

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