

d'un ou de deux bains. Il est quelquefois nécessaire de recourir à une nouvelle cautérisation; mais il faut laisser entre les deux opérations un intervalle d'au moins quinze ou vingt jours.

Enfin, il est des cystites chroniques qui, en raison des désordres graves qui les ont produites, ou de la présence d'un calcul trop volumineux ou enchatonné, sont au-dessus des ressources de l'art. Il faut alors se borner à calmer les souffrances souvent atroces des malades et l'état spasmodique de la vessie par l'emploi de suppositoires narcotiques ou de lavements opiacés.

INFLAMMATION DES ORGANES GÉNITAUX

Les organes génitaux, dans les deux sexes, sont fréquemment atteints de phlegmasie. Nous ne comptons, dans ce chapitre, appeler l'attention du lecteur que sur les inflammations qui affectent l'utérus et deux de ses annexes, l'ovaire et les trompes. Nous omettons à dessein de décrire la phlegmasie du vagin et celle de l'urèthre, du prépuce et du gland chez l'homme, attendu que nous comptons nous en occuper longuement plus tard, quand nous traiterons de l'infection vénérienne. Il ne faudrait pas néanmoins conclure de tout ceci que toutes les inflammations de l'urèthre chez l'homme, et que toutes celles qui affectent le vagin chez la femme, dépendent constamment de l'action d'une matière virulente; mais cette cause, si elle n'est pas précisément la seule, est du moins la plus commune; et comme, quelle que soit l'origine du mal, on n'observe que des nuances dans les symptômes, sans aucune différence très-tranchée, il convient, pour éviter des redites, de renvoyer l'étude des inflammations des organes externes de la génération dans les deux sexes à l'époque où nous traiterons des accidents syphilitiques primitifs.

DE LA MÉTRITE

On désigne sous le nom de *mérite* l'inflammation du tissu utérin. La plupart des auteurs en ont distingué deux espèces, suivant que l'inflammation est bornée à la membrane muqueuse ou suivant qu'elle envahit le parenchyme de l'organe. La première est nommée *interne* ou *catarrhale*, à cause de l'écoulement muqueux ou mucoso-purulent qui a lieu par les organes génitaux; elle est aiguë ou chronique. Dans la seconde espèce, le tissu de l'utérus étant lui-même envahi, la métrite est dite *profonde*, *phlegmoneuse* ou *parenchymateuse*. Comme la métrite interne, elle peut être aiguë ou chronique. La métrite aiguë parenchymateuse doit être étudiée à part, suivant que la phlegmasie envahit un utérus qui est dans les conditions ordinaires (*mérite simple*), ou un organe qui vient d'être distendu par le produit de la conception (*mérite puerpérale*). Enfin, la métrite chronique parenchymateuse devra être étudiée à part dans ses deux variétés principales: dans l'une il n'y a qu'une *induration de tissu*, dans l'autre le col est envahi par des *ulcérations*. Ces deux formes peuvent être réunies, mais elles existent souvent isolément; la thérapeutique qui convient à l'une et à l'autre est très-différente, il importe donc de consacrer à chacune d'elles un article spécial.

De la métrite interne, ou métrite catarrhale.

L'inflammation de la muqueuse utérine est une des formes les plus communes de la métrite; elle peut exister à l'état aigu ou à l'état chronique. Dans l'un et l'autre cas, la phlegmasie peut envahir toute la muqueuse ou être circonscrite, soit à celle qui tapisse la cavité du col, soit à celle du corps.

Anatomie pathologique. — A l'état aigu la membrane muqueuse utérine est rouge uniformément ou par places; elle est épaissie, friable, dénudée de son épithélium dans une étendue plus ou moins considérable, et par conséquent très-superficiellement ulcérée; elle est tapissée par du mucus rarement transparent, le plus souvent jaunâtre et d'aspect puriforme. Le col peut présenter quelques érosions, il est entr'ouvert, souvent comme boursoufflé; il en est de même du corps utérin. Cette intumescence peut dépendre de la concomitance d'une métrite parenchymateuse, le plus souvent pourtant elle résulte de l'ampliation que la cavité a subie, soit partiellement, soit dans toute son étendue. Cette disposition a surtout été notée dans la métrite interne chronique.

Cette dernière est en outre caractérisée par une coloration d'un rouge foncé ou ardoisé de la membrane muqueuse. Celle-ci est épaissie plus ou moins généralement, l'épithélium est détruit en divers points, et la surface est hérissée de saillies qu'on a considérées comme des villosités. Les follicules, surtout ceux du col, sont plus développés, ils ont souvent l'apparence de petits kystes.

Au lieu de cette lésion, ou bien concurremment avec elle, on peut trouver sur la muqueuse du col des fongosités soupçonnées par Récamier, niées par plusieurs, mais prouvées microscopiquement et bien étudiées par MM. Ch. Robin (1), Rouyer (2) et Goldschmidt (3). Elles peuvent se développer dans toute l'étendue de la cavité utérine, mais ont peut-être une prédilection pour la face postérieure du corps; elles sont en nombre plus ou moins grand, tantôt sessiles, tantôt pédiculées, d'un volume qui varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une framboise. Elles sont molles, gorgées de liquide et d'un rouge plus ou moins vif. M. Ch. Robin les considère comme un produit d'hypertrophie de la membrane muqueuse, car il y a trouvé les mêmes éléments histologiques que dans celle-ci.

Dans la métrite, la cavité de l'utérus est toujours tapissée par un mucus plus ou moins abondant et d'aspect variable; séreux, opaque dans la cavité du corps, il est visqueux, albumineux, demi-transparent, jaunâtre, opaque ou puriforme dans le col, parfois il est mêlé à du sang.

Enfin, chez les femmes atteintes de métrite interne et ancienne, surtout si c'est après la ménopause, on peut observer une oblitération du col portant en général sur l'un de ces orifices, spécialement sur l'orifice interne. Comme conséquence on trouve communément une atrophie de l'organe, et exceptionnellement une hypertrophie des parois et une dilatation de la cavité, lorsque la sécrétion catarrhale se continue derrière l'obstacle. C'est sans doute à une métrite contractée après la fécondation qu'il faut rapporter ces cas rares, mais incontestables, d'oblitération partielle ou totale de la cavité du col, constatés au moment de l'accouchement.

(1) Archives de médecine, année 1841, t. XVII, et thèse de M. Ferrier. Paris, 1855.

(2) Thèse de Paris, année 1858.

(3) Thèse de Strasbourg, année 1859.

Symptômes. Marche de la métrite interne à l'état aigu. — Les symptômes locaux sont souvent peu accentués. C'est à peine si les femmes éprouvent de la gêne dans la cavité pelvienne, de la pesanteur au périnée, de la fatigue pendant la marche et un écoulement leucorrhéique plus ou moins copieux.

Mais lorsque la maladie a plus d'acuité, il existe une douleur notable ressentie surtout à l'hypogastre et s'exaspérant par la pression qu'on exerce sur cette région, qui semble plus tendue, non par suite d'une intumescence de l'utérus, mais en raison d'un peu de pneumatose intestinale. L'excrétion urinaire est parfois douloureuse et plus souvent répétée; l'urine est parfois troublée par la grande quantité d'urates qu'elle contient. Mais alors il n'existe pas de trouble sympathique très-notable; la fièvre manque tout à fait. Un peu d'anorexie, quelques selles diarrhéiques, plus rarement une légère constipation, sont les seuls troubles que les voies digestives présentent.

L'exploration par le toucher fait constater que le vagin est plus chaud et plus humide que d'habitude, le col est entr'ouvert, souvent un peu boursoufflé et parfois sensible. L'utérus a sa mobilité, et l'application du spéculum ne fait constater rien autre que l'écoulement par l'orifice du col d'un mucus visqueux, albumineux, d'abord demi-transparent, pouvant, à une époque plus avancée, devenir tout à fait puriforme.

La maladie peut présenter des exacerbations à la suite de fatigues et d'excès, ou par le seul fait de l'époque menstruelle; elle se termine le plus souvent par la guérison après une ou plusieurs semaines, mais souvent elle passe à l'état chronique, soit que la phlogose persiste encore dans la muqueuse, soit que celle-ci ne présente qu'un vice de sécrétion sans altération appréciable de texture: c'est là, à proprement dire, le catarrhe utérin dont nous parlerons plus tard.

Symptômes. Marche de la métrite interne chronique. — Généralement il n'existe aucune douleur, c'est à peine si quelques malades accusent un sentiment de gêne, de tension à l'hypogastre. La leucorrhée est un symptôme constant, et c'est souvent le seul qui appelle l'attention sur l'état de l'utérus. L'écoulement est plus ou moins abondant; ses qualités physiques diffèrent beaucoup. Rarement c'est un liquide homogène; il est le plus souvent blanc, crémeux, opaque, parfois verdâtre, mêlé à des flocons albumineux provenant du col. Ce fluide, quand il est abondant, irrite souvent par son contact la vulve et même la peau de la partie interne des cuisses qui présentent des rougeurs et des érosions. Presque toujours la menstruation est troublée, soit que les règles soient suspendues ou irrégulières dans leur retour, ou plus douloureuses pendant leur cours, ou bien diminuées de quantité, ou, au contraire, plus abondantes.

