

l'existence : aussi son pronostic est-il peu grave ; il faut en excepter pourtant les cas où la phlegmasie envahit tout l'organe, ou bien ceux où elle se propage au péritoine ou aux veines, ou bien encore ceux où elle atteint un utérus distendu par le produit de la conception. Enfin, nous avons vu que la métrite, tout en guérissant, pouvait entraîner après elle de grands inconvénients, comme la stérilité ou une tendance extrême aux avortements.

Étiologie. — Toutes les parties de l'utérus ne sont pas également prédisposées à l'inflammation ; le col est celle qui est le plus souvent affectée, ce qui dépend non-seulement de ce qu'il est plus exposé que le corps aux violences extérieures, mais aussi de ce qu'il renferme plus de tissu cellulaire et de vaisseaux que celui-ci. La métrite est une affection très-rare chez les filles non encore menstruées, comme chez les vieilles femmes qui ont cessé de l'être. Elle est non moins rare chez les femmes grosses : lorsqu'elle survient chez elles, presque toujours elle succède à quelque cause traumatique, surtout à des manœuvres criminelles pour provoquer l'avortement. A l'état de vacuité, la métrite peut être tout à fait spontanée ; mais souvent elle est provoquée par quelque cause déterminante appréciable, comme une opération sanglante, des fatigues dans la marche, une chute sur les fesses, l'abus des plaisirs vénériens, des chocs trop violents portés sur le col utérin, la suppression brusque des règles, la présence d'un pessaire dans le vagin, l'impression subite du froid, ou l'abus d'injections trop fortement astringentes dans le but de supprimer une hémorrhagie ; enfin l'extension à l'utérus d'une phlegmasie du vagin, surtout d'une blennorrhagie.

Traitement. — On oppose à la métrite aiguë le traitement antiphlogistique ordinaire, c'est-à-dire une ou plusieurs saignées générales, et surtout l'application de sangsues à l'hypogastre, aux aines, à l'anus, ou bien des ventouses sur les régions lombaire et sacrée. On a même proposé de placer des sangsues sur le col utérin probablement mis à découvert à l'aide d'un spéculum plein. C'est là une opération incommode, longue, souvent douloureuse, répugnante pour toutes les femmes, et qui, utile dans quelques cas, n'a pas cependant des avantages tels, qu'elle doive être préférée. Chez les femmes atteintes de métrite, l'hypogastre sera recouvert de larges cataplasmes émollients ; des injections ou plutôt des irrigations émollientes seront faites plusieurs fois par jour dans le vagin, et les malades seront en outre maintenues pendant une ou plusieurs heures dans un bain tiède. Aux moyens précédents on joindra une diète plus ou moins sévère, l'usage de boissons douces, de lavements émollients ou de quelques laxatifs, enfin on prescrira la position horizontale sur un lit dont les matelas seront de crin. Cette médication sera continuée pendant toute la durée de l'état aigu. Si la maladie est plus violente, lorsque surtout elle se complique de péritonite, on aura recours aussitôt aux frictions mercurielles et à l'usage du calomel à doses fractionnées. Enfin, si les souffrances sont vives, on donnera l'opium jusqu'à effet sédatif. La convalescence devra être surveillée avec soin, et l'on ne permettra aux femmes de reprendre leurs occupations qu'après le retour complet de l'organe à l'état physiologique.

De la métrite puerpérale.

Caractères anatomiques. — L'utérus est d'autant plus volumineux que la maladie a débuté à une époque plus rapprochée de l'accouchement ; l'organe déborde toujours alors le rebord supérieur du bassin. Ses parois sont rouges et injectées ; elles sont indurées, quelquefois flasques, toujours ramollies ou

friables, et, plus souvent que dans la métrite simple, infiltrées de pus ; il n'est pas très-rare aussi que la suppuration soit réunie en petits foyers.

Dans les cas qui se terminent malheureusement, la métrite n'existe presque jamais à l'état de simplicité, mais elle se complique de phlegmasies diverses qui ajoutent toujours au péril, et qui parfois ont été la cause de la mort : telle est la péritonite, ainsi que l'inflammation des veines et des sinus utérins. Enfin les annexes, spécialement les ovaires et les trompes, participent fréquemment aussi au travail phlegmasique.

L'utérus s'enflamme fréquemment après les couches, à la suite des avortements, spécialement lorsqu'ils ont été provoqués par des manœuvres criminelles. Cette métrite mérite une description spéciale à cause des circonstances au milieu desquelles elle se déclare et des complications qu'on observe souvent.

