

**L'occlusion intestinale par les fibro-myomes de l'utérus ... / par Jean Mazet.**

**Contributors**

Mazet, Jean, 1884-  
Université de Bordeaux.

**Publication/Creation**

Bordeaux : A. Saignac, 1907.

**Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/kbd4rbvc>

**License and attribution**

Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

# L'OCCLUSION INTESTINALE

PAR LES

## Fibro-Myomes de l'Utérus

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Janvier 1907.

PAR

Jean MAZET

Né à Peille (Alpes-Maritimes), le 1<sup>er</sup> Décembre 1884

Élève du Service de santé de la Marine

---

Examineurs de la Thèse	{	MM. BOURSIER, professeur.....	<i>Président.</i>	
		MOURE, prof.-adjoint.....	{	
		FIEUX, agrégé.....		<i>Juges.</i>
		CHAVANNAZ, agrégé.....		

---

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

---

BORDEAUX  
IMPRIMERIE A. SAUGNAC  
3, Place d'Aquitaine, 3

1907



Digitized by the Internet Archive  
in 2019 with funding from  
Wellcome Library

<https://archive.org/details/b3061126x>

# L'OCCLUSION INTESTINALE

PAR LES

## Fibro-Myomes de l'Utérus

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Janvier 1907.

PAR

Jean MAZET

Né à Peille (Alpes-Maritimes), le 1<sup>er</sup> Décembre 1884

Élève du Service de santé de la Marine

---

Examineurs de la Thèse	}	MM. BOURSIER, professeur.....	<i>Président.</i>	
		MOURE, prof.-adjoint.....	}	
		FIEUX, agrégé.....		<i>Juges.</i>
		CHAVANNAZ, agrégé.....		

---

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

---

BORDEAUX  
IMPRIMERIE A. SAUGNAC  
3, Place d'Aquitaine, 3

—  
1907

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

## PROFESSEURS :

MM. MICÉ..... }  
 DUPUY..... } Professeurs honoraires.  
 FIGUIER..... }  
 MASSE..... }

	MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie.....	BLAREZ.
Clinique externe.....	PITRES.	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeu- tique générales.....	DEMONS.	Pharmacie.....	DUPOUY.
Thérapeutique.....	LANELONGUE.	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Médecine opératoire..	VERGELY (en congé).	Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique d'accouchements.....	MONGOUR (chargé).	Clinique ophtalmologi- que.....	BADAL.
Anatomie pathologique.....	ARNOZAN.	Clinique des maladies chirurgicales des en- fants.....	DENUCÉ
Anatomie.....	N.	Clinique gynécologique.	BOURSIER.
Anatomie générale et histologie.....	LEFOUR.	Clinique médicale des maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Physiologie.....	COYNE.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Hygiène.....	CANNIEU.	Physique pharmaceuti- que.....	SIGALAS.
Médecine légale.....	VIAULT.	Pathologie exotique....	LE DANTEC.
Physique biologique et électricité médicale.	JOLYET.		
	LAYET.		
	N.		
	BERGONIÉ.		

## PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM.	DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....		MOURE.
Clinique des maladies mentales.....		REGIS.

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. HOBBS.		MM. VERGER.
MONGOUR.		ABADIE.
CABANNES.		

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe ...	{	MM. CHAVANNAZ.		{	MM. FIEUX.
		BEGOUIN.			ANDÉRODIAS
		VENOT.			

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	{	MM. GENTES.		{	MM. GAUTRELET
		CAVALIÉ.			BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....		M. BENECH.		{	M. BARTHE.

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	RONDOT.
Accouchements.....	ANDÉRODIAS.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Hydrologie et minéralogie.....	BEILLE.

*Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.*

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND-MÈRE

---

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Pour les longs sacrifices faits pour moi  
et pour leur tendresse infinie. Je suis  
heureux de leur offrir ce travail avec  
toute mon affection.

---

A MA TANTE ANGELE

Pour toutes les bontés qu'elle a eues  
pour moi et avec toute mon affection.

---

A MES TANTES, A MES ONCLES, A MES COUSINS

A MES AMIS :

LE DOCTEUR A. M. COLOMBANI

MÉDECIN AIDE-MAJOR DES TROUPES COLONIALES

PIERRE FATON

UBERTO FRONDONI

LE LIEUTENANT FELKER

---

A MES CAMARADES DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE  
ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERTRAND

INSPECTEUR GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ANCIEN DIRECTEUR

DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONISE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUEMIN

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ET DES COLONIES

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIRARD

MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE

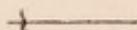
ANCIEN SOUS-DIRECTEUR

DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE



A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

MÉDECIN EN CHEF DE DEUXIÈME CLASSE DE LA MARINE

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ET DES COLONIES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MON MAÎTRE

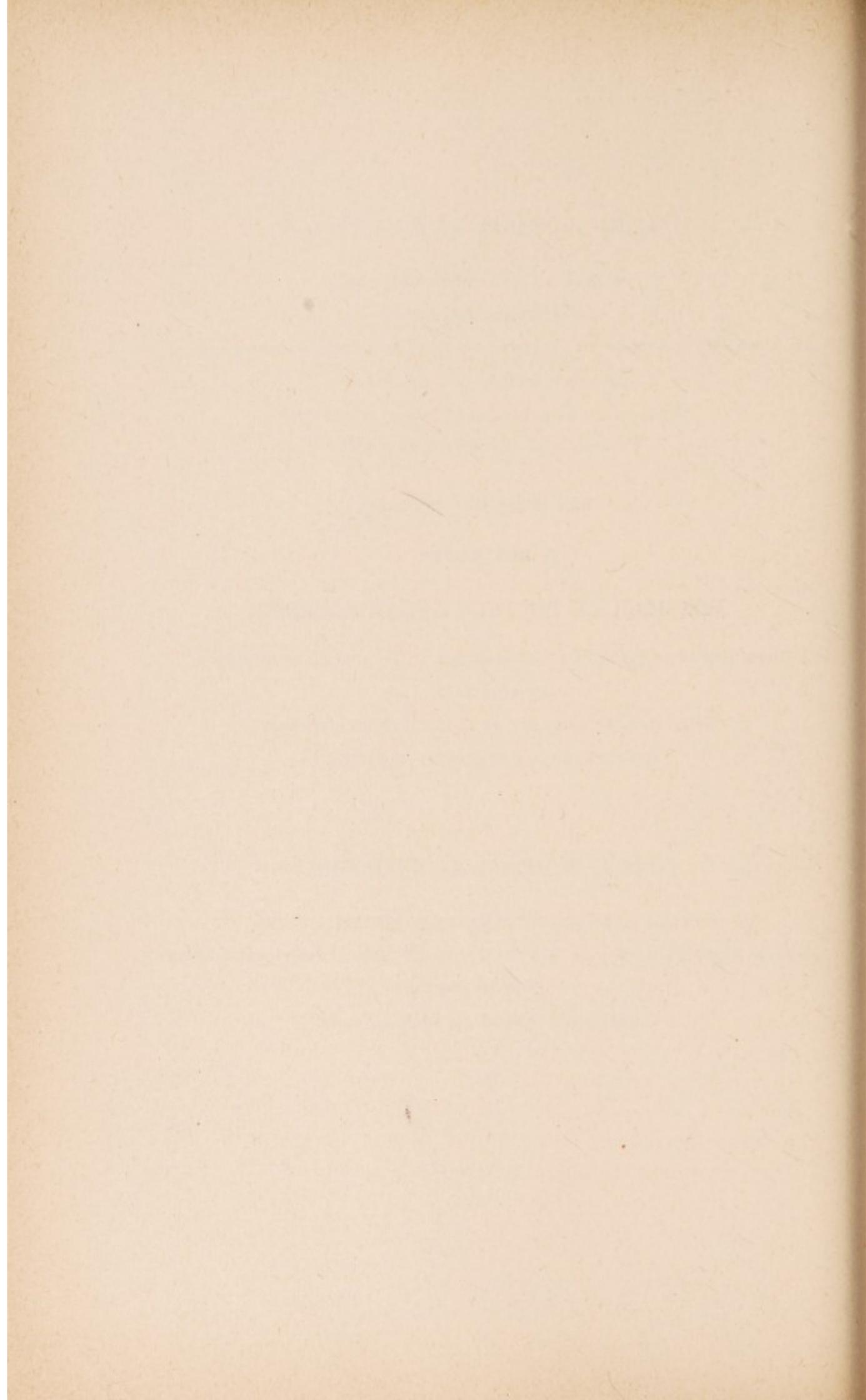
MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BOURSIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE



## AVANT-PROPOS

---

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à exprimer à nos Maîtres de la Marine, de la Faculté et des Hôpitaux, nos sincères remerciements pour l'enseignement qu'ils nous ont prodigué et la bienveillance qu'ils nous ont constamment témoignée.

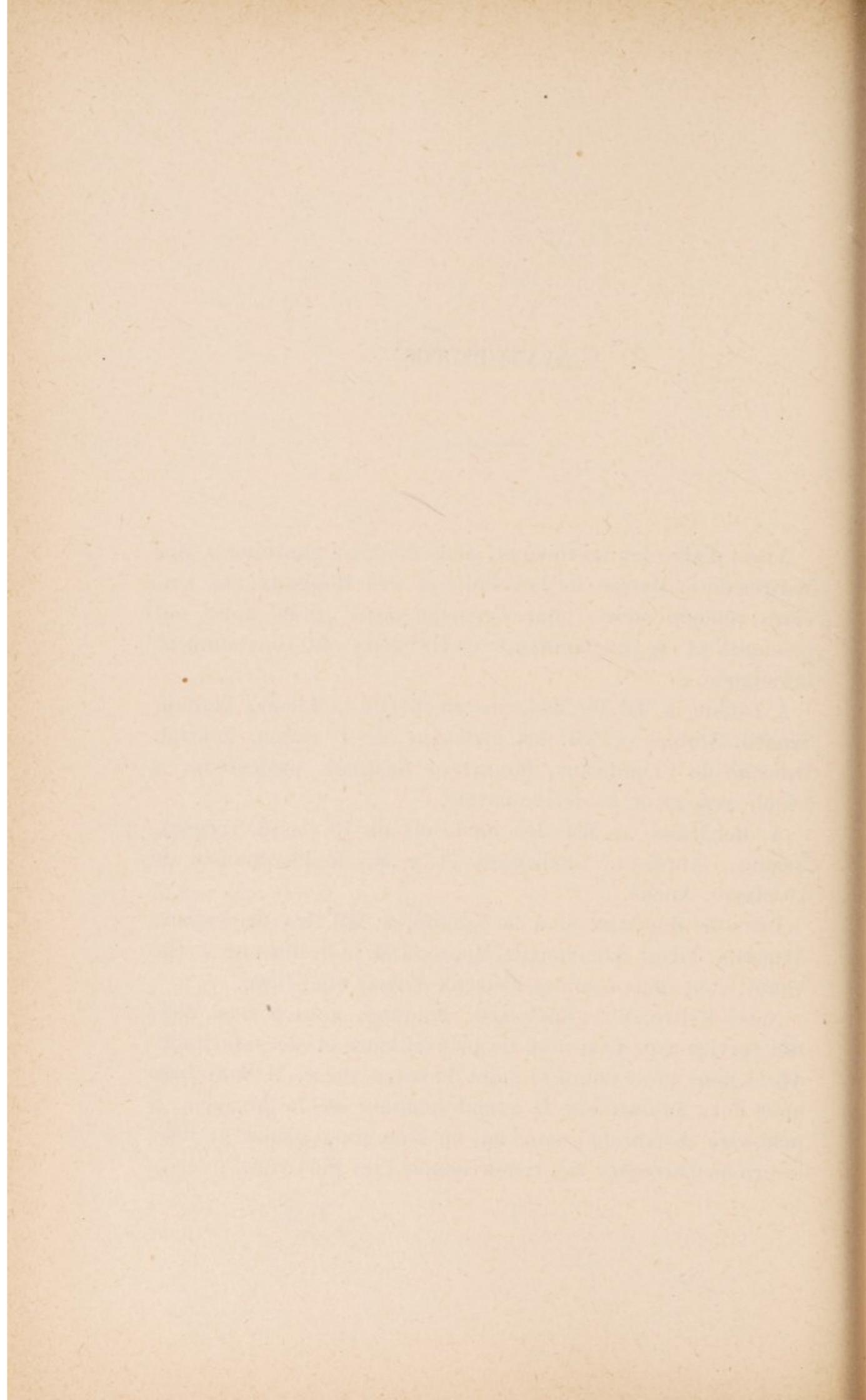
A Toulon, à MM. les Médecins en chef de la Marine, Fontan, Ségard, Ambiel et MM. les médecins de 1<sup>re</sup> classe, Pourtal, Palasme de Champeaux, Bouras et Gastinel, professeurs à l'école annexe de médecine navale.

A Bordeaux, à MM. les médecins de 1<sup>re</sup> classe, Vergues, Béguin, Aurégan, Chabannes et à M. le Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe, Auché.

Dans les Hôpitaux et à la Faculté, à MM. les Professeurs Arnozan, Picot, Lanelongue, Moure, à M. le Professeur agrégé Venot, dont nous sommes heureux d'avoir été l'élève.

Notre Maître, M. le Professeur Boursier, nous a reçu dans son service avec beaucoup de bienveillance et de sollicitude. Après nous avoir donné le sujet de notre thèse, il veut bien nous faire aujourd'hui le grand honneur de la présider. Il peut être certain qu'il nous fait un bien grand plaisir et nous le prions d'accepter nos remerciements les plus vifs.

J. M.



## INTRODUCTION

---

Un cas d'occlusion intestinale par fibromyome de l'utérus s'étant produit récemment dans le service de gynécologie à l'hôpital du Tondu, M. le Professeur Boursier nous a suggéré l'idée d'étudier cette question pour notre thèse inaugurale. C'est une complication rare : à peine avons-nous pu en trouver une quarantaine d'exemples dans la littérature médicale.

Aussi peut-on se demander, à priori, si notre travail est réellement utile. La réponse ne saurait être douteuse, si les fibromyomes pouvaient, systématiquement, être extirpés, dès qu'ils sont reconnus. Malheureusement, la chirurgie moderne, malgré toute sa perfection, ne permet pas encore une semblable ligne de conduite. Sans doute, quelques chirurgiens, Cazenave, en particulier (*Revue de Chirurgie*, 1902), pense que les fibromyomes, abandonnés à eux-mêmes, amènent des complications mortelles dans une proportion de 30 à 40 %, et que dès lors, ils doivent être considérés comme des tumeurs malignes et opérés, dès que diagnostiqués. Mais cette opinion est exagérée. Pellanda, dans une thèse récente très documentée : La mort par les fibromyomes utérins (Lyon 1904), n'a trouvé dans la littérature médicale que 171 cas de mort par ces tumeurs. On voit combien ce chiffre est faible, si l'on songe que sur 100 femmes, 20 environ sont fibromateuses. Or, la mortalité opératoire, pour cette affection, varie de 5 à 8 %.

« A ce compte, dit le même auteur, le fibrome est, pour la

malade, moins dangereux que le chirurgien ». De ces notions, il suit qu'on doit se borner à surveiller la tumeur, tant qu'elle reste « pacifique », tout en se tenant prêt à intervenir, quand elle menacera de devenir dangereuse. Parmi les accidents possibles, l'occlusion intestinale tient une place honorable, puisque sur les 171 cas de mort précités, vingt fois elle était en cause. C'est pourquoi son étude nous a paru utile, et cela d'autant plus que les traités classiques ne font que la signaler et que bien peu de travaux ont été faits à ce sujet.

Nous n'entrerons pas, bien entendu, dans tous les détails de la pathologie de l'occlusion intestinale et des fibromyomes. Ils sont parfaitement connus et nous ne pouvons rien ajouter de nouveau. Nous insisterons seulement sur les caractères particuliers de cette variété d'occlusion en ne faisant que signaler quelques notions générales connues de tous, mais nécessaires pour que notre étude soit complète. Nous entendons par occlusion intestinale, tous les phénomènes d'arrêt de la circulation intestinale à quelque degré qu'ils existent.

Nous avons divisé notre travail en six parties :

Chapitre I. — Historique.

Chapitre II. — Etiologie.

Chapitre III. — Anatomie et physiologie pathologique. —  
Pathogénie.

Chapitre IV. — Signes cliniques particuliers. Evolution.  
Diagnostic. Pronostic.

Chapitre V. — Observations.

Chapitre VI. — Traitement.

Suivront les conclusions qui se dégagent de notre étude. Bien qu'elle est la forme d'un véritable chapitre de pathologie gynécologique, nous ne la présentons pas comme telle à nos juges. Nous avons rassemblé les matériaux épars dans la littérature pour essayer de faire une mise au point de la question. D'autres viendront, qui apporteront de nouveaux matériaux, et, profitant des défauts de notre étude, la traiteront mieux et plus complètement.

## CHAPITRE PREMIER

---

### Historique

C'est Depaul qui a rapporté à la Société médicale d'émulation de Paris, dans sa séance du 4 juillet 1857, le premier fait d'occlusion intestinale par fibrome utérin au cours de la grossesse. L'observation fut publiée la même année dans l'*Union Médicale*. Kœberlé, dans la *Revue Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* de 1869, fait connaître une série de cas de corps fibreux de la matrice traités avec succès par l'extirpation après « gastrotomie ». Dans un de ces cas, il a été noté que le rectum était comprimé et les selles aplaties. Trois ans plus tard, Peter Eade, médecin de l'hôpital de Norwich, commente dans le « Lancet » trois cas d'obstruction complète de l'intestin, simulant une hernie étranglée, obstruction provoquée par des tumeurs fibreuses de l'utérus. Il pose dans son travail les principes de l'intervention chirurgicale. Il est d'avis que, dans ces cas, on doit pratiquer l'opération d'Amussat, mais se demande aussi si la gastrotomie comme procédé explorateur ou dans le but d'enlever la tumeur, mérite d'être prise en sérieuse considération. Robert Barnes parlant du travail d'Eade, pense au contraire que la « gastrotomie » est utile si on a affaire à des fibromes sous-péritonéaux, mais qu'on ne peut guère attendre de bien de cette opéra-

tion, à moins qu'on n'ampute aussi l'utérus, quand la tumeur est interstitielle. La même année, Kidd, dans le *Journal des Sciences Médicales* de Dublin, déclare avoir vu un grand nombre de cas de compression du rectum par corps fibreux, traitée par l'introduction dans le rectum d'un ballon de Barnes. En 1873, Guéniot fait à la Société de chirurgie un rapport sur le mémoire du docteur A. Faucon intitulé : « Sur une variété d'étranglement interne qui reconnaît pour cause la compression de l'intestin par les hystéromes ». Ce travail contient cinq observations avec quelques indications sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement de cette affection. La ressource ultime était alors l'anus artificiel, l'hystérotomie, étant à cette période de la chirurgie, à peu près invariablement suivie de mort. Dans la discussion de ce mémoire, Dolbeau, apporte un cas nouveau et insiste sur ce point que les fibromes déterminent presque toujours de la péritonite, et que les malades meurent autant d'occlusion que de péritonite. Depaul rappelle son cas, noté au début de ce chapitre, qu'il traita avec succès par l'avortement chirurgical. Vers la même époque, Marc Sée aurait eu l'occasion de noter des symptômes d'occlusion chez des femmes atteintes de fibrome (1). En février 1875, Fourestié, étudie dans la *Gazette médicale de Paris*, « quelques accidents consécutifs à la compression incomplète du rectum et de la vessie par des corps fibreux utérins interstitiels ». On trouve dans ce travail une observation intéressante en ce sens que par un mécanisme particulier, l'occlusion totale pour les gaz, était partielle pour les matières fécales. Au mois d'octobre de la même année, Judes Hué de Rouen publie dans les *Annales de Gynécologie*, deux observations d'occlusion intestinale par fibrome. A vrai dire, dans la première, il y a plus de constipation que d'occlusion, et dans la seconde, l'occlusion était seulement menaçante. Mais le travail est utile, parce que les deux cas furent traités d'une manière spéciale : le refoulement de la tumeur de la cavité pelvienne dans l'ab-

(1) Thèse Pellanda. Lyon, 1904.

domen, par les doigts introduits soit dans le vagin, soit dans le rectum, et le maintien de la tumeur au-dessus du détroit supérieur, par un pessaire en bilboquet, maintenu lui-même par un bandage en T. Schwartz, dans la *Revue de Chirurgie de 1883*, rapporte deux nouveaux cas simplement signalés à l'étranger : un de Knowley Thornton en 1880, (fibrome avec occlusion, opéré d'urgence, et suivi de mort) l'autre de Zweifel en 1881 (opéré également d'urgence et suivi de guérison).

Coffin dans sa thèse inaugurale (Paris 1888-1889) étudie les complications des fibromyomes utérins et note une observation de Terrillon déjà parue en 1885. Il s'agissait d'occlusion chronique, qui fut traitée par la castration double. Mais la régression de la tumeur ne fut probablement pas assez rapide, car la malade mourut quarante jours après l'opération d'étranglement interne.

Dès lors nous sommes entrés dans la période moderne de la chirurgie, et presque toujours l'extirpation du fibrome est pratiquée. Guermontez au Congrès gynécologique de Bordeaux (1895) rapporte un cas d'hystérectomie pour fibrome ayant occasionné tout d'abord des troubles de compression du côté des organes urinaires, puis des troubles de compression du côté du rectum. Mermet dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris* (1896) publie une observation de fibrome à pédicule tordu avec compression de l'S iliaque. En 1898, Vincent rapporte l'histoire d'une malade porteuse d'un fibrome ayant provoqué par compression la gangrène de la face antérieure de la vessie, mais écrasant aussi, en arrière, le rectum et provoquant de la coprostase. G. Luys, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* de 1898, publie un nouveau cas d'occlusion par fibrome à pédicule tordu. Le diagnostic n'ayant pas été fait, on allait pratiquer une laparotomie exploratrice, quand la malade mourut.

La Thèse de Turner (Des interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques, Paris 1900) apporte un cas nouveau de fibromatose de l'utérus gravide avec occlusion mortelle. La

même année, Bœckel, dans un numéro de la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, étudie et commente deux cas d'occlusion et de gangrène de l'intestin comprimé par une tumeur fibreuse. Le Nouëne, dans la *Revue médicale de Normandie*, rapporte deux cas d'obstruction par fibrome, où le diagnostic n'avait pas été fait. Chavannaz publie également deux cas d'occlusion par fibrome, le premier suivi de mort par accident de chloroformisation; le deuxième suivi de guérison. Pour tous les deux, l'anus contre nature fut pratiqué, l'opération radicale ayant été jugée impossible. Il est à noter, que c'est le premier chirurgien qui applique à ce genre d'affection un traitement vraiment moderne, en essayant de lutter tout d'abord contre l'intoxication d'origine intestinale, et en pratiquant ensuite l'anus artificiel, opération d'attente, permettant de laisser « refroidir » le fibrome (suivant l'expression heureuse de Tuffier) et de pratiquer ensuite, dans les meilleures conditions possibles, l'opération radicale. Epron, dans une thèse inspirée par G. Chavannaz a déjà étudié notre question. Il apporte trois observations nouvelles, dont une a trait à une femme en état de grossesse. Dans les conclusions de ce travail nous lisons que la ménopause arrête d'habitude les accidents de compression. Nous verrons, au cours de notre étude, ce qu'il faut penser de cette opinion. Fercy Paton dans le *British medical Journal* de 1903 publie un cas d'occlusion par fibrome transplanté. Observation très intéressante, parce que le fait est extrêmement rare. L'année suivante, Gallois fait connaître dans le *Bulletin médical* un cas d'occlusion par fibrome guéri par le décubitus latéral droit. La guérison subsistait 20 ans après. Barette, vers la même époque, publie un cas de tumeur fibreuse intraligamentaire provoquant de l'obstruction. La situation est tellement grave que l'auteur juge l'opération immédiate dangereuse. Mais après un traitement médical énergique (lavages de l'estomac, injection de sérum, antisepsie du tube intestinal) il intervient avec succès.

Gouilloud dans le *Lyon médical* rapporte un cas de torsion d'un utérus fibromateux avec arrêt de la circulation intesti-

nale. Enfin Pellanda (thèse de Lyon 1904) a fait un travail très documenté sur la mort par les fibromyomes de l'utérus. Il a rassemblé 171 cas; sur ce nombre, 20 fois l'occlusion intestinale était en cause. Il a consacré un chapitre à cette variété d'occlusion dont il étudie la pathogénie et les symptômes.

Les traités classiques actuels ne font que signaler la compression de l'intestin par les fibromyomes et insistent sur l'auto-intoxication qui en résulte.

Enfin, tout récemment, Tuffier et de Rouville ont fait au Congrès de gynécologie et d'obstétrique, tenu à Lisbonne du 19 au 26 avril 1906, un rapport sur le traitement des fibromyomes utérins. Ils ont dit quelques mots de la conduite à tenir quand ces tumeurs se compliquent d'occlusion intestinale. Tuffier ajoute qu'il a appliqué plusieurs fois avec succès la méthode, suivie antérieurement par Chavannaz et décrite plus haut.

---

## CHAPITRE II

---

### Etiologie

*Fréquence.* — L'occlusion intestinale par les fibromyomes de l'utérus est un accident rare. Nous n'en avons trouvé qu'une quarantaine d'exemples dans toute la littérature médicale. On rencontre souvent de la constipation tenace chez les femmes atteintes de fibromes, mais rarement à un degré tel qu'on soit obligé d'intervenir. Cette rareté tient probablement à ce que l'occlusion est un accident tardif et ne peut se produire, parce que la tumeur est extirpée pour d'autres accidents plus rapides et plus habituels, les métrorragies en particulier, ou parce qu'elle rentre en voie de régression sous l'influence de la ménopause ou de la grossesse.

*Age.* — La plus jeune des malades qui font l'objet de nos observations avait vingt-sept ans, la plus vieille soixante-dix. Le maximum de fréquence s'observe aux environs de la ménopause, comme le prouve le tableau suivant :

27 ans.....	1 cas
30 à 40 ans.....	7 cas
40 à 50 ans.....	15 cas
50 à 60 ans.....	4 cas
60 à 70 ans.....	2 cas

(Dans les autres observations, l'âge n'a pas été noté).

L'occlusion par fibromyome peut donc se produire avant, pendant et après la ménopause. Or, tout le monde sait que cette période de la vie génitale de la femme amène d'habitude la régression de la tumeur et fait cesser les accidents. Beaucoup de médecins comptent sur elle. Il est donc important de noter ce fait, que si, d'habitude, le fibrome disparaît avec elle, parfois aussi des accidents peuvent se produire, en rapport avec les variations volumétriques de la tumeur provoquées par la congestion existant à ce moment dans les organes génitaux de la femme. Notre statistique coïncide d'ailleurs avec d'autres recherches. Lawson-Tait, en particulier, a démontré que c'est précisément pendant la ménopause que les fibromes déterminent le plus fréquemment des accidents nécessitant l'intervention chirurgicale.

Par suite, le plus souvent, les accidents d'occlusion éclatent avec des fibromes existant déjà depuis longtemps (20, 12, 7 et 6 ans dans quatre cas). Cette donnée n'est pas consignée dans toutes les observations, mais de la lecture des antécédents, il ressort clairement qu'on a affaire, dans la grande majorité des cas, à de vieilles fibromateuses « ayant lutté toute leur vie contre la constipation » et étant arrivées au terme de leur vie génitale.

*Siège du fibrome.* — Dans les 36 observations rassemblées, 24 fois il s'agissait de fibromes sous-péritonéaux, parmi lesquels 2 étaient inclus et 7 fois il s'agissait de tumeurs interstitielles. Dans un cas on avait affaire (fait extrêmement rare) à un fibrome transplanté, c'est-à-dire, à un fibrome dont le pédicule s'était rompu, mais pouvait vivre encore grâce à des adhérences contractées avec le mésentère, l'épiploon et l'intestin. Notre statistique ne porte que sur un nombre de cas restreint, et par conséquent ne saurait avoir une bien grande valeur. Notons simplement ce fait que l'occlusion est due fréquemment à des tumeurs sous-séreuses. Ce n'est pas l'avis d'Epron (Thèse Bordeaux 1901) : « Quant aux fibromes sous-péritonéaux, écrit cet auteur, ils sont presque toujours

situés hors du bassin et, sauf le cas où ils atteignent un volume extraordinaire, ne compriment pas suffisamment les viscères avec lesquels ils se trouvent en contact pour occasionner des accidents graves. Il pourrait se faire cependant qu'ils se forment en face des culs-de-sac péritonéaux et que dans le premier cas ils donnent lieu à des phénomènes d'étranglement interne, en agissant sur les anses d'intestin grêle qui souvent y sont contenues ; dans le second, ils peuvent comprimer le rectum. » Cette opinion est vraie si l'on envisage seulement l'occlusion rectale, qui, presque toujours, est produite par des tumeurs développées dans la paroi postérieure de l'utérus. Mais si l'on envisage l'occlusion de tous les segments de l'intestin, on voit que les fibromes sous-péritonéaux comme les interstitiels et les sous-muqueux, et même plus souvent qu'eux, peuvent être une cause d'accidents. En réalité, nous verrons au chapitre suivant que ce qu'il est important à connaître, ce n'est pas tant le siège de la tumeur que les accidents de localisation qui surviennent dans son évolution normale vers la cavité abdominale. Ils peuvent, en effet, être comparés, tous, interstitiels, sous-séreux et sous-muqueux (parmi ces derniers, il faut faire exception pour les tumeurs à évolution vaginale) à la tumeur constituée par l'utérus gravide qui, dans son développement progressif normal, monte dans la cavité abdominale au-dessus du détroit supérieur. Si cette ascension est arrêtée pour une cause ou pour une autre, des accidents de compression éclateront. A ce point de vue, on doit noter les tumeurs fibreuses qui, du fait de leur siège même, ne peuvent s'élever dans la cavité abdominale ; ce sont les fibromes inclus et pelviens. Ils sont placés dans les conditions dont nous venons de parler et peuvent être, par leur situation seule, une cause d'occlusion intestinale.

*Volume et poids.* — Les fibromyomes utérins, de quelque volume qu'ils soient, peuvent, par des mécanismes divers, produire l'oblitération du canal intestinal. Toutefois, Faucon

et Le Nouënne l'ont déjà fait remarquer, la gravité des accidents n'est nullement en rapport avec le volume de la tumeur. Ce fait s'explique par cette notion que les fibromes arrêtés dans le bassin ne peuvent jamais acquérir de grandes dimensions, De là il suit que de tout petits fibromes peuvent amener des accidents mortels, tandis que les gros fibromes intra-abdominaux sont généralement inoffensifs. Ce qu'il importe d'ailleurs de considérer, ce n'est pas tant le volume du fibrome, que les variations volumétriques qu'il est appelé à subir. Le poids est intéressant à connaître et varie de 460 grammes à près de 3 kilogrammes dans nos observations. Il n'est pas en rapport avec le volume. Les petits fibromes ayant subi la dégénérescence calcaire, sont parfois très pesants. Ils peuvent entraîner dans leurs mouvements l'utérus qui se tord sur lui-même (cas de Gouilloud) et léser gravement les parois de l'intestin qu'ils compriment.

*Forme.* — La forme des fibromyomes qui ont produit de l'occlusion est toujours à peu près sphérique. Parfois on a affaire à une masse irrégulière constituée par l'utérus bourré de fibromes. Nous devons accorder une mention spéciale aux fibromes pédiculés ; nous verrons que la torsion pédiculaire est souvent une cause de compression de l'intestin.

