

dier, non pas tant par une structure différente que par la différence de forme et de siège et par la série de symptômes nouveaux auxquels elles donnent lieu. De même que les tumeurs fibreuses, les polypes sont sans doute beaucoup plus fréquents qu'on ne l'avait soupçonné.

[[Dans ce chapitre, nous aurons surtout en vue les polypes fibreux, et nous ne ferons que mentionner les *polypes glandulaires ou muqueux* que nous avons décrits à propos de la métrite muqueuse; nous n'étudierons pas non plus d'une façon spéciale les polypes qui se développent du côté du péritoine, car ils ne donnent pas lieu à des considérations anatomopathologiques ou thérapeutiques bien différentes de celles que nous avons signalées à propos des corps fibreux. Nous examinerons plus spécialement les polypes qui font saillie du côté de la cavité utérine.]]

Au lieu d'être logée dans l'épaisseur du tissu utérin, la tumeur dite polype est fixée sur un point de la surface intérieure de l'utérus, par un col ou pédicule, d'un diamètre moins considérable que le corps même du polype. Les polypes ont, en général, une forme ronde ou ovale, qui peut d'ailleurs être modifiée par la pression des parois utérines ou des organes environnants. Comme dimensions, les tumeurs varient beaucoup. Parfois, avec le volume d'un pois, ces polypes sont la cause d'accidents très-sérieux, d'autres fois ils sont énormes et n'entraînent aucun inconvénient. Il y a quelques années, on enleva, à l'hôpital de Meath, un de ces polypes qui mesurait en longueur plus de 14 pouces, et en diamètre 4 à 5 pouces dans sa partie la plus large. Siebold a vu une de ces tumeurs qui avait le volume d'une tête d'enfant (1). Plusieurs exemples semblables sont rapportés par les auteurs (2). La coloration de ces tumeurs dépend en partie de leur vascularité et en partie de leur situation. Quelques-unes sont tout à fait blanches, d'autres rougeâtres, d'autres d'un brun foncé, on voit à la surface des veines bleues. Tantôt elles sont fixées sur le fond de l'utérus, tantôt sur les côtés du col; d'autres enfin viennent du bord de l'orifice utérin. « Cette distinction, dit Robert Gooch, ne doit pas être perdue de vue, elle est importante au point de vue pratique (3). Pour reconnaître la nature de la tumeur et l'opportunité d'une opération, il est très-important de connaître le mode d'attache des polypes. Ce que l'on peut faire pour un polype qui vient du fond de l'utérus n'est plus applicable à celui qui vient du col ou de l'orifice du col. Dans les polypes du fond de l'utérus, le pédicule est complètement entouré par l'orifice, et si l'on introduit le doigt par cet orifice, on sent nettement cette disposition. Dans les polypes du col, au contraire, le doigt introduit dans l'orifice ne peut

(1) Adm. Elias von Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*. Frankfurt, 1821, vol. I, p. 687.

(2) G. M. Richter, *Synopsis praxeos medico-obstetricæ*. Mosquæ, 1810, in-4, p. 114, tab. 6. — A. G. Richter, *Medico-chir. Biblioth.*, t. IX, p. 125.

(3) Gooch, *An Account of some of the most important diseases peculiar to women*. London, 1829, p. 251.

passer tout autour de ce pédicule, il est arrêté quand il arrive sur le point d'attache du polype au col, le pédicule n'est donc qu'à moitié entouré par le col.

« Dans les polypes de l'orifice utérin, le pédicule part de l'une des lèvres; le doigt éprouve la sensation que donnerait une des lèvres se prolongeant pour former d'abord le pédicule et s'élargissant ensuite pour former le corps du polype. Quand un polype se développe à l'intérieur de la cavité utérine, il dilate cette cavité, puis le col et l'orifice, absolument comme dans la grossesse. A la place d'un orifice allongé se trouvant au milieu de deux lèvres saillantes en forme de mamelon et d'un tissu résistant, on trouve un espace rond avec des bords minces, comme dans la grossesse avancée. Dans les polypes du col et ceux de l'orifice, la partie saillante de l'utérus conserve beaucoup plus de sa forme et de sa consistance normale. »

