

sieurs enfants. » Sous ce rapport, la matrice se trouvait heureusement modifiée par de nombreuses grossesses.

Des recherches ultérieures n'ont pas confirmé ces idées. Dupuytren et, plus récemment, M. Malgaigne, ont été d'un avis diamétralement opposé; et le premier donne à l'appui de son opinion un relevé de 58 observations prises sur des malades affectées de tumeurs fibreuses, et ainsi réparties sous le rapport de l'état de leurs organes génitaux.

54 mariées ou dans un état analogue; 4 ayant encore leur virginité.

Sur les 54, 42 avaient eu des enfants, et le plus grand nombre plus de trois; 9 n'en avaient pas eu; nul renseignement sur les 3 autres.

Age et constitution. — On est d'avis généralement que c'est après trente-cinq ans que les tumeurs fibreuses se développent surtout, en supposant toutefois que le commencement de la maladie date de l'époque où ont paru les premiers symptômes. Mais cette opinion n'offre aucune certitude; car, à l'époque où les premiers signes se sont montrés, la tumeur pouvait déjà exister depuis longtemps.

On est également loin de s'accorder au sujet du tempérament. Si, pour Dugès et M^{me} Boivin, ce sont les femmes à tempérament lymphatique, pour Dupuytren et pour M. Malgaigne, ce sont, au contraire, les femmes robustes et abondamment menstruées qui y sont le plus exposées.

Hérédité. — L'influence n'en est rien moins que démontrée.

2^o CAUSES OCCASIONNELLES. — Ici les théories les plus diverses ont été proposées pour se rendre compte des influences diverses qui pouvaient ainsi produire le dépôt de tissu fibreux dans l'utérus. Nous n'essayerons pas de nous lancer nous-même dans le champ des hypothèses, persuadé que nous sommes que loin d'éclairer la science, ces théories ne font qu'y jeter une obscurité plus profonde.

Les contusions sur l'abdomen, les coups, les suppressions énergiques de menstrues, les excès de coït, et bien d'autres

causes analogues qui sont répétées d'une manière banale pour toutes les maladies de l'utérus, ne sauraient être invoquées ici. Quant à la cause prochaine de cette affection, nous nous contenterons de signaler les principales opinions qui ont été émises, en ajoutant qu'aucune d'elles ne satisfait pleinement notre esprit. Broussais, fidèle à son système, invoquait une irritation; le temps, qui a fait justice de ce système en général, nous dispense d'en discuter les cas particuliers.

Walther et Blandin admettaient un épanchement de sang qui, plus tard, s'organisant, revêtait les caractères du tissu fibreux. Ces auteurs font, ce nous semble, bon marché de l'opinion généralement admise, que le sang épanché dans nos tissus, loin de s'y organiser, s'y comporte comme un corps étranger et tend à l'élimination.

M. Camberton a émis une théorie que nous croyons plus ingénieuse que plausible. Il assigne pour origine aux corps fibreux des ovules déviés de leur chemin et égarés dans le tissu utérin. Mais comment les ovules s'égarer-ils dans le tissu utérin, et comment s'y développent-ils en tissu fibreux? Ce sont là deux questions auxquelles M. Camberton ne nous paraît pas avoir donné une réponse quelque peu satisfaisante.

Enfin, il est des médecins qui considèrent les corps fibreux comme des hypertrophies partielles du tissu de l'utérus. Pourquoi alors, cette atmosphère celluleuse qui isole toujours et si bien le corps fibreux des parties environnantes, et comment se fait-il que ce même corps fibreux faisant partie intégrante du tissu utérin, on ne trouve jamais aucune adhérence immédiate entre l'un et l'autre?

Nous le répétons, notre avis est que la cause prochaine du développement des corps fibreux est encore à découvrir.

ARTICLE III. — Symptomatologie des corps fibreux de l'utérus.

Ce que nous avons dit de la structure des corps fibreux, de leur mode d'innervation, qui est nul ou rudimentaire, enfin de leur mode de vitalité, qui en fait pour ainsi dire des êtres dis-

tinets au sein de l'économie, nous indique assez que si on ne trouve en eux-mêmes une partie des signes qui doivent nous les révéler, c'est ailleurs, parmi les phénomènes qu'ils déterminent dans les organes voisins, qu'il faut chercher ces signes rationnels. Or, comme l'un et l'autre de ces deux ordres de symptômes sont différents, selon le lieu que la tumeur occupe, nous traiterons successivement des tumeurs *interstitielles*, *sous-péritonéales* et *sous-muqueuses*.

§ 1. Tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus.

SIGNES RATIONNELS. — Volume. — Une condition essentielle pour que la tumeur révèle sa présence au médecin et même au malade, c'est qu'elle ait acquis un certain volume. Les autopsies font assez souvent constater dans les parois de l'utérus de petites tumeurs fibreuses qui, n'ayant déterminé aucun trouble du vivant de la femme, ont passé inaperçues; nous n'aurons pas à nous en occuper ici; mais dès que la tumeur a atteint des dimensions un peu considérables, la scène change, et l'utérus et les organes voisins ne tardent pas à en éprouver de fâcheux effets.

Hémorrhagies. — Sous l'influence du développement des tumeurs fibreuses, la menstruation est en général irrégulière; les règles, quelquefois en retard, devancent ordinairement l'époque habituelle, et deviennent souvent une métorrhagie inquiétante. Si on se rappelle ce que nous avons dit, dans l'anatomie pathologique, des modifications que détermine, dans le tissu utérin, la présence des corps fibreux, il ne nous sera pas difficile de comprendre par quel mécanisme l'hémorrhagie se produit. L'utérus hypertrophié reçoit une quantité de sang proportionnelle à l'augmentation de volume; ce sang, destiné dans la grossesse à l'accroissement du fœtus, ne trouve pas dans l'organe de voie dérivative, s'y accumule, et lorsque arrive la poussée cataméniale, il fait irruption à l'extérieur en quantité d'autant plus abondante que la congestion a été plus grande. Suivant Albert (de Bonn), il ne

provient pas de la tumeur elle-même dont la vascularisation est rudimentaire, mais bien des vaisseaux que nous avons vus s'étendre en réseau à la périphérie, et dont les parois, suivant le même auteur, ne posséderaient pas assez de résistance pour lutter contre le molimen hémorrhagique déterminé par l'ovaire.

