

*1/2 parovov mor*  
*C*

ÉTUDE

SUR LES

GROSSESSES COMPLIQUÉES

DE

MYOMES UTÉRINS

PAR

Le D<sup>r</sup> Ernest-J. LAMBERT

Ancien externe des Hôpitaux de Paris  
Ex-interne de la Maternité d'Edimbourg (Ecosse)

*B*

---

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS LECLERC

14, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 14

1870

*Dilectissimo patri pro seduli curâ et studiosâ  
benignitate hoc primum enixus opusculum, ingenii  
tentamina, gratissimus offero.*

## ERRATA

---

Par inadvertance, le N° XXXIII a été répété trois fois de suite aux Observations des pages 81, 91, 97.

Partout où cette Observation XXXIII est citée (pages 99, 138, 221, 238), le lecteur entendra l'Observation XXXIII de la page 97.

# ÉTUDE

SUR LES GROSSESSES COMPLIQUÉES

# MYOMES UTÉRINS



## INTRODUCTION

Sous le titre que nous avons donné à notre travail, nous entendons les grossesses compliquées de ce que l'on appelait autrefois tumeurs fibreuses et ce qu'on désigne aujourd'hui sous le nom de myomes. Notre intention d'abord était de nous borner à l'étude des rapports qui pouvaient exister entre la tumeur et la grossesse, et des modifications que chacun de ces états pouvaient imprimer à l'autre. Nous nous sommes bientôt aperçus que notre travail serait forcément incomplet, et nous avons préféré le compléter par une étude plus approfondie du myome lui-même.

Notre travail se divisera donc en plusieurs parties. Dans un premier chapitre nous prenons le myome en dehors de la grossesse et nous étudions sa constitution anatomique et ses divers états pathologiques. Dans un second chapitre, nous étudions les modifications que la grossesse peut imprimer à cette tumeur, et celles que la tumeur peut imprimer à la grossesse avec tous les accidents qui

peuvent en résulter. Notre troisième chapitre comprendra l'étude du travail de l'accouchement chez la femme arrivée au terme physiologique. Enfin, dans un dernier chapitre nous étudions les indications thérapeutiques que l'on a à remplir tant pendant la marche de la grossesse que pendant le cours du travail (1).

Je dois déclarer ici que j'ai été aidé dans la rédaction de ce travail par deux de mes amis, M. Muron, interne des hôpitaux, et M. le D<sup>r</sup> Charpentier, ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté, l'un pour la partie anatomique, l'autre pour la partie clinique et la division des matières, m'ont obligé avec une complaisance dont je ne saurais trop les remercier.

Je dois à mon ami, M. Boéchat, interne provisoire des hôpitaux, de reconnaître le concours dévoué qu'il m'a prêté et de dire que plusieurs observations tirées des auteurs allemands ont été rédigées par ses soins.

Je saisis cette occasion de remercier M. Small, bibliothécaire de l'Université d'Edimbourg, des facilités qu'il m'a procurées pour mes recherches bibliographiques, et M. le D<sup>r</sup> Phillips, secrétaire de la Société obstétricale de Londres, de la permission qu'il m'a accordée de consulter les ouvrages qui y sont déposés.

(1) Nous avons dû dans l'intérêt clinique scinder l'étude des myomes et faire deux divisions sous le titre de *Myomes des corps* et *Myomes du col*; à mesure que l'on avancera dans la lecture de notre travail, cette division se trouvera justifiée aux yeux de nos lecteurs.

## CHAPITRE PREMIER

### **Du myome.**

*Définition.* — Le myome utérin, hystérome, fibroïde, fibrome utérin, corps fibreux, tumeur fibreuse, tubercule charnu, est une néo-formation de substance musculaire, devenue corps étranger par rapport au tissu d'où il provient.

Il n'est plus aujourd'hui un anatomiste qui mette en doute l'origine de ces corps qui sont des tumeurs musculaires, des myomes à fibres lisses.

Mais le myome redevable de son origine au tissu propre, de son développement aux sources de la vitalité propre de l'utérus, tend toujours à porter une atteinte plus ou moins profonde au mode de fonctionnement de l'organe : c'est ce que nous verrons surabondamment par la suite.

*Anatomie générale.* — Examinés au sein du tissu utérin, les myomes se présentent sous forme de masses généralement sphéroïdes, d'autant plus sphériques qu'elles sont plus petites, pouvant occuper tous les points de l'utérus. Lorsqu'ils ont saillie sous la membrane muqueuse, leur contour

est encore assez régulièrement sphéroïde, mais lorsqu'ils proéminent vers la face péritonéale, ils ont plus de tendance à devenir irréguliers, bosselés, tubéreux. Ces corps siègent soit dans l'épaisseur de la paroi, et sont interstitiels, soit relativement plus près de l'une des faces, et sont sous-muqueux ou sous-péritonéaux. « Leur volume varie depuis un grain de mil jusqu'à celui de l'utérus gravide à terme. » (Cruveilhier.) — Lorsqu'ils sont nombreux, leur volume est quelquefois assez uniforme, d'autres fois on rencontre dans le même utérus des corps du volume le plus inégal. Il est rare de n'en rencontrer qu'un seul; quand il y a un fibrome énorme, il y en a presque toujours un ou deux de petit volume. — Le poids varie depuis le plus minime jusqu'à près de 100 livres. Le nombre peut dépasser 50; le plus grand chiffre que j'aie trouvé rapporté dans un cas de grossesse est 40. — Ils sont généralement d'une densité assez uniforme, qui approcherait de celle du fibro-cartilage. La surface extérieure est plus ou moins lisse, la couleur blanc grisâtre; la coupe est nette, assez homogène, d'un blanc nacré ou grisâtre, quelquefois rosée. — Les sections faites en tous sens présentent toujours le même aspect. La disposition générale est lobulée, à lobules plus ou moins serrés les uns contre les autres. Il y a des myomes unilobulaires.

Le rapport de ces corps avec la paroi qui les renferme (nous parlons toujours de la forme primitive, myome interstitiel) n'est pas très-intime. *Cruveilhier, Foerster, Broca, Guyon* n'admettent que des rapports éloignés. Le myome est entouré d'une coque membraneuse, d'une cellulose lâche, qui fait l'office de kyste, auquel il est uni par des tractus fins qui supportent des vaisseaux ténus. *M. Lebert* (1),

(1) *Lebert, Anat. pathol.*, vol. II, obs. CDLIX, atlas.

au contraire, dans une observation très-minutieuse, décrit « le passage direct des fibres utérines dans leur substance. » M. Broca oppose à l'opinion de Lebert ce fait : « Il a pu, sur des pièces du volume d'un grain de mil, s'assurer que ces néoplasmes n'étaient nullement en continuité avec le tissu utérin. » (*Traité des tumeurs.*) Mais on peut répondre à cela par la remarque de *Cruveilhier* : « Je suis loin de croire que le volume des corps fibreux soit en raison directe de leur ancienneté. » Aussi un myome très-petit peut ne pas être un myome naissant. Pour *Cruveilhier* les adhérences sont morbides ; mon savant maître, M. Huguier, insiste sur ce point ; M. Guyon l'a de nouveau formulé, et M. Broca affirme quelles sont le résultat d'un travail d'inflammation chronique. Un grand nombre de traités cliniques parlent d'adhérences sans les interpréter ; « connexions quelquefois intimes. » (West.)

Après les preuves anatomiques, les seules qui restent sont les preuves cliniques. Tous les auteurs, depuis *Amussat* (mémoire 1849), parlent d'opérations laborieuses dans lesquelles les adhérences sont trop évidentes, et même de tentatives d'énucléation abandonnées. Joindre *Hinckley*, *Atlee* aux noms bien connus en France (1) ; voir la thèse d'agrégation, 1860, de Guyon. Mat. Duncan a repris avec un succès remarquable l'énucléation et l'avulsion des fibromes. Il parle d'un cas où la tumeur était attachée par des lambeaux musculaires et il attribue ce fait à ce qu'un lobule seulement de la tumeur aurait été enlevé ; mais l'observation n'en donne pas la preuve ; ailleurs il dit, à propos d'une opération complétée : « Les ciseaux coupaient toute bande musculaire trop forte pour être séparée par les doigts. » (*Ed. med. J.*, 1869, t. XIV,

(1) Hutchinson, *Med. Times and Gaz.*, 1857, t. II, p. 86.



p. 849.) Voir aussi *ibid.*, 1867, vol. XII, p. 717. La lecture de ces faits, de celui de *Scott* (*ibid.*, 1868, vol. XIV, p. 362), du rapport sur le cas de *Loir* (*Mém. Soc. Chir.*, 1851, planche), de l'observation de *Goupil* (*Soc. Anat.* 1863) et d'autres encore, m'ont fait penser que cette question des adhérences, méritait de fixer de nouveau l'attention.

Quelle qu'en soit l'origine, il paraît établi que les myomes ont quelquefois des connexions directes aussi bien qu'indirectes avec le tissu utérin, car une énucléation facile est fort rare ; voir un cas de *Blandin* cité par *M. Broca*.

Il existe une relation entre le développement du myome et celui du tissu utérin, lequel s'hypertrophie souvent autour de lui dans une mesure plus grande que dans la grossesse elle-même.

Règle générale, ces myomes ont une tendance à prédominer soit du côté de la cavité utérine, soit du côté de la cavité abdominale. Lorsqu'ils deviennent d'un volume considérable, ils doivent nécessairement cesser d'être contenus dans la paroi, à moins qu'ils n'appartiennent au fond de l'utérus, cas dans lequel nous voyons parfois un myome excessivement volumineux rester véritablement interstitiel. (*Cruveilhier Atlas*, 11<sup>e</sup> livr., planche 5.)

Mais ces corps font plus que de prédominer ; ils tendent à devenir pédiculés : ils dépriment la couche utérine qui fait paroi du côté de l'une des cavités et finissent par se coiffer d'une capsule de tissu utérin recouverte de la muqueuse ou de la séreuse. Cela s'observe aussi bien pour les myomes qui deviennent pédiculés du côté de la cavité utérine que du côté du péritoine ; mais pour ces derniers, la capsule, en règle générale, s'atrophie plus ou moins et prend souvent l'aspect d'une couche fibreuse mince. On voit aussi parfois

les fibres musculaires s'épuisent sur la base des tumeurs en se perdant dans la capsule. Cette atrophie a pu faire admettre que les myomes prenaient quelquefois naissance directement au-dessous du péritoine (Broca et autres) : mais, ainsi que nous le disions plus haut, le volume ne donne pas la mesure de l'ancienneté, et le plus petit myome saillant à la surface de l'utérus peut déjà avoir provoqué l'atrophie de la couche pariétale qui l'avait d'abord revêtu.

Cette tendance vers l'atrophie de la capsule utéro-péritonéale est cause que parfois les tumeurs les plus volumineuses de la cavité abdominale s'insèrent par un pédicule excessivement grêle ; cela permet des déplacements extraordinaires, dont le plus fréquent est vers le cul-de-sac utéro-rectal. Ils peuvent aussi occuper la fosse iliaque, l'hypochondre droit, contracter des adhérences, finalement se détacher complètement.

Du côté de la cavité utérine le tissu pariétal conserve un rapport intime avec le myome qui se pédiculise, l'accompagne à mesure qu'il fait sa migration, et, tout en s'aminorant au point le plus éloigné de la paroi, conserve toujours une épaisseur notable et une structure qui permet d'en reconnaître l'origine ; vers la racine, toutes les fibres utérines se ramassent en un pédicule qui paraît diminuer de volume à mesure que le polype s'éloigne davantage. Celui-ci peut en effet quitter la cavité utérine et même pendre au-dehors de la vulve.

Nous devons aussi dire un mot des déformations excessives que produisent sur la forme de l'utérus les tumeurs interstitielles nombreuses, et citer ce cas rare d'oblitération de la cavité utérine (col et corps) observé par *Laboulbène* (1). Les

(1) *Laboulbène*, in *Gazette médicale de Paris*, 1869.

tumeurs interstitielles et cavitaires allongent l'utérus et déforment la cavité. Les tumeurs du fond conservent assez la forme de cette dernière. Les tumeurs du col peuvent étirer tout l'organe ou bien l'abaisser en totalité. Les grosses tumeurs intra-abdominales qui se développent en dehors du petit bassin peuvent allonger la partie inférieure de l'utérus en col de carafe.

*Histologie.* — L'élément caractéristique du myome est la fibre cellule avec tous les caractères qu'on lui connaît. On peut l'isoler et constater son identité absolue avec celle qui forme la paroi qui la renferme, et puisqu'un seul de ces corps peut contenir un plus grand nombre d'éléments que l'utérus tout entier, il faut bien reconnaître que ceux-ci sont de nouvelle formation.

Sur une section, on voit des faisceaux musculaires groupés se rencontrant sous tous les angles possibles, un faisceau coupé transversalement apparaissant sous forme d'îlot circulaire bordé des faisceaux qui présentent la section longitudinale. Dans les interstices, on aperçoit du tissu conjonctif au milieu duquel circulent les vaisseaux. Toutes les variétés se rencontrent capillaires, artérioles, veinules et par cela même leur structure est différente. Les capillaires offrent une paroi amorphe parsemée çà et là de noyaux, et se trouvent soutenus par le tissu musculaire ambiant. Les artérioles se reconnaissent facilement à la présence des fibres musculaires perpendiculaires à l'axe des vaisseaux, et les veinules offrent des fibres musculaires longitudinales surajoutées à celles qui sont perpendiculaires; mais, dès que les vaisseaux offrent un volume moyen, il est remarquable de voir une hypertrophie de leurs parois portant spécialement sur la tunique musculaire; rien de plus facile à voir que cette épaisseur

considérable qu'offrent ces vaisseaux à la coupe. La tunique moyenne se traduit par une épaisseur notable comparative-ment à l'épaisseur de la tunique interne et de la tunique externe (1).

*Conclusion.* — De cette étude du myome à l'état normal, nous concluons qu'il possède toutes les conditions intrinsèques du maintien et du développement continu. Il n'est pas admissible qu'un tissu, tel que nous l'avons décrit, ne participe aux excitations qui éveillent le même tissu dans la paroi qui le renferme. Nous admettons comme forme type celle à couches concentriques, comme nous l'observons dans le myome simple unilobulaire, et dans le myome composé multilobulaire ; dans ce dernier cas, les lobules sont assemblés par du tissu musculaire arrangé en faisceaux à direction longitudinale. Le myome type est doué, par la disposition anatomique de ses fibres, d'une contractilité effective, ce qui amène le retrait de son tissu et de ses vaisseaux, lorsque le corps a augmenté de volume.

#### ÉTATS PATHOLOGIQUES DES MYOMES.

Je commence par faire remarquer que nous ne savons rien sur l'influence de l'âge d'une tumeur, sur sa constitution

(1) Persuadé que les myomes devaient leur vitalité à des conditions spéciales de vascularisation, j'ai demandé à mon ami Muron, si compétent dans ces questions, si l'histologie confirmait cette donnée. On voit par la description que nous en donnons, d'après ses notes, quelle est la richesse de la circulation qui existe dans ces tumeurs. On reconnaît même que la structure des parois des vaisseaux est adaptée, pour ainsi dire, à un mode d'existence à part.

intime ; aussi, quelles que soient les modifications que nous y rencontrons, nous ne pouvons déterminer le temps qu'il a fallu pour les produire.

Nous savons que le myome a la propriété de donner naissance à des éléments semblables aux siens, et que cette puissance de développement est relativement sans limites ; mais nous ignorons s'il pourrait traverser toute la période proliférante de la femme sans subir de modifications. Tout cela constitue une lacune énorme dans l'histoire générale d'un corps.

J'appelle ici de nouveau l'attention sur ce que j'ai nommé le myome type, forme dont le peu de disposition à se modifier avait frappé l'esprit sagace de mon savant maître M. Huguier (1). Si nous connaissions l'histoire pathologique de ce corps, notre étude serait bien avancée ; remarquons que, s'il s'hypertrophie, c'est en conservant sa forme régulière ; que, s'il dégénère, c'est au centre, comme les corps qui sont nourris par la périphérie ; que s'il s'atrophie, c'est par un dépôt d'éléments inorganiques déposés au sein de ses éléments mêmes. Cela dit, je reprends, avec les moyens à ma disposition, l'étude générale des modifications pathologiques dont les myomes sont le siège.

Les myomes sont susceptibles de s'hypertrophier tout comme les autres tumeurs ; cette hypertrophie se montre pendant la période de la vie active de la femme, à chaque époque menstruelle et aussi pendant la gestation, comme nous le démontrerons plus tard.

L'hypertrophie est caractérisée à l'œil nu par une augmentation du volume total de la tumeur, et au point de vue histologique par des fibres musculaires devenues turges-

(1) Huguier, in *Bull. de la Société de chirurgie*, 1859.

centes et augmentées dans toutes leurs dimensions. Nous citerons plus tard des observations dans lesquelles, par le fait même de la grossesse, ces fibres musculaires avaient subi un développement identique au développement des fibres musculaires de l'utérus : même longueur, même épaisseur, même hypertrophie du noyau, rien, en un mot, ne pouvait faire distinguer ces éléments de tissu des éléments semblables de l'utérus gravide lui-même, et, pour compléter l'analogie, au moment même où la dégénérescence granulo-graisseuse avait lieu dans les fibres utérines, il se faisait une dégénérescence identique dans les éléments de ces tumeurs.

L'hypertrophie est graduelle, lente ou soudaine et très-rapide; cette dernière est rare. Quant à la première, il y en a des exemples partout, et le volume énorme de ces tumeurs est présent à l'esprit de tous. L'hypertrophie intermédiaire entre la première et la seconde est le fait capital de l'accroissement de ces tumeurs pendant la grossesse, parallèlement avec la paroi utérine qui les supporte; elle est communément compatible avec la conservation de la consistance du tissu qui devient seulement plus élastique, mais elle peut aussi se combiner avec une mollesse plus ou moins grande. La forme d'hypertrophie rapide est peu connue sous le rapport de sa constitution histologique; aussi nous avons été heureux de rencontrer l'observation suivante de L. Blin (4).

Æt. 38. — Depuis six ans une tumeur apparaissait avant chaque époque menstruelle, disparaissait ensuite pour réparaître de nouveau. Depuis deux ans, elle a cessé de disparaître et devient souvent le siège de douleurs qui obligent la

(4) L. Blin, *Société anatomique*, 1853.

femme à s'aliter; elle s'accroît. Depuis dix jours, l'augmentation de volume a été rapide, la tumeur est dure et douloureuse au point que la malade ne peut souffrir aucun contact. Mort.

*Autopsie.* — Péritonite. La tumeur qui occupe la face antérieure de l'utérus offre une partie externe fibro-musculaire rosée, et une partie interne qui présente des mamelons grisâtres, gélatiniformes. L'ensemble de la partie centrale est ramolli. Dans toute cette partie, M. Robin ne découvre que des fibres musculaires lisses. M. Broca trouve, en outre, des éléments fibro-plastiques.

Nous attachons beaucoup d'importance à cette constatation de la part du savant professeur de clinique; ces éléments fibro-plastiques doivent être considérés comme l'état embryonnaire des fibres musculaires. C'est là un exemple de myome en voie de développement rapide; les éléments jeunes surpris au milieu d'autres éléments complets.

L'observation elle-même est très-belle et du plus haut intérêt. La tumeur s'est conservée à l'état normal pendant six ans, c'est-à-dire elle a suivi le retrait de la paroi, puis est venue un état plus avancé où le tissu ne subissait plus le retrait, puis encore le travail actif marqué par les douleurs localisées dans la tumeur et accompagné d'augmentation de volume. Enfin une hypertrophie véritablement aiguë pendant dix jours amène la mort. On remarquera également les mamelons grisâtres qui représentent les lobules de la tumeur, son ramollissement central. Bien que les données histologiques manquent, je tiens à rapprocher du précédent les deux faits suivants :

Malade du service de M. Gosselin (4). Tumeur développée

(4) Bourcy, *Société anat.*, t. XXX, p. 464.

rapidement au milieu d'accidents très-graves. Douleurs atroces. Délire. Tumeur offrant des points fluctuants développés pendant le séjour à l'hôpital. Date de la tumeur, deux ans; de la maladie, dix mois; de l'état grave, cinq mois. Mort.

*Autopsie.* — Tumeur donnant la sensation de fluctuation, adhérent intimement à la paroi postérieure de l'utérus, recouverte d'une enveloppe d'apparence fibreuse. La section montre une surface anfractueuse, lobée, à aspect marbré avec teintes ecchymotiques, comme apoplectiformes. Tumeur friable, jaunâtre dans les points qui offrent de la consistance. Par la percussion, on produit des tremblements dans la masse. Dilatation de l'uretère, du bassin et des calices des deux côtés. Atrophie des reins.

Kœberlé (1). L'opération fit découvrir un corps fibreux interstitiel développé sur le fond de l'utérus, à l'angle gauche : il n'y avait pas d'adhérence au péritoine; les ovaires étaient sains. La femme mourut rapidement.

« Des chocs légers étaient transmis à 20-30 centimètres de distance. Le tissu mollassé criait sous le scalpel et ondulait comme une masse de gelée sous l'influence d'un choc très-léger. Il n'y avait pas de collection liquide. »

Ce sont là, je crois des états qui tiennent autant de l'hypertrophie rapide que de toute autre dégénérescence, et leur signification me paraît très-nette quand on les compare avec l'observation de M. Blin.

Je dois signaler d'autres états dont l'interprétation anatomique n'est pas encore connue, je veux parler d'états comparés au tissu mammaire, pancréatique, salivaire (Rokitansky), états que J. Bristowe (2) fait dépendre de l'apparition de tissu fibreux accompagnant la dégénérescence des

(1) Caternault, Thèse de Strasbourg, 1866. Obs. I.

(2) Bristowe, *in Path. Transact.* London, 1866, vol. XVII, p. 195.



fibres musculaires. Il faut tenir grand compte de ces états physiques ; car, à côté d'un simple défaut de résistance au doigt, on peut rencontrer un état qui rappelle la mamelle de vache, ou une fluctuation franche, alors qu'il n'existe aucune collection de liquide : cette connaissance rendra le clinicien expérimenté, très-réservé pour le diagnostic ; nous retrouverons plus tard ce point important de la pratique. A côté de l'hypertrophie du tissu, se placerait tout naturellement l'hypertrophie des vaisseaux ; nous avons traité cette question dans son ensemble, et nous renvoyons à la fin du chapitre.

L'atrophie exige peu de développements. On dit que le tissu fibreux peut se développer à côté du tissu musculaire et l'étouffer : il se formerait véritablement un corps fibreux ; est-ce là l'atrophie par condensation de M. Cruveilhier ? Je n'ai aucune donnée sur ce sujet, mais je tiens à faire remarquer que si cela se rencontrait, la tumeur serait définitivement immobilisée, ou, pour le moins, ses changements n'auraient plus le rapport physiologique que nous prêtons au myome normal,

Un autre mode d'atrophie est le dépôt de matière calcaire, phosphate et carbonate de chaux dans l'intérieur même des éléments : on en rencontre des amas plus ou moins grands ou des lamelles fines ; elle existe dans les tumeurs à la période de décroissance de la vie, et dans toutes les conditions où leur vitalité propre est amoindrie, tandis que la forme primitive s'est conservée ; c'est ainsi qu'on l'observe bien plus fréquemment dans les tumeurs sous-péritonéales, dont la capsule s'est atrophiée ; elle a été rencontrée également dans les polypes intra-utérins, limités aux portions lobulées, le tissu fasciculé interlobulaire ayant disparu par atrophie, ce qui rend compte de la production

de ces poches à pierres dont on trouve des relations saisissantes dans plusieurs auteurs (1). La forme unilobulaire produit de beaux exemples de cette atrophie calcifiante, pétrifiante.

Pour passer aux dégénérescences véritables, je vais indiquer la dégénérescence graisseuse qui, si elle n'est pas un mode d'atrophie, est au moins un de ses termes et ne peut manquer de jouer un rôle important dans la disparition spontanée de ces tumeurs. Il existe un trait d'union entre la dégénérescence graisseuse des fibres et leur état normal, c'est l'état puriforme décrit par Lebert, avec la conservation de la forme qu'il faut bien se garder de confondre avec la suppuration. La transformation graisseuse survient d'une façon spontanée. Elle est caractérisée par une coloration blanc jaunâtre que revêt la coupe, et l'on trouve des éléments musculaires infiltrés par une série de granulations graisseuses.

Une autre transformation que l'on rencontre est la transformation muqueuse, représentée par une infiltration de substance muqueuse dans l'intérieur de la tumeur (état colloïde) : cette substance peut se déposer en quantité plus considérable dans une de ses parties, détruire les éléments constitutifs, et arriver à produire des cavités de dimensions tout à fait variables. Cruveilhier a donné à ces états pathologiques le nom de géodes : ces cavités offrent un volume tout à fait variable, depuis une tête d'épingle jusqu'à celui d'une tête de fœtus à terme ; au début, c'est une substance muqueuse pure qui les remplit ; plus tard, des vaisseaux peuvent s'être rompus et former un liquide séro-sanguinolent.

Un mode de dégénérescence, dont l'interprétation anatomo-

(1) Louis, in *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, vol. III. Mat. Duncan in *Edinb. med. J.* 1857. v. XIII, p. 179.

mique n'est pas donnée, mais qui s'observe fréquemment dans la partie centrale de toutes les tumeurs dans celles qui qui se désagrègent lentement au contact de l'air, après destruction de leur capsule, est décrit par *Ferguson* (1) comme « analogue à celle qui se passe dans les substances végétales. » *West* (2) en parle longuement comme d'un processus nécrobiotique : « La dégénérescence se produit sans qu'aucun phénomène puisse la faire soupçonner, l'excroissance se ramollit et se réduit en putrilage boueux. »

*Vascularité.* — Pour justifier l'insertion de ce chapitre parmi les états pathologiques, il me suffit de prouver que toute vascularisation reconnaissable à l'œil nu est une lésion de tissu, mais ce fait ressort abondamment de la description que j'ai donnée de l'anatomie normale du myome. Cela étant établi, les opinions des meilleurs auteurs cessent d'être discordantes, et la vascularisation a dès lors une signification déterminée : on ne doit plus s'étonner que des pathologistes éminents aient pu décrire, comme variétés du myome, des développements à degrés divers de tout ou d'une partie du système vasculaire de ces tumeurs. Voyons comment la question avait été posée et quelle interprétation on devra donner aux faits. On a vu des corps fibreux donner du sang pendant qu'on les incisait dans une opération (*Chassaignac*); on a même vu ce phénomène sur le cadavre (3). On a décrit des polypes vasculaires, mais leur tissu paraissait habituellement exsangue, surtout le tissu type, dense, blanc nacré. On s'est fondé, pour nier la vascularité, sur le résultat

(1) *Ferguson*, Introduction au livre de *R. Gooch*, *Dis. of women*. London, Syd. Soc., 1859.

