

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

tumeur indépendante. Il consiste toujours en un dépôt de fibrine, souvent sans coloration propre, mais généralement plus ou moins coloré par l'hématine, provenant de quelque surface saignante. Cette dernière peut être le lieu d'insertion d'un placenta, ou d'un fragment de placenta, ou encore une tumeur myxomatense ou cancéreuse. C'est pour cette raison que je renonce à faire rentrer cette tumeur dans la table nosologique des polypes, car elle doit être toujours envisagée comme l'indication de quelque autre état pathologique.

Polypes muqueux. — Les polypes qu'on a décrits sous les différents noms de cellulaires, glandulaires, muqueux, cervicaux, etc. présentent toujours des caractères qui permettent d'attribuer leur origine à l'hypertrophie d'une portion limitée de la surface du col. Ils sont toujours de petit volume, de coloration rouge; ils saignent facilement, sont mous et friables et sont rattachés par un mince pédicule à la cavité cervicale.

Examinée au microscope sur une coupe fraîche, leur structure apparaît nettement de nature villose. Leurs cannelures sont constituées par les espaces intervillosités ou les cryptes de la muqueuse et leurs cellules de nature épithéliale banale. La base fibreuse de leur membrane s'hypertrophie quelquefois, mais jamais au point d'en faire des fibromes. Je me suis étendu à leur sujet en parlant du col utérin, et n'y revierdrai pas ici.

Polypes myomateux. — La variété de beaucoup la plus fréquente des polypes utérins est produite par l'énucléation spontanée d'un myome ordinaire de petit volume. Les conditions nécessaires à cette énucléation sont les suivantes: la tumeur ne doit pas être trop volumineuse et elle doit être située immédiatement au-dessous ou au moins à proximité immédiate de la surface muqueuse.

Une autre condition importante, mais non essentielle, est qu'il ne doit exister qu'une seule tumeur. Les cas dans les-

quels nous pouvons diagnostiquer et extirper un polype utérin, quand il existe simultanément d'autres myomes interstitiels, sont si rares, que je n'ai jamais eu l'occasion d'en rencontrer un seul. D'autre part j'ai enlevé un grand nombre de polypes myomateux d'utérus où il n'existait pas d'autres tumeurs.

Il est certain que quelques-unes de ces tumeurs sont *sous-muqueuses* dès leur origine. Mais je crois que dans presque tous les cas ces polypes ont commencé par être *interstitiels*, c'est-à-dire qu'il existait une couche distincte de tissu utérin entre eux et la muqueuse, et je suppose que la longueur du pédicule est toujours en proportion de l'épaisseur de cette couche.

Tous les myomes utérins, sans aucune exception, sont toujours très nettement séparés des tissus environnants sauf sur un ou deux points, et la ligne de partage est indiquée par une couche de tissu conjonctif plus ou moins lâche. Cette encapsulation explique le déplacement fréquent de ces tumeurs.

En effet, un myome interstitiel simple de petit volume, siégeant de manière que l'épaisseur du tissu utérin, qui l'environne, soit plus forte du côté extérieur que du côté de la cavité utérine, et l'organe s'hypertrophiant au fur et à mesure de la croissance de la tumeur, les douleurs expulsives, qui surviennent constamment mais qui sont surtout actives pendant la période menstruelle, contribueront à chasser la tumeur du côté où la paroi est la plus mince, c'est-à-dire vers la cavité utérine. A mesure qu'elle avance, elle se dégage de son revêtement musculaire; elle peut même perdre son revêtement muqueux, tous deux ne persisteront plus que dans la partie la moins saillante de la tumeur et contribueront à former le pédicule.

S'il existe simultanément deux ou même plusieurs tumeurs, il est facile de comprendre comment les efforts utérins pour

expulser l'une d'entre elles seront selon toute probabilité entravés en ce que ces mêmes efforts s'exercent aussi sur les autres, de sorte que seule la tumeur placée dans des circonstances plus favorables que les autres sera expulsée. Cette énucléation se fera plus facilement du côté du péritoine que vers la cavité utérine; aussi, lorsqu'il existe dans le même utérus plusieurs myomes, on les rencontre surtout du côté du péritoine, car c'est dans cette direction qu'ils rencontrent le moins de résistance; leur énucléation de ce côté dépendra beaucoup moins de la position qu'ils occupaient à l'origine, que du fait que plusieurs myomes se sont produits et hypertrophiés en même temps.

