FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 231.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 13 août 1867,

PAR GASTON BOURÉE

Né à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or),

ANCIEN ÉLÈVE DES HÔPITAUX DE PARIS,

MEDAILLE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE (EXTERNAT, 1865),

MEDAILLE DU GOUVERNEMENT (CHOLÉRA 1866).

ÉTUDE
SUR LES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1867

A M. RICHET

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

A M. HÉRARD

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DE LARIBOISIÈRE,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC

A M. L. LABBÉ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHIRURGIEN DE L'HOSPICE DE LA VIEILLESSE (FEMMES),
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Hommage respectueux de leur élève.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES AMIS

ÉTUDE

SUR LES

TUMEURS FIBREUSES

DE L'UTÉRUS

APERÇU HISTORIQUE.

Il faut arriver jusqu'au milieu du siècle dernier, pour voir apparaître dans la science la notion des tumeurs fibreuses de l'utérus. Ce n'est en effet, qu'après le mémoire de Levret, paru en 1749, que cette affection prit place dans le cadre nosologique.

Jusqu'à cette époque, les auteurs n'avaient que des idées très-vagues sur ces productions qu'ils rencontraient quelquefois, ainsi que le prouvent les descriptions qu'ils nous ont laissées, productions qu'ils appelaient môles, cercosis, scléromes de matrice, etc., et qu'ils prenaient parfois pour la matrice elle-même renversée.

Levret, dans son remarquable mémoire, changea la face de la science ; il créa la symptomatologie, et posa les bases du traitement de cette affection, qu'il négligea néanmoins d'étudier au point de vue anatomique, et cependant, comme le dit Malgaigne dans sa thèse de concours de 1832, « les découvertes les plus récentes se trouvent en germe dans ses admirables travaux. »

Depuis Levret jusqu'au commencement du XIXe siècle, malgré le mémoire de Louis, malgré les passages où Morgagni les appelle tubercules de matrice, malgré les remarques de William Hunter, de Baillie qui reconnut qu'elles pouvaient devenir osseuses, l'histoire des tumeurs fibreuses de l'utérus ne fit pas de progrès, leur nature anatomique était toujours inconnue.

Bichat, dans son *Anatomie générale* et dans ses *Leçons d'anatomie pathologique*, émit les premières idées justes à ce sujet, et indiqua à ses successeurs la voie à suivre.

C'est sous l'influence de ses travaux que parurent le mémoire de Ph. Roux et surtout celui de Bayle qui donna la première description dogmatique sur cette matière.

Les cliniques de Dupuytren, les travaux de MM. Cruveilhier et Velpeau complétèrent les notions déjà acquises et firent reculer les limites atteintes par les auteurs qui les avaient précédés.

Un grand nombre de mémoires ont été publiés sur ce sujet ; nous citerons ceux de M. Hervez de Chégoin, d'Amussat, les thèses de Malgaigne, de Gerdy, de M. Jarjavay, de M. Guyon. Les auteurs de traités des maladies des femmes ont également étudié avec soin cette question. Enfin, de nouvelles lumières furent apportées par les micrographes.

Des savants, tels que MM. Lebert et Robin, ayant à leur disposition ce puissant moyen d'exploration qui rend de si grands services à la science, le microscope, firent connaître quelle était la structure intime de ces productions pathologiques.

DÉFINITION. — SYNONYMIE.

On appelle tumeurs fibreuses, corps fibreux de l'utérus, fibroïdes, fibromes, hystéromes (Broca), des productions pathologiques, dures, indolentes, d'aspect fibreux, d'un volume variable, développées dans le tissu de l'utérus, et susceptibles de modifications qui en changent le siége, l'aspect et la structure.

DIVISION DU SUJET.

Nous diviserons notre travail en deux parties :

Dans la première, nous ferons l'histoire des tumeurs fibreuses chez la femme, hors l'état de grossesse.

Dans la seconde, nous dirons quelques mots de l'influence de ces tumeurs sur les fonctions de reproduction : conception, gestation, accouchement.

PREMIÈRE PARTIE

Des tumeurs fibreuses de l'utérus dans l'état de vacuité de cet organe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'étudier d'abord les umeurs fibreuses considérées isolément, leur physionomie extérieure et leur structure. Ensuite, nous verrons les rapports qu'elles affectent avec l'organe où elles prennent naissance, l'influence qu'elles exercent, soit sur l'utérus lui-même, soit sur les organes voisins, et nous dirons, en terminant, quelles sont les altérations qu'elles peuvent subir.

Forme. — Les tumeurs fibreuses de l'utérus présentent ordinairement une forme sphérique. Mais cette forme peut être modifiée dans plusieurs circonstances. Si, par exemple, il y a sur le même utérus plusieurs tumeurs, celles-ci en se développant se rapprochent, finissent même quelquefois par se confondre, dans ce cas alors on a une tumeur plus ou moins volumineuse et présentant un aspect irrégulièrement bosselé. Si, dans d'autres cas, la tumeur s'est engagée dans le col utérin, elle peut être effilée, pyriforme, ou même bilobée, l'étranglement correspondant à la cavité cervicale. D'autres fois, la résistance du tissu utérin met obstacle à leur libre développpement, et elles ont, dans ces cas, une forme plus ou moins aplatie.

Volume. — Le volume de ces tumeurs est variable, selon l'époque

de leur évolution à laquelle on les examine. On en rencontre qui ont le volume d'une tête d'épingle, d'une noisette, d'un marron, d'un œuf, d'une tête de fœtus, d'une tête d'adulte. M. Gaultier de Claubry père cite l'exemple d'une tumeur qui pesait 39 livres. M. le Dr Luys a rapporté à la Société médicale d'observation, en 1856, l'observation d'une masse fibreuse, née de la paroi postérieure de l'utérus, d'un volume tel qu'elle remplissait l'abdomen de la malade; elle était composée d'une tumeur mère à laquelle était accolées 28 tumeurs secondaires dont la grosseur variait depuis celle d'une noix jusqu'à celle d'une tête de fœtus. Le poids total de la masse était de 16 kilogrammes 500 grammes. M. Courty (*in excursion chirurgicale en Angleterre*, Montpellier, 1863), dit en avoir vu une dont le poids ne devait pas être inférieur à 50 livres.

Nombre. — Elles sont uniques ou multiples. M. Cruveilhier dit qu'elles sont ordinairement solitaires : cela est vrai, en général, quand elles sont très-grosses, mais il est plus fréquent de trouver plusieurs de ces productions d'un volume médiocre réunies sur le même utérus. Ordinairement, dans ce cas, elles sont de grosseurs différentes. Il n'est même pas rare d'en trouver dans les annexes de l'utérus, surtout sur les ovaires.

Consistance. — Les tumeurs fibreuses ont une consistance ferme, une dureté élastique toute particulière. Le tissu qui les forme est un des plus résistants que l'on connaisse. Leur couleur est d'un blanc mat ou nacré. Ce sont les caractères qu'elles présentent quand elles n'ont pas subi d'altération. Si on les trouve rougeâtres, ramollies, c'est qu'elles ont éprouvé un commencement de modifications diverses, que nous étudierons plus loin.

Structure. — A la coupe, les tumeurs fibreuses de l'utérus présentent un ensemble de fibres entrecroisées dans tous les sens, un véritable feutrage. D'autres fois, les fibres qui les constituent sont

enroulées, pelotonnées autour de plusieurs centres, où elles viennent converger.

C'était à peu près tout ce qu'on savait de leur structure, quand l'examen microscopique est venu apporter des notions nouvelles.

M. Lebert, le premier en France, constata dans ces tumeurs la présence des fibres cellules musculaires. Il les considéra comme formées de deux éléments : les uns fibreux et fibro-plastiques, les autres constitués par les fibres cellules. Ces derniers éléments étant caractérisés par la présence des noyaux appartenant en propre aux fibres musculaires de la vie organique, noyaux très-longs, étroits, recourbés, quelquefois légèrement ondulés, ayant à peine 1/400 de millimètre de largeur et dépouillés de nucléole.

M. Robin, dans la thèse de M. Ferrier, donna la structure suivante pour les tumeurs fibreuses de l'utérus :

1° Pour un quart, des faisceaux de fibres musculaires de la vie organique, généralement cylindriques, de petit diamètre, larges tout au plus de 1 dixième de millimètre finement granuleuses dans toute leur étendue, et offrant dans leur centre le noyau allongé, ovoïde, tantôt pourvu, tantôt dépourvu de nucléole, qui est propre aux fibres musculaires de la vie organique.

2° En même quantité, et souvent plus abondamment que les éléments précédents des fibres de tissu cellulaire.

3° De quelques éléments fibro-plastiques, soit noyaux libres, soit corps fusiformes, épars dans le tissu cellulaire, en général peu abondants.

4° D'une forte proportion de matière amorphe finement granuleuse, très-tenace, demi-solide, qui maintient fortement adhérentes les unes aux autres les fibres du tissu cellulaire, les masque et les rend difficiles à isoler.

Le savant professeur d'histologie constate, en outre, que les fibres cellules qu'on trouve dans les tumeurs fibreuses de l'utérus sont plus volumineuses que celles de l'utérus à l'état de vacuité, mais qu'elles sont moins développées que lorsque cet organe ren-

ferme un produit de conception. Il fait également remarquer que la proportion de ces fibres cellules est plus forte dans les petites tumeurs que dans les grosses.

Quant à la matière amorphe, finement granuleuse, signalée plus haut, elle joue un rôle important dans la densité du tissu, elle suit dans son développement la même marche que la tumeur : plus celle-ci grossit, plus il augmente de quantité, et plus il tend à prédominer sur les autres éléments.

Les tumeurs fibreuses ne sont pas vasculaires par elles-mêmes. On rencontre, à leur périphérie, un réseau vasculaire purement veineux ; ce réseau superficiel communique avec les veines de l'utérus, qui sont d'autant plus développées que la tumeur est plus volumineuse, et que l'utérus lui-même a subi un développement plus considérable. Il reçoit les quelques veines qui viennent de l'épaisseur des tumeurs ; aucune artère utérine ne paraît pénétrer dans le tissu qui constitue cette production accidentelle, dont la circulation se trouve ainsi réduite à sa plus simple expression. Aussi, à la suite des progrès de ces corps étrangers, ou des opérations qu'ils nécessitent, ne voit-on généralement que des hémorrhagies en nappe, qui néanmoins peuvent, dans certains cas, devenir assez fortes pour forcer le chirurgien à intervenir d'une façon active.

La vie de ces tumeurs est donc toute parasitaire; elles puisent leurs éléments de nutrition, par voie d'imbibition, dans les tissus qui le environnent, de même que les cartilages interarticulaires, comme l'a démontré M. Richet, vivent aux dépens des sucs que leur fournissent les os et les synoviales.

On n'a pas vu de vaisseaux lymphatiques émerger de ces tumeurs, aucun nerf utérin n'a été suivi dans leur épaisseur.

Telle est la structure de ces productions Etudions maintenant leurs rapports avec les différents points de l'utérus, le corps et le col.

Nous devons dire tout d'abord, qu'il n'y a aucune connexion entre le tissu de la matrice et les tumeurs fibreuses qui s'y déve-

loppent. On a vu, il est vrai, dans les cas de tumeurs volumineuses, des adhérences anormales, mais qui s'étaient sans doute établies à la suite d'un travail pathologique. On voit ce fait dans une observation de A. Bérard. M. le professeur Jarjavay en a également rapporté un exemple dans sa thèse de concours.

L'isolement entre les tumeurs fibreuses et le tissu utérin est établi par une couche de tissu cellulaire lâche; c'est elle qui permet au chirurgien de faire facilement l'énucléation de la tumeur, c'est elle qui facilite sa migration.

Ce tissu cellulaire peut devenir le point de départ de bourses séreuses accidentelles; MM. Verneuil et Fénerly en ont rapporté chacun un exemple.

Il est un fait général, c'est que ces tumeurs peuvent se développer sur tous les points de l'organe. Mais il s'agit de savoir dans quelles proportions elles occupent le corps et le col, et quels sont les points où elles semblent prendre naissance de préférence.

La plupart des auteurs admettent que le corps est beaucoup plus souvent atteint que le col; cependant M. Aran fait remarquer que les tumeurs fibreuses du col sont plus communes qu'on ne le dit généralement. Quoi qu'il en soit, il est un fait qui a frappé les observateurs, c'est l'état indemne du col, dans des cas où le corps présentait un nombre considérable de ces tumeurs.

Voici la statistique que donne M. Guyon sur 140 cas de tumeurs observées sur 132 utérus.

110	occupaient	le corps,
21	—	le col,
9	—	un siége mixte ou anormal,

et dans 52 cas, où est donnée la désignation précise du point de l'utérus occupé par ces tumeurs :

22	étaient insérées	sur la paroi postérieure,
18	—	sur la paroi antérieure,
12	—	sur le fond ;

ce qui justifie l'opinion d'Aran, qui disait que le point d'implantation avait lieu surtout sur la paroi postérieure. West partage également cet avis; sur 40 cas, 18 étaient pour la paroi postérieure et les autres pour tout le reste de l'utérus.

