

Les divers modes d'exploration par le toucher vaginal et rectal, par le cathétérisme utérin, ne laisseront pas confondre un fibro-myome avec un *déplacement* de l'utérus, rétro- ou antéflexion, anté- ou rétroversion.

La *périmétrite* et l'*hématocele rétro-utérine* s'accompagnent ou se sont accompagnées de phénomènes aigus douloureux et fébriles qui ne se retrouvent pas dans la tumeur fibreuse. Les difficultés du diagnostic sont portées à leur maximum quand il y a coïncidence d'une affection des annexes, salpingite ou dégénérescence kystique des ovaires.

Quand la tumeur fait saillie dans le col et dans le vagin, quand elle s'accompagne d'un écoulement sanguin et ichoreux fétide, chez une femme pâle, anémiée par les hémorrhagies antérieures, ayant souffert ou souffrant encore des douleurs de la compression ou de l'expulsion, le myome en voie d'élimination, ramolli, sphacélé, déchiqueté par place, pourrait être confondu avec les végétations d'un *cancer du col*. Un examen attentif permettra au doigt de contourner la tumeur, de constater l'intégrité des parois vaginales et d'arriver jusqu'aux lèvres ou jusqu'à l'une des lèvres du col à travers lesquelles la masse fait hernie; ce doigt reconnaîtra que ces lèvres sont saines ou effacées, qu'elles ne présentent ni l'induration, ni les ulcérations du cancer et qu'à travers le col la tumeur se continue plus ou moins haut dans l'utérus.

Le toucher également fera distinguer du fibro-myome procident l'*hypertrophie* du col, dans laquelle la tumeur, percée d'un orifice qui n'est autre que celui du museau de tanche, se continue d'une manière parfaite depuis son extrémité jusqu'aux culs-de-sac vaginaux.

L'*inversion utérine* sera reconnue par le cathétérisme utérin, indiquant une diminution considérable du diamètre longitudinal de la cavité de l'utérus.

Le *prolapsus utérin* sera diagnostiqué par les signes que nous avons donnés à propos de cette affection.

Quand il existe une tumeur abdominale, le diagnostic ne présente de difficultés qu'avec certaines *tumeurs solides* ou quelques *kystes* de l'ovaire. Les fibromes de l'ovaire sont rares, comparés à la fréquence des fibromes utérins; leur siège est en général plutôt latéral que médian, leur mobilité est aussi souvent plus grande que celle des

fibro-myomes; enfin le cathétérisme ne montre pas de modifications dans les dimensions de la cavité utérine. Le plus souvent aussi, la métrorrhagie et les autres signes rationnels des corps fibreux font défaut.

Ces dernières considérations s'appliquent aussi au diagnostic des *kystes* de l'ovaire; ceux-ci ne pourraient guère être confondus avec les myomes utérins que s'ils présentent une épaisseur ou une tension de leurs parois empêchant de percevoir la fluctuation ou s'ils renferment des masses solides et des cloisons épaisses en quantité considérable.

La confusion sera presque impossible à éviter quand il s'agit d'un *fibro-myome* kystique de l'utérus, ou d'un myome mou et quasi-fluctuant. L'examen de la cavité utérine, l'existence d'un souffle vasculaire (Péan et Urdy) et souvent même les résultats de la ponction exploratrice, ne peuvent donner que des probabilités.

La *grossesse normale* et la *grossesse extra-utérine* peuvent quelquefois donner lieu à de grandes difficultés de diagnostic avec le corps fibreux de l'utérus; en général, à moins d'indications pressantes, le diagnostic pourra toujours être éclairci avec le temps, et dans le cas de doute on devra s'abstenir de toute exploration pouvant déterminer l'avortement.

Les difficultés du diagnostic peuvent être portées à leur maximum quand il y a coïncidence d'une grossesse avec un fibro-myome utérin.