*Nombre.* — Presque jamais la tumeur n'est solitaire. Tantôt l'utérus est hypertrophié et contient un grand nombre de noyaux fibreux. Tantôt il coexiste deux ou trois fibromes. Tantôt enfin, on trouve avec la tumeur utérine, une tumeur d'un organe voisin, un kyste de l'ovaire, ordinairement. Zalidès (thèse de Bordeaux, 1898-1899) a étudié cette coexistence, des deux tumeurs, et a montré qu'elles peuvent provoquer de la constipation opiniâtre par compression de l'ampoule rectale. Cette complication se rencontre, d'après l'auteur, tout à fait au début tant que le volume des tumeurs n'est pas assez grand, pour qu'elles s'élèvent dans l'abdomen et laissent libre l'étroit passage du petit bassin. Cela se passe ainsi, en effet,

ordinairement. Mais il est évident que le fibromyome est gêné dans son développement vers l'abdomen par le kyste de l'ovaire, et nous verrons que la coexistence de plusieurs tumeurs est une condition favorable pour la production de l'occlusion intestinale par compression.

*Structure.* — La structure des fibromyomes n'a ordinairement aucune influence sur les accidents d'occlusion. Toutefois il est à remarquer que, dans certaines tumeurs pédiculées ou non, le tissu vasculaire prédomine et que, par suite, si le phénomène de torsion se produit, elles peuvent augmenter brusquement de volume ou bien participer simplement à la congestion périodique (règles) ou accidentelle qui existe ou peut exister dans les organes génitaux. Dans nos observations plusieurs fois les accidents d'occlusion ont éclaté avec cette variété de fibrome tellement vascularisée qu'à la coupe elle offrait l'aspect d'une éponge (fibrome télangiectasique de Virchow). Dans les autres cas, on avait affaire à des fibromes dont la structure n'offrait rien de particulier.

*Intestin.* — Si, après avoir regardé l'agent de compression, on s'occupe de l'organe lésé, on voit que les différentes portions de l'intestin sont comprimées avec une fréquence inégale :

Rectum.....	17 fois.
Côlon ilio-pelvien.....	11 —
Intestin grêle.....	8 — environ.

Dans certains cas, en effet, nous avons pensé qu'il s'agissait de l'intestin grêle, bien que ce détail ne soit pas mentionné, en raison de l'évolution suraiguë des accidents.

- a) *Occlusion rectale.* — Compression du rectum sur le sacrum.
- b) *Occlusion du côlon ilio-pelvien.* — Compression du côlon pelvien soit au niveau de la concavité sacrée, soit au

niveau du détroit supérieur, soit au niveau de la fosse iliaque.

c) *Occlusion de l'intestin grêle.* — Compression d'une anse grêle au niveau du détroit supérieur ou étranglement par brides, adhérences, ou coutures (le fibromyome étant ici une cause moins immédiate de l'accident).

Ces données fournies par nos observations sont conformes à celles de l'anatomie normale. Le rectum, appliqué sur le sacrum et retenu dans cette position par un méso très court, en rapport de plus en plus intime avec l'utérus à mesure qu'il arrive plus près de sa terminaison, est le plus fréquemment comprimé.

Le colon ilio-pelvien est beaucoup plus mobile puisque, dans certains cas, on a pu le trouver dans la fosse iliaque droite. (Testut)

Mais il passe dans un orifice à pourtour osseux, le détroit supérieur, dans lequel le fibromyome est obligé, lui aussi, de s'engager pour monter dans la cavité abdominale. Aussi il peut être comprimé, soit à ce niveau, soit dans la concavité sacrée, soit dans la fosse iliaque gauche où la tumeur l'immobilise. Quant aux anses de l'intestin grêle, elles descendent bien soit dans le cul-de-sac utéro-rectal, soit dans le cul-de-sac utéro-vésical, mais ordinairement elles sont refoulées par la tumeur dans la cavité abdominale et ce n'est qu'accidentellement qu'elles seront comprimées au niveau du détroit supérieur. Il est intéressant de noter que le cœcum avec l'appendice, bien que symétrique au colon iliaque, n'est presque jamais comprimé. Pourtant, il est en rapport aussi immédiat que le colon avec l'utérus et les fibromyomes, et ne présente pas plus de mobilité.

En fait (observation de Guermonprez, une observation de Pilliet), parfois la tumeur fibreuse est en contact avec le cœcum ou l'appendice. Mais il n'y a presque jamais d'occlusion à ce niveau, nous en verrons la raison au chapitre de la pathogénie.

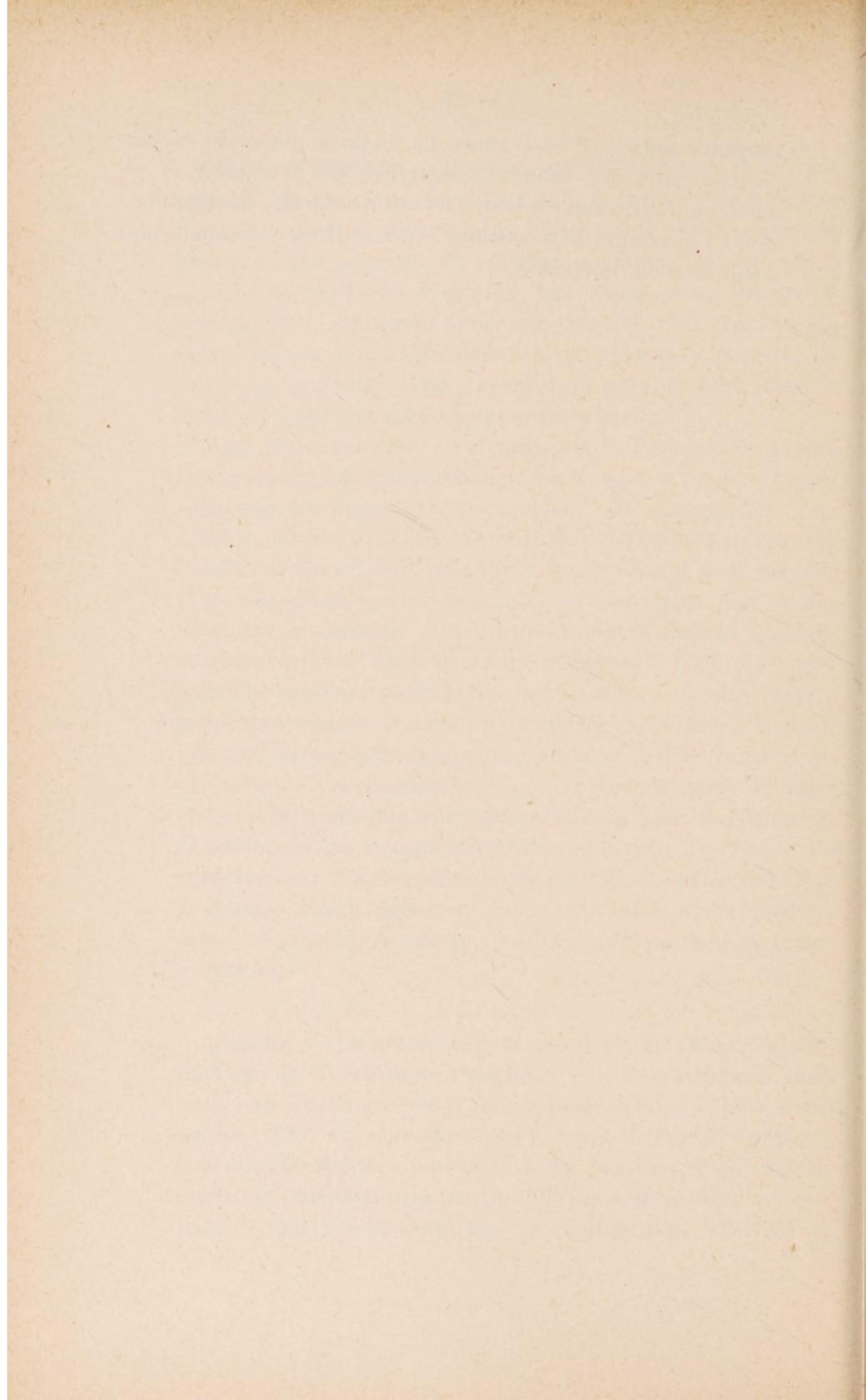
*Causes occasionnelles.* — Les règles semblent favoriser la compression de l'intestin, en augmentant le volume du fibrome. Dans une de nos observations (observation de Lévêque), la malade avait des crises de constipation coïncidant avec l'apparition de règles douloureuses. Les chocs et les traumatismes peuvent également jouer un certain rôle. Témoin, la même malade de Lévêque dans les antécédents de laquelle on a noté une occlusion totale, ayant duré plus de huit jours et étant survenue immédiatement après une chute.

Nous verrons même, au chapitre de la Pathogénie, qu'une chute ou un mouvement violent quelconque n'est pas nécessaire pour expliquer certains accidents de compression. Parfois les mouvements ordinaires de la vie (comme par exemple se coucher sur le côté, puis sur le dos) suffisent pour amener la torsion d'une tumeur pédiculée et provoquer par là des accidents d'occlusion. Les corps étrangers ingérés accidentellement peuvent aussi jouer un certain rôle. C'est ainsi que, dans une observation de Tavel, des noyaux de cerise ingérés la veille et arrêtés en amont d'une partie de l'S iliaque comprimée par un volumineux myome, auraient été la cause occasionnelle de l'occlusion. Nous ne rapportons point ici cette observation parce que, à la laparotomie, on constata également l'existence d'une sténose cancéreuse au niveau de la zone de compression. Il est à remarquer cependant qu'au début le néoplasme n'était nullement en cause puisque, après hystérectomie, la circulation intestinale fut rétablie pendant un temps assez long.

*Grossesse.* — La grossesse peut favoriser, au début, la production de l'occlusion intestinale par fibromyomes, mais nous n'en avons que peu d'observations et Pujol (Thèse Montpellier, 1896) n'a rencontré que fort peu de cas de constipation chez les femmes porteuses de ces tumeurs et en état de grossesse (statistique portant sur 728 cas de grossesses myomateuses). Dans nos observations, la complication a éclaté en

moyenne vers le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> mois. La fin de la grossesse exerce, au contraire, une influence heureuse sur la tumeur et en amène la régression évidente (travail de Cornil : communication à l'Académie de médecine, 7 février 1883. — Observations d'Epron et de Horrocks).

---



### CHAPITRE III

---

#### **Anatomie et physiologie pathologique. Pathogénie.**

L'occlusion intestinale par les fibromyomes utérins se produit par des mécanismes divers. L'occlusion par compression est la plus ordinaire. Il peut y avoir également étranglement de l'intestin soit par brides, soit par adhérences développées dans le voisinage de la tumeur. Nous étudierons surtout le premier mécanisme ; le second est bien connu et nous n'insisterons que sur quelques particularités intéressantes qu'il présente.

Pour que l'occlusion par compression soit possible, trois conditions sont nécessaires :

*a)* L'existence d'un plan résistant sur lequel la compression du segment intestinal puisse s'effectuer.

*b)* L'immobilité ou l'immobilisation de l'intestin sur ce plan, pour qu'il ne puisse échapper à la pression.

*c)* L'immobilité ou l'immobilisation de la tumeur fibreuse, qui, tantôt, est un agent de compression passif, quand elle agit simplement par son poids et tantôt, un agent de compression actif, quand, préalablement immobilisée au contact de l'intestin, elle est soumise à une augmentation volumétrique quelconque.

MÉCANISME DE L'OCCLUSION PAR COMPRESSION

L'utérus et les fibromyomes sont situés dans la grande cavité abdomino-pelvienne, divisée en deux portions : la cavité abdominale et la cavité pelvienne, communiquant entre elles par un orifice qui n'est autre que le détroit supérieur.

C'est là également que se trouve l'intestin. Étudions donc dans quelles régions nous trouvons, soit normalement, soit pathologiquement, les conditions énumérées plus haut, nécessaires pour que l'occlusion par compression puisse se produire.

*Les plans résistants.* — Les plans résistants n'existent dans la cavité abdominale qu'en arrière, où la paroi est musculo-osseuse au niveau de la colonne vertébrale, et dans la partie inférieure postéro-externe des parois latérales constituée, de chaque côté, par la fosse iliaque (grand bassin). Partout ailleurs, les parois ne sont pas résistantes. Il suit de là, qu'elles se laissent distendre avec la plus grande facilité quand une tumeur ou un organe (l'utérus gravide) se développent dans cette cavité. On connaît la tolérance parfois extrême de l'organisme de la femme à cet égard, et le volume souvent considérable que peuvent acquérir les tumeurs intra-abdominales sans provoquer le moindre accident. Aussi le fibromyome pourra-t-il évoluer librement sans comprimer l'intestin. Toutefois, au niveau des deux fosses iliaques, existent les deux premières conditions de production, à savoir un plan résistant contre lequel se trouvent, à droite, le cœcum et l'appendice; à gauche, le côlon descendant. L'occlusion est donc possible au niveau de ces deux points. En réalité, nous verrons qu'elle ne peut presque jamais se produire au niveau du cœcum, du moins si l'on a affaire à un fibrome à évolution abdominale.

Dans la cavité pelvienne, par contre, les parois latérales

sont partout résistantes, constituées par les parois osseuses du petit bassin lui-même. Dans la partie postérieure se trouve même la concavité sacrée, dans laquelle les fibromyomes, ordinairement sphériques peuvent venir se loger. Ces derniers, arrêtés en bas par la puissante musculature du périnée, tendent à s'élever dans la cavité abdominale, à mesure qu'ils augmentent de volume : c'est là leur évolution ordinaire. Mais que pour une raison ou pour une autre ils ne puissent monter au-dessus du détroit supérieur, ils seront obligés de rester dans la cavité étroite du petit bassin et, à un moment donné, y comprimeront les organes qui y sont contenus. Cette notion est bien connue et l'on sait combien dangereuses sont les tumeurs qui obstruent la cavité pelvienne.

Pour s'élever dans la cavité abdominale, la tumeur est obligée de passer à travers l'orifice à pourtour osseux qui n'est autre que le détroit supérieur. A ce niveau, la compression de l'intestin est possible, tantôt par un fibromyome qui, attardé dans le petit bassin et devenu trop volumineux, vient presser de bas en haut sur ses bords ; tantôt par un fibromyome qui, arrivé à cette hauteur et soumis à une augmentation brusque de volume, s'y trouve enserré et comprime un segment intestinal, soit sur le bord aigu de l'angle sacro-vertébral, soit sur la ligne innominée ; tantôt enfin, un fibromyome abdominal présentant un volume assez considérable presse, par son propre poids, de haut en bas, sur le pourtour du détroit ou plus généralement sur la fosse iliaque gauche.

De ces considérations il suit que l'occlusion intestinale par compression ne pourra se produire que dans les quatre régions suivantes :

- a)* Au niveau du sacrum (occlusion rectale) ;
- b)* Au niveau de la concavité sacrée (occlusion pelvienne) ;
- c)* Au niveau de l'angle sacro-vertébral et de la ligne innominée (occlusion du détroit supérieur) ;
- d)* Au niveau de la fosse iliaque gauche (occlusion iliaque).

Il est à remarquer qu'il s'agit toujours de compression large, sauf au niveau du détroit supérieur, où la compression est aiguë et les lésions pariétales de l'intestin beaucoup plus rapides et plus profondes (cas de J. Bœckel). Dans ce dernier cas on a affaire à un véritable étranglement.

On comprend dès lors pourquoi les fibromyomes cessent d'être dangereux quand ils sont arrivés dans la cavité abdominale. A ce niveau les plans résistants n'existant pour ainsi dire pas, la compression de l'intestin est généralement impossible. Si, au contraire, à un moment de leur évolution ils sont arrêtés, soit au niveau du petit bassin, soit au niveau du détroit supérieur, ils pourront être une cause d'occlusion. On a là affaire, suivant le mot de Secheyron (*Archives médicales de Toulouse*, 1900) à un accident de localisation. La malade, dit le même auteur, est alors dans la même situation qu'une hernieuse. Le danger de l'étranglement est là permanent.

*Immobilité ou immobilisation de l'intestin.* — Pour que l'intestin ne puisse échapper à la compression, il faut nécessairement qu'il soit immobilisé sur ce plan. Au niveau de la fosse iliaque droite, le cœcum est relativement assez fixe et par conséquent peut être comprimé. Mais, nous l'avons déjà dit, le fait est extrêmement rare. Souvent, il est vrai, les fibromyomes viennent s'appliquer sur lui (Observation de Guermonprez, un cas de Pilliet), mais l'occlusion ne survient pas à ce niveau. Nous en verrons plus loin la raison. Au niveau de la fosse iliaque gauche, le côlon est assez mobile. Il présente d'ailleurs une situation variable (Testut), ce qui explique pourquoi l'occlusion n'existe pas toujours avec des fibromyomes siégeant à ce niveau. Mais il peut être immobilisé par des adhérences avec la tumeur ou les parois et alors la compression pourra se produire.

Au niveau du détroit supérieur, nous trouvons les anses grêles qui descendent dans le cul-de-sac recto-utérin et le côlon ilio-pelvien. Les premières, mobiles, sont presque toujours refoulées dans la cavité abdominale par la tumeur qui

tend à monter. Parfois, cependant, l'une d'entre elles peut être adhérente, soit au cul-de-sac, soit à la tumeur, soit aux organes pelviens. Dès lors, elle est maintenue en contact avec le détroit supérieur, au niveau de l'angle sacro-vertébral, et la tumeur pourra la comprimer en ce point.

L'S iliaque, elle, ne peut à ce même niveau échapper à une compression possible, parce qu'elle franchit le détroit osseux que la tumeur est obligée de traverser pour pénétrer dans la cavité abdominale. Enfin le rectum est appliqué sur le sacrum, sur lequel il est retenu par un très court méso ; il est, en outre, en rapport intime avec l'utérus, dont il se rapproche de plus en plus à mesure qu'il descend. Ce sont là des conditions éminemment favorables à la compression de ce segment terminal de l'intestin. Près de la moitié des observations que nous avons recueillies se rapportent à des cas d'occlusion rectale.

*Immobilité et immobilisation de la tumeur.* — Nous avons déjà vu précédemment que les fibromyomes de l'utérus s'élèvent habituellement dans la cavité abdominale à mesure qu'ils se développent. Arrivés dans cet espace, ils pourront s'y accroître librement, sans comprimer les organes voisins. C'est là leur évolution normale, quand ils sont libres et qu'ils ne rencontrent aucun obstacle sur leur trajet. Mais, dans certains cas, cette marche ascendante est impossible et ils sont arrêtés dans le petit bassin, où des accidents d'occlusion intestinale vont alors pouvoir se produire. A ce sujet on peut diviser les tumeurs fibreuses en deux catégories : tout d'abord celles qui se développent dans les ligaments larges (fibromyomes intra-ligamentaires) ; ensuite, celles qui ont leur point de départ sur la portion sus-vaginale du col.

Elles sont gênées dans leur développement vers la cavité abdominale et sont obligées de soulever le péritoine qui les recouvre. Les premières, à mesure qu'elles augmentent de volume, dédoublent les deux feuilletts du ligament large, cheminent latéralement, soulèvent le péritoine pelvien et parfois celui de la fosse iliaque, abordent le tube intestinal par der-

rière en cheminant dans son méso même et atteignent le plus ordinairement le rectum et l'S iliaque. Mais dans certains cas elles peuvent également comprimer à droite le cœcum et l'appendice, à gauche le colon iliaque. Les secondes montent dans les mêmes conditions au-dessus du détroit supérieur et sont en rapport immédiat avec le rectum et le colon ilio-pelvien (observation de Kœberlé). On sait combien les phénomènes de compression peuvent être rapides et graves avec ces deux variétés de tumeurs.

Les autres fibromyomes (interstitiels, sous-péritonéaux) de même que l'utérus fibromateux (grossesse fibreuse) tendent à s'élever dans la cavité abdominale. Mais parfois, ils sont arrêtés dans leur marche et immobilisés, et cela de plusieurs façons.

Dans un premier mécanisme, le fibromyome contracte des adhérences avec le péritoine pelvien et les organes voisins. On sait, en effet, que dans certains cas la tumeur provoque l'inflammation de la séreuse péritonéale qui l'entourne, d'où adhérence de la tumeur et obstacle apporté à son ascension au dessus du détroit supérieur. Dans le cas de Lévêque, le fibromyome était même adhérent au pubis en avant, et au promontoire en arrière. Ainsi immobilisée, la tumeur se développe nécessairement dans l'étroite cavité pelvienne. A un moment donné, cette dernière sera complètement remplie et le fibromyome y sera complètement fixé : c'est là ce qu'on appelle l'enclavement.

Des adhérences ne sont même pas nécessaires pour arriver à ce résultat, il suffit parfois qu'il y ait plusieurs tumeurs fibreuses de l'utérus seules ou avec une tumeur kystique de l'ovaire (observation de Holdouse et de Bœckel) pour que le groupe s'enclave, alors que chacune d'elle, prise en particulier, aurait fort bien pu évoluer vers la cavité abdominale. Mais comme elles se développent toutes en même temps et qu'elles tendent à franchir le détroit supérieur au même moment, à la moindre augmentation de volume d'une d'entre elles, la masse totale est arrêtée. Zalidès, qui a étudié la coxis-

tence des fibromyomes et des kystes de l'ovaire, a montré que des phénomènes d'obstruction intestinale pouvaient se produire. La multiplicité des tumeurs favorise donc l'enclavement.

Quand le fibromyome se développe dans la paroi postérieure de l'utérus et que ce dernier est rétrofléchi ou a basculé complètement dans le Douglas, sans adhérences ou non, il apporte toujours une gêne plus ou moins grande de la circulation intestinale. Parfois, l'utérus basculé en arrière agit comme un véritable ressort appliqué sur le rectum (cas de Chavannaz). Il s'ensuit une distension du côlon descendant et des anses grêles situés en amont de l'obstacle. Les anses distendues pressent, de haut en bas, sur l'utérus renversé en arrière et contribuent à augmenter encore la compression qui s'exerce sur le rectum. C'est là une sorte d'enclavement relatif qui doit se produire chez les fibromateuses présentant une constipation opiniâtre, cédant à des purgatifs répétés.

C'est par le même mécanisme que les fibromyomes intra-abdominaux peuvent être immobilisés. Il y a des cas, en effet, où toute autre explication est impossible : par exemple, le cas de l'observation n° 28. On a affaire à une tumeur arrivant à l'ombilic, jusque-là mobile et ne semblant pas pouvoir produire de la compression. Pourtant, à un moment donné, elle arrive à comprimer le côlon au niveau de la fosse iliaque, sans qu'elle soit adhérente. Les choses doivent se passer de la façon suivante : à un certain moment, la tumeur comprime, uniquement par son poids, une portion du côlon ilio-pelvien. Les anses intestinales et le côlon se distendent au-dessus et occupent toute la partie droite de l'abdomen. Elles pressent latéralement sur la tumeur et tendent à l'appliquer sur la fosse iliaque gauche où elle comprime le côlon plus énergiquement qu'auparavant. Ce mécanisme paraît s'être produit également dans le cas de Gallois. Il ne peut se produire au niveau de la fosse iliaque droite, parce que la compression du cœcum amène un météorisme beaucoup moins accusé, le côlon tout entier ne participant nullement à la distension. C'est probablement

pourquoi nous n'avons pas trouvé un seul exemple de compression à ce niveau par un fibromyome intra-abdominal. Il est vrai de dire que cette portion de l'intestin peut être comprimée par les fibromes intra-ligamentaires droits.

Le dernier mécanisme d'immobilisation se fait par augmentation brusque du volume de la tumeur. Celle-ci commence à se développer normalement et à s'élever dans l'abdomen. Mais, à un moment donné, elle subit une augmentation volumétrique soit par congestion simple, soit par congestion consécutive à un accident de torsion, quand elle est pédiculée. Elle s'enclave alors, soit dans le petit bassin, soit au niveau du détroit supérieur.

Les différents mécanismes que nous venons d'énumérer peuvent coexister les uns avec les autres. Il est bien rare même qu'un seul mécanisme soit en jeu, comme on peut le voir dans les observations rassemblées.

L'immobilité ou l'immobilisation de la tumeur a un double résultat : Tout d'abord, elle arrête son développement vers la cavité abdominale où les risques de compression sont minimes. Elle la retient ensuite au niveau des plans résistants osseux, dont l'existence est une des premières conditions nécessaires pour que la compression puisse se produire.

Voyons de quelle manière le fibromyome va provoquer l'occlusion.

*Le fibromyome agent passif de compression.* — Le fibromyome est agent passif de compression quand, préalablement fixé et en contact avec un segment intestinal, il comprime ce dernier par son propre poids. La tumeur, située dans la cavité abdomino-pelvienne est naturellement soumise aux lois de la pesanteur et peut agir, de haut en bas, sur les portions de l'intestin reposant sur un plan résistant, situé au-dessous d'elle. Les régions où cette compression est possible, sont naturellement variables avec la position de la malade, quand la tumeur est parfaitement mobile. Dans la station verticale, la tumeur repose de tout son poids, soit sur les fosses ilia-

ques, soit sur le cul-de-sac utéro-rectal. Dans le décubitus dorsal, la tumeur repose surtout sur l'angle sacro-vertébral (tumeur à évolution abdominale) soit sur le sacrum (tumeur pelvienne). Dans le décubitus latéral, elle repose dans l'une ou l'autre fosse iliaque. La compression de l'intestin dans ce mécanisme est nécessairement instable, puisqu'elle peut disparaître par le changement de position du sujet.

Il est à remarquer, toutefois, que la tumeur peut être immobilisée, soit par les anses intestinales distendues, soit par des adhérences, soit par l'un quelconque des mécanismes de fixation précédemment décrits. (Observation de Gallois et de Le Nouëne.) La compression est alors suffisamment constante pour produire des accidents d'occlusion. La région la plus favorable à cette variété de compression est la portion anale du rectum. On sait que ce segment du tube intestinal est sensiblement horizontal et en rapport immédiat avec le cul-de-sac rétro-utérin. Il suit de là que les tumeurs interstitielles de la paroi postérieure de l'utérus, ou les tumeurs sous-péritonéales, ayant basculé dans le Douglas, peuvent comprimer, simplement par leur poids le segment rectal sous-jacent. (Observation de Duchaussoy.) Il est à remarquer que cette compression, au lieu d'être instable, est ici constante et s'exerce quelle que soit la position de la malade (décubitus dorsal ou station debout). Aussi est-ce à ce niveau seulement que la compression intestinale, simplement par le poids de la tumeur non fixée, est possible. Par ce mécanisme, les accidents sont naturellement en rapport avec le poids de la tumeur. Et, à ce sujet, on doit remarquer que les fibromes, en voie de régression et ayant subi la dégénérescence calcaire, sont particulièrement nocifs. Sous un faible volume, ils peuvent offrir un poids souvent considérable.

*Le fibromyome agent actif de compression.* — Le fibromyome devient agent actif de compression quand, préalablement en contact avec une portion de l'intestin, suivant un des mécanismes décrits plus haut, il est soumis à une augmentation

volumétrique quelconque. Comment se produit cette augmentation ?

Tout d'abord, par le développement naturel des fibromyomes. Certains se développent d'une manière insensible. Certains autres, tel le myome malin ou les tumeurs fibro-kystiques augmentent rapidement de volume. Il semblerait, à priori, que cette dernière variété de tumeur fibreuse produise, plus que toute autre, des accidents d'occlusion. Or, il n'en est rien, ou du moins nous n'en avons aucun exemple. Ce fait s'explique peut-être parce que ces tumeurs sont extirpées dès qu'elles sont reconnues, l'accroissement rapide étant une indication opératoire. Peut-être aussi, ces tumeurs se développent-elles si rapidement qu'elles atteignent la cavité abdominale avant que des adhérences ou toute autre cause aient eu le temps de les immobiliser soit dans la cavité pelvienne, soit au niveau du détroit supérieur.

Les règles provoquent l'augmentation périodique des fibromyomes. Pellanda (Thèse Lyon 1904) nie que cette augmentation soit suffisante pour amener de la compression intestinale. Nous ne sommes pas de cet avis. Chez une des malades dont nous rapportons l'observation, il y avait des crises d'occlusion, coïncidant avec les écoulements sanguins menstruels.

Dans un autre cas, le médecin appelé dès le début des accidents d'occlusion, après le toucher vaginal, ramena son doigt souillé de sang d'origine menstruelle. Enfin, dans l'observation de la malade de M. Boursier, le docteur Texier, médecin ordinaire de la malade, appelé au début de la maladie, a parfaitement remarqué que l'écoulement menstruel venait d'avoir lieu.

Aussi croyons-nous que la tumeur « parasite » de l'utérus, participant à sa congestion périodique, d'autant plus que, dans certains cas, son tissu vasculaire est très développé (fibromes caverneux de Virchow), peut augmenter suffisamment de volume pour amener des accidents. Nous pensons également que c'est par cette augmentation de volume d'ordre

vasculaire, qu'on doit expliquer la fréquence des accidents d'occlusion aux environs de la ménopause. On sait qu'à cette période de la vie génitale de la femme, les organes génitaux sont fréquemment congestionnés. On sait aussi que la ménopause chirurgicale (castration double) provoque, au début, l'augmentation de volume des fibromyomes, avant d'en amener ultérieurement la régression. (Observation de Terrillon.)

La torsion pédiculaire est une cause d'augmentation volumétrique brusque des fibromyomes. Planque a très bien étudié cette torsion, qui se produit, d'après lui, par choc ou traumatisme, par mouvement brusque (chute, etc.) de la malade ou bien même simplement par suite de la réplétion et de la déplétion alternatives de la vessie. Cette donnée explique pourquoi, dans certains cas, l'occlusion par fibromyome éclate après une chute. (Observation de Levêque.) Quand la torsion est incomplète, la tumeur se congestionne, elle devient œdémateuse, la circulation de retour étant supprimée. Quand elle est complète, elle provoque l'apoplexie de la tumeur, de la péritonite dans son voisinage et ultérieurement de la gangrène. On comprend facilement que l'augmentation de volume qui en résulte, soit une cause de compression de l'intestin. Notons également que cette torsion du pédicule peut avoir non seulement pour résultat de provoquer l'occlusion de l'intestin quand la tumeur est préalablement en contact avec lui, mais même d'immobiliser, d'enclaver une tumeur antérieurement mobile, les accidents de compression survenant du même coup. Dans le cas de Mermel, la torsion fut lente et, la tumeur étant adhérente au pubis et au promontoire, l'occlusion fut progressive. C'est là un fait extrêmement rare. Ordinairement, l'accident est soudain.

Pour nous résumer, nous dirons que l'occlusion par compression ne peut se produire qu'au niveau d'un plan résistant, sur une portion d'intestin normalement immobile ou pathologiquement immobilisée (adhérences, etc.). Ces conditions n'existent que dans le grand et le petit bassin. Or, les fibromyomes évoluent ordinairement vers la cavité abdominale.

C'est donc dans les anomalies de cette évolution qu'on doit rechercher la cause première des accidents d'occlusion.

MÉCANISME DE L'OCCLUSION PAR BRIDES, ADHÉRENCES, ETC.

L'occlusion par ce mécanisme est bien connue, et nous ne voulons insister que sur quelques particularités intéressantes. On sait que les fibromyomes provoquent, dans certains cas, l'inflammation de la séreuse péritonéale voisine. C'est une véritable péritonite qui peut, infectieuse ou non, provoquer la formation d'adhérences. Aussi, trouve-t-on fréquemment, à la laparotomie ou à la nécropsie, des anses intestinales accolées à la tumeur ; il s'ensuit que l'intestin va être obligé de suivre la tumeur dans tous ses déplacements. En particulier (cas de Harris), quand le fibromyome, primitivement intra-abdominal, entre en voie de régression après la ménopause, il diminue de volume, et tombe dans la cavité pelvienne ; l'anse entraînée pourra se couder au niveau de la portion adhérente, d'où occlusion. Des brides peuvent exister entre les parois, la tumeur et les organes voisins, brides sous lesquelles des anses peuvent venir se loger et être étranglées. Dans le cas de Péan, il s'agit même d'un véritable pincement. Une tumeur fibreuse est réunie à un kyste ovarique par une bride. A un moment donné une des tumeurs a augmenté de volume ou s'est déplacée, puisque, à l'autopsie, on a constaté que l'anse était comprimée entre la bride et la tumeur.

