

réceptivité beaucoup plus grande. Ce n'est pas seulement à la ménopause et peu après qu'on observe des métrites; les métrites de la vieillesse sont les *métrites séniles*.

Les travaux de Maurange, Munde, Skene, Sheldow mettent hors de doute la possibilité de la métrite chez les femmes âgées (1), et nous-même avons pu en observer deux faits.

Avec Legueu et Labadie-Lagrave, nous diviserons les causes prédisposantes des métrites en : anatomiques, physiologiques, pathologiques.

Causes anatomiques. — La chute de l'utérus, ses déviations, le rétrécissement de l'orifice externe du museau de tanche empêchant un libre écoulement de la sécrétion, surtout lorsqu'il est combiné à l'hypertrophie conique du col, favorisent l'éclosion de la métrite, soit par la congestion chronique de ses vaisseaux, soit par la rétention des produits sécrétés.

Causes physiologiques. — La menstruation, le coït, la grossesse, l'accouchement, tels sont les principaux facteurs qui favorisent l'éclosion des métrites. Les fatigues, les refroidissements au moment des règles, les excès de coït, le lever trop hâtif après un accouchement sont des facteurs bien connus.

Causes pathologiques. — Tels sont tous les états morbides capables d'amener une congestion active ou passive de la matrice, les traumatismes directs ou indirects parmi lesquels l'usage trop fréquent et répété des machines à coudre, la constipation chronique opiniâtre, si souvent observée chez certaines femmes. Les tumeurs utérines, soit fibromes, soit cancer, sont très souvent accompagnées de métrites, comme l'ont bien montré les recherches de Wyder. Mais, certes, une des causes les plus fréquentes de la métrite est la déchirure du col provoquée par l'accouchement. Sans admettre comme Emmet qu'elle est le point de départ de presque toutes les endométrites, nous lui accordons néanmoins une grande importance. La déchirure du périnée amenant la procidence de l'utérus, la béance de la vulve, constituent encore d'autres causes prédisposantes.

Une des causes essentielles, c'est l'avortement. Il n'est pas également fâcheux suivant la période de la grossesse à laquelle il se produit; les plus mauvais au point de vue des complications inflammatoires utérines sont ceux qui se produisent dès le début de la grossesse, dans les deux premiers mois; ils n'altèrent pas aussi souvent la femme que les avortements plus avancés qui se font avec plus de fracas, d'où des infections faciles et fréquentes de l'endomètre.

(1) MAURANGE, De l'endomérite sénile fétide (*Gaz. méd. de Paris*, 9 mai 1896). — MUNDE, Virginal and senile Endometritis (*Chicago medical Recorder*, XI, p. 167, 1896). — SKENE, Senile Endometritis (*New York Journ. of Gynæk. and Obstetrics*, t. IV, p. 641, 1894). — SHELDOW, Senile metritis (*Medicinal Detroit*, p. 295-300, 1897).

Lorsque l'avortement est plus avancé, alors qu'il y a déjà un placenta à expulser, le danger provient surtout de la rétention de parties de l'œuf et de l'infection de la plaie utérine comme après l'accouchement.

Brenneke a décrit une endomérite d'origine ovarienne. Cette variété d'endomérite dite *hyperplasique ovarique* serait sous la dépendance de lésions dégénératives de l'ovaire qui produiraient du côté de l'utérus un véritable trouble de nutrition. Ces lésions ovariennes consisteraient surtout dans l'hyperplasie du tissu conjonctif, la dégénérescence exagérée des follicules et la raréfaction vasculaire. Franz (1) a rapporté un fait à l'appui des travaux de Brenneke. Nous attendrons de nouveaux faits pour confirmer les vues de Brenneke.

Enfin, certains états constitutionnels, sur lesquels insistèrent surtout et souvent avec raison nos prédécesseurs, Martineau, Court, Gallard, tels que l'arthritisme, la scrofule, le lymphatisme, entretiennent un état de moindre résistance favorable aux infections et aux altérations qui en sont la conséquence.

Anatomie pathologique. — Ce chapitre s'est éclairé d'un jour nouveau depuis que l'hystérectomie vaginale ou abdominale a permis l'examen complet et minutieux des utérus enlevés. Les leçons du professeur Cornil (2), les recherches et travaux de Ruge, Veit, Wyder, Döderlein, Fischel, pour ne citer que les plus importants, ont mis en lumière les points principaux et précisé les lésions essentielles macroscopiques et histologiques. Pierre Delbet, dans son excellent article (3), a fait un exposé aussi complet et lucide que possible de la question et il y aurait bien peu, encore actuellement, à ajouter à ce qu'il a écrit.

