

gane sous forme d'une tige assez ferme, et plus haut le corps dont il est impossible d'atteindre le fond à cause de sa situation élevée.

L'hystérométrie est ici d'une grande importance diagnostique, l'instrument pénètre souvent à 10, 12 centimètres et même quelquefois au delà.

Le cathétérisme de la vessie ne peut plus se faire dans les conditions ordinaires; il faut, lorsque le méat a été franchi, porter le bec de la sonde en bas vers la partie inférieure de la tumeur (fig. 92).

La miction et la défécation sont assez souvent troublées; il existe des besoins fréquents d'uriner, l'urine coule en bavant sur la surface de la tumeur et la malade est souvent obligée de presser sur sa tumeur pour faciliter l'évacuation de ce liquide. Les matières fécales peuvent s'accumuler dans l'ampoule formée par le rectum à la partie postérieure de la tumeur et être assez difficilement expulsées.

De plus, il existe quelques douleurs, des tiraillements dans les régions lombaires, ou hypogastriques, une abondance plus considérable des règles, de la difficulté ou même l'impossibilité de se livrer au coït, et comme conséquence la stérilité.

Cette maladie ne tend guère vers la guérison, elle s'accroît même plutôt que de rester stationnaire; elle n'est pas grave, en ce qu'elle ne fait pas courir de dangers pour la vie, mais elle cause une gêne considérable et empêche les malades de se livrer à des occupations sérieuses.

§ IV. — Diagnostic.

Cette maladie doit surtout être distinguée du prolapsus avec lequel elle a été si longtemps confondue.

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE.

L'hystéromètre pénètre à 9, 12, 15 et même 20 centimètres.

Le fond de l'utérus peut être perçu par la palpation abdominale quand l'hystéromètre est dans la cavité de la matrice.

Si on presse la tumeur entre deux doigts au point où elle se rattache à la vulve, il n'y a pas de vide en ce point.

Une sonde introduite dans la vessie et dirigée en arrière vers le rectum n'est pas perçue par le doigt introduit dans cet intestin.

Le toucher rectal permet de rencontrer en avant la tige formée par le col, et n'arrive pas au fond de la matrice.

Si l'on cherche à réduire la tumeur, le commencement de la réduction est facile, la rentrée de la tumeur s'opère graduellement sans soubresaut jusqu'au moment où le museau de tanche est remonté au niveau de l'orifice vulvaire, mais alors la malade éprouve de la gêne.

PROLAPSUS.

L'hystéromètre ne pénètre qu'à 6 ou 7 centimètres.

Le fond ne peut être perçu.

Si on presse la tumeur au même point, on sent un vide, et au-dessous la présence du fond de la matrice.

Une sonde, dirigée de la même façon, est perçue par le doigt à travers une mince couche de tissus, la sonde passant au-dessus du corps de l'utérus.

On ne rencontre pas la tige, et l'on peut sentir le fond de l'utérus.

Si l'on cherche à réduire, le premier temps, qui coïncide avec le passage du corps de l'utérus à travers l'orifice vulvaire, est difficile, mais après, la réduction est facile; les parties semblent remonter d'elles-mêmes et la femme est alors soulagée.

Quant au diagnostic avec un renversement de l'utérus, un polype, l'hypertrophie sous-vaginale, il suffit de se rappeler les signes propres à chacune de ces maladies pour ne pas commettre d'erreur.

§ V. — Traitement.

Le traitement qui consiste à refouler la tumeur, et à la maintenir ensuite réduite en pratiquant l'occlusion de la vulve, ou à l'aide d'un pessaire, ne peut guère être conseillé, car le col, une fois rentré dans le vagin, se courbe et vient presser douloureusement sur l'un ou l'autre des organes pelviens.

Le seul traitement efficace consiste à faire l'opération désignée par Huguier sous le nom d'*amputation conoïde du col*.

Elle mérite d'autant mieux d'être faite que Huguier a eu 14 succès sur 14 opérations et M. Chassaignac, 6 succès sur 6 malades.

L'opération consiste à retrancher non-seulement la partie sous-vaginale du col, mais aussi une partie assez étendue de la portion sus-vaginale.