Ce n'est pas cependant à toutes les périodes de leur développement que les polypes sont aussi distincts les uns des autres. Au début, ils sont renfermés dans la cavité utérine et le doigt ne peut les atteindre. Ainsi que Ramsbotham l'a rencontré dans un cas, le polype apparaît un jour à l'orifice et disparaît ensuite pour quelques jours (1). [[C'est cette variété de polypes que M. Larcher a décrite sous le nom de *polypes à apparitions intermittentes* (2).]]

L'oblitération graduelle du col utérin, dont on peut se rendre compte par des examens répétés, sera le point de repère pour le diagnostic. Très-souvent l'utérus, par ses seules contractions, arrive à détacher le polype, que l'on trouve alors dans le vagin sous forme d'une tumeur arrondie. Le polype du col n'a pas toujours un pédicule aussi bien formé que celui du corps. Dans un cas que nous avons déjà mentionné, toute la lèvre postérieure était prise et il était impossible d'établir une ligne de séparation entre l'utérus et la tige du polype; dans certains cas, on voit plusieurs racines pour une même tumeur (3).

§ I. — Anatomie pathologique.

[[Au point de vue histologique, la plupart des auteurs admettent trois espèces de polypes : 1° les polypes muqueux; 2° les polypes vasculaires; 3° les polypes fibreux.

Les *polypes muqueux*, ou *glandulaires*, formés par l'hypertrophie des glandes de la muqueuse utérine et résultant de l'inflammation de ces glandes, ne doivent pas être décrits ici, leur étude se rattache à celle de la métrite muqueuse que nous avons faite précédemment.

Quant aux *polypes vasculaires*, qui sont très-rares, on doit les considérer

(1) Ramsbotham, *Med. Times and Gazette*, 27 novembre 1852, p. 537.

(2) Larcher, *Mémoire sur les polypes à apparitions intermittentes*. 1867.

(3) Th. Denman's *Midwifery*, p. 50.

comme une variété des polypes muqueux, dont ils ne diffèrent d'ailleurs que par l'hypervascularisation de leur tissu.

Il nous reste donc à examiner les *polypes fibreux*, les seuls dont l'étude doit être rapprochée de celle des corps fibreux.]]

Les polypes fibreux rappellent, comme structure, la tumeur fibreuse que nous avons décrite (page 389). Leur densité est en général assez considérable, ils sont durs et élastiques. Dans quelques cas on a trouvé ces polypes creux à leur centre et à l'intérieur de leur cavité du sang caillé, une matière gélatineuse et mélangée de poils, ou de la graisse et des poils. La tumeur est toujours recouverte par la membrane muqueuse de l'utérus.

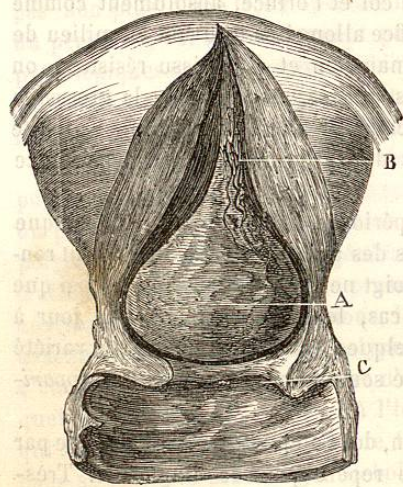


Fig. 65. — Exemple de polype à pédicule très-mince inséré sur le fond de l'utérus (*).

Quant à son mode de connexion avec cet organe, tantôt ce sont des ligaments formés de tissu cellulaire, plus souvent la tumeur se trouve partir des fibres musculaires.]]

[[Le volume du pédicule et sa longueur sont très-variables : tantôt le pédicule est grêle (fig. 95), tantôt volumineux (fig. 97).

Le volume de la tumeur varie aussi considérablement. Le polype

peut se développer dans l'utérus, qui est alors distendu et qui présente une augmentation de volume en rapport avec les dimensions de la tumeur. (fig. 96).]]

