

tement la surface interne de ces cornes, de manière à détruire la muqueuse. Il ne s'agissait donc plus d'endométrites à proprement parler. Peraire a été plus heureux que moi, en ce sens qu'il a pu faire des inoculations intra-utérines sur des chiennes, mais il n'a pas réussi non plus à déterminer de véritables endométrites. En somme, il est extrêmement probable que les endométrites cervicales sont dues à des microbes, mais le fait n'est pas encore complètement démontré.

Pour les endométrites du corps, les choses sont bien plus embarrassantes. En effet, le plus souvent, on n'y trouve pas de microbes. Winter, dans ses importantes recherches que j'ai déjà citées, s'était servi de 50 utérus amputés, la plupart pour fibromyomes, et il n'avait jamais trouvé de micro-organismes dans la cavité du corps. Or on sait aujourd'hui qu'en cas de fibromyomes, il existe de la métrite d'une manière à peu près constante. Brandt⁽¹⁾ a bien trouvé des microbes dans le corps, mais peut-être ses recherches ne sont-elles pas à l'abri de tout reproche. Dans une première série, il a cherché à prendre le mucus du corps avec une aiguille de platine; il a obtenu des cultures positives dans 22 cas sur 25. Dans 7 cas, il s'agissait de staphylocoques, dans les autres, de coques ou de bâtonnets indéterminés. Dans ces recherches, il avait, dit-il, aseptisé la cavité cervicale en la frottant avec un tampon de ouate roulée autour d'une sonde, et imbibée de solution antiseptique. Mais on n'est pas sûr d'aseptiser ainsi une cavité aussi anfractueuse que celle du canal cervical et l'on peut se demander si les microbes ramenés par l'aiguille de platine ne venaient pas du col. Dans d'autres recherches, il a coloré par la méthode de Gram ou de Loeffler des coupes de muqueuse. 5 fois il a trouvé des micro-organismes. Ces derniers résultats sont en contradiction formelle avec ceux qu'a obtenus Doederlein⁽²⁾. Ce dernier a également coloré des coupes de la muqueuse du corps obtenu par le raclage, et il n'y a jamais trouvé de micro-organisme. Pfannenstiel a trouvé des bactéries dans un cas d'endométrite interstitielle ou glandulaire. J'ai entrepris, avec mon ami Cazin, des recherches du même genre⁽³⁾. En voici les résultats : 4 fois nous avons recueilli du mucus du corps pour l'ensemencer sur de l'agar ou de la gélatine (4 tubes pour chaque métrite, en tout 16 tubes). Un seul a cultivé (staphylocoque). Dans un cas, les tubes sont restés stériles, mais l'examen microscopique du mucus a montré l'existence de gonocoques. Dans ces cas, malgré les précautions que nous avons prises, nous ne pouvons affirmer que les micro-organismes constatés deux fois ne venaient pas du col. Quatre fois nous avons coloré les coupes de lambeaux de muqueuse du corps obtenus par le curettage, et nous n'avons pu y trouver un seul micro-organisme.

Boye⁽⁴⁾ est arrivé à des résultats analogues. Sur 29 cas, il a trouvé 15 fois des microbes dans le mucus, mais il n'en a jamais vu dans les tissus. Jean Halle⁽⁵⁾, dans ses recherches très attentives, a trouvé des gonocoques, des streptocoques et des microbes anaérobies. Beaucoup d'autres recherches du même genre ont été faites sans apporter de résultats nouveaux.

Que faut-il conclure de tout cela? Faut-il admettre que l'endométrite reste

(1) BRANDT, *Centr. für Gyn.*, 1891, n° 25, p. 528.

(2) DOEDERLEIN, Congrès des naturalistes allemands à Halle. *Centr. für Gyn.*, 1891, n° 44, p. 886.

(3) Ces recherches ont été faites en 1892.

(4) BOYE, *Centr. für Gyn.*, 1896, n° 10, p. 271.