Nous n'insistons pas davantage sur ce mécanisme, par lequel sont possibles toutes les variétés d'occlusion réunies sous le nom d'étranglement interne (striction, coudure, volvulus, etc.). Nous devons signaler cependant un mécanisme extrêmement rare provoquant une occlusion mortelle : l'occlusion par fibromyome transplanté (cas de Ferey Paton). Il arrive, en effet, que des tumeurs fibreuses de l'utérus ayant eu leur pédicule tordu, se séparent totalement de l'organe qui

les portait, et, au lieu de se gangréner, vivent au moyen d'adhérences qu'elles avaient antérieurement contractées. Si ces adhérences existent entre l'intestin et la tumeur, l'occlusion pourra se produire. Le pronostic est fatal, car ordinairement l'ablation est rendue impossible parce que la tumeur est adhérente sur un trop grand nombre de points.

#### PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les accidents qui se produisent après l'occlusion par fibromyome sont absolument identiques à ceux qui suivent n'importe quelle variété d'occlusion. Quand l'arrêt de la circulation intestinale se produit, il y a intoxication de l'organisme par le poison fécal : la coprémie suit la coprostase.

C'est Barnes, vers 1875, qui, le premier, a attiré l'attention sur ce fait. Posner et Lewin l'ont démontré dans une communication faite à la Société de Médecine berlinoise (janvier 1895). Ils ont pratiqué la ligature du rectum chez un certain nombre de lapins et ont constaté au bout de 18 à 24 heures l'infection de tout l'organisme par les bactéries intestinales. La même année, Tretze (Semaine médicale) a trouvé des microbes dans le liquide contenu dans le sac des hernies. Il a constaté que l'étranglement d'une portion de l'intestin a pour conséquence la pénétration des bactéries dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques et que cette pénétration existe non seulement au niveau de la portion étranglée, mais aussi dans tout le reste de l'intestin et surtout dans la portion sus-jacente à l'étranglement. On peut, dans une certaine mesure, apprécier cette intoxication générale de l'organisme par la mesure de l'indican urinaire. Chez la malade qui fait l'objet de notre observation inédite, cette indicanurie était égale à trois fois la normale.

OCCLUSION PAR FIBRO-MYOME DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Cet accident est très rare, nous l'avons déjà dit au chapitre de l'étiologie. Quand il se produit, c'est suivant un des mécanismes précédemment décrits. Dans un cas (Horrocks), la tumeur était située dans le Douglas et agissait uniquement par son poids, puisqu'on put la faire remonter au-dessus du détroit supérieur. Dans deux cas, la tumeur comprimait le rectum et était enclavée dans le petit bassin. Chez la malade de Doléris, l'S iliaque était étranglée au niveau du détroit supérieur (ligne innominée). Dans tous les autres cas, il s'agissait de constipation opiniâtre et par conséquent d'occlusion rectale. Ces accidents s'expliquent, parce que la grossesse, à son début, est une cause d'augmentation de volume du fibromyome, pendant que l'utérus s'hypertrophie physiologiquement. C'est ce que Cornil a démontré dans une communication faite à l'Académie de médecine (7 février 1893) : « Le plus grand nombre de faisceaux musculaires de la tumeur subit pendant la grossesse, écrit cet auteur, la même congestion active que le reste de la paroi utérine dont elle fait partie. » Ce fait explique pourquoi, dans les cas que nous rapportons, les accidents ont éclaté en moyenne du 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> mois. M. le Prof. Boursier a étudié également l'influence de la grossesse sur les fibromyomes. (Des interventions chirurgicales dans les cas de dystocie par fibromes. Congrès gynécologique de Nantes, 7 sept. 1901.) On note, à l'examen de la tumeur, l'hyperplasie du tissu conjonctif, l'augmentation de volume de la fibre cellule, de la congestion, de l'œdème. « L'augmentation de volume des fibromes gravidiques est presque constante. Elle traduit la congestion, l'hyperplasie, l'œdème dont la tumeur est le siège. On peut la rapprocher avec Guyon de l'accroissement des fibromes pendant la période menstruelle. Elle a les mêmes causes et aussi le même caractère transitoire. »

Puisque cette augmentation du fibro-myome est constante, on peut se demander pourquoi les accidents d'occlusion sont si rares. Cette rareté tient à ce fait que la grossesse est une cause de désenclavement des tumeurs fibreuses.

En effet, l'utérus gravide, en s'hypertrophiant, fait monter avec lui les fibro-myomes au-dessus du détroit supérieur ; il les entraîne dans la cavité abdominale où, nous l'avons déjà vu, les risques d'occlusion sont très faibles ; si l'on aime mieux, la grossesse force la tumeur à évoluer vers la cavité abdominale. Même quand la tumeur est enclavée dans la cavité pelvienne, elle peut être dégagée par un mouvement de bascule de l'utérus en avant, mouvement qui se produirait assez souvent, d'après M. Blot. Voilà pourquoi on observe rarement de l'occlusion intestinale par fibro-myome au cours de la grossesse.

Si l'élément conjonctif de la tumeur augmente de volume pendant la gestation, en revanche, on note « la dégénération et la fragmentation granulaire de l'élément musculaire ». Ces données de l'histologie pathologique, montrent comment la régression de la tumeur s'opère après l'accouchement, alors que l'hypertrophie de l'élément conjonctif a disparu et que l'élément musculaire dégénéré a notablement diminué de volume. Aussi est-ce avec raison qu'on laisse les fibromes évoluer avec la grossesse, à moins toutefois qu'ils ne provoquent des accidents graves.

D'après les recherches de Bouchet, la coprostase, modifiant la composition du sang qui est plus chargé que normalement en  $\text{Co}^2$ , serait une cause d'avortement. On connaît, en effet, l'action excitante de l'acide carbonique sur la fibre utérine. D'autre part, d'après le même auteur, certaines toxines intestinales résorbées auraient une action convulsivante sur le muscle utérin. Nous ne pouvons apporter de preuves nouvelles à ces données. Dans un cas d'Epron, la grossesse s'est terminée à terme malgré la constipation absolue. Dans les cas de Turner et de Doléris, il est à remarquer que l'avortement s'est bien produit, mais avant le début des accidents d'occlusion

intestinale. Dans les autres cas, on est intervenu et le fait n'a pu se produire.

Mais, d'après les données précédentes, l'occlusion amenant l'arrêt absolu de la circulation intestinale, doit provoquer presque toujours l'avortement. Peut-être dans les observations de Turner et de Doléris, la coprostase commençait-elle à exister quand cet accident se produisit.

---

## CHAPITRE IV

---

### Caractères cliniques différentiels

EVOLUTION. — DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC

Nous ne voulons pas étudier tous les symptômes et de l'occlusion et du fibrome, cela nous entrainerait trop loin et ils sont bien connus. Nous insisterons seulement sur les particularités que peut présenter l'occlusion intestinale par fibromyome de l'utérus.

*Symptômes fonctionnels.* — La douleur est variable comme intensité et comme siège, suivant le segment intestinal comprimé. Quand l'étranglement porte sur l'intestin grêle, elle est ordinairement violente. Toutefois elle n'est pas soudaine ou d'une acuité extrême, comme cela arrive quand une anse est étranglée par une bride, par exemple. Généralement, le ventre tout entier est vite douloureux. Dans un cas de M. Chavannaz, la malade eut au début de ses accidents, une sensation indéfinissable : « comme si quelque chose se démolissait dans le ventre ». Si la compression porte sur l'S iliaque, elle peut présenter des caractères particuliers importants pour le diagnostic. Elle a son maximum d'intensité au niveau de la fosse iliaque gauche. Elle peut disparaître si on fait changer la malade de position (dans le décubitus latéral, par exemple). En-

fin si, par le toucher vaginal, on arrive à mobiliser la tumeur, on peut dans certains cas, arriver à provoquer de vives douleurs au niveau de la région de l'S iliaque. Quand l'occlusion porte sur le rectum, la douleur est le plus souvent modérée ou même nulle. Parfois cependant, quand elle existe, elle siège dans l'hypogastre avec irradiations dans les lombes et dans les cuisses.

On note également des coliques très fortes généralisées à tout l'abdomen (comme chez la malade de M. le Prof. Boursier); mais rarement, la douleur acquiert une acuité extrême comme dans le cas de M. Chavannaz.

Les vomissements sont précoces dans l'occlusion de l'intestin grêle et de l'S iliaque. Ils sont parfois d'une grande fréquence (tous les quarts d'heure dans un cas). Ordinairement alimentaires, puis bilieux et fécaloïdes, ils étaient glaireux dans un cas de J. Bœckel.

L'arrêt des matières et des gaz, qui constitue le symptôme capital de l'occlusion, survient plus ou moins rapidement suivant que l'oblitération du canal intestinal est progressive ou brusque. Dans le premier cas, les matières peuvent passer, mais elles sont plus ou moins déformées (aplaties, rondes), jusqu'à ce que survienne l'arrêt complet de la circulation intestinale. Dans le deuxième cas, l'arrêt est total dès le début. Il faut noter que dans certains cas d'occlusion rectale les gaz ne peuvent passer, tandis que les matières fécales sont évacuées (cas de Fourestié). En règle générale, l'occlusion est à forme aiguë, quand elle se fait au niveau du détroit supérieur; elle est chronique, au contraire, quand elle siège plus bas, et se traduit alors par des crises de constipation opiniâtre vaincue seulement par un traitement médical énergique et répété, jusqu'à ce que l'occlusion devienne absolue.

*Symptômes physiques.* — La température ne présente aucun caractère spécial. En principe, elle devrait être égale ou au-dessous de la normale, mais parfois elle s'élève au-dessus,

C'est ainsi que, dans un cas de Chavannaz, elle était de 38° au début des accidents. On ne pourra donc pas se baser sur ce signe pour le diagnostic de l'affection. C'est aussi l'avis de Tavel. Toutefois, il faut remarquer que jamais on ne rencontre de température très élevée. Par contre, le pouls devient de plus en plus rapide à mesure que l'organisme s'intoxique, et que l'état général devient de plus en plus mauvais, alors que la température baisse ou reste normale.

Quand cette dissociation existe, c'est que l'état est extrêmement grave.

Nous n'indiquons que rapidement les signes de l'occlusion variables avec son siège. Tavel a très bien étudié cette question dans la *Revue de chirurgie* de 1903. Et c'est d'après ce travail que nous donnons les signes suivants :

Quand l'occlusion siège au niveau du rectum, elle peut ne pas être absolue, si la compression n'est pas énergique, et alors, la malade ne présente qu'une constipation tenace, cédant encore au traitement médical. Au toucher vaginal et rectal combinés, on sent une tumeur dans le Douglas, lisse, régulière, de consistance ferme : c'est ordinairement une tumeur fibreuse développée dans la paroi postérieure de l'utérus. Ce dernier est parfois en rétroflexion. L'histoire de la malade apprend d'ailleurs, qu'il y a eu des métrorragies, des troubles de compression nerveuse (névralgie sciatique) ou vasculaires (œdème des membres inférieurs). Coffin a signalé également les hémorroïdes (efforts dans l'acte de la défécation, gêne de la circulation dans les veines hémorroïdales). Le fait n'est pas noté dans nos observations.

Le ballonnement du ventre est modéré. Quand l'occlusion restale est totale, la circulation est arrêtée depuis plusieurs jours, lorsque la malade se présente au médecin. Le ballonnement abdominal est énorme. Toutes les anses sont distendues. On constate la présence du « cadre colique ». A la palpation bimanuelle, on constate soit une tumeur fibreuse enclavée dans le petit bassin, soit développée latéralement (fibrome intraligamentaire). On sent qu'elle est plus ou moins immobile,

et par le toucher rectal, on reconnaît que le rectum est écrasé sur le sacrum.

Si l'occlusion siège au niveau de l'S iliaque, le météorisme sera aussi très accusé; le ventre est développé, saillant, du volume d'une grossesse à terme et plus. L'ombilic est déplié. Le côlon distendu forme ici aussi le « cadre colique » où le doigt trouve le maximum de tension. Dans certains cas, on pourra retrouver dans le flanc gauche l'extrémité inférieure du côlon descendant, rempli de matières fécales, et donnant parfois la sensation d'une suite sinueuse de tumeurs (cas de Fourestié). Le toucher rectal permettra de constater que le rectum n'est pas comprimé. Par une sonde, on pourra atteindre le promontoire. Mais si on pousse une injection de liquide par l'anus, on verra qu'il est presque immédiatement évacué. Le toucher vaginal révélera la présence de la tumeur fibreuse et, par le palper bimanuel, on pourra s'assurer qu'il existe une tumeur plus ou moins immobilisée au niveau du détroit supérieur. Il pourra aussi exister d'autres symptômes de compression; à ce niveau, en effet, très souvent l'uretère est comprimé avec l'S iliaque, et la malade peut présenter, en outre, de l'albuminurie, de l'anurie.

Si l'étranglement siège sur l'intestin grêle, le météorisme est moins intense, et le ventre moins développé. Le cadre colique n'existe pas, mais on constate une tuméfaction de la région périombilicale, au niveau de laquelle se trouve le maximum de tension. La palpation abdominale permettra toujours de reconnaître la tumeur, puisqu'on ne sera pas gêné par une distension énorme de tout l'intestin. Par le toucher vaginal combiné avec la palpation abdominale on précisera le siège de la tumeur qui sera abdominale, pelvienne, ou enclavée au détroit supérieur. Le toucher rectal ne donnera aucun renseignement et une injection poussée par le rectum, sera très bien tolérée. D'ailleurs, la marche ordinairement suraiguë des accidents aura vite montré que l'occlusion est « haut située ».

ÉVOLUTION

L'évolution est d'autant plus rapide que l'occlusion siège sur une partie de l'intestin située plus haut. M. le Prof. agrégé Auché (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, octobre 1900) a étudié expérimentalement cette question. Il provoquait l'occlusion chez le lapin en faisant passer un segment intestinal dans un anneau en caoutchouc. Quand l'étranglement portait sur l'intestin grêle, les accidents étaient toujours rapidement mortels. Si l'anneau était placé à vingt centimètres du pylore, la mort survenait en moins de vingt-quatre heures ; s'il était placé à 1<sup>m</sup> 20, la mort ne survenait plus qu'au bout de quarante heures. Lorsque l'anneau est placé sur le rectum à quelques centimètres de l'anus, la marche des accidents est toute différente. Deux lapins opérés dans ces conditions, survivent douze et quinze jours, sans aucun trouble. Ils paraissent seulement malades la veille de leur mort. A l'autopsie, on trouve du sphacèle de l'intestin au niveau du sillon d'étranglement, une perforation plus ou moins étendue, et de la péritonite par perforation. Dans un cas, l'exsudat contient du coli-bacille, dans l'autre, du bacille pyocyanique. « Ces expériences, dit l'auteur, confirment ce qui se voit en clinique. On sait, en effet, que l'obstruction, le séjour des matières fécales dans le rectum peuvent se prolonger assez longtemps sans déterminer de graves accidents. »

On peut conclure de là, que l'étranglement de l'intestin grêle présente une marche suraiguë, que l'étranglement du colon descendant ou de l'S iliaque, présente une marche subaiguë et que l'occlusion du rectum a au contraire une évolution chronique. Les malades présentant, en effet, cette dernière variété d'occlusion, sont habituellement constipés depuis de longues années. Mais il est bien rare qu'on remarque du sphacèle et la perforation des parois rectales. Cela tient sans doute à ce fait que la compression est large. Par contre, on

remarque de la péritonite, quand l'intervention est trop tardive (cas de Delore).

L'étranglement au niveau du détroit supérieur se fait, au contraire, dans des conditions mécaniques analogues à celles des expériences précédentes. Il s'ensuit, que le sphacèle des parois peut s'observer (cas de Bœckel) soit sur l'S iliaque ou le colon descendant, soit sur l'intestin grêle (cas de Routier).

Dans ce dernier cas, il est à remarquer que, par exception à la règle, la marche des accidents avait été relativement longue (8 jours). Les données cliniques fournies par les observations que nous avons recueillies, concordent parfaitement avec les notions précédentes. Quand l'occlusion par fibromyome utérin est haut située, elle éclate brusquement, en pleine santé et parfois comme symptôme initial de la tumeur jusqu'alors ignorée; l'intoxication est violente, il y a de la coprémie aiguë, et la mort arrive ordinairement en quelques heures à moins d'intervention. Quand elle est bas située, la constipation existe depuis longtemps, l'intoxication d'origine intestinale est modérée, et les symptômes peu accentués. Mais, parfois, la situation devient extrêmement grave tout d'un coup; la péritonite éclate et la mort peut survenir malgré l'intervention. Cette terminaison est rare heureusement; ordinairement, on ne constate que des troubles d'intoxication chronique, un état général plus ou moins mauvais. Le traitement médical suffit pendant un certain temps, et le traitement radical survient avant que la situation devienne réellement grave.

#### DIAGNOSTIC

A priori, il semble que le diagnostic soit toujours chose facile. Généralement, en effet, il en est ainsi. Chez une femme présentant des symptômes d'occlusion, le médecin n'oubliera jamais de pratiquer le toucher vaginal et la tumeur, cause de tout le mal, sera reconnue sans compter que, dans les antécédents de la malade, on aura pu constater des troubles de

compression et des métrorragies. Mais, parfois, les symptômes d'occlusion éclateront chez une femme porteuse d'une tumeur jusque-là « pacifique » et par suite ignorée, le météorisme énorme gênera l'exploration et le diagnostic restera en suspens.

C'est ainsi, par exemple, que chez une malade de Le Nouënne, le diagnostic primitif était : fièvre typhoïde. De plus, l'occlusion peut simuler l'une quelconque des maladies intestinales. Deux cas peuvent se présenter ; ou bien c'est le fibrome qui est connu, et le diagnostic de l'occlusion n'est pas fait, ou bien c'est l'inverse qui se produit.

*Le fibrome est connu.* — Tout d'abord on doit se demander si c'est bien à la tumeur qu'est due l'occlusion. On devra rechercher s'il n'existe pas d'autres causes d'occlusion (hernie, par exemple). On diagnostiquera son siège d'après les signes indiqués plus haut, et on vérifiera si une compression par le fibrome est possible à ce niveau. Les antécédents seront utiles. Ils pourront apprendre que le début des accidents est survenu après une chute, ou a coïncidé avec celui des règles, que d'autres phénomènes de compression existent. Une péritonite ancienne ayant déjà existé, si l'occlusion a eu un début brusque et si le fibrome ne paraît pas, par son siège, être capable de comprimer l'intestin, il s'agira alors très probablement d'une occlusion par bride. Mais on se rappellera aussi que l'intestin adhérent à la tumeur peut se couder quand elle se déplace. L'occlusion peut simuler toutes sortes de maladies intestinales et, en particulier, la péritonite. On se rappellera que la température est ordinairement normale dans l'occlusion au moins au début des accidents. Dans le doute, on pourra essayer un traitement de touche : glace sur l'abdomen. Si les phénomènes ne s'amendent pas par ce traitement on devra intervenir. On devra se rappeler, à ce propos, un cas de Pilliet : Une femme porteuse d'un fibromyome de l'utérus, est envoyée à l'hôpital avec des symptômes d'étranglement interne. Elle était dans un état assez grave : vomissements,

constipation et douleurs dans le ventre. Tous ces symptômes coexistaient avec une température très élevée. On aurait pu penser qu'il s'agissait en effet d'occlusion par fibromyome. Mais il n'en était rien, car, Pilliet, constata par le toucher vaginal l'existence d'une poche liquide située derrière la tumeur ; et, à la laparotomie, on put voir qu'on avait affaire à un pyosalpinx. Il pourra arriver aussi que le fibrome ne soit pas directement une cause d'obstruction, mais qu'il paralyse simplement l'intestin par la péritonite qu'il développe parfois dans le voisinage. Nous pensons que, dans ce cas, avant toute intervention chirurgicale, et comme moyen de diagnostic, il sera bon d'appliquer de la glace sur le ventre et d'administrer un lavement électrique suivant la méthode de Boudet.

*Le fibrome n'est pas connu.* — Ce cas est extrêmement rare ; en effet, en admettant même que le météorisme abdominal soit suffisant pour gêner le toucher vaginal, on pourra toujours retrouver dans les antécédents de la malade, les signes d'existence d'un fibrome (cas de Boursier). Chez une vieille fibromateuse, on pourra à la rigueur être incertain sur la nature bénigne ou maligne de la tumeur parce que, ayant eu plusieurs métrorragies et étant intoxiquée, elle se présente au médecin dans un état de cachexie assez prononcée. Il suffit de signaler cette analogie pour que l'erreur ne soit pas commise. En fait, dans nos observations, le diagnostic a toujours été fait quand la malade est entrée à l'hôpital. Toutefois, la grande majorité des femmes étant ordinairement constipées, le diagnostic d'occlusion rectale par fibromyome n'est ordinairement fait que tardivement. Toutes les malades présentant cette variété d'obstruction intestinale, présentaient une constipation habituelle depuis de longues années. Aussi nous pensons que le médecin devra chercher l'existence possible d'un fibromyome, chez une femme se plaignant de constipation opiniâtre. Si, par son siège, le fibrome paraît devoir être dans l'avenir une cause d'occlusion, on pourra l'extirper avant et

épargner ainsi à la malade les risques d'une opération pratiquée avec un mauvais état général, consécutif aux troubles provoqués par la stase des matières intestinales.

### PROGNOSTIC

Le pronostic de l'occlusion intestinale par fibromyome de l'utérus est toujours grave, même quand l'occlusion est basse située. Vingt et une fois sur trente-six, la mort est survenue.

*Occlusion rectale.* — (Dix-sept cas, dix cas mortels). La mort est survenue une fois par péritonite (Delore); une fois par persistance de l'occlusion malgré une castration double (Terrillon); une fois par embolie, le dixième jour après l'hystérectomie (Boursier); une fois par broncho-pneumonie infectieuse et gangrène de la paroi antérieure de la vessie (Vincent); une fois par persistance des symptômes d'occlusion malgré le refoulement possible de la tumeur au-dessus du détroit supérieur (Duchaussoy). Dans quatre cas, observations de Nélaton, Herrgott, Holdouse, Faucon, la mort survint malgré l'intervention (anus contre nature), soit par accident (ouverture du péritoine, période préantiseptique), soit par la persistance des accidents, soit enfin par péritonite probable (Holdouse).

Sept fois la guérison fut obtenue : une fois après laparomyomectomie (Kœberlé 1869); deux fois après intervention : hystérectomie (Guermonprez), anus contre nature (Chavaunaz); trois fois après manœuvres de désenclavement (Kidd, Judes Hùe); une fois enfin, le traitement médical seul fit cesser les accidents et la ménopause amena ensuite la régression de la tumeur (Epron).

*Occlusion de l'S iliaque.* — (11 cas, 6 cas mortels). La mort est survenue : une fois, par péritonite généralisée, après ponctions intestinales (Fourestié); deux fois, par péritonite par perforation (J. Bæckel); deux fois, par occlusion suraiguë

(Le Nouënne, Luys); une fois par occlusion intestinale et compression de l'uretère (Levêque). Dans le cas d'Epron, la situation était extrêmement grave au moment du dernier examen, malgré le traitement médical (l'intervention chirurgicale n'avait pas été acceptée). Quatre fois, la guérison est survenue : deux fois, après laparo-polypectomie (Mermet); une fois, après hystérectomie (Gouilloud). Dans le cas de Gallois, la guérison fut obtenue par le décubitus latéral droit.

*Occlusion de l'intestin grêle.* — (8 cas, 5 cas mortels). La mort est survenue : une fois, après hystérectomie d'urgence (Knowley Thornton); une fois, par péritonite par perforation et broncho-pneumonie infectieuse (Routier); une fois, par étranglement et péritonite (Péan); une fois, parce que la tumeur était inopérable (Fercy Paton, fibrome transplanté); une fois enfin par accident de chloroformisation (Chavannaz). Dans le cas de Harris, où la laparotomie fut pratiquée, le résultat n'est pas indiqué. Deux fois la guérison fut obtenue après hystérectomie (Zweifel, Le Nouënne).

Notre statistique démontre la gravité de l'occlusion intestinale par fibro-myome. Cette gravité tient d'une part, à l'occlusion elle-même; plus elle est haut située, plus les accidents sont graves; et quand elle est bas située, la rapidité moins grande de la marche des accidents permet la temporisation; l'intervention est parfois tardive et, à la laparotomie, on trouve du sphacèle de la paroi comprimée, ou de la péritonite. Elle tient, d'autre part, à l'intoxication d'origine intestinale qui aggrave le pronostic opératoire. Elle tient enfin à la tumeur elle-même qui, par son siège, par les adhérences qu'elle a contractées, apporte des difficultés opératoires très grandes, sans compter que parfois, elle a provoqué antérieurement des métrorragies qui ont profondément anémié la malade.

Toutefois, si l'on songe que 20 pour 100 des femmes, en moyenne, sont fibromateuses, alors que nous n'avons pu réunir qu'une quarantaine d'observations d'occlusion, on doit

nécessairement penser que les fibro-myomes ne sont que rarement une cause d'occlusion. Nous en avons déjà expliqué la raison plus haut. La ménopause d'une part, la grossesse d'autre part empêchent ordinairement la production de tels accidents, en amenant la régression de la tumeur.

Mais il ne faut pas trop compter sur elles, parce que bien des fois, malgré l'influence heureuse qu'elles ont d'habitude sur l'évolution des fibro-myomes, des accidents peuvent éclater.

#### OCCLUSION PAR FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS GRAVIDE

L'occlusion par fibro myomes au cours de la grossesse présente les mêmes symptômes que nous avons décrits plus haut. L'examen montre ici, outre les signes de la grossesse, l'irrégularité de la tumeur utérine. On constate que le développement du ventre (Doléris, Turner) est extrêmement rapide et qu'en particulier vers le 4<sup>e</sup> ou le 5<sup>e</sup> mois, le volume du ventre est égal ou supérieur à celui d'une grossesse à terme, si bien qu'on pourrait songer à l'existence d'une tumeur maligne. Le diagnostic offre parfois de grandes difficultés.

C'est ainsi que les vomissements de l'occlusion pourront être confondus avec les vomissements incoercibles de la grossesse. Certains auteurs ont même prétendu que ces derniers étaient dus à la coprostase. On se rappellera que les accidents d'occlusion éclatent ordinairement vers le 3<sup>e</sup> ou le 4<sup>e</sup> mois (Doléris, Turner, Landau, Schwartz). Les vomissements incoercibles commencent, au contraire, avec le début de la grossesse. Quand ils débutent brusquement au cours de la gestation, on devra pratiquer un examen minutieux de la malade et songer à l'existence possible d'une tumeur fibreuse de l'utérus.

Le pronostic de ces accidents est très grave. Ils provoquent souvent l'avortement (Bouchet) et mettent la vie de la mère en danger. Aussi a-t-on raison de regarder l'occlusion, au cours de la grossesse, comme une indication opératoire ur-

gente. Toutefois, dans quelques cas (Epron, Horrocks), où l'occlusion n'était pas absolue, la grossesse a pu arriver à terme. Mais ce sont là des exceptions. Dans les cas graves, le pronostic est fatal, si l'on n'intervient pas. Le pronostic opératoire est, d'ailleurs, assez bon, puisque, sur 5 hystérectomies pratiquées (Schwartz, Landau), la mort n'est survenue qu'une fois par embolie, accident rare et que, d'ailleurs, on ne peut prévoir.

---

## CHAPITRE V

---

### A) Occlusion du Rectum

#### OBSERVATION I (Kœberlé)

*(In Revue hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1869, n° 9.)*

M<sup>lle</sup> O..., de Wiesbaden, trente-quatre ans, a joui d'une excellente santé jusqu'en 1863. Depuis lors, indispositions passagères que l'on peut attribuer à une obstruction pelvienne, la malade souffrant déjà à cette époque, d'une constipation fréquente qui a été parfois assez prononcée dans ces derniers temps pour donner lieu à l'aplatissement des selles. Ce n'est guère qu'en 1866 que le développement du ventre attira son attention. Depuis 1867, l'abdomen a augmenté rapidement de volume. Il est distendu jusqu'au rebord des côtes par une tumeur arrondie, en partie très dure, en partie fluctuante et formée de loges plus ou moins larges, ce qui avait fait croire que la malade était affectée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire. L'excavation pelvienne est aussi envahie par une tumeur s'étendant jusqu'à 3 centimètres de l'orifice interne du canal génital. Cette tumeur fait corps avec la partie postérieure du col utérin qui est refoulé à gauche et en avant contre la face postérieure du pubis. Préoccupée par l'accroissement rapide de sa tumeur et par les incommodités qui en résultent, la malade veut se faire opérer.

Opération laborieuse : deux parties dans la tumeur, une abdominale, très développée, l'autre pelvienne paraissant être le pédicule de la pre-

mière. La base de la tumeur descendait jusqu'au fond du cul-de-sac recto-vaginal, auquel elle adhérait par sa partie inférieure, tandis que sa partie antérieure adhérait à toute l'étendue limitée par les parois postérieures du vagin et du col de l'utérus. Sa partie postérieure était libre d'adhérences. Le passage au niveau du détroit supérieur avait été laborieux. Un autre petit fibrome utérin. Extirpation. Guérison vingt-sept jours après l'opération (avec quelques complications : sudamina, transpiration, abcès).

#### OBSERVATION II (G. Kidd)

(In *Journal des Sciences médicales*. Dublin, 1872.)

(In Thèse Pellanda. Lyon 1904-1905)

#### *Menace d'occlusion par compression du rectum. Réduction.*

Malade âgée de quarante-cinq ans. Depuis cinq mois a souffert fréquemment d'une rétention d'urine et dut être sondée cinq fois..... Une tumeur fibreuse émane de la paroi postérieure de l'utérus, siège dans la concavité du sacrum et repousse la matrice contre le col de la vessie. En introduisant un ballon de Barnes dans le rectum, la tumeur est refoulée et, pour la première fois, la malade se plaint de se sentir dans le ventre une tumeur qu'elle n'avait pas autrefois.

Kidd déclare, à ce propos, avoir vu un nombre très considérable de cas du même genre.

#### OBSERVATION III (Judes Hüe)

(In *Annales de Gynécologie*. Octobre 1875.)

Mme B..., trente-neuf ans, réglée pour la première fois à quatorze ans, toujours régulièrement, sans fleurs blanches, mais avec des douleurs dans le ventre qui arrivent avec l'écoulement mensuel et ne ces-

sent qu'avec lui, c'est-à-dire après quatre à cinq jours. Mariée depuis dix-sept ans, n'est jamais devenue enceinte quoiqu'elle et son mari aient désiré des enfants. Il y a dix ans, fut atteinte d'une sciatique à droite, qui dura douze mois, qui fut traitée par les opiacés et les vésicatoires et ne disparut qu'en laissant après elle « une grande lourdeur dans les reins ». Cette sensation de lourdeur alla progressivement en augmentant d'intensité et en s'abaissant de sorte que, quatre ans plus tard, elle était surtout pénible au niveau du siège. En même temps il lui semblait que quelque chose se déplaçait vers les parties inférieures, elle était reprise de sciatique à droite, atteinte de rétention d'urine et de grande difficulté dans l'évacuation des matières fécales. Après une année de douleurs sciatiques, pendant laquelle elle ne put uriner sans le secours du cathéter, la névralgie et la rétention d'urine s'amendèrent, sans doute sous l'influence d'une nouvelle évolution de la tumeur. Mais il n'en fut pas ainsi des perturbations dans les fonctions intestinales qui allèrent en s'aggravant. La constipation opiniâtre ne céda aux purgatifs dont Mme B... eut bientôt épuisé la série, que pour faire place à des diarrhées rebelles. Néanmoins, avec des pilules d'opium quotidiennes, l'état de Mme B... fut supportable jusqu'en avril 1874.