Pronostic. — Le pronostic de ces tumeurs ne saurait être formulé d'une manière générale et varie avec beaucoup de circonstances. Les myomes, bénins histologiquement, c'est-à-dire incapables de se généraliser, d'infecter l'économie ou de récidiver après une ablation complète, peuvent, par leur volume, leur évolution, donner lieu à des accidents mortels; les hémorrhagies, la compression des voies urinaires ou de l'intestin, la suppuration et la gangrène de la tumeur entraînent assez souvent la mort.

En dehors de ces graves complications, la vie sexuelle de la femme peut se trouver plus ou moins compromise au point de vue du coït, de la grossesse et de l'accouchement.

D'une manière générale, les fibro-myomes sous-péritonéaux sont moins graves que les autres, pourvu qu'ils n'acquièrent pas un volume trop considérable.

La migration des myomes sous-muqueux à travers le col et leur pédiculisation constituent une circonstance favorable, grâce à laquelle la tumeur peut être enlevée.

Traitement. — Le traitement est *palliatif* et ne s'adresse qu'aux symptômes déterminés par la tumeur; il est *curatif* et vise la tumeur elle-même.

Le traitement médical n'a jamais fait disparaître un myome utérin; il en est de même de l'électricité, qui n'agit quelquefois d'une manière utile qu'en combattant l'hémorrhagie.

Les injections sous-cutanées d'ergotine par la méthode d'Hildebrand (1872) ne semblent avoir aucune action sur l'évolution du fibrome; elles ne sont utiles que contre les hémorrhagies et elles ne doivent donc pas être répétées et prolongées d'une manière continue, quand ce symptôme a cédé. L'ergotine et l'ergot de seigle peuvent avoir pour effet de provoquer des contractions utérines grâce auxquelles le corps fibreux est expulsé de l'utérus et amené dans le vagin.

Ces médicaments, administrés par les diverses voies, constituent une ressource précieuse quelquefois contre les hémorrhagies des myomes utérins et peut-être contre le développement de la tumeur (Verneuil).

Le traitement palliatif *chirurgical* est fondé sur les relations intimes existant entre le développement des fibromes utérins et les congestions ovariennes menstruelles et aussi sur la diminution de la tumeur après la ménopause; il consiste à provoquer une ménopause anticipée par l'ablation des ovaires. Il a surtout pour but et résultat la suppression ou la diminution des métrorrhagies.

Cette ovariectomie *normale*, cette *castration ovarienne* ou *oophorectomie*, pratiquée presque en même temps par Hegar (de Fribourg) et Rob. Battey, en Amérique (1872), peut se faire, soit par l'abdomen, soit par le vagin.

Elle n'est indiquée que si tous les autres modes de traitement sont inefficaces, si la malade est loin de l'époque de la ménopause ou l'a dépassée, si elle est menacée par l'abondance et la répétition des hémorrhagies, enfin si l'ablation de la tumeur est jugée impraticable.

Cette opération a presque toujours atteint l'objectif poursuivi par les chirurgiens, la suppression des hémorrhagies, sinon immédiates du moins en peu de temps; par surcroît presque toujours, dans la pro-

portion de 80 pour 100, la tumeur décroît toute seule et l'on a toutes les garanties d'une guérison radicale (Tissier, *Thèse de Paris*, 1885).

La gravité de l'oophorectomie est peu considérable, surtout comparée à celle de l'hystérectomie ou de l'énucléation des corps fibreux; sur 171 opérations, Tissier ne relève que 25 morts, soit 14,6 pour 100 de mortalité, et, dans une dernière série de 51 opérations, Lawson Tait n'a pas eu un seul décès. Ce dernier auteur insiste sur la nécessité d'enlever non seulement les ovaires, mais aussi les trompes: cette ablation totale des annexes amène plus sûrement la ménopause et l'arrêt des hémorrhagies.

Le traitement *curatif* des fibro-myomes utérins comprend leur ablation par les voies naturelles ou l'extirpation de la tumeur par la laparotomie.

Quand la tumeur s'est pédiculisée et qu'elle fait saillie dans le vagin, elle est enlevée soit par torsion de son pédicule, soit par section à l'aide des ciseaux, de l'écraseur linéaire, du serre-nœud ou de l'anse galvanique. L'opération se réduit à l'ablation d'un polype.