Quand la tumeur augmente de volume, elle distend la couche de tissu utérin qui la recouvre jusqu'à la réduire à une lame très-mince. A la fin cette couche se déchire et la tumeur n'est plus alors recouverte que dans une très-petite partie de son étendue, tout près de la racine. Il est rare que le pédicule ne soit pas entouré par une couche additionnelle qui revêt la membrane muqueuse utérine ; quelquefois même toute la tumeur est ainsi recouverte par plusieurs épaisseurs de tissu. A ce sujet, Breschet (1) dit qu'il a souvent rencontré des polypes qui étaient enveloppés d'une membrane mince, souple et brillante. Dans certains cas, cette membrane est tout à fait distincte du polype, elle est

(1) Breschet, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, art. POLYPE, t. XXV, p. 549.

(*) La chute de ce polype s'est opérée spontanément, et la femme est morte quelques jours après d'une maladie de poitrine. — A. Polype. — B. Pédicule du polype. — C. Bord de l'orifice inférieur de l'utérus. (BOUVIN et DUCÈS, *Atlas*, pl. XVIII, fig. 3.)

charnue et elle devient de plus en plus mince à mesure que l'on se rapproche du pédicule ; c'est ce qui arrive dans les tumeurs volumineuses (fig. 97). Au contraire, dans les tumeurs de petit diamètre, cette membrane devient de plus en plus épaisse vers le pédicule ; mais, dans tous les cas, il y a une continuité évidente entre la portion charnue de l'organe où le polype prend son point de départ et la membrane qui l'enveloppe.

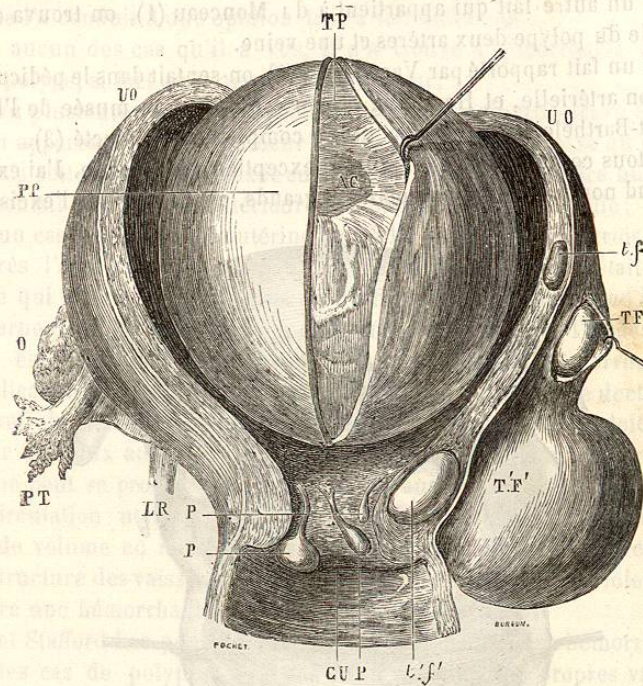


Fig. 96. — Tumeurs fibreuses multiples et polypes glandulaires du col de l'utérus (*).

Dans certains cas, cette membrane est tellement souple qu'on a pu être tenté de la prendre pour une exsudation albumineuse sécrétée par la surface interne de la tumeur enflammée (1). Ce fait de pathologie a été parfaitement établi par les recherches de Lee, Barnes et d'autres auteurs, et il donne l'explication de quelques phénomènes qui se produisent de temps en temps à la suite des ligatures, peut-être aussi est-ce à cette disposition anatomo-pathologique que l'on doit rapporter le fait établi par Charles Johnson, que, contrairement à l'opinion commune, les polypes ne sont pas

(1) Hemming, *Trans.*, p. 196.

