

Cornil¹, on verra entre les troubles de la cavité du col et ceux de la muqueuse tubaire la plus grande analogie. C'est le même siège des cellules géantes, au sommet des plis et des villosités ou dans le tissu conjonctif de ces plis; ce sont les mêmes phénomènes inflammatoires, et la même sécrétion muqueuse, les mêmes modifications des cellules épithéliales.

Il est fort possible que l'inoculation tuberculeuse puisse se faire sans érosion ou solution de continuité de la muqueuse du col, par simple contact. C'est du moins ce qui a lieu sur le cobaye, ainsi que l'ont démontré les expériences de Cornil et Dobroklonsky²; mais on ne peut appliquer ces faits à l'espèce humaine qu'avec les plus grandes réserves.

Diagnostic.

Le diagnostic des ulcérations tuberculeuses de la vulve, du vagin ou du col utérin, ne sera fait avec quelque chance de certitude que dans les cas où ces lésions coexistent avec des altérations pulmonaires avancées qui peuvent mettre le clinicien sur la voie. La découverte des follicules tuberculeux, et surtout des bacilles, sur un fragment obtenu par le grattage ou l'excision, sera seule pathognomonique : toutefois, un résultat négatif ne pourra faire affirmer qu'il ne s'agit pas de tuberculose. Dans les cas de lésions génitales primitives, on risquera fort de la confondre avec une affection plus fréquente; c'est ainsi que Péan avait cru à un cancer au début dans le cas d'ulcération du col qui, après l'hystérectomie, a été reconnue tuberculeuse.

Traitement.

Le traitement doit être palliatif, s'il s'agit de phtisiques avancées, énergique dans le cas contraire. On cautérise au fer rouge, on pansera les ulcérations du vagin à l'iodoforme. On excisera largement les trajets fistuleux. On n'hésiterait pas à pratiquer l'hystérectomie même pour une ulcération du col très circonscrite, si le diagnostic en était certain.

Tuberculose de l'utérus.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Dans l'utérus, la tuberculose est presque toujours secondaire. On en a indiqué, un peu théoriquement, trois formes : 1° une forme miliaire aiguë rare, qui n'offre aucun intérêt au point de vue clinique et qui n'est qu'un épiphénomène dans le cours d'une infection générale de l'économie, avec prédominance des symptômes généraux; 2° une forme interstitielle à marche torpide, essentiellement chronique, rare également, dont le diagnostic est impossible, mais qui pourrait se manifester subitement par un acci-

¹ CORNIL ET TERRILLON. *Anatomie et physiologie pathologiques de la salpingite et de l'ovarite* (Arch. de physiol., 16 nov. 1887, p. 550).

² CORNIL. *Journ. des connaiss. méd.*, 30 août 1888.

dent grave, tel que rupture utérine, obstacle à l'accouchement, etc., résultant de l'altération du tissu utérin et de la gêne apportée à l'action physiologique de cet organe par les tubercules interstitiels; 3° une forme ulcéreuse, qui est la plus fréquente et la plus importante. Dans cette dernière forme, les lésions, au début, ressemblent à celles de l'endomérite, auxquelles viennent s'ajouter des nodules spéciaux

