

## CHAPITRE PREMIER

## LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'UTÉRUS

Il faut distinguer les lésions traumatiques de l'utérus en deux grandes classes, celles qui sont dues à des traumatismes extérieurs, et celles qui sont causées par l'accouchement.

Les lésions dues à des agents extérieurs diffèrent très notablement suivant qu'elles surviennent dans l'état de gestation ou dans l'état de vacuité. Elles peuvent être produites par des agents agissant soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors.

Dans l'état de vacuité, les lésions produites de dehors en dedans sont rares, car l'utérus est bien protégé par la ceinture pelvienne ; elles sont en outre de peu d'importance, car elles s'accompagnent d'une manière à peu près constante de blessures d'organes voisins, vessie, intestins, gros vaisseaux, blessures qui prennent le pas au point de vue symptomatique. Aussi je me bornerai à rappeler ces faits assez singuliers, qui sont signalés par Conner<sup>(1)</sup>, où, après une plaie pénétrante de l'utérus, il reste une fistule par laquelle s'échappe le sang menstruel.

Dans l'état de gestation, les lésions produites par les agents extérieurs sont de deux ordres : tantôt à la suite d'une violente contusion de l'abdomen, due à une chute ou à un coup, l'utérus éclate sans qu'il y ait de plaie extérieure : ce sont les *ruptures traumatiques* de l'utérus. Ces ruptures peuvent être complètes ou incomplètes. Les ruptures complètes ouvrent la cavité de l'utérus. Les ruptures incomplètes, qui respectent la cavité utérine, sont de divers degrés. Contrairement aux ruptures qui sont dues à l'accouchement, elles sont généralement incomplètes externes, c'est-à-dire qu'elles commencent par la face séreuse. Le premier degré consiste en une simple fissure de la face péritonéale. Dans les degrés plus avancés, la déchirure pénètre plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la musculuse. Maygrier<sup>(2)</sup> en a rassemblé une quinzaine de cas, dont le premier appartient à Ramsbotham. Ces déchirures peuvent être uniques ou multiples : dans un cas de Clark, on a pu en compter soixante sur la face postérieure de l'utérus. Elles s'accompagnent d'hémorragies graves, en général promptement mortelles.

Les plaies proprement dites de l'utérus en gestation s'accompagnent presque toujours de blessures du fœtus. Les fragments de vêtements de la mère peuvent même être entraînés par des projectiles jusque dans le corps de l'enfant : ainsi dans un cas de Reichard, cité par Conner<sup>(3)</sup>. Ces plaies exposent singulièrement à l'hémorragie, à la péritonite et à l'avortement.

Les lésions produites de dedans en dehors pendant la grossesse sont presque toujours le résultat de manœuvres abortives. Quelquefois l'instrument qui a

(1) CONNER, *Encyclop. intern. de chir.*, t. II, p. 676.

(2) MAYGRIER, Société obstétr. de France, avril 1892.

(3) CONNER, *loc. cit.*

servi à ces manœuvres reste dans l'utérus à l'état de corps étranger. Ainsi dans un cas de Bunge<sup>(1)</sup>, l'aiguille qui s'était piquée dans la région de l'orifice interne ne fut enlevée que douze jours après l'avortement. On sait aujourd'hui que la gravité de ces manœuvres abortives tient uniquement aux accidents septiques.

On a soutenu qu'en dehors de la grossesse, l'utérus distendu par des polypes fibreux peut être aminci et ramolli au point de se rompre sous l'influence de ses propres contractions<sup>(2)</sup>. Les faits de ce genre qui ont été publiés manquent de précision. Il semble que dans la plupart des cas il se soit agi de sphacèle simultané de tumeurs fibreuses et des parois utérines.

Les lésions traumatiques produites de dedans en dehors pendant l'état de vacuité présentent un certain intérêt, car elles sont presque toujours le résultat d'accidents chirurgicaux. Ces accidents se produisent dans deux conditions : lorsqu'on fait l'ablation de polypes fibreux, ou simplement lorsqu'on pratique l'hystérométrie ou bien le curetage.

