

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

parfaitement rester limitée au col. Ainsi que l'ont constaté Winter⁽¹⁾ et Bumm⁽²⁾, l'orifice interne est capable d'empêcher les microorganismes de pénétrer dans le corps; et d'autre part les lésions du col présentent un certain nombre de particularités qui leur donnent une physionomie spéciale. Ce sont les deux raisons qui justifient pleinement la description séparée de la métrite du col. Mais l'expression de métrite du corps a le grand inconvénient de faire croire qu'il existe une métrite du corps indépendante de la métrite du col. Or, s'il est très probable qu'on peut observer dans la muqueuse du corps, à la suite de maladies non infectieuses des ovaires, certaines altérations d'ordre nutritif, il n'en est pas moins vrai que les métrites véritables du corps sont toujours consécutives aux métrites du col. Aussi il serait peut-être préférable d'employer l'expression d'endomérite totale pour l'opposer à celle d'endomérite cervicale. On comprendrait mieux ainsi que seule la métrite cervicale existe à l'état isolé, tandis que la métrite du corps est toujours associée à celle du col.

La division en métrite aiguë et métrite chronique n'a pas grande importance, car la phase aiguë est toujours suivie d'une phase chronique, et, d'autre part, des poussées aiguës peuvent survenir dans les métrites chroniques.

Toute métrite commence par être une endomérite; je décrirai donc d'abord les lésions de la muqueuse. A l'œil nu, on trouve la muqueuse épaissie, si ce n'est dans les phases ultimes et rares de certaines endomérites interstitielles qu'on rencontre chez les vieilles femmes et où la muqueuse est presque complètement détruite. Au lieu de 1 millimètre qu'elle mesure à l'état normal, elle peut atteindre 10 et même dans certaines formes jusqu'à 15 millimètres. Cette muqueuse est boursoufflée, molle, pulpeuse, se laissant facilement dilacérer et séparer de la musculature sous-jacente. Dans le col, les saillies et les dépressions de l'arbre de vie sont plus accusées qu'à l'état normal. Quelquefois, dans le corps aussi bien que dans le col, la muqueuse végète par place de manière à former de petits polypes sessiles ou pédiculés. Ce sont ces aspects variables qu'on a cherché à caractériser par les épithètes de métrite villueuse, fongueuse, végétante. Dans le col, on voit fréquemment saillir sous la muqueuse de petits kystes, œufs de Naboth, qui, crevés d'un coup d'épingle, versent leur contenu muqueux et épais. Dans le corps, on rencontre aussi, bien que beaucoup plus rarement, des kystes du même genre. Comme le fait remarquer Cornil⁽³⁾, leur contenu est plus liquide, plus séreux, moins consistant que celui des œufs de Naboth.

La couleur de la muqueuse blanchâtre à l'état normal devient foncée, rouge, lie de vin. Quelquefois, dans les périodes aiguës, des ecchymoses multiples lui donnent une coloration plus sombre encore.

Tels sont les aspects que présente à l'œil nu la muqueuse enflammée. Pour étudier les lésions intimes qui donnent lieu à ces aspects, il faut distinguer ce qui se passe dans le col de ce qui se passe dans le corps.

a. *Lésions de la muqueuse du corps.* — Les altérations portent sur les glandes et sur le tissu interstitiel. Suivant que les lésions des glandes ou celles du stroma prédominent, on distingue une métrite glandulaire et une métrite interstitielle. Ces types ne sont pas toujours très tranchés, on les trouve souvent

(1) WINTER, *Zeit. für Geb. und Gyn.*, 1888, vol. XIV, p. 442.

(2) BUMM, Congrès de Bonn, mai 1891. *Centr. für Gyn.*, 1891, p. 448.

(3) CORNIL, *Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, etc.* Paris, 1889, p. 15.

associés de manière à constituer des formes mixtes. Abel et Laudau⁽¹⁾ rejettent la division en endomérite interstitielle et endomérite glandulaire, division qui est de Ruge. Ils admettent deux formes qu'ils appellent : 1^o l'endomérite chronique atrophique; 2^o l'endomérite chronique productive ou fongueuse. Mais, quand on y regarde de près, on voit qu'il n'y a guère que les noms de changés. L'endomérite atrophique correspond à l'endomérite interstitielle de Ruge, et l'endomérite productive à l'endomérite glandulaire. Sans lui attacher une importance exagérée, je m'en tiendrai donc à la division de Ruge, qui a été acceptée par la majorité des gynécologues.

