

remise en faveur, et il a rendu le grand service de montrer qu'elle avait une action indirecte, mais très nette, sur le corps de l'utérus. Après l'amputation du col, on peut voir l'utérus hypertrophié régresser et revenir à un volume presque normal. Le mécanisme de cette régression est très obscur. Braun l'avait attribué à une métamorphose graisseuse du tissu conjonctif; mais rien n'est moins démontré. Quoi qu'il en soit de ce mécanisme, le fait en lui-même a été assez souvent observé pour qu'on n'en puisse douter; c'est une indication de plus de pratiquer cette opération. On l'a accusé de produire des rétrécissements du col. Ce reproche était justifié quand on pratiquait l'opération à l'écraseur ou à l'anse galvanique; mais quand on opère au bistouri par la méthode de Simon, connue aussi sous le nom de Markwald<sup>(1)</sup>, et qu'on place bien les sutures comme l'indiquent les figures 35, 36, 37, non seulement on ne produit pas de rétrécissements, mais, comme le dit Pozzi, « on rend à

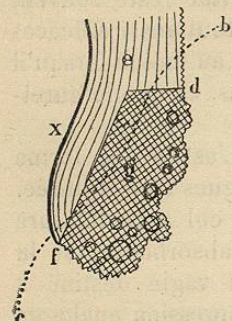


FIG. 34. — Abrasion de la muqueuse. (Opération de Schroeder.)

l'orifice externe un calibre et une souplesse qui font cesser la dysménorrhée, causée parfois par la rigidité et l'étroitesse de ce segment de l'organe ».

Les petits polypes muqueux implantés sur le col s'enlèvent avec la plus grande facilité par la torsion ou d'un coup de ciseaux.

Pour les déchirures du col, Emmet a proposé une opération qui consiste à aviver les deux lèvres de la déchirure et à les réunir par une suture. C'est à cette opération que Dudley a donné le nom de *trachelorrhaphie*. Tous ceux qui ont adopté les opinions d'Emmet sur le rôle pathogénique des déchirures, pratiquent communément cette petite opération. Elle est bien loin d'a-

voir l'efficacité que certains lui ont attribuée. Pour ceux qui n'admettent pas le rôle pathogène attribué par Emmet au tissu cicatriciel, c'est une simple opération autoplastique, dont l'utilité est douteuse, puisqu'il est certain que les

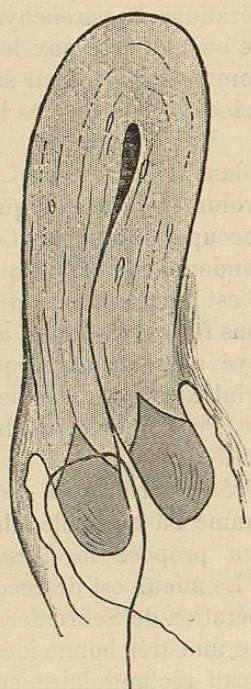


FIG. 35. — Amputation du col.

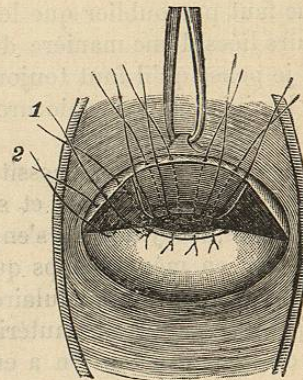


FIG. 36. — Manière de placer les sutures.

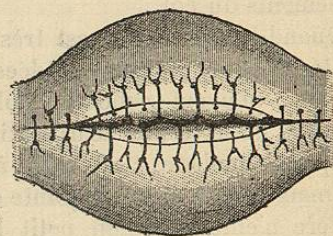


FIG. 37. — Résultat.

(1) MARKWALD, *Arch. für Gyn.*, 1875, vol. VII, p. 48.

déchirures du col n'empêchent pas la conception et que, d'autre part, il n'est pas prouvé qu'elles favorisent les avortements. Les indications de la trachelorrhaphie sont donc extrêmement restreintes. Et elle ne doit jamais être que le complément d'un traitement destiné à guérir la métrite.

