

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-

nostic devaient cependant être réservés, parce que l'ovaire est le terrain privilégié des tumeurs mixtes dont l'évolution ménage quelquefois des surprises. Les productions kystiques : le sarcome, le chondrome, peuvent se greffer sur une tumeur ancienne, et modifier l'aspect qu'elle avait jusqu'alors présenté. On voit ainsi des cas qui, tout à coup, révèlent les allures de la malignité quand ils avaient depuis longtemps les caractères d'une bénignité complète.

Je veux aujourd'hui compléter cette observation en étudiant les indications thérapeutiques ; mais je désire encore vous présenter un autre cas de tumeur abdominale qui mérite à tous égards d'être rapproché de celui que vous connaissez déjà.

Ces deux malades ont beaucoup de rapport entre elles, et si l'examen clinique les rapproche, vous verrez qu'elles se trouvent encore unies par les mêmes conclusions quand il s'agira du traitement.

Notre seconde malade a quarante et un an, a toujours été bien portante, et vous voyez qu'elle conserve toutes les apparences d'une bonne santé. Elle le doit à une vie laborieuse, aux travaux en plein air.

Elle a été réglée à douze ans et la menstruation a toujours suivi un cours régulier. A seize ans, elle s'est mariée, et avait presque aussitôt une grossesse normale.

Je ne crois pas que nous devions attacher une grande importance au renseignement qu'elle nous

donne sur la maladie qui frappa sa mère, morte à quarante-neuf ans d'une tumeur abdominale. Elle eut, cela est vrai, d'abondantes pertes de sang, mais il paraît que cette tumeur ne faisait aucune saillie dans le ventre, restait cachée dans le bassin, que les hémorragies furent fréquentes, accompagnées de vives douleurs et qu'on fit à plusieurs reprises des cautérisations par le vagin. En trois ans, l'amaigrissement devint extrême, les forces déclinerent peu à peu, et la mort survint dans de telles conditions de faiblesse et de cachexie que vraiment il nous serait difficile de penser à autre chose qu'à l'épithélioma du col, au cancer utérin.

Notre malade n'offre, vous allez le voir, dans ses antécédents personnels, rien qui rappelle cette marche rapide, cette malignité certaine d'une lésion cancéreuse. A dix-sept ans, c'est-à-dire après son accouchement, elle eut des accidents inflammatoires qui furent graves et durèrent six mois : elle avait le ventre ballonné, de la fièvre, des douleurs étendues et fréquentes. Quand le calme se rétablit peu à peu, les règles revinrent et la santé fut parfaite ; aussi ne reparut-il rien des accidents anciens dans la longue période qui s'étend jusqu'à ces deux dernières années.

Il y a deux ans, elle fit un jour une chute sur le côté gauche et ressentit après de grandes douleurs dans le côté correspondant du ventre. Ces douleurs furent alors l'occasion qui permit de reconnaître la présence

d'une tumeur du volume d'un œuf et dont l'existence remontait certainement à une époque bien antérieure.

Le traumatisme et ses suites fort légères passèrent, et la malade ne s'inquiéta plus. Que pouvait signifier pour elle une grosseur qui ne la gênait pas, qui n'amenaient aucun trouble dans les fonctions et ne réagissait en aucune manière sur les organes voisins? Les règles étaient toujours régulières.

Six mois après ce traumatisme (il y a par conséquent dix-huit mois), voici que l'écoulement mensuel se montra plus abondant : au lieu de durer trois à quatre jours, il durait sept, huit jours, mais il ne se présentait pas avec des caillots : une seule fois il s'en montra, vers le troisième mois. Notez que le ventre n'était jamais sensible, que surtout il n'y avait pas de douleurs expulsives analogues à celles qu'on rencontre si souvent dans quelques tumeurs utérines.

Il est certain que la lésion se développait chaque jour davantage, car les règles devenaient de plus en plus abondantes. Depuis trois ou quatre mois, les pertes sont à peu près incessantes. La continuité de l'hémorrhagie permet cependant de distinguer encore l'apparition des règles, dont le sang est plus rouge, plus abondant, et qui sont, après une durée de quelques jours, suivies de pertes moins considérables et plus pâles.

La malade, qui s'inquiétait peu de la grosseur reconnue depuis deux ans, est venue à l'hôpital deman-

der des soins pour cette hémorrhagie qui lui inspirait les plus grandes craintes.

Quand nous l'avons examinée, il nous a semblé que le ventre, dans son ensemble, était plutôt déprimé; seulement, à droite, existait une saillie au-dessus de l'arcade de Fallope, et, autant que la vue et un examen très rapide pouvaient en juger, il y avait là, profondément cachée dans le ventre, une tumeur comparable en volume à une tête de fœtus à terme.

