

nairement clair et transparent, plus rarement coloré par une petite quantité de sang, il est toujours épais et visqueux.

Il faut inciser largement ces kystes et cautériser ensuite leur surface interne. On ne peut guère en faire l'ablation complète que lorsqu'ils sont pédiculés, ce qui est rare.

Polypes du vagin.

Les polypes développés aux dépens des parois du vagin ne sont pas fréquents. Ils peuvent être fibreux ou muqueux; ils sont généralement pédiculés. Quand leur volume est assez considérable, ils peuvent gêner les rapports sexuels ou l'accouchement; autrement ils ne causent pas de douleur; leur présence ne détermine qu'une sensation de gêne et de pesanteur. On les reconnaît facilement par le toucher et par l'examen au spéculum; la simple inspection des parties suffit à les faire constater, lorsqu'ils font saillie par l'orifice vulvaire.

Il faut en pratiquer l'ablation par la ligature ou l'écrasement.

Fistules vaginales.

Le vagin est quelquefois le siège de *fistules*. On y rencontre des fistules intestino-vaginales, recto-vaginales, périnéo-vaginales, vaginales tégumentaires, et des fistules communiquant avec une cavité accidentelle. Les fistules *vagino-péritonéales* ont été observées très-rarement, à la suite de l'accouchement. Nous ne parlerons ici que des fistules *recto-vaginales*. Celles qui s'établissent entre la vessie et le vagin, fistules *vésico-vaginales*, sont décrites plus loin.

Les fistules *recto-vaginales accidentelles* nous occuperont seules. Celles qui se lient à un vice de conformation congénital trouveront leur place dans les maladies du rectum. Ces fistules succèdent souvent à un accouchement laborieux, et peuvent être déterminées par la compression qu'exerce la tête de l'enfant, ou par l'introduction d'instruments destinés à hâter la délivrance. On les observe aussi à la suite d'affections syphilitiques ou cancéreuses, ayant produit une perte de substance de la cloison recto-vaginale.

Leur forme est variable; elles peuvent être allongées ou circulaires; dans le premier cas, leur axe est tantôt transversal, tantôt plus ou moins parallèle à celui de l'intestin. L'orifice de communication est tapissé par une muqueuse; ses bords sont presque toujours épaissis et indurés.

On reconnaît leur existence à l'issue par la vulve des gaz intestinaux et des matières fécales; il y a incontinence complète lorsque l'orifice offre de grandes dimensions: dans ce cas, l'écoulement des matières est constant. On complète le diagnostic, qui n'offre aucune difficulté, par le toucher rectal, par le toucher vaginal et par l'examen au spéculum.

Ces fistules constituent une infirmité très-pénible; aussi est-il indiqué de chercher à en faire l'occlusion; nous ne parlons pas, bien entendu, de celles qui sont le résultat d'une affection cancéreuse; il est évident qu'elles sont absolument incurables, du moins par les moyens qui sont applicables aux autres variétés. Les deux méthodes qui ont été le plus avantageusement employées sont la *cautérisation* et la *suture*. Le manuel opératoire étant ici absolument le même que pour les fistules vésico-vaginales, nous renvoyons à cet article, où il sera décrit en détail.

ARTICLE TROISIÈME

MALADIES DE L'UTÉRUS

Nous passerons en revue : 1^o les *inflammations*; 2^o les *déplacements*; 3^o les *tumeurs*.

I. — INFLAMMATION DE L'UTÉRUS.

L'utérus peut être le siège d'inflammation aiguë et d'inflammation chronique : on les désigne sous le nom de métrites.

1^o Métrite aiguë.