Lorsqu'on veut enlever un polype et qu'on exerce une certaine traction sur le pédicule, soit pour le prendre dans la chaîne de l'écraseur, soit pour le sectionner avec des ciseaux courbes, il peut se produire sous l'influence de cette traction une légère inversion de la paroi utérine au niveau du point d'implantation du pédicule, et la section, au lieu de couper le pédicule seul, emporte avec un morceau d'utérus. On constate alors sur la partie enlevée la présence d'une petite surface séreuse. Dans un cas de ce genre, Werth a fait immédiatement l'hystérectomie vaginale ; Sænger<sup>(3)</sup> a fait séance tenante la laparotomie. Après avoir enlevé les quelques cuillerées de sang épanchées dans le péritoine, il a suturé la plaie utérine, et sa malade a guéri.

La perforation de l'utérus par l'hystéromètre ou la curette est pour ainsi dire impossible quand les parois utérines ont leur consistance normale. Il faut donc des conditions très spéciales pour que cet accident se produise. On l'a observé dans certains cas de tumeurs malignes ayant envahi toute l'épaisseur de la paroi utérine, et surtout à la suite d'inflammations aiguës graves, et particulièrement de celles qui se produisent dans la période puerpérale. Dans ces conditions, l'utérus peut être si ramolli qu'on traverse ses parois, même lorsqu'on procède avec la plus grande douceur, presque sans s'en apercevoir. C'est pour cela que Courty avait proscrit le cathétérisme dans les premières semaines qui suivent l'accouchement.

Ces perforations n'ont pas toujours la gravité qu'on pourrait croire. Dupuy<sup>(4)</sup> rapporte dans sa thèse 17 cas sans un accident sérieux. Depuis, on a publié quelques accidents. Tuttle<sup>(5)</sup> a montré à la Société gynécologique de New-York un utérus septique perforé par la curette ; la malade a succombé malgré la laparotomie. Dans un cas de Hofmann<sup>(6)</sup>, la perforation survint pendant un curetage pratiqué pour enlever des restes de placenta. L'épiploon fit hernie dans l'utérus et vint se montrer jusqu'à l'orifice du col. La laparotomie faite quatre heures après et suivie de la suture de la perforation a sauvé la malade.

(1) BUNGE, *Deutsche med. Woch.*, 1891, n° 5.

(2) O. LARCHER, *Arch. gén. de méd.*, 1867, vol. II, p. 545 et 697.

(3) SÆNGER, *Centr. für Gynæk.*, 1891, p. 478.

(4) DUPUY, Thèse de Paris, 1874.

(5) TUTTLE, Soc. gynéc. de New-York. *Centr. für Gynæk.*, 1891, p. 841.

(6) HOFMANN, *Philadelphia obst. Society*, 5 avril 1890.

Gebhard (1) a publié un cas plus extraordinaire où la perforation aurait été produite par une douche intra-utérine. La malade est morte d'intoxication mercurielle. Dans un cas de Haynes (2) où la perforation avait été produite par la curette, on fit un lavage au sublimé. De violentes douleurs se déclarèrent immédiatement, bientôt suivies de phénomènes de collapsus; puis survinrent les symptômes d'empoisonnement. La malade a cependant guéri.

Dans les cas où il est survenu des accidents, l'utérus avait été perforé par la curette. Jusqu'à présent les perforations par l'hystéromètre paraissent à peu près inoffensives, sans doute parce que l'hystéromètre se nettoie en passant au travers de la paroi utérine, et que la plaie très petite s'obstrue par accolement immédiat de ses parois. Aussi, quand cet accident arrive, faut-il simplement immobiliser les malades au lit et s'abstenir de toute intervention immédiate. Les perforations par la curette sont plus graves. Quelle conduite faut-il tenir en leur présence? Faut-il intervenir immédiatement? Si l'on intervient, faut-il faire l'hystérectomie vaginale, ou bien la laparotomie suivie de la suture de la perforation? Évidemment tout cela dépend des circonstances et particulièrement du degré de septicité de l'utérus perforé. Ainsi Haynes (3) a perforé avec la curette un utérus atteint d'endométrite fongueuse; il n'est survenu aucun accident. Il est donc bien difficile de donner des règles de conduite pour ces cas-là. La seule chose certaine, c'est que, quand l'utérus est perforé, il faut se garder de faire des injections antiseptiques dans sa cavité, car le liquide pénétrant dans le péritoine est immédiatement absorbé et détermine des phénomènes d'intoxication graves ou même mortels.