Écoulement. — Pendant l'intervalle qui sépare les règles, on observe à peu près constamment un écoulement plus ou moins abondant qui peut être constitué par trois liquides différents. Quelquefois, c'est simplement le mucus opalin caractéristique de la leucorrhée essentielle qui est notablement augmenté de quantité. Dans les cas les plus fréquents, c'est une sérosité albumineuse mélangée d'une certaine quantité de mucus, et analogue à celle qui s'observe dans la première période du cancer, c'est-à-dire le cancer non ulcéré. Enfin, dans quelques cas plus rares, c'est du muco-pus produit par une inflammation qui se développe assez souvent sur la membrane muqueuse s'étendant au-dessus de la tumeur fibreuse.

Influence sur les organes voisins. — A mesure que la tumeur s'accroît, les organes voisins souffrent de ce voisinage. Si elle occupe la paroi antérieure de l'utérus, la vessie est amoindrie dans son volume, gênée dans ses fonctions, les envies d'uriner sont plus fréquentes, l'émission de l'urine devient difficile, surtout quand la compression porte sur le col vésical. Si, au contraire, le corps fibreux s'est développé dans la paroi postérieure, des phénomènes analogues se produisent du côté du rectum; il y a de la constipation, de la rétention des matières fécales, et même des crampes dans les jambes.

La circulation des membres inférieurs éprouve quelquefois une gêne considérable qui peut aller jusqu'au développement variqueux et quelquefois même jusqu'à l'infiltration des veines des jambes.

Dugès et madame Boivin signalent un phénomène heureux qui vient quelquefois améliorer ces symptômes, c'est le développement de la tumeur dans le sens vertical et sa sortie du bassin.

Alors, il arrive quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans

le quatrième mois de la grossesse, quand la matrice, par suite de son développement progressif, sort de l'excavation pelvienne et s'élève au-dessus du détroit supérieur.

SIGNES SENSIBLES. — Examinons à part chacun des moyens d'investigation que nous possédons, et les résultats qu'ils nous donnent. Ces moyens qui peuvent s'aider mutuellement en se combinant entre eux, sont le *toucher*, le *palper*, le *spéculum*.

Toucher. — Le toucher médiat ou immédiat, employé pour reconnaître les tumeurs fibreuses, peut être vaginal, utérin, rectal et vésical; ces différents touchers s'aident et se complètent l'un par l'autre.

Toucher vaginal. — Si le corps fibreux est accessible au doigt, celui-ci, introduit dans le vagin, sent une tumeur dure et résistante située en avant de l'utérus, si elle s'est développée dans la paroi antérieure de cet organe, et placée en arrière si elle occupe la paroi postérieure.

Le plus souvent le corps fibreux, étant descendu jusqu'au col utérin, détermine dans la lèvre envahie une saillie considérable, sur laquelle s'applique l'autre lèvre très amincie; l'orifice de l'utérus, allongé transversalement, a la forme d'un croissant à concavité dirigée vers la lèvre affectée; il est tantôt fermé, tantôt dilaté ou facilement dilatable surtout à l'époque menstruelle.

Lorsque la tumeur n'est pas très considérable et n'arrive pas jusqu'au museau de tanche, le toucher vaginal donne des signes moins certains. Cependant l'utérus paraît plus lourd au doigt qui le soulève, ce qui permet déjà de soupçonner la lésion; puis les autres moyens d'exploration que nous avons en notre pouvoir viennent confirmer le diagnostic.

Si la tumeur est plus considérable et s'élève au-dessus du pubis, on peut, d'une main déprimant l'hypogastre et de l'index de l'autre soulevant l'utérus, la saisir et lui imprimer, dans divers sens, des mouvements de totalité qui sont précieux pour en faire apprécier le volume et la forme, et faire connaître la présence ou l'absence de noyaux fibreux, par le plus ou moins de régularité de la surface.

Toucher utérin. — L'orifice du museau de tanche étant dilaté et le doigt pouvant pénétrer dans la cavité utérine, le toucher utérin permet d'apprécier la saillie que la tumeur fait dans cette cavité et de sentir les bosselures quand il en existe.

Le toucher immédiat n'est que très rarement possible; dans le cas contraire, on se sert, soit d'une sonde ordinaire, soit de la sonde utérine. La femme est mise dans la même position que pour l'examen au spéculum.

L'instrument, tenu de la main gauche ou de la main droite selon la circonstance, est introduit avec douceur dans l'orifice utérin, appliqué qu'il est sur la face palmaire de l'index qui pénètre dans le vagin. Une fois qu'on est dans la cavité utérine, on tâche de se rendre compte de la saillie occasionnée par la tumeur, des déformations qu'a subies la cavité, et, au moyen d'un curseur adapté à l'instrument, de sa profondeur plus ou moins grande.

On cherche s'il existe des adhérences entre les deux surfaces muqueuses. A l'aide du toucher rectal ou d'une sonde introduite dans la vessie, selon que la tumeur est antérieure ou postérieure, on en mesure l'épaisseur, on s'assure si elle appartient à l'utérus ou si elle n'est pas formée par le fond de cet organe en rétroflexion. On peut encore, au moyen de l'instrument, soulever le fond de l'utérus, puis, avec la main appliquée à l'hypogastre, en explorer le fond et la paroi antérieure. Toutes ces investigations doivent se faire avec les plus grands ménagements pour éviter l'inflammation de la matrice, qui n'y est déjà que trop prédisposée par la présence du corps fibreux.

Toucher rectal, toucher vésical. — Le toucher rectal et le toucher vésical qui ne peut être que médiat, ont moins de valeur par eux-mêmes qu'ils ne sont utiles pour compléter les renseignements fournis par le toucher vaginal et le toucher utérin.

Pour le premier, on se sert de l'index de la main qui n'est pas occupée à explorer le vagin. La tumeur, lorsqu'elle siège dans la paroi postérieure, peut être ainsi parfaitement saisie

entre les deux indicateurs et facilement étudiée. Le second se pratique au moyen d'une sonde introduite dans la vessie ; cette sonde sert au même usage que le doigt introduit dans le rectum, mais les indications qu'elle donne ont bien moins de précision.

Palper. — Le palper ne peut être de quelque utilité que lorsque la tumeur a acquis un certain volume ; alors, en dehors des cas où, comme nous l'avons vu, il vient en aide au toucher, il peut, si la tumeur s'élève au-dessus du pubis, en constater la hauteur, en apprécier les dimensions, en limiter pour ainsi dire les contours. Nous savons que, lorsque le corps fibreux porte à sa surface des bosselures un peu considérables ou qu'il est formé de segments unis entre eux par des pédicules, le palper peut faire connaître toutes ces modifications, toutes ces variétés de forme. C'est le palper, c'est l'impression perçue par la main, qui éclaire surtout le diagnostic dans des cas douteux où on ne sait si l'on a affaire à une tumeur fibreuse ou bien à un kyste développé dans un des organes voisins.