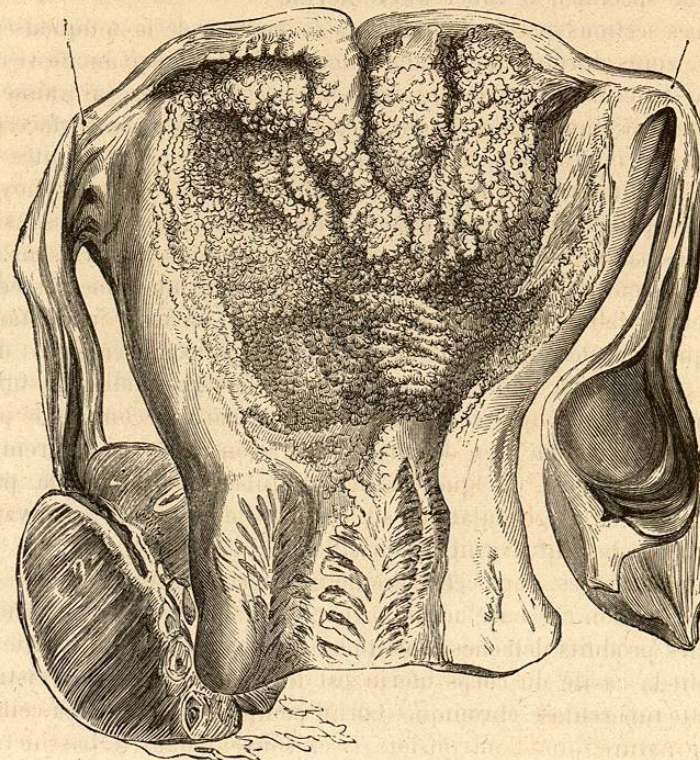


Fig. 569. — Tuberculose de l'utérus et des trompes (Barnes).

L'utérus est représenté ouvert; on voit sa surface interne revêtue d'un magma caséux; le col est sain.

et des cellules géantes contenant des bacilles. Plus tard, les follicules tuberculeux devenant confluent, toute la muqueuse est infiltrée par un tissu formé de petites cellules; elle présente, alors, une dégénérescence caséuse totale, elle est jaunâtre et opaque dans une profondeur de 1 à 2 millimètres; au-dessous, la tunique musculieuse est souvent hypertrophiée. Ni à la surface de la muqueuse, ni sur la coupe, on ne distingue, à l'œil nu, de granulation tuberculeuse, rappelant la description classique de la tuberculose miliaire des séreuses. La cavité de l'utérus est, parfois, remplie d'un magma

épais, caillebotté. Il peut arriver qu'elle soit transformée en une poche de pus par l'oblitération du museau de tanche¹.

Ordinairement, la lésion s'arrête nettement à la partie supérieure du col, qui reste intact; la limite peut être marquée par une ulcération taillée comme à l'emporte-pièce. Voici, d'après Cornil², les altérations que révélait l'examen microscopique sur une pièce qui était un beau spécimen de tuberculose utérine :

« Les sections perpendiculaires à la surface de la muqueuse du corps, après durcissement dans l'alcool, n'ont montré aucun vestige de sa structure normale; ni épithélium, ni glandes, ni vaisseaux sanguins reconnaissables. Toute la partie caséuse de la surface présentait, au microscope, une couche homogène formée de petites cellules mortifiées, vitreuses, ne se colorant plus, dont les noyaux étaient à peine teintés en rose par le picro-carmin. Les cellules étaient séparées par de minces fibrilles entre-croisées dans tous les sens.

Au-dessous de cette couche mortifiée, il y avait une zone possédant de petites cellules vivantes et, entre elles, de distance en distance, quelques cellules géantes. Puis, venaient les plans musculaires; dans cette paroi musculeuse, on voyait aussi quelques follicules tuberculeux. Sur les coupes comprenant toute la paroi, y compris le péritoine, on avait donc : en dedans, l'infiltration caséuse qui remplaçait la muqueuse, quelques follicules tuberculeux dans la paroi musculaire et les granulations situées dans le péritoine. « J'ai vainement cherché, dit Cornil, les bacilles de la tuberculose, sur une dizaine de coupes, dans cette muqueuse utérine dégénérée. »

L'infiltration caséuse accompagnée de mortification superficielle, dont les produits détachés constituent le pus caséux, caillebotté qui remplit la cavité du corps utérin est le type le plus caractéristique de cette tuberculose chronique. Cornil compare cette lésion à celle de même nature, que l'on constate assez souvent dans le bassin, les calices et les uretères. « Cette similitude, dit le savant professeur, saute aux yeux. Il s'agit, dans le corps utérin comme dans les voies d'excrétion de l'urine, d'un épaissement blanc-jaunâtre, opaque, avec induration de la muqueuse; celle-ci est tout à fait mortifiée et sa surface se délite en une fragmentation moléculaire dont les particules, mêlées au pus, lui donnent son apparence grumeleuse. Au microscope, c'est aussi tout à fait la même apparence; la couche, plus ou moins épaisse, de la surface caséuse présente un aspect homogène, une infiltration uniforme par de petites cellules, sans qu'on rencontre de vestiges d'îlots tuberculeux distincts. C'est à peine si dans la couche profonde encore vivante on peut distinguer de loin en

¹ CORNIL. *Journ. des connaiss. méd.*, 26 juill. 1888, p. 254.