(2) *West*, *Dis. of women*. Traduction française de *Mauriac*, 1870, p. 325.

(3) *Piégu*, *Soc. anat.*, 1845.

négalif des injections faites par Cruveilhier et d'autres anatomistes, tandis que *R. Lee* et d'autres ont défendu, pièces en main, l'opinion contraire.

Lee (1) soutenait depuis 1835 la vascularité, se fondant et sur la constatation d'un système continu d'artères et de veines et sur les hémorrhagies dont leur tissu était le siège. Comme il trouva des contradicteurs, il rapporta le résultat de ses recherches anatomiques, et il décrit ainsi les pièces du musée de Saint-Georges Hospital : « Quand les artères gagnent la tumeur, elles ne plongent pas directement dans la substance, mais se distribuent de la surface extérieure vers l'intérieur dans les fissures et dans les sillons de la substance interlobulaire, en donnant de petites branches aux parties environnantes. Des veines de volume considérable partent de la partie centrale de ces tumeurs vers la superficie, en décrivant un trajet sinueux, s'élargissant graduellement pour se terminer dans les veines utérines, etc. » *Oldham* (2), en 1844, écrivait : « Les artères pénètrent partout, s'injectent facilement ; mais les veines apparaissent seulement dans le réseau périphérique. » Cruveilhier (3) dit au contraire : « Aucune artère ne m'a paru pénétrer. Le réseau veineux propre aux corps fibreux reçoit toutes les veines qui naissent dans l'intérieur de ces corps, veines propres dont le développement est en raison de la vitalité du corps fibreux lui-même. » Lebert : « La vascularité de ces tumeurs est variable, en moyenne très-peu considérable, généralement plutôt périphérique. » *Paget* (4) écrit : « Les

(1) *R. Lee, Med. Chir. Transact.*, vol. XIX, p. 96; *ibid.*, 1850, vol. XXXIII.

(2) *Oldham, in Guy's Hosp. Reports*, 1844, 2<sup>e</sup> s., v. II, p. 105.

(3) *Cruveilhier, Anat. path.*, t. III, p. 674.

(4) *Paget, Lect. on Surg. Pathol.*, 1863, p. 475.

vaisseaux se distribuent aux parties de la tumeur qui offrent la moindre densité, de sorte que, selon le degré de densité, une tumeur paraîtra blanche ou fortement injectée. » « La vascularité est toujours moindre que celle de l'utérus d'où provient la tumeur. » Les remarques de ce dernier auteur ont trait aux pièces des musées de l'Université d'Édimbourg et de Middlesex Hospital.

Ce qui a compliqué le débat, c'est l'étude d'ensemble faite sur des corps fibreux et sur des polypes, car on admettait depuis longtemps l'identité du tissu propre de l'un et de l'autre, et il est plus fréquent de rencontrer des polypes que des corps fibreux, vasculaires. Nous avons vu par quel artifice l'utérus se sépare du corps étranger, tout en restant en communication organo-vitale avec lui et comment il tend à supprimer cette dernière pour les corps pédiculés péri-utérins : la nature a procédé d'une façon toute différente pour les corps pédiculés intra-utérins, leur fournissant une capsule douée d'une richesse vasculaire exceptionnelle, continue avec la paroi utérine par l'intermédiaire d'un pédicule qui renferme des troncs d'un volume important. Lire à ce sujet Hervez de Chégoin (*Journal de médecine*, 1827), qui, le premier, a bien développé cette question.

Le fait général de la vascularisation des polypes est parfaitement rendu par Levret, en 1749 : « Veines variqueuses à la surface, très-peu de vaisseaux sanguins à l'intérieur » : mais à l'état manifestement variqueux, la capsule est déjà dans une condition pathologique. Albers (1) dit qu'on rencontre le réseau vasculaire sous-muqueux, riche, seulement lorsque les tumeurs ont au moins le volume d'une pomme ; « il a la plus grande analogie avec

(1) Albers, *Deutsche Klinik*, 1855.

celui qui avoisine les tumeurs hémorrhoidales. » En se développant, il prend tous les caractères d'un réseau veineux à canaux, offrant parfois le volume d'une petite plume de corbeau, à anastomoses larges, s'aplatissant dans l'état de vacuité. Ce réseau communique sur toute la périphérie, avec les vaisseaux de l'intérieur, et, comme le polype est sujet à des irritations fréquentes, il n'est point rare de le rencontrer à l'état pathologique, auquel cas l'injection de son système vasculaire est possible. Le cas dont parle R. Lee (1835) est manifestement un polype dégénéré : « Tumeur divisée par de profondes fissures, artères et veines de grosseur considérable ; cavités contenant un liquide gélatineux, sanguinolent ; un caillot sanguin, etc. » La vascularisation et les dégénérescences sous forme de ramollissement, s'accompagnent constamment. *Cruveilhier* (1) décrit une tumeur qui avait été prise pour un kyste, et qui était « un corps fibreux formé de masses isolées, dures, globuleuses, de différentes dimensions, dont plusieurs extrêmement petites, unies entre elles par un tissu cellulaire lâche et infiltré, dans lequel rampait un grand nombre de vaisseaux. » *Rokitansky* décrit comme une variété de tumeur fibreuse des « Tubercules du volume de pois ou de fèves réunis ensemble par un tissu vasculaire lâche. » Nous observons ici ce fait intéressant que nous avons déjà rencontré, la tendance à provoquer l'isolement des portions denses, à forme concentrique, résultat qui s'opère par des modifications anatomiques variées de la substance fasciculée interlobulaire. Un cas extrême est représenté par une pièce de la collection de M. Huguier (2).

(1) *L. c.*, t. III, p. 682 et liv. XXIV, pl. 1, 2.

(2) Huguier, *in* Guyon. Thèse de concours. Paris, 1860, p. 17. Figurée *in* Jarjavay. Thèse de concours, 1850, fig. 8.

*Saviard*, en 1696, a décrit une tumeur qui recevait quatre branches artérielles, les artères petites, les veines grosses comme les crurales. Une forme de la vascularité anormale est ainsi décrite par *Lebert* (loc. cit.). « Nous avons observé trois cas dans lesquels elle était très-grande dans la tumeur, au point de lui donner presque un caractère érectile. » *Foerster* (1) parle d'un réseau télangiectasique.

Les hémorrhagies dans l'intérieur du tissu sont fréquentes dans ces tumeurs dégénérées; elles subissent des pressions considérables de la part de l'utérus, et les conditions de la stase sanguine existent à un haut degré. Mais la rupture des vaisseaux du réseau périphérique est une source d'hémorrhagie d'une bien autre gravité. Cette rupture peut se faire au niveau du pédicule (*Grailly Hewitt*) (2). Elle se fait aussi au point le plus déclive, à l'extrémité la plus éloignée du pédicule, cas figuré par *Cruveilhier* (3).

*Mat. Duncan* (4) a recueilli un très-bel exemple de cette lésion en 1864, et l'a publié avec figure. On lira avec intérêt cette observation, rapportée avec une exactitude parfaite.

M<sup>lle</sup> G..., jeune femme, portait une tumeur fibreuse intra-utérine. Elle avait eu de fortes ménorrhagies. Quelques mois après m'avoir consulté, on me fit venir. Elle n'avait plus eu d'hémorrhagie depuis quelques jours, mais elle se mourait. Le docteur *Grainger Stewart* fit l'autopsie.

Une tumeur globuleuse, intra-utérine, fibreuse, de 3 pouces de diamètre, occupait le fond de l'utérus; elle était d'une dureté moyenne. Elle était partout recouverte d'une couche de

(1) *Foerster*, *Pathol. Anatomie*, 2<sup>e</sup> partie, p. 343.

(2) *Grailly Hewitt*, *Obstetric. Trans.* London, 1860, July, 6.

(3) *Cruveilhier*, *Anat. path.*, atlas, liv. XIII, pl. 6, fig. 2.

(4) *Mat. Duncan*, in *Edinb. Med. Journ.*, 1867, p. 627.

tissu musculaire et par la membrane muqueuse saine, et au centre de la partie la plus saillante se voyait un petit caillot, décoloré à sa partie libre. Ce caillot, examiné à la loupe, était projeté à travers un orifice qu'il était loin de boucher complètement. L'orifice mesurait un douzième de pouce, la section transversale d'une grosse plume de corbeau; il avait quelque ressemblance avec l'ouverture d'un sinus veineux, produite par la séparation du placenta. Le caillot avait deux pouces de long, et le sinus qui le contenait était vide et aplati.

La coupe montrait des sinus veineux du volume d'une petite plume de corbeau, traversant de toutes parts la tumeur. La couche de la muqueuse utérine qui revêtait la tumeur avait 3<sup>mm</sup>,25 et supportait une réticulation éléphantine de sinus provenant du tissu utérin hypertrophié qui entourait la tumeur, développés de la même manière que dans l'état de grossesse.

Ces sinus ont été trouvés aplatis, vides; mais pendant la congestion mensuelle, ils pouvaient contenir beaucoup de sang, et l'hémorrhagie, dans ce cas, a été produite par la rupture d'un de ces sinus, et a été arrêtée par la formation d'un caillot.

Ce même auteur a observé la communication directe des sinus périphériques avec les lacunes du tissu propre du type. (*Ibid.*, 1868, t. XIII, p. 955.)

Ayant décrit la vascularité à l'état pathologique, je vais indiquer les lésions qui en dépendent immédiatement. Le premier de ces états est l'œdème, qui coïncide toujours avec un développement anormal du système vasculaire (1).

L'infiltration peut être générale; quelquefois le liquide se collecte par gravitation dans la partie déclive entre la capsule et la tumeur (2). Cet œdème s'observe par suite de congestion simple, ou de phlébite oblitérante, et se produit len-

(1) Cruveilhier, *L. c.*, p. 671.

(2) Mat. Duncan, in *Ed. Med. J.*, 1867, t. XII, p. 658.



tement. Ailleurs il est rapide, soudain, inflammatoire ; Routh (1) l'a comparé à l'œdème aigu du scrotum.

La congestion des myomes est fréquente ; on trouve les tumeurs rosées à la coupe : des points hémorragiques s'observent au centre des lobules, et des ecchymoses dans les parties fasciculées. L'issue du sang au travers des vaisseaux peut avoir lieu dans une partie saine ou dans une partie dégénérée. A propos de la dégénérescence muqueuse, nous venons de voir comment les vaisseaux se trouvant libres au milieu de la partie altérée, et n'ayant plus leur soutien habituel, peuvent se rompre et former un kyste rempli de liquide muco-sanguinolent. Mais il existe de véritables hémorragies se faisant dans les parties saines et voici comment nous comprenons leur mode de formation. Ces tumeurs se trouvent douées de contractilité tout comme l'utérus lui-même. Or, sous l'influence de ces contractions, il peut se faire une stagnation du sang dans les petits vaisseaux et une rupture peut suivre cette tension vasculaire exagérée. Le liquide s'infiltré dans l'épaisseur même des faisceaux musculaires et tout autour de ces vaisseaux, mais n'arrive jamais à se creuser une cavité dans le tissu. Il arrive souvent de voir des points hémorragiques offrant tout à fait l'apparence du sang épanché et coagulé, mais si l'on examine plus attentivement ces tumeurs, on voit que le sang ne se trouve pas collecté, mais bien infiltré dans l'épaisseur même des faisceaux, de sorte qu'il existe deux variétés d'hémorragies, une par épanchement, une autre par infiltration, la première étant toujours consécutive à une dégénérescence primitive (2).

(1) Routh, *Lect. on fibrous Tumours*. London, 1864.

(2) Muren, Communication orale.

Rappelons pour mémoire l'inflammation franche qui peut conduire à une suppuration par points limités, ou diffuse : elle se produit de préférence dans la cellulose lâche qui isole la tumeur du tissu utérin, ou entre le polype et sa capsule. La gangrène se rencontre également parfaitement limitée au corps étranger.

---

## CHAPITRE II

### **Influence de la grossesse sur le myome et du myome sur la grossesse.**

#### HISTORIQUE.

La grande révolution scientifique de la médecine, en faisant de celle-ci une science à procédés exacts, donna pour adjuvant à l'enseignement théorique l'instruction clinique, telle que nous la connaissons aujourd'hui, s'éclairant de toutes les méthodes véritablement scientifiques dont elle peut disposer.

Qu'on se figure l'abaissement de l'art obstétrical, quand, il n'y a pas bien longtemps, en Angleterre, une assemblée d'hommes réfléchis, décréta l'obstétrique indigne d'occuper l'attention médicale! En France au contraire, l'Académie de Paris, en créant la section d'accouchements, conquit à ce département de notre art sa place légitime, et un rang que la valeur des membres associés a bien justifié. La clinique a eu sa belle part dans le rehaussement des études et dans la rectification des préjugés, et, sous ce rapport, Paris, Vienne, Dublin, Heidelberg et Edimbourg ont définitivement acqui

leurs titres de noblesse : tout dernièrement il vient de s'éteindre un homme dont la mémoire est destinée à passer à la postérité sans s'obscurcir ; j'ai nommé Simpson, le grand clinicien, mon vénéré maître : et je désire exprimer ici tous les regrets que j'ai éprouvés de n'avoir pu m'inspirer des conseils de sa vaste expérience dans le cours de ce travail.

La clinique a trouvé un terrain fécond dans cet art, abandonné pendant longtemps à des esprits insuffisants et peu à la hauteur de leur tâche, et, depuis déjà longtemps, les progrès réalisés dans l'art obstétrical ne le cèdent en rien à ceux qui témoignent des progrès de toutes les branches de l'art médical.

Le sujet dont je me suis proposé l'étude n'a pas une histoire clinique bien vieille. Levret (1) s'attacha à démontrer la possibilité de la gestation dans un utérus atteint de polypes : les travaux de Hunter, Bayle, Baillie établirent l'identité des tumeurs qui se pédiculisent avec celles qui restent incarcérées dans la paroi. La dystocie, par lésion des parties molles n'était pas si rare qu'on ne pût trouver dans les traités classiques à partir de Baudelocque, Denman, des notions suffisantes pour guider l'intervention. La découverte de l'auscultation obstétricale et les travaux spéciaux de M. Depaul (2) à ce sujet, en mettant un terme à bien des hésitations, avaient permis de produire des observations revêtues de toute l'exactitude désirable. Nægelé avait largement étudié la dystocie qui a pour cause les parties molles, et son élève Puchelt (3) en réunit un grand nombre d'exem-

(1) Levret, *Mémoires de l'Acad. de chir.*, t. III, 1749.

(2) Depaul, Thèses de Paris, 1839. *Traité d'auscultation obstétricale*. Paris, 1847.

(3) Puchelt, *Comment. de tumoribus in pelvi partum impediētibus*. Heidelberg, 1840.

bles ; cependant la nature de son travail le renferma dans le classement des faits. A partir de cette époque, les revues scientifiques ont consigné un grand nombre de faits, propres à ouvrir le champ à l'hypothèse et par conséquent à l'esprit de recherche. Tous ces faits restaient isolés ; nous les avons recueillis et cités, et nous nous estimons heureux de pouvoir épargner à nos lecteurs des recherches qui nous ont coûté énormément de temps et de travail.

Nous devons à *Ingleby* de le citer comme le premier auteur qui ait fait un travail d'ensemble véritablement clinique sur la question qui nous occupe. Son mémoire (1) est intitulé : « Dystocie due aux parties molles, » il s'étend longuement sur les tumeurs fibreuses, et en particulier sur celles du fond, qui sont sous-péritonéales ; il dit : « On peut les ignorer quand elles ont un volume modéré, mais la grossesse survenant, leur accroissement pourrait les faire reconnaître ; elles peuvent rester passives et alors passer inaperçues, ou bien à cet état passif pourra succéder, par une transition lente, un état subaigu, la tumeur devenant douloureuse à la pression ou au plus petit froissement accidentel. Alors la constitution participe à l'excitation ; on voit apparaître du dérangement gastro-intestinal, la fréquence du pouls, l'amaigrissement progressif. Ces symptômes cèdent à un traitement approprié, sangsues, décubitus horizontal, opiacés, laxatifs. Dans les grossesses suivantes, la tumeur ne s'accroît plus dans les mêmes proportions. » Plus loin cependant, il décrit leur évolution continue, qu'il a observée à un point où l'accouchement par les voies naturelles ne pourrait avoir lieu. Il paraît connaître la question sous tous ses aspects, si ce n'est celui de l'évolution spontanée du tra-

(1) J. T. Ingleby, in *Edinburg. Med. and Surg. Journal*, 1836, p. 407.

vail dans les cas de tumeurs de l'excavation, cas dont il ne fait pas mention. Il donne des préceptes très-exacts pour l'intervention chirurgicale, et indique l'accouchement prématuré, provoqué, pour les cas où la femme n'a pas pu accoucher d'un enfant vivant. Un mémoire d'Ashwell (1) publié dans la même année, traite la question à un point de vue spécial : l'importance de ce travail m'obligera à en parler longuement dans la suite, aussi je me borne à en présenter le titre « sur l'opportunité de provoquer l'accouchement prématuré comme moyen thérapeutique, propre à prévenir le danger de l'inflammation de mauvaise nature. »

Le traité d'Ingleby (2) a paru après cette publication, et l'auteur consacre un chapitre très-étendu à argumenter la thèse d'Ashwell ; il conclut avec une logique inflexible contre l'accouchement prématuré, provoqué au point de vue thérapeutique. Il n'existe rien d'aussi bien conçu sur ce point particulier que ce travail d'Ingleby.

Ashwell (3) ne tarda pas à lui répondre, mais par une simple réplique où il se borne à déclarer qu'il est bien sûr de son fait, et que l'accouchement prématuré provoqué donne d'excellents résultats (dans d'autres cas). A partir de ce moment, il a paru quelques essais qui sont à noter dans ce chapitre :

J. C. W. Lever (4). Sur les tumeurs qui mettent obstacle à l'accouchement.

(1) Ashwell, in *Guy's Hosp. Rep.*, 1836, 1<sup>re</sup> s., vol. I, p. 300.

(2) Ingleby, *Facts and cases in Obstetric Medicine*. London, sans date.

(3) Ashwell, in *London Med. Gaz.*, 1837, vol. XIX, p. 398.

(4) J. C. W. Lever, in *Guy's Hosp. Rep.* London, 1842, 1<sup>re</sup> s., vol. VII, p. 74.

Oldham (1). Sur les polypes intra-utérins de gros volume qui se développent pendant la grossesse.

Am. Forget (2). Sur les tumeurs fibreuses pendant la grossesse et après l'accouchement.

Guyon et Tarnier (3) ont consacré des articles à ce sujet.

Dubar (4). Des tumeurs fibreuses de l'utérus compliquant la grossesse.

Etcheverry (5). Des corps fibreux de l'utérus au point de vue de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche.

Guéniot (6). Des tumeurs fibreuses de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement, principalement au point de vue de certains phénomènes non encore signalés et qui en obscurcissent le diagnostic.

Breslau (7). Un résumé d'observations classifiées.

Guéniot (8). Des grossesses compliquées et de leur traitement.

Magdelaine (9). Étude sur les tumeurs fibreuses sous-péritonéales de l'utérus compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

(1) Oldham, in *Guy's Hosp. Rep.* London, 1844, 2<sup>e</sup> s., vol. III, p. 103. And *Ibid.*, vol. VIII, p. 71.

(2) Am. Forget, in *Bull. de thérapeutique*, 1846, avril.

(3) Thèses de concours pour l'agrégation, 1860.

(4) Dubar, Thèses de Paris, 1864, n° 2.

(5) Etcheverry, Thèses de Paris, 1864, n° 5.

(6) Guéniot, in *Gaz. des Hôp.*, 1864, p. 169.

(7) Breslau, in *Mon., f. Geburt.*, 1865. Bd. xxv, suppl. p. 122.

(8) Le même, in *Bull. de thérapeutique*, 1866, vol. LXXI, p. 253.

(9) L. Magdelaine, Thèses de Strasbourg, 1869, 3<sup>e</sup> s., n° 171.

Enfin il me reste à dire que cette question a soulevé une discussion importante au sein de la Société de chirurgie en 1868-1869. Le savant professeur de clinique obstétricale de la Faculté, s'appuyant sur un fait très-remarquable de sa pratique, formula une opinion motivée sur les données de sa propre observation. M. Depaul trouva des contradicteurs; un surtout, M. Guéniot, apporta des faits très-intéressants et nia de par l'observation les conclusions du maître. Le débat s'engagea. D'autres faits ont été présentés par les accoucheurs de notre époque. M. Depaul a justifié sa doctrine par des analogies tirées de la physiologie, par l'expérience clinique et par les travaux des auteurs classiques de notre siècle.

Un débat de cette nature et devant des juges aussi autorisés aurait pu se clore par une expression d'opinion, mais les faits sont rares et ne se trouvent pas rapprochés dans la pratique obstétricale. En pareil cas, la valeur de l'observateur a une grande influence sur le jugement que l'on porte sur les faits : c'est justice. — Il était évident qu'une de ces inconnues si communes dans la pathologie se cachait pour troubler un résultat qu'enseignait à livre ouvert la physiologie. Voilà la plus édifiante des expériences toute préparée par la nature; ce merveilleux organe, destiné à faire les frais de la reproduction de l'espèce, a porté atteinte à son intégrité en créant dans son tissu des corps étrangers à sa propre substance : l'œuf, qu'il doit conduire au terme de son développement, se greffe; que se passe-t-il? Corps étranger, vivant organiquement aux dépens de l'utérus, comment se comporte le myome? Afin d'éclairer cette question, j'ai étudié sa constitution, j'ai cherché à montrer comment il vivait, dans l'espoir de trouver l'interprétation des faits cliniques. Corps étranger mécanique, créant à l'œuf des conditions imprévues, quelle est son influence sur la grossesse? Pour



le savoir j'ai réuni un grand nombre de faits. J'ai consulté les auteurs classiques, et j'ai constaté ce que l'observation avait déjà formulé. J'ai fait des classements, et chemin faisant, sobre autant que possible d'hypothèses, j'ai tiré les conclusions qui paraissaient en découler.

Je souhaite d'avoir pu contribuer à faciliter l'étude de cette question intéressante.

#### INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE MYOME.

Plaçons-nous à notre point de vue spécial et recherchons l'influence de la grossesse sur la tumeur. Formé par un tissu musculaire identique à celui de l'utérus, né exclusivement pendant la période d'activité fonctionnelle de l'organe, nourri par le même système vasculaire, et pourvu de la puissance génératrice inhérente au tissu, le myome possède les conditions organo-vitales propres à lui assurer une activité simultanée dans toutes les conditions physiologiques qui sollicitent l'utérus. Un œuf s'est greffé dans ce dernier; l'utérus se développe, quelle part prend le myome à ce travail? Négligeons pour un moment la clinique, supposons la grossesse achevée, et demandons à l'anatomie l'état de ce corps, qui a traversé toute la période physiologique d'une grossesse normale. Déjà, on doit s'en apercevoir, il nous manque un élément essentiel, le terme de comparaison: je ne sais pas l'état du myome au moment de la conception; si donc je reconnais de grandes modifications dans ce corps, je ne suis pas en droit, au point de vue anatomique, de les attribuer à l'influence de la grossesse. Afin de nous mettre à l'abri de la contradiction qui pourrait résulter de cette incertitude, nous pourrions ne citer que les faits qui portent sur des tumeurs, prises après l'accouche-

ment, ne s'éloignant pas dans leurs caractères physiques ordinaires de l'état normal du myome. J'ai désiré surtout aller au-devant de l'objection, car les faits sont trop rares pour nous permettre un choix ; du reste je ne pense pas qu'on puisse la soutenir contre les faits que je rapporte.

Déjà en 1844, *Oldham* a rapporté deux cas à l'occasion desquels il s'exprime en ces termes :

**PREMIER FAIT.** — Le tissu était partout composé de fibres musculaires lisses : des veines volumineuses pouvant recevoir l'extrémité du petit doigt, se trouvaient sur la surface de section, et traversaient toute la tumeur. L'état spongieux de la masse et la laxité relative de la fibre semblaient indiquer une croissance rapide. (1).

Cette observation se rapporte à un polype inséré au fond de l'utérus par un pédicule du volume d'un cordon ombilical : il fut expulsé trois semaines après l'accouchement.

**DEUXIÈME FAIT.** — La structure était identique à celle du cas précédent ; le tissu prédominant était la fibre lisse, laquelle, examinée parallèlement avec une portion des fibres musculaires de l'utérus, montrait seulement dans cette dernière une plus grande abondance de cellules et de globules du sang, ce qui rendait moins facile une bonne délimitation de la fibre dans ce dernier cas (2).

La tumeur appartenait à une femme morte peu après avoir été délivrée ; elle s'insérait sur la paroi droite au-dessus

(1) Moon. in *Oldham*, in *Guy's Hosp. Reports* 1844, 2<sup>e</sup> S, vol. II, p. 122.

(2) *Oldham*, in, *ibid.* p. 123.

du col, et s'était développée de bas en haut vers le fond, de manière à ne point gêner l'expulsion; elle pesait 7 livres. Longueur, 14 pouces; circonférence, 14 1/2; circonférence du pédicule, 10; épaisseur, 5. (Voir Obs. XXXV.)

Ces deux faits sont parfaitement concluants; le tissu de la tumeur ressemblait exactement à celui de l'utérus; la tumeur a donc suivi en tous points le développement de l'utérus gravide; mêmes sinus volumineux, même condition des fibres musculaires. La présence de sang infiltré dans les fibres utérines, dans le second cas, doit être rapportée à la cause de mort, sorte de tétanos utérin. Cette même tumeur, conservée, fut présentée à la Société pathologique de Londres; un rapport (1) fait par J. Bristowe confirma l'examen antérieur. On y trouve un détail qui manque dans l'observation: la femme est morte quatre jours après l'accouchement. Le rapport auquel je viens de faire allusion s'occupe presque en entier de mon troisième fait: (Obs. CXIV de notre travail).

