

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.