

## FIBROMES DE L'UTÉRUS

Rien n'est plus variable, à l'état de vacuité de l'utérus, que le nombre, la forme, la situation, le volume des corps fibreux; ces variétés se retrouvent lorsqu'un produit de conception se développe dans l'utérus. C'est ainsi qu'au point de vue des rapports des fibromes avec la paroi utérine, on trouve les trois variétés de fibromes : a, *sous-muqueux*; b, *interstitiels*; c, *sous-péritonéaux*.

Il est aujourd'hui hors de doute, contrairement à l'opinion de Louis, que la fécondation peut se faire, malgré la présence des fibromes dans la cavité utérine; sans doute les fibromes rendent dans certains cas la fécondation difficile ou sont une cause de stérilité; mais il n'en est pas moins assez commun de voir des femmes ayant des fibromes devenir enceintes, ou de constater l'existence de ces tumeurs chez des femmes en état de gravidité. Différentes statistiques ont montré que la stérilité s'observait environ chez le tiers des femmes atteintes de fibromes, tandis que chez les femmes qui ne présentent pas cette complication, on ne l'observe guère qu'une fois sur huit (Spencer Wells).

Il résulte des recherches de Chahbazian que les fibromes du col semblent moins entraver la fécondation que les fibromes du corps: ainsi, tandis que chez les femmes non enceintes il n'existe guère que 5 fibromes du col pour 100 fibromes du corps, la proportion chez les femmes enceintes est de 20 fibromes du col pour 100 siégeant sur le corps.

*Influence de la grossesse sur les fibromes.* — Les modifications apportées aux fibromes par la grossesse sont généralement assez marquées. Ces tumeurs augmentent de volume pendant le cours de la grossesse, pour subir pendant les suites de couches une sorte de régression; toutefois il est de règle qu'après la grossesse les tumeurs fibreuses conservent un volume un peu plus considérable qu'avant la conception: quant aux faits exceptionnels dans lesquels on a signalé la disparition des fibromes pendant la grossesse, il y a lieu de se demander si ces tumeurs n'avaient point subi un aplatissement tel qu'elles fussent difficilement appréciables à la palpation. En effet, pendant la grossesse, les tumeurs fibreuses participent aux phénomènes de ramollissement qu'on observe du côté des organes génitaux: elles subissent une sorte de ramollissement physiologique, dû à une vascularisation plus intense; dans certains cas il y a plus que du ramollissement, il existe une sorte de *dégénérescence* provenant de lésions qui se développent dans le fibrome, mais qui ne semble pas être causée directement par la grossesse.

Au fur et à mesure que la grossesse évolue, le ramollissement est de plus en plus marqué; le fibrome s'assouplit (Depaul), s'aplatit, de telle sorte que son augmentation de volume se trouve ainsi en partie compensée.

Maygrier ajoute que « les fibromes utérins, hypertrophiés par la grossesse, acquièrent la propriété de se durcir et de se contracter en même temps que l'utérus ». Dans certains cas c'est le muscle utérin qui, en se contractant, rend les fibromes plus durs et plus apparents.

L'hypertrophie des fibromes pendant la grossesse résulte de la prolifération du tissu conjonctif et de celle des fibres musculaires lisses. Doléris a

noté, comme modifications, dans le stroma des fibromes, une *lobulation plus marquée* et un *épaississement des cloisons interlobulaires* constituées par un tissu peu dense.

Ces modifications qui surviennent dans le fibrome varient suivant son siège et sa nature; d'une manière générale elles sont d'autant plus accentuées que le fibrome est en rapport plus direct avec l'utérus et que sa structure se rapproche davantage de celle du muscle utérin; ainsi les tumeurs interstitielles, surtout lorsqu'elles ont la structure du myome, sont beaucoup plus modifiées que les fibromes sous-péritonéaux.

Cornil a signalé dans les myomes d'utérus gravidés des *ilots mortifiés*, ayant subi par places un ramollissement accentué et siégeant au milieu de tissus fibromateux: ces zones mortifiées sont dues à la compression exercée par les faisceaux hypertrophiés du myome; elles peuvent avoir comme conséquence l'atrophie notable et même la disparition d'une portion plus ou moins grande du fibrome après l'accouchement. On observe en outre, dans quelques cas, la suppuration, le sphacèle ou la transformation crétacée des fibromes.

Il va de soi qu'au fur et à mesure que l'utérus augmente de volume et se déplace, le fibrome subit le même mouvement ascensionnel; ici encore le déplacement du fibrome sera d'autant plus marqué qu'il fait davantage corps avec l'utérus. En outre, dans les dernières semaines de la grossesse, les fibromes qui siègent au niveau du segment inférieur, dans la partie postérieure, subissent un déplacement en haut qui peut les faire remonter au-dessus de l'excavation. Il est probable que ce mouvement ascensionnel des fibromes, surtout marqué au cours du travail, est produit par la contraction des fibres musculaires longitudinales de l'utérus.

*Influence des tumeurs fibreuses sur la grossesse.* — Elle est très variable: rien n'est plus commun que de voir de petits fibromes siégeant dans l'utérus ne gêner en aucune façon la marche et le développement de la gestation; ce n'est que lorsqu'on examine la femme dans les derniers temps de la grossesse et surtout au cours du travail, lorsque l'utérus en se contractant se dessine en relief, que l'on reconnaît l'existence de ces petites tumeurs qui n'avaient donné lieu à aucun symptôme particulier pendant le cours de la grossesse.