(5) JEAN HALLE, Thèse de Paris, 1897-1898.

bien plus souvent limitée au col qu'on ne l'admet généralement? Cela est fort possible, et même probable, car Bumm⁽¹⁾ nous dit que sur 55 cas de blennorragie qu'il a suivis pendant cinq mois au moins, le col de l'utérus a été pris dans 75 pour 100 des cas, et le corps seulement dans 15 pour 100. Mais il reste les faits comme ceux de Doederlein, comme les nôtres, où l'on a constaté au microscope des altérations manifestes de la muqueuse du corps, et où cependant on n'a pas trouvé de microbes. Faut-il en conclure que les altérations pathologiques non néoplasiques de la muqueuse utérine peuvent se produire en dehors de toute influence microbienne, et sont dues à des troubles nutritifs d'ordre vasculaire ou nerveux? Cela paraît fort possible si l'on songe que ces altérations se rencontrent d'une manière à peu près constante dans les cas de cancers, de fibromyomes, et qu'elles sont quelquefois déterminées par des maladies non infectieuses de l'ovaire. En faveur de cette hypothèse serait encore ce fait bien démontré aujourd'hui que certains allongements hypertrophiques du col, qu'on tend à considérer comme le résultat de la métrite parenchymateuse, et comme ayant par conséquent une origine inflammatoire, rétrocedent sous la seule influence du redressement de l'utérus. Mais on n'est pas en droit de conclure que les métrites vulgaires sont dues à des troubles de cette nature. Faut-il penser que ces métrites sont dues à des agents pathogènes qui ne se colorent pas sous l'influence de nos réactifs, et qui ne se cultivent pas sur les terrains artificiels que nous leur offrons? Cela encore est fort possible.

En somme, dans l'état actuel, il est impossible de tirer de ces faits une conclusion ferme. Ce qu'il faut retenir, c'est que l'origine microbienne de certaines endométrites, bien que fort probable, est cependant encore incertaine, et que de nouvelles recherches sont nécessaires pour la démontrer péremptoirement. Mais en attendant qu'elle soit démontrée, nous devons, au point de vue de la prophylaxie et du traitement, nous comporter comme si elle l'était.

Les causes médiates ou occasionnelles qui amènent le développement des métrites sont extrêmement variables. On a ajouté à celles si nombreuses déjà qui existent réellement bon nombre d'autres dont l'existence est fort douteuse. Martineau⁽²⁾ a attaché une grande importance à l'influence des diathèses, et décrit des métrites constitutionnelles, scrofuleuses, arthritiques, herpétiques, etc. Il y a là une véritable exagération; il est fort possible que les maladies dyscrasiques jouent un rôle prédisposant, et qu'elles agissent aussi pour entretenir la persistance des métrites une fois constituées, mais elles ne les déterminent pas par elles-mêmes.

On a attribué certaines métrites aux maladies infectieuses générales, variole, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde. Il faut distinguer là deux choses; il est certain qu'on voit souvent se produire au cours de ces maladies des métrorragies plus ou moins abondantes. Mais il n'est pas certain que ces métrorragies soient dues à de véritables métrites; elles peuvent être sous la dépendance de phénomènes congestifs qui se produisent fréquemment du côté de l'ovaire dans ces cas. Quant à des métrites véritables, s'il en survient à la suite des fièvres éruptives, elles ne sont pas la conséquence directe de ces maladies; du moins on n'a jamais trouvé de métrites post-typhoïdiques, par exemple, déterminées par le bacille d'Éberth. Si les fièvres éruptives ont une action,

(1) BUMM, *Centr. für Gyn.*, 1891, p. 448.

(2) MARTINEAU, *Leçons sur la thérapeutique de la métrite*. Paris, 1887, p. 25.

c'est d'une manière tout à fait indirecte en diminuant la résistance des tissus. Moulon (1) a décrit sans donner de preuves péremptoires, des métrorragies d'origine paludéenne.

M. Pozzi a fort heureusement classé les causes médiate des métrites sous quatre chefs principaux : 1° la menstruation; 2° la copulation; 3° la parturition; 4° le traumatisme. Il faudrait ajouter, je crois, les néoplasmes.

Avant l'établissement de la menstruation, la métrite est pour ainsi dire inconnue. On observe assez fréquemment chez les petites filles des leucorrhées abondantes. Ces leucorrhées sont dues à des vaginites parfois de nature blennorragique (2); habituellement l'utérus est indemne, mais ces vaginites deviennent souvent l'origine de métrites lorsque la menstruation s'établit.

Toutes les causes qui troublent l'écoulement du sang pendant les règles, malformation de l'utérus, antéflexion congénitale, conicité du col, refroidissement, masturbation, favorisent le développement des métrites.

