

son volume, de sa consistance, de sa mobilité, de sa sensibilité, des lésions du col et de l'endomètre. Le volume de l'utérus n'est pas assez augmenté en général pour qu'on perçoive quelque modification par le simple palper hypogastrique. Par contre, le palper bimanuel permet de reconnaître presque toujours une augmentation de volume, en même temps qu'une légère sensibilité à la pression; l'utérus est plus ou moins mobile; il est immobilisé quand il y a des lésions des annexes et du péritoine pelvien, que le toucher permet de déceler assez facilement; si la métrite est compliquée de prolapsus, de déviations, là encore le toucher nous renseignera aussitôt. La consistance est variable, tantôt molle, tantôt dure, comme scléreuse. C'est surtout dans les métrites chroniques parenchymateuses de vieille date qu'on observe cette sorte de sclérose cervicale. Le toucher nous renseignera encore sur les déchirures du col, sur le degré d'ouverture de l'orifice utérin, etc., sur la présence de formations kystiques ou polypeuses. L'examen au spéculum nous montre un col alléré de différentes façons, depuis la simple congestion avec volume normal jusqu'aux ulcérations avec lacérations des commissures, éversion des lèvres du museau de tanche, productions polypeuses ou kystiques, avec augmentation considérable du volume de l'organe qui remplit complètement l'écartement des valves du spéculum comme un gros champignon étalé en surface. Les hypertrophies du col de l'utérus que l'on peut trouver sont variables d'ailleurs: tantôt sous-vaginales, n'intéressant que le museau de tanche; tantôt sus-vaginales, intéressant le segment immédiatement situé au-dessus des insertions du vagin; une des lèvres du col peut être augmentée de volume, alors que l'autre reste à peu près normale, la longueur des deux peut être doublée, triplée, simulant au premier abord un utérus prolapsé.

L'examen hystérométrique doit être très prudemment fait, sans produire d'effraction de la muqueuse. Les hystéromètres métalliques d'Huguier, l'hystéromètre caoutchouté de Terrillon ne devront être employés que s'il n'y a aucun soupçon de grossesse, et si l'on ne risque pas d'infecter le corps encore intact de la matrice. Ils nous renseigneront sur la longueur de la cavité utérine, sur le degré de contraction ou d'ouverture de l'isthme utérin, sur les déviations concomitantes, sur la facilité plus ou moins grande de la muqueuse à saigner par suite d'altérations pathologiques.

Nous ne saurions trop recommander de ne pas abuser de l'usage de l'hystérométrie, soit pour éviter des inoculations profondes lorsque l'asepsie des parties superficielles n'a pas été suffisamment faite, soit pour amener des avortements lorsque certaines femmes qui les recherchent nous ont trompé sur la date de leurs époques et affirmé une continuation de règles, alors qu'elles sont supprimées.

L'hystéroscopie a été peu appliquée encore à l'étude des métrites; cependant, d'après Gogrel, on a pu reconnaître, dans plusieurs cas

de métrites avec productions polypeuses, le polype muqueux, sa longueur, son mode d'implantation.

Comme moyen d'exploration de la cavité utérine, nous devons encore citer la dilatation lente et extemporanée, le curettage.

**Quelques formes cliniques de la métrite chronique.** — Nous venons de décrire la métrite chronique en général. Les métrites chroniques survenant à certains âges, intéressant tel ou tel segment de l'utérus, se manifestant par tel ou tel symptôme prédominant, prennent une physionomie un peu spéciale.

Telles sont les métrites, séniles, virginales et gravidiques, les métrites exfoliatives, les métrites hémorragiques.

**Métrite sénile.** — On désigne ainsi une métrite qui se manifeste chez la femme après la ménopause, par une série de symptômes qui simulent à s'y méprendre le cancer de l'utérus ou plutôt le cancer de la cavité utérine.

La femme est prise d'une leucorrhée plus ou moins abondante, souvent très fétide, séreuse, séro-purulente ou purulente, avec des métrorragies quelquefois profuses; elle souffre dans le ventre et les reins. L'examen permet de constater presque toujours une atrophie du col rentré, effacé, au fond d'un vagin plus ou moins rigide; l'orifice est petit et laisse écouler les produits de sécrétion décrits plus haut; lorsqu'on tente le cathétérisme utérin, il s'écoule du pus mêlé de sang et l'on trouve généralement une cavité flasque dans laquelle on pénètre plus ou moins loin. On ne trouve rien dans les culs-de-sac.

Souvent l'état général de la malade a décliné; elle a maigri, perdu l'appétit, elle présente un aspect cachectique, qui complète, avec les signes précédents, tout le tableau clinique d'une affection néoplasique maligne.

Maurange (1) a bien décrit ces caractères et insisté sur leur signification dans six cas. Skene (2), Mundé (3), Goëlet (4), Sheldow (5) ont publié des observations. Nous avons nous-même pu observer trois faits bien probants, en ce que les malades, présentant tous les signes d'un néoplasme avec écoulements fétides et métrorragies, ont guéri complètement, après une dilatation, un curettage et un drainage de la cavité utérine.

Anatomiquement, la métrite décrite serait caractérisée par une

(1) MAURANGE, De l'endométrite sénile fétide (*Gaz. méd. de Paris*, 9 mai 1896, et *Gaz. heb.*, p. 445, 1895).

(2) SKENE, Senile Endometritis (*New York Journ. of Gyn. and Obstetrics*, IV, p. 641, 1894).

(3) MUNDE, Virginal and senile Endometritis (*Chicago med. Recorder*, XI, p. 167, 1896).

(4) GOËLET, Senile Endometritis and Vaginitis (*Med. Record*, New-York, I, p. 551, 1896).

(5) SHELLOW, Senile Metritis, Senile Endometritis (*Medicine Detroit*, p. 295, 1897).