Nous sommes d'avis, avec lui, que la division, au point de vue du siège, en métrite corporelle et métrite cervicale doit être conservée, avec cette notion importante que la métrite du corps n'existe presque jamais sans la métrite cervicale, alors que cette dernière peut exister seule; il vaudrait mieux dire qu'il y a une métrite totale et une métrite cervicale.

L'utérus se composant d'une muqueuse, endomètre, d'un parenchyme, mésomètre, et d'une séreuse, les lésions se localisent tantôt sur la muqueuse d'une façon plus exclusive, donnant alors naissance à l'endomérite proprement dite, tantôt sur la musculuse, d'où la métrite parenchymateuse. Mais, avec Pilliet, nous admettons volontiers que lorsque la muqueuse est atteinte, il est très difficile que la musculuse sous-jacente, qui lui est si intimement unie qu'elles se pénètrent pour ainsi dire réciproquement, ne le soit pas

(1) FRANZ, Beitrag zur Kenntniss der Endometritis hyperplastica ovarialis (*Arch. für Gynæk.*, Bd LVI, Heft 2, p. 363, 1898).

(2) CORNIL, Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, Paris, 1889.

(3) P. DELBET, *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. VIII, p. 364.

aussi dans une certaine mesure, et inversement; il y a une lésion prédominante de l'une ou l'autre enveloppe et, par conséquent, la dénomination endométrite, si souvent employée, ne doit l'être qu'avec la pensée qu'il n'y a pas là une localisation exclusive de l'inflammation sur l'endomètre, mais une localisation prédominante.

Cela dit, nous étudierons successivement les lésions de la muqueuse, du parenchyme, dans les formes aiguë, subaiguë et chronique de l'inflammation; puis les lésions spéciales au col, ses érosions, ses ulcérations et ses polypes, après avoir montré quelles sont les modifications macroscopiques de l'utérus atteint de métrite.

LÉSIONS MACROSCOPIQUES. — L'utérus métritique est presque toujours augmenté de volume; tantôt l'hypertrophie est totale, tantôt elle est corporelle, tantôt cervicale; l'examen de sa surface nous montre quelquefois des lésions de paramérite, des ecchymoses plus ou moins étendues; la cavité utérine est augmentée de longueur et de largeur; la coupe de l'utérus nous fait voir tantôt un tissu gris rosé normal, tantôt un tissu gris jaunâtre, comme graisseux, caractéristique de la métrite parenchymateuse. Alors, presque toujours le tissu est friable et se laisse facilement déchirer par les pinces qui s'agrippent sur lui dans l'hystérectomie.

A l'œil nu, la muqueuse est presque toujours rouge foncé, couleur lie de vin, même violacée; il y a des ecchymoses multiples qui quelquefois lui donnent une coloration noire; elle paraît boursoufflée, molle, comme pulpeuse, se laissant facilement dilacérer et séparer de la couche sous-jacente; quelquefois elle est comme végétante et on voit s'en détacher soit dans le col, soit dans le corps, de petits polypes sessiles ou pédiculés (fig. 164). Dans le col, l'arbre de vie est généralement plus marqué; on y voit des saillies arrondies qui ne sont autres que des kystes glandulaires à contenu visqueux, épais, filant (œufs de Naboth). La coupe montre une muqueuse épaissie en général mesurant de trois à cinq fois l'épaisseur normale, allant quelquefois jusqu'à 10 et 15 millimètres.

Dans l'endométrite dite sénile, l'utérus est atrophié, criant sous le scalpel; sa muqueuse est amincie, même détruite par des ulcérations qui sécrètent un liquide purulent, tandis que la sécrétion presque partout ailleurs est glaireuse, muqueuse ou muco-purulente.

Dans les formes hémorragiques de l'endométrite, la muqueuse est comme veloutée, villeuse, fongueuse, et c'est du sang et des caillots qu'on trouve dans la cavité utérine.

LÉSIONS MICROSCOPIQUES. — Ruge admet, suivant les lésions prédominantes dans les couches épithéliale et glandulaire, dans le tissu interstitiel, une endométrite glandulaire et une variété interstitielle avec une variété mixte entre les deux.

