

moins denses, ne présentent pas de vaisseaux sanguins et sont généralement plus molles au centre qu'à la circonférence; mais le ramollissement partant du centre peut s'étendre jusqu'aux bords, elles présentent alors une consistance puriforme, ou caséuse. Si les parties environnantes n'offrent pas de résistance, le sac qui enveloppe les productions morbides éclate et la tumeur se vide. C'est seulement en pareil cas que les tumeurs spéciales signalent leur présence, autrement elles passent inaperçues et ne troublent ni la parturition ni même la menstruation.

Au point de vue obstétrical, les indications que présentent les corps fibreux utérins sont très variables et entièrement subordonnées à la combinaison, si variable elle-même, des caractères de siège, de volume, de consistance, etc., du produit pathologique.

Pendant la grossesse. — Il conviendra tantôt de calmer l'irritation de la matrice et d'en apaiser les contractions prématurées; tantôt, au contraire, il sera prudent ou nécessaire de provoquer l'accouchement avant terme; d'autres fois, enfin, on devra, si l'opération est possible, pratiquer l'ablation de la tumeur (polype du col déterminant des hémorrhagies qui mettent la vie en péril).

Pendant le travail. — On s'efforcera, si le corps fibreux est pédiculé, de le repousser au-dessus du détroit supérieur, ou bien, au contraire, de l'entraîner vers la vulve, afin de livrer passage au fœtus; s'il s'agit d'un polype du col, on pourra même en sectionner le pédicule et délivrer ainsi d'une manière définitive la femme de cette affection. Si la tumeur est volumineuse, fixe et interstitielle, il sera nécessaire de recourir tantôt à l'emploi du forceps ou de la version, tantôt à l'ablation partielle ou complète du produit morbide, tantôt enfin à la mutilation du fœtus ou à l'opération césarienne.

Après l'accouchement. — Si des accidents inflammatoires, hémorrhagiques ou autres se manifestent, on emploiera contre eux les moyens ordinaires de la thérapeutique de ces affections. Mais, dans le cas où l'extraction de la tumeur serait praticable, il conviendrait, à l'exemple de Guiot et de Danyau (1), d'y recourir immédiatement, ou, comme l'a fait Ramsbotham (2), de n'y procéder qu'après le retour de l'utérus à son volume ordinaire. La nature et le degré de gravité de l'accident sont, avec la plus ou moins grande facilité de l'opération, les circonstances qui doivent influencer sur la détermination du chirurgien.

« On peut lier, puis exciser ou même tordre tout de suite un polype, soit pendant, soit immédiatement ou plus ou moins longtemps après l'accouchement, sans déterminer nécessairement des accidents. La ligature seule ou suivie de l'excision est le meilleur mode de traitement.

(1) Danyau, *Recherches sur les polypes fibreux de l'utérus* (*Journal de chirurgie*, de Malgaigne, 1846, et *Bulletin de l'Académie*, 1851, t. XVI, p. 961).

(2) Ramsbotham, *Obstetric medicine and surgery*, 4^e édition. London, 1856, p. 224.

« L'opération n'est pas suivie de récidive; elle ne produit pas nécessairement la stérilité, et ne prédispose à aucun accident particulier dans les accouchements subséquents. » (Danyau.)

Il convient de se rappeler, non seulement au point de vue du pronostic, mais encore afin de mieux préciser les indications thérapeutiques, que les tumeurs fibreuses *sessiles* ou *interstitielles* de l'utérus sont susceptibles, d'une part, d'acquies sous l'influence de la grossesse un développement rapide et considérable, et, d'autre part, de perdre promptement, après la déplétion de l'organe, l'excès de volume acquis pendant la gestation. Plusieurs faits cités par Chailly (1), Depaul, Cazeaux (2), et Danyau tendent à prouver l'existence de cette particularité singulière des fibromes utérins. — Les tumeurs *pédiculées* ne paraissent pas subir, du moins au même degré, ce travail successif d'hypertrophie et d'atrophie qui, pour Huguier, n'intéresserait que certaines variétés de corps fibreux.

Il est encore douteux que ces produits morbides prédisposent d'une manière spéciale la matrice aux déchirures, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement; car, jusqu'ici, à l'exception d'un fait de Fabrice de Hilden (3), dans lequel un fibrome volumineux du col obstruait le canal pelvien, cet accident n'a pas été mentionné comme la conséquence d'une tumeur fibreuse de l'utérus; et encore ne semble-t-il pas que la rupture ait été produite, dans le cas dont il s'agit, par suite d'un affaiblissement des parois de l'organe.