Alors les douleurs sciatiques reparurent avec une nouvelle et plus cruelle intensité. Les matières fécales, arrêtées presque complètement dans leur cours s'accumulèrent dans le gros intestin dont la distension amena l'atonie des tuniques. La diarrhée elle-même, malgré l'emploi quotidien de purgatifs ne reparut plus qu'à de rares intervalles et la malheureuse patiente, torturée de douleurs névralgiques, confinée dans son lit et sans espoir, en proie à des idées constantes de suicide, émaciée et ne trouvant quelque relâche à ses maux que dans l'opium, était obligée d'aller elle-même de son doigt désobstruer l'ampoule rectale qui ne s'emplissait qu'avec une lenteur infinie, et si je puis m'exprimer ainsi, par regorgement.

*Examen.* — La palpation abdominale trouve une suite sineuse de tumeurs s'étendant depuis les profondeurs du bassin, jusqu'au sommet de l'hypocondre gauche ; c'est le gros intestin, rempli, distendu et déformé par des matières tantôt allongées et compactes, tantôt en morceaux durs et flottants. Le canal vaginal a presque disparu. A peine le

doigt a-t-il franchi la vulve qu'il trouve une masse arrondie, légèrement bosselée, d'une dureté presque osseuse, qui a refoulé le col utérin contre le pubis. Au-dessus de l'ampoule rectale, le doigt explorateur est arrêté par la même masse, qui obstrue la lumière de l'intestin et aplatit le rectum dans la concavité du sacrum. La palpation bimanuelle donne nettement la sensation de mobilité d'une tumeur ovoïde s'élevant à peine à la hauteur de la symphyse, mais remplissant le petit bassin.

*Opération.* — Mme B..., fut mise en travers de son lit, dans la position sur les genoux et sur les coudes, les reins abaissés afin de relâcher les muscles abdominaux et inviter à respirer largement. A l'aide de pressions manuelles exercées de bas en haut, par le vagin, sur la tumeur, j'eus la satisfaction de la sentir s'ébranler, puis monter lentement dans le petit bassin ; bientôt elle se dégagea au-dessus du détroit supérieur et vint proéminer au-dessus du pubis où elle fut immédiatement maintenue par un pessaire en bilboquet et un bandage en T.

La pression exercée n'avait pas été moindre de 10 à 15 kilogs, probablement plus, et je ne saurais dire si l'emploi de cette force fut de rompre les adhérences ou de vaincre l'enclavement de la tumeur ; ce fut sans doute d'opérer les deux à la fois. L'opération ne fut point très douloureuse, la fin seule en fut très pénible. Revue le lendemain. Elle avait bien dormi, la température ne s'était pas élevée. Pouls à peine à 100.

Nous ordonnons 40 grammes d'huile de ricin, et la débâcle s'opéra pendant plusieurs jours, quelquefois par morceaux énormes, dont la descente était facilitée par de copieuses irrigations lancées très haut dans le rectum avec une canule vaginale. Il n'y eut aucune trace de péritonite et avec la compression tous les accidents disparurent avec une rapidité inespérée. En février, sciatique complètement disparue. Selles régulières moulées et normales. Le 8 avril, état général florissant. La malade peut se promener hors de la maison. L'intestin recouvre de jour en jour sa tonicité et ses fonctions expultrices. L'instrument (pessaire) n'est plus porté que pendant le jour. La tumeur ne paraît avoir que très peu de tendance à s'engager dans le pelvis, car restée quarante-huit heures sans support, elle n'a causé aucun inconvénient, et c'est à peine si, avec deux doigts introduits dans le vagin, j'ai pu l'atteindre et la refouler de quelques centimètres. Malheureusement B ... est devenue morphinomane.

OBSERVATION IV (Judes Hüe)

*Compression du rectum. — Occlusion imminente. — Réduction.  
Guérison.*

Mme L..., quarante-sept ans, veuve depuis dix-huit ans. Ses règles apparurent à dix-sept ans, après de grands maux de tête et des traitements reconstituants prolongés, ont toujours été régulières et sans écoulements blancs prolongés ; elles duraient de quatre à cinq jours et ne s'accompagnaient ni de douleurs ni de rien de particulier jusqu'à ces dernières années. Quatre grossesses. Les deux premières se sont terminées, l'une au troisième mois après une course fatigante en charrette, l'autre au deuxième mois après une légère imprudence et ont été suivies toutes deux par quelques mois de flueurs blanches. Les deux autres grossesses pour lesquelles elle dut prendre les plus grandes précautions et garder la chambre jusqu'au troisième mois de la gestation, se sont terminées à temps par des couches et suites de couches très bonnes.

Mme L..., est depuis de longues années sujette à une constipation habituelle. A vrai dire, la constipation est son état normal depuis qu'elle se connaît. Depuis trois ou quatre ans, cette constipation qui dure de temps en temps dix à douze jours, s'est compliquée d'alternatives de diarrhées presque cholériformes, avec crampes et refroidissement, pour lesquelles elle est obligée d'employer le thé, le rhum, le laudanum et le sous-nitrate de bismuth. Le flux menstruel est annoncé par des douleurs considérables qui persistent pendant les premiers jours des règles. Au bout de trois jours environ, le sang s'arrête quarante-huit heures, mais pour reparaitre deux jours encore, cette fois ci sans douleurs. Elle marche avec difficulté et avec une pesanteur croissante dans le ventre « comme si elle portait un enfant ». Elle est forcée d'uriner au moins une fois toutes les deux heures et de se relever pour uriner quatre ou cinq fois la nuit. Quand sous l'influence du premier sommeil, plus lourd d'ordinaire, elle dépasse cet intervalle de deux heures, elle est réveillée par une douleur forte au-dessus du pubis.

Depuis quelques mois, ces symptômes se sont aggravés rapidement; elle ne peut faire une promenade de cinq minutes sans être tourmentée d'un besoin d'uriner; les selles ne viennent plus, à force de purgatifs, qu'en balles dures ou en graviers. Elle ne rend plus de gaz par l'anus. Elle est prise, de temps en temps, de ballonnement de ventre, de nausées et de vomissements. Elle n'ose plus manger, de peur d'augmenter les résidus intestinaux. Elle présente cette teinte jaune de la peau, ce ton particulier des sclérotiques, la décoloration des muqueuses, qui sont l'apanage et l'indice obligés de l'anémie profonde de cause chronique. Albumine.

*Examen manuel.* — A la palpation, tumeur solide, indolente et de la forme d'un utérus gravide de cinq mois, s'élevant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le toucher vaginal trouve le cul-de-sac vaginal antérieur disparu. Le canal vaginal, long seulement de quelques centimètres, est refoulé par une masse arrondie, d'une consistance presque osseuse, qui s'étend depuis la face postérieure du pubis jusqu'à la concavité du sacrum. Le col utérin, dur, porté tout à fait en arrière, proémine sur la masse même de la tumeur, de laquelle il semble faire partie, et rappelle la disposition qu'on trouve fréquemment au début de l'accouchement, quand il faut contourner la tête engagée dans l'excavation pour atteindre le col. L'exploration bimanuelle révèle la continuité de la tumeur avec l'utérus et sa mobilité relative. Le toucher rectal trouve l'ampoule rectale très dilatée; mais le rectum, au-dessus, est tellement aplati par la tumeur que le doigt ne peut trouver le bout supérieur ni s'introduire entre le sacrum et la tumeur.

*Opération.* — Mme L. fut mise en travers de son lit, dans la position sur les genoux et sur les coudes et invitée à respirer largement; puis avec les deux doigts, introduits tantôt dans le rectum et tantôt dans le vagin, afin de ne pas trop fatiguer la muqueuse, j'exerçai des pressions méthodiques et progressives sur la tumeur. Celle-ci céda lentement, rétablissant le canal vaginal, laissant le rectum libre et repoussant ma main gauche, qui, placée sous le ventre, embrassait et soutenait le sommet de la tumeur. Immédiatement, je plaçai mon instrument dans le cul-de-sac postérieur rétabli, afin de parer aux accidents de compression rectale, qui étaient le plus menaçants, me réservant d'intervenir

dans le cul-de-sac antérieur si les symptômes de compression sur la vessie persistaient. Quoique le refoulement de la tumeur ait exigé une force assez considérable, il fut presque sans douleur. La malade se leva devant nous, se déclara sur l'heure débarrassée d'un grand poids et marcha comme elle ne l'avait pas fait depuis longtemps. Néanmoins, nous lui prescrivons le repos et 30 grammes d'huile de ricin. Depuis, la malade est revenue à la santé, tous les symptômes s'étant amendés parallèlement.

#### OBSERVATION V (Guermonprez)

(Congrès gynécologique de Bordeaux 1895).

Léonie H..., vingt sept ans. Deux métrorragies menstruelles à l'âge de quatorze ans. Menstrues peu abondantes, non douloureuses et régulières depuis. Mariée à l'âge de vingt-deux ans. Accouchée pour la première fois seize mois plus tard (travail prolongé pendant trois jours ; le placenta n'est retiré que deux heures après l'accouchement par un médecin absent jusque-là). Pendant la période de vacuité qui suit la délivrance, les règles se succèdent sans aucun incident notable. Elle devient enceinte pour la deuxième fois en 1893 (travail très long, présentation par le siège, mort de l'enfant). Pendant cette deuxième grossesse, la malade a observé une tumeur de la grosseur du poing dans sa fosse iliaque droite. Cette tumeur indolore et peut-être un peu mobile, ne la préoccupe pas tout d'abord. Mais, après son deuxième accouchement, elle remarque la persistance du volume du ventre ; elle continue à sentir sa tumeur et elle croit reconnaître que celle-ci se trouve plus près de l'axe du corps ; elle assure même qu'à cette époque elle pouvait la faire changer de place.

La menstruation continue son évolution naturelle ; il n'y a aucune métrorragie pendant les périodes intercalaires ; la malade est simplement incommodée. On se borne à lui conseiller l'usage d'une ceinture hypogastrique.

En septembre 1904, douleurs violentes. Les mictions qui étaient de-

venues plus fréquentes et plus hésitantes, depuis son deuxième accouchement lui deviennent plus que jamais incessantes et pénibles. (Symptômes calmés par repos et bains de siège.)

En janvier 1905, la miction redevient normale, tandis que la défécation est entravée par un obstacle dont la malade se rend parfaitement compte. Elle évacue, plusieurs fois par jour, de très petites quantités de matières fécales, mais ce n'est qu'au prix de vives douleurs et de violents efforts. Vers la même époque, apparaissent des pertes blanches qui deviennent, ensuite, de plus en plus abondantes. Elle souffre de tout le ventre, lorsqu'elle est couchée : ce sont des tiraillements dont le point de départ se trouve partout à la fois : elle n'obtient un peu de soulagement et de repos, qu'à la condition de se coucher sur son côté gauche, en plaçant un coussin pour soutenir la masse dure de sa tumeur. Sur ces entrefaites, symptômes de grossesse (douleurs pseudo-expulsives, absence d'une menstrue). L'opération est retardée. Ensuite, règles régulières.

Malade déformée par l'énorme volume de son ventre, qui dépasse même celui d'une grossesse à terme. La forme du ventre n'est point régulière ; il existe une bosselure volumineuse dans la portion gauche de l'épigastre. La répartition de la sonorité indique qu'il s'agit d'une tumeur médiane. Intestins refoulés dans les flancs et surtout dans la portion la plus supérieure. La palpation indique une énorme tumeur médiane très peu lobée avec une scissure superficielle située en avant, à gauche et en haut de la malade. Pas de véritables bosselures. Consistance dure. On croit reconnaître une tumeur secondaire du volume d'une pomme, de chaque côté du détroit supérieur ; celle de droite est plus facilement accessible que celle de gauche. La masse paraît mobilisable dans tout son pourtour, excepté dans la fosse iliaque gauche où elle se trouve absolument fixée. Par le toucher vaginal, tumeur volumineuse de la même consistance dure que celle du ventre ; cette tumeur remplit toute l'excavation du petit bassin ; elle refoule même un peu le périnée dans sa portion la plus inférieure. C'est manifestement le lobe pelvien de la tumeur qui refoule de bas en haut, la masse de l'utérus dont le col est absolument inaccessible, même en introduisant deux doigts, quelle que soit l'attitude de la malade. Distance entre la vulve et le col : 22 centimètres. Vagin déplacé et reporté en avant et à gauche de la malade.

*Opération* (juillet 1895). Incision sur ligne blanche. Tumeur obliquement dirigée de haut en bas et de gauche à droite de la malade, recouverte dans toute son étendue par le péritoine pariétal, qui glisse à sa surface, comme pour toute tumeur du ligament large. L'utérus est appliqué sur sa face antérieure; le cœcum, sur sa face postéro-externe. Décortication. Hystérectomie. Guérison.

#### OBSERVATION VI (Chavannaz)

(*Revue mensuelle de gynéc. obstétr. et pédiatrie de Bordeaux* 1901.)

M<sup>lle</sup> X., quarante-huit ans. Chute d'escarpolette à l'âge de seize ans, suivie de troubles psychiques. N'a jamais été autrement malade. Mais, toute sa vie, elle a dû lutter contre la constipation. Cette constipation s'est accentuée ces derniers mois; les matières étaient sphériques ou cylindriques, de petit volume mais non aplaties. Depuis le commencement d'octobre, la constipation a pris une tournure inquiétante et, quand nous sommes appelé par le médecin ordinaire de la malade le 21 novembre 1901, il y a douze jours que M<sup>lle</sup> X... n'a rendu ni gaz, ni matières par l'anus, malgré les purgations, lavements et l'entéroclyse utilisés par notre confrère. *A l'examen*, le ventre est très volumineux, beaucoup plus développé que celui d'une femme à terme; il y a du ballonnement jusque dans la région épigastrique, mais la forme du ventre est régulière. Le visage est altéré. La malade se plaint de nausées et de douleurs abdominales intolérables qui empêchent tout repos. *A la palpation*, pas d'induration localisée. La percussion dénote un peu de matité dans les flancs. Par le toucher rectal, on sent l'utérus comprimant fortement le rectum dont il efface la lumière; le doigt ne peut atteindre la limite supérieure de la compression. Le toucher vaginal, assez pénible en raison de la persistance de l'hymen, montre un col sain se continuant avec un corps utérin porté en arrière et qui paraît volumineux. Le doigt ramène un peu de sang d'origine menstruelle. Au reste, les règles sont régulières, non douloureuses; mais, dans les six derniers mois, elles ont un peu augmenté d'importance: température normale,

pouls : 80. Rien au cœur, ni au poumon. Il n'y a pas d'amaigrissement dans les dernières années. En raison de l'échec du traitement médical, une intervention chirurgicale nous semble indiquée. Le 21 octobre, à quatre heures du soir, laparatomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, s'écoule une petite quantité de sérosité sanguinolente. Les anses intestinales sont extrêmement distendues, surtout celles du gros intestin; la distension porte jusque sur le côlon pelvien. Dans la position de Trendelenburg, la main droite introduite dans l'abdomen permet de trouver, avec quelques difficultés, le corps utérin qui porte sur son fond un petit fibrome du volume d'une amande et, sur sa face postérieure, un fibrome du volume d'un œuf. Le corps utérin est très fortement porté en arrière; la main peut facilement le ramener en avant, mais dès qu'on l'abandonne, il retombe en arrière comme mû par un ressort. Ce détail est également perçu par notre confrère et ami, le docteur de Boucaut, qui nous assiste. En raison de la distension extrême des anses intestinales, il ne saurait s'agir de pratiquer l'hystérectomie abdominale et nous nous décidons à faire un anus contre nature, quitte à intervenir soudainement pour faire disparaître la cause de l'occlusion.

La paroi abdominale est incisée au niveau de la fosse iliaque gauche en se guidant sur l'index gauche introduit dans la plaie médiane. Le côlon pelvien est attiré dans la nouvelle ouverture et son méso est fixé à l'aide d'une broche métallique. La section médiane est alors fermée par trois fils d'argent comprenant toute l'épaisseur de la paroi; cette réunion est complétée par des sutures cutanées au crin de Florence. Du côté gauche, l'intestin est réuni à la paroi abdominale, par six sutures séro-muscleuses au catgut; six sutures au crin de Florence fixent à la peau les appendices épiploïques de l'anse du côlon. Des sutures au crin de Florence rétrécissent l'incision cutanée. Pansement stérilisé, etc.... La malade se réveille bien. Le soir, il y a des coliques très vives nécessitant l'emploi de la morphine en injection. Dans la nuit, la malade vomit une fois. Le lendemain matin, 22 octobre, l'intestin est ouvert au thermocautère sur une largeur de douze à quinze millimètres; des gaz et des matières liquides se précipitent au dehors.

L'évacuation continue si bien qu'au bout de quarante-huit heures le ballonnement a totalement disparu. Dans la nuit du vingt-trois au vingt-

quatre, surviennent des troubles psychiques ; la malade est immobile dans son lit, les yeux clos, ne répondant à aucune question, dans un état de dépression marquée, mais répétant presque continuellement sur le même ton monotone quelques mots inintelligibles. Le vingt quatre au matin, cet état persiste ; le pouls est à 96, la température est de 37° ; le soir le pouls = 96, température = 37°. 20 inspirations par minute, on continue le régime lacté exclusif et nous prescrivons du benzonaphtol et du salicylate de bismuth en potion pour combattre l'intoxication d'origine intestinale.

Le 25, le même état mental persiste ; il y a peut-être un peu moins de dépression.

Le 27, l'état mental est redevenu bon, entièrement semblable à ce qu'il était avant notre intervention.

La broche métallique est enlevée le septième jour, les fils d'argent supprimés le dixième jour, les crins de Florence cinq jours plus tard. La peau est protégée par une épaisse couche de salicylate de bismuth. La réunion par première intention est partout obtenue.

La malade s'assied sur son lit le 10 novembre, et se lève le lendemain. Bientôt après, munie d'un appareil collecteur, elle peut rester debout toute la journée sans être incommodée. Revue, le 7 décembre. Mlle X..., est en parfait état ; l'appétit est excellent ; le toucher vaginal montre toujours un utérus volumineux en rétro-version très peu mobile et qui devra être extirpé dans une prochaine intervention.

#### OBSERVATION VII (G. Epron.)

(In thèse Epron. Bordeaux 1901-1902)

Mme M..., quarante-six ans, sans antécédents. Appelée en mai pour la première fois pour une hémorragie utérine considérable qui s'arrêta assez facilement avec des injections d'eau très chaude, le repos absolu et l'ergotine.

A l'examen on trouve une tumeur dure, lisse, et dépassant légèrement le pubis. Au toucher le col est assez ferme, déchiré par de nom-

breuses grossesses antérieures. Il laisse suffisamment passer l'index pour permettre de reconnaître une tumeur occupant la cavité de l'utérus. Par le toucher et le palper combinés, il semble que ladite tumeur fasse corps avec l'utérus.

Deux mois plus tard, en juillet 1898, la malade nous demande de nouveau parce qu'elle éprouve de violentes coliques ; nous la trouvons le facies grippé, la langue sèche, le ventre ballonné ; pas de fièvre (36°8). Aucune évacuation alvine depuis deux jours, non plus que d'émission de gaz. Pas de vomissements. Le ballonnement du ventre est plus accusé à gauche qu'à droite et, par la palpation, on réussit, non sans quelque difficulté à trouver la tumeur utérine déjetée de ce côté.

On diagnostique : obstruction intestinale causée par une tumeur utérine que nous croyons être un fibrome vu le peu de retentissement sur l'état général pendant longtemps. Le traitement consiste en purgatifs huileux et lavements salés et reste sans résultat. Le lendemain apparaissent des vomissements qui, d'abord alimentaires, deviennent bilieux, puis fécaloïdes. Après abondante injection d'eau froide avec le tube de Faucher, expulsion de quelques gaz. Le soir même, nouvelle injection suivie de débâcle.

*C. uséquences* : depuis lors, la malade a toujours été réglée normalement jusqu'au printemps de 1900, époque à laquelle survint la ménopause. A partir de ce moment, la tumeur a subi une régression manifeste. Elle est, actuellement, du volume d'une orange. Mme M .. est dans un état de santé très satisfaisant.

#### OBSERVATION VIII (Duchaussoy)

(In *Bulletin et Mémoires, Soc. de chirurgie*. Rapport de Guéniot, juil. 1873.)

Femme chez laquelle l'étranglement du rectum était produit par un fibrome qu'il suffit de déplacer pour faire disparaître les accidents. La tumeur agissait ici, semble-t-il, simplement par son poids, mais n'en provoqua pas moins la mort.

OBSERVATION IX (Nélaton)

(*loc. cit.*)

Femme chez laquelle un fibroïde remplissait l'excavation pelvienne, comprimant à la fois le col de la vessie et l'intestin. Vainement, pour remédier aux accidents d'étranglement, on tenta d'introduire des sondes dans le rectum. Celles-ci ne purent pénétrer au delà de l'obstacle; des vomissements fécaloïdes apparurent et l'on fut conduit à pratiquer, dans la fosse iliaque gauche, un anus artificiel. La malade d'abord soulagée, succomba le huitième jour.

OBSERVATION X (Herrgott)

(*loc. cit.*)

Femme qu'on tenta d'opérer, par la gastrotomie, d'un fibroïde qui provoquait des accidents d'occlusion intestinale. L'opération ne put être achevée et la femme mourut le lendemain. L'autopsie révéla que la tumeur remplissait étroitement le petit bassin et qu'elle avait pour siège le fond de la matrice. Celle-ci avait été infléchie en arrière et en bas. Mais on pouvait aisément la redresser en glissant la main de bas en haut, entre la tumeur et la face antérieure du sacrum. Cette manœuvre ayant été négligée au cours de l'opération, tous les efforts d'extraction avaient été infructueux.

OBSERVATION XI (Holdouse)

(*loc. cit.*)

Malade présentant depuis deux ans des symptômes de dysenterie lorsque les accidents d'occlusion éclatèrent. Pendant 12 jours, on chercha en vain à provoquer des évacuations à l'aide de purgatifs, lave-

ments, sondes, etc. Enfin, on se décida à ouvrir par la région lombaire, le côlon descendant. Un grand soulagement succéda à l'opération, mais la malade n'en mourut pas moins au bout de 10 jours. A la nécropsie on reconnut que quatre tumeurs adhéraient à l'utérus : trois d'entre elles étaient des fibroïdes et la quatrième un kyste de l'ovaire gauche. Les deux plus volumineuses reposaient sur le rectum, auquel elles adhéraient intimement ; elles avaient même, en divers points, détruit ses parois et faisaient une légère saillie dans sa cavité. On trouva, en outre, une adhérence étendue de l'iléon au côlon ; ces deux intestins avaient été ouverts, ainsi que le péritoine, par le bistouri de l'opérateur.

#### OBSERVATION XII (Faucon)

(*loc. cit.*)

Malade, entrée dans le service de Broca, à l'hôpital de la Pitié. Offrait des accidents graves d'occlusion intestinale, accidents dont on reconnut aisément la cause dans la présence d'un fibroïde utérin qui comprimait le rectum. Au quatrième jour, survinrent des vomissements fécaloïdes, et tous les moyens tentés pour provoquer une évacuation restèrent infructueux. Dès lors, M. Broca se décida à pratiquer un anus artificiel dans la région lombaire. Malgré l'état de maigreur du sujet, qui rendait les points de repère plus apparents, l'opération fut laborieuse et la cavité du péritoine ouverte avant celle de l'intestin. La malade quoique devenue plus calme mourut cinquante et une heures après.

#### OBSERVATION XIII (Terrillon)

(In *Bull. et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1885)

D..., âgée de trente-deux ans, entre à la Salpêtrière, le 9 janvier 1885. Régliée à quatorze ans. Depuis, ses pertes furent toujours régulières mais peu abondantes jusqu'à l'âge de vingt-huit ans. Ni grossesse, ni fausse-couche.

Il y a quatre ans, les règles devinrent assez rapidement plus abondantes et prirent les caractères de véritables métrorragies qui fatiguaient beaucoup la malade et occasionnaient de vives douleurs.

En juin 1884, elle eut une perte abondante en dehors de la période menstruelle. On reconnut alors la présence d'un fibrome utérin dur, peu volumineux, situé dans le petit bassin. Depuis lors survinrent des métrorragies très abondantes forçant la malade à garder le lit continuellement avec symptômes d'anémie très prononcée. En même temps apparurent des douleurs très vives occupant l'hypogastre, les lombes et les cuisses. Envies fréquentes d'uriner, accompagnées d'une certaine difficulté et d'une constipation qui ne cédait que par l'emploi de purgations énergiques.

Au moment de son entrée, elle est pâle, profondément anémique, se plaignant de vertiges et de bourdonnements d'oreille, mangeant peu et étant très faible.

Par la palpation de l'abdomen, on sent une tumeur dure, volumineuse, bosselée, médiane, mais proéminent surtout du côté gauche. Cette tumeur occupe principalement le bassin dans lequel elle plonge ; elle dépasse un peu l'ombilic. Le col de l'utérus est situé assez bas dans le vagin, il est immobile et se continue directement avec la masse utérine, se prolongeant sur la tumeur du bassin et faisant corps avec elle. On sent aussi la tumeur dans les culs-de-sac, surtout en arrière, où le toucher rectal la fait reconnaître encore mieux. Toute la tumeur est immobilisée dans le petit bassin.

L'ablation du corps fibreux et d'une partie de l'utérus semble impossible à cause de l'absence probable du pédicule et aussi à cause des rapports de la masse totale avec les culs-de-sac du vagin et peut-être avec le ligament large.

On décide donc de faire la double castration.

*Opération* : le 24 mars.

25 mars. — Vomissements assez fréquents, repos au moyen de la morphine.

26 mars. — Dans la journée, la malade rend des gaz par l'anus. Le soir, le ventre est ballonné, les gaz ne passent plus, le pouls devient petit et la malade est agitée. On introduit la sonde rectale très haut, sans avoir de résultat.

27 mars. — Grande fatigue, éructations, nausées. Les lavements ne donnent aucun soulagement. On sent facilement que l'obstacle au cours des fèces et des gaz est dû à la tumeur utérine qui comprime le rectum. Le pouls est petit, température 38°. Huile de ricin ne procure aucun soulagement.

28 mars. — Douches ascendantes avec l'eau de Seltz. Débâcle légère. Soulagement.

29 mars. — Grâce à de nombreuses interventions semblables, la malade va mieux. Le ventre est ballonné; elle mange un peu. Les parotides sont augmentées de volume; la malade a de la peine à ouvrir la bouche.

30 mars — 4 avril. — Mêmes accidents et même intervention, qui n'amène que des débâcles passagères. L'état général s'altère; la malade s'affaiblit.

4-12 avril. — Toujours une difficulté extrême pour obtenir des selles et le passage des gaz. Chaque fois qu'on obtient une légère débâcle par des purgatifs et des lavements profonds, il y a un peu de soulagement.

13 avril. — Début de phlegmatia alba dolens dans la jambe droite. On obtient un peu de soulagement en piquant la peau à coup d'épingles.

Trois jours après, la jambe gauche se prend à son tour ainsi que la partie inférieure de la paroi abdominale et les parties génitales externes.

Escarres légères sur les fesses. Affaiblissement considérable.

21-25 avril. — Affaiblissement plus grand. Alimentation insuffisante. Ventre très ballonné gênant la respiration. Quelques vomissements. Impossibilité de songer à une intervention spéciale pour rétablir le cours des matières. Mort le 1<sup>er</sup> mai.

*Nécropsie* : Pas de péritonite. Phlébite et oblitération des V. iliaques des deux côtés. Derrière l'utérus, le rectum comprimé est aplati sur toute sa longueur. Au dessus de cette portion aplatie, on trouve une ampoule énorme formée aux dépens de l'S iliaque et remplie de matières fécales dures. L'utérus remplit en partie le petit bassin et porte plusieurs fibromes. Malgré l'ablation des ovaires, la constipation et l'obstruction ont augmenté rapidement.

OBSERVATION XIV (Cullingworth)

(in Transactions Obstetr. Society London. 1897, p. 282).

Fibrome ayant produit de l'obstruction intestinale et la mort deux ans après la ménopause.

OBSERVATION XV (Vincent)

(*Lyon médical*, 1898, t. II p. 433)

Malade, âgée de quarante et un an, entre à l'hôpital sur le conseil du docteur Jammin qui venait de lui extraire, en trois séances, 40 litres d'urines troubles, sanguinolentes et nauséabondes.

Depuis deux jours ne peut uriner, ni aller à la selle. La vessie évacuée, on constate l'existence d'une tumeur solide, remontant moins haut que la vessie, à deux doigts au-dessous de l'ombilic et occupant toute l'excavation. Elle remplit à tel point cette cavité, qu'il est impossible, même en déployant un grand effort par le toucher vaginal et le palper abdominal combinés, d'ébranler la tumeur. On comprend qu'elle écrase le rectum en arrière et l'urètre en avant et soit ainsi la cause d'une coprostase et d'une rétention d'urine actuellement invincibles. Après trois jours de soins divers pour obtenir une selle, on est obligé d'intervenir. Vincent pratique l'hystérectomie. On constate que la paroi antérieure de la vessie est gangrenée. On la fixe à la paroi antérieure de l'abdomen et on l'ouvre (cystostomie sus-pubienne). Mort trois jours après sans avoir souffert du ventre et en état d'hypothermie. Symptômes de broncho-pneumonie infectieuse. N'a eu de vomissements que deux heures avant sa mort.

OBSERVATION XVI (Delore)

(in Thèse Pellanda, Lyon, 1904-1905.)

Quarante-cinq ans. Pas d'enfants. Entrée dans le service de M. le professeur Poncet le 11 juillet 1900, pour des accidents d'occlusion intestinale. Elle raconte que depuis plusieurs années elle est atteinte d'une constipation opiniâtre et qu'elle éprouve de grosses difficultés pour aller à la selle, qui cèdent seulement à l'emploi de lavements purgatifs répétés. En outre, elle accuse des métrorragies assez abondantes surtout ces deux dernières années. Au moment de son entrée, l'attention est attirée par un ballonnement généralisé de l'abdomen, semblable à celui qu'on remarque à la deuxième période de l'occlusion intestinale. La malade a des vomissements verdâtres depuis cinq jours ; il y a arrêt complet des gaz et des matières depuis trois jours. Les urines sont diminuées de quantité. Le pouls oscille entre 90 et 100. Température normale. Facies mauvais. Au toucher vaginal, gros col utérin ; mais les renseignements sur l'utérus sont bien vagues en raison du météorisme. Par le toucher rectal, on sent par contre dans le Douglas, une masse dure, constituée par l'utérus fibromateux enclavé en ce point. L'état étant resté sensiblement le même le lendemain, malgré une purgation et un lavement, et l'application continue de la glace, on se décide à une hystérectomie abdominale totale avec castration double, après avoir posé le diagnostic d'occlusion intestinale par compression du rectum et paralysie intestinale secondaire. La laparotomie montre la dilatation considérable de toutes les anses intestinales, y compris le cœcum et l'S iliaque. La séreuse est déjà dépolie, rouge vernissée en certains points. Malgré les recherches, on ne rencontre pas de causes d'occlusion telles que volvulus, adhérences, coudures etc. ; il n'existe pas davantage de lésions inflammatoires, en particulier, ni salpingite, ni appendicite, mais l'utérus fibromateux du volume d'une tête d'adulte a basculé dans le Douglas, dont il a épousé la forme, sans contracter d'adhérences. En présence de cette constatation, l'hystérec-

tomie abdominale totale est pratiquée aussi vite que possible, malgré les difficultés créées par la distension abdominale.

