

mois et au delà et dont le début ne remonte pas à plus de six à huit semaines, c'est-à-dire dans lesquelles, en un mot, il y a risque sérieux d'une hémorragie placentaire, doivent être traitées par *laparotomie*. Si on les aborde par *colpotomie postérieure*, il faudra se borner à la large incision, sans essayer de réaliser l'évacuation complète de la poche et envisager l'urgence possible de la laparotomie comme complément de l'opération imposé par une hémorragie.

En dehors de cette condition d'âge de la lésion, l'*incision vaginale* convient aux collections bien enkystées et de petit volume siégeant dans le cul-de-sac postérieur ou dans un des culs-de-sac latéraux. « Si l'incision s'adresse de préférence aux collections qui distendent et font saillir le Douglas et remplissent toute l'étendue transversale du cul-de-sac postérieur, elle ne convient pas moins aux collections latérales (Bouilly). La plupart des *hématocèles extrapéritonéales* rentrent dans cette catégorie.

« La *laparotomie* s'adresse aux tuméfactions haut situées, sur le fond ou sur les parties latérales de l'utérus, peu accessibles ou non accessibles par le toucher vaginal, bien enkystées, de volume en général assez peu considérable. Ces tuméfactions représentent un hématosalpinx avec quelques caillots répandus dans le voisinage, au niveau de la trompe. Elle revendique également les grosses collections sanguines, remontant jusqu'à l'ombilic et au delà, dans lesquelles on peut supposer la présence d'un fœtus déjà volumineux, les grossesses extra-utérines anciennes dans lesquelles le produit de la conception est mort depuis longtemps et plus ou moins transformé; les cas encore assez fréquents dans lesquels le cul-de-sac vaginal postérieur est comblé par des adhérences anciennes qui empêchent en ce point l'accumulation et la perception de la collection sanguine. Enfin, on devra traiter par la laparotomie tous les cas où il y a incertitude sur la nature exacte de la lésion. » (Bouilly.)

Ajoutons que quelques cas très exceptionnels réclament une autre voie d'évacuation : incision *ischio-rectale* (Lejars), *laparotomie sous-péritonéale* (Pozzi).

**Technique. — Laparotomie.** — Une fois le ventre ouvert, on effondre le foyer hématique, on le vide de ses caillots, on recherche la trompe rompue, assez facilement reconnaissable en général, et, suivant les cas, on pratique la *salpingectomie* ou la *salpingorrhaphie*. La plupart du temps, il n'existe pas de poche assez distincte pour être isolée et réséquée ou marsupialisée. On se contente alors de faire une *toilette péritonéale* aussi complète que possible, à sec ou, au besoin, à l'aide d'un lavage, puis de suturer la paroi. Cependant, en raison de la facilité avec laquelle s'infectent de pareils foyers, il est sans doute plus prudent de les drainer pendant quarante-huit heures. Si la position déclive est utile pour la recherche et l'examen de la trompe, il est préférable de n'y recourir qu'après l'évacuation des

caillots, afin de ne pas favoriser leur diffusion dans les parties supérieures de la séreuse.

La *colpotomie* se fait au ras du col, et aussi large que possible, sans intéresser les artères vaginales. Après avoir incisé la muqueuse, on effondre le cul-de-sac péritonéal et on évacue les caillots au moyen des doigts ou d'un instrument mousse, mais avec une *extrême douceur*, surtout si l'hématocèle n'est pas très ancienne. On peut faciliter l'évacuation de la poche au moyen d'une injection donnée avec une sonde à double courant et dilatatrice, comme celle de Doléris. Mais il vaut mieux, même au prix d'une convalescence un peu plus longue, se résigner à une évacuation incomplète que de s'exposer à une hémorragie qui peut être rapidement grave. Les lavages ne seraient indiqués, plus tard, qu'en cas d'infection secondaire du foyer.

Le drainage, pour être efficace, doit être fait non à la gaze, mais au moyen d'un gros tube en T à nombreuses ouvertures latérales. On peut généralement le retirer au bout de douze à quinze jours, et la guérison s'obtient en trois ou quatre semaines.