Les lésions traumatiques de l'utérus produites par l'accouchement lui-même sont bien plus fréquentes et bien plus importantes. Il en est de deux catégories très différentes, les ruptures du corps de l'utérus et les déchirures du col.

Les ruptures du corps de l'utérus sont entièrement du ressort de l'obstétrique; je me borne à dire qu'à mon avis, elles commandent l'hystérectomie abdominale immédiate.

Les déchirures du col ont pris une grande, trop grande importance en gynécologie. Bennet s'était déjà occupé de cette question; mais c'est surtout Emmet (4) qui a attribué aux déchirures du col une importance tout à fait exagérée. Dans son livre devenu classique, *la Pratique des maladies des femmes* (5), il déclare: « L'importance de cette lésion ne peut être exagérée, puisque plus de la moitié des maux dont souffrent les femmes qui ont eu des enfants doivent être attribués à la déchirure du col ». Nous verrons que c'est là une exagération manifeste.

Ces déchirures sont très fréquentes dans les accouchements à terme; on peut les observer aussi à la suite de l'avortement et même de l'avortement à deux mois, dit M. Pozzi. Sur 2500 femmes ayant accouché, Munde compte 612 déchirures du col, mais 280 seulement étaient assez profondes pour avoir une influence pathologique. Le même auteur trouve sur l'ensemble des malades soignées pour des affections gynécologiques, 18,8 pour 100 de déchirures du col, Baker, 15 pour 100; Davenport, 18,1 pour 100; Sænger, 15,4 pour 100.

(1) GEBHARD, *Zeit. für Geb. und Gyn.*, t. XXI, p. 2.

(2) HAYNES, *Amer. f. of obst.*, nov. 1890, p. 1195.

(3) HAYNES, *loc. cit.*

(4) EMMET, *Amer. Journal of obst.*, fév. 1869 et nov. 1874.

(5) EMMET, *La pratique des maladies des femmes*, trad. franç. Paris, 1887, p. 476.

D'après leur siège, on distingue les déchirures en : bilatérales, unilatérales, postérieures, antérieures et multiples ou étoilées.

Les déchirures bilatérales sont les plus fréquentes : à la clinique de Slawiansky, elles représentaient 91 pour 100 de toutes les déchirures (1). Viennent ensuite les déchirures unilatérales, qui sont beaucoup plus fréquentes à gauche, en raison de la prédominance de la présentation occipito-iliaque gauche antérieure. Les déchirures multiples ou étoilées tiennent, au point de vue de la fréquence, le troisième rang : les déchirures antérieures sont les plus rares de toutes.

Au point de vue de la profondeur, on divise les déchirures en trois degrés. Dans le premier, il existe une simple encoche à l'anneau qui circonscrit l'orifice externe du col. Les déchirures du second degré remontent jusqu'au cul-de-sac vaginal, et portent par conséquent sur toute la hauteur de la portion vaginale du col. Dans le troisième degré, la déchirure remonte plus haut, et intéresse le cul-de-sac vaginal : le tissu cellulaire péri-utérin est ouvert. Par suite, ces dernières favorisent le développement des inflammations du tissu conjonctif pelvien, lymphangites et phlegmons de la gaine hypogastrique.

La manière dont se fait l'accouchement a une importance sur la production des déchirures. C'est ainsi qu'on les observe surtout après les accouchements très lents ou très rapides. Dans les accouchements très rapides, le col n'a pas le temps de se dilater et éclate; dans les accouchements très lents, les troubles circulatoires et nutritifs affaiblissent sa résistance. C'est surtout dans ces derniers que les déchirures seraient fréquentes d'après Emmerson (2). L'application du forceps, les tentatives de dilatation digitale, les favorisent.