² CORNIL. *Ibid.*, 19 juill. 1888, p. 226.

loin une cellule géante reconnaissable. Dans la tuberculose chronique avec infiltration caséuse des uretères et du bassin, il est, également, fort difficile et long de trouver un ou deux bacilles. Il résulte de ce que nous venons de dire de l'anatomie pathologique de la tuberculisation de la muqueuse des trompes et de l'utérus qu'on ne trouve habituellement, ni à l'état récent ni à l'état chronique, de granulations tuberculeuses évidentes à l'œil nu, ni même au microscope et répondant aux descriptions classiques des tubercules. On a pris, en effet, comme type la granulation des séreuses, et ce type ne se rencontre que très rarement dans la muqueuse génitale. »

La rareté des bacilles, dans la tuberculose utérine, ne doit pas étonner. Il est certain qu'il en existe, mais, de même que dans la plupart des tuberculoses locales (tubercules du testicule, lupus, etc.), ils y sont en très petit nombre, probablement parce que les lésions sont anciennes. Doyen en a trouvé à l'autopsie d'une jeune femme morte de fièvre puerpérale qui présentait aussi des tubercules de la muqueuse et du muscle utérin¹.

Les symptômes, au début, sont ceux de la métrite ordinaire avec une augmentation de volume plus prononcée; aussi, cette affection qui est, peut-être, plus fréquente qu'on ne le suppose ordinairement², passe-t-elle le plus souvent inaperçue. La nature caséuse des sécrétions et la coexistence d'autres lésions du côté des trompes et du poumon doivent faire rechercher les granulations et les bacilles qui seuls sont caractéristiques. Toutefois, le diagnostic histologique présente de grandes difficultés : il ne faut pas s'attendre à trouver dans la muqueuse utérine le follicule tuberculeux tel qu'on le rencontre dans les séreuses (Cornil). Il se peut, d'autre part, que la granulation élémentaire de Virchow, seule lésion constante de la tuberculose, soit difficile à différencier d'un stroma, déjà très riche, sinon exclusivement composé d'éléments identiques; enfin, la cellule géante, qui pourrait être rencontrée, d'après certains auteurs, dans l'endométrite interstitielle, ne saurait prétendre à elle seule à trancher le diagnostic. Pourtant, d'après Paul Petit, on pourra déterminer avec une certitude presque absolue la nature tuberculeuse d'une endométrite, si les coupes des débris fournis par le raclage font reconnaître les caractères suivants : cellules interstitielles mortifiées ou atrophiées par place d'une façon diffuse, ou en traînées; cellules géantes en plus ou moins grand nombre; nodules embryonnaires se détachant du stroma et paraissant développés autour des vaisseaux dont la lumière est, ou non, conservée; glandes nombreuses, flexueuses, dilatées, tapissées d'éléments épithéliaux considérablement allongés ou qui ont subi la transformation

Symptômes et
Diagnostic.

¹ E. DOYEN. (de Reims) *Journ. des Conn. méd.*, 1888, p. 227.

² JOUIN. *Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, juill. 1889, p. 319.

épithélioïde¹. On devra, dans ce but, procéder à un curettage explorateur, qui permettra, aussi, d'éviter toute confusion avec le cancer du corps utérin.

Traitement.

Traitement. — Si l'état du poumon permettait même une opération radicale, on devrait faire l'hystérectomie vaginale², au lieu de s'attarder à un traitement insuffisant par la curette. L'utérus est-il trop volumineux et les trompes sont-elles douteuses, il ne faut pas hésiter à enlever ces organes par la laparotomie : on fera l'hystérectomie supravaginale, si le col est intact, et l'hystérectomie totale, s'il est altéré.

Tuberculose des ovaires et des trompes.

Anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Les ovaires sont très rarement atteints isolément; on en connaît quelques cas cités par Klob³ et Spencer Wells⁴; les lésions des trompes sont, au contraire, des plus fréquentes. Terrillon⁵ a vu les lésions exister simultanément dans la trompe et dans l'ovaire, 3 fois sur 6.

