

phlegmon chronique, d'une périmétrite chronique? Or, pour soutenir ce diagnostic, il ne suffit pas des débuts; la marche de la maladie, l'appréciation exacte de l'état actuel sont aussi nécessaires.

Les phlegmons, qui sont lents et résistent au traitement, peuvent sans doute donner lieu à des tumeurs. Bien souvent, j'ai vu chez des malades atteintes de douleurs et de fièvre après les couches, des tuméfactions considérables du ligament large, refoulant l'utérus et formant aussi des tumeurs; mais il est à remarquer que ces inflammations, même lorsqu'elles sont passées à l'état chronique, donnent toujours lieu à de la douleur. Cette douleur est spontanée; elle s'exagère aussi par la pression, par les mouvements.

Retenez bien que ces douleurs spontanées sont pour ainsi dire obligées, constantes. Les malades éprouvent des élancements pénibles qui les forcent à garder le repos et les condamnent à une sorte d'infirmité douloureuse. Essaient-elles d'abandonner la position horizontale pour marcher et se mouvoir, elles peuvent à peine faire quelques pas; elles s'arrêtent, font de vains efforts pour vaincre la douleur presque aussitôt réveillée, puis, vaincues par elle, sont obligées de revenir au repos forcé qu'elles avaient imprudemment quitté. Pour quelques pas faits avec ménagement, on les voit ensuite condamnées à quinze jours, à plusieurs semaines de lit.

La douleur persistante n'est pas le seul caractère

de ce triste état pathologique; il survient des bouffées inflammatoires, des congestions internes de tout le système pelvien à chaque époque mensuelle.

Il faut de longs mois pour que cet état cesse ou s'atténue et les malades sont contraintes de garder la position horizontale qui ne les préserve pas toujours des douleurs abdominales et des retours fréquents d'une fièvre souvent assez forte.

Ajoutez enfin que, dans le phlegmon chronique, il est assez commun d'observer des hémorrhagies, une durée insolite des menstrues, de violentes coliques au moment des règles, et des caillots pendant leur durée. On a pu croire, dans quelques circonstances, qu'il existait des corps fibreux utérins, alors qu'il s'agissait seulement de périmétrites anciennes.

Loin de tout cela, Messieurs, pour admettre chez notre malade une inflammation chronique des annexes de l'utérus, vous n'avez ni douleurs aiguës, ni poussées inflammatoires, vous n'avez rien. Et le résultat de votre exploration quel est-il? Un utérus mobile, sans adhérences, un utérus qui reste insensible quand on le presse ou quand on cherche à le mobiliser.

Il n'y a donc ni hématocele, ni phlegmon chronique du ligament large et nous arrivons aux tumeurs.

Il existe, sans aucun doute, une tumeur solide du ligament large et cette tumeur occupe l'ovaire, car c'est là qu'est le vrai point de départ de ces tumeurs occupant les cotés de l'utérus.

On a bien vu des tumeurs de la trompe, des grossesses extra-utérines, intra-tubaires, mais je me refuse à admettre qu'il en est ainsi, car l'interrogatoire de cette femme ne fait constater chez elle aucun des signes de la grossesse; le système nerveux n'a pas souffert, les seins n'ont pas gonflé; au surplus, les règles se sont après peu de temps rétablies d'une façon très régulière. Une grossesse tubaire a peu d'avenir devant elle : dans les deux mois qui suivent la conception, le kyste se rompt ordinairement; s'il s'accroît davantage, l'utérus se développe simultanément, mais la rupture se produit encore et la mort arrive.

Qu'il y a loin de ces signes à ceux que vous avez retrouvés dans cette observation!

Les tumeurs de l'ovaire sont nombreuses, et les plus fréquents sont les kystes, kystes simples ou tumeurs complexes formées de parties solides et de collections liquides surajoutées. Il n'existe pas dans l'économie d'organe plus riche en tumeurs mixtes que l'ovaire : cysto-fibromes, cysto-sarcomes, etc., etc., sont l'objet de diagnostics délicats et souvent erronés.

Les kystes sont unis ou multiloculaires. Multiloculaires, ils peuvent encore appartenir à la catégorie des tumeurs mixtes dont je viens de parler. Quels qu'ils soient, quand ils contiennent des parties liquides, il est rare que vous ne puissiez pas, à leur surface, en un point peut-être limité mais cependant appré-

ciable, retrouver la rénitence et la fluctuation qui s'attachent à la présence d'une collection liquide. Cette fluctuation dissipe désormais tous les doutes.