Les lésions de l'endométrite glandulaire consistent surtout en une hypertrophie des glandes élargies et allongées, flexueuses, pénétrant

jusque dans le muscle utérin, étouffant quelquefois le stroma, de telle sorte qu'on a prononcé alors le nom d'adénome diffus ou circonscrit, suivant l'étendue de l'altération. D'après Cornil, il ne saurait être question de néoplasie, car les cellules plates qui séparent le revêtement épithélial de la glande du tissu conjonctif sont conservées. Les épithéliums des glandes sont de grandes cellules cylindriques, à plateau, avec des cils vibratiles, quelquefois. On observe souvent de la karyokinèse des noyaux; dans la cavité glandulaire, on trouve des cellules migratrices, des globules blancs sortis par diapédèse et indices de l'inflammation.

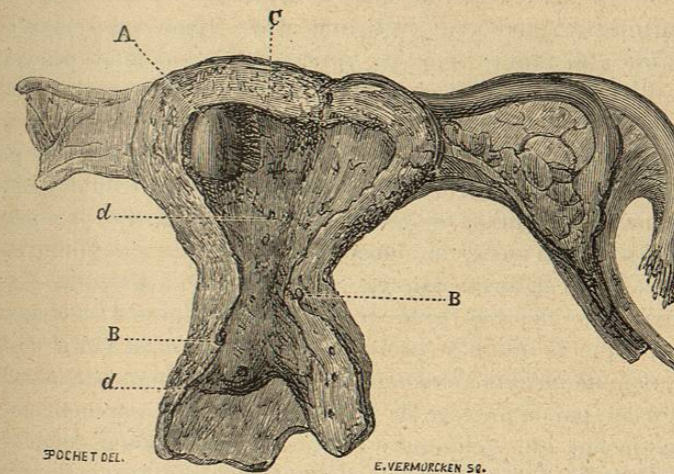


Fig. 164. — Lésions inflammatoires de la muqueuse dans la métrite. — A, tumeur sessile framboisée siégeant sur la muqueuse, près de l'orifice de la trompe; BB, petites glandes du col tuméfiées et ayant le volume d'un grain de millet; C, ecchymoses sous-muqueuses; dd, orifices glandulaires dilatés.

D'après Cornil, le stroma est constitué par du tissu conjonctif avec de petites cellules et des noyaux ovoïdes qui se gonflent et se multiplient; elles sont séparées par des cellules migratrices; les capillaires interstitiels sont gorgés de sang, rompus avec du sang infiltré. Lorsque dans les couches profonde et moyenne, les vaisseaux sont fragiles, le sang, après rupture, peut décoller la muqueuse sur une plus ou moins grande étendue et la détacher sous forme de lambeaux (métrite exfoliative, dysménorrhée membraneuse).

Lorsque l'endométrite évolue vers le type interstitiel, le stroma exubérant dissocie les glandes qui paraissent plus rares, étouffe les culs-de-sac; les cellules deviennent cubiques, voire pavimenteuses; elles peuvent tomber et laisser une ulcération; c'est là le terme de l'endométrite interstitielle chronique sénile. Souvent cette sclérose est accompagnée d'une vascularisation exagérée, d'où des hémorragies fréquentes et répétées.

Le muscle utérin, surtout dans les métrites chroniques, est moins dense, ses faisceaux sont comme dissociés ; on y trouve des espaces remplis de cellules migratrices et de leucocytes ; les vaisseaux sont entourés d'anneaux musculaires plus épais. Le tissu conjonctif est plus abondant. Il s'agit, en somme, d'une sclérose dont les vaisseaux semblent être le centre de formation et qui a été bien décrite par Pilliet (1).

Modification du processus dans les diverses formes de métrites. — Métrite aiguë. — C'est surtout après l'accouchement, l'avortement, les interventions, qu'on l'observait autrefois ; on la voit, moins souvent, grâce à l'antisepsie et à l'asepsie. Dans cette forme, c'est surtout le revêtement épithélial et le stroma qui sont atteints, la couche glandulaire restant relativement indemne pendant la période d'acuité. La muqueuse est gonflée, souvent ecchymotique, les capillaires sont dilatés et le stroma est gorgé de cellules embryonnaires et de cellules migratrices. Le revêtement épithélial est généralement très altéré ; ses cellules sont tuméfiées et troubles et il se détache par lambeaux avec le stroma sous-jacent. Le parenchyme utérin présente, lui aussi, une vascularisation intense, des infiltrations œdémateuses ; il se forme dans les vaisseaux, et en particulier dans les veinules et les veines, des foyers de thrombose, origine d'accidents très graves lorsque la lésion se propage aux gros troncs. On a désigné sous le nom de *métrite disséquante* une forme suraiguë de la métrite se traduisant par la nécrose de la muqueuse et du parenchyme utérin sous-jacent qui s'élimine sous forme d'un moule complet ou incomplet de la cavité utérine ; les faits de Garrigues, de Guehard, Ruge, Olshausen rentrent dans cette catégorie (cités par P. Delbet). Lorsque les phénomènes inflammatoires sont moins intenses, n'aboutissent pas au sphacèle, il peut encore se former, à la surface de la muqueuse englobant plus ou moins la couche épithéliale, des exsudats fibrineux ayant l'apparence de fausses membranes ; c'est la métrite exsudative ou encore croupale des Allemands.