(*) PP. Tumeur fibreuse du corps de l'utérus. — UO. Parois utérines. — T, F, T, F'. Tumeurs fibreuses multiples développées dans les parois utérines. — O. Ovaire. — PT. Pavillon de la trompe. — LR. Ligament rond. — CU. Col utérin. — P, P, P. Polypes glandulaires du col. (CROUVILLIER, *Anatomie pathologique du corps humain*. XIII^e livraison, pl. VI, fig. 1.)

toujours insensibles. Parfois les polypes peuvent aussi n'avoir pour point de départ que la membrane muqueuse.

Quant à ce qui est de la circulation dans ces tumeurs, elle ne peut pas être très-active, puisque, ainsi que nous l'avons vu, elles ne sont traversées que par quelques rares vaisseaux.

Dans le fait de Saviard, il y avait deux petites artères et deux veines.

Dans un autre fait qui appartient à d. Monceau (1), on trouva dans le pédicule du polype deux artères et une veine.

Dans un fait rapporté par Vacoussain (2), on sentait dans le pédicule une pulsation artérielle, et Hemming rapporte qu'il y a au musée de l'hôpital de Saint-Barthélemy un polype utérin complètement injecté (3).

Mais tous ces faits font bien plutôt l'exception que la règle. J'ai examiné un grand nombre de polypes petits et grands, avant et après l'excision, et

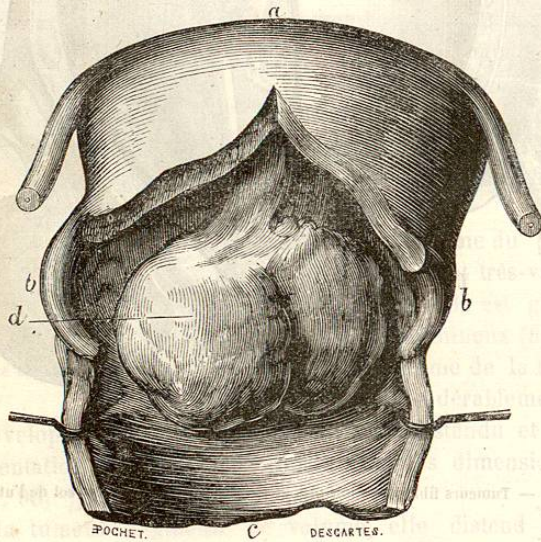


Fig. 97. — Polype fixé au fond de l'utérus par un pédicule volumineux. La tumeur a passé dans le vagin (*).

j'ai rarement découvert des pulsations dans le pédicule ou à l'orifice des gros vaisseaux. Il est donc extrêmement difficile d'expliquer pathologiquement ces hémorrhagies alarmantes qui accompagnent les polypes

(1) Du Monceau, *Histoire d'un polype utérin* (*Journal de médecine*, par A. Rioux, juillet 1768, t. XXIX, p. 535).

(2) Vacoussain, in Levret, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. III, p. 533.

(3) Hemming, *Cases of Polypus uteri*, with remarks by D^r Ashwell (*London med. and surg. Journal*, 24 juin 1837).

(*) a, fond de l'utérus; la paroi antérieure de l'organe est ouverte pour faire voir la tumeur et l'implantation du pédicule; bb, section en deux parties du museau de tanche; c, le vagin; d, le polype. (CLARKE.)

utérins. Il est impossible d'en faire remonter la source jusqu'aux vaisseaux du polype, puisqu'on peut rarement en constater l'existence. D'ailleurs, que les tumeurs soient volumineuses ou qu'elles soient petites, les hémorrhagies sont toujours aussi graves. Le docteur Gooch est d'avis que la source de l'hémorrhagie est la surface même de la tumeur et non point la membrane muqueuse de l'utérus. Le docteur Hamilton dit à ce sujet que l'expérience l'a conduit à une opinion tout à fait différente :

1° Dans aucun des cas qu'il a vus, il n'a trouvé d'hémorrhagie à la surface du polype, si fort qu'il ait pressé la tumeur;

2° On a vu plusieurs cas dans lesquels une hémorrhagie très-grave était produite en apparence par une tumeur qui n'était pas plus grosse qu'une noisette, mais cette tumeur était fixée sur le bord interne de l'orifice utérin et elle présentait une surface extérieure complètement unie et polie;

3° Dans un cas d'hémorrhagie utérine mortelle, qui se produisit trois semaines après l'accouchement, la seule cause de l'hémorrhagie était un petit polype qui n'était pas plus gros qu'un haricot et qui était situé à la surface interne de la matrice, environ à 3 pouces au-dessus de l'orifice.