De cette *métrite virginale*, il faut rapprocher la *métrite de la ménopause*, qui reconnaît exactement les mêmes causes occasionnelles, les congestions intenses et répétées du côté de l'utérus. On sait du reste que tous les organes à fonctions transitoires sont particulièrement exposés à devenir malades lorsque ces fonctions commencent et lorsqu'elles finissent.

Avec la parturition, la copulation est certainement la plus grande cause des métrites. Le coït agit peut-être en déterminant des phénomènes congestifs du côté de la matrice, mais il agit surtout en apportant l'infection, et souvent c'est l'infection blennorragique. D'après Bumm (3), les sièges principaux de la blennorragie chez la femme sont l'urèthre et le col de l'utérus. Je rappelle que, d'après cet auteur, le col est envahi dans 75 pour 100 des cas de blennorragie, et le corps seulement 15 fois sur 100. L'endométrite reste donc souvent limitée au col. Quelle est la fréquence des endométrites blennorragiques? Depuis les travaux de Næggerath, l'importance de la blennorragie autrefois méconnue est peut-être exagérée. Næggerath (4) a soutenu qu'à New-York, sur 1000 hommes mariés, 800 au moins avaient eu la blennorragie, que 90 pour 100 n'étaient pas guéris; que la maladie, bien que devenue latente, était restée contagieuse, et que, par suite, presque toutes les femmes qui se mariaient étaient infectées. Il est certain que la blennorragie laisse souvent à sa suite des écoulements persistants, la goutte militaire. Mais on sait fort bien aujourd'hui que, dans ces vieilles uréthrites, les gonocoques ont le plus souvent disparu : on n'y trouve plus que des microbes vulgaires qui sont venus se greffer secondairement sur le terrain préparé par les gonocoques et qui ont résisté plus que ces derniers. Aussi, bien qu'on qualifie souvent ces états du nom de blennorragie chronique, il ne s'agit pas de blennorragie dans le sens bactériologique du mot. Næggerath a rendu grand service en montrant que ces vieux écoulements, souvent ignorés, sont une cause fréquente des affections génitales de la femme, mais on ne peut accepter qu'il s'agisse toujours là d'infection blennorragique.

L'accouchement et les avortements sont ou du moins étaient la cause la plus fréquente des métrites. Je dis étaient, parce qu'il est bien probable qu'avec les soins dont sont aujourd'hui entourées les femmes pendant la puerpéralité, les

(1) MOULON, Thèse de Paris, 1897-1898, n° 477.

(2) JEHANN C'GERI, *Wiener med. Woch.*, 1885.

(3) BUMM, *Centr. für Gyn.*, 1891, p. 448.

(4) NÖEGGERATH, *Die latente Gonorrhoe*. Bonn, 1872.

métrites post-puerpérales deviendront infiniment plus rares. Après la parturition, l'utérus se trouve dans des conditions très particulières de réceptivité, conditions qui deviennent encore plus favorables lorsque survient quelque accident de la délivrance et que des débris de placenta séjournent dans l'utérus. Après l'avortement, il est très fréquent que les membranes ne s'éliminent qu'incomplètement, et j'ai déjà dit que dans l'endométrite déciduale, les débris de caduque deviennent le centre de foyers inflammatoires qui s'étendent ensuite à toute la cavité utérine.

Je rappelle le rôle qu'ont voulu faire jouer aux déchirures du col Bennet (1) d'abord, puis et surtout Emmet. J'ai étudié cette question dans un autre chapitre.

À côté des traumatismes de l'accouchement, il en est d'autres qui peuvent produire les métrites. Parmi les plus fréquents, il faut compter ceux qui résultent des manœuvres abortives. Ces manœuvres tirent leur gravité de ce qu'elles sont faites sans antisepsie. Ce qui le prouve mieux que toutes les considérations possibles, c'est qu'on a vu des cas où les accidents très graves, voire même mortels, se sont développés à la suite de manœuvres abortives pratiquées par erreur sur des utérus qui n'étaient pas en état de gestation. En dehors de ces manœuvres abortives, on ne trouve guère que des traumatismes chirurgicaux. Toutes les opérations sur l'utérus, même les plus simples, étaient autrefois très graves. On a vu des accidents terribles éclater après un simple cathétérisme de l'utérus. C'est là ce qui avait rendu les anciens gynécologues si timorés. On sait aujourd'hui que l'utérus, comme les autres organes, du reste, résiste parfaitement aux traumatismes, et qu'on peut pratiquer sur lui nombre d'opérations considérables, pourvu qu'on soit aseptique. Mais il suffit d'une faute pour qu'on voie éclater des accidents terribles.

