

où il y ait eu coïncidence d'ulcère rongeur et de grossesse, à moins que les faits décrits par madame Lachapelle (1) et d'autres auteurs français comme des cas de cancer, ne puissent se rapporter à cette maladie. Dans la première observation, la maladie a-t-elle débuté avant ou après la grossesse? Je ne puis en être sûr, mais je serais plutôt porté à croire qu'elle datait de cinq ou six mois auparavant.

2° Il est à remarquer que la rupture du col utérin, qui se produisit évidemment pendant le travail, ne fut accompagnée d'aucune douleur subite très-violente et ne fut pas suivie de collapsus ;

3° Que la péritonite qui survint ensuite, quoique fort étendue, ne fut que très-légalement indiquée par les symptômes. Le pouls n'était que fort peu modifié, l'abdomen ne se tuméfia que la veille de la mort, et enfin la sensibilité à la pression était comparativement très-légère.

CHAPITRE IX

TUBERCULES DE L'UTÉRUS (2)

[De tous les auteurs qui ont traité des maladies des organes génitaux de la femme, Boivin et Dugès et Scanzoni sont les seuls qui aient consacré quelques pages à la tuberculose de l'utérus. Jusqu'en 1831, époque à laquelle M. Reynaud publia un mémoire sur le sujet, à peine cette affection est-elle signalée d'une façon même incidente. L'obscurité des symptômes souvent cachés par les phénomènes plus graves se montrant du côté d'autres organes importants (poumons, intestins, péritoine), explique suffisamment le peu de compte qu'on avait tenu de cette lésion, jusqu'à un moment où des études anatomo-pathologiques plus complètes en ont démontré l'existence réelle et même indépendante de toute autre altération. Les travaux de Aran, de Bernutz et Goupil, Siredey, en France, sont venus appeler l'attention sur cette localisation de la diathèse tuberculeuse. Enfin, Brouardel, mettant à profit les travaux de ses devanciers, a recueilli les éléments épars qui lui ont servi à compléter ses recherches personnelles. Aussi lui emprunterons-nous beaucoup pour faire de la tuberculisation des organes génitaux de la femme une description.]

(1) Lachapelle, *Pratique des accouchements*. Paris, 1825, t. III.

(2) BIBLIOGRAPHIE. — Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 305. — Reynaud, *De l'affection tuberculeuse de l'utérus* (*Arch. gén. de méd.*, août 1831, 1^{re} série, t. XXVI, p. 486). — Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*. Paris, 1858, p. 103, 167 et 199. — Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*. Paris, 1858, p. 235. — Bernutz et Goupil, *Clinique médicale des maladies des femmes*. Paris, 1860-62. — Brouardel, *De la tuberculisation des organes génitaux de la femme*, thèse inaugurale. Paris, 1865.

M. Brouardel, après quelques considérations générales consacrées à l'influence qu'exercent les diathèses sur les fonctions utérines, étudie le tubercule en lui-même pour en arriver à ces conclusions, que ce n'est pas une lésion, toujours *une*, que le vrai tubercule se développe toujours dans le tissu connectif, que le produit dont il étudie l'évolution dans les organes génitaux est un produit se développant, il est vrai, chez les sujets tuberculeux ou scrofuleux, mais n'ayant du vrai tubercule ni les caractères anatomiques, ni les caractères cliniques ; il l'appelle produit tuberculeux ou phymatoïde, ou bien il lui donne le nom de *tubercule en nappe*, aussi différent du vrai tubercule que l'inflammation franche, aiguë, chez un individu sain de toute diathèse, est différente de l'inflammation chez un scrofuleux. L'examen des faits, l'observation microscopique faite par les auteurs les plus autorisés sont venus confirmer ces opinions.

Dans tous les cas rapportés par M. Brouardel, le tubercule est, en effet, déposé en nappe, en couche plus ou moins épaisse sur la muqueuse utérine, comme on le voit quelquefois revêtir d'autres cavités muqueuses, ou certaines cavités accidentelles (cavernes). Cette forme se distingue de la forme granuleuse par la lenteur de son développement, par sa marche progressive, enfin, par sa localisation plus marquée. En outre, cette nappe tuberculeuse se développe presque toujours chez les scrofuleux ; là une inflammation antérieure semble avoir préparé un terrain plus favorable à son éclosion et à son développement.

C'est cette forme du tubercule qu'on observe presque constamment dans les organes génitaux de la femme.

§ I. — Causes.