#### IX. — TUBERCULOSE UTÉRO-ANNEXIELLE.

La tuberculose de l'utérus et des annexes présente, relativement aux autres processus inflammatoires dont ces organes sont le siège, des caractères assez spéciaux pour mériter une description particulière. Pendant longtemps, elle a été méconnue ou signalée seulement comme détail d'autopsie [Morgagni, 1744; Louis, 1825; Senn (de Genève), 1831]; Reynaud en 1831, et Kiwisch en 1847, décrivent quelques cas de tuberculose utérine et Cruveilhier figure, dans son *Anatomie pathologique*, des lésions tubaires de cette nature. Mais c'est la thèse de P. Brouardel (1865) qui attire réellement l'attention sur la tuberculose génitale féminine. Depuis lors se sont multipliées les observations, les expériences et les travaux pathogéniques, les recherches anatomo-pathologiques et les travaux d'ensemble. Parmi ces derniers, nous citerons seulement ceux de Spaeth (1), de Cornil (2), Terrillon (3), de Massia (4), Guillemain (5), Kelly (6), Williams (7), Senn (de Chicago) (8), Jolly (9), Le Dentu (10), Popoff (11), etc., et surtout une thèse récente de Mlle Gorovitz (12) qui a fait une très belle étude de

(1) SPAETH, thèse de Strasbourg, 1885.

(2) CORNIL, Leçons sur l'anat. des métrites, 1889.

(3) TERRILLON, Congrès franç. de chirurgie, 1889.

(4) DE MASSIA, thèse de Paris, 1891.

(5) GUILLEMAIN, Revue de chirurgie, déc. 1894.

(6) KELLY, John Hopkins Hosp. Reports, 1890.

(7) WILLIAMS, John Hopkins Hosp. Reports, 1892.

(8) SENN, Tuberculosis of the gén.-urin. org. Chicago, 1897.

(9) JOLLY, thèse de Paris, 1898.

(10) LE DENTU, Sem. gynéc., 1899.

(11) POPOFF, Diss. inaug. Saint-Petersbourg, 1898.

(12) Mlle GOROVITZ, thèse de Paris, juillet 1900.

la tuberculose génitale chez la femme, et en donne une bibliographie très étendue.

**Étiologie et pathogénie.** — La fréquence absolue de l'infection tuberculeuse est difficile à établir. Winckel et Schramm l'auraient relevée dans 7 p. 100 de leurs autopsies; Martin, dans 3 p. 100 de ses opérations gynécologiques; Edebohl, dans 4 p. 100; Kelly, 1,5 p. 100; Senn, 1 p. 100.

Comme *localisation secondaire*, dans la tuberculose générale, Turner (1) l'a notée dans 18,5 p. 100, et Stolper (2) dans 20,5 p. 100 des cas.

Comme *manifestation primitive*, sa fréquence est plus difficile à établir. Schramm l'estime à 19,5 p. 100 des cas; Spaeth, sur 119 observations de tuberculose génitale, l'a crue primitive 28 fois, Mosler, 8 fois sur 46, et Frerichs, 15 fois sur 96. Par ordre de fréquence, elle atteint d'abord les trompes, puis le corps de l'utérus, les ovaires, le vagin, le col et la vulve. On l'observe à tout âge, mais particulièrement au voisinage de la puberté et jusqu'à quarante ans; plus rarement à vingt-deux mois (Schmitz), deux ans (Constansoux), cinq ans (Mosler) ou dans un âge avancé. Les lésions génitales, les érosions vulvo-vaginales consécutives à la leucorrhée, la grossesse et l'accouchement facilitent la pénétration du bacille (Kelly). Il en est de même des inflammations des annexes (Pozzi); mais il n'a pas besoin de ces appels et, préexistant ou introduit dans l'organisme, il peut se fixer d'emblée sur l'appareil génital, sur la trompe en particulier, comme sur le poumon (Le Dentu).

*Voies suivies par l'infection secondaire.* — L'infection bacillaire gagne l'appareil génital par la voie sanguine. Elle peut également suivre les lymphatiques des adhérences lorsqu'elle émane de l'intestin ou de l'appareil urinaire.

*Primitive*, elle peut atteindre l'appareil utéro-annexiel par *voie descendante* ou par *voie ascendante*.