Le toucher vaginal fait constater que l'utérus, parfois un peu plus sensible, un peu tuméfié, mais sans dureté, a conservé sa mobilité normale. Le col est plus ou moins dilaté, et si on le met à découvert à l'aide du spéculum, on constate souvent l'existence d'érosions superficielles; la sonde utérine le traverse aisément, et si le corps lui-même est envahi, l'instrument y pénètre facilement à travers l'orifice interne agrandi.

Pour peu que l'écoulement soit abondant, on voit bientôt les femmes devenir dyspeptiques, s'étioler, maigrir, perdre leurs forces, et présenter une foule d'accidents nerveux que nous avons notés dans la chloro-anémie. Les troubles fonctionnels s'aggravent surtout lorsque, indépendamment de l'écoulement blanc, les femmes éprouvent des hémorrhagies plus ou moins répétées, plus

ou moins abondantes, provoquées, dit-on, par le développement de fongosités dans la cavité de l'utérus.

La métrite catarrhale est une affection des plus rebelles, persistant souvent des années entières. Si l'on ne peut la considérer comme pouvant faire naître des lésions organiques vers l'utérus, il est certain du moins que par les troubles qu'elle provoque du côté de la nutrition, elle peut, chez les sujets prédisposés, favoriser le développement de tubercules pulmonaires.

Diagnostic. — Le diagnostic de la métrite interne ne présente aucune difficulté. Une exploration complète faite avec le doigt et à l'aide du spéculum la fera aisément distinguer d'une vaginite, d'une métrite parenchymateuse ou de toute autre lésion utérine. Il est peut-être moins facile de déterminer dans la forme chronique s'il existe une phlegmasie de la muqueuse utérine ou ce simple vice de sécrétion caractérisant le catarrhe utérin. L'abondance de l'écoulement, son opacité, son caractère plus ou moins purulent, une souffrance habituelle dans l'abdomen, l'amaigrissement, des troubles sympathiques très-nombreux, et à l'exploration un utérus un peu volumineux, sensible, présentant quelques érosions à l'orifice, sont les principales circonstances qui feront reconnaître qu'il existe plutôt une métrite interne qu'une simple affection catarrhale.

Aucun signe certain ne saurait faire reconnaître les fongosités de la cavité utérine; les hémorrhagies répétées ne sont qu'une présomption. On dit qu'en introduisant la curette on peut sentir les inégalités de la surface, et que si l'on racle celle-ci, on ramène des débris qui justifient le diagnostic. Aran a judicieusement fait remarquer (1) combien on s'illusionnait en croyant pouvoir sentir avec une tige de fer d'un pied de long des tumeurs piriformes, molles, souvent peu nombreuses; et même en ramenant quelque chose avec le bout de l'instrument, on n'a pas encore résolu le problème, puisqu'il est à peu près impossible de dire si le fragment qu'on a sous les yeux est le débris d'une fongosité ou la muqueuse elle-même simplement hyperémiée.

Pronostic. — La métrite interne chronique est une affection sérieuse, non qu'elle compromette directement l'existence, mais à cause de la résistance au traitement et des troubles variés qu'elle provoque dans la santé des femmes.

Étiologie. — La métrite interne peut être observée à tout âge, mais elle est surtout commune de vingt à quarante ans; elle peut affecter les femmes de toute constitution, mais on l'observe surtout chez celles qui sont molles, lymphatiques. Les fatigues, les chagrins, les excès vénériens, les accouchements répétés, et surtout les avortements, en sont les causes les plus communes. La maladie peut aussi être l'effet de l'extension à la muqueuse d'une phlegmasie voisine: c'est ainsi que la métrite interne est fréquemment consécutive à une blennorrhagie.

Traitement. — La métrite catarrhale à l'état aigu exige rarement des moyens actifs. Le repos, quelques bains émollients, des injections calmantes, quelques laxatifs et un régime doux suffisent dans la majorité des cas.

Contre la métrite interne chronique l'intervention doit être plus active, et il faut aux moyens locaux associer une médication générale. Les malades étant plus ou moins anémiées et dyspeptiques, on prescrira les ferrugineux, les amers, un régime substantiel, des frictions stimulantes sur la peau, des bains sulfureux, des affusions et douches froides; les bains de mer et les bains thermaux, que nous indiquerons bientôt à propos de la métrite parenchymateuse, pour-

(1) *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, p. 476.

ront également convenir ici. On a jadis donné à l'intérieur plusieurs médicaments dans le but de modifier plus ou moins directement la muqueuse utérine, je citerai spécialement les balsamiques, surtout le copahu, l'ergot de seigle, etc. Ces moyens sont sans utilité; j'en dirai autant des purgatifs.

L'opiniâtreté de la maladie, l'impuissance des médicaments, ont excité les médecins à porter sur la muqueuse elle-même des agents capables de la modifier; on a surtout employé dans ce but le nitrate d'argent. Un crayon a pu être porté dans le col et jusque dans l'intérieur du corps, mais il faut alors employer un porte-caustique analogue à celui dont Lallemand se servait pour l'urèthre. La cautérisation de l'intérieur du corps étant difficile par ce procédé, on a conseillé depuis vingt-cinq ans les injections intra-utérines avec une solution de nitrate d'argent, d'alun, de tannin, de perchlorure de fer, ou avec de la teinture d'iode mitigée.

Des injections faites avec précaution en se servant d'un liquide tiède, peu irritant et poussé sans violence et en petite quantité, quelques grammes par exemple, ont produit néanmoins des accidents graves et même des péritonites mortelles; le plus souvent pourtant les injections intra-utérines ne déterminent que des douleurs vives dans le ventre, et parfois des accidents hystériques qui cèdent à des applications sédatives et à l'opium donné par la bouche ou en lavement. La généralité des médecins, et je suis de ce nombre, a proscrit cette médication comme pouvant être dangereuse.

En fait d'injections, on se bornera à faire dans le vagin, plusieurs fois par jour, des irrigations plus ou moins froides avec de l'eau pure ou rendue astringente avec l'alun, le tannin, etc. Ces injections convenablement faites pourront agir sur l'utérus lui-même; elles combattent d'ailleurs la vaginite qui existe presque toujours aux environs du col, et qui est probablement provoquée par la stagnation du mucus puriforme qui provient de l'intérieur de l'utérus.

Nous avons dit que dans quelques cas de métrite interne il survenait des hémorrhagies rebelles attribuées plus ou moins gratuitement à ces végétations que nous avons décrites précédemment dans la cavité du col et dans celle du corps. C'est dans ces conditions qu'à l'exemple de Récamier, quelques personnes pratiquent à l'aide d'une curette l'ablation de ces fongosités, opération dangereuse ayant été parfois suivie de mort, et pour laquelle on n'est dirigé par aucune indication précise.

De la métrite parenchymateuse non puerpérale.

Caractères anatomiques. — Dans les cas rares où l'on peut examiner l'état de l'utérus atteint d'inflammation simple, on trouve l'organe augmenté de volume; le tissu, d'un rouge plus ou moins foncé, est plus consistant, mais friable, ou bien il est ramolli et se laisse déchirer ou pénétrer par le doigt; les vaisseaux, et surtout les sinus veineux, sont plus développés. Si du pus a été produit, il est infiltré dans les parois, ce qui donne à celles-ci une coloration grisâtre ou bien une teinte feuille-morte. Plus rarement on a trouvé le pus réuni en plusieurs foyers isolés, les uns libres, les autres enkystés, ayant toujours un petit volume (depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noix). Lisfranc en a vu deux pourtant qui égalaient à peu près la moitié du poing; plus récemment M. Depaul et Seanzoni ont rapporté chacun un cas analogue.

Dans la métrite parenchymateuse la membrane interne de l'utérus peut être intacte; le plus souvent elle est injectée, friable, tapissée par un mucus diversement coloré ou par du pus.

L'inflammation peut être exactement limitée au tissu de l'utérus, mais le plus souvent (cela du moins arrive presque toujours lorsqu'on fait l'examen anatomique), les annexes, spécialement les trompes, les ovaires ainsi que le péritoine et le tissu cellulaire ambiant, participent également plus ou moins au travail phlegmasique.

La métrite pouvant être partielle ou générale, les lésions qui la caractérisent occuperont donc l'utérus en entier ou quelques-unes de ses parties, spécialement le col, la paroi antérieure ou la paroi postérieure, ou bien l'un des bords de l'organe.

Symptômes. — La métrite débute généralement sans prodromes et par des symptômes locaux. Les malades accusent dans la profondeur du bassin une douleur plus ou moins vive que la pression hypogastrique réveille, et qui force les femmes à garder aussitôt la position horizontale; la fièvre se déclare bientôt, ainsi que divers troubles sympathiques vers les organes digestifs. Mais les symptômes varient suivant que la métrite est partielle ou générale, suivant qu'elle affecte le col ou le corps de l'organe, il importe, pour la clarté des descriptions, d'établir tout d'abord quelques divisions.

