

Au point de vue de la nature des lésions, il faut avant tout distinguer les métrites aiguës et les métrites chroniques.

Les premières sont généralement le résultat d'une infection, tantôt puerpérale, tantôt traumatique, tantôt blennorragique, pour ne prendre que les plus fréquentes.

Le pronostic des métrites puerpérales dépend de la virulence même des agents infectieux, de l'étendue des lésions; la métrite puerpérale aiguë peut tuer, comme nous l'avons dit, par infection générale de l'économie, par diffusion des microbes pathogènes dans le système veineux et lymphatique, par péritonite.

Ce n'est que rarement, étant données les précautions d'asepsie et d'antisepsie dont sont entourés l'accouchement puis la délivrance, que l'on observe actuellement ces infections que l'on désigne en bloc sous le nom de fièvre puerpérale.

Mais les formes atténuées se trouvent toujours encore; la métrite post-puerpérale consécutive à l'avortement ou à l'accouchement, ou se développant quelques mois après, tout en étant beaucoup moins grave, n'en comporte pas moins un pronostic sérieux, parce qu'elle est souvent rebelle et engendre des lésions profondes du côté des annexes et du péritoine.

Lorsque la métrite est greffée sur une déchirure plus ou moins étendue du col avec éversion de la muqueuse, il est presque impossible qu'elle guérisse sans une intervention judicieuse portant et sur la cavité utérine et sur le col lui-même.

La métrite traumatique comporte un pronostic très sérieux lorsque l'utérus est infecté par des microbes virulents comme le streptocoque; les accidents graves qui surviennent dans ces conditions et qui se manifestent presque toujours sous forme de péritonites plus ou moins étendues, nous disent assez ce qu'il en est.

Les métrites blennorragiques aiguës sont surtout graves quand des lésions ascendantes vont envahir l'appareil tubo-ovarien et le péritoine pelvien. Des cas de mort par péritonite blennorragique ont été rapportés; nous en avons observé un cas où la laparotomie, largement faite, a été impuissante.

Quant aux salpingites parenchymateuses et purulentes, aux ovarites diverses, elles ont bien souvent comme point de départ la métrite blennorragique, soit aiguë, soit chronique.

Les métrites chroniques se présentent avec une apparence moins sombre. Comme les états aigus, elles engendrent des lésions profondes invisibles et péritonéales, les déviations. Lorsque la métrite a atteint le corps de l'utérus, celui-ci est en état d'infériorité au point de vue de la conception. La stérilité reconnaît souvent pour cause une métrite chronique; lorsque la conception a pu se faire, l'avortement arrive souvent par suite d'un vice de nutrition de l'ovule greffé. La métrite du col, surtout l'endométrite cervicale avec bouchon muqueux

épais, empêche la conception par l'obstacle qu'elle oppose à la progression des spermatozoaires. Il est bien évident que les altérations des annexes, les déviations utérines, lorsqu'elles sont surajoutées, ne peuvent encore que compliquer la situation.

Parmi les métrites, la métrite hémorragique est une des plus graves, en dehors des métrites infectieuses.

Les hémorragies profuses auxquelles elle donne lieu amènent un état d'anémie, de nervosisme très sérieux et quelquefois elle n'est justiciable que du sacrifice de tout l'organe, après échec de tous les autres traitements.

Pseudo-métrite et sclérose utérine. — Nous avons dit en débutant qu'il y avait à côté des métrites proprement dites de nature infectieuse, toute une série d'états morbides que les uns, partisans de l'infection à outrance, rattachent encore aux métrites, que les autres, au contraire, regardent comme des produits hybrides de l'infection et de la dystrophie, tandis que pour d'autres encore il s'agit spécialement de troubles trophiques proprement dits n'ayant rien à voir avec l'infection, comme pathogénie.

Hepp a particulièrement eu en vue ces pseudo-métrites qu'il englobe sous le nom de sclérose utérine (1).

Il y a incontestablement dans la pathologie utérine toute une série de cas qui paraissent échapper à une cause infectieuse: la bactériologie nous le dit et ce sont surtout les derniers travaux de Menge (2) et de Hallé (3) qui autorisent à affirmer qu'en dehors de la puerpéralité et de la blennorragie, il n'y a pas d'auto-infection primitive chez la femme normale.