Il est loin d'en être toujours ainsi: dans un certain nombre de cas la grossesse est interrompue soit dès les premiers mois, soit à une époque plus rapprochée du terme; l'avortement serait relativement fréquent puisque, d'après certaines statistiques, on l'observerait 1 fois sur 5 ou 4 grossesses; Lefour<sup>1</sup>, sur 227 cas de grossesse compliquée de fibromes, a noté 59 avortements, soit 1 avortement sur 5,8 grossesses, et 25 accouchements prématurés; ces statistiques ne doivent pas être tenues pour rigoureuses, parce que nombre de femmes ayant des corps fibreux ne sont point signalées. L'expulsion prématurée du produit de conception contenu dans un utérus myomateux résulte, soit de l'action réflexe produite sur le muscle utérin par le corps étranger, soit plus souvent des lésions de la caduque causées par la présence du fibrome.

L'insertion vicieuse du placenta serait plus fréquemment observée

<sup>1</sup> Thèse d'agrégation, Paris, 1880.

lorsqu'une grossesse évolue dans un utérus fibromateux; dans des cas exceptionnels on a signalé l'insertion du placenta sur le fibrome.

La grossesse est plus ou moins influencée par le fibrome suivant le siège de la tumeur: lorsque celle-ci est située vers le fond de l'utérus et se développe par conséquent dans la cavité abdominale, sa présence ne se révèle qu'autant qu'elle est très volumineuse et amène par ses dimensions des phénomènes de compression.

Lorsque le fibrome siège dans l'épaisseur de l'utérus, il peut, dès les pre-

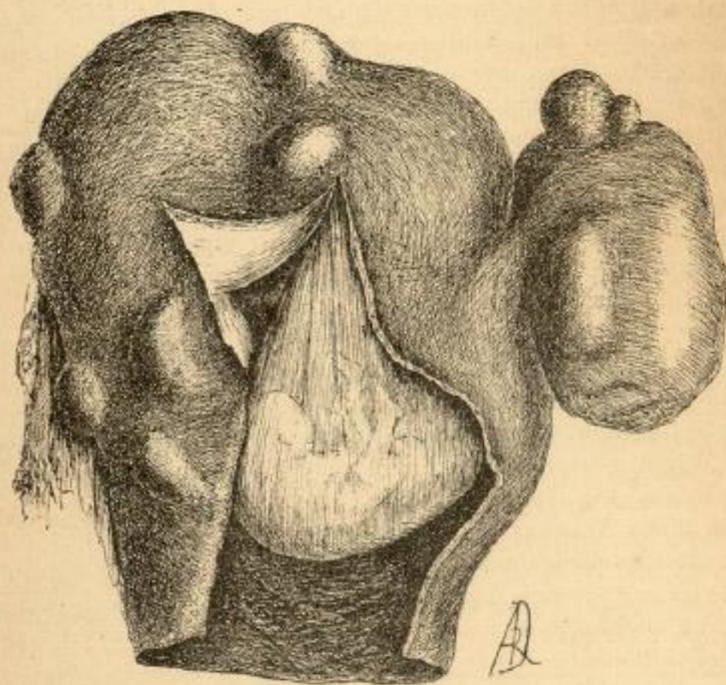


Fig. 428. — Tumeurs fibreuses multiples. Pièce appartenant au musée de la Clinique de la rue d'Assas. (Bossin d'après nature.)

miers mois de la grossesse, donner lieu à des phénomènes de compression en enclavant pour ainsi dire l'utérus dans l'excavation pelvienne, ou même produire la rétroversion de l'utérus gravide avec toutes ses conséquences.

Les hémorragies ne sont pas très fréquentes au cours de la grossesse dans les cas de fibromes; on sait en effet qu'une des causes les plus fréquentes de l'hémorragie est l'endométrite; lorsque cette endométrite existe, il est rare que la conception puisse avoir lieu. De plus, la grossesse se développe plus facilement avec des fibromes sous-péritonéaux qu'avec des tumeurs fibreuses sous-muqueuses. Toutefois lorsque les hémorragies se montrent pendant la grossesse, elles peuvent gêner le diagnostic et faire méconnaître la gravité. L'écoulement sanguin qui existe parfois au moment de l'accouchement n'est que le produit d'un décollement de l'œuf.

La présence de fibromes dans la cavité utérine ou dans l'épaisseur du

muscle utérin ou même à la surface externe de l'utérus gêne, empêche l'accommodation du fœtus; aussi observe-t-on plus fréquemment que dans les utérus normaux des présentations autres que celles du sommet. Le fœtus, par suite de sa non-accommodation, peut même conserver une mobilité assez grande qui facilite des mutations de présentations au cours de la grossesse et même au début du travail. Sur 507 observations réunies par Lefour, 55 fois le fœtus s'est présenté par le sommet, soit 50,98 pour 100, 55 fois par le siège, soit 52,55 pour 100, et 17 fois par le tronc, soit 16,66 pour 100. Cette statistique exagère certainement la fréquence relative des présentations autres que celle du sommet.

*De l'accouchement dans les cas de fibromes.* — Le travail est différemment influencé par la présence de fibromes.

Lorsque ceux-ci siègent au fond de l'utérus, dans la zone supérieure de l'utérus, leur action est peu marquée; les contractions utérines sont un peu moins énergiques, un peu moins efficaces, mais l'allure du travail est peu modifiée, sauf dans quelques cas où l'inertie utérine est telle qu'il faut recourir au forceps dès que la dilatation est suffisante.

Les difficultés augmentent lorsque le ou les fibromes, plus ou moins volumineux, siègent au niveau du segment inférieur: la présence de la tumeur empêche la partie fœtale de se bien engager, de bien appuyer sur le segment inférieur et par suite sur le col: d'où la lenteur des périodes d'effacement et de dilatation, d'où également la fréquence des contractions irrégulières, de la rigidité du col et de la longueur du travail. Ce qui facilite l'accouchement dans ces cas compliqués, ce sont les phénomènes d'assouplissement, de réduction, et en même temps les déplacements que l'on observe du côté de la tumeur.