D'après les statistiques de Munde, c'est presque toujours lors du premier accouchement que la déchirure se produit. Cependant, il se peut qu'un col qui a résisté à un premier accouchement cède à un second; car, comme l'a fait remarquer Wylie (3), l'état antérieur du col a une très grande importance à ce point de vue. Il se peut qu'entre le premier et le second accouchement soit survenu un certain degré de métrite, qui ait rendu le col moins dilatable et plus fragile.

Comment se comportent les déchirures après l'accouchement? Tout dépend de l'état de septicité ou d'asepsie du vagin. Si les culs-de sac sont aseptiques, les déchirures se cicatrisent; s'ils sont septiques, elles s'ulcèrent. La cicatrisation peut se faire de deux manières différentes : quelquefois, c'est le cas le plus rare, les deux lèvres de la déchirure se rapprochent et se réunissent. Je ne saurais dire si cette réunion se fait par première intention, ou par le mécanisme de cicatrisation secondaire des plaies angulaires, mais ce qui est incontestable, quoiqu'on l'ait nié, c'est que les déchirures du col peuvent se réunir, même lorsqu'elles sont très profondes. J'ai observé une femme qui avait dans le cul-de-sac gauche une cicatrice mince et profonde, se continuant jusqu'à l'orifice externe du col par une ligne blanchâtre, légèrement déprimée. C'était la trace évidente d'une déchirure au troisième degré cicatrisée et réunie. Le plus souvent les deux lèvres se cicatrisent isolément; et la surface de section se recouvre d'épithélium pavimenteux stratifié, comme le vagin.

Ce sont là des faits extrêmement clairs; la plus simple observation suffit à

(1) GERMONIUS, *Zeit. für Geb. und Frauenkrankh.*, 1889, p. 7.

(2) EMMERSON, *Soc. gyn. de New-York*, 3 mai 1887.

(3) WYLIE, *Soc. gyn. de New-York*, 3 mai 1887.

les vérifier, et ils sont fort importants. En effet, ils suffisent à montrer que les déchirures n'ont pas la puissance pathogène que leur a attribuée Emmet. Ce gynécologue a soutenu que les déchirures engendraient par elles-mêmes et mécaniquement les altérations de la muqueuse du col. D'après lui, le col déchiré s'écarte, la muqueuse intra-cervicale vient frotter contre le cul-de-sac vaginal et ce frottement l'irrite. Cette question est liée à une autre qui est en réalité fort simple, mais qu'une multitude d'écrits et de conceptions théoriques a embrouillée comme à plaisir, celle des ulcérations et de l'ectropion du col. J'y reviendrai en traitant des métrites. Mais je ne saurais trop le répéter dès maintenant, les choses ne se passent pas comme Emmet l'a cru : les déchirures du col n'agissent pas mécaniquement. A l'abri des agents septiques, elles se cicatrisent et ne déterminent aucun symptôme morbide. Infectées, elles se cicatrisent mal, et c'est l'infection qui, en se propageant à la muqueuse, détermine l'endométrite. La conséquence, c'est que la réparation de ces déchirures, c'est-à-dire leur suture après avivement, la trachelorrhaphie ou opération d'Emmet, ne suffit pas à guérir la métrite.

Est-ce à dire que les déchirures ne jouent aucun rôle dans la pathologie du col de l'utérus? En aucune façon. Si elles ne sont pas la boîte de Pandore qu'on a dit, il ne s'ensuit point qu'elles soient inoffensives. Mais voyons de quels méfaits on les a accusées. On a prétendu qu'elles empêchaient ou retardaient l'involution normale de l'utérus après l'accouchement; qu'elles favorisaient le développement des inflammations du tissu cellulaire; qu'elles devenaient l'origine de scléroses du col, qui, en comprimant les glandes, amenaient la formation de kystes et, en comprimant les nerfs, déterminaient des névralgies réflexes; qu'elles entraînaient des déviations de l'utérus. Enfin Munde<sup>(1)</sup>, Olshausen<sup>(2)</sup>, Hegar et Kaltenbach<sup>(3)</sup> ont admis qu'elles étaient une cause fréquente d'avortements, Sænger<sup>(4)</sup> qu'elles entraînaient une stérilité relative, et, pour Breisky<sup>(5)</sup>, elles prédisposeraient au développement du cancer.