Il serait sans doute plus vrai de dire qu'en vertu du développement anormal de la matrice et de l'irrégularité de sa cavité, les fibromes de l'utérus prédisposent aux présentations défectueuses du fœtus, ainsi qu'à l'insertion vicieuse du placenta sur le col ou dans son voisinage. Toutefois, malgré quelques exemples de telles complications, cette proposition, comme la précédente, attend encore sa démonstration (4).

ARTICLE II

POLYPES DE L'UTÉRUS (5)

On désigne sous le nom de polypes, des tumeurs reliées à la matrice par un pédicule plus ou moins long.

(1) Chailly, *Traité de l'art des accouchements*, 6^e édition. Paris, 1878.

(2) Cazeaux, *Traité de l'art des accouchements*, 7^e édition. Paris, 1867.

(3) Fabrice de Hilden, *Opera*. Francofurti, 1663.

(4) Gueniot, *Des tumeurs fibreuses pendant la grossesse et l'accouchement* (*Gaz. des hôpitaux*, 12 avril 1864).

(5) BIBLIOGRAPHIE: Ansiaux, *Clinique chirurgicale*. Liège, 1819. — Paletta, *De uteri polypis* (*Exercitationes pathologicae*. Mediolani, 1820-1826). — P.-H. Bérard, *Dissertation sur plusieurs points d'anatomie pathologique*. Thèse, Paris, 1826, 14 février, et *Archives générales de médecine*, 1826, t. XI, p. 84. — Levanner, *Archives générales de médecine*, 1826, t. XI, p. 467. — Hue, *The Lancet*, 1828, t. II, p. 311, et *The*

Dans ce chapitre, nous aurons surtout en vue les polypes fibreux, et nous ne ferons que mentionner les *polypes glandulaires ou muqueux* que nous avons décrits à propos de la métrite muqueuse; nous n'étudierons pas non plus d'une façon spéciale les polypes qui se développent du côté du péritoine, car ils ne donnent pas lieu à des considérations anatomo-pathologiques ou thérapeutiques bien différentes de celles que nous avons signalées à propos des corps fibreux. Nous examinerons donc plus spécialement les polypes qui font saillie du côté de la cavité utérine.

Au lieu d'être logée dans l'épaisseur du tissu utérin, la tumeur dite polype est fixée sur un point de la surface intérieure de l'utérus, par un col ou pédicule, d'un diamètre moins considérable que le corps même du polype. Les polypes ont, en général, une forme ronde ou ovale, qui peut d'ailleurs être modifiée par la pression des parois utérines ou des organes environnants. Comme dimensions, les tumeurs varient beaucoup. Parfois, avec le volume d'un pois, ces polypes sont la cause d'accidents très sérieux, d'autres fois ils sont énormes et n'entraînent aucun inconvénient. Il y a quelques années, on enleva, à l'hôpital de Meath, un de ces polypes qui mesurait en longueur plus de 14 pouces, et en diamètre 4 à 5 pouces dans sa partie la plus large. Siebold a vu une de ces tumeurs qui avait le volume d'une tête d'enfant (1). Plusieurs exemples semblables sont rapportés par les auteurs (2). La coloration de ces tumeurs dépend en partie de leur vascularité et en partie de leur situation. Quelques-unes sont tout à fait blanches, d'autres rougeâtres, d'autres d'un brun foncé, on voit à la surface des veines bleues. Tantôt elles sont fixées sur le fond de l'utérus, tantôt sur les côtés du col; d'autres enfin viennent du bord de l'orifice utérin. « Cette distinction, dit Robert Gooch, ne doit pas être perdue de vue, elle est importante au point de vue pratique (3). Pour

London medical Gazette, 7 juin 1828. — Griffith, *The Lancet*, 1829, t. I, p. 24. — Dance, *Revue médicale*, 1830, t. XXXVIII, p. 408. — Gerdy, *Des polypes de l'utérus et de leur traitement*, thèse de concours. Paris, 1833. — Lisfranc, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1836, p. 499. — Pecot (de Besançon), *Traitement des polypes utérins par arrachement* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1836, t. I, p. 96, et *Archives générales de médecine*, 3^e série, t. II, p. 382), et *Rapport de Capuron* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. I, p. 877). — Gabriel Pelletan, *Note sur un polype utérin pour lequel on a fait un nouveau serre-nœud* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. I, Paris, 1836, p. 240). — Lee (Robert), *London med. Gazette*, décembre 1835; *Mémoire sur les tumeurs fibro-calcaires et les polypes de l'utérus* (*Gazette médicale de Paris*, 1838, p. 369). — Lucien Boyer, *Observ. de polypes de l'utérus* (*Bulletin de l'Académie*, t. IX, 1844, p. 370; *Revue médicale*, 1844 et octobre 1846). — Porter Smith, *Medical Times and Gazette*, 1861.

