

FISTULES MÉTRO-PÉRITONÉALES

Il y a déjà bien des années que *Simpson* attira l'attention sur le fait que dans l'emploi de la sonde utérine, même entre les mains de personnes habituées aux prudentes manipulations, exigées par la pratique gynécologique, il peut arriver que la sonde passe au travers de l'utérus dans la cavité péritonéale sans occasionner le moindre inconvénient pour la malade.

Cette affirmation de *Simpson* avait été accueillie avec beaucoup de scepticisme et ce fut seulement lorsque j'eus l'occasion de présenter les preuves cliniques de cette assertion, qu'elle fut généralement acceptée. Un chirurgien allemand distingué nia longtemps la possibilité de cet accident, mais depuis lors il l'admit sans réserve.

Il est certain, que l'on se trouve très surpris, et en même temps un peu effrayé, lorsque l'on s'aperçoit que la sonde pénètre de 5, 6 ou même 7 pouces, où on s'attendait à trouver une profondeur maxima de 2 ou 3 pouces. J'avais souvent entendu *Simpson* parler de ce curieux accident, mais je le rencontrai pour la première fois dans une occasion bien bizarre.

Un professeur d'accouchements très distingué du continent faisait une visite à *Simpson* et nous lui présentions quelques cas de sa très nombreuse clientèle privée. Il employait la sonde utérine pour réduire un utérus en rétroflexion, lorsque tout-à-coup il la sentit s'enfoncer dans la profondeur, et en la poussant doucement elle pénétra jusqu'au manche. Il était assez alarmé à l'idée que son instrument avait dû pénétrer dans la cavité d'un utérus gravide; mais lorsque *Simpson* lui assura que la chose était impossible, mais qu'il avait pénétré avec son instrument dans la cavité péritonéale, son inquiétude devint positivement affligeante et nous ne pûmes le rassurer et le convaincre qu'il ne résulterait aucun

danger de cet incident, qu'en lui présentant la malade parfaitement bien deux ou trois jours plus tard.

Mathews Duncan a voulu expliquer ces cas par la supposition que la sonde pénétrait dans la trompe de *Fallope*, mais cette éventualité serait encore beaucoup plus curieuse que la simple pénétration à travers le fond de l'utérus.

Lorsque, il y a une vingtaine d'années, j'entendis pour la première fois parler de l'idée de *Duncan* sur la perméabilité des trompes, je la regardai de suite comme peu probable et je la soupçonnai d'être due au fait bien connu, que lorsque *Simpson* disait « blanc », *Mathews Duncan* généralement répondait « noir ». Il n'était pas douteux que la sonde pénétrait par une ouverture quelconque dans le péritoine. *Simpson* pensait qu'elle devait perforer le fond de l'organe, *Duncan* trouvait naturellement une autre explication. Non seulement, la sonde devait rencontrer une grande difficulté à trouver et à pénétrer dans l'orifice interne de la trompe, mais il était encore bien moins probable que le canal tubaire vint se placer dans l'axe utérin, et qu'il fût si mobile, qu'il permit à la sonde de prendre toutes les directions dans l'intérieur de la cavité abdominale. Nous ne pouvons donc accepter l'interprétation de *Duncan*, pas même pour des cas isolés; tandis que dans bien des cas, survenus dans ma propre pratique, j'ai pu vérifier l'exactitude de l'explication donnée par *Simpson*.

J'ai publié quelques-uns de ces cas dans la *Lancet*, entre 1871 à 1875, où on pourra y retrouver les observations détaillées; le plus intéressant et le plus concluant est celui que j'ai publié dans ce même journal en mai 1872.

La malade était entrée à l'hôpital six semaines après son accouchement pour une subinvolution utérine, la cavité mesurait 18 centimètres. Après un mois de traitement elle avait diminué de moitié, mais à ce moment on découvrit par hasard, qu'en un certain point, situé sur le fond de l'utérus, la sonde pouvait être passée facilement dans la cavité abdominale. Cette

femme était si maigre, que nous pûmes déterminer très exactement que cet endroit était situé environ au milieu entre les deux cornes et un peu en avant sur la face antérieure. Comme la malade resta dans mon service pendant plusieurs mois, l'exactitude de cette observation pût être contrôlée plusieurs fois soit par mes collègues, soit par un certain nombre d'amis.

Je dois avoir passé la sonde à travers cette fistule au moins une vingtaine de fois, sans jamais déterminer la moindre douleur ni le moindre accident.

Je ne puis expliquer cette perforation que par l'existence d'une fistule résultant d'une rupture peu étendue, survenue pendant l'accouchement. A la fin de mon article je me posais la question de savoir si cette femme pouvait devenir enceinte, et j'y répondais par l'affirmative. Elle eut en effet deux enfants à terme depuis lors, mais la perforation existe encore, exactement comme elle se présentait déjà en mai 1872.

L'existence de ces fistules métrô-péritonéales, ou la perforation par la sonde d'une paroi utérine amincie, peuvent avoir parfois une grande importance pour le diagnostic.

Dans la *Lancet* de juin 1875, j'ai publié un cas de tumeur ovarienne, où cette perforation avait été faite par un de mes collègues juste au moment où j'allais commencer l'opération pour extirper cette tumeur. Si je n'avais pas été sûr de mon diagnostic, cet incident m'aurait peut être détourné de l'opération; le succès complet justifia ma manière d'agir. Je trouvai, à côté de la tumeur ovarienne, un petit myome, siégeant sur le fond de l'utérus et c'est derrière cette petite tumeur que la sonde avait passé dans le péritoine; je ne m'arrêtai pas à rechercher longuement l'orifice, mais je pus me rendre compte que la sonde n'avait pas pu pénétrer dans la trompe de Fallope.

La malade guérit très bien et on peut encore à présent passer la sonde dans sa cavité péritonéale.

TUMEURS DE L'UTÉRUS

La meilleure classification que l'on puisse adopter pour ces tumeurs, est celle qui est basée sur leurs rapports anatomiques avec la paroi utérine, d'après lesquels on peut les ranger en trois catégories bien distinctes, les *polypes*, les tumeurs *interstitielles* et les tumeurs *sous-péritonéales*.

Nous comprenons sous le nom de *polype* toute tumeur, munie d'un pédicule distinct, se présentant dans ou à travers le canal utérin. Sous le nom de *tumeurs interstitielles* nous entendons celles qui ne sont pas pédiculées, qui sont entourées d'une couche de tissu utérin, qui sont continues avec ce tissu ou peuvent même le remplacer. La tumeur *sous-péritonéale* peut être ou ne pas être munie d'un pédicule, elle se développe sur la surface péritonéale de l'utérus, et est plus ou moins en relation avec cette surface, elle n'est pas recouverte par le tissu utérin, mais bien par le péritoine, qui a été soulevé et entraîné par la croissance de la tumeur.

I. — POLYPES UTÉRINS.

On a décrit un grand nombre d'espèces de polypes utérins, car presque chaque auteur en a trouvé une nouvelle; leur nomenclature seule remplirait facilement une demi page de ce volume. Mais en parcourant la littérature se rapportant à cette question, on s'aperçoit bientôt que la grande majorité de ces différents noms se rapportent à une seule et même tumeur, et qu'en résumé on peut ranger tous ces polypes dans 4 ou 5 variétés différentes.

Ainsi nous pouvons de suite éliminer la variété connue sous le nom de *polype fibrineux*, car il ne constitue jamais une