La *voie descendante* est tracée par les vaisseaux sanguins, le long desquels on retrouve, comme ailleurs, les premières lésions, et elle aboutit d'abord à la trompe dans l'immense majorité des cas.

Dans l'infection par *voie ascendante*, le bacille peut être porté directement dans l'utérus par un instrument ou par la main de l'accoucheur. Le plus souvent il est déposé dans le vagin d'une façon quelconque et se propage comme tout autre organisme, mais plus spécialement en surface, à la manière du gonocoque.

Le *coït* est un mode de contagion bien établi. Lorsqu'il existe des lésions tuberculeuses du côté des organes mâles: testicules, prostate, vésicules séminales, il n'y a pas de doute; lorsqu'ils sont sains, la question est plus discutable. Cependant, il semble résulter d'obser-

(1) TURNER, *Lancet*, 1899, p. 1809.

(2) STOLPER, *Monatschr. für Geb. und Gynæk*, janvier 1900.

vations certaines et d'expériences confirmatives que le sperme peut contenir des bacilles en dehors de toute lésion apparente de l'appareil mâle. En 1882, Cohnheim posait déjà la question; Verneuil, l'année suivante, y répondait par l'affirmative, et Verchère, en 1883, appuyait cette opinion de deux observations. Fernet et Derville (1), Foa (2), ont observé la tuberculose génitale primitive chez des femmes de maris tuberculeux sans lésions génitales et trouvé des bacilles dans le sperme de ceux-ci. Curt Jani (3), après examen négatif du sperme de certains tuberculeux, a décelé des bacilles dans leurs testicules (six fois sur huit) ou leur prostate (quatre fois sur six). Des expériences de Landouzy et Martin, Sirena et Pernice, Solles, Maffucci, Jaekh, etc., ont prouvé que le sperme ou le tissu d'organes génitaux apparemment sains, mais provenant de tuberculeux, injectés dans différentes conditions, provoquaient la tuberculose chez les animaux. En somme, la réalité de l'infection ascendante par le conjoint tuberculeux, même en dehors de lésions locales, semble bien démontrée. D'autres expériences, tendant à éclairer la marche du bacille et les conditions relatives à sa pénétration, ont été instituées par Cornil et Dobroklonsky, Péraire, Guzonni, Acconci, Schottlaender, Williams, Popoff, Mlle Gorovitz, etc. Malgré leurs résultats quelquefois contradictoires, elles démontrent généralement que le traumatisme ou la desquamation épithéliale sont, sinon rigoureusement nécessaires, au moins favorables à la nidation et la propagation du bacille.

**Anatomie pathologique.** — a. *Utérus.* — La tuberculose utérine est le plus souvent secondaire à celle des trompes ou du péritoine. Rokitsky, Schröder, Pozzi, la considèrent comme rare. Primitive elle est en effet peu fréquente, bien que des observations assez nombreuses en aient été publiées. Mais, ici, il y a une distinction à faire entre le *col* et le *corps*. Le premier, par son épithélium stratifié et l'enduit de ses sécrétions épaisses, est mieux protégé que le corps. Cependant, le début primitif de la tuberculose par le col n'est plus une « exception rarissime » comme on l'a dit; Spaeth l'a relevé six fois, Mosler deux fois, Williams deux fois; Emmanuel, Cornil, Meyer, Heidenthaler, Kaufmann, Fränkel, Matthews, Driessen, Walther, etc., en ont relaté des observations.

Quant au *corps*, il peut être aussi *primitivement* envahi, ainsi qu'en témoignent les cas de Haufbauer, Miller, Wassener, etc. « En somme, les faits cliniques établissent la fréquence de la tuberculose du corps de l'utérus. Parti du péritoine et des trompes si souvent atteints, le tubercule peut se greffer au niveau de la muqueuse du corps, s'il y trouve des conditions favorables, et la fréquence de ces greffes

(1) DERVILLE, thèse de Paris, 1885.

(2) FOA, *Acad. de méd. de Turin*, 1892.