Tandis que la métrite aiguë septique occupe le sommet de l'échelle comme intensité des lésions, tout au bas nous trouvons la métrite dite chronique et catarrhale où les lésions consisteraient surtout, d'après Heitzmann, en dégénérescence caliciforme des cellules épithéliales, avec un exsudat très abondant.

Lorsque, dans les métrites subaiguës ou chroniques, l'élément vasculaire prédomine, la métrite devient hémorragique. C'est l'élément vasculaire du stroma qui augmente surtout ; l'élément glandulaire est peu ou pas altéré, comme dans la métrite atrophique hémorragique et sénile.

La métrite dite hémorragique est caractérisée par la dilatation des

(1) PILLIET, De l'inflammation du muscle utérin (*Gaz. hebdomadaire*, 1896, p. 421).

vaisseaux préexistants et des néoformations capillaires, très superficielles, et par conséquent très disposées à la rupture. Quénu a présenté, en 1893, à la Société de chirurgie (1), un cas de dégénérescence cavernreuse de la muqueuse utérine avec atrophie des glandes. Nous avons nous-même observé un fait analogue en 1881. Ces altérations peuvent ne pas être localisées à la muqueuse seule, et dans des observations de Pilliet et Pichevin elles s'étendaient à toute l'épaisseur du muscle utérin.

L'endométrite exfoliative, encore appelée *dysménorrhée membraneuse*, est caractérisée par l'expulsion, à chaque époque menstruelle, d'une membrane qui représente une partie de la muqueuse de l'utérus, d'une épaisseur qui varie de 1 à 4 millimètres ; elle est tantôt un moule complet de la cavité utérine, tantôt ce ne sont que de simples fragments. On peut retrouver dans la membrane l'épithélium cylindrique, au moins par places, des culs-de-sac glandulaires, entre eux le stroma avec des cellules migratrices en quantité plus ou moins considérable. C'est à des hémorragies sous-muqueuses qu'est dû le détachement de la membrane en un ou plusieurs morceaux.

Küstner (2) a le premier décrit une *métrite dite déciduale*, consécutive à un avortement et remarquable par la présence d'éléments appartenant à la caduque ; la caduque vraie qui n'a pas été éliminée en totalité devient le point de départ d'une inflammation intéressante surtout le stroma et s'étendant ensuite à tout l'endomètre. On reconnaît les fragments de caduque à leurs grandes cellules déciduales et aux villosités du chorion.

Cervicite ou métrite du col. — La métrite cervicale mérite une description anatomo-pathologique à part, étant données les lésions qu'elle présente, par la structure et la situation de cette partie de l'utérus.

Nous observons dans la métrite du col des lésions glandulaires, des lésions parenchymateuses, des ulcérations sur la surface libre du museau de tanche.

Les *altérations fondamentales de la muqueuse* que nous avons étudiées plus haut existent dans la métrite cervicale, avec cette différence que les végétations glandulaires sont généralement plus abondantes ; la muqueuse est plus villeuse, plus épaissie : elle sécrète un muco-pus épais, visqueux, plus ou moins filant, et adhérent aux parties sous-jacentes. Il se détache assez souvent de la muqueuse des végétations plus volumineuses sous forme de polypes pédiculés ou sessiles enfouis dans la cavité du col, ou sortant au dehors par l'orifice du museau de tanche ; souvent il y en a plusieurs de dimensions variables, mais les plus gros n'excèdent généralement pas le volume d'une grosse noisette.

(1) QUÉNU, *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1893, p. 613.

(2) KÜSTNER, *Arch. für Gynæk.*, Bd XVIII, p. 252.