

ou d'accidents inflammatoires? Il n'en est plus question, et nous pouvons aujourd'hui déjà pressentir le jour où l'hystérectomie deviendra une très bonne opération.

Retenez cependant, Messieurs, qu'en formulant cette espérance je n'affirme rien : je crois que l'extirpation de l'utérus, par la voie vaginale, est toujours une opération incertaine dans ses résultats; je crois seulement qu'après les progrès accomplis dans ces derniers temps, elle pourra peut-être, dans l'avenir, être la méthode de choix qui laissera loin derrière elle toutes les autres opérations radicales ou palliatives.



### TRENTE-NEUVIÈME LEÇON

#### Fibrome de l'ovaire.

Observation détaillée d'une malade atteinte d'une tumeur volumineuse dont l'apparition fut précédée de divers troubles locaux et généraux de nature à compliquer le diagnostic.

Diagnostic du siège de cette tumeur. — L'ovaire seul peut être mis en cause.

Diagnostic de sa nature. — Tumeurs sanguines, hématocele. — Phlegmons chroniques. — Tumeurs liquides. — Tumeurs solides.

Cette tumeur absolument solide n'offre aucun des caractères d'une tumeur maligne : il s'agit bien d'une fibrome de l'ovaire.

Le fibrome est une tumeur bénigne qui peut revêtir des caractères graves.

MESSIEURS,

Dans les deux conférences qui vont suivre, je veux, devant vous, établir un parallèle entre deux malades que le hasard a conduit dans nos salles et qui présentent chacune des lésions différentes, mais bien dignes d'être comparées au point de vue clinique. Ces deux observations ont des points de contact tellement précis et doivent encore se terminer par des conclusions thérapeutiques tellement semblables que vous trou-

verez, j'en suis sûr, un grand intérêt à les suivre.

La première de ces malades, celle qui fera l'objet de notre étude aujourd'hui, a une histoire particulièrement intéressante, et la tumeur qu'elle porte offre, je vous en avertis, le mérite de la rareté.

La seconde est beaucoup plus simple, mais les indications auxquelles je dois obéir, me paraissent assez dignes de toute notre attention pour que je n'hésite plus à lui consacrer encore la prochaine leçon.

Pour l'instant, nous allons nous occuper de cette jeune femme de vingt-sept ans, admise depuis quatre jours à la salle 8. Elle n'a jamais été malade autrefois; ses règles sont venues à seize ans très régulières, et à dix-neuf ans cette régularité absolue n'avait pas encore été troublée.

Survint alors une grossesse qui marcha bien jusqu'au neuvième mois, et ne fut suivie pendant l'accouchement et ses suites d'aucun accident.

L'état puerpéral passé, les règles revinrent avec leur régularité ancienne, le sang était rouge, limpide et n'était point accompagné de caillots.

Mais voici qu'il y a dix-huit mois, tout à coup se produisit, au milieu de la santé la plus parfaite, un retard de quinze jours, et je me hâte de vous dire qu'il ne me paraît nullement pouvoir être attribué à une seconde grossesse. En effet, cette femme n'eut alors aucun trouble du système nerveux, ses seins ne gonflèrent pas, elle ne ressentit rien d'anormal.

Ce retard durait depuis quinze jours, quand la malade fit une chute dans un escalier; son pied venant à manquer une marche quand elle descendait, elle tomba, roula plusieurs degrés et se releva très endolorie. Elle dut même s'aliter aussitôt, car cette chute fut presque immédiatement suivie de phénomènes inquiétants.

Fièvre, douleurs dans le ventre, vomissements, rien ne manquait des signes qui doivent caractériser une inflammation, une péritonite locale. Les règles, depuis plusieurs jours supprimées, revinrent alors avec leurs caractères d'autrefois, c'est-à-dire sans coliques, sans caillots, sans douleurs expulsives, ce qui, j'ai toutes raisons de le croire, n'est pas de nature à faire supposer qu'il existait une grossesse, et qu'un avortement avait été le résultat du traumatisme.