Moins rare que n'aurait pu le faire supposer l'ignorance où l'on était resté sur ce sujet jusqu'en ces dernières années, la tuberculisation de l'appareil utérin a été, suivant Namias (1), constatée 12 fois chez 100 phthisiques. Dittrich (2) a trouvé une proportion beaucoup moindre, puisque sur quarante phthisiques la tuberculose utérine n'avait été observée qu'une fois. M. Brouardel a pu en réunir 56 cas. Wilh. Geil (3), Kiwisch (4), Paulsen (5), en ont publié un certain nombre. En somme, on voit que c'est une affection relativement peu commune, si l'on considère pour quelle part la tuberculisation entre dans les maladies de certains autres organes.

(1) G. Namias, *Sulla tuberculosi dell' Utero e degli organi ad esso attenenti*, 1^{er} mém. (*Mem. dell' istituto stesso*. Venezia, 1858, vol. VII.) 2^e mémoire (*id.* Venezia, 1861, vol. IX, p. 7).

(2) Dittrich, *Mémoires de l'Institut de Prague*.

(3) Geil, *Ueber die Tuberculose der weibl. Genitalien*. Inaug. Abhandl. Erlangen, 1851.

(4) Kiwisch, *Klinische Vorträge*. Prag, 1849, t. I, p. 240.

(5) Paulsen, *Schmid's Jahrbucher*, 1853, t. LXXX.

C'est surtout pendant la période d'activité de l'utérus, entre vingt et quarante ans, que les femmes sont le plus exposées à cette affection; cependant on en a observé quelques exemples chez de très-jeunes enfants et chez des vieilles femmes.

De toutes les causes, celle qui joue le rôle le plus important c'est sans contredit la scrofule, témoin ces faits de tuberculose utérine où il existait primitivement chez les malades des lésions osseuses graves, avec dépôt de matière tuberculeuse dans les articulations (1) et dans d'autres organes.

Les inflammations des organes contenus dans le petit bassin, surtout chez les femmes prédisposées, viennent déterminer la localisation du produit tuberculeux dans l'utérus ou ses annexes; aussi, comprendra-t-on sans peine que les avortements, les grossesses répétées, agiront dans ce sens, soit en affaiblissant la constitution, soit en occasionnant de ces inflammations si communes dans l'état puerpéral. Namias (2) et Rokitansky (3), en signalant cette cause, font remarquer que c'est le plus souvent la surface d'implantation du placenta qui est le siège du dépôt tuberculeux.

Il n'est pas douteux que la phthisie, qui exerce une influence si marquée sur les fonctions de l'utérus en dehors de toute localisation tuberculeuse (4) dans l'organe, ne soit par cela même une cause à ajouter à celles que nous venons de signaler.

§ II. — Symptômes.

La symptomatologie de la tuberculose utérine, il faut le dire, est bien pauvre; souvent, en effet, on est réduit à en soupçonner seulement l'existence; plus souvent encore elle est méconnue, soit à cause de la prédominance des symptômes graves auxquels donnent lieu les affections concomitantes d'autres organes, soit à cause de l'analogie qui existe entre les signes locaux ou généraux de beaucoup d'affections utérines plus communes que la tuberculisation.

Si la tuberculisation générale existe chez des malades déjà frappées de tuberculisation générale, outre les signes de la phthisie, on constate quelques phénomènes locaux qui, pris à part, n'ont certes pas une valeur absolue, mais qui, réunis, peuvent quelquefois amener le médecin à diagnostiquer cette lésion.

Au début on ne constatera guère que les signes de la métrite chronique,

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, t. IV, p. 674. — Crocq, *Archives générales de médecine*, 5^e série, t. XVI, 1860, p. 215.

(2) Namias, 2^e mémoire, p. 5.

(3) Rokitansky, *Pathologische Anatomie*, t. III, p. 549.

(4) Aran, *Leçons cliniques sur les mal. de l'utérus et de ses annexes*. 1858, p. 103-167.

sensation douloureuse plus ou moins vive dans le bassin, dans les reins, les aines, besoin d'uriner, etc., et surtout leucorrhée abondante si commune chez les phthisiques, et que M. Brouardel regarde comme le prélude de l'évolution tuberculeuse dans l'utérus. Les douleurs n'irradient point comme dans les névralgies ou les dysménorrhées. Si le péritoine est pris comme il arrive le plus souvent, les douleurs sont très-vives. Les troubles de la menstruation sont si fréquents au début de la phthisie, et plus souvent encore à une période plus avancée, qu'ils ne peuvent, dans l'affection qui nous occupe, constituer un signe de quelque valeur que dans les cas où la tuberculisation utérine existe seule. Alors l'aménorrhée est la forme sous laquelle se montrent les troubles menstruels, rarement on a observé la ménorrhagie. Tyler Smith, Kiwisch et madame Boivin en ont cependant cité des exemples. Les écoulements sont tantôt transparents, tantôt opaques, ils sont blancs, jaunâtres, verdâtres, d'une odeur désagréable; suivant M. Pelvet (1) et Tyler Smith (2), cette odeur rappellerait quelquefois celle du cancer. Somme toute, ce signe, qu'il est bon de noter, n'offre cependant pas une valeur bien grande au point de vue du diagnostic.