Au point de vue étiologique. — La sclérose utérine atteint surtout les femmes au début de la période génitale (pseudo-métrites virginales), à l'époque de la ménopause; mais elle existe aussi chez les femmes entre ces deux époques; lorsqu'elles ont eu des enfants, c'est longtemps après leur accouchement normal que les troubles apparaissent: sept, huit, dix ans, même vingt-cinq ans, alors que la métrite puerpérale chronique suit généralement de beaucoup plus près les couches. Le seul phénomène important qu'elles aient présenté au moment de l'accouchement, c'est une hémorragie de la délivrance souvent abondante, mais aucun signe d'infection. Chez les femmes qui feront de la sclérose utérine plus tard, il y a souvent des anomalies de la menstruation; très souvent, elle s'établit difficilement, elle est douloureuse. D'abord peu abondante, elle le devient ensuite trop et il n'est pas rare chez elles de voir les règles durer huit, dix

(1) HEPP, Sclérose utérine et métrites chroniques, thèse de Paris, 1899.

(2) MENGE, Bactériologie des genitals kanals der nichtschwangeren und wicht puerpales, France, Leipzig, 1897.

(3) HALLÉ, Recherches sur la bactériologie du canal génital de la femme, thèse de Paris, 1898.

jours, indiquant ainsi une tendance aux congestions utérines.

Enfin les malades sont souvent des arthritiques nerveuses; elles souffrent souvent de migraines, de vertiges, de douleurs articulaires ou névralgiques fugaces; leur caractère est irritable, bizarre; elles sont dyspeptiques.

Anatomie pathologique. — *Macroscopiquement*, les dimensions des utérus sclérosés sont variables. Leur cavité peut mesurer de 8 à 15 centimètres et plus; on peut observer le gigantisme utérin. Leur aspect extérieur est généralement régulier; ils sont recouverts de péritoine sain et lisse et conservent leur forme normale. Leur consistance est tantôt ferme et dure, tantôt un peu molle. Le col est ordinairement augmenté de volume, mais non ulcéré; il n'y a pas d'ectropion de la muqueuse; celle-ci, d'aspect normal, n'est ni ramollie, ni fongueuse: parfois elle est piquetée de petits points rouges.

Le parenchyme a doublé, triplé, quadruplé d'épaisseur; il est tantôt gris blanchâtre, comme celui de certains fibromes, parfois parsemé de tout petits fibromes plus ou moins facilement énucléables, alors consistant et ferme; tantôt bleu jaunâtre, comme lardacé, se déchirant plus facilement, plus humide, comme imbibé de sucs.

La coupe de la muqueuse est normale; quelquefois elle est un peu plus épaisse, mais c'est tout.

Microscopiquement, le parenchyme utérin épaissi ne présente aucune altération lorsque l'augmentation de volume est peu considérable; dans le cas contraire, il y a une hyperplasie sur la nature de laquelle on n'est pas d'accord; tantôt musculaire lisse comme dans les myomes, tantôt fibreuse comme dans les fibromes; tantôt les deux éléments sont hyperplasiés. En tout cas, il existe une sclérose périvasculaire manifeste avec élargissement des espaces lymphatiques.

La muqueuse utérine montre un épithélium intact; les glandes ne sont pas ou sont peu modifiées. Quelquefois elles sont notablement hyperplasiées; quelquefois encore la muqueuse est devenue le point de départ de productions glandulaires, de véritables adénomes, polypes muqueux. Le tissu interglandulaire est normal et l'on ne voit nulle part d'infiltration embryonnaire interstitielle.

Lorsque la sclérose s'est manifestée cliniquement par des métrorragies, on trouve, au-dessous de l'épithélium, un grand nombre de vaisseaux à parois embryonnaires, très dilatés; plus profondément, ils sont organisés et entourés d'un manchon de tissu fibreux.

Les annexes de ces utérus ne présentent généralement aucune trace d'inflammation. Les trompes sont saines, perméables, quelquefois parsemées de petits kystes sous-péritonéaux à contenu clair et limpide; par contre, les ovaires présentent souvent les caractères de la dégénérescence scléro-kystique, comme si le même trouble trophique

frappait ovaire et utérus. On observe souvent la rétroversion et le prolapsus, et avec lui l'hypertrophie sus-vaginale du col. En somme, hyperplasie de tous les tissus utérins avec sclérose périvasculaire, sclérose des ovaires et relâchement des ligaments suspenseurs de l'appareil génital, telles sont les lésions fondamentales qu'on observe le plus souvent et qui vraiment ne font nullement songer à une origine infectieuse; elles se distinguent de celles des métrites par les particularités suivantes: généralisation à tout l'utérus, col et corps, limites très étendues de cette hyperplasie qui peut aller d'un utérus de 8 centimètres jusqu'au gigantisme; intégrité du péritoine et des annexes au point de vue infectieux, intégrité de la muqueuse utérine.