Anatomie pathologique. — L'utérus est augmenté de volume; cette hypertrophie peut occuper tout l'organe ou bien être bornée à une de ses parties, au corps ou au col. Son tissu est quelquefois plus consistant qu'à l'état normal; le plus souvent il est ramolli et friable; si l'inflammation s'est terminée par suppuration, le pus est infiltré en nappe entre les fibres musculaires; il est très-rare qu'il soit réuni en foyer. Dans la cavité utérine, on trouve la muqueuse rouge, injectée, friable; elle est tapissée de fausses membranes dans un grand nombre de cas, et celles-ci peuvent la recouvrir dans toute son étendue. Au dehors, l'inflammation se propage aux trompes, aux ligaments larges, au péritoine. On observe alors, outre les lésions précédentes, celles du phlegmon péri-utérin.

Symptômes. — La métrite est souvent limitée au col. Dans ce cas, les malades ressentent de la douleur; mais elle est moins vive que dans l'inflammation du corps. Le col est dur, augmenté de volume; il donne au doigt une sensation de chaleur plus élevée qu'à l'état normal. Le toucher vaginal et le coït sont très-dououreux. Lorsque le

corps de l'utérus est enflammé, les symptômes offrent une intensité beaucoup plus considérable. La maladie débute par des frissons et par des douleurs hypogastriques, que la moindre pression rend insupportables. Les mouvements de la malade, qui ne peut se tenir debout, les exaspère; il en est de même du toucher rectal et surtout du toucher vaginal. Ces douleurs ne sont pas limitées à l'utérus; elles s'irradient fréquemment du côté des cuisses, de l'aîne, de la région lombaire; elles se propagent du côté de la vessie et du rectum; ces organes sont irrités par voisinage; il y a du ténesme vésical et anal, de la constipation. Ces symptômes s'expliquent facilement par les connexions de l'utérus avec les organes qui l'entourent, et par la distribution des nerfs sacrés.

Par le palper abdominal, par le toucher vaginal et rectal, qu'il faut pratiquer avec ménagement, on apprécie le volume de l'utérus, ses courbures anormales, sa direction, son immobilité dans la cavité du petit bassin. Le spéculum, lorsqu'il peut être appliqué, laisse voir la tuméfaction du col, et l'écoulement par son orifice d'un liquide purulent ou muco-purulent. S'il existe une métrite muqueuse, le liquide est purulent et très-abondant; il peut manquer dans la métrite parenchymateuse, si la muqueuse ne participe pas à l'inflammation.

Les symptômes généraux sont graves dans la métrite du corps. Fièvre vive, céphalalgie, inappétence, vomissements. Ils sont beaucoup plus marqués lorsque la maladie se complique de phlébite ou de péritonite.

Marche. Durée. Terminaison. — La métrite aiguë simple se termine le plus souvent par résolution. Les abcès et la gangrène sont rares; souvent elle passe à l'état chronique. Elle détermine quelquefois la production d'adhérences vicieuses qui, maintenant l'utérus déplacé, provoquent la stérilité ou l'avortement. On a observé, à la suite de la métrite, la rupture de l'utérus pendant la grossesse.

Diagnostic. — Dans la *péritonite pelvienne*, les douleurs sont beaucoup plus vives que dans la métrite; la région est le siège d'une telle sensibilité que souvent les malades ne peuvent supporter même le poids des couvertures. Les autres symptômes sont également beaucoup plus prononcés: accélération et petitesse du pouls, vomissements verdâtres, face grippée, abattement général, etc.; le toucher vaginal ne fournit aucun signe spécial.

L'*ovarite* forme une tumeur allongée, située sur les parties latérales, ordinairement d'un seul côté de la fosse iliaque.

La *cystite* donne lieu à des envies plus fréquentes d'uriner; la miction exige plus d'efforts; elle est beaucoup plus douloureuse. Le toucher rectal et le toucher vaginal ne fournissent aucun renseignement. Les urines sont souvent altérées.

La *névralgie lombo-abdominale*, indépendante de toute affection utérine, est rare chez la femme. Le plus souvent elle est symptomatique d'une affection chronique du col. Elle offre deux points douloureux prin-

cipaux, l'un à la région lombaire, en dehors de la colonne vertébrale, l'autre au niveau de la crête iliaque.

Nous verrons plus loin quels sont les caractères distinctifs du phlegmon péri-utérin.