On a signalé aussi le prurit vulvaire qui n'offre, en pareil cas, rien de spécial. On comprendra que les rapprochements sexuels, surtout dans les cas si fréquents où il existe de la pelvi-péritonite, soient douloureux et même quelquefois impossibles. Enfin M. Nonat a décrit une forme d'entérite qu'il désigne sous le nom d'*entérite glaireuse* (3), due peut-être à la propagation de l'inflammation du voisinage.

Le palper abdominal et le toucher fourniront au médecin des renseignements précieux. Par la palpation, on constate que l'utérus est augmenté de volume, quelquefois dans des proportions considérables (4), que les annexes sont ou non hypertrophiés; on explore aussi par ce moyen la sensibilité des parties contenues dans le bassin. S'il existe, comme c'est la règle, de la péritonite chronique, la sensibilité du ventre, le relief des anses intestinales distendues par des gaz et reliés entre elles par des fausses membranes, donnent à la palpation cette sensation de rénitence sur laquelle Grisolle insiste avec tant de raison. Si la maladie que nous décrivons se révèle par de la pelvi-péritonite, la malade, quelquefois sans cause apparente, est prise à une époque menstruelle de douleurs aiguës dans le bas-ventre, de nausées, de vomissements, de ballonnement du ventre. En même temps il y a de la fièvre: au bout de peu de jours ces symptômes perdent de leur acuité, mais le mal, arrivé à cette période, reste stationnaire, puis il y a des poussées successives venant s'enter sur une

(1) Pelvet, *Bull. de la Soc. anat.*, 1863, p. 285.

(2) Tyler Smith, in Brouardel, obs. XLII.

(3) Nonat, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, p. 373.

(4) Crocq, obs. VII de Brouardel.

inflammation chronique; quelquefois la suppuration arrive assez vite, et peut ajouter une cause d'épuisement à celles qui existent déjà. D'autres fois, par une sorte de balancement comme l'appelait Aran, la prédominance de ces symptômes utérins et péritonéaux fait taire pour un temps les symptômes pectoraux et fait croire quelquefois à une guérison qui est généralement de courte durée.

La pelvi-péritonite reste, dans presque tous les cas, limitée lorsqu'elle coexiste avec la tuberculisation des organes génitaux.

Par le toucher, on constate que le col utérin n'est plus dans l'axe du vagin, il est le plus souvent repoussé en arrière et immobilisé dans la situation anormale qu'il occupe, il est plus volumineux, l'orifice ne laisse pas pénétrer l'extrémité du doigt. Les culs-de-sac vaginaux, surtout le cul-de-sac postérieur, sont inégaux, bosselés, interrompus par des brides; l'utérus est plus volumineux, immobile, douloureux si on lui imprime un mouvement un peu brusque. Enfin, on constate que le corps et le col ne sont plus dans leurs axes respectifs, et la rétroflexion est la déviation la plus fréquemment observée. Si, à ces signes qui sont ceux de la pelvi-péritonite, on ajoute qu'en déprimant le cul-de-sac postérieur, on constate de petites bosselures moniliformes non fluctuantes, douloureuses, dures, arrondies, etc., enfin, que le doigt sent les annexes utérines dans le cul-de-sac utéro-rectal, on aura les éléments précieux d'un bon diagnostic. M. Brouardel cite une observation où ce dernier signe a suffi à M. Boucher de la Ville-Jossy pour diagnostiquer l'affection qui nous occupe.

OBSERVATION I. — A la suite d'une menstruation, douleurs hypogastriques et ballonnement du ventre. Aux deux époques menstruelles suivantes, retour d'accidents semblables, mais qui paraissent avoir été de plus en plus graves à chacune des recrudescences. — Quinze jours après la troisième recrudescence, la malade se décide, à cause de l'intensité des douleurs hypogastriques qui persistent depuis la dernière époque, à entrer à l'hôpital. — Tumeur occupant la fosse iliaque droite et se continuant dans le cul-de-sac vaginal correspondant; rudesse de la respiration au sommet des poumons; progrès de la tumeur périutérine, en même temps que la tuberculisation pulmonaire suit une marche assez rapide. Mort. — Tubercules des trompes, péritonite pelvienne, cavernes pulmonaires. — Le 30 novembre 1860, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Boucher de la Ville-Jossy, salle Sainte-Cécile, n° 23, G... (Corinne), âgée de vingt et un ans, dentelière, née à Paris, qui est venue demander son admission, parce que depuis assez longtemps elle souffre du bas-ventre.