Endomérite glandulaire. — Ruge⁽²⁾ distingue deux formes d'endomérite glandulaire, la forme hypertrophique et la forme hyperplasique. D'après lui, dans la première, les glandes augmentent de dimension, il y a hypertrophie glandulaire; dans la seconde, elles augmentent de nombre, il y a hyperplasie glandulaire. A vrai dire, il est bien difficile de constater cette augmentation numérique des glandes. Comme en augmentant de largeur et de longueur elles deviennent

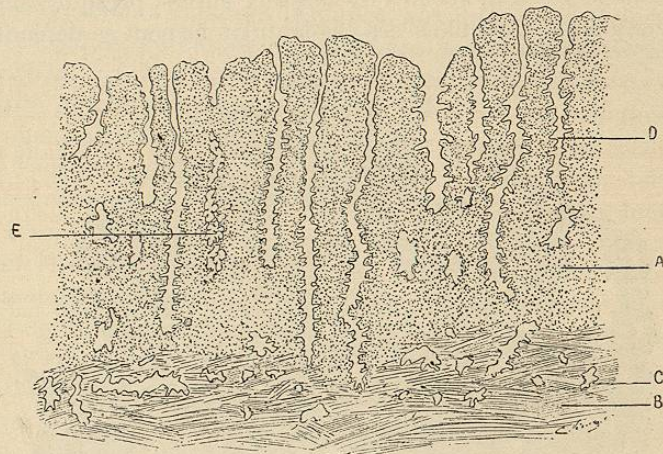


FIG. 22. — Endomérite glandulaire à un faible grossissement.

A, muqueuse. — B, musculature. — C, culs-de-sac glandulaires dans l'épaisseur de la musculature. — D, glandes coupées longitudinalement. Figures en dents de scie. — E, glande contournée qui a été effleurée, mais non coupée par le rasoir.

ou branchements greffés sur les glandes primitives? Pour démontrer qu'il s'agit réellement de nouvelles invaginations glandulaires, il faudrait montrer sur des coupes exactement perpendiculaires à la surface de la muqueuse, que chacun de ses culs-de-sac vient s'ouvrir séparément par un goulot à lui propre. Or, je n'ai jamais vu de coupe où cela fût bien net, tandis qu'il est assez aisé de voir des branchements de tubes glandulaires. Aussi je ne crois pas qu'il faille attacher une bien grande importance à cette division en métrites glandulaire hypertrophique et hyperplasique.

Sur une coupe perpendiculaire à la muqueuse, et comprenant une partie de la paroi musculaire de l'utérus, comme celle qui est représentée figure 22, on constate deux choses : les glandes sont élargies et allongées; par suite, elles

(1) ABEL et LAUDAU, *Arch. für Gyn.*, 1889, t. XXXIV, p. 165.

(2) RUGE, *Zeit. für Geb. und Gyn.*, 1881, vol. V, p. 517.

sont devenues flexueuses et elles dépassent les limites de la muqueuse pour pénétrer jusque dans le tissu musculaire. Si l'on étudie les modifications avec plus de soin, on voit que l'augmentation du diamètre des glandes est proportionnellement plus considérable dans les parties profondes que dans les parties superficielles de la muqueuse. C'est aussi dans la profondeur qu'elles sont le plus irrégulières et le plus flexueuses, si bien que la coupe au voisinage du muscle prend un aspect aréolaire. Cette disposition explique, d'après M. Cornil⁽¹⁾, comment la muqueuse devient plus fragile au voisinage du muscle utérin, et comment elle s'en laisse assez facilement détacher.

Quand ces glandes tout à fait sinueuses, contournées en vrille, sont coupées parallèlement à leur grand axe, elles ont l'air d'être pourvues d'une foule de diverticules latéraux : on dirait la coupe d'un tronc épineux (voy. fig. 22). Ces figures en dents de scie, qui paraissent un peu étranges au premier abord, sont très faciles à comprendre. La coupe d'une vis aurait le même aspect.