Ici dureté absolue, pas de rénitence. Il n'y a qu'une tumeur solide. Quelle est sa nature? Chacun de vous a déjà posé des conclusions depuis longtemps préparées par la discussion qui précède et l'histoire clinique de cette malade. L'hésitation ne saurait être longue, quand il faut décider entre la tumeur bénigne et la tumeur maligne. Sans nous arrêter à des considérations qui peut-être nous conduiraient à l'erreur, si nous voulions enfin faire un diagnostic histologique, disons qu'il s'agit ici d'une tumeur bénigne et non pas d'un cancer. Il y a dix-huit mois, nous aurions hésité : aujourd'hui, nous affirmons, parce que la marche lente de la lésion le veut ainsi. S'il avait existé une tumeur de mauvaise nature, depuis dix-huit mois il se serait produit d'autres troubles locaux et généraux. Le néoplasme aurait grossi rapidement; il se serait ramolli, provoquant autour de lui des douleurs, et vous savez que la malade ne souffre pas; des phénomènes de compression sur les organes voisins seraient peu à peu survenus, entraînant de l'ascite, des thromboses, de l'œdème, et tout est resté dans un ordre relatif. Voyez, en effet, la santé générale de cette femme, la coloration rosée de son visage; elle dort, mange avec appétit, a conservé toute sa vigueur.

Vous repoussez le diagnostic de tumeur maligne, de cancer, et vous concluez : tumeur bénigne.

Il y a cependant une autre variété de tumeur; je veux parler de la tuberculose ovarique, que nous devons encore envisager. Il est habituel de voir les tubercules des organes génitaux coïncider avec les altérations urinaires, avec la cystite tuberculeuse. Les troubles survenus chez notre malade, du côté de la vessie, ne pourraient-ils nous conduire à la découverte d'une altération tuberculeuse de la vessie? Je ne le crois pas. Si, en effet, chez l'homme, la tuberculose génitale est souvent la première manifestation de la diathèse, chez la femme il n'en est pas ainsi. M. Brouardel a publié des observations prouvant qu'il existe des exceptions à cette règle, mais retenez comme certain que la tuberculose ovarique coïncide toujours avec d'autres lésions de même nature, et qu'elle se montre chez des jeunes femmes dont le système respiratoire est déjà profondément altéré.

Nous n'avons rien vu de semblable chez notre malade, et la cystite elle-même dont elle est atteinte n'a aucun des caractères de la tuberculose vésicale : pas de sang, pas de douleurs atroces; le doigt, introduit dans le vagin, ne provoque aucune souffrance quand il appuie sur le col.

L'état local, l'état général, Messieurs, ont fait justice de cette dernière difficulté, et la tumeur bénigne

reste seule en votre présence. J'ajoute que, de toutes les variétés des productions morbides, le fibrome est le seul qui doit rester en cause.

Une tumeur à marche lente, indolente, sans retentissement sur les parties voisines, lisse à sa surface, mais présentant trois ou quatre élevures qui ressemblent à ces bourgeons qu'on retrouve si souvent à la surface des fibromes utérins, que peut-elle être, si non un fibrome?

On objectera que cette lésion est rare sur l'ovaire; mais sa rareté ne saurait être une raison qui l'exclue et je crois pouvoir me reporter à la discussion qui précède et nous a conduit par exclusion à ce diagnostic, pour affirmer qu'il est juste.

Cette observation ne reste pas isolée du reste; on connaît le fibrome ovarique pur, tandis qu'on nie l'existence du fibro-myome.

Je n'ai aucune raison pour m'élever contre cette opinion, mais je conserve quelques doutes, ne sachant en somme s'il n'existe pas ici une tumeur analogue à celles qui se développent dans l'utérus et sont composées de tissu fibreux et de tissu musculaire.

Porter de telles conclusions à la suite de cette intéressante observation, c'est indiquer en partie ce que réserve l'avenir. Le développement ultérieur sera lent s'il n'est déjà terminé, voilà la probabilité. Mais nous ne pouvons être sûrs que cette tumeur ne prendra pas un volume considérable, nous ne savons pas

davantage s'il ne se formera pas dans son tissu des kystes qui lui imprimeront alors un accroissement rapide. Ces incertitudes donnent, vous le comprenez, une gravité spéciale au diagnostic et nous obligent à de grandes réserves.

Je ne doute pas que vous trouviez un grand intérêt à rapprocher cette observation d'un cas analogue, qui nous servira dans la prochaine leçon à formuler les indications précises que vous devez suivre dans le traitement de ces tumeurs qui, bénignes, peuvent cependant revêtir un caractère de haute gravité.



## QUARANTIÈME LEÇON

### Fibrome utérin.

(Suite et fin).

Observation de la leçon précédente et nouvelle observation de fibrome utérin. — Comparaison entre les tumeurs utérines et les tumeurs de l'ovaire.

Diagnostic différentiel entre ces deux variétés, par les signes recueillis dans l'examen clinique.

Pronostic commun aux fibromes utérins et ovariens. — Influence de la ménopause.

Traitement. — S'abstenir d'opérations radicales, quand la vie n'est pas en danger. — Choix d'une opération dans le cas contraire.

Traitement médical. — Résultat excellent qu'il peut avoir quand il est bien dirigé. — Eaux minérales, seigle ergoté, électricité.

MESSIEURS,

Dans la précédente leçon, je vous ai rapporté l'histoire d'une malade offrant un haut intérêt clinique, et après avoir étudié les symptômes qu'elle présentait, j'ai longuement discuté le diagnostic différentiel pour arriver à reconnaître chez elle une affection rare, le fibrome de l'ovaire.

En terminant, je vous ai dit que diagnostic et pro-