Cette femme est accouchée régulièrement il y a cinq à six mois, les suites de couches ont été normales. Les accidents, suivant le récit de la malade, datent de quatre mois à peu près, ils sont survenus, sans cause connue, à la suite des règles; le ventre est devenu douloureux, et a offert un ballonnement assez considérable qui a persisté pendant quelques jours, puis a disparu lorsque les douleurs ont diminué. Depuis cette époque, les douleurs abdominales, à deux reprises, ont recouvert tout à coup une intensité semblable ou plus grande

que celles qu'elles avaient offertes au début; le ventre s'est de nouveau ballonné, puis a cessé de l'être au bout de quelques jours, en même temps que les douleurs se sont amendées. Ces deux recrudescences se sont produites toutes deux quelques jours après les règles. La dernière a eu lieu il y a quinze jours: depuis celle-ci, bien que le ballonnement du ventre ait disparu après quelques jours de durée, comme dans les premières attaques, la malade est restée en proie à des douleurs hypogastriques assez intenses; elles sont plus vives dans la fosse iliaque droite. On trouve dans cette région une tumeur douloureuse à la pression, dure, parallèle au ligament de Fallope, qu'elle dépasse d'un travers de doigt seulement, et qui se trouve en connexion intime avec l'induration que le toucher fait constater dans le cul-de-sac vaginal droit.

Cette exploration fait reconnaître que l'utérus est légèrement dévié, dirigé de haut en bas et d'arrière en avant, mobile, mais que les mouvements qu'on lui imprime sont douloureux. Le cul-de-sac vaginal antérieur est souple, le cul-de-sac gauche est libre, le cul-de-sac postérieur présente une légère saillie qui paraît constituée par le corps de l'utérus en rétroflexion. Le cul-de-sac droit, souple dans sa partie externe, offre, accolée au bord correspondant de l'utérus, une tumeur dure, bosselée, dont la partie accessible au doigt offre le volume d'une noix, et qui paraît se confondre supérieurement avec la tumeur perçue dans la fosse iliaque droite. Cette femme, pâle, anémique, d'une constitution assez détériorée, présente au-dessous des clavicules une rudesse de la respiration caractéristique, mais sans aucune autre signe de tuberculisation.

Malgré le repos et les moyens mis en usage, l'affection génitale, au lieu de s'amender, fait pendant le mois de décembre de sensibles progrès; les règles sont irrégulières; la tumeur placée dans le cul-de-sac droit augmente et envahit le cul-de-sac postérieur; cette tumeur offre des bosselures et une sensation toute spéciale au toucher. A la rudesse de la respiration ont succédé les signes manifestes d'une tuberculisation à marche assez rapide. Aussi M. Boucher, se fondant sur les caractères spéciaux que présente au toucher la tumeur périutérine, ses bosselures, sa marche progressive en même temps que la tuberculisation pulmonaire suit une marche rapidement funeste, se crut-il autorisé, au commencement de janvier, à diagnostiquer une ovarite tuberculeuse.

En janvier et février, les accidents, loin de s'amender, vont chaque jour empirant. La malade, dont les symptômes périutérins n'ont présenté que quelques alternatives d'amendement et de recrudescence, s'affaiblit graduellement, et succombe, le 18 avril 1861, aux progrès de sa tuberculisation pulmonaire, quinze jours après avoir eu encore un léger écoulement sanguin par la vulve (perte peu abondante), et conservant son intelligence jusqu'au dernier moment.

Autopsie. — Excavations tuberculeuses aux sommets des deux poumons, tubercules ramollis dans le reste de leur étendue. Le péritoine, tant viscéral que pariétal, est parsemé de granulations miliaires, tuberculeuses ou plastiques, du volume d'une tête d'épingle, vers la partie inférieure de la paroi antérieure de l'abdomen. La matière tuberculeuse devient plus abondante; elle forme dans l'épaisseur du péritoine de petites masses aplaties qui occupent en ce point presque toute l'étendue de la séreuse, et se prolongent avec elle

jusque sur le fond de l'utérus. Le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin a disparu par suite du dépôt des produits plastiques dont il est rempli.