### CHAPITRE III

#### TUBERCULOSE

La tuberculose de l'utérus, moins rare que celle du vagin, est moins fréquente que celle des trompes. Si l'on ne comptait que les cas où l'utérus seul est pris, on n'arriverait qu'à un bien petit nombre d'observations; car dans l'utérus, c'est le corps qui est le plus souvent atteint; et dans la très grande majorité des cas où la muqueuse du corps a subi une dégénérescence tuberculeuse, il en est de même de celle des trompes; c'est donc surtout une tuberculose utéro-tubaire qu'il faudrait décrire. Mais le plan de cet ouvrage ne permet pas de faire ainsi.

Sur 72 observations de tuberculose génitale, Daurios<sup>(1)</sup> compte 27 cas de tuberculose utérine. Dans 8 cas, le foyer bacillaire était unique ou manifestement primitif.

Il faut en effet distinguer les cas où la tuberculose utérine est primitive de ceux où elle est secondaire à une affection de même nature, occupant quelque autre organe. Lorsqu'elle est secondaire, on admet en général que l'infection se fait par le sang; les bacilles transportés dans les vaisseaux viennent coloniser dans l'utérus. Lorsqu'elle est primitive, la manière dont se fait l'infection est plus obscure et elle a donné lieu à bien des discussions. L'infection par l'air, soutenue par quelques auteurs, ne satisfait guère l'esprit lorsqu'il s'agit d'un organe aussi profondément situé que l'utérus: il paraît évident qu'il doit s'agir surtout d'une infection de contact. Dans quelques cas, sans doute, l'agent infectieux peut être amené par un instrument, la seringue d'une canule par exemple, ou bien par le doigt du médecin; mais ce qu'on a discuté surtout c'est la possibilité de la contagion par le coït. Conheim émit le premier l'idée d'une transmission possible par les rapports sexuels. M. Verneuil et son élève Verchère défendirent brillamment cette opinion. Fernet, en 1885 et en 1886, apporta à la Société médicale des hôpitaux et à la Société clinique des observations à l'appui de cette doctrine, et Derville<sup>(2)</sup> a fait une excellente étude de la question. Il faut distinguer deux cas: L'homme, source de la contagion, peut être atteint soit de tuberculose génito-urinaire, soit d'une autre forme de tuberculose, les organes génito-urinaires étant intacts. Dans ce dernier cas, il n'est pas démontré, malgré les recherches de Cart Jani, que le sperme puisse contenir des bacilles, par conséquent il n'y a pas à parler de contagion par le coït. Au contraire, quand les organes génitaux sont atteints, il est parfaitement certain

(1) DAURIOS, Thèse de Paris, 1889.

(2) DERVILLE, Thèse de Paris, 1887.



que le sperme renferme souvent des bacilles, et l'on ne voit pas pourquoi les bacilles versés dans le vagin ne pourraient contaminer l'utérus. Précisément on a objecté à cette doctrine que la tuberculose du vagin et du museau de tanche est beaucoup plus rare que celle de la muqueuse utérine. Mais cette rareté peut très bien tenir à ce que le vagin, grâce à son épais revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié, se défend beaucoup mieux. Du reste, M. Cornil a montré qu'on peut obtenir expérimentalement des tuberculoses de l'utérus en versant des produits tuberculeux dans le vagin. La contagion par le coït est donc possible dans les cas où le sperme est chargé de bacilles, soit parce qu'il vient d'un testicule malade, soit parce qu'il a traversé un canal déférent, un urètre tuberculeux.

D'après Daurios, la tuberculose utérine peut revêtir trois formes : une forme miliaire aiguë, une forme interstitielle et une forme ulcéreuse. Il faut y ajouter la tuberculose végétante dont Vitrac<sup>(1)</sup> a publié un exemple.

La tuberculose miliaire aiguë est excessivement rare : elle n'est jamais qu'un épiphénomène dans le cours d'une infection générale, elle ne présente donc aucun intérêt à notre point de vue.