(3) CURT JANI, *Virchow's Archiv für pathologische Anatomie*, 1886.

tuberculeuses n'est pas pour étonner si l'on songe aux nombreuses lésions inflammatoires, blennorragiques ou puerpérales, qui peuvent frapper l'organe. D'autant plus que la cavité du corps constitue un carrefour où se rencontrent les deux voies d'infection, ascendante et descendante. » (Mlle Gorovitz.) Relativement aux rapports de la

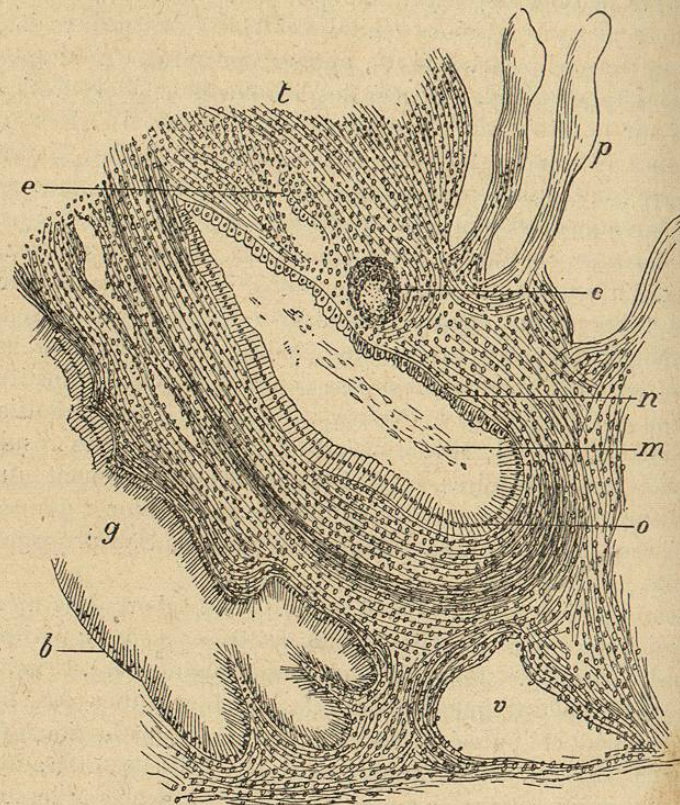


Fig. 254. — Tuberculose intracervicale (grossissement de 35 diamètres) (Cornil). — p, papilles et végétations superficielles; t, tissu conjonctif contenant beaucoup de cellules rondes; e, fissure dans un tissu tuberculeux où l'on voit les cellules épithélioïdes appartenant à un follicule tuberculeux; c, cellule géante; n, revêtement épithélial d'une glande, au niveau d'un follicule tuberculeux et présentant des cellules épithéliales grosses et ramassées; o, revêtement épithélial formé de longues cellules; m, mucus contenu dans la glande; b, cellules épithéliales très allongées d'une glande; v, vaisseau.

grossesse avec la tuberculose génitale, des faits prouvent, d'une part, que l'utérus tuberculeux peut concevoir (Cooper) et même aller à terme (Thorn, Schmorl, Kockel, Scüll, Hunermann), et, d'autre part, que l'avortement et l'accouchement favorisent l'invasion du bacille (Hoffmann, Breus, Heidenthaler, Thiercelin).

La forme *miliaire aiguë*, liée à l'infection générale à marche rapide, ne présente pas d'intérêt particulier dans sa localisation génitale.

La forme *chronique* doit être étudiée dans le col et dans le corps. Dans le col (fig. 254), elle affecte, par ordre de fréquence, la forme *bourgeonnante* simulant le sarcome ou le cancer; cette forme serait même caractéristique de la tuberculose primitive du col (Emmanuel) (fig. 255); la forme de *tubercules miliaires*, à tendance envahissante profonde; la forme *ulcéreuse*, plus rare; enfin, la forme *catarrhale* (Schütt) dans laquelle la lésion est localisée à l'épithélium superficiel et aux glandes qui sont remplies de masses caséuses et de bacilles.