1° Métrite du col. — Lorsque le col est phlogosé, la douleur peut manquer; le plus souvent pourtant elle existe, et elle est localisée profondément dans l'hypogastre; elle peut s'irradier dans les lombes, les aines et les cuisses, comme le font toutes les souffrances utérines. Si l'on pratique le toucher, on reconnaît que le col est chaud, sensible à la plus légère pression, lisse ou inégal, dur ou bien mou, comme boursoufflé et fongueux; l'orifice est plus ou moins entr'ouvert; le col a acquis un volume plus considérable, souvent double ou triple, ou quadruple de ce qu'il est à l'état normal. On comprend aisément que le col ainsi devenu plus volumineux, et partant plus lourd, entraîne l'utérus, le rapproche davantage de la vulve (*prolapsus*), ou bien, le col se portant un peu en arrière, le corps peut être légèrement incliné en avant (*antéversion*).

L'examen au spéculum fera reconnaître par la vue la plupart des changements que le col utérin a subis, il permettra en outre de constater à sa surface des érosions, parfois des pseudo-membranes, ainsi que la nature de l'écoulement.

2° Métrite du corps. — Si l'inflammation envahit le corps de l'organe dans la totalité ou dans la plus grande partie de son étendue, on observe généralement un ensemble de symptômes généraux et locaux plus graves que les précédents. C'est ainsi qu'un frisson plus ou moins violent marque parfois le début de la maladie. L'hypogastre est aussitôt le siège de douleurs vives et lancinantes, qui s'exaspèrent par la pression, par les secousses de la toux, par les inspirations profondes, et généralement par la plupart des mouvements imprimés au corps. Les malades ne peuvent le plus souvent tenir le tronc dans sa rectitude normale; elles sont presque toujours obligées de se courber fortement en avant lorsqu'elles marchent. La plupart éprouvent également un sentiment de pesanteur au sacrum, à l'anus, ou même un véritable ténésme; l'excrétion de l'urine est souvent douloureuse et difficile; il y a aussi presque toujours des tiraillements ou des élancements aux aines, à la partie interne et supérieure des cuisses, ainsi qu'à la région sacrée. Ces divers accidents peuvent exister dans la métrite du col, mais ils sont plus constants, et surtout plus accentués, lorsque le corps est envahi; ils s'expliquent d'ailleurs aisément par la compression que l'organe, devenu plus volumineux, exerce sur le rectum, sur la vessie, sur les nerfs sacrés; l'utérus, devenu plus lourd, tirailant les ligaments qui le

fixent au bassin, rend compte aussi de ces douleurs que certaines femmes accusent dans les aines et à la partie interne des cuisses.

La palpation de l'abdomen ainsi que le toucher vaginal et rectal feront aisément constater le siège de la métrite et le degré d'intumescence éprouvé par le corps utérin. Lorsque la douleur hypogastrique n'est pas très-vive, on peut, en déprimant suffisamment la paroi abdominale antérieure, sentir souvent que le fond de l'utérus est au niveau du pubis, ou même qu'il le dépasse de quelques centimètres. L'introduction du doigt dans le rectum fait mieux encore constater une augmentation dans le volume de l'organe, tant dans ses diamètres antéro-postérieur et transverse que dans son diamètre vertical. En pressant sur la paroi recto-vaginale, et souvent par la seule introduction du doigt, on excite des douleurs vives. Le toucher vaginal indique si le col est sain ou s'il participe à la maladie du corps. En portant le doigt dans les culs-de-sac latéraux, on pourra reconnaître l'intumescence éprouvée par le corps. Ce renseignement est pourtant en général assez confus. Mais par le toucher vaginal on constatera les changements survenus dans la position de l'utérus, qui est ordinairement abaissé ou dans un état d'antéversion ou de rétroversion; il fait reconnaître aussi que l'organe est devenu plus lourd, moins mobile et parfois comme enclavé, soit à cause des adhérences qu'il a contractées, soit en raison de la phlegmasie concomitante des tissus environnants.

Il n'est pas rare que dans la période la plus aiguë de la métrite du corps il n'existe aucun écoulement vaginal; cependant tôt ou tard il s'échappe par la vulve, en plus ou moins grande abondance, un liquide blanc ou jaunâtre, parfois sanguinolent ou muco-purulent.

Les phlegmasies utérines, quel que soit leur siège, ont pour effet à peu près constant de provoquer des troubles sympathiques du côté de plusieurs appareils, surtout vers les organes digestifs: les malades ont de l'inappétence, beaucoup ont des nausées et des vomissements aqueux ou bilieux; le ventre est un peu tendu et météorisé; les selles sont rares: parfois, au contraire, il existe des selles dysentériques accompagnées de ténésme; la fièvre est plus ou moins forte, la figure exprime de l'anxiété; il y a de la céphalalgie et de l'insomnie.

Durée. Terminaisons. — La métrite aiguë simple, sans complication grave, a presque toujours une heureuse issue. La résolution est son mode de terminaison le plus ordinaire; on l'observe presque constamment entre le premier et le second septénaire. La suppuration est, par contre, un accident extrêmement rare; elle se déclare plus souvent dans les métrites traumatiques que dans celles qui sont spontanées. A cause du volume peu considérable des abcès, il est généralement difficile de reconnaître s'il y eu ou non suppuration; cependant, dans quelques cas rares, on a pu en avoir la démonstration lorsque des collections purulentes très-volumineuses, formées dans l'épaisseur de l'utérus, se sont fait jour dans sa cavité, ou bien se sont frayé une issue dans le rectum ou bien à travers les parois abdominales. Ces faits sont rares d'ailleurs, et nous paraissent, pour la plupart du moins, appartenir plutôt à des abcès des ovaires ou des ligaments larges. Beaucoup nous semblent être presque aussi suspects que ceux qui sont relatifs à des métrites aiguës qu'on aurait vues se terminer par la gangrène et par l'élimination de l'organe tout entier. Il paraît constant toutefois qu'on a rencontré des gangrènes partielles du col. Très-fréquemment enfin la métrite passe à l'état chronique; on observe surtout cette terminaison chez les femmes lymphatiques ou chez celles qui ont subi un traitement irrégulier ou qui se sont livrées prématurément au travail.

Complications. — La métrite se complique souvent de phlegmasie du côté

des ovaires, des trompes et des ligaments larges. L'inflammation peut aussi se propager au péritoine, et c'est là ce qui constitue un des principaux dangers de la maladie. La complication de la phlébite est possible, mais elle est moins à craindre que la précédente. Nous verrons qu'il n'en est pas de même dans la métrite puerpérale.

Suites. — La métrite aiguë qui s'est compliquée d'un peu de péritonite partielle peut avoir des suites plus ou moins fâcheuses. L'oblitération des trompes ou des adhérences insolites de leur extrémité libre peuvent amener une stérilité incurable; par contre, des adhérences établies entre l'utérus et les parois du bassin peuvent être une cause d'avortement en s'opposant au développement régulier de l'organe (Boivin). La métrite qui atteint la femme grosse a pour résultat presque constant la mort du fœtus et son expulsion prématurée: on a même vu dans ces cas l'utérus enflammé se ramollir et se rompre, ce qui entraîne comme conséquence inévitable le passage du fœtus dans le péritoine, et le développement subit d'une péritonite suraiguë très-rapidement mortelle.

Diagnostic. — La péritonite, l'ovarite, la vaginite, le phlegmon péri-utérin et la cystite sont les principales maladies aiguës qu'on peut confondre avec la métrite. Nous parlerons plus tard du diagnostic différentiel des quatre premières; quant à la cystite, elle sera aisément distinguée de l'inflammation de la matrice par le siège superficiel de la douleur hypogastrique, par les besoins fréquents d'uriner, par les souffrances et l'anxiété qui précèdent et accompagnent chaque excrétion, par l'absence des douleurs inguinales et sacrées, et par les résultats négatifs que fournissent le toucher vaginal et le toucher rectal. Il est à peine utile de dire qu'on ne pourra prendre pour une métrite les accidents, quelquefois violents, qui marquent l'établissement ou le retour des règles chez quelques femmes, ainsi que les douleurs qui accompagnent l'avortement et les déplacements de l'utérus; car la marche de la maladie, les résultats fournis par le toucher, ne laisseront aucun doute sur la cause des troubles qu'on observe. L'exploration par le doigt et la nature des symptômes révéleront enfin quelle est la portion de l'utérus qui est spécialement ou exclusivement affectée. Lorsque le col seul est malade, la douleur est concentrée dans le fond du vagin, et le doigt reconnaît que la partie affectée est chaude et très-sensible. Si, au contraire, la phlegmasie est bornée au bas-fond de l'utérus, le toucher par le vagin, aussi bien que celui qu'on pratique par le rectum, ne donne aucun signe, tandis que la pression hypogastrique réveille les douleurs les plus vives. Le ténésme vésical et les difficultés d'uriner qui prédominent révéleront, suivant Chomel, que la lésion occupe la paroi antérieure, tandis que, d'après le même observateur, les douleurs se font spécialement sentir pendant la défécation, et occupent la région sacrée lorsque c'est la paroi postérieure qui est spécialement atteinte. Enfin, Chomel nous dit encore que c'est principalement dans l'affection des parties latérales de la matrice qu'on observe des souffrances dans les aines et dans les cuisses; la pression hypogastrique est alors plus douloureuse du côté malade, et le corps de l'organe est généralement incliné dans ce sens, tandis que le col l'est en sens inverse. Observons cependant que, sans nier la possibilité de ces métrites partielles, elles sont néanmoins rares; et peut-être les auteurs et Chomel en particulier ont-ils attribué à une métrite localisée des accidents produits par cette maladie complexe que nous étudierons plus tard sous le nom de *phlegmon péri-utérin*.