Pronostic. — Il n'est pas grave par lui-même; mais il peut le devenir par les complications qui accompagnent souvent la métrite.

Causes. — Cette maladie ne se montre guère que chez les femmes menstruées. Des violences extérieures, des chutes sur le périnée, l'avortement, la suppression brusque des règles, l'action du froid, une phlegmasie vaginale se propageant à l'utérus, etc., telles sont les causes qui semblent déterminer le plus souvent l'inflammation de cet organe.

Traitement. — On dirige contre la métrite un traitement antiphlogistique: saignées locale et générale, cataplasmes sur le bas-ventre; injections émollientes dans le vagin. Il faut avoir soin d'entretenir, par des lavements, la liberté du rectum.

La *métrite puerpérale* survient chez les femmes en couches, souvent plusieurs jours après l'accouchement. Les symptômes diffèrent peu de ceux de la métrite simple; ils offrent seulement, en général, plus d'intensité. Elle se complique plus fréquemment de péritonite ou de phlébite; elle peut aussi envahir les annexes de l'utérus.

L'utérus est très-volumineux; ses parois sont épaisses, molles, flasques, infiltrées de pus, quelquefois transformées en partie en un détritit pulpeux. C'est surtout dans la métrite puerpérale qu'on observe la forme gangréneuse.

2^o Métrite chronique.

La métrite chronique peut succéder à la métrite aiguë; d'autres fois elle est primitive. On en connaît deux variétés principales: la métrite avec *induration du tissu* et la métrite *ulcéreuse*. Cette dernière forme est spéciale au col.

La *métrite avec induration*, appelée encore *engorgement chronique* de l'utérus, est caractérisée anatomiquement par l'augmentation de volume de cet organe, l'épaississement et l'induration de ses parois. Cependant, quel que soit le degré d'hypertrophie, sa structure normale est toujours conservée. Symptomatiquement elle se révèle par des douleurs spéciales, qui consistent en pesanteur au périnée et en névralgies réflexes des nerfs lombaires. Ces douleurs (névralgie lombo-abdominale) affectent les régions lombaire et inguinale; il est fréquent de les voir se prolonger vers les cuisses jusqu'au genou, quelquefois le long de la face postérieure, le plus souvent sur la face antérieure. En même temps, on constate un écoulement plus ou moins abondant; il est muqueux ou muco-purulent; la femme dit qu'elle a des pertes blanches. Par le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, on peut apprécier l'augmentation de volume de l'utérus.

La *métrite ulcéreuse* siège sur le col. Celui-ci est plus dur et plus gros qu'à l'état normal. Les symptômes généraux sont les mêmes que dans la forme précédente; les caractères locaux varient. Le toucher vaginal permet difficilement d'en faire le diagnostic exact; il faut avoir recours à l'examen au spéculum. L'ulcération peut présenter différentes variétés: tantôt c'est une simple desquamation épithéliale, *érosion*, la lésion est très-superficielle; tantôt elle est plus profonde, et, dans ce cas, il est fréquent de voir la surface ulcérée recouverte de petites saillies rouges, mamelonnées, d'aspect framboisé, *ulcération granuleuse*. Quelquefois, ces granulations atteignent un volume considérable: ce sont de véritables fongosités, ulcération *fongueuse*.

Ces diverses ulcérations ne sauraient être confondues avec celles du cancer; nous verrons plus loin que ce diagnostic est facile.

Traitement. — Le *traitement palliatif* consiste à calmer les douleurs au moyen des antispasmodiques et des révulsifs: sinapismes, vésicatoires volants, simples ou morphinés.

Le *traitement curatif* est long et quelquefois sans résultat. Il est fréquent de voir ces lésions utérines chez des femmes anémiques, chlorotiques, dont le mauvais état général est entretenu par des chagrins prolongés; chez ces femmes, la cure est extrêmement difficile à obtenir, et, dans ces cas, il n'est pas sans utilité de prescrire les eaux, des voyages, de la distraction, et l'éloignement de la cause du mal, si cela est possible, pour modifier l'état général.