Incontestablement, ce sont là des caractères qui font penser plus à un trouble trophique qu'à une inflammation proprement dite. Nous savons tous que la sclérose peut être consécutive à une infection; mais, presque toujours alors, les traces de cette infection subsistent et la sclérose n'aboutit pas à une hypertrophie de l'organe, mais bien à une atrophie par rétraction des tissus sclérosés.

Au point de vue symptomatique, il s'agit presque toujours, comme nous l'avons dit, d'arthritiques nerveuses; chez elles le nervosisme affecte des formes variables, depuis les plus légères jusqu'aux plus graves: ce sont des neurasthéniques, des hypocondriaques, des hystériques, des maniaques proprement dites.

Fréquemment, on observe chez elles des troubles viscéraux: un rein mobile, une dilatation de l'estomac, des signes de ptose de l'estomac et de l'intestin; ajoutons à tout cela les stigmates de l'arthritisme, la migraine, l'arthralgie, la névralgie, les poussées d'eczéma, les coliques hépatiques et néphrétiques, et nous aurons montré le terrain sur lequel se développe la lésion trophique.

Ces pseudo-métrites se traduisent, symptomatiquement, par les signes grossiers des métrites; mais quand on examine à fond les malades, on est frappé de l'absence de certains phénomènes qu'on est habitué à trouver chez les femmes atteintes d'inflammations utérines d'origine infectieuse.

Au point de vue fonctionnel, la dysménorrhée, les douleurs plus ou moins vives, les hémorragies plus ou moins abondantes, soit ménorragies, soit métrorragies, existent et prennent même quelquefois une acuité extraordinaire, alors que du côté du col on n'observe aucune ulcération, aucune déchirure avec éversion; la leucorrhée, tout en étant abondante, ne présente pas les caractères des pertes blanches de la métrite; il n'y a aucun retentissement ni du côté des annexes ni du côté du péritoine pelvien.

La rétroversion, le prolapsus, existent assez souvent et compliquent le tableau pathologique.

La sclérose utérine peut simuler la plupart des formes de métrite

proprement dite. Elle aboutit quelquefois à une guérison spontanée : lors de la ménopause, tous les troubles cessent ; la plupart du temps la femme continue à souffrir et à perdre jusqu'à ce qu'un traitement approprié mette un terme à la maladie.

La sclérose utérine peut d'ailleurs, à un moment donné, devenir un excellent terrain pour une infection puerpérale et gonococcique, et c'est alors que le diagnostic se complique encore.

La période aiguë passée, l'utérus naturellement congestif va retenir en quelque sorte l'infection qui l'a touché et la métrite tendra beaucoup plus facilement à devenir chronique ; elle se cantonnera de préférence dans le col où elle entretiendra une hypersécrétion glandulaire considérable.

Par voie réflexe, cette métrite chronique du col amènera une congestion permanente du corps, d'où résulteront souvent des métrorragies réflexes, une hypertrophie qui céderont rapidement dès que le col aura été excisé.

Lorsqu'à la métrite se surajoute une lésion infectieuse des annexes, les hémorragies peuvent devenir très abondantes et mener les malades à une anémie profonde.

En résumé, il nous paraît impossible de ne pas admettre l'influence considérable de l'arthritisme sur l'évolution des inflammations utérines, en même temps qu'une véritable dystrophie des organes génitaux profonds pouvant simuler dans ses grands traits les infections de l'utérus et des annexes.

Le traitement corrobore ce que nous apprend la clinique et il est loin d'être le même, s'il s'agit d'une lésion infectieuse ou d'un trouble trophique.

En effet, dans la sclérose utérine le curettage ne réussit généralement pas ; il est plutôt nuisible, de même que les procédés thérapeutiques basés sur la notion d'infection.

Par contre, comme le fait remarquer Hepp, les opérations atrophiques, qu'elles portent sur le col, les ovaires, amènent assez souvent de bons résultats.