L'utérus n'offre pas d'altération appréciable dans sa texture. Les trompes sont littéralement farcies de matière tuberculeuse en voie de ramollissement, ce qui leur donne un aspect noueux, bosselé; les pavillons eux-mêmes présentent les mêmes altérations, et forment sur les parties latérales de l'utérus des tumeurs bosselées du volume d'un œuf de pigeon. *C'est une de ces tumeurs que M. Boucher avait sentie pendant la vie dans le cul-de-sac vaginal droit et qui lui avait fait croire à une ovarite tuberculeuse.*

Les ovaires sont plus rapprochés de l'utérus qu'à l'état normal; leur parenchyme est remplacé des deux côtés par un épanchement sanguin qui paraît remonter à quelques jours, sorte d'apoplexie des deux ovaires. Adhérences filamenteuses, excessivement nombreuses dans le cul-de-sac rétro-utérin, qui se continuent avec les adhérences qui réunissent et confondent pour ainsi dire les organes génitaux entre eux à l'S iliaque et au rectum.

Le toucher rectal, dans certains cas, pourra fournir à ces signes un complément utile lorsque la dépression du cul-de-sac postérieur aura été difficile et n'aura pas permis de saisir avec précision les détails que nous avons signalés. L'examen, par le spéculum, n'apprendra rien si ce n'est que quelquefois le col est le siège d'exulcérations, quelquefois même d'ulcérations profondes qui, généralement, n'ont aucun caractère spécial.

Le plus souvent, comme nous venons de le dire, la phthisie ouvre la scène, et la tuberculisation envahit plus tard les organes génitaux. Cependant il n'en est pas toujours ainsi: ceux-ci peuvent être frappés les premiers, ou bien être seuls atteints. M. Siredey (1) a publié un exemple remarquable de tuberculisation isolée des trompes et du péritoine, mais on peut se demander si, dans ce cas, des accidents imprévus n'avaient pas frappé la malade d'une mort prématurée, la tuberculisation générale ne serait pas venue assimiler cette observation à celle qu'a publiée Tyler Smith (tuberculose primitive de l'utérus et des ovaires, tuberculisation pulmonaire consécutive ayant occasionné la mort) (2).

L'observation suivante, due à R. J. Tomlinson (3), nous montre la tuberculisation envahissant l'utérus, les trompes et les ovaires, avec cette particularité que l'utérus avait acquis un volume considérable sans qu'il y eût de tubercules dans aucun autre organe.

OBSERVATION II. — En juillet 1860, je fus consulté par une demoiselle âgée de cinquante-cinq ans pour un écoulement utérin abondant dont elle disait être affectée depuis deux ans. Il avait commencé deux ans après la cessation de la fonction menstruelle. Elle ne perdait pas de sang, mais un liquide insi-

(1) Siredey, *De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines*, thèse inaugurale. Paris, 1860.

(2) Tyler Smith, *London Journal*, février 1852.

(3) Tomlinson, *Obstetr. Transact.* 1864, vol. V, p. 174.

pide, d'une couleur jaune sale ou brun pâle, sans odeur. Cette perte ne s'accompagnait pas de douleurs; elle ne venait pas comme un flot, mais elle continuait nuit et jour.

Je connaissais cette dame et sa famille depuis plusieurs années. Elle avait toujours eu une santé supportable, mais elle était maigre et pâle. Deux de ses sœurs, alors que déjà elles avaient franchi le milieu de la vie, avaient succombé à une affection cérébrale; une autre sœur était morte de fièvre à un âge moins avancé; mais dans la famille je n'avais trouvé aucune tendance à la phthisie.

Un examen attentif de l'utérus ne me fit découvrir rien d'anormal. J'ordonnai pour injection dans le vagin une solution assez forte d'alun et de zinc, des bains de siège froids, du quinquina et un régime tonique. Ce traitement fut continué plusieurs mois sans qu'il survint aucune modification dans les symptômes. L'écoulement augmenta plutôt de quantité, mais sans modification dans ses caractères. Dans le courant de 1861, j'appelai en consultation le docteur West; ce gentleman, après deux examens, fut incapable de décider la nature de l'affection. Il prescrivit des injections avec la teinture de perchlorure de fer, et recommanda de surveiller attentivement la marche ultérieure de la maladie.