**TROISIÈME FAIT.** — Grossesse à terme: tumeur fibreuse utérine prise pour une exostose. Opération césarienne. Mort au bout de 36 heures.

L'utérus a 5 pouces de long. L'incision mesure 4 pouces, elle bâille fortement, la coaptation étant empêchée par le tiraillement produit sur les lèvres de la plaie par la tumeur qui est en arrière.

La tumeur se trouve dans le cul-de-sac postérieur. Elle n'est en rapport avec l'utérus que dans les deux tiers supérieurs de la paroi postérieure: elle forme une masse lobulée, irrégulière, de 9 pouces de long, 5 de large, et 3 à 4 d'épaisseur. Elle dépassait peu le fond de l'utérus, mais descendait au moins à 3 pour

(1) J. Bristowe, *in Pathol. Trans.* London, 1853, vol. IV, p. 218.

ces au-dessous du col, et était à 5 pouces au moins au-dessous de son point d'insertion inférieur; elle se terminait au bas par une portion pédiculée, irrégulièrement lobulée du volume d'une grosse orange. Cette partie avait mis obstacle au travail.

A la coupe, on voyait le tissu musculaire de l'utérus enveloppant quelques-unes des tumeurs, et ne s'étendant sur d'autres qu'à une petite distance de la base. C'était le cas de la tumeur pendante entre le vagin et le rectum. La tumeur avait l'aspect habituel des tumeurs fibreuses, plus dense que les parois utérines, un peu plus charnue en apparence, formée de fibres ondulées se courbant en tous sens avec une remarquable complexité.

*Vogel* affirme que quelques-unes au moins de ces productions sont musculeuses et d'une structure identique avec la paroi utérine.

Toutes ces tumeurs ont été trouvées identiquement semblables au tissu musculeux de l'utérus lui-même; elles étaient même d'une telle ressemblance qu'au microscope, on ne pouvait jamais dire si un spécimen quelconque avait été pris à l'utérus ou à la tumeur.

« La tumeur était composée de fibres musculaires fasciculées, fusiformes, transparentes, identiques quant à la forme, le volume, l'aspect et l'arrangement, avec celle des parois utérines. Il ne semblait pas que le tissu fibreux fût plus abondant dans la tumeur que dans l'utérus, et la densité plus grande de la tumeur ne se laissait pas reconnaître par quelque caractère appréciable sous le microscope. »

*J. Bristowe* conclut en ces termes parfaitement légitimes :

« Non-seulement les tumeurs fibreuses croissent, mais encore elles doivent nécessairement croître. »

Nous donnerons ici les détails anatomiques qui font suite à notre obs. LI, due à W. O. Priestley :

QUATRIÈME FAIT. — Tumeur en forme de languette, longue de 4 pouces, faisant saillie sur une tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'utérus au voisinage du col. Emploi de l'écraseur, le 15<sup>e</sup> jour après l'accouchement.

La tumeur est constituée par des fibres musculaires colossales, pareilles à celles de l'utérus gravide; elles diffèrent de toutes celles que j'ai vues sur les tumeurs fibreuses de l'utérus non gravide.

Mat. Duncan a énucléé un myome interstitiel sur une femme qui venait d'accoucher et a complété l'observation par l'examen histologique : (voir Obs. XLV.)

CINQUIÈME FAIT. — Tumeur, extirpée par énucléation, 40 heures après un accouchement. La tumeur présentait à l'œil nu les caractères ordinaires des tumeurs fibreuses, mais elle était de couleur un peu plus rosée, en outre, on voyait çà et là très-nettement un tissu jaunâtre. Examinée au microscope par le professeur Turner, elle était constituée par du tissu conjonctif nucléé, traversé par des fibres lisses. Ce dernier élément se rencontrait dans les parties jaunes; on y reconnaissait très-manifestement la dégénérescence graisseuse. Dans quelques points, les globules graisseux rendaient méconnaissable la structure musculieuse.

Cette observation trop écourtée, insuffisante en ce qu'elle ne fait pas mention du volume des fibres, ne doit pas moins être rapportée à cette place, car l'auteur ajoute : « Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est qu'elle confirme l'opinion de *Bristowe* et autres. » Nous savons quelle est cette opinion, et cela nous suffit. Mais ce qui est d'un intérêt bien plus marquant, c'est que nous y trouvons consignée l'altération bien constatée de la dégénérescence graisseuse, exactement comme dans le tissu musculaire utérin.

Ces faits, si peu nombreux qu'ils soient, sont concluants ; fussent-ils centuplés, ils ne seraient pas plus probants, quant à la question de l'identité organo-vitale du tissu du myome avec celui de l'utérus.

Ils ont reçu une haute consécration du fait apporté par *M. Depaul* devant la Société de chirurgie (1) : (voir obs. XLVIII.)

SIXIÈME FAIT.—Trois grossesses à terme. La main introduite dans l'utérus constate la présence d'un corps dur, lisse, glissant. Lochies fétides. Expulsion spontanée d'une tumeur grosse comme le poing.

*M. Robin* dit que la tumeur est un corps fibreux type, multilobé, composé en grande partie de fibres musculaires utérines.

Nous tenons donc pour démontré que les myomes prennent part à l'activité organo-vitale éveillée dans l'utérus par la présence de l'œuf, que la fibre musculaire s'hypertrophie, et que dès le moment de l'expulsion du produit la fibre-cellule devient granulo-graisseuse. Jusque-là le parallèle est tracé entre l'élément musculaire du myome et celui de l'utérus : voyons maintenant si le myome subit l'évolution si bien connue dans l'organe gestateur. Les preuves anatomiques nous font défaut, mais les faits cliniques parlent assez haut, et ils sont appuyés par les hommes les plus autorisés. *Loije* consigne tout d'abord un fait très-intéressant qui met en évidence l'hypertrophie s'annonçant dès le début, et constatée par l'examen clinique d'un cas de grossesse qui n'a pas eu plus de deux mois d'évolution.

Obs. I (2). — Une femme demanda, à l'occasion d'un ma-

(1) Depaul, in *Gaz. des Hôpitaux*, 1868, n° 69.

(2) Montgomery, *Signs and Symptoms of Pregnancy*, 2<sup>e</sup> éd. 1856, p. 344.

riage projeté, l'avis d'un médecin sur une tumeur qu'elle portait dans un côté du ventre. Celui-ci ne pratiqua pas le toucher vaginal, mais dit qu'elle ne pouvait devenir enceinte. Elle se maria, et lorsque je la vis quelque temps après, elle était dans une angoisse extrême. Les règles étaient supprimées depuis deux mois, mais elle m'annonça qu'elles étaient revenues avec un grand excès. Au bout de 24 heures elle avorta et se remit lentement.

L'utérus était enseveli dans une grappe de tumeurs fibreuses qui remplissaient les deux fosses iliaques et le cul-de-sac postérieur. Les tumeurs avaient pris un grand développement par l'effet de la grossesse et étaient devenues douloureuses. Au bout de quelques semaines leur volume diminua et la sensibilité disparut. Mieux conseillée, elle ne se serait pas mariée.

La rareté d'un pareil fait, jointe à sa précision, me parait justifier l'insertion de l'observation suivante :

Obs. II. (1) — Une primipare accoucha au quatrième mois de sa grossesse d'une mole hydatique; en examinant l'utérus, on trouva la partie postérieure occupée par une saillie volumineuse s'étendant jusqu'au fond; on diagnostiqua une tumeur fibreuse. Longtemps après l'accouchement, on ne put plus reconnaître nettement la grosseur, et à l'occasion d'une nouvelle grossesse, on s'assura qu'il n'en existait pas trace.

Questionné sur le diagnostic, Kauffmann déclara que les notes de cette observation, prises au moment même, mettaient hors de doute le diagnostic Fibrome (2).

M. le professeur Depaul (*Leçons orales*, 1870), raconte deux cas de sa propre pratique :

(1) Kauffmann, in *Monat. für. Geb.* 1862.

(2) Le même, *Soc. Obstétr.* de Berlin, 28 janvier 1862.

Obs. III. — 1° Une dame qui porte une tumeur du volume d'une noix sur la paroi antérieure de l'utérus, est accouchée deux fois par ses soins : pendant les deux grossesses, la tumeur a pris progressivement le volume d'une pomme d'api, d'une orange, puis après l'accouchement, elle n'a pas tardé à diminuer.

Obs. IV (2). — 2° Une femme qui portait une tumeur du volume du poing, devint enceinte; à la fin de sa grossesse sa tumeur avait doublé; observée au bout de deux ans, la tumeur avait considérablement diminué.

D'après son expérience, la grossesse imprime aux corps fibreux des modifications énormes. Je consigne ici la belle observation que nous devons à M. Depaul, telle qu'il l'a donnée dans une de ses leçons à la clinique de la Faculté, en 1870; le fait est d'une évidence qui désarme la controverse :

Obs. V. — Je fus appelé à Laon, il y a 15 ans; je trouvai réunis autour d'une primipare trois médecins de la ville. Ses règles étaient supprimés depuis quatre mois; la dysurie, l'obstacle au cours des matières fécales avaient augmenté progressivement. Quand je la vis, elle ne pouvait ni uriner, ni aller à la garde-robe. Il y avait quatre jours que cet état durait (1). Le cathétérisme vésical fut d'une difficulté extrême; celui du rectum impossible. Des douleurs expulsives violentes faisaient pousser des cris déchirants à la femme; l'état était grave. Je reconnus au palper abdominal, une tumeur inclinée à gauche, donnant la sensation d'un utérus gravide à 4 mois. — L'excavation pelvienne était remplie par une tumeur dure.

(1) On avait diagnostiqué une hernie étranglée. Depaul, *in Union médicale*, 1857, n° 134, p. 546.



Je parvins à atteindre le col à travers une sorte de fente derrière la symphyse pubienne. L'utérus, soulevé par le doigt, faisait bascule, et laissait tomber son fond avec la tumeur un peu plus bas.

Le danger était grand, et je dus proposer de provoquer l'expulsion de l'œuf. On me laissa partir, mais aussitôt rentré à Paris, on me pria de revenir. Je passai une sonde dans l'utérus et la retournai dans la cavité en plusieurs sens. — Le lendemain, un enfant aplati comme un carton, fut expulsé à travers la boutonnière. Peu de temps après, la tumeur avait diminué d'un tiers, et, au bout de 4 à cinq mois, elle avait le volume d'une mandarine, elle était située sur la face antérieure de l'utérus, au voisinage du col.

Le fait de la rétraction d'un polype volumineux, intra-utérin, est peut-être plus singulier, mais l'insertion était étendue :

Obs. VI (4). — Une femme d'une quarantaine d'années accoucha à terme de son septième enfant le 17 octobre 1851. Présentation de l'épaule : version difficile; placenta expulsé naturellement. Le lendemain une grosse tumeur, qui s'était abaissée sans douleur et sans hémorrhagie, faisait saillie hors de la vulve. V. diagnostiqua une inversion, mais ne put réussir à la réduire. — Je vis la femme le 27. — Pendant la grossesse le ventre avait été plus dur et plus en saillie que d'habitude. L'utérus atteignait jusqu'à l'ombilic, et le vagin était distendu par une masse lisse, globuleuse, incolore, qui se perdait sans changer de volume dans l'intérieur de l'utérus, sans que j'aie pu parvenir à sentir le lieu d'insertion; elle avait quelques faibles adhérences avec le vagin en arrière. — La masse était assez molle. — Diagnostic : polype. Nous nous bornâmes à l'expectation.

(1) Vidal, in *Oldham in Guy's Hosp. Reports*, 1852, 2, s., vol. VIII, p. 69.

**24 novembre** : Le polype a beaucoup diminué de volume ; il se continue avec l'utérus par une base large et a la forme d'une langue. La consistance est melle.

**20 janvier 1852**. La tumeur a complètement disparu.

M. Alling nous a donné une très-belle observation du service de M. Lorain : il n'est pas nécessaire d'insister sur la netteté d'un fait qui a pour témoin le résultat d'une autopsie :

Obs. VII (4). — La nommée X..., femme de 44 ans, ayant déjà plusieurs enfants âgés, vient accoucher à l'hôpital Lariboisière le 21 mars 1869. Elle entra l'après-midi, la poche des eaux rompue, et les pieds de l'enfant dans l'excavation ; je termine l'accouchement, l'enfant est vivant. Quelques instants après, elle expulse le placenta, et lorsque j'exploré le ventre pour voir si l'utérus se rétracte bien, je trouve une tumeur volumineuse comme une tête de fœtus, vers le fond de l'utérus. Pensant avoir affaire à un second enfant, je pratique le toucher, mais je ne trouve pas de parties fœtales ; comme le placenta était sorti avec un seul cordon et que la femme ne perdait pas de sang, je n'ai pas voulu la tourmenter en insistant sur le toucher. J'exploré cependant de nouveau par la palpation ; je retrouve une tumeur, grosse comme une tête de fœtus de 8 mois, avec la dureté de l'os, cette tumeur se trouvait plus haut que l'ombilic, mais je ne trouvais pas de tronc attenant à cette tête. Sur le côté droit de l'utérus, au-dessous de la première tumeur (qui occupait à peu près le milieu du fond), je trouve une petite tumeur pointue, donnant absolument l'idée d'un coude de fœtus que l'on écarte du tronc ; j'ausculte avec soin, mais sans entendre nulle part de battements de cœur fœtal. J'étais très-indécis sur le diagnostic, cependant je n'ai pas voulu faire par l'intérieur de l'utérus une

(4) Lorain, in *Gazette des Hôpitaux*, 1869, n° 92.

exploration complète au moins inutile pour la femme, et j'ai préféré attendre; je dirai dès maintenant que la femme me disait à plusieurs reprises de ne pas m'occuper de cette grosseur, parce qu'elle l'avait toujours eue à ses autres accouchements et qu'elle disparaissait après ses couches.

Le lendemain, je retrouve la grosse tumeur, mais je ne retrouve pas la tumeur pointue; à sa place, ou peut-être un peu plus bas se trouve une tumeur arrondie, grosse comme un œuf, dure et un peu mobile

Deux jours plus tard, je ne retrouve plus que la grosse tumeur, et la femme répète en insistant qu'elle est sûre que la tumeur s'en ira toute seule comme les autres fois.

Quelques jours après, j'explore de nouveau le ventre; mais je ne puis plus retrouver de limites nettes à la tumeur; la femme a eu de la diarrhée, et il y a de la tympanite; on sent bien qu'il y a là une tumeur, mais on ne peut en distinguer les limites.

Elle est prise au bout de quelques jours d'infection putride et meurt le 12 avril.

A l'autopsie, on trouve près de l'angle de l'utérus, à droite une petite tumeur pointue de la grosseur d'une noix, et au-dessous, une autre encore plus petite. Nulle part ailleurs on ne trouve de traces de corps fibreux. L'utérus avait à peu près dix centimètres de hauteur.

Nous voyons donc ici une femme chez laquelle, au moment de l'accouchement, il existait des tumeurs dans les parois de l'utérus, dont une avait le volume et la consistance d'une tête de fœtus d'environ 8 mois; ces tumeurs on les sentait aussi nettement que si on les avait à nu (la femme était multipare et avait le ventre très-souple); et à l'autopsie on trouve deux petites tumeurs fibreuses, dont la plus grosse avait le volume d'une noix.

L'observation suivante, appuyée par des commémoratifs très-précis, a une grande analogie avec la précédente :

Obs. VIII (1). — Je fus appelé en consultation parce qu'on avait pris une tumeur de la paroi extérieure de l'utérus pour un 2<sup>e</sup> enfant. La femme se rétablit; la tumeur diminua rapidement, et disparut de dessus le pubis. Cette particularité était connue de la malade; dans ses grossesses antérieures on avait reconnu la même tumeur énorme; toujours elle avait disparu ensuite.

Remarquons la diminution constatée avant la disparition du côté de l'excavation, fait essentiel qui répond à une objection que nous aurons à noter.

Obs. IX (2). — Une femme accoucha en 1821. Une grosse tumeur fut expulsée le jour suivant hors de la vulve. On fit des tractions violentes dans l'espoir de l'extraire. R., appelé, la remplaça dans le vagin et la femme se rétablit. En 1824 elle accoucha de nouveau. La partie inférieure de l'excavation était remplie par une masse que je reconnus pour un polype; des contractions violentes l'expulsèrent au-devant de la tête de l'enfant, sans rompre son pédicule épais qui s'insérait au dedans de l'utérus (3) Le placenta fut expulsé sans retard. • Nous discutâmes l'opportunité de l'opération, mais nous nous décidâmes à patienter; nous avons bien jugé, car cette tumeur, grosse comme une tête de fœtus à terme, se réduisit au volume d'une petite noix dans l'espace de 4 mois. Nous fîmes alors la ligature et le polype tomba au bout de cinq jours. •

Je pourrais citer un certain nombre de cas où des tumeurs

(1) Pagan, in *Glasgow Med. Journal*, 1854, vol. I.

(2) Ramsbotham, in *Med. Times and Gaz.*, 1853, vol. VI, p. 42, and *Obstetric Med.*, p. 232.

(3) C'est à tort que Puchelt et Danyau indiquent l'insertion à la lèvre antérieure du col. Voir l'observation avec planche, *Obstetric Medicine*.

du col ont acquis pendant la grossesse un volume exceptionnel; leur retrait et parfois leur disparition sont également constatés dans ces observations; mais le diagnostic d'un myome polypeux du col et de l'hypertrophie de l'une des lèvres n'est pas encore connu en clinique : prévoyant donc les objections qu'on pourrait très-justement me faire, je m'en tiens aux faits qui ne sont pas passibles d'objections sérieuses ; de même, je pourrais citer tous les passages des meilleurs auteurs qui affirment la diminution de volume et même la disparition de tumeurs, et encore des observations dans lesquelles le fait est signalé, sans qu'il soit possible au lecteur de se porter juge lui-même. — On trouvera encore dans les observations qui sont consignées dans d'autres parties de ma thèse des faits qui confirment l'opinion très-accréditée du retour des myomes à l'état anatomique *ante partum*. Je signale aussi un cas qui met bien en évidence une condition particulière observée quelquefois et sur laquelle l'attention a été appelée dans la discussion récente :

Obs. X (4). — Madame P., primipare. Présentation de l'extrémité pelvienne. Accouchement rapide. Placenta expulsé normalement. On reconnut une tumeur du volume d'une noix au niveau de chaque corne utérine; elles étaient plus dures que le viscère. Les lochies furent normales. Les tumeurs conservèrent pendant huit jours un peu de sensibilité à la pression; elles diminuèrent progressivement, et l'utérus était dans un état normal au bout de 4 semaines.

Il y a dans ce fait quelque chose de plus que la disparition définitive; c'est l'observation d'une diminution progressive constatée jusqu'à la disparition.

(4) J. C. W. Lever, in *Guy's Hosp. Rep.*, 1842, p. 404.

D'après ces quelques faits d'une précision suffisante, et qui comprennent des myomes de toutes les variétés au point de vue du siège, je me crois en droit de conclure, sans multiplier davantage les citations, que ces corps peuvent s'hypertrophier comme l'utérus et subir un mouvement de retrait de même nature et au même moment que celui-ci. Ce merveilleux balancement organique peut-il se produire indéfiniment? Nous avons tout lieu de croire que, durant la période fonctionnelle de l'utérus, un myome peut se conserver ainsi à l'état statique, augmenter et décroître tout comme le viscère qui le supporte; mais le tissu utérin faiblit vers le déclin de son fonctionnement; cette activité en retour, si bien réglée qu'elle soit, laisse en définitive à l'élément de tissu un peu moins de vitalité. Le retrait de l'utérus n'est pas complet et son volume reste un peu supérieur à celui qu'il avait au point du départ. Le myome, lui, partage le développement de l'organe sans concourir à la fonction; pour lui la finalité est hors de cause; cependant, règle générale, il revient à un volume qui correspond à son volume primitif, mais on peut admettre un retour un peu moins complet à chaque grossesse successive, car de bonnes observations faites sur le même myome font constater une augmentation réelle de son volume au bout d'un certain nombre de grossesses. Les conditions propres à assurer l'état statique chez le myome sont inconnues, mais il n'y a pas à s'étonner qu'il le dépasse souvent : quelquefois l'involution a pu être extrême et amener ici la disparition, à l'immobilisation du néoplasme : ailleurs une première grossesse, un avortement même, a pu développer d'emblée un état pathologique, hypertrophie chronique avec vascularisation; enfin, il est incontestable que le myome peut également s'hypertrophier en conservant dans le tissu nouveau

le type exact du tissu préexistant. Les données anatomiques font trop défaut pour nous permettre de tracer son histoire clinique, et nous sommes forcés de nous contenter de quelques indications qui pourront servir de jalons pour éclairer plus tard la question. D'ailleurs nous avons fait une étude aussi complète que possible des formes pathologiques du myome; toutes ces formes se rencontrent dans la grossesse, et heureusement le plus souvent c'est l'hypertrophie simple, hypertrophie rapide en raison de l'exagération des fonctions de l'organe. Pendant plusieurs grossesses successives la même condition alternante peut s'observer sans conduire la tumeur nécessairement ni à l'hypertrophie chronique, ni à l'immobilité par suite d'une atrophie quelconque; mais si la tumeur se développe dans les grossesses successives, il y a lieu de craindre de lui voir enfin prendre, sous la même influence, un accroissement rapide, ou, des causes inconnues aidant, y associer une des dégénérescences graves que nous avons signalées. — C'est ici qu'il faut prendre en considération la question du ramollissement des tumeurs pendant la grossesse, question qui a été très-diversement interprétée. Il importe, dès le début, d'insister sur le vague déplorable que consacre un terme de ce genre, qui n'indique qu'une sensation physique; nous avons fait connaître les variations qui peuvent se rencontrer à ce point de vue dans toutes les tumeurs qui s'hypertrophient, nous n'avons pas à y revenir. Nous avons signalé les modes de dégénérescence qui conduisent au ramollissement pathologique; il s'agit actuellement de déterminer et ce qui s'observe sous l'influence de la grossesse et l'interprétation qu'on doit donner aux faits. Les deux espèces de ramollissement s'observent-elles dans la grossesse? Oui, exactement au même titre que dans l'état de vacuité de l'utérus, mais, sous l'influence d'un *stimulus* plus

actif. Quand et comment s'observent-elles ? Le ramollissement de croissance, toutes les fois que le myome, influencé par le stimulus, s'accroîtra très-rapidement, tendra à se vasculariser considérablement, ou qu'à cette vascularité se joindra l'œdème simple ; le ramollissement dégénératif, toutes les fois que les causes générales ou locales imprimeront à ce stimulus un caractère morbide. Sous ce rapport des observations me paraissent constater l'existence d'une influence fâcheuse sur le développement des tumeurs, quand celles-ci ont contracté des adhérences avec le péri-toine et que ces adhérences sont restées perméables aux vaisseaux de l'un et de l'autre. Il n'est pas de période cependant dans laquelle on observe plus spécialement l'une ou l'autre forme de ramollissement, tout dépend d'influences que la clinique ne peut guère préciser pour le moment. Maintenant il est une dernière forme de ramollissement qui joue un rôle fort important dans le mécanisme de l'accouchement, c'est celui qui s'observe dans les derniers mois ou dans les derniers jours de la grossesse et qui fait participer la tumeur à l'état particulier de tous les tissus, qui à ce moment tendent à perdre de leur consolidation. Cela parait s'effectuer par une espèce d'imbibition de tous ces tissus quels qu'ils soient ; c'est à ce fait que doit être réservé le terme si heureusement proposé, l'assouplissement.

Si tels sont les faits et s'ils ont toute la simplicité que cet exposé leur donne, comment y a-t-il encore un débat et quel en est la nature ? C'est ce que je vais faire connaître. Le ramollissement, indiqué par Ashwell (1) en 1836 comme un fait général, fut mis par lui sur le compte d'une modification

(1) Ashwell, in *Guy's Hosp. Reports*, 1836, 1<sup>o</sup> S., vol. I, p. 300.



*pathologique* provoquée par le fait de la grossesse même; ce *dictum* d'un clinicien a eu et a encore l'influence qu'exercent toujours les doctrines appuyées de l'autorité de la clinique. Avancée pour la justification d'une thérapeutique hasardeuse à l'extrême, appuyée de faits qui n'étaient pas propres à l'étayer, la doctrine d'Ashwell est cependant restée à peu près ce qu'elle était et pour le moins aussi informe. On lui a bien fait des objections, on a démontré le peu de valeur des observations qui en faisaient la base, on a affaibli la déduction qu'il avait tirée du fait : d'autre part on a même nié le fait, et en dernier lieu, un auteur plus hardi que les autres a émis l'opinion que le ramollissement, déjà fait exceptionnel, avait été mal à propos rapporté à l'influence de la grossesse. Comme rien ne porte plus de profit qu'une contradiction faite de bonne foi, l'occasion ne fut pas perdue et la Société de chirurgie a été en 1868 et 1869 l'arène d'un grand débat.

M. Depaul, excellent observateur, investigateur patient et clinicien consommé, confiant dans l'expérience de ses grands prédécesseurs et contemporains, Dubois, Moreau, Cazeaux, Danyau, Jacquemier, confirmée par la sienne propre, soutint la fréquence du développement remarquable imprimé à ces tumeurs par la grossesse, et par le fait même de la grossesse; il admit un ramollissement non constant, mais encore assez fréquent pour influencer notablement sur le pronostic; enfin il dut reconnaître que parfois les tumeurs pouvaient, sans se modifier, traverser la période de la grossesse; il fit en même temps une distinction fondée sur le siège des tumeurs et sur leurs connexions avec l'utérus, et admit une évolution variable déterminée par le siège, le volume et le moyen d'union. La question ainsi posée entre les deux contradicteurs, le débat s'est engagé et beaucoup de faits ont

été apportés de part et d'autre, les faits personnels influant naturellement d'une manière prononcée sur le jugement d'un chacun. Il n'était plus douteux pour personne qu'il ne fallut entendre dans un sens restreint le terme *ramollissement*, appliqué à la généralité des faits; aussi le terme *assouplissement* a-t-il été fort bien accueilli pour désigner le ramollissement ultime. Pour conclure, quatre propositions ont été mises en évidence: ni l'hypertrophie, ni le ramollissement ne s'observent constamment. L'hypertrophie peut exister sans ramollissement. L'hypertrophie et le ramollissement peuvent marcher de pair: j'ai essayé d'expliquer tous ces faits dans un chapitre précédent. Le ramollissement peut exister seul; ceci concerne l'assouplissement.

