

Il est certain qu'il existe souvent, en pareil cas, une *endosalpin-gite* par propagation : on a, en effet, assez souvent constaté dans les opérations d'hystérectomie ou de castration pour fibromes, que les trompes étaient fluxueuses et pleines de sang. Rôse<sup>1</sup>, dans le cours d'une opération de myomotomie, a trouvé un de ces hématomes de la trompe tellement aminci que sa perforation était imminente; et il trouve donc logique de faire entrer ce fait en ligne de compte parmi les indications opératoires.

Foie. Bantock<sup>2</sup> a souvent rencontré le foie gras chez les malades affectées de gros corps fibreux, et il attribue cette lésion à la présence de la tumeur; il y a là, d'après lui, une cause fréquente d'insuccès après les laparotomies.

Reins. Les corps fibreux, en comprimant les uretères, produisent souvent de graves désordres du côté des reins : pyélite, pyélo-néphrite, hydro-néphrose<sup>3</sup>. J'insisterai plus loin sur ces accidents, très comparables à ceux qui se rencontrent dans les cas de cancer. On les observe surtout lorsque le fibrome présente un développement pelvien.

Cœur. Les lésions du cœur, qui surviennent dans toutes les tumeurs abdominales volumineuses<sup>4</sup>, se rencontrent très souvent comme complication des fibromes utérins. Elles paraissent parfois liées à l'altération rénale (selon le mécanisme indiqué par Traube), mais souvent on ne peut invoquer cette corrélation. L'hypertrophie, avec ou sans dilatation des cavités ou altération consécutive de la fibre, se produit alors, sans doute, par un processus analogue à celui qui amène l'hypertrophie, durant la grossesse. Quant à la dégénérescence ultérieure du cœur, elle est grandement favorisée par l'état d'anémie et de cachexie de certains sujets. On a signalé deux sortes de dégénérescences de la fibre cardiaque : l'*altération grasseuse* et l'*atrophie brune* du myocarde (Hofmeier). Sébilleau<sup>5</sup> a tout récemment encore insisté sur la dilatation ou l'hypertrophie du cœur gauche, et plus rarement du cœur droit, dans les grosses tumeurs de l'abdomen. Nous reviendrons un peu plus loin sur ce sujet.

<sup>1</sup> E. RÖSE. *Ueber die Nothwendigkeit der Myomoperationen* (Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1887, Bd. XXV, Heft 4 et 5, p. 456).

<sup>2</sup> BANTOCK. *Brit. gynec. Journ.*, 1887, vol. II, p. 84.

<sup>3</sup> S. POZZI. *De la valeur des altérat. des reins pour les indications de l'hystérectomie* (Ann. de gynec., juill. 1884, t. XXII, p. 1).

<sup>4</sup> HOFMEIER. *Zur Lehre von Shock* (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1885, Bd. XI, p. 566). — BEDFORD FENWICK. *On intra-abdominal tumours as a cause of cardiac degeneration* (Brit. gynec. Journ., mai 1887, vol. II, p. 72).

<sup>5</sup> SÉBILLEAU. *Le cœur et les grosses tumeurs de l'abdomen* (Revue de chir., 1888, p. 284, 369).