La même opération peut être pratiquée dans l'intérieur de la cavité utérine après débridement des lèvres du col, quand la tumeur a été reconnue pédiculée.

Quand la tumeur fait en même temps saillie dans le vagin et est encore contenue en partie dans l'utérus, la portion vaginale peut être réséquée de la même manière; mais l'opération reste alors forcément incomplète et expose souvent à de graves accidents septiques déterminés par la suppuration et la gangrène suraiguë de la masse restante.

Contre ces corps fibreux engagés en partie dans le vagin, ou contre les corps fibreux interstitiels, on peut aussi pratiquer l'*énucléation*, déjà proposée par Amussat, Velpeau, Lisfranc, Maisonneuve. L'opération consiste, après incision ou dilatation du col utérin, à inciser la capsule dans laquelle est enkysté le corps fibreux et à décortiquer celui-ci soit avec les doigts, soit avec divers instruments appropriés, dits *énucléateurs* de Sims, de Simpson, de Gaillard Thomas.

Ces manœuvres sont toujours délicates et dangereuses, et sont suivies de mort dans un nombre de cas assez considérable (35 pour 100 Gusserow, 16 pour 100 Lomen). Elles sont cependant seules indiquées dans les cas où le corps fibreux faisant saillie dans le vagin est encore en partie enfermé dans l'utérus.

L'ablation de la tumeur par la laparotomie ou *hystérectomie* est la seule opération radicale en cas de volumineuses tumeurs interstitielles ou sous-séreuses, menaçant l'existence par leur évolution rapide ou par les graves accidents qu'elles déterminent (hémorragies, compression des organes voisins).

Cette opération difficile, grave, souvent incomplète, a une mortalité considérable : sur 575 hystérectomies pratiquées pour fibro-myomes utérins, il y eut 241 morts, soit une proportion de 46 pour 100 (Bigelow).

KYSTES DE L'UTÉRUS. — TUMEURS FIBRO-KYSTIQUES DE L'UTÉRUS.

Le développement de kystes dans l'épaisseur du tissu utérin n'est souvent qu'un cas particulier de l'évolution des fibromes de l'utérus. On s'accorde en effet à peu près, aujourd'hui, à reconnaître que certains grands kystes ont pour origine le ramollissement et la formation de cavités dans le tissu de certains fibro-myomes.

Cependant Kiwish, Paget, West, Péan et Urdy ont tendance à admettre qu'il s'agit d'une affection à part, et Boinet prétend que ces tumeurs ne sont que des kystes multiloculaires de l'ovaire offrant des caractères particuliers au point de vue de leur transformation particulière.

Cette affection, décrite par Cruveilhier, a été spécialement étudiée par Lebec (*Thèse de Paris*, 1880).

Anatomie pathologique. — On ne connaît pas bien le processus par lequel un fibrome devient kystique; on a invoqué le ramollissement des tissus préalablement affectés par une infiltration cellulaire (Billroth), une hydropisie ou une métamorphose colloïde du tissu connectif commençant au centre de la tumeur, ou la formation de foyers apoplectiques à la suite d'hémorragies (Klob).

Ces tumeurs, le plus souvent multiloculaires, composées de poches multiples en communication les unes avec les autres, ont des parois minces, friables, desquelles se détachent des cloisons incomplètes qui donnent à la face interne du kyste l'aspect aréolaire de la face interne du cœur. Le stroma est constitué par du tissu conjonctif et des fibres musculaires lisses; de Sinéty y a trouvé un revêtement épithélial pavimenteux.

Le contenu est rarement séreux; il se compose le plus souvent d'un liquide brun rougeâtre, sanguinolent, parfois épais et filant. Des poches voisines peuvent contenir des liquides d'aspect différent.

La tumeur est en général sous-séreuse; elle peut atteindre un volume considérable et peser 15, 20 et 40 kilogrammes.

En dehors des fibro-myomes kystiques, on a observé dans le tissu de l'utérus des kystes *vrais*, considérés comme des curiosités anatomopathologiques, des kystes *dermoïdes* contenant des cheveux et des dents, et quelquefois des kystes *hydatiques*.