La forme interstitielle est à peu près aussi rare que la précédente. Les lésions siègent dans l'épaisseur du muscle utérin. L'utérus ne présente pas de modification de forme ni de volume<sup>(2)</sup>, ou bien il est légèrement hypertrophié. La muqueuse est saine sans ulcération, ni granulation. C'est à la coupe qu'on découvre de petites masses tuberculeuses logées au sein du tissu musculaire. L'évolution de cette forme rare de tuberculose utérine est absolument latente. « Jamais, dit Daurios, elle ne peut être diagnostiquée et son histoire clinique se résume souvent à une manifestation imprévue grave, résultant de l'altération du parenchyme utérin et amenant fréquemment la mort du malade. Tel est le cas d'Oslander, tel est aussi celui d'Henri Cooper, où l'on voit une tuberculose de la paroi du fond de l'utérus amener une rupture de cet organe, au troisième mois de la grossesse. »

Quelquefois la forme interstitielle coïncide avec la forme ulcéreuse, constituant une forme mixte.

La tuberculose ulcéreuse, tuberculose de la muqueuse ou endométrite tuberculeuse est la forme la plus fréquente de la tuberculose utérine. Les lésions ont été étudiées par M. Cornil d'une manière très complète. Il a décrit une pièce de tuberculose de la muqueuse du col au début; on trouvait des follicules tuberculeux siégeant dans le tissu conjonctif de la muqueuse, très superficiellement, et quelquefois très près, au contact même des glandes. Ces follicules tuberculeux sont formés presque exclusivement de cellules géantes sans agglomération de cellules épithélioïdes, ni accumulation de cellules en dégénérescence granuleuse ou nécrosique; aussi ne sont-ils pas visibles à l'œil nu. M. Cornil trouva aussi des follicules tuberculeux, à la vérité en petit nombre, situés au-dessous de la muqueuse au milieu des faisceaux musculaires. Il en tire très justement cette conclusion que le curettage ne suffirait pas à amener la guérison. Les bacilles sont si rares que M. Cornil n'a pas pu en trouver un seul. Le tissu conjonctif de la muqueuse présente en même temps quelques lésions inflammatoires : les vaisseaux y sont dilatés, excepté dans les parties tuberculisées depuis longtemps, où ils sont au contraire atrophiés ou oblitérés.

<sup>(1)</sup> VITRAC, *Ann. de gynéc.*, 1898, t. L, p. 35.

<sup>(2)</sup> BRISSAUD, *Arch. gén. de méd.*, 1890, p. 129.

Par les progrès de la tuberculose, il se forme comme partout des ulcérations, et ce sont ces ulcérations qu'on observe d'ordinaire dans le corps de l'utérus. Le plus souvent elles s'arrêtent à la région de l'isthme sans envahir le col, et leur limite est parfois marquée par un bord taillé à pic. En revanche, souvent l'ulcération se prolonge jusque dans les trompes. La cavité de l'utérus est parfois remplie d'un magma épais, analogue à celui qu'on trouve dans certains abcès froids. A cette période tardive de l'évolution tuberculeuse, il n'existe plus aucun vestige de la structure normale de la muqueuse, ni épithélium, ni glandes, ni vaisseaux sanguins. Toute la partie caséuse est formée de petites cellules qui ont subi la nécrose de coagulation, et ne se colorent plus par les réactifs. Au-dessous de cette couche, on trouve une zone inflammatoire réactionnelle, formée de cellules embryonnaires vivaces dans lesquelles on rencontre encore quelques cellules géantes, qui pénètrent même jusque dans le tissu musculaire. C'est comme dans les abcès froids, la couche superficielle caséuse, nécrosée, qui en se détachant forme le pseudo-pus dont la cavité utérine est remplie. Là aussi, les bacilles sont très rares : Doyen en a trouvé à l'autopsie d'une jeune femme, morte de fièvre puerpérale. Cornil fait remarquer que ces lésions de la muqueuse utérine sont absolument identiques à celles qu'on trouve dans le bassin, les calices et l'uretère.