Lorsqu'une de ces tumeurs myomateuses a passé à l'état de *polype*, c'est-à-dire qu'elle a atteint la cavité utérine, le col à son tour est intéressé; il survient au moment de chaque époque menstruelle des douleurs expulsives, analogues, quoique moins fortes, à celles qui se produisent lors d'un accouchement. Néanmoins elles peuvent parfois devenir d'une grande violence, et comme elles sont accompagnées d'hémorragies abondantes, qu'elles peuvent se répéter pendant des mois, il n'est pas étonnant que certaines malades succombent et que la majorité de celles qui peuvent mener à bien cette expulsion sont réduites à la dernière extrémité par l'épuisement et l'anémie. En dehors de ces métrorrhagies profuses au moment des règles, on remarque un écoulement séreux continu, plus ou moins teinté de sang, qui constitue aussi une cause grave d'épuisement. Lorsque de tels symptômes se présentent, nous devons de suite réclamer l'examen local.

Lorsque la tumeur a déjà traversé le col et qu'elle se trouve dans le vagin, le traitement en est des plus simples, et la seule précaution à prendre est de s'assurer que la tumeur en question est bien un *polype* et non pas un *utérus inversé*. On passera alors le fil ou la chaîne d'un écraseur par dessus la tumeur, autour du pédicule, et on l'enlèvera, ce procédé d'ex-

traction n'est jamais accompagné ni suivi d'hémorrhagie.

On doit toujours se souvenir qu'après l'extraction d'un polype, l'utérus doit accomplir sa régression aussi bien qu'après une fausse couche et qu'il est absolument indiqué de soumettre la malade au traitement par l'ergotine et par les sels de potasse pendant plusieurs semaines après l'opération, surtout dans le but de prévenir des pertes trop abondantes au moment des règles suivantes.

Si le col utérin n'est pas encore dilaté, les difficultés du diagnostic et du traitement sont très augmentées. On m'envoya dernièrement une malade, dont les antécédents et l'interrogatoire faisaient supposer la rétention d'un fragment placentaire à la suite d'une fausse couche qu'elle avait fait huit mois auparavant. Je pratiquai la dilatation du col et je constatai la présence d'une tumeur en voie d'énucléation, qui, abandonnée à elle-même, aurait probablement par hémorragies répétées enlevé la malade dans l'espace de quelques mois.

Lorsque l'énucléation dans la cavité utérine est complète et qu'il existe un pédicule bien marqué, l'enlèvement au moyen de l'écraseur est facile et il peut s'accomplir généralement sans danger. D'autres fois néanmoins le volume de la tumeur peut rendre son extirpation de la cavité utérine et même du vagin assez difficile. Il nécessitera parfois l'emploi d'un petit forceps.

Une méthode plus élégante, plus sûre et plus expéditive de pratiquer cette extraction est de fixer la tumeur à l'aide d'un crochet ou d'une pince et de la découper en tranches au moyen d'un bistouri mousse et recourbé. J'ai eu souvent l'occasion de faire cette extraction dans ma pratique et je la trouve beaucoup plus facile qu'on ne pourrait le supposer d'après la description de l'opération.

Que devons-nous faire, lorsque l'énucléation dans la cavité utérine n'est pas terminée? La réponse à cette question dépendra des indications de chaque cas particulier. Il n'est pas

douteux que l'incision de la capsule d'un myome utérin est accompagnée de graves dangers, surtout lorsque l'extraction de la tumeur ne peut être faite dans la même séance et qu'elle doit être abandonnée à sa propre énucléation. *Marion Sims* était un partisan convaincu de l'incision et de l'extraction immédiate, et cette pratique m'a donné en effet de forts beaux résultats.

