

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.

D'aspect rosé, de consistance molle gélatineuse, ils sont souvent formés de cavités contenant un mucus épais, visqueux (fig. 165). Ce sont des formations glandulaires végétantes, avec dilatation kystique des glandes recouvertes d'un épithélium cylindrique peu élevé, qui peut devenir cubique et même pavimenteux.

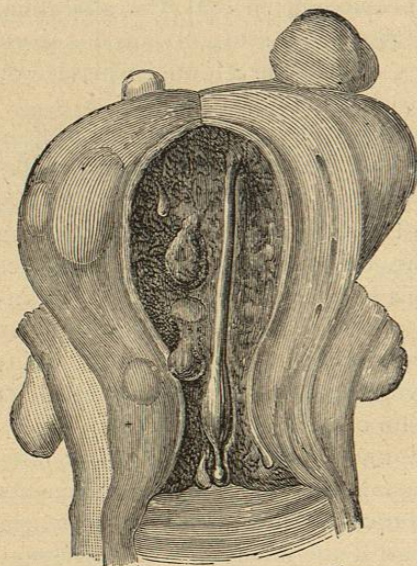


Fig. 165. — Lésions de la métrite chronique.

blanchâtre ; quelquefois les kystes sont si abondants, qu'il y a une véritable dégénérescence kystique du col.

Les lésions du parenchyme utérin sont généralement plus accentuées dans la métrite du col que dans celles du corps. Il se produit une

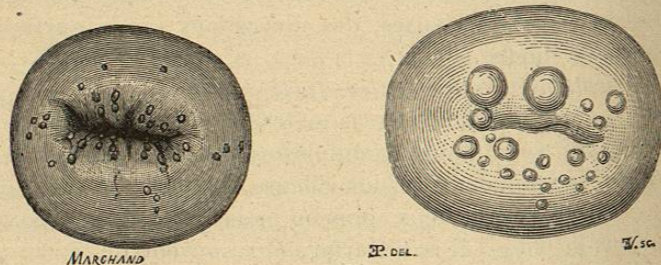


Fig. 166. — Follicules du col de l'utérus enflammés et tuméfiés.

véritable cirrhose vasculaire du col amenant l'organe à un état scléreux et dur, alors qu'il a d'abord été mou et saignant ; certains allongements hypertrophiques seraient dus à une véritable hypertrophie musculaire.

Les suppurations du parenchyme utérin sont très rares, qu'il

s'agisse du col ou du corps. Augustin (1) en a rassemblé un certain nombre, mais il s'agit presque toujours d'abcès du paramètre et non d'abcès avérés du parenchyme.

Pichevin (2) a communiqué à la Société obstétricale et gynécologique de Paris un fait très probant.

Les lésions du museau de tanche se présentent dans deux conditions bien différentes : tantôt il s'agit d'un col plus ou moins largement déchiré, soit unilatéralement, soit bilatéralement, soit en étoile ; tantôt, au contraire, d'un col non atteint de déchirure (fig. 167).

Dans le premier cas, dans le premier cas, ainsi que l'ont soutenu Tyler Smith et Roser, la muqueuse intracervicale peut s'éverser, s'ulcérer et donner lieu à cet aspect spécial de l'ectropion du col qu'il est vraiment facile de reconnaître, lorsqu'il s'agit des cols en bec de canard ou largement fendus sur un côté. On voit alors, lorsqu'on déploie les valves du spéculum qui embrasse le col, à mesure qu'on enfonce l'instrument, l'orifice devenir béant, s'étaler, montrant une surface rouge, granuleuse, tomenteuse, qui n'est autre, en effet, que la muqueuse cervicale plus ou moins éversée et enflammée ; l'examen histologique nous montre toutes les lésions de la métrite. Lorsque l'éversion est de date ancienne, l'épithélium, primitivement cylindrique, peut devenir cubique et pavimenteux comme celui du museau de tanche.

Dans le second cas, il s'agit d'érosions, d'ulcérations proprement dites, véritables troubles trophiques survenus sous l'influence de la métrite, que Lisfranc regardait comme des lésions spéciales, que Gosselin a rattachées à la métrite.