## CHAPITRE II

### SYMPTÔMES, DIAGNOSTIC, ÉTIOLOGIE DES CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS

Symptômes rationnels : Hémorrhagies. Leucorrhée. Hydrorrhée. Douleurs. Phénomènes de compression. Vessie. Rectum. Uretères. Affections du cœur. — Signes physiques : Grossesse fibreuse. Tumeur. — Diagnostic. Division des C. F. en vue du diagnostic. Diagnostic des C. F. du type métritique avec : Métrite hémorrhagique. Grossesse. Avortement. Cancer du corps. Inflammations des annexes. Antéflexion. Rétroflexion. Tumeurs fécales. — Diagnostic des C. F. du museau de tanche avec : Inversion utérine. Polype du corps. — Diagnostic des C. F. sous-muqueux du corps avec : Polype. Grossesse. Cancer du corps. — Diagnostic des polypes du corps avec : C. F. sous-muqueux, C. F. du col. Inversion utérine. Cancer. — Diagnostic des C. F. sous-péritonéaux pédiculés avec : Kystes de l'ovaire. Grossesse. Reins flottants. Cancer du péritoine. — Diagnostic des C. F. sous-péritonéaux sessiles avec : Grossesse. C. F. pédiculés. — Diagnostic des C. F. inclus dans le ligament large ou intra-ligamentaires (variété abdominale) avec : Tumeurs de l'os iliaque, Kystes parovariens. Tumeurs enkystées des trompes. Kystes de l'ovaire. — Diagnostic des C. F. pelviens avec : Rétroflexion. Hématocèle. Péri-et paramérite. — Souffle utérin. Ascite. Kystes concomitants. Prolapsus génital symptomatique. Inversion utérine symptomatique. Éventration. Hernie du fibrome. — Marche et pronostic : Influence de la ménopause, de la grossesse. C. F. à marche galopante. Expulsion spontanée. Énucléation. Mortification. Résorption. Stérilité. Causes de la mort. — Étiologie.

Les signes des corps fibreux sont de deux sortes : 1° les symptômes rationnels, qui reproduisent le *syndrome utérin*, tel que je l'ai décrit précédemment (Liv. III, Chap. III), avec quelques particularités spéciales et avec prédominance du symptôme hémorrhagie; 2° les signes physiques provenant de la tumeur.

1° Signes rationnels. — Les développements dans lesquels je suis entré plus haut pour le *syndrome utérin* me permettent d'abrégé ce qui a trait à cette description. Les hémorrhagies s'accusent ici d'une façon tout à fait spéciale et deviennent le symptôme prédominant dans la majorité des cas. Elles revêtent la forme *ménorrhagique* ou *métrorrhagique*, c'est-à-dire surviennent au moment des règles ou dans l'intervalle. Elles sont intimement liées, comme Wyder l'a montré, aux lésions de métrite interstitielle qui accompagnent toujours les corps fibreux peu éloignés de la muqueuse; la métrite

Symptômes  
rationnels.  
Hémorrhagies.

glandulaire, qui coexiste avec les fibromes qui en sont plus distants, ne donne lieu qu'à de la leucorrhée. En général, le symptôme hémorrhagie est d'autant plus accusé que le néoplasme est plus rapproché de la cavité : il atteint son maximum dans les polypes. Ces pertes de sang affaiblissent beaucoup les malades, mais les cas de mort sont tout à fait exceptionnels. M. Duncan<sup>1</sup> en a rapporté un exemple : on trouva, à l'autopsie, une rupture d'un gros sinus utérin.

Leucorrhée, hy-  
dorrhée.

La leucorrhée est ordinaire. Parfois ont lieu de véritables pertes séreuses très abondantes, **hydrorrhée**, qui se distinguent de celles du cancer par l'absence d'odeur et par leur intermittence.

Douleurs.

Les douleurs sont de divers ordres. Il existe le plus souvent un sentiment pénible de pesanteur, de tiraillement lombaire, et des névralgies réflexes, lombo-abdominales, si fréquentes dans toute affection utérine. Les tumeurs qui font saillie dans la cavité utérine s'accompagnent, en plus, de coliques ou douleurs expultrices parfois très vives au moment des pertes. Enfin, certaines tumeurs volumineuses donnent lieu, par la pression sur les plexus sacrés, à des douleurs de sciatique atroces : ces douleurs, comme l'a remarqué Kidd<sup>2</sup>, sont intermittentes, et particulièrement tenaces au moment des règles. Jude HÛE<sup>3</sup> a observé deux cas analogues où le soulèvement produit par un pessaire en aluminium d'une forme particulière fit cesser les douleurs sciatiques.

Phénomènes  
de compression.