Au contraire, sur huit cas dans lesquels j'ai été obligé d'abandonner la tumeur et d'attendre que son énucléation soit complétée par les efforts expulsifs de l'utérus, quatre malades succombèrent. Aussi l'indication d'une telle opération doit-elle toujours dépendre de l'état de la malade. Si elle n'est pas capable de supporter de nouvelles hémorrhagies, si le volume de la tumeur rend son passage possible à travers le canal utérin, il faut ouvrir la capsule et tenter l'énucléation et l'extirpation immédiates. Si cette dernière ne peut être terminée, la malade devra être abandonnée aux risques de l'énucléation lente et naturelle de la tumeur; même dans ce dernier cas on peut encore espérer obtenir un résultat satisfaisant. Mais lorsque j'envisage les avantages et les dangers de l'énucléation, surtout en les comparant avec les résultats obtenus par l'enlèvement des annexes de l'utérus, j'arrive à la conclusion que l'énucléation est une opération sans avenir et c'est l'opinion de tous les chirurgiens modernes, à l'exception du *D^r Moore Madden*, de Dublin. Différents cas, dans lesquels l'opération par la voie vaginale a été accompagnée et suivie de terribles dangers, les malades ayant été à deux doigts de la mort et ayant été obligées plus tard de se soumettre à une nouvelle opération pour l'enlèvement des annexes à cause de l'apparition de nouvelles tumeurs, m'ont fait renoncer complètement à cette opération par énucléation. Comme contrastes frappants je désire citer ici deux observations cliniques; l'une de ces 2 malades est morte sans opération et la seconde est arrivée à sa complète guérison.

I. — Au mois de février 1878, T. F. âgée de 34 ans, me fut envoyée par le *Dr Webb*, de Ironbridge, Shropshire, pour des métrorrhagies abondantes, qui ne cessaient jamais plus d'une quinzaine de jours. Elles augmentaient à l'occasion du plus léger exercice, et elles avaient duré continuellement depuis cinq ans, jusqu'à rendre la malade complètement exsangue.

Je constatai que l'utérus était aussi volumineux qu'une orange de Jaffa, et qu'il avait toute l'apparence de contenir un myome. Je prescrivis pendant quelques semaines de fortes doses de sels de potasse et d'ergot, mais je n'obtins aucun résultat de cette médication; de sorte qu'au mois d'avril je la fis entrer dans ma clinique privée, je dilatai l'utérus et j'enlevai par énucléation, après beaucoup de difficultés, une tumeur volumineuse.

Je revis ma malade au mois de juillet de la même année et je trouvai que les intervalles entre les règles étaient d'environ trois semaines, et que ses époques menstruelles duraient moins d'une semaine. Sa santé s'améliora jusqu'en mai 1880, et à ce moment elle était tout à fait bien.

Elle revint me voir au mois d'août 1881, se plaignant de ce que pendant les quatre mois précédents sa menstruation avait été extrêmement abondante, et à l'examen local je constatai que son utérus était plus volumineux qu'il n'avait jamais été. Par conséquent je lui conseillai l'enlèvement des annexes utérins et je pratiquai cette opération le 25 août de la même année. Elle fit une rapide guérison et elle n'a jamais plus été réglée depuis lors. Elle se maria au mois de juillet 1884 et elle est restée depuis lors en parfaite santé, très satisfaite de son existence matrimoniale.

II. — Au commencement de 1878, A. H. domestique âgée alors de 28 ans, vient à la consultation de l'hôpital gynécologique pour des métrorrhagies abondantes. Elle était exsangue, car ses règles duraient pendant 12 à 15 jours et il lui était impossible de continuer son travail.

Elle suivit un traitement chez elle pendant quelques mois, puis je la fis entrer à l'hôpital, où elle fut traitée par l'ergot et le bromure de potassium, le repos au lit et un régime tonique. Nous avions découvert que les métrorrhagies étaient dues à un myome, ayant occasionné une augmentation de volume de l'utérus, qui était de la grosseur d'une balle de cricket, le fond était complètement renversé en arrière.

Elle s'opposait absolument à toute espèce d'intervention opératoire, et elle quitta l'hôpital pour y revenir en mai 1879, dans d'aussi mauvaises conditions que la première fois. Je lui persuadai alors de me laisser dilater son canal cervical, afin de pouvoir enlever la tumeur. La dilatation était rendue très difficile par la rétroversion de l'organe, mais après différentes péripéties je réussis à inciser la capsule, en espérant que la tumeur serait expulsée spontanément; mais elle ne fit aucun progrès dans cette direction.

