

persistent dans les reins et les aines ; il y a une sensation de pesanteur au fondement, de la constipation, une pression, une gêne insolite à la partie supérieure du vagin. Quelquefois il n'existe pas d'autres symptômes que des fleurs blanches ; d'autres fois le polype, prenant un grand accroissement, sans pouvoir franchir le col qui offre une certaine rigidité, dilate la matrice et donne lieu à un gonflement sympathique des mamelles. En même temps se manifestent des pertes abondantes et continuelles ; les malades, affaiblies par les métrorrhagies, sont pâles, bouffies et tombent dans un état anémique accompagné d'une anasarque partielle ou générale. La mort peut être la conséquence de ces troubles graves.

Dans la troisième période, le polype descendu dans le vagin exerce une compression plus ou moins forte sur les organes voisins. La pression sur la vessie donne lieu à des envies fréquentes d'uriner, et quelquefois à une difficulté dans la miction. La défécation est rendue pénible par la compression exercée sur le rectum. Les parois du vagin, irritées par le contact du polype, s'enflamment et fournissent un écoulement de matières sanieuses, purulentes ; la cloison recto-vaginale peut être détruite. Dans cette période, comme dans les précédentes, il y a des pertes de sang abondantes. Plus tard enfin, le polype, se montrant à la vulve, entraîne par son poids la matrice qui est abaissée ; l'urètre est comprimé ou dévié de sa direction normale, et la tumeur est souillée par le passage de l'urine et des matières fécales.

Parmi les symptômes précédents, il en est un qui a vivement préoccupé les pathologistes, à savoir les hémorragies utérines. On les a attribuées à la constriction exercée par le col de l'utérus sur la tumeur, d'où la stase du sang dans les veines de cette dernière et la possibilité de leur rupture. Cette explication n'est applicable qu'aux cas où le polype a déjà franchi le col utérin ; mais ce qui prouve que ce n'est pas la prétendue constriction du col qui cause les métrorrhagies, c'est que celles-ci sont le plus souvent arrêtées par la ligature du pédicule de la tumeur. Il est plus rationnel d'admettre que le polype est pour l'utérus une cause permanente de fluxion sanguine, et cette explication des pertes de sang s'applique également au cancer de l'utérus dans la période de crudité, ainsi qu'à la métrite chronique.

L'existence d'un polype utérin ne s'oppose pas à la fécondation ; le produit peut même se développer dans l'intérieur de l'organe et l'accouchement s'accomplir ; mais le plus souvent les femmes avortent, ou bien le travail est rendu difficile et la délivrance suivie d'hémorragies si le polype empêche l'utérus de revenir sur lui-même.

Tant que le polype est renfermé dans la cavité de l'utérus, le toucher vaginal fournit des renseignements insuffisants. Mais, à partir de l'époque où le polype a franchi le col, on rencontre dans le vagin une tumeur bien circonscrite et indépendante des parois du vagin, plus ou moins volumineuse, pyriforme, à grosse extrémité tournée vers la vulve, à petite extrémité *pédiculée* dirigée vers l'utérus. On peut reconnaître si le pédicule vient du *rebord* du col utérin, de la *cavité du col* ou de la *cavité utérine*. Lorsque le volume considérable de la tumeur s'oppose à l'introduction du

doigt, Levret recommande de porter ce dernier sous la symphyse pubienne. Si, par les mêmes raisons il est impossible d'arriver au niveau du col de l'utérus, il faut, suivant le conseil du même chirurgien, abaisser le polype avec un forceps pour mieux en suivre le pédicule.

Diagnostic. On ne peut avoir que des présomptions sur l'existence des polypes, tant qu'ils sont renfermés dans la cavité de l'utérus, les signes rationnels dont ils sont accompagnés appartenant à d'autres affections. Lorsqu'ils ont franchi le col utérin, le diagnostic est plus facile ; mais, dans ce cas, la tumeur se présente quelquefois avec des apparences qui simulent soit une descente de l'utérus, soit un renversement de l'organe ; de même que ces dernières affections peuvent être prises pour un polype utérin.

On distingue la *descente de l'utérus* d'un *polype* aux caractères suivants :

DESCENTE DE L'UTÉRUS.