Dans certaines formes de métrite, la prolifération glandulaire est telle que les culs-de-sac sont accolés les uns aux autres, presque sans interposition de tissu conjonctif. C'est dans ces cas-là qu'on ne peut se défendre d'une

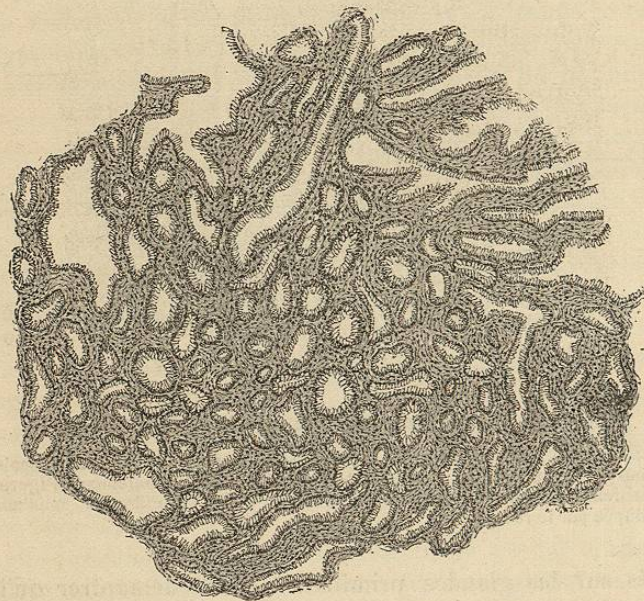


Fig. 25. — Métrite glandulaire, d'après une préparation de Cazin.

véritable augmentation numérique des glandes, c'est-à-dire d'une véritable hyperplasie glandulaire. J'ai déjà dit combien il était difficile de démontrer cette hyperplasie dans le sens absolu du mot. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a là des formes pathologiques très intéressantes (voy. fig. 25), et qui ont donné lieu à de nombreuses discussions. Ce sont ces formes qui ont été décrites sous le nom d'adénome. On en a distingué deux formes : l'adénome diffus, et l'adénome circonscrit. Dans l'adénome diffus, les altérations du genre de celles qui sont représentées dans la figure 25 s'étendent à toute la surface de la muqueuse; au contraire, dans l'adénome circonscrit, elles sont limitées à certains points et se manifestent macroscopiquement sous forme de polypes. Je reviendrai plus loin sur les polypes liés à la métrite pour en donner une description d'ensemble. Je me borne pour le moment à cette très grosse question de l'adénome utérin. Et cette question il faut la poser nettement.

⁽¹⁾ CORNIL, *loc. cit.*, p. 15.

S'agit-il là d'un néoplasme ou d'une affection inflammatoire? Toutes les fois qu'on étudie histologiquement un organe glandulaire, on se trouve forcément amené à poser cette question toujours obscure des rapports de l'inflammation chronique avec les néoplasmes. Que l'on considère la figure 25. Il est hors de doute que dans d'autres organes des altérations de cette nature seraient qualifiées d'adénome, et par conséquent rangées dans les néoplasmes. Ici nous voyons les gynécologues hésiter. Où se trompe-t-on? Est-ce dans les organes auxquels je fais allusion, et la mamelle est du nombre? Est-ce dans l'utérus? Il faut bien en effet qu'on se trompe quelque part, car il est inadmissible, au point de vue de la pathologie générale, que des altérations de même ordre soient rangées ici dans les inflammations chroniques, là dans les néoplasmes. Je ne puis entrer dans tous les développements que mérite cette question; car il faudrait pour cela étudier non seulement les adénomes de la mamelle, mais aussi ceux de l'estomac, du foie, des reins, etc.⁽¹⁾ Du reste, en étudiant la mamelle dans une autre partie de ce traité, j'ai déjà cherché à montrer quels liens étroits unissent les mastites chroniques aux tumeurs bénignes, aux différentes formes d'adéno-fibromes. Pour ce qui est de l'utérus, les opinions sont divisées. Ruge déclare fort catégoriquement : « Les formes bénignes de l'adénome doivent rentrer dans l'endomérite glandulaire hyperplasique; et les formes malignes doivent s'appeler simplement carcinomes. » Bien qu'Abel et Laudau⁽²⁾ veuillent maintenir la théorie de l'adénome, je suis absolument de l'avis de Ruge. Ces adénomes bénins sont tout simplement des formes de métrite glandulaire : quant aux adénomes malins, ce sont des épithéliomes.

Ainsi je pense que les lésions représentées dans la figure 25 doivent être rangées dans les inflammations chroniques, et cela pour les raisons suivantes :

En premier lieu, les néoplasmes ne sont pas étalés en surface comme l'est la muqueuse enflammée, et cet argument est valable même pour les cas où il existe des polypes glandulaires, car les altérations que l'on constate dans ces polypes, on les retrouve identiques à côté d'eux. Les autres arguments sont d'ordre purement histologique, et je vais les exposer en étudiant le détail des altérations dont je n'ai indiqué jusqu'ici que la topographie générale.