Nøggerath, en septembre 1887, au Congrès des naturalistes allemands, en s'appuyant sur 50 observations, s'est violemment élevé contre toutes ces conclusions. De cette communication est résultée une polémique à laquelle Sænger, Skutsch, Ahlfeld, Brooks, H. Wells, ont pris part<sup>(6)</sup>. Je ne puis entrer dans le détail de ces discussions, mais voyons les faits.

Le grand facteur des troubles de l'involution post-puerpérale, c'est certainement la septicité. Si les déchirures jouent un rôle, c'est un rôle très effacé, car on observe les mêmes troubles sans déchirures, et des déchirures sans accidents d'involution. — Quant aux inflammations du tissu cellulaire pelvien, il n'est pas douteux qu'elles soient favorisées par les déchirures du troisième degré, qui ouvrent les culs-de-sac vaginaux. Il suffit, pour s'en convaincre, de remarquer que les phlegmons puerpéraux s'observent surtout à gauche, c'est-à-dire du côté où les déchirures sont les plus fréquentes. Ces dernières servent de porte d'entrée aux agents infectieux. — Les scléroses du col s'observent tout aussi bien sans déchirures qu'avec : c'est la métrite et non la déchirure qui les

(1) MUNDE, *Amer. Journal of obst.*, oct. 1879.

(2) OLSHAUSEN, *Centr. für Gyn.*, 1877, n° 15, p. 255.

(3) HEGAR et KALTENBACH, *Traité de gynécologie opératoire*.

(4) SÆNGER, *Schmid's Jahrb.*, vol. CCXV, p. 206.

(5) BREISKY, *Allg. Wiener med. Zeit.*, 1882, n° 52.

(6) SÆNGER, *Centr. für Gyn.*, 1888, p. 215. Soc. gyn. de Leipzig, 17 oct. 1887. — NØGGERATH, *Berl. klin. Woch.*, 1888, n° 40. — BROOKS et H. WELLS, *Amer. Journal of obst.*, 1888, p. 257.

cause. — En fait de névralgies et de troubles réflexes, Emmet et ses partisans ont cité des cas véritablement extraordinaires. Une malade de Sutton<sup>(1)</sup> avait des convulsions toutes les fois qu'on pressait sur l'angle de la déchirure, ce qu'Emmet appelle la cheville cicatricielle. Chez une autre, la plus légère pression faite au même point augmentait une douleur sous-orbitaire. Mann rapporte un cas où il a fermé une déchirure du col pour anurie<sup>(2)</sup>. Charles Smith<sup>(3)</sup> a cité plusieurs cas non moins extraordinaires : l'un entre autres où une paralysie du bras aurait été déterminée par une endométrite avec déchirure du col. Je ne crois pas qu'il y ait besoin de discuter les faits de ce genre; il s'agit là, à n'en pas douter, d'accidents hystériques.

En fait de déviation de l'utérus, il faut distinguer les cas. Il est absolument certain que la cicatrice d'une déchirure au troisième degré, ayant pénétré profondément dans le tissu cellulaire, peut en se rétractant entraîner le col de son côté et produire, par suite, une latéversion ou une latéroposition. On observe assez fréquemment des faits de ce genre. Mais, en outre, on a prétendu que les déchirures favorisaient la rétroversion. Sænger a décrit, pour expliquer la production de cette déviation dans ces cas, un mécanisme bien difficile à comprendre. Je ne crois pas qu'on ait fourni de faits qui démontrent péremptoirement qu'il y a une relation entre la rétroversion et la déchirure du col.

Pour ce qui est de la conception, nous voyons Sænger soutenir que les déchirures du col amènent une stérilité relative, tandis que Nøggerath<sup>(4)</sup> et Germontius<sup>(5)</sup> affirment qu'elles favorisent la grossesse. Mais la majorité des gynécologues semble admettre que les déchirures prédisposent aux avortements, sauf toutefois Nøggerath qui prétend que les femmes atteintes de déchirures avortent moins que les autres.