(1) Adm. Elias von Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*. Frankfurt, 1821, vol. I, p. 687.

(2) G.-M. Richter, *Synopsis praxeos medico-obstetricæ*. Mosquæ, 1810, in-4, p. 114, tab. 6. — A.-G. Richter, *Medico-chir. Biblioth.*, t. IX, p. 125.

(3) Gooch, *An Account of some of the most important diseases peculiar to women*. London, 1829, p. 251.

reconnaître la nature de la tumeur et l'opportunité d'une opération, il est très important de connaître le mode d'attache des polypes. Ce que l'on peut faire pour un polype qui vient du fond de l'utérus n'est plus applicable à celui qui vient du col ou de l'orifice du col. Dans les polypes du fond de l'utérus, le pédicule est complètement entouré par l'orifice, et si l'on introduit le doigt par cet orifice, on sent nettement cette disposition. Dans les polypes du col, au contraire, le doigt introduit dans l'orifice ne peut passer tout autour de ce pédicule, il est arrêté quand il arrive sur le point d'attache du polype au col, le pédicule n'est donc qu'à moitié entouré par le col.

« Dans les polypes de l'orifice utérin, le pédicule part de l'une des lèvres; le doigt éprouve la sensation que donnerait une des lèvres se prolongeant pour former d'abord le pédicule et s'élargissant ensuite pour former le corps du polype. Quand un polype se développe à l'intérieur de la cavité utérine, il dilate cette cavité, puis le col et l'orifice, absolument comme dans la grossesse. A la place d'un orifice allongé se trouvant au milieu de deux lèvres saillantes en forme de mamelon et d'un tissu résistant, on trouve un espace rond avec des bords minces, comme dans la grossesse avancée. Dans les polypes du col et ceux de l'orifice, la partie saillante de l'utérus conserve beaucoup plus de sa forme et de sa consistance normale. »

Ce n'est pas cependant à toutes les périodes de leur développement que les polypes sont aussi distincts les uns des autres. Au début, ils sont renfermés dans la cavité utérine et le doigt ne peut les atteindre. Ainsi que Ramsbotham l'a rencontré dans un cas, le polype apparaît un jour à l'orifice et disparaît ensuite pour quelques jours (1). C'est cette variété de polypes que M. Larcher a décrite sous le nom de *polypes à apparitions intermittentes* (2).

L'oblitération graduelle du col utérin, dont on peut se rendre compte par des examens répétés, sera le point de repère pour le diagnostic. Très souvent l'utérus, par ses seules contractions, arrive à détacher le polype, que l'on trouve alors dans le vagin sous forme d'une tumeur arrondie. Le polype du col n'a pas toujours un pédicule aussi bien formé que celui du corps.

§ I. — Anatomie pathologique.

Au point de vue histologique, la plupart des auteurs admettent trois espèces de polypes : 1^o les polypes muqueux; 2^o les polypes vasculaires; 3^o les polypes fibreux.

Les *polypes muqueux*, ou *glandulaires*, formés par l'hypertrophie des glandes de la muqueuse utérine et résultant de l'inflammation de ces

(1) Ramsbotham, *Med. Times and Gazette*, 27 novembre 1852, p. 537.

(2) Larcher, *Mémoires sur les polypes à apparitions intermittentes*, 1867.

glandes, ne doivent pas être décrits ici, leur étude se rattache à celle de la métrite muqueuse que nous avons précédemment fait connaître.

Quant aux *polypes vasculaires*, qui sont très rares, on doit les considérer comme une variété des polypes muqueux, dont ils ne diffèrent d'ailleurs que par l'hypervascularisation de leur tissu.

Il nous reste donc à examiner les *polypes fibreux*, les seuls dont l'étude doive être rapprochée de celle des corps fibreux.

Les polypes fibreux rappellent, comme structure, la tumeur fibreuse que nous avons décrite (page 393). Leur densité est en général assez considérable, ils sont durs et élastiques. Dans quelques cas on a trouvé

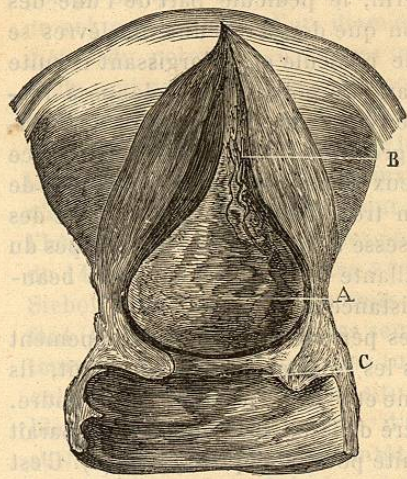


Fig. 124. — Exemple de polype à pédicule très mince inséré sur le fond de l'utérus (*).

ces polypes creux à leur centre et à l'intérieur de leur cavité du sang caillé, une matière gélatineuse et mélangée de poils, ou de la graisse et des poils. La tumeur est toujours recouverte par la membrane muqueuse de l'utérus.

