

## II

## PATHOGÉNIE, ÉTIOLOGIE

D'après leur étiologie, les métrites peuvent être divisées en huit classes :

- 1° Métrite puerpérale ;
- 2° Métrite blennorragique ;
- 3° Métrite accidentelle ;
- 4° Métrite tuberculeuse ;
- 5° Métrites secondaires ;
- 6° Métrites crépusculaires ;
- 7° Métrites diathésiques ;
- 8° Congestion utérine.

Cette classification est loin d'être parfaite, mais dans l'état actuel de nos connaissances, elle m'a semblé répondre mieux que toute autre aux besoins de la clinique.

Chacune de ces formes étiologiques ayant des allures qui lui sont propres, je ferai suivre les détails étiologiques et pathogéniques par la description succincte de l'évolution symptomatique.

## 1° Métrite puerpérale.

Il existe deux variétés de métrite puerpérale :

- L'une de la grossesse,
- L'autre du postpartum.

La *métrite de la grossesse* est relativement rare, elle est tantôt antérieure, tantôt ultérieure à la conception.

Elle se traduit par de l'endométrite, atteignant la muqueuse cervicale et la caduque utérine au niveau du corps.

Se manifestant par un écoulement leucorrhéique, visqueux et mucopurulent, elle persiste pendant toute la grossesse, et s'accompagne souvent de métrorragies de faible abondance.

Elle expose à l'avortement et à ses complications, par les entraves qu'elle apporte au développement du placenta, la muqueuse étant également pathologique au niveau de cet organe, et par les adhérences du placenta ou des membranes dont elle est la source et qui compliquent la délivrance.

Le microbe pathogène qui lui donne naissance est encore inconnu.

Beaucoup plus fréquente et mieux connue est la *métrite du postpartum*.

Cette métrite n'est autre qu'une des formes les plus habituelles de la septicémie puerpérale, et se développe par conséquent sous l'influence des mêmes microbes pathogènes.

On peut admettre que presque la moitié des métrites est d'origine puerpérale ; on voit donc l'importance prépondérante de cette cause.

La source la plus fréquente après la puerpéralité est la blennorragie.

Le coït est coupable dans les deux cas, indirectement dans le premier, et directement dans le second.

La métrite blennorragique se développe à l'entrée des spermatozoïdes, et la puerpérale à la sortie du fœtus de l'organisme féminin.

La métrite d'origine puerpérale peut être :

- Aiguë ;*
- Subaiguë ;*
- Insidieuse.*

*Aiguë.* — L'utérus, muqueuse et muscle, est pris en bloc ; il y a inflammation générale de tout l'organe, douleur vive et fièvre intense.

Parfois il y a envahissement inflammatoire du voisinage utérin, se traduisant soit par de la salpingo-ovarite, soit par de la pelvi-cellulite, soit par de la pelvi-péritonite.

A moins d'accident mortel, à cette forme aiguë, succède la forme subaiguë, puis chronique.

Le tissu utérin reste chroniquement enflammé, tout l'organe volumineux ne subissant pas l'involution normale des suites de couches.

L'inflammation périutérine se termine soit par suppuration, soit par induration et résolution progressive.

*Subaiguë.* — Dès le début, qui survient comme précédemment dans les premiers jours du postpartum, les symptômes sont modérés, la fièvre peu intense.

L'utérus, au lieu de subir son involution physiologique, reste gros, hyperplasié et hypertrophié.

Des complications dans le voisinage de l'utérus, analogues à celles qui ont été signalées pour la forme aiguë, peuvent se développer.

Cette forme ne diffère donc de la précédente que par l'acuité bien moindre des accidents.

*Insidieuse.* — C'est la forme la plus atténuée d'inflammation génitale.

Le col a été déchiré au moment de la sortie du fœtus, un peu comme le cercle de papier que franchissent les clowns ou les écuyères de cirque ; si des microbes sont inoculés à la surface de ces déchirures, une suppuration se déclare à ce niveau, et une inflammation chronique envahit tout le col, éclaté sous l'influence de l'accouchement.

Aucun symptôme ne vient d'abord révéler le processus pathologique, pas de fièvre, pas de douleur, simplement un écoulement muco-purulent qu'on prend pour les lochies normales.

La femme se lève, reprend ses occupations habituelles, et elle ne s'inquiète pas de son écoulement génital, car elle ne souffre pas ou à peine.