Tumeur de forme conoïde, à base *supérieure*, à sommet *inférieur*.

Sommet de la tumeur percé d'une fente transversale ; possibilité d'introduire une sonde par cette fente jusque dans l'intérieur de l'utérus.

Possibilité de réduire la tumeur le plus souvent.

Sonde introduite dans la vessie par l'urètre peut être sentie à travers le rectum, lorsque la descente de l'utérus est complète.

POLYPE.

Tumeur conoïde, à base *inférieure*, à sommet *supérieur*.

Absence de fente à la partie inférieure de la tumeur.

Possibilité de refouler, mais non de réduire la tumeur.

Sonde introduite dans la vessie ne peut être sentie avec le doigt porté dans le rectum.

On évitera de confondre le *renversement* de l'utérus avec les *polypes*, en ayant égard aux caractères suivants :

RENVERSEMENT INCOMPLET DE L'UTÉRUS.

Tumeur de forme sphérique dont la partie la plus large correspond à l'orifice utérin.

Centre de la tumeur facilement repoussé en haut.

Un stylet introduit entre la tumeur et le col de l'utérus en parcourt toute la circonférence, mais ne pénètre pas profondément.

POLYPE.

Tumeur pyriforme, rétrécie au niveau du col de l'utérus.

Tumeur difficile à repousser en haut.

Le stylet ne parcourt qu'une partie de la circonférence de la tumeur et pénètre profondément.

RENVERSEMENT COMPLET DE L'UTÉRUS.

Pression sur la tumeur douloureuse, suintement de sang à la surface de la tumeur pendant la menstruation.

Absence de l'utérus constatée par la palpation hypogastrique et le toucher rectal.

Sonde introduite dans la vessie peut être facilement sentie par un doigt introduit dans le rectum.

POLYPE.

Tumeur insensible à la pression ; en cas d'hémorragie, le sang s'échappe entre le polype et le col utérin.

Utérus senti à travers l'hypogastre et le rectum.

Sonde introduite dans la vessie ne peut être sentie à travers le rectum.

Pronostic. Il est subordonné à l'état général de la malade : il est plus grave en cas d'anémie, d'œdème général, de faiblesse. Il varie aussi, suivant que le polype occupe la cavité utérine, ou que, proéminent dans le vagin, il est plus ou moins accessible aux moyens chirurgicaux ; selon que le pédicule de la tumeur est plus ou moins large ; d'après le volume de la production morbide.

Traitement. Les méthodes propres à guérir les polypes utérins sont :

L'arrachement simple proposé par Dionis et remis en honneur par Récamier, le broiement vanté par ce dernier praticien, la cautérisation, ne conviennent qu'aux polypes mous. Il en est de même de la torsion, qu'on ne peut appliquer aux polypes fibreux qu'à la condition que ces derniers présentent un pédicule très-grêle.

La ligature, mentionnée pour la première fois par A. Paré, a été surtout préconisée par Levret, qui s'est borné à lier les polypes au-dessous du col utérin ; Herbiniaux a porté la ligature jusque dans l'utérus.

(a) *Ligature des polypes hors du vagin.* On peut l'exécuter par plusieurs procédés : on étroit le pédicule dans une anse de fil serrée et assujettie par un double nœud ; ou bien, on traverse le pédicule avec une aiguille armée d'un double fil, et on lie isolément les deux moitiés. La ligature faite, on peut abandonner le polype à la chute spontanée ou en faire l'excision.

(b) *Ligature des polypes dans le vagin.* Pour la pratiquer, des instruments divers ont été imaginés par Levret, Herbiniaux, Cullerier, Desault, Mayor, etc. Tous ces instruments ont pour but de porter une anse de fil autour du pédicule et d'exercer ensuite, au moyen d'un serre-nœud, une constriction assez forte sur l'anse de fil pour interrompre toute circulation dans le pédicule.

(c) *Ligature des polypes au-dessus du col utérin.* On l'exécute de la même manière que dans le vagin. La manœuvre nécessaire pour embrasser le pédicule dans une anse de fil réclame l'emploi d'un ou de deux porte-nœuds.