Les fibromes, pressés par la partie fœtale, subissent, dans les derniers jours de la grossesse et pendant le travail, des phénomènes d'imbibition, de ramollissement qui leur permettent de se laminer, de s'aplatir; de plus, au moment du travail, sous l'influence des contractions utérines, la tumeur fibreuse tend à se déplacer, subit un mouvement ascensionnel qui permet à la partie fœtale de descendre, de s'engager, quelquefois aux dépens de quelques lésions (contusions, fêlures, ou même fractures du crâne).

Dans certains cas, heureusement rares, la réduction de la tumeur n'est pas suffisante pour laisser passer le fœtus, et ce n'est qu'au prix d'une opération mutilatrice qu'on peut l'extraire; l'accouchement peut même être impossible par les voies naturelles et il y a nécessité de pratiquer l'opération césarienne ou celle de Porro, ou mieux encore l'hystérectomie abdominale totale.

Les tumeurs fibreuses créent parfois un obstacle à l'accouchement par un autre mécanisme: par exemple lorsqu'un fibrome sous-péritonéal, même implanté sur une région assez élevée de l'utérus, présente un long pédicule, s'il descend dans l'un des culs-de-sac, en particulier dans le cul-de-sac de Douglas, il forme une tumeur juxta-utérine qui remplit l'excavation et qui empêche le segment inférieur de s'y développer et le fœtus de s'accommoder; pour que l'accouchement soit possible, si la tumeur est volumineuse, il faut qu'elle puisse être refoulée hors de l'excavation.

La *délivrance* est généralement un peu retardée; elle doit être faite avec le plus grand soin, afin d'éviter la rétention des membranes. Si l'écoulement sanguin est très abondant, il faut pratiquer la délivrance artificielle et instituer le traitement des hémorragies graves. Ribemont-Dessaignes et Lepage ont observé, en 1897, à la Maternité de Beaujon, une femme dont l'utérus était farci de fibromes; après la délivrance artificielle et le tamponnement, un suintement sanguin persista: la femme mourut. A l'autopsie on trouva à la surface interne de l'utérus des orifices béants de vaisseaux: le tissu musculaire était tellement altéré par la dégénérescence fibromateuse qu'il n'avait pu

obturer les vaisseaux (fig. 429).

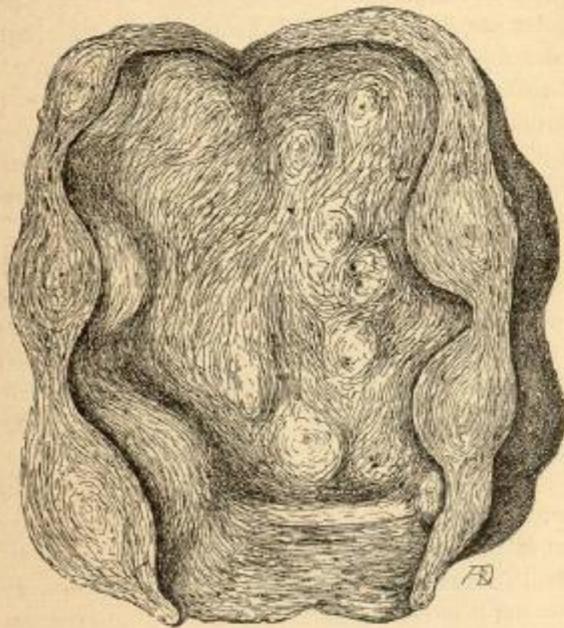


Fig. 429. — Utérus fibromateux à la surface interne duquel font saillie des fibromes. (D'après nature.)

*Diagnostic.* — Dans certains cas, il est facile de reconnaître que l'utérus grvide est le siège de fibromes: la paroi utérine est irrégulière, bosselée en un ou plusieurs points; ces tumeurs deviennent surtout apparentes au moment de la contraction utérine.

C'est surtout dans les premiers mois de la grossesse que le diagnostic présente des difficultés: on peut méconnaître l'existence de la grossesse chez une femme qui présente depuis un certain temps tous les signes dus aux fibromes utérins.

Une complication des premiers mois de la grossesse, la rétroversion de l'utérus, peut rendre le diagnostic d'autant plus difficile que, dans certains cas, la rétroversion de l'utérus grvide est justement produite par un fibrome de la paroi postérieure.

Il faut souvent attendre plusieurs semaines avant de se prononcer; il en est de même dans certains cas où l'on est appelé auprès d'une femme qui perd du sang d'une manière intermittente, qui a un utérus gros, plus ou moins irrégulier; s'agit-il simplement d'une femme qui fait un avortement, ou bien d'une femme dont l'utérus est fibromateux, ou enfin d'une femme enceinte ayant des fibromes utérins?

Dans certains cas les difficultés du diagnostic sont autres: la femme est manifestement enceinte; on perçoit les signes de certitude, et l'on trouve par le toucher ou par le palper une tumeur qui fait plus ou moins corps avec l'utérus. Il faut faire le diagnostic avec les différentes tumeurs qui peuvent

siéger au voisinage de l'utérus, suivant que la tumeur est située dans l'excavation ou dans l'abdomen.

On a pu prendre, pendant les derniers temps de la grossesse, des fibromes plus ou moins ramollis pour des *parties fœtales* et, dans certains cas, croire à l'existence d'une grossesse multiple alors qu'il n'y avait qu'un fœtus dans un utérus fibromateux? Ce qui différencie assez bien le fibrome de la partie fœtale, c'est que la contraction utérine rend le fibrome plus apparent, plus dur, le fait se dessiner pour ainsi dire sous la paroi utérine, tandis que la partie fœtale disparaît en quelque sorte derrière la paroi utérine contractée, et ne redevient nettement perceptible que dans l'intervalle des contractions.

Cette confusion d'un fibrome avec une partie fœtale a même pu être faite par le toucher, dans certains cas où une tumeur fibreuse, pédiculée, a été expulsée avant le fœtus; on a encore pu, après l'accouchement, confondre l'utérus inversé avec un fibrome.