Les recherches de Döderlein et surtout de Fischel ont manifestement démontré que la surface de ces érosions est généralement constituée par des papilles enflammées, dévêtues de leur épithélium dans une plus ou moins grande étendue ; les érosions peuvent exister sur des parties kystiques, d'où la division en érosions papillaires et folliculaires. Il ne s'agit pas d'ulcérations proprement dites, et celles-ci ne se trouvent que dans les cas de cancer, de tuberculose ou de syphilis.

(1) AUGUSTIN, Abcessus parietis uteri (*Inaug. Dissert.*, Leyden, 1893).

(2) PICHEVIN, Abcès de l'utérus (*Mercredi médical*, n° 52, 1895).

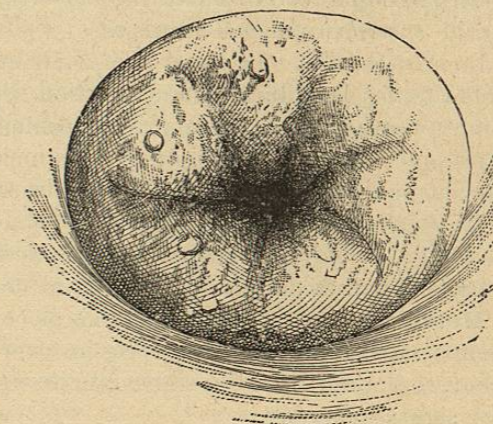


Fig. 167. — Déchirure du col multiple ou étoilée.

Il s'agit donc, la plupart du temps, d'érosions proprement dites, et ce n'est que dans les cas de déchirures du col, mais non dans tous, qu'on observe l'éversion ou ectropion.

Souvent, trompes et ovaires sont malades, et même le péritoine péri-utérin. Signalons encore les déviations et surtout les flexions et versions dont la matrice est atteinte et qui ne sont souvent que la conséquence de la métrite.

Symptomatologie. — Nous distinguerons deux formes de métrite, la *métrite aiguë* et la *métrite chronique*, qu'elle le soit d'emblée ou qu'elle succède à une métrite aiguë.

Dans les cas d'infection post-puerpérale ou post-abortive, la métrite prend toutes les allures d'une affection septique, d'une septicémie dont la porte d'entrée est la plaie placentaire, dont l'agent infectant a presque toujours été apporté par les mains ou les instruments de l'accoucheur ou de ceux qui donnent des soins à l'accouchée.

La *forme chronique* de la métrite est beaucoup plus fréquente; c'est elle que nous observons presque constamment sous différents aspects cliniques qui constituent autant de variétés.

Métrite aiguë. — La métrite aiguë consécutive à une infection blennorragique ou septique, après un avortement ou un accouchement, se manifeste par des signes physiques, des signes fonctionnels, des signes généraux.

Comme assez fréquemment elle se complique de lymphangite utérine et péri-utérine, de péritonite, il arrive que ses signes propres sont masqués par ceux des complications.

La métrite infectieuse traumatique *post-opératoire* ou *post-puerpérale* présente le tableau clinique le plus complet.

Le début se manifeste par de la fièvre avec ou sans frissons, de la douleur hypogastrique irradiée dans les régions voisines, souvent du ténésme vésical; puis se montre un écoulement, transformation de lochies normales, dans les cas de métrite post-puerpérale, écoulement plus ou moins purulent et abondant. L'état général est peu touché; cependant, on note de l'embarras gastrique avec inappétence, langue sale, bouche mauvaise. La diarrhée est un symptôme fréquent, cinq à six selles par jour et souvent selles fétides.

Le ventre est peu météorisé, la peau est chaude, la température oscille entre 38 et 39 degrés.

L'examen montre un col gros, entr'ouvert, rouge; l'utérus est sensible à la palpation bimanuelle, plus gros.

Lorsque l'infection atteint un utérus puerpéral, elle peut, pour ainsi dire, l'effleurer, et alors les manifestations sont peu de chose: elles se cantonnent à la muqueuse, dans les culs-de-sac glandulaires, pour apparaître plus tard, des semaines, des mois après, sous forme de métrite chronique.