Les symptômes de la tuberculose utérine n'ont absolument rien de caractéristique; ce sont ceux de l'endométrite chronique : règles douloureuses et irrégulières, métrorragies, leucorrhée. Quelquefois l'écoulement présente un caractère un peu particulier, c'est une sorte de magma purulent, épais, ou bien un liquide louche dans lequel nagent de petites parcelles blanchâtres et concrètes. Mais ce sont là des signes bien fugitifs pour faire un diagnostic, et le plus souvent, surtout quand la tuberculose utérine est primitive, on croit à une métrite simple sans même soupçonner la tuberculose. Quand au contraire il existe des signes manifestes de tuberculose dans d'autres viscères, l'attention est immédiatement éveillée et on peut arriver au diagnostic. Pour cela il faut commencer par faire la dilatation de l'utérus. Cette dilatation est particulièrement utile dans les cas où, comme dans ceux de Biggs, Debove, Talamon, le canal cervical étant oblitéré, le corps de l'utérus est distendu au point d'acquiescer le volume du poing par les sécrétions qui ne peuvent s'écouler en dehors. La dilatation faite, on enlève à la curette quelques fragments de muqueuse pour les examiner. Le microscope ne donne pas toujours dans ces cas des renseignements bien précis. D'une part, les bacilles sont rares, et peuvent très bien échapper à des recherches même très patientes, et d'autre part les altérations histologiques ne sont pas très nettes, puisqu'on ne trouve pas de follicules tuberculeux types. On rencontre bien quelques cellules géantes, mais ces éléments ne sont pas absolument caractéristiques; on peut les trouver dans des endométrites chroniques vulgaires. Ce qui est surtout caractéristique, c'est la présence en grand nombre de cellules en état de nécrose de coagulation, c'est la présence de petits nodules embryonnaires développés autour des vaisseaux<sup>(1)</sup>. Mais ce sont là des lésions délicates, d'une interprétation difficile. Heureusement il est un autre mode de recherche, qui donne des renseignements bien plus sûrs, c'est l'inoculation. Aussi, dans les cas douteux, il ne faut pas hésiter à pratiquer des inoculations intra-péritonéales, de préférence sur des cobayes.

<sup>(1)</sup> PAUL PETIT, *Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, 1890, p. 4.



Le diagnostic posé, le traitement ne saurait être hésitant. Le curetage, l'anatomie pathologique le prouve, ne peut être qu'un moyen palliatif, et ne saurait être curatif, car il ne peut enlever les nodules qui siègent dans le tissu musculaire. Si donc il n'y a pas de contre-indications formelles tirées de l'état général, ou de la présence d'autres lésions tuberculeuses plus avancées, c'est l'hystérotomie vaginale qu'il convient de faire. Il ne faudra pas oublier qu'il existe très souvent des lésions concomitantes des trompes; et le plus sûr, même s'il n'y a pas de lésions cliniquement appréciables dans ces organes, sera d'enlever les annexes avec l'utérus.

Dans la tuberculose végétante du col, décrite par Vitrac, il n'y avait pas d'ulcération apparente. Les tubercules étaient situés dans l'épaisseur du col, et partout recouverts de l'épithélium intact. L'hystérectomie a montré que les lésions étaient limitées au col. On comprend qu'il puisse être difficile de distinguer cette forme de tuberculose de l'épithéliome.

## CHAPITRE IV

### TUMEURS

#### I

#### FIBROMYOMES

On désigne sous le nom de myomes, fibromyomes ou fibromes<sup>(1)</sup> des néoplasmes bénins composés de tissu conjonctif et de tissu musculaire lisse, qui sont presque spéciaux à l'utérus, où ils atteignent un volume énorme.

**Anatomie pathologique.** — La structure typique des fibromyomes de l'utérus est d'une extrême simplicité. Mais comme ces tumeurs présentent des modifications nutritives, des sortes de maladies fort nombreuses, et qu'elles offrent d'autre part de grandes variations de siège et de rapports, leur étude anatomo-pathologique est en réalité fort complexe. J'exposerai d'abord leur structure histologique, avec ses modifications secondaires, c'est-à-dire la biologie et la pathologie de ces tumeurs, puis nous verrons les modalités qu'elles présentent suivant leur siège et le sens de leur évolution.

Les fibromyomes sont des tumeurs plus ou moins arrondies, de consistance ordinairement ferme et comme élastique, quelquefois très dures, quelquefois très molles, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une tête, et même bien davantage; on en a vu qui pesaient 140 livres<sup>(2)</sup>. Ils sont fréquemment multiples. Certaines matrices en sont comme criblées; c'est ce que M. Pozzi appelle la dégénérescence myomateuse de l'utérus. Le tissu qui les forme est blanc grisâtre ou blanc rosé; il crie sous le couteau. La coupe reste rarement

<sup>(1)</sup> En clinique on appelle fréquemment ces tumeurs corps fibreux ou tumeurs fibreuses. Broca avait proposé de les appeler hystéromes.