Le traitement direct est ensuite employé. Il consiste en cautérisations répétées une fois par semaine, ou plus souvent, selon les cas. Ces cautérisations se font avec le nitrate d'argent, quelquefois avec l'extrémité d'un fer rouge. Les badigeonnages du col avec la teinture d'iode ont donné d'excellents résultats.

Les *fongosités utérines* constituent une variété de métrite chronique; elles se montrent sur la muqueuse, et elles font saillie quelquefois à l'ouverture extérieure de l'utérus. Elles déterminent les symptômes de la métrite. On les traite, d'après la méthode de Récamier, en enlevant les fongosités au moyen d'une curette qui gratte la surface interne de l'utérus.

II. — DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS.

L'utérus peut se déplacer en totalité ou en partie. Dans le premier cas, on peut observer l'*élévation*, l'*abaissement*, les *déviations* et le *renversement* de l'utérus. Lorsque le déplacement est partiel, il constitue les *flexions* de l'utérus.

1° Élévation. — L'élévation de l'utérus est rare; elle est causée par des adhérences ou par des tumeurs qui soulèvent l'organe.

2° Abaissement. — L'abaissement est caractérisé par la descente de l'utérus dans le vagin; il est fréquent de voir le museau de tanche faire

saillie à l'extérieur de la vulve. C'est ce que les femmes appellent *descente de matrice*. Dans ce cas, la muqueuse vaginale, entraînée par l'organe déplacé, se retourne en doigt de gant, et fait saillie à l'extérieur. Entre ce degré extrême et un léger abaissement, l'utérus peut occuper tous les points intermédiaires.

L'examen direct, par la vue seulement dans le cas de chute complète, par le toucher vaginal quand l'organe n'est pas apparent à l'extérieur, permet facilement de reconnaître le déplacement. Les femmes qui en sont affectées sont le plus souvent stériles. Indépendamment de l'écoulement muqueux ou muco-purulent, on constate, chez ces malades, les douleurs réflexes que nous avons signalées en parlant de la métrite du col.

L'abaissement de l'utérus survient à la suite d'accouchements répétés, de tumeurs qui augmentent le volume de l'organe, d'efforts, de chutes, etc. Le repos, les douches froides dans les cas de déplacement léger, l'application d'un pessaire après réduction du prolapsus dans un degré plus avancé de la maladie, tels sont les moyens de traitement qu'on lui oppose ordinairement. Quelques chirurgiens ont imaginé des procédés destinés à maintenir l'utérus en place en rétrécissant ou en raccourcissant le vagin; il se forme, au niveau de la perte de substance faite à ce conduit, un tissu inodulaire qui diminue son calibre et sa longueur en vertu de sa rétractilité. M. Huguier a proposé l'amputation du col hypertrophié. Cette méthode n'est pas employée.

3° Déviations. — Les déviations consistent en un changement de direction de l'axe de l'utérus. L'organe s'incline en avant, *antéversion*; il s'incline en arrière, *rétroversion*; on dit *latéversion* pour l'inclinaison latérale.

L'*antéversion* se reconnaît facilement par le toucher; le corps de l'utérus vient s'appliquer à la face postérieure du pubis; le col subit, par conséquent, un mouvement de bascule qui le porte en sens inverse, c'est-à-dire en arrière, du côté du rectum; dans ce cas, il est souvent difficile à trouver quand on examine la malade au spéculum; il faut diriger l'instrument en arrière et en bas. Cette déviation, portant l'utérus contre la vessie, détermine souvent des accidents du côté de cet organe, de la difficulté dans la miction et même la rétention d'urine.

La *rétroversion* est caractérisée par des symptômes absolument inverses des précédents, pour ce qui a rapport à la situation de l'utérus. Elle agit plutôt sur le rectum que sur la vessie; la constipation l'accompagne habituellement.

La *latéversion* est beaucoup plus rare que les formes précédentes. On la reconnaît aussi par le toucher vaginal.