Lorsque l'infection est plus grave, ce sont surtout les phénomènes

généraux qui l'indiquent: hyperthermie pouvant aller jusqu'à 40°, 5, et même 41°; pouls petit, misérable, fréquent; abattement, prostration; quelquefois délire; les phénomènes locaux restent à peu près les mêmes, et il ne faut pas croire que l'infection soit d'autant plus sérieuse que l'écoulement par le vagin est plus infect; les produits saprophytiques sont moins nocifs que les sécrétions staphylococciques ou streptococciques qui, souvent, ne présentent pas beaucoup d'odeur. Celle-ci est surtout marquée lorsque la cavité utérine est le siège de processus de sphacèle, de putréfaction, comme cela arrive quand il y a rétention de fragments de membrane ou de placenta.

Lorsque l'infection est générale, que la barrière utérine est franchie, que les veines, les lymphatiques, le péritoine sont envahis, la métrite passe absolument au second plan: il s'agit des diverses formes de la fièvre puerpérale.

Les signes physiques consistent, outre l'écoulement sanieux vaginal, en douleurs vives par la pression au niveau de l'utérus, soit par le toucher simple, le palper hypogastrique ou le palper bimanuel: l'utérus douloureux est en même temps plus ou moins augmenté de volume, plus ou moins immobilisé: l'examen au spéculum montre un col gros, fongueux, exulcéré, avec un orifice largement ouvert, laissant écouler, quand on le comprime entre les deux valves du spéculum de Cusco, le liquide qui s'écoule du vagin; l'examen est plus ou moins douloureux suivant les circonstances. Le phénomène douleur peut, dans quelques cas, prendre une telle intensité qu'on pourrait prononcer les mots de métrite hyperesthésique.

L'évolution de la métrite aiguë, septique, traumatique ou post-puerpérale, diffère suivant la virulence des microbes qui l'ont produite, suivant le terrain sur lequel elle s'est développée.

Tantôt ce n'est qu'une atteinte relativement légère, qui se termine en quelques jours par un retour complet à la santé.

Dans d'autres cas, l'attaque est plus violente et a donné lieu à tous les accidents d'une septicémie ou d'une pyohémie auxquelles la malade peut succomber plus ou moins rapidement. Quand cela ne se produit pas, on peut voir se former des foyers de suppuration plus ou moins étendus autour de la matrice, dans les annexes, dans le péritoine et le tissu cellulaire paramétrique; si la femme guérit, presque toujours il lui reste une métrite chronique, un utérus augmenté de volume, douloureux, exposé aux déviations, aux abaissements, et dont elle souffrira souvent toute son existence.

Dans certaines inflammations aiguës de la matrice, celles-ci peuvent amener le sphacèle de portions plus ou moins étendues de la muqueuse et même de la musculuse sous-jacente.

Dans les cas de *métrite disséquante*, la muqueuse ne se reforme pas, l'utérus s'atrophie lorsque le mal guérit; si l'élimination n'a été que partielle, la *restitutio ad integrum* peut se produire.

La métrite aiguë blennorragique, se localisant surtout sur le col, mais atteignant aussi le corps en tant que cavité utérine, se traduit par un écoulement jaune, verdâtre, épais, recouvrant le fond du vagin qui, rarement, reste indemne; souvent il y a de la vaginite aiguë en même temps qu'une métrite aiguë; les sécrétions éliminées sont irritantes et par leur contact érodent la vulve et ses alentours, lorsque la femme ne prend pas les soins de propreté nécessaires.

L'examen est généralement douloureux; il y a souvent de la dysurie, du ténesme, tous les signes d'une urétrite concomitante; la malade se plaint de douleurs spontanées dans le bas-ventre, surtout les reins.

L'examen au spéculum montre, en dépliant le vagin, un col rouge érodé, laissant suinter une glaire purulente, verdâtre ou jaunâtre; la muqueuse vaginale est rouge, érodée elle-même.

Souvent, l'état général n'est pas touché; il n'y a pas de fièvre, pas d'embarras gastrique, à peine de légers malaises; quelquefois il y a un peu d'hyperthermie. Tout cela disparaît et peut guérir sans laisser de traces; l'inflammation peut se propager profondément en donnant lieu à des salpingo-ovarites, des péritonites blennorragiques; enfin l'état peut devenir chronique.

Métrites chroniques. — La métrite est presque toujours subaiguë ou chronique, soit d'emblée, soit secondairement à un état aigu.