L'auteur est donc disposé à expliquer la cessation de l'hémorrhagie après l'application de la ligature, tout autrement que ne le fait le docteur Gooch. Quand la tumeur est dans la période d'accroissement, il doit en effet y avoir un afflux anormal de sang vers les vaisseaux qui la nourrissent. Cela ne peut se produire sans qu'il n'y ait aussi une suractivité dans toute la circulation utérine; il en est en effet ainsi, car la matrice augmente de volume en même temps que la tumeur. En pareille circonstance, la structure des vaisseaux utérins est telle que la moindre violence doit produire une hémorrhagie (1).

Oldham et Stafford Lee pensent que la principale source des hémorrhagies, dans les cas de polypes, n'est pas du tout dans leurs propres vaisseaux, mais dans la membrane vasculaire qui les recouvre, et que les vaisseaux hypertrophiés de la membrane muqueuse elle-même, principalement les veines, y contribuent encore. Dans certains cas, au contraire, l'hémorrhagie proviendrait des vaisseaux mêmes qui nourrissent les tumeurs. Quand ces tumeurs sont recouvertes par une couche de tissu musculaire, elles trouvent dans ce tissu une nouvelle source d'hémorrhagie.

[[On doit admettre, aujourd'hui, que la source de l'hémorrhagie n'a point lieu par la surface de la tumeur, qui est très-peu vasculaire, mais par celle de la muqueuse utérine, qui est fortement congestionnée et presque toujours enflammée.]]

La coloration de ces tumeurs varie beaucoup : tantôt elles sont presque blanches; tantôt elles sont couleur clair, traversées par des veines; quelquefois enfin elles sont tout à fait brunes. Gooch (2) dit que le premier

(1) James Hamilton, *Practical Observations*, p. 43, 44.

(2) Gooch, *Diseases of women*, p. 257.

exemple de polype qu'il ait vu sur le vivant est un polype qui fut opéré, en 1828, par Brodie, à l'hôpital Saint-Georges. On essaya d'abord d'attirer le polype en dehors du vagin avant de commencer l'opération; mais toutes les tentatives échouèrent et l'on finit par appliquer la ligature dans le vagin même. L'orifice du vagin était tellement dilaté que la tumeur pouvait s'apercevoir à la simple inspection: elle était pâle, couleur de chair et sillonnée par de larges veines bleues qui lui donnaient l'aspect de ces morceaux de savon que l'on voit dans les vitrines des parfumeurs.

Une autre preuve du peu de vascularité des polypes nous est donnée par la rareté des changements morbides qu'ils éprouvent. Il est très-rare que ces tumeurs s'enflamment ou s'ulcèrent, et jamais elles ne dégèrent en une affection maligne.

§ II. — Causes.

Nous avons dit que les polypes se rencontrent surtout chez les personnes qui vivent dans des lieux humides et bas, chez celles d'un tempérament lymphatique et chez celles qui ont des occupations sédentaires. Comme on les a quelquefois rencontrés à la suite de fausses couches, on a admis, par conjecture, qu'un caillot fibrineux peut être resté à l'intérieur de l'utérus et s'être ensuite organisé; mais l'existence des pédicules renverse cette théorie. Quelques auteurs ont supposé que les polypes n'étaient que des glandes lymphatiques hypertrophiées, ce que l'on n'a pas pu prouver davantage.

Ces tumeurs ne sont pas communes avant quarante ans, et elles sont aussi fréquentes chez les femmes vierges que chez les femmes mariées. Malgaigne (1) a publié une table de cinquante et une femmes atteintes de polypes, avec leur âge. Ces faits sont tirés des travaux de Levret (2), d'Herbiniaux (3), de Ph. Roux (4), de Louis Leblanc (5) et des principales thèses de la Faculté.