Deux mois durèrent ainsi pendant lesquels il fallut garder le lit : il y avait encore du malaise, un peu de fièvre, des douleurs lombaires,

Après ce laps de temps, la malade voulut se lever, mais le résultat ne fut pas heureux; un malaise plus grand dans la partie inférieure du ventre, surtout à gauche dans la fosse iliaque, des tiraillements pénibles dans les reins l'avertirent en effet qu'elle n'était pas guérie. Elle éprouva même quelques accidents vésicaux qui depuis ne se sont point amandés; c'étaient un besoin fréquent d'uriner, des douleurs à la fin de la miction, des urines qui ne contenaient pas de sang mais laissaient déposer un sédiment épais analogue à

du pus, tel probablement que vous pouvez encore le voir quand dans une éprouvette vous laissez déposer une certaine quantité de ces urines. Jamais le jet d'urine n'a été brusquement interrompu.

A ces divers symptômes, on ne peut méconnaître une irritation vésicale, une cystite du col tenace et douloureuse.

Depuis dix-huit mois, l'état général de cette malade ne s'est pas aggravé; elle ressent encore des tiraillements lombaires, quelques douleurs dans le bas ventre, mais les phénomènes vésicaux seuls ont persisté avec toute leur intensité; aussi sont-ils les seuls qui préoccupent cette femme et l'ont déterminée à venir à l'hôpital. Elle est entrée dans mon service pour sa cystite et c'est dans ces conditions-là que nous avons commencé à l'observer et que, chemin faisant, nous avons découvert autre chose, une lésion plus grave à laquelle il faut peut-être rapporter tout ce qui l'inquiète, c'est-à-dire : les douleurs vésicales.

Cette autre lésion est une tumeur de la partie inférieure de la fosse iliaque occupant l'excavation pelvienne où elle paraît avoir pris naissance.

En l'examinant à travers les parois de l'abdomen, on constate à la limite interne de la fosse iliaque gauche une saillie dure, résistante sans fluctuation. Assez régulière dans sa forme, elle offre cependant deux ou trois petits mamelons de la grosseur d'une noix sur sa partie la plus élevée.

De la fosse iliaque gauche sur laquelle elle s'incline on peut ensuite la suivre en dedans, vers la ligne médiane, et le relief qu'elle forme dans l'abdomen remonte à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

Latéralement elle ne dépasse guère la ligne médiane et conserve partout la consistance dure que je vous ai signalée.

En bas, elle plonge dans la cavité pelvienne où bientôt vos doigts la perdent. Le toucher vaginal seul pourra la retrouver saillante du côté des culs-de-sac.

Elle n'est point immobilisée dans la situation qu'elle occupe, mais les mouvements que l'on peut lui communiquer ne sont pas étendus. De gauche à droite ils sont fort restreints, de haut en bas ils sont à peine plus sensibles. Ce sont des mouvements de glissements que les doigts explorateurs et les yeux peuvent suivre en y prêtant toute leur attention. Retenez, Messieurs, que ces mouvements ne sont pas douloureux.

Le toucher vaginal permet de recueillir plusieurs renseignements assez importants. Le col utérin n'est point augmenté de volume; mais il est dévié vers la concavité du sacrum d'abord, et à gauche vers la tumeur ensuite. Sa longueur, pas plus que son volume ne présentent de modification; il n'est pas ulcéré, son orifice est normal. Le doigt peut le contourner aisément sans rencontrer d'abord d'obstacles dans les culs-de-sac; à gauche seulement il trouve une saillie convexe, une induration sans rénitence ni fluctuation

qui rappelle exactement la tumeur que vous avez vue dans la fosse iliaque. Latéralement elle se confond presque avec les parois du bassin et en haut paraît se continuer avec la tumeur iliaque; et ce qui prouve bien qu'il en est ainsi, c'est que votre doigt explorateur venant à pousser cette masse vaginale tandis que l'autre main se tient immobile sur la tumeur, vous sentez un mouvement de transmission.

Je n'hésite donc pas à vous affirmer que ce double examen de la cavité abdominale et de la cavité pelvienne, constatent la présence d'une même tumeur qui, par son grand développement, fait saillie vers la fosse iliaque et dans l'excavation du bassin.