Spéculum. — Les tumeurs fibreuses de l'utérus sont peut-être les affections de ces organes où le spéculum a le moins d'utilité.

Il ne fournit aucun renseignement que ne puisse donner le toucher, et souvent, alors que celui-ci nous révèle la lésion, le spéculum est impuissant à nous la faire même soupçonner. Il peut servir à confirmer le diagnostic dans le cas où le col est envahi, ou bien quand la tumeur se montre au museau de tanche. Il est encore utile lorsque la maladie se complique, du côté du col, d'accidents inflammatoires ou de toute autre nature.

Quand le corps fibreux interstitiel a subi la transformation calcaire, il est, dans la très grande majorité des cas, d'une innocuité parfaite. Cependant il n'est pas sans exemple qu'on ait vu des métrites et même des métrites-péritonites déterminées par des corps de cette nature ; Robert Lee en cite un exemple.

§ 2. Tumeurs sous-péritonéales de l'utérus.

Signes rationnels. — Avec quelques nuances inhérentes à la différence de siège, les symptômes rationnels sont à peu près les mêmes dans les tumeurs sous-péritonéales et dans les tumeurs interstitielles.

La malade éprouve des tiraillements aux aines et aux lombes ; elle ne peut marcher ni rester longtemps debout sans éprouver une grande fatigue. L'utérus étant ici moins immédiatement influencé que dans la variété précédente, les dérangements dans la menstruation, l'hémorrhagie, ainsi que l'écoulement leucorrhéique, sont beaucoup moins prononcés et moins fréquents, bien qu'on ait observé dans certains cas des hémorrhagies très graves.

L'influence exercée par la tumeur sur les organes voisins se traduit par les mêmes phénomènes déjà notés plus haut ; du côté de la vessie, on observe des envies fréquentes d'uriner, de la difficulté dans l'émission des urines, etc., si la tumeur occupe la paroi antérieure de l'utérus ; du côté du rectum il y a de la constipation, un sentiment de pesanteur à l'anus, etc., si elle est située dans la paroi postérieure. Les vaisseaux voisins peuvent être comprimés, et l'infiltration des membres inférieurs, ou plus tard une ascite, en être la suite.

On a signalé encore un bruit de souffle qu'on perçoit au voisinage des fosses iliaques, et qui est l'analogue du bruit de souffle qu'on entend dans cette même région, pendant la grossesse.

Signes physiques. — Les signes physiques sont différents selon que la tumeur est pédiculée ou non pédiculée.

Dans le premier cas, les caractères se rapprochent beaucoup de ceux des tumeurs interstitielles ; ils se confondent pour ainsi dire avec eux ; on sent une tumeur qui s'élève plus ou moins au-dessus de l'hypogastre et qui fait corps avec l'utérus, ce qu'on constate en pratiquant en même temps le palper et le toucher.

Les mouvements imprimés à l'organe par le doigt se transmettent à l'autre main et réciproquement, mais il n'en est pas de même quand la tumeur est pédiculée : dans ce cas, le palper est le moyen d'investigation qui rend le plus de services. On trouve au-dessus du pubis une tumeur d'un volume et d'une forme variables; tantôt bosselée, tantôt offrant la régularité de la matrice pendant la gestation; quelquefois on rencontre deux tumeurs superposées et séparées par une rainure; l'inférieure est formée par l'organe ordinairement hypertrophié, et l'autre par le corps fibreux; si le pédicule est long et mince, d'autres phénomènes ont lieu.

Quand aucune adhérence accidentelle ne lui a donné une position fixe, la tumeur se déplace facilement avec la main; on peut ainsi lui faire occuper toutes les positions dans l'hypogastre; abandonnée à elle-même, elle va où son poids l'entraîne, c'est-à-dire dans l'une des deux fosses iliaques, où sa présence peut en imposer quelquefois pour une tumeur de l'ovaire.

Le toucher donne des signes différents, selon le volume, la situation, le plus ou moins de longueur du pédicule de la tumeur.

Si la tumeur est grosse et non pédiculée, en s'élevant au-dessus du pubis, elle entraîne l'utérus, et l'on trouve au toucher que le col est remoué; l'organe est plus lourd et oppose plus de résistance au doigt qui le soulève. Si elle s'est développée dans la paroi postérieure de l'utérus, le toucher rectal permet d'en constater la présence et, jusqu'à un certain point, d'en déterminer le volume.

Il arrive quelquefois que la tumeur se développe dans la paroi postérieure, prend son accroissement de haut en bas, pénètre dans la cloison recto-vaginale en la dédoublant, et soulève la paroi vaginale postérieure.

Un cas semblable a été présenté par M. Broca à la *Société anatomique*.

On voit, dans certains cas, que le pédicule qui relie la tumeur à l'organe sur lequel elle est entée vient à se rompre. Nous

avons parlé de cette circonstance (p. 419) en traitant de l'*anatomie pathologique*, et nous avons dit qu'elle est ordinairement tout à fait inoffensive.

Il nous reste à nous demander si les tumeurs sous-péritonéales sont susceptibles, comme les tumeurs internes pédiculées, de subir l'altération gangréneuse.

Quelques cas, très rares à la vérité, tendraient à faire résoudre la question affirmativement.

Citons celui qui fut observé par M. Pinaud, aujourd'hui médecin distingué à Rennes, et dont les pièces furent présentées en 1828 à la *Société anatomique*. Il s'agissait d'une matrice portant une production morbide que M. le professeur Cruveilhier reconnut être une tumeur fibreuse, et qui n'était séparée du péritoine que par une couche très mince de tissu utérin. La tumeur avait perforé la paroi abdominale en y déterminant une eschare.

§ 3. Tumeurs sous-muqueuses de l'utérus.

Ces tumeurs offrent dans leur mode d'évolution des périodes si distinctes et si tranchées, que pour établir dans cette partie de la symptomatologie une division naturelle, nous ne saurions mieux faire que de prendre pour base ces périodes mêmes.

Nous savons qu'après avoir pris naissance dans l'intérieur de l'utérus, le polype fibreux continue à se développer pour franchir l'orifice du col, faire saillie dans le vagin et sortir même à travers la vulve.

Examinons successivement ces divers états, avec les caractères et les symptômes qui sont propres à chacun d'eux.