4° Flexions. — La flexion de l'utérus diffère de la déviation en ce que l'organe se fléchit sur lui-même de manière à présenter un angle entre le corps et le col. Le plus souvent, le col ne change pas de place, le corps seul subit le déplacement. On distingue l'*antéflexion*, la *rétroflexion*

et la *latéroflexion*. Dans l'antéflexion, le corps s'incline en avant : il y a un angle rentrant sur la face antérieure de l'utérus, entre le col et le corps ; dans la rétroflexion, le même phénomène se produit, mais en arrière ; enfin, dans la latéroflexion, le corps de l'utérus s'incline vers les parties latérales.

Les flexions sont constatées par le toucher. Il faut introduire le doigt dans le vagin et dans le rectum. On arrivera, par ces moyens, à sentir l'angle formé par le corps et le col ; ce dernier occupe presque toujours sa position normale.

Causes.

La déviation et les flexions utérines se montrent le plus souvent chez des femmes qui ont eu des enfants. Elles sont dus tantôt au poids considérable du corps de l'utérus, qui s'infléchit sur le col lorsque la femme se lève trop tôt après les couches, tantôt à une disposition anatomique de l'organe, à l'abus des rapports sexuels, etc.

Anatomie pathologique.

Il est ordinaire de trouver des congestions, des inflammations chroniques, accompagnant les déplacements de l'utérus et produisant des écoulements muqueux ou muco-purulents. Dans les flexions, il est fréquent d'observer une oblitération plus ou moins complète de la cavité du col au niveau de l'angle de flexion.

Symptômes et diagnostic.

Nous avons vu que c'est par l'examen direct, soit au moyen des doigts, soit au moyen du spéculum, qu'on peut préciser l'espèce de déviation ou de flexion. Nous n'y reviendrons pas. Quant aux symptômes généraux, ils sont les mêmes que ceux dont nous avons parlé à propos de l'abaissement.

Pronostic et traitement.

Le pronostic n'est pas grave, mais ces déplacements peuvent persister pendant de longues années, souvent pendant toute la vie des malades. On y remédie par l'emploi des *pessaires*, de la *sonde utérine*, des *redresseurs utérins*. Les pessaires sont assez gênants, et ils sont fréquemment inefficaces ; la sonde et les redresseurs ont l'inconvénient grave d'exposer les malades à des accidents inflammatoires du côté de l'utérus ou de ses annexes. Les *douches froides*, préconisées par quelques auteurs, ont au moins l'avantage d'être d'une complète innocuité. Il faut, en même temps, combattre l'écoulement et traiter les ulcérations qui peuvent exister.

5° Renversement. — Ce déplacement de l'utérus diffère assez des précédents pour que nous en fassions une description spéciale.

Anatomie pathologique. — L'utérus se renverse, se retourne à la manière d'un doigt de gant. Le fond pénètre dans la cavité du corps ; il franchit l'ouverture du col ; il pénètre dans le vagin ; enfin, au degré le plus avancé, il fait issue entre les lèvres de la vulve. L'utérus renversé représente une sorte de poche dont la concavité est tapissée par le péritoine qui recouvrait autrefois la surface extérieure de l'organe. En même temps, les ligaments larges sont fortement tiraillés et allongés, les ovaires déplacés. Des adhérences peuvent s'établir, qui fixent l'utérus et ses annexes dans les rapports anormaux qu'ils ont contractés avec les parties voisines. Lorsque le fond de l'utérus sort par la vulve, la muqueuse, constamment irritée, est le siège d'un suintement muco-purulent ; elle peut même s'ulcérer, se gangréner sur place.

Symptômes et diagnostic. — Le renversement peut se produire progressivement ou brusquement. C'est ce dernier mode qu'on observe surtout après l'accouchement. Dans ce cas, le déplacement de l'organe s'accompagne souvent de vives douleurs. Mais, de tous les phénomènes qui le caractérisent, l'hémorrhagie est, sans contredit, le plus important. Il y a un suintement sanguin presque continu, qui peut prendre, au moment des règles, des proportions inquiétantes. Les malades parviennent rapidement au dernier degré de l'anémie.