Le tout est terminé par un tamponnement. Drainage abdomino-vaginal, destiné à prévenir la péritonite menaçante. L'anesthésie avait été assez difficile, et l'opération fut compliquée, à deux ou trois reprises, par la sortie des anses intestinales distendues. La malade mourut de péritonite le 17 juillet. L'autopsie a démontré l'absence de toute autre cause d'occlusion.

#### OBSERVATION XVII (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur Boursier).

Marie Aud., quarante ans, institutrice.

*Antécédents.* — Rien à noter de spécial dans les antécédents héréditaires. Premières règles à quatorze ans, régulières, assez abondantes, non douloureuses, sans perte dans l'intervalle.

Première grossesse à vingt-trois ans. Une forte hémorragie avant l'accouchement d'ailleurs normal. Allaitement pendant douze mois. Retour immédiat après l'accouchement de pertes sanguines plus rapprochées et plus abondantes que des règles ordinaires. Deuxième grossesse à vingt-six ans, terminée par un accouchement normal. Allaitement pendant sept mois. Retour immédiat de pertes sanguines, revenant toutes les deux ou trois semaines.

Il y a dix ou douze ans, la malade a constaté que ses règles, quoique régulières dans leur apparition, étaient très abondantes, constituées par du sang très rouge, contenant parfois des caillots. Ces deux derniers mois, elle a eu deux métrorragies. Il y a cinq ou six ans, elle a eu quelques pertes blanches, épaisses, très abondantes. Depuis, a de l'hémorrhée pendant les dix ou douze premiers jours qui suivent son époque menstruelle. Les règles sont parfois accompagnées de douleurs dans le bas-ventre et les lombes. Elle est sujette à la constipation depuis une dizaine d'années.

Pollakiurie habituelle, plus intense par période, sans douleur. Dysurie.

La malade a eu, il y a quelque temps, une rétention d'urine de vingt-quatre heures.

Malgré la conservation de l'appétit, la malade maigrit depuis deux ans. Elle souffre de palpitation de cœur et se plaint d'une faiblesse extrême. Elle est très pâle.

*Histoire de la maladie.* — Le 7 mars dernier, la malade s'aperçut que son ventre était ballonné ; ce ballonnement augmente les jours suivants avec coliques très fortes généralisées dans tout le ventre. Les 9, 10 et 11 mars, elle a des nausées, des éructations fréquentes, puis enfin des vomissements alimentaires, bilieux, puis fécaloïdes. Des laxatifs sont administrés chaque jour sans résultat. La pénétration d'une sonde rectale amène enfin des évacuations de gaz et de matières liquides. Son médecin ordinaire, M. le Dr Texier, l'examina, reconnut qu'elle venait d'avoir ses règles, diagnostiqua un fibrome et l'envoya à M. le professeur Boursier. Elle entre le 14 à l'hôpital, lit 17, salle F.

*Etat actuel.* — A l'inspection, on ne constate pas d'augmentation de volume appréciable du ventre, qui est symétrique. La palpation est facile. On sent dans la région hypogastrique une tumeur de la grosseur de la tête d'un fœtus, médiane empiétant également sur les fosses iliaques, dure, régulière, arrondie, recouverte par les anses intestinales qui glissent sous les doigts. Cette tumeur s'engage dans l'excavation pelvienne ; elle est légèrement mobile dans le sens transversal, très peu dans le sens vertical. Elle remonte à douze centimètres du pubis. A la percussion, on trouve du tympanisme abdominal ; matité au niveau de la tumeur lorsqu'on déprime fortement la paroi à son niveau.

Par le toucher vaginal, on sent un col utérin, mou, abaissé, appliqué contre la face antérieure du vagin ; l'orifice regarde à peu près directement en bas. Le corps de l'utérus est en avant et à droite de la tumeur appliqué contre le pubis. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur volumineuse, dure, régulière, remplissant tout le Douglas, repoussant en avant le corps de l'utérus, et paraissant se continuer avec sa paroi postérieure. La tumeur emplit les culs-de-sac latéraux jusqu'au voisinage de leur partie supérieure. Le toucher et la palpation combinés montrent que la tumeur est de consistance ferme, solide, non fluctuante

Les légers mouvements qui sont imprimés à la tumeur, sont transmis à l'utérus. On ne trouve pas les annexes; l'hystérométrie n'est pas pratiquée. Du côté de l'appareil digestif on note : appétit assez bon, constipation opiniâtre, cédant à des lavements répétés, défécation non douloureuse, matières rondes. Du côté de l'appareil urinaire, on note de la pollakiurie et de la dysurie. Du côté de l'appareil circulatoire on note un très léger œdème des membres inférieurs. Pas de varices, le cœur et les poumons sont normaux.

L'analyse urinaire révèle que la quantité d'indican, est égale à trois fois la normale.

*Opération* (21 mars 1905). — Anesthésie chloroformique. Position inclinée. Incision médiane sous-ombilicale. On trouve une tumeur volumineuse enclavée dans le petit bassin. On enfonce le tracteur en spirale et la tumeur est saisie avec une pince. Aux points d'entrée des instruments, écoulement assez abondant de sang noirâtre, dû probablement à la congestion liée au début des règles.

On parvient à désenclaver la tumeur, qui, avec l'utérus, peut être attirée en haut. On voit alors qu'il s'agit d'un fibrome développé aux dépens de la face postérieure de l'utérus et faisant saillie sous forme d'une tumeur à peu près sphérique, comprimant le rectum. La tumeur ne peut être réclinée en avant, d'où impossibilité d'aborder le col par derrière. Après avoir dégagé la vessie, hystérectomie subtotale d'avant en arrière. L'utérine droite saigne assez abondamment avant de pouvoir être saisie. Cautérisation de la cavité cervicale au thermocautère. On ferme le col de l'utérus par quatre points de suture. Ligature des pédicules et des utérines. Péritonisation. On ferme sans drainage par suture à trois plans.

*Pièce.* — Fibrome volumineux (utérus mesurant 18 cm. environ dans son plus grand diamètre) développé aux dépens de la paroi postérieure ayant repoussé en avant et à gauche la cavité utérine, qui, sur la pièce, mesure 10 cm. environ. Il forme en arrière une saillie de la grosseur du poing, qui répond à la tumeur perceptible par le toucher dans le Douglas. Annexes saines.

*Suites opératoires.* — Très bonnes. La malade n'est pas du tout shokée, Douleurs dans le bas-ventre et les reins le premier jour.

Le 22 mars au soir. — La température monte à 37°<sub>3</sub>. Pouls = 90. Langue bonne.

Le 23. — Lavement purgatif sans effet.

Le 24. — Température : 87. Pouls : 68.

25 et 26. — Etat excellent. Température : 37°. Pouls de 80 à 90. Une selle. Appétit. Langue un peu chargée, humide.

27, 28, 29, 30 mars. — Etat excellent, pas de fièvre. La malade mange. Constipation cédant à des lavements. La langue est bonne. Ventre souple, non douloureux. Le pansement n'est pas touché.

Le 31 mars au soir, la malade va à la selle. Immédiatement après elle est prise d'oppression. Température : 37°. Le pouls monte à 115 puis à 140. Le facies n'est pas altéré. Le ventre non douloureux ne se défend pas. Ni vomissements, ni nausées. Cet état s'améliore progressivement. La nuit, la malade repose, mais elle a des sensations de froid. Pas de frisson. Le lendemain matin, la malade se réveille en sursaut, à la suite d'un rêve affreux, dit-elle. Elle est reprise d'oppression avec sensation de mort prochaine. La malade a toute sa raison, mais se sent d'une faiblesse extrême. Les battements du cœur sont bien frappés mais précipités. La respiration s'entend également des deux côtés en avant. Le ventre est souple, non douloureux. Le toucher vaginal montre que les culs-de-sac sont souples et indolores. Injection de sparteine ; puis, la tension sanguine baissant de plus en plus, injection de sérum, d'éther. La malade est agitée, inquiète. Le pouls devient de plus en plus faible et la mort survient à 6 heures trois quarts. La respiration artificielle est pratiquée pendant une demi-heure. La malade a, après sa mort rejeté un peu de sang par la bouche et le nez. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

## B) Occlusion du côlon ilio-pelvien

### OBSERVATION XVIII (Vermet)

(In *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1896, p. 437.)

La nommée B... Pauline, culottière, quarante-six ans, entre le 8 juin 1896, à l'hôpital Cochin, pavillon Lister, salle Sédillot, n° 9, dans le service de Schwartz.

*Histoire clinique.* — Pas d'antécédents. L'affection paraît remonter à 1893. A cette date les règles devinrent douloureuses ; elles persistèrent quatre ou cinq jours au lieu de deux comme auparavant ; leur abondance augmenta dans la même proportion ; enfin, elles revenaient un peu plus souvent que de coutume, toutes les trois semaines environ. Peu de temps après le ventre augmentait de volume et atteignit celui que nous constatons aujourd'hui.

A son entrée à l'hôpital, elle vient d'avoir une ménorragie plus forte qu'à l'ordinaire ; les douleurs qui paraissent siéger dans la fosse iliaque gauche, sont plus vives. Elle prétend que depuis trois semaines, le volume de son ventre s'est notablement exagéré. Actuellement, comme symptômes fonctionnels et en dehors de la crise menstruelle, elle n'accuse que des troubles intestinaux (tympanisme, période de diarrhée et de constipation) semblant vraisemblablement se rapporter à des troubles de compression de l'S iliaque par une tumeur intra-abdominale.

*Examen.* — A l'inspection, on note un développement marqué du ventre, surtout dans ses parties inférieures. De plus, il est asymétrique ; le côté gauche proémine de 3 ou 4 cm. en avant du droit ; il existe, de ce même côté, une circulation collatérale sous-cutanée très développée, surtout dans la région sous-ombilicale. Le palper dénote que le flanc droit et la région iliaque correspondante sont libres ; du côté gauche, au contraire, ainsi qu'au niveau de l'hypogastre, on constate que ces diverses régions sont occupées par une tumeur dépassant légèrement l'ombilic, dure, tendue profondément, plus élastique à la superficie, arrondie, à surface un peu irrégulière et douloureuse à gauche.

La partie droite de l'hypogastre est occupée par une masse, qui est indépendante de la précédente et qui déborde légèrement dans la fosse iliaque. La consistance de cette tumeur est plus ferme. Par le toucher vaginal combiné avec le palper, on reconnaît que la masse de gauche tombe dans le cul-de-sac vaginal correspondant, qu'elle est mobile et qu'elle repousse manifestement l'utérus à droite, apparemment sans connexion avec elle. Les mouvements imprimés par l'abdomen à la tuméfaction sise à droite de la ligne médiane, semblent au contraire se transmettre au col utérin. Celui-ci regarde en arrière et légèrement à gauche, en raison d'une antéflexion très marquée et d'un peu de latéro-

version droite ; l'hystérométrie n'a pu être faite, en raison de la courbure utérine non réductible.

*Laparotomie* (16 juin). — Le grand épiploon est adhérent au péritoine pariétal et aux anses intestinales. On résèque, après libération, la majeure partie de cet épiploon injecté et induré. On aperçoit alors une énorme masse occupant toute la partie inférieure et gauche de la cavité abdominale, intimement adhérente à l'intestin qui la baigne, de coloration grisâtre, mollasse, presque fluctuante ; une ponction avec le trocart, dans le but de la vider, ne donne que du sang. On libère ensuite l'intestin grêle adhérent à droite, l'S iliaque comprimée à gauche ; on parvient alors à faire le tour de la tumeur et à l'attirer en dehors ; il s'agit d'un fibrome sous-séreux ou à évolution intra-abdominale, inséré par un pédicule court et tordu sur la face postérieure de l'utérus, un peu au-dessus de la corne utérine gauche. Ce pédicule est sectionné après ligature. 2 fibromes beaucoup moins volumineux sont enlevés. La castration tubo-ovarienne fut faite enfin, l'utérus ayant été reconnu gros et comme bourré de petits noyaux fibromateux. Aujourd'hui, huit jours après l'opération, la malade est en parfait état.

*Examen de la tumeur.* — Le gros fibrome central est le seul à étudier ; les deux autres extirpés sont blanchâtres, criant à la coupe, d'aspect fibreux classique, sans particularités. La tumeur reposait en partie sur la fosse iliaque gauche, en partie sur l'utérus et les deux autres fibromyomes enclavés dans le petit bassin, adhérente par toute sa surface à l'intestin en arrière et latéralement et à l'épiploon en avant. Il y avait eu là manifestation des phénomènes de péritonite ancienne, révélée d'ailleurs, outre les adhérences, par l'état scléreux et lardacé de l'épiploon sus-jacent et par des exsudats blanchâtres fibroïdes à la surface du péritoine viscéral. La forme de la tumeur est celle d'un ovoïde à petite extrémité droite et à grosse extrémité gauche ; son grand axe est transversal. Poids : 900 grammes. Volume un peu supérieur à celui d'une tête de fœtus à terme ( $18\text{cm} \times 15\text{cm} \times 15\text{cm}$ ). La coloration de la tumeur est très différente de celle des fibromes sous-péritonéaux classiques ; elle a une teinte gris ardoisé rappelant celle de certains kystes

ovariques. De plus, il existait une autre cause d'erreur, de confusion avec une tumeur liquide de l'ovaire : c'était la consistance du néoplasme ; il s'agissait ici d'une sensation de mollesse, presque de pseudo-fluctuation.

La coupe de la tumeur montre un fibromyome mou, ne criant pas sous le scalpel, charnu, de couleur rougeâtre, variable suivant les points considérés, de consistance molle et légèrement élastique. Au raclage, la surface de section ne donne que du sang, qu'on fait d'ailleurs sourdre par la pression de tous les points de celle-ci. Au centre, l'aspect est franchement charnu, peu fibrillaire, rappelant la coupe d'un muscle ; cependant des bandes fibreuses ébauchent quelques ondulations incomplètes ; çà et là, parsemant ce centre, on voit des orifices de vaisseaux dilatés. A la périphérie, se trouve une zone de quatre ou cinq centimètres d'épaisseur, noirâtre, truffée, plus foncée par endroits. Il existe là de véritables noyaux apoplectiques absolument analogues aux noyaux d'infarctus de l'apoplexie pulmonaire. Ces noyaux sont plus abondants au niveau de la face supérieure du fibrome, dans le point opposé au pédicule de la tumeur ; en outre, ils n'atteignent pas directement la surface de celle-ci ; ils restent distants de la séreuse péritonéale de 2 à 3 millimètres et en sont séparés par du tissu conjonctif sous-séreux qui forme une véritable capsule au fibrome et est gorgé de sang noir épais. La surface de coupe de ces noyaux n'est pas complètement lisse ; elle est finement grenue, sans disposition fibrillaire. Leur consistance est particulière et spongieuse. La pression y détermine une crépitation sanguine et fait sourdre un sang noir avec de petits caillots vermiformes qui font issue des vaisseaux dilatés. Il n'existe nulle part sur la tumeur de trace de sphacèle ou de foyer de suppuration.

Le pédicule de ce fibrome, du volume à peu près du petit doigt, s'insère sur la face inférieure de celui-ci, au niveau du point qui correspond au hile de la tumeur ; l'insertion se fait sur la face postérieure de l'utérus, au voisinage du fond et de la corne utérine gauche. Sa longueur est de deux centimètres. Il était tordu sur lui-même de trois quarts de tour et cela dans le sens des aiguilles d'une montre : ajoutons qu'il n'y avait sur l'utérus sous-jacent aucun mouvement de torsion semblable. Le pédicule est peu résistant et peu charnu ; il est simplement formé par le péritoïne doublé de son tissu cellulaire sous-séreux et enserrant

quelques trousseaux musculaires, au milieu desquels on aperçoit la coupe de deux ou trois vaisseaux dilatés et béants.

L'histoire clinique nous force à admettre que cette torsion fut lente, ce qui est rare.

#### OBSERVATION XIX (Gallois)

(*In Bulletin médical*, 1904, XVIII, page 493)

C'était en 1885. Une dame d'une quarantaine d'années avait un corps fibreux énorme de l'utérus. La tumeur remontait plus haut que l'ombilic et la malade avait l'apparence d'une femme enceinte attendant une délivrance prochaine. Elle avait en outre un adénome du sein (un frère mort d'un cancer de la base du crâne, une tante porteuse de lipomes multiples). Brusquement, elle fut prise de vomissements alimentaires, puis bilieux, enfin porracés. Son ventre se météorisa, la constipation s'établit, la fièvre s'alluma. Je diagnostiquai une péritonite développée autour du fibrome; d'ailleurs la malade me disait avoir eu des poussées analogues, que l'on avait qualifiées de péritoniques. Au bout de quelques jours, n'allant pas mieux, elle me demanda une consultation avec le professeur Trélat. Malgré nos efforts, son état alla s'aggravant. La fièvre pourtant était tombée, mais le ventre était toujours aussi gros et aussi douloureux.

Les vomissements persistaient ainsi que la constipation. La malade ne pouvant s'alimenter, se cachectisa assez rapidement et un soir elle allait si mal que M. Trélat appelé porta un pronostic désespéré. Tout d'abord je réfléchis qu'elle n'avait plus de fièvre et que, par conséquent, il ne s'agissait plus de péritonite à proprement parler. Les accidents devaient donc être occasionnés par un autre mécanisme; celui qui me parut le plus vraisemblable était l'occlusion. Par des brides? Mais la maladie ne datait pas de quinze jours et il me paraissait invraisemblable qu'en si peu de temps des brides aient pu se constituer assez solides, pour produire un arrêt aussi absolu des matières. Que se passait-il? En somme, l'intestin extrêmement distendu occupait toute la moitié droite de l'abdomen, refoulant la tumeur vers la gauche. Celle-ci (la ma-

lade) étant couchée sur le dos devait reposer de tout son poids sur l'S iliaque et la comprimer sur le détroit supérieur du bassin. Mais alors si mes inductions étaient exactes, il me suffirait de faire mettre la malade à quatre pattes, ou plus simplement lui conseiller de se coucher sur le côté droit. Ce dernier décubitus aurait même un double avantage: d'une part, il dégagerait l'S iliaque; d'autre part, il ferait peser l'énorme tumeur sur les anses intestinales distendues et accroîtrait d'autant leur puissance évacuatrice. Le matin, dès la première heure, je courus chez ma malade, qui par bonheur, n'était pas morte dans la nuit. Je la fis coucher sur le flanc droit. Bientôt après, elle rendait des gaz, puis allait à la selle. Cette malade vit encore actuellement et n'a plus eu depuis lors, d'accidents du fait de son fibrome.

#### OBSERVATION XX (Gouilloud)

(in *Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, 11 avril 1904.)

Fibrome sous-péritonéal ayant entraîné le corps de l'utérus dans sa torsion. La pièce présentée se compose d'un fibrome isolé et du fond de l'utérus, le tout pesant 1670 grammes. Le fibrome, plus gros qu'une tête fœtale est très pesant, car il est ancien et calcifié. Le fond de l'utérus, quoique infiltré de sang, est reconnaissable et porte à sa corne droite une trompe également infiltrée.

Le pédicule de la tumeur, de même que le corps de l'utérus, ont éclaté; et il est difficile de se rendre compte de leurs rapports. Mais il est évident que la torsion s'est produite au niveau de l'isthme utérin, et sur le bord du ligament large gauche; car la trompe et l'ovaire de ce côté n'ont pas participé au mouvement de torsion. Au moment de l'opération, on n'a eu à couper qu'un pédicule d'aspect fibreux, du volume d'un pédicule ovarien. On n'a pas eu à écarter le fond de la vessie, qu'un long travail antérieur d'étirement du pédicule avait dû isoler.

C'est, en effet, chez une vieille fille de soixante-deux ans que cet accident de torsion s'est produit. Elle se savait porteuse depuis une vingtaine d'années d'une tumeur abdominale mobile, dure, indolore. Le seul dé-

tail important à noter dans son passé est une ménopause tardive à cinquante-neuf ans, sans métrorragie d'ailleurs. A plusieurs reprises, la tumeur avait déterminé de légers accidents douloureux, qui s'accompagnaient d'une forte constipation. Mais c'est en pleine santé que le mercredi 6 avril, elle fut prise d'une douleur aiguë, bientôt suivie de vomissements et d'arrêt de la circulation intestinale. Le Docteur Givre reconnut bientôt une torsion de la tumeur avec fièvre légère à 38°5 et vomissements fécaloïdes. La malade fut opérée d'urgence, le samedi 9 avril, par ablation de la tumeur. Les vomissements fécaloïdes ne cessèrent qu'au bout de quatre jours, car il étaient dus à de l'obstruction intestinale autant qu'à de la péritonite réactionnelle. La malade va bien actuellement.

#### OBSERVATION XXI (Barette)

(in *Année Médicale de Caen*, 1901.)

M<sup>me</sup> L..., cinquante-six ans, cultivatrice, a joui pendant toute sa vie d'une très bonne santé, à part des malaises du côté de la matrice, attribués pendant longtemps à un prolapsus de cet organe. Très courageuse, elle a toujours pris part aux travaux de la campagne et elle semble beaucoup plus âgée qu'elle ne l'est en réalité. Il y a 12 ans au moins, elle consulta, et on lui fit porter un pessaire pour remédier à une descente de l'utérus. Elle avait eu deux enfants ; les deux accouchements furent normaux. Ménopause à 49 ans, sans aucun trouble de la santé ; depuis jamais d'écoulements rouges ou blancs.

Depuis 2 ou 3 ans, elle se plaignait de pesanteurs dans l'abdomen et remarquait que le volume du bas-ventre augmentait. Dans la nuit du 6 au 7 novembre dernier, elle fut prise de douleurs très violentes de l'abdomen. Néanmoins, elle se leva le lendemain et les jours suivants et essaya de vaquer à son travail, le ventre couvert de cataplasmes très chauds et tout en souffrant affreusement. Le 13 novembre seulement, elle ne put quitter son lit et appela le Dr Chanteux de Falaise. Un traitement calmant et évacuateur fut prescrit et sembla réussir pendant quelque temps. Puis la situation s'aggrava, les selles devinrent de plus

en plus difficiles et rares, les vomissements fréquents. Je l'examinai, le 24 novembre, avec le Dr Chanteux. Le ventre était très douloureux; dans toute son étendue, on percevait dans l'hypogastre et jusqu'à l'ombilic, une tumeur dure, lisse et régulière, extrêmement sensible, très peu mobile, ayant la consistance dure des fibromes. Mais la tension du ventre était telle, la sensibilité si grande, que je n'insistai pas longtemps dans mon examen. Les urines étaient peu abondantes, les selles très difficiles; il y avait des vomissements assez fréquents.

Le lendemain 25 novembre, la malade fut amenée à Caen, dans une maison de santé. Elle avait tous les signes d'une occlusion intestinale à marche subaiguë : plus de selles, vomissements jaunâtres, fétides, faciès grippé. Le ventre fut couvert de compresses très chaudes, fréquemment renouvelées et des lavements glycélinés au 1/4 puis au 1/3 furent administrés jusqu'au 20 novembre sans résultat notable. Plusieurs fois, l'estomac fut vidé avec le tube de Faucher et lavé à l'eau de Vichy, pour évacuer les matières fécaloïdes.

On soutenait en même temps l'état général et la diurèse, à l'aide d'injections de sérum artificiel (600 gr. par jour). La malade était dans un état de prostration extrême, presque sans connaissance; le pouls était devenu misérable quand, à la suite de deux lavements purgatifs (25 gr. de sulfate de soude, 80 gr. de miel de mercuriale et deux gouttes d'huile de croton), survint une débâcle formidable. Les évacuations étaient involontaires, profuses, elles devinrent bientôt aqueuses comme cholériformes. Nous luttâmes à l'aide d'injections de sérum; enfin la victoire nous resta. La diarrhée diminua et la malade sortit de cette mauvaise période qui avait duré jusqu'au 8 décembre. On revint à une alimentation légère et, tout en continuant les applications très chaudes sur le ventre, on surveilla le fonctionnement de l'intestin. En même temps la tumeur était devenue plus mobile, plus facile à limiter, mais elle était toujours très douloureuse dans la fosse iliaque droite.

L'utérus était mobile au toucher et semblait en continuité avec la tumeur.

Enfin nous décidâmes d'opérer la malade le 18 décembre. Incision abdominale de 18 cent.; le péritoine adhérent à la face antérieure de la tumeur est facilement décollé. L'intestin grêle présente des adhérences, qui recouvrent la partie supérieure de la tumeur. Sur ses parties laté-

rales, ces adhérences sont très vasculaires, molles, et se laissent décoller facilement. La masse enclavée dans le détroit supérieur est mobilisée peu à peu et laborieusement soulevée. Elle est supportée par un pédicule à peine gros comme le petit doigt, tordu deux fois sur lui-même complètement, et formé par le ligament large droit dont la torsion s'est faite tout près de la corne utérine droite et comprend la trompe et le ligament utéro-ovarien. Le sens de la torsion est de gauche à droite.

Ligature du pédicule à l'aide de deux anses de catgut et section. Cautérisation du pédicule et de quelques points saignants à la surface des adhérences intestinales, suture de la paroi abdominale. Suites opératoires excellentes. Afin de rétablir plus vite le fonctionnement normal de l'intestin, nous avons fait administrer, dès le lendemain, un lavement glycéринé et, le surlendemain 20 gr. de sulfate de magnésie.

Mensuration. Tumeur. — Grand diamètre : 18 centimètres ; petit : 14 cent. un peu aplatie d'avant en arrière. Poids : 4 kilo 900. Consistance dure. A la coupe écoulement d'une grande quantité de sang noir.

Elle était, en effet, gorgée de sang et finement aréolaire, presque l'aspect du tissu splénique. Une capsule fibreuse, lisse, l'entoure presque entièrement. L'examen du pédicule de la tumeur montre que celle-ci est développée dans la région tubo-ovarienne. L'ovaire et la trompe étant conservés et normaux, la tumeur semble avoir eu pour point de départ le ligament tubo-ovarien. La structure de cette tumeur est celle de tous les fibromyomes utérins, mais avec cette particularité, qu'il s'est fait dans le tissu fibromyomateux, des hémorragies interstitielles, consécutives à la torsion du pédicule, et le tissu a été transformé en une sorte de masse spongieuse. Les fibres musculaires sont reconnaissables mais contiennent beaucoup de globules graisseux. La tumeur très ancienne avait subi des altérations régressives qui expliquent cet état. La tumeur comprimait le colon pelvien et l'origine du rectum, et par des phénomènes de péritonite plastique avait déterminé l'immobilisation de l'intestin grêle.

OBSERVATION XXII (G. Epron)

(In Thèse Epron, Bordeaux, 1901-1902)

Mme B..., trente-huit ans, neurasthénique, presque hypocondriaque, habituellement constipée. Ce dernier état est combattu avec succès pendant longtemps, par l'emploi de laxatifs variés. La première fois que nous l'avons examinée, nous avons rencontré un col facilement accessible, légèrement entr'ouvert, les culs-de-sac vaginaux très dépressibles et permettant d'atteindre et de palper à la face postérieure de l'utérus, un peu au-dessus de l'isthme, une tumeur de consistance pierreuse et du volume d'une petite orange. A ce moment-là, aucun trouble menstruel ; lorsqu'il y a six mois, environ, la malade fut prise de ménorragies abondantes, se répétant chaque mois jusqu'en septembre dernier, époque à laquelle se produisit une véritable hémorragie pour laquelle nous fûmes appelés. Une injection d'ergotine en eut raison. Au toucher, il était facile de trouver la tumeur augmentée de volume et présentant la même consistance. Par le toucher et le palper combinés, on arrivait à la délimiter assez aisément. Tout faisait songer à un fibrome : état de santé général très florissant ; long temps pendant lequel aucun trouble n'est survenu (environ dix années), consistance du néoplasme, etc. Au 15 octobre dernier, l'hémorragie revient et ne cède aux médicaments que pour faire place au bout de huit jours, à des douleurs très vives dans l'hypocondre gauche ; la constipation est plus opiniâtre que d'habitude. Dans les premiers jours de novembre, phénomènes d'obstruction intestinale complète ; les lavements et l'entéroclyse ne réussissent qu'imparfaitement. Le toucher vaginal très bien supporté naguère, réveille maintenant des douleurs aiguës dans l'S iliaque, surtout si l'on cherche à mobiliser la tumeur.

Il semblerait donc que celle-ci doit être la cause des phénomènes aigus qui, actuellement, mettent la vie de la malade en danger. Un confrère expérimenté, appelé en consultation, confirme notre diagnostic. Nous décidons de faire la laparatomie. Mais la malade et sa famille refusent toute intervention opératoire.

L'état est actuellement extrêmement grave.

OBSERVATION XXIII (Fourestié)

(in *Gazette Médicale de Paris* du 13 février 1875)

M<sup>me</sup> veuve X..., âgée de 43 ans, entre dans le service le 13 octobre 1874. Cette malade, de petite taille a eu trois enfants; le premier et le dernier accouchement ont nécessité l'application du forceps; elle a été bien réglée.

La malade raconte que depuis ses dernières couches, qui ont eu lieu il y a dix ans, son ventre a toujours été très gros; mais pendant ces dix dernières années sa santé a toujours été excellente, elle n'accuse aucune douleur, jamais de ménorragie ou de métrorragie.

Depuis le mois de janvier dernier, elle a remarqué que son ventre augmentait de volume, et que son hypogastre devenait plus lourd; cependant jusqu'à ces derniers jours, il ne s'en est pas suivi une gêne assez considérable pour qu'elle interrompit ses occupations et réclamât les soins de la médecine. La miction et la défécation s'accomplissaient régulièrement. Le 20 septembre dernier, époque à laquelle elle attendait ses règles, elle n'a ressenti que quelques douleurs et ce n'est que le 5 octobre, qu'elles ont apparu ni plus ni moins abondantes que par le passé. Cependant la veille de leur apparition, elle fut prise d'un frisson très violent avec tendance syncopale, défaillance, sueurs froides, tremblements.

C'est à cette époque environ, c'est-à-dire il y a huit jours environ, que remontent les accidents qui ont décidé la malade à entrer à la maison de santé. Depuis lors, en effet, elle n'a pas eu de garde-robe bien qu'on lui ait donné plusieurs lavements; il est survenu de l'incontinence d'urine et le ventre a pris des proportions assez considérables pour gêner la respiration. L'état général est encore satisfaisant, bien que la malade ait un peu de fièvre, pas d'appétit, ni de sommeil; elle n'a pas vomi, mais à plusieurs reprises elle a eu des nausées.

La palpation abdominale fait découvrir sur la ligne médiane une tumeur volumineuse, donnant la sensation d'un corps dur au-dessus de la symphyse pubienne; on ne retrouve plus cette sensation sur les parties

supérieures de la tumeur. On constate un météorisme considérable sur les parties latérales et au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur paraît lisse sur toute sa périphérie, autant que permet d'en juger une exploration rendue difficile par le météorisme abdominal. Le toucher vaginal nous apprend que l'utérus est abaissé, qu'il est complètement immobile, que le col n'est pas ramolli; autour de l'ouverture du col, on trouve plusieurs tumeurs sessiles formant bourrelet. Si l'on cherche à faire mouvoir la tumeur, le doigt explorateur ne perçoit aucun mouvement utérin. Par le toucher rectal, on constate que la tumeur n'exerce sur le rectum qu'une pression modérée, car on peut la soulever facilement.

On constate, en outre, que sa partie postérieure est lisse et donne une certaine sensation de mollesse. Il existe, sur la paroi postérieure du vagin, un rectocèle gros comme une noix. On prescrit un lavement purgatif et on recommande de le porter le plus haut possible, à l'aide d'une longue canule; mais elle ne peut pas pénétrer au delà de dix centimètres et le lavement n'amène aucun résultat. Par le cathétérisme de la vessie on ne retire que 150 à 200 gr. d'urine, de sorte que le volume de la tumeur hypogastrique n'est pas sensiblement diminué. Les urines, claires et limpides, ne contiennent pas d'albumine.