Mais, vous savez aussi que cette tumeur est solide et n'offre en aucun point de son étendue de fluctuation. Où que vous l'examiniez, dans l'abdomen ou bien par le vagin où la muqueuse est lisse et sans adhérences, partout elle se révèle avec des caractères de dureté absolue.

Les troubles fonctionnels qu'elle développe autour d'elle sont peu importants : déjà le toucher vaginal est resté insensible, c'est qu'en effet, à part quelques malaises, un peu de gêne, des tiraillements dans les lombes, le repos de cette malade n'est pas troublé.

La menstruation est des plus normales, puisque le sang apparaît à date fixe, s'écoule pendant deux ou trois jours et qu'il n'est jamais accompagné de caillots.

C'est en vain que nous chercherions d'autres signes capables d'éclairer le diagnostic. Ceux que nous avons groupés doivent seuls nous servir et c'est à l'étude de ce diagnostic que nous allons maintenant nous appliquer.

Pendant que j'explorais cette tumeur par le toucher vaginal, je vous ai fait remarquer qu'elle confinait à l'utérus et occupait exactement la situation du ligament large. Nous devons donc tout d'abord discuter la question du siège occupé par elle et retrouver l'organe dans le tissu duquel elle se serait développée.

Quels sont, Messieurs, les organes qui, dans cette région, peuvent être le point de départ de tumeurs? Ils sont nombreux : l'utérus est souvent atteint de lésions considérables; le ligament, large par les organes et tissus nombreux qui entrent dans sa texture, peut lui aussi en présenter de variées, et pour ne citer que les kystes ovariens, nous savons que tumeurs liquides, solides, mixtes, tumeurs inflammatoires se retrouvent ici très nombreuses. Enfin, le rectum, la vessie, l'enceinte pelvienne elle-même, méritent un examen sérieux tant leurs altérations sont nombreuses et peuvent prêter à de sérieuses difficultés dans un diagnostic différentiel.

Examinons d'abord ce qui concerne l'utérus, je vous dis aussitôt : non, Messieurs, l'utérus est hors de question, parce que notre exploration nous le démontre.

Sans doute, la tumeur pelvienne s'étend jusqu'à

l'utérus, mais le doigt qui explore le vagin rencontre entre elle et la partie correspondante du col une rigole peu profonde, sans doute, mais bien marquée qui les sépare d'une façon nette.

Cette ligne de démarcation, on la trouve encore par la combinaison du toucher vaginal et du palper abdominal, puisque, entre l'utérus et cette tumeur, nos doigts peuvent presque se rencontrer, quand d'un côté vous pressez sur la rigole qu'on sent à travers le vagin, et que, de l'autre, vous appuyez fortement sur la partie interne du globe abdominal; ce fait seul permet d'affirmer que l'utérus est indemne, mais bien d'autres signes vous le prouvent encore. L'utérus est mobile, légèrement retiré à droite, et les mouvements communiqués à la tumeur ne lui sont pas transmis.

Un mode d'exploration qu'il ne faut pas oublier dans l'examen difficile de ces altérations du bassin, l'*hystérométrie*, ne m'a donné que des renseignements négatifs; l'utérus n'est point augmenté dans ses dimensions verticales où du moins sa cavité a conservé sa longueur normale.

Enfin, les mains, qui dépriment fortement la paroi abdominale, nous permettent de limiter le fond du corps utérin et de constater qu'il n'est point développé.

S'il ne s'agit pas de l'utérus, à plus forte raison ne s'agit-il pas du rectum. Chez notre malade, en effet, la tumeur occupe une situation superficielle dans le ventre, il n'y a pas eu de troubles de défécation, de

selles sanglantes, de ténesme, et l'exploration du rectum a rencontré un canal libre de toute part, aussi haut que pouvait atteindre le doigt.

