par arrêt de développement et par atrophie. Vient ensuite la terminaison par ***accroissement sous-muqueux*** et ***formation de polypes,*** qui a son histoire propre.

Ces sortes de ***polypes*** se distinguent des polypes muqueux bien plus fréquents, des polypes folliculaires, par leur structure fibreuse ou plutôt fibromyomateuse (1). Leur volume est extrêmement variable, ainsi que leur forme, à laquelle cependant la configuration de la cavité utéro-cervicale imprime plus ou moins son cachet, selon la durée du séjour de la masse néoplasique dans cette cavité. Leur pédicule est ordinairement mince, parce que le lien qui unit la tumeur à son lit primitif se trouve fortement distendu grâce à l'accroissement et à l'émergence de cette dernière hors des parois utérines. Il peut même arriver que la tumeur sorte complètement de sa niche, et que la partie qui la relie à la matrice, c'est-à-dire le pédicule, ne soit plus recouverte presque dans son entier, ou même partout, que par la membrane muqueuse. Nous avons déjà dit que le pédicule peut se rompre et la femme littéralement accoucher d'un polype. Dans d'autres cas, le pédicule demeure muni d'un stratum solide d'éléments musculaires et fibreux. Lui-même se ramifie dans la paroi utérine et, par ses ramifications, relie au polype une vaste portion de parenchyme. Lorsque ces tumeurs pédiculées sont enfin expulsées par les contractions de la matrice, elles provoquent ordinairement l'inversion du segment pariétal d'insertion ; elles peuvent même réaliser en fin de compte une infundibulation complète de l'organe. (Voir fig. 97 et 98.)

La ***vascularisation du pédicule*** est aussi variable que sa richesse en éléments constitutifs solides. Les vaisseaux sont généralement d'un volume assez considérable ; il est rare que la nutrition du pédicule ne se fasse que par des vaisseaux isolés. A une phase ultérieure du développement, ces organes peuvent être tellement distendus et tiraillés qu'il s'y produit des troubles de circulation et des thrombus interrompant la nutrition du polype, et que celui-ci se mortifie en partie dans la profondeur. Ce processus donne naissance à des foyers de ramollissement et

(1) Hildebrandt, *Vokmann's Sammlung*, XLVII, 1872.

amène la destruction complète de la tumeur par la fonte de ses éléments, à moins d'un retentissement antérieur fâcheux sur la santé générale.

Dans les cas de tumeurs de ce genre, la ***muqueuse présenet des particularités remarquables*** (1). L'irritation provoquée par le néoplasme, même lorsqu'il est encore intrapariétal, produit probablement une forte hyperplasie de toute la muqueuse avec développement surtout marqué de l'appareil glandulaire. La muqueuse augmente considérablement de volume et présente à la coupe une épaisseur de plus de 2 centimètres. D'un autre côté, les follicules subissent la dégénérescense kystique, ou bien encore il se développe dans le tissu interglandulaire une hyperplasie (2) qui donne naissance aux formes néoplasiques les plus compliquées. En cas de myômes de la paroi utérine, il est étonnant de voir avec quelle fréquence on trouve dans la cavité du corps des polypes muqueux plus ou moins volumineux. La tumeur s'avance-t-elle vers la muqueuse utérine, celle-ci est fortement distendue et tiraillée; elle s'amincit et c'est là ce qui explique la grande facilité avec laquelle se produisent les déchirures vasculaires et les hémorrhagies profuses. Avant même que la tumeur ne refoule la muqueuse, les règles prennent déjà le caractère profus. Car la muqueuse hypertrophiée est sillonnée de vaisseaux extrêmement délicats, dont la rétraction et la diminution de calibre sont entravées par le substratum résistant constitué par la tumeur. Aux observations de dégénérescence maligne de la muqueuse dans les cas de myôme, collationnées par *Schrœder* et citées par *Bötticher* dans sa dissertation inaugurale (Berlin 1884), je puis ajouter une observation personnelle des plus probantes, dont j'espère publier les détails bientôt, en même temps que d'autres sujets d'étude.