Voyons à présent leur siége dans le tissu même de l'utérus. Les tumeurs fibreuses naissent primitivement dans le parenchyme de l'organe, ce sont les tumeurs fibreuses interstitielles. Elles peuvent se développer, croître, sans cesser d'être interstitielles. Mais, à côté de cette espèce, il y a les tumeurs qui, nées sur un point du tissu utérin, assez rapproché de la séreuse péritonéale ou de la muqueuse utérine, viennent faire saillie, soit du côté du bassin, soit du côté de la cavité utérine : ce sont ces espèces de tumeurs qu'on a désignées sous le nom de tumeurs fibreuses sous-péritonéales, tumeurs fibreuses sous-muqueuses.

Pour Aran, cette division en trois espèces de tumeurs n'est pas acceptable, en ce sens qu'elle ne s'applique pas à l'état réel et primitif de la tumeur, mais qu'elle ne fait qu'indiquer les phases de leur développement. Pour cet auteur, « nul doute que toutes les tumeurs ne soient primitivement interstitielles; mais, suivant qu'elles prennent naissance au sein d'une couche épaisse de fibres, ou qu'elles se trouvent rapprochées de la surface muqueuse ou péritonéale, elles éprouvent plus ou moins de difficulté à obéir à cette loi de migration qui préside au développement de toutes les tumeurs, et qui les fait croître dans la direction où elles trouvent le moins de résistance. »

Il admet cependant que les symptômes de chacune de ces espèces varient considérablement; mais au point de vue anatomique, il ne voit aucune différence entre les trois espèces dont nous venons de parler.

M. Courty trouve également ces expressions impropres, parce que le fait qu'elles semblent consacrer, n'est pas exact; les tumeurs ne sont pas revêtues par le péritoine ou la muqueuse utérine seule,

il y a toujours, entre elles et ces membranes, une couche si mince, soit-elle de tissu utérin.

Néanmoins, comme cette division des tumeurs fibreuses a cours généralement dans la science, nous continuerons à nous servir des expressions : tumeurs interstitielles, sous-muqueuses et sous péritonales, suivant qu'elles sont englobées dans le tissu utérin, qu'elles viennent faire saillie dans la cavité de l'utérus, ou qu'elles se portent surtout du côté de l'abdomen.

Si la tumeur a pris naissance près de la surface, soit muqueuse, soit péritonéale de l'utérus, elle ne tarde pas en se développant à faire saillie du côté qui lui présente le moins de résistance. Lorsque le point qu'elle occupe primitivement est le centre même de la paroi, son passage de l'état de tumeur interstitielle à celui de sous-muqueuse ou sous-péritonéale est encore possible : il s'effectuera plus lentement, et la couche de tissu utérin qui la recouvrira sera plus épaisse que précédemment.

La pédiculisation de la tumeur fait partie du phénomène dont nous nous occupons maintenant.

Voici les causes qui agissent pour entraîner la tumeur hors du parenchyme utérin, et ne lui laisser comme moyen d'union avec l'organe où elle est née, qu'une partie étroite, plus ou moins longue, qu'on nomme le pédicule de la tumeur.

Si elles sont voisines des parois soit interne, soit externe de la matrice, leur développement seul les rend sous-muqueuses ou sous-péritonéales. Si elles occupent un point plus profond de la paroi, ce développement peut atrophier les fibres utérines qui les séparent de l'extérieur (péritoine ou cavité), et à mesure que ce tissu perd de sa force, la puissance du corps étranger augmentant, celui-ci finit par triompher de la résistance que lui opposait l'utérus, et il vient faire saillie soit en dehors, soit dans la cavité de cet organe. En outre, les fibres voisines, qui ne sont pas soumises à l'action destructive de la tumeur, se sont hypertrophiées, la présence du

corps fibreux les sollicite à entrer en action, leur contractilité est mise en jeu, et elles l'aident à opérer son émigration.

Si l'énucléation est complète, la tumeur revêtue soit par la muqueuse ou le péritoine seuls, soit par ces membranes et une couche mince de tissu utérin, ne tient plus à l'utérus que par une partie rétrécie, qui constitue le pédicule et qui offre la même structure que l'enveloppe de la tumeur.

Ce pédicule présente des variétés nombreuses dans sa longueur et son épaisseur. On s'est beaucoup préoccupé de la question de savoir s'il était vasculaire. On admet qu'il peut contenir des vaisseaux sanguins, mais en petit nombre et jamais volumineux.

Les tumeurs qui se dirigent du côte du péritoine ont plus rarement un pédicule que les sous-muqueuses. On les voit moins souvent complétement dégagées du tissu utérin; les deux tiers, les trois quarts de leur périphérie, quelquefois plus, sont recouverts par le péritoine seulement, le reste de leur circonférence est plongé dans le tissu de l'utérus. Il existe cependant des cas où ces tumeurs sous-péritonéales sont véritablement pédiculées. Il y a plus, on comprend que ce pédicule puisse se déchirer, et alors la tumeur se détache et tombe dans le ventre, à moins d'adhérences antérieures.

Il est très-fréquent, au contraire, de voir les tumeurs sous-muqueuses se pédiculiser dans la cavité utérine, franchir le col et former ce qu'on appelle les polypes fibreux.

D'après ce que nous avons dit sur la manière dont se forme le pédicule, nous voyons qu'il ne faut plus faire jouer au col de la matrice le rôle important qu'on lui attribuait autrefois dans ce phénomène. On croyait, en effet, que c'était lui qui formait le pédicule par la striction qu'il exerçait sur la tumeur, pendant le passage de celle-ci dans sa cavité. Il peut bien, il est vrai, en diminuer le volume, en changer le caractère, mais il ne le crée pas, puisque la pédiculisation peut se montrer dans toute autre direction. Il est, du reste, un autre phénomène, qu'on observe parfois, et qu'on peut rapprocher de celui dont nous venons de nous occuper: nous voulons

parler de cette migration qu'on voit dans certains cas de tumeurs développées au sein d'une couche de tissu assez épaisse, et vers le fond de l'organe, migration par laquelle les tumeurs s'insinuent dans les interstices du tissu utérin, et au lieu de se diriger en dedans ou en dehors, descendent peu à peu en dédoublant la paroi qu'elles occupent jusque dans l'épaisseur de l'une ou l'autre lèvre du col. Cela se remarque sans que la tumeur cesse d'être sessile, c'est donc une énucléation de l'épaisseur même des parois, et nous croyons que dans ce cas, l'enveloppe celluleuse dont nous avons parlé ne reste pas étrangère à cette évolution.

Que va devenir la matrice en présence de ce corps étranger né dans ses parois, vivant, se développant à ses dépens?

A ce sujet, nous ferons des distinctions : en effet, les tumeurs sous-péritonéales n'agissent que très-faiblement, souvent en aucune façon sur la vitalité de l'organe; mais il n'en est pas de même des tumeurs interstitielles et des sous-muqueuses. Dans ces cas, l'utérus subit une véritable hypertrophie portant à la fois sur la fibre musculaire et sur l'élément vasculaire, comme s'il contenait un produit de conception. M. Guyon dans sa thèse d'agrégation a même désigné cet état sous le nom de grossesse fibreuse. Ce développement des fibres et du réseau vasculaire donne lieu à des contractions et à des douleurs expulsives, quelquefois même il est la cause d'hémorrhagies graves quand des sinus se sont formés autour de la tumeur, comme pendant la grossesse autour du placenta (Cruveilhier).

Cet état d'hypertrophie générale de l'organe de la gestation se remarque surtout dans la période de sexualité. Après la ménopause on remarque un effet opposé, une atrophie de la matrice.

Dans les cas de tumeurs interstitielles, on dit que des deux lames qui enveloppent la tumeur, c'est l'utéro-péritéonale qui est hypertrophiée; ce n'est pas toujours vrai, et lorsque la tumeur occupe le fond de l'organe, la paroi du côté de l'abdomen a quelquefois une minceur très-grande. Et nous voyons, dans la première observation du mémoire d'Amussat, qu'après l'opération, ce chirurgien constata,

au fond de l'utérus, deux cavités qui logeaient deux bosselures de la tumeur, et dont le fond, presque transparent, n'était formé que par une couche mince de tissu musculaire, peut-être même seulement par le péritoine. De pareils faits doivent engager les chirurgiens à y regarder à deux fois avant de tenter l'extirpation d'une tumeur semblable.

Quant à la cavité du corps de l'utérus elle peut subir des modifications : être agrandie ou effacée, suivant la nature de la tumeur, son siége, son volume, etc.

Parmi les autres altérations que subit la matrice, nous citerons son renversement, ou inversion, dans le cas d'une tumeur du fond s'engageant dans la cavité du col; ses flexions en divers sens, suivant le point d'attache de la tumeur. Il est facile de comprendre que le poids de la tumeur, le point où elle se dirige, influeront sur la direction et la position d'un organe aussi mobile que l'est l'utérus dans la cavité pelvienne.

Ces tumeurs, quand elles ont acquis un certain développement, ne sont pas sans faire sentir leur présence aux organes voisins. Les pressions qu'elles exercent amènent des déviations, des déformations, des perforations, différentes lésions en un mot dont nous allons parler.

La vessie et le rectum, par leur situation, sont les organes qui ont le plus à souffrir d'un semblable voisinage. En effet, souvent on voit le rectum refoulé d'un côté, la vessie déjetée soit à droite, soit à gauche, ou entraînée de bas en haut jusqu'à l'ombilic. On a cité des cas où des tumeurs fibreuses avaient usé, perforé la vessie et le rectum. Enfin, M. Loir (*Mémoire de la Société de chirurgie de Paris*, 1851) a vu une tumeur fibreuse de la grosseur du poing, perforer l'utérus, la ligne blanche, et sortir sous la forme d'une masse noire et fongueuse, à travers la peau gangrenée de l'hypogastre.

Une fois ces tumeurs formées, que vont-elles devenir? Leur accroissement peut être illimité, mais la rapidité avec laquelle elles augmentent est variable. Ce développement peut être rapide ou

lent, quelquefois elles restent stationnaires plus ou moins longtemps. On a même prétendu qu'il pouvait y avoir arrêt de développement, et que dans certains cas, ces tumeurs étaient susceptibles de rétrograder. M. Cruveilhier admet comme possible, comme démontré même, que ces tumeurs peuvent s'atrophier à n'importe quelle époque de leur évolution : ce mouvement rétrograde serait caractérisé par une condensation, une espèce de dessiccation des éléments de la tumeur, et une diminution notable de sa vascularisation.

Il est encore une autre altération que le même auteur rapporte à l'atrophie, c'est la transformation de la tumeur en tissu calcaire, sa pétrification, son ossification comme on l'a dit à tort, car on ne trouve dans ces corps ainsi modifiés que des éléments inorganiques.

Cette transformation peut se faire de plusieurs manières, ou par l'encroûtement périphérique qui forme à la tumeur une coque calcaire, ou par le dépôt dans l'intérieur de la tumeur de concrétions multiples : Michel Morus compta jusqu'à 32 noyaux de cette nature dans une tumeur ; ou enfin par l'infiltration totale, ce qui transforme la tumeur fibreuse en une véritable pierre. On comprend que la présence d'un corps semblable dans l'utérus peut déterminer des accidents : nous citerons seulement le cas rapporté par Arnott, d'une tumeur calcaire du poids de 5 livres, qui causa la mort, chez une vieille femme, en déchirant l'intestin dans une chute.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus peuvent être atteintes par d'autres altérations, d'un caractère différent, c'est l'étude de ces altérations qui constitue ce qu'on peut appeler la pathologie de ces tumeurs.

Ces altérations sont l'œdème, le ramollissement pouvant amener la fluctuation et donner lieu à des erreurs de diagnostic. Le liquide, qu'il soit séreux, sanguin ou purulent, peut être infiltré dans toute la tumeur, ou s'être rassemblé dans des cavités creusées dans l'épaisseur de la tumeur ou nées à sa périphérie.

Les kystes sont ou des cavités irrégulières, sans parois : M. Cruveilhier les appelle géodes ; ou des cavités régulières, avec parois

propres, ils sont uniques ou multiples, peuvent prendre un grand développement, devenir le siége d'accidents divers, tels que hémorrhagies, suppurations, et en imposer pour des kystes de l'ovaire. La suppuration s'établit surtout dans le tissu cellulaire qui entoure la tumeur, rarement elle naît de son épaisseur même.

La gangrène qu'on voit parfois envahir les tumeurs fibreuses, débute rarement par le centre, il est beaucoup plus fréquent de la voir commencer par l'extrémité libre de la tumeur.

Quant à la dégénérescence cancéreuse de ces tumeurs, nous ne l'admettrons pas, on ne l'a jamais observée. Dupuytren la croyait possible. Cette idée a été victorieusement combattue par MM. Lebert, Cruveilhier, Velpeau. La coïncidence des deux affections, cancer et tumeur fibreuse, se rencontre quelquefois, et jamais les observateurs n'ont noté dans ces cas l'envahissement de la tumeur par l'élément cancéreux.

Quant à la coïncidence de ces tumeurs fibreuses et du cancer du sein dont parle Mme Boivin, rien dans les faits n'autorise à l'admettre. Ces deux affections étant très-communes chez la femme, il n'y a rien d'extraordinaire à ce qu'on les rencontre ensemble sur le même sujet; mais de là à la généralisation du fait, il y a loin et nous croyons qu'ici Mme Boivin a eu tort d'ériger en loi ce qui n'est que le fait du hasard.