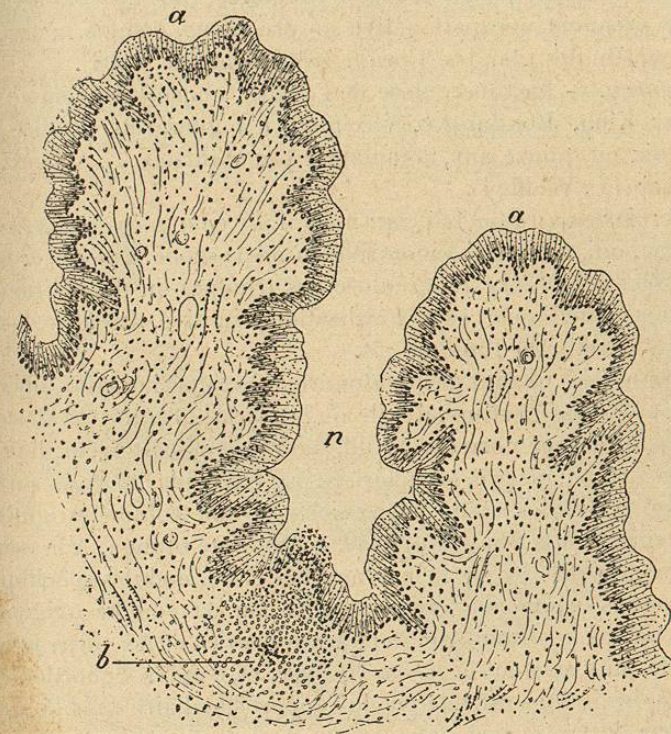


Fig. 255. — Tuberculose expérimentale du col (grossissement de 57 diamètres) (Cornil). — a, a, villosités de l'arbre de vie; n, dépression comprise entre deux villosités; b, granulation tuberculeuse.

Dans le corps, la localisation se fait sur la muqueuse, soit sous forme de *tubercules miliaires* disséminés et sans grande tendance à envahir la profondeur, soit sous forme d'*endométrite tuberculeuse* aboutissant à la dégénérescence caséuse et à la pyométrie; plus rarement sous forme *scléreuse* (Uhland) et exceptionnellement *bourgeonnante*, à moins qu'elle ne se greffe sur des polypes préexistants (Madlener, Zahn).

« Les *ulcérations primitives* de la muqueuse utérine se présentent sous forme arrondie, ovale, à bords indurés, blanc jaunâtre, à fond irrégulier, couvert d'un enduit caséux. La coupe histologique

révèle la structure typique du tubercule. A la surface, des produits de nécrose, débris cellulaires, leucocytes polynucléaires; dans la couche sous-jacente, on observe des cellules géantes et épithélioïdes, de petites cellules rondes. Lorsque les lésions progressent dans la profondeur, elles envahissent la couche musculaire et peuvent, dans certains cas rares, en amener une destruction complète avec rupture utérine. » (Mlle Gorovitz.) Les lésions se localisent d'abord au voisinage des vaisseaux et dans les espaces interglandulaires. Le tissu conjonctif s'infiltré de cellules embryonnaires, puis les cellules glandulaires prennent une part active au processus, jusqu'à la destruction complète des glandes (Cornil, 1889; Franqué, 1894).

b. *Ovaire*. — La tuberculose de l'ovaire, considérée comme très rare par Klob, Rokitansky, Virchow, n'a guère été étudiée que depuis dix ou quinze ans, notamment par Williams (1), Accongi (2), Guillemain (3), Wolff (4).

Ce dernier en a réuni 145 cas; mais il n'y en a guère que 32, dans la science, qui aient subi le contrôle du microscope. Elle est ordinairement secondaire à la tuberculose des trompes ou du péritoine; il existe cependant 5 ou 6 cas de localisation primitive, dus à Jacobs (5), Edmunds (6) et Otto Franqué (7).

La lésion, qu'il ne faut pas confondre avec la péri-ovarite tuberculeuse (Guillemain), est unilatérale ou bilatérale. Tantôt l'ovaire conserve son apparence normale (Wolff), tantôt, et plus souvent, il prend une physionomie propre, caractérisée par l'irrégularité de sa surface parsemée de saillies et de dépressions, et son volume, augmenté, peut atteindre, à la phase caséuse, celui d'une orange. A la coupe, on trouve de petits foyers hémorragiques et des nodules spécifiques. Le processus commence ordinairement par la couche ovigène et aussi bien dans le stroma que dans les follicules et les corps jaunes. Il revêt le plus souvent la *forme miliaire*, et, d'après Schottlaender, l'étendue des lésions est relative de l'apport bacillaire dans l'organe. Les foyers initiaux évoluent, comme dans tout parenchyme glandulaire, soit vers la *transformation fibreuse*, soit, plus volontiers, vers la *transformation caséuse* et la fusion en une véritable poche purulente unique (Bouilly, Dalché, Walther).