Si l'on examine les coupes à un fort grossissement, on voit que les glandes hypertrophiées, flexueuses, irrégulières, ne diffèrent pas notablement par leur structure propre des glandes normales. Les cellules épithéliales sont disposées très régulièrement sur un seul rang. Si par places, au fond de certains culs-de-sac, il semble au premier abord qu'il y en ait plusieurs assises, on reconnaît, en faisant tourner la vis micrométrique, que les cellules ne sont pas situées sur le même plan, et que cette apparence trompeuse est due à ce que le rasoir n'étant pas bien perpendiculaire au plan de la glande, a coupé le cul-de-sac obliquement.

Quand la coupe a été faite sur une pièce absolument fraîche comme celle qu'on obtient par le curettage, on voit que chacune des cellules épithéliales a conservé son caractère propre. Ce sont de grandes cellules cylindriques peut-être un peu plus hautes qu'à l'état normal, mais fort régulières, ainsi qu'on peut le voir sur la figure 26.

La plupart de ces cellules se terminent du côté de la glande par un plateau très net, sur lequel on voit une mince couche de mucus sous forme de petites

⁽¹⁾ Voy. mon article NÉOPLASME du *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. I, p. 496.

⁽²⁾ ABEL et LAUDAU, *Arch. für Gyn.*, 1889, p. 187.

boules claires, et même M. Cornil a pu voir sur les cellules des glandes enflammées les cils vibratiles. Je n'ai pas été assez habile pour déceler leur présence. Certaines cellules perdent leur plateau tout en conservant leur forme générale, et leur mucus s'épanche dans la cavité glandulaire. Les noyaux de ces cellules présentent souvent des phénomènes karyokynétiques.

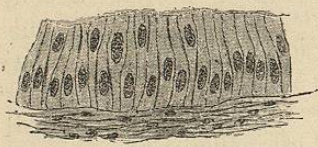


FIG. 24. — Cellules épithéliales de culs-de-sac glandulaires de la figure précédente.

Enfin on peut constater encore un fait sur lequel M. Cornil (1) a beaucoup insisté et qui permet de faire le diagnostic entre une inflammation simple et un épithéliome à cellules cylindriques, « c'est que les cellules plates situées entre le revêtement épithélial de la glande et la couche de tissu conjonctif péri-glandulaire sont toujours conservées » (voy. fig. 24 et 25).

Ces arguments me paraissent démontrer clairement que toutes ces altérations glandulaires, même les plus complexes, doivent être considérées comme le résultat d'inflammations chroniques. Il reste à ajouter qu'on trouve parfois des cellules migratrices, c'est-à-dire des globules blancs sortis des vaisseaux par diapédèse, jusque dans l'intérieur des cavités glandulaires (2).

Je vais étudier maintenant les altérations du tissu conjonctif et chercher à montrer comment ces altérations, qui sont réduites à leur minimum dans les types que nous venons d'étudier, deviennent, en passant par un grand nombre de formes intermédiaires, tout à fait prédominantes dans le type opposé, l'endomérite interstitielle.

On a beaucoup discuté sur la structure du stroma de la muqueuse utérine. Les uns la comparent à un ganglion lymphatique étalé (3); les autres la regardent comme conte-

(1) CORNIL, *loc. cit.*, p. 25.

(2) CORNIL, *loc. cit.*, p. 29.

(3) L. HENRICIUS, *Finska Läkare-sällsk. Hand.*, vol. XXVIII. *Jahresbericht*, 1882, t. II, p. 698.