Dans presque tous, on pourrait dire dans tous les cas de cancer de l'utérus, il existe de la métrite du corps. De même, Wyder a montré le premier que, lorsqu'il existe des fibromyomes utérins, la muqueuse est altérée. Quelle est la pathogénie de ces métrites? Les tumeurs agissent-elles en favorisant les infections, les cancers par leur sphacèle partiel, les myomes en gênant l'excrétion des produits normalement sécrétés dans l'utérus, ou bien au contraire, agissent-elles en dehors de toute infection en produisant des troubles circulatoires? La première hypothèse paraît souvent réalisée dans les cas de cancer. Dans les cas de myomes, c'est plus douteux, puisque Wyder n'a jamais trouvé de microorganismes dans la cavité du corps des utérus enlevés pour fibromyomes. Il faut dire d'autre part que certains auteurs, Uter (2) entre autres, renversent absolument la proposition, et regardent la métrite non pas comme l'effet, mais bien comme la cause des fibromyomes.

J'ai déjà fait remarquer que certaines altérations non spécifiques des ovaires entraînent des manifestations utérines. Il est bien probable qu'il s'agit alors de troubles vasculaires ou nerveux.

Symptômes. — Les métrites s'accusent : 1° par des troubles fonctionnels; 2° par des symptômes subjectifs; 3° par des signes physiques. Seuls les premiers et les derniers ont quelque constance et quelque précision. Les seconds sont

(1) BENNET, *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus*. Paris, 1850.

(2) UTER, *Centr. für Gyn.*, 1891, n° 54, p. 689.

extrêmement variables et leur étude n'est point aisée. En effet, les métrites s'accompagnent très fréquemment de déviations utérines, plus souvent encore de complications du côté des annexes, de telle sorte qu'il est difficile de faire le départ entre ce qui revient à la métrite et ce qui est dû à ses complications.

Les troubles fonctionnels consistent en : 1° leucorrhée; 2° irrégularités de la menstruation; 3° hémorragies (métrorragies ou ménorragies).

Les symptômes subjectifs consistent en douleurs pelviennes, surtout au moment de la menstruation (dysménorrhée). C'est là, je crois, le seul symptôme subjectif qui relève directement de la métrite. Les autres douleurs, siégeant dans le voisinage (vessie et rectum) ou loin (estomac, névralgies intercostales, etc.), ne s'y rattachent que d'une manière lointaine et fort indirecte. Étudions ces divers symptômes.

La leucorrhée (flueurs blanches, pertes blanches) est un phénomène constant. Il ne faut pas confondre l'écoulement, quelquefois très abondant, qui vient du vagin dans les cas de vaginites, avec celui qui vient de l'utérus. L'écoulement vaginal est formé d'un liquide blanc, laiteux et fluide. Quelquefois il peut être franchement purulent, avec une teinte jaune verdâtre. Doederlein a étudié la réaction de la sécrétion vaginale. A l'état normal, elle est franchement acide et rougit rapidement le papier de tournesol bleu. Mais dans les cas pathologiques, elle perd de son acidité, devient neutre, ou même franchement alcaline. Quand on est embarrassé pour déterminer l'origine vaginale ou utérine d'un écoulement, qui peut d'ailleurs reconnaître ces deux origines, il suffit d'examiner le vagin et le col avec une valve de Sims. On voit si le vagin est enflammé, ou bien s'il sort du liquide du col. Schultze a proposé de placer un tampon sur le col, de façon à ce qu'il reçoive tout ce qui en sort. Comme les sécrétions de l'utérus sont visqueuses, elles restent sur le tampon où on les retrouve le lendemain.