On a décrit à tort sous le nom de kystes *circum-utérins* des collections de sérosité contenues dans des amas de fausses membranes péritonéales.

Symptômes. — Les tumeurs fibro-kystiques donnent lieu aux mêmes symptômes que les fibromes sous-péritonéaux de même volume. Elles élèvent l'utérus et déterminent des phénomènes de compression plus ou moins marqués. Elles provoquent en général moins de métrorragies que les fibromes proprement dits.

La palpation fait reconnaître une tumeur élastique qui est le siège d'une fluctuation obscure; elle fait sentir des points plus mous, à côté de masses plus résistantes, et des bosselures séparées par des sillons; dans bon nombre de cas il est impossible de se prononcer sur la présence certaine du liquide.

La ponction simple et même la ponction aspiratrice peuvent ne rien ramener; assez souvent elles donnent issue à un liquide jaunâtre et visqueux, quelquefois teinté de sang. La tumeur ne se vide jamais complètement, et après l'évacuation il reste des masses solides, irrégulières, plus facilement appréciables.

Dans un certain nombre de cas, ces tumeurs kystiques ont une marche rapide, galopante (Pozzi), fatale et vouant les malades à une mort certaine. D'autres fois, au contraire, elles ont une marche très lente (G. Thomas).

Diagnostic. — Les tumeurs fibro-kystiques se distinguent des fibromes par leur volume ordinairement plus considérable, leur développement plus rapide et surtout par les résultats de la ponction.

Le plus souvent cette affection est confondue avec un kyste de l'ovaire et l'erreur n'est reconnue qu'au moment de l'opération ou même seulement quand celle-ci est achevée.

Le développement plus rapide de la tumeur, ses inégalités de con-

sistance, sa fluctuation obscure, l'analyse chimique du liquide retiré par la ponction, la présence dans ce liquide de fibres-cellules reconnues au microscope, sont les éléments de probabilité d'un diagnostic toujours délicat; les mêmes caractères, sauf la présence des fibres-cellules, pouvant tous appartenir à certains kystes de l'ovaire.

Traitement. — Si le développement rapide de la tumeur, les compressions exercées sur les divers organes, ne permettent pas d'abandonner la tumeur à elle-même, le seul traitement applicable est l'hystérectomie abdominale. Cette opération semble dans ce cas donner de meilleurs résultats que celle que l'on pratique pour enlever des tumeurs entièrement solides (Duplay, Péan).

L'évacuation du liquide par la ponction est inutile et souvent dangereuse.

POLYPES DE L'UTÉRUS.

On désigne sous le nom de polypes de l'utérus toute une catégorie de tumeurs ayant pour caractéristique la présence d'un pédicule qui les relie à la surface interne de l'organe.

Parmi ces productions, les unes sont constituées par le tissu utérin lui-même, polypes *fibreux*, polypes *durs*; les autres se développent aux dépens des éléments de la muqueuse, polypes *muqueux*, polypes *mous*, comprenant un certain nombre de variétés suivant la prédominance de l'élément anatomique, polypes *glandulaires*, polypes *vasculaires*, polypes *papillaires*; enfin une troisième classe comprend des polypes dits *fibrineux*, développés, soit à la suite d'hémorragies, soit par bourgeonnement de lambeaux placentaires.

Anatomie pathologique. — 1° *Polypes fibreux.* Ces tumeurs représentent une étape de l'évolution des fibro-myomes de l'utérus. Elles sont composées principalement de fibres musculaires lisses et de tissu conjonctif, et ne sont autre chose qu'un degré plus avancé des fibro-myomes sous-muqueux. Le pédicule, presque toujours unique, quelquefois tellement court que la tumeur paraît sessile, est d'autres fois long est excessivement mince; quand il est de volume moyen, comme le doigt, une plume, il est parcouru par des vaisseaux veineux de calibre médiocre.

De la variété de longueur du pédicule et de la période d'évolution de la tumeur, il résulte que le polype est tantôt *intra-utérin*, tantôt *extra-utérin*.