Dans tout cela qu'est devenu le ramollissement d'Aabwell? il n'a pas disparu, mais il a cessé d'avoir un sens défini: nous lui réservons celui qui appartient en propre au ramollissement pathologique tel que nous avons essayé de le déterminer. Ce sujet est encore si présent à la mémoire de tous que je me borne à ces constatations; je ne ferai pas une énumération des faits qui ont servi à démontrer l'indolence des tumeurs, leur hypertrophie, leur ramollissement: ils sont partout à la portée de qui voudra les étudier, et mon travail en consigne un bon nombre: ce qui importe, c'est leur interprétation. Trois ordres de faits anatomiques, physiologiques et cliniques, ont servi à nous faire admettre l'excitation simultanée des myomes et du viscère où ils se développent: peu de faits ont une base plus sérieuse; comment donc celui-ci n'obtient-il encore qu'une adhésion qualifiée? On oppose des objections de doctrine et des objections de fait; les premières semblaient avoir disparu lorsque M. Guéniot reprit un des arguments

présentés par Ingleby dans sa réponse à Ashwell (1). Je dois dire que Ingleby a simplement rappelé le fait, sans lui donner toute la portée que lui a accordée M. Guéniot. Ingleby a eu en vue la démonstration de l'inopportunité d'intervenir par un moyen aussi radical que l'accouchement prématuré, puisque les tumeurs qui prenaient un caractère pathologique, hors l'état de grossesse, revenaient à un état d'équilibre par un traitement approprié. L'argumentation de M. Guéniot est celle-ci : « les effets attribués à la grossesse s'observent dans les tumeurs de l'utérus à l'état de vacuité, voire même dans les utérus vierges, donc la grossesse agit au même titre que les causes de toute espèce qui activent ces tumeurs. » Comme leçon de physiologie appliquée, je le veux bien ; car il n'a jamais été avancé que la grossesse éveillât des conditions anatomiques qui ne fussent à l'état latent dans le tissu, mais toute mon argumentation a tendu à démontrer que la propre constitution du myome l'assimile tellement à l'utérus lui-même que la tumeur doit nécessairement répondre aux excitations de ce dernier dans une égale proportion. Le myome, sous l'influence de la grossesse, suit une évolution déterminée, caractérisée alternativement par l'hypertrophie et la régression, et ces faits observés à plusieurs reprises chez la même femme et sur la même tumeur ne se rencontrent que dans la grossesse et peut-être dans la période menstruelle. Examinons les objections de fait ; celles-ci sont, les unes légères, les autres sérieuses : en ce qui concerne les premières, nous abandonnons aux contradicteurs les erreurs d'observation et de diagnostic, quand on les rencontre, il faut les relever ; il est démontré que ces tumeurs peuvent, sans changer physique-

(1) J. Ingleby, *Obstetric medicine?* London, p. 159.

ment offrir des modifications de forme, de volume, de consistance et de saillie apparente, en raison d'états variables de la paroi qui les renferme; ces faits se rapportent ordinairement à des tumeurs interstitielles, et il en est de même de l'élevation de celles-ci hors de l'excavation, suivie de leur disparition lors de la rétrocession de l'utérus; il faut bien les avoir présents afin d'en faire son profit, mais on doit surtout se tenir en garde contre l'expansion apparente de la tumeur par suite de l'agrandissement excentrique de l'utérus; cette erreur se commet plus facilement qu'on ne croit.

• Les objections sérieuses exigent un examen attentif; elles se fondent :

1° Sur l'observation de faits contraires; les tumeurs ne se modifient nullement. Je ne pourrais que me répéter en m'étendant sur ce sujet, j'ai dit précédemment tout ce qu'on peut en dire. Il est un fait, c'est que nous rencontrons dans le même utérus des tumeurs à l'état de dégénérescence avancée et d'autres sans altération aucune; et sous ce rapport les tumeurs unilobulaires offrent évidemment une résistance plus grande aux influences pathologiques; je renvoie toujours à ce que j'ai dit à ce sujet : cette inaltérabilité sera d'autant plus constante que la tumeur sera plus nettement sous-péritoneale, aura une capsule plus atrophiée et un pédicule moins vasculaire. Pour résumer ce premier point, disons que l'absence de changement d'état d'une tumeur peut tenir à son siège, à ses moyens d'union avec l'utérus, à sa structure intime, enfin à une dégénérescence atrophique qui l'aura immobilisée à jamais.

2° Sur l'inconstance et l'instabilité des faits observés, ainsi que sur les interprétations qu'on leur a attribuées.

Cette question n'a pas besoin de développement autre

que celui qu'il a déjà reçu : nous avons complètement étudié le stimulus et son mode d'action, les influences qui le modèrent et celles qui lui donnent plus d'acuité. — Je termine seulement en insistant sur l'insuffisance des connaissances pathologiques, et sur l'impossibilité pour l'observation clinique de se prononcer nettement sur l'état anatomique de la tumeur ou d'établir un pronostic sur des bases sérieuses.

Pour nous donc, l'opinion de M. Savaul est parfaitement légitime. En dehors de tout processus pathologique, le myome, associé pendant la grossesse à la suractivité vitale de l'utérus, en subit toutes les phases, non pas toujours, mais du moins dans l'immense majorité des cas. Comme l'utérus, il s'accroît, il devient plus souple ; comme lui, il se déplace ; comme lui, il subit après l'accouchement des phénomènes de retrait et de retour à sa constitution primitive ; et, si l'on peut dans quelques cas admettre que des difficultés d'exploration ont été une cause d'erreur, il n'en est pas moins vrai que d'autres faits, en plus grand nombre, viennent justifier la vérité de nos assertions.

Est-ce à dire que, une fois la femme hors de l'état puerpéral, le myome ne pourra subir de nouveau tous les phénomènes indiqués par nous dans nos premiers chapitres ? Loin de nous cette pensée ; ce que nous voulons constater, c'est que la grossesse imprime le plus habituellement au myome une évolution pour ainsi dire spéciale, physiologique qui ne dure que pendant cette période puerpérale, et une fois la femme revenue à l'état normal, le myome se retrouvant dans ses conditions de vitalité pour ainsi dire régulière, pourra, suivant les différentes influences pathologiques, ou rester au point acquis, ou, au contraire, subir toutes les modifications et dégénérescences indiquées par nous à l'article pathologie.

## A. Myomes du corps de l'Utérus.

### INFLUENCE DU MYOME SUR LA GROSSESSE.

L'influence d'une tumeur à l'état statique est mécanique; l'influence ne change pas, tant que le développement simultané de l'utérus et de la tumeur maintient l'un et l'autre dans un état statique relatif. Les conditions dans lesquelles l'influence dynamique de la tumeur intervient seront indiquées en traitant de la marche de la grossesse.

L'influence mécanique a peu d'action sur la marche; elle en a une énorme sur le travail.

L'influence dynamique en a une très-grande et sur la marche et sur les terminaisons.

Comme je suppose la grossesse en puissance, la question de la stérilité ne me regarde pas. Les polypes peuvent agir mécaniquement et mettre obstacle à l'imprégnation; ils peuvent changer les conditions d'équilibre de la cavité et s'opposer au séjour de l'œuf fécondé; mais s'ils ferment quelquefois la voie d'arrivée, leur présence, en rendant habituellement plus perméable le canal utéro-cervical, pourrait aussi modifier avantageusement les conditions physiques qui conduisent à la stérilité.

Les polypes qui reposent sur le col s'opposent à la fécondation plus que les tumeurs interstitielles; mais une grossesse une fois commencée, ces dernières provoquent plus fréquemment l'avortement que les premiers. Ce fait ressort des observations que je consigne, mais cette statistique ne peut qu'être illusoire; aussi je me garde bien d'aligner mes chiffres.

Il existe quelques cas de grossesse extra-utérine accom-

pagnée de tumeurs de la cavité utérine, de l'entrée du canal de Fallope ou de l'intérieur de ce canal. J'indique les cas qui me sont connus, disant d'avance que je ne traite pas ce sujet. Stoltz (1), Allport (2), Harley (3), Breslau (4).

#### MARCHE DE LA GROSSESSE.

Étudions maintenant la marche d'une grossesse compliquée, la tumeur étant à l'état statique. Au point de vue du début, les modifications physiques de la cavité sont les seules qui peuvent avoir une influence; je dois présumer que, pour prendre domicile dans l'utérus, l'œuf a besoin de certaines conditions d'équilibre organique, et je suppose la cavité dans des conditions où le développement progressif est possible; dans cet état de choses, rien ne peut mettre obstacle à l'accroissement du germe; les influences sympathiques éveillées par l'imprégnation ne diffèrent en rien de celles qui s'observent dans les cas ordinaires, et surtout rien ne peut faire supposer que l'œuf doive subir des modifications de vitalité qui puissent se traduire par des difformités fœtales (Lever). La première question à étudier est celle-ci : la présence d'un corps étranger dans la cavité peut-elle influencer sur le phénomène de la congestion périodique qui s'observe même pendant le cours de la grossesse? La menstruation est-elle supprimée tout aussi bien dans ce cas que dans les autres cas normaux? Oui, incontestablement; sous ce rapport, il n'y a rien d'anormal. On le sait, quelques auteurs expliquent la

(1) *In Roth, Thèse de Strasbourg, 1844.*

(2) *In Lancet, London, 1845, vol. II, p. 430.*

(3) *Ibid., London, 1859, vol. I, p. 540.*

(4) *In Monatschrift, f. Geb., 1863.*

persistance des règles pendant la première période d'une grossesse par l'existence d'une portion de cavité non encore soudée avec la poche fœtale; si on pouvait faire une expérience physiologique afin de décider la question, on ne saurait en imaginer une meilleure que celle que nous trouvons toute faite: un corps étranger, en communauté avec l'organe implanté à côté de l'œuf. Eh bien! les hémorrhagies, dans ces conditions, sont rares, et encore plus rares les règles anormales.

Rien n'autorise à admettre que le simple volume des polypes puisse mettre obstacle au développement du fœtus; cela est surtout vrai pour ceux qui appartiennent au fond ou qui s'y maintiennent, car il est encore d'observation qu'un gros polype inséré au voisinage du col peut se développer vers le fond.

Les polypes très-voisins du col, et qui gardent cette situation, peuvent quelquefois sortir de la cavité utérine pendant la grossesse, et, en ce cas, produire les accidents qui appartiennent aux tumeurs du col. Je cite un exemple à l'appui :

**OBS. XI (4).** — *Æt.* E. F., 35, mère de 9 enfants, accoucha d'un enfant mort en 1865. Hémorrhagie très-abondante.

5 novembre 1866. Hémorrhagie considérable avec expulsion de caillots. Un polype gros comme une poire était embrassé par l'anneau du col de l'utérus. Le fœtus était vivant.

6 décembre 1866. Accouchement prématuré spontané à 7 mois, pas d'hémorrhagie. La femme se rétablit complètement. L'enfant vécut trois semaines.

31 janvier 1867. On trouva le polype diminué de volume, dur, uni, globuleux. On le sépara avec l'écraseur.

En général, l'utérus s'accommode parfaitement du fœtus et

(4) *Lloyd Roberts in Lancet*, 1867, vol. I, p. 333.



du corps étranger, et je crois, pour ma part, qu'on s'exagère beaucoup l'influence contraire de ce dernier. Nous avons noté précédemment que les commémoratifs donnent plus d'avortements chez les femmes qui portent des tumeurs interstitielles que chez celles qui ont des polypes. En fin de compte, les faits ne sont pas rares où l'utérus gravide à terme contient une tumeur sesssile ou pédiculée de très-gros volume. Concluons que, si une tumeur intra-utérine pédiculée, se maintenant au-dedans de la cavité du corps, ne change pas les conditions habituelles de l'évolution de l'œuf, il n'en est pas tout à fait de même des tumeurs interstitielles.

Si la tumeur, quel que soit son volume, est franchement abdominale, et, d'autre part, le petit bassin libre, elle s'élève avec l'utérus ; le début de la grossesse n'est pas influencé et sa marche ne l'est qu'autant que le volume du corps étranger diminue l'espace libre, et donne lieu à des compressions. On a dit qu'en empêchant le développement du fond de l'utérus une tumeur interstitielle devait écourter la grossesse. Mais en nous guidant sur les recherches si précises d'Hélie, de Nantes, quant au développement de l'utérus aux différentes époques de la grossesse, nous voyons qu'au début l'expansion se faisant surtout aux dépens du fond, l'œuf étant petit, il n'aura pas à souffrir ; que, plus tard, le segment inférieur étant en jeu, la gêne n'a pas lieu de se produire ; et nous devons, par conséquent, conclure qu'il n'y a pas d'obstacle suffisant pour provoquer l'arrêt du cours de a grossesse dans le fait de l'existence d'une tumeur du fond de cet organe.

On ne pourrait trouver un exemple mieux approprié que le suivant :

(1) J. Ingleby, *Dublin, Med. Journal*, 1834, p. 342.

**Obs. XII (4).** — Tumeur très-saillante au-dessus de la fosse iliaque droite, ayant des rapports intimes avec une seconde, qui occupait la paroi postérieure du vagin, et remplissait le vagin presque jusqu'à la vulve, tout comme une tête d'enfant. Je pus réussir à la reporter au-dessus du détroit supérieur et je trouvai ensuite l'hypogastre très-distendu, les 2/3 occupés par une tumeur dense accompagnée par une masse molle située au-dessus de la symphyse. Cette masse donnait la sensation d'un fœtus. Les tumeurs étaient contiguës et n'avaient d'autres caractères distinctifs que leur consistance et leur forme.

A mesure que la grossesse avançait, la tumeur dure se porta dans l'hypochondre gauche; l'utérus gravide occupait le reste de l'abdomen. L'accouchement se fit à terme : la malade mourut de péritonite le 6<sup>e</sup> jour. A l'autopsie, la tumeur dure se trouva être le fond de l'utérus dégénéré en une substance fibro-cartilagineuse énorme. Les parois de l'utérus ne paraissaient pas amincies par l'énorme distension qu'elles avaient dû subir, le corps et le col faisant les frais de cavité.

Dans le cas où la tumeur périutérine occupe l'excavation, elle naît ou sur la paroi utérine, qui fait face à l'un des points de cette cavité, et se développe vers la paroi, du bassin, ou bien elle s'interpose entre les deux parois, sans avoir en ce point de connexions avec l'une d'elles; elle appartient, en effet, à un point plus ou moins éloigné de la surface utérine, sur laquelle elle s'insère au moyen d'un pédicule de longueur et de volume variables : ce pédicule peut même permettre sa migration jusqu'au-dessous du niveau du col. Ce dernier cas est moins fâcheux pour la grossesse, car le développement de l'utérus est ainsi moins gêné. En effet, la grossesse produit aussitôt et développe progressivement des changements de volume et de situation du corps de l'utérus qui ne sauraient s'allier avec la présence d'un corps étranger de cette nature; la compression bien connue,

que produit l'utérus sur toute la paroi de l'excavation et sur les organes contenus, se trouve augmentée de toute celle qu'exerce la tumeur refoulée; de plus, si celle-ci se vascularise et s'hypertrophie, il est facile de se rendre compte de l'extrême gêne que doit produire la présence dans un espace confiné de causes si défavorables à l'expansion. La nature n'a qu'une ressource, développer l'utérus vers la cavité abdominale, encore faut-il le temps, et tant qu'une bonne partie du fond ne sera pas élevée au-dessus du détroit supérieur, des compressions directes ou obliques auront lieu : si donc, il existe une complication encore plus grande, si l'expansion vers la cavité abdominale est gênée par la présence d'une ou de plusieurs tumeurs situées sur le fond ou dans son voisinage, les chances de prolongation de la grossesse sont faibles. (Voir le cas de *Montgomery*, déjà cité, Obs. I.)

Au point de vue de la marche, l'influence des tumeurs de l'excavation ne se fait pas sentir en général au delà du quatrième mois environ, époque où la tumeur fœtale se trouve définitivement appartenir à la cavité abdominale générale, souvent même, à trois mois, l'utérus est déjà refoulé au-dessus du détroit supérieur, et son développement continue à se faire sans entraves; il est pourtant des cas où une tumeur se porte vers l'excavation à partir du 4<sup>e</sup> mois, et où des accidents de compression se manifestent seulement à cette époque.

Puisque le myome a l'aptitude à subir en commun avec l'utérus le stimulus de la grossesse, ce qui peut se traduire par un développement simultané, que cependant cette aptitude s'exerce dans des limites ou très-restreintes, ou au plus égales, et rarement exagérées, il s'ensuit que l'influence mécanique de la tumeur se fera rarement sentir en produisant l'interruption du cours de la grossesse, si ce n'est en

raison même de son siège. Mais, si le myome peut ainsi prendre part au développement simultané de l'utérus, en l'exagérant même quelquefois pour son propre compte, il peut aussi subir, en dehors de toute participation de l'utérus, des influences morbides, dégénérer rapidement, s'enflammer, et, par suite éveiller dans l'économie une réaction défavorable pour la santé générale; et fort souvent incompatible avec la prolongation de la grossesse.

Le signe clinique de l'excitation simple du myome est la douleur localisée dans la tumeur, douleur accompagnée d'augmentation de volume. Il faut supposer que cette douleur siège dans la capsule pariétale, et si le développement est rapide, elle peut avoir de l'analogie avec celle de la péritonite, mais elle pourra toujours être localisée; de plus, elle est souvent spontanée, et se réveille toujours par la marche, la station debout, les efforts en général; par contre, elle se modère beaucoup par le repos et par le décubitus horizontal: les influences sympathiques sont en général réglées par la susceptibilité individuelle et par la nature des compressions exercées sur les viscères voisins. Pour le diagnostic, il faut constater l'existence de la douleur bien localisée dans un point qui présente une saillie continue avec l'utérus, éliminer la métrô-péritonite par l'absence de l'état général fébrile, écartant également par un examen approprié les douleurs névralgiques et l'entéralgie communes aux femmes enceintes.

L'excitation du myome, compliquée d'influences morbides, se traduit par une acuité extrême de la douleur qui devient aussi intense que dans la péritonite la plus aiguë. Cette excitation ne s'observe dans sa forme extrême qu'à propos de tumeur périutérine et le péritoine participe toujours à l'état pathologique, de sorte que le phénomène douleur devient complexe: les communications vasculaires avec le pé-

ritoine me paraissent défavorables pour le développement régulier de la tumeur excitée par le stimulus de la grossesse, et il ne m'est pas démontré qu'elles ne jouent quelque rôle dans la production de l'action morbide. La capsule s'enflamme et se recouvre d'exsudations qui font adhérer bientôt la tumeur aux intestins, lesquels la coiffent quelquefois complètement; le tissu s'enflamme rarement, mais devient le siège d'une dégénérescence qui se traduit par la présence dans la tumeur de grandes fissures remplies d'une matière puriforme et plus souvent d'une boue rougeâtre, ou bien par la transformation muqueuse. L'état général devient très-grave, comme dans la péritonite, mais avec état typhoïde; les sympathies s'éveillent et peu de jours suffisent pour amener l'avortement, qui ne produit point d'amélioration.

Le diagnostic dans les cas extrêmes se confond presque avec celui de la péritonite, il faut seulement savoir reconnaître le point de départ. Rappelons qu'il y a ici tous les intermédiaires qui relient l'état morbide à l'état physiologique. La tumeur peut, par son développement rapide, donner lieu à la douleur locale la plus vive et à une réaction intense accompagnée d'excitation de la circulation; mais, dans ces cas, il y aura des alternances plus marquées, les forces se soutiendront mieux que dans le cas contraire. Cependant les tumeurs peuvent se conduire très-diversement, surtout en raison des soins qui seront donnés à la femme, et souvent le cours de la grossesse sera traversé par des accidents locaux inquiétants, qui céderont cependant promptement à une bonne hygiène et à une thérapeutique appropriée.

La tumeur, dans ce cas, n'agit donc plus sur la grossesse que d'une façon indirecte, ce n'est pas le fait de la présence de la tumeur qui déterminera l'avortement, mais l'inflam-

mation de cette tumeur et les phénomènes généraux consécutifs à cette inflammation. Il se passe là ce qui a lieu dans tous les cas où la vie de la femme est compromise par une affection grave quelle qu'elle soit.

Il nous reste à étudier la marche de la grossesse compliquée lorsque la tumeur se développe elle-même à côté de l'œuf. Il faut, nous l'avons dit, que ce développement soit assez rapide pour déranger l'équilibre des rapports de ce dernier avec l'utérus, équilibre nécessaire au progrès continu.

Pour ne pas changer l'ordre déjà adopté, je reprends l'étude clinique avec les tumeurs intrautérines, et je cite un exemple de grossesse interrompue spontanément, au troisième mois, par suite du développement excessif d'une tumeur intrautérine polypeuse. J'appelle l'attention sur la circonstance que la tumeur éveillée pendant les époques menstruelles donnait alors les signes d'excitation que j'ai indiqués; au point de vue du pronostic, j'attache une très-grande importance à la constatation de l'influence réelle des congestions menstruelles sur la tumeur et du retrait partiel ou complet dans les intervalles; ce dernier cas s'est présenté dans le fait suivant, aussi on peut affirmer que la grossesse n'a pas surpris la tumeur dans un état pathologique, ce que confirme l'examen anatomique, *hypertrophie avec vascularité*; la tumeur n'exerçait de compression particulière que sur l'œuf; il n'est pas fait mention de phénomènes sympathiques.

Obs. XIII (4). — Madame W., OEt. 25, bien portante, accoucha de son premier enfant le 4<sup>er</sup> avril 1819. Menstruation ré-

(4) J. Beatty, in *Trans. of the Assoc. of Coll. of Phys. Ireland*, 1824, vol. IV, p. 1.

gulaire jusqu'au 20 août. Depuis mai 1820, à chaque période menstruelle, elle reconnaissait une tumeur douloureuse à la pression, à la partie inférieure de l'abdomen, laquelle disparaissait dans les intervalles. Le 28 septembre, le toucher fit reconnaître une substance dure, lisse, dans l'intérieur du col utérin entr'ouvert; elle remontait jusqu'à l'ombilic, était régulière à la surface et semblait se partager en deux tumeurs inégales. Elle était attachée à l'utérus en arrière et à droite par une insertion d'apparence ligamenteuse.

*Octobre.* La tumeur augmentait toujours de volume. Le 10 novembre la malade eut une hémorrhagie peu considérable; état local comme auparavant. Elle avorta dans la nuit d'un œuf entier de trois mois. Le 13, la tumeur s'était considérablement abaissée. Le 17, elle était dans le vagin. Les contractions utérines continuèrent et expulsèrent la tumeur, qui, insérée à l'utérus, en avait produit l'inversion; on la réduisit. Elle pesait quatre livres; elle était plus dense qu'un placenta et très-vasculaire. La surface extérieure était lisse et ressemblait à un utérus gravide. Mai 1822, la femme accoucha d'un enfant mâle bien portant.

Je ne connais pas d'observation où le développement pur et simple, mais trop rapide d'une tumeur interstitielle ou périutérine du fond ait causé l'interruption de la grossesse. Ce cas pourrait certainement se présenter; toutes mes observations ont trait à des tumeurs à l'état pathologique.

On conçoit, du reste, qu'il en soit ainsi, puisque nous admettons une concordance de développement entre la tumeur et l'utérus; c'est parce que l'utérus se développe, que la tumeur prend de l'accroissement, et ces deux phénomènes marchant pour ainsi dire parallèlement, rien d'extraordinaire à ce que les rapports entre l'utérus et le myome ne soient pas altérés. Le myome se développe, c'est vrai, mais l'utérus se développe aussi et, quel que soit le volume d'une

tumeur intra-utérine, elle n'atteindra jamais le volume d'un fœtus de 7 à 8 mois. Or, dans les grossesses gemellaires, ne voit-on pas l'utérus subir un développement considérable sans que l'avortement en soit la conséquence? il y a bien le plus souvent, dans ces cas, accouchement prématuré, mais encore une fois il n'y a pas d'exemple de tumeur intra-utérine ayant acquis le volume d'un fœtus de 7 à 8 mois et l'on s'explique ainsi la rareté des faits tendant à prouver l'interruption de la grossesse par suite de la présence seule et de l'accroissement plus ou moins rapide du myome intra-utérin.

Je ne connais pas davantage de cas où la compression intra-abdominale s'exerçant à travers le diaphragme sur les viscères thoraciques, ait mis la vie de la femme dans la condition de péril extrême que l'on observe quelquefois à propos de kystes de l'ovaire.

Pour des raisons que nous avons indiquées, les tumeurs de l'excavation tendent à affecter considérablement la marche de la grossesse pendant les quatre premiers mois. Quelques-unes appartiennent anatomiquement à l'excavation, d'autres n'y viennent que par un déplacement qui les éloigne de leur situation primitive. Ce déplacement peut être accidentel lorsque le fond de l'utérus se trouve entraîné en arrière par le poids d'une tumeur (Obs. XII), ou permanent, lorsqu'un long pédicule a permis à celle-ci de gagner un point de l'excavation, même de descendre jusque dans le cul-de-sac utéro-rectal; ce dernier est à peu près complètement sans influence sur le cours de la grossesse et n'empêche nullement le développement de l'utérus. Il y a encore un autre aspect de la question; dans l'état de grossesse simple, la rétroversion de l'utérus gravide est fréquente à l'époque que nous étudions, mais il faut que le volume de la tumeur ne



soit pas très-considérable pour qu'elle se produise dans la grossesse compliquée, car la tumeur éloigne le fond de l'utérus du promontoire, il faut donc que celle-ci occupe surtout le tiers moyen et inférieur pour que cet accident s'observe. En consignant ici l'observation suivante je me croirai dispensé de faire une étude clinique d'une lésion si bien connue : on sait qu'à côté de la dysurie on peut observer des accidents de la nature de ceux qui se sont rencontrés à leur summum d'intensité dans notre Obs. V.