On la retrouva bientôt, arrondie, régulière, ne présentant à sa surface ni mamelons, ni bosselures.

C'était une tumeur solide; car, bien qu'elle eût une consistance élastique, elle résistait partout sous les doigts, et n'avait en aucune de ses parties des points fluctuants.

En la saisissant entre les doigts, on sentait qu'elle plongeait profondément dans l'excavation pelvienne, où elle se perdait et ne pouvait plus être suivie.

Je vous ai ensuite fait remarquer qu'elle s'élevait dans la cavité abdominale jusqu'au-dessus de l'ombilic; qu'en dedans, elle dépassait la ligne blanche, et qu'après l'avoir franchie elle se continuait du côté du bassin avec un plan dur, résistant, sur lequel elle s'appliquait.

Je l'ai saisie entre mes mains pour la mobiliser, et j'ai pu lui imprimer des mouvements latéraux étendus: preuve assez évidente qu'elle ne se trouve pas fixée par des adhérences.

L'exploration méthodique de la cavité abdominale entière m'a encore révélé d'autres détails. Le plan résistant dont je vous ai signalé la présence en dedans de cette tumeur volumineuse, se continue lui-même avec une autre tumeur, offrant à peu près les mêmes caractères que la première. Elle est dure, en effet, résistante, élastique, sans fluctuation, un peu moins grosse qu'une tête de fœtus, arrondie, globuleuse, et ne s'étend pas au-dessus d'une ligne qui passerait à trois travers de doigts au-dessous des fausses côtes. Les doigts portés sur son sommet la délimitent bien vers l'ombilic, en dedans et en bas ils la suivent encore, mais la sentent bientôt se confondre avec le plan résistant qui la supporte.

En somme, Messieurs, un plan résistant, répondant à la cavité pelvienne, fait une base solide sur laquelle deux tumeurs viennent se confondre, l'une à gauche, l'autre à droite, avec un pédicule beaucoup moins large.

Ayant suivi de près cet examen, vous aviez la pensée qu'il s'agissait de tumeurs tenant à l'utérus et vous croyiez que le plan résistant était formé par cet organe. Pour le vérifier, il fallait pratiquer avec soin le toucher vaginal. Tout d'abord, on rencontre partout une muqueuse flasque, à replis nombreux et le doigt hésite pour reconnaître l'utérus; le col est en effet dévié, repoussé contre la symphyse pubienne; son orifice est normal, mais il est effacé, raccourci,

un peu aplati d'avant en arrière. Cette déviation rend difficile l'exploration du cul-de-sac antérieur; les culs-de-sac latéraux d'un accès facile ne présentent rien de particulier; mais en arrière se rencontrent d'intéressants détails. Le doigt explorateur suit une courbe oblique en bas et en arrière sur la lèvre postérieure du col, tendue, résistante, qui forme une corde saillante se confondant en haut avec la face postérieure du corps. Cependant il est difficile d'apprécier nettement cette dernière partie qui s'efface et ne peut être limitée.

En effet, au-dessus de la corde saillante partie de la lèvre postérieure, la face postérieure du corps utérin se confond absolument avec une tumeur dure analogue à celles que vous connaissez déjà.

Ces nouveaux signes, Messieurs, confirment la pensée que vous avez eue dès le début de cet examen, qu'il s'agit d'une tumeur utérine et vous avertit qu'il y a une seule et même tumeur développée dans la cavité abdominale et plongeant en arrière du côté du bassin vers le cul-de-sac postérieur du péritoine. Pour en être certain, il nous restait à imprimer des mouvements à cette masse et à voir de quelle manière ils se transmettaient sur elle. Pendant que d'une main on la maintenait à travers les parois abdominales et qu'au moyen du doigt appliqué sur le cul-de-sac postérieur du vagin on appuyait fortement sur la saillie qu'il contient, on pouvait sentir la main soulevée.

La manœuvre inverse arrivait au même résultat et le doigt vaginal se trouvait repoussé, quand sur la masse, à travers les parois abdominales, on exerçait des pressions et des secousses.

Tumeur utérine : est donc un diagnostic certain.

J'aurais voulu compléter cet examen par l'hystérométrie ; je ne l'ai pas fait, mais tous les détails fournis par l'exploration minutieuse que j'avais déjà pratiquée, ne me laissent aucun regret : ils sont, du reste, absolument constatés par le toucher vaginal qui permet de retrouver une masse dure, compacte, dans laquelle se confondent évidemment et le prolongement inférieur et la partie dure sur laquelle les deux tumeurs abdominales viennent prendre leur implantation.

Vous vous rappelez, maintenant, Messieurs, que dans la précédente leçon j'ai beaucoup insisté sur les caractères communs que présentaient les tumeurs utérines et les tumeurs placées dans les organes voisins de l'utérus.