1^o La tumeur se trouvant renfermée dans l'intérieur de l'utérus dont le col est le plus souvent fermé, les signes physiques ne nous sont que d'un faible secours, surtout lorsqu'elle n'a pas encore acquis un certain volume; aussi, l'absence de signes est-elle cause que beaucoup de ces tumeurs sont méconnues et confondues avec d'autres lésions de la matrice, qui ont de commun avec elle tous les symptômes rationnels.

Le toucher peut bien indiquer de légères modifications dans le volume et dans le poids de l'utérus; l'hystéromètre fait bien constater une certaine irrégularité de contour dans la cavité utérine; mais il y a loin de ces simples présomptions aux éléments qui permettent d'établir un diagnostic sûr, comme on le fait dans les autres périodes.

Les signes rationnels sont en général les suivants: règles abondantes, métrorrhagie, écoulements morbides dans l'intervalle des époques menstruelles, douleurs se propageant aux cuisses et aux aines, sentiment de pesanteur du côté du vagin, douleurs nerveuses, phénomènes sympathiques du côté de l'estomac, anémie, enfin tous les signes dont l'ensemble constitue le cortège obligé d'une affection utérine.

2° La tumeur dilate le col mécaniquement, et fait saillie à travers les lèvres du museau de tanche.

On observe dans cette période une aggravation des symptômes précédemment décrits, de plus le développement de douleurs de reins extrêmement aiguës; elle est marquée par des caractères d'une physionomie toute spéciale qui tiennent à ce qu'il se produit ici quelque chose d'analogue à ce qui a lieu dans l'accouchement et dans l'avortement.

Le col de la matrice, stimulé par la présence du polype qui tend à s'engager dans l'orifice qu'il trouve devant lui, provoque des contractions utérines, quelquefois aussi violentes que celles qui ont eu lieu dans l'expulsion du fœtus.

La malade est prise de tranchées violentes siégeant à l'hypogastre et survenant le plus souvent aux époques menstruelles; mais aussi, pendant l'intervalle qui sépare celles-ci, l'organe quelquefois est dur au toucher, le ventre est douloureux à la pression, et la sensibilité devient telle qu'elle pourrait faire croire à l'existence d'une métropéritonite, si le pouls, malgré sa petitesse et sa dureté, ne restait pas dans les limites de la fréquence normale.

La face est grippée; les extrémités peuvent devenir froides; alors, ou bien l'orifice s'ouvre pour laisser passer le polype et

les accidents se calment, ou bien il oppose au corps étranger une résistance telle, que celui-ci ne peut le vaincre et qu'il reste emprisonné dans l'organe.

Dans ce second cas, si le polype fibreux reste stationnaire, la matrice cesse de se contracter, les accidents disparaissent peu à peu, et la malade n'éprouvant plus que l'irrégularité dans la menstruation, ainsi que la gêne et la pesanteur qu'elle éprouvait déjà auparavant, peut se croire guérie; mais il n'en est pas toujours ainsi. Le plus souvent le polype continue à s'accroître, et les accidents que nous venons de décrire se reproduisent jusqu'à ce qu'enfin le passage à travers le col se soit effectué.

Cependant, l'augmentation de volume de la tumeur continuant à se faire, la maladie ne se termine pas toujours par la sortie de celle-ci à travers l'orifice utérin; le développement est quelquefois tout à fait interne; alors l'organe se dilate, grossit, remplit la cavité pelvienne, et détermine les accidents qu'occasionne une tumeur se développant dans cette région.

La compression des vaisseaux cause l'infiltration des membres abdominaux; la marche est gênée; les douleurs continuent; les hémorrhagies augmentent, et la mort peut être le résultat de cet état de choses. A cette période, les signes physiques sont d'un grand secours. Si la tumeur s'est développée intérieurement, la main peut la sentir et l'étudier. Dans le cas contraire, lorsqu'on regarde le col utérin, on en trouve les lèvres entrebâillées et l'on voit le corps fibreux se montrant à l'orifice, tous signes que le toucher avait déjà révélés.

Quand l'ouverture du col offre assez d'élasticité pour que le doigt y puisse pénétrer, ou peut aller reconnaître la tumeur jusque dans l'intérieur de l'organe et la contourner en partie. La sonde utérine permet d'en limiter le contour, d'en connaître le volume, et d'en préciser le point d'insertion.

3° Le col utérin est franchi et la troisième période d'évolution du polype fibreux commence.

La malade, délivrée des douleurs atroces que nous avons signalées dans la deuxième période, se trouve momentanément

soulagée; mais cet état de calme n'est pas de longue durée; bientôt la douleur, le sentiment de pesanteur aux aines et aux lombes, augmentent d'intensité.

Les hémorrhagies qui ne sont pas constantes aux autres périodes ne manquent jamais à celle-ci, reconnaissant pour cause l'augmentation de vascularité du tissu utérin ambiant.

Les phénomènes de compression du côté de la vessie et du rectum augmentent en raison du volume de la tumeur, et peuvent aller jusqu'à nécessiter le cathétérisme et jusqu'à interrompre le cours des matières fécales.

La muqueuse vaginale ne tarde pas à souffrir de la présence de ce corps étranger qui l'entoure et des liquides pathologiques auxquels il donne naissance: elle s'enflamme, s'ulcère et peut même se perforer.

Le toucher fait sentir une tumeur lisse, piriforme, à grosse extrémité dirigée en bas, d'une consistance variable, et dont le volume, le point d'insertion, peuvent être appréciés d'autant plus facilement que la tumeur est plus petite.

Lorsqu'elle ne remplit pas trop hermétiquement la cavité vaginale, et qu'il n'y a pas d'adhérence trop étendue entre elle et la muqueuse, le doigt, introduit suffisamment loin, entre la paroi du vagin et le polype, peut constater si celui-ci émane d'une des lèvres du col, ou s'il sort de sa cavité.

Dans le premier cas, on trouve que la lèvre fait suite au pédicule de la tumeur dont elle est ordinairement séparée par un étranglement considérable.

Dans le second, le pédicule est entouré par les lèvres du col; le doigt, arrivé à l'orifice, peut passer entre les lèvres et la tumeur, et quelquefois arriver au point d'insertion de celle-ci.

Cependant les symptômes augmentent d'intensité; le contact de l'air, les liquides sécrétés autour de la tumeur finissent par l'altérer. Il se produit des adhérences anormales entre elle et la muqueuse voisine: elle prend un aspect grisâtre; le tissu en devient mou et fongueux, il s'en écoule des détritns, une sanie purulente, qui vicie l'air autour de la malade; toutes ces

causes, jointes à l'affaiblissement dans lequel l'ont jetée des pertes fréquentes, achèvent d'épuiser sa santé. La fièvre hectique s'allume, et les phénomènes d'infection putride apparaissent.