Pronostic. — La métrite simple est une maladie qui compromet rarement

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.

Les différentes explorations dont nous venons de parler se font quelquefois sans souffrance; mais le plus souvent le toucher est plus ou moins douloureux, surtout quand on appuie sur certaines parties, ou bien lorsqu'on s'efforce de refouler l'utérus vers le ventre. Dans ces manœuvres, il n'est pas rare aussi qu'on détermine l'écoulement d'une petite quantité de sang; mais ce phénomène est loin d'être aussi fréquent qu'il l'est dans la dégénérescence cancéreuse.

Dans l'engorgement chronique de l'utérus, la nutrition parfois souffre peu; beaucoup de malades conservent, en effet, assez d'embonpoint et de forces, et leurs digestions sont intactes; très-rarement elles ont de la fièvre. Cependant, beaucoup d'autres femmes ont différents troubles sympathiques: ainsi les digestions sont pénibles, accompagnées de dégagement de gaz, de gonflement du ventre. M. Bennett, dans son ouvrage, dit aussi qu'il y a souvent des troubles vers le foie et une augmentation fréquente du volume de cet organe. C'est là un fait que nous n'avons pas encore vérifié en France. Mais il est constant qu'un grand nombre de ces femmes ont différents accidents nerveux, comme céphalalgie vive, opiniâtre, parfois trouble de la vue, et quelques symptômes hystériques. On a dit enfin que les seins étaient gonflés et douloureux; mais ce phénomène n'est pas aussi commun qu'on le prétend généralement.

En résumé, le plus souvent un engorgement, même considérable, de l'utérus n'occasionne d'autres troubles fonctionnels que ceux qui résultent du volume de l'organe et de la compression ou des tiraillements que celui-ci exerce sur les organes voisins. Dans l'explosion des accidents sympathiques qui surviennent chez un grand nombre, il faut faire la part du repos auquel les femmes sont condamnées, de leur préoccupation, et du régime débilitant auquel on les soumet forcément, et que trop souvent on exagère.

Marche. Durée. Terminaisons. — C'est le propre de ces engorgements de rester longtemps stationnaires et d'avoir une durée très-longue; il est rare, en effet, qu'ils cèdent avant deux ou trois mois; le plus souvent leur résolution se fait attendre pendant une ou plusieurs années. On admet assez généralement que cet engorgement peut dégénérer en squirrhe, en cancer; cependant cette transformation, fort rare d'ailleurs, n'arrive que chez les femmes prédisposées. Si quelques personnes l'ont regardée comme étant très-commune, c'est qu'elles ont confondu des engorgements primitivement squirrheux avec ceux qui sont inflammatoires. La terminaison par suppuration est plus rare encore; d'ailleurs les abcès qu'on observe dans le cours des engorgements chroniques de l'utérus se forment bien moins dans cet organe que dans les annexes ou dans le tissu cellulaire du bassin, parties auxquelles la phlegmasie se propage quelquefois.

La métrite chronique peut guérir sans laisser de traces, mais quelques femmes conservent néanmoins un utérus un peu plus volumineux et plus disposé aux congestions qu'il ne l'était autrefois.

Diagnostic. — Les douleurs lombaires et sacrées, les tiraillements dans les aines et dans les cuisses, les pesanteurs au périnée, indiquent presque toujours une souffrance de l'utérus. Parmi les phénomènes sympathiques, M. Bennett insiste surtout sur les troubles digestifs, spécialement sur les nausées, qu'il regarde comme un signe précieux et presque caractéristique de l'inflammation chronique du corps utérin. Tout en pensant qu'il y a de l'exagération dans cette manière de voir, nous croyons qu'on doit tenir grand compte de ce signe indicateur. Le toucher seul permet d'établir ce diagnostic avec quelque certitude, en faisant connaître le siège et la nature de la lésion. L'engorgement du col ne pourra jamais être confondu avec aucune des nombreuses tumeurs qu'on rencontre dans le vagin. Celui qui occupe le corps ne pourra, à cause de sa du-

reté et de la douleur que la pression développe, ainsi que des accidents qui l'accompagnent, être pris pour une grossesse commençante, ni confondu avec un développement de l'utérus produit par une môle; car dans tous les cas l'organe n'a pas la consistance qu'il acquiert lorsqu'il est chroniquement enflammé. On ne croira pas à un engorgement dans les cas où une production cartilagineuse s'est formée dans le tissu utérin; car alors l'organe est inégal et hérissé de tumeurs dures, solides, dont le développement est très-lent. La maladie avec laquelle la métrite chronique, avec induration, offre le plus de ressemblance, est sans contredit l'induration squirrheuse; l'analogie est si grande, dans un certain nombre de cas, qu'il est vraiment impossible d'établir tout d'abord le diagnostic différentiel. Cependant le plus souvent on distingue les deux maladies l'une de l'autre en considérant que le squirrhe est ordinairement limité au col, du moins à son début; il est généralement mieux circonscrit que l'induration inflammatoire; la dureté de l'engorgement, le poids de la tumeur, sont aussi beaucoup plus considérables, et la pression y développe beaucoup moins de douleur. Enfin, les inégalités et les bosselures de la tumeur squirrheuse, sa couleur d'un blanc mat, ainsi que les hémorragies qui l'accompagnent, seront tout autant de caractères qui la distingueront des engorgements simplement chroniques.

Pronostic. — La métrite chronique est une affection qui compromet rarement la vie; cependant son pronostic est assez grave, en raison surtout de la lenteur avec laquelle la guérison survient, à cause de l'état de langueur, de malaise que la maladie entretient; à cause des troubles digestifs qu'elle provoque; il est, en outre, quelques circonstances qui ajoutent à la gravité du pronostic. C'est ainsi qu'une métrite chronique rebelle, qui atteint une femme prédisposée au cancer par voie d'hérédité, devra vivement préoccuper, puisqu'on a vu souvent, dans le cas dont je parle, une maladie succéder lentement à l'autre. L'engorgement utérin, même borné au col, est une cause fréquente de stérilité; il ne s'oppose pas cependant d'une manière absolue à l'imprégnation; mais il aura pour résultat de rendre la grossesse pénible, douloureuse, et de provoquer l'avortement d'une manière presque certaine. M. Bennett pense même que les phlegmasies du segment inférieur sont une des causes les plus fréquentes et les moins soupçonnées de fausses couches.

Étiologie. — La métrite chronique est très-rare après l'âge critique, elle affecte spécialement les femmes dans la période de vingt-cinq à quarante ans; elle n'est pas, d'après M. Bennett, aussi rare qu'on le dit chez les jeunes filles; elle occuperait communément chez elles le col. Souvent consécutifs à la métrite aiguë, on voit ces engorgements plus ordinairement encore survenir lentement d'une manière insidieuse, et ne se révéler par des symptômes particuliers que lorsque déjà la maladie occupe une grande étendue. Cette affection se remarque surtout après les couches pénibles ou les avortements, et plus spécialement lorsqu'ils ont été provoqués par quelque manœuvre directe. La sodomie, l'abus du coït, sont des causes aussi actives de métrite chronique que de métrite aiguë; elles agissent surtout efficacement lorsque l'utérus est en état de prolapsus.

Traitement. — À moins de contre-indication formelle, il convient de commencer par opposer aux indurations chroniques de l'utérus une médication antiphlogistique modérée. Rarement il sera nécessaire d'ouvrir la veine; on connaît les inconvénients de cette médication, dont Lisfranc a jadis tant abusé. Les émissions sanguines locales sont seules usitées. Des ventouses scarifiées seront appliquées aux lombes, aux régions hypogastrique et sacrée, ou bien on mettra aux aines, à la vulve, à l'anus, des sangsues en nombre assez grand pour dégorger les tissus et empêcher l'effet congestif que provoquerait néces-

sairement une saignée locale insuffisante. C'est surtout dans la métrite chronique qu'on a conseillé d'appliquer, une ou plusieurs fois, de six à dix sangsues sur le col utérin lui-même, préalablement mis à découvert à l'aide du spéculum plein. J'ai dit précédemment ce que je pensais de ce moyen qui a été prôné par les docteurs Duparcque, Aran, Scanzoni, et qui ne compte pas encore beaucoup de partisans. On ne devrait y recourir, je crois, que dans les cas où les autres saignées auraient été impuissantes et lorsque néanmoins il y a encore indication de tirer du sang.

Comme pour la métrite aiguë, les malades prendront des bains émollients additionnés de 150 à 200 grammes de sous-carbonate de potasse ou de soude, elles feront, plusieurs fois par jour, des irrigations tièdes; on a même conseillé d'introduire des cataplasmes dans le vagin, afin de soumettre le col à une macération prolongée. Mais ce dernier moyen est répugnant pour la femme; son efficacité d'ailleurs est très-contestable. Il importe surtout que les malades gardent un repos absolu dans la position horizontale. On entretiendra la liberté du ventre par des lavements ou par des boissons légèrement laxatives; le régime alimentaire sera doux.