Le diagnostic de l'utérus fibromateux grvide avec la *grossesse extra-utérine* présente d'assez grosses difficultés: la saillie formée par la tumeur peut être prise pour un kyste fœtal accolé à l'utérus.

Enfin le diagnostic est particulièrement délicat, lorsqu'on se trouve en présence d'une femme chez laquelle le travail marche irrégulièrement, la partie fœtale ne progresse pas: il faut s'assurer qu'il n'y a point de rétrécissement du bassin. Il est alors nécessaire de pratiquer le toucher manuel pour reconnaître la véritable nature de l'obstacle, c'est-à-dire une tumeur fibreuse siégeant à la partie postérieure de l'utérus et venant créer une sorte de rétrécissement.

*Pronostic.* — Il n'est pas possible de formuler un pronostic général pour la mère et le fœtus: les observations publiées de fibromes utérins compliquant la grossesse et l'accouchement relatent pour la plupart des faits exceptionnels soit par le volume et le siège de la tumeur, soit par les complications qu'elles ont causées, soit par l'intervention à laquelle l'observateur a eu recours. D'après la statistique de Lefour, sur 286 cas où le sort de la femme a été noté, 141 femmes ont succombé, soit 1 sur 2,02; sur ces 286 cas, le sort des fœtus a été indiqué 220 fois: 150 fœtus sont nés morts, soit 1 sur 1,69. Il est évident que, si l'on s'en rapportait à ces chiffres, le pronostic des fibromes serait bien grave.

Sans pouvoir donner des chiffres, nous pensons que, tout en étant sérieux, le pronostic l'est beaucoup moins que ne l'indique la statistique de Lefour. Voyons cependant quels dangers menacent le fœtus et la femme dans le cas de fibromes utérins compliquant la grossesse.

*a. POUR LE FŒTUS.* — La vie du fœtus est compromise au cours de la *grossesse*, par suite de la fréquence relative de l'avortement, de l'accouchement prématuré; lorsque la grossesse évolue jusqu'à terme ou près du terme, le fœtus peut éprouver les plus grandes difficultés — voire même une impossibilité absolue — à traverser la filière pelvienne rétrécie par la présence d'un fibrome du segment inférieur ou même d'un fibrome pédiculé. — La fréquence plus grande des présentations vicieuses et, en particulier, de celles de l'épaule, vient encore assombrir le pronostic; il faut toute-

fois se rappeler que la présentation du siège est considérée par certains auteurs, Tarnier en particulier, comme plutôt favorable, parce qu'elle permet au fœtus de s'engager à la manière d'un coin; sous l'influence de la progression lente du fœtus, la tumeur se lamine peu à peu, et permet la sortie de la tête fœtale dernière.

*b. POUR LA MÈRE.* — Si, dans la pluralité des cas, le pronostic pour la mère n'est pas immédiatement sérieux, il peut s'aggraver par suite d'une complication survenant au cours de la grossesse, du travail, ou même pendant les suites de couches. *Pendant la grossesse*, les phénomènes de compression sont plus ou moins accusés suivant le siège et le volume de la tumeur; en outre les fibromes exposent à la rétroversion de l'utérus, à la torsion de l'utérus sur son axe, à l'albuminurie, enfin à l'avortement, à l'accouchement prématuré, dus à des hémorragies ou à la présence du placenta sur le segment inférieur.

Ce qui aggrave tout particulièrement le pronostic pendant la grossesse, ce sont les altérations que peuvent subir les fibromes: suppuration, transformation graisseuse, gangrène, etc. — On a signalé quelques cas d'ascite et même de rupture de l'utérus (Fabrice de Hilden, Ameline).

*Pendant le travail*, le pronostic pour la mère dépend surtout des difficultés qu'éprouve le fœtus à s'accommoder et à descendre; la rupture de l'utérus ne s'observe plus guère à notre époque où l'on n'emploie plus l'ergot de seigle et où l'on intervient plus rapidement dans les cas graves. — La délivrance peut être une cause de danger pour la mère par suite des hémorragies, de la rétention du placenta, etc.; l'inversion utérine peut même s'observer par suite de l'abaissement de la tumeur.

*Pendant les suites de couches*, l'utérus fibromateux est, plus qu'un autre, un terrain favorable à la septicémie: d'où la nécessité de veiller d'une manière minutieuse à l'antisepsie pendant et après l'accouchement. Ce qui aggrave le pronostic, ce sont les phénomènes de sphacèle qui peuvent se produire du côté des fibromes sous-muqueux et qui donnent lieu à une véritable métrite gangréneuse. — Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on observe des hémorragies secondaires, de l'inversion utérine ou l'expulsion spontanée de fibromes par le vagin.

*Conduite à tenir.* — Faut-il déconseiller le mariage chez une jeune fille atteinte de fibromes? Il nous semble que Blandin, Bayle, Depaul, ont été trop exclusifs en interdisant le mariage dans ces conditions; nombre de femmes portant des fibromes ont plusieurs grossesses et accouchements sans complication.

Sans doute les grossesses répétées ont une influence mauvaise sur l'évolution des tumeurs fibreuses; mais ce n'est pas une raison pour priver complètement la femme des joies de la maternité. — Lorsqu'une femme a déjà plusieurs enfants et qu'elle présente des fibromes quelque peu volumineux, il est sage de lui déconseiller une nouvelle grossesse.