La malade maigrit, son teint devient pâle et terreux, des accès de fièvre avec ou sans frissons se succèdent rapidement et s'accompagnent de sueurs; une diarrhée colliquative se montre et, si l'art n'intervient pas, la malade succombe dans le marasme.

4° Le polype apparaît à la vulve, s'échappe à travers cet orifice, et peut venir pendre entre les cuisses, ce qui pourtant est assez rare. Les accidents du côté des lombes et des aines sont analogues à ceux de la période précédente, mais plus intenses, la matrice est alors abaissée et quelquefois complètement renversée.

Le rectum est moins gêné, mais la vessie l'est davantage, à cause de la déviation du canal de l'urèthre entraîné par l'abaissement de la matrice et de la partie voisine du vagin.

Les altérations signalées précédemment dans la tumeur, les liquides qui s'en écoulent, présentent ici des inconvénients encore plus grands que ceux que nous avons déjà notés; aussi les ravages qu'ils occasionnent, atteignant non-seulement le vagin, mais encore les cuisses et les jambes, où ils ont un effet plus désastreux, la mort en est la suite, si l'art n'apporte pas un prompt secours.

§ 4. Influence des tumeurs fibreuses sur la grossesse et l'accouchement.

Pour compléter l'histoire des corps fibreux de l'utérus, il nous reste à les étudier dans les circonstances qui précèdent, accompagnent ou suivent la grossesse.

Conception, grossesse. — La première question qui se présente est la suivante: La présence des corps fibreux peut-elle empêcher la fécondation? Il est évident que le corps fibreux peut se développer dans une partie de l'organe où il sera un obstacle mécanique à la pénétration du sperme, et, par suite, à

l'imprégnation de l'ovule; mais, en dehors de cette circonstance, quels que soient d'ailleurs le nombre et le volume des tumeurs, la fécondation peut avoir lieu. Bien plus, il est douteux que la présence de corps fibreux dans la matrice soit un obstacle au développement du fœtus.

S'il y a des auteurs qui pensent que l'avortement peut résulter de cette circonstance, le plus grand nombre est d'un avis contraire. Le seul effet fâcheux qu'elle puisse avoir, c'est de donner à l'utérus une forme insolite qui désoriente souvent l'accoucheur, et quelquefois lui fait croire à l'existence d'une grossesse gémellaire.

Accouchement. — C'est surtout pendant l'accouchement que le corps fibreux de l'utérus peut devenir la source de graves dangers. S'il est sous-muqueux et pédiculé, sa présence n'occasionne ordinairement aucun obstacle sérieux. Car alors, ou bien il est situé dans l'intérieur de l'organe, ou bien il fait saillie dans le vagin. Dans le premier cas, il ne nuit en rien à la régularité de la parturition. Dans le deuxième cas, la tumeur est-elle d'un volume considérable, la tête du fœtus, en avançant dans l'excavation pelvienne, la pousse devant elle, en allonge le pédicule et la fait sortir hors de la vulve, où l'on peut l'exciser si sa présence devient gênante, après avoir toutefois lié le pédicule. Est-elle d'un faible volume, elle s'aplatit entre les parois du vagin et la tête du fœtus, et l'accouchement, un peu plus difficile peut-être, se fait parfaitement.

Les choses ne se passent pas d'une façon aussi simple, dans les cas de tumeurs interstitielles ou sous-péritonéales, quand ces tumeurs siègent sur le col de l'organe et qu'elles compriment l'orifice utérin; la mère et l'enfant courent alors les plus grands dangers. Les ouvrages d'obstétrique sont pleins de faits de ce genre, dans lesquels, soit la mère, soit l'enfant, soit quelquefois tous les deux, ont laissé la vie.

Tantôt le fœtus, déjà mort dans la matrice, peut cependant, par suite de son exiguité, sortir de l'organe en s'aplatissant entre les parois de l'excavation et la tumeur grosse comme la

tête d'un enfant (madame Lachapelle). Tantôt, dans des circonstances analogues, la tête de l'enfant est écrasée au passage (Dugès et madame Boivin). Tantôt enfin, l'enfant étant déjà mort, l'accoucheur ne trouve pas d'autre ressource, pour essayer de sauver la vie de la mère, que de pratiquer l'opération césarienne, mais sans succès (Huguier). Quelquefois une opération moins dangereuse a été possible et a amené de plus heureux résultats. M. Danyau put, dans une circonstance, énucléer une tumeur fibreuse dont l'extraction fut suivie d'une prompte délivrance, et sauva la vie de la mère, mais non celle de l'enfant.

Après l'accouchement. — Après l'accouchement ce sont des dangers d'une autre nature qui se présentent. Nous ne parlons pas de l'erreur dans laquelle on peut tomber en prenant une tumeur fibreuse pour un second fœtus dont on attend vainement l'expulsion; l'accoucheur ne tarde pas à revenir de sa méprise. De plus graves inconvénients sont à redouter; le volume de la tumeur peut empêcher l'organe de se contracter suffisamment et être la cause d'une hémorrhagie mortelle. Le même accident arrive même avec une tumeur de médiocre volume, si, comme Chaussier l'a observé une fois, le placenta s'insère à l'endroit où le corps fibreux se trouve placé.

L'hémorrhagie n'apparaît pas nécessairement aussitôt après la sortie du fœtus; elle peut n'arriver qu'au bout de plusieurs semaines; elle n'est pas non plus toujours foudroyante, elle peut être lente et n'épuiser la malade que peu à peu.

Dans ce cas, la première indication à remplir, c'est de calmer les contractions par les opiacés afin d'arrêter l'hémorrhagie; plus tard, s'il y a lieu, on pratique l'extraction de la tumeur.

Il peut aussi survenir des contractions utérines sans que l'hémorrhagie s'ensuive; elles sont occasionnées par la présence de la tumeur qui joue ici le rôle d'un corps étranger. Ces contractions, souvent impuissantes à expulser la tumeur, déterminent des souffrances telles, que la mort de la femme peut en être la conséquence. L'accoucheur croit souvent alors à l'exis-

tence d'une grossesse composée ; il évitera cette erreur en constatant l'absence des signes qui révèlent l'existence d'un second fœtus.

D'autres fois, les contractions utérines parviennent à expulser le corps fibreux. M. Cruveilhier en cite deux exemples : dans l'un la terminaison fut heureuse, dans l'autre la femme succomba. Ce phénomène a surtout lieu quand la tumeur est le siège de cet état pathologique dont nous avons parlé plus haut, l'œdème des corps fibreux.