La leucorrhée du corps de l'utérus est blanc jaunâtre, légèrement visqueuse, mais assez fluide. D'ailleurs on ne la voit jamais que plus ou moins mêlée à celle du col. Cette dernière « est gélatiniforme : à l'état normal, elle est transparente et ressemble à du blanc d'œuf ou à du verre fondu; elle empêche fortement le linge⁽¹⁾ ». A l'état pathologique elle devient opaque et est mêlée de stries blanchâtres : dans quelques cas, elle est franchement purulente. La sécrétion du col est extrêmement adhérente; on n'arrive pas à l'enlever par frottement. Quand, pour s'en débarrasser, on l'enroule autour d'un tampon et qu'on l'attire au dehors, elle s'étire comme un morceau de verre fondu en un long filament, qui se casse et dont une partie reste encore adhérente à l'utérus. Toutes les sécrétions de l'utérus sont franchement alcalines. Je les ai toujours vues bleuir franchement le papier rouge de tournesol.

Les troubles menstruels ne sont ni constants, ni caractéristiques. Certaines femmes atteintes de catarrhe intense restent très régulièrement réglées, et d'autres qui n'ont pas la moindre métrite le sont fort mal. Mais bien souvent les règles sont douloureuses; quelquefois l'écoulement est diminué : d'après M. Pozzi, c'est le fait de l'anémie due à la métrite, et non de la métrite elle-même. Bien plus souvent, il est augmenté au point de mériter le nom de ménorragie.

On distingue les écoulements sanglants de l'utérus malade en deux grandes classes, suivant qu'ils surviennent au moment des règles ou dans leur intervalle. Les premiers portent le nom de ménorragie, les seconds de métror-

(1) S. Pozzi, 2^e édit., p. 181.

ragie. Les ménorragies sont plus fréquentes que les métrorragies dans les métrites. Cependant ces dernières se produisent quelquefois avec une intensité extrême. On voit des femmes qui, sans avoir autre chose qu'une métrite, perdent du sang à chaque instant sous l'influence du moindre effort, du coït, et même d'un simple mouvement un peu violent. Quelquefois le repos au lit et les injections chaudes ne suffisent pas à arrêter ces hémorragies qui prennent des proportions véritablement inquiétantes. D'ordinaire, la manière dont les femmes résistent à ces hémorragies est surprenante. On en voit qui perdent en l'espace d'un mois plusieurs litres de sang et qui ne paraissent pas autrement anémiées. Cette forme de métrite hémorragique est rare chez les femmes jeunes. On l'observe surtout après quarante ans, aux environs de la ménopause. Elle apparaît quelquefois chez des femmes qui ne sont plus réglées et devient alors fort embarrassante pour le diagnostic.

Les douleurs ne sont pas un phénomène constant. Les femmes atteintes de métrites catarrhales, qui sont le plus souvent des métrites glandulaires, se plaignent parfois uniquement de l'abondance de la leucorrhée. C'est tout au plus si elles accusent une sensation de pesanteur dans le bassin. Bien souvent les douleurs dont les malades souffrent sont dues non pas à la métrite, mais à quelqu'une de ses complications. Il est deux régions dont elles se plaignent particulièrement : ce sont les aines et les reins. Les douleurs inguinales sont le plus souvent dues à la propagation de l'inflammation du côté des trompes ou à des altérations des ovaires. Quant aux douleurs de reins qui sont parfois assez vives pour empêcher toute espèce de travail, je ne crois pas que l'endométrite à elle seule puisse les engendrer. Elles sont dues quelquefois à de la métrite parenchymateuse avec forte augmentation de l'utérus, mais le plus souvent dans les cas où elles sont très intenses on trouve de la rétroversion ou un léger degré de prolapsus. On en pourrait dire autant pour les névralgies des branches du plexus sacré. On observe ces dernières sous deux formes très différentes : tantôt les douleurs s'irradient sur le trajet du nerf sciatique, et alors le plexus lombaire est pris en même temps, surtout par les branches abdomino-génitales et obturatrices; tantôt les douleurs siègent sur les branches postérieures des nerfs sacrés. Les malades les localisent soit au niveau de l'anus, si bien qu'on croit avoir affaire à une affection anale, fissure ou sphinctéralgie, soit au niveau du coccyx. Cette douleur coccygienne, qui a été décrite par Simpson⁽¹⁾ et Scanzoni⁽²⁾ sous le nom de *coccygodinie*, est parfois si violente qu'elle a conduit certains chirurgiens à pratiquer l'ablation du coccyx. Je ne crois pas que la coccygodinie puisse être engendrée par la métrite toute seule; quand elle existe, il y a des complications.