La tumeur est en général piriforme, quelquefois sphérique, régulière ou lobulée; d'autres fois séparée en deux lobes comme une gourde par un étranglement siégeant au niveau du col. Elle a ordinairement le volume d'un œuf, du poing, rarement celui d'une tête de fœtus.

Ces polypes sont fréquemment *multiples*; il n'est pas rare de constater les signes d'une seconde tumeur quelque temps après l'ablation d'une première.

2° *Polypes muqueux.* Les polypes muqueux se développent aux dépens de la muqueuse utérine, soit du corps, soit du col. Ce sont des tumeurs variant de la grosseur d'un pois à celle d'une amande, munies d'un pédicule qui peut s'allonger au point que le polype apparaisse à la vulve.

Dans les polypes *du corps*, on trouve au milieu d'un tissu conjonctif plus ou moins riche en éléments cellulaires, un amas de glandes hypertrophiées et de néo-formations glandulaires revêtues d'un épithélium cylindrique, souvent à cils vibratiles.

Ceux du *col* présentent des glandes en grappe, tapissées d'un épithélium caliciforme (de Sinéty). Souvent l'orifice des glandes s'oblitére, et les produits de sécrétion accumulés dans leur cavité la distendent et forment de véritables kystes par rétention. Ce sont ces tumeurs ainsi transformées que Huguier (1849) a décrites sous le nom de kystes *utéro-folliculaires*.

Les polypes *muqueux* proprement dits, constitués par un développement à peu près égal de tous les éléments de la muqueuse, se rencontrent ordinairement sur les branches de l'arbre de vie, sous forme d'une petite tumeur gris-rose ou rose clair, du volume d'un grain de blé ou d'un pois. Ils sont souvent multiples et peuvent être appendus comme une série de grains à la face interne de la cavité utérine.

Quelquefois, un développement vasculaire abondant donne à ces productions une coloration foncée et une consistance molle et dépressible. Ces polypes dits *vasculaires*, peut-être constitués par une dilatation ou une varice des vaisseaux sous-muqueux (Barnes), sont souvent multiples et siègent de préférence dans la cavité utérine au voisinage de l'orifice des trompes et du bord supérieur de l'organe.

Les formations polypeuses dans lesquelles prédominent les néo-formations glandulaires (*kystes glandulaires*), ou dans lesquelles les

glandes deviennent kystiques par rétention de leur produit de sécrétion (*polypes kystiques*), acquièrent un plus grand volume que les deux variétés précédentes.

Ces polypes, dits quelquefois *utéro-folliculaires*, peuvent acquérir la dimension d'un œuf de poule. Leur surface, rouge ou violacée, hérissée de saillies arrondies, demi-transparentes, donne à la masse l'aspect d'une grappe de raisin. A la coupe, ces saillies répondent à des cavités kystiques identiques avec celles des œufs de Naboth et dérivant comme eux des glandules du col.

Quelquefois, le polype *kystique* se compose d'une seule tumeur renflée en massue extérieurement, implantée dans le col à une hauteur variable par un pédicule grêle, d'une couleur rose pâle et d'une transparence caractéristique. Sa coupe montre une cavité sphérique régulière, contenant un liquide transparent, incolore ou jaunâtre, visqueux; son volume varie de la grosseur d'un pois à celui d'une noisette ou d'une noix.

Les polypes dits *canaliculés* se présentent comme une tumeur inégale, parsemée d'orifices qui leur donnent un aspect comparable à celui d'une amygdale hypertrophiée. Ils sont composés d'une trame cellulo-fibreuse parcourue par de nombreux canaux contenant un liquide visqueux.

Sous le nom de polypes *papillaires*, on décrit des *papillomes* développés sur le col de l'utérus et tout à fait analogues aux végétations papillaires de la vulve. Les papillomes, constitués par des papilles hypertrophiées, varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une amande; ils sont riches en capillaires sanguins.