Deux ou trois semaines plus tard j'incisai largement le col des deux côtés, j'ouvris la capsule, je fis des tentatives répétées pour énucléer la tumeur mais je ne pus terminer l'opération et, pendant les quelques jours qui suivirent il était fort douteux que ma malade survécût. Quinze jours après, la tumeur ayant encore fait des progrès, j'anesthésiai de nouveau ma malade et je réussis enfin à terminer l'énucléation; mais après l'opération elle resta plusieurs jours plus morte que vive et c'est seulement 4 mois plus tard, qu'elle fut à même de quitter l'hôpital. Elle recouvra des forces, et put reprendre ses occupations de domestique à la fin de l'année 1879; elle resta parfaitement bien pendant toute l'année de 1880 et même elle se fiança.

Au commencement de 1881 elle revint me voir dans des conditions presque aussi mauvaises que la première fois; les hémorrhagies étaient revenues très abondantes et à l'examen local, je trouvai qu'il existait une nouvelle tumeur, plus volumineuse que la première.

Je l'engageai instamment à se soumettre à une opération radicale par l'enlèvement des annexes, mais lorsqu'on lui expliqua la nature de cette intervention, elle s'y refusa absolument et avec l'assistance de ses maîtres elle alla à Londres prendre l'avis d'un célèbre gynécologue, qui lui déconseilla absolument l'opération proposée. Elle revint ensuite à Birmingham et elle continua à suivre mon traitement tout en refusant toute espèce d'intervention chirurgicale qui lui enlèverait la possibilité d'avoir des enfants. Malgré nos plus sérieux avertissements elle se maria et six mois après elle succombait d'une hémorrhagie utérine.

Ces deux cas nous montrent, en premier lieu, que l'énucléation ne constitue pas du tout une cure radicale de l'affection. A ce point de vue cette opération diffère tout à fait de celle de l'enlèvement des annexes. Ces deux observations peuvent très bien se comparer; chez nos deux malades l'énucléation a abouti à un échec complet; mais, tandis que chez l'une nous avons obtenu par l'enlèvement des annexes utérins une guérison complète et un rétablissement parfait qui s'est maintenu jusqu'à aujourd'hui, nous aurions pu probablement sauver la vie de la seconde, si on ne lui avait pas conseillé de se refuser à l'opération.

Je ne parlerai de la pathologie des polypes myomateux que lorsque je discuterai leur situation et leur développement interstitiel ou sous-péritonéal; et je dirai en même temps pourquoi on doit ranger à mon avis dans ces tumeurs myo-

mateuses tout ce que l'on appelle polypes fibroïdes ou polypes fibreux.

Nous trouvons parfois que ces polypes sont *kystiques*, remplis de liquide clair séreux, comme dans un cas que j'ai publié (1), et dont la préparation se trouve au musée du Collège des Chirurgiens. Comme formes *plus rares* de polypes, j'ai rencontré des myxomes et le cancer vilieux, s'étant développé aux dépens d'une région très limitée de la surface interne utérine et ayant pris la forme d'un polype. Mais on ne doit pas envisager ces productions comme de véritables polypes, ils n'en ont que l'apparence, car après leur extirpation il se produit toujours une récurrence, intéressant toute l'épaisseur de la paroi utérine et pouvant même envahir les organes voisins. Mon opinion est que nous devrions restreindre encore l'emploi du terme *polype*, et n'appliquer cette dénomination qu'aux petites productions muqueuses de la cavité cervicale et aux myomes se trouvant enfermés dans la cavité utérine; quant à toutes les autres tumeurs ressemblant à des polypes, on ne devrait parler que de formes polypoïdes de myxomes, d'épithéliomes, etc.

II. — MYOMES DE L'UTÉRUS.

Je crois pour ma part que les termes de *fibromes*, *fibreux*, *fibroïdes*, en tant qu'appliqués aux tumeurs utérines, sont absolument faux, et qu'ils devraient être supprimés de la nomenclature pathologique. J'ai actuellement examiné un grand nombre de ces tumeurs utérines solides et je n'ai jamais rencontré un seul cas où l'élément fibreux eut un rôle tant soit peu important. Je crois pouvoir dire qu'après un examen minutieux de ces tumeurs, qui généralement sont désignées sous le nom de fibromes, on trouvera que leur élément principal, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels, se

(1) *Transactions of the Pathological Society of London*, 1873.