

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'ulcérations, 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 3 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 siègeait 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<sup>er</sup> mémoire déjà cité.

(3) Brouardel, obs. IV.

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

(5) Senn, *Archives générales de médecine*, 1831, 1<sup>re</sup> série, t. XXVII, p. 282.

(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 Chégoïn, *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, *Déviation et engorgements de l'utérus*. Paris 1850. Voy. rapport de M. Hervez de Chégoïn (*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. (CHAULLY.)