Les phénomènes de compression sont très fréquents du côté de la vessie : West a noté la dysurie trente-cinq fois sur quatre-vingt-seize observations. Gallard<sup>4</sup> se refuse à voir dans ces faits un simple phénomène mécanique, sans émettre d'autre hypothèse; il est probable qu'ils sont relatifs à de très petits fibromes situés sur la face antérieure de la matrice, en arrière du pubis, en rapport immédiat avec le col de la vessie<sup>5</sup>. C'est surtout au moment de la congestion périodique résultant de la menstruation que ces troubles vésicaux sont prononcés, et acquièrent parfois l'importance de véritables cystites tant par la stagnation permanente de l'urine que par les cathétérismes répétés qui s'imposent et deviennent parfois, faute de précautions antiseptiques rigoureuses, une véritable cause d'infection. La compression du col de la vessie a pu produire une distension chronique de l'organe qui en a imposé pour un kyste ovarique<sup>6</sup>.

Vessie.

<sup>1</sup> MATTHEWS DUNCAN. *Edinb. med. Journ.*, 1867, t. XII, 2<sup>e</sup> part. p. 654.

<sup>2</sup> G. G. KIDD. *Dublin med. Journ.*, 1872.

<sup>3</sup> JUDE HÛE. *Annal. de gynec.*, 1875, t. IV, p. 247 et suiv.

<sup>4</sup> GALLARD. *Loco cit.*, p. 887.

<sup>5</sup> J. R. HARDIE. *Edinb. med. Journ.*, janv. 1874, t. XIX, 2<sup>e</sup> partie, p. 402.

<sup>6</sup> P. BUDIN. *Arch. de tocol.*, 1875, t. II, p. 60.

La compression du rectum, plus rare que la précédente, cause parfois des hémorroïdes et vient joindre son action à celle de la dyspepsie habituelle pour produire la constipation. Barnes<sup>1</sup> attribue une grande importance à la résorption des matières excrémentielles qui suit la constipation opiniâtre, et il croit qu'une véritable toxémie, qu'il propose d'appeler **coprémie**, peut résulter de cet état. Les recherches récentes sur les ptomaines et leucomaines donnent un certain poids à cette opinion, qui a paru fort hasardée, quand elle a été formulée pour la première fois.

Rectum.

Coprémie.

Dans les corps fibreux enclavés dans le petit bassin, ou *pelviens*, la compression du rectum peut donner lieu à l'étranglement interne et amener la mort<sup>2</sup>.

La compression des uretères et les troubles rénaux graves qu'elle entraîne a été signalée, depuis longtemps, par Murphy<sup>3</sup>. Depuis lors, de nombreuses observations étaient éparses dans la science. J'en ai réuni quelques-unes<sup>4</sup> et j'ai montré que la crainte de cette redoutable complication, considérée à tort comme très rare par Gallard<sup>5</sup> et par la généralité des auteurs, devait, au contraire, constituer une puissante indication opératoire.

Uretères.

Un très grand nombre de morts attribuées aux hystérectomies ou aux castrations, reconnaissent pour cause des lésions rénales, souvent méconnues, auxquelles l'intervention chirurgicale et la longue inhalation des anesthésiques ont donné une gravité subite (observations de Lee, Skene, Salin et Wallis<sup>6</sup>). On a pu voir par contre, des

<sup>1</sup> ROBERT BARNES. *Traité clinique des malad. des femmes*, trad. franç. de Cordès, Paris, 1876, p. 646.

<sup>2</sup> HOLTHOUSE. *Lond. path. Transact.*, 1852, t. III, p. 571. — DUCHAUSSOY, cité par JUDE HÛE. *Annal. de gynec.*, 1875, t. IV, p. 259.

<sup>3</sup> MURPHY (*London Journ. of med.*, oct. 1849), cité par GUSSEROW, *loco cit.*, p. 52.

<sup>4</sup> S. Pozzi. *Annal. de gynec.*, juill. 1884, t. XXII, p. 1. — Consulter, en outre, sur les complications rénales dans les corps fibreux : HANOT. *Soc. anat.*, 28 fév. 1873, p. 181. — JUDE HÛE. *Loco cit.* — MILLIOT. *Sur les complications des tumeurs fibreuses de l'utérus*. Thèse de Paris, 1875 (cas de Dolbeau). — FOURESTIÉ. *Gaz. méd. de Paris*, 1875, p. 69 et 82. — LEE et SKENE. *Société obstétr. de New-York*, 20 avril 1886. (*Amer. Journ. of obstetr.*, juin 1886, p. 606.) — SALIN et WALLIS. *Hygiea*, 1887, Bd. XLIX, n° 2, anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 25, p. 407. — PORAK. *Société de gynec. de Paris*, 15 janv. 1887 (*Ann. de gynec.*, fév. 1887, t. XXVII, p. 140). — A. T. CABOT. *Boston med. and surg. Journ.*, 2 juin 1887, t. CXVI, p. 517.