Les ***symptômes*** des fibromyômes du corps utérin varient naturellement avec le siège et le développement du néoplasme. Ces tumeurs peuvent rester pour ainsi dire silencieuses pendant longtemps, surtout lorsqu'elles sont intrapariétales et qu'elles ont

(1) Schröder, *Handbuch*, VII, 228.
(2) Wyder. *Arch. f. Gyn.* Vol. XIII, p. 35. — V. Campe. *Ges. f. Geb. u. Gyn.* 1881.

un petit volume. Le peu de retentissement sur la santé de la femme persiste, alors encore que les tumeurs sont devenues ***sous-péritonéales*** et que la distension de la séreuse est tellement lente qu'elle ne produit pas de phénomènes d'irritation. Les myômes sous-séreux, même de petite dimension, exercent sur la situation de la matrice une influence plus ou moins considérable, en rapport avec le degré de tonicité de l'organe. Les tumeurs de gros volume donnent naissance aux symptômes qui appartiennent en général aux tumeurs du bas-ventre; elles gênent les organes voisins, troublent la digestion et la miction. Lorsqu'elles se développent du côté de la cavité abdominale, elles occasionnent des tiraillements et des accidents de compression. La compression des plexus nerveux provoque des douleurs qui s'irradient au loin; la compression des vaisseaux détermine l'œdème des extrémités et des organes génitaux externes. L'ascite qu'on observe assez fréquemment est due également en partie à ces phénomènes de compression, en partie à l'irritation du péritoine. On constate en outre des adhérences et des soudures avec les organes avoisinants, et des symptômes d'incarcération propres au développement des tumeurs dans le petit bassin.

Les ***myômes sous-péritonéaux*** peuvent augmenter de volume au moment des règles, et diminuer lorsque la période menstruelle est terminée; ce sont surtout les fibromes kystiques qui présentent ces variations de volume, variations suivies par les phénomènes sympathiques du côté des organes voisins, de la vessie par exemple.

Les ***myomes interstitiels,*** même petits encore, ont une certaine influence sur la position de la matrice; lorsqu'ils occupent la paroi utérine antérieure, l'organe est en rétroflexion, et *vice versâ*. En augmentant de volume, il faut naturellement qu'ils progressent d'un côté ou de l'autre, vers la séreuse ou vers la muqueuse; à ce moment apparaissent soit des phénomènes d'irritation péritonéale, surtout des douleurs, soit une affection de la muqueuse dont les résultats (gonflement énorme de la membrane) sont analogues à ce qui se passe au commencement de la grossesse. En première ligne viennent les ***hémorrhagies*** et une ***leucorrhée profuse.*** Les hémorrhagies sont entretenues en partie

par l'irritation due à la tumeur, en partie par l'impossibilité où sont les vaisseaux de la muqueuse distendue de se rétracter à la fin de l'époque menstruelle. Enfin ces vaisseaux, nous le répétons, se déchirent bien plus facilement qu'à l'état normal.

Les ***myômes sous-muqueux*** s'accompagnent également de pertes sanguines qui suivent le type menstruel, mais qui peuvent tout aussi bien être très irrégulières et amener par leur persistance un état d'***anémie*** extrême. L'anémie est d'autant plus fatale à la malade qu'elle suit, pour arriver à son summum, une marche ***progressive.*** Le sang perd sa couleur particulière, les globules rouges diminuent de nombre, les leucocytes au contraire semblent pulluler, la masse hématique elle-même ressemble à du jus de pruneaux très peu concentré, au milieu duquel sont en suspension quelques petits caillots. A l'aide d'un fort grossissement j'ai constaté souvent dans l'intérieur des globules blancs, dont le nombre était considérablement accru, des dépôts particuliers éveillant presque l'idée de microbes spécifiques. Le jour où les myômes sous-muqueux atteignent des dimensions très notables et deviennent ***polypeux,*** ils commencent à irriter la paroi utérine opposée à leur siège et à provoquer des ***douleurs expultrices.*** Ces douleurs peuvent dans certains cas faire défaut ou n'être que légères, et sont confondues alors avec des douleurs sacrées; mais le plus souvent elles acquièrent une intensité extraordinaire. Au début elles surviennent surtout au moment des règles; puis elles deviennent persistantes. Du reste, chez les femmes atteintes de myômes, ***la menstruation*** est ***douloureuse en général,*** parce que la masse utérine est incapable de subir une turgescence uniforme au fur et à mesure de l'accroissement de la congestion cataméniale. L'écoulement sanguin a lieu souvent avec accompagnement de gros caillots qui n'arrivent à l'extérieur que dans un état de décomposition avancée. Dans d'autres cas, le sang est presque incolore. Lorsque la tumeur a acquis un développement plus considérable encore, les hémorrhagies deviennent aussi intercalaires; à ce moment, à moins d'être permanentes, elles peuvent naître à l'occasion du moindre effort, d'une défécation pénible, du coït, d'une émotion. Un phénomène qui n'est pas constant, mais très fréquent, con-

siste dans l'excrétion entre les époques d'une ***leucorrhée profuse;*** en cas de masses morbides volumineuses, ces flueurs blanches se mélangent de sang, dont la quantité augmente au point de constituer finalement la partie essentielle de l'écoulement.