Quant à la récidive, la répullulation de ces tumeurs, comme on l'entend pour les tumeurs de mauvaise nature, il ne faut pas l'admettre. Le plus souvent, quand on a affaire chez une malade, à une deuxième, une troisième tumeur fibreuse, il ne faut voir là que de nouvelles évolutions de tumeurs qui très-probablement existaient au moment où on est intervenu la première fois, mais qui étaient trop petites pour être perçues, et qui depuis se sont développées, ont suivi les phases naturelles de leur évolution.

ÉTIOLOGIE ET MODE DE FORMATION.

Rien n'est plus obscur que l'étiologie de cette affection, et cependant, nous avons déjà dit qu'on la rencontrait très-fréquemment. Bayle estime qu'après 35 ans, le cinquième des femmes portait une ou plusieurs tumeurs fibreuses. Portal donne des chiffres encore plus élevés : 13 sur 20 : ces évaluations sont exagérées, les statistiques plus récentes donnent une proportion moindre.

Ce qu'on sait de plus positif sous le rapport de l'étiologie, c'est l'influence de l'âge sur la production des tumeurs fibreuses. Inconnue avant la puberté, elles commencent à se montrer, en général, après la vingtième année.

Voici une statistique de Malgaigne, il faut seulement remarquer qu'elle n'a trait qu'aux tumeurs fibreuses pédiculées :

de 26 à 30 ans	4
de 30 à 40 ans	20
de 40 à 50 ans	16
de 50 à 60 ans	4
de 60 à 70 ans	3
de 70 à 74 ans	4
	51

Un fait qui nous frappe, c'est la fréquence de ces tumeurs de 26 à 50 ans, c'est-à-dire pendant la période d'activité de l'utérus, 40 fois sur 51.

Dupuytren en recherchant sur 57 malades, l'âge auquel s'étaient montrés les premiers symptômes, a trouvé :

de 15 à 20 ans	1
de 20 à 29 ans	10
de 30 à 39 ans	19
de 40 à 49 ans	23
de 50 à 59 ans	3
de 60 ans et au delà	1
	57

Ici encore nous voyons 52 fois sur 57 les tumeurs se montrer pendant la période utérine de la vie.

Même résultat si nous consultons la statistique du Dr West, pour des tumeurs non pédiculées.

de 20 à 30 ans.....	18
de 30 à 40 ans.....	22
de 40 à 50 ans.....	27
de 50 à 60 ans.....	8
79 ans.....	1
	76

Voilà donc un fait bien établi, reposant sur des statistiques nombreuses : les tumeurs fibreuses de l'utérus se montrent surtout pendant la période d'activité fonctionnelle de l'utérus.

Quant aux causes pédisposantes, occasionnelles, efficientes, il vaut mieux avouer notre ignorance que d'émettre des théories fondées sur des probabilités plus ou moins grandes.

Nous ne parlerons donc pas de l'hérédité, de l'influence de tel ou tel tempérament, de l'état antérieur de la menstruation, etc.

Quant à l'influence du célibat, invoquée par Bayle, tous les auteurs qui l'on suivi ont démontré de la façon la plus probante qu'elle était nulle, et que bien plus souvent cette affection survenait chez les femmes mariées et mères de un ou de plusieurs enfants.

Notons cependant les différentes théories qu'on a données pour expliquer leur formation.

Broussais faisait jouer le plus grand rôle à l'irritation.

Walther donnait, comme cause, un épanchement de sang menstruel ou de toute autre humeur acrimonieuse.

Blandin croyait que ces tumeurs se développaient à la suite d'un épanchement de sang, au milieu des tissus de la matrice chez les jeunes filles mal réglées.

Pour M. Cambernon, c'étaient des ovules, déviés de leur parcours normal, qui devenaient le point de départ des tumeurs fibreuses.

Le point de départ de ces productions accidentelles a beaucoup occupé les auteurs, et cette question n'est pas encore résolue d'une manière définitive.

Vogel les regardait comme une simple hypertrophie du tissu utérin, et la présence dans ces tumeurs de la fibre-cellule musculaire était bien faite pour donner à cet auteur l'idée qu'il soutient.

Mais ne faut-il voir là que la confirmation de la loi d'analogie de structure, formulée par M. Velpeau, par laquelle les productions morbides accidentelles développées dans un tissu tendent à revêtir quelques-uns des caractères du tissu dans lequel elles se développent?

Ou bien proviennent-elles d'un exsudat plastique, d'un blastème qui participe à la vie commune, en « revêtant une organisation analogue à celle des tissus avec lesquels il est en contact? » (Broca, *Bull. Soc.*, an 1854).

Ou est-ce enfin, d'après la théorie de Virchow, la prolifération des éléments normaux du tissu cellulaire?

Telles sont les différentes idées que les auteurs ont émises sur le mode de formation, et le point de départ des tumeurs fibreuses de l'utérus.

En un mot les auteurs ne sont pas d'accord sur la genèse de ces produits pathologiques, mais tous s'accordent à reconnaître que la fibre musculaire est un de leurs éléments constitutifs les plus importants.

SYMPTOMATOLOGIE.

C'est dans l'étude des symptômes des tumeurs fibreuses que nous verrons l'utilité de la division que nous avons établie, à propos de l'anatomie pathologique entre les tumeurs, suivant qu'elles sont interstitielles, sous-muqueuses et sous-péritonéales. Il est facile de comprendre en effet que telle tumeur qui se dirige du côté du bassin ou de l'abdomen ne donnera pas lieu aux mêmes symptômes

que celle qui reste enfermée dans le tissu utérin, ou qui vient faire saillie du côté de la cavité utérine. Mais comme, d'un autre côté, ces deux dernières espèces de tumeurs se rapprochent beaucoup par leur appareil symptomalogique, nous les étudierons ensemble, nous proposant de traiter dans un paragraphe spécial, les signes qui appartiennent au troisième ordre de tumeurs, celles qui se développent du côté du péritoine.

DES TUMEURS INTERSTITIELLES ET SOUS-MUQUEUSES.

Il n'est pas rare que ces productions morbides ne se traduisent par aucun signe, et que la femme porte une tumeur fibreuse, même d'un certain volume, sans avoir jamais ressenti de dérangement dans ses fonctions, sans que sa santé se soit en rien altérée. Il est arrivé plusieurs fois qu'à l'autopsie on a rencontré de ces tumeurs et jamais la femme n'en avait soupçonné l'existence.

Il y a une période pendant laquelle ces tumeurs n'appellent nullement l'attention de la malade ou du médecin, c'est celle pendant laquelle elles prennent naissance et commencent à se développer. Mais lorsqu'elles ont acquis un certain volume elles accusent en général leur présence par des signes particuliers.

Ces accidents peuvent survenir brusquement, soit sans cause appréciable, soit après un effort, après une chute; ou ne se montrer que graduellement et avec une certaine lenteur. En général, ils sont d'autant plus marqués que la femme est plus jeune et dans la plénitude de sa vie utérine; car chez les femmes qui ont atteint l'âge de la ménopause, chez celles qui ont cessé de voir leurs règles depuis longtemps, chez qui, par conséquent, l'activité utérine a cessé, il n'est pas rare de voir manquer tout symptôme, ou de ne remarquer que des symptômes tout à fait insignifiants.

Le symptôme qui apparaît le premier et qui appelle l'attention sur le système utérin, ce sont des hémorrhagies; tout d'abord ces hémorrhagies se font aux époques des règles, l'écoulement sanguin

est plus abondant, dure plus longtemps, se reproduit à des intervalles plus rapprochés; dans quelques cas, il y a des hémorrhagies entre deux époques menstruelles.

Généralement en même temps que ces hémorrhagies ont lieu la femme se plaint de douleurs vives qui partant de l'hypogastre, se dirigent dans les fesses, les cuisses, les hanches et qui, surtout suivent le trajet du nerf sciatique.

Entre les hémorrhagies, il se fait souvent, par les parties sexuelles un écoulement blanc visqueux, qui peut être transparent ou louche ou quelquefois teint de sang; en même temps, à mesure que la tumeur se développe, apparaissent d'autres symptômes survenant graduellement, tels que douleurs dans le bas-ventre, sentiment de pesanteur vers les aines, les cuisses; de plénitude dans le bassin, le développement du ventre, les troubles du côté des fonctions de la vessie et du rectum. C'est bien souvent à cette époque seulement que la femme, qui jusque-là avait cru à des accidents, à des troubles de la menstration, se décide à venir prendre les conseils de son médecin, et on est déjà à une époque assez éloignée du début de l'apparition des premiers symptômes.

Dans quelques cas, la première chose qui ait attiré l'attention de la malade c'est la dysurie, ou même une rétention d'urine complète, et d'après les auteurs ce fait se verrait assez fréquemment.

Aran lui donne pour cause probable l'exagération de l'antéflexion naturelle de l'utérus, causée par la présence de la tumeur et déterminant une compression de la vessie. Quoi qu'il en soit, ce signe qui survient quelquefois dès le début et souvent dans le cours de cette affection, doit attirer l'attention du médecin du côté du système utérin.

La constipation se voit plus rarement que la dysurie. Cependant, on cite des cas où les tumeurs fibreuses de l'utérus ne se sont manifestées que par une constipation opiniâtre. Ainsi M. Nélaton, dans un cas de ce genre où le rectum était tellement aplati qu'on ne pou-

vait y faire pénétrer une sonde, fut obligé de pratiquer un anus contre nature. La malade mourut huit jours après.

Le Dr Clarke a expliqué la fréquence des troubles de la miction, et la rareté de la constipation dans les tumeurs fibreuses, de la façon suivante :

« C'est ce qu'on peut expliquer, dit-il, en tenant compte de la forme de l'ouverture supérieure du bassin chez la femme. Cette ouverture est de forme ovale, et son grand diamètre dirigé d'un côté à l'autre. Par suite, toute tumeur dont les coutours ne correspondent pas à cette forme, doit, si elle est trop volumineuse pour s'engager dans l'ouverture supérieure du bassin, reposer sur la partie interne et supérieure du pubis et sur l'angle saillant du sacrum ; l'S iliaque du colon qui se termine dans le rectum se trouvant située du côté gauche dans la cavité pelvienne, il s'en suit qu'elle doit échapper à la pression. »

Cette explication peut être vraie dans les cas de tumeur volumineuse, mais comme les mêmes symptômes se remarquent alors qu'une tumeur d'un volume médiocre se trouve encore renfermée dans le petit bassin, nous croyons que l'opinion émise par Aran rend compte du phénomène dans le plus grand nombre des cas.

Tous ces signes, dysurie, constipation, tiraillements dans les aines, sentiment de plénitude dans le bassin, etc., quand ils existent, ont une grande importance, mais le symptôme qui domine tous les autres, celui qui fait le plus rarement défaut, c'est l'hémorrhagie, d'abord ménorrhagie, puis métrorrhagie. Quelle est donc la cause de ce symptôme si important? Nous ne dirons pas avec Levret que l'écoulement sanguin est dû à la constriction du col sur le pédicule de la tumeur, et à l'engorgement consécutif de ses vaisseaux de retour, puisqu'il se montre avant que la tumeur ne soit pédiculée, et quand elle est encore dans la cavité utérine. Nous savons aujourd'hui que la présence des tumeurs fibreuses détermine une hypertrophie générale de l'utérus, les vaisseaux se sont développés; la muqueuse est plus congestionnée que dans l'état normal,

et comme nous avons vu qu'au début, l'hémorrhagie n'était que l'exagération du flux menstruel, nous devons rapporter cet écoulement de sang à la muqueuse de l'utérus dont l'activité fonctionnelle est exagérée. Quelquefois l'enveloppe de la tumeur possède de véritables sinus veineux; dans ce cas, elle contribue également à l'hémorrhagie.

Chez les femmes qui ont cessé de voir leurs règles depuis un temps plus ou moins long, la marche est à peu près la même; chez elles c'est la métrorrhagie qui appelle l'attention des malades, mais bien souvent elles regardent cette perte de sang comme un événement heureux, et ce qui ne contribue pas peu à les abuser, c'est que fréquemment, elles éprouvent des douleurs de reins très-vives, qui disparaissent immédiatement après l'hémorrhagie et qu'elles en viennent à désirer cet écoulement de sang qui les débarrasse des souffrances qu'elles endurent.

C'est chez les femmes âgées que souvent l'attention est appelée par une rétention d'urine survenue tout à coup, ou par une constipation dont aucun moyen ne peut triompher : ce sont les symptômes des tumeurs fibreuses interstitielles proprement dites et des sous-muqueuses; mais quand elles se pédiculisent, quand elles se dégagent complétement du tissu utérin pour gagner la cavité de l'organe, que va-t-il se passer?

L'utérus va réagir contre la présence de ce corps étranger, il va entrer en contraction pour le chasser de sa cavité. Il en résultera des douleurs expultrices, tourmentant énormément les femmes, et pouvant, dans certains cas, acquérir l'activité des véritables douleurs de l'accouchement, et cet état peut durer longtemps lorsque le col résiste, ou que la tumeur insérée très-haut et par une large base, ne peut pas s'introduire dans la cavité du col, ou même lorsqu'il s'agit d'une tumeur interstitielle contre laquelle l'utérus épuise en vain toute sa puissance de contraction.