Quant à son mode de connexion avec cet organe, tantôt ce sont des ligaments formés de tissu cellulaire, plus souvent la tumeur se trouve partir des fibres musculaires.

Le volume du pédicule et sa longueur sont très variables : tantôt le pédicule est grêle (fig. 124), tantôt volumineux (fig. 126).

Le volume de la tumeur varie aussi considérablement. Le po-

lype peut se développer dans l'utérus, qui est alors distendu et qui présente une augmentation de volume en rapport avec les dimensions de la tumeur (fig. 125).

Quand la tumeur augmente de volume, elle distend la couche de tissu utérin qui la recouvre jusqu'à la réduire à une lame très mince. A la fin cette couche se déchire et la tumeur n'est plus alors recouverte que dans une très petite partie de son étendue, tout près de sa racine. Il est rare que le pédicule ne soit pas entouré par une couche additionnelle qui revêt la membrane muqueuse utérine; quelquefois même toute la tumeur est ainsi recouverte par plusieurs épaisseurs de tissu. A ce sujet, Breschet (1) dit qu'il a souvent rencontré des

(1) Breschet, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, art. POLYPE, t. XXV, p. 549.

(*) La chute de ce polype s'est opérée spontanément, et la femme est morte quelques jours après d'une maladie de poitrine. — A. Polype. — B. Pédicule du polype. — C. Bord de l'orifice inférieur de l'utérus (Boivin et Ducès, *Atlas*, pl. XVIII, fig. 5).

polypes qui étaient enveloppés d'une membrane mince, souple et brillante. Dans certains cas, cette membrane est tout à fait distincte du polype, elle est charnue et elle devient de plus en plus mince à mesure que l'on se rapproche du pédicule; c'est ce qui arrive dans les tumeurs volumineuses (fig. 126). Au contraire, dans les tumeurs de petit diamètre, cette membrane devient de plus en plus épaisse vers le pédicule; mais, dans tous les cas, il y a une continuité évidente entre la por-

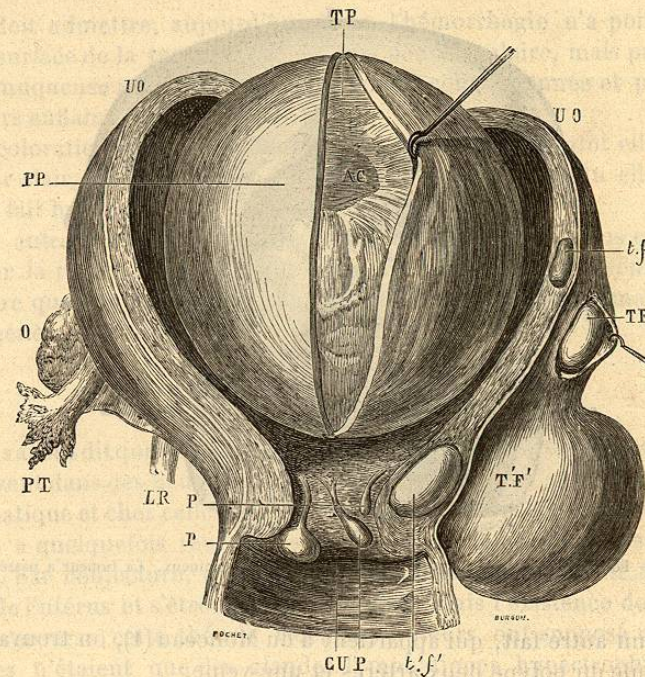


Fig. 125. — Tumeurs fibreuses multiples et polypes glandulaires du col de l'utérus (*).

tion charnue de l'organe où le polype prend son point de départ et la membrane qui l'enveloppe. Dans certains cas, cette membrane est tellement souple qu'on a pu être tenté de la prendre pour une exsudation albumineuse sécrétée par la surface interne de la tumeur enflammée (1). Ce fait de pathologie a été parfaitement établi par les recherches de Lee, Barnes et d'autres auteurs, et il donne l'explication de quelques phénomènes qui se produisent de temps en temps à la suite des ligatures, peut-être aussi est-ce à cette disposition anatomo-

(1) Hemming, *Trans.*, p. 196.