Les polypes *fibrineux* constituent une classe à part; décrits par Velpeau et Kiwich, ils forment parfois dans l'utérus des masses pouvant avoir le volume d'un œuf. Sur une coupe longitudinale, on remarque une partie externe, dense, blanchâtre, membraniforme, et une partie interne composée de masses brun foncé, sanguinolentes, souvent nettement stratifiées. Avec Virchow, on considère aujourd'hui ces tumeurs comme des produits d'avortement; le plus souvent on y constate au microscope la présence de villosités placentaires, quelquefois de la fibrine recouverte d'éléments figurés ou coagulée sur des restes de villosités.

Étiologie. — On ne sait rien sur les causes du développement des polypes fibreux. Les polypes muqueux sont peut-être la consé-

quence d'une métrite interne, comme les végétations dont ils ont la structure. En l'absence de phénomènes inflammatoires du côté de la muqueuse, on peut admettre un travail d'hyperplasie, et Virchow compare sous ce rapport les polypes folliculaires à l'acné et au molluscum de la peau.

Les polypes papillaires se développent surtout chez les femmes atteintes de métrite chronique, de blennorrhagie utéro-vaginale ou dans le cours de la grossesse, le plus souvent quand ces diverses causes sont réunies (de Sinéty).

Symptômes. — Les polypes fibreux donnent lieu aux mêmes phénomènes que les fibro-myomes; ils provoquent des douleurs à irradiations diverses, de la gêne, de la pesanteur, du ténesme anal et vésical, des coliques utérines d'expulsion, des troubles de la menstruation et surtout des hémorrhagies répétées et prolongées.

Nous avons déjà signalé le mécanisme par lequel un corps fibreux interstitiel ou sous-muqueux s'énuclée pour ainsi dire spontanément du tissu utérin, pour faire saillie de plus en plus dans la cavité utérine qu'il dilate et agrandit, et se pédiculise en prenant l'aspect d'un polype. Puis, sous l'influence des contractions utérines, le polype est amené jusqu'aux orifices du col qu'il tend à forcer et qu'il arrive à franchir à un moment pour faire issue dans le vagin. De sorte que le corps fibreux, devenu polypeux, parcourt une série d'étapes dans lesquelles son pédicule s'allonge de plus en plus. Dans cette évolution, il peut, à un moment, boucher complètement le col et donner lieu à des accidents de rétention pour les sécrétions de l'utérus; à un autre moment, pendant ces périodes expulsives, il peut être amené jusqu'au museau de tanche, et même il le franchit; on peut alors le voir et le sentir; puis il rentre dans la cavité utérine, échappant à une nouvelle investigation (*polype intermittent*).

Dans toutes ces circonstances, le symptôme le plus important est la métrorrhagie; celle-ci peut être extrêmement abondante, se répéter d'une manière presque continue, ne pas cesser par le repos au lit et résister aux moyens ordinaires de traitement et en particulier au seigle ergoté et à ses diverses préparations quand le col est mécaniquement dilaté par le polype. Ces hémorrhagies alternent ou coïncident avec une leucorrhée abondante, quelquefois fétide; la fétidité est surtout marquée quand le polype est dans le vagin et s'il enferme des caillots derrière lui dans la cavité utérine. Si le polype

est encore dans le col, celui-ci est assez souvent effacé et assez dilaté pour permettre l'introduction du doigt; s'il a dépassé l'orifice externe, on perçoit autour du pédicule un bourrelet circulaire.

La tumeur sentie dans le vagin est lisse, ovoïde, en général piriforme, à grosse extrémité dirigée en bas, plus ou moins serrée par le col au niveau de son pédicule ou de son sommet rétréci et effilé. Quelquefois, le fond de l'utérus est inversé par le poids de la tumeur qui s'y trouve implantée.

Dans certains cas, le polype est *éliminé spontanément*, soit après rupture du pédicule par la contraction de l'utérus, soit par gangrène et morcellement du fibro-myome, quelquefois par inflammation et par usure des organes voisins (vessie, rectum) qui peuvent se trouver perforés.