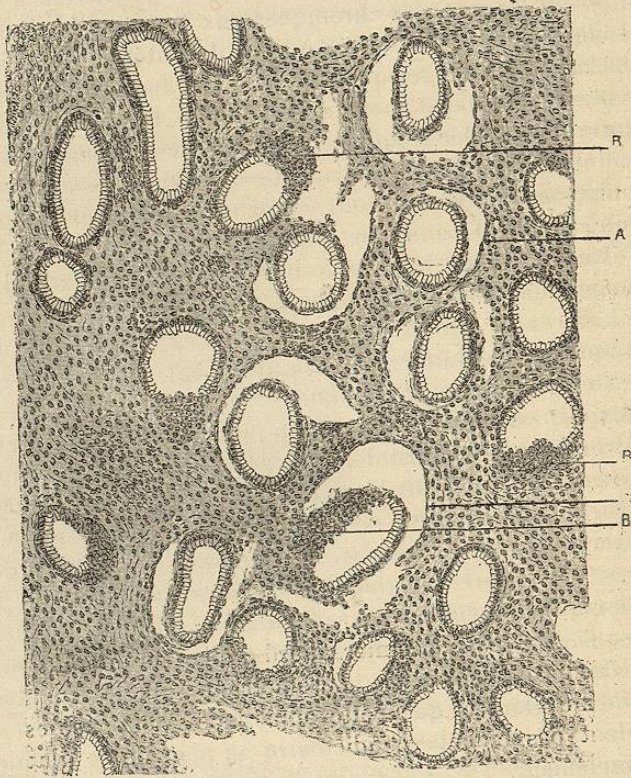


FIG. 25. — Endomérite mixte, d'après une préparation de Latteux. A.A. cellules plates entravant le revêtement épithélial. — B.B. culs-de-sac glandulaires coupés obliquement. — Les espaces clairs sont dus à la rétraction qu'amène le durcissement des pièces.

nant du tissu musculaire. M. Cornil (1) « considère les éléments de la muqueuse comme formés par du tissu conjonctif avec de petites cellules et des noyaux ovoïdes ».

Les cellules et les noyaux se gonflent et se multiplient dans les inflammations. Dans certains cas, ces éléments sont en grand nombre, tassés les uns contre les autres, et donnent aux coupes une certaine ressemblance avec les sarcomes. Cette ressemblance grossière est devenue la source d'une confusion très fâcheuse, qui a donné lieu à de nombreuses discussions. Abel et Landau, étudiant la muqueuse du corps sur des utérus atteints de cancers du col, y ont trouvé ces altérations d'ordre inflammatoire et les ont prises pour de véritables sarcomes. Tous ceux qui ont cherché à contrôler sous le microscope la description d'Abel et de Landau ont facilement reconnu leur erreur. J'aurai du reste à revenir sur cette question en étudiant les cancers utérins.

Les cellules subissent parfois un agrandissement manifeste, au point de devenir absolument semblables aux cellules de la caduque. Schröder (2) et Léopold Meyer (3) ont décrit ces formes cellulaires. Elles n'ont peut-être pas toujours de signification spéciale, puisque Calderini (4) a déterminé artificiellement leur formation en injectant de la paraffine dans les cornes de l'utérus chez des lapines; mais elles indiquent en général que l'endomérite a une origine déciduale.

Dans d'autres cas, les cellules, au lieu d'être pressées les unes contre les autres, sont au contraire séparées par une abondante substance intercellulaire d'aspect granuleux.

Autour de ces cellules, on trouve en grand nombre des cellules migratrices sorties des vaisseaux par diapédèse. Les capillaires sont très dilatés, quelquefois énormes. Il n'est pas rare de les trouver rompus, avec du sang infiltré autour des éléments cellulaires de la muqueuse.

Quelquefois les vaisseaux sont particulièrement nombreux et dilatés dans les parties moyennes ou profondes de la muqueuse. Pour peu qu'il se produise là quelques ruptures vasculaires, le sang s'infiltré entre les vaisseaux, et toutes les parties superficielles de la muqueuse décollées des parties profondes se détachent sous forme de lambeaux. C'est à ce mécanisme qu'est due l'élimination de larges membranes dans la *métrite exfoliative* qu'on appelle habituellement en France *dysménorrhée membraneuse*.

Les altérations cellulaires et les dilatations capillaires que j'ai décrites jusqu'ici se rencontrent dans toute espèce d'endomérite, aussi bien dans l'endomérite glandulaire que dans l'endomérite interstitielle.

La seule différence qu'il y ait entre une endomérite glandulaire et une endomérite interstitielle, c'est que, dans cette dernière, les glandes sont peu ou pas altérées. Ainsi, dans la figure 29, on voit une prolifération abondante du tissu conjonctif et les glandes qui ne sont point altérées paraissent plus rares que dans une muqueuse normale parce qu'elles sont écartées par l'augmentation du stroma. Dans d'autres cas (voy. fig. 26), les glandes et le stroma paraissent altérés à peu près dans la même proportion : ce sont là les formes intermédiaires, à la fois glandulaires et interstitielles.

(1) CORNIL, *loc. cit.*, p. 50.

(2) SCHROEDER, *Handbuch der Krankh. der weiblichen Geschlechtsorg.*, 8^e Aufl., 1887, p. 116 et 120.

(3) L. MEYER, *Annals of gynecology*, déc. 1887, p. 132.

(4) CALDERINI, *Giorn. della R. Accad. di med.*, 1888, n^o 1.