Il est de règle que les ***myômes du col*** s'accompagnent de symptômes très prononcés du côté de la muqueuse. Les règles sont très abondantes; mais les hémorrhagies intermenstruelles ne se produisent ordinairement qu'à l'occasion d'irritations accidentelles, telles que le coït, les injections vaginales administrées maladroitement, les efforts nécessités par l'expulsion de matières fécales durcies. La dysménorrhée est constante. Ces myômes peuvent enfin, comme ceux du corps, grossir lors de l'apparition du flux cataménial et diminuer de volume au moment de sa cessation.

Quel que soit le fibromyôme, il est un obstacle très sérieux à la ***conception;*** ce sont les tumeurs sous-muqueuses qui entravent le moins ce phénomène physiologique. En tous cas, ces néoplasmes n'excluent pas toujours et sûrement la possibilité de la fécondation. On a vu la grossesse survenir très tard et d'une façon inattendue chez des femmes qui portaient des myômes depuis des années. Et cette grossesse peut arriver au terme normal. La parturition est généralement difficile. Enfin l'involution puerpérale peut amener la régression de la tumeur myomateuse.

Lorsque le néoplame est intrapariétal, l'utérus est généralement inapte à servir d'organe gestateur, et l'avortement se produit à une époque très précoce. Tout cela dépend, du reste, du siège et de la grosseur du fibrome.

Les ***symptômes*** causés par les ***polypes fibreux*** sont pour ainsi dire latents, tant que ceux-ci ne dépassent pas le niveau de la muqueuse environnante. Même alors que ces polypes ont déjà acquis un certain développement, tout se résume en un écoulement leucorrhéique abondant et des hémorrhagies, accompagnés d'une sensation pénible de plénitude du bassin et de pression sur le périnée. Mais dès que leur augmentation de volume provoque les douleurs expulsives, les souffrances deviennent très vives. Les contractions produisent ordinairement une dilatation très rapide du canal cervical, phénomène précurseur d'une

expulsion prochaine. Il est clair que des polypes de volume considérable amènent, comme toutes les tumeurs de ce genre, des symptômes de compression. Ils peuvent même, à l'instar d'un utérus gravide, causer un ramollissement considérable du vagin et de la vulve, créer des varices et donner naissance, par le fait de la compression, à des accidents du côté de la vessie et du rectum. Ces diverses manifestations sont très souvent, surtout en cas de polypes, sous la dépendance des altérations survenues dans la tumeur elle-même. Le polype meurt, pour ainsi dire, nourri d'une façon insuffisante ou étranglé par l'orifice interne; il se sphacèle. L'écoulement leucorrhéique prend une odeur fétide, cadavérique; la fièvre de résorption apparaît, et la malade peut succomber aux suites d'une pyémie.

La marche des tumeurs fibreuses et des myômes est sujette à de telles variétés qu'il est difficile d'en donner en quelques mots un tableau général.

Si ces néoplasmes, arrivés à un certain degré de développement, subissent la métamorphose régressive, la marche de l'affection peut être à peu près silencieuse. Cette métamorphose peut être le résultat aussi bien de l'involution sénile du myôme, liée à la ménopause, que de sa dégénérescence graisseuse, au moment des couches par exemple. La croissance s'arrête, l'atrophie fait son œuvre ; et il ne reste plus en fin de compte qu'un débris d'une dureté osseuse qui peut disparaître lui-même.

D'autres fois, ***le développement de la tumeur*** devient lui-même ***la cause efficiente de son expulsion.*** Les fibromes ***sous-péritonéaux*** peuvent s'atrophier par oblitération vasculaire et se transformer en des productions assez inoffensives ; quant à l'expulsion à travers le vagin, des tumeurs ***sous-muqueuses*** et ***polypeuses,*** elle peut avoir lieu sans aucun accident fâcheux. Les efforts d'élimination tentés par la nature seront les bienvenus; après un véritable travail de parturition plus ou moins long, les masses néoplasiques descendent et sont expulsées, soit que leur pédicule ait subi une régression spontanée, soit qu'il ait été mis à découvert au point d'en permettre facilement la section. Évidemment ces expulsions s'accompagnent de diverses manifestations morbides intercurrentes, telles qu'hémorragies, écoulements

de sécrétions décomposées, lésions des organes génitaux externes et inversion de la paroi utérine, du moins dans les cas d'implantation de la tumeur sur le fond de la matrice. Dans les cas seuls de polypes volumineux et de décomposition putride, l'élimination présente des dangers pour la santé générale.