<sup>5</sup> GALLARD. *Loco cit.*, p. 888.

<sup>6</sup> LEE rapporte le fait d'une grossesse de 4 mois 1/2, compliquée de trois corps fibreux de la grosseur d'une pomme qui comprimaient la vessie dont le fond était enclavé, et le col au-dessus de la symphyse : tentatives infructueuses de dégagement; mort. A l'autopsie, pyélo-néphrite. — SKENE, à cette occasion, dit que c'est la troisième fois qu'il voit une pyélo-néphrite mortelle être la conséquence de la pression d'un fibrome sur le col vésical. Il croit ce cas plus fréquent qu'on ne pense. (*Société obst. de New-York*, 20 avril 1886, in *Amer. Journ. of Obstet.*, juin 1886, p. 607.) — SALIN et WALLIS (de Stockholm). Cas de castration suivie de mort par hydronéphrose double, due à un gros myome utérin : il s'agissait d'une femme de 40 ans, chez laquelle le décubitus dorsal provoquait des douleurs très vives. La castration fut suivie d'oligurie, de phénomènes d'urémie et

accidents de pyélite suppurée (observation de Cabot), ou d'albuminurie avec menace de phénomènes urémiques (observation de Porak) disparaître, après l'ablation d'un corps fibreux qui comprimait les uretères<sup>1</sup>. On ne devra donc jamais négliger de faire l'examen chimique et microscopique des urines, pour y rechercher la proportion d'urée, la présence de l'albumine, le pus, les cylindres hyalins ou granuleux caractéristiques.

Affections  
du cœur.

Toute tumeur abdominale cause une augmentation de pression vasculaire, et réagit par suite sur le muscle cardiaque. Il n'est donc pas étonnant que toute lésion du cœur, même légère, soit fort aggravée par la présence d'un gros corps fibreux; pareil phénomène se produit chez les cardiaques sous l'influence de la grossesse<sup>2</sup>. Une partie des **maladies du cœur** si fréquemment observées chez les malades atteintes de fibromes volumineux n'a souvent pas d'autre origine. Quelques observations isolées avaient seules été publiées<sup>3</sup>, lorsque Hofmeier<sup>4</sup>, dès 1884, dans un article remarquable sur la physiologie pathologique du *shock*, a insisté sur la fréquence des maladies du cœur dans les tumeurs abdominales et, en particulier, dans les gros fibromes. Il a relaté une série de dix-huit observations provenant du service de Schröder, où la mort subite, par arrêt du cœur, avait été provoquée par une tumeur abdominale **physiologique** ou pathologique. Dans trois cas (deux myomes et un kyste de l'ovaire) il y avait dégénérescence graisseuse avancée de la fibre cardiaque; dans quinze cas (cinq tumeurs de l'ovaire, cinq myomes, cinq grossesses), atrophie brune du myocarde. Cinq morts survinrent avant toute opération, neuf après une opération et cinq après l'accouchement<sup>5</sup>.

Cette intéressante question a été ensuite reprise par d'autres auteurs. Fehling<sup>6</sup>, dans une série de quatorze hystérectomies, a

d'albuminurie légère; la mort survint au bout de sept jours. A l'autopsie, on trouva les uretères comprimés et épaissis, les bassinets dilatés. (*Hygiea*, 1887, Bd. XLIX, n° 2. Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 25, p. 407.)

<sup>1</sup> A. T. CABOT a cité un cas remarquable de pyélite suppurée causée par un corps fibreux dont la guérison a été obtenue par l'hystérectomie abdominale. (*Boston med. and surg. Journ.*, 2 juin 1887.) — PORAK a publié une observation où l'on voit l'albuminurie et la dyspnée, sans doute urémique, disparaître après l'opération d'un polype utérin qui comprimait probablement les uretères. (*Soc. de Gynéc. de Paris*, 15 janv. 1887, in *Annal. de gynéc.*, févr. 1887, t. XXVII, p. 140.)