Obs. XIV (4). — Une malade consulta Simpson pour une grosse tumeur pelvienne. Elle éprouvait de la dysurie; ses règles étaient supprimées depuis 3 mois. S. trouva l'utérus en rétroversion et une énorme tumeur fibreuse dans ses parois; il réduisit l'utérus avec quelque peine et au bout de quelques semaines la femme avorta. Chez cette malade, hors l'état de grossesse la tumeur fibreuse atteignait l'ombilic et avait le volume d'un utérus gravide au 6<sup>e</sup> mois environ. La cavité utérine mesurait 6 pouces. (Voir Obs. LXXXIII.).

L'avortement ne paraît pas avoir été causé par l'intervention. (Voir p. 227.)

Les tumeurs sessiles ou pédiculées qui se trouvent placées entre la paroi osseuse et les deux tiers inférieurs de l'utérus donnent lieu à des symptômes de même ordre : gêne croissante rapportée par la femme à la région pelvienne, sensation de pesanteur vers le rectum souvent accompagnée d'hémorrhoides et de varices des membres inférieurs; irritabilité toujours croissante de la vessie, dysurie, etc; tous les degrés de gêne dans l'accomplissement de l'acte de la défécation; symptômes névralgiques, variables avec les nerfs comprimés ou tirillés, distribués sur toute la moitié inférieure du

(4) J. Y. Simpson, *Edinb. Monthly Journ.*, 1848, p 439.

corps. Il ne faut pas oublier de mentionner que ces accidents n'appartiennent pas exclusivement aux tumeurs postérieures à l'utérus, car la compression peut se transmettre indirectement le long des diamètres antéro-postérieurs et obliques pour les tumeurs antérieures et latérales ; quand la tumeur est située à la partie antérieure de l'utérus, la compression est directe pour la vessie, indirecte pour le rectum, etc.

La forme la plus extrême que puisse prendre la compression simple est celle que nous trouvons relatée dans l'observation déjà citée de M. le professeur Depaul : elle est le produit du développement exagéré de la tumeur et de la pression excentrique de l'œuf en voie de développement. D'autres faits que nous retrouverons plus loin montreront dans tout son jour la valeur clinique de celui-ci, unique je crois dans la science et non moins remarquable par la netteté du pronostic tiré d'un diagnostic complet, que par l'important résultat dû à une thérapeutique radicale.

Dans un cas que nous avons cité à propos des états pathologiques de la tumeur, nous avons aussi signalé une compression des uretères suivie de dilatation et de destruction des reins : les pressions excentriques rapides pendant la grossesse s'exercent, nous l'avons vu, d'une façon en quelque sorte plus aiguë : la douleur dans la région de la tumeur s'accompagnant d'augmentation de volume de cette dernière, est nettement indiquée dans l'observation suivante : bien qu'il ne soit pas possible d'indiquer le lieu où s'est opérée la compression des voies d'excrétion rénale, je pense que cette curieuse observation trouvera mieux sa place ici que partout ailleurs. L'avortement a eu lieu au quatrième mois ; le fœtus, mort depuis une vingtaine de jours au moins, n'a été expulsé qu'à la suite d'une opération qui paraît avoir précipité la marche fatale de la maladie.

Obs. XV (1). — Mary G., *Œt.* 36, mariée depuis 5 ans, sans avoir eu d'enfants. Bonne santé antérieure.

*Juin.* Suppression des règles. Elle croit que son ventre enfle. Nausées, vomissements.

*18 juillet.* On diagnostique une grossesse au début; il n'y a pas de développement notable du ventre.

*3 septembre.* Douleurs vives dans la région inguinale droite; douleurs cuisantes pendant l'émission de l'urine.

*5 septembre.* Ventre plus développé qu'il ne devrait l'être pour une grossesse de la date présumée, trois mois.

*17 septembre.* Rétention d'urine, rétroversion de l'utérus. La tumeur du ventre a beaucoup augmenté.

*19 septembre.* Cathétérisme impossible.

*20 septembre.* Le docteur Davis, mandé, trouva l'utérus en rétroversion, le corps volumineux, le col dur et petit. Il ne parvint à passer le cathéter qu'en mettant la femme à genoux, ses épaules appuyant sur le lit. Il fit porter un pessaire en ballon; la rétention n'eut plus lieu, et le 29 il n'y avait pas de rétroversion.

*30 septembre.* Entrée à l'hôpital, elle se présente dans l'état suivant: grande faiblesse, amaigrissement, fièvre, vomissements, écoulement vaginal fétide (ce qui n'existait pas le 20), douleurs abdominales vives, sensibilité considérable à la pression, incontinence d'urine. Une grosse tumeur, étendue depuis la cavité pelvienne jusqu'au niveau des côtes, occupe tout le côté droit de l'abdomen; circonférence du ventre à l'ombilic, 30 pouces. Un lobe de la tumeur se trouve dans le cul-de-sac recto-vaginal; le col dur, élevé, est porté directement derrière la symphyse pubienne; le corps de l'utérus est flasque et peu mobile.

*11 octobre.* Le docteur Meadows introduisit une sonde utérine qui passa sans effort en haut et en avant dans l'étendue de 5 1/2 pouces. A la suite de cet examen il exclut du diagnostic la grossesse; il constata que la grosse tumeur intrapelvienne

(1) J. Hall Davis, in *Obstetric. Trans.* London, 1867, v. VIII.

envoyait un lobe dans la cavité du sacrum. L'état de la malade empira rapidement, une hémorrhagie considérable apparut le 18, et fut suivie de l'expulsion d'un fœtus de 4 mois décomposé. Le placenta ne fut pas expulsé, mais il n'y eut plus d'hémorrhagie. Elle mourut le 19.

*Autopsie.* La plus grande partie de la cavité abdominale était occupée par une tumeur dure, réniforme, s'étendant depuis le détroit supérieur jusqu'aux côtes; elle avait neuf pouces de droite à gauche, et six de haut en bas; son bord inférieur présentait une espèce de hile avec un court pédicule de trois pouces de circonférence, par lequel la tumeur était insérée au bord supérieur de l'utérus. La surface antérieure de la tumeur adhérait, dans une petite étendue, à la paroi abdominale; mais il n'y avait aucune trace de péritonite récente. L'utérus et la vessie étaient remontés, altérés par la tumeur; l'utérus un peu volumineux, allongé, mesurait quatre pouces de longueur; la cavité élargie était remplie par un placenta adhérent au fond, et par un gros caillot qui faisait saillie dans le vagin. Les parois utérines avaient 1 1/2 pouces d'épaisseur. Dans l'épaisseur de la paroi, il y avait une tumeur fibreuse, de la grandeur d'une petite noix; à la face externe trois petites excroissances fibroïdes non pédiculées, et à l'union du corps et du col au côté droit une tumeur fibreuse de la grosseur d'une orange. L'autopsie a révélé en outre une dilatation considérable de la vessie, une dilatation des deux urètres avec pyélite du rein gauche et abcès circonscrits dans les deux reins; la membrane muqueuse du fond de la vessie était injectée, épaissie et rugueuse; aucune trace de dépôts secondaires ailleurs.

L'auteur attribue la mort à l'empoisonnement du sang par les produits de décomposition du fœtus putréfié; puis il dit: « Il faut remarquer cependant que la rétention d'urine a pu faire naître l'inflammation du rein, causer la cystite chronique et la dilatation des urètres et de la vessie. » Je m'en tiens à l'explication que j'ai donnée.

l'autopsie n'a pas révélé de signes de pyémie. Il dit encore : « Les preuves de la grossesse étaient trop insuffisantes, autrement la dilatation du col et l'extraction du fœtus au début de l'écoulement fétide auraient pu peut-être amener la guérison. » C'eût été de la bonne pratique dans tous les cas, mais l'auteur, qui parle en connaissance de cause, ne paraît pas frappé de l'énorme altération des reins. Il note que le cas aurait été favorable pour la gastrotomie.

La compression des voies urinaires a dû se faire sur plusieurs points séparés; il paraît évident que le lobe de la tumeur indiqué dans l'observation était une tumeur isolée dans la paroi postérieure; la rétroversion est indiquée trop vaguement, mais il semblerait que la lésion rénale n'ait pas eu plus d'un mois de date.

Cette étude de la grossesse compliquée nous a conduit à un terme du développement de l'œuf, où, toutes choses égales d'ailleurs, l'évolution complète devrait s'effectuer comme dans la grossesse normale : il nous reste à considérer sous quel rapport certains actes morbides, se produisant au sein de la tumeur, et pour la nature desquels nous renvoyons à la fin de notre premier chapitre, peuvent modifier ce pronostic si favorable que nous avons été conduit à admettre.

Les faits suivants sont assemblés par ordre chronologique; ils s'enchaînent d'une façon remarquable : il n'y a, du reste, aucun artifice dans cet arrangement; ce sont les seuls se rapportant à l'état morbide de la tumeur, qui se soient offerts à moi pendant le cours de mes recherches, et ils ont cela d'intéressant qu'ils ne se rattachent à aucune époque spéciale de la grossesse; mais, débutant avec elle ou à une période quelconque de son cours, l'état morbide achève son évolution fatale sans être affaibli par l'influence de la gesta-

tion : on pourra compléter l'étude de ces états morbides en comparant les observations XLI, XCI, CLXIV qui se rapportent à des faits de même nature observés au terme de la grossesse.

Obs. XVI (1). — Avortement de six semaines. Plus tard, le ventre se gonfle et une tumeur, qui sans doute existait lors de la première imprégnation, se manifeste par des incommodités et se fait reconnaître par le palper.

Deuxième grossesse. L'abdomen se développe énormément; les douleurs, la gêne, sont extrêmes et la malade périt.

*Autopsie.* Oeuf de 4 1/2 mois. Tumeur énorme, fibreuse à l'extérieur, blanc rougeâtre à l'intérieur, lardacée et encéphaloïde. Quatre ou cinq autres tumeurs fibreuses adhéraient à divers points de l'utérus. (Académie de médecine, janvier 1829).

Il faut regarder cette altération comme une hypertrophie avec vascularité (voir au chapitre *États pathologiques*). C'est là un exemple frappant de l'influence de la grossesse sur la marche d'une tumeur. Éveillée probablement par la première, elle s'hypertrophie sans doute par le peu de soins qui auront été donnés à la femme à l'occasion de son avortement, et une deuxième grossesse aura déterminé cette marche aiguë qui s'est terminée fatalement.

Obs. XVII (2). — Marie C., 41 ans, a eu 10 enfants. Avortement le 22 mai 1857, à deux mois de grossesse. On lui dit qu'il lui restait quelque chose dans le ventre : retour des règles en

(1) Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, 1833, vol. I, p. 330.

(2) Huguier, in *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1857, 9 sept.

juillet; elle continue d'être souffrante. Entrée à l'hôpital le 31 juillet. Tumeur du volume d'une tête de fœtus au devant de la matrice déviant la vessie. Diagnostic : kyste suppuré. Péritonite. Mort le 25 août.

*Autopsie.* Tumeur du volume d'une tête d'enfant de cinq ans, simulant la vessie fortement distendue, adhérente aux anses intestinales recouvertes de fausses membranes purulentes. Perforation en arrière communiquant avec la cavité abdominale. La tumeur incisée laisse écouler du pus et montre plusieurs masses fibreuses arrondies de volume variable, disséquées par du pus, le tout recouvert d'une capsule de tissu utérin, de 40<sup>mm</sup>, à 50<sup>mm</sup>, provenant de la paroi antérieure de l'organe.

Il manque dans l'observation le chaînon qui permettrait de relier l'état pathologique à la grossesse : « Elle continue d'être souffrante, » indique la continuité des symptômes depuis l'époque de l'avortement. C'est un exemple de tumeur périutérine avec capsule complète.

L'époque de l'avortement n'est pas indiqué dans le fait suivant :

Obs. XVIII (1). — Madame May., *Œt.* 34. Mariée depuis 12 ans, sans être devenue enceinte.

*Février* 1835. Elle portait à droite de l'abdomen, depuis plusieurs mois, une tumeur qui avait grossi rapidement depuis peu; laquelle était devenue en même temps très-douloureuse à la pression. A la suite d'une hémorrhagie elle expulsa un fœtus, puis deux heures plus tard un deuxième fœtus. Le placenta n'ayant pas été expulsé, A. dut l'extraire. Le collapsus était déjà très-avancé et la malade mourut peu d'heures après.

*Autopsie.* Péritonite généralisée, surtout marquée au voisi-

(1) Ashwell, in *Guy's Hosp. Rep.*, 1836, 1<sup>re</sup> S., vol. I, avec figures.

nage de la tumeur utérine : la tumeur était peu vasculaire mais ramollie, et du pus s'était formé dans une sorte de fissure qui traversait la tumeur. Deux autres tumeurs semblables commençaient à se ramollir. Cette tumeur très-volumineuse s'insérait sur le fond de l'utérus par un pédicule large et court.

J'ai rapproché ce fait du précédent à cause des analogies intéressantes. On voit sur la planche que la capsule était complète. On remarque aussi sur ce dessin fidèle le contour arrondi des portions à fibres enroulées, disséquées par la dégénérescence purulente ou puriforme.

Le fait suivant montre l'inflammation commune et à la tumeur et au péritoine qui l'enveloppe.

Obs. XIX (1) — *Æt.* 30. Une primipare fut prise au cinquième mois de sa grossesse de vomissements, fièvre, douleur fixe avec augmentation de volume du ventre. L'utérus était porté à gauche et comprimé par une tumeur à droite, dure, lobulée, douloureuse. Celle-ci prit un accroissement rapide et devint excessivement douloureuse, malgré la thérapeutique la plus active. (Sangsues nombreuses, calomel, antimoine, opium, purgatifs.) La distension douloureuse de l'abdomen devint telle qu'il fallut y mettre un terme en provoquant l'accouchement prématuré, ce qui se fit sans difficulté. Les symptômes s'amendèrent d'abord, mais la fièvre, les vomissements et la distension douloureuse revinrent bientôt, et amenèrent la mort.

*Autopsie.* Une tumeur fibreuse enflammée, suppurée, s'insérait par un large pédicule au côté droit de l'utérus. Le péritoine qui l'enveloppait adhérait aux parois de l'abdomen, à l'épiploon, aux intestins et au foie. De nombreuses petites tumeurs, à l'état sain, se trouvaient dans divers points des parois utérines.

(1) R. Lée, *Clinical midwifery*. London, 1842. Obs. 157.



Je cite pour mémoire, et sans pouvoir en tirer une déduction utile, un fait que *Lever* (2) nous a transmis.

Obs. XX. — M<sup>me</sup> L... (1) primipare, accoucha au huitième mois par un travail très-laborieux. Le troisième jour, il survint des frissons; la région utérine devint douloureuse, surtout à la pression. Elle mourut le septième jour.

*Autopsie.* Deux tumeurs fibreuses interstitielles, restées ignorées pendant la vie, s'étaient ramollies : le tissu était dégénéré.

Ces faits et celui qui va suivre montrent surabondamment que ce n'est pas à une période particulière de la grossesse qu'il faut s'attendre à observer une influence morbide spéciale sur la tumeur; cette influence se trouve avec bien plus de probabilité dans l'état anatomique de la tumeur au début de la grossesse. Je cite ici le cas suivant, compliqué d'hémorrhagie au début, et dans lequel l'état de dégénérescence de la tumeur a pu être le point de départ de la métréopéritonite.

Obs. XXI (2). — *Æt.* 40. Cinquième grossesse. Une femme chétive entra le 29 janvier 1865 à la Clinique, à cause d'une métrorrhagie qui existait depuis un mois et qui était devenue beaucoup plus forte depuis quelques jours. A sa dernière grossesse, il y a deux ans, elle avait déjà une tumeur dans le ventre. Actuellement une tumeur large de 13 centimètres, haute de 9 centimètres, s'étend depuis le fond de l'utérus jusqu'à la base du thorax, molle et élastique; elle dévie à droite l'axe

(1) *Lever*, in *Guy's Hosp. Rep.*, 1842, p. 103.

(2) *Spiegelberg*, in *Monat. f. Geb.* 1866. Band XXVIII, p. 429.

de l'utérus (1). Fœtus vivant se présentant par les pieds. La grossesse est de 5 mois et demi, et le travail est commencé. Pendant les douleurs la tumeur devient plus dure et tend la paroi abdominale antérieure. L'hémorrhagie cessa lors de la rupture des eaux. Travail lent. Hémorrhagie considérable après l'expulsion.

Deuxième jour, péritonite, réveillée de nouveau le huitième jour avec accroissement du volume et de la sensibilité de la tumeur. Seizième jour, endocardite. Dix-septième, diarrhée. Dix-huitième, gonflement et douleur de l'articulation sternoclaviculaire gauche. Vingt-sixième, inflammation du globe oculaire. Albuminurie. Trentième, collapsus, coma. Mort.

*Autopsie.* La tumeur, un fibro-myome, insérée à l'union du fond avec la paroi postérieure, avait 13 centimètres sur 9 et demi, et faisait dans la cavité utérine une forte saillie de forme sphérique; elle était molle et remplie de cavités isolées ou confluentes contenant un liquide séro-muqueux jaunâtre et des flocons fibrineux; toute la substance infiltrée et œdémateuse : le tissu utérin l'enveloppait de toutes parts.

Exsudations épaisses tout autour de l'utérus. Masses purulentes dans l'utérus, dans les lymphatiques. Endocardite ulcéreuse. Epanchement séreux dans le péricarde. Plèvres adhérentes. Embolie à la partie inférieure du poumon gauche. Reins volumineux.

J'ai placé le fait précédent comme chaînon propre à relier les cas précédents aux hémorrhagies qui s'observent dans

(1) On remarquera la contradiction apparente qui existe entre le fait d'observation clinique et les données de l'autopsie. Nul doute qu'une erreur a été commise et qu'on a attribué à une néoformation sous-péritonéale la tumeur volumineuse formée par le développement anormal de l'utérus distendu par un myome.

les grossesses compliquées, au même titre que dans les grossesses simples. En effet, celles qui ne se lient pas à l'avortement sont si rares que j'ai réuni les quelques faits qui s'y rapportent; comme l'hémorrhagie intra-utérine, quand elle prend des proportions sérieuses, ne paraît pas compatible avec le développement de l'œuf, il est intéressant de constater sa cessation pendant les grossesses compliquées et son apparition sous l'influence des causes habituelles des hémorrhagies puerpérales, ou au moins de complications saisissables.

Obs. XXII. — Madame F... (4), *Æt.* 37, multipare, petite, vit sa santé s'affaiblir au mois d'octobre 1862. Écoulement vaginal tantôt séreux, tantôt sanguinolent. Règles très-abondantes.

Le 4<sup>er</sup> janvier 1863, une métrorrhagie considérable lui fit croire qu'elle avortait.

Le mois suivant ses règles cessèrent; elle conserva un écoulement séreux, et une gêne considérable dans la région pelvienne et dans le membre inférieur gauche. Anémie notable.

Lorsque je fus mandé, on m'annonça qu'elle avait perdu une grande quantité de sang. Je trouvai le col un peu dilaté; le lendemain il était largement dilaté et rempli par une substance très-résistante qui remontait jusqu'au tiers supérieur de l'utérus et que je reconnus pour un polype de la grosseur d'un petit œuf de poule; ce corps était enveloppé de toutes parts par l'œuf, que j'enlevai, et l'hémorrhagie cessa immédiatement.

Deux jours après nous résolûmes d'enlever la tumeur sans plus tarder, jugeant que la dilatation des parties et le défaut de rétraction de l'utérus nous offrait actuellement des conditions qui nous échapperaient bientôt.

(4) Bramwell, in *Edinburgh Med. J.*, 1863, vol. VIII.

Le sommet du polype fut saisi entre deux doigts de la main gauche et abaissé; l'indicateur de droite armé d'un crochet coupant fut porté jusqu'à la base du polype, qui fut sectionné.

Le microscope montra un tissu fibreux sans mélange.

Point d'hémorrhagie, état fébrile deux jours suivants. Guérison.

Obs. XXIII (1). — Multipare. Hémorrhagies utérines fréquentes depuis trois ans. Actuellement, 1843, *grossesse de 6 mois; hémorrhagies continuelles depuis son début*; affaiblissement très-grand. Travail commencé, hémorrhagie. Je rompis les membranes; l'hémorrhagie et les douleurs cessèrent et ne reprirent que le lendemain. Accouchement d'un enfant mort. Aussitôt l'enfant né, hémorrhagie accompagnant l'expulsion d'un caillot du poids de 2 livres. Placenta attaché en grande partie à un polype du volume du poing, inséré au fond de l'utérus par un pédicule du volume de trois doigts.

L'hémorrhagie cessa dès l'enlèvement du placenta; une sensation douloureuse de resserrement à la base de la poitrine se manifesta; il n'y eut pas de syncope, mais la femme mourut épuisée 12 heures après l'accouchement.

Voilà deux faits qui établissent l'existence d'une insertion vicieuse de l'œuf sur l'utérus. Cela ne donne pas nécessairement lieu à l'expulsion de l'œuf pas plus qu'à l'hémorrhagie; nous retrouverons cette anomalie dans les complications de la troisième période du travail.

Je cite trois faits qui montrent des complications dans le mécanisme desquels le polype n'entre sans doute pour rien.

Obs. XXIV. — J. U. (2), *æt.* 29. Mère de plusieurs enfants. Hémorrhagie utérine au septième mois; on l'attribue à l'in-

(1) Ramsbotham, *in Med. Times and Gaz.*, 1863. Vol. II, p. 245.

(2) Boivin et Dugès, *l. c.*, p. 332.

sertion du placenta sur le col. Tamponnement. Version. Mort le onzième jour.

*Autopsie.* A droite, tumeur de la face péritonéale de l'utérus, ferme, bleuâtre, large de 3 pouces et demi. Le placenta avait été inséré à la face antérieure de l'utérus.

Après le décollement prématuré du placenta, deux cas d'insertion de ce dernier sur le col.

Obs. XXV (1). — *Æt.* 44. Mariée depuis 14 ans. Mère à 36 ans, bien réglée depuis, jusqu'en juillet 1831.

*Septembre 1831.* Hémorrhagies modérées à plusieurs reprises.

*Octobre.* Douleur spontanée très-vive au bas du ventre; une tumeur dure, globuleuse, bosselée, mobile, douloureuse à la pression, occupe l'aîne droite.

*Novembre.* Une deuxième tumeur se manifeste dans l'aîne gauche; on diagnostique une tumeur interstitielle.

*Janvier 1832.* Une tumeur s'étend depuis la symphyse pubienne jusqu'à l'ombilic; elle est mobile et pareille à une grossesse de 6 mois, inégale avec induration circonscrite à gauche, molle à droite; on diagnostique grossesse avec tumeur.

*Février.* Hémorrhagies répétées, peu abondantes; provenaient-elles du ramollissement des tumeurs ou d'une insertion vicieuse du placenta?

*Mars.* Hémorrhagie sérieuse; douleurs expulsives. Placenta inséré sur le col: 24 heures après le début de l'hémorrhagie, la femme étant épuisée par la perte de sang, je fis la version et amenai un enfant de 8 mois. La perte de sang cessa, mais elle mourut peu d'heures après.

*Autopsie.* Ascite. Deux tumeurs intra-utérines, du volume d'une orange, contenaient de petits kystes, liquides; des portions considérables dans un état de dégénérescence avancée

(1) Ashwell, l. c.

(on voit d'après le dessin que ces tumeurs ont perdu leur capsule en grande partie). Deux autres tumeurs interstitielles avec une vascularité périphérique assez marquée et des kystes à l'intérieur, étaient ramollies. Trois petites tumeurs sous-péritonéales, dures comme du cartilage.

Le diagnostic de la grossesse était d'une difficulté extrême.

**Obs. XXVI (1).** — Hémorrhagie subite pendant le neuvième mois de grossesse chez une multipare, apportée à l'hôpital huit jours après le début de l'accident. Placenta inséré centre pour centre sur le col. Perforation du placenta. Version. Mort prompte.

*Autopsie.* — Corps fibreux de la paroi postérieure de l'utérus saillant dans la cavité à droite et en bas. Il avait le volume d'un œuf de poule après énucléation.

En présence des hémorrhagies graves, qui sont fréquentes hors l'état de grossesse, la chirurgie intervient par une thérapeutique radicale. Je cite un exemple d'hémorrhagie persistante dans un cas de tumeur interstitielle, pour laquelle on a pratiqué l'extirpation, malgré la présomption de grossesse. Ce succès justifiera d'autres hardiesses dans les problèmes de thérapeutique si difficiles qui se présentent pour les grossesses compliquées.

**Obs. XXVII (2).** — *Æt.* 33. Mariée à 30 ans, 1850; accouchement prématuré spontané, 1853; avortement (3 mois de grossesse), 1854; menstruation régulière, mais excessive jusqu'en 1855. A cette époque, elle devint enceinte, mais le diagnostic grossesse resta douteux. *L'hémorrhagie était quelque-*

(1) Pajot, in *Gaz. des Hôpitaux*, 1862, p. 64.

(2) Grimsdale, in *Sim's Uterine Surgery*, traduction de Lhéritier. Paris, 1866, p. 127.

*fois abondante et mettait en danger la vie de la femme.* M. Bickersteth incisa la capsule et, introduisant le doigt, fit une tentative d'énucléation, puis il tamponna la plaie utérine avec des bourdonnets de charpie. Deux jours après, *avortement d'un œuf de quatre mois.* La tumeur tendait à s'énucléer spontanément; mais le quinzième jour après l'opération, l'état général était si grave que Grimsdale passa la main dans le vagin et, après l'incision de plusieurs brides très-résistantes, il amena la tumeur molle décomposée ressemblant à un placenta retenu plusieurs jours. La femme se remit parfaitement et accoucha à terme dans le cours de la même année.

Un exemple d'hémorrhagies consécutives à l'avortement, devenues mortelles par leur répétition, complètera l'étude clinique des accidents du cours de la grossesse : je ferai remarquer l'existence de tumeurs multiples, nous retrouverons ce point qui peut avoir de l'importance pour le pronostic. (Voir p. 94.)