Lorsque l'infection est combinée à la sclérose, souvent les opérations atrophiques ne donnent rien ou peu de chose et le chirurgien est obligé de se retourner vers l'hystérectomie vaginale.

Toutes ces notions ont été reprises et exposées dans une récente communication de Richelot (1).

Traitement. — Y a-t-il un traitement préventif des métrites ou de quelques-unes de leurs formes ?

Nous avons montré combien les métrites post-puerpérales étaient fréquentes ; pour elles au moins il existe toute une prophylaxie pouvant mettre les femmes à l'abri de leur atteinte.

(1) RICHELOT, *Soc. d'obst., de gynéc. et de pédiatrie*, mai 1900.

Pendant la grossesse, il faudra veiller à une propreté rigoureuse du côté des organes génitaux externes ; l'hygiène de la femme enceinte contribuera, si elle est bien entendue, à la mettre dans les meilleures conditions possibles pour amener, sur l'utérus délivré, l'involution utérine. Après un avortement ou un accouchement, la femme devra être considérée comme une blessée, et soignée comme telle. C'est dire que toutes les précautions devront être prises, pendant et après l'accouchement et la délivrance, pour éviter toute infection par les explorations, les manœuvres, les pansements, etc. Les règles d'asepsie et d'antisepsie devront être suivies minutieusement par tous ceux qui s'occupent immédiatement de l'accouchée.

Les neuf jours réglementaires d'après les idées courantes sont loin d'être suffisants comme repos ; et c'est presque toujours, toujours même avec un utérus qui est loin d'avoir fini son involution, que la femme reprend ses occupations souvent fatigantes. Pour bien faire, ce serait six semaines, jusqu'après le retour des menstrues, lorsque la femme n'allait pas, que le repos horizontal ou relatif devrait être conservé ; trois semaines suffisent dans la grande majorité des cas.

La métrite infectieuse opératoire ne doit pas survenir, si le gynécologue prend, pendant un examen complet de sa malade, toutes les précautions convenables, du moment qu'il n'y a aucune contre-indication à une exploration ou à une intervention.

Voici maintenant quelques règles générales qui devront toujours être suivies chez les femmes atteintes de métrites aiguës ou chroniques.

Du moment que la métrite existe, il faut prescrire à la femme qui est atteinte le repos horizontal, autant que possible ; un grand nombre de malades ne peuvent se donner ce qu'elles voudraient ; d'autres ne souffrent pas assez pour accepter la prescription du médecin. Le repos au lit ou sur une chaise longue doit être formellement exigé, quand on le peut, lors des périodes menstruelles et pendant toute leur durée.

Les grandes irrigations vaginales chaudes à 45°-50° avec une solution étendue de sublimé (1 p. 5000) ou d'acide phénique (10 p. 1000) ou de naphthol (1 p. 1000) ou d'acide borique (25 p. 1000) ou de microcidine, coaltar saponiné, etc., sont de mise deux fois par jour, dans la position étendue.

La position accroupie, que prennent presque toutes les femmes non prévenues, est on ne peut plus mauvaise pour la prise des irrigations, qui seront d'autant plus efficaces qu'elles seront plus abondantes et plus prolongées (5 à 6 litres chaque fois, si c'est possible).

La constipation doit être évitée chez les femmes atteintes de métrite ; elle doit être combattue soit par des irrigations rectales (lavements quotidiens de glycérine et d'eau salée, etc.), soit par des

laxatifs divers et multiples sur lesquels nous n'insisterons pas. Il ne faut pas, autant que possible, donner de drastiques, qui poussent à la congestion veineuse du bassin.

On ne se livrera à aucune exploration instrumentale et à plus forte raison à aucune intervention à l'approche de la période menstruelle et pendant sa durée.

La métrite aiguë, quelle que soit sa cause, doit être traitée par le repos absolu au lit, les irrigations antiseptiques chaudes. Lorsque les douleurs sont vives, lorsqu'il y a en même temps dysurie et cystalgie, les lavements laudanisés à 20 gouttes pour un quart de lavement, les suppositoires rectaux ou vaginaux opiacés et belladonnés, les calment souvent; de la glace sera appliquée sur le ventre sous forme de vessies de glace, lorsqu'il y aura des nausées, des vomissements, des douleurs à la pression indiquant une réaction péritonéale; lorsque la glace ne sera pas supportée, des compresses froides, des compresses trempées dans de l'eau alcoolisée, remplaceront cette dernière; on n'hésitera pas à pratiquer une injection de morphine si les douleurs étaient très vives.