Symptômes. Marche. — La métrite puerpérale débute quelquefois aussitôt après l'accouchement ; mais le plus souvent elle ne se déclare que plusieurs jours et même une ou deux semaines après la délivrance. L'invasion de la maladie est souvent marquée par un frisson, l'hypogastre devient aussitôt le siège d'une douleur plus ou moins vive ; parfois celle-ci est obtuse et on ne la provoque guère que lorsque l'on comprime. Cette pression d'ailleurs fera reconnaître le degré de proéminence de l'utérus au-dessus du pubis. Les femmes accusent, comme dans la plupart des maladies utérines, des douleurs dans les lombes, dans les régions inguinales et dans les cuisses. Un fluide blanc, presque toujours rosé ou tout à fait sanguinolent, et d'une odeur plus ou moins forte, s'écoule par le vagin. Le doigt porté dans ce canal, en même temps que la main opposée reste appliquée sur l'hypogastre, permet de mesurer exactement le volume de l'utérus, qui est plus ou moins incliné à droite, moins mobile et plus lourd. Ces manœuvres provoquent toujours une douleur plus ou moins vive.

La métrite puerpérale, quand elle est partielle et sans complications graves, provoque à peine des troubles sympathiques, c'est ce qui arrive surtout lorsque la maladie ne se déclare que quelques semaines après les couches. La fièvre est communément alors modérée, et du côté des voies digestives il n'existe qu'un peu d'inappétence, quelques nausées et de la constipation. Il n'en est pas de même de la métrite qui survient peu d'heures ou peu de jours après l'expulsion du fœtus, surtout si l'utérus a été le siège de violences ; car presque toujours alors le péritoine participe à la phlegmasie : on le reconnaît à l'acuité de la douleur qui est très-superficielle, au météorisme qui se déclare et aux vomissements verdâtres qu'on observe dans un grand nombre de cas. (Pour la complication avec la phlébite, voyez plus haut, p. 470.)

Ce sont ces complications qui font que la métrite puerpérale a souvent une issue funeste ; mais lorsque la phlegmasie est circonscrite au tissu utérin, lorsqu'elle ne se déclare que quelques semaines après l'accouchement, sa terminaison est presque constamment favorable, bien que la résolution se fasse souvent attendre six semaines ou deux mois.

D'après ce qui précède, on voit que le diagnostic de la métrite puerpérale ne peut offrir aucune difficulté.

Pronostic. — La métrite simple survenant une ou plusieurs semaines après la délivrance est une affection qui compromet rarement l'existence. Il n'en est pas de même de celle qui se déclare aussitôt après l'accouchement et qui se complique des accidents que nous avons énumérés précédemment.

Causes. — La métrite puerpérale, rarement spontanée, affecte presque exclusivement les femmes qui quittent prématurément leur lit ou qui s'exposent

au froid; aussi est-ce une affection malheureusement très-commune chez les femmes du peuple. Nous avons dit, en outre, que c'était un accident commun après les avortements provoqués dans un but criminel.

Traitement. — Le traitement de la métrite puerpérale ne présente rien de spécial. Le repos au lit, les cataplasmes sur le ventre, les bains, quelques laxatifs, suffisent dans les cas les plus bénins. La saignée générale est rarement indiquée; les saignées locales faites surtout avec des sangsues conviennent, par contre, dans la plupart des cas; les onctions mercurielles, le calomel à doses fractionnées, sont prescrits aussi dans les formes graves de la maladie. (Voyez d'ailleurs aux articles *Péritonite puerpérale*, *Phlébite utérine*.)

De la métrite chronique.

La métrite chronique peut être primitive, ou bien succéder à la métrite aiguë. Plus fréquente que cette dernière, elle se présente sous deux formes anatomiques principales, qui peuvent être réunies chez la même femme, mais qui le plus souvent existent isolément. Ce sont : 1° la métrite avec *engorgement et induration*, 2° la métrite *ulcéreuse*.

1° Métrite chronique avec engorgement et induration du tissu.

Caractères anatomiques. — Dans cette forme de la métrite, l'utérus est tuméfié, déformé en partie ou en totalité, suivant que la phlegmasie est limitée à une portion de l'organe, ou suivant qu'elle l'occupe en entier; ce dernier cas est de beaucoup le plus commun. L'utérus peut acquérir alors, surtout dans son corps, un volume double, triple, quadruple, de celui qu'il présente à l'état normal; il est plus pesant, plus dur, sans offrir pourtant la pesanteur et la dureté du squirrhe; sa surface lisse non bosselée, est grisâtre ou rougeâtre; la même teinte se retrouve à la coupe du tissu, qui se laisse diviser assez facilement et sans crier sous l'instrument. On constate d'ailleurs que les parties malades n'ont subi aucune transformation organique, car on y reconnaît toujours la structure propre à l'utérus; il semble pourtant que les tissus ont éprouvé une véritable hypertrophie. Les fibres, en effet, sont plus apparentes, et parfois on peut suivre la direction de quelques-unes d'elles; une matière albumineuse est infiltrée dans leurs interstices sans être très-intimement combinée avec elles, puisque souvent on peut la séparer après une macération de quelques jours. Malgré l'augmentation de volume du corps utérin, la cavité du viscère n'est presque jamais agrandie; souvent même sa capacité est diminuée. Le contraire pourtant peut avoir lieu, la membrane utérine peut être aussi plus ou moins phlogosée. En raison de cette augmentation de volume, on conçoit que l'utérus doit avoir contracté des rapports nouveaux avec les organes abdominaux; presque toujours, en effet, il est déplacé, en état de prolapsus ou dévié de différentes sortes (*antéversion*, *rétroversion*, *inclinaisons*). Ces déplacements peuvent être primitifs, le plus souvent ils sont consécutifs à l'engorgement, et dépendent du poids insolite que l'utérus a acquis.