On a aussi observé des lésions tubaires dans la plupart des cas d'endométrite tuberculeuse, et ce sont elles, sans doute, qui sont alors la source primitive de l'infection⁶. A l'œil nu, on observe des lésions qui rappellent beaucoup celles de la salpingite suppurée avec ou sans dilatation kystique. Le pyo-salpinx peut être considérable et contenir deux litres de pus⁷. L'adhérence et la diffusion vers les parties voisines le transforme en abcès pelvien (fig. 370).

Pour peu que la lésion soit ancienne, elle ne tarde pas à retentir sur le péritoine et à y provoquer des fausses membranes et des épanchements séreux enkystés de péri-méthro-salpingite.

¹ La recherche des bacilles dans les coupes demande beaucoup de temps et n'est que trop souvent infructueuse, quelque habileté qu'on y mette. Elle doit se pratiquer sur des coupes très fines et peu étendues. Outre les nombreuses modifications du procédé d'Ehrlich pour lesquelles on doit consulter les traités spéciaux, on peut recourir au procédé suivant : faire séjourner la coupe une demi-minute dans le picro-carmin, une minute dans l'alcool à 70 degrés mélangé d'acide chlorhydrique à 0,75 0/0 ou la plonger, durant 24 heures, dans la solution d'Ehrlich au violet de méthyle, puis, pendant quelques secondes, dans une solution alcaline d'acide nitrique à 4 0/0; déshydrater et monter dans le baume. Si l'examen histologique ne donne rien de certain, on doit recourir, selon le conseil de CORNIL, à l'ensemencement du liquide utérin dans un tube de gélose glycéinée ou, mieux encore, à l'inoculation de ce même liquide dans la cavité péritonéale d'un cobaye. Selon DAURIOS, on peut, après 12 jours, ouvrir l'animal et la preuve est faite. (PAUL PETIT, *Nécessité d'un diagnostic précis en gynécologie*, in *Now. Arch. d'obst. et de gyn.*, 25 janv. 1890, p. 4.)

² DAURIOS (*loc. cit.*) cite un succès de PÉAN (hystérectomie vaginale).

³ KLOB, *Path. Anat. der weib. Sexualorg.*, p. 372.

⁴ SPENCER WELLS, *Traité*, etc., p. 64.

⁵ TERRILLON, *Arch. de tocol.*, août 1889, p. 581.

⁶ P. MÉNÉTRIER (*Bull. de la Soc. anat.*, juill. 1889, p. 472) en a publié un bel exemple.

⁷ WERTH, *Ueber Genitaltuberculose* (3^e congrès all. de gynécol., Fribourg, 1889. in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 29, p. 499).

Fernet¹ a même signalé, dans certains cas, l'envahissement progressif de la plèvre, et la production de tuberculoses péritonéo-pleurales subaiguës, ayant pour point de départ une lésion primordiale des organes génitaux. Cet envahissement se fait par les lymphatiques, que Hegar a vus, une fois, injectés de matière caséuse. La communication lymphatique de la plèvre avec le péritoine à travers le dia-

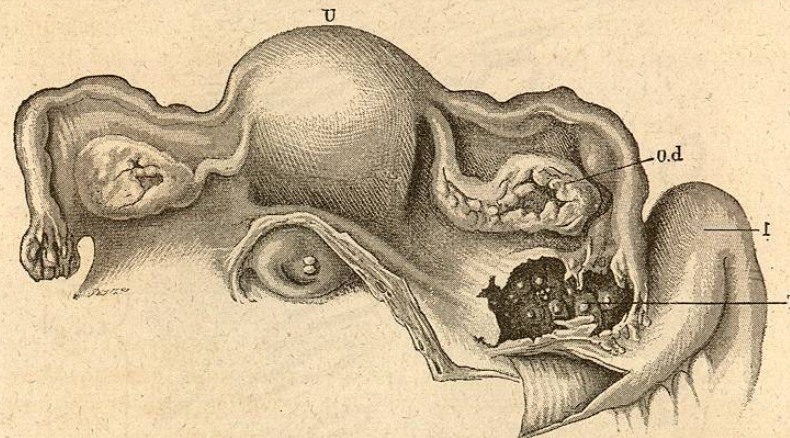


Fig. 370. — Tuberculose primitive des trompes et des ovaires.