Puis petit à petit, après des semaines, des mois ou quelquefois des années, l'inflammation chronique a envahi la muqueuse du corps, le muscle sous-jacent du col et du corps; la métrite s'est généralisée, tout en gardant son allure insidieuse presque silencieuse.

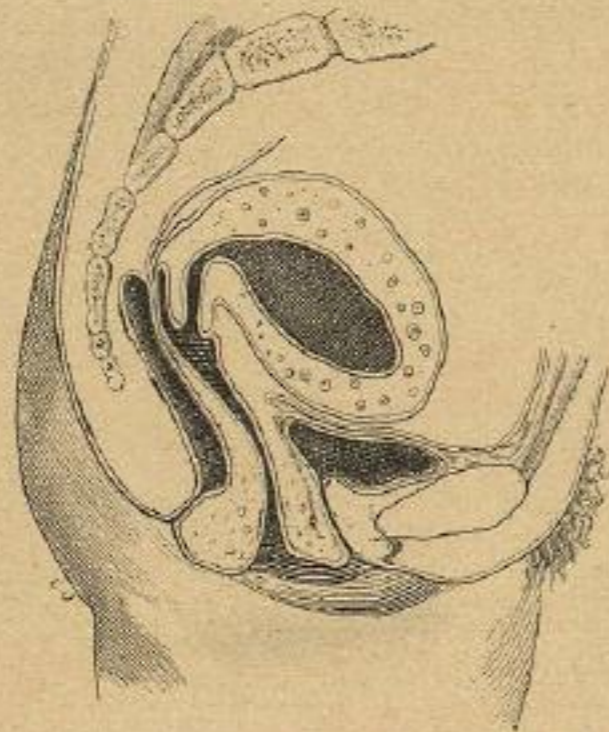


Fig. 259. — Subinvolution utérine. — Métrite subaiguë du postpartum. (Courty.)

La femme souffre des reins, de l'hypogastre, elle maigrit, ses digestions sont mauvaises; il y a un état de santé général qui va en s'aggravant. Un médecin est consulté, l'utérus examiné, et on trouve les signes locaux



Fig. 260. — Déchirure unilatérale du col.

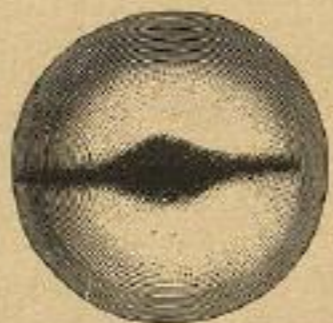


Fig. 261. — Déchirure bilatérale du col.

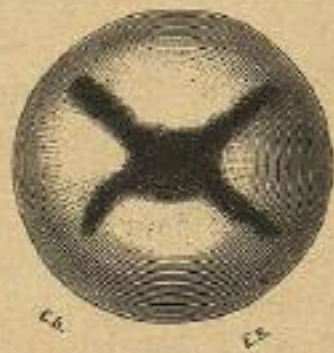


Fig. 262. — Déchirure multiple du col.

d'une métrite prononcée, plus ou moins généralisée à tout l'utérus, bien que les lésions du col soient prédominantes, car elles ont été initiales.

Cette forme insidieuse est le type de métrite puerpérale le plus souvent observé.

### 2° Métrite blennorragique.

Le gonococcus est, avec le microbe puerpéral, la cause la plus fréquente des métrites.

Le rôle du gonococcus semble même plus important que celui du microbe septicémique dans l'étiologie des affections génitales chez la femme.

Ce rôle de l'infection blennorragique a été nettement démontré par Noeggerath<sup>1</sup>, mais ce serait moins par lui-même que ce microbe agirait dans la production de la métrite qu'en préparant le terrain pour la pullulation des autres microbes; il y aurait là une sorte d'infection mixte.

La métrite blennorragique, tantôt succède à la vaginite de même nature, tantôt se produit d'emblée. Cette dernière forme s'observe de préférence à la suite du contact d'organes génitaux mâles atteints de blennorragie ancienne et atténuée, de cette suppuration presque insignifiante quoique contagieuse, qu'on désigne sous le nom de *goutte militaire*.

P. Walton<sup>2</sup> classe en trois groupes les accidents que peut amener la gonorrhée chez la femme, savoir :

« 1° Une jeune femme antérieurement bien portante, peu de temps après son mariage est atteinte de dysménorrhée, d'ovarite, de symptômes pelviens. Le mari a eu la gonorrhée avant son mariage, mais se considère comme guéri depuis longtemps.