Obs. XXVIII (4).— Une femme de 29 ans, bien réglée depuis l'âge de 17 ans, se maria en 1851. En février 1852, des douleurs apparurent au sixième mois de sa grossesse.

La cavité pelvienne était remplie par une tumeur molle. La tête était élevée au-dessus du détroit supérieur. Au bout d'un certain temps, la tumeur s'éleva un peu; la tête comprima la tumeur et on put achever la délivrance au moyen du forceps. La tumeur reprit sa place et la malade recouvra la santé pendant un certain temps. Un an plus tard, elle fit une fausse couche de six mois, accompagnée d'une forte hémorrhagie. De nombreuses hémorrhagies consécutives eurent lieu pendant six mois, après quoi elle mourut.

Au côté droit inférieur et postérieur de l'utérus, on trouva

(1) Albers, in *Deutsche Klinik*. Berlin, 1855, n° IX.

une tumeur fibreuse, entourée de fibres musculaires; à gauche, un fibrome plus petit, globuleux, faisant saillie dans la cavité; au fond, dix autres tumeurs plus petites.

On trouvera parmi les observations, au chapitre III, quelques cas d'avortement que j'ai réunis à ceux de l'accouchement à terme, parce qu'ils devaient servir d'éclaircissement pour un point particulier : je place ici trois observations qui montrent les suites de couches dans l'avortement entravées par les mêmes accidents que les accouchements à terme.

Obs. XXIX (1). — M<sup>me</sup> S..., mère de quatre enfants, avorta au quatrième mois sans perdre beaucoup de sang. Elle s'était déjà levée lorsqu'une hémorrhagie très-forte eut lieu. Elle n'éprouva que de la faiblesse, point de douleur. Je ne reconnus rien d'anormal du côté de l'utérus. Pendant dix jours, l'hémorrhagie persista continue, mais modérée; puis le col s'entr'ouvrit, et le doigt reconnut à l'intérieur un corps étranger. Je le saisis avec une pince, puis je fis la torsion et peu de secondes suffirent pour détacher un polype du volume d'une noix. L'hémorrhagie cessa.

Obs. XXX, 1858 (2). — M<sup>me</sup> W..., mère de trois enfants, avorta au quatrième mois. Hémorrhagie d'abord modérée, puis très-abondante au bout de quelques jours et ensuite de temps à autre pendant plusieurs semaines. Elle ne laissa pas pratiquer le toucher. Lorsque l'état d'épuisement était déjà très-avancé, appelé auprès d'elle, je reconnus le col entr'ouvert. Abaisant fortement l'utérus à travers les parois abdominales, mon doigt toucha, dans l'intérieur du col, un corps que je pus saisir avec une pince. Je fis la torsion et amenai une tumeur fibreuse du volume d'une noix. L'hémorrhagie cessa.

(1) R. Dyce, in *Edinburgh Med. Journal*, 1867, p. 510.

(2) Le même, *ibidem*.



Obs. XXXI (1). — Le 17 octobre 1725, je fus appelé auprès d'une pauvre femme, afin de la délivrer d'un deuxième enfant. La sage-femme me dit qu'elle avait retiré deux jours auparavant un avorton de 5 à 6 pouces de longueur, mais qu'elle avait laissé le placenta jusqu'à la naissance du second enfant, dont la tête était, dit-elle, dans le passage, mais plus grande que le fœtus déjà retiré. Je trouvai l'ouverture du col assez large pour recevoir trois doigts avec lesquels je retirai facilement le placenta resté dans l'utérus, la matrice, très-épaisse et dure, me parut correspondre parfaitement au volume du placenta. En palpant ou plutôt comprimant son corps par l'extérieur, je trouvai un corps dur, je passai donc deux doigts dans l'anus et le pouce dans le vagin, saisissant ainsi quelque chose qui ressemblait fort à la tête et au cou d'un enfant. J'affirmai qu'il ne restait rien dans l'utérus; mais je ne savais que penser de cette tumeur dure et solide, sinon que ce pourrait être un squirrhe. La femme était atteinte depuis longtemps d'une maladie consomptive, affaiblie et épuisée par son avortement, pendant lequel elle avait beaucoup perdu de sang, et par deux jours de torture, attendant la naissance d'un deuxième enfant; elle tomba si bas qu'elle expira au bout de trois jours. Sur ma prière, on me permit d'inspecter le cadavre, et je trouvai ce corps dur, ainsi que je l'avais supposé, un squirrhe vrai de la matrice de la forme ci-dessus dite, et du poids, autant que je l'ai pu estimer, de 4 à 5 livres.

Je termine en consignnant le singulier fait rapporté par Lever :

Obs. XXXII (2). — Æt. 32. Mariée depuis 12 mois. Accouche-

(1) P. Chapman. *Treatise on Midwifery*. London, 1735, obs. XXXV.

(2) J. C. W. Lever, in *Guy's Hosp. Rep.*, 1842, p. 102

ment prématuré. A mon arrivée, on me montra un enfant dont les extrémités inférieures, très-déformées, semblaient avoir été moulées autour d'un corps arrondi. Tumeur dure, de volume considérable, sur la paroi antérieure droite, à l'union du col et du corps. Lochies très-abondantes. Point de douleur ni de sensibilité dans l'utérus, ni dans la tumeur.

#### DIAGNOSTIC.

La grossesse compliquée n'est pas si rare que nous puissions maintenir l'expression d'Ashwell : *grossesse inattendue*. A-t-elle une physionomie si spéciale que ce chapitre soit inutile? Loin de nous cette pensée; car ici le diagnostic est si complexe que les observateurs les plus instruits peuvent rester pendant un temps plus ou moins long dans une incertitude extrême, hésiter dans leur diagnostic et même commettre des erreurs qui ne semblent inexcusables qu'aux personnes étrangères à notre art; tantôt on reconnaît un état où la présomption de grossesse balance l'évidence contraire; tantôt on reconnaît la présence d'une tumeur et on méconnaît la grossesse; tantôt on reconnaît la grossesse, mais on hésite sur la nature de la tumeur qui vient la compliquer; tantôt même on admet une grossesse compliquée là où il n'y a qu'une grossesse simple; on comprend combien ces erreurs peuvent être préjudiciables à la femme, c'est ce qui nous engage à nous étendre un peu longuement sur ce chapitre.

Il est vraiment remarquable de voir des femmes atteindre le terme de leur grossesse avec une lésion considérable et nullement soupçonnée; mais, comme nous pourrions quelquefois découvrir cette complication, à l'occasion d'un examen qui n'aurait pas eu pour but la prévision de cette con-

station, nous aurions, en pareil cas, deux devoirs à remplir : 1° faire un examen aussi complet que possible, de façon à pouvoir intervenir, le cas échéant, en temps opportun, ou donner des renseignements propres à éclairer ceux qui seraient chargés de la conduite de l'accouchement ; 2° nous ménager, sans alarmer la femme, l'occasion de revenir à plusieurs reprises sur notre premier examen. En général, nous serons consultés, parce que la femme se croit enceinte et éprouve des accidents qui l'inquiètent, ou bien, ne se doutant pas de son état de grossesse, elle nous demandera de l'éclairer sur certains phénomènes peu réguliers, qui, pour nous, seront des indices pour établir une présomption de grossesse : nous avons démontré que, dans une grossesse avec tumeur, rien n'est changé dans la manière d'être de l'utérus par rapport à l'œuf qui se développe, que celui-ci éveille les mêmes sympathies éloignées, et il est notoire que, dans les premiers mois d'une grossesse normale, les organes du petit bassin subissent des influences de voisinage et donnent lieu à des symptômes souvent pénibles : d'une part donc, une grossesse compliquée ne saurait être révélée par les accidents auxquels elle donne lieu, et d'autre part, ces accidents peuvent dépendre d'états très-variables ; il s'ensuit que, pendant les premiers mois, avant l'existence des signes certains, battements du cœur fœtal et mouvements actifs, nous poserons le diagnostic présomptif tout comme dans les grossesses normales par les commémoratifs d'abord, et cela avec d'autant moins de probabilité d'erreur, que, dans quelques cas, à des hémorrhagies fréquentes ou à des ménorrhagies successives aura succédé, depuis un certain temps, l'absence de toute perte sanguine. Pourtant, quand nous entreprendrons l'examen local, non-seulement les signes habituels de grossesse pourraient nous faire défaut, mais

nous pourrions nous trouver conduits à éliminer presque complètement l'idée d'une grossesse, et voici comment : l'exploration du segment inférieur de l'utérus peut donner des résultats négatifs, contraires ou nuls ; une tumeur peut altérer la forme, la consistance ou la situation du col et rendre ainsi le diagnostic incertain ; une grosse tumeur de la paroi antérieure ou du fond peut mettre obstacle à l'exploration de la tumeur molle, élastique, que nous avons l'habitude de rencontrer au-dessus du pubis, tandis que l'utérus, relevé pour la même cause ou masqué complètement derrière une tumeur de l'excavation, se trouve hors de portée pour le toucher vaginal. Dans toute autre circonstance, l'état du col, l'état de la tumeur abdominale et les phénomènes physiques propres à l'un et à l'autre, bien connus de tout médecin éclairé, ont la même valeur diagnostique que nous leur attribuons tous les jours.

Il est un moment intermédiaire entre la période des signes rationnels et celle des signes certains, entre le troisième et le quatrième mois, une situation où le tact éclairé peut poser un diagnostic qui a peu de chances d'être erroné : nous avons déterminé par le toucher vaginal la présence d'un utérus déformé dans sa paroi postérieure, tandis que le palper abdominal nous donne la sensation de la tumeur élastique, à laquelle nous avons fait allusion. Cette situation est si bien représentée dans un exemple que nous devons à Simpson, que je ne puis mieux faire que de l'insérer ici :

Obs. XXXIII (4). — Une femme mariée depuis dix ans sans être devenue enceinte, avait vu passer deux époques menstruelles. Une grosse tumeur pelvienne, qu'elle portait depuis

(4) J. Y. Simpson, in *Edinb. Monthly Journal*, 1847, p. 138.

longtemps, se mit à grossir. S. reconnut une tumeur volumineuse, dure, tandis qu'à gauche, en bas et en avant de celle-ci, il y avait une partie molle qui ressemblait beaucoup à un kyste de l'ovaire. Les tumeurs fibreuses et les kystes multiloculaires de l'ovaire coexistent quelquefois, mais il n'y a pas de collections kystiques autres qui puissent coïncider avec elles. Les kystes de l'ovaire sont postérieurs à l'utérus, et ici la tumeur molle, élastique, était au devant de la tumeur utérine. S. soupçonna un début de grossesse et hasarda ce diagnostic qui se confirma. Au cinquième mois, on entendit le cœur fœtal et la grossesse arriva à terme. Une portion de la tumeur obstruait tellement le détroit supérieur qu'on dut recourir à la version. Enfant mort-né. La femme se rétablit (1).

Je renvoie, pour d'autres exemples très-instructifs, aux observations XCVI, C, CX, CXI, et j'appelle particulièrement l'attention sur ces tumeurs complexes produites par le développement de l'utérus gravide sur un des côtés de la tumeur, donnant lieu à des formes bilobées, trilobées. Ce diagnostic par exclusion, dont nous trouverons des exemples plus loin, nous paraît avoir une importance particulière dans ce cas, car nous ne croyons pas que la situation de la poche fœtale, par rapport à la tumeur, puisse être renversée : une tumeur en plaque pourra couvrir l'ovoïde fœtal, mais l'expansion de celle-ci ne se fait jamais apparemment aux dépens de la paroi postérieure quand la paroi antérieure est complètement immobilisée ; nous savons qu'il n'en est pas de même

(1) M. Magdelaine (*l. c.*) a mis en tête de cette observation, certainement par inadvertance, l'indication sommaire : « Tumeur fibreuse compliquant une grossesse et offrant, dans un de ses points, l'élasticité d'un kyste, » ce qui en dénature complètement le sens.

pour les tumeurs du fond, ce qui a fait dire aux observateurs un peu antérieurs à nous que l'œuf se développait dans ces cas aux dépens du col.

Si l'époque de la grossesse permet d'interroger les signes physiques, ici encore le diagnostic peut rester en suspens, car pour les causes ci-dessus indiquées, le palper abdominal, et l'auscultation peuvent être impraticables en même temps que le toucher vaginal; mais ce cas est extrême, et habituellement l'utérus nous est accessible par l'un de ses segments, car il n'est guère possible qu'une grossesse puisse dépasser les quatre premiers mois dans des conditions d'expansion aussi peu favorables (Voir Obs. I.). L'auscultation peut être rendue incertaine par l'éloignement du fœtus de la paroi abdominale, ou bien par l'existence de bruits anormaux : les mouvements du fœtus peuvent être masqués par l'interposition de la tumeur. Le toucher vaginal peut être rendu négatif par l'existence d'une tumeur qui empêche de percevoir le ballotement. Dans certains cas il faut donc savoir attendre une certitude absolue en observant la marche; mais si nous en croyons des observateurs, le cas peut se présenter où les signes physiques feraient défaut pendant tout le cours de la grossesse; les résultats obtenus par l'emploi des métrosopes n'encouragent pas beaucoup leur emploi, mais on peut tout tenter.

Il faut enfin faire remarquer que les accidents intercurrents sont excessivement rares pour les tumeurs intra-utérines et pour les extra-utérines franchement abdominales, de sorte que, d'une part, nous ne devons pas nous attendre à rencontrer des cas de cette nature, d'autre part, dans la pratique, les grossesses compliquées de la sorte parcourent toute la période de croissance sans que nous soyons appelés à les constater, de sorte que le diagnostic ne vient à être

posé qu'au moment de l'accouchement à terme. Restent les grossesses avec tumeurs de l'excavation originelles ou par déplacement ; les premières donnant lieu à des accidents du premier au troisième mois de son cours, pour cesser lorsque l'utérus prend place définitivement dans la grande cavité abdominale, les secondes du troisième au sixième mois pour durer un temps variable ou pour persister jusqu'à l'expulsion du fœtus. La connaissance de cette marche particulière peut éclairer le diagnostic, car des exemples assez nombreux montrent que ce sont là des faits cliniques très-certains, et que les tumeurs, à moins de passer par des états morbides, ne donnent pas lieu, à toutes les périodes possibles de la grossesse, à des accidents d'une gravité croissante.

La grossesse nous paraît évidente ou au moins admissible, nous avons reconnu qu'elle présente la complication de tumeur : il nous reste à déterminer quelle est cette tumeur.

Un diagnostic, essentiel pour toute tumeur intra-abdominale, est de s'assurer de sa dépendance ou de son indépendance de l'utérus. Cela n'offre pas grande difficulté pour une tumeur non pédiculée, seulement le diagnostic est plus net pour les unes que pour les autres, en raison du siège et de la facilité d'exploration que l'état des parties permet.

Les tumeurs intra-utérines du segment supérieur se diagnostiquent surtout par les commémoratifs qui indiquent un volume différent de celui qu'aurait un utérus gravide à l'époque présumée de la grossesse ; celles du segment inférieur par le toucher qui constate les limites, si le volume est suffisant ou certains changements d'état physique qui n'appartiennent pas à cette partie de l'organe dans les conditions ordinaires. L'hétérogénéité de la tumeur sus-pubienne devra aussi être recherchée lorsqu'on soupçonne une tumeur, car

l'existence de celle-ci au-dessus ou au-dessous du fœtus importe beaucoup pour le pronostic. Les tumeurs interstitielles se prêtent mieux au diagnostic par le palper et par le toucher, et il est possible d'indiquer le volume, la consistance, la fixité et surtout le siège, car ici encore la position par rapport au fœtus est d'une grande importance pour le pronostic quand le volume est considérable. Il n'y a guère de diagnostic différentiel à poser qu'avec les kystes de la paroi et avec les grossesses doubles pour les tumeurs volumineuses, mais pour tous deux le diagnostic reste souvent incertain. Pour tous les cas que nous pourrions avoir à examiner, un moyen de diagnostic qui ne le cède à aucun autre, c'est la constatation de tumeurs manifestement utérines, dans d'autres points de l'organe; il est rare que nous soyons privés de ce complément de diagnostic. Pour les tumeurs interstitielles énormes du fond de l'utérus, il n'y a guère non plus de diagnostic comparatif. Lorsque les tumeurs sont unilatérales et au-dessus d'un volume moyen, le diagnostic se pose avec la *grossesse extra-utérine*, et comme celui-ci a quelque importance, il convient d'insister un peu. Rien ne devrait autant ressembler à une tumeur en voie d'hypertrophie graduelle que cette tumeur fœtale dévoyée : même adhérence avec l'utérus, même développement continu, mêmes douleurs spontanées et à la pression localisées au siège de la tumeur. Le diagnostic différentiel physique se fait par la consistance, beaucoup plus élastique dans la tumeur fœtale, puis si elle continue à se développer, par la constatation de l'existence du fœtus, soit au palper, soit aux autres signes propres. Mais de plus, dans la grossesse compliquée, nous avons l'utérus qui se développe et qui forme une tumeur fœtale à côté de notre tumeur musculaire, tandis que dans la grossesse extra-utérine l'utérus reste à peu



près ce qu'il était, quoique il se développe souvent un peu et qu'en même temps son col subisse les changements propres à la grossesse, de sorte que le diagnostic, dans la grossesse compliquée, se présente pour le cas le plus rare de tous, une grossesse utérine combinée avec une grossesse extra-utérine. Il est évident que si on était trompé par les commémoratifs et qu'on eût à examiner une tumeur musculaire considérable qu'on prendrait pour une grossesse extra-utérine, tandis qu'on prendrait l'utérus qui commencerait à se développer pour l'utérus modifié par l'état de grossesse anormale, on pourrait faire la faute de cathétériser la matrice, mais je pense que difficilement une telle confusion s'établirait avec des commémoratifs bien étudiés. Ici l'erreur aurait de la gravité s'il était indiqué d'intervenir, car souvent on est appelé à mettre un terme à une grossesse extra-utérine. Nous avons dit comment la présence de tumeurs volumineuses peut masquer l'existence de la grossesse, et en résumé, les points essentiels du diagnostic à propos des tumeurs intra-utérines et interstitielles sont : 1° de ne pas faire erreur sur l'époque de la grossesse en prenant celle qui débute pour une gestation de plusieurs mois (nous écartons complètement les cas où on prendrait une tumeur pour une grossesse, car ces erreurs n'ont trait qu'à des gestations à l'époque où les signes certains existent, et elles ont toujours été rectifiées par l'examen fait par des hommes suffisamment instruits); 2° de ne pas prendre une tumeur pour un second œuf, difficulté parfois réelle, mais ordinairement résolue par un examen attentif, finalement par l'observation pendant un peu de temps; 3° de distinguer les kystes de la paroi, ce qui serait très-difficile; 4° de différencier une tumeur d'avec une grossesse extra-utérine, ce qui peut se faire en général.

Les tumeurs périutérines, sessiles, ont la plus grande analogie, comme constatation des rapports directs, avec les tumeurs précédentes et tous les diagnostics existent pour elles, mais elles offrent quelques différences par rapport à leur manière d'être, eu égard au corps de l'organe ; ainsi elles possèdent une certaine mobilité, ce qui déjà les rapproche des tumeurs pédiculées. Ceci a une réelle importance pour les tumeurs qui se trouvent au voisinage du détroit supérieur, car elles peuvent alternativement se rencontrer par le palper et par le toucher, et donner lieu à un doute quant à leur siège utérin ou pelvien. Si la tumeur avait été observée depuis quelque temps, la marche écarterait toute difficulté, car on n'aurait aucune peine à s'assurer qu'elle accompagnait le développement de l'utérus : ce moyen de diagnostic est très-important pour toutes les tumeurs, mais il suppose la grossesse avant terme ; il faut bien se rendre compte qu'une tumeur extrautérine, fixe, conserve ses rapports avec d'autres points fixes, tandis que l'utérus, qui porte une tumeur, change les rapports de celle-ci avec ces mêmes points. Le poids d'une tumeur de ce genre, située près du fond et surtout à la paroi postérieure, pourrait entraîner l'utérus vers l'excavation et produire l'incarcération, ou bien le développement nécessaire de l'utérus vers la cavité abdominale pourrait causer le refoulement de la tumeur à une époque peu avancée de la grossesse jusque dans l'excavation ; cela serait important à connaître, car il justifierait des tentatives de refoulement en sens contraire, au moment de l'accouchement, même quand la mobilité paraîtrait très-faible. Il nous reste à dire que la tumeur périutérine volumineuse peut se confondre avec la tumeur ovarique, et que le diagnostic se pose par les commémoratifs, facile, s'ils sont suffisants, à cause de la marche rapide de cette dernière, très-difficile dans l'ab-

sence des commémoratifs, par la raison qu'une tumeur fibreuse, éveillée par le stimulus de la grossesse, aura pu avoir une marche rapide et bien plus, simuler dans ces circonstances une fluctuation franche ; mais dans ce cas, le début, coïncidant avec la présomption de grossesse, pourrait encore aider à assurer le diagnostic. Je dois faire une mention à part de quelques tumeurs qui sont à la fois interstitielles, intra-utérines et intra-abdominales, l'une d'elles a donné lieu à des phénomènes inexplicables de mobilité ; elle a fait hésiter un peu sur la grossesse extra-utérine ; elle était étalée en large plaque pendant l'état de gravidité, et après l'évacuation elle est devenue globuleuse. On lira l'observation p. 140 et on pourra consulter les remarques de M. Guéniot sur ce fait intéressant (1).

Il nous reste l'étude diagnostique des tumeurs de l'excavation : elles sont permanentes ou accidentelles ; les premières sont les tumeurs pédiculées de la face postérieure de l'utérus nées à toutes les hauteurs ou du fond même et tombées dans le cul-de-sac utéro-rectal au-dessous du niveau du col ; les tumeurs sessiles ou peu pédiculées du segment inférieur de l'utérus sont ordinairement permanentes pendant tout le cours de la grossesse ; mais un certain nombre sont si bien sur la limite de l'excavation et de la cavité abdominale qu'elles peuvent se rencontrer dans l'une ou dans l'autre alternativement : les accidentelles sont celles du fond refoulées par le développement de l'utérus jusqu'au-dessous du détroit.

Une tumeur de l'excavation étant donnée, on mettra à profit tous les éléments de diagnostic que nous avons déjà passé en revue, les commémoratifs, l'absence ou bien l'époque de l'apparition de certains accidents propres aux tumeurs

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1864, n° 55.

qui ont ce siège, l'état physique et les rapports exacts, la situation du col, la mobilité ou la fixité de la tumeur dans la situation qu'elle occupe, la dépendance ou l'indépendance de l'utérus : si la grossesse suit son cours, nous serons fréquemment éclairés par la marche, et le pronostic en sera affecté, mais si elle était à terme, on serait souvent réduit à remplir simplement les indications évidentes sans avoir la certitude sur l'origine de la tumeur.

La tumeur est-elle sessile ou pédiculée? rien de plus difficile à déterminer quand l'utérus a déjà un certain développement, car en refoulant la tumeur, il rend impossible tout mouvement relatif opéré l'un sur l'autre, et le pédicule échappe à l'exploration par l'effacement que produit une sorte d'emboîtement réciproque de toutes ces parties comprimées; dans tous les cas où le diagnostic reste incertain, on ne se tiendra pour satisfait que lorsqu'on aura renouvelé l'examen sous l'influence du chloroforme, un des beaux côtés pratiques de l'anesthésie et dont Simpson a su tirer un grand parti dans le diagnostic obstétrical; si le diagnostic ne se fait qu'à l'heure du travail, il est de notre devoir de conduire l'examen de cette façon à sa dernière précision.

Cela dit, voyons quels diagnostics particuliers à cette région nous devons encore chercher à établir. *Tumeurs pariétales*. Diagnostic très-difficile quand la tumeur remplit toute l'excavation et permet difficilement l'exploration; cependant une tumeur indépendante de l'utérus laisserait une plus grande mobilité au viscère, pourvu que l'exploration puisse être conduite par le palper combiné avec le toucher; diagnostic plus facile quand on peut déterminer le point de départ de la tumeur pelvienne et constater la mobilité de l'utérus par rapport à cette tumeur. *Grossesse extra-utérine*. Voir ce que nous avons déjà dit à ce sujet, p. 85. *Kyste de*

*l'ovaire*. Voir également plus haut, p. 87, et, en somme, tenir grand compte de l'état solide ou liquide tout en restant sur la réserve : au besoin, ponction exploratrice, mais dans le cas de nécessité absolue seulement : ce diagnostic a déjoué les plus expérimentés. *Rétroversion*. Il faut distinguer l'utérus entraîné par une tumeur de la paroi postérieure, ce qui n'est pas la rétroversion, tant que le fond sera libre de se développer et ne sera pas porté contre la paroi de l'excavation, de l'utérus refoulé par une tumeur du fond ou de la face antérieure ; la situation du col établit ce diagnostic, et si le col porté très-haut derrière le symphyse échappe à nos recherches, il ne faut pas hésiter à s'assurer de sa position en s'aidant de l'anesthésie. Si nous avons déterminé l'existence d'une tumeur de la paroi postérieure, nous rentrons dans les diagnostics que nous avons déjà étudiés, et n'avons pas à y revenir ; seulement si une tumeur du fond a causé la rétroversion, il faut moins que jamais négliger l'exploration par le rectum. *Hématocèle*. Au début surtout d'une grossesse nous nous trouverions en présence de ce diagnostic, et les commémoratifs seuls y satisferaient presque, et seulement dans des cas fort rares il pourrait présenter de réelles difficultés ; il ne faut pas oublier que quelques tumeurs péritutérines antérieures et latérales peuvent également dépendre d'une hématocèle à siège insolite. L'exploration par la sonde vésicale pourra rendre quelques services.

Il faut également avoir présent le cas d'hypertrophie partielle du segment inférieur signalé par M. Bailly (1).

Reste enfin à éliminer par les explorations appropriées les tumeurs intrautérines du segment inférieur, les tumeurs du

(1) Bailly, in *Gazette des hôpitaux*, 1869, n° 4.

col et celles de la paroi recto-vaginale. Je cite, pour être aussi complet que possible, le cas de tumeur hydatique (1), et celui de tumeur du rein (2), qui ont mis obstacle à l'accouchement et qui devraient par conséquent être représentés dans un diagnostic complet.