Remarquez maintenant, Messieurs, que les phénomènes dominants se trouvent localisés du côté de la vessie et qu'ils accusent une cystite assez intense. C'est même cet état de souffrance qui a conduit la malade à l'hôpital et l'état des urines, qui sont louches, chargées du muco-pus, ne laisse aucun doute sur la réalité d'une altération de la vessie. Mais, d'une cystite à une tumeur, il y a loin. Aussi l'exploration du bas-fond de la vessie, l'absence d'hématurie, l'émission relativement facile des urines, le cathétérisme absolument négatif nous avertissent-ils que la vessie, à part l'inflammation dont elle se trouve atteinte, ne contient pas de tumeur. Il existe seulement de la cystite franche, consécutive à une autre lésion voisine et probablement produite par la gêne, la compression transmises de la tumeur aux organes voisins.

Le peu de mobilité de la tumeur sur l'encreinte pelvienne aurait pu nous faire songer à un néoplasme des os, à un ostéo-sarcome, à un ostéo-chondrome comme il arrive souvent chez les [sujets jeunes; mais si la tumeur n'est pas très mobile, elle l'est cependant à un certain degré et ce signe suffit pour éloigner l'idée d'une tumeur osseuse. Du reste, cherchez la limite externe de cette lésion déjà volumineuse;

vos doigts rencontrent bientôt une rigole, un sillon qui sépare la masse de l'enceinte pelvienne qui la contient et la limite en dehors. Pensez-vous qu'une telle tumeur n'aurait pas déjà déterminé des compressions autour d'elle sur les nerfs et les vaisseaux qui traversent les os; qu'il ne se serait pas déjà produit des douleurs vives, des névralgies sur le plexus sacré?

Vous voyez qu'insensiblement, nous sommes amenés par exclusion à reconnaître que la tumeur développée chez cette femme occupe les annexes de l'utérus; mais nous devons encore préciser le diagnostic en fixant l'origine précise de la lésion qui peut être dans le ligament large lui-même, les culs-de-sac du péritoine, l'ovaire.

Quand on reprend l'histoire pathologique de cette femme, on voit qu'elle a eu autrefois un retard de quinze jours dans l'apparition de ses règles, qu'un traumatisme violent intervint produisant une hémorrhagie et avec elle des douleurs accompagnées de phénomènes généraux, de fièvre, de telle sorte que le chirurgien doit se demander s'il n'y eut pas alors un écoulement de sang dans la séreuse péritonéale, une hématocele. L'hématocele en effet, quelque soit le point dans lequel le sang s'accumule, peut se resorber peu à peu, mais le plus souvent s'enkyste et forme une tumeur appréciable par addition du dépôt fibrineux. Or, il est peu probable que, si l'hémorrhagie a été considé-

rable et a produit une tumeur d'un certain volume, elle n'ait pas son siège dans le cul-de-sac postérieur; ce n'est plus alors une induration placée sur un des côtés de l'utérus qu'on retrouverait dans l'examen de la malade; ce serait une sorte d'enclavement de l'utérus au milieu d'une zone indurée qui immobiliserait en arrière, en faisant du côté du vagin une saillie manifeste. Bien au contraire, nous avons constaté que le cul-de-sac postérieur était libre, souple, sans résistance aucune et que l'utérus était mobile. Souvenons-nous ensuite que les règles, dès leur apparition, n'ont rien présenté d'anormal et que depuis cette époque elles n'ont pas été troublées. Il serait donc illogique, pour tous ces motifs, d'admettre une hématocele ayant après elle laissé un reliquat inflammatoire.

Voici maintenant que certains troubles inflammatoires, de la fièvre, des douleurs, des vomissements, du météorisme, qui marquèrent les débuts de la maladie immédiatement après le traumatisme, vont éveiller dans vos esprits l'idée d'une inflammation du ligament large ayant amené un dépôt plastique, une induration considérable.

La tumeur occupe en effet la situation même du ligament large, elle confine au bassin et s'étend jusqu'à l'utérus; saillante dans le cul-de-sac latéral, elle s'élève ensuite vers le détroit supérieur et partout elle est dure et présente à sa surface quelques irrégularités. Les apparences ne sont-elles pas en faveur d'un