« 2° Une femme est mariée depuis quelques années à un homme qui a eu la gonorrhée l'année de son mariage; elle avorte à quatre mois, souffre ensuite d'une salpingite qui est opérée.

« 3° Une femme épouse un homme qui a eu la gonorrhée; après un an de mariage, elle accouche d'un enfant bien portant. Peu de temps après, elle éprouve des troubles pelviens récurrents, et la femme est souffrante pour le restant de ses jours. »

La métrite blennorragique commence par la muqueuse, puis envahit le muscle sous-jacent.

Elle se propage volontiers aux trompes et aux ovaires.

Elle amène assez souvent de la pelvi-cellulite ou de la pelvi-péritonite.

En somme, la blennorragie est susceptible de présenter tous les accidents inflammatoires, qui ont été étudiés à l'anatomie pathologique.

Le plus ordinairement la blennorragie chronique se cantonne dans la trompe où le gonocoque vit silencieusement, attendant une occasion favorable pour amener des accidents aigus soit du côté de la trompe, soit du tissu cellulaire ou du péritoine voisin.

La trompe est ainsi transformée en un foyer latent de désordres inflammatoires.

Les accidents sont tantôt aigus, tantôt au contraire suivent une marche chronique.

Quelques auteurs ont nié la nature blennorragique de certaines inflammations et suppurations génitales anciennes, parce qu'il était impossible de retrouver le gonococcus.

<sup>1</sup> Arch. f. gynæk. Bd. XXXII, heft 2.

<sup>2</sup> La Salpingite Gonorrhéique. Gand, 1893, p. 22.

Mais avec *Noeggerath* on peut admettre que dans ces cas les gonocoques ont pu disparaître après avoir produit les lésions qui existent, ou qu'ils ont échappé à nos moyens d'investigation encore incomplets.

Comme ces cas ressemblent exactement à d'autres où le gonocoque est constatable, il est rationnel, jusqu'à nouvel ordre, de les ranger dans la même classe étiologique, plus satisfaisante pour l'esprit que tout autre.

Dans le cas où le gonocoque ne peut être rencontré, on doit admettre avec *Strauss* qu'il s'agit ou d'une spore ou d'un saprophyte.

Il est admissible que ces spores ou ces saprophytes peuvent vivre un temps indéfini dans les organes génitaux masculins ou féminins, attendant simplement une occasion favorable pour se développer.

Cette hypothèse permettrait d'expliquer la possibilité de blennorragie par simple masturbation ainsi, que *Strauss* en a signalé un cas chez un garçon de seize ans.

Mais le rôle du gonocoque n'est pas seulement intéressant par l'inflammation qu'il produit directement et qui constitue la blennorragie, mais aussi en ce qu'il prépare le terrain pour l'évolution d'autres microbes, donnant ainsi naissance à l'*infection mixte*.

Supposons dans le vagin d'une femme l'existence de microbes passagers tels que le staphylocoque et le streptocoque.

Ces microbes peuvent y séjourner longtemps sans y produire d'accidents, si aucune circonstance spéciale ne vient favoriser leur développement.

Mais si cette femme contracte la blennorragie, alors que le gonocoque aura accompli son œuvre définitive qui est superficielle, car elle se borne à l'épithélium, les autres microbes entreront en scène et produiront à leur tour les accidents qu'amène habituellement leur pullulation.

En pareil cas, les gonocoques auront marché en quelque sorte en éclaireurs, et les autres microbes viennent après eux pour continuer la lutte pathologique.

Cette infection mixte dans laquelle d'autres microbes entrent en action à la suite du gonocoque nous explique pourquoi, dans certaines inflammations qu'on supposait avec raison d'origine blennorragique, on ne trouve plus le gonocoque; il a en effet été remplacé par d'autres microbes.

### 3° Métrite accidentelle.

Par métrite accidentelle, j'entends celle qui est causée par une exploration septique, que le doigt ou un instrument, le plus souvent l'hystéromètre, soit le véhicule de l'élément infectieux.

L'ongle ou la pointe instrumentale, chargés de microbes pathogènes, les inoculent à la surface utérine; pénétration dans les lymphatiques, et à la suite métrite, parfois salpingo-ovarite, pelvi-cellulite ou pelvi-péritonite.

La possibilité de pareilles inoculations impose au gynécologue le devoir de ne faire l'exploration génitale qu'avec des doigts ou des instruments parfaitement aseptiques.