Lorsque la tumeur est pédiculée et qu'elle a commencé à pénétrer dans la cavité du col, elle le dilate à la manière d'un coin et

arrive enfin dans le vagin ; il peut se faire qu'une partie reste dans le col, tandis que l'autre est dans la cavité vaginale. Alors, les pertes de sang deviennent plus fréquentes, l'écoulement qui se fait entre les hémorrhagies est plus abondant, peut même prendre des caractères particuliers, il devient fétide, muco-purulent ou purulent, gêne beaucoup les femmes et les personnes qui les entourent.

Ainsi une femme que nous avons vue dernièrement à l'hôpital Saint-Louis et dont notre excellent ami, M. Vaslin, interne des hôpitaux, a bien voulu nous donner l'observation, se plaignait surtout de la mauvaise odeur de l'écoulement qui se faisait par les parties génitales, et d'un grand affaiblissement.

La nommée X..., âgée de 42 ans, couturière, couchée au n° 25 de la salle Sainte-Marthe, hôpital Saint-Louis.

Cette femme jouissait avant d'être atteinte de la maladie qui l'oblige à entrer à l'hôpital, d'une santé florissante, et était très-régulièrement menstruée. Sur 12 enfants qu'elle a eus, 2 seulement sont nés avant terme. Tous ses accouchements ont été exempts d'accidents, le dernier qui date de six ans, avait été aussi heureux que les précédents; la menstruation avait repris sa régularité primitive, l'utérus et ses annexes n'étaient le siége d'aucune souffrance, la santé était excellente.

Il y a treize mois (en juin 1866), à l'époque de ses règles, elle est prise subitement de pertes sanguines abondantes, accompagnées de coliques vives à la région hypogastrique. Un médecin calme ces accidents en quelques jours par des moyens appropriés.

Pendant six mois consécutifs, de juin à novembre, la malade se porte bien, ne ressent aucune souffrance du côté de l'utérus, bien qu'atteinte d'une leucorrhée abondante et de ménorrhagies à l'époque des menstrues.

Au mois de novembre dernier, nouvelle crise au moment du flux cataménial, avec coliques vives et pertes considérables; l'influence du repos et des hémostatiques locaux et généraux conjurent de nou-

veau les accidents, aucun examen local n'est pratiqué par le médecin consulté.

A partir de cette époque, persiste un écoulement séro-sanguinolent abondant, sans odeur toutefois, et accompagné de temps en temps de l'expulsion de petits caillots sanguins, chaque flux menstruel se transformait en métrorrhagie plus ou moins inquiétante. La malade ne ressentait aucune souffrance locale soit spontanée, soit provoquée par la marche ou les rapports sexuels qu'elle pouvait encore avoir avec son mari. Les fonctions digestives, douées de toute leur activité, permettaient à cette femme de bien se nourrir; mais les pertes incessantes qu'elle éprouvait étaient bien insuffisamment réparées, l'anémie et l'amaigrissement en étaient la preuve trop évidente. La malade continuait son travail habituel, n'éprouvant, disait-elle, pour tout malaise, qu'un affaiblissement général.

Au commencement de ce mois (juillet 1867), elle est reprise tout à coup de métrorrhagie violente, accompagnée de douleurs hypogastriques comparables à celles de l'enfantement. Le médecin qui lui donnait des soins depuis les premiers accidents pratique le toucher pour la première fois; il reconnaît la présence d'une tumeur dans le vagin et engage la malade à se rendre à l'hôpital. Cette femme reste encore chez elle une quinzaine de jours, les pertes sanguines cessent, et sont remplacés par un écoulement séro-purulent très-fétide.

Le 15 juillet, la malade est admise à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, numéro 25, service de M. le Dr Foucher.

Elle offre une teinte jaune paille, généralisée, et tous les signes de la chlorose la plus prononcée. Elle ne souffre nulle part; l'écoulement vaginal dont elle se plaint est séro-purulent, mêlé parfois de petits caillots noirâtres et exhale une très-mauvaise odeur.

Par le toucher, on sent que la moitié supérieure du vagin est remplie d'une tumeur du volume du poing, globuleuse, d'une dureté élastique, tout à fait indolente. Sa surface est régulière, lisse au niveau du col utérin dont elle semble une dépendance, granu-

leuse dans tout le reste de son étendue, où elle est en contact avec les parois vaginales.

A l'endroit du col de la matrice, l'extrémité du doigt trouve un liséré circulaire, inégal, embrassant le segment supérieur de la tumeur. C'est sans doute le col lui-même, ainsi modifié par des grossesses multiples et la dilatation que lui avait fait subir le passage de la tumeur.

La malade est constipée, très-gênée par la fétidité de l'écoulement; l'appétit est conservé, elle digère bien.

On diagnostique une tumeur fibreuse de l'utérus ayant franchi l'orifice du col. On fait l'opération le 19 juillet.

La tumeur est saisie avec une pince de Mureux et doucement attirée à l'orifice vulvaire ; cette traction dégage de la cavité du col le pédicule de la tumeur ; les manœuvres s'opèrent sans difficulté, ne causent pas la moindre douleur à la malade. Le pédicule, du volume du pouce, est sectionné à l'aide de l'écraseur linéaire.

Le corps de la tumeur était sphérique, du volume d'une grosse orange, et présentait à l'œil nu et au microscope tous les caractères anatomiques des tumeurs fibreuses utérines.

Le rectum et la vessie sont directement influencés, la compression qu'exerce la tumeur se transmettant plus facilement à travers les parois du vagin.

Si le col a résisté, la femme éprouvera des douleurs persistantes auxquelles se joindront tous les troubles sympathiques de la grossesse, et on comprend la gravité de l'état dans lequel elle se trouvera si à ce cortége de symptômes se joignent des hémorrhagies répétées.

Dans ce cas, la femme ne tardera pas à présenter tous les signes de l'anémie, son visage offre des caractères particuliers, les tissus prennent une teinte jaunâtre, qui n'est pas la teinte cancéreuse, mais qui donne à la physionomie une expression qu'on a appelée *facies utérin*. En même temps peuvent se montrer des vomissements, qui sont tantôt sympatiques tantôt déterminés par l'anémie.

Les signes les plus précieux pour arriver au diagnostic des tumeurs fibreuses de l'utérus, sont ceux qu'on a appelés signes sensibles ou objectifs.

Pour arriver à la connaissance de ces signes, le chirurgien a à sa disposition un grand nombre de procédés d'exploration.

A la tête de tous ces procédés, et les dominant, nous placerons le toucher vaginal qui, dans certaines circonstances, pourra être aidé par le toucher rectal et le palper abdominal; le cathétérisme utérin rend également de grands services ; le spéculum peut être placé en dernière ligne.

Nous allons étudier les signes objectifs dans le cas de tumeurs interstitielle et sous-muqueuse pédiculée ou non, encore enfermée dans la cavité utérine. Nous verrons ensuite ceux que fournissent les tumeurs pédiculées descendues dans le col utérin et le vagin.

Lorsque la tumeur est encore enfermée dans la cavité utérine, le toucher, le plus souvent, ne donne aucun renseignement positif; on sent l'utérus augmenté de volume, plus lourd, il est difficile de lui imprimer des mouvements, voilà à peu près tout ce qu'on constate. Cette absence de signes se remarque surtout lorsque la tumeur s'est développée au centre de la paroi postérieure, ou dans le voisinage des angles. Mais à mesure qu'elles exécutent leur évolution, les signes s'accusent, et sont d'autant plus appréciables que le mouvement de dégagement de ces tumeurs est plus avancé.

Il peut arriver que lorsqu'au toucher, on joint le palper abdominal et le toucher rectal, on sent des inégalités, des bosselures. Mais on ne ne peut encore rien affirmer, il faut observer la femme, pratiquer le toucher souvent, surtout pendant une époque menstruelle, ou une métrorrhagie; car, dans ces circonstances, le col s'entr'ouvre et la tumeur, si la chose est possible, tend à s'engager dans son orifice. Alors le doigt introduit dans le vagin sentira le col entr'ouvert et pourra y pénétrer et sentir, s'engageant dans la cavité, un corps dur à surface plus ou moins rude ou garnie d'aspérités ; l'écoulement de sang cessant, le col se refermera, et la tumeur

rentrera dans la cavité du corps jusqu'à ce qu'elle ait franchi complétement l'orifice du col. Ce fait de l'apparition intermittente de la tumeur fibreuse est assez commun, M. Larcher, interne des hôpitaux, a publié sur ce sujet, dans les *Archives générales de médecine* (janvier, février 1867), un mémoire qui fait ressortir toute l'importance du toucher pratiqué pendant l'hémorrhagie, pour arriver à la connaissance de l'existence de la tumeur intra-utérine.

Ce moyen ne nous apprend pas si la tumeur est interstitielle ou pédiculée, car il pourrait arriver qu'une tumeur de la première espèce implantée sur le fonds de l'utérus, et sollicitée par les fortes contractions de l'organe, vînt appuyer sur le col, lorsqu'il se dilate sous l'influence de la perte sanguine.

S'il n'y a pas péril, on peut attendre pour établir le diagnostic; mais si les accidents sont graves, si les hémorrhagies rebelles mettent la vie de la femme en danger, il faut chercher à savoir s'il y a un pédicule. Pour cela on a proposé plusieurs moyens : Scanzoni dit de saisir la tumeur qui se présente, avec des pinces de Museux, et de lui imprimer un mouvement de rotation. Si la tumeur est sessile, ce mouvement sera impossible; s'il y a un pédicule, au contraire, on sentira la tumeur obéir au mouvement qu'on veut lui faire exécuter,

Simpson propose de dilater le col avec une éponge préparée; dans ce cas, il faut tenir prêt tout ce qu'il faut pour faire l'opération, car on ne peut employer ce moyen que lorsqu'on veut faire le diagnostic et opérer du même coup.

Enfin, M. Huguier se sert de la sonde utérine, cet instrument en effet arrivant sur la tumeur, la circonscrit facilement ; si elle est à large base. La main sentira qu'il ne parcourt qu'une face de la tumeur : le palper abdominal, le toucher rectal pratiqués en même temps qu'on fait le cathétérisme utérin aideront à déterminer sa position.

Si elle est pédiculée, la sonde arrivera à circonscrire la tumeur, à trouver le pédicule et à indiquer parfois son point d'implantation.

Mais nous ne saurions trop recommander de mettre la plus grande prudence à cette recherche du pédicule à l'aide de l'hystéromètre, car la muqueuse utérine très-congestionnée est susceptible de s'enflammer, et dans certains cas, la tumeur a tellement aminci la paroi qu'on pourrait perforer la matrice.

Le toucher permet de constater également les changements survenus dans la position, la direction de l'utérus. Souvent le poids de la tumeur fait éprouver à l'organe un abaissement en masse sans changer sa direction générale; d'autres fois, la tumeur influe sur la direction : ainsi, on voit l'utérus en latéro-version, en antéversion, ou en rétroversion, et plus rarement le corps seul subit l'influence de la tumeur, et on a constaté des latéro-flexions, des antéflexions ou des rétroflexions. Quelquefois enfin, la tumeur prenant un grand développement, se dirige du côté de l'abdomen, entraîne l'utérus avec elle, et dans quelques cas, ce mouvement d'élévation est porté si loin qu'on éprouve les plus grandes difficultés pour trouver le col.

Le spéculum, dans ce cas, est de peu d'utilité pour arriver au diagnostic. Lorsque le col est entr'ouvert, on peut apercevoir une tumeur à surface rouge mamelonnée saignant facilement au moindre contact. Mais, comme nous l'avons dit, il faut bien plutôt compter sur les renseignements que donne le toucher vaginal combiné avec les autres moyens d'exploration, que sur ceux que fournit l'examen au spéculum.

Lorsque la tumeur est descendue dans le vagin, le diagnostic est en général plus facile ; le doigt, introduit dans le canal vaginal, fait reconnaître un corps arrondi, dur, résistant, insensible. On reconnaît qu'il sort du col utérin, ce qui exclut immédiatement l'idée d'une tumeur née dans les cloisons recto ou vésico-vaginales. On cherche à pénétrer dans la cavité pour trouver le pédicule, on reconnaît ses caractères, s'il est épais ou mince, long ou court. Mais il est rare qu'on puisse aller jusqu'au point d'insertion. Ceci du

reste est d'une importance moindre, le fait de l'existence du pédicule est suffisant dans le plus grand nombre des cas.

Mais il peut arriver qu'on ne trouve pas le pédicule : par exemple, lorsque la tumeur est trop volumineuse et empêche le doigt d'arriver jusqu'au col. Dans ce cas on a proposé de saisir la tumeur avec un forceps et de l'attirer à la vulve pour constater la présence du pédicule.

Dans d'autres cas, le corps qui se présente dans le vagin est le fond de l'utérus lui-même qui a subi une inversion ou un renversement. Nous verrons les caractères qu'il présente, lorsque nous nous occuperons du diagnostic différentiel.

DES TUMEURS FIBREUSES SOUS-PÉRITONÉALES.