ARTICLE IV. — Marche, durée, terminaison des corps fibreux de l'utérus.

La *marche* des corps fibreux de l'utérus est essentiellement chronique. Pour l'ordinaire ils s'accroissent insensiblement ; cependant il n'est pas rare de les voir suivre une marche irrégulière. Ils augmentent assez rapidement de volume pendant un certain temps, pour retomber ensuite dans l'état stationnaire, ou du moins dans le mode de progression lente, qui leur est habituelle. La grossesse paraît les influencer d'une façon malheureuse, en imprimant à leur nutrition une fâcheuse activité.

La *durée* des corps fibreux est très longue ; elle peut s'étendre à plusieurs mois et le plus souvent à plusieurs années.

La variété dans le siège des corps fibreux implique la variété dans le mode de *terminaison* ; les corps fibreux sous-péritonéaux ne se terminent pas de la même façon que les polypes fibreux, par exemple. Les accidents pathologiques dont ils peuvent être atteints en délivrent quelquefois l'économie ; ainsi la gangrène qui s'en empare assez souvent est un moyen de guérison pour la malade, si celle-ci possède assez de force pour résister à la suppuration et aux autres causes débilitantes.

Nous ne passerons pas en revue ces différentes *terminaisons*, que nous avons, du reste, décrites, pour la plupart, en traitant de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie. Nous nous arrêterons seulement sur deux phénomènes dont les corps

fibreux sont assez fréquemment le siège, et qui peuvent en amener la guérison.

Ils ont surtout attiré l'attention de M. Cruveilhier, à qui nous en empruntons la description ; ce sont l'*atrophie* des corps fibreux et leur *expulsion* spontanée.

Il arrive parfois, surtout à l'époque de la ménopause, que, soit spontanément, soit sous l'influence d'une médication bien dirigée, le corps fibreux s'atrophie ; le tissu morbide se flétrit, se condense, et, dans le plus grand nombre de cas, il s'infiltré de cette matière calcaire que nous avons déjà signalée et qui s'y dépose, tantôt sur toute la périphérie, où elle forme un tissu morbide, une coque osseuse ; tantôt au centre ou dans tout autre point. Le mouvement atrophique peut se communiquer à l'utérus lui-même, qui, comme nous le savons, recevait, de la présence de la tumeur, un surcroît de vie se traduisant par une congestion sanguine habituelle et une augmentation considérable de volume. En même temps, les accidents du côté de la matrice et des organes voisins se calment, la douleur, les hémorrhagies diminuent et disparaissent, la régularité dans les fonctions de la vessie et du rectum se rétablit ; enfin, la malade peut atteindre la plus longue vieillesse au milieu d'une santé parfaite.

L'expulsion spontanée des corps fibreux n'est pas un phénomène rare. Voici, d'après M. Cruveilhier, quel en est le mécanisme, qu'elle ait lieu soit pendant la grossesse, soit en dehors de l'état puerpéral.

« Cette expulsion suppose, d'une part, que les corps fibreux proéminent dans la cavité utérine ; d'une autre part, que la couche de tissu qui sépare la tumeur de la cavité utérine a été usée, lacérée, par le fait des contractions utérines, en sorte que la tumeur passe par une sorte d'énucléation spontanée, du lieu dans lequel elle a pris son développement, dans la cavité de l'utérus, qui l'expulse par le mécanisme de l'accouchement au milieu d'un écoulement de sang plus ou moins abondant.

» Cette expulsion spontanée des corps fibreux se fait ordinairement.

rement au milieu de douleurs régulières, expultrices, qui durent plusieurs jours, plusieurs semaines, et sont accompagnées d'une hémorrhagie plus ou moins considérable.

» Presque toujours l'expulsion se fait en plusieurs temps, je veux dire par fragments; elle peut avoir lieu spontanément; elle peut être facilitée et complétée par le chirurgien.

» Les altérations, le morcellement, la macération, le ramollissement, qu'a subis le corps étranger, favorisent singulièrement cette expulsion.

» Dans un certain nombre de cas, c'est à la faveur d'une inflammation éliminatrice, d'une suppuration abondante et fétide, que les corps étrangers sont expulsés spontanément.

Récidive. — On sait que cette disposition générale de l'économie, en vertu de laquelle certaines productions morbides enlevées d'un organe se reproduisent dans ce même organe ou dans d'autres, n'existe pas pour les corps fibreux. Il n'y a pas de diathèse fibreuse, et par conséquent le corps fibreux enlevé par les moyens chirurgicaux, ou bien éliminé spontanément, n'est pas sujet à récidiver. Deux circonstances toutefois peuvent en imposer pour une récidive; c'est: 1^o lorsque la tumeur n'ayant été enlevée qu'incomplètement, le pédicule reste encore adhérent à la couche utérine dans laquelle il était implanté et devient le germe d'une production nouvelle; 2^o lorsqu'il existe dans la matrice des corps fibreux multiples, et qu'après l'ablation de l'un d'eux, le mouvement hypertrophique se porte sur l'un de ceux qui restent, ce qui a lieu le plus souvent à cause de la fréquence de multiplicité des corps fibreux dans le même utérus.

En dehors de ces deux cas, la récidive ne paraît pas avoir été observée, bien qu'il ne soit pas irrationnel d'admettre qu'un nouveau corps fibreux puisse se développer dans un organe qui en a déjà renfermé.

ARTICLE V. — Diagnostic et pronostic des corps fibreux de l'utérus.

Après ce que nous avons dit, en traitant de la symptomatologie des corps fibreux, sur les moyens mis en usage pour les reconnaître, il serait superflu de consacrer ici un article spécial à en établir le *diagnostic*. Nous nous contenterons donc de renvoyer le lecteur à ce qui a été dit plus haut.

Nous laissons à sa sagacité le soin de suppléer à ce qu'il pourrait y avoir d'insuffisant.

Le *pronostic* se lie à des circonstances diverses qui ont été parfaitement appréciées par Bayle, dont nous citons ici les propres paroles :

« Les corps fibreux de la matrice ne deviennent point dangereux par eux-mêmes; mais ils peuvent le devenir lorsqu'à raison de leur siège ou de leur volume, ils dérangent les règles, excitent des flux utérins, s'opposent à l'accouchement, compriment trop fortement la vessie ou le rectum, etc.

» Dans tous ces cas, ils peuvent entraîner des accidents graves qui jettent les femmes dans un état valétudinaire, ou les conduisent même jusqu'à la mort.