Quand on palpe la région hypogastrique, on ne sent plus la convexité du fond de l'utérus. Le toucher vaginal fait reconnaître une tumeur lisse, arrondie ; le col est d'abord dilaté ; plus tard, la tumeur fait hernie entre ses lèvres ; enfin, il est presque impossible de reconnaître le col lorsque le renversement est parvenu au degré le plus avancé.

L'*abaissement* de l'utérus ne saurait être confondu avec son renversement, puisque, dans le premier cas, le col se présente, au toucher et à la vue, avec tous ses caractères normaux.

Causes. — Certaines tumeurs de l'utérus peuvent déterminer le renversement de cet organe ; tels sont particulièrement les corps fibreux. Mais, la plupart du temps, la maladie reconnaît pour cause l'accouchement. On a invoqué l'expulsion trop brusque du fœtus, la brièveté du cordon, les tiraillements exercés dans le but de hâter la délivrance.

Pronostic. Traitement. — On a vu des malades emportées par une hémorrhagie abondante, à la suite d'un renversement de l'utérus pendant l'accouchement. Le nombre et le volume des vaisseaux qui parcourent la matrice à cette époque expliquent parfaitement cet accident. Indépendamment de cette grave complication, le renversement est toujours une affection sur laquelle on doit porter un pronostic sérieux.

Il faut chercher à réduire l'organe déplacé. Le doigt est le meilleur instrument qu'on puisse employer. Si la réduction offre peu de difficultés quand la maladie est récente, il n'en est plus de même dans le cas où des adhérences se sont établies. On ne peut avoir recours alors qu'à un

traitement palliatif. Les pessaires pourront rendre des services pour maintenir l'utérus après qu'il aura été remis en place.

III. — TUMEURS DE L'UTÉRUS.

Examen de la malade. — Les règles que l'élève doit suivre, dans l'examen des malades, peuvent être formulées d'une manière générale pour toutes les tumeurs de l'utérus. L'inspection *par l'œil* lui fournira, en général, peu de renseignements. Il arrivera surtout au diagnostic par la palpation abdominale, le toucher vaginal, le toucher rectal, l'examen au spéculum.

Par la palpation de l'abdomen, il constatera l'élévation de l'utérus, son *augmentation de volume*, la présence d'une *tumeur* faisant corps avec cet organe.

Par le toucher vaginal, il reconnaîtra toutes les modifications que peut présenter le col dans sa *situation*, sa *forme*, son *volume*, sa *consistance*; il sentira toute espèce de tumeur faisant saillie dans le vagin, soit qu'elle occupe tout le fond de ce conduit, soit qu'elle soulève seulement un des culs-de-sac, soit enfin qu'elle forme seulement un prolongement entre les lèvres du museau de tanche.

Par le toucher rectal, il complètera l'examen précédent; il explorera la face postérieure de l'utérus et le cul-de-sac recto-vaginal.

Ces trois moyens d'exploration devront être souvent combinés; par le toucher vaginal et le palper abdominal pratiqués simultanément, on peut arriver à bien circonscrire l'utérus, à se le renvoyer, pour ainsi dire, d'une main à l'autre.

Enfin l'*examen au spéculum* fera reconnaître toutes les altérations que le doigt n'aurait pu distinguer. Il permettra de constater la *couleur* des parties malades, l'*état de leur surface*, ulcérée ou non, etc.

L'élève devra, dans la plupart des cas, pratiquer le cathétérisme: la difficulté d'introduire la sonde pourra fournir d'utiles renseignements dans les déviations. Il ne devra jamais négliger d'interroger soigneusement la malade sur ses *antécédents*, sur le *mode de début* de la maladie. Il tiendra compte de sa *marche* et des *symptômes généraux*.

Les principales tumeurs qu'on observe dans l'utérus sont: le *cancer*, des *polypes*, des *corps fibreux*, plus rarement des *kystes*.