Notre malade resta à peu près dans le même état jusqu'au mois de juin; à cette époque, elle se plaignit de douleurs dans le dos et le bassin, douleurs qui augmentèrent graduellement, de sorte qu'il fallut, pour la soulager, lui prescrire de la morphine à doses fractionnées. L'utérus avait sensiblement augmenté de volume, de sorte qu'un médecin très-expérimenté qui la vit avec moi vers cette époque crut à l'existence dans l'utérus d'une tumeur fibreuse. L'appétit était faible; il n'y avait pas de toux. Des nausées fréquentes et de la diarrhée par intervalle fatiguaient la malade. Le pouls augmenta de fréquence. La malade maigrit, il survint de l'œdème des jambes et des pieds; la bouche et la gorge furent envahies par le muguet, et ce fut dans cet état que la malade succomba le 19 octobre, quinze mois après l'époque où elle m'avait consulté pour la première fois.

Nous fîmes l'autopsie deux jours après la mort avec l'aide de notre collègue M. Lowe. Nous trouvâmes les viscères thoraciques et abdominaux sains, à l'exception du foie, qui était augmenté de volume et était en dégénérescence graisseuse.

L'utérus avait le volume qu'il présente au troisième mois de la grossesse, il avait plus de 5 pouces du fond à l'orifice, et au lieu de son aspect piriforme il avait une apparence anguleuse, due à la proéminence considérable de ses angles aux points où s'insèrent les trompes. Le col était très-hypertrophié; l'utérus, les trompes et les ovaires étaient remplis par des masses tuberculeuses, entourées par une matière jaune, épaisse. En enlevant cette matière, la membrane interne de l'utérus présentait des ulcérations superficielles qui s'étendaient jusqu'au col, où elle devenait parfaitement saine; cet état lui donnait l'apparence d'un rayon de miel. En ouvrant les trompes, on en faisait sortir par expression et sous forme de jets de petites masses variant du volume d'un gros plomb à celui d'une fève; ces petites masses étaient fermes au centre et plus ou moins ramollies à leur surface.

Il n'y avait point de tubercules dans les poumons ni dans aucun autre organe.

Sauf les accidents locaux ou généraux déterminés par la tuberculisation pulmonaire, les symptômes ne différeront pas de ceux que nous avons décrits précédemment, c'est dire une fois de plus quelle difficulté on aura, surtout dans un cas de phthisie génitale primitive, à porter un diagnostic précis.

§ III. — Diagnostic.

D'après ce qui vient d'être dit, on voit qu'en pareille occurrence l'erreur est facile et le diagnostic clinique souvent impossible. Comme le dit M. Brouardel, « à moins de circonstances exceptionnellement favorables, « on ne pourra pas arriver à un diagnostic absolu à une seule séance. En « effet, pour nous il y a trois éléments de diagnostic : 1° l'état général de « la malade, ses antécédents pouvant indiquer l'existence de la diathèse « tuberculeuse ; 2° les moyens tirés de l'examen local ; 3° la marche de « la maladie, celui des trois éléments qui fournit, suivant nous, les plus « précieuses indications. »

Ainsi, la malade est scrofuleuse ou tuberculeuse, l'utérus est dévié et modifié dans son volume, on trouve par le toucher vaginal ou rectal les annexes dans le cul-de-sac postérieur, on observe des inflammations successives du péritoine pelvien, celles que M. Gosselin désigne sous le nom d'*inflammation sub-aiguë* avec redoublements. En dehors de l'état puerpéral, ces inflammations du péritoine pelvien arrivent à suppuration plus rapidement que dans la pelvi-péritonite simple, tels sont les symptômes principaux qui pourront donner quelque fondement au diagnostic.

Les présomptions, on le voit, pourront être fortes, mais rarement la certitude sera complète.

§ IV. — Pronostic.

Il n'est presque pas besoin d'ajouter que le pronostic d'une pareille affection, soit qu'elle existe primitivement, soit qu'elle survienne secondairement, est très-grave, mais de même que dans les poumons on voit les tubercules s'arrêter dans leur évolution, on peut aussi espérer que, dans l'utérus, ils peuvent subir les mêmes influences heureuses et arriver à guérison, soit par élimination, soit par transformation des produits morbides, comme Kiwisch dit en avoir observé un exemple. Quoi qu'il en soit, les réserves à faire en pareil cas sont très-bornées ; en thèse générale, on peut dire que la mort est la conséquence à peu près fatale de cette affection. Les rémissions ne sont pas rares, mais il ne faudra pas se laisser abuser par ces apparences trompeuses.

§ V. — Anatomie pathologique.