Les tumeurs de cette espèce donnent lieu, en général, à peu de symptômes objectifs. Leur présence influe peu sur la vitalité de l'organe où elles ont pris naissance. Très-souvent, la menstruation reste régulière ; quelquefois, mais rarement, il y a des hémorrhagies ; d'autres fois aménorrhée comme dans le cas que nous rapportons plus loin, dans lequel les règles étaient supprimées depuis quinze mois.

Les caractères de ces tumeurs se rapprochent beaucoup plus de ceux des tumeurs abdominales que de ceux des tumeurs utérines, et encore faut-il qu'elles aient atteint un certain volume, car les tumeurs très-petites ne donnent lieu absolument à aucun symptôme chez la femme qui les porte.

Ces tumeurs peuvent comme celles qui se trouvent dans la cavité utérine, subir des altérations, ramollissement, formation de kystes contenant du liquide, qui ont donné lieu à des erreurs de diagnostic.

Le pédicule qui les relie à l'utérus peut, dans certains cas, se rompre, alors le corps fibreux se détache et tombe dans la cavité péritonéale, à moins qu'il ne se soit établi antérieurement des adhérences qui le fixent à la place qu'il occupait.

Leur développement peut être tel, que tout en restant sessiles, elles contrastent par leur volume avec celui de l'utérus qui a l'air d'en être un simple appendice. Leur poids peut abaisser l'utérus en masse; cet organe est au contraire attiré en haut, quand la tumeur, en augmentant de volume, se développe du côté de l'abdomen.

Leur présence dans le ventre peut donner lieu à différents accidents.

L'ascite par exemple a été notée dans plusieurs observations.

Notre excellent ami, M. Vaslin, interne des hôpitaux, a bien voulu à ce sujet, nous communiquer une petite note sur une malade qu'il a observée cette année, dans le service de M. Foucher à l'hôpital Saint-Louis.

Observation. Le 14 mai 1867, entrait dans le service de M. Foucher, salle Sainte-Marthe, à l'hôpital Saint-Louis, la nommée J..., âgée de 22 ans.

Elle est atteinte d'une ascite considérable, pour laquelle elle a subi déjà sept ponctions depuis le début de son mal, qui date de deux ans environ; elle ne voit plus ses règles depuis quinze mois.

Elle porte dans l'abdomen, si on en croit son récit, une tumeur très-mobile, que l'on peut facilement apprécier par l'exploration, quand on a débarrassé l'abdomen du liquide qu'il contient.

Ces renseignements sont exacts, quelques jours après son entrée, on pratiqua la paracenthèse; on extrait 18 litres de liquide, et on peut alors constater par la palpation, la présence d'une tumeur multilobée, mobile dans la région hypogastrique, susceptible de se porter d'une fosse iliaque à l'autre, elle est reliée manifestement à l'utérus.

La malade était très-amaigrie, épuisée par les ponctions successives et répétées qu'elle avait subies, elle réclame une opération

qui la débarrasse de son mal; sur le refus de M. Foucher, de céder à son désir, elle quitte le service.

L'étranglement interne peut être produit par le pédicule de la tumeur dont la forme de lien ou de corde paraît si propre à causer ce genre d'accidents.

Les compressions du rectum et de la vessie sont fréquentes.

La déchirure de l'intestin, comme dans le cas rapporté par Arnott et que nous avons déjà cité, pourrait s'observer quand la tumeur a subi la transformation calcaire.

Mais ce sont ces tumeurs que l'on reconnaît le mie x au moyen de la palpation, à moins qu'elles n'occupent le fond de l'organe, insérées sur une large base. Mais en général, la palpation unie au toucher vaginal donne la sensation de corps arrondis plus ou moins volumineux, durs, résistants, mobiles; on sent qu'ils se continuent avec le tissu utérin qu'on distingue de la tumeur par la moins grande dureté sous le doigt.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus ont en général une marche lente, elles ont peu de tendance à s'accroître, ce qui ne se remarque pas pour les productions cancéreuses. Du reste la rapidité de la marche est en rapport direct avec la période de la vie sexuelle que la femme a atteinte; se développant en peu de temps chez les femmes jeunes, leur évolution est plus lente chez celles qui approchent de l'âge critique, et bien souvent, les femmes qui depuis l'apparition des premiers symptômes s'étaient toujours trouvées dans un état de santé présentant des alternatives de mieux et de plus mal, voient tous les symptômes disparaître ou du moins devenir parfaitement tolérables, lorsqu'elles atteignent l'âge de la ménopause. Mais il est à remarquer que l'époque à laquelle

arrive la cessation de la menstruation, chez les femmes affectées de tumeurs fibreuses, se trouve en général retardée.

Quant à fixer une durée exacte à tous ces phénomènes, c'est bien difficile : on peut dire d'une manière générale qu'ils durent plusieurs années. Ainsi il n'est pas rare de rencontrer des femmes chez lesquelles l'apparition des premiers symptômes date de 10 ans, 15 ans et même plus. La durée de cette affection est influencée par la façon dont elle se termine, c'est ce que nous allons étudier dans le chapitre suivant.

Terminaisons. — Nous avons dit plus haut que, bien souvent, les tumeurs fibreuses arrivées à un certain moment de leur développement, pouvaient cesser de s'accroître et même subir un mouvement rétrograde. Cette atrophie de la tumeur est un des modes de terminaison les plus heureux qu'on puisse souhaiter, et on l'a observé dans bien des cas. Ce phénomène se remarque surtout après la ménopause, mais il peut se montrer également pendant la période d'activité fonctionnelle de l'utérus. Dans ces cas heureux, les symptômes s'amendent peu à peu, et finissent par disparaître complétement, au bout d'un temps plus on moins long. M. Cazeaux à rapporté à la Société de chirurgie l'observation d'une jeune personne qu'il examina avec MM. Velpeau et Bricheteau : la tumeur était très-volumineuse, et le ventre était aussi développé que celui d'une femme arrivée au terme de la grossesse.

On prescrivit un traitement fondant et la malade guérit. Dans la discussion qui suivit cette communication, divers membres de la compagnie citèrent des faits analogues, ou du moins si la disparition n'était pas complète, la tumeur avait très-notablement diminué de volume.

Une autre terminaison de ces tumeurs est leur transformation en substance calcaire. Nous avons dit comment M. Cruveilhier regardait cette pétrification comme un mode d'atrophie, et nous avons parlé des accidents que la présence d'un corps d'une telle nature pou-

vait la déterminer; on l'observe surtout dans les cas de tumeurs sous-péritonéales.

Mais le mode de terminaison évidemment le plus favorable, c'est l'expulsion spontanée de la tumeur. Il est bien entendu que nous ne parlons pas ici des tumeurs sous-péritonéales, mais des sous-muqueuses pédiculées.

Cette explusion spontanée peut se faire de plusieurs manières : ou bien, ce sera après un effort, une chute, un coup sur le bas ventre que la femme sentira quelque chose qui franchit les organes génitaux; d'autres fois, ce sera pendant un accouchement, le fœtus poussant devant lui la tumeur dont le pédicule s'est rompu. Dans d'autres circonstances, ce sera par suite d'un véritable travail, analogue à celui de l'enfantement, que la tumeur sera rejetée au dehors, et il n'est pas impossible qu'une tumeur même non pédiculée, vienne ainsi se présenter à l'orifice, après des douleurs expulsives très-violentes. Dans ce cas l'intervention du chirurgien peut être très-utile, il accouche véritablement la femme de sa tumeur à l'aide de pinces, d'érignes, quelquefois même du forceps.

Ou bien encore, la tumeur étant dans le vagin, peut par son poids exercer sur le pédicule une traction suffisante pour que celui-ci ne puisse résister, se rompe et laisse échapper la tumeur, qui tombe à l'extérieur.

Nous l'avons dit, ce sont ces terminaisons qui sont de beaucoup les plus favorables à la femme. Il n'en est pas de même de celles que nous allons voir maintenant.

La gangrène de la tumeur peut amener sa destruction ; mais nous sommes loin de regarder ce fait comme une terminaison heureuse. Un des cas de ce genre se trouve relaté par M. le Dr Duclos dans le *Moniteur des hôpitaux* de 1857. La femme guérit, c'est vrai, mais aussi au prix de quels dangers acheta-t-elle sa guérison ? Elle présenta les symptômes de résorption putride, son état inspira les plus vives inquiétudes pendant un certain temps, et malgré tous les accidents qu'elle eut à subir, deux mois après l'époque où la tumeur

gangrénée s'était présentée à la vulve, et avait été arrachée en partie, la malade pouvait être considérée comme guérie.

Nous avons déjà parlé de la suppuration qui peut s'établir à la surface des tumeurs interstitielles; il est possible dans ces cas que la maladie se termine d'une manière funeste : si la paroi utéro-péritonéale est très-mince, elle peut être perforée, le pus s'épanche alors dans la cavité péritonéale et il en résulte une péritonite promptement mortelle.

La péritonite peut encore survenir chez des femmes anémiées, et chez lesquelles on a été obligé de faire des explorations longues, répétées, soit avec le doigt soit avec la sonde utérine.

Nous avons cité également des cas dans lesquels la tumeur perfore les organes avec lesquels elle est en contact : vessie, rectum, paroi abdominale même; il est facile de comprendre la gravité de pareils accidents.

DIAGNOSTIC.

On peut confondre les tumeurs fibreuses de l'utérus avec plusieurs affections siégeant soit dans l'utérus lui-même, soit dans les organes occupant l'abdomen. Nous allons étudier les signes à l'aide desquels on différencie l'affection qui nous occupe de celles qui peuvent lui ressembler sous certains rapports.

Nous avons d'abord à distinguer la grossesse, mais non la grossesse ordinaire, pendant laquelle les règles sont supprimées et les écoulements de sang très-rares. Mais celle où, comme cela s'est vu, la menstruation a été conservée, ou celle qui survient chez une femme déjà âgée, réglée irrégulièrement et qui a des pertes pendant le temps de la gestation. Si on est consulté au début, le diagnostic est souvent difficile à établir, le toucher ne fait pas sentir de bosselure ni d'inégalité. Il faut dans ces cas mettre la femme en observation et attendre que les signes certains de la grossesse se

montrent à savoir le ballottement, et un peu plus tard, les bruits du cœur fœtal.

Mais, si, dans un cas de ce genre, il venait à l'idée du chirurgien que la malade pourrait être enceinte, il ne devra pas se servir de la sonde utérine pour éclairer son diagnostic. En effet, les liens qui unissent l'œuf à l'utérus sont si fragiles que l'instrument pourrait, en parcourant la surface externe de l'utérus, les déchirer, amener une hémorrhagie et par suite l'avortement.

Dans d'autres cas, la tumeur fibreuse existe, mais n'a pas empêché une grossesse de se déclarer. On peut être alors très-embarrassé, et il n'y a que l'apparition des signes certains de la grossesse qui peuvent faire arriver au diagnostic, et bien souvent la présence de la tumeur n'est pas reconnue.

Ce sont surtout les tumeurs interstitielles et les tumeurs pédiculées renfermées dans l'utérus qu'on peut confondre avec la grossesse.

Le diagnostic avec la grossesse extra-utérine est quelquefois difficile à établir. Si la femme est arrivée à une période avancée de la gestation, on pourra reconnaître tous les signes de la grossesse : suppression des règles, modifications survenues du côté des seins, vomissements, etc., ces signes manquant rarement, les mouvements actifs et passifs du fœtus, le bruit du cœur fœtal. Avec ces symptômes l'utérus ne présentera pas les modifications qu'on devrait rencontrer dans le cas de grossesse normale, on sentira une tumeur abdominale se développant rapidement, et quelquefois on pourra sentir les parties fœtales par le toucher vaginal ou le toucher rectal.

S'il y a longtemps que la femme porte sa grossesse, un an, deux ans et plus, on cherchera si les signes précédents ont existé, on s'informera si à la fin du neuvième mois il ne s'est pas établi un faux travail, si les règles ont reparu, et on pourra ainsi dans bien des cas arriver à reconnaître l'existence d'une grossesse extra-utérine, anomalie très-rare, du reste.

Abaissement de l'utérus.— On ne pourrait confondre une tumeur

fibreuse avec l'abaissement de l'utérus que lorsque celle-ci est pédiculée et a franchi le col. Mais dans le cas d'abaissement de l'organe, le vagin est entraîné avec lui et se renverse comme un doigt de gant en recouvrant l'organe. Lorsque la matrice est abaissée au point de paraître à la vulve, il n'y a plus de difficultés possibles pour le diagnostic, on constate par la vue la présence du col avec son orifice.

Il faut donc dans ces cas aller à la recherche du col utérin, reconnaître ses deux lèvres, explorer le cul-de-sac vaginal, et voir si l'utérus a conservé ses rapports normaux; en effet, en s'abaissant il entraîne avec lui la vessie et l'urèthre. Il faudra donc pratiquer le cathétérisme vésical pour s'assurer que l'urèthre a conservé sa direction normale et que la vessie n'est pas déplacée. Le toucher rectal et le palper abdominal feront voir si l'utérus occupe sa place habituelle.

Cette exploration est utile, car dans quelques circonstances, les tumeurs fibreuses ont une telle configuration qu'elles peuvent en imposer pour l'utérus lui-même. Ainsi, il y en a qui, étant dans le vagin, présentent un orifice, lequel conduit parfois dans une cavité qu'on a pu prendre pour celle du col. C'est à ces cas qu'il faut rapporter très-probablement ces observations de matrices enlevées sans préjudice pour la fécondité, qu'on voit rapportées dans un mémoire de Leblanc.