Mais même avec cette précaution, l'inoculation devient encore possible, car les microbes pathogènes préexistent souvent dans la cavité vaginale ou cervicale, et n'attendent que le traumatisme inoculateur, pour leur permettre de franchir le rempart épithélial qui leur fermait l'accès de l'économie.

Aussi l'explorateur ne devra-t-il pas se contenter d'être aseptique, il devra aussi, par une injection préalable, aseptiser les cavités qu'il va explorer, et réduire le traumatisme au minimum, en procédant avec la plus grande douceur.

*Douceur et aseptie* sont les deux conditions indispensables à tout examen génital.

### 4° Métrite tuberculeuse.

La tuberculose génitale, de même que toute autre tuberculose, se produit dans les organismes prédisposés, sous l'influence locale du bacille de Koch.

L'infection peut être — *directe* et résulter du contact de sperme tuberculeux, ou *du contact même* d'organes génitaux masculins atteints de tuber-

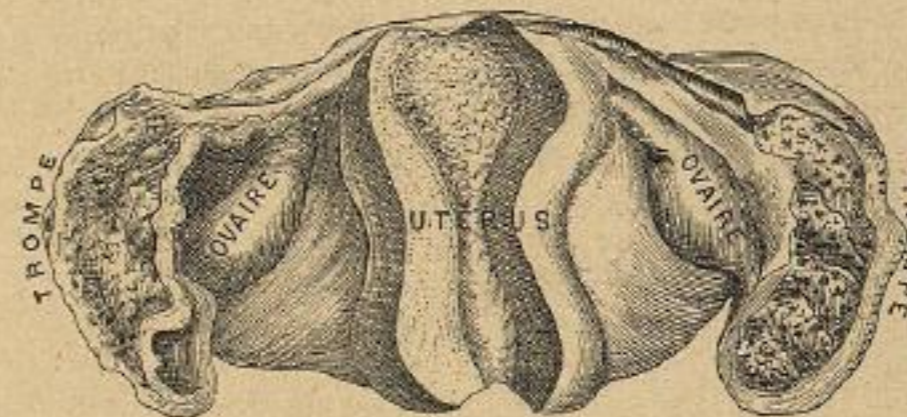


Fig. 263. — Tuberculose des trompes de l'utérus. (Winckel.)

culose — ou *indirecte*; il existe déjà de la tuberculose d'un autre organe et la maladie génitale se développe secondairement, transportée vraisemblablement par la voie sanguine.

La tuberculose évolue volontiers dans les trompes, dans l'ovaire, dans le tissu cellulaire pelvien, dont on connaît la richesse en lymphatiques.

La trompe est toutefois l'organe de choix pour le développement de cette maladie.

La *marche* est en général chronique; on a les symptômes d'une inflammation utérine, salpingienne ou cellulaire, à marche lente, et c'est plus par la présence d'autres lésions tuberculeuses de l'organisme, quand elles existent, que par l'analyse même des symptômes génitaux qu'on arrivera à soupçonner la nature tuberculeuse du processus génital.

Cependant, dans certains cas, l'examen bactériologique de la sécrétion utérine lèvera les doutes étiologiques, en révélant la présence soit du bacille de Koch, soit de granulations tuberculeuses, soit de cellules géantes.

Mais de ce que l'examen reste négatif, il ne faudra pas conclure à l'absence de tuberculose, car, souvent, la métrite tuberculeuse existe en l'absence de ce signe pathognomonique.

La coïncidence de tuberculose avérée en un point quelconque de l'économie, notamment au niveau du poumon, qui en est le siège le plus fréquent, pourra permettre cliniquement de suspecter la nature tuberculeuse de l'affection génitale présentée par une femme.

Toutefois l'examen histologique seul ou encore l'inoculation mettra seule à même d'affirmer ce diagnostic, qui ne peut être fait que par des histologistes distingués, car ces examens sont le plus souvent très difficiles.

Il y aurait cependant intérêt à pouvoir poser nettement ce diagnostic, car toutes les fois qu'on constaterait une lésion tuberculeuse bien localisée au niveau du système génital, il y aurait lieu d'extirper totalement l'organe où elle siège, soit utérus, soit trompe.

Ce diagnostic n'a plus le même intérêt pratique, quand il y a tuberculose d'un autre organe, car on ne peut en pareil cas espérer enlever tout foyer tuberculeux; le traitement palliatif est alors seul admissible, or ce sont justement les cas où on peut, par la coïncidence des autres lésions tuberculeuses, le mieux reconnaître la nature de la maladie.