On observe quelquefois, mais très-exceptionnellement ; dans l'utérus des dépôts de granulations grises. Dans la forme que M. Brouardel décrit

comme la forme commune type, le dépôt ne se fait pas dans le tissu même de l'utérus, mais à la surface de la muqueuse qui est recouverte d'une matière caséo-purulente plus ou moins épaisse, on rencontre ce dépôt dans le corps de l'utérus, très-rarement dans le col. La muqueuse n'est pas toujours altérée, et on peut assez facilement en séparer ces dépôts caséux. Elle est quelquefois un peu épaissie, la rougeur en est légèrement augmentée. On rencontre le plus souvent la couche tuberculeuse à la partie supérieure, vers le fond de l'organe, et, s'il s'est produit chez une femme récemment accouchée, il occupe généralement la surface d'insertion du placenta (1). M. Namias (2), après avoir admis dans un premier travail cette forme comme la plus commune, dans un second mémoire montre qu'elle n'est pourtant pas la seule, et que le tubercule peut exister aussi dans l'épaisseur du tissu utérin (3).

Le volume de l'utérus s'accroît jusqu'à prendre deux ou trois fois les dimensions qu'il a dans l'état normal, à mesure que la maladie fait des progrès les parois utérines deviennent plus minces, à ce point qu'il a quelquefois été impossible de déterminer exactement dans quel tissu siégeait la lésion. Cette augmentation de l'utérus est loin d'être la règle, mais lorsqu'elle existera, elle constituera évidemment un excellent élément de diagnostic. MM. Crocq (4), Senn (de Genève) (5), Namias (6), Viallet (7), ont publié à ce propos des observations où l'on constate ce développement de l'utérus.

Enfin, il est rare que le tubercule ait envahi l'utérus sans qu'on le retrouve dans les annexes, et surtout comme nous l'avons déjà fait pressentir dans le péritoine pelvien où retentissent si facilement les affections des organes génitaux. Si cette membrane n'est pas le siège de dépôts tuberculeux, on peut toujours affirmer qu'on y rencontrera les traces d'inflammation plus ou moins récente, et comme cette inflammation offre ce caractère spécial de se montrer par bouffées successives, on trouvera des adhérences, des brides souvent en nombre considérable. Ces adhérences, ces brides, déterminent entre les organes pelviens des rapports nouveaux auxquels le hasard seul ne préside pas, puisque dans un grand nombre de cas, comme le fait observer M. Brouardel, ils se présentent identiques à ce point qu'on a pu regarder comme un signe de la tuberculisation des organes pelviens la présence des annexes utérines dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

(1) Cornil, obs. citée par Brouardel, thèse, 1865, p. 44.

(2) Namias, 1^{er} mémoire déjà cité.

(3) Brouardel, obs. IV.

(4) Crocq, *Archives générales de médecine*, 1860.

(5) Senn, *Archives générales de médecine*, 1831, 1^{re} série, t. XXVII, p. 232.

(6) Namias, Premier mémoire.

(7) Viallet, *Bulletins de la Société anatomique*, 1849, p. 89.

§ VI. — Traitement.

Dans la tuberculisation utérine comme dans la phthisie pulmonaire, la médecine n'offre que des ressources bien limitées, mais la phthisie est curable; pourquoi n'en serait-il pas de même de la phthisie génitale? Les mêmes moyens devront être mis en usage: toniques, reconstituants, antiscrofuleux. Ainsi, l'huile de foie de morue, les préparations iodées, les bains sulfureux, etc., l'exercice modéré au grand air, le séjour à la campagne, et enfin les eaux minérales sulfureuses, celles des Pyrénées prises en boisson, en bains et en douches, auront de grands avantages; quelle que soit la médication à laquelle on aura recours, on ne devra jamais perdre de vue l'état des organes thoraciques. En somme, tous les moyens qui tendront à maintenir ou à rétablir l'intégrité des fonctions digestives et à soutenir les forces de la malade seront toujours les plus utiles, sauf à tenir compte des indications du moment. Par exemple, l'invasion d'un de ces accès de pelvi-péritonite dont nous avons parlé viendra évidemment modifier le traitement. Dans ce cas, on traitera la complication inflammatoire comme si elle était indépendante de toute altération tuberculeuse, sans oublier toutefois que l'état des forces est à ménager et que les rechutes sont fréquentes.]

CHAPITRE X

ANTÉFLEXION ET ANTÉVERSION DE L'UTÉRUS (1)

§ I. — Anatomie normale.

Avant de décrire les divers déplacements pathologiques que l'on rencontre, nous appellerons d'abord l'attention des médecins sur plusieurs dispositions d'anatomie normale.