Les polypes *muqueux* ont surtout pour signes des hémorrhagies et une leucorrhée abondantes, le plus souvent liées à la métrite chronique concomitante. La leucorrhée se compose de muco-pus; les hémorrhagies cessent le plus souvent quand le polype a franchi le col, tandis que les fleurs blanches persistent.

En général, le toucher permet de faire le diagnostic; mais le plus souvent, le diagnostic devra être complété à l'aide du spéculum, certains polypes très mous pouvant ne pas être reconnus au toucher.

Les polypes muqueux sont, en général, indolents, et ne déterminent quelquefois de douleur que lorsqu'ils arrivent dans le canal cervical.

Les polypes *papillaires* provoquent également de la leucorrhée et des hémorrhagies.

Celles-ci sont surtout abondantes dans le cas de polypes *fibrineux*; elles se produisent alors avec persistance chez des femmes ayant présenté une suspension de règles et d'autres signes de grossesse. L'utérus est gros, son col ramolli et entr'ouvert. Au bout d'un certain temps, une tumeur, sous forme de caillot noir, vient faire saillie entre les lèvres du col et est expulsée avec les douleurs du travail et dans une abondante hémorrhagie. Le produit expulsé, gros quelquefois comme un petit œuf, présente à l'examen des villosités choriales.

Diagnostic. — En dehors des signes rationnels que nous avons énumérés, hémorrhagies, leucorrhée, douleurs de divers sièges et en particulier douleurs expulsives, le diagnostic ne peut se fonder d'une manière certaine que sur les résultats de l'examen direct.

Celui-ci est des plus simples quand le col est dilaté, et si la tumeur est engagée entre les lèvres du museau de tanche, à plus forte raison si elle fait saillie dans le vagin.

La grosseur du pédicule, sa longueur, son point d'implantation, doivent être recherchés par la palpation directe et à l'aide de la sonde utérine.

Les fibromes pédiculés sont, en général, plus fermes, plus volumineux que les polypes muqueux; ceux-ci peuvent être assez mous pour ne pas être perçus au toucher et n'être reconnus qu'au spéculum.

Les polypes papillaires peuvent être confondus avec des végétations cancéreuses du col; l'erreur est souvent difficile à éviter quand il n'y a pas coïncidence de végétations vulvaires. Les végétations du cancer paraissent plus friables, plus saignantes, et sont implantées sur une base plus large et surtout plus dure que les papillomes simples.

Souvent le diagnostic ne peut être établi d'une manière certaine que par l'évolution de la maladie ou l'examen microscopique de parcelles enlevées.

On ne peut reconnaître le polype fibrineux que lorsqu'il est engagé entre les lèvres du col; tout au plus peut-on soupçonner sa présence avant ce moment, quand on voit se produire des hémorrhagies rebelles, accompagnées de douleurs expulsives, chez une femme ayant fait un avortement peu de temps auparavant.

Pronostic. — Le pronostic des polypes en général n'est pas grave, à ne considérer que l'absence d'infection générale et de récurrence après l'ablation de la tumeur. Il peut être cependant sérieux par l'abondance des hémorrhagies et des écoulements muco-purulents déterminés par la tumeur. Le pronostic est plus sérieux dans le cas de polypes fibreux que dans celui de polypes muqueux ou papillaires.

Traitement. — Quelle que soit la variété de polype, quand la tumeur est reconnue et accessible, elle doit être enlevée.

L'intervention est beaucoup plus délicate et difficile contre les polypes fibreux que contre les polypes muqueux.

Tant que le fibrome pédiculé est encore contenu dans l'utérus et n'a pas franchi le col, à moins d'indications pressantes, on se contentera du traitement palliatif dirigé contre les métrorrhagies et les

flueurs blanches. Si l'hémorrhagie prend des proportions inquiétantes, il devient nécessaire de dilater le col à l'aide de la laminaire ou de dilataleurs appropriés, d'aller à la recherche de la tumeur, de l'attirer le plus possible à l'extérieur avec une pince de Museux, et de jeter sur son pédicule ou au voisinage de la partie la plus effilée de la production soit une chaîne d'écraseur, soit le fil d'un serre-nœud ou d'une anse galvano-caustique.