Lorsque, nonobstant ces moyens énergiques, l'engorgement persiste, on devra lui opposer les révulsifs et les fondants. Dans les premiers se trouvent les vésicatoires, la pommade stibiée, les cautères, les moxas, à la région sacrée ou sur l'abdomen. Les médicaments fondants seront surtout choisis parmi les préparations mercurielles ou iodées, qu'on administrera spécialement en frictions sur l'hypogastre et aux parties interne et supérieure des cuisses. On a encore vanté les préparations d'or, d'arsenic, l'usage de l'ergot de seigle et le tartre stibié en pommade (1 gramme pour 32 d'axonge), non pour produire un effet révulsif, mais dans le but de provoquer son absorption sans exciter d'éruption à la peau. Tous ces moyens sont illusoire. Les alcalins en bains, en boissons, en injections, l'iodure de potassium à l'intérieur (de 1 à 4 grammes), sont, par contre, fréquemment utiles. Dans les engorgements tout à fait indolents et très-anciens, on tentera aussi l'emploi des douches ascendantes froides dans le vagin; elles seront simplement aqueuses, ou bien on les rendra alcalines ou sulfureuses, suivant le plus ou moins d'opiniâtreté du mal: ce moyen exige de grandes précautions; on le suspendrait s'il était très-douloureux. Enfin, il est des engorgements qui résistent à toutes les médications précédentes; on devra alors, pour peu que les antécédents y autorisent, essayer un traitement antisyphilitique, car il est un grand nombre d'indurations du corps et du col de l'utérus qui ne reconnaissent pas d'autre cause que le virus vénérien.

Cependant il arrive souvent qu'en se prolongeant la constitution s'altère, les femmes deviennent chloro-anémiques. C'est dans ces cas que les bains sulfureux, les bains de mer, l'eau froide en affusion et en douches, quelques ferrugineux et un régime substantiel seront indiqués. Contre ces engorgements chroniques anciens on a aussi opposé avec avantage certaines eaux minérales. Les eaux Chaudes et de Saint-Sauveur, celles de Luchon; les eaux de Vichy et d'Ems, celles d'Ussac, de Néris, de Plombières, sont le plus souvent utilisées dans les circonstances dont nous parlons.

Je n'ai rien dit des sédatifs et des narcotiques, quoiqu'ils soient des auxiliaires puissants des autres médications. On les emploie lorsque les douleurs sont vives, lorsqu'il existe quelque autre accident nerveux, ou bien enfin lorsqu'on veut modérer l'action irritante de certains médicaments.

2^e Métrite chronique ulcéreuse et granulée.

Des ulcérations d'espèces différentes peuvent se développer sur le col de l'utérus: les unes sont l'effet d'un travail idiopathique et purement local; les autres sont, par contre, le produit d'une cause spécifique, comme le virus syphilitique, ou d'une diathèse, comme le cancer. On a encore prétendu qu'il y avait des ulcères herpétiques et scrofuleux. Jusqu'à présent leur existence a paru contestable au plus grand nombre. Cependant il est hors de doute que certaines lésions du col, qui sont en apparence purement accidentelles, si elles ne sont pas l'expression d'un état diathésique, se montrent néanmoins rebelles, jusqu'à ce qu'on ait modifié l'état constitutionnel; il en est de même pour beaucoup d'affections primitivement locales. Nous n'avons à nous occuper ici que des ulcérations idiopathiques, nous en distinguerons deux sortes: les *érosions simples* avec ou sans *granulations*, les *ulcères* proprement dits.

Les érosions sont des ulcérations extrêmement superficielles, qui semblent résulter uniquement de la destruction de l'épithélium et de l'inflammation de la couche la plus superficielle du derme, qui est seulement très-rouge et unie, à moins qu'on ne l'examine sous l'eau ou à la loupe, car on peut reconnaître alors une surface tomenteuse qui est due au développement exagéré des villosités. Quelquefois aussi les follicules sont plus saillants; cependant, dans la majorité des cas, on n'a besoin d'aucun artifice, même sur le vivant, pour constater à la surface de ces solutions de continuité, de petites granulations rouges, facilement saignantes, séparées par de petits sillons, ce qui leur donne la plus grande ressemblance avec la fraise, et surtout avec la framboise. Cette lésion peut être bornée à une des lèvres du museau de tanche, surtout à l'inférieure; mais le plus souvent elle les envahit toutes deux et se prolonge plus ou moins sur le col, qui est gonflé, comme boursoufflé, ainsi que dans sa cavité, et jusqu'à la face interne du corps. Cette lésion, qui est extrêmement commune, est connue sous les noms de *métrite granulée* ou d'*ulcération granulée* ou *framboisée*. Tout le monde cependant n'admet pas, dans ces cas, l'existence d'une ulcération du col. Les professeurs Chomel et Velpeau surtout regardent les granulations dont nous parlons, non comme des végétations à la surface d'un ulcère, mais comme une hypertrophie de follicules muqueux. Quelque habitué que je sois à partager les opinions de ces deux maîtres illustres, je ne puis cependant me rendre encore à leur avis, attendu qu'en examinant un grand nombre de cols utérins malades, il m'a semblé reconnaître, dans les cas dont je parle, les caractères d'une ulcération très-superficielle. On ne saurait mieux faire que de comparer l'état que le col présente alors à la surface d'un vésicatoire qui serait hérissée de petits bourgeons charnus. Dans l'un et l'autre cas, en effet, il n'y a qu'une simple dénudation sans induration des tissus, sans décollement de la muqueuse, mais s'accompagnant parfois, comme beaucoup d'autres ulcérations, d'un état plus ou moins variqueux des veines du col.

Nous avons déjà dit qu'on trouvait quelquefois sur le col utérin des ulcérations plus profondes. Les unes sont l'effet d'une cause spécifique (syphilis, cancer, tubercules), les autres, ordinairement spontanées, ne tiennent qu'à une modification locale, à une altération de nutrition du tissu sur lequel elles siègent. Celles-ci doivent seules nous occuper en ce moment.

Les ulcérations dont nous parlons, et qui souvent ne sont autres que les érosions décrites plus haut, mais parvenues à une période avancée, sont parfois encore superficielles; ailleurs elles sont profondes, et, dans ce cas, elles s'accompagnent

presque-toujours d'un engorgement du col. La solution de continuité peut être bornée à une des lèvres, ou s'étendre aux deux; quelquefois elle se propage dans l'intérieur du col, dont l'orifice est plus ou moins dilaté, et qui tantôt est induré, tantôt, au contraire, mollassé et comme oedématié au toucher. La surface de l'ulcération est plus ou moins inégale; mais elle n'est pas grisâtre, et ses bords ne sont pas taillés à pic, comme on le voit dans la plupart des ulcères syphilitiques; elle n'a pas non plus des bords renversés, durs ou friables, comme dans l'ulcère cancéreux; ses bords sont plus ou moins amincis; il n'y a enfin ni cavernes creusées dans le col, ni trajets fistuleux livrant passage à une matière caséuse, comme cela a lieu dans les ulcères tuberculeux. Seulement on y découvre parfois de petites fongosités facilement saignantes: on dit alors que l'ulcération est *fongueuse*. Dans les cas de gêne dans la circulation veineuse, lorsque le col, sillonné par des veines variqueuses, a une coloration bleuâtre, l'ulcération elle-même a un fond bleuâtre qui dépend de la stase sanguine.

Symptômes. — Les troubles produits par les ulcérations simples ou granulées du col sont très-variables. Il est quelques femmes qui n'éprouvent aucune incommodité, chez d'autres il n'existe que peu de leucorrhée; mais chez la plupart l'écoulement est considérable. Il est blanc, opaque ou puriforme, mêlé souvent à des mucosités transparentes qui sont fournies par la face interne du corps et du col utérin. En même temps les femmes ressentent de la chaleur dans le fond du vagin, des pesanteurs incommodes au siège, des tiraillements et des douleurs dans les aines, dans les cuisses, et vers les régions lombaire et sacrée. Ces souffrances sont assez grandes, chez quelques femmes, pour les empêcher de se livrer pendant quelque temps à la marche, et pour les forcer à conserver la position horizontale. Le coït est souvent douloureux et détermine un écoulement sanguin. La menstruation peut être régulière; mais elle est souvent dérangée, soit pour les époques, qui sont irrégulières, soit pour la quantité de sang perdu, qui est tantôt plus, tantôt moins considérable. Le toucher, dans ces cas, ne fournit presque que des résultats négatifs; il fait constater seulement qu'il n'existe le plus souvent aucun engorgement du col ni du corps; mais il est rare qu'il fasse reconnaître la lésion dont le museau de tanche est le siège. Parfois, cependant, en promenant le doigt sur cette partie de l'organe, on sent de petites inégalités; ou bien, au lieu d'une surface lisse, unie et résistante, on en distingue une qui est mollassé, tomenteuse et qui donne, dit Chomel, la sensation qu'on éprouve lorsqu'on touche du *velours d'Utrecht*. Cependant tous les signes que nous venons d'énumérer ne peuvent fournir que quelques présomptions sur la nature de l'altération du col. Pour la reconnaître d'une manière certaine, il faut mettre les parties à découvert à l'aide du spéculum. On reconnaît alors que le col est plus volumineux; ses lèvres ainsi que l'orifice offrent une coloration d'un rouge vif, formant une plaque ovale ou arrondie bien circonscrite, très-distincte de la partie saine, non-seulement par sa coloration, mais encore par les petites saillies confluentes dont sa surface est parsemée, et qui nous l'ont déjà fait comparer à l'aspect de la framboise.