15 octobre. — La malade a passé une très mauvaise nuit. On prescrit 40 gr. d'huile de ricin. Le soir la purgation n'a produit aucun effet; le météorisme a augmenté; les parois de l'abdomen sont très tendues; la malade est très oppressée; elle a des nausées continuelles, mais pas de vomissements. Nouveau cathétérisme: très peu d'urine.

16 octobre. — La dyspnée devient inquiétante; M. Delens, suppléant de M. Demarquay dans le service de chirurgie, pratique deux ponctions: l'une à droite, avec un trocart capillaire; l'autre à gauche, avec un trocart plus gros: cette dernière ponction donne issue à une petite quantité de matières fécales. Bien qu'on n'ait pu retirer autant de gaz qu'on aurait voulu, la malade se trouve soulagée et les parois abdominales sont plus souples. On prescrit une potion huileuse émulsionnée.

17 octobre. — La malade a rendu des matières liquides en abondance; il y a eu une sorte de débâcle. Elle a également vomi un plein vase de matières, ayant l'aspect stercoral, mais sans odeur caractéristique. On compte 96 pulsations.

Les jours suivants, elle laisse échapper ses matières, mais elle ne rend

pas de gaz par l'anüs. On pratique de nouveau deux ponctions capillaires, qui sont suivies d'un soulagement immédiat.

20 octobre. — L'incontinence des matières fécales continue ; on cherche à évacuer les gaz par l'anüs, en introduisant dans le rectum une sonde œsophagienne, jusqu'à une hauteur de 35 à 40 cent. ; mais il ne s'écoule par le bout de la sonde qu'un peu de matières liquides. Nouvelle ponction capillaire.

21 octobre. — L'oppression et le météorisme nécessitent trois ponctions ; une selle donne issue à quelques gaz et amène par suite un peu de soulagement.

22 octobre. — Nouvelle ponction avec le gros trocart ; des gaz et des matières fécales (40 gr. environ) s'échappent par la canule ; quelques heures après, sont survenues des selles liquides très abondantes qui ont soulagé la malade. Elle laisse toujours échapper ses urines. Les jours suivants, on continue les ponctions, chaque fois que le météorisme l'exige. Deux de ces ponctions sont restées sans résultats ; l'une d'elles, pratiquée du côté droit, donne issue à quelques gouttes de sang presque pur. Le pouls se maintient toujours entre 110 et 120 pulsations ; mais la malade ne vomit pas et n'accuse aucune douleur en aucun point de l'abdomen. Incontinence d'urine.

29 octobre. — On fait des ponctions moins fréquentes, car la malade rend quelques gaz par l'anüs ; la diarrhée est toujours aussi abondante, l'état général baisse de plus en plus ; la malade s'alimente à peine. De chaque côté de l'abdomen, autour des points où l'on fait des ponctions, existent deux abcès de la paroi abdominale.

30 octobre. — Sur les parties génitales externes et sur la face interne des cuisses, existent plusieurs pustules d'ecthyma gangreneux. Ces pustules sont disséminées sur un fond jaune pâle, prélude de la gangrène. La malade est très oppressée et n'a plus son intelligence. Le pouls est petit et rapide. On pratique une dernière ponction qui donne issue à beaucoup de gaz.

31 octobre. — Mort à deux heures du matin.

*Nécropsie* : A l'ouverture de l'abdomen, on constate que le gros intestin, distendu par les gaz, est considérablement augmenté de volume. A droite, au niveau du coude que le colon transverse fait avec le colon

descendant, autour des piqûres pratiquées sur l'intestin, on remarque une teinte noire hémorragique ; une portion du grand épiploon, adhérente à cette partie d'intestin, est également noire et imbibée de sang. A gauche, sur le côlon descendant, les lésions sont plus avancées ; dans les mailles du grand épiploon, qui recouvre le gros intestin à cet endroit, on retrouve des matières fécales ; le gros intestin est perforé en un point d'où l'on peut, par la pression, faire sourdre des matières. En ce point, on sent dans la paroi intestinale une masse dure, présentant à la surface plusieurs petites escarres grosses comme une lentille ; si l'on fait une incision, la tumeur s'efface et il sort du pus.

Le gros intestin a perdu la contractilité nécessaire pour revenir sur lui-même, car débarrassé de ces gaz, il conserve néanmoins un diamètre aussi étendu. Les deux points malades du gros intestin nous ont paru correspondre aux ponctions faites avec le gros trocart. On trouve sur le péritoine pariétal et viscéral de fines arborisations, mais pas de pus, ni de fausses membranes. L'utérus est en rétro-version, le corps étant appliqué contre la symphyse du pubis. Il occupe la ligne médiane et ne remplit pas complètement le petit bassin ; sa paroi postérieure qui contient la tumeur repose sur la concavité du sacrum ; sa paroi antérieure et sa cavité ont conservé leurs dimensions normales. La muqueuse utérine est saine. On trouve sur le col plusieurs petites tumeurs constatées pendant la vie : ce sont des œufs de Naboth ayant acquis le volume d'une noisette.

Dans un dédoublement de la paroi postérieure siège une tumeur lisse et arrondie, un peu plus volumineuse que le poing d'un adulte, s'énucléant facilement et reliée à l'utérus par de simples tractus celluloux. Cette tumeur donne une fausse sensation de fluctuation et, si on incise son enveloppe, le contenu fait hernie, comme fait la moelle quand on incise la pie-mère. A la coupe, elle présente une teinte rosée. Elle paraît appartenir à la variété des myomes mous où les faisceaux musculaires et quelquefois les vaisseaux prédominent, tandis que le tissu connectif y est rare et lâche.

La vessie contient 300 grammes environ d'urine claire et limpide. Mais elle forme une poche plus grande que l'estomac, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. De chaque côté, elle a contracté des adhérences avec les annexes de l'utérus, de façon qu'elle

est étalée en éventail au-devant de la tumeur. L'uretère gauche est gros comme le petit doigt et communique librement avec la vessie et le rein ; celui-ci est fortement hyperhémie et contient deux petits abcès. L'uretère droit est aussi augmenté de volume ; il ne communique plus avec le rein, qui a complètement disparu. Il est remplacé par une tumeur fluctuante, représentant cinq à six fois le volume du rein normal et ne contenant guère que du pus. Il ne reste du rein qu'une petite masse grosse comme deux noix, en voie de destruction et reliée à la paroi de la poche par des cordons fibreux, débris des vaisseaux du rein.

Tous les autres organes sont sains.

L'auteur ajoute : « On se rappelle que le doigt explorateur pénétrait facilement derrière la tumeur et qu'une sonde œsophagienne a pu être portée dans le rectum jusqu'à une hauteur de 30 à 45 centimètres : celui-ci n'était donc pas fortement comprimé. Cependant, tant que les matières fécales ont été solides, les parois abdominales distendues et l'intestin météorisé n'ont pas eu assez d'énergie pour vaincre l'obstacle apporté par la tumeur, d'autant plus que celle-ci, exactement moulée sur la concavité sacrée, était en contact avec le rectum sur une étendue de 8 à 10 centimètres. Lorsque, à l'aide de potions huileuses, les matières fécales ont été ramollies, elles ont pu gagner les parties déclives et filtrer peu à peu derrière la tumeur ; ainsi s'explique l'incontinence des matières fécales, lorsque la diarrhée a succédé à la constipation. Mais les gaz, ayant de la tendance à gagner les parties élevées et trouvant le gros intestin dilatable facilement et dépourvu depuis longtemps de contractilité, s'accumulaient dans sa cavité, la dilataient au point de lui faire acquérir des proportions suffisantes pour gêner les mouvements respiratoires ».

#### OBSERVATION XXIV (E. Levêque).

(In *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1888, p. 208).

La nommée D... (Marie), cinquante-trois ans, ménagère, entre le 31 mars 1883, à l'hôpital Saint-Germain, salle Bony n° 1, service de M. Lamarre.

Depuis une douzaine d'années cette femme bien réglée antérieurement, n'est plus menstruée que tous les deux mois; les règles sont d'une abondance ordinaire; jamais de métrorragie ni de leucorrhée; jamais d'enfant ni de fausse couche.

Cette femme, robuste et habituellement d'une excellente santé, eut, il y a six ans, quelques troubles cérébraux qui durèrent trois semaines et disparurent ensuite définitivement. En février 1882, deux jours après une chute qu'elle fit en marchant, cette femme, qui n'avait auparavant aucune tendance à la constipation, fut prise de tous les accidents de l'étranglement interne (vomissements fécaloïdes, etc.), aucun trouble de la miction. Les règles arrivant après l'intervalle habituel étaient survenues deux jours après le début de ce phénomène et n'eurent aucun caractère particulier. Les garde-robes ne reparurent qu'au bout de dix jours et la santé ne fut parfaite qu'un mois après. Depuis cette époque, cependant, sensation habituelle de pesanteur dans la fosse iliaque gauche, palpitations fréquentes parfois accompagnées de défaillances; insomnie sans cause connue, mais jamais de constipation ni de dysurie. A part ces indispositions pour elle sans importance, elle vaquait à ses occupations habituelles et se portait très bien quand, le 23 mars 1883 sans cause appréciable, elle fut prise à nouveau d'accidents d'occlusion intestinale: constipation absolue, douleur et ballonnement de l'abdomen, vomissements fécaloïdes. Le 23 mars, entrée à l'hôpital.

*État actuel.* — Embonpoint notable. Facies abdominal (grippé, terreux, yeux un peu excavés, etc.), elle est fort affaiblie. Sa voix est aigrelette et sans force. Langue chargée et un peu sèche. Inappétence, soif assez vive. Pas de hoquet. Depuis le début des accidents, la malade a eu des vomissements bilieux le premier jour, fécaloïdes ensuite jusqu'au moment de l'entrée. Ces vomissements se renouvellent actuellement tous les quarts d'heure environ avec leur caractère fécaloïde. Les aliments ou boissons sont rejetés très rapidement. Depuis huit jours n'a rendu par l'anus ni matières fécales, ni gaz. Pas de dysurie.

L'abdomen est fortement distendu, régulièrement développé. La partie située au-dessous de l'ombilic présente au palper une rénitence considérable; on peut ainsi limiter un corps à peu près sphérique descendant jusqu'au pubis et qu'il serait facile de prendre pour la vessie distendue.

De chaque côté, ce corps s'étend jusqu'à trois doigts environ des épines iliaques; ni mobilité, ni fluctuation. La région qu'il occupe est complètement mate à la percussion; le reste de l'abdomen est sonore. La région hypogastrique et surtout la fosse iliaque gauche sont le siège de douleurs spontanées, peu exaspérées par la pression mais avec crises douloureuses fréquentes arrachant des gémissements continuels à la malade.

Depuis trente-six heures environ, anurie absolue; le cathétérisme ne donne que deux gouttes d'urine. Pour pénétrer dans la vessie la sonde éprouve une sorte de constriction et s'enfonce obliquement en s'inclinant vers l'épine iliaque gauche. Toutes espèces de sonde sont employées sans plus de succès. La malade a ses règles, qui sont survenues comme l'année dernière deux jours après le début de la maladie et à l'époque habituelle. Elles sont d'une abondance modérée comme à l'ordinaire.

Le toucher vaginal et le palper abdominal combinés donnent la certitude de l'existence d'un énorme corps fibreux développé aux dépens de la face antérieure de l'utérus. Le col est refoulé en arrière et le cul-de-sac antérieur présente une saillie dure et d'une grande fixité. Le toucher rectal n'apprend rien d'anormal. La sonde œsophagienne, introduite par l'anus, est arrêtée au niveau du promontoire. Pas d'œdème des membres inférieurs; l'intelligence est parfaitement conservée, mais insomnie persistante causée par des vomissements incessants. La peau est froide, le pouls petit et rapide. Rien au cœur ni du côté des autres appareils. Devant des signes aussi nets, M. Lamarre pense qu'il s'agit d'occlusion intestinale par fibrome utérin. Il prescrit des lavements d'eau de Seltz, des insufflations gazeuses par le rectum; faradisation de la paroi abdominale; glace et boissons glacées. On renonce à la laparotomie vu la gravité de l'opération, le péritoine étant suspect, et des accidents analogues pouvant disparaître spontanément.

1<sup>er</sup> Avril. — Pas de garde-robe. Persistance des vomissements féca-loïdes et de l'anurie. Peau toujours froide. La malade étant sur la garde-robe, des tractions sont faites sur la tumeur pour l'attirer en avant et pour tenter d'amener la décompression du rectum ou de l'S iliaque. In-succès complet; à chacune de ces tentatives, la malade a une tendance marquée à la syncope. D'ailleurs l'anurie persiste et semble indiquer

qu'il s'agit aussi d'une compression des uretères. Même traitement que la veille, résultat négatif.

2 avril. — Même état; cependant malgré l'évacuation par l'anus d'un liquide jaunâtre très clair la nuit dernière, la malade souffre beaucoup plus et l'affaiblissement augmente. Le cathétérisme ne fournit pas une goutte d'urine. La malade se présentant à la garde-robe est prise brusquement de syncope et expire une heure après sans avoir repris connaissance.

*Autopsie.* — Vingt-quatre heures après la mort. Rigidité cadavérique conservée.

Cavité abdominale : pas de liquide dans le péritoine. Le feuillet pariétal est indemne, sauf au niveau de la fosse iliaque et du flanc gauche où il présente quelques adhérences avec une énorme tumeur abdominale. En laissant les viscères en place, on voit que les anses de l'intestin grêle sont également adhérentes à la tumeur par des fausses membranes et par une bride fibreuse qui n'exercent aucune constriction; le corps fibreux, fixé en haut et latéralement à ces anses, est du volume d'une tête d'enfant et est fixé en bas au pubis; la vessie n'est pas visible; une sonde molle introduite par l'urètre fait voir que la vessie est aplatie entre le fibrome et le pubis et un peu déjetée vers la fosse iliaque gauche qui est absolument vide. Toute la masse intestinale est distendue, principalement le *gros intestin*. Si l'on isole la tumeur en la séparant des anses voisines et du pubis, ainsi que du promontoire auquel elle adhère et qu'elle dépasse, on voit que l'S iliaque, directement en contact avec elle, est comprimée fortement au détroit supérieur; les parties situées au-dessus sont très dilatées; en les ouvrant on constate dans l'intérieur quantité de matières demi-liquides. Au niveau de l'S iliaque et un peu au-dessous, la tunique muqueuse est le siège d'une inflammation assez intense, elle présente une coloration rouge qui ne disparaît pas par le lavage. Cette coloration s'éteint insensiblement au-dessus et au-dessous de cette portion du tube digestif. Il n'y a pas trace d'ulcérations intestinales. L'intestin grêle, également distendu et adhérent en partie par sa surface séreuse à la tumeur, présente une muqueuse saine, de même que l'estomac. Les ovaires sont normaux, mais l'utérus offre une hypertrophie considérable de son corps. Sa

tumeur fibreuse qui pèse plus de 1100 grammes, s'y insère par un pédicule long d'un centimètre et demi et à peu près de la grosseur d'une plume à écrire. Ce pédicule s'implante sur la face antérieure, à égale distance des deux bords et près du fond de l'utérus. La surface du corps fibreux est uniforme et ne présente ni nodosité, ni bosselure; blanche et couverte de tissu adipeux en avant, elle a une teinte noirâtre en arrière. Sa forme est celle d'une ellipsoïde à grand diamètre transversal. Le pédicule est tordu sur lui-même de droite à gauche, comme si le grand diamètre avait été autrefois vertical, puis se serait par la suite incliné à gauche pour devenir transversal; à la coupe : capsule fibreuse épaisse, surface de section d'un blanc rosé avec faisceaux fibreux d'une direction générale transversale. A la partie postérieure le tissu est un peu mou à la périphérie et se sépare facilement en quelques points de la coque fibreuse.

Sous la couche séreuse de l'utérus, on voit encore deux autres corps fibreux, mais d'un très petit volume et sans pédicule : l'un de la grosseur d'un œuf de pigeon, à la face inférieure; l'autre, gros comme un pois, est situé sur le bord gauche et près du col. Enfin, à la coupe, apparaît un nouveau corps fibreux interstitiel de l'épaisseur de la paroi postérieure du corps de l'utérus. Il a la grosseur d'une petite orange et s'énuclée assez facilement. Les parois de l'utérus sont notablement hypertrophiées, la postérieure surtout qui fait saillie en arrière et en bas. Elles contiennent encore deux petits fibromes de la grosseur d'un grain de chénevis. La muqueuse est congestionnée, mais la cavité du corps est complètement séparée de celle du col par une sorte de symphyse des deux parois, au niveau de la portion intermédiaire aux deux cavités.

La vessie est normale, sinon par sa situation, du moins par l'état de ses tissus. Les uretères sont comprimés au niveau du détroit supérieur, celui de droite directement, celui de gauche par l'intermédiaire de l'S iliaque qui le sépare de la tumeur; néanmoins, ils ne paraissent pas dilatés.

Pas d'hydronéphrose. Reins de volume normal, ne paraissent pas altérés à la coupe. Foie et rate sains. Aucune lésion au cœur ou aux poumons.

OBSERVATION XXV (G. Luys)

(In *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1898)

M. Georges Luys présente le cas d'une femme de 57 ans, qui était entrée dans le service de M. Le Dentu, avec des symptômes d'occlusion intestinale.

Cette femme, extrêmement obèse, avait une paroi abdominale très épaisse et présentait, de plus, un météorisme très accentué, ce qui rendait le diagnostic de la cause d'occlusion presque impossible.

La malade succomba au moment où on allait intervenir.

A l'autopsie, on trouva un volumineux fibrome pédiculé de l'utérus, tordu au niveau de son pédicule. La masse du fibrome reposait sur l'S iliaque et déterminait l'aplatissement de cette portion de l'intestin. Cette compression semble avoir été la cause de s'accidents d'occlusion intestinale.

OBSERVATION XXVI (J. Bœckel)

(In *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 1899, page 477)

Femme de 47 ans, amenée à l'hôpital dans la nuit du 29 décembre 1894, pour une occlusion suraiguë datant du matin, caractérisée par un météorisme énorme et des vomissements stercoraux. Le médecin de la malade nous dit, ce que nous constatons d'ailleurs, qu'elle est atteinte depuis sept ans d'un fibrome qui, dans les derniers mois, a grossi au point d'atteindre les dimensions d'une tête de fœtus à terme. Nul doute que cette tumeur ne soit la cause directe de l'occlusion, car la malade n'accuse, d'ailleurs, aucun antécédent morbide.

Intervention à dix heures du soir. Après ouverture du péritoine, on constate trois tumeurs fibreuses, à base sessile implantées sur le fond de l'utérus. La plus grosse, située du côté gauche, a les dimensions d'une tête d'adulte; les deux autres, du côté droit, sont grosses comme une

tête de fœtus à terme. J'édiculise la tumeur, au niveau de la portion sus-vaginale du col de l'utérus à l'aide d'un tube de caoutchouc et j'extirpe les tumeurs par morcellement, sans hémorragie.

Les tumeurs enlevées, je constate que l'S iliaque a été fortement comprimée ; elle est bleuâtre, et le péritoine qui la recouvre est terne. Cependant, après l'extirpation du fibrome, je peux facilement faire circuler les gaz du bout supérieur dans le bout inférieur. Pendant ces manœuvres, je constate que le ligament large a été déchiré dans une grande étendue ; et de plus, que le côlon descendant adhérent à la tumeur a été blessé... Je répare cette déchirure par un point de suture séro-séreux et réunis de même les deux feuillets du ligament large. Le pédicule est réduit et abandonné dans le ventre muni de sa ligature élastique. J'en suture les deux lèvres, de manière à faire disparaître la surface cruentée.

Suture de la paroi. L'opérée qui, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier, allait bien, fut prise dans la soirée de ce troisième jour, de douleurs violentes dans l'abdomen. Son facies se grippe, elle se refroidit et meurt le 2 janvier à 3 heures du matin.

*Nécropsie.* — Gangrène de toute l'S iliaque et péritonite généralisée.

#### OBSERVATION XXVII (J. Bœckel)

(In *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 1899, p. 477)

Femme de cinquante-trois ans, atteinte depuis sept jours d'occlusion intestinale. Antécédents : trois enfants dont le dernier a dix-sept ans. Règles normales jusqu'à il y a un an ; à cette époque pelvi-péritonite consécutive à une ovario-salpingite ; depuis lors, règles très abondantes avec caillots. Le 18 septembre 1895, à la suite d'ingestion de prunes, douleurs de ventre très intenses avec vomissements et diarrhée. Le lendemain, constipation, qui dure depuis lors. Au moment de notre examen, le pouls est petit, subfréquent, le ventre est uniformément ballonné ; le maximum de tension se trouve dans la région du côlon descendant et du côlon transverse. Vomissements glaireux. Estomac peu dilaté. Toucher rectal négatif. Le toucher vaginal révèle un utérus

volumineux, paraissant être en arrière le siège d'une tumeur qu'on n'apprécie que difficilement à cause du météorisme. Les culs-de-sac latéraux paraissent libres. La cause de l'occlusion nous paraît résider dans une bride, en raison de la péritonite antécédente. L'intervention s'impose d'urgence.

Laparotomie médiane. Incision dépassant l'ombilic de trois travers de doigt. Le paquet intestinal est énormément dilaté ; le côlon descendant notamment est plus gros qu'un fort bras d'adulte. Pour m'y reconnaître, je pratique l'éviscération et incise le côlon descendant sur une étendue de 5 centimètres, sur le côté opposé à l'insertion du méso. Un grand dégagement de gaz se fait aussitôt ; des matières fécales liquides sont également évacuées. Pendant cette manœuvre qui est faite avec toutes les précautions voulues, un jet d'eau boriquée continu est projeté sur l'orifice intestinal. L'intestin affaissé, je suture l'incision à l'aide de cinq sutures séro-séreuses à la soie fine. Je constate, alors en plongeant la main dans le petit bassin, que l'utérus, notablement agrandi, peut seul être la cause de l'occlusion intestinale. Je l'attire au dehors et vois qu'il s'agit d'un utérus fibromateux gros comme une tête de fœtus à terme. Les annexes des deux côtés sont saines, à part un kyste ovarique, gros comme une noix, du côté droit.

L'intestin, à partir de l'extrémité supérieure du rectum jusqu'au niveau du côlon descendant, c'est-à-dire toute l'anse sigmoïde, présente des traces de compression violente. Sur les 5/6 de sa circonférence, jusque près de l'insertion du méso, il présente une coloration grisâtre. La partie de l'anse correspondant au rebord osseux du détroit supérieur est manifestement étranglée. On y constate un anneau large de 4 à 5 centimètres d'un blanc grisâtre. Le péritoine seul existe encore à ce niveau : les tuniques moyenne et interne paraissent rompues. La gangrène est donc bien établie ; la compression exercée par la tumeur utérine peut, seule, être incriminée.

Je commence par faire l'amputation supra-vaginale de l'utérus, après avoir pédiculisé la tumeur avec un lien élastique que je me propose d'abandonner ultérieurement dans la cavité abdominale.

Cela fait, je m'occupe de l'intestin nécrosé ; la brièveté du bout inférieur, que je ne peux attirer au dehors, fixé qu'il est par son méso, la profondeur de la région comprimée compliquent singulièrement la si-

tuation. Je ne peux songer, en effet, à faire la résection de l'intestin dans ces conditions, bien qu'elle me paraisse complètement indiquée. Pour tourner la difficulté, j'invagine le bout nécrosé de l'intestin, dans la partie supérieure du rectum, et fais une suture séro-séreuse soignée sur tout le pourtour du calibre intestinal, jusqu'au niveau du méso qui est d'aspect normal. Désinfection minutieuse du champ opératoire ; puis, évidemment du moignon utérin et réunion des lèvres par une suture en surjet. Réduction du paquet intestinal et suture de la paroi. Injection d'éther, pouls petit. Nuit excellente. La malade soulagée rend des gaz par l'anus.

26. — Pouls relevé. Petite selle dans la journée. Ventre affaissé. Vomissements bilieux. Température — 36°5.

27. — Ventre souple. Plusieurs selles mi-solides, mi-liquides. On autorise du lait glacé et du champagne.

28. — Nuit bonne, plusieurs émissions de gaz. Vers le soir : agitation affaiblissement du pouls, voix creuse. Une selle presque solide. Miction normale.

29. — Pouls petit, agitation. Il y a évidemment un commencement de septicémie ; j'estime que le moignon utérin doit en être la cause. Aussi, je me décide à l'enlever par la voie vaginale. Un flot de liquide séreux, teinté de jaune et répandant une odeur fécaloïde, s'écoule, à peine le péritoine est-il ouvert. Le moignon extirpé n'est nullement gangrené. Il présente une teinte un peu plus blanche que normalement. Malgré l'intervention, mort à neuf heures.

*Nécropsie* : L'incision de décharge pratiquée sur l'intestin est parfaitement cicatrisée. Il en est de même de la suture du rectum, qui tient parfaitement. Le calibre de l'intestin est normal. Il n'y a plus trace de la portion invaginée, sans doute éliminée. Le voisinage de cette partie suturée est d'un bleu foncé intense, presque noir. Le méso-rectum est infiltré et verdâtre. C'est de là qu'est partie l'infection.

OBSERVATION XXVIII (Le Nouënne)

(In *Revue médicale de Normandie*, 25 octobre 1901)

Pauline L..., cinquante ans, célibataire, entre le 7 septembre 1901, à l'hospice général, dans le service du Docteur Lausies. Son bulletin d'entrée porte le diagnostic de fièvre typhoïde. Quelques heures après son arrivée, cette femme est transférée dans le service de chirurgie du docteur Le Normand pour occlusion intestinale. L'interne de garde a constaté des vomissements fécaloïdes, un ballonnement excessif du ventre. La malade avoue n'avoir eu ni selles, ni gaz depuis quatre jours. Le chef de service constate dans la région hypogastrique une submatité qui persiste après le cathétérisme. La température est à 36° ; le pouls rapide et petit. Les règles sont supprimées depuis dix ans, et la femme n'a jamais présenté ni douleurs abdominales, ni pertes d'aucune sorte. Néanmoins, on porte le diagnostic d'occlusion intestinale par adhérences fibromateuses et le docteur Le Normand pense qu'elle ne pourra pas supporter l'intervention. On donne un lavement de glycérine qui ramène une vingtaine de boulettes stercorales excessivement dures. La malade meurt dans le collapsus quinze heures après son entrée à l'hôpital.

Autopsie : fibrome utérin du poids de deux kgs 120 gr. La tumeur est très mobile sans pédicule et sans adhérences. A gauche, le côlon est comprimé par la tumeur sur l'os iliaque. En soulevant le fibrome on voit, au-dessus du point de compression, un amas de boulettes fécales semblables à celles qui avaient été évacuées par le lavement. La tumeur n'est pas enclavée dans le petit bassin et le rectum ne subit point le poids du fibrome. L'intestin est sain ; on voit seulement un peu de rougeur au niveau du point comprimé. Tous les organes sont normaux.

c) Occlusion de l'intestin grêle.

OBSERVATION XXIX (Le Nouënne)

(In *Revue médicale de Normandie*, 25 oct. 1901.)

Mme Eugénie H..., 45 ans, journalière, entre à l'hôpital Pasteur de Rouen, le 7 sept. 1900, dans le service du Dr Sorel. On relève dans son passé pathologique une fausse couche à 22 ans, suivie d'infection puerpérale ; une pneumonie à 43 ans. Il y a 18 ans, cette femme s'est aperçue d'une hernie inguinale droite qui, restée indolore et stationnaire pendant longtemps, a grossi depuis quelques mois. La malade n'a jamais porté de bandage ; la hernie se réduisait facilement.

Le 2 sept., la femme a senti pendant un bain, une douleur violente au niveau de la hernie ; en même temps, elle constata que celle-ci, augmentée de volume, ne se réduisait plus. Depuis ce moment, elle a eu des douleurs vives dans le ventre, surtout à droite, des nausées, des vomissements noirâtres sentant mauvais. Les selles étaient supprimées ; il n'y avait pas d'émission de gaz par le rectum.

Le 4 sept., un médecin constate une hernie inguinale étranglée et conseille l'intervention, qui est refusée par la malade. Les douleurs continuent plus violentes. L'occlusion persiste.

Le 5 sept., au soir, les vomissements cessent, la douleur est moins vive.

Le 7 sept., la femme après avoir souffert beaucoup et vomi plusieurs fois, se décide à entrer à l'hôpital. Selles et gaz toujours supprimés. D'après la malade, les vomissements de la nuit avaient l'odeur et l'apparence des matières fécales.

A l'examen, on trouve le facies encore bon. Pouls à 80. Température = 36°8. Il n'y a plus de hernie inguinale : celle-ci a disparu pendant le transfert de la malade à l'hôpital. Mais on constate à la palpation de l'abdomen, presque sur la ligne médiane, une tumeur dure, grosse comme le poing, très douloureuse au palper, dont le sommet remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le cœur et les poumons sont sains ; ni sucre, ni albumine dans l'urine ; la femme n'accuse rien de génital, ni douleurs, ni écoulements habituels.

Anesthésie au chloroforme. Malade placée sur le plan incliné. Il est facile alors de percevoir la tumeur qui est bosselée et mobile. Par le toucher, on la trouve adhérente à l'utérus et on sent une grosse tuméfaction nettement distincte dans le cul-de-sac gauche. M. le docteur Sorel porte le diagnostic de fibrome de l'utérus avec salpingite gauche, et décide d'opérer immédiatement la malade. Incision médiane. On trouve une tumeur fibreuse de l'utérus remontant à deux ou trois travers de doigt de l'ombilic, très mobile. Elle se confond avec l'utérus qui est en situation normale. Il y a quelques adhérences à l'épiploon, à la vessie et au côlon descendant. Le fibrome est libéré de ses adhérences et attiré en haut par le tire-bouchon.

Les annexes des deux côtés sont rouges et tuméfiées.

La trompe gauche forme avec l'ovaire, une masse grosse comme une mandarine. Les annexes sont enlevées, après une ligature en chaînette ; puis la vessie est décollée, le vagin ouvert en avant et incisé tout autour du col. L'ablation des annexes et de la tumeur a duré dix minutes. Ligatures artérielles à la soie, surjet au catgut, pour faire l'autoplastie du péritoine pelvien. Fermeture du ventre à trois étages. Pansement antiseptique. La malade a eu un demi-litre de sérum.

8 septembre. — L'opérée a bon aspect ; n'a pas encore eu de selles ; on lui donne un lavement qui amène une évacuation abondante. Le soir piqûre d'éther et de caféine.

9 et 10 septembre. — Vomissements.

11 septembre. — Elle tousse un peu. L'inspiration et l'expiration sont rudes au tiers supérieur du poumon surtout à droite. Application de teinture d'iode. Des lavements quotidiens amènent des selles.

14 septembre. — Réunion par première intention.

La malade est guérie.

L'auteur ajoute : Nous ne pouvons expliquer l'obstruction si prompte, coïncidant avec des phénomènes herniaires, que par un mouvement brusque de la tumeur, ayant produit une compression subite de la masse intestinale. Ces phénomènes réflexes auront déterminé la sortie d'une anse plus grande que de coutume et l'adynamie de l'intestin. Du

côté de la hernie, il y avait simplement de l'engouement, mais l'irréductibilité momentanée, coïncidant avec les symptômes généraux, inspirait le diagnostic d'étranglement vrai.

OBSERVATION XXX (Routier)

(*In Bulletin et Mémoire Société de Chirurgie, 1896*)

Quarante-neuf ans. Signes d'occlusion depuis huit jours. Abdomen énorme du fait d'une grosse tumeur fibreuse remontant au-dessus de l'ombilic et aussi du fait du météorisme. Il n'y avait pas de gaz depuis cinq ou six jours et l'urine était fort rare depuis la veille. Le pouls était petit, misérable, rapide (120), la langue sèche et cornée.

*Hystérectomie totale.* — Au cours de l'opération, je crus voir sur une anse qui descendait dans le petit bassin une plaque jaune. Morte le cinquième jour de broncho-pneumonie infectieuse.