Je signale pour mémoire les erreurs souvent grossières qui ont conduit à diagnostiquer une tumeur fœtale quand il n'y avait qu'une tumeur simple. Je cite l'exemple suivant pour servir de terme de ralliement avec le chapitre suivant.

**Obs. XXXIII (3).** — Anne W..., maîtresse d'école, vit son ventre grossir et sa santé se déranger. La menstruation était régulière.

Un médecin l'examina, et, en consultation avec un confrère, la déclara enceinte de six mois.

On lui fit quitter son poste et elle vint me voir.

Je diagnostiquai une tumeur fibreuse. Au bout d'un an, elle se maria avec celui qui était déjà son fiancé, et elle devint grosse.

L'accouchement fut très-laborieux et fut suivi d'une hémorrhagie.

Cette femme mourut.

#### PRONOSTIC.

Le cas que nous venons de citer d'une femme, portant une tumeur fibreuse assez volumineuse pour que la tumeur

(1) Meyer, in Puchelt, *loc. cit.*, p. 213. Sadler, in *Méd. Times and Gaz.*, 1864, août. Raynaud, in Guéniot, *Bull. de Thérap.*, 1866, vol. 71, p. 358. Birnbaum in *Brit. Med. J.*, 1864, vol. 2, p. 496. Voir Charcot, *Arch. de méd.*, 1853, t. 1<sup>er</sup>, p. 335.

(2) Wolff. *Klinische Wochenschrift*, 1867.

(3) Montgomery. *Signs and symptoms of pregnancy*. London. 1856. 2<sup>e</sup> édit.

publique l'ait obligée à se justifier, et qui, devenue enceinte, arriva à terme pour mourir des suites de couches, renferme tous les éléments du pronostic. Grossesse en somme à peu près normale, dans l'immense majorité des cas, mais au delà, prévision impossible : accidents souvent très-graves, naissants à l'improviste, immédiats ou tardifs ; en somme, pronostic du cours de la grossesse peu différent de celui d'une grossesse simple, pronostic de l'accouchement meilleur qu'on n'aurait pu le présumer, des suites de couches très-réservé.

Pour le cours de la grossesse, les tumeurs périutérines, appartenant à l'excavation, qu'elles soient permanentes ou accidentelles, ont le plus d'influence sur la marche, les premières, depuis le début jusqu'à 4 mois au plus, les dernières, depuis 3 mois jusqu'à 6 et au-delà. Les autres tumeurs sont à peu près inactives, à moins d'un volume excessif qui pourrait amener pendant le développement du fœtus des compressions sur des viscères éloignés : il faut faire une réserve pour les tumeurs intrautérines et surtout pour celles qui sont interstitielles qui paraissent exposer à l'avortement ; toutes les autres tumeurs sont inactives sous ce rapport, à moins qu'elles ne soient le siège d'une hypertrophie rapide qui générerait le développement de l'œuf, ou qu'elles subissent des dégénérescences aiguës profondes.

L'existence d'une tumeur volumineuse a une tendance bien constatée à produire les fausses positions du fœtus ; cela paraît plus fréquent pour les tumeurs qui sont situées au-dessous de lui ou latéralement : les accouchements par l'extrémité pelvienne me paraissent être dans la proportion d'un tiers, et la présentation des pieds un peu plus fréquente que celle du siège.

Les tumeurs n'ont aucune influence connue sur le terme

de la grossesse ; on peut calculer sa durée probable comme dans une gestation normale.

Le pronostic de l'accouchement dépend du siège des tumeurs ; toutes celles qui sont situées au-dessous du fœtus peuvent être une cause grave de dystocie, mais les plus graves de toutes sont les tumeurs intrautérines sessiles de la paroi postérieure, parce qu'elles peuvent le moins se déplacer : le pronostic varie avec la consistance de la tumeur qui très-fréquemment s'assouplit avant le moment du travail. Les tumeurs périutérines sessiles ou peu pédiculées, même les plus volumineuses, du segment inférieur de l'utérus, donnent un pronostic bien meilleur qu'une tumeur de moyen volume interne, sessile ou interstitielle du même segment. Les tumeurs pédiculées intrautérines qui se placent au-dessous de l'œuf sont très-dangereuses lorsqu'elles ne peuvent pas arriver jusqu'au dehors, mais ce pronostic est affaibli par la possibilité de les extirper : les tumeurs pédiculées périutérines dans les mêmes conditions sont les plus graves de toutes au point de vue de l'accouchement, parce que souvent la chirurgie ne peut pas intervenir ; le pronostic de ces mêmes tumeurs perd toute gravité si on parvient à les reporter au delà du détroit supérieur.

Au delà de l'accouchement, la gravité de la complication s'annonce véritablement, et sous ce rapport, le siège paraît avoir une influence notable sur la forme des accidents consécutifs, ainsi l'hémorrhagie immédiate, formidable, appartient aux tumeurs interstitielles qui produisent la rétention du placenta et qui, après son expulsion, ne permettent pas à l'utérus de se rétracter régulièrement ; l'hémorrhagie après l'expulsion du placenta appartient aux tumeurs pédiculées, lesquelles donnent lieu à des accidents tardifs aussi bien qu'immédiats. Les accidents nerveux graves appartiennent



surtout aux tumeurs pédiculées et aux interstitielles sail-  
lantes dans la cavité; ce sont le ténésme utérin excessif suivi  
de mort par épuisement nerveux.

La multiplicité des tumeurs ajoute une gravité extrême au  
pronostic. (Voir p. 224.) Le collapsus complet, rapide, ap-  
partient à tous les accouchements laborieux au même titre.  
Enfin les tumeurs périutérines abdominales sont sujettes à  
des dégénérescences rapides après l'accouchement, ou bien  
elles peuvent être le point de départ d'une péritonite.

La durée des suites de couches dépend de la nature des  
accidents éprouvés : si ceux-ci ont été nuls, elles peuvent ne  
rien offrir d'anormal. Parfois la santé reste ce qu'elle était  
sous tous les points de vue, rarement elle s'améliore, à moins  
bien entendu, que l'accouchement n'ait été une cause de  
suppression de la tumeur, ce qui peut arriver par une sépa-  
ration au point d'insertion, accidentelle ou artificielle, pour  
les tumeurs pédiculées; par énucléation spontanée ou artifi-  
cielle, pour celles qui sont interstitielles; par dégénérescence  
rapide ou lente et expulsion progressive, par résorption  
totale (faits de Cazeaux (1), Scanzoni) ou par immobili-  
sation, dégénérescence atrophiante. Dans quelques cas  
l'état de la femme reste très-grave, soit que la tumeur ne  
cesse de donner lieu à des hémorrhagies, soit que la dégéné-  
ration d'une tumeur interstitielle se poursuive pendant un  
temps très-long. Dans d'autres circonstances la tumeur, qui  
avait été inactive jusqu'au début de la grossesse, prend une  
marche franchement pathologique qui arrête la grossesse  
pendant son cours, ou bien ne se développe en toute appa-  
rence qu'au moment de l'accouchement ou à peu de temps  
de là et se termine fatalement. Ailleurs la tumeur reste plus

(1) *Soc. de chir.*, 1857, 9 septembre.

volumineuse, plus susceptible à toutes les causes d'excitation, et la vie de la femme commence à être traversée par les accidents propres à la marche progressive de ces tumeurs.

La rupture de l'utérus n'a lieu que dans les conditions habituelles de présentations vicieuses, versions difficiles, accouchements laborieux et impraticables.

Nos observations montreront que le traitement a une certaine influence sur le pronostic de l'accouchement.

J'ai rapporté un cas de rupture par impéritie de l'accoucheur (obs. XLIX); j'indiquerai ici un cas d'une autre nature devenu mortel par la même cause.

Le docteur Barnes montra à la société obstétricale de Londres, en juillet 1863 (1), l'utérus d'une femme qui mourut peu après son accouchement des suites d'une rupture de la vessie : travail retardé, rétention d'urine prolongée; la cause en était une tumeur fibreuse de la paroi antérieure de l'utérus près du col, refoulée contre la symphyse pubienne par la tête de l'enfant.

L'inversion s'observe rarement.

Le pronostic pour l'enfant sera toujours réservé si le siège de la tumeur et son volume doivent nécessairement produire un degré de dystocie plus ou moins important.

Je devais réserver une place pour le fait exceptionnel relaté par Aldis (2).

Une femme de 26 ans, accouchée six mois auparavant, n'avait éprouvé aucun dérangement de sa santé jusqu'à trois jours avant sa mort, quand elle fut prise d'une péritonite avec vomissement stercoraux; à l'autopsie, on trouva qu'une tumeur fibreuse du fond de l'utérus, adhérent à une portion de l'intestin grêle, avait mis obstacle au cours des matières fécales.

(1) R. Barnes, in *Med. Times and Gazette*, 1863, v. 2, p. 288.

(2) Aldis, in *Lancet*, 1855, vol. 2, p. 524.

## CHAPITRE III

### **Accouchement dans les grossesses compliquées.**

#### MYOMES DU CORPS

L'accomplissement du travail exige deux conditions essentielles : l'intégrité des forces expulsives et l'absence de tout obstacle sérieux dans les voies traversées par le fœtus. Voyons d'abord comment s'effectue la contraction utérine : il est démontré aujourd'hui, depuis les travaux de Hélie (de Nantes), que les fibres du fond, les fibres arciformes et transversales ont la plus large part dans l'acte physiologique qu'accomplit l'utérus gravide, en supprimant la résistance qu'offre le col à la sortie du fœtus, et qu'elles sont surtout actives pour son expulsion. Une tumeur étant donnée, y a-t-il une modification dans cette action des forces expulsives, et cette modification est-elle possible? Non, car cette tumeur, tout en faisant corps avec l'utérus, est indépendante de lui, parce qu'elle ne modifie pas la structure des fibres utérines, et que sa présence ne peut produire autre chose qu'une action mécanique : voilà ce que donne le raisonnement, et les faits qui ont été avancés comme contraires ne souffrent pas l'interprétation qu'on en a faite. Une opinion très-accréditée veut que l'utérus atteint

de tumeur soit plus ou moins frappé d'inertie. Examinons tour à tour les différentes conditions qui se sont rencontrées et étudions ce qui s'est passé dans ces différents cas.

Le cas le plus extrême est celui d'Osiander :

Obs. XXXIII (1). — Ce cas de grossesse compliquée de tumeurs multiples diffère de tous ceux encore connus par leur influence sur le travail. Ni l'action mécanique de ces tumeurs, ni le rétrécissement de la cavité pelvienne n'ont pu retarder le travail. La présence de ces tumeurs a paralysé l'utérus, en empêchant la contraction de ses fibres. La difficulté du travail a été non moins grande que si le bassin eût été rétréci, car l'accouchement a dû être terminé par l'embryotomie. 45 ans. Traces de scrofule dans le jeune âge; apparence malsaine. Deux avortements antérieurs. En travail depuis vingt-quatre heures, très-affaiblie, inquiète : tête du fœtus élevée, membranes entières, col dilaté. Au bout de quatre heures, voyant les contractions utérines puissantes, *Osiander* rompit la poche des eaux, la tête étant un peu descendue. Elle restait néanmoins au-dessus du détroit en O. I. D. P. Forceps tenté inutilement; version rendue impossible par une contraction qui paraissait occuper la paroi tout entière, de sorte qu'on n'a pu, en aucune manière, passer au delà. Tentatives dans des positions variées de la femme; forceps de nouveau sans réussite. Craniotomie : extraction difficile. Placenta retenu par une contraction irrégulière. Hémorrhagie peu considérable; mais l'utérus non contracté était volumineux. Epuisement progressif. Vomissements. Mort le 3<sup>e</sup> jour.

*Autopsie.* Pas de péritonite; utérus énorme : parois de 3 pouces d'épaisseur, parsemées de tumeurs dures, semblables à des œufs, contenant une matière caséiforme, jaune, de la nature du pus privé de liquide; elles étaient au nombre de neuf à dix avec enveloppe fibreuse, située à la face péritonéale; plusieurs

(1) *Osiander*, in *Brit. and For. Med. Review*, octobre 1844.

autres interstitielles, à fibres concentriques, comme de vraies tumeurs charnues de l'utérus : elles avaient le volume d'une cerise.

L'auteur, on le voit, attribue à la paralysie de l'utérus le défaut d'expulsion du fœtus. En lisant son observation, on est frappé d'y rencontrer tout le contraire de ce qu'on doit désigner par le terme paralysie, et on ne peut comprendre l'interprétation d'un auteur aussi éminent, qu'en concevant le terme usité dans un sens abstrait, — organe doué d'une fonction qu'il n'a pu accomplir, — car, bien loin d'avoir été paralysé, nous voyons que ses contractions étaient puissantes et le col bien dilaté, tandis qu'une contraction circulaire invincible a produit l'immobilisation du fœtus : cette contraction spasmodique, partielle, irrégulière, est une des causes les mieux connues de l'inefficacité du travail : bien loin de la traiter de paralysie, nous essayons de la vaincre par les hyposthénisants les plus puissants et à haute dose : peut-être de nos jours aurions-nous pu rectifier complètement la mauvaise marche du travail au moyen du chloroforme. Le placenta a été retenu dans une arrière-cavité ; donc, point d'atonie dans ce fait, et, quant au volume de l'utérus, que l'auteur dit non contracté, il faut concevoir la difficulté de l'apprécier au milieu de ces grappes de tumeurs qui l'entourent. Dans l'observation tout entière je vois du ténésme utérin plutôt que de la paralysie, et il s'ensuit que nos données théoriques ne se trouvent pas en contradiction avec le fait pratique.

Je suis encore moins disposé à admettre l'inertie utérine comme phénomène commun dans la symptomatologie de ces grossesses compliquées, puisque l'utérus est hypertrophié par leur présence même ; la grossesse, qui vient surprendre

un utérus dans cet état anormal, ne peut pas atrophier ce qui était déjà hypertrophié. Je crois, au contraire, bien mieux m'accorder avec les faits en admettant que l'irrégularité de développement rend la paroi sujette à une contractilité irrégulière et que l'inefficacité des contractions est due au spasme bien plutôt qu'à la paralysie.

Il est un autre genre de contractions irrégulières signalées par quelques observateurs, cas rares que je ne discute pas; elles pourraient tenir ou à des adhérences morbides de la tumeur ou à ce que celle-ci prendrait sur un point de sa circonférence un appui qui ne lui permettrait pas de suivre le mouvement communiqué à toute la masse, ou enfin à une contraction irrégulière partielle : je crois les deux premières interprétations suffisantes.

Bien entendu, j'admets l'inertie totale produite ici, comme dans les cas normaux, par le travail improductif, c'est-à-dire, dans le cas actuel, l'épuisement de l'utérus qui a lutté en vain contre l'immobilité du contenu due à la présence d'une tumeur au devant de la partie fœtale engagée. En somme, l'étude des faits me rend incrédule au point de vue de l'influence paralysante de la tumeur sur la contractilité utérine : elle produit, au contraire, parfois le spasme, condition non moins fâcheuse et qui, dans les cas extrêmes comme l'observation XXXIII, arrête la marche du travail ; mais je pense qu'il faut réserver pour la troisième période la considération de l'inertie comme complication de l'accouchement.

Si la contractilité est intacte, quoique moins effective ; si, en un mot, la force est efficace, son application souffre-t-elle de quelque manière dans l'accouchement dont nous nous occupons ? On pourrait le croire à voir des tumeurs volumineuses occuper la paroi et faire saillie dans la cavité ; com-

ment, en effet, la paroi s'appliquerait-elle au fœtus dans ces conditions? Prenons le cas le plus simple, celui d'une tumeur interstitielle volumineuse du fond, cas dans lequel la forme de l'utérus est conservée, mais où une tumeur s'interpose entre le fœtus et la force agissante : Ingleby et autres ont exprimé un certain étonnement de voir s'accomplir le travail régulièrement en pareil cas, mais d'abord ils ne se rendaient pas compte de l'expansion du segment inférieur et disaient, selon ce qui leur apparaissait, que la cavité de réception du fœtus se formait aux dépens du col, erreur dont les travaux de M. Stoltz ont fait justice, mais erreur qui faussait leurs déductions. Aujourd'hui, nous nous rendons parfaitement compte de cet amincissement extrême de la paroi utérine sans amoindrissement de la puissance rétentive de l'organe : tel est le cas d'Ingleby (Obs. XII). Du reste, ce que nous savons de la disposition anatomique des fibres contractiles ne permet pas d'admettre qu'elles doivent agir moins favorablement par l'intermédiaire de la tumeur sur la résistance qu'offre le col. Dans les cas où la tumeur volumineuse est latérale, il est difficile d'apprécier l'action que nous étudions, car la tumeur met souvent obstacle au progrès du fœtus, parce qu'elle plonge dans l'excavation, tel est le cas de Hecker (Obs. XXXVI), où l'utérus formait un petit appendice d'un fibrome volumineux. Lorsque les tumeurs sont multiples, il semble vraiment que la déformation de la paroi ne pourrait pas lui permettre de s'appliquer étroitement au fœtus; mais, sur la grande masse de celui-ci, compressible et inégale elle-même, cette cause d'inefficacité disparaît en partie, et se trouve absolument hors de cause dans les cas qui sont les plus fréquents, les tumeurs interstitielles à l'état normal, par le fait du ramollissement physiologique qui permet leur changement de forme, leur

étalement, en vertu des pressions qui s'exercent en sens contraire et des tiraillements en tous sens de leur capsule d'enkystement. Cette question nous a suffisamment occupé.

Nous croyons donc pouvoir écarter de la considération dès obstacles à l'accouchement la déformation de la paroi en tant qu'elle intéresse l'application de la force contractile.

La seconde condition de l'achèvement du travail est l'absence de tout obstacle sérieux dans les voies traversées par le fœtus. Nous avons dit comment les forces contractiles s'épuisaient par le travail improductif: sous ce rapport, il est des obstacles absolument infranchissables et d'autres qui cèdent assez pour permettre à la partie fœtale un progrès quelconque.

Au point de vue de notre étude, l'amointrissement de la partie contenant surpasse en importance celui de l'amointrissement de la partie contenue. Celui-ci s'effectue par les moyens ordinaires; celui-là mérite par son importance une étude attentive qui en fasse connaître toutes les particularités, car il importe de mettre en relief cet aspect spécial de l'accouchement dans la grossesse compliquée toutes les fois que la tumeur se trouve au-devant de la partie fœtale. La tumeur, en effet, se trouve nécessairement située entre la partie fœtale et une paroi presque incompressible, le bassin: est-elle au dedans du canal utéro-vaginal et en même temps pédiculée, le pédicule peut être assez long pour laisser arriver la tumeur au dehors de la vulve, ou assez faible pour en permettre la déchirure; dans les deux cas la difficulté est vaincue, ce sont des cas rares dont nous citerons des exemples; sauf ces exceptions, l'obstacle est en raison du volume de la tumeur; si, au contraire, la tumeur pédiculée se trouve dans le cul-de-sac postérieur, plus le pédicule sera long, plus elle s'abaissera, repous-



sant au-devant d'elle la paroi vaginale et créant un obstacle toujours croissant au progrès du fœtus. Que la tumeur soit au contraire sessile ou faiblement pédiculée, qu'elle se trouve au dedans ou au dehors du canal, elle est soumise à l'influence contractile de l'utérus dans une mesure qui touche à l'in vraisemblable ; qu'une tumeur qui siège à la paroi antérieure puisse effectuer un mouvement de glissement qui la porte au-dessus du détroit supérieur, rien de bien étonnant ; mais qu'une tumeur qui déprime le cul-de-sac recto-vaginal puisse remonter le long de la paroi pelvienne postérieure et se placer au-dessus du même détroit, c'est-à-dire au-dessus de la partie fœtale, un semblable résultat paraît tenir du miracle, et aucun de ceux qui l'ont observé n'ont fait mystère de leur surprise ; l'expérience clinique ne change pas cette impression, car l'observateur de 1868 l'a subie aussi bien que celui de 1840. Tous deux ont donné la même explication qui est la vraie ; il importe d'insister sur ce phénomène et d'étudier de près son mécanisme, qui n'a pas été exposé avec toute la précision nécessaire. Comment, dans l'état normal, l'utérus parvient-il à expulser son contenu ? Nous venons de le dire, en diminuant sa cavité ; ses fibres se ramassent de plus en plus et suivent la masse fœtale qui parcourt le chemin de moindre résistance ; quand il y a de la résistance à la sortie du fœtus, la paroi utérine amoindrissant par la compression la partie engagée, fait effort pour la conduire à travers la filière ; diminution progressive de la cavité contenante, amoindrissement progressif de la partie contenue, voilà les deux modes d'action mécanique qui assurent l'expulsion du fœtus dans les cas normaux. Nous sommes actuellement en présence d'une situation où ni l'un ni l'autre de ces procédés ne peuvent servir à un résultat pratique, la naissance d'un enfant

vivant; dans cette ceinture incompressible, supposons même que l'on puisse produire l'étalement de toute cette masse de manière à la convertir en un cylindre concentrique au bassin, les difficultés du travail seraient peu diminuées; mais, supposons que l'on puisse l'élever au-dessus de l'excavation, il n'y aura plus de résistance, et l'accouchement pourra se terminer par la méthode naturelle. Ce déplacement en haut s'opère dans tous les cas où la tumeur périutérine sessile ou faiblement pédiculée à son point d'insertion sur le segment inférieur de l'utérus, et voici comment cette action se produit: ne pouvant déprimer son fond, l'utérus relève autour de la partie fœtale, sur l'extrémité la plus élevée de laquelle il prend point d'appui, toute la paroi qui l'entoure, et efface sa cavité de bas en haut; la paroi utérine, prenant pour centre fixe le milieu du fond appuyé sur la partie fœtale, agit comme le diaphragme qui relève autour de son centre toute sa partie périphérique; de cette façon, toute la masse de l'utérus a une tendance à se rapprocher du centre et bientôt la partie engagée est libre et l'expulsion se fait par les forces ordinaires. On a beaucoup parlé de l'action du coin produite par le fœtus, cette action favorise l'effet produit, en sollicitant l'action réflexe qui soutient la contraction des fibres qui dilatent le col, mais elle n'est pour rien dans le mécanisme que nous décrivons, et à moins de faire éclater la ceinture osseuse, le coin ne peut rien; l'immobilité du fœtus est, au contraire la condition essentielle de la production de ce phénomène de mécanique et on doit admettre qu'il reste virtuellement immobile tant que l'effet voulu n'est pas produit.

On peut nous reprocher d'avoir fait jouer au col un rôle absolument passif dans l'acte qui conduit au déplacement de ces tumeurs; mais nous sommes convaincu que sa dila-

tation ne saurait produire l'effet voulu, limitée comme l'est cette dilatation par les parois incompressibles du bassin ; nous voyons dans cinq sur sept des observations consignées. (Obs. XCIV, XCV, XCVI, XCVII, CI), que le col était dilaté, notablement dilaté, complètement dilaté, à un moment où l'accouchement était encore impossible ; à ce moment il faut une force élévatrice, et pour cela il suffit que la direction de la force agissante change, jusque-là elle n'avait fait qu'éloigner l'obstacle dans le plan horizontal, à présent elle l'éloigne dans le plan vertical. Nous avons dit comment nous comprenions l'application de cette force et l'effet produit ; le redressement et l'élévation de ces tumeurs au-dessus du détroit supérieur dépend entièrement de la puissance contractile de l'utérus ; quand par une raison quelconque la force reste impuissante, nous la remplaçons par une force artificielle.

Il faut mentionner pour mémoire la possibilité pour quelques-unes de ces tumeurs de s'effacer plus ou moins en déprimant l'une des parties les moins résistantes de la paroi pelvienne, comme au niveau des échancrures.

Enfin, pour toutes les tumeurs qui mettent obstacle au progrès du fœtus, il faut faire entrer en ligne de compte le fait du ramollissement qui permet à la partie fœtale de diminuer la résistance et d'arriver au dehors par l'application des forces naturelles.

Il est des tumeurs qui se présentent dans des conditions où ces forces sont insuffisantes et où l'intervention de l'art est nécessaire au salut de la mère et de l'enfant. Les tumeurs intrautérines situées au-dessous de la partie fœtale engagée, quand elles n'ont pas un pédicule qui leur permet d'arriver au dehors, les tumeurs de l'excavation compliquées d'adhérence qui les rendent immobiles, les tumeurs pédiculées

profondément engagées dans le cul-de-sac utéro-rectal, enfin les tumeurs de faible volume situées dans le segment inférieur et non sujettes au ramollissement, toutes ces tumeurs, d'un volume assez considérable pour ne pas permettre qu'il s'effectue entre la partie contenant et la partie contenue un amoindrissement suffisant, donnent lieu à l'intervention chirurgicale dont il nous restera à poser les indications.

Nous avons rencontré deux observations qui paraissaient mériter l'attention et nous terminons ce qui se rapporte à l'accouchement par les remarques qu'elles nous ont suggérées. Ces faits ne sont pas moins curieux par l'identité de la cause de la mort : tétanos utérin.

Nous avons montré que les grossesses compliquées de tumeur intra-utérine ne se prêtaient à aucune étude clinique ; nous avons insisté sur la tolérance du polype, marquée par l'absence d'hémorrhagie pendant tout le cours de la grossesse. L'œuf, en définitive, fait bon marché du corps étranger, qu'il incarcère, mais le voici à son tour corps étranger pour le viscère qui a servi à son développement. A cette heure l'hémorrhagie reparait-elle et l'accouchement s'assimile-t-il à un avortement ? Nullement. La perte de sang est tout aussi rare que dans l'accouchement normal, et ne se rencontre que dans des conditions particulières ; en effet, admettons que le polype ait repris son autonomie, l'hémorrhagie ne pourrait avoir lieu, car la masse de l'enfant pressée partout par le tissu utérin, forme un tampon installé dans les meilleures conditions. On peut m'objecter que, cette condition existant toujours, il ne devrait jamais y avoir d'hémorrhagie avant l'expulsion du fœtus, et je réponds seulement que le fait me paraît se passer comme je l'indique et que la compression de la masse fœtale est efficace dans ce cas particulier. Sur 55 observations de tumeur intra-

utérine je ne puis citer que deux cas compliqués d'hémorrhagie avant la naissance de l'enfant : l'un « hémorrhagie peu abondante dans les dernières six semaines, » avec tumeur énorme partie du voisinage du col, et développée vers le fond, condition fort exceptionnelle ; l'autre, tumeur également très-volumineuse située au-devant de la tête de l'enfant et privée en plusieurs points de sa capsule, ce qui rendait inévitable l'hémorrhagie par les sinus périphériques ainsi que par les vaisseaux de la substance même.