Les ulcères profonds, fongueux, avec des végétations, ainsi que les fissures, produisent la plupart des accidents des exulcérations simples ou granulées. Cependant il paraît, surtout d'après les observations de M. Duparcque, que les premières déterminent des écoulements moins abondants; mais elles s'accompagnent de douleurs plus vives, d'un sentiment de brûlure et de corrosion que les rapprochements sexuels exaspèrent souvent à un point extrême. Le toucher peut les faire reconnaître par la sensation qu'il donne d'une dépression ou d'une échancre plus ou moins profonde sur un point de la circonférence de l'orifice utérin. Le col est, en outre, considérablement tuméfié, déformé, plus

ou moins dévié; tantôt dur, tantôt mou, et comme fongueux. La menstruation est toujours plus gravement troublée, le sang ne s'échappe souvent à chaque époque qu'avec des douleurs très-grandes: d'après la remarque de M. Bennett, une des formes les plus graves et les plus rebelles de la dysménorrhée, même chez les vierges, se lierait à la présence d'ulcérations sur le col de l'utérus. Chez les femmes enceintes, les ulcérations, sous l'influence de la vitalité plus grande de l'organe, de sa circulation activée, s'agrandissent, deviennent plus fongueuses, plus rebelles aux divers moyens de traitement: elles sont une cause très-active d'avortement ou d'accouchement prématuré. Elles aggraveraient également, d'après le témoignage de M. Bennett, les nausées et les vomissements qui accompagnent si fréquemment la gestation.

Marche. — Il est certain que les différentes ulcérations du col peuvent se cicatriser spontanément; cependant l'ulcération granulée est celle qui a le moins de tendance à guérir; sa durée est toujours très-longue. Les ulcérations utérines pendant la grossesse ont généralement plus de tendance à s'étendre qu'à guérir. Dans l'état de vacuité, on voit les périodes menstruelles les aggraver aussi le plus souvent. Quelquefois, après s'être montrées très-rebelles, elles guérissent spontanément à l'époque de la cessation des règles.

Diagnostic. — Nous répéterons que les différentes espèces d'ulcérations du col utérin, notamment la métrite granulée, ne peuvent être diagnostiquées qu'en mettant à découvert la partie malade à l'aide du spéculum. Les caractères de l'altération, c'est-à-dire la coloration rouge et l'état granulé de la surface, sans dépression, ne permettent pas de confondre la métrite granulée avec une autre espèce d'ulcération, et surtout avec les ulcérations syphilitiques et cancéreuses, avec lesquelles, comme on le verra plus tard, elle n'a aucune espèce de rapport.

Pronostic. — Les ulcérations du col que nous venons d'étudier ne compromettent pas la vie; mais plusieurs sont graves par leur opiniâtreté et par les conditions [au milieu desquelles elles surviennent. La métrite granulée est une affection souvent incommode, mais constamment bénigne: quelque ancienneté et quelque étendue qu'elle ait d'ailleurs, elle ne produit jamais la dégénérescence cancéreuse. Il faut donc toujours calmer les craintes que presque toutes les femmes éprouvent; on devra même s'abstenir de désigner leur affection par les noms d'*ulcère* ou d'*ulcération*, à cause de l'idée de cancer que ces mots réveillent dans leur esprit. Les ulcérations profondes, celles surtout qui s'accompagnent d'un engorgement du col, sont plus graves, non en raison des suites, qui ne sont jamais fâcheuses, mais à cause de la longueur de la maladie. Ces affections peuvent s'opposer à la fécondation par l'obstacle mécanique qu'elles opposent parfois à l'introduction de la liqueur séminale dans la cavité utérine: Chomel et Emery ont vu des cas de ce genre.

Il ne faut pas oublier non plus combien les ulcérations fongueuses du col sont fâcheuses lorsque la femme est enceinte. L'avortement est, en effet, toujours imminent, et il est à peu près certain lorsque les ulcérations pénètrent dans le col. La fausse couche arrive le plus souvent tout à coup sans cause bien évidente. Il importe donc de prévenir les familles, afin qu'on n'attribue pas au traitement un accident qui est la conséquence de la maladie seule.

Étiologie. — On ne connaît encore que très-imparfaitement les causes de la métrite ulcéreuse; ce qu'il y a de certain, c'est que les ulcérations, et surtout la forme granulée, ne se remarquent guère que chez les femmes jeunes, c'est-à-dire entre vingt-cinq et trente-cinq ou quarante ans; elles atteignent spécialement celles qui ont un ou plusieurs enfants; cependant les recherches faites

par M. Bennett en Angleterre prouvent que ces lésions sont assez communes chez les vierges, car beaucoup de dysménorrhées et de leucorrhées rebelles paraissent se rattacher chez elles à des ulcérations du col. Quelques personnes, et M. Gosselin surtout, admettent que le passage continu de mucosités altérées à travers le col et leur séjour au fond du vagin pouvaient produire des érosions, et surtout des érosions avec granulations; la chose est incontestable, mais cette origine me paraît être la plus rare. Beaucoup de femmes en effet, qui ont un écoulement uniquement albumineux, ont des érosions très-étendues, tandis que d'autres, avec une leucorrhée qui irrite et la vulve et les cuisses, ne portent aucune ulcération ni aucune granulation sur le col. Le virus vénérien est tout à fait étranger à la production de la métrite granulée. Celle-ci commence parfois par des groupes de vésicules, c'est-à-dire par un herpès analogue à celui que nous avons vu se développer sur les autres muqueuses. J'ai vu, sur une jeune femme, un herpès vulvaire se répéter plusieurs fois sur le col utérin.

Traitement. — Le traitement consiste à calmer l'inflammation, lorsqu'elle est très-vive, et à favoriser la cicatrisation des ulcérations. Lorsque celles-ci sont très-douleuruses, lorsqu'elles reposent sur un fond enflammé, induré, on se bornera à prescrire des bains, des injections mucilagineuses et calmantes, et quelquefois aussi une ou deux émissions sanguines générales ou locales. Lorsque la période d'inflammation est passée, on remplacera les émoullients par les résolutifs et par les astringents : telles sont les solutions d'alun, d'acétate de plomb et de sulfate de zinc; si les tissus sont frappés d'atonie, on injectera dans le vagin quelque substance à la fois tonique et astringente, comme le sont les décoctions de kina, d'écorce de chêne, de feuilles de noyer, etc. Cependant ces moyens ont, en général, fort peu d'action contre les ulcérations granulées, dont on ne peut déterminer le plus souvent la cicatrisation qu'en modifiant l'état des surfaces par la cautérisation. Pour pratiquer celle-ci, on introduit le spéculum, et après avoir mis le col à découvert, on l'absterge avec des bourdonnets de charpie des mucosités qui le lubrifient, puis on touche la surface rouge et grenue avec un pinceau trempé dans une solution concentrée d'azotate d'argent, ou mieux encore avec ce même caustique solide. La cautérisation doit être généralement superficielle, excepté dans les cas où la surface est molle et saignante; car il importe alors de détruire par une cautérisation plus profonde cette exubérance de tissu. C'est dans ce cas que le caustique de Vienne solidifié ou le fer rouge doivent être préférés. Il est rare qu'une seule cautérisation suffise; presque toujours il en faut un plus ou moins grand nombre, mais il importe qu'elles ne soient faites qu'à une assez grande distance les unes des autres. D'après les nombreux essais comparatifs auxquels nous sommes livré, nous croyons qu'il faut laisser entre chaque cautérisation avec l'azotate d'argent un intervalle de huit jours. Cette petite opération ne produit aucune douleur : chez beaucoup de femmes, un petit suintement sanguin a lieu le jour où la cautérisation a été faite, surtout lorsqu'elle est pratiquée pour la première ou pour la seconde fois. Chez quelques-unes on hâte aussi de plusieurs jours l'apparition des règles. Presque toujours, dès la première cautérisation, on voit diminuer l'écoulement leucorrhéique à partir du quatrième ou du cinquième jour. Nous sommes dans l'habitude, le jour où la cautérisation est faite, de prescrire un bain tiède, quelques injections vaginales et le repos dans la position horizontale. Mais les jours suivants nous voulons que les femmes suivent leur genre de vie ordinaire; et nous ne saurions approuver ici la pratique d'un grand nombre de médecins qui, pendant des mois entiers, condamnent les femmes à un repos absolu, ce qui produit souvent chez elles des dérangements dans les

digestions et différents troubles nerveux. Le repos pourtant serait nécessaire, s'il existait un engorgement considérable ou quelque déplacement de l'utérus. Les rapprochements sexuels nous paraissent devoir être interdits, ou du moins ils seront très-éloignés pendant toute la durée du traitement, qui se prolonge souvent pendant deux ou trois mois et même davantage.