<sup>2</sup> JACCOUD. *Gaz. des hôp.*, 1886, n° 116.

<sup>3</sup> KASPERZIK (élève de Hegar). *Centr. f. Gyn.*, 1881, n° 11, p. 252. — RÖSE. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1884, Bd. XIX, p. 24. — SANGER. *Centr. f. Gyn.*, 1884, n° 37, p. 589. (Soc. gynéc. de Leipzig.)

<sup>4</sup> HOFMEIER. *Zur Lehre vom Shock, über Erkrankungen der Circulationsorgane bei Unterleibsgeschwülsten* (Soc. de gynéc. de Berlin, 24 oct. 1884. — In *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1884, Bd. XI, Heft 2, p. 366.)

<sup>5</sup> L'auteur se trompe de chiffre, car il y a là une erreur de calcul évidente.

<sup>6</sup> H. FEHLING. *Beiträge zur oper. Behndl. der Uterusmyome* (*Würtemb. med. Corresp.-Blatt*, 1887, n° 1-5).

étudié toutes ses malades à ce point de vue, et a trouvé dans quatre cas des signes manifestes d'altération cardiaque. Il a, en outre, observé à la même époque trois cas de tumeurs fibreuses de moyen volume coïncidant avec des signes de maladie de cœur; deux de ces malades moururent, l'une d'elles subitement. En Amérique, Dower<sup>1</sup> a publié une observation de ce genre. En Angleterre, B. Fenwick a présenté, à la Société gynécologique de Londres, un mémoire sur ce sujet<sup>2</sup>. En France, Sebileau<sup>3</sup> a fait connaître des faits confirmatifs. Parmi 18 tumeurs de l'abdomen qu'il a observées à ce point de vue, 17 fois il y avait des troubles cardiaques indiqués par des bruits de souffle; mais sur les 3 seuls cas de myomes de l'utérus qu'il cite, il n'y a pas une seule autopsie.

On devra donc ausculter avec soin toute malade atteinte de fibrome, donnant lieu à une tumeur d'un certain volume: la faiblesse des battements du cœur, le caractère sourd des bruits, l'essoufflement, la débilité générale, feront craindre une dégénérescence graisseuse du myocarde. L'atrophie brune n'a donné lieu à aucun symptôme spécial; on la rencontre surtout chez les malades très débilitées par les hémorrhagies.

Je partage l'opinion des chirurgiens qui voient dans cette lésion une nouvelle indication opératoire, en même temps qu'une aggravation du pronostic.

<sup>2°</sup> Signes physiques. — Parmi les signes fournis par l'examen local, celui qu'il convient de placer en première ligne, comme le plus fixe, celui qui est commun aux grosses et aux petites tumeurs, c'est l'allongement de la cavité utérine. Il est constant dans tous les cas de tumeurs en voie d'évolution, c'est-à-dire donnant lieu à des phénomènes morbides. L'utérus est même dilaté lorsqu'il existe des corps fibreux interstitiels, ou des polypes de petit volume, parce qu'il est hypertrophié, sous l'influence de ce que Guyon a appelé la **grossesse fibreuse**. Dans les gros fibromes, l'utérus est de plus allongé par le développement excentrique de la tumeur et la traction qu'elle opère sur le col. La sonde exploratrice peut alors pénétrer jusqu'à vingt centimètres.

Symptômes physiques.

Grossesse fibreuse.

Ce cathétérisme doit toujours être fait avec grand soin; il est généralement possible d'employer l'hystéromètre en argent malléable, que l'on courbe, selon le besoin. Mais, pour peu qu'on rencontre quelques difficultés, on aura recours à une bougie urétrale modérément flexible qu'on saisira ensuite au ras du col de l'utérus,

<sup>1</sup> A. J. DOWER. *Fibroid disease of the uterus with marked disease of the heart* (*The New-York med. Journ.*, 1884, t. XXXIX, p. 505).