<sup>(2)</sup> HUNTER, *Amer. Journal of obstet.*, 1888, t. XXI, p. 62.

plane; les parties centrales bombent et font saillie, comme si la pression des zones périphériques tendait à les énucléer. Sur la coupe, on voit des tourbillons concentriques formant quelquefois une seule masse (fibromyomes à noyau unique); souvent les gros fibromyomes sont formés de plusieurs noyaux tourbillonnés, séparés les uns des autres par des espaces cellulaires plus lâches (fibromyomes à noyaux multiples). Leur forme est alors irrégulière et comme noueuse. Au pourtour de la tumeur, on trouve une capsule formée par le tissu utérin condensé; entre cette capsule et la tumeur elle-même existe une couche de tissu cellulaire dans laquelle rampent des vaisseaux. Cette couche de tissu cellulaire est souvent si lâche, que la tumeur paraît n'avoir presque aucune connexion avec le tissu utérin, et qu'elle s'énuclée avec la plus grande facilité. Parfois même, l'énucléation se fait sous la simple influence de la contraction de la capsule incisée.

Au point de vue histologique, les fibromyomes sont composés de deux tissus: le tissu conjonctif et le tissu musculaire lisse. Leur composition est donc la même que celle des parois utérines, ainsi que Vogel l'a établi le premier.

Recklinghausen<sup>(1)</sup> a décrit, sous le nom d'adénomyome, des tumeurs qui ressemblent aux myomes vulgaires, mais qui en diffèrent complètement par ce fait qu'ils renferment en plein tissu myomateux des glandes véritables. D'après l'auteur, ces glandes seraient des débris du corps de Wolff. Diesterweg et Hanser avaient déjà soutenu cette manière de voir.

Legueu et Marien<sup>(2)</sup> ont souvent trouvé des éléments épithéliaux dans les fibromyomes; mais ils pensent avec Schröder que ce sont tout simplement des glandes de la muqueuse, qui ont été entraînées par le développement de la tumeur.

Sur les coupes, on voit les faisceaux musculaires dirigés dans tous les sens, coupés parallèlement, perpendiculairement, obliquement par rapport à leur axe, et séparés les uns des autres par des travées conjonctives. La proportion des éléments musculaires et des éléments conjonctifs est très variable. Dans certaines tumeurs, les éléments musculaires prédominent de beaucoup, comme dans l'utérus normal; dans d'autres, ce sont les éléments conjonctifs qui l'emportent. Mais jamais l'un ou l'autre de ces éléments ne se trouve à l'état de pureté, et la division qu'on a proposé d'établir en myomes et fibromes n'est pas justifiée; toutes ces tumeurs sont des fibromyomes. Plus elles contiennent de fibres musculaires, plus elles sont molles et plus leurs connexions avec le tissu utérin sont intimes. Parfois elles sont sur un de leur côté tellement unies à la paroi de l'utérus qu'on ne peut en voir la délimitation. Au contraire, les tumeurs dans lesquelles le tissu conjonctif prédomine sont dures, et leurs connexions sont beaucoup plus lâches. C'est autour de celles-là qu'on trouve une couche lamelleuse, sorte de bourse séreuse virtuelle qui permet de les énucléer si facilement.

Les tumeurs molles et musculeuses se rencontrent surtout dans le corps; les tumeurs dures, fibreuses surtout dans le col. Ce fait est peut-être en rapport avec la structure normalement plus fibreuse du col; en tout cas, il explique comment c'est au niveau du col qu'on observe le plus souvent les fibromyomes capsulés à énucléation facile.

<sup>(1)</sup> RECKLINGHAUSEN, *Die Adenomyome und Kystadenome der Uterus und Tubenwandung*. Berlin, 1896.

<sup>(2)</sup> LEGUEU et MARIEN, *Ann. de gynéc.*, 1897, t. XLVII, p. 154.