Ces manœuvres intra-utérines sont toujours assez sérieuses, et ne doivent être mises en pratique qu'avec les plus grandes précautions antiseptiques et sans aucune violence ni brusquerie.

Quand le polype est dans le vagin, il sera enlevé, suivant le volume du pédicule, soit par simple torsion, soit par section avec des ciseaux, l'écraseur, le serre-nœud ou l'anse galvanique. Le serre-nœud ou l'écraseur remplissent en général très bien l'indication d'une section lente et exsangue. La tumeur doit quelquefois être extraite du vagin à l'aide de pinces appropriées ou d'un petit forceps.

Les polypes muqueux sont enlevés de la même manière; une application de thermo-cautère au point d'implantation prévient la récédive.

Quelquefois les polypes muqueux petits et multiples ne peuvent être enlevés en totalité que par le grattage de la muqueuse du col à la cuiller tranchante.

CANCER DE L'UTÉRUS.

Le cancer de l'utérus est le plus commun des cancers observés chez la femme; il constitue un tiers du nombre total des cas (Schroeder).

Étiologie. — Les causes en sont absolument inconnues; l'affection se développe surtout entre quarante et cinquante ans, et de quarante-cinq à soixante quand elle se localise dans le corps de l'organe (Pichot, Thèse de Paris, 1876).

L'influence des grossesses répétées, des accouchements laborieux, des inflammations utérines, est loin d'être démontrée. Emmet attache cependant une grande importance à la déchirure du col, qu'il considère, dans nombre de cas, comme une cause prédisposante. On manque de données exactes sur l'influence de l'hérédité.

Anatomic pathologique. — Le plus ordinairement, l'affection

début par le col et n'envahit le corps que consécutivement. Le cancer primitif du corps est exceptionnel; la proportion des cas où il s'observe ne dépasse par 6 pour 100 (Pichot) ou même 2 pour 100 (Schroeder).

1° *Cancer du col.* — Les variétés anatomiques que l'on observe le plus fréquemment dans le col sont : 1° l'épithélioma pavimenteux; 2° l'épithélioma cylindrique; 3° le carcinome. Le squirrhe est excessivement rare.

La fréquence relative du carcinome et de l'épithélioma n'est pas admise de la même façon par tous les anatomo-pathologistes : les uns mettant le cancer encéphaloïde avant l'épithélioma (West, Cornil et Ranvier), les autres comptant un bien plus grand nombre de tumeurs épithéliales (Gusserow). Ces différences tiennent sans doute aux périodes différentes où les examens ont été pratiqués et aux difficultés d'interprétation des faits, le cancer épithélial se rapprochant beaucoup du carcinome par ses caractères.

La différence clinique la plus appréciable entre les deux variétés de tumeurs est fournie par le point de départ de l'affection : l'épithélioma débute par la muqueuse du museau de tanche ou de la cavité du col, tandis que le carcinome semble naître au-dessous de la muqueuse par des nodules infiltrés qui grossissent et ulcèrent consécutivement la surface de l'utérus.

L'épithélioma, né près de l'orifice du col, s'irradie excentriquement dans tous les sens, et plus rapidement vers le fond de l'organe que vers sa superficie, circonstance importante qui explique la fréquence et la rapidité des récédives après les opérations portant sur le tissu utérin.

L'épithélioma *pavimenteux*, la plus fréquente des variétés épithéliales, revêt tantôt la forme *lobulée avec globes épidermiques*, tantôt la forme *tubulée*. L'épithélioma *cylindrique* est rare et semble se généraliser plus fréquemment que la variété pavimenteuse.

Le carcinome proprement dit se présente comme dans tous les tissus avec un stroma et des alvéoles; on rencontre souvent dans le stroma des fibres musculaires lisses parfaitement reconnaissables.

Quelle que soit la variété anatomique, on observe trois formes principales (de Sinéty) : 1° la forme *ulcéreuse*; 2° la forme *végétante*; 3° l'*infiltration cancéreuse*.

Dans la première, il existe des ulcérations profondes, cratériformes,