*Nécropsie.* — Perforation sur le dernier segment de l'iléon certainement au point où cet intestin plongeant dans le petit bassin avait été comprimé par le fibrome contre l'arête du détroit supérieur.

OBSERVATION XXXI (Knowley Thornton)

Occlusion et fibrome. Hystérectomie d'urgence. Mort.

OBSERVATION XXXII (Zweifel)

Occlusion et fibrome. Hystérectomie d'urgence. Guérison.

OBSERVATION XXXIII (Chavannaz)

(*In Revue mensuelle de gynéc., obstétr. et pédiatrie de Bordeaux*, 1901)

Femme de quarante-neuf ans. Au près de laquelle nous sommes appelé par notre très distingué confrère, M. le D<sup>r</sup> Durand, le 4 septembre 1901. La malade nous raconte qu'elle n'a jamais eu d'accidents morbides graves ; elle a mené à bien quatre grossesses. Dans ces derniers temps la santé s'est maintenue bonne, sans diminution de l'appétit, sans constipation, mais le ventre a un peu grossi.

Les accidents semblent avoir débuté le 27 août au soir. A cette date, elle ressent quelque chose d'indéfinissable « comme si le ventre se démolissait » mais sans douleurs, sans vomissements. La nuit est pénible.

Le lendemain, 28 août, M. Durand constatait la présence d'une tumeur hypogastrique qui lui semble devoir être rattachée à l'utérus. Les culs-de-sac vaginaux sont libres. Les règles toujours régulières, datent d'une dizaine de jours ; elles ont été suivies d'une petite reprise de l'écoulement sanguin pendant quatre jours. Il y a une légère élévation de température. Le thermomètre marque 38°. Le traitement consiste en lavements, rhubarbe et application de glace sur l'abdomen. Le 1<sup>er</sup> septembre apparaissent des vomissements. Il y a suppression des gaz et des matières ; la malade rend les lavements qui lui sont administrés ; pourtant le lendemain elle évacue quelques petites matières sèches et rondes.

Nous sommes appelés le 4 septembre au soir. Le ventre est très ballonné plus particulièrement dans la région périombilicale ; à la percussion : matité dans les flancs et dans la région hypogastrique. La malade éprouve des douleurs très vives dans tout le ventre. Pas de hoquet, mais des vomissements fécaloïdes existent depuis deux jours. La malade ne rend ni matières ni gaz, malgré une limonade purgative prise le matin même.

Au toucher vaginal, col petit, non induré, il n'y a rien dans les culs-de-sac ; et l'utérus, autant qu'on peut en juger, est légèrement mobilisable. Le facies est grippé, le pouls est à 104, la température à 37.2 ; il n'y a rien à l'auscultation du poumon.

Le toucher rectal ne décèle aucun effacement du rectum. La malade est transportée à l'hôpital et nous intervenons d'urgence le soir même malgré une aggravation très nette des symptômes et malgré en particulier la faiblesse et la fréquence du pouls qui est passé à 120. En raison de la gravité extrême de la situation nous sommes décidé à pratiquer un anus contre nature sans nous attarder à une recherche approfondie de la cause de l'occlusion. Anesthésie obtenue dès les premières inhalations de chloroforme. Une injection de sérum est faite dès le début de l'anesthésie et continue pendant toute la durée de l'opération.

Incision dans la fosse iliaque droite parallèlement à l'arcade de Fallope ; il s'écoule une certaine quantité de sérosité sanguinolente. Le cœcum est découvert et reconnu, il est complètement flasque. Le doigt sent aussitôt la partie adjacente de l'iléon ; cette anse est flasque, très diminuée de volume, ayant à peine la grosseur du petit doigt. L'incision est agrandie sur le pubis, de manière à pouvoir suivre l'intestin grêle dans le petit bassin dans lequel il semble plonger. On constate alors que l'anse grêle terminale passe en arrière d'une tumeur dure qui fait corps avec l'utérus. L'anse grêle est réunie à la tumeur par des adhérences fibrineuses faciles à détacher : elle est comprimée entre la face postérieure de la tumeur et l'angle sacro-vertébral. Dans la portion comprimée, l'intestin est très fortement congestionné, mais il n'est le siège d'aucun processus de mortification. Au-dessus de la partie comprimée, l'intestin reprend brusquement son aspect normal, sauf qu'il est à ce niveau et au-dessus très fortement distendu.

En raison de l'état très précaire de la malade, nous pensons qu'il est utile de pouvoir amener une évacuation rapide du contenu intestinal ; aussi nous passons une broche dans le mésentère et nous amenons au dehors l'anse de l'intestin grêle qui confine à la portion antérieurement comprimée. Nous fermons rapidement la brèche intestinale au moyen d'une suture en masse au fil d'argent. A ce moment la malade est prise de vomissements ; elle rejette une quantité énorme de matières fécales qui, malheureusement, pénètrent, en partie, dans la trachée ; il y a brusquement arrêt de la respiration et du pouls et la mort arrive immédiatement malgré tous nos efforts.

*Autopsie* : Aucune altération de la continuité de l'intestin, aucune

tumeur de ses tuniques. On voit nettement la partie qui était comprimée par la tumeur : elle commence à environ 40 centimètres de l'abouchement au cœcum et la teinte rougeâtre se rencontre sur une longueur de 20 centimètres environ. La tumeur, cause de l'occlusion, consiste en un fibrome à peu près régulièrement ellipsoïdal, implanté sur le fond de l'utérus par un large pédicule. L'utérus lui-même est petit; il ne mesure en totalité et extérieurement que 5 cent. 1/2 de hauteur. Le fibrome mesure 16 cent. 5 de hauteur, 11 centimètres de large. L'utérus et le fibrome pèsent 460 grammes. Point particulier : l'angle sacro-vertébral est extrêmement aigu, très saillant en avant. La distance mesurée de cet angle au bord supérieur de la face postérieure de la symphyse pubienne est de 10 cent. 5.

OBSERVATION XXXIV (Fercy-Paton).

(*British medical Journal*, 17 janvier 1903).

Malade âgée de quarante-huit ans, atteinte de symptômes d'obstruction qui s'étaient répétés plusieurs fois. Une tumeur volumineuse occupait le bas-ventre et atteignait presque l'ombilic, tumeur ovale, dure, mobile. A l'examen on sentait à la surface de l'utérus plusieurs petits fibromes, mais rien ne révélait une connexion entre la grosse tumeur et l'utérus.

On fit la laparatomie et on trouva la tumeur adhérente au mésentère et à une grande étendue de l'intestin grêle. Comme la malade se trouvait dans un état très grave et qu'il ne semblait pas qu'elle put être améliorée, par une opération qui devait être importante, la plaie abdominale fut refermée. La malade mourut quelques heures plus tard.

*Autopsie.* — Fibrome du poids de cinq livres complètement détaché de l'utérus, sur lequel on pouvait voir des traces d'insertion. La tumeur était adhérente au mésentère sur 60 cent. de long et sur une longueur égale, à l'intestin grêle dans sa dernière portion. Les rapports étendus avec le mésentère et l'épiploon expliquent comment par des connexions

vasculaires nouvelles, le fibrome continuait de vivre. La transplantation d'un fibrome semble très rare. Il est à remarquer que la malade n'a jamais eu de grossesse.

OBSERVATION XXXV (Péan).

(In thèse Pellanda « la mort par les fibro-myomes utérins ». Lyon 1904-1905.)

Alphonsine T..., quarante-neuf ans, entrée dans le service de Gerin-Roze.

A son entrée, métrorragie qui dure depuis dix jours et empêche de pratiquer le toucher vaginal, vu l'abondance des caillots. Facies coloré. Peu d'amaigrissement ; constipation habituelle. Au palper, tumeur irrégulière et bosselée qui envoie des prolongements dans les deux fosses iliaques, surtout à droite ; mobile avec l'utérus.

*Autopsie.* — Fibro-myome du fond de l'utérus, de la grosseur d'un poing. A gauche de l'organe, tumeur ayant 30 cent. de circonférence et émergeant du fond du bassin, trompe à la surface. Elle paraît être développée aux dépens de l'ovaire ou du ligament large. A la coupe, il s'écoule du liquide couleur chocolat. Une bande fibreuse de 9 cent. 5 de long, sur 1 millim. de diamètre, va du kyste à la tumeur utérine à la façon d'un pont. Au-dessous d'elle est engagée une anse comprimée en ce point entre la bride et la tumeur, ce qui a déterminé de l'occlusion intestinale, cause de la péritonite. Le fond de l'utérus renferme plusieurs tumeurs à caractères fibro-kystiques.

OBSERVATION XXXVI (Harris).

(In *américain gynœc. and obstetr. Journal* vol. 10, page 257, année 1897).

(In thèse Guibé, Paris, 1901).

Malade âgée de soixante-dix ans, qui, après avoir longtemps porté un fibrome qui avait fortement diminué de volume depuis la ménopause,

était atteinte, depuis un an environ, d'une constipation de plus en plus opiniâtre. Elle fut opérée quoique l'examen révélât une tumeur libre et mobile, incapable semblait-il de comprimer l'intestin. Or, la laparatomie montra qu'il s'agissait d'un fibrome calcifié auquel adhéraient deux anses intestinales. Tant que la tumeur trop volumineuse était restée contenue dans l'abdomen, elle n'avait donné lieu à aucun symptôme, mais à mesure qu'en se calcifiant elle devenait plus petite, elle descendait dans le petit bassin entraînant avec elle les deux anses d'iléon.

#### D) Occlusion intestinale par fibro-myomes de l'utérus gravide

OBSERVATION XXXVII (Depaul)

(In *Union médicale*, 1857)

Depaul rapporte à la Société médicale d'émulation de Paris, dans sa séance du 4 juillet 1857, un fait de corps fibreux compliquant la grossesse. Appelé il y a deux ou trois ans par deux médecins de Laon auprès d'une dame, chez laquelle les symptômes généraux semblaient indiquer l'existence d'une hernie étranglée : on ne trouvait rien à l'examen qui justifiait cette crainte ; voici ce qui existait. Dans le bassin, vaste tumeur qui semblait étranglée dans sa cavité ; la matrice développée comme dans une grossesse de quatre mois environ avait été chassée en haut et le col était aplati derrière la symphyse pubienne et un peu sur le côté. La tumeur comprimait tellement le rectum qu'on pouvait à peine y introduire une sonde cannelée. Depaul ne voyant d'autre ressource que l'avortement conseilla d'attendre encore 24 heures.

Rappelé le lendemain, l'avortement fut provoqué au moyen d'une sonde utérine et la fausse couche eut lieu après 20 heures de travail. La femme se rétablit et la tumeur avec le temps a diminué notablement. C'est très probablement un corps fibreux de la paroi postérieure de l'utérus développé en même temps que la grossesse.

OBSERVATION XXXVIII (G. Epron)

(In Thèse Epron, Bordeaux 1901-1902)

Femme de quarante-deux ans, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents. Mariée depuis treize ans, n'a jamais eu d'enfant. Règles normales. Cette femme vient nous consulter en novembre 1890 parce que, depuis quelque temps, elle a du ballonnement abdominal et surtout une constipation opiniâtre.

Examen : ventre énorme donnant à la percussion de la sonorité tympanique, sauf une zone de matité qui s'étend dans tout le flanc gauche à partir de la ligne blanche. A la palpation, on trouve une tumeur dure bosselée, du volume d'une tête de fœtus, non douloureuse à la pression, située à gauche, dans la région correspondant à la zone de matité. Au toucher, le col est normal ; les mouvements que l'on imprime à l'utérus se communiquent à la tumeur.

La malade dit n'avoir encore éprouvé, ni douleur, ni métrorragie. Le traitement consiste en laxatifs répétés qui n'ont amené qu'une amélioration relative et passagère. Quelque temps après, symptômes d'obstruction complète (vomissements, arrêts des gaz et des matières, hypothermie). Après un purgatif, nous lui administrons de grands lavements à l'aide du siphon d'eau de seltz ; il se produit une débâcle et tout semble rentrer dans l'ordre.

Vers le 15 mars suivant, nous sommes appelé de nouveau et nous trouvons la malade dans un état qui, sauf les vomissements, ne rappelle en rien la situation pour laquelle nous fûmes consulté antérieurement. Constipation habituelle (selle tous les trois jours seulement), vomissements alimentaires, léger ballonnement du ventre. Par un examen plus attentif, nous trouvons sur le visage de notre malade des taches brunâtres rappelant le masque de la grossesse ; de plus, les seins sont gonflés, les tubercules de Montgomery hypertrophiés. Par le toucher vaginal, on rencontre un col ramolli, assez entr'ouvert pour admettre l'extrémité de l'index. La palpation externe de l'utérus est rendue très difficile par la présence de la tumeur qui est devenue grosse comme la

tête d'un adulte. Bien que nous ne trouvions aucun signe de certitude de la grossesse, nous n'en demeurons pas moins persuadé que là se trouve la cause des troubles éprouvés par la malade.

Un confrère spécialiste, appelé pour éclairer notre diagnostic, confirme nos soupçons sans cependant se prononcer encore complètement. Bref, au bout de quelques jours, le doute était devenu impossible, puisqu'on pouvait percevoir les mouvements actifs du fœtus.

La grossesse évolue normalement et l'accouchement fut relativement facile, bien que le travail se soit considérablement prolongé ; délivrance artificielle pénible : le placenta s'était encastré derrière la tumeur.

Les suites de couches furent marquées par une élévation de la température refrénée par des injections aseptiques intra-utérines, puis tout rentra dans l'ordre normal.

Quelques mois plus tard, la tumeur a considérablement grossi, elle atteint l'ombilic, la malade est plus constipée que jamais ; elle a de la fièvre et son état nous fait songer à la nécessité d'une intervention rapide ; nous nous y préparons lorsque, au moment où nous arrivons pour proposer une opération, nous trouvons les symptômes considérablement amendés. La température est presque normale, il s'est produit une selle abondante, tout cela à la suite de l'issue par le vagin d'une certaine quantité de pus mélangé de lambeaux membraneux.

L'écoulement continue pendant une quinzaine de jours environ, les lambeaux devenant de plus en plus épais et grands, lorsqu'un jour la malade s'aperçoit de la présence dans son vagin d'un corps étranger volumineux. Appelé de nouveau, nous retirons, sans aucune peine d'ailleurs, une tumeur du volume d'une grosse tête de fœtus et que l'examen histologique a démontré être un fibrome. La malade s'est toujours très bien portée depuis cette époque.

#### OBSERVATION XXXIX (Schwartz)

(Société d'obs., gynéc., pédiatrie, mai, juin 1901)

Grossesse de quatre mois et demi compliquée de fibromes. Douleurs abdominales. Troubles dans les fonctions du rectum aplati par la tu-

meur contre le sacrum. Se basant sur ces troubles, non encore alarmants et sur ce que la malade ne pourra pas probablement arriver à terme, ni surtout accoucher par les voies naturelles. Schwartz fait l'hystérectomie supra-vaginale. Guérison.

OBSERVATION XL (Landau)

(In Thumin Archif. für Gynæk. LXIV, 3, 1901)

Fibromes multiples et grossesse de trois à quatre mois. Douleurs dans le bas-ventre et les membres inférieurs. Constipation opiniâtre, défécation douloureuse, difficulté de la miction. Hémorragies graves. Extirpation totale de l'utérus. Guérison.

OBSERVATION XLI (Landau)

Fibromes multiples de l'utérus, grossesse de trois mois. Troubles de compression, douleurs abdominales. Constipation opiniâtre, rebelle aux purgatifs, mictions douloureuses et fréquentes. Hystérectomie. Guérison.

OBSERVATION XLII (Landau)

Fibromes utérins multiples, grossesse de trois mois. Douleurs intolérables dans le bas-ventre et les jambes. Constipation opiniâtre. Extirpation totale. Guérison.

OBSERVATION XLIII (Landau)

Fibromes multiples. Grossesse de quatre mois. Hémorragies, appétit disparu, constipation opiniâtre. Amaigrissement. Extirpation totale. Mort par embolie.

OBSERVATION XLIV (Horrocks 1886)

(In Thèse Pujol Montpellier 1895-1896)

Multipare de trente ans. Grossesse compliquée de tumeur fibreuse faisant issue dans le cul-de-sac postérieur. Constipation ; douleur de la défécation. On peut faire remonter la tumeur. Accouchement à terme enfant vivant. Le fibrome diminue après l'accouchement.

OBSERVATION XLV (Doléris)

(In *Journal la Gynécologie*, 1839, p. 495)

(In Thèse Turner, Paris 1900)

Richt..., âgée de quarante ans, entrée le 13 mars 1899, à la maternité de l'hôpital Boucicaut. Mariée depuis dix-sept ans ; n'a jamais eu d'enfants. Réglée à douze ans, les menstrues étaient profuses et de longue durée. En 1895, je reconnus une tumeur siégeant sur la paroi antéro-latérale gauche de l'utérus, dure, bosselée, assez mobile et offrant le volume d'une noix de coco. Douleurs et ménorragies.

En 1898, les règles furent supprimées pendant deux mois (aménorrhée passagère et anémie profonde). Pendant ce temps la masse fibromateuse avait augmenté d'une façon progressive et continue sans troubles appréciables.

Il y a quatre mois que M<sup>me</sup> R. n'a pas vu ses règles. La dernière menstruation date du début d'octobre 1898 et peu après se produisirent des symptômes de grossesse. Le ventre se développa rapidement sans toutefois devenir douloureux. De janvier 1899 au 13 mars, il aurait doublé de volume au dire de la malade.

L'idée ne lui est pas venue qu'il put s'agir d'une grossesse. L'énorme et rapide développement de l'abdomen d'abord, puis l'apparition d'un œdème des membres inférieurs qui l'empêchait de continuer son métier

de blanc, sseuse, réussirent cependant à l'inquiéter et c'est alors qu'elle entra à l'hôpital.

*Examen.* — Le ventre est développé comme dans une grossesse à terme. Les membres inférieurs sont très œdématiés. La malade accuse dans les reins et dans les cuisses, des douleurs qui vont jusqu'à la priver de sommeil. Elle éprouve vers le soir une oppression assez vive.

On constate que l'abdomen est rempli par une volumineuse tumeur qui remonte à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Sa surface, loin d'être unie et régulière comme celle d'un utérus gravide, présente au contraire des saillies secondaires qui paraissent greffées sur une masse puerpérale. L'une de ces saillies, la plus apparente, siège sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus de l'ombilic et pointe fortement en avant sous la paroi abdominale. A la palpation, elle semble jouir d'un léger degré de mobilité transversale et verticale. Le palper est très douloureux au niveau du flanc droit.

Au toucher, l'excavation pelvienne est remplie par des masses dures, bosselées et volumineuses, qui dépriment et effacent les culs-de-sac du vagin. Celui-ci est très court et déformé.

Pour trouver le col utérin, il faut suivre une fissure étroite et tortueuse resserrée entre la tumeur pelvienne et la symphyse pubienne. On arrive péniblement à l'atteindre très haut en avant et à droite; encore ne prend-on contact avec lui que de l'extrémité de l'index. Il est réduit à une saillie inappréciable, dure, avec un orifice à peine perceptible. De toute évidence, la masse pelvienne est un fibrome développé sur la face postérieure de l'isthme utérin, qui a envahi entièrement le bassin et repoussé en haut le segment vaginal de l'utérus. Quant à l'utérus lui-même, impossible d'en prendre connaissance ni par le toucher, ni par le palper, noyé qu'il est au centre des masses fibromateuses qui émergent de ses parois et poussent leurs saillies volumineuses de tous les côtés.

Nulle modification des seins.

L'auscultation de l'abdomen ne permet d'entendre qu'un souffle à timbre rude, dû à la compression des vaisseaux par la tumeur.

L'auscultation du cœur de la malade fait reconnaître un souffle systolique à la pointe, qui se propage vers l'aisselle. L'auscultation du poumon révèle des signes de compression et un léger œdème des bases.

L'urine contient un peu d'albumine. L'alimentation est difficile.

Le facies est pâle, jaune, amaigri, l'état général déprimé.

Il faut reconnaître que la situation était loin d'offrir toute la netteté désirable. Mon collègue et ami, Gérard Marchand, émettait l'hypothèse d'un fibro-sarcome utérin à marche rapide, et l'accroissement extraordinairement prompt de la tumeur à une période si peu avancée de la grossesse présumée (4 mois?), joint à l'état de cachexie profonde et subite de la malade, semblaient lui donner raison.

Mon collègue et ami Baudron, sans se prononcer catégoriquement, estimait que l'opération était hasardeuse. Malgré tout, et pour laisser une suprême chance de survie et à titre de ressource héroïque, nous résolûmes de pratiquer la laparotomie afin d'éclairer, si possible, le diagnostic.

Mais vers le 3 ou 4 avril, la malade est prise d'une perte de sang assez abondante. On pratique le tamponnement du vagin. Dans la nuit du 5 au 6, expulsion d'un fœtus de quatre à cinq mois, aplati, laminé. Le cordon se rompt inopinément. A l'examen digital, on rencontre l'orifice cervical, situé très haut, immédiatement en arrière du bord supérieur de la symphyse, entr'ouvert et conduisant dans un canal, long, anfractueux, sans possibilité aucune d'atteindre le placenta. Injection intra-utérine. Dans ces conditions, toute intervention immédiate doit être ajournée. On pouvait même espérer, si tout se passait bien, que l'état de la malade s'améliorerait.

Comme l'expulsion du délivre ne se faisait pas, je tentai de l'extraire en prenant des précautions antiseptiques minutieuses : mais le trajet cervical démesurément long, sa direction flexueuse, l'impossibilité d'abaisser le corps de l'utérus perdu au milieu de masses fibreuses, de reconnaître, même approximativement, le siège du placenta qui pouvait être logé dans une anfractuosité utérine moulée dans l'intervalle de saillies fibromateuses, constituaient autant d'obstacles insurmontables. Je pratiquai une large irrigation intra-utérine et un tamponnement à la gaze iodoformée.

La malade était très affaissée depuis son avortement. Le 10 avril, la dyspnée augmenta notablement ainsi que l'albuminurie. Le 11, des phénomènes d'obstruction intestinale apparurent. Vomissements répétés, pouls à 120, température normale. En mon absence, MM. Gérard, Mar-

chant et Baudron voient la malade et recommandent des lavages d'estomac. On ne peut songer à une intervention. Les lavages de l'estomac ramènent des liquides couleur jus de pruneaux. La malade succombe le lendemain. La température n'a jamais dépassé 37°2. Elle était de 36°8 à 37° depuis l'avortement. Aucune fétidité de l'écoulement lochial.

*Nécropsie* (13 avril). — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une faible quantité de liquide ascitique citrin. Le côlon transverse et la masse de l'intestin grêle sont refoulés en haut, vers le foie et le diaphragme, par une tumeur très irrégulière, mamelonnée, emplissant l'abdomen et pénétrant dans l'excavation pelvienne. On n'aperçoit nulle part l'utérus.

En avant de cette masse repose la vessie, déviée à droite et en haut, très amincie, allongée et d'aspect fusiforme. Elle adhère à la tumeur sur une large surface et se déchire pendant les tentatives de décollement. Le ligament large droit est complètement dédoublé par la portion intra-pelvienne de la tumeur, et on trouve l'uretère droit très visible, superficiellement placé au-devant de la masse en question, dévié et croisant celle-ci en sautoir sur sa partie postéro-latérale.

A gauche, on trouve vers la ligne innominée l'S iliaque du côlon fortement comprimé entre la paroi osseuse du bassin et la tumeur, à laquelle elle adhère lâchement.

En arrière, le néoplasme se détache assez facilement de la concavité du sacrum sur laquelle il se trouve moulé et rattaché par quelques adhérences peu résistantes.

Le grand épiploon, est relié à la surface antéro-latérale gauche supérieure de la tumeur par des exsudats anciens et vascularisés.

La tumeur extraite de l'abdomen par bascule en avant et section du vagin pèse 6500 grammes. Sa partie supérieure offre une disposition générale en trèfle, c'est-à-dire trois masses, deux latérales et une médiane plus mobile, légèrement pédiculée.

La partie inférieure de la tumeur est assez régulière. Point de saillie qui rappelle le corps de l'utérus. Le col n'existe point. Un orifice indique son abouchement au vagin.

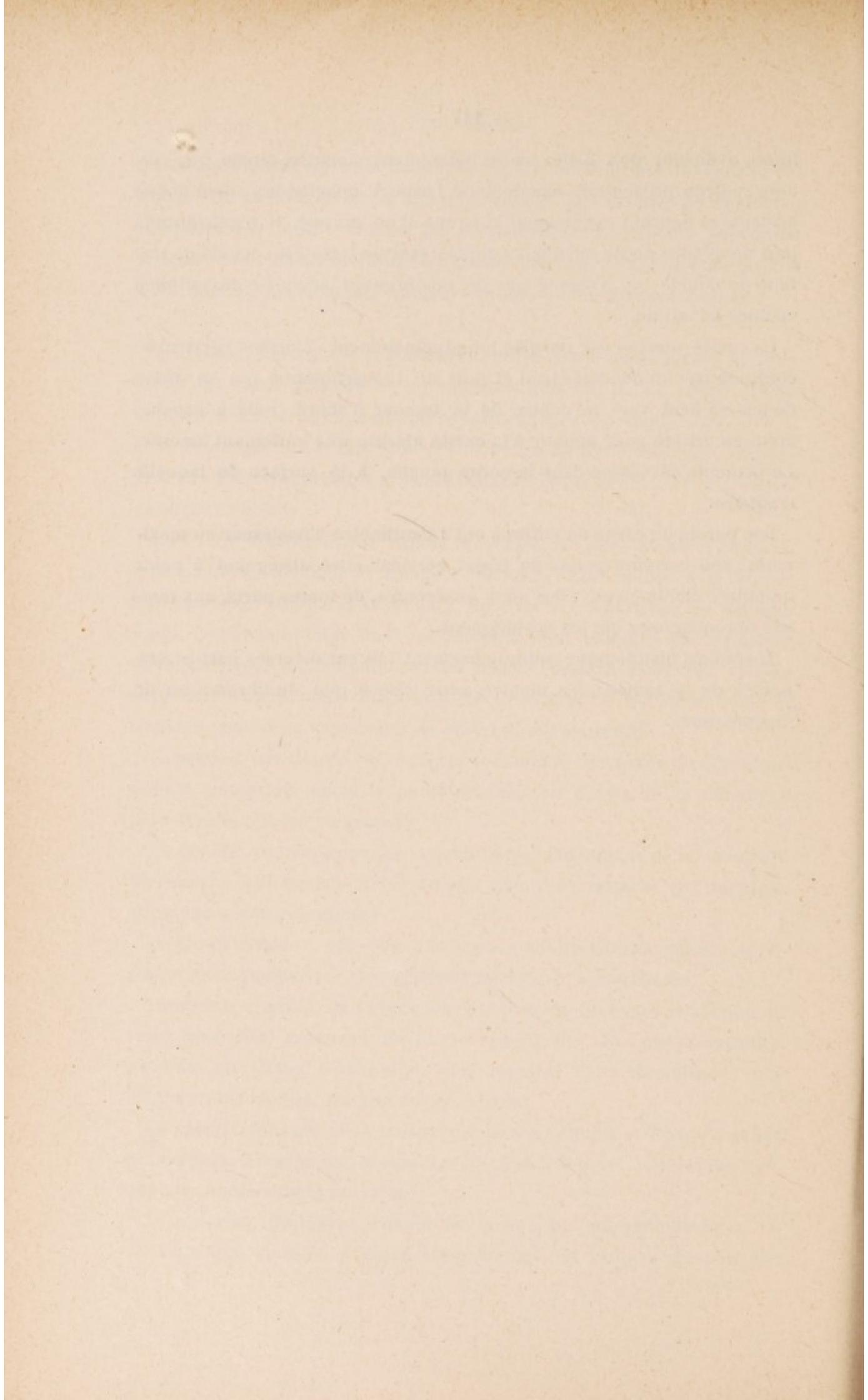
A la coupe, pratiquée d'avant en arrière et longitudinalement, on constate que certains nodules néoplasiques ont l'aspect fibromateux

franc, avec leur poli blanc nacré légèrement jaunâtre, tandis que certains autres présentent exactement l'aspect myomateux rose foncé brillant, et figurant exactement la coupe d'un muscle. Il n'existe nulle part de géodes ou de cavités kystiques, mais le tissu est succulent, imbibé de liquide qui s'écoule par de nombreuses lacunes lymphatiques visibles à l'œil nu.

La cavité utérine est ouverte longitudinalement. L'orifice cervical se continue par un conduit étroit et long de 19 centimètres qui se dirige de bas en haut vers le centre de la tumeur d'abord, puis à gauche, enfin en arrière pour aboutir à la cavité utérine très nettement bicornue. Le placenta est inséré dans la corne gauche, à la surface de laquelle il adhère.

Les parois du corps de l'utérus ont 1 centimètre d'épaisseur au maximum ; sur certains points du trajet cervical elles atteignent à peine quelques centimètres. Elles sont adhérentes, de toutes parts, aux masses fibromateuses qui les enveloppent.

L'examen histologique minutieusement fait sur diverses parties suspectes de la tumeur, n'a montré autre chose que du fibrome ou du myome purs.



## CHAPITRE VI

---

### Traitement.

*Ce qui a été fait.* — Avant la période antiseptique, on n'osait pas intervenir chirurgicalement. Aussi le traitement médical était-il employé tout seul. On essayait de rétablir la circulation intestinale en sondant le rectum, en donnant des purgatifs énergiques et des lavements répétés. Quand ce traitement échouait, on avait alors recours à de timides opérations chirurgicales. C'est ainsi que Kidd prétend avoir vu un grand nombre de tumeurs fibreuses de l'utérus comprimant le rectum. Il luttait contre l'obstruction intestinale consécutive, par l'introduction dans le rectum d'un ballon de Barnes. Judes Hûe, de Rouen, vers 1875, essaya, le premier, de désenclaver la tumeur quand elle était immobilisée dans le petit bassin, de l'élever dans la cavité abdominale au-dessus du détroit supérieur et de la maintenir dans cette position par un pessaire approprié. Voici la technique employée. La femme est placée dans la position genu-pectorale et on l'invite à respirer largement. Par deux doigts introduits soit dans le vagin, soit dans le rectum, on exerce une pression de bas en haut de façon à lui faire franchir le détroit supérieur. La force à employer est parfois considérable (10 à 15 kilogr.), et sert pour vaincre l'enclavement et aussi pour rompre les adhérences.

Une fois la tumeur remontée au-dessus du détroit supérieur, on la maintient dans cette nouvelle position par un pessaire en bilboquet placé dans le cul-de-sac postérieur et maintenu lui-même par un bandage en T. Il est inutile presque de faire remarquer combien elle est dangereuse. Si une anse intestinale est adhérente à la tumeur, on risque, par ces manœuvres, de la léser. Dans le cas de Levêque, chaque tentative de réduction amenait une syncope. Enfin, ce traitement n'est nullement curateur, puisque les accidents pourront se reproduire. Mais la méthode était originale et pouvait être utile, car, à cette époque, les interventions chirurgicales étaient à peu près invariablement suivies de mort. Quand toutes les méthodes de traitement précédemment énumérées n'avaient donné aucun résultat, alors on pratiquait l'anus contre nature : c'était la ressource ultime. On le pratiquait en un point où il n'était pas nécessaire d'ouvrir la cavité péritonéale. Mais, soit qu'on soit intervenu trop tard, soit que la cavité péritonéale ait été ouverte accidentellement, la mort est presque toujours survenue. Quand la distension de l'intestin était très grande, que la respiration était gênée, on pratiquait des ponctions intestinales. Les résultats étaient désastreux. L'intestin étant perforé, la péritonite éclatait et le dénouement fatal survenait bientôt (cas de Fourestié). Nous devons signaler qu'à l'époque préantiseptique (1869), Kœberlé avait déjà pratiqué plusieurs laparo-myomectomies suivies de succès.