*QUELLE CONDUITE FAUT-IL TENIR PENDANT LA GROSSESSE?* — Tout dépend du volume, du siège de la ou des tumeurs fibreuses. Dans certaines tumeurs du segment inférieur, siégeant sur la paroi postérieure de l'utérus, il est utile de provoquer l'accouchement à une époque où le fœtus est viable. L'indica-

tion de l'accouchement prématuré est encore plus délicate que dans les rétrécissements du bassin: « Il est plus facile, dit Keiffer<sup>1</sup>, de mesurer les diamètres d'un bassin osseux dystocique que de supputer ceux laissés par un utérus garni de fibromes, soumis à des variations d'épaisseur, de ramollissement, d'effacement, d'ascension des tumeurs vers le fond de l'organe. Rien de bien précis donc à cet égard. »

Lorsque la tumeur paraît mobile ou mobilisable, il est préférable de laisser la femme aller jusqu'à terme; la tumeur s'assouplit alors plus facilement et peut être refoulée ou subir d'elle-même un mouvement ascensionnel qui dégagerait l'excavation. Quand il s'agit d'un fibrome pédiculé, qui est descendu dans l'excavation, on peut, soit dans les derniers temps de la grossesse, soit au moment du travail, le réduire après anesthésie chloroformique.

*Pendant le travail.* — Lorsque la partie fœtale éprouve de la difficulté à descendre et à s'engager, il faut avoir de la patience et se rappeler que, dans nombre de cas, la tumeur fibreuse se laisse aplatir et refouler de bas en haut; cependant, à l'heure actuelle, il ne faut pas trop temporiser. Si la dilatation n'avance pas, on a recours au ballon dilateur de Champetier de Ribes pour accélérer le travail.

Lorsque la dilatation est complète, si les contractions utérines sont fortes et prolongées, si la partie fœtale semble progresser, on peut attendre; mais il ne faut pas que le fœtus souffre. On termine l'accouchement par le forceps ou la version. Tarnier préfère cette dernière opération lorsque la tête fœtale n'est pas engagée, dans les présentations du sommet. Depaul était d'un avis contraire. Les faits sont bien difficiles à juger. — Il va de soi que, lorsque le fœtus est mort, la craniotomie ou mieux la basiotripsie s'imposent, alors même que la dilatation n'est pas complète, si la femme présente de la fièvre, si le liquide qui s'écoule de l'utérus est fétide. Ribemont-Dessaignes a pu extraire, à l'aide du basiotribe appliqué sur le tronc, un fœtus volumineux qui se présentait par le siège.

Lorsque, le fœtus étant vivant, il semble qu'il y a un obstacle absolu au passage du fœtus, il faut pratiquer l'opération césarienne (fig. 450) com-

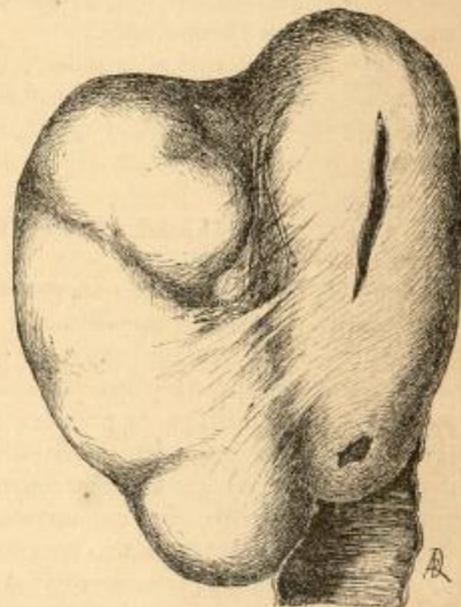


Fig. 450. — Utérus fibromateux sur lequel a été pratiquée l'opération césarienne. (Tarnier.)

La partie gauche de la figure montre l'utérus avec l'incision médiane et verticale faite pour l'opération césarienne. Au-dessous se trouve l'orifice du col, puis, appendu à l'utérus, un lambeau de paroi vaginale. La masse qui se trouve accolée à droite de l'utérus est la tumeur fibreuse. (D'après nature.)

<sup>1</sup> Rapport à la Société obstétricale de France. Avril 1897.

piétée ou non par l'opération de Porro ou mieux l'hystérectomie abdominale totale : dans l'intérêt du fœtus, et même de la mère, il est inutile d'attendre que le travail soit très avancé. La vitalité du fœtus n'en peut être que compromise sans aucun bénéfice pour la mère.

Dans certains cas le *corps fibreux* est accessible par la voie vaginale : aussi a-t-on pratiqué par cette voie l'énucléation des corps fibreux du col, soit avant, soit pendant l'accouchement (Danyau, B. Hicks, etc.). L'opération peut être faite au cours de la grossesse sans que le travail se déclare ; le seul danger sérieux est l'hémorragie.

Les *polypes* sont parfois expulsés au-devant de la tête fœtale ; si leur pédicule se rompt, on observe souvent des hémorragies. Si le pédicule existe au moment où l'accoucheur est appelé, il faut en pratiquer la ligature et le sectionner ensuite.

#### KYSTES DE L'OVAIRE ET GROSSESSE

*Historique.* — L'influence réciproque des kystes de l'ovaire et de la grossesse n'est un peu connue que depuis le commencement de ce siècle ; on ne trouve guère en effet au siècle dernier que les observations de Schamberg, Døveren, Baudelocque et Lauverjat, qui ont constaté les difficultés créées pendant l'accouchement par la présence d'un kyste de l'ovaire.

Pendant la première moitié de ce siècle, les différents mémoires, écrits sur ce sujet par Park (1815), Merrimann (1819), Velpeau (1828), Puchelt, élève de Nægele (1840), etc., ont surtout pour but de faire connaître les difficultés qui surviennent soit au cours de la grossesse, soit pendant l'accouchement ; la question de traitement y est à peine ébauchée. Peu à peu Hirsch (1854), Jetter (1861), Guéniot, Barnes, Stoltz, Spencer Wells, Péan, Duplay, Polaillon, etc., montrent l'utilité de l'intervention pendant la grossesse, soit en interrompant celle-ci, soit en ponctionnant le kyste.

