde comme la conséquence du repos auquel les femmes sont soumises, ne se rencontrent plus guère aujourd'hui où l'on n'oblige pas les malades à séjourner au lit pendant plusieurs mois consécutifs.

§ III. — Étiologie.

Causes prédisposantes. — L'âge paraît avoir une certaine influence sur le développement de la maladie; c'est en effet entre 20 et 40 ans qu'elle est la plus fréquente, à cause des congestions périodiques qui se produisent alors du côté de la matrice.

Le tempérament n'a pas d'action bien marquée; la maladie se dévelop-

(1) Hebra *Wochenbl.*, *Der Ztschr. der Gesc. der Aerzte*. Wien, 1855, n° 40.

(2) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*. 1860-61, 2^e partie, p. 35.

(3) Willemin, *De l'emploi des eaux de Vichy dans les affect. chroniques de l'utérus*. 1857.

pant aussi bien chez les femmes robustes, que chez celles qui sont chloro-anémiques.

On a encore accusé la saison, certains climats, de prédisposer à la maladie.

Quant à l'usage du café au lait, Lisfranc lui attribuait une action directe sur l'utérus; pour d'autres et pour M. Gallard, il paraît agir bien plutôt comme aliment non suffisamment réparateur, entraînant à sa suite un certain degré d'anémie. Cependant il est certaines personnes qui peu d'instants après l'ingestion du café au lait sont prises d'une leucorrhée abondante et subite, de la même manière que d'autres sont prises de diarrhée. Nous admettons que cette action tient à une idiosyncrasie, bien plus qu'à une action propre du café au lait sur l'utérus.

Causes déterminantes. — En tête des causes déterminantes, il faut citer le fait de l'accouchement qui, dans le plus grand nombre des cas, est le point de départ de la métrite chronique. C'est ordinairement, quinze ou vingt jours après la délivrance que débute la maladie. Elle résulte le plus souvent alors, ou de déchirures du col au moment de l'accouchement ou d'excès de coït qui déterminent vers l'utérus une congestion, laquelle entrave l'évolution rétrograde de l'organe.

Cette métrite, que nous avons désignée sous le nom de post-puerpérale pour rappeler son origine et dont nous avons déjà parlé quand nous avons étudié la métrite parenchymateuse aiguë, est une forme intermédiaire entre celle-ci et la forme chronique d'emblée.

Après cette cause, qui est la plus fréquente, nous citerons le coït trop souvent répété, les excitations anormales des organes génitaux, l'introduction de corps étrangers dans la cavité utérine, tels que tiges de lamina, éponges préparées, les avortements ou les tentatives d'avortement, le séjour de pessaires dans le vagin, le cathétérisme utérin pratiqué maladroitement.

La suppression brusque de l'écoulement menstruel peut aussi avoir une influence notable, par suite d'une exagération de la congestion utérine qui accompagne la menstruation.

Quant aux maladies du cœur, elles peuvent, à cause de la gêne de la circulation qui détermine une congestion de l'organe, prendre une certaine part dans le développement de la métrite chronique.

Citons encore les autres maladies de l'utérus ou du voisinage; telles que phlegmon péri-utérin, déviations, cancer, tumeurs fibreuses.

Il est maintenant un point intéressant à connaître, non-seulement au point de vue de l'étiologie, mais surtout du traitement, c'est de savoir la relation qui existe entre le développement de la métrite chronique et celui des déviations utérines. L'antéversion, si fréquente dans le cours de la métrite chronique, paraît dépendre uniquement de l'augmentation de poids de l'organe; car l'on voit assez souvent après la disparition de la métrite l'utérus reprendre sa situation à peu près normale. Quant à la rétroversion