Avec la période moderne, le traitement devient plus efficace. Comme traitement médical, on emploie l'entéroclyse, les lavements avec des liquides gazogènes, associés aux purgatifs, des lavements électriques. Des expériences démontrent l'existence de l'intoxication intestinale. Aussi favorise-t-on la diurèse, l'élimination des toxines, par les injections de sérum, les lavages de l'estomac et de l'intestin. On tente, en même temps, d'assurer l'antisepsie intestinale par l'administration de benzonaphtol ou de salicylate de bismuth. A côté de ce traitement, l'intervention radicale est toujours pratiquée. Tantôt, la situation étant extrêmement grave, on pratique avec succès l'anus

contre nature, comme opération d'attente qui sera suivie ultérieurement d'une cure radicale (Chavannaz), tantôt l'extirpation du fibrome est pratiquée d'emblée (hystérectomie ou myomectomie), tantôt l'occlusion offrant une évolution chronique, on se contente de pratiquer la castration double, pour amener une ménopause anticipée et consécutivement la régression de la tumeur (Terrillon) ; le résultat fut d'ailleurs négatif. La mise en œuvre de toutes ces méthodes n'a pas donné de beaux résultats. 21 cas sur 36 ont été suivis de mort. Cette mortalité tient d'abord, il faut le dire, à des accidents survenus à la période préantiseptique qu'on ne rencontrerait plus de nos jours. Si l'on élimine ces cas, on voit que le traitement a été inefficace pour les raisons suivantes : dans certains cas, on a pratiqué des opérations de nécessité chez des malades dont l'état général était très mauvais. Dans d'autres cas, on n'a pas tenu suffisamment compte de l'intoxication d'origine intestinale qui aggrave nécessairement le pronostic opératoire. Enfin, parfois le chirurgien a trouvé des difficultés opératoires sérieuses. Nous allons indiquer maintenant la conduite à tenir qui nous paraît la meilleure.

*Conduite à tenir.* — Le traitement à employer sera variable, suivant que l'occlusion est rectale, qu'elle siège sur l'S iliaque ou sur l'intestin grêle. Nous avons déjà indiqué, au chapitre du diagnostic, les moyens de reconnaître ce siège.

*Occlusion rectale.* — La malade est constipée depuis longtemps et généralement, elle n'est examinée que quelque temps après le début des accidents. L'intoxication a été lente, mais elle n'en existe pas moins. L'état général est plus ou moins délabré ; on constate de l'amaigrissement et de l'anémie. De là il suit, que chez une femme constipée ordinairement, l'examen devra être minutieux, pour déceler une tumeur fibreuse possible. Ce symptôme initial est ordinairement méconnu parce que presque toutes les femmes le présentent. C'est pourquoi nous tenons à y insister. La tumeur

une fois reconnue, surtout si elle s'accompagne d'autres symptômes de compression même légers, nous croyons que la malade doit être opérée. Inversement, si le fibrome existe depuis longtemps sans avoir provoqué d'accidents, le médecin devra veiller sur le fonctionnement du tube intestinal, se méfier surtout aux environs de la ménopause et à la moindre alerte sérieuse, s'assurer par l'examen si la tumeur n'a pas une tendance à s'immobiliser dans la cavité pelvienne. De cette façon, il sera parfois possible de prévenir l'occlusion, d'en faire la prophylaxie et par une opération précoce, faite dans les meilleures conditions possibles, éviter à la malade les dangers de la coprostase. Si l'intoxication a déjà commencé à se produire, on prescrira des laxatifs ou des lavements, et on assurera l'antisepsie de l'intestin.

Si l'occlusion est complètement établie, on pratiquera le plus tôt possible l'opération radicale. Le siège de l'occlusion étant très bas situé, l'intoxication n'est pas rapidement grave, et on pourra essayer si le traitement médical donnera une évacuation. On ne pratiquera pas de manœuvres de désenclavement. Nous avons déjà dit combien elles pouvaient être dangereuses. Mais l'on pourra sonder le rectum, faire des irrigations intestinales, si elles sont possibles, faire même des lavages de l'estomac. Tout cela non pour retarder l'opération, mais pour attendre qu'elle puisse être pratiquée dans de meilleures conditions.

Si du fait même du siège du fibrome (fibromes inclus) on prévoit de sérieuses difficultés opératoires, on pourra tout d'abord pratiquer un anus contre nature sur le côlon descendant. Cette conduite est d'autant plus indiquée, que l'occlusion siégeant plus bas, les troubles apportés aux fonctions intestinales sont réduits au minimum.

On ne devra jamais pratiquer des opérations palliatives comme, par exemple la castration double ou les ligatures atrophiées de l'utérus, espérant par là réduire le volume du fibrome. On est tenté de le faire justement dans les cas où l'occlusion rectale affecte une forme chronique (cas de Terril-

lon). Mais outre que les accidents continuent à persister pendant un certain temps, la réduction de volume du fibrome ne se faisant que très lentement, on sait que ce traitement est suivi, dans certains cas, d'une augmentation temporaire du volume de la tumeur qui pourrait transformer l'occlusion chronique en occlusion aiguë. On ne doit pas oublier non plus que si on attend trop, la péritonite survient, parce que la stase sanguine des parois comprimées favorise l'infection de la séreuse. (Cas de Delore.)

*Occlusion de l'S iliaque.* — Quand l'occlusion se fait sur le détroit supérieur ou dans la fosse iliaque, que le diagnostic est ferme, l'opération ne devra pas être différée. En effet, l'occlusion étant bas située, la marche des accidents n'est pas aussi aiguë que dans l'occlusion de l'intestin grêle, et on se laisse aller à temporiser. Or, la compression à ce niveau n'est pas une compression large comme au niveau du sacrum. Il s'ensuit que si l'on attend trop longtemps, le segment intestinal comprimé peut se gangréner, d'où un pronostic considérablement plus grave. C'est ce qui arriva pour une malade de Bœckel qui eut pendant cinq jours des vomissements fécaloïdes et ne fut opérée que le 6<sup>me</sup>. A la laparatomie on constata une perforation du côlon descendant. L'intervention devra donc être précoce.

Dans cette variété d'occlusion, les vomissements fécaloïdes sont constants. On devra donc, systématiquement, pratiquer des lavages d'estomac. Guérin (Thèse Bordeaux 1895) a montré tous les bénéfices qu'on peut retirer de ce traitement qui permet d'enlever une partie du contenu toxique intestinal. On pourra également administrer des antiseptiques, pour diminuer la toxicité de ce contenu, autant que faire se peut. Enfin, ainsi que l'a fait Barette, on pourra injecter du sérum artificiel pour activer la diurèse, faciliter ainsi l'élimination des toxines et diminuer la violence de l'intoxication. Ce traitement médical peut être continué même après l'opération.

*Occlusion de l'intestin grêle.* — Ici la marche des accidents est ordinairement suraiguë. Le plus souvent on sera appelé à pratiquer une opération d'urgence et cela parce qu'on ne pourra pas être certain du diagnostic, l'occlusion pouvant être due à une bride, à une adhérence. Mais l'opération doit être immédiate. Il faudra se rappeler le cas de Routier, où les accidents d'occlusion existaient depuis huit jours. Quand la laparotomie fut pratiquée, une portion de l'iléon était gangrenée. Dans cette variété d'occlusion, où les accidents acquièrent une gravité extrême, le traitement médical dirigé contre l'intoxication devra être plus énergique que jamais. On devra de plus administrer des lavements par l'anus, faire de l'entéro-clyse, pour enlever des voies digestives situées en aval de l'obstacle les matières fécales sur lesquelles la bile, dont on connaît le pouvoir antitoxique, ne peut plus exercer d'action. Il est entendu aussi qu'avant d'intervenir on aura pratiqué, si on le peut, quel que soit d'ailleurs le siège de l'occlusion, un lavement électrique suivant la méthode de Boudet, au cas possible où l'on aurait affaire à une occlusion due simplement à une paralysie de l'intestin.

*Intervention chirurgicale.* — L'intervention chirurgicale sera variable suivant qu'on veut simplement lutter contre les accidents de l'occlusion, ou enlever le fibromyome, cause de l'arrêt de la circulation intestinale. Dans le premier cas, on pratique une opération palliative : l'anus contre nature, qui ne fait que remédier à l'occlusion. Dans le second cas, on pratique la cure radicale. Cette dernière méthode ne doit pas être suivie dans tous les cas, parce qu'elle entraîne un pronostic grave, quand la malade est profondément intoxiquée et anémiée par des métrorragies antérieures. Elle est seulement applicable aux cas dans lesquels on a affaire à de l'occlusion rectale, avec un état général satisfaisant ; ou bien aux cas dans lesquels une opération d'urgence est absolument nécessaire, c'est-à-dire quand on a affaire à une occlusion à marche aiguë siégeant sur l'intestin grêle, occlusion pour laquelle l'anus

contre nature, placé trop haut, donnerait de mauvais résultats.

Dans tous les autres cas, quand on prévoit des difficultés opératoires (multiplicité et siège des tumeurs), une opération longue et laborieuse, qui sera nécessairement mal supportée par une malade affaiblie, il sera sage de recourir à la méthode suivante qui comprend deux temps : dans un premier temps, on pratique l'entérostomie, opération rapide et facile qui fait cesser les accidents actuels d'occlusion et qui n'est qu'une opération d'attente ; dans un second temps, on pratique l'ablation du fibro-myome chez une malade qui, grâce à l'opération précédente, à repris un bon état général, c'est-à-dire est placée dans les meilleures conditions de guérison. C'est la méthode suivie par M. le professeur agrégé Chavannaz. Le chirurgien opère ici « à froid » (suivant l'heureuse expression de Tuffier), il pratique une opération de choix, qui donne des résultats excellents.

On a fait à l'anus contre nature différents reproches. Segond disait qu'avec cette opération on ne risquait pas de tuer le malade, mais qu'on le laissait mourir.

Ce reproche n'est vrai que quand l'anus artificiel est placé trop haut. Ici on peut le placer très bas, puisque l'occlusion est presque toujours bas située et par conséquent les troubles apportés au fonctionnement de l'intestin seront minimes. Cette méthode ne peut s'appliquer, il est vrai, à l'occlusion par fibro-myome au moyen d'adhérences ou de brides, pour laquelle on sera forcé de pratiquer une laparotomie exploratrice, qui indiquera la conduite ultérieure à tenir.

*Choix de l'opération.* — Qu'on suive l'une ou l'autre méthode, on peut pratiquer pour enlever la tumeur les trois opérations suivantes : soit la polypectomie, quand on a affaire à un fibrome pédiculé, soit la myomectomie quand on a affaire à des tumeurs interstitielles, soit enfin, l'hystérectomie abdominale. Dans le choix de l'opération devront rentrer en ligne de compte l'état de l'utérus, le nombre et le siège des tumeurs. Si l'utérus est bourré de noyaux fibreux, la laparo-

myomectomie est impraticable et on devra recourir à l'hystérectomie subtotale.

C'est une opération rapide, qu'il est nécessaire de pratiquer quand la patiente est dans une situation grave. Notons, d'ailleurs, que les femmes présentant de l'occlusion intestinale sont en général arrivées au terme de leur vie génitale et que la conservation de l'utérus n'est pas d'une grande utilité.

On devra recourir également à l'hystérectomie quand l'utérus est rétrofléchi ou en rétroversion. Dans ce cas, il peut être la cause d'accidents ultérieurs. Nous n'insistons pas davantage sur le choix de l'opération.

La technique étant parfaitement connue, nous ne parlerons que de difficultés opératoires particulières, qu'on pourra rencontrer.

*Difficultés opératoires.* — Il peut arriver que des difficultés surgissent au cours de la laparotomie, du fait de la distension des anses intestinales, surtout quand l'occlusion est bas située comme dans le cas de Delore. Les anses distendues sortent à plusieurs reprises par la plaie et constituent une gêne constante pour l'opérateur. Nous croyons que dans ce cas on peut pratiquer ce que Jeanbrau appelle une entérotomie de décharge, c'est-à-dire pratiquer sur le segment de l'intestin immédiatement sus-jacent à l'obstacle, une ouverture de quelques centimètres. Bien entendu, l'anse est attirée hors de la cavité abdominale, et l'évacuation se fait sous un jet d'eau boriquée chaude. Après quoi, on suture la plaie intestinale, et le segment intestinal est rentré dans la cavité abdominale. Cette opération offre un double avantage : elle assure l'évacuation immédiate de l'intestin qui pourrait ne pas se produire après l'opération (occlusion réflexe après la laparotomie); les anses flasques ne gênent plus l'opérateur, et ainsi l'exploration et l'ablation du fibromyome sont rendues plus faciles. Toutefois, il faut remarquer que la position de Trendelenburg réduit cette gêne au minimum et que, ordinairement, l'entérotomie sera inutile. En tout cas, cette ma-

nœuvre complémentaire aggravant le pronostic opératoire, nous pensons qu'il ne faudra la pratiquer que quand on la juge absolument nécessaire.

Si on trouve la paroi intestinale sphacélée il faudra pratiquer la résection large du segment intestinal lésé. Les deux cas de J. Bœckel sont instructifs à cet égard. Dans un cas, après avoir constaté que le péritoine est terne au niveau de la zone étranglée, que l'intestin est bleuâtre mais que les matières peuvent circuler, l'opérateur se contenta de suturer une plaie du côlon descendant. Quelques jours après, la malade mourut et à l'autopsie on constata la gangrène de tout l'S iliaque. Dans le deuxième cas, l'anse sigmoïde était grisâtre et, au niveau du détroit supérieur, les tuniques moyenne et interne paraissaient être rompues. Ne pouvant attirer au dehors le bout inférieur du segment nécrosé fixé par un court méso, il invagine le segment dans le rectum et le retient par une suture séro-séreuse soignée sur tout le pourtour du calibre intestinal. Mort. A l'autopsie, on constate une péritonite, le méso-rectum est verdâtre et le voisinage de la partie suturée bleu-noir intense. Il suit de là qu'on doit pratiquer la résection large de la zone nécrosée. Ces faits ont même conduit J. Bœckel à penser qu'on doit extirper le segment nécrosé, après ligature, comme un sac clos, et pratiquer ensuite, soit un anus artificiel, soit l'entéro-anastomose.

Une difficulté qui peut surgir est celle qui tient soit à l'enclavement du fibrome dans le petit bassin, soit à la rétroflexion adhérente de l'utérus fibromateux. Dans ces deux cas, il est parfois impossible ou du moins très difficile, soit à l'aide des mains, soit avec des tracteurs, de faire basculer la masse fibreuse en avant pour aborder le col par derrière et pratiquer l'hystérectomie. Dans ce cas, la technique suivante (hystérectomie par décollation donnée par J. L. Faure (*Presse médicale*, 8 octobre 1902) est tout indiquée.

Le col est sectionné le premier en avant au niveau du cul-de-sac utéro-vésical. On attire alors en haut le pôle inférieur de l'utérus; on le fait basculer et on peut ainsi en l'attrapant

par-dessous et de haut en bas enlever assez facilement un fibrome qui se désenclave peu à peu, ou un utérus fibromateux adhérent par le fond et dont les plans de clivage inférieurs deviennent ainsi accessibles. Ce procédé a été employé par M. le professeur Boursier chez la malade qui fait l'objet de notre observation inédite.

Une autre difficulté vient des adhérences qui peuvent exister entre un segment d'intestin et la tumeur. En ce cas, on peut employer la technique préconisée par Schröder qui consiste à enlever avec l'intestin une mince couche de la tumeur. On refermera ensuite par une suture la surface cruentée.

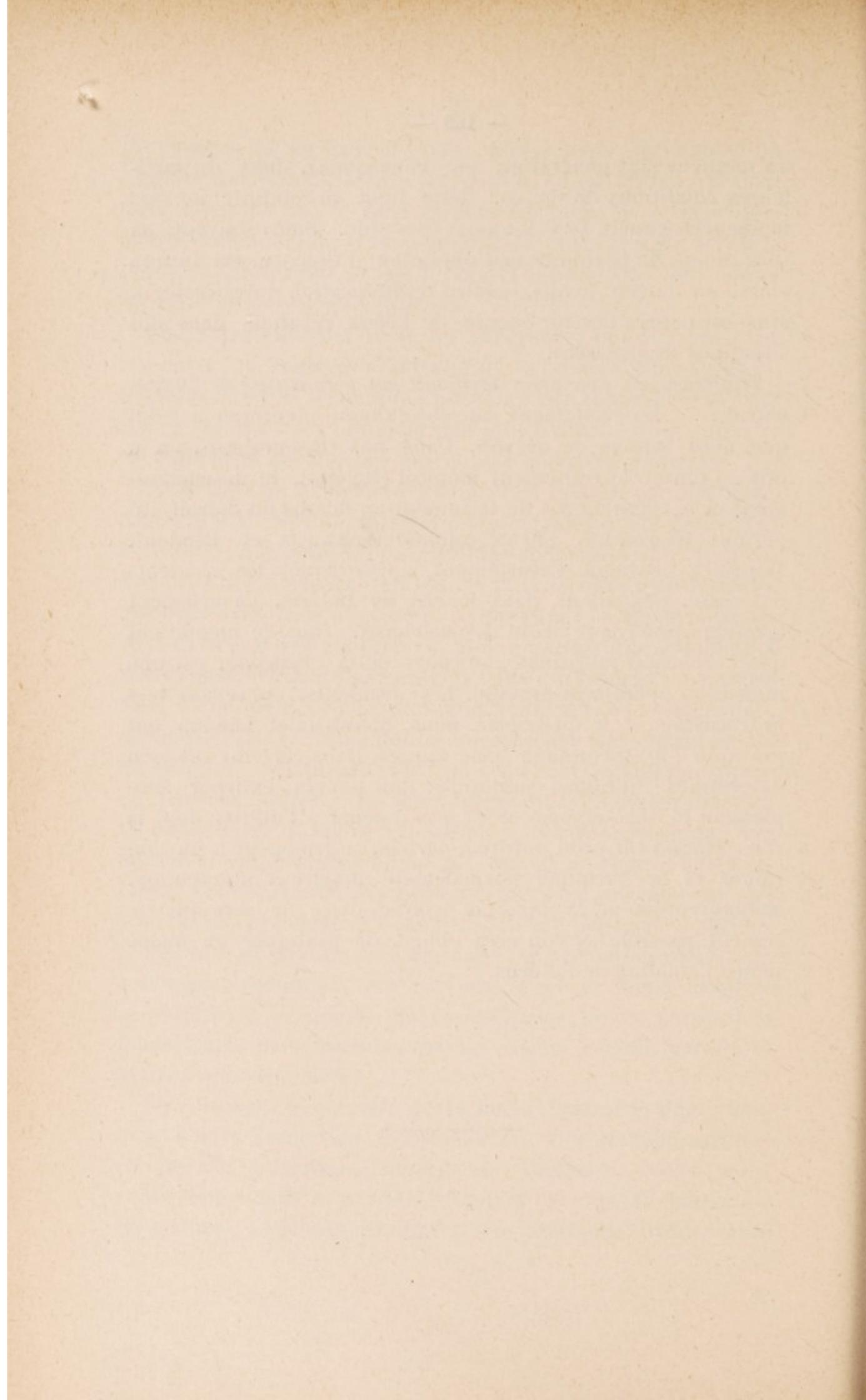
Nous devons ici insister sur un fait signalé par Dartigues (thèse Paris 1901 — Chirurgie conservatrice de l'utérus et annexes). « A la suite des énaclements abdominaux, en particulier pour des fibromes interstitiels et sous-séreux postérieurs, enclavés dans le petit bassin, remplissant le Douglas où ils sont fixés par des adhérences, il y a parfois une dénudation assez considérable du péritoine pelvien qui favorise une sécrétion, un suintement plus ou moins abondant, avec stagnation, décomposition et fermentation microbienne dans le cul-de-sac de Douglas, constituant ainsi un excellent milieu de culture où peuvent pulluler des micro-organismes d'origine diverse; en particulier, d'origine intestinale ». Nous croyons que ces faits sont importants à connaître, quand il s'agit d'hystérectomie, pour occlusion par fibro-myome. Le péritoine peut être plus ou moins infecté et nous pensons que dans ces conditions il sera bon de pratiquer le drainage soit abdomino-péritonéal, soit vagino-péritonéal. En tout cas, c'est la seule façon de combattre la péritonite menaçante qu'on trouve parfois à la laparotomie dans certains cas d'occlusion rectale par fibro-myome (cas de Delore).

En résumé, le médecin devra lutter d'abord et énergiquement contre l'occlusion intestinale par le traitement médical (lavements, purgations, lavages de l'estomac, sérum, antiseptie intestinale) et par le traitement chirurgical (anus contre nature). L'opération radicale sera pratiquée ensuite avec

un meilleur état général et, par conséquent, dans de meilleures conditions de succès. Cette ligne de conduite ne sera malheureusement pas toujours possible. Bien souvent, on sera obligé de pratiquer une opération d'urgence. On luttera alors, en même temps, contre l'intoxication intestinale, et ainsi on pourra obtenir encore de beaux résultats dans des situations désespérées.

*Traitement de l'occlusion intestinale par fibro-myome de l'utérus gravide.* — Le traitement est absolument identique à celui que nous venons de décrire. Dans nos Observations, on a mis en œuvre le traitement médical (Doléris), le désenclavement et le refoulement de la tumeur au-dessus du détroit supérieur (Horrocks), l'hystérectomie (Schwartz et Laudau). Depaul a provoqué l'avortement, après lequel les accidents ont cessé. Cependant, dans le cas de Doléris, l'avortement spontané précéda le début des accidents. Tout le monde sait que l'occlusion intestinale, au cours de la grossesse, est une indication opératoire urgente. Les accidents, survenant vers le troisième et le quatrième mois, Schwartz et Laudau ont pratiqué l'hystérectomie avec succès. Dans certains cas bien déterminés (fibromes solitaires), on pourra extirper simplement le fibro-myome et ne pas toucher à l'utérus dont la conservation est utile puisque, parfois, la grossesse a pu continuer et se terminer normalement malgré l'intervention. Malheureusement, la chirurgie conservatrice ne sera que rarement possible et on sera obligé de pratiquer en même temps l'ablation de l'utérus.

---



## CONCLUSIONS

---

I. — L'occlusion intestinale par les fibro-myomes de l'utérus est une complication rare. Son maximum de fréquence s'observe aux environs de la ménopause. Les causes déterminantes de l'occlusion sont toutes celles qui empêchent l'évolution normale du fibromyome de la cavité pelvienne vers la cavité abdominale. Les causes occasionnelles sont les règles, le début de la grossesse, les chocs et les traumatismes.

II. — L'occlusion se produit tantôt par brides, adhérences, etc., développées dans le voisinage de la tumeur, tantôt et le plus habituellement elle se produit par compression. Trois conditions sont nécessaires pour que la compression puisse s'effectuer : un plan résistant, un segment intestinal fixé sur ce plan, l'immobilité de la tumeur en contact avec ce segment et agissant par son poids ou par son augmentation de volume.

III. — Les signes cliniques différentiels de l'occlusion par fibromyomes n'existent pas si l'on met à part les signes fournis par la tumeur elle-même.

Le diagnostic est généralement facile.

L'évolution est plus ou moins rapide suivant la hauteur à laquelle siège l'occlusion.

Le pronostic est toujours très grave. Il dépend :

- a) Du siège de l'occlusion ;
- b) De la violence de l'intoxication ;
- c) Du siège de la tumeur (difficultés opératoires) ;
- d) De l'état général de la malade (métorrhagies antérieures, anémie, cachexie, etc.).

Toutefois il ne faut pas perdre de vue que la ménopause et la grossesse, par l'influence heureuse qu'elles exercent sur les fibromyomes, empêchent ordinairement la production de cet accident.

Exceptionnellement, l'occlusion peut éclater durant la grossesse : c'est une complication grave pouvant provoquer et l'avortement et la mort de la mère.

IV. — Le traitement doit être dirigé :

1° contre les accidents d'occlusion ;

2° contre le fibro-myome.

La cure radicale comprend l'ablation en un seul temps de la tumeur, cause des accidents. Elle n'est possible qu'avec une occlusion bas située, un bon état général de la malade et dans les cas où il n'y a pas de grosses difficultés opératoires. Dans les cas graves, il est préférable de suivre la méthode suivante en deux temps :

Premier temps : lutte contre les accidents d'occlusion (traitement médical énergique, anus contre nature).

Deuxième temps : ablation de la tumeur (polypectomie, myomectomie, hystérectomie).

Cette méthode ne pourra être appliquée à tous les cas : par exemple, quand on a affaire à une occlusion de l'intestin grêle. Dans ce cas, comme on ne peut savoir exactement le siège de l'occlusion, on sera dans la nécessité de pratiquer une laparotomie exploratrice, qui montrera le siège et les caractères de l'occlusion et dictera la conduite à tenir.

L'occlusion intestinale par fibro-myome au cours de la grossesse est une indication opératoire urgente.

Vu, bon à imprimer :

*Le Président de la Thèse,*

André BOURSIER.

Vu : *Le Doyen,*

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 3 janvier 1907.

*Le Recteur de l'Académie,*

R. THAMIN.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- AUCHÉ. — Étranglement expérimental de l'intestin. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 40, 1900, p. 471.
- BECKER. — Torsion des tumeurs abdominales. *New-York medical journal*, 13 mai 1899.
- BARNES. — Traité clinique des maladies des femmes. Paris, 1876, p. 646.
- BECKEL. — *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 1899, p. 477.
- BARETTE. — *Année médicale de Caen*, mars 1904.
- BOURSIER (A.). — Des interventions chirurgicales dans le cas de dystocie par fibromes. — Rapport au Congrès de gynécol. obstétr. et pédiatrie de Nantes, 11<sup>e</sup> session, 7 septembre 1901.
- BAUER. — Complications des fibromes utérins. Thèse, Strassburg, 1903.
- CZEMPIN. — Complications des fibromes utérins. *Berliner, klinischer Wochenschr.* 1899.
- COFFIN. — Complications de fibrome. Thèse, Paris, 1889.
- CHAVANNAZ (G.). — *Revue mensuelle de gynécol. obstétr. et pédiatrie de Bordeaux*, 1901.
- CHEVALIER. — *Archives de toxicologie*, 1882, p. 73.
- CURVEILHIER. — *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 635 (année 1856).
- CURATOLO. — *Annali di ostetrica e gynecologia*, 1891, n° 1 et 2.
- COLSON. — Scalpel, 5 mars 1899.
- CULLINGWORTH. — Fibromyomata of the uterus causing intestinal obstruction and death two years after the menopause. *Transactions obstetr. Society of London*, 1898, p. 282.
- DUPLAY et RECIUS. — Traité de pathologie chirurgicale.
- DOLÉRIS. — Fibromes et grossesse — Pronostic. — *La gynécologie*, Paris, 1900, p. 215

- DEPAUL. — *Union médicale*, 1857.
- DARTIGUES. — Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes. Thèse Paris, 1901.
- EPRON. — Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale par les fibromyomes utérins. Thèse, Bordeaux, 1901-1902.
- EADE. — Obstruction of the bowels with remarks on fibroid tumours of the uterus as a cause of such obstruction. *Lancet*, London. 1872, t. III, p. 878.
- FOURESTIÉ. — *Gazette médicale de Paris*, 13 février 1875.
- FAURE (J.-L.). — Indication et technique de l'hystérectomie. Librairie O. Doin, 1905.
- FAUCON. — D'une variété d'étranglement interne qui reconnaît pour cause les hystéromes. *Bulletin de la Société de chirurgie*, juillet 1873 (Rapport de Guéniot).
- FERCY PATON. — *British medical Journal*. Janvier 1903.
- GROSSE. — Fibromes et Grossesse. Thèse Paris 1903.
- GUÉRIN. — Du lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale. Thèse Bordeaux 1895-1896.
- GALLOIS. — *Bulletin Médical*, 1904, page 493.
- GUENIOT. — (Voir Faucon).
- GUIBÉ. — Thèse Paris 1901
- GUERMONPREZ. — Communication au Congrès de Gynécologie de Bordeaux 1895.
- GUERMONPREZ. — Fibromes. — Adhérences scléreuses au rectum. — Hystérectomie par un procédé de nécessité. *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1900, p. 438.
- GOUILLOUD. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon*. 14 avril 1904.
- GUSSEROW. — *Deutsche Klinik, Lief LVII*, page 28.
- HERTZ. — *Virchows Archiv.*, vol. XLVI, page 28.
- HORNUNG. — *Æsterreica. Med. Jahrbelt*, 1838, Bd XXI, page 353.
- HARRIS. — *American Gynecol and obstetr. Journal*. Vol. X, année 1897, page 257.
- J. HUE. — *Annales de gynécologie*, octobre 1875.  
— *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1875.
- KIDD. — *Journal des sciences médicales*, Dublin 1872.
- KËBERLÉ. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1869.
- 552

- KLEBS. — *Handbuch des path. Anatomie*, page 887.
- KEIFFER. — Des fibromes utérins pendant la grossesse et l'accouchement.  
*Gazette de gynécologie de Paris*, 1901, page 49.
- LUYS. — *Bullet. et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1898.
- LÉOPOLD et FEHLING. — *Archiv für gynekolog*, tome 7, page 531.
- LUCAS. — Indications de l'hystérectomie dans les fibromes. Thèse Paris,  
janvier 1900.
- LORIMER. — *Edimburg medical Journal*, 1866, XII, partie I, page 70.
- DE LACROUSILLE. — Valeur seméiologique de l'indicanurie. Thèse Paris,  
1901
- LE NOUENNE. — *Revue médicale de Normandie*. 25 octobre 1901.
- LÉVÊQUE. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1888, page 208.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- MERMET. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, juin 1896.
- MARTIN. — Torsion des fibromes. *Revue médicale de Normandie*, 1897.
- MACÉ. — Torsion du pédicule des fibromes sous-séreux. Paris, Thèse 1896-97.
- MAYGRIER. — Thèse d'agrégation en accouchement 1886, page 48.
- MOYNAC. — Traité de pathologie chirurgicale.
- NICAISE. — Du rôle des adhérences intestinales dans les phénomènes d'étranglement. *Gazette médicale de Paris* 1874, page 506.
- GETTINGER. — *Bulletin de la Société anatomique* 1863, 4<sup>e</sup> série, tome VIII,  
page 286.
- PLETZER. — *Monatschrift für Geburts* 1867, Bd XXI, page 212.
- PLANQUE. — Torsion des fibromes utérins. Thèse Paris, Juillet 1897.
- PELLANDA. — La mort par les fibromyomes utérins. Thèse Lyon 1904.
- S. POZZI. — Traité clinique et thérapeutique de gynécologie.
- PERROT. — Fibromes inclus dans le ligament large. Lyon, Thèse 1906.
- PUJOL. — Accidents produits par les fibromyomes de l'utérus gravide.  
Montpellier 1896.
- POSNER et LEWIN. — *Berliner Klinischer Wochenschrift*, 1895. n° 6.
- ROUTIER. — *Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie*, 1896.
- SCHWARTZ. — *Revue de chirurgie* de 1883.
- SECHEYRON. — *Archives médicales de Toulouse* 1900, page 364.
- TILLAUX. — *Traité de chirurgie clinique*.
- TERRILLON. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1885.

TAVEL. — Diagnostic du siège dans l'iléus. *Revue de chirurgie* de 1903, page 775.

TRAWERS. — Occlusion par fibro-myome. — *The british gynecological journal*, novembre 1901.

S'-THOMAS'S HOSP. — Report. 1899. London 1901. Strangulation of the bowel by uterine fibro-myoma; general Peritonitis.

VINCENT. — *Lyon médical*, 1898; tome II, page 433.

VIRCHOW. — *Pathologie des tumeurs*, tome III, page 351.

20