<sup>2</sup> BEDFORD FENWICK. *Brit. gynec. Journ.*, mai 1887, vol. II, p. 72.

<sup>3</sup> SEBILEAU. *Loc. cit.*

pour pouvoir évaluer la longueur de sonde qui a pénétré. Cette instrumentation simple est, je crois, préférable à l'hystéromètre à curseur métallique (Caulet) ou à l'hystéro-curvimètre à cadran (Terrillon), qui ont été préconisés devant la Société de chirurgie.

La cavité utérine peut être tellement effacée par la saillie du corps fibreux qu'il devient impossible d'y faire pénétrer l'instrument.

**Tumeur.** La recherche de la tumeur doit être faite par la palpation bimanuelle aidée du toucher rectal. Dans les cas difficiles, il peut être utile d'avoir recours à l'anesthésie pour relâcher les parois abdominales. Une remarque générale s'applique à tous ces examens : ils fournissent toujours des renseignements très variables, selon qu'on les fait pendant ou après une période fluxionnaire et hémorrhagique. Dans ce dernier cas, on constate souvent une très grande diminution de volume des tumeurs, attribuée, à tort, à un traitement interne quelconque suivi par la malade. Il faut aussi être mis en garde contre les prétendues contractions qu'on a cru sentir dans certaines tumeurs; un mouvement fibrillaire des parois abdominales ou le déplacement d'une anse intestinale peuvent faire naître cette illusion.

Quand la tumeur a effacé ou dépassé le col, elle devient accessible par le toucher vaginal.

**Diagnostic.** — Au point de vue clinique, on doit diviser les corps fibreux en trois grandes classes, qui se prêtent elles-mêmes à quelques subdivisions, selon 1° que la tumeur, très peu développée, constitue un symptôme médiocre, ou 2° et 3° que celle-ci est bien caractérisée et poursuit son évolution vers l'extérieur ou vers la cavité péritonéale<sup>1</sup>.

Dans le premier cas, les symptômes prédominants sont ceux de la métrite symptomatique, **type métritique**.

Division  
des corps fibreux  
en vue  
du diagnostic.

Dans le second cas, **type à évolution vaginale**, il faut distinguer les variétés secondaires formées par : A, les fibromes du corps, sous-muqueux; B, les corps fibreux pédiculés, ou polypes; C, les corps fibreux du museau de tanche, ou de la portion sous-vaginale du col.

Dans le troisième cas, **type à évolution abdominale**, il importe de séparer : A, les fibromes pédiculés; B, ceux qui se sont développés dans le fond de l'utérus, au-dessus du point d'attache des ligaments larges; C, ceux qui se sont développés dans le corps de l'organe au-dessous de l'implantation des ligaments larges; et parmi ces derniers C', ceux qui, nés au-dessous du péritoine dans la portion sus-vaginale du col, ont pris un développement *pelvien* dans le tissu cellulaire du petit bassin.

<sup>1</sup> Cette division est celle que j'ai adoptée dans mes cours, à l'hôpital Lourcine-Pascal, depuis sept ans. Elle a été suivie par VAUTRIX, dans son excellente thèse d'agrégation (*Du traitement chirurgical des myomes utérins*. Paris, 1886, p. 48), d'après mes indications.

Le tableau suivant rendra cette division plus saisissante :

I. Type métritique (petit fibrome interstitiel).	A, fibromes du museau de tanche	{ sessiles. pédiculés.
	B, fibromes (du corps) sous-muqueux.	
II. Type à évolution vaginale.	C, fibromes (du corps) pédiculés, ou polypes	{ a) intra-utérins, b) à apparitions intermittentes, c) intra-vaginaux, — var.) énormes polypes.
III. Type à évolution abdominale (corps fibreux sous-péritonéaux ou interstitiels).	A, fibromes pédiculés, B, fibromes sessiles, non inclus dans les ligaments larges.	{ abdominaux, pelviens.
	C, fibromes sessiles inclus dans les ligaments larges	

Tel est l'ordre que j'adopterai dans l'exposé du diagnostic.