» Quant aux corps fibreux, qui n'entraînent d'autres accidents que ceux qui dépendent de la nature de la tumeur, on peut les regarder comme incapables de donner des inquiétudes fondées; car ceux de ces corps qui sont d'un volume considérable et en même temps pédiculés à la surface péritonéale de la matrice, n'occasionnent que des indispositions peu graves et diverses souffrances passagères, assez supportables, qui ne se reproduisent plus dès que la tumeur cesse d'augmenter de volume.

» Quand les corps fibreux de la matrice sont très petits et en même temps situés à la surface péritonéale de ce viscère, ou enfoncés dans ses parois, nous avons dit qu'ils ne déterminent aucun accident et que rien ne peut déceler leur existence pendant la vie.

» Dans ce cas, l'affection dont nous parlons rentre complètement dans le domaine de l'anatomie pathologique.

» Mais il n'en est pas de même lorsque ces corps sont volumineux, ou qu'ils sont saillants dans la cavité de la matrice; car, dans ces deux circonstances, ils déterminent des accidents très prononcés qui ne permettent plus de considérer ces corps accidentels comme de simples lésions organiques, et qui, en donnant l'éveil à la malade et au médecin, conduisent à examiner les signes de la maladie et à rechercher les moyens capables de remédier à ces désordres, qui sont survenus dans l'état de santé (1). »

ARTICLE VI. — Traitement des corps fibreux de l'utérus.

La première question à se poser est celle-ci : Existe-t-il, en dehors des moyens chirurgicaux, une préparation pharmaceutique qui ait le privilège de faire disparaître les corps fibreux. Nous répondrons négativement avec tous les hommes qui se sont occupés de ce sujet.

Les eaux minérales, les divers fondants, l'iodure de potassium, etc., sont administrés, de l'aveu même de ceux qui les préconisent, plutôt pour soutenir l'espérance des malades que dans le but d'améliorer leur état.

Mais si la thérapeutique ne peut pas attaquer le mal dans sa source, elle peut du moins en atténuer les effets, en traitant les symptômes, en agissant sur les organes qui souffrent de son voisinage. Ce n'est que lorsque les moyens palliatifs ne suffisent plus, et que la malade est en danger de mort prochaine, qu'on doit avoir recours aux moyens chirurgicaux.

Traitement palliatif. — C'est le seul applicable quand la tumeur est inaccessible aux moyens chirurgicaux, car il s'adresse à la tumeur elle-même, ou aux accidents qu'elle détermine.

Si la tumeur est volumineuse, qu'elle occasionne un sentiment de pesanteur dans le bassin, de la douleur, des tiraillements

(1) Bayle, article *Corps fibreux de la matrice*, in *Dictionnaire des sciences médicales*, t. VII, p. 69.

aux aînés et à la région lombaire, enfin, qu'elle trouble les fonctions de la vessie et du rectum, on engage la malade à porter une ceinture hypogastrique ou à se servir de tout autre moyen analogue, pour la redresser et l'empêcher de balloter, de basculer et de gêner les organes voisins.

La leucorrhée sera combattue par tous les moyens d'usage en pareille circonstance, et qui, s'ils ne la suppriment pas, puisque la cause qui l'engendre existe toujours, en modèrent du moins l'intensité. L'hémorrhagie cédera aux hémostatiques : ratanhia, eau de Rabel, eau froide en topique. Le seigle ergoté a la propriété, par son action spéciale, de provoquer, dans l'utérus, des contractions qui peuvent favoriser l'expulsion du corps fibreux.

En même temps on soutiendra les forces de la malade par un régime analeptique et par les toniques, tels que le fer, le quinquina, etc.

Traitement curatif. — Nous établirons d'abord qu'on ne doit tenter aucune médication active contre les tumeurs sous-péritonéales sur lesquelles le traitement ne peut avoir aucune prise, du moins dans les conditions ordinaires. Nous distinguerons deux cas dans les tumeurs interstitielles :

- 1° Celui où la tumeur siège dans le col ou près du col ;
- 2° Celui où elle siège dans le fond.

Chez une malade où un corps fibreux s'était implanté sur une des lèvres du col, M. Huguier abaissa la matrice jusqu'à la vulve, et enleva avec le bistouri la partie excédante. Mais le moyen qui est le plus souvent mis en pratique est l'*enucléation*. Le spéculum introduit dans le vagin, et la tumeur fixée avec les pinces de Museux, le chirurgien fait, sur l'une des faces de la tumeur, une incision simple ou cruciale, puis, au moyen du doigt ou d'un instrument obtus, il sépare le tissu fibreux du tissu utérin. L'opération est favorisée par la présence de la couche celluleuse qui entoure la tumeur et la sépare du tissu de l'organe.

Du reste, quel que soit le procédé opératoire qu'on adopte, le résultat est ordinairement heureux, dans les conditions dé-

terminées. Il n'en est pas de même quand la tumeur occupe le fond de l'utérus ou l'épaisseur des parois.

Alors, les dangers de l'opération sont si grands et si nombreux, il y a tant de difficultés à vaincre, que malgré les succès de Dupuytren, d'Amussat, de M. Maisonneuve, etc., les chirurgiens ne la pratiquent qu'avec la plus grande répugnance et comme une dernière ressource.

En effet, la tumeur est-elle adhérente, n'est-elle séparée du péritoine que par une légère couche de tissu, les tractions que nécessite l'opération peuvent détruire la séreuse et ouvrir la cavité péritonéale; le même danger est à redouter si le tissu utérin est friable et ramolli. En outre, sans parler de la métropéritonite et des accidents ordinaires, tels que l'hémorrhagie, la fièvre traumatique, la diathèse purulente, il en résulte toujours, pour la malade déjà très affaiblie, un surcroît de débilité qui peut lui être funeste.

De plus, l'opération demande un temps assez long, et une fois que la tumeur a été énucléée, il est souvent très difficile de la faire sortir de l'utérus. Nous pouvons donc, sans crainte d'être accusé de pusillanimité, nous ranger à l'opinion de ceux qui, dans le cas dont nous parlons, rejettent l'opération d'une manière à peu près absolue.

Diverses méthodes ont été employées pour l'extraction des tumeurs sous-muqueuses. La plupart ont été abandonnées; telles sont: la *cautérisation*, le *broiement*, l'*arrachement*, la *torsion* du pédicule.

Aujourd'hui il n'y a guère que deux procédés qui soient pratiqués: la *ligature* et l'*excision*.