Quant au cancer, ce ne sont pas les déchirures qui y prédisposent, comme Breisky l'a dit, mais bien les métrites qui l'accompagnent; car il paraît à peu près démontré aujourd'hui que les organes atteints d'inflammations chroniques sont plus exposés que les autres à devenir le siège de néoplasmes épithéliaux.

En somme, tout ce qui reste du rôle pathogénique immense attribué aux déchirures du col, c'est que les déchirures profondes peuvent ouvrir le tissu cellulaire aux agents pathogènes, et qu'elles favorisent ainsi le développement des phlegmons; c'est que les cicatrices de ces déchirures profondes peuvent entraîner l'utérus en latéroposition, et enfin que les déchirures prédisposent dans une certaine mesure aux avortements. J'ajoute que lorsqu'un col déchiré est atteint de métrite, il résulte de cette association de l'inflammation et de la déchirure, des aspects très particuliers dont j'aurai à parler en traitant des métrites.

En Amérique, où la théorie d'Emmet a de nombreux partisans, beaucoup de gynécologues pensent que les déchirures du col méritent en elles-mêmes un traitement. Au Congrès des médecins et chirurgiens américains de 1889, C. Kollock, Ch. Jewett, Dudley<sup>(6)</sup> ont soutenu qu'il fallait suturer ces déchirures aussitôt après l'accouchement; c'est ce qu'ils appellent la suture primi-

(1) SUTTON, *Transact. of the Ann. gyn. Society*, 1880.

(2) Tous ces cas sont cités par EMMET, *La pratique des maladies des femmes*. Trad. franç., p. 480.

(3) CH. SMITH, *Amer. Journal of obst.*, nov. 1890, p. 1185.

(4) NØGGERATH, *loc. cit.*

(5) GERMONTIUS, *Zeit. für Geb. und Frauenkrankh.*, 1889.

(6) *Mercure médical*, 15 janv. 1892, p. 15.

tive. Boldt (\*) est partisan de la suture intermédiaire, c'est-à-dire pratiquée à la fin des lochies, et l'a faite 26 fois. Coe a fait très justement remarquer que les déchirures du col sont des plaies contuses, qui se prêtent mal à la réunion : on peut ajouter que, sous l'influence de l'asepsie seule, ces déchirures se réparent souvent fort bien. Aussi je pense que la suture primitive n'est indiquée que dans les cas de déchirures au troisième degré qui saignent. Hors ce cas, il faut se borner à aseptiser le vagin et l'utérus.

Quant aux déchirures anciennes, elles ne nécessitent de traitement que lorsqu'elles sont accompagnées de métrite ; c'est au chapitre des métrites que j'en parlerai.

## CHAPITRE II DES MÉTRITES

On désigne ou l'on confond sous le nom de métrites toutes les affections de l'utérus qui ne sont ni des vices de conformation, ni des déviations, ni des néoplasmes, ni des traumatismes. Ces affections sont donc de nature inflammatoire, comme l'indique le suffixe du mot métrite ; car, en dehors des vices de conformation, des déplacements, des traumatismes, des néoplasmes, on ne décrit guère en pathologie générale que des processus inflammatoires. Cependant, il reste encore les troubles trophiques, qui jouent peut-être un rôle assez considérable dans certaines formes de métrites. Quoi qu'il en soit, on comprend aujourd'hui sous le nom de métrite tout ce qu'on appelait autrefois fluxion, congestion, engorgement de l'utérus.

Les inflammations de l'utérus sont pour la plupart chroniques, cela suffit à dire qu'elles sont mal connues ; car si nous avons aujourd'hui un certain nombre de notions solides sur les inflammations aiguës, les inflammations chroniques sont encore pleines de mystère. Les plus obscures sont certainement celles qui portent sur les éléments épithéliaux. Or, justement dans les métrites les altérations des épithéliums et des glandes tiennent une place prépondérante. Grâce aux perfectionnements des instruments d'optique, nous pouvons étudier et analyser jusque dans leurs détails un certain nombre d'états pathologiques de l'utérus, qui ont été très bien décrits par Ruge, Wyder, de Sinéty, Cornil. Mais le lien qui unit ces divers états les uns aux autres, le processus pathologique en lui-même, reste fort obscur.