U. Utérus vu par sa face postérieure; sur la lèvre postérieure du col existent deux petits kystes muqueux; O. d. ovaire droit renfermant des masses caséuses ramollies qui se sont évacuées quand on a déchiré les adhérences; T. trompe droite dilatée et adhérente faisant partie d'un abcès pelvien tuberculeux qui est limité également par l'anse intestinale de l'iléon. I. L'ovaire et la trompe gauches sont tuberculeux, ainsi que la muqueuse utérine. Il existait de la tuberculisation (secondaire?) du poumon droit (Kotschau).

phragme explique très bien son infection. Les ganglions mésentériques sont souvent dégénérés.

Les tubercules de la trompe, développés primitivement ou consécutivement à l'apparition de granulations dans le péritoine voisin, se reconnaissent, à l'œil nu, par l'accroissement de volume de l'organe, par les granulations semi-transparentes ou jaunes qui existent à sa surface ou dans sa paroi musculaire, et par son contenu. Après l'ouverture longitudinale de la trompe, on reconnaît qu'elle est dilatée, que la paroi épaissie montre des îlots tuberculeux le plus souvent visibles à l'œil nu et qu'elle renferme un liquide plus ou moins épais, puriforme, grumeleux, caséux, dont les caractères sont les mêmes que ceux de la tuberculose du corps de l'utérus (fig. 371).

Les coupes transversales, obtenues après durcissement dans l'alcool, montrent un épaississement de la paroi et des végétations hypertrophiées, ramifiées. Dans l'épaisseur et à la surface interne de ces végé-

¹ FERNET, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1884, p. 444.

tations et de ces villosités, on trouve très souvent des *cellules géantes* considérables, avec des noyaux multiples ovoïdes, affectant souvent la forme de bâtonnets repliés, sinueux ou arborisés et parfois des

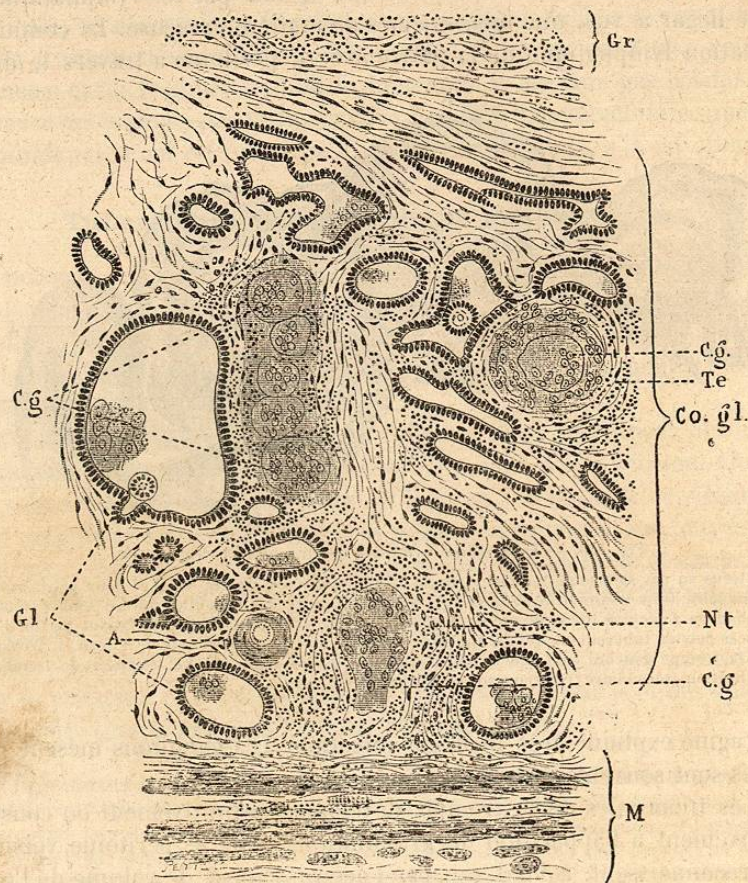


Fig. 571. — Tubercules des trompes. Coupe de la paroi d'un pyo-salpinx (Grossissement de 150 diam.).