Toutefois la question de traitement n'entre dans la voie réellement moderne que lorsque apparaît l'ovariotomie ; dans un certain nombre de cas, celle-ci est faite involontairement sans qu'on ait reconnu la grossesse, qui évolue jusqu'à terme ; peu à peu, grâce aux travaux de Burns, Pollock, Sp. Wells (1877), Schröder (1885), cette pratique se généralise. — S. Rémy a présenté un résumé de la question dans sa thèse d'agrégation (1886), sur la grossesse compliquée de kyste ovarique. — Depuis cette époque de nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet (voir *Traité de gynécologie* de Pozzi, 5<sup>e</sup> édition).

*Influence de la grossesse sur le kyste.* — Une femme ayant un kyste de l'ovaire peut devenir facilement enceinte, si l'ovaire du côté opposé est sain. Sous l'influence de la grossesse, le kyste augmente de volume ; ce n'est que très rarement que le volume de la tumeur reste stationnaire (Murray) ou même diminue (Schröder).

Sans entrer dans les détails anatomo-pathologiques sur les différentes variétés des tumeurs de l'ovaire (uni ou multiloculaires, kystiques ou dermoïdes, etc.), il faut faire une distinction entre les kystes qui peuvent s'éle-

ver dans la cavité abdominale, et ceux qui restent plus ou moins fixés dans l'excavation ; ils sont alors généralement inclus dans le ligament large.

Les premiers, assez volumineux, s'élèvent dans la cavité abdominale en même temps que l'utérus ; ils sont plus ou moins mobiles et se logent sur l'un des côtés de l'utérus ; dans quelques cas cependant, le kyste peut se placer devant l'utérus et le masquer (Heydenreich), ou au contraire être situé en arrière de lui (A. Herrgott).

Les seconds restent plus ou moins inclus dans l'excavation pelvienne qu'ils rétrécissent ; ils s'élèvent peu dans la cavité abdominale. Dans quelques cas le kyste est à la fois intra-abdominal et intra-pelvien.

Les kystes de l'ovaire se compliquent plus facilement au cours de la grossesse qu'en dehors de la gravidité, par suite de leur voisinage avec la tumeur constituée par l'utérus gravide : c'est ainsi qu'ils peuvent présenter des *hémorragies*, *suppurer*, et surtout *se rompre*.

La *rupture du kyste*, accident redoutable qui entraîne 50 pour 100 de mortalité, lorsqu'elle se produit au cours de la grossesse, résulte tantôt de la torsion du pédicule du kyste, tantôt de la pression exercée par l'utérus. Elle peut avoir lieu dès les premiers mois de la grossesse, mais elle est plus fréquente vers la fin de la gestation. Au cours de l'accouchement, ce sont surtout les kystes enclavés dans le petit bassin qui se rompent par suite de la pression exercée par la partie fœtale.

La *torsion du pédicule* peut se produire d'une manière lente ou brusque ; les deux variétés s'observent plus souvent pendant la grossesse et le travail, par suite des déplacements que subit le kyste soulevé par l'utérus ; la torsion du kyste entraîne plus facilement encore qu'en dehors de la gravidité la rupture de la tumeur. Enfin dans certains cas le kyste, peu volumineux, même ignoré avant la grossesse, prend rapidement un volume assez considérable, et peut même se transformer en tumeur maligne ; il est bien difficile de déterminer quelle part revient à la grossesse dans la production de cette dégénérescence.

*Influence des kystes de l'ovaire sur la grossesse.* — L'influence des kystes sur la grossesse est très variable ; lorsque la tumeur est de volume moyen, sans adhérences, elle ne gêne que fort peu le développement de l'utérus avec lequel elle s'élève dans la cavité abdominale. En examinant le ventre avec soin, on constate qu'il existe dans la cavité abdominale deux tumeurs distinctes, dont l'une a une consistance toujours égale, tandis que l'autre présente des contractions intermittentes. Lorsque le kyste est volumineux, il vient ajouter son action à celle de l'utérus gravide pour produire des phénomènes de compression et déterminer de l'œdème des membres inférieurs, de la paroi abdominale, des troubles variés du côté de la vessie et du rectum, des phénomènes de dyspnée plus ou moins accusés et même de l'ascite.

Lorsque le kyste, même peu volumineux, est immobilisé par des adhérences, soit dans l'excavation, soit un peu au-dessus, il peut, s'il est de consistance ferme, entraver le développement de l'utérus et produire des phénomènes de compression plus ou moins marqués.

Les kystes dermoïdes, en raison de leur consistance, sont particulièrement dangereux quand ils sont immobilisés dans l'excavation.

Dans certains cas le kyste, au lieu d'être placé sur les parties latérales de l'utérus, est situé directement en avant ou en arrière de lui; dans le premier cas il masque la grossesse, dans le second cas il est difficile de le reconnaître avant l'accouchement.

Si l'influence des kystes de l'ovaire sur la marche de la grossesse est très variable suivant leur siège et leur volume, cette différence d'action est encore plus marquée au point de vue de l'accouchement; ainsi, tel kyste relativement volumineux, développé dans l'abdomen, ne gêne que peu la marche du travail à la condition qu'une portion de ce kyste ne vienne pas s'insinuer entre la paroi de l'excavation et l'utérus, gênant ainsi d'une manière directe la descente de la partie fœtale.

Est-ce à dire que ces tumeurs kystiques abdominales n'influent pas sur la durée du travail, et ne rendent pas maintes fois impossible l'accouchement spontané?

Ces kystes produisent habituellement une dystocie légère en refoulant l'utérus sur l'un des côtés de l'abdomen, en produisant une obliquité plus ou moins accusée de l'utérus, ce qui favorise les présentations vicieuses et modifie la puissance et la régularité des contractions utérines.