1° Cancer de l'utérus.

Anatomie pathologique. — Le cancer utérin débute, la plupart du temps, par le col; de là il se propage au corps, qui est très-rarement envahi le premier. On peut y observer toutes les variétés de cancer; l'encéphaloïde et l'épithéliome sont les plus fréquents.

Comme tous les cancers, celui de l'utérus présente une première période ou d'induration, et une seconde ou d'ulcération. D'abord, le volume et la consistance du col augmentent. Il présente des irrégularités, des bosselures; bientôt il paraît se ramollir en certains points, et des ulcérations apparaissent. Elles sont anfractueuses, irrégulières, circonscrites par des bords indurés; leur fond est d'un rouge grisâtre, pulpeux, couvert de granulations fongueuses; elles sont souvent le siège d'abondantes hémorrhagies. La tumeur fait des progrès constants; non-seulement elle

envahit le corps de l'utérus, mais encore les organes voisins, rectum, vessie, vagin. Quand la dégénérescence est un peu avancée, ces organes, par leurs parties contiguës, font corps et sont englobés dans la masse morbide. Ils sont détruits plus ou moins complètement; des perforations peuvent les faire communiquer entre eux. Il est fréquent de trouver un peu d'épanchement péritonéal au voisinage de l'utérus malade.

La maladie se propage, en général, aux ganglions pelviens. On rencontre souvent des masses cancéreuses dans l'abdomen, dans la colonne vertébrale et même dans d'autres organes plus ou moins éloignés du siège primitif de la lésion.

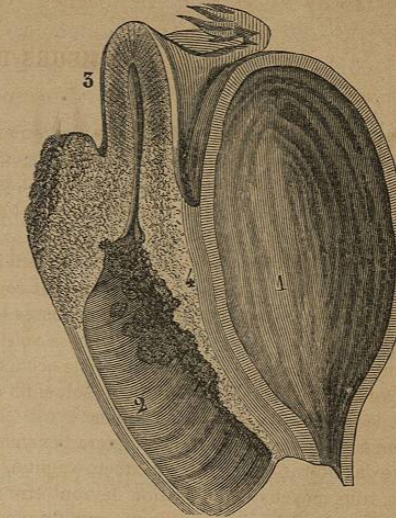


FIG. 65. — Cancer du col utérin gagnant le vagin

Causes. — La cause intime du cancer de l'utérus est inconnue, comme celle de tous les cancers. Il est très-fréquent, souvent héréditaire. On l'observe principalement de 40 à 50 ans, quelquefois plus tôt, souvent plus tard. Il peut être consécutif au cancer du rectum ou de la vessie.

Symptômes. — Le *début* est lent, et lors même qu'on pourrait constater à cette époque le développement de l'utérus, il serait impossible de dire s'il s'agit d'un cancer ou d'un corps fibreux. Il faut attendre que les symptômes soient un peu plus accusés. Souvent, c'est une *hémorrhagie* qui avertit le malade; ce symptôme est important, car, lorsqu'il se répète plusieurs fois, on doit rechercher s'il n'existe pas un cancer.

Symptômes locaux fonctionnels. — Des *douleurs* se montrent dans la région malade, douleurs souvent lancinantes; elles s'accompagnent fréquemment de douleurs névralgiques réflexes dans les régions lombaire, inguinale et crurale.

On conçoit que la *fécondation* puisse avoir lieu dans les premiers temps, jusqu'à ce que le tissu morbide ait oblitéré la cavité utérine.

Les *hémorrhagies* du début, qui peuvent ne se montrer que plus tard, constituent un des meilleurs symptômes. Elles sont abondantes, se renouvellent souvent, et plongent les malades dans un état d'anémie profonde.

Dès le début, il se produit un écoulement muqueux d'abord et presque sans odeur, séreux ou séro-sanguinolent (ichor), extrêmement fétide plus tard. Le doigt, après le toucher vaginal, conserve pendant quelque temps une odeur infecte.