Il est impossible actuellement de dire *a priori* quelles sont les conditions qui, en cas de troubles de nutrition, produisent la simple régression ou l'inflammation, la suppuration et la gangrène; ce qu'il y a de certain c'est que cette dernière terminaison est des plus graves. Cependant, même dans ces cas, la guérison est encore possible; la muqueuse alors s'élimine et les produits phlegmasiques sont évacués par la voie du canal cervical. Malheureusement les manifestations qui accompagnent l'inflammation de la tumeur sont extrêmement violentes, et les femmes, affaiblies déjà par de fortes pertes de sang et des souffrances antérieures, succombent facilement dès le début du processus pathologique.

Le ***diagnostic des fibro-myômes*** n'est pas toujours aisé à édifier. Il est facile dans les cas où la tumeur fait saillie hors de la cavité utérine et où le doigt introduit dans le col peut explorer sa surface; il est facile encore lorsque la matrice est parsemée de noyaux fibreux plus ou moins gros et que la main peut sentir ces nodosités à travers la paroi abdominale, pendant l'examen combiné.

Mais ***les myômes interstitiels*** sont très difficiles à reconnaître, surtout s'ils sont petits. On aura affaire à ce genre de tumeur lorsqu'on sentira l'utérus épaissi par place, et que la sonde montrera que cet épaississement est circonscrit et entouré de tissu utérin normal. Quand ces tumeurs augmentent de volume, elles altèrent très sensiblement la forme de la matrice, quoiqu'elles donnent parfois à celle-ci l'apparence d'un utérus gravide. Le néoplasme est-il peu développé, en existe-t-il plusieurs à la fois, la configuration de l'organe devient irrégulière; de sorte que l'on ne sait pas toujours si l'on a affaire à une tumeur extra-utérine en connexion intime avec la matrice ou à une tumeur siégeant dans sa paroi même. C'est dans ces cas précisément que le cathétérisme du canal utérin donnera des renseignements précieux. Presque toujours l'utérus est allongé et sa cavité refoulée par le myôme, même si celui-ci est peu volumineux; la sonde une fois

introduite (quelquefois cela ne se fait qu'avec peine), on pratique l'exploration combinée, par laquelle on réussit à établir le siège et la forme du néoplasme. La déformation du canal utérin est dans ce cas d'une importance diagnostique considérable.

La distinction des fibromes et des myômes d'avec la ***grossesse normale*** est assurée ordinairement par l'existence des modifications propres à la grossesse. Mais il se produit quelquefois, dans les cas de myômes précisément, des phénomènes qui mettent le praticien dans l'embarras, surtout si le point d'appui des antécédents vient à lui faire défaut; toutes les tentatives destinées à établir l'existence de la grossesse exposent alors au danger d'interrompre cette dernière. La forme, la consistance, la coloration du col, les battements vasculaires dans la voûte vaginale, sont des signes de diagnostic tout à fait insuffisants. La tâche devient encore plus difficile en cas d'irrégularités de la menstruation. Il est extrêmement important alors d'observer la masse dans son développement. S'il existe une indication vitale, c'est-à-dire des hémorragies abondantes, il faudra pratiquer l'exploration forcée du contenu de la cavité utérine; dans ces cas la nature même de celui-ci est chose absolument indifférente; car si l'anémie menace la vie de la femme, il faut vider la matrice, qu'elle renferme un œuf ou un néoplasme.

Le ***diagnostic des myômes sous-péritonéaux*** est relativement facile pour les tumeurs peu volumineuses. Quelquefois on rencontrera une certaine difficulté lorsqu'il s'agira de savoir laquelle des deux tumeurs noueuses est le corps utérin et laquelle le fibrome. Pour la résoudre, on aura recours à l'hystéromètre.

Le diagnostic différentiel avec les tumeurs intra-péritonéales, les tumeurs ovariques, les exsudats, les hématomes, peut offrir, le cas échéant, des difficultés très sérieuses, surtout lorsque des phlegmasies antérieures ont créé des adhérences étendues et ont été suivies de poussées secondaires. La distinction peut devenir presque impossible. La chloroformisation cependant favorise l'examen et le cathétérisme, au point de permettre au moins le diagnostic différentiel général. En songeant que, dans bien des cas, les connexions des organes sont si compliquées que leur séparation est difficile même à l'autopsie, nous devons nous con-

soler de l'erreur que nous avons pu commettre pendant la vie. La ponction n'est utile que dans les cas de fibromes kystiques ; en tous cas on risquerait, en y ayant recours, de provoquer des phénomènes de décomposition et des hémorragies, sans profit certain et immédiat pour le diagnostic.