Co. gl. Couche glandulaire : restes de la tunique muqueuse où l'on voit des glandes dilatées. C. g. Cellule géante, au centre d'un tubercule formé d'un amas de cellules épithélioïdes; Nt. nodules tuberculeux avec cellules géantes; A. coupe transversale d'une artériole; Gl. coupe de tubes glandulaires; Gr. Couche interne de granulations; M. Couche musculaire, à l'extérieur (Münster et P. Ortmann)¹.

concrétions cristallines (fig. 572). La surface libre des villosités et plicatures est presque partout tapissée de cellules cylindriques à cils vibratiles. Par places, ces cellules épithéliales ont subi une transfor-

¹ H. MÜNSTER et P. ORTMANN. *Ein Fall von Pyo-salpinx auf tuberkulöser Grundlage* (Arch. f. Gyn., 1887. Bd. XXIX, p. 97).

mation muqueuse et granuleuse, ou bien elles sont desquamées et libres dans du mucus, avec quelques globules de pus. La coloration des coupes avec la rubine, dans le but de chercher les bacilles de la tuberculose, n'en a pas toujours fait découvrir. Outre les cellules géantes et de petits follicules tuberculeux développés dans les végétations, on peut trouver des follicules plus ou moins volumineux, contenant des cellules géantes, dans la paroi fibro-musculaire du conduit.

Dans les cas d'altérations plus anciennes, on peut voir, sur les coupes de la poche purulente formée par la trompe, une couche

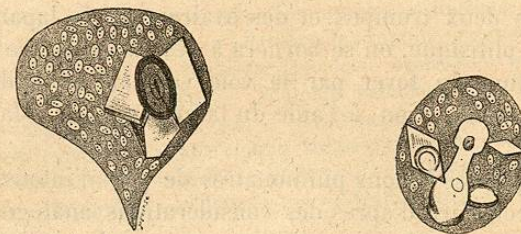


Fig. 572. — Cellules géantes dans la tuberculose génitale. (Grossissement de 540 diam.)
Cellules géantes à plusieurs noyaux, provenant de tubercules miliaires de la muqueuse de la trompe; on y voit des concrétions cristallines de diverses formes (Münster et P. Ortmann).

continue de tissu embryonnaire, sans saillies, à la surface interne. Au-dessous de cette couche interne, il y a un tissu fibreux parsemé de follicules tuberculeux parfaitement nets dont plusieurs renferment des cellules géantes multinucléées. La paroi de la trompe est infiltrée de petites cellules, et offre aussi quelques follicules tuberculeux. Dans la couche de tissu fibreux intermédiaire entre la paroi et la couche embryonnaire, on voit des inclusions d'épithélium, provenant des cellules épithéliales du revêtement de la muqueuse de la trompe et présentant la forme de glandes en tubes. A leur périphérie, on observe des cellules d'épithélium cylindrique régulièrement disposées en palissade. Dans la partie centrale de l'inclusion, il existe des cellules arrondies ou ovoïdes, pâles, se colorant en jaune par le micro-carmin et dont les noyaux ne sont plus visibles. C'est un amas de cellules mortifiées et devenues muqueuses, agglutinées les unes avec les autres (Cornil). Cette lésion, comme on le sait, a été appelée : *nécrose par coagulation*.

Les *bacilles de Koch* ont été souvent recherchés en vain dans des salpingites certainement tuberculeuses; ils ont pourtant été rencontrés, quoique en petite quantité, par Ortmann¹, Werth, etc.

¹ ORTMANN. *Soc. de gyn. de Berlin*, 13 juill. 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 754).

Symptômes.

Les **symptômes** sont les mêmes que ceux d'une salpingite non tuberculeuse, et l'on doit faire, le plus souvent, le diagnostic de probabilité par exclusion de toute autre cause, en tenant compte des antécédents héréditaires et des manifestations qui peuvent exister dans les poumons. On a donné comme caractéristique la disposition noueuse de la tumeur salpingienne et la fréquence des poussées aiguës de pelvi-péritonite : elles n'ont cependant rien de spécial, car on les rencontre dans tous les pyo-salpinx.

Traitement.

Au point de vue du **traitement**, il faut distinguer deux conditions distinctes, selon qu'il existe ou non une tuberculose pulmonaire.