Quand on veut étudier les métrites, il ne faut pas oublier que ce sont avant tout des maladies de l'endomètre, c'est-à-dire de la muqueuse. Toutes les métrites commencent par la muqueuse ; ce sont d'abord des inflammations d'une muqueuse et d'une muqueuse pleine de glandes. Or cette inflammation présente ce caractère très particulier qu'elle reste très souvent localisée à la muqueuse. Lorsqu'elle retentit sur la paroi musculaire de l'utérus, c'est le plus souvent d'une manière très indirecte en amenant des sortes de troubles de

(\*) BOLDT, Société gynécologique américaine, 19 sept. 1889.

nutrition, qui n'ont pas de caractère inflammatoire bien précis. Mais les suppurations sous-muqueuses qu'on observe dans les autres organes sont à peu près inconnues dans la matrice. Il n'existe peut-être pas un seul cas de véritable abcès de l'utérus. Il semble que la muqueuse offre une barrière presque infranchissable à l'inflammation et à ses agents provocateurs, et l'on ne voit guère cette inflammation s'étendre en profondeur que quand il existe une solution de continuité à la muqueuse, insertion placentaire ou lésion traumatique. Aussi, chose étrange, tandis qu'il est presque de règle que les inflammations des autres muqueuses se propagent très rapidement aux lymphatiques, dans l'utérus, qu'on dit cependant gorgé de lymphatiques, cette propagation, bien qu'on l'observe, est très rare en dehors de la puerpéralité. En revanche, après l'accouchement, sans doute en raison de la plaie placentaire, il n'est pas rare que les inflammations de l'utérus se propagent le long des veines. Ainsi, tandis que les lymphangites et les adénites sont très fréquentes après l'inflammation des autres muqueuses, elles sont fort rares à la suite des inflammations de la muqueuse utérine en dehors de la puerpéralité. Au contraire, les phlébites, qui sont tout à fait exceptionnelles dans les inflammations des autres muqueuses, s'observent assez souvent à la suite des endométrites puerpérales.

L'utérus représente une sorte de cul-de-sac, de cæcum, d'où les liquides sécrétés s'écoulent difficilement. En outre, la muqueuse irrégulière, anfractueuse dans la région du col, présente dans toute son étendue des cavités glandulaires en grand nombre. Il résulte de cette double disposition, que les agents pathogènes, quand ils ont pénétré dans l'utérus, trouvent dans ces anfractuosités, dans ces glandes, un sûr abri, et que les inflammations qu'ils déterminent ont une grande tendance à passer à l'état chronique.

Enfin, l'utérus communique avec les trompes et celles-ci avec le péritoine. Or les inflammations des muqueuses ont toujours tendance à se propager de proche en proche. Ainsi les pharyngites se propagent à la trompe d'Eustache, au larynx, à la trachée, aux bronches ; les uréthrites se propagent au canal déférent, à l'épididyme, à la vessie ; les cystites, à l'uretère et aux calices. De même l'inflammation de l'endomètre tend à gagner de proche en proche, à envahir les trompes, et elle les envahit trop souvent. C'est pour cela surtout que les métrites doivent être considérées comme des affections sérieuses et traitées d'une manière énergique.

**Anatomie pathologique.** — Dans l'état actuel de nos connaissances, il est à peu près impossible de donner une bonne classification des métrites. Un type nosographique, pour être légitime, doit être appuyé sur une triple base, l'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes. Or nous ne savons pas avec précision si telle cause particulière engendre une lésion spéciale, nous ne savons pas davantage à quel symptôme correspond telle lésion. Et même on voit souvent en fait de métrites des symptômes identiques avec des lésions différentes, et inversement des symptômes fort variables avec une même lésion ; si bien qu'il sera fort difficile d'arriver à la perfection taxonomique sur ce sujet. En tout cas, il ne faut pas actuellement vouloir faire une description plus précise que les faits, car ce serait rendre cette description purement artificielle.

La division en métrite du corps et métrite du col, longtemps admise sans conteste, a été complètement abandonnée. Quelques gynécologues aujourd'hui tendent à y revenir et je crois que c'est avec raison. En effet, la métrite peut