Je vous ai fait remarquer que les premières lui transmettaient leurs mouvements et que les secondes restaient à ce point de vue indépendante ou ne lui transmettaient que de très faibles mouvements.

Voyez maintenant ce qui se passe chez la malade qui faisait l'objet de la dernière leçon. En pressant sur sa tumeur, vous avez senti que l'utérus était un peu repoussé mais que la plupart des pressions que vous pouviez exercer sur elle ne pouvaient se transmettre

au delà du sillon que vous sentiez près du col, entre la tumeur et lui. Au contraire, chez cette dernière malade, quel que soit le mouvement, quelle que soit la pression que vous communiquez à la tumeur, ils se transmettent toujours et d'une manière intégrale au col utérin. Vous ne pouvez plus conserver le moindre doute. Nous avons affaire à une tumeur développée dans l'utérus.

Je sais bien qu'il existe des cas où la constatation de ce phénomène de mobilité est fort difficile. Certaines tumeurs nées sur l'utérus ne communiquent aucun de leurs mouvements à cet organe. C'est qu'alors elles sont munies d'un pédicule fort long et sont, grâce à lui, pour ainsi dire isolées dans le péritoine. Mais, retenez bien que les mouvements transmis de la tumeur à l'utérus, de telle façon qu'on ne peut admettre qu'il y a seulement pression par contact ou refoulement de l'un par l'autre, sont toujours des preuves irrécusables de l'origine utérine.

Voici un premier point fort important acquis d'une manière définitive. Examinons, maintenant, quels troubles peuvent avoir subi les organes voisins. Il y a peu de chose à vous signaler. La plupart des fonctions sont régulières. C'est à peine si la malade éprouve de temps à autre quelques douleurs dans le ventre.

Vous ne rencontrez point ces douleurs vésicales que je vous ai signalées dernièrement et cependant la

miction n'est pas tout à fait régulière. Notre malade n'urine pas facilement dans toutes les positions : accroupie, elle ne peut expulser ses urines ; elle doit se tenir debout ; nous devons penser que dans la première attitude, il y a une sorte de tassement de la tumeur, de refoulement de haut en bas par la pression des parois abdominales, qui gêne la vessie et comprime son bas fond, tandis que dans la seconde, la tumeur se trouve dégagée et peut remonter dans le ventre.

Toutes les fois, Messieurs, que vous reconnaissez une tumeur utérine, avant même de préciser davantage, vous devez écarter toutes les causes d'erreur et vous mettre en garde contre les surprises quelquefois ménagées par certains états physiologiques ou pathologiques pouvant en imposer pour une tumeur.

Actuellement, nous n'avons aucun doute, mais il n'en est pas toujours ainsi. N'oubliez jamais, pour les tumeurs utérines que vous examinez, de penser à la grossesse. Il suffira de jeter un coup d'œil rapide sur les troubles généraux qu'elle pourrait amener, sur l'état des seins, d'examiner le col pour constater s'il est ramolli ; de rechercher le ballottement, de vérifier les troubles de la menstruation, de retrouver les mouvements actifs du fœtus, les battements de son cœur et le bruit du souffle utéro-placentaire. Vous reconnaîtrez la grossesse. Mais s'il s'agissait d'une tumeur utérine très vasculaire, n'ajoutez qu'une foi médiocre

au dernier signe que je viens d'énumérer : le souffle, parce qu'il appartient à tous les états pathologiques ou physiologiques de l'utérus, qui s'accompagnent d'un développement exagéré des vaisseaux.

Pensez ensuite à l'hydrométrie, à la physiométrie accusées par de la sonorité ou de la fluctuation, mais ces lésions sont rares et je ne crois pas utile d'insister sur leurs symptômes.

Une tumeur utérine, que peut-elle être si ce n'est un fibrome ? Bien que le diagnostic soit en général facile, il peut cependant présenter quelques doutes quand on est en présence de tumeurs mixtes, pouvant en imposer pour un fibrome pur. Seulement, il est à remarquer que ces tumeurs-là ne sont autre chose que des fibromes devenus kystiques.

Bien plus rarement, vous rencontrerez des sarcomes. Outre sa rareté, le sarcome a une évolution rapide ; il est irrégulier, bosselé, et la muqueuse vaginale a vite contracté des adhérences avec lui. Autour de lui, la douleur apparaît plus vive et vous comprenez sans peine de quelle manière il peut exercer son action sur tous les organes voisins.

Je passe rapidement, Messieurs, pour arriver à mon diagnostic : fibrome utérin. J'ajoute : fibrome sous-péritonéal.

Vous savez en effet que le fibrome utérin présente trois états divers. Formé de fibres musculaires lisses et de tissu conjonctif, il occupe l'épaisseur même du