Il est bien évident qu'ici, si on arrive à toucher le col qui est au-dessus de la tumeur, on peut être sûr qu'on n'a pas affaire à l'utérus, mais à une tumeur fibreuse.

Allongement hypertrophique du col. — Cette affection peut revêtir deux formes : ou l'allongement porte sur les deux lèvres du col également; dans ce cas, le diagnostic est facile : on sent que les formes sont conservées, et on peut voir, soit à la vulve, soit dans le vagin à l'aide du spéculum, que le col a conservé son aspect normal; ou l'hypertrophie porte sur une seule lèvre : dans ce cas, on

pourrait croire à l'existence d'une tumeur fibreuse pédiculée et occupant le vagin, car cette espèce d'hypertrophie donne lieu à une tumeur plus grosse à son extrémité inférieure qu'à sa racine. L'orifice du col est caché ou même oblitéré.

Dans ces cas, on constate que la tumeur se continue avec l'utérus sans ligne de démarcation, et on ne sent pas le bourrelet que fait généralement le col autour de la racine de la tumeur.

Renversement de l'utérus. — Cette affection, encore plus que les précédentes, peut facilement être prise pour une tumeur fibreuse; l'erreur a été commise bien des fois, et non-seulement on a cru, dans le cas de renversement de la matrice, avoir affaire à une tumeur fibreuse, mais encore la tumeur fibreuse étant reconnue, on ne s'est pas aperçu qu'elle était compliquée de renversement de l'utérus. Aussi, des chirurgiens enlevèrent la matrice à la suite d'erreurs semblables. Les uns perdirent leur opérée, d'autres eurent la chance de la voir se rétablir.

La méprise est facile, car dans les deux cas on a affaire à une tumeur arrondie, à grosse extrémité tournée en bas, la supérieure sortant du col utérin. C'est bien ainsi que se présente une tumeur fibreuse qui arrive dans le vagin; ce sont également les caractères du renversement de la matrice, mais du renversement incomplet, car s'il est complet, le fond de l'organe pénétrant dans le col, agit sur celui-ci, le déplace, on ne trouve plus de ligne de démarcation entre la tumeur et les parois vaginales. Mais cette forme de renversement de l'utérus est des plus rares.

Le renversement incomplet est moins rare. C'est de cette forme seulement que nous allons nous occuper.

D'après ce que nous savons du renversement de l'utérus et des signes que fournissent les tumeurs fibreuses, nous voyons qu'il faut s'appliquer surtout à chercher si le fond de la matrice est à la place qu'il occupe normalement, et à quelle profondeur s'étend la rigole circulaire faisant suite à l'anneau qui embrasse la tumeur.

La palpation par l'hypogastre, quand les parois abdominales sont peu épaisses et facilement dépressibles, indiquera tout d'abord que le fond de l'utérus n'est pas là où on le sent habituellement. Le cathétérisme de la vessie, joint au toucher rectal, viendra confirmer le fait de l'absence du fond de l'utérus; en effet, le doigt rectal sentira le bec de la sonde, ce qui n'arriverait pas si l'utérus occupait sa position normale, car il est interposé entre les deux organes, maintenant en contact, vessie et rectum.

Malgaigne a en outre donné le conseil d'introduire une sonde dans la vessie et d'en diriger le bec du côté de l'infundibulum formé par le fond de l'utérus renversé.

Le doigt introduit dans le vagin pourra contourner la tumeur et pénétrer dans la rigole qui l'entoure; s'il est arrêté à une faible profondeur, si on sent que la cavité utérine n'existe plus et que la tumeur que l'on sent se continue sans interruption avec le tissu utérin, on pourra en conclure qu'il s'agit d'un renversement de l'utérus.

Si, avec l'absence du fond de l'utérus dans l'hypogastre, on sent une rigole circulaire plus profonde, si le doigt ou la sonde utérine font reconnaître l'existence d'une tumeur pédiculée ou non, on aura affaire à une tumeur fibreuse compliquée d'un renversement de la matrice, et généralement cela se remarque quand la tumeur s'est développée dans le fond de l'organe, et est venue à l'orifice du col.

Rétroflexion de l'utérus. — On pourrait prendre une tumeur fibreuse pour une déviation de ce genre, quand elle occupe la paroi postérieure, et qu'elle fait saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin, le doigt sent à ce niveau une tumeur qu'il pourrait prendre pour le corps de l'utérus. Dans ce cas, le diagnostic est établi par l'exploration de l'organe au moyen de l'hystéromètre; en effet, si c'est une tumeur fibreuse, l'instrument pénètre facilement dans la cavité du col et du corps et fait voir que l'organe a conservé sa direction normale. Si c'est une rétroflexion, au contraire, l'inclinaison qu'on sera obligé de donner à l'instrument, pour le faire pénétrer

dans la cavité utérine, indiquera de suite à quoi il faut rapporter la tumeur sentie dans le cul-de-sac rétro-utérin.

Cancer. — Dans certains cas, les tumeurs fibreuses de l'utérus, s'ulcèrent et donnent lieu à un écoulement sanieux et fétide; la femme est très-anémiée, maigrie, et présente cette teinte qu'au premier abord on pourrait prendre pour la teinte cachectique. Cet état général de la femme, cet écoulement fétide, pourraient faire penser à l'existence d'un carcinome de l'utérus. Nous ne parlerons pas du cancer du corps qui est très-rare, mais de celui qui envahit le col.

Ou la tumeur cancéreuse est dure, bosselée, sans ulcération, dans ce cas, il pourra être difficile d'établir un diagnostic : il faut interroger l'âge de la malade, savoir si ses parents ont eu une affection de même nature, chercher le caractère lancinant des douleurs.

Si la tumeur est ulcérée, le doute, s'il existe, ne durera pas longtemps, arrivé à cette période, le cancer saigne au moindre contact et tend à envahir les parties voisines, vagin, vessie, etc., et le corps fibreux, qu'il soit ulcéré, gangrené, conserve son siége primitif et ne gagne jamais les parties voisines.

Tumeurs des cloisons recto-vaginales et vésico-vaginales. — Il est facile de distinguer les tumeurs qui siégent dans ces régions; en effet, elles n'agissent nullement sur le col utérin, qu'on trouve dans son état normal ; la sonde introduite dans l'utérus montre que sa cavité est vide de tout corps étranger, et qu'elle a ses dimensions ordinaires. On sent de plus, dans le vagin, ces tumeurs qui proéminent plus ou moins, mais qui laissent toujours libres et le col de l'utérus et les culs-de-sac vaginaux. Les tumeurs dures, osseuses, ostéo-cartilagineuses, qui prennent naissance sur les parois du bassin, sont loin d'être aussi faciles à distinguer : on peut les confondre avec des tumeurs sous-péritonéales.

Hématocèle rétro-utérine. — Cette affection a été prise quelquefois pour une tumeur fibreuse de l'utérus. Car, lorsqu'une partie du sang épanché a été résorbée, il reste dans le cul-de-sac rétro-utérin une tumeur résistante, plus ou moins régulière, présentant souvent des bosselures. Mais il y a des signes qui permettront d'établir le diagnostic. Ce sont la brusque apparition de la tumeur, les adhérences autour de l'utérus, l'absence de pédicule, le siége toujours le même de la partie qui est résorbée la dernière, dans le cul-de-sac utéro-rectal, le défaut d'ampliation de la cavité utérine et la position de l'organe lui-même qu'on observe dans tous les cas, sur la ligne médiane, immédiatement derrière la symphyses de pubis.

Tumeurs de l'ovaire. — Il sera en général facile de distinguer les kystes ovariques des tumeurs fibreuses de l'utérus. Leur développement souvent énorme, la fluctuation, leur indépendance vis-à-vis de l'utérus, sont des signes dont on pourra se servir. Les tumeurs dures des ovaires, quand elles n'ont pas atteint un volume trop considérable, sont mobiles. On peut les déplacer en faisant changer l'attitude de la malade, ou en leur imprimant des mouvements avec la main. Ces caractères les différencient des tumeurs interstitielles ou sous-muqueuses. Quant aux sous-péritonéales, surtout celles dont le pédicule s'est rompu et qui sont libres dans la cavité adominale, le diagnostic est très-difficile, surtout si la tumeur a subi ces altérations que nous avons déjà mentionnées : ramollissement, liquéfaction de leur partie centrale donnant lieu à de la fluctuation. Aran cite à ce propos une erreur de diagnostic que lui-même a commise. Il a pris pour un corps fibreux de l'utérus une énorme tumeur cancéreuse de l'ovaire remplissant le bassin et immobilisant la matrice.

PRONOSTIC.

Le pronostic des tumeurs fibreuses de l'utérus est sous la dépendance de plusieurs conditions, telles que : l'âge de la malade, le siége de la tumeur, son degré de développement.

En effet, plus la femme approche de la ménopause, moins elles sont dangereuses, puisque le plus souvent tout symptôme disparaît à cette époque par suite des transformations heureuses dont nous avons parlé précédemment. De plus, il arrive bien souvent que la femme, même pendant la période menstruelle de la vie, ne ressente aucun dérangement dans ses fonctions et dans sa santé malgré l'existence d'un corps fibreux.

Le siége de la tumeur doit entrer également en ligne de compte, ainsi les tumeurs sous-péritonéales sont moins à redouter que les autres, et les interstitielles moins que les sous-muqueuses. C'est en effet dans les cas de tumeurs de cette dernière espèce que se montrent le plus souvent les hémorrhagies, et, il faut le dire, ce sont les pertes de sang qui causent le plus d'accidents et qui emportent le plus souvent les malades. Mais, si on peut intervenir, le pronostic devient plus favorable, car, généralement, lorsque des tumeurs d'un volume médiocre ont été opérées, les malades ont guéri parfaitement.

Si les tumeurs sont très-volumineuses, elles donnent lieu à des accidents qui rendent le pronostic plus grave.

Ainsi, hémorrhagies et volume considérable de la tumeur, voilà les deux conditions qui rendent le pronostic défavorable et qui font de cette affection, dans certains cas, une maladie des plus redoutables.

Aussi, toutes les fois qu'on le peut, lorsque la femme est encore jeune, faut-il tâcher, dans le cas d'hémorrhagies graves, de débarrasser l'utérus de la présence de cette production morbide; dans le cas, au contraire, où les hémorrhagies sont peu abondantes, et la femme,

déjà d'un certain âge, suivre le précepte de M. Nélaton, qui recommande de s'abstenir de toute opération, de gagner du temps, et de compter sur les changements qu'apportera, dans les tumeurs, la cessation de la fonction mensuelle de l'utérus.

TRAITEMENT.

Nous avons vu que les tumeurs fibreuses de l'utérus sont susceptibles de s'atrophier, de disparaître même complétement. Y a-t-il des moyens capables d'amener ou au moins de favoriser cet heureux résultat?

Nous allons examiner cette question dans un paragraphe spécial qui traitera du *traitement médical* des tumeurs fibreuses.

Nous nous occuperons ensuite des moyens que l'art emploie, lorsque ces tumeurs réclament son intervention : ce sera le *traitement chirurgical*.

Traitement médical. — Ce n'est pas qu'on puisse beaucoup compter sur les moyens dont la médecine dispose, pour agir sur les tumeurs fibreuses de la matrice. Mais dans bien des circonstances, ils calment les accidents, font gagner du temps et peuvent permettre à la femme d'arriver à l'époque de la ménopause, moment où, comme nous l'avons déjà dit, il est le plus fréquent de voir les tumeurs cesser de manifester leur présence, par la disparition de tous les symptômes, ou du moins par leur atténuation telle que la femme les supporte parfaitement bien.

C'est du reste, dans l'immense majorité des cas, le seul traitement qu'on puisse opposer aux tumeurs sous-péritonéales.

Les hémorrhagies devront surtout préoccuper le médecin. Il est vrai que souvent leur apparition soulage les femmes en faisant disparaître les douleurs lombaires qui les tourmentent, mais il ne faut pas s'arrêter devant cette considération, et on doit faire tout son pos-

sible sinon pour les empêcher du moins pour diminuer la quantité de sang perdue.

Dans ce but, on recommande les applications froides sur l'hypogastre et à la partie supérieure et interne des cuisses, l'administration de perchlorure de fer à l'intérieur, l'alun, l'eau de Rabel, la teinture de cannelle, la ratanhia, en un mot tous les hémostatiques. Si la perte ne cédait pas, était trop abondante, en dernière ressource, on aurait recours au tamponnement vaginal.

L'administration du seigle ergoté est recommandée par M. Courty, non-seulement pour arrêter les hémorrhagies, mais pour déterminer des contractions utérines qui aident la pédiculisation de la tumeur. Quelques médecins, Aran en particulier, redoutent l'administration de ce médicament, comme pouvant augmenter les douleurs ; si cela se produisait, on pourrait suspendre l'ergot, et donner une préparation opiacée qui calme les douleurs, sans enlever le bénéfice de l'absorption de cette substance si active.