Une émission sanguine locale provoquée par l'application de ventouses scarifiées, de sangsues sur la paroi abdominale ou les aines, pourra intervenir quand il y aura des phénomènes de congestion intense, arrêt brusque des règles.

Les métrites chroniques succédant à un état aigu ou chronique d'emblée sont justiciables de traitements multiples, les uns non sanglants, les autres sanglants et variables suivant les formes mêmes de la maladie, suivant sa nature, le terrain sur lequel elle évolue, les lésions qui l'accompagnent (déviations utérines, déplacements, lésions des annexes et du péritoine pelvien).

Nous étudierons successivement le traitement de la métrite du col, celui de la métrite corporelle, le traitement des métrites compliquées.

Traitement de la métrite du col. — Indications variant suivant la forme revêtue par la maladie, suivant le degré probable et la nature de l'infection.

MÉTRITE DU COL; COL PETIT; INFECTION GONOCOCCIQUE OU PUÉRÉRALE. — Ici doit intervenir un traitement antiseptique énergique du vagin, des culs-de-sac et du col lui-même.

Il consistera dans des irrigations vaginales, deux et trois fois par jour, avec une solution de permanganate de potasse au 1/500^e ou au 1/1000^e, avec du sublimé au 1/4000^e; irrigations faites avec 3 ou 4 litres de solution chaque fois.

Après chaque irrigation, l'on devrait pouvoir pratiquer un tamponnement antiseptique du col; en pratique, cela est impossible, et quand on fera ce tamponnement, ce ne sera guère que toutes lesingt-quatre heures. Après avoir fait le lavage du vagin, un tampon

d'ouate hydrophile ou de gaze absorbante stérilisée sera trempé dans de la glycérine additionnée soit d'iodoforme, soit d'ichtyol, ou encore de salol, de résorcine, de dermatol, d'aristol, appliqué directement sur le col et maintenu à son contact par un tamponnement bien fait du vagin à l'aide de tampons d'ouate munis de fils comme le premier. Un bandage en T recouvre le tout.

L'iodoforme, l'ichtyol sont les deux substances le plus fréquemment incorporées à la glycérine; pour l'iodoforme, la formule sera la suivante :

Glycérine.....	100
Iodoforme.....	10

pour l'ichtyol, la formule sera celle-ci :

Glycérine.....	100
Ichtyol.....	De 10 à 30

Ces topiques ont comme inconvénient leur odeur. De plus, certaines femmes à peau sensible ont rapidement de l'érythème vulvaire et périnéal, et force est de les atténuer ou de les remplacer par ceux que nous avons indiqués.

Sous l'influence de ces pansements quotidiens, associés au traitement général, au repos, très souvent la métrite cède rapidement, les glaires épaisses disparaissent et tout rentre dans l'ordre.

Quand le tamponnement ne peut être pratiqué pour des raisons diverses, l'on pourra le remplacer par l'application d'ovules en glycérine solidifiée à laquelle sont incorporés les antiseptiques; la femme pourra les introduire elle-même le soir et faire, le lendemain matin, une grande irrigation vaginale. C'est là, bien entendu, un pis aller qui ne pourra réussir que dans les formes tout à fait légères et anodines.

Lorsqu'il existe des ulcérations sur le col, bourgeonnantes, saignantes, l'on pourra les toucher et les modifier, soit avec de la teinture d'iode, soit avec de la glycérine créosotée au 1/5 ou au 1/3, ou bien encore avec le crayon de nitrate d'argent. Nous proscrivons les cautérisations au thermocautère, au fer rouge, si chères aux anciens, de même que les caustiques chimiques violents comme le chlorure de zinc, le nitrate acide de mercure, l'acide chromique, la potasse caustique (crayon de Filhos).

Pour peu qu'il existe une endométrite cervicale, une endocervicite, le traitement superficiel n'agit pas suffisamment; c'est plus profondément qu'il faut aller modifier la muqueuse du col.

Deux cas se présentent alors: ou bien l'orifice du col est large béant, ou bien, il est petit, étroit. Dans le premier cas, il s'agit presque toujours de métrite chez des femmes ayant déjà accouché ou avorté, tandis que l'orifice petit et étroit se trouve chez des femmes n'ayant pas eu d'enfants et chez lesquelles on a surtout affaire à une