On a attribué à la métrite des douleurs à siège bien plus lointain, névralgies faciales, névralgies intercostales. Bassereau a même été jusqu'à prétendre que ces dernières étaient presque toujours liées à l'existence d'une métrite. Il y a là une exagération manifeste. On voit des femmes que les lésions utérines plongent dans un tel état d'irritabilité qu'elles souffrent pour ainsi dire de partout : on en voit qui se plaignent de névralgies intercostales ou faciales, surtout au moment de leurs règles. Mais je ne crois pas qu'il y ait une relation directe de cause à effet entre ces névralgies et les métrites.

(1) SIMPSON, *Diseases of women*, 1872, p. 202.

(2) SCANZONI, *Krankh. der weib. Sexualorg.*, t. II, p. 225.

On a attribué d'autres méfaits encore aux affections de l'utérus. G. Braun⁽¹⁾, Imlach⁽²⁾ ont décrit une dyspepsie utérine. M. Pozzi pense que les métrites peuvent engendrer la dilatation de l'estomac. Aran⁽³⁾ a signalé une toux utérine à laquelle P. Müller⁽⁴⁾ a consacré sa thèse. Emmet a prétendu que les déchirures du col amenaient des palpitations, des nausées, des vomissements. Enfin Clifton Morse⁽⁵⁾ a été jusqu'à décrire une asthénopie dépendant des maladies de l'utérus.

Je ne pense pas que la métrite puisse produire de pareils effets. La vérité est que les altérations de l'utérus et de ses annexes amènent souvent soit par voie réflexe, soit par suite d'une sorte de septicémie chronique des troubles sérieux de la santé générale. Les femmes prennent l'aspect des troubles sérieux de la santé générale. Les femmes prennent l'aspect des troubles sérieux de la santé générale. Les femmes prennent l'aspect des troubles sérieux de la santé générale. Elles ont les traits tirés, le teint terreux, les yeux encadrés de bistre. Elles tombent dans un état de neurasthénie qui explique ces souffrances nombreuses et variées.

Voyons comment ces divers symptômes se combinent pour former des types cliniques.

Les métrites aiguës, qui sont le plus souvent totales, s'accusent par de violentes douleurs diffuses siégeant dans le bassin, et des phénomènes fébriles. Très vite survient un écoulement, même si la métrite a débuté en dehors des règles. Cet écoulement d'abord épais et visqueux devient séreux, séro-sanguin. Quelquefois il est formé de sang presque pur, et prend dans l'intervalle des hémorragies l'aspect muco-purulent. Souvent, on voit s'éliminer des parcelles de muqueuse, et même dans les formes très septiques et très aiguës, des lambeaux qui comprennent la muqueuse et une portion de la couche musculuse. Parfois au lieu de simples lambeaux, c'est une membrane représentant un moule complet de la cavité utérine qui est éliminée d'un seul coup (*métrite disséquante*). Les phénomènes généraux sont intenses et graves, et presque toujours les douleurs pelviennes s'irradient du côté de la vessie, du rectum, sur les parties latérales de l'hypogastre, dans les aines. C'est qu'en effet dans ces processus aigus, l'inflammation reste rarement limitée à l'utérus; elle se propage au péritoine, aux trompes, et il s'agit, comme le disait Trélat, de métrite-salpingo-ovario-péritonite. Il faut ajouter qu'il y a bien souvent aussi des lymphangites et des phlébites. Lorsque l'inflammation s'est ainsi propagée, la métrite aiguë peut se terminer par la mort. Dans d'autres cas, on voit les symptômes locaux et généraux s'atténuer, puis disparaître, et la malade guérit ou plutôt paraît guérir; car bien souvent il reste du côté du péritoine des altérations indélébiles, du côté des trompes et de l'utérus des lésions qui vont continuer à évoluer à l'état chronique. Quand la guérison se produit réellement, que devient ensuite l'utérus? Dans la métrite disséquante, qui est, du reste, fort rare, quand une partie de la couche musculuse a été éliminée, la muqueuse ne se forme pas et l'utérus est à jamais incapable de faire les frais de la gestation. Mais dans les autres formes, même quand des lambeaux de muqueuse ont été expulsés, la *restitutio ad integrum* peut se produire. La puissance de régénération de la muqueuse utérine pendant la vie génitale de la femme est véritablement extraordinaire.