(*) PP. Tumeur fibreuse du corps de l'utérus. — UO. Parois utérines. — T.F.T.F' t.f.t.f'. Tumeurs fibreuses multiples développées dans les parois utérines. — O. Ovaire. — PT. Pavillon de la trompe. — LR. Ligament rond. — CU. Col utérin. — P, P, P. Polypes glandulaires du col (Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, XIII^e livraison, pl. VI, fig. 1).

pathologique que l'on doit rapporter le fait établi par Charles Johnson, que, contrairement à l'opinion commune, les polypes ne sont pas toujours insensibles.

Quant à ce qui est de la circulation dans ces tumeurs, elle ne peut pas être très active, puisque, ainsi que nous l'avons vu, elles ne sont traversées que par quelques rares vaisseaux.

Dans le fait de Saviard, il y avait deux petites artères et deux veines.

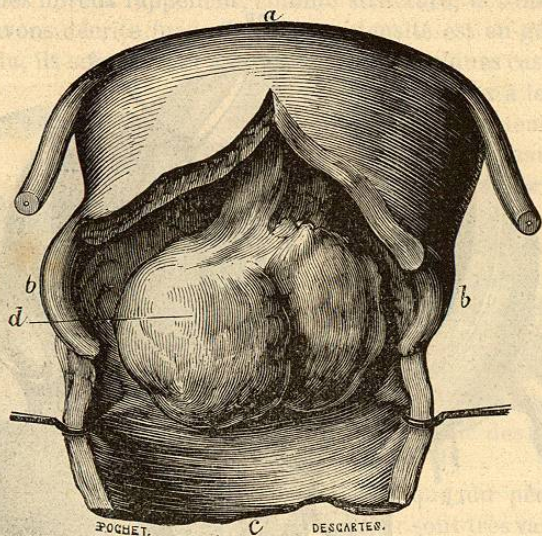


Fig. 126. — Polype fixé au fond de l'utérus par un pédicule volumineux. La tumeur a passé dans le vagin (*).

Dans un autre fait, qui appartient à du Monceau (1), on trouva dans le pédicule du polype deux artères et une veine.

Dans un fait rapporté par Vacoussain (2), on sentait dans le pédicule une pulsation artérielle, et Hemming rapporte qu'il y a au musée de l'hôpital de Saint-Barthélemy un polype utérin complètement injecté (3).

Mais tous ces faits font bien plutôt l'exception que la règle. Il est donc extrêmement difficile d'expliquer pathologiquement ces hémorragies alarmantes qui accompagnent les polypes utérins. Il est impossible d'en faire remonter la source jusqu'aux vaisseaux du polype,

(1) Du Monceau, *Histoire d'un polype utérin* (*Journal de médecine*, par A. Rioux, juillet 1768, t. XXIX, p. 535).

(2) Vacoussain, in Levret, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. III, p. 533.

(3) Hemming, *Cases of Polypus uteri*, with remarks by Dr Ashwell (*London med. and surg. Journal*, 24 juin 1837).

(*) a, fond de l'utérus : la paroi antérieure de l'organe est ouverte pour faire voir la tumeur et l'implantation du pédicule; bb, section en deux parties du museau de tau; c, le vagin; d, le polype (LARKE).

puisqu'on peut rarement en constater l'existence. D'ailleurs, que les tumeurs soient volumineuses ou qu'elles soient petites, les hémorragies sont toujours aussi graves. Le docteur Gooch est d'avis que la source de l'hémorragie est la surface même de la tumeur et non point la membrane muqueuse de l'utérus. Le docteur Hamilton dit à ce sujet que l'expérience l'a conduit à une opinion tout à fait différente.

On doit admettre, aujourd'hui, que l'hémorragie n'a point lieu par la surface de la tumeur, qui est très peu vasculaire, mais par celle de la muqueuse utérine, qui est fortement congestionnée et presque toujours enflammée.

La coloration de ces tumeurs varie beaucoup : tantôt elles sont couleur clair, traversées par des veines; quelquefois enfin elles sont tout à fait brunes.

Une autre preuve du peu de vascularité des polypes nous est donnée par la rareté des changements morbides qu'ils éprouvent. Il est très rare que ces tumeurs s'enflamment ou s'ulcèrent, et jamais elles ne dégénèrent en une affection maligne.

§ II. — Causes.