On devra aussi éviter avec le plus grand soin toutes les causes capables d'augmenter l'activité de la circulation utérine, car le développement de la tumeur est sous la dépendance immédiate de cette augmentation d'activité. On proscrira donc d'une manière formelle les rapports sexuels. On évitera ainsi les excitations favorables au retour des hémorrhagies, et l'éventualité d'une grossesse, chose toujours fâcheuse dans ces conditions.

La femme devra garder le repos, et la position horizontale sur une chaise longue, pendant la durée des règles ou des métrorrhagies.

Il faudra éviter la constipation, et régulariser les garde-robes par des lavements, ou de légers purgatifs.

Les douleurs sont rarement assez violentes pour qu'on soit obligé de recourir à des moyens énergiques, tels que sangsues, ventouses scarifiées, etc. Si elles tourmentaient beaucoup les malades, on pourrait appliquer des ventouses sèches, ou faire une friction d'huile de croton tiglium sur la région sacrée.

Dans certains cas de tumeur volumineuse, on pourra faire porter à la femme une ceinture qui exercera une compression favorable.

En même temps on soutiendra l'état général par une bonne alimentation, des préparations de fer, de quinquina, le séjour à la campagne, sur les bords de la mer ; on luttera ainsi contre l'épuisement qui ne tarderaient pas à amener les hémorrhagies, et la femme pourra supporter plus facilement de nouvelles pertes, dans le cas où elles se renouvelleraient.

En outre, pour tâcher d'obtenir la résolution des tumeurs, on prescrira la médication fondante; l'iodure ou le bromure de potassium longtemps continués, les frictions sur l'hypogastre et la partie supérieure et interne des cuisses, avec la pommade à l'iodure de plomb ou l'iodure de potassium, les bains alcalins, les eaux minérales de Vichy, Vals, Plombières, Kreusnach, Kissingen, etc. M. Bernutz recommande les douches sulfureuses sur le col. D'après ce savant observateur, ces douches agiraient dans le même sens que le seigle ergoté pour produire les contractions utérines.

Tel est l'ensemble des moyens qui constituent le traitement médical appliqué aux tumeurs fibreuses de l'utérus. Les résultats qu'il a donnés dans maintes circonstances, doivent engager le praticien a y avoir recours avant de pratiquer une opération qui peut exposer la femme à des accidents plus ou moins sérieux.

Traitement chirurgical. — Nous examinerons :

1° Le cas où la tumeur est interstitielle ou sous-muqueuse non pédiculée occupant le col ou le corps de l'utérus ;

2° Les tumeurs pédiculées ayant franchi l'orifice du col ;

3° Les tumeurs pédiculées encore enfermées dans la cavité utérine ;

4° Les tumeurs sous-péritonéales.

1° *La tumeur est interstitielle.* — Dans ce cas l'intervention chi-

rurgicale est pleine de périls; elle a pour but l'énucléation de la tumeur, hors du tissu utérin. Or cette énucléation nécessite une incision sur les fibres de l'utérus, et bien souvent la tumeur est située profondément, recouverte par une couche épaisse de parenchyme, la paroi utéro-péritonéale peut être si mince, qu'on peut la déchirer dans la manœuvre, des adhérences impossibles à prévoir peuvent exister entre la tumeur et les parties avoisinantes; toutes ces considérations, en y joignant aussi le volume quelquefois énorme de la tumeur, montrent toutes les difficultés que peut avoir à vaincre le chirurgien qui se décide à opérer une tumeur de cette espèce. En outre, les résultats peu satisfaisants des opérations faites dans des conditions semblables font comprendre qu'il vaut mieux temporiser que d'exposer à des dangers de mort, une femme dont l'état se serait peut-être amélioré avec le temps.

Quand elle siége dans l'épaisseur d'une des lèvres du col, l'opération par elle-même est facile. On peut, en effet, aisément atteindre le point où on fera l'incision et avec les doigts, une spatule, en s'aidant d'érignes, énucléer la tumeur.

Mais si celle-ci est dans l'intérieur de la cavité du corps de l'utérus, il n'en est plus de même. Il faut, en effet, pouvoir d'abord faire pénétrer les instruments dans cette cavité, et pour cela, il y a une opération préliminaire, qui consiste à agrandir l'orifice du col, de façon à pouvoir entrer dans la matrice.

On peut y arriver de deux manières : ou par la dilatation lente et graduelle, soit avec de petits cônes d'éponge préparée, soit avec des instruments particuliers, des dilatateurs de l'orifice, ou par le débridement du col, recommandé par Dupuytren qui le préfère de beaucoup à la dilatation : on fait ce débridement sur les côtés du col, et plutôt de dehors en dedans que de dedans en dehors.

Lorsqu'on peut pénétrer dans la cavité, la manœuvre est la même, incision avec le bistouri sur la partie la plus saillante de la tumeur et énucléation avec les doigts. On a eu soin de plonger dans le tissu de la tumeur une pince à érignes, et à l'aide de tractions soutenues

on arrive à faire sortir le corps fibreux. Pendant cette manœuvre il peut se faire que la tumeur entraîne toute l'épaisseur de la paroi utérine : on pénètre alors dans la cavité péritonéale. Pas n'est besoin d'insister sur la gravité d'un tel accident.

Lorsque la tumeur a pris un volume tel qu'elle ne peut franchir le col, on a proposé de les partager en plusieurs fragments, qu'on extrait les uns après les autres.

Lorsqu'elles occupent le fond, ce n'est guère que quand elles ont produit un renversement de l'utérus qu'elles ont été opérées, et c'est dans ce cas qu'on a vu des amputations partielles de la matrice.

Si dans un cas de cette sorte, il y avait nécessité absolue pour le chirurgien d'intervenir comme cela est arrivé à M. le professeur Jarjavay, il pourrait se servir du procédé que mit en œuvre ce chirurgien distingué. Il divisa la tumeur, par une section verticale sur la ligne médiane, de bas en haut, il la partagea ainsi en deux moitiés égales, et en écartant chaque hémisphère à droite et à gauche, il put facilement constater la limite de la tumeur et du tissu utérin. Après l'opération, on réduira le renversement de la matrice, si cette réduction ne s'opérait pas d'elle-même.

2° La *tumeur est pédiculée et a franchi l'orifice du col.* — C'est dans ce cas surtout que l'intervention chirurgicale est utile et rend des services immenses. Le procédé généralement adopté pour l'ablation de ces tumeurs, est l'excision. Mais nous devons dire qu'on a proposé d'autres méthodes qui sont loin de présenter les mêmes avantages que la première.

Les moyens qu'on emploie contre les polypes en général, tels que cautérisation, broiement, arrachement, torsion, présentent des inconvénients nombreux qui les ont fait rejeter complétement de la pratique.

La *cautérisation* et le *broiement* n'agissent que sur le corps de la tumeur et non sur son pédicule. Quant à la *torsion* et à l'*arrachement*

qui se combinent souvent l'un avec l'autre, elles peuvent amener une déchirure des parois de la matrice, dans le cas où le tissu du pédicule se continue avec les fibres propres de l'utérus.

La *ligature* a surtout été préconisée par Levret, qui la faisait au moyen d'un fil d'argent. On peut également se servir de fil de fer, d'une corde à fouet, d'un fil ciré, d'une corde à boyau, etc. Ces différents liens étaient portés sur le pédicule au moyen d'instruments qui devaient en même temps serrer la ligature au degré nécessaire. Ces instruments ont beaucoup varié, nous ne voulons pas les décrire.

Les reproches qu'on a faits à cette méthode sont nombreux ; sans parler des cas où on pouvait saisir l'utérus dans la ligature, ce qu'il est possible d'éviter en se rappelant que souvent la tumeur entraîne l'organe avec elle, on a dit que la striction déterminée par le col pouvait en imposer pour le pédicule, et qu'on appliquait la ligature de façon à laisser dans l'utérus une portion de la tumeur, ce à quoi Levret répondait en disant que le reste se mortifiait comme le cordon ombilical compris entre la ligature et l'ombilic.

On a allégué encore contre ce procédé, l'ennui pour la femme de garder plusieurs jours dans l'utérus ou le vagin, un instrument destiné à serrer la ligature, les écoulements fétides dus à la mortification de la tumeur, les accidents de résorption, la péritonite.

On comprend qu'on se serve bien peu de la ligature, surtout maintenant qu'on a un instrument, l'écraseur linéaire de M. Chassaignac qui a tous les avantages de la ligature sans en avoir les inconvénients, et qui peut éviter les accidents causés par la section simple d'un pédicule vasculaire.

Excision. — Cette méthode, qu'on procède par la section avec le bistouri ou les ciseaux, avec l'écraseur linéaire, ou au moyen de la ligature extemporanée de M. Maisonneuve, est la plus généralement appliquée dans les cas de tumeurs pédiculées. L'hémorrhagie consécutive qu'on avait surtout à redouter dans cette opération est ex-

cessivement rare. Nous savons du reste qu'habituellement le pédicule est très-peu vasculaire.

On opère de la manière suivante : La femme était convenablement placée sur le bord du lit, couchée sur le dos et le siége dépassant le bord du lit, les membres inférieurs fléchis et écartés par des aides, ou introduit le doigt indicateur de la main gauche dans le vagin, on conduit sur ce doigt une pince de Museux qu'on enfonce dans la tumeur. On exerce une légère traction. Si on sent que le pédicule vient facilement, on le coupe ; s'il résiste, il faut aller le sectionner avec un bistouri droit, mais il faut éviter d'exercer des tractions trop fortes qui pourraient abaisser l'utérus.

M. Velpeau s'élève de toutes ses forces contre cette manœuvre, et nous trouvons, dans des notes prises à la clinique de Michon, que ce regretté chirurgien formulait le même précepte. Cette recommandation a pour but de mettre la femme à l'abri d'une péritonite qui suit souvent l'abaissement de l'utérus par des tractions faites dans ces conditions.

L'excision au moyen de l'écraseur linéaire se fera de préférence avec un instrument courbe, muni de chaînes pouvant s'infléchir dans tous les sens. On pourra également se servir du serre-nœud de M. Maisonneuve et dans ces deux cas, on agira en portant l'anse de la chaîne ou du fil sur le pédicule et on fera jouer l'instrument.

Mais il est des cas où le volume trop considérable de la tumeur, la brièveté de son pédicule, la hauteur de son point d'implantation ne permettront pas de se servir de ces moyens.

Il y a quelques années M. le professeur Richet a fait construire un instrument très-ingénieux pour opérer la section du pédicule. Cet instrument est analogue à de forts ciseaux dont les mors mousses et garnis de fines dentelures peuvent être pressés l'un contre l'autre; l'articulation des branches est lâche, ce qui permet de leur faire exécuter des mouvements de latéralité. Cette pince agit en produisant, comme le dit M. Richet, une sorte de mâchonnement.

Le pédicule étant sectionné au moyen d'un des instruments que

nous venons de citer, quand la tumeur a un volume moyen, on l'extrait facilement; mais, si elle a acquis un développement énorme, cette condition vient compliquer l'opération, on est obligé d'avoir recours quelquefois au forceps, pour extraire ces tumeurs, et dans certains cas, l'orifice vulvaire mettant obstacle à la sortie, on est obligé de pratiquer les deux petites incisions inféro-latérales, recommandées par M. P. Dubois dans certains accouchements. On peut également enlever une partie de la tumeur pour en diminuer le volume et rendre son passage facile.

3° *La tumeur est pédiculée, mais encore contenue dans la cavité utérine.* — Dans ce cas, on pourra administrer le seigle ergoté qui aidera l'engagement de la tumeur à travers le col utérin. Si ce moyen échoue, on agrandira l'orifice soit par la dilatation, soit par le débridement, ceci étant fait, on conduit une pince à érignes sur la tumeur, et pendant qu'un aide exerce des tractions modérées de manière seulement à tendre le pédicule, on conduit sur cette partie le couteau utérin ou des ciseaux courbes qui en feront la section.

Les suites de l'opération sont très-simples; s'il survenait une hémorrhagie, ce qui est rare, on prescrira des injections astringentes, des applications froides sur l'hypogastre et les cuisses, du perchlorure de fer. Mais généralement, la thérapeutique se borne à des injections émollientes les premiers jours, astringentes plus tard, et l'opérée devra surtout, et c'est la condition du succès, garder le lit, pendant une quinzaine de jours. Dans le cas où il surviendrait des douleurs, on donnerait de l'opium, soit par la bouche, soit de préférence en lavements.

4° *La tumeur est sous-péritonéale.* — Nous avons déjà dit que c'était surtout dans ces cas qu'on devait avoir recours au traitement médical (préparations iodées, bonne hygiène, ceinture, etc.). Elles sont en effet le plus souvent d'une innocuité telle qu'on devra se contenter d'un traitement palliatif. Du reste, leur situation rend

l'intervention chirurgicale le plus souvent impossible; et cependant on a été jusqu'à pratiquer la gastrotomie pour enlever une tumeur de cette nature, par une opération analogue à celle de l'ovariotomie.

On connaît les dangers d'une semblable opération. Aussi n'hésitons-nous pas à dire que pour les tumeurs sous-péritonéales, il faut s'en tenir au traitement palliatif, et compter sur la rétrocession de la tumeur, plutôt que de faire une opération qui a beaucoup de chances de conduire la femme au tombeau.

SECONDE PARTIE

Des tumeurs fibreuses de l'utérus considérées dans leurs rapports avec les fonctions de reproduction.