Si les poumons sont sains, on tâchera de faire l'extirpation complète des deux trompes et des ovaires par la laparotomie. Si la femme est phthisique, on se bornera à des palliatifs. De ce nombre sera l'ouverture du foyer par la voie vaginale ou abdominale et sa soigneuse désinfection, à l'aide du tamponnement à la gaze iodoformée.

S'il n'y a que des lésions pulmonaires de peu d'intensité, le chirurgien se conduira d'après des considérations analogues à celles qui le guideraient, s'il s'agissait de tout autre foyer de tuberculose locale.

Hegar conseille d'intervenir dans la tuberculose primitive, dès que le diagnostic a pu être posé, surtout quand le processus ne paraît pas devoir se limiter. Dans la tuberculose secondaire, on interviendra si, l'état des poumons restant stationnaire, la lésion génitale tend à s'aggraver. La péritonite tuberculeuse n'est pas une contre-indication : on a vu, au contraire, la laparotomie avoir sur elle la plus heureuse influence¹.

En 1886, Hegar avait observé 1 mort sur 6 opérées. Les résultats éloignés paraissent satisfaisants. Une femme, opérée depuis 5 ans, se trouvait en assez bon état, quoiqu'elle eût eu une rechute; une autre avait eu, 4 mois après l'opération, une pleurésie grave, mais s'est tout à fait rétablie, et est restée guérie depuis un an. Les autres malades étaient opérées depuis trop peu de temps pour que le résultat pût être rapporté. Terrillon a eu, également, plusieurs succès encourageants.

¹ F. SCHWARZ. *Wien. med. Woch.*, 1887, nos 15-16, p. 585 et suiv.

LIVRE XII

HÉMATOCÈLE PELVIENNE INTRA ET EXTRA-PÉRITONÉALE.

Définition. Division. — I. Hématocèle pelvienne intra-péritonéale. — Synonymie. Aperçu historique. — Étiologie. — Pathogénie : rupture variqueuse; troubles de l'ovulation; reflux par les trompes; apoplexie ovarienne; pachypéritonite; grossesse extra-utérine rompue. — Anatomie pathologique. — Symptômes. — Marche. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. Incision vaginale. Laparotomie sous-péritonéale. Laparotomie trans-péritonéale. — II. Hématocèle extra-péritonéale. — Synonymie. — Étiologie. — Pathogénie. — Anatomie pathologique. — Symptômes. — Diagnostic. — Traitement.

Définition. Division. — L'épanchement de sang, l'**hémorragie intra-pelvienne**, ne doit pas être confondue avec l'**hématocèle**. Ce mot, qui a une signification à la fois anatomique et clinique, doit être réservé aux collections sanguines enkystées. Ainsi que je le dirai, l'effusion sanguine ne revêt un pareil caractère que dans des conditions pathogéniques spéciales qui assurent à la lésion une longue durée et en font, dès lors, une entité morbide distincte¹.

Le sang épanché peut occuper deux sièges différents :

1° Dans l'intérieur du péritoine, généralement en arrière de l'utérus : c'est l'**hématocèle intra-péritonéale**, la première dont l'histoire clinique a nettement été tracée.

2° Au-dessous de la séreuse, dans les ligaments larges et jusque dans le tissu cellulaire péri-vaginal : il y forme de véritables **thrombus**, et c'est sous ce nom que les anciens auteurs² avaient désigné la lésion. Le nom d'**hématocèle extra-péritonéale**³ est, assurément, moins juste que celui d'**hématome**⁴; mais il a été consacré par l'usage.

¹ Ainsi, l'épanchement sanguin qui se fait souvent par le pédicule mal lié d'un kyste ovarique (SPENCER WELLS) ne mérite pas le nom d'hématocèle. Cet écoulement intra-péritonéal donne lieu à quelques troubles, mais se résorbe, sans former de tumeur.

² DENEUX. *Thrombus des ligaments larges*. Paris, 1855.

³ HUGUIER. *Bull. de la Soc. de chir.*, mai 1851, t. II, p. 141.

⁴ J. KUHN. *Ueber Blutergüsse in die breiten Mutterbänder, etc.*, Zurich, 1874. — A. MARTIN. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VIII, p. 476.