Bien que nous préférions dans tous les cas l'azotate d'argent aux autres caustiques, nous dirons cependant que tous les praticiens ne sont pas de cet avis. Beaucoup emploient le nitrate acide de mercure, qui non-seulement n'a aucun avantage sur le premier, mais qui plusieurs fois a excité des salivations interminables. D'autres, avons-nous dit déjà, ont conseillé de toucher la surface malade avec le caustique de Vienne solidifié ou bien avec le fer rouge. On sait que M. le professeur Jobert emploie ce dernier moyen, qui est surtout indiqué dans les cas d'ulcérations fongueuses. Pour les ulcérations simples ou granulées, nous préférons à tous les caustiques le crayon d'azotate d'argent.

La cautérisation ne convient pas seulement dans la métrite granulée; elle est également avantageuse dans les érosions et dans les ulcères bénins, simples ou compliqués d'un engorgement du col, lorsque les topiques émoullissants et détersifs ont été impuissants pour en déterminer la cicatrisation. D'ailleurs, lorsqu'il y a à la fois engorgement et ulcération du col, il faut traiter celle de ces lésions qui prédomine. En général, il faut chercher d'abord à dissoudre l'engorgement.

L'état de grossesse doit-il modifier le traitement des ulcérations fongueuses? Nous ne le croyons pas, mais il ne faut guère compter sur la réussite. La plupart des médecins pensent que les cautérisations légères avec le nitrate d'argent sont insuffisantes et peut-être même nuisibles, car, forcé qu'on est de les répéter souvent, on doit craindre d'exciter des congestions utérines. Ainsi plusieurs conseillent l'emploi de caustiques plus énergiques, les uns préférant le fer rouge; d'autres, avec MM. Boys de Loury et Costilhes, emploient le caustique Filhos (1) (caustique de Vienne en cylindre); mais il résulte, pourtant, des recherches que M. le docteur Coffin a consignées dans sa thèse (2), que tous les traitements conseillés jusqu'à ce jour échouent le plus souvent. Mieux vaut donc peut-être ne recourir qu'à des moyens peu violents et qui ne puissent nuire.

DE L'OVARITE.

On désigne sous le nom d'*ovarite* l'inflammation du tissu des ovaires.

Caractères anatomiques. — L'ovaire enflammé a presque toujours acquis un volume triple ou quadruple de l'état normal; il a quelquefois les dimensions d'un œuf d'oie ou du poing d'un adulte. Il est alors arrondi ou ovale, sa surface est lisse ou inégale; son tissu est molle, friable, d'un rouge plus ou moins foncé. A l'intérieur, il est infiltré d'un liquide séreux ou séro-albumineux; et l'on y remarque quelquefois aussi de petites collections sanguines. A une époque un peu plus avancée, du pus y est infiltré, puis réuni en un ou plusieurs foyers. L'ovaire enflammé, devenant plus lourd, descend plus profondément dans le fond de l'excavation, et, ainsi que Aran l'a surtout noté, il se met communément en contact avec l'utérus le long de son bord externe, au point de réunion du col avec le corps, et plutôt un peu en arrière qu'en avant, fixé

(1) Thèse de Paris, année 1843, n° 163, et *Gazette médicale* de 1852.

(2) Thèse de Paris, année 1851, n° 43.

dans cette situation par des adhérences contractées avec l'utérus et souvent avec les trompes. L'ovaire, plus volumineux, non-seulement peut faire dévier l'utérus, comprimer le rectum, la vessie, les vaisseaux et les nerfs pelviens, mais encore il peut déborder plus ou moins le rebord du détroit supérieur. Ces rapports nombreux que l'ovaire contracte avec plusieurs organes rendront compte plus tard des différentes voies par lesquelles les abcès ovariens peuvent se vider. Enfin, pour terminer ce qui concerne l'anatomie pathologique, nous dirons que l'ovarite coexiste fréquemment avec d'autres altérations récentes ou anciennes de l'utérus, des ligaments larges, des trompes, du vagin ou du péritoine.

Les caractères anatomiques de l'ovarite chronique ne sont pas encore suffisamment connus. L'organe, augmenté de volume, plus consistant, plus friable, parfois inégal, bosselé à sa surface, est rougeâtre, comme charnu à l'intérieur; le plus souvent on n'y reconnaît plus son organisation première. Il est fréquent d'observer en même temps une altération de la trompe et une phlegmasie de la muqueuse utérine. Aran n'a jamais vu celle-ci manquer dans les cas d'ovarite chronique qu'il a observés.

Symptômes. — Presque toujours l'ovarite débute par une douleur tantôt vive, tantôt obtuse, que les malades rapportent profondément derrière l'une des arcades crurales. Cette douleur, qui augmente par la pression, rend la marche pénible; elle peut s'irradier dans la cuisse et dans la plus grande partie du membre inférieur; elle s'accompagne, le plus souvent, de fièvre; quelquefois il survient des nausées et des vomissements, phénomènes sympathiques très-ordinaires dans les affections de l'utérus et de ses annexes. Si, comme cela arrive le plus souvent, la tumeur, n'ayant qu'un médiocre volume, reste plongée dans l'excavation, la palpation du ventre, que la douleur empêche parfois de faire aussi complètement que possible, ne donnera aucun résultat. Cependant il arrive quelquefois que l'ovaire devenu plus volumineux, n'ayant pas contracté d'adhérence et ayant un pédicule un peu long, débordé le détroit supérieur et atteint la fosse iliaque. On distingue alors une tumeur ayant la forme d'un ovale allongé, et placée presque toujours obliquement. Elle est dure, rénitente, complètement mate et très-douloureuse, immobile parfois; le plus souvent on peut lui imprimer quelques mouvements. Par la palpation et par la percussion on détermine facilement ses limites supérieures et latérales; il n'en est plus de même inférieurement, où l'on sent qu'elle plonge profondément dans l'excavation pelvienne. Le toucher vaginal fournira des résultats plus précis et surtout plus constants; il montrera que le plus souvent l'utérus est abaissé ou bien incliné, plus ou moins dévié par la tumeur ovarienne. Les mouvements qu'on imprime au col sont transmis à la tumeur et réciproquement, mais d'une manière moins directe pourtant que si la tumeur était formée par l'utérus lui-même. L'adhérence d'ailleurs que celui-ci a contractée avec l'ovaire l'a rendu parfois un peu moins mobile. Il est enfin possible dans quelques cas de sentir latéralement dans le cul-de-sac vaginal une rénitence douloureuse, mais c'est plutôt le toucher rectal qui fournira quelques renseignements, en permettant de délimiter la tumeur, qui par sa forme, sa consistance, sa sensibilité et son siège, se distinguera du corps de l'utérus auquel elle adhère latéralement.

Marche. Terminaisons. — Après être resté pendant quelques jours stationnaire, l'engorgement inflammatoire peut diminuer et même disparaître au bout d'un ou de deux septénaires; on dit alors qu'il y a eu résolution. Rien ne prouve que l'ovarite puisse jamais se terminer par métastase, ainsi qu'on l'observe pour certains engorgements des testicules. On a prétendu pourtant que

cette métastase pouvait avoir lieu et se faire tantôt sur l'ovaire du côté opposé, tantôt sur le tissu cellulaire parotidien (*oreillons*); mais on ne peut invoquer en faveur de cette doctrine aucun fait irrécusable. La suppuration est, par contre, un accident très-commun; elle est annoncée par une recrudescence des symptômes inflammatoires, et, plus tard, par des frissons irréguliers et par des sueurs nocturnes. En même temps, la tumeur est plus molle, elle est fluctuante, sinon dans toute son étendue, du moins dans quelques points. C'est alors surtout qu'on note certains accidents, tels que des engourdissements, des crampes, ou un peu d'œdème du membre pelvien correspondant, ou bien encore des envies fréquentes d'uriner, de la dysurie et de la constipation, à cause de la compression que l'abcès ovarien exerce sur les nerfs, sur les vaisseaux, sur la vessie et sur le rectum. Il importe de renouveler encore, en cette circonstance, le toucher par le vagin et par le rectum, afin de constater les rapports que la tumeur a contractés avec ces deux organes.