Ce serait une erreur de croire que toutes les métrites chroniques ont débuté

(1) G. BRAUN, *Wiener med. Woch.*, 1886, p. 41, 42.

(2) IMLACH, *Brit. Gyn. Journal*, 1887, p. 471.

(3) ARAN, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*. Paris, 1858.

(4) P. MULLER, Thèse de Paris, 1887.

(5) CLIFTON S. MORSE, *New-York med. Journal*, 1887, vol. XLV, p. 95.

par une phase aiguë; dans la grande majorité des cas, elles s'installent insidieusement, sournoisement, et les lésions sont déjà avancées quand les malades viennent consulter.

Certaines femmes se plaignent uniquement de pertes blanches. Les douleurs sont nulles ou insignifiantes; la leucorrhée est le seul symptôme. Il s'agit alors de métrite catarrhale simple et le plus souvent limitée au col.

Dans d'autres cas, ce sont les hémorragies, ménorragies, ou métrorragies, qui constituent le symptôme prédominant ou même unique.

On observe souvent chez les jeunes filles, au moment de l'établissement des règles, de grandes irrégularités menstruelles. Le sang vient toutes les trois semaines, plus souvent quelquefois, si bien qu'on ne peut plus distinguer les périodes cataméniales, ni les ménorragies des métrorragies. S'agit-il vraiment de métrites hémorragiques dans ces cas-là? Je ne sache pas qu'on ait constaté anatomiquement de lésions de l'endomètre; ces hémorragies sont sans doute liées le plus souvent, comme celles qui surviennent pendant les fièvres exanthématiques, à des poussées congestives du côté de l'ovaire.

C'est surtout dans les endométrites déciduales et dans les endométrites des femmes d'un certain âge que les hémorragies deviennent considérables. Au point de vue anatomique, ce sont généralement des formes mixtes à prédominance interstitielle. C'est dans ces cas-là qu'on observe les plus grands épaisissements de la muqueuse (*métrite fongueuse* de Récamier).

Parmi les formes douloureuses, il faut faire une place à part à l'*endométrie exfoliative*, ou dysménorrhée membraneuse. Elle est caractérisée par l'expulsion au moment des règles d'une membrane continue formée par les couches superficielles de la muqueuse, et qui représente un moule de la cavité utérine; c'est une sorte de *caduque menstruelle*, qui diffère de la caduque véritable en ce qu'elle ne contient pas de grandes cellules. Je sais bien que certains auteurs⁽¹⁾ ont montré qu'on peut trouver dans la muqueuse enflammée de grandes cellules, qui sont tout à fait analogues à celles de la caduque, et j'en ai vu moi-même une fois. Mais ces cellules sont isolées, en très petit nombre et l'ensemble de la préparation ne ressemble en rien à celui de la caduque (voy. fig. 27 et 28). Dans cette forme de métrite, les accidents ne surviennent qu'au moment des règles: dans l'intervalle, il existe un peu de leucorrhée et c'est tout. Au point de vue anatomique, cette métrite ne constitue pas une entité morbide: les altérations qu'on y rencontre n'ont rien de spécial. Il est très probable, comme je l'ai déjà dit, que le détachement des couches superficielles de la muqueuse tient à des hémorragies qui se font dans son épaisseur. D'après Martin, cette forme de métrite ne serait pas très rare et se rencontrerait aussi bien chez les jeunes filles dès l'instauration menstruelle que chez les femmes qui ont eu des enfants. Fritsch⁽²⁾, au contraire, paraît douter de son existence même. Il fait remarquer qu'il est aisé de confondre macroscopiquement une caduque expulsée après un avortement précoce, avec les membranes de l'endométrie exfoliative. Pour qu'on puisse diagnostiquer cette dernière, il faut que les membranes soient expulsées à chaque menstruation, et que la menstruation reste régulière. S'il y a des irrégularités, des retards, il est légitime de penser qu'il s'agit d'une série d'avortements précoces. Ainsi, il cite l'histoire d'une

(1) RUGE, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1881, t. V, p. 517.

(2) FRITSCH, *Deutsche Chirurgie*, Lief. LVI, p. 577.