Les métrites chroniques se traduisent par des signes physiques, des signes fonctionnels, des troubles des organes du voisinage ou à distance, des modifications dans l'état général.

Les signes fonctionnels ouvrent généralement la scène et consistent en pertes blanches, plus ou moins abondantes dans l'intervalle des règles, tantôt modifiées dans leur régularité, tantôt dans leur abondance, leur durée, etc., avec des douleurs, des pesanteurs dans le bas-ventre, des douleurs dans les aines, le haut des cuisses.

SIGNES FONCTIONNELS. — Nous étudierons successivement la leucorrhée, les troubles de la menstruation, les hémorragies, les douleurs.

La leucorrhée se présente dans des conditions très différentes suivant les cas. Elle porte encore le nom de *flueurs blanches*.

C'est surtout avant et après l'époque cataméniale qu'on les observe très abondantes; tantôt séreuses, d'autres fois glaireuses, muco-purulentes ou même purulentes, elles tachent plus ou moins le linge de la femme, l'empêchent ou non; lorsque les sécrétions proviennent des glandes du col, elles sont particulièrement épaisses et très difficiles à détacher de l'orifice et du museau de tanche. Lorsqu'il existe des exulcérations ou des ulcérations du col, de l'éversion des lèvres avec une muqueuse cervicale plus ou moins fongueuse et saignante, souvent la leucorrhée est striée de sang. La leucorrhée est un des

signes les plus constants de l'endométrite cervicale et corporelle; elle ne prend à cet égard une véritable signification que lorsqu'elle est teintée.

Les hypersécrétions de la muqueuse du col et du corps peuvent être sous la dépendance de processus congestifs actifs ou passifs. Mais alors, le mucus utérin du col et du corps est transparent, il n'a pas l'opacité blanchâtre, jaunâtre et verdâtre des flueurs blanches liées à la métrite proprement dite, et due à leur contenance en globules blancs, en cellules épithéliales plus ou moins dégénérées. C'est ainsi qu'on voit certaines jeunes filles, avant l'établissement de la menstruation, avoir une leucorrhée persistante de mucus transparent, en abondance plus ou moins grande; la leucorrhée se montre encore, dans ces conditions, chez des femmes très excitablement ou concurremment à l'orgasme vénérien, et elles s'accompagnent presque toujours alors d'hypersécrétion des glandes de l'appareil génital et en particulier des glandes de Bartholin.

Il semble que les femmes arthritiques et herpétiques aient de véritables poussées de leucorrhée ne dépendant pas de lésions inflammatoires, mais vraiment constitutionnelles, comme le montrent les modifications heureuses apportées par un traitement général approprié.

Il est quelquefois difficile d'affirmer qu'une sécrétion purulente vient du col de l'utérus lui-même; l'emploi du tampon de Schultze lève tous les doutes; on introduit, après avoir bien nettoyé le vagin et le col, et se servant du spéculum, un tampon d'ouate hydrophile glycéinée jusque sur le col; puis on tamponne mollement par-dessus; si la sécrétion vient du col, on le trouve vingt-quatre à quarante-huit heures après recouvert de pus concret, l'eau ayant été absorbée et filtrée par l'ouate hydrophile glycéinée. La glycérine a pour rôle d'augmenter et d'amincir la sécrétion utérine; comme disait le professeur Tarnier, elle fait pleurer l'utérus. La suppuration utérine se présente sous deux aspects. Tantôt (Dolérès, Pichevin) (1), c'est une glaire jaune ou jaune verdâtre, épaisse et abondante, qui suinte en gouttes difficiles à détacher de l'orifice externe; tantôt c'est une sorte de concrétion d'aspect mélicérique qui reste logée dans le conduit cervical distendu et qu'on peut exprimer en rapprochant les deux valves du spéculum.

La pyorrhée provenant du corps utérin est extrêmement abondante et fluide: c'est du pus vrai et non du muco-pus filant. La pyorrhée utérine est généralement l'indice d'une lésion ancienne ou récente ayant intéressé non seulement l'épithélium, mais encore le derme muqueux. Il arrive quelquefois que du muco-pus du col reflue dans le corps fléchi ou rétroversé s'écoule lorsqu'on a dilaté ou redressé l'utérus.

(1) DOLÉRIS et PICHEVIN, La pratique gynécologique. Paris, 1896.