Voici comment Huguier pratique l'opération: la femme étant couchée sur le dos, dans la position que l'on donne aux femmes pour l'examen au spéculum et le col étant saisi solidement à l'aide d'une pince de Museux, le chirurgien introduit un doigt dans le rectum; puis, le recourbant en avant, il le fait saillir au point le plus déclive de la tumeur; se guidant alors sur ce doigt, afin d'éviter de blesser le rectum et le cul-de-sac péritonéal qui descend parfois très-bas, il fait en avant de ce doigt une incision semi-lunaire, à concavité dirigée en avant et en haut, qui embrasse la moitié postérieure du museau de tanche. Cette première incision a 3 à 4 millimètres de profondeur; puis, par des incisions lentes et successives, il entame toute l'épaisseur du tissu utérin, en se dirigeant obliquement vers la cavité du col.

Cette première partie de l'opération une fois terminée, on introduit dans la vessie une sonde d'homme dont un-aide fait saillir le bec vers la partie la plus déclive de la vessie; puis on pratique à 1 centimètre au-dessous du bec de la sonde une seconde incision semi-lunaire, à concavité postérieure et dont les extrémités rejoignent celles de l'incision postérieure. Le chirurgien sépare ensuite, par une dissection attentive, la vessie du col dans une étendue de 4 centimètres environ; alors, entamant obliquement le tissu utérin, en se dirigeant vers le canal cervical, la surface de section antérieure finit par rejoindre la postérieure.

La surface ainsi enlevée a la forme d'un cône dont la base répond à l'extrémité inférieure du col.

S'il s'écoule un peu de sang, comme il est assez difficile de porter une ligature ordinaire sur le tissu utérin qui est dense, Huguier traverse la partie qui laisse écouler le sang, à l'aide d'une épingle recourbée en forme d'hameçon, et sur laquelle il étire les tissus de la même manière

qu'on fait la ligature d'un vaisseau à l'aide du ténaculum. L'épingle est laissée en place, après qu'on a eu soin d'en couper la pointe, jusqu'à ce qu'elle tombe d'elle-même, elle est alors retirée du vagin à l'aide d'un bout de fil qu'on a préalablement attaché à sa tête.

L'opération ainsi terminée, ce qui reste de la tumeur est réduit. Une sonde à demeure est introduite dans la vessie, une mèche de charpie est placée dans le vagin et maintenue à l'aide d'un bandage en T. Puis la malade est placée au lit. Dans le but de prévenir les inflammations consécutives, Huguier recommande avec grand soin, de faire la veille de l'opération et le lendemain, une friction sur les cuisses de la malade avec l'huile de croton tiglium, dans le but de provoquer une éruption dérivative du côté de la peau.]

CHAPITRE VII

TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS (1).

[[Les tumeurs, désignées par Cruveilhier sous le nom de *tumeurs fibreuses*, ont encore été appelées *corps fibreux*, *fibroïdes*, *fibromes*, *myomes* par Virchow, et *hystéromes* par M. Broca.

Elles seraient, d'après les auteurs modernes, des excroissances en connexion plus ou moins intime avec le parenchyme utérin, et formées des mêmes éléments histologiques.]]

Ces tumeurs n'ont en général aucune influence sur la constitution, et les désordres qu'elles entraînent sont tout locaux et tout mécaniques.]

(1) BIBLIOGRAPHIE : Blandin, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. FIBREUX (Corps). Paris, 1832, t. VIII, p. 73. — Velpeau, *Éléments de médecine opératoire*, 1832, t. III, p. 614; 1839, t. IV, p. 380. — Maslieurat-Lagemard, *Bulletins de la Société anatomique*, 1836. — Arnolt, *Med. chir. Transactions*, 1840. — Troussel, *Revue médicale*, août 1840. — J.-Z. Amussat, *Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus*. Paris, 1842. — Marchal (de Calvi), *Observations et remarques sur la cure spontanée des polypes utérins (Annales de la chirurgie)*. Paris, 1843, t. VIII, p. 385. — Le Piez, *Journal de chirurgie de Malgaigne*, 1845, p. 90. — Bénard, *Sur les corps fibreux de la matrice (Journal de Bruxelles)*, janvier 1847. — Barth, *Bulletins de la Société anatomique*, 1848, t. XXIII, p. 250, et 1850, p. 82. — Huguier, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1849. — Jarjavay, *Opérations applicables aux corps fibreux*, thèse de concours. Paris, 1850. — Houel, *Bulletins de la Société anatomique*, 1850. — Maisonneuve, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1851, p. 267. — Danyau, *Dystocie par obstruction presque complète du bassin, due à la présence d'une énorme tumeur fibreuse de l'utérus (Bulletin de l'Académie de médecine)*. Paris, 1851, t. XVI, p. 691. — Foucher, *Bulletins de la Société anatomique*, 1851, p. 291. — Gensoul, *Rev. méd.-chir.*, 1851. — Boscredon, *Bulletins de la Société anatomique*, 1854, p. 332. — Nélaton, *Gazette des hôpitaux*, 1856, p. 362. — West, *Diseases of women*. London, 1856. — Duclos, *Moniteur des hôpitaux*, 1857, p. 489. — Schloss, *Bulletins de la Société anatomique*, 1858, p. 455. — Beck, *Bulletin de thérapeutique*, 1858. — Guyon (Félix), *Des tumeurs fibreuses de l'utérus*, thèse pour l'agrégation. Paris, 1860.