Ce diagnostic et cette thérapeutique de la tuberculose génitale de la femme n'étant donc encore que très rudimentaires, de nouvelles études et surtout une technique rendant le diagnostic plus facile seront seuls capables d'apporter de nouveaux éléments importants pour la pratique.

##### 5° Métrites secondaires.

Par métrites secondaires, j'entends celles qui sont produites et entretenues par une autre maladie utérine, par une affection du voisinage ou par un corps étranger.

*Affection utérine* : polypes muqueux ou fibreux. Cancer. Fistule.

*Affection péritéritine* : inflammation ou tumeur de la trompe ou de l'ovaire, tumeur des ligaments larges, entretenant par compression ou par irritation l'état pathologique de l'utérus.

*Corps étrangers intra-utérins* : fragment de produits médicamenteux, pessaire intra-utérin, corps étrangers introduits dans un but criminel (témoin le fait communiqué par Herzfeld<sup>1</sup>, où ce médecin put extraire de l'utérus l'extrémité d'un petit crochet; après chaque coït, la femme s'introduisait pareil instrument recouvert de linge jusque dans l'utérus pour éviter la conception. Une manœuvre maladroite l'avait un jour cassé et il y était resté jusqu'à l'intervention du docteur Herzfeld).

##### 6° Métrites crépusculaires.

J'englobe sous cette dénomination les métrites, qui surviennent à l'aurore et au déclin de la vie génitale, et dont la cause, jusqu'à présent mal connue, paraît tenir surtout à l'instauration menstruelle et à la ménopause.

<sup>1</sup> Société impériale de médecine de Vienne, 16 janvier 1889.

Il n'est ici question que des métrites se développant à ces deux périodes extrêmes de l'activité génitale et ne répondant à aucune des causes connues.

La *métrite de la puberté* ou de l'instauration menstruelle, encore appelée métrite virginale, se voit de préférence chez les jeunes filles dont l'établissement des règles se fait avec peine, que l'inflammation utérine en soit la cause ou l'effet.

Elle se traduit par un léger écoulement muco-purulent, avec douleurs à la région lombaire et à l'hypogastre.

Les règles sont particulièrement douloureuses à tel point que, dans certains cas, le repos horizontal devient indispensable à ce moment.

Les difficultés de l'examen, amenées par l'intégrité de l'hymen, rendent le diagnostic difficile, et n'ont permis jusqu'à présent d'étudier cette affection que d'une façon très incomplète.

La *métrite de la ménopause* est caractérisée par un écoulement muco-purulent léger, avec phénomènes de congestion utérine.

L'inflammation paraît à ce moment se développer sous une influence analogue à celle qui produit les métrorragies dites également de la ménopause.

Ce dérangement dans la physiologie de l'utérus, alors que cet organe est à l'agonie de sa période active, est souvent observé, mais la cause en reste obscure.

M. Levrat a décrit sous le nom de *métrite putride cardio-sénile*, une métrite qui se développe après la ménopause chez les femmes atteintes d'affection cardiaque et qui par l'écoulement fétide auquel elle donne lieu, simule le début d'un cancer du corps utérin.

Cette affection guérit facilement et complètement sous l'influence du curage.

##### 7° Métrites diathésiques.

À l'avènement des microbes, alors que dans l'enthousiasme des premières découvertes, on croyait trouver en eux l'origine de toutes les inflammations, les métrites diathésiques ont été niées et reléguées dans le domaine de l'hypothèse.

Ainsi ont disparu les métrites *herpétique, arthritique, syphilitique, scrofuleuse*, dont Martineau en particulier, avait fait une étude si détaillée.

Ces métrites n'existent pas, disent les gynécologues actuels, mais il y a des métrites chez des arthritiques, syphilitiques, scrofuleuses, pouvant être, jusqu'à un certain point, modifiées par la maladie générale, contre laquelle il faut diriger un traitement approprié, si on veut hâter la guérison sollicitée par la thérapeutique locale.

J'ignore ce que l'avenir réserve à ces *métrites constitutionnelles*.

J'ai observé chez des femmes franchement scrofuleuses, des endométrites avec ectropion, ayant une marche essentiellement chronique, et ne dépendant

d'aucune des causes habituelles de la métrite, malgré l'examen étiologique minutieux que j'ai pu faire.