Les ***myômes sous-muqueux*** peuvent être confondus facilement avec la grossesse et surtout avec la rétention de portions d'œuf, enfin avec la métrite et l'endométrite chroniques simples. Si les commémoratifs ne fournissent pas, dans ces cas, de renseignements, il ne nous reste, pour établir le diagnostic, que l'examen direct et, le cas échéant, le curettage explorateur.

Chez les vieilles femmes, la dégénérescence purulente des myômes sous-muqueux volumineux présente des caractères particuliers. J'ai vu dans ces derniers temps et à de cours intervalles, trois femmes de cinquante-deux, cinquante-quatre et soixante et un ans, chez lesquelles les règles reparurent accompagnées de souffrances peu vives après un repos de bien des années pendant lequel ces personnes prétendaient n'avoir eu absolument aucun écoulement. La marche de l'hémorragie et l'odeur fétide du sang excrété semblaient imposer le diagnostic de cancer; mais l'examen miscrocopique démontra qu'il ne s'agissait là que de noyaux myomateux suppurés. Ces femmes ont guéri toutes les trois sans le moindre phénomène réactionnel; et la guérison semble être complète.

Les ***myômes cervicaux*** se présentent très facilement au doigt explorateur à travers le museau de tanche ou dans le vagin; mais il peut être très difficile de trouver l'utérus et de déterminer les rapports du corps de celui-ci avec la tumeur. Avec un peu de patience et à l'aide du sommeil anesthésique, on atteindra le but cherché.

Quand aux ***polypes,*** tant qu'ils sont d'un petit volume et qu'ils siègent dans la cavité utérine, ils peuvent être très difficiles à diagnostiquer. On croira souvent avoir affaire à des polypes et l'on ne trouvera cependant que des portions de muqueuse hypertrophiée; ailleurs, grâce à certains symptômes, on pensera être en présence d'une simple endométrite et l'on constatera des végétations polypeuses. Dans ces cas il faut recourir au ***curettage de l'utérus.*** On saura également ainsi s'il existe un polype proéminent dans la cavité utérine ou de simples végétations polypeuses. Lorsque l'on sent le polype avec le doigt ou que le cathéter révèle et délimite un pédicule, le doute n'est plus possible, surtout si l'on contrôle les résultats acquis à l'aide du doigt ou de la sonde, en imprimant quelques mouvements de torsion au pédicule au moyen d'une pince à mors. A une période plus avancée de leur développement, les polypes descendent ordinairement dans le vagin, ou bien ils occupent entre les lèvres de l'orifice externe une situation telle qu'ils peuvent difficilement échapper à une exploration consciencieuse et précise. Le polype résulte-t-il d'une végétation de la muqueuse ou renferme-t-il en son sein un noyau fibreux ou myomateux plus ou moins développé ? voilà la seule incertitude qui subsiste.

Lorsque les ***polypes*** se mortifient à leur sommet et deviennent la proie du sphacèle, grâce à la thrombose des portions étranglées par l'orifice utérin, on pourra les confondre avec des productions de nature maligne. Le microscope seul permettra de les différencier.

On a conseillé, lorsqu'on soupçonne l'existence d'un polype, de pratiquer l'exploration pendant la menstruation, sous prétexte qu'au moment de la congestion cataméniale les polypes descendent souvent et sont refoulés vers l'extérieur. Je n'ai réussi qu'une seule fois avec ce procédé; je ne compte pas, bien entendu, les cas où je fis l'examen pendant des hémorragies permanentes, et où je pus constater la présence des polypes avec la plus grande certitude.

Lorsque les polypes sont volumineux, surtout s'ils tirent leur origine de myômes sous-muqueux, il faudra établir, en usant des plus grandes précautions, jusqu'à quel point ils produisent l'inversion de la paroi et principalement du fond de l'utérus et les attirent avec eux. Les auteurs prônent encore ici l'emploi de la sonde, qui me paraît cependant exposer les mains peu exercées à de faciles erreurs. Il est préférable, à mon avis, d'endormir la femme et de rechercher le corps de l'utérus et l'entonnoir d'inversion au moyen de l'exploration combinée, soit à travers la paroi abdominale, soit à travers le rectum.

Au point de vue du ***pronostic***, les myômes n'impliquent pas,