est très-rare qu'elles s'enflamment ou s'ulcèrent et jamais elles n'ont de caractère malin.

La seule division que je crois nécessaire d'établir est entre les tumeurs *pédiculées* ou *polypes* et les tumeurs *non-pédiculées*.

La structure de ces deux espèces de tumeurs est identique, mais les symptômes, les conséquences, et le traitement sont entièrement différents.

Examinons d'abord les tumeurs non pédiculées.

ARTICLE PREMIER

TUMEURS FIBREUSES NON PÉDICULÉES

Ces tumeurs ne sont pas rares après l'âge de quarante ans : elles se rencontrent aussi souvent chez les femmes non mariées que chez les filles.

Bayle (1) est même d'avis qu'elles sont plus communes chez les femmes qui sont restées vierges. Sur 5 vieilles femmes, il dit que l'on rencontre au moins une fois des tumeurs fibreuses. Sur 20 utérus examinés par Portal, 13 fois il a trouvé des tumeurs fibreuses. Sir Clarke n'en a jamais rencontré chez les femmes au-dessous de vingt ans. H. Lebert (2) en a vu de toutes les dimensions, depuis le volume d'une amande jusqu'à celui d'une tête d'adulte. Ch. D. Gaultier de Claubry (3) a vu une tumeur fibreuse qui pesait 39 livres, et qui mesurait dans sa circonférence verticale 35 pouces 3 lignes, et dans sa circonférence transversale 29 pouces 3 lignes. Kummer a décrit une tumeur fibreuse qui pendait extérieurement et dont le pédicule avait un pouce d'épaisseur. Cette tumeur pesait 40 livres ; elle mesurait 46 pouces

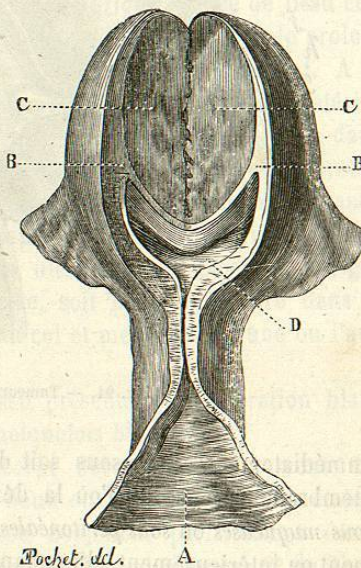


Fig. 93. — Tumeur fibreuse développée à l'intérieur de la cavité utérine (*).

(1) Bayle, *Journal de médecine*, 1802, t. V, p. 62. — *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1813, t. VII, art. CORPS FIBREUX DE LA MATRICE, p. 69.

(2) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1857, t. I, p. 164.

(3) Ch.-D. Gaultier de Claubry, *Observation sur une tumeur squirrheuse d'un volume considérable, prenant naissance dans le tissu caverneux de la matrice (Journal gén. de méd. de Sédillot)*. Paris, 1810, t. XXXIX, p. 271.

(*) A, vagin : il a conservé sa forme et sa longueur. — B, Parois de la tumeur fibreuse. — C, Coupe de cette tumeur. — D, Portion de la cavité utérine restée libre. (Musée DUFUYTREN, n° 366.)