Aussi je ne serais pas éloigné d'admettre que certains états généraux, la scrofule au moins, peuvent de toutes pièces créer un état inflammatoire de la muqueuse utérine, de même qu'au niveau d'autres muqueuses, mais il est encore impossible de se prononcer sur ce point de la pathogénie utérine.

#### 8° Congestion utérine.

Je range ici la congestion utérine, bien que théoriquement elle soit essentiellement distincte de l'inflammation.

Congestion signifie simplement surabondance de sang, tandis qu'inflammation indique la lutte de l'organe contre un microbe.

Autrement dit la congestion est une *hyperémie*, la métrite une *septicémie*.

Il y a quelques années, les élèves d'*Aran* décrivaient la congestion et l'inflammation de l'utérus comme deux états essentiellement distincts, puis, dans l'unique but de simplifier la pathologie utérine, on les a confondues dans une même description, la congestion étant considérée comme le premier stade de l'inflammation.

Distinguons : dans toute métrite il y a en effet une phase congestive qui n'est qu'un des éléments de l'inflammation, mais il existe des congestions passagères de l'utérus qui sont indépendantes de l'inflammation et méritent une mention spéciale.

Cette congestion passagère se produit à la suite d'une fatigue exagérée, d'excès de coït, d'un refroidissement, au moment des règles, quelquefois sans cause appréciable.

Une des causes les plus importantes de cette congestion est la goutte; le nom de *métrite goutteuse* qu'on a donné à cet état est inexact, car il s'agit non pas d'une véritable inflammation mais de congestion.

Cette goutte utérine s'accompagne de métrorragies; c'est le traitement général antigoutteux et notamment le séjour à des eaux minérales appropriées, telles que Contrexéville, Vittel, dans quelques cas Plombières, qui donne les meilleurs résultats thérapeutiques; tout traitement local restant sans influence sérieuse.

La congestion utérine se traduit par de la pesanteur dans l'hypogastre, des douleurs de reins, de la fatigue des membres inférieurs. Elle dure de quelques heures à quelques jours et disparaît sous l'influence du repos.

Cette congestion utérine, qui se produit d'une façon analogue à la céphalgie ou à la migraine, et que j'ai proposé d'appeler *céphalalgie utérine*<sup>1</sup>, est difficile à expliquer comme pathogénie, elle dépend vraisemblablement de l'innervation vaso-motrice de l'utérus.

Quoi qu'il en soit de sa pathogénie et de sa nature, il suffit d'observer cer-

<sup>1</sup> Auvard. *De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique*, 1891, p. 255.

taines femmes pour être convaincu de son existence, comme état indépendant et distinct de la métrite.

Dans ce *chapitre étiologique*, j'ai eu presque exclusivement en vue l'inflammation utérine, car c'est d'elle, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte, que dépend presque toujours l'inflammation des annexes, du péritoine et du tissu cellulaire.

Ces inflammations périutérines étant secondaires, je ne leur consacrerai pas, au point de vue des causes, une description spéciale, leur étiologie est analogue; qu'il me suffise de dire qu'il existe au niveau de l'ovaire une congestion distincte de l'inflammation, rappelant celle qui a été étudiée pour l'utérus.

### III

#### DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Le diagnostic et le traitement des inflammations des organes pelviens varient notablement suivant que les accidents revêtent la forme *aiguë* ou *chronique*, d'où la nécessité de scinder cette étude en deux :

##### A. — ACCIDENTS AIGUS

Début par un frisson ou une fièvre de suite intense, pouls fréquent. Inappétence, vomissements, diarrhée ou constipation.

Douleurs vives dans les reins, dans tout l'abdomen et notamment à l'hypogastre.

Le toucher va conduire au diagnostic.

Figure 264. — Tout l'utérus, col et corps, est gros, douloureux; le voisinage au contraire, normal et souple; il s'agit d'une *métrite*.

Figure 265. — L'utérus est normal, ou ne présente que les signes d'une inflammation ancienne et peu accentuée; partant des cornes de l'utérus, on sent une tumeur d'abord amincie, devenant de plus en plus volumineuse à mesure qu'on descend sur les côtés de l'organe, et se terminant par un renflement (ovaire et pavillon de la trompe), qui se trouve dans la fossette rétro-ovarienne ou le cul-de-sac de Douglas. La maladie est une *salpingo-ovarite*; je réunis ces deux inflammations, bien qu'elles puissent, rarement il est vrai, se rencontrer à l'état isolé.

La salpingo-ovarite est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale.

Figure 266. — L'utérus est normal ou peu altéré, mais au niveau d'un des