Les kystes plus ou moins enclavés dans le petit bassin ne créent pas toujours un obstacle insurmontable à l'accouchement; s'ils sont de petit volume et logés dans un cul-de-sac postérieur, ils permettent à un fœtus petit de passer dans un bassin assez grand. De plus, s'ils ne sont pas adhérents, et s'ils possèdent un pédicule assez long, ils remontent quelquefois au-dessus du détroit supérieur, ou peuvent y être refoulés dans les derniers temps de la grossesse ou au moment de l'accouchement. Mais dans la pluralité des cas, ces kystes de consistance ferme sont en même temps adhérents, et lorsque, vers la fin de la grossesse ou au début du travail, la partie fœtale tend à s'engager, elle repousse au-devant d'elle le kyste, qui, sous l'influence de ce traumatisme, peut se rompre ou devenir le siège d'hémorragies.

Enfin on a cité certains cas où la pression du fœtus sur la tumeur a été telle que celle-ci a rompu le plancher périnéal, la paroi postérieure du vagin, une partie de la cloison recto-vaginale, puis est sortie par l'anus, suivie ou non du fœtus.

Lorsque, grâce à sa situation, à son volume, etc..., le kyste a permis l'accouchement spontané ou artificiel par les voies naturelles, la délivrance se fait habituellement sans encombre. Elle peut cependant être entravée de deux manières différentes; ou bien le corps de l'utérus se trouve fortement dévié par une tumeur kystique abdominale, ce qui gêne à la fois le décollement et l'engagement du placenta. Il suffit alors souvent de corriger l'inclinaison vicieuse de l'utérus pour que la délivrance se fasse. Dans d'autres cas, après l'expulsion du fœtus, une tumeur abdominale descend dans l'excavation, devient intra-pelvienne, et va gêner l'engagement du placenta au même titre que la vessie distendue par l'urine qui, nous l'avons vu, met obstacle à la terminaison de la délivrance. Il est alors utile de réduire avec la main

la tumeur kystique, ce qui permet à l'utérus de s'abaisser. Dans les cas où la tumeur est d'emblée intra-pelvienne et immobile, on est parfois obligé de pratiquer la délivrance artificielle.

*Suites de couches.* — Les suites de couches présentent une physionomie différente, suivant que l'accouchement a été spontané ou non, et surtout suivant le traumatisme qui en est résulté pour le kyste de l'ovaire. C'est ainsi que l'on peut observer la torsion du pédicule, la gangrène, la suppuration, des dégénérescences ou l'augmentation rapide de la tumeur et sa rupture.

Il est à noter que, chez certaines femmes, le kyste de l'ovaire que l'on reconnaît seulement au moment de l'accouchement prend rapidement un volume considérable pendant les quelques mois qui suivent.

*Diagnostic.* — Nous avons déjà vu, à propos du diagnostic de la grossesse (p. 202), que les kystes de l'ovaire pouvaient prêter à confusion: on les différencie cependant en se basant sur la persistance des règles, qui sont plus ou moins régulières, sur la consistance de la tumeur, qui est fluctuante, et surtout d'après le toucher et le palper combinés, qui permettent de reconnaître, à côté de la tumeur formée par le kyste, l'utérus ayant un petit volume et plus ou moins dévié. Cette exploration a permis à Lepage d'établir assez rapidement le diagnostic de kyste de l'ovaire chez une femme qui, accouchée depuis six mois, allaitant son enfant, n'était pas réglée, et voyait cependant son ventre prendre un développement assez rapide. D'une manière générale le diagnostic de kyste de l'ovaire chez une femme enceinte est d'autant plus difficile que la grossesse est plus avancée; les deux tumeurs sont alors volumineuses, à l'étroit dans la cavité abdominale, et c'est à peine si l'on constate entre elles un sillon de séparation.

Le diagnostic est réellement difficile entre le kyste de l'ovaire et l'hydramnios: lorsqu'on examine la femme à une époque où l'abdomen est très distendu, et lorsque cette distension empêche de percevoir les signes de certitude de la grossesse, il peut devenir nécessaire de pratiquer une ponction qui a le double avantage d'éclairer le diagnostic et de servir de traitement palliatif. Tillaux, Pinard et Lepage, etc., en ont rapporté deux observations intéressantes (Voyez: Diagnostic de l'hydramnios).

La question du diagnostic de kyste coïncidant avec la grossesse se pose parfois d'une autre manière: une femme est enceinte, mais son abdomen présente un développement tel qu'il existe certainement une complication. Il faut en pareil cas reconnaître tout d'abord qu'il y a dans l'abdomen deux tumeurs distinctes, ce qui est généralement facile en raison des contractions intermittentes dont l'utérus est le siège. La consistance particulière de l'organe gestateur à ce moment suffit à le différencier de la tumeur du voisinage. Quant à déterminer la nature de celle-ci, nous ne pouvons entrer dans les détails qui permettent de la différencier des corps fibreux pédiculés, des tumeurs du foie, de la rate, etc.

Il va sans dire qu'avant de poser ce diagnostic on aura soin de vider au préalable la vessie afin de ne pas prendre pour une tumeur ce réservoir distendu par l'urine.

Le diagnostic des *kystes de l'ovaire inclus dans le petit bassin* présente de grandes difficultés. Lorsqu'ils sont immobiles, il est en effet fort difficile de les différencier des fibromes du segment inférieur de l'utérus, et même des tumeurs des parois de l'excavation. Le chloroforme vient souvent aider le diagnostic, mais il ne suffit pas toujours pour trancher cette question qui cependant a un grand intérêt au point de vue de l'intervention.

**Pronostic.** — Il est encore bien difficile de dire quel est le pronostic, pour la mère et pour le fœtus, des kystes de l'ovaire compliquant la grossesse et l'accouchement; le pronostic dépend, comme nous l'avons vu, du volume, du siège, de la nature de la tumeur, et de la conduite tenue par l'accoucheur. Nous rappelons à nouveau la grande distinction qu'il faut établir entre les tumeurs kystiques développées dans l'abdomen et celles qui ont leur siège dans l'excavation.