4	femmes avaient	de 26 à 30 ans.
20	—	de 30 à 40
16	—	de 40 à 50
4	—	de 50 à 60
3	—	de 60 à 70
4	—	de 70 à 80

(1) Malgaigne, *Polyypes de l'utérus*, thèse de concours. Paris, 1832.

(2) Levret, *Mém. de l'Acad. de chirurgie*, 1757, t. III, et *Mém. sur la cure radicale des polyypes de la matrice*. Paris, 1759.

(3) Herbiniaux, *Parallèle des différents instruments, avec la manière de s'en servir pour pratiquer la ligature des polyypes de la matrice*. La Haye, 1771. — *Traité sur divers accouchements laborieux et sur les polyypes de la matrice*. Bruxelles, 1782, t. II.

(4) Ph. J. Roux, *Mémoire sur les polyypes utérins* (*Journal de médecine*, 1801), et *Mélanges de chirurgie*. Paris, 1809. — Desault, *Œuvres chirurgicales*. Paris, 1803, t. III, p. 370.

(5) L. Leblanc, *Précis d'opérations de chirurgie*. Paris, 1775, p. 432.

Nous devons donc nous ranger à l'avis de sir Clarke (1), c'est-à-dire que la cause première est jusqu'ici inconnue; tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il existe en pareil cas, sans doute, quelque lésion de nutrition. Il n'y a point de trace évidente d'inflammation, mais, à certaines périodes et dans certaines conditions déterminées, l'utérus est exposé à ces développements morbides.

§ III. — Symptômes.

Au début de la maladie, les symptômes locaux et généraux sont très-peu marqués et très-vagues; mais quand la maladie est plus avancée, ils prennent un caractère plus tranché et beaucoup plus grave. On peut les diviser, à proprement parler, en symptômes pathologiques et en symptômes purement mécaniques. Les premiers manquent rarement, à moins que le polype ne soit très-petit; les seconds ne se produisent jamais qu'au moment où le polype a dépassé certaines dimensions.

Parmi les symptômes pathologiques, les plus importants de beaucoup sont la perte considérable de sang. Les hémorrhagies se renouvellent fréquemment, mais à des époques irrégulières et en quantité variable. La quantité de sang perdu est, dans beaucoup de cas, suffisante pour que la malade prenne sur tout le corps une teinte très-pâle; les lèvres même blanchissent, tous les signes de l'anémie se produisent; l'appétit devient inégal, il y a de la diarrhée, de l'œdème des extrémités, et enfin la malade en est réduite à un état cachectique très-grave. On peut d'abord croire qu'il ne s'agit que d'une perte ordinaire, et l'on ne s'en préoccupe que quand la constitution est déjà gravement altérée. Plus la perte est abondante et plus la maladie devient dangereuse. Le sang est d'abord rendu à l'état fluide, sans aucune odeur, puis il sort par caillots; quelques-uns même de ces caillots ont tout à fait la forme du polype contre lequel ils ont été appliqués, et quand ils restent longtemps dans le vagin, ils prennent une odeur putride qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic (2).

Dans beaucoup de cas où le polype n'est pas plus gros qu'une noisette, l'hémorrhagie peut cependant être abondante, il semble même qu'elle le soit plus avec de petits polypes qu'avec des tumeurs très-volumineuses. Dans un cas où M. Porter de Meath Hospital fut obligé de faire une opération, pendant fort longtemps il n'y avait pas eu la moindre perte de sang. Une fois le polype enlevé, l'hémorrhagie cesse entièrement et immédiatement. Comme l'on doit s'y attendre, la menstruation devient très-irrégulière aussi bien comme époque que comme abondance de sécrétion. Pendant les intervalles, il y a en général un écoulement leucorrhéique

(1) Ch. M. Clarke, *Observation on those diseases of females which are attended by discharges*, 3^e édition. London, 1831.

(2) Hamilton's *Observations*, p. 14.