Nous avons dit que les polypes se rencontrent surtout chez les personnes qui vivent dans des lieux humides et bas, chez celles d'un tempérament lymphatique et chez celles qui ont des occupations sédentaires. Comme on les a quelquefois rencontrés à la suite de fausses couches, on a admis, par conjecture, qu'un caillot fibrineux peut être resté à l'intérieur de l'utérus et s'être ensuite organisé; mais l'existence des pédicules renverse cette théorie. Quelques auteurs ont supposé que les polypes n'étaient que des glandes lymphatiques hypertrophiées, ce que l'on n'a pas pu prouver davantage.

Ces tumeurs ne sont pas communes avant quarante ans, et elles sont aussi fréquentes chez les femmes vierges que chez les femmes mariées. Malgaigne (1) a publié une table de cinquante et une femmes atteintes de polypes, avec leur âge. Ces faits sont tirés des travaux de Levret (2), d'Herbiniaux (3), de Ph. Roux (4), de Louis Leblanc (5) et des principales thèses de la Faculté.

(1) Malgaigne, *Polypes de l'utérus*, thèse de concours. Paris, 1832.

(2) Levret, *Mém. de l'Acad. de chirurgie*, 1757, t. III, et *Mém. sur la cure radicale des polypes de la matrice*. Paris, 1759.

(3) Herbiniaux, *Parallèles des différents instruments, avec la manière de s'en servir pour pratiquer la ligature des polypes de la matrice*. La Haye, 1771. — *Traité sur divers accouchements laborieux et sur les polypes de la matrice*. Bruxelles, 1782, t. II.

(4) Ph.-J. Roux, *Mémoire sur les polypes utérins* (*Journal de médecine*, 1801), et *Mélanges de chirurgie*. Paris, 1809. — Desault, *Œuvres chirurgicales*. Paris, 1803, t. III, p. 370.

(5) L. Leblanc, *Précis d'opérations de chirurgie*. Paris, 1775, p. 432.

4	femmes avaient	de 26 à 30 ans.
20	—	de 30 à 40
16	—	de 40 à 50
4	—	de 50 à 60
3	—	de 60 à 70
4	—	de 70 à 80

Nous devons donc nous ranger à l'avis de sir Clarke (1), c'est-à-dire que la cause première est jusqu'ici inconnue; tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il existe en pareil cas, sans doute, quelque lésion de nutrition. Il n'y a point de trace évidente d'inflammation, mais à certaines périodes et dans certaines conditions déterminées, l'utérus est exposé à ces développements morbides.

§ III. — Symptômes.

Au début de la maladie, les symptômes locaux et généraux sont très peu marqués et très vagues; mais quand la maladie est plus avancée, ils prennent un caractère plus tranché et beaucoup plus grave. On peut les diviser, à proprement parler, en symptômes pathologiques et en symptômes purement mécaniques. Les premiers manquent rarement, à moins que le polype ne soit très petit; les seconds ne se produisent jamais qu'au moment où le polype a dépassé certaines dimensions.

Parmi les symptômes pathologiques, les plus importants de beaucoup sont la perte considérable de sang. Les hémorrhagies se renouvellent fréquemment, mais à des époques irrégulières et en quantité variable. La quantité de sang perdu est, dans beaucoup de cas, suffisante pour que la malade prenne sur tout le corps une teinte très pâle; les lèvres mêmes blanchissent, tous les signes de l'anémie se produisent; l'appétit devient inégal, il y a de la diarrhée, de l'œdème des extrémités, et enfin la malade en est réduite à un état cachectique très grave. On peut d'abord croire qu'il ne s'agit que d'une perte ordinaire, et l'on ne s'en préoccupe que quand la constitution est déjà gravement altérée. Plus la perte est abondante et plus la maladie devient dangereuse. Le sang est d'abord rendu à l'état fluide, sans aucune odeur, puis il sort par caillots; quelques-uns même de ces caillots ont tout à fait la forme du polype contre lequel ils ont été appliqués, et quand ils restent longtemps dans le vagin, ils prennent une odeur putride qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic (2).

Dans beaucoup de cas où le polype n'est pas plus gros qu'une noisette, l'hémorrhagie peut cependant être abondante, il semble même qu'elle le soit plus avec de petits polypes qu'avec des tumeurs très volumineuses. Dans un cas où M. Porter de Meath Hospital fut obligé

(1) Ch.-M. Clarke, *Observation on those diseases of females which are attended by discharges*, 3^e édition. London, 1831.

(2) Hamilton's, *Observations*, p. 14.

de faire une opération, pendant fort longtemps il n'y avait pas eu la moindre perte de sang. Une fois le polype enlevé, l'hémorrhagie cesse entièrement et immédiatement. Comme l'on doit s'y attendre, la menstruation devient très irrégulière aussi bien comme époque que comme abondance de sécrétion. Pendant les intervalles, il y a, en général, un écoulement leucorrhéique très abondant. Cela peut tenir à une simple augmentation de sécrétion muqueuse, ou bien cela tient à une inflammation du vagin, et, dans ce cas, l'écoulement est fétide et grisâtre. Suivant Th. Denman, l'écoulement peut être séreux, muqueux, sanieux et sanguinolent (1).