La *ligature*, mise en honneur par Levret, n'a pas réalisé les espérances qu'on en avait conçues; si elle met la malade à l'abri de l'hémorrhagie, et si elle dispense d'abaisser l'utérus, d'un autre côté elle est assez fréquemment la cause de métropéritonite, et expose la malade à l'infection putride en laissant dans l'utérus ou le vagin une masse en décomposition.

L'*excision*, s'appuyant sur l'imposante autorité de Dupuy-

tren, qui l'employait exclusivement, a réuni un plus grand nombre de suffrages, bien qu'elle ait encore ses inconvénients. L'hémorrhagie, quoique assez rare, l'introduction d'un instrument tranchant dans le vagin, la possibilité de blesser un des organes voisins, la nécessité d'abaisser l'utérus, et les dangers qui s'y rattachent, l'empêchent assurément d'être une méthode parfaite.

Les chirurgiens l'ont bien compris, aussi se sont-ils efforcés, en combinant les deux méthodes, d'atténuer les inconvénients de l'une et de l'autre en ne profitant que de leurs avantages.

Ce but a été atteint en quelque sorte. On pratique d'abord la ligature et on fait l'excision en suite.

M. Lucien Boyer a proposé, en 1844, à l'Académie de médecine, une nouvelle méthode, la *sercision*, qui offre une grande analogie avec l'excision et qui nous paraît mériter les mêmes reproches. Elle consiste à scier sur place les polypes au moyen d'un fil qui sert à en faire la ligature. On pose les extrémités de ce fil dans un serre-nœud semblable à celui de Desault, et en tirant alternativement de chaque côté, on scie le pédicule comme avec une scie à chaîne (1).

M. Gensoul se sert d'une pince analogue aux pinces à polype nasal, et présentant un léger coude à son extrémité. Il serre les anneaux de l'instrument après y avoir engagé un cordon et les rapproche jusqu'au contact; puis, au moyen de ce cordon, il maintient la constriction au même point.

Cet étranglement peut amener la chute de la tumeur au bout de peu de jours, mais souvent aussi la fièvre s'allume quelques heures après l'opération, et on est obligé de couper le pédicule au-dessous du mors de la pince.

M. Chassaignac a appliqué aux corps fibreux de l'utérus son procédé de l'*écrasement linéaire*. Il se sert de l'écraseur ordinaire droit ou courbé; l'écraseur courbe est préférable.

La chaîne de l'instrument est construite de manière à pou-

(1) Lucien Boyer, *Observations de polypes de l'utérus, opérés par un nouveau procédé (la sercision)*, in *Revue médicale*, octobre 1846.

voir se plier dans tous les sens. L'instrument est introduit et appliqué sur la cloison recto-vaginale; l'anneau de la chaîne dans lequel on fait passer la tumeur est poussé avec les doigts jusque sur le pédicule.

A ce moment on met l'instrument en jeu et on opère la section. Ce procédé offre des avantages sérieux dans le cas dont il s'agit; outre qu'il met à l'abri de l'hémorrhagie, il dispense d'abaisser l'utérus et en débarrassant promptement la malade, lui évite tous les inconvénients qui peuvent résulter pour elle du séjour dans le vagin d'un corps en putréfaction. M. Chassaignac cite quatre opérations couronnées de succès qui lui sont personnelles, et dans lesquelles la section du pédicule a eu lieu en cinq minutes.

SECTION III.

DU CANCER DE L'UTÉRUS.

Le cancer de l'utérus, malgré sa grande fréquence, n'est pas une maladie dont l'histoire soit connue depuis bien longtemps. Confondue pendant de longues années avec les autres affections de l'utérus, et comprise avec elles sous la vague dénomination d'*engorgement*, on peut s'assurer, par la lecture des ouvrages publiés il y a vingt-cinq ans, qu'à l'époque de Récamier et de Lisfranc, le diagnostic du cancer de l'utérus était loin d'être arrivé à sa perfection, et que probablement on confondait bien souvent les diverses variétés d'inflammation chronique du col et du corps de cet organe avec cette lésion organique. C'est aux travaux des anatomo-pathologistes, qui ont marqué le commencement de la période scientifique au milieu de laquelle nous vivons, et notamment à ceux de MM. Andral, Cruveilhier, Louis, etc., etc., que l'on doit la connaissance bien positive des lésions anatomiques du cancer, appréciables à l'œil nu. Aussi, est-ce à partir de cette époque seulement que l'on commença à bien définir le véritable cancer de l'utérus, et à le séparer des lésions qu'on avait pu confondre avec lui.

Plus tard, il y a dix ans à peine, l'introduction des recherches

microscopiques fit penser que l'histoire du cancer en général avait fait un pas immense, et que le cancer de l'utérus en avait sa part. Les recherches de Vogel, Henle, et bien d'autres en Allemagne, celles de M. Lebert (1) et de ses nombreux élèves en France, proclamèrent l'existence d'une cellule cancéreuse, élément essentiel et spécifique du cancer et qui seule devait le caractériser. Dès lors, le diagnostic du cancer, celui de l'utérus en particulier, était considérablement simplifié. Tout se réduisait à cette simple question : *reconnaître et retrouver la cellule cancéreuse* dans la lésion organique.

Il y avait bien une petite ombre au tableau. A côté du véritable cancer il y avait le *cancroïde*, fort analogue sous beaucoup de rapports au cancer, mais qui présentait, au lieu de la cellule cancéreuse vraie, de simples cellules épithéliales, tantôt intactes, tantôt plus ou moins modifiées.

Tout marchait donc pour le mieux, on avait distingué pour le cancer de l'utérus comme pour les autres cancers un cancer vrai et un cancroïde, lorsque de l'Allemagne, d'où nous était venue la cellule cancéreuse, surgit la réaction. Quelques-uns des inventeurs mêmes de cette cellule, mais surtout Bennett en Angleterre, Vogel et Virchow en Allemagne, vinrent mettre en doute son existence et émettre l'opinion qu'elle pouvait bien n'être qu'une cellule épithéliale, quelquefois saine mais souvent aussi modifiée.

Les propagateurs de la cellule cancéreuse en France firent un peu la sourde oreille, mais il y avait des micrographes habiles qui veillaient, d'anciens athlètes, comme M. Mandl, un des vétérans actuels de la micrographie; de plus jeunes et de plus ardents comme M. Luys, interne distingué des hôpitaux, et quelques autres encore, qui étudièrent avec soin la question. L'opposition grandit donc, et maintenant on est plutôt occupé à démolir la cellule cancéreuse qu'à la constituer. On veut

(1) Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses*, 1851, 1 vol. in-8. — *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, 1857, t. I, in-fol., avec 94 pl., p. 272.