Certaines tumeurs ovariennes ont pu être secondairement envahies par la tuberculose, et Mlle Gorowitz en a compté 19 exemples authentiques.

c. *Trompe*. — L'horizontalité de la trompe et la complication de

- (1) WILLIAMS, *loc. cit.*
- (2) ACCONGI, *Centralbl. für allg. Path. und path. Anat.*, 1894.
- (3) GUILLEMAIN, *Revue de chir.*, 1894.
- (4) WOLFF, *Arch. für Gynæk.*, Band XXXII.
- (5) JACOBS, *Centralbl. für Gynæk.*, 1893.
- (6) EDMUNDS, *Transact. of the path. Soc. of London*, 1889.
- (7) O. FRANQUÉ, *Zeitschr. für Geb. und Gynæk.*, Band XXXVII.

ses replis expliqueraient, pour Hegar, Sippel, la fréquence relative de la tuberculose tubaire. En effet, Spaeth, sur 119 cas de tuberculose génitale, note la tuberculose tubaire 103 fois, et 29 fois elle existait seule. Elle était primitive dans 50 p. 100 des cas de Ojemann et dans 11 sur 14 de Krzwicki. De nombreuses observations, par ailleurs, infirment l'opinion de Scanzoni et de Klebs qui la croyaient toujours secondaire, et Williams, qui en a fait une étude particulière, la considère comme beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense. La pénétration du bacille est sûrement favorisée par l'infection gonococcique ou puerpérale: Williams, Saulmann et d'autres ont cité des exemples typiques de ces infections mixtes. Mais la localisation tubaire peut se faire d'emblée, par voie descendante, sanguine ou lymphatique (adhérences) ou par voie ascendante. Dans ce dernier cas, le bacille déposé dans le vagin pénètre par la voie lymphatique à la faveur d'une lésion des tissus ou se propage par continuité des muqueuses.

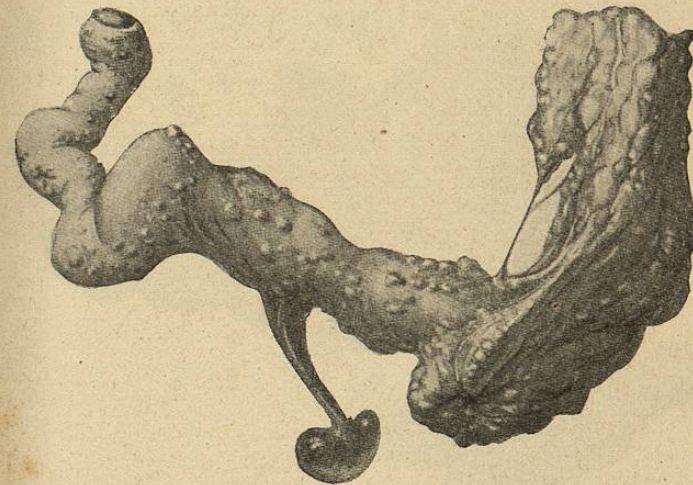


Fig. 256. — Trompe tuberculeuse adhérente à l'épiploon (d'après Howard A. Kelly).

La salpingite tuberculeuse ne diffère guère, à première vue, de toute autre salpingite que par son aspect souvent moniliforme. Son volume varie de celui d'un crayon à celui d'une tête de fœtus: certaines poches caséuses remontent jusqu'à l'ombilic. L'orifice tubaire, quoique rétréci, reste souvent perméable, alors que l'orifice abdominal est oblitéré soit par l'agglutinement des franges, soit par des adhérences.

La dilatation porte surtout sur le pavillon, quelquefois sur la partie moyenne et la tumeur, par rapport à l'utérus, est tantôt latérale, tantôt antérieure, mais bien plus souvent fixée au fond du cul-de-sac de Douglas. Des adhérences résistantes, complexes, la fixent à l'intestin, à l'S iliaque, à l'épiploon (fig. 256), qui lui-même adhère à la