**I. Diagnostic des corps fibreux du type métritique** (petit corps fibreux interstitiel). — Lorsque la tumeur est très peu prononcée et n'a pas encore de tendance à se dégager des parois de l'utérus (fig. 129), il est parfois très difficile de reconnaître la véritable origine des phénomènes morbides observés. Les symptômes directeurs en seront alors : la persistance des hémorrhagies, coïncidant avec une augmentation du volume de l'utérus et l'agrandissement de sa cavité; mais la constatation de la petite tumeur est parfois possible.

Diagnostic  
des C. F. du type  
métritique  
avec :

On éliminera ainsi la **métrite hémorrhagique**. Le commencement de **grossesse** s'accompagne d'abolition des règles; on doit tenir compte pourtant des hémorrhagies qui peuvent exceptionnellement s'y observer. L'**avortement**, avec retard dans l'involution utérine causée par une rétention partielle de placenta, se distinguera par sa marche spéciale, autant que par l'étude des produits expulsés ou des parcelles extraites par la curette.

Métrite  
hémorrhagique.  
Grossesse, avor-  
tement.

Le **cancer du corps de l'utérus** donne lieu aussi à des hémorrhagies et à une augmentation de volume de l'organe : mais les pertes s'accompagnent de leucorrhée fétide, et, dans le doute, la curette ramènerait un fragment dont le microscope déterminerait la nature.

Cancer du corps.

Les **inflammations des trompes et des ovaires** sont une cause bien plus fréquente d'erreur; beaucoup d'indices trompeurs peuvent donner le change; hémorrhagies fréquentes, tumeur (hydro-, hémato-, ou pyo-salpinx) qui paraît souvent faire partie de l'utérus, auquel elle est soudée, soit sur les côtés, soit en arrière dans le cul-de-sac de Douglas.

Inflammations  
des trompes  
et des ovaires

Il ne faut pas compter sur la recherche de la fluctuation pour éclairer le diagnostic; elle manque généralement dans les petites tumeurs tendues, et de plus il est dangereux de la rechercher avec trop d'insistance. La formation très rapide de la tumeur, les anamnestiques, les signes rationnels, l'examen local minutieux fait sous

l'influence de l'anesthésie, l'absence d'augmentation du diamètre de l'utérus, seront des signes précieux pour reconnaître une affection des annexes.

Antéflexion, rétroflexion.

L'antéflexion et la rétroflexion de l'utérus, même lorsqu'elles s'accompagnent de pertes, ne tromperont pas longtemps; la nature de la tumeur qu'on sent dans l'un des culs-de-sac du vagin sera vite reconnue par la palpation bi-manuelle et le cathétérisme.

Tumeurs fécales.

Je ne parle que pour mémoire des petites tumeurs fécales, accumulées dans le rectum et senties par le toucher vaginal; elles ont pourtant parfois trompé les cliniciens novices. Il suffit de remarquer qu'elles sont dépressibles sous le doigt et qu'un purgatif les fait disparaître.

Diagnostic des corps fibreux du museau de tanche avec :

II. Diagnostic des corps fibreux à évolution vaginale. A. Du museau de tanche. — L'existence d'une tumeur dépendant d'une lèvre du col est ici l'indice capital. Cette tumeur est lisse, élastique, ordinairement non ulcérée. En promenant l'index à sa base, on peut sentir l'orifice du col en avant ou en arrière, selon qu'elle siège sur la lèvre antérieure ou postérieure; la lèvre saine est généralement amincie et un peu effacée. Cette circonstance a pu causer des erreurs et faire prendre le corps fibreux pour le corps de l'utérus inversé ou encore pour un polype, venu de l'intérieur de la cavité. La recherche attentive des deux lèvres par le toucher, celle de la cavité utérine par le cathétérisme, et celle du siège de l'utérus par la palpation bimanuelle, donneront des garanties suffisantes. Les corps fibreux du museau de tanche peuvent, du reste, eux-mêmes être pédiculés, on ne doit pas l'oublier. Enfin, ils peuvent, quand ils sont nés au niveau de l'insertion du vagin, s'accroître en dédoublant la cloison recto-vaginale, et alors simuler une tumeur du vagin<sup>1</sup>; enfin, se développer en partie vers la cavité utérine<sup>2</sup>.