(1) BIBLIOGRAPHIE: William Hunter, *Remarks on wall's case (Medical observ. and inquiries)*. London, 1771, vol. IV, p. 338 et suiv.), et *Anatomia uteri humani gravidi*. Birmingham, 1774. — Jourdan, *Dict. des sciences méd.* Paris, 1818, t. XXIII, p. 275, art. HYSTÉROLOGIE. — Ameline, *Essai sur l'antéversion de l'utérus*, thèse. Paris, 1827, n° 55. — Nauche, *Des maladies particulières aux femmes*. Paris, 1829, t. I. — Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 195. — Hervez de Chégoin, *De quelques déplacements de la matrice et des pessaires (Mém. de l'Acad. de médecine)*, Paris, 1833, t. II, p. 319. — Gooch, *Lectures on midwifery*, edited by Skinner, p. 117 et 119. — Dezanneau, *De l'obliquité antérieure de la matrice*. Paris, 1835. — Lacroix, *De la rétroversion et de l'antéversion (Annales de la chirurgie)*, Paris, 1845, t. XIII, p. 420. — Desormeaux et P. Dubois, *Dictionnaire de médecine en 30 volumes* t. XXX. Paris, 1846, p. 373. — Baud, *Déviations et engorgements de l'utérus*. Paris 1850. Voy. rapport de M. Hervez de Chégoin (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XV, 1849, p. 58), et discussion qui a suivi et à laquelle ont pris part MM. Gibert, Velpeau, Malgaigne, Moreau, Jobert, A. Robert, Huguier, P. Dubois, Récamier. —

I. Je pense que chez la femme l'obliquité du bassin est plus grande que chez l'homme. Chez la femme en position debout, la face antérieure de la symphyse est presque horizontale; on reconnaît cette disposition à la simple inspection. De plus, je pense que l'axe de la circonférence supérieure est beaucoup plus horizontal qu'on ne l'avait cru, et que cette disposition persiste dans la position assise.

II. En dehors de l'état de grossesse, je pense que l'axe de l'utérus correspond ordinairement à celui du détroit supérieur; que, bien loin de se continuer avec celui du vagin, cet axe est presque à angle droit avec l'axe vaginal; mais comme l'utérus n'est pas maintenu en place d'une manière absolue par ses ligaments, et, d'autre part, comme la vessie et le rectum changent sans cesse de forme et, par suite, de position, il résulte que l'utérus a une certaine latitude dans les mouvements, et que bien des changements de positions sont sans importance, du moment qu'ils sont temporaires (fig. 130).

III. Au premier degré d'un changement permanent et, par suite, nuisible dans la position de l'utérus, l'organe, par l'effet d'une cause quelconque, prend une direction plus verticale, qu'il y ait ou non une dépression; ce changement de position est le début d'un prolapsus ou d'une rétroversion.

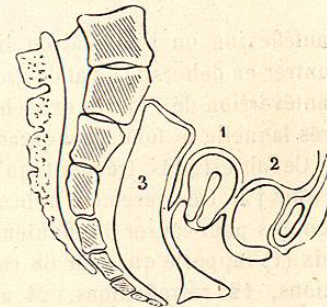


Fig. 130. — Coupe du bassin à l'état de vacuité (*).

IV. Le moindre changement en ce sens donne lieu à des symptômes morbides notables. L'examen direct et les renseignements fournis par les malades le prouvent. Les premiers symptômes sont quelquefois ceux auxquels donnerait lieu l'abaissement de l'organe, une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, et cela même chez des jeunes filles vierges. La preuve en est qu'on fait disparaître les douleurs en poussant en avant le fond de l'utérus, de manière à le ramener à son axe normal. En général, si l'on déprime l'utérus, on augmente la sensation de pesanteur; quelquefois cependant cette dépression ne donne lieu à aucune gêne ni à aucune douleur: les femmes marchent ou se tiennent debout, comme dans le meilleur état de santé, pourvu toutefois que l'axe de l'organe ne

Grimaud, *De l'antéversion de la matrice à l'état de vacuité*, thèse. Paris, 1852. — Piachaud, *Des déviations de l'utérus à l'état de vacuité*, thèse. Paris, 1852. — Cusco, *De l'antéflexion et de la rétroflexion de l'utérus*, thèse pour l'agrégation. Paris, 1853. — Guyon (Félix), *Des cavités de l'utérus à l'état de vacuité*, thèse. Paris, 1858. — J. P. Picard, *Des inflexions de l'utérus à l'état de vacuité*. Paris, 1862, avec figures.

(*) 1, utérus; 2, vessie; 3, rectum. (CHAILLY.)