Le col utérin peut participer à l'altération du corps; on peut y constater en outre des érosions, et ces granulations rouges que je décrirai avec quelques détails dans le chapitre suivant.

Il est presque inutile de dire que dans la métrite parenchymateuse chronique on peut, comme dans la forme aiguë, constater les mêmes complications du côté des annexes, ainsi que vers le péritoine et le tissu cellulaire ambiant.

Symptômes. — Il est des engorgements chroniques de l'utérus qui, quoique assez étendus, restent tout à fait latents, c'est-à-dire qu'ils ne se révèlent par aucun trouble fonctionnel; cependant les faits de ce genre sont assez rares. Dans la presque totalité des cas, l'induration de l'organe s'accompagne de symptômes locaux et généraux en rapport avec l'étendue de l'altération. Ainsi la plupart des malades ressentent profondément à l'hypogastre ou dans le bassin une douleur sourde, continue, qui s'exaspère par moments, surtout après une fatigue ou bien aux époques menstruelles. Elle augmente communément par la position verticale, dans la marche surtout, et dans l'acte conjugal. La pression qu'on exerce à l'hypogastre l'exaspère. Les malades se plaignent en outre des mêmes tiraillements aux aines et à la partie supérieure et interne des cuisses, des mêmes douleurs lombaires et sacrées que nous avons déjà notées dans l'état aigu. C'est aussi dans l'engorgement chronique surtout, que les femmes ressentent des pesanteurs vers le siège, des épreintes, des efforts pour aller à la selle, une constipation habituelle, des envies fréquentes d'uriner, de la cuisson pendant l'émission de ce liquide, accidents qui dépendent, pour la plupart, de la compression du rectum et de la vessie par l'organe malade. Parfois il n'existe pas de leucorrhée; presque toujours pourtant il se fait par les parties génitales un écoulement muqueux, parfois séro-sanguinolent, plus ou moins abondant, inodore et d'une odeur fade. La menstruation est presque toujours dérangée dans la métrite chronique; tantôt, en effet, elle est suspendue; d'autres fois elle est diminuée, ou bien elle est irrégulière dans ses apparitions; plus rarement on observe des métrorrhagies.

Les signes les plus positifs de la métrite chronique sont fournis par l'exploration directe de l'organe malade. En introduisant le doigt dans le vagin et dans le rectum, on peut déterminer le siège et les limites exactes de l'engorgement. Ce dernier n'occupe-t-il que le col, on trouvera celui-ci dur et plus ou moins augmenté de volume. Cependant l'engorgement véritablement inflammatoire et nullement squirrheux est rarement borné au col, et surtout à l'une des lèvres du museau de tanche; il s'étend presque toujours au corps lui-même.

Un des premiers résultats fournis par le toucher vaginal est de faire reconnaître un abaissement notable de l'utérus et un degré d'antéversion plus ou moins marqué. Si l'on essaye avec le doigt de refouler l'organe vers le détroit supérieur, on constate qu'il est lourd et moins mobile; parfois il semble tout à fait enclavé. Si pendant cette manœuvre on applique sur l'hypogastre la main qui est restée libre, on appréciera assez exactement le volume de l'utérus dans le sens vertical. Enfin, lorsque pour compléter l'exploration on pratique le toucher par le rectum, on constate, mieux encore que par le toucher vaginal, l'augmentation de volume du corps utérin et son degré de consistance. L'emploi du spéculum n'est utile qu'autant que le col est lui-même engorgé; on peut alors, à l'aide de cet instrument, voir la coloration rouge de cette partie, et apprécier par la vue sa direction et son volume, ainsi que les érosions dont il peut être le siège; on précise bien mieux aussi les qualités de l'écoulement leucorrhéique, et si celui-ci est fourni par le vagin ou par l'utérus. L'exploration par le doigt révélera si l'engorgement est circonscrit à la paroi antérieure ou à la paroi postérieure de l'utérus, ou bien sur un de ses bords. Dans le premier cas, il existe communément une antéflexion; le corps utérin est fortement porté en avant, et la paroi antérieure du vagin est tellement allongée, qu'il est difficile d'atteindre l'utérus avec le doigt; l'engorgement de la paroi postérieure produira la rétroversion, et si l'intumescence occupe un des côtés de l'organe, il y aura inclinaison de l'utérus vers le côté correspondant du bassin.