Inversion utérine, polype du corps.

Diagnostic des corps fibreux sous-muqueux du corps avec :

B. Corps fibreux (du corps) sous-muqueux. — Les accidents hémorragiques et l'augmentation de la cavité utérine sont ici particulièrement marqués : la présence de la tumeur qui les cause est aussi facile à constater. Le toucher doit être pratiqué pour cela pendant les hémorragies, alors que les contractions utérines ramollissent et entr'ouvrent le col. Pour préciser le diagnostic par le toucher intra-utérin, on en activerait au besoin la dilatation par les moyens que j'ai décrits plus haut. On sent alors, au niveau d'une des faces de l'utérus, une tumeur qui proémine dans la cavité et la réduit à une fente linéaire latéralement déjetée. La surface du corps fibreux, recouverte par la muqueuse hypertrophiée, est lisse et tomenteuse.

<sup>1</sup> P. MÜLLER. *Scanzoni's Beiträge*, t. IV, p. 65.

<sup>2</sup> FRIEDR. SCHAUTA. *Wien. med. Woch.*, 1882, n° 33, p. 995.

Il n'y a pas de pédicule, mais une large base d'implantation, ce qui exclut l'idée de polype.

Extérieurement, l'utérus a, dans ces cas-là, une forme globuleuse qui pourrait faire penser aux premiers mois de la grossesse, n'était la rareté des hémorragies à ce moment-là.

C'est quand la surface de ces myomes est atteinte de sphacèle que des erreurs de diagnostic sont possibles; l'écoulement sanieux, la surface irrégulière et putride, la cachexie de la malade, feraient croire à une tumeur de mauvaise nature, à un cancer du corps de l'utérus, si l'on n'était averti de la possibilité de cette erreur.

C. Corps fibreux pédiculés ou polypes du corps. — On peut diviser en trois périodes l'évolution des polypes, et chacune d'elles correspond à une variété de ces productions. Dans une première, le corps fibreux pédiculé est encore enfermé dans la cavité de la matrice, souvent très dilatée : il est intra-utérin. Dans une deuxième période, il a de la tendance à entr'ouvrir le col, qu'il franchit à peine au moment des règles, pour disparaître dans les intervalles : c'est la variété de polypes à apparitions intermittentes. Enfin, dans une troisième période, dernier terme de leur évolution, les polypes, complètement sortis de l'utérus, sont devenus intra-vaginaux, et peuvent prendre un très grand développement, devenir énormes<sup>1</sup>, ce qui constitue encore une nouvelle variété, au point de vue clinique et opératoire.

Les polypes intra-utérins ne peuvent être distingués des corps fibreux sessiles sous-muqueux que par l'exploration directe, après dilatation du col. La présence du pédicule est caractéristique.

Les polypes à apparitions intermittentes, lesquelles coïncident habituellement avec la période des règles, pourraient être méconnus, si on n'observait pas la maladie au moment opportun; là encore, la dilatation artificielle du col s'impose, tant pour compléter le diagnostic que pour permettre l'ablation.

On ne pourrait guère confondre un polype intra-vaginal du corps qu'avec un fibrome sessile ou pédiculé du col; le toucher bien fait précisera les connexions. On pourrait croire à un utérus en inversion; l'erreur est alors facile, surtout si l'utérus inversé contient lui-même un corps fibreux sous-muqueux; elle a été commise plus d'une fois, même par des chirurgiens distingués. Cette inversion peut, du reste, être méconnue dans deux conditions. Ou bien elle complique un polype ou un corps fibreux sous-muqueux, qui seul attire l'attention<sup>2</sup>; ou bien elle existe seule, et l'étranglement de l'organe inversé au

Polype.

Grossesse.

Cancer du corps

Diagnostic des polypes avec :

Corps fibreux sous-muqueux.

Corps fibreux du col.  
Inversion utérine.

<sup>1</sup> S. POZZI. *Étude sur une variété clinique de polypes fibreux de l'utérus (polypes énormes)*. (*Revue de chir.*, févr. 1885, p. 115.)

<sup>2</sup> TILLAUX. *Bull. et Mém. de la Soc. d' chir.*, 1874, p. 655.