Nous ne pouvons pas terminer ce travail, sans dire quelques mots de l'influence des tumeurs fibreuses de l'utérus sur la grande fonction de reproduction.

Nous examinerons dans ce chapitre si la présence de ces productions morbides peut empêcher la conception : les modifications que leur fait subir la grossesse; l'influence qu'elles exercent sur le développement de l'œuf, sur son expulsion ou son extraction, les complications qu'elles peuvent apporter à la délivrance et aux suites de couches, nous terminerons en indiquant les moyens qu'on a mis en usage pour remédier aux accidents que la présence de ces tumeurs peut occasionner.

Conception. — Généralement, la présence des fibromes utérins n'empêche pas la fécondation de l'ovule d'avoir lieu. On comprend cependant que l'imprégnation serait impossible, si la tumeur volumineuse remplissait le vagin ou la cavité cervicale, ou encore si son siége empêchait la libre communication de l'orifice des trompes avec la cavité utérine. Mais ces cas sont rares, et le plus souvent la grossesse est possible. Voyons ce que va devenir la tumeur dans ces conditions.

Modifications apportées par la grossesse aux tumeurs fibreuses utérines. — Nous avons déjà dit que ces tumeurs prenaient surtout

un grand développement pendant la période d'activité menstuelle de l'utérus, ce qui prouve que la congestion sanguine qui se fait du côté de l'utérus entre pour beaucoup dans la nutrition du corps étranger. Pendant la grossesse, par suite de cet afflux sanguin qui se fait du côté de l'organe gestateur, afflux sanguin nécessaire pour fournir les éléments de développement et de nutrition au nouvel être qu'il renferme, nous allons voir la tumeur fibreuse prendre sa part dans ce surcroît de vitalité que subit tout l'organe.

Il est très-commun, on peut même dire que c'est la règle générale, de voir ces productions prendre un développement très-grand ; ils subissent une hypertrophie considérable. Leur dureté caractéristique peut être remplacée par une mollesse plus ou moins grande il y a quelquefois de la fluctuation qui peut faire croire à la présence d'un kyste et, chose qui prouve combien sont liées étroitement la nutrition de la tumeur et l'activité fonctionnelle utérine, ces corps après avoir acquis ce développement pendant la grossesse, peuvent après l'accouchement, diminuer de volume plus ou moins : on en a même vu disparaître dans ces circonstances.

Influence des tumeurs fibreuses sur le cours de la grossesse. — On peut dire, d'une manière générale, que la présence de ces tumeurs prédispose à l'avortement. En effet, les pertes sanguines répétées peuvent amener le décollement du placenta et l'issue de l'œuf au dehors. L'obstacle apporté à la dilatation de la matrice par une tumeur occupant l'excavation pelvienne, la présence d'une tumeur dans l'épaisseur d'une paroi de l'utérus qui empêche cette paroi de céder aux efforts de distension, sont également des causes puissantes d'avortement.

Mais, lorsque la tumeur occupe un point qui permet le libre développement de l'utérus, la grossesse suit son cours et arrive à terme : c'est ce qu'on remarque dans le plus grand nombre des cas.

Influence des tumeurs fibreuses sur l'accouchement. — Le degré

d'influence que ces corps étrangers exercent sur la parturition est variable. Elle peut être nulle, ou apporter un obstacle invincible à l'expulsion du fœtus ou à son extraction par les voies naturelles. Cela dépend de la nature de la tumeur, de son siège, de son volume.

Si elles sont peu volumineuses, si quoique ayant acquis un certain développement et dépourvues de pédicule, elles occupent la partie supérieure de la paroi postérieure de l'utérus, ou le fond, ou la face antérieure de l'organe, mais ayant pu remonter avec lui et franchir le détroit supérieur du bassin, si occupant le col ou le corps, elles ont un pédicule qui les rend capables d'être refoulées au-dessus du détroit supérieur, ou d'être entraînées jusqu'au dehors des voies génitales, dans ces cas, le canal que doit traverser le fœtus étant libre, ou au moins en grande partie débarrassé de l'obstacle qui l'obstruait, l'accouchement pourra se faire facilement et heureusement pour la mère et pour l'enfant. Il en serait encore de même si la tumeur avait subi les modifications dont nous avons parlé, à savoir le ramollissement et la transformation en kyste. On pourrait par une simple ponction diminuer assez son volume, pour permettre le passage de l'enfant.

Il est même possible, dans les cas de tumeurs pédiculées, poussées en avant par la partie fœtale qui se présente, de voir le pédicule se rompre, le produit accidentel être expulsé, et la cure spontanée de l'affection avoir lieu.

Mais dans d'autres circonstances, elle sont cause de dystocie. Ainsi si une tumeur interstitielle siégeant au col a un volume suffisant pour arrêter l'enfant et l'empêcher de traverser l'excavation pelvienne, la mère et l'enfant courent les plus grands dangers. Si elle est sous-péritonéale, occupant l'excavation pelvienne, elle apporte également de grandes difficultés à l'accouchement.

Nous verrons, quand nous parlerons du traitement, des opérations qu'on est obligé de faire pour vaincre cet obstacle.

On peut dire d'une manière générale que les tumeurs fibreuses,

rendant anormal le développement de la matrice, et irrégulière sa cavité, prédisposent aux présentations défectueuses du fœtus et à l'insertion vicieuse du placenta aux environs du col utérin.

Généralement la délivrance se fait bien, le placenta, vu sa mollesse, peut s'engager malgré le rétrécissement apporté au canal par les tumeurs fibreuses ; il faudrait que ce rétrécissement fût porté très-loin, pour apporter un obstacle à la sortie du délivre, et nécessiter l'intervention active de l'accoucheur. C'est ce qui arriva dans un cas rapporté par M. Blot. Le placenta resta élevé dans la partie supérieure de l'utérus, comme dans une arrière-cavité, et il fallut un certain effort pour opérer son extraction.

Accidents qui peuvent survenir après l'accouchement. — Lorsque l'accouchement n'a pas déterminé la chute de la tumeur, l'utérus peut comme à l'état normal revenir sur lui-même, et tout se passe parfaitement bien. Mais il peut arriver que l'utérus par suite de la présence de la tumeur qui agit comme un corps étrangers, reste flasque et mou, ne se rétracte pas, on a alors une hémorrhagie immédiate qui peut être mortelle pour la femme. Cette hémorrhagie peut déterminer l'expulsion du polype et cesser ensuite.

D'autres fois l'hémorrhagie, au lieu de survenir immédiatement après la délivrance, ne se montre que quelques heures après, le lendemain ou dix à quinze jours après, et l'expulsion spontanée de la tumeur peut quelquefois avoir lieu dans ces conditions.

Ou bien, s'il n'y a pas de pertes de sang, il peut se manifester des tranchées violentes, suivies d'inflammation de la matrice et des organes contenus dans le bassin.

Dans d'autres circonstances, la gangrène s'empare des productions morbides, expose la femme à tous les dangers d'une résorption putride. La mortification peut même dans certains cas s'étendre au tissu utérin. On comprend les dangers d'une semblable complication.

M. Huguier a rapporté à la Société de chirurgie l'observation

d'une femme qui avait succombé à un érysipèle survenu dans les circonstances suivantes : cette femme accoucha. MM. Danyau et Dubois constatèrent après l'accouchement, la présence d'une tumeur fibreuse, pas d'accidents, la malade sort huit jours après sa délivrance. Huit jours après, elle entrait chez M. Huguier à l'hôpital Beaujon. Une énorme tumeur gangrenée remplissait le vagin, elle est extraite en deux séances. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, ni pendant, ni après l'opération, et le quatrième jour, elle était prise d'érysipèle qui parcourut la majeure partie du corps. La malade mourut ; l'utérus était revenu sur lui-même, il n'y avait pas de péritonite. (*Bull. Soc. chirurg.* 1859).

Indications thérapeutiques. — Nous examinerons successivement ces indications :

1° Pendant la grossesse,

2° Pendant le travail,

3° Après l'accouchement.

Pendant la grossesse. — Si le siége de la tumeur, la longueur de son pédicule, permettent de penser que sa présence n'apportera pas d'obstacle sérieux à l'accouchement, il faut tâcher de mener la grossesse à terme. Il faudra empêcher les contractions prématurées de l'utérus par les moyens appropriés; s'il y avait menace d'avortement, on emploierait contre les hémorrhagies les moyens utiles dans ces circonstances (lavements laudanisés, applications froides sur le ventre et les cuisses, etc.).

Si la tumeur détermine des hémorrhagies inquiétantes, si elle siége sur le col, on doit pratiquer l'ablation de la tumeur, ce qui mettra fin aux accidents.

Si enfin on reconnaît que le volume de la tumeur et son siége rendront l'accouchement impossible par les voies naturelles, on est autorisé à pratiquer l'accouchement prématuré, ainsi que l'a fait

M. Depaul, qui, dans un cas de ce genre, arrêta la grossesse en ponctionnant l'œuf.

On voit donc qu'il est utile de reconnaître pendant la grossesse l'existence de ces tumeurs; mais bien souvent, soit que la femme n'ait pas consulté de médecin, soit que le diagnostic n'ait pu être fait, on ne reconnaît la complication qu'au moment de l'accouchement.

Pendant le travail. Si le corps fibreux est pédiculé, on tâchera de le repousser au-dessus du détroit supérieur du bassin, ou si c'est plus facile, de l'entraîner vers la vulve pour donner passage au fœtus. Si son point d'implantation est au col, on peut en faire la section. Si la tumeur est volumineuse et gêne le passage du fœtus, il faut se livrer à des manœuvres difficiles à indiquer à l'avance, et qui varieront d'après le degré de rétrécissement que la tumeur apporte.

Tantôt on s'attaquera à la tumeur elle-même, on l'enlèvera en faisant une incision et en l'énucléant (Danyau), en fragmentant le corps de la tumeur et en arrachant son pédicule (Jobert de Lamballe), en appliquant le forceps sur la tumeur, et en conduisant l'écraseur sur les branches du forceps (Chassaignac), etc.

Quand on ne peut ni refouler, ni enlever la tumeur, on fera la version ou une application de forceps.

Si le rétrécissement est porté très-loin, entre 8 et 6 centimètres; si l'enfant est mort, on fera la perforation du crâne; s'il est vivant, on tâchera de l'extraire par le forceps ou la version; si on échoue, on fera l'embryotomie, et comme dernière ressource, l'opération césarienne.

Après l'accouchement. L'accident spécial dû à la présence de tumeurs fibreuses dans l'utérus, le plus grave, est l'hémorrhagie. On a recours contre elle aux moyens mis en usage dans de semblables

circonstances ; mais si on reconnaît la cause de cette perte sanguines, c'est-à-dire une tumeur fibreuse. Que faut-il faire ?

Si la tumeur est pédiculée, il faut en pratiquer l'ablation ; dans ce cas, on se servira avec avantage de l'écraseur linéaire ; mais si la tumeur est interstitielle ou sessile, faut-il y porter l'instrument tranchant ? Dans ce cas, la matrice est tellement vasculaire, qu'on pourrait déterminer des hémorrhagies impossibles à arrêter, aussi il faut s'en tenir aux hémostatiques.

Nous voyons que les tumeurs fibreuses de l'utérus, déjà graves dans l'état de vacuité, prennent, sous l'influence de la grossesse et de l'accouchement, un degré de gravité souvent très-grand ; combien de femmes sont mortes soit d'hémorrhagies ou de péritonite, soit à la suite des graves opérations qu'elles ont dû subir.

C'est ce que nous voulions montrer dans cette seconde partie de notre travail, bien courte si on la compare à l'importance du sujet, mais nous voulions au moins l'indiquer dans notre thèse, qui a surtout pour but l'étude des tumeurs fibreuses de l'utérus hors l'état de grossesse.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES

Physique. — Courants thermo-électriques, thermo-multiplicateurs.

Chimie. — De l'ammoniaque; ses propriétés, sa préparation; action des acides sur l'ammoniaque.

Pharmacologie. — Des altérations que les médicaments officinaux peuvent éprouver par l'action de l'eau, de l'humidité, du froid et de la chaleur; quels sont les différents moyens employés pour leur conservation?

Histoire naturelle. — Des racines; leur structure, leurs tendances; leurs différentes modifications; des bulbes, des bulbilles, des tubercules; caractères qui distinguent les racines des rhizomes.

Anatomie et histologie normales. — Des aponévroses de l'abdomen.

Physiologie. — De la digestion intestinale; du suc pancréatique.

Pathologie interne. — Des concrétions sanguines dans le système artériel.

Pathologie externe. — Enumérer les tumeurs de l'orbite; en indiquer les signes différentiels.

Pathologie générale. — De la fièvre.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des lésions de la dysentérie.

Accouchements. — De l'influence de la grossesse sur la marche des maladies qui la compliquent.

Thérapeutique. — Des indications de la médication astringente.

Médecine opératoire. — Des appareils employés pour le redressement du membre dans le cas de pied bot.

Médecine légale. — Empoisonnement par l'alcool ; comment est isolé l'alcool du sang?

Hygiène. — Des boissons aromatiques.

Vu, bon à imprimer.

RICHET, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice Recteur de l'Académie de Paris

A. MOURIER.