Un autre symptôme constant, ce sont les vomissements fréquents. Cela tient sans aucun doute aux pertes de sang et peut-être en partie aux efforts expulsifs de l'utérus, ou bien aux tiraillements produits par les polypes. Quant aux symptômes dyspeptiques, aux palpitations, à l'émaciation générale, l'œdème, l'anémie, nous avons déjà noté que tout cela était le résultat des hémorrhagies. La malade se plaint encore d'une pesanteur dans le bassin, d'une pression sur la vulve, de tiraillements dans les reins et dans les aines, de douleurs dans le dos et de fatigue générale. Parfois il y a des sensations régulières de contractions expulsives dans la matrice, qui se reproduisent jusqu'à ce que le polype soit chassé de la cavité utérine. Quelquefois la violence de ces contractions amène la rupture du pédicule et le polype est éliminé. Il faut noter que la portion ou racine du polype qui reste en pareil cas à l'intérieur de l'utérus n'est jamais le point de départ d'une autre tumeur. Une fois le polype enlevé, ou avant l'opération, s'il n'est pas trop volumineux, on trouve généralement une ulcération superficielle de la portion du col qui a été en contact avec la racine du polype. Le fait a été noté par Bennet (2), Montgomery (3) et Whitehead, et il a quelque importance au point de vue pratique. En effet, la guérison serait incomplète si l'on ne portait remède à cette érosion. Quand la tumeur est volumineuse, il se peut qu'elle appuie sur la vessie ou sur le rectum, de manière à provoquer et à gêner tout à la fois les fonctions de ces organes.

La présence d'un polype peu volumineux n'empêche pas la conception, bien qu'assurément le développement du fœtus en soit très gêné. L'avortement est même une suite très fréquente de la présence des polypes (4). Quand une tumeur très volumineuse descend dans la cavité du bassin, elle peut apporter un sérieux obstacle à l'accouche-

(1) Th. Denman, *Midwifery*, p. 50. — *Engravings of two uterus polypi*. London, 1801. — *Medical Commentaries*, vol. IV, p. 228.

(2) Bennet, *Traité de l'inflammation de l'utérus*, trad. par Peter. Paris, 1864, p. 484.

(3) Montgomery, *Dublin quarterly Journal*, 1846, et *Gaz. méd. de Paris*, 1847, p. 321.

(4) Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. I, p. 700. — Stark, *Archiv für die Geburtshilfe, Frauenzimmer- und Kinderkrankheiten*, etc. Iéna, 1779, t. I, p. 130. — Hauck, *Wochenschrift für die hes. Heilkunde*, juin 1837.

ment, et il faut l'enlever immédiatement; quand elle reste dans la cavité utérine, elle peut être encore plus nuisible, non pas en entravant l'accouchement, mais en empêchant les contractions utérines qui suivent la délivrance. De là des hémorrhagies très graves, souvent même mortelles. Un cas de ce genre s'est présenté à nous dans un accouchement pratiqué il y a quelques années : la malade, après un accouchement normal, paraissait d'abord aller fort bien, mais bientôt se produisit une perte abondante qui ne put être arrêtée par aucun des moyens employés d'ordinaire, et en huit ou dix heures la malade mourut. A l'examen de l'utérus, après la mort, on trouva un volumineux polype qui était implanté sur le fond de l'utérus, et qui évidemment en avait empêché la rétraction. On ne put découvrir aucun vaisseau sanguin à l'intérieur de ce polype.

Radford (de Manchester) a vu un fait analogue; Kilian (1) en a vu un autre tout à fait semblable, qui s'est également terminé par la mort.

Oldham a rapporté le fait d'une dame chez laquelle il vit un polype qui, après l'accouchement, était descendu jusqu'à la vulve. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, le polype se détacha peu à peu et finit par disparaître entièrement sans qu'on eût fait aucun traitement. Il rapporte encore un autre cas de polype dans lequel on appliqua une ligature. Une métrite se déclara et, à la suite, un avortement eut lieu (2).

Priestley a rapporté un cas dans lequel on fut obligé de faire l'accouchement au forceps, et cette opération fut très laborieuse à cause de la présence d'une masse fibreuse insérée sur la partie postérieure de l'utérus (3). Nous avons vu un cas semblable dans lequel on fut obligé de faire la craniotomie. Cruveilhier dit que la métrite à la suite de couches a souvent été la conséquence de la présence de ces tumeurs (4).