Toutes les fois qu'on applique une ligature sur le pédicule d'un polype, on développe une douleur très-vive, au moment même où l'on exerce la constriction ; la tumeur prend une teinte rouge obscure et se gonfle légèrement. Les jours suivants, la couleur est plus foncée et le polype se ramollit ; la surface fournit une sanie brunâtre et fétide. Enfin, le polype se détache et est expulsé par le vagin. Pour hâter ce travail, on peut pratiquer l'excision du pédicule au-dessous du point où la ligature est appliquée.

L'excision du polype a été pratiquée par Lapeyronie hors de la vulve, par Herbiniaux dans l'utérus. Abandonnée pendant quelque temps, d'après l'autorité de Levret, elle a été reprise par Dupuytren, et elle est aujourd'hui généralement adoptée. Le manuel opératoire est simple : on saisit le polype à sa partie inférieure avec des pinces de Museux, on l'amène à la vulve par des tractions légères, après quoi on coupe le pédicule soit à l'aide d'un bistouri courbe, soit avec de forts ciseaux également courbés. Lorsque des adhérences se sont formées entre la tumeur et les parois du vagin, il faut commencer par les détruire. Si le polype est en grande partie encore contenu dans l'utérus, il peut être nécessaire d'opérer le débridement du

col, de faire de fortes tractions sur la tumeur avec des ériges ou avec le forceps. Si le polype tient à l'utérus par une large base, on pratique autour de celle-ci deux incisions semi-elliptiques dont les bords s'écartant permettront de séparer la tumeur soit avec le doigt, soit avec le manche d'un scalpel. Quelquefois les polypes sont tellement volumineux, qu'ils sont arrêtés par la vulve relativement trop étroite pour leur donner passage ; on peut encore avoir recours ici à une application de forceps ; Dupuytren a incisé la fourchette, ce qui a de graves inconvénients ; d'autres chirurgiens ont coupé le polype par morceaux avec des ciseaux courbes, pour en faire l'extraction par fragments. L'hémorragie est rare à la suite de l'excision ; si elle se manifeste, on l'arrête par des injections astringentes et froides, ou par le tamponnement du col de l'utérus. La métrite consécutive est combattue par les moyens indiqués à la page 1034.

ARTICLE II.

Kystes de l'utérus.

Les kystes de l'utérus, bien décrits dans ces dernières années par Huguier, se divisent en deux ordres, d'après la nature du produit renfermé dans la poche ; tantôt, en effet, c'est du mucus, tantôt de la sérosité.

1° KYSTES MUQUEUX.

Anatomie pathologique. Ces kystes se développent sur le col de l'utérus, soit sur l'une des deux lèvres, soit dans la cavité de l'organe et quelquefois au niveau du point de jonction du corps et du col. Il en est qui sont superficiels, c'est-à-dire qu'ils ne sont recouverts que par la muqueuse ; d'autres sont situés plus profondément dans l'épaisseur du tissu utérin. Tantôt il n'en existe qu'un seul, tantôt il y en a plusieurs. Leur volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une petite noix. La forme en est sphérique ou olivaire ; les kystes offrent une surface d'implantation assez large ou sont pédiculés, et ils prennent alors la forme de polypes (voy. p. 1046). Étudiés dans leur organisation, Huguier les a trouvés composés d'une membrane interne formée de fibres de tissu cellulaire non revêtue d'épithélium, et d'une membrane externe cellulaire plus épaisse. Indépendamment de ces deux couches qui leur sont propres, les kystes, toutes les fois qu'ils font saillie au-dessus de la surface externe ou interne du col de l'utérus, offrent deux autres couches surajoutées aux précédentes, et formées par la muqueuse utérine et le tissu utérin soulevés par le produit de nouvelle formation. Quelques-uns de ces kystes présentent un petit pertuis parfaitement circulaire ; le liquide qu'ils renferment est albumineux et ressemble au mucus sécrété par les follicules du col.

Symptômes. On peut les diviser en signes sensibles et en signes rationnels. Les premiers diffèrent en raison de la situation du kyste : lorsque celui-ci s'est développé sur la portion du col de l'utérus embrassée par le