**Traitement.** — 1° PENDANT LA GROSSESSE. Il ne serait point sage de donner ici de règles fixes. La conduite varie suivant une foule de circonstances qui résultent non seulement des différents caractères de la tumeur kystique, mais encore de l'époque de la grossesse à laquelle on fait le diagnostic, et surtout des troubles plus ou moins accentués qui existent chez la femme.

D'une manière générale l'expectation est la règle, lorsque le kyste est de petit volume et semble ne devoir causer aucun accident. Cependant, lorsque dès le début de la grossesse on a fait le diagnostic, il est sage de pratiquer l'ablation du kyste; cette intervention donne les meilleurs résultats dans les quatre ou cinq premiers mois de la grossesse, ainsi que cela résulte des statistiques de Heiberg, de Terrillon, etc.

Lorsque, au cours de la grossesse, certaines complications telles que des phénomènes de péritonite, de torsion ou de rupture du kyste, etc., conduisent l'accoucheur à une intervention d'urgence, il faut avoir recours à l'ovariotomie. L'avortement et l'accouchement prématuré artificiel sont des opérations irrationnelles; dans les cas où la tumeur n'est susceptible ni d'être enlevée, ni d'être diminuée par ponction, il faut attendre que la femme soit à terme, et pratiquer l'opération césarienne, si la tumeur met un obstacle insurmontable à l'accouchement.

La *ponction*, abandonnée à l'heure actuelle par les gynécologues pour les kystes de l'ovaire existant en dehors de la grossesse, ne doit trouver que rarement ses indications chez la femme enceinte. Cependant elle a donné d'assez bons résultats, puisque, d'après la statistique de Rémy, sur 50 femmes ayant subi 95 ponctions, on note 5 femmes mortes, et 8 chez lesquelles le travail s'est déclaré dans les quelques jours qui ont suivi la ponction.

L'ovariotomie a d'abord été faite dans des cas où il y avait erreur de diagnostic et où la grossesse avait été méconnue. Bientôt les excellents résultats obtenus par Spencer Wells, Schröder, encouragèrent les chirurgiens à intervenir par l'opération radicale. Les statistiques n'indiquent pas, il est vrai, de résultats excellents, puisqu'elles donnent en moyenne 15 à 20 pour 100 de mortalité maternelle, mais cette mortalité élevée est surtout due à ce que, dans la pluralité des cas, l'opération n'a été faite que parce qu'un accident forçait la main du chirurgien. Si l'ovariotomie était appliquée

systématiquement à presque tous les cas de kystes de l'ovaire compliquant la grossesse, les résultats statistiques seraient meilleurs.

L'ovariotomie pendant la grossesse donnait en 1886 (thèse de Remy) une mortalité maternelle de 19,4 pour 100 et une mortalité fœtale de 50 pour 100. Depuis cette époque où l'on opère des cas moins graves avec une antiseptie meilleure, Schröder, Olshausen, etc., ont obtenu des résultats plus satisfaisants: ainsi sur 12 cas Schröder a sauvé 9 enfants, sans perdre une femme, Olshausen a pratiqué une série de 26 opérations sans une mort. Ces faits sont relevés par Dsirne<sup>1</sup>, qui a réuni 155 cas d'ovariotomie au cours de la grossesse avec une mortalité maternelle de 5,9 pour 100; dans 22 pour 100 des cas, l'ovariotomie a été suivie de l'avortement ou de l'accouchement prématuré. Delagenière (du Mans)<sup>2</sup> a obtenu deux succès dans 2 cas où il a enlevé un kyste de l'ovaire, l'un chez une femme enceinte de cinq mois, l'autre chez une femme enceinte de trois mois; la grossesse a évolué normalement jusqu'à terme.

L'ovariotomie double donne une proportion un peu plus forte d'avortements et d'accouchements prématurés que l'ovariotomie simple. Sur 6 faits rapportés par Dsirne d'ovariotomie double au cours de la grossesse, les 6 femmes guérirent, mais 5 seulement eurent ensuite une grossesse normale; chez deux autres il y eut avortement et chez une autre accouchement prématuré.

2° PENDANT L'ACCOUCHEMENT la conduite à tenir est beaucoup plus délicate: il va de soi que, si la tumeur kystique semble n'entraver que fort peu la marche du travail, on s'abstient de toute intervention.

Si la tumeur est intra-pelvienne ou tend à s'engager, il faut essayer de la réduire en ayant au besoin recours au chloroforme.

Dans certains cas la ponction suffit, en réduisant le volume de la tumeur, à permettre l'accouchement par les voies naturelles: c'est à elle qu'il faut tout d'abord avoir recours. Lorsqu'elle ne suffit pas, on peut tenter l'ablation du kyste, mais c'est alors une opération grave, d'autant qu'elle doit être le plus habituellement suivie de l'opération césarienne. Les procédés d'embryotomie permettant de réduire le volume du fœtus ne doivent être employés que dans les cas où l'enfant est mort, et encore à la condition que l'extraction du fœtus, même réduit, à travers les organes génitaux, n'amène pas de froissements, de contusions de la tumeur pouvant provoquer son inflammation.

#### TUMEURS AU VOISINAGE DE L'UTÉRUS

Les kystes de l'ovaire ne sont pas les seules tumeurs qui peuvent, au voisinage de l'utérus, créer un obstacle à la sortie du fœtus; il en est d'autres dont nous allons passer quelques-unes en revue.

1° *Kystes hydatiques.* — Ces kystes siègent plus ou moins profondément et peuvent occuper différentes places par rapport à l'utérus.

Les symptômes de compression auxquels ils donnent lieu varient suivant

<sup>1</sup> Archiv. f. Gynæk., XLII, 5, 1892.

<sup>2</sup> Archiv. provinciales de chirurgie, nov. 1894.