Les polypes sont souvent cause des chutes de l'utérus, on même des inversions utérines (5).

Denman (6), Heavyside, Hamilton, de Glasgow, Higgins, Pierson, Old-

(1) Kilian, *Ein fibrinöser Polyp der Uterus* (Henle's und Pfeuffer's Zeitschr., t. VIII, p. 2).

(2) Oldham, *Guy's Hospital Reports*, vol. VIII, part. I, p. 69, avril 1844.

(3) Priestley, *Trans. of London Obstetrical Society*, vol. I, p. 217.

(4) J. Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, livr. XV, et *Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1856, t. III.

(5) Ruyschii, *Observationum Centuria*. Obs. 6. Amstelodami, 1691, p. 12. — *Med. Comment.*, vol. IV, p. 228. — Levret, *Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes*. Paris, 1749. — Davis's, *Obstetric. Med.*, vol. II, p. 617. — Siebold's, *Journal*, vol. VIII, p. 698.

(6) Th. Denman's, *Midwifery*, case 2, p. 56-60. — Davis's, *Obstetr. med.*, vol. II, p. 618. — Si un polype de la matrice descend dans le vagin, son pédicule entraîne en bas la portion de l'utérus à laquelle il est attaché, de sorte que le mal, parvenu à ce degré, se complique généralement d'une inversion partielle de l'utérus. L'inattention en présence d'un fait aussi grave a amené des conséquences fatales. (Gooch, *Diseases of women*, p. 252.)

ham, Montgomery, etc., ont cité des faits semblables, et, grâce à la bienveillance de M. Lynch, nous avons pu examiner un cas de ce genre à Jervisstreet Hospital. L'utérus est d'abord distendu par le polype, peu à peu, l'inversion se produit par suite du poids de la tumeur, de la tendance qu'elle a à descendre et des efforts même que fait l'utérus pour expulser le polype.

Si, pour une cause quelconque, il y a lieu de soupçonner la présence d'un polype constaté par l'examen vaginal (que l'on doit toujours faire d'ailleurs dans les cas d'hémorrhagie), on découvrira la tumeur, à moins qu'elle ne soit retenue dans la cavité utérine. Elle se présente sous la forme d'une tumeur polie, arrondie, insensible, variable comme densité, ayant en général la forme d'une poire. Le pédicule est pendant à travers l'orifice utérin, et s'il y a la place pour que le doigt puisse passer, on peut suivre à travers l'orifice le pédicule jusque dans la cavité. Dans les cas où le polype remplit tout le vagin, nous sommes obligés de nous contenter de renseignements très vagues; quand le polype est très petit et reste à l'entrée de l'utérus, le col ne subit pas de changement notable et le doigt est insuffisant pour éclairer le diagnostic. Au spéculum, au contraire, on découvre facilement la tumeur. Les polypes volumineux paraissent en général d'une couleur blanchâtre, mais ceux qui n'ont pas encore franchi le col sont bruns ou d'un rouge foncé. Si un polype volumineux est encore à l'intérieur de l'utérus, on trouve que l'organe est développé en proportion du volume de la tumeur, et la saillie du col plus ou moins prononcée, suivant le degré de pression exercé de dedans en dehors. Après plusieurs examens successifs, on peut sentir que le col s'efface par degrés jusqu'au moment où l'extrémité interne du vagin n'est plus marquée que par l'orifice dilaté de l'utérus. C'est le même phénomène qui se produit à la fin de la grossesse. Si le polype est petit et qu'il soit encore à l'intérieur de l'utérus, la seule manière d'en constater la présence est de dilater l'orifice du col au moyen de petites éponges jusqu'à ce que le doigt puisse être introduit dans la cavité. Ce procédé a été conseillé par le professeur Simpson (1); c'est ce que l'on doit faire dans les cas où l'on a toute espèce de raisons pour soupçonner un polype, ainsi, quand il y a des hémorrhagies répétées irrégulièrement, sans congestion ou inflammation apparente de l'utérus.

Montgomery a publié sur ce sujet les résultats de son expérience particulière. Nous ne pouvons mieux faire que de rappeler ici ses conclusions.

1° Les petits polypes ou les excroissances polypeuses de l'utérus sont très fréquents.

(1) Simpson, *De polypis uteri horumque resectione*. Berolini, 1828. — *On the Detection and Treatment of intra-uterine polypi* (*Monthly Journal*, janvier 1850). — *On the Excision of large pedunculated uterine polypi* (*Monthly Journal*, janvier 1851).