Les voies par lesquelles le pus s'échappe à l'extérieur sont nombreuses. Le plus souvent l'abcès se vide dans un des organes environnants, spécialement dans le rectum et dans le vagin, moins fréquemment dans le col de l'utérus, plus rarement encore dans la vessie ou à travers la paroi inférieure de l'abdomen; dans quelques cas enfin, le foyer se rompt dans le péritoine, et il en résulte fatalement alors une péritonite suraiguë, très-promptement mortelle. Ce cas excepté, on voit dans tous les autres l'ouverture de l'abcès être suivie d'un soulagement notable. L'écoulement purulent continue en général pendant plusieurs jours; puis il cesse soit parce que la source est tarie, et alors les malades guérissent tout de suite; soit plutôt parce que l'ouverture de communication est rétrécie ou oblitérée: dans ce cas, le pus s'accumulant dans le foyer, la tumeur reprend ses dimensions premières, et les mêmes accidents se renouvellent jusqu'à ce que la matière purulente se so frayé une nouvelle issue. Ces rétentions et ces écoulements alternatifs de pus peuvent se faire ainsi un grand nombre de fois de suite. Enfin, il est des malades qui finissent par succomber, épuisées par la longueur et par l'abondance de la suppuration. La plupart, cependant, guérissent complètement; mais ce n'est souvent qu'après plusieurs mois de traitement. Tout en se rétablissant, il est de ces femmes chez lesquelles l'ouverture reste fistuleuse indéfiniment, et si la communication a lieu avec la vessie, les malades conservent des envies plus fréquentes d'uriner; l'urine est habituellement trouble, catarrhale; on constate alors dans l'excavation pelvienne un noyau d'engorgement très-lent à se résoudre, et qui peut, à des époques plus ou moins éloignées, au bout de plusieurs années par exemple, redevenir le siège d'un nouveau travail inflammatoire qui se termine de la même manière que la première fois. Nous avons vu plusieurs fois ces récidives marquées par des pertes utérines très-considérables et très-opiniâtres.

L'ovarite chronique, outre la souffrance continue qui existe dans le ventre, peut provoquer tous les troubles sympathiques que les affections utérines déterminent surtout du côté des voies digestives. Nous avons vu d'ailleurs que souvent la matrice était elle-même affectée; aussi la plupart des femmes s'affaiblissent, deviennent dyspeptiques, chloro-anémiques, et présentent du côté du système nerveux une susceptibilité qui augmente leur malaise et les rend très-incommodes à ceux qui les entourent.

Diagnostic. — Nous croyons qu'il sera toujours possible de distinguer l'ovarite des tumeurs phlegmoneuses ou fluctuantes qui se forment dans les fosses iliaques, si l'on se rappelle que, dans l'ovarite, la tumeur est ovoïde,

obliquement dirigée, qu'elle plonge profondément dans le petit bassin, qu'elle est souvent mobile, et que les mouvements qu'on lui imprime peuvent être transmis à l'utérus, et réciproquement. Mais il nous semble fort difficile de pouvoir distinguer, pendant la vie, les abcès des ovaires de ceux qui sont formés dans l'épaisseur des ligaments larges et dans les trompes. Quant au diagnostic différentiel de l'ovarite d'avec les différentes espèces de tumeurs de l'ovaire, tels que kystes séreux, pileux, et grossesses extra-utérines, comme ces lésions ont une marche essentiellement chroniques, on parviendra toujours aisément à les différencier des engorgements inflammatoires.

Pronostic. — L'ovarite se termine fort rarement par la mort; cependant on ne doit pas moins la regarder comme une maladie fâcheuse, à cause de la persistance des accidents. On ne saurait oublier non plus que le péritoine peut être consécutivement atteint, et que, dans le cas où la maladie s'est terminée par suppuration, il y a un double péril provenant, ou de ce que l'abcès peut s'ouvrir dans le péritoine, ou de ce que la suppuration, en se prolongeant, peut finir par épuiser les forces. On comprend aussi que, soit par suite des adhérences qui s'établissent, soit en raison du changement que l'inflammation amène dans la structure de l'organe, l'ovarite doit avoir souvent pour résultat, quand elle est double, de produire la stérilité.

Étiologie. — L'ovarite survient très-fréquemment après les couches. Cependant, malgré l'assertion contraire de Dugès et de madame Boivin, il est certain que cette maladie est assez commune en dehors de l'état de grossesse et de l'état puerpéral. Elle se déclare alors spécialement après la suppression brusque des règles, ou bien à la suite d'une violence, telle qu'une contusion de la partie inférieure de l'abdomen. On a surtout regardé l'ovarite comme se développant spécialement sous l'influence de certaines affections de l'utérus ou du vagin. M. Mélier a prétendu que les ovaires s'enflammaient fréquemment dans le cours de la métrite ulcéreuse, opinion dont nous n'avons pu vérifier la justesse. On a dit aussi que, dans la blennorrhagie de la femme, l'inflammation se propage souvent à l'ovaire, de la même manière que, chez l'homme, elle atteint fréquemment le testicule. Sans nier absolument cette proposition, nous croyons néanmoins qu'on l'a un peu exagérée, et qu'en l'émettant on s'est peut-être beaucoup plus laissé guider par l'analogie que par une observation sévère. Quoi qu'il en soit, il est rare que les deux ovaires s'enflamment simultanément. Aran dit pourtant que l'ovarite est le plus souvent double. Lorsqu'un seul des ovaires est atteint, je ne sais si, comme on l'a prétendu, il y a véritablement une prédominance pour celui du côté gauche. C'est ce que tendrait à faire admettre une petite statistique qu'on doit à M. Chéreau : sur 40 ovarites, 25 siégeaient à gauche, 11 à droite, 4 étaient doubles.

Traitement. — Si l'on traite la maladie dès son début, il n'y a d'espoir de la voir se terminer par résolution que par l'emploi méthodique du traitement antiphlogistique. Rarement les symptômes généraux sont assez graves pour nécessiter une, et à plus forte raison deux saignées générales; mais on appliquera un grand nombre de sangsues à l'hypogastre et aux aînes; on recouvrira ces parties de cataplasmes; on donnera des bains; on entretiendra la liberté du ventre. On joindra à ces moyens quelques frictions mercurielles sur la tumeur, et lorsque la période inflammatoire est dissipée, si l'engorgement persiste encore, on produira une forte révulsion à la peau par l'application d'un ou de plusieurs vésicatoires volants. La suppuration une fois établie, il faut tâcher de l'attirer à l'extérieur. Si la tumeur, proéminente à l'hypogastre ou dans le flanc, soulève fortement la peau; si à son niveau il existe de l'œdème, et si tout indique que

l'abcès a contracté des adhérences avec la paroi abdominale, on le vide par une large incision; dans le cas contraire, on applique successivement plusieurs morceaux de potasse caustique suivant le procédé que nous décrirons en traitant des kystes hydatiques du foie. En pratiquant le toucher par le vagin et le rectum, on reconnaîtra si l'abcès a de la tendance à se porter vers ces organes. S'il y forme une saillie notable, si dans cette exploration on constate bien la fluctuation, et si l'on reconnoît que la paroi est amincie, on ne devra pas hésiter à pratiquer une ouverture à l'aide d'un bistouri, d'un trocart ou d'un pharyngotome. On favorisera l'écoulement du pus par une position convenable, on l'empêchera de stagner en poussant des injections dans le foyer; il sera possible parfois d'exercer une compression méthodique. Si le trajet reste fistuleux, il pourra être nécessaire de l'irriter par des injections iodées. Enfin, dans certains cas rebelles, on a vu une grossesse provoquer la cicatrisation du foyer par suite de la compression que l'utérus développé exerce sur les parois.

À l'ovarite chronique on opposera les vésicatoires volants, les bains sulfureux et alcalins, l'iode de potassium à l'intérieur, et l'usage sur place de quelques eaux minérales alcalines, comme Vichy, ou chlorurées sodiques, comme Bourbonne, Kreuznach, Nauheim, etc.

DE L'INFLAMMATION DES TROMPES UTÉRINES.

Les trompes peuvent s'enflammer; mais cette inflammation n'est pas souvent primitive, ou du moins elle existe rarement seule. Presque toujours, en effet, elle s'accompagne de quelque lésion de même nature ou de quelque autre altération de l'ovaire, des ligaments larges, de l'utérus et du péritoine. Quoi qu'il en soit, l'inflammation des trompes ne produit, en général, aucune tumeur; les malades accusent, profondément dans le bassin et vers la région iliaque, une douleur plus ou moins vive. Mais en présence des résultats négatifs fournis par l'exploration, et notamment par le toucher, il est absolument impossible d'arriver au diagnostic de la maladie; il en serait peut-être de même si la trompe, étant oblitérée à ses deux extrémités, et si de la matière purulente, s'accumulant dans sa cavité, venait à former une tumeur plus ou moins volumineuse et proéminente dans le flanc. Nous ne pensons pas qu'en pareille circonstance il fût possible d'arriver au diagnostic du siège de l'altération; cela, d'ailleurs, n'offrirait pas ici un grand inconvénient, du moins sous le rapport pratique. Dans les abcès de la trompe le pus peut s'échapper par les mêmes issues que dans les cas d'abcès ovariques.

DES PÉRITONITES.

Le mot *péritonite* signifie inflammation du péritoine.

Historique. — Avant les immortelles recherches de Bichat sur les membranes, on n'avait sur la péritonite que des idées très-confuses, puisque, au commencement même de ce siècle, la généralité des médecins admettait avec Portal, avec Pinel et Bosquillon, que la péritonite n'était jamais indépendante de la phlegmasie des autres viscères abdominaux, avec laquelle elle était confondue. Quoique Johnson, dans sa dissertation sur la fièvre puerpérale (Édimbourg, 1779), et Walter (1785), eussent signalé déjà que le péritoine pouvait s'enflam-