Obs. XXXIV (4). — Je dois au docteur Merriman et Cocke la communication du cas suivant : Le 18 novembre 1839, M. Cocke fut appelé auprès d'une malade âgée de 40 ans, enceinte de son cinquième enfant. *L'hémorrhagie était très-considérable* ; une masse spongieuse s'insérait au dedans de la paroi postérieure de l'utérus. Il soupçonna une présentation du placenta ; il ne put sentir aucune partie fœtale. Au bout d'un peu de temps, voyant augmenter l'hémorrhagie et par contre ne voyant pas descendre l'enfant, malgré l'énergie des contractions utérines, M. Cocke introduisit la main dans l'utérus et trouvant une présentation de l'épaule, il fit la version podalique et accoucha la femme. Il eut beaucoup de peine à faire sortir la tête. Le placenta vint bientôt, et l'hémorrhagie fut modérée. Les douleurs persistèrent toute la nuit, et le jour suivant une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant se fit sentir au dedans de l'utérus, attachée à la partie postéro-inférieure.

Le docteur Merriman, consulté, déclara que les douleurs étaient dues à la présence de la grosse tumeur intra-utérine. La femme mourut trois jours après l'accouchement, et l'autopsie fut faite par M. Cocke. La tumeur, attachée à la partie postéro-inférieure du corps de l'utérus, en remplissait toute la cavité. Dans trois points de la superficie existaient des pertes de substance de la capsule, par où la tumeur faisait hernie.

(4) R. Lee, in *Med. Chir. Trans.*, 1865, vol. XIX, p. 121.

Obs. XXXV (1). — Æt. 36. 7<sup>e</sup> grossesse, normale, il y a 49 mois, précédée par 3 avortements successifs. 8<sup>e</sup> avortement.

Actuellement 9<sup>e</sup> grossesse; ~~hémorragie~~ *hémorragie peu abondante dans les dernières six semaines*. L'accouchement se termina rapidement, puis l'utérus commença de nouveau à se contracter, on ne put pas retirer le placenta de la cavité utérine, même en le recherchant avec la main. Celle-ci reconnut un polype.

Les contractions douloureuses épuisèrent la malade, elle mourut sans avoir eu d'hémorragie.

Pour le détail de l'autopsie, voir p. 34.

Ce chapitre se termine naturellement par la série entière des observations qui montrent l'accouchement dans toutes les variétés de tumeurs : nous les avons classées par l'ordre de leur siège anatomique, ordre qui nous a guidé dans toute notre étude, et qui donne effectivement un résultat satisfaisant au point de vue clinique, sans quoi nous n'aurions pas manqué de le changer. Nous avons rapproché les cas qui avaient le plus d'analogie par quelque fait capital dont l'intérêt était prédominant, mais nous ne croyons pas avoir jamais sacrifié à cet intérêt la valeur réelle d'une observation, nous avons dû quelquefois nous contenter d'indiquer sa place en y renvoyant le lecteur.

L'analyse de 44 cas de tumeurs intra utérines (2) (voir aussi ci-dessus au chap. II), me donne 14 interstitielles (obs. xxxvi à xlvii et lxvi-lxxii) et 30 pédiculées; V. encore ch. II.

(1) Crisp, in Oldham, in *Guy's Hosp. Rep.* 1844, vol. II, p. 423.

(2) Je n'ai pas rapporté deux cas de femmes de 32 ans, mortes aux 6<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> mois de la grossesse d'hémorragies méningée et cérébrale. Habit in *Zeitsch : der : Ges : der Aer : zu Wien*, 1860. N<sup>o</sup> 41.

**Tumeurs interstitielles.**

(12 observations.)

OBS. XXXVI. — *Hecker. Tumeur latérale.* Avant l'accouchement, apparence d'un utérus bicorné. *Accouchement* rapide. Présentation des pieds. On croit à l'existence d'un deuxième enfant. Chloroformisation. Constatation de la tumeur fibreuse. *Mort* par péritonite légère en 6 jours.

OBS. XXXVII. — *Ramsay. Tumeur antérieure,* faisant croire, après l'accouchement, à une grossesse double. Énucléation artificielle ayant duré 13 jours. *Guérison.*

OBS. XXXVIII. — *Magistel. Tumeurs multiples.* Accidents de compression de la dernière période de la grossesse. Présentation du tronc. Version; forceps sur la tête. Enfant mort. *Mort* de la mère le huitième jour; métrô-péritonite.

OBS. XXXIX. — *Treuer. Tumeur latérale.* Travail durant 3 jours avec douleurs très-fortes, forceps. *Mort.*

OBS. XL. — *Bœhmer. Tumeur latérale.* Travail prolongé : forceps. *Mort* le neuvième jour.

OBS. XLI. — *Barnetsche.* Trois tumeurs ignorées pendant la vie. Travail de 6 jours de durée. *Mort* 48 heures après l'accouchement.

OBS. XLII. — *M. Clintock. Tumeur antérieure.* Grossesse triple. *Mort* 50 heures après le commencement du travail par épuisement sans hémorrhagie.

OBS. XLIII. — *Ingleby. Tumeur du fond.* A la suite de l'accouchement, accidents nerveux graves. *Mort* au bout de 3 semaines.

OBS. XLIV. — *Ramsbotham. Tumeur postérieure.* Hémor-

rhagie, extraction du placenta : continuation de l'hémorrhagie. *Guérison.*

OBS. XLV. — *Mat. Duncan Tumeur latérale*, reconnue après l'accouchement et déjà à moitié énucléée. Hémorrhagie, énucléation complétée artificiellement. *Guérison.*

OBS. XLVI. — *Albers. Tumeur latérale* avec polype du fond. Hémorrhagies répétées *mortelles* au bout de 10 semaines.

OBS. XLVII. — *Volter. Tumeur du fond.* Accouchements successifs d'enfants qui mouraient aussitôt.

OBS. XXXVI (1). — Femme de 38 ans. Bonne santé habituelle. Réglée à 16 ans, irrégulièrement. Début de la grossesse vers le commencement de décembre 1863. Entrée le 18 juin 1864.

La palpation donne une sensation qui paraît être celle d'un utérus double (*uterus bicornis*) : la portion droite semble plus petite et placée plus bas que la gauche. Dans toutes les deux, sensation de résistance élastique qu'on rapporte à celle d'un fœtus avec son liquide amniotique. Bruits du cœur s'entendant sur plusieurs points ; col entr'ouvert, présentation des pieds. Le diagnostic porté fut : grossesse double. Accouchement rapide : 8 heures 1/2 après le début des contractions, rupture de la poche des eaux et sortie d'une anse du cordon ombilical. Extraction sans difficulté, mort de l'enfant au bout de 30 heures. Après ce premier accouchement, on continue à croire à l'existence d'un 2<sup>e</sup> fœtus.

Continuation des contractions : Pertes de sang considérables, 7 heures après l'accouchement, chloroformisation ; la main pénétre, au delà du col de l'utérus, dans une cavité de grandeur moyenne, dont les parois se contractent fortement. L'hémorrhagie s'arrête immédiatement. On en vint à penser que la

(1) C. Hecker, in *Monat. f. Geb.*, 1865, Bd. XXVI, S. 446.



cause de l'erreur était un fibrome interstitiel, mou, recouvert d'une couche assez épaisse de tissu musculaire de l'utérus.

Trois jours plus tard, augmentation du volume de la tumeur, vomissements, élévation de la température et accélération du pouls, sans douleur à la palpation, ni météorisme. Mort six jours après la délivrance.

*Autopsie.* Lésions d'une péritonite peu intense; pas d'adhérences des anses intestinales entre elles : dans la cavité péritonéale, une petite quantité de liquide trouble, rougeâtre; vaisseaux sous-séreux légèrement injectés.

L'utérus forme un petit appendice d'un fibrome volumineux, fluctuant, mais non ramolli.

Pas de lésions de l'utérus, ni de ses annexes.

Le pavillon des deux trompes et les ovaires adhèrent aux parties voisines.

Obs. XXXVII (1). — *Æt.* 27. Primipare, grande, bien faite, souffert de fortes douleurs abdominales pendant sa grossesse.

Le 18 avril 1858, elle me fit appeler; elle avait cru être à quinze jours de son accouchement. Le col était bien dilaté, les membranes faisaient saillie. Au bout d'une demi-heure, ne voyant pas avancer le travail, je rompis les membranes, et il sortit fort peu de liquide. Le travail n'avancait pas, à 40 heures, je fis prendre du seigle ergoté; à 44 heures 45, elle donna naissance à un enfant mâle bien portant. L'utérus resta assez volumineux pour rendre probable l'existence d'une grossesse gémellaire. Je reconnus en avant et un peu plus haut que le col une saillie légèrement fluctuante, un peu plus résistante et moins unie que la surface d'une poche des eaux. En suivant le cordon ombilical, je reconnus le placenta au fond de l'utérus dont la cavité me paraissait aplatie : je le retirai; je vidai ensuite la vessie; enfin je m'assurai qu'il n'y avait pas de grossesse gémellaire, qu'il n'y avait pas là un utérus bifide, et je diagnostiquai une tumeur interstitielle de la paroi antérieure. La

(1) A. Ramsay, in *Edinburg in Med. J.*, 1859, vol. IV, p. 32.

malade ne donnait aucun renseignement sur l'existence de cette tumeur. Elle se souvient qu'au deuxième mois de sa grossesse la matrice était beaucoup au-dessus du pubis, mais elle trouvait cela tout naturel. Je demandai en consultation le docteur Cock (Dundee), qui confirma le diagnostic, et voulut qu'on fit une ponction exploratrice; mais auparavant nous nous adjoignîmes le docteur Nimmo. Il appuya notre diagnostic, et fit en notre présence la ponction, mais il ne sortit pas de liquide. Nous conclûmes que nous avions bien affaire à une tumeur fibreuse.

Du 20-21. — Un peu de fièvre; douleurs utérines; mensuration au-dessus de l'ombilic, 36 pouces.

Le 22. — Le docteur Alex. Wood se trouvant auprès d'une de mes malades, je le priai de voir cette femme. Il trouva le lieu de la ponction élargi, laissant pénétrer l'extrémité de l'index, et proposa de l'énucléer. Il commença l'opération, la malade étant soumise à l'anesthésie. L'ouverture susdite acquit bientôt trois pouces et demi en tous sens, mais une bande de tissu très-résistant s'opposa à nos tentatives, et la faiblesse de la malade nous fit désister. Elle prit des doses répétées de seigle ergoté pendant trois heures et demie. Les douleurs utérines furent très-fortes: l'opium lui donna du repos.

23 avril. — La malade est très-affaiblie; MM. Cock et Nimmo, satisfaits des résultats déjà obtenus, proposèrent de faire la section de la bride résistante; ce que je fis avec l'hystérotome.

Du 24 avril au 2 mai. — État général des plus fâcheux; pronostic grave, fièvre, vomissements, diarrhée, écoulement horriblement fétide, ressemblant à de la viande hâchée. Circonférence de l'abdomen: 30 pouces.

3 mai. — La tumeur est tombée dans le vagin; je l'extrayai et, en présence d'une hémorrhagie peu intense, je tamponnai par précaution, vu l'extrême faiblesse de la malade.

4 mai. — J'enlevai le tampon; l'utérus paraît comme au lendemain d'un accouchement; la fièvre a disparu. État général favorable. La femme se rétablit rapidement. La tumeur pèse

deux livres et demie. Elle était entourée de tous côtés par une membrane blanchâtre, très-résistante, sauf dans les points où celle-ci avait été détruite par l'opération : elle avait diminué d'au moins un tiers.

Obs. XXXVIII (1). — Madame B., *æt.* 43, a eu deux accouchements antérieurs. Elle eut une métrorrhagie il y a moins d'un an, laquelle persista six semaines : sa perte disparut et elle se crut enceinte ; vers la fin de sa grossesse, elle éprouva une sensation douloureuse dans les reins et dans le bas-ventre, et des envies fréquentes d'uriner qui la fatiguaient beaucoup. Son ventre, déjà volumineux depuis le début de la grossesse, devint énorme à la fin : il y avait lieu de croire qu'elle portait deux enfants. Je l'avais accouchée en 1832 et restai sans inquiétude sur les suites de cet accouchement.

Le 7 décembre 1835 les douleurs se manifestèrent : le fœtus se présentait par la région lombaire gauche. Chute du cordon nécessitant l'intervention, parce que la mère tenait avant tout à la vie de son enfant. Version. Arrêt de la tête : dégagement ; terminaison de l'accouchement avec le forceps. Enfant mort. L'utérus restait volumineux ; la main introduite reconnut une tumeur anormale à droite. Métro-péritonite. Mort le 8<sup>e</sup> jour.

*Autopsie.* Sérosité claire dans la cavité péritonéale ; pas de fausses membranes. Les parois utérines ont six lignes d'épaisseur et quinze lignes à la partie occupée par une série de tumeurs fibreuses dont une a le volume du poing : toutes sont interstitielles, d'une consistance squirrheuse, lardacée ; elles se détachent facilement par énucléation.

Obs. XXXIX (2). — Une femme ayant déjà avorté plusieurs fois, sentit des douleurs qui, malgré trois jours de durée, ne purent suffisamment dilater l'utérus. On appliqua le forceps ; l'enfant sortit mort après de grands efforts ; l'utérus resta excessivement dilaté. La femme mourut, et à l'autopsie on trouva un stéatome plus grand que la tête d'un enfant nouveau-né dans la paroi droite de l'utérus.

(1) Magistel, *in Gaz. Médicale de Paris*, 1836, n° 30, p. 478.

(2) Treuer, *in Puchelt, l. c.*, p. 68.

Obs. XL (1). — OEt. 35. Multipare, était en travail de son cinquième enfant. On appliqua le forceps, et on fit l'extraction d'un enfant mort. Comme le ventre resta volumineux, B. introduisit la main dans l'utérus et reconnut un corps étendu le long de la paroi droite depuis le fond jusqu'au col. Ce corps charnu, résistant au doigt, était recouvert de la membrane interne de l'utérus. Le femme fut prise de fortes douleurs dans la région de la tumeur avec fièvre et elle mourut le neuvième jour.

*Autopsie.* — L'utérus, volumineux, paraissait noirâtre, enflammé, et gangréné au niveau de la tumeur, qui était un sarcome dur, fibro-vasculaire, et contenait des vaisseaux artériels et veineux remplis de sang coagulé.

Obs. XLI (2). — X. mourut quarante-huit heures après un accouchement laborieux : en travail pendant six jours.

*Autopsie.* — Il y avait trois tumeurs interstitielles : l'une d'elles, incisée, donna du pus et une boue sanieuse; elles étaient restées ignorées pendant la vie.

Obs. XLII (3). — Une primipare de 36 ans accoucha à terme d'une enfant du sexe féminin, morte le 12 septembre 1868. On amena la malade d'un village situé à six milles de Dublin, à l'hôpital, 48 heures après le premier accouchement. Cordon pendant.

Il existait une saillie indolente de la partie inférieure de l'abdomen que la femme disait être une tumeur qu'elle portait depuis 2 ans. Un deuxième fœtus présentait le siège; les membranes étaient intactes.

L'auscultation fit connaître un premier maximum des bruits du cœur dans la région inguinale droite, un second au sommet de l'utérus. Les pulsations étaient de nombre différent; ce qui fit diagnostiquer deux fœtus vivants.

Une seconde enfant naquit vivante, puis survint une hémor-

(1) Boehmer, *in ibid.*, p. 59.

(2) Barnetsche, *in Forget. Bull. de Thérap.*, Paris, 1846, vol. XXX, p. 26.

(3) M<sup>c</sup>. Clintock, *Clinical Memoirs*. Dublin, 1863, p. 116.

rhagie. On pratiqua la rupture des membranes, qui fut suivie de la version. Une troisième enfant vint au monde vivante. L'hémorrhagie continua; on fit l'extraction des placentas. Point d'hémorrhagie, mais affaiblissement graduel et mort au bout de 3 heures.

A l'autopsie on constata une tumeur fibreuse interstitielle de 7 pouces de long et de deux pouces et demi d'épaisseur, dans la paroi antérieure.

Obs. XLIII (4). — M<sup>me</sup> P..., bien portante jusqu'alors, sans maladie utérine antérieure, accoucha de son quatrième enfant le 22 novembre 1838.

Pas d'hémorrhagie à la sortie du placenta, mais grande faiblesse. Du 23 au 24 : Vomissements. — Syncope. — Sensation de corps étranger. — Ténésme. — Sensibilité de la région utérine, tuméfaction générale sans augmentation sensible du volume de l'utérus. Suppression des lochies. — Délire. Mort trois semaines après l'accouchement.

*Autopsie.* Pas de péritonite, utérus à peine plus volumineux qu'il n'aurait dû être à cette époque; on trouva sa cavité remplie par une tumeur de la grosseur d'une orange, attachée vers le milieu du fond de l'utérus, du côté de sa face postérieure, par une large base, laissant intactes les ouvertures des trompes. La face libre présentait, dans le tiers seulement de son épaisseur, un aspect mou, irrégulier, déchiqueté, semé de caillots sanguins. Le reste de son épaisseur offrait les caractères d'une tumeur fibreuse tendant à se ramollir par l'influence du sang produit par la gestation. Elle était contenue dans un kyste très-distinct. Un grand nombre d'orifices vasculaires béants s'observaient à la surface des parties de la tumeur qui avoisinaient les parois de l'utérus. L'auteur ne doute pas que le placenta n'ait été implanté directement sur la tumeur, témoin l'état déchiqueté et les hémorrhagies interstitielles de la surface libre.

(4) J.-T. Ingleby, in *Edinburgh Medical Journ.*, 1839, p. 75.

Obs. XLIV (1). — Madame A., 1838, 3<sup>e</sup> grossesse. Hémorragie considérable après l'expulsion du placenta.

1840. 4<sup>e</sup> grossesse; hémorragie considérable après l'accouchement. Placenta retenu; la main dans l'utérus reconnaît une grosse tumeur fibreuse dans la paroi postérieure de l'utérus, faisant saillie dans la cavité, en outre, plusieurs petites tumeurs sous-péritonéales. Inertie utérine. Fortes hémorrhagies. Rétablissement.

Obs. XLV (2). — OEt. 32. Primipare; travail long. Au bout de 24 heures, nouvelles douleurs expulsives, puis hémorragie. Cette tumeur passa au travers du col utérin et resta embrassée par l'anneau. C'était une tumeur fibreuse en partie énucléée. D... acheva l'extraction; on sentait les lambeaux utérins de la capsule déchirée. Il en détacha encore une plus petite avec la main. La grosse tumeur, globuleuse, aplatie dans le plus petit diamètre, atteignait 4 1/2 pouces et était tellement friable que son enlèvement fut difficile. Sur une section faite dans le 1/3 inférieur, la partie spontanément énucléée était injectée de sang et présentait une apparence hématoïde; en effet, cette portion était dans les conditions de la tumeur sanguine fœtale. Voir pour l'examen histologique, p. 34. La femme se rétablit.

Obs. XLVI (3). — Une femme de 30 ans, mère de deux enfants et qui était accouchée sans accidents, vint, six semaines après son 3<sup>e</sup> accouchement, me trouver pour une douleur persistante. Le col fut trouvé ouvert, et donnait issue à du sang très rouge.

Le traitement ne fut suivi d'aucun succès, et la mort eut lieu quatre semaines après, par épuisement.

*Autopsie.* Au fond de l'utérus, on trouva un fibrome qui avait le volume d'une grosse pomme et un autre interstitiel, demi-saillant dans la cavité.

Obs. XLVII (4). — Une femme était déjà accouchée sans effort et sans douleur aucune de plusieurs enfants qui mouraient aussitôt. Après un dernier accouchement aussi malheureux, le Dr Volter introduisit le doigt dans l'utérus, et trouva au fond de cet organe un squirrhe de la longueur et de la largeur d'un pouce, et qui avait été cause de la mort de tous les enfants.

(1) Ramsbotham, in *Med. Times and Gaz*, 1863, vol. II, p. 245.

(2) Mat. Duncan, in *Edinb. Med. Journal*, 1868, vol. XIII, p. 1131.

(3) Albers, in *Deutsche Klinik*, 1855, n<sup>o</sup> IX.

(4) Volter, in Puchelt, *loc.*, p. 84.

**Polypes.**

(18 observations.)

Obs. XLVIII. — *Depaul*. Polype reconnu en faisant l'extraction de caillots intra-utérins. Aucun accident. Expulsion spontanée le quatrième jour. *Guérison*.

Obs. XLIX. — *Gardiner*. Polype reconnu en faisant l'extraction du placenta. Expulsion huit jours après. Ce polype avait empêché l'application du forceps et on pratiqua la craniotomie. Il y avait complication de rétrécissement du détroit inférieur. *Guérison*.

Obs. L. — *Ferguson*. Polype au-devant de la tête pris pour la tête de l'enfant et saisi avec le forceps. *Mort* quarante-huit heures après. Rupture de l'utérus au niveau du pédicule.

Obs. LI. — *Priestley*. Saillie polyporide sur une tumeur interstitielle latérale. Forceps. Extraction de la tête difficile, des épaules encore plus difficile, enfant mort. Hémorrhagie; expectation; écraseur le quinzième jour. Hémorrhagie. Tamponnement. *Guérison*.

Obs. LII. — *J. Bell*. Polype paraissant être sans pédicule. Hémorrhagie considérable avant l'accouchement. Polype attiré et amené au dehors, cessation de l'hémorrhagie. Perforation du crâne. Aussitôt après l'accouchement, ligature et excision du polype. *Guérison*.

Obs. LIII. — *Gueniot*. Polype paraissant être sans pédicule. Perforation du crâne. Céphalotripsie. *Mort* le cinquième jour d'infection purulente. L'autopsie montra que le polype était pédiculé.

Obs. LIV. — *Ferguson*. Polype au-devant de la tête. Pas

d'obstacle au travail. Hémorrhagie formidable après l'expulsion du placenta. *Guérison.*

OBS. LV. — *Montgomery.* Polype reconnu après l'expulsion de l'enfant. Ramollissement rapide de la tumeur, ligature huitième jour. Excision 18°. *Guérison.*

OBS. LVI. — *Aiken.* Polype pris pour un second enfant. Ramollissement spontané, expulsion par désagrégation lente dans l'espace de quinze jours. *Guérison.*

OBS. LVII. — *Hartog.* Polype du fond reconnu après l'accouchement chez une femme morte de convulsions.

OBS. LVIII. — *Valerius.* Polype lié aussitôt après l'accouchement. *Guérison* (1).

OBS. LIX. — *Holyoake.* Polype arraché en employant beaucoup de force aussitôt après l'accouchement. *Guérison.*

OBS. LX. — *Radford.* Polype resté dans l'utérus. Douleurs expulsives avec flots de sang. Expulsion spontanée par rupture du pédicule. *Guérison.*

OBS. LXI. — *Collyns.* Polype moitié dans le vagin, moitié dans l'utérus. Douleurs expulsives. Expulsion spontanée. *Guérison.*

OBS. LXII. — *Churchill.* Hémorrhagie avec douleurs expulsives dix jours après l'accouchement. Polype tendant à sortir du col. Réincarcération. Cessation de l'hémorrhagie. *Guérison.*

OBS. LXIII. — *Sachtleben.* Deux polypes insérés au fond de l'utérus et sortant de la vulve. Version. Réduction des polypes. *Guérison.*

OBS. LXIV. — *Levret.* Polype reconnu après l'accouchement, pris pour un renversement. Ligature. *Guérison.*

(1) Autre cas ; Polype lié le lendemain de l'accouchement. Oldham, in *Guy's Hosp. Rep.* 1844. p. 129.



Obs. LXV. — *Leuret*. Polype pendant entre les cuisses, disparaissant pendant une grossesse pour reparaitre après.

Obs. XLVIII (4). — En 1868, à la Société de chirurgie, M. Depaul, au nom de M. le docteur Falieu, fait la communication suivante :

M. le docteur Falieu fut appelé à donner des soins à une dame, âgée de 30 ans, habitant la rue Saint-Honoré. Cette personne était habituellement bien réglée; quoique un peu lymphatique, elle jouissait d'une assez bonne santé.

Cette dame a déjà eu trois grossesses et est accouchée à terme. Les grossesses ont été pénibles; il existait, pendant leur durée, des varices très-développées.

Les dernières règles sont venues du 10 au 15 juillet 1867. Trois mois avant ce quatrième accouchement, on a observé de l'anasarque et de l'ascite, lesquels ont disparu, un mois avant l'accouchement, à la suite d'évacuations d'urine extraordinairement abondantes.

Le 15 avril 1867, cette dame fut prise de quelques douleurs et perdit des glaires.

Le 16, à onze heures du soir, le véritable travail commença; les membranes étaient intactes, elles furent rompues. Quelques instants après, cette dame accoucha spontanément d'une fille peu volumineuse, mais bien portante.

La délivrance fut facile, et lorsqu'elle fut terminée, M. Falieu introduisit la main dans l'utérus pour extraire des caillots; il trouva alors un corps dur, lisse, glissant, qu'il ne put saisir.

L'absence de tout accident engagea à temporiser.

Les jours suivants, la malade éprouva quelques malaises et expulsa quelques petits caillots. Le toucher fut pratiqué tous les jours, et on constata que le col reprenait sa forme habituelle.

(4) *Gazette des Hôpitaux*, 1868, n° 69.

Les lochies étaient fétides; il existait un peu de douleur dans la fosse iliaque droite. Pouls à 80.

Le 20 avril, quatre jours après l'accouchement, sans qu'il y eût eu de douleur vive ni d'hémorrhagie, une tumeur volumineuse fut expulsée.

Voir, pour la suite de cette observation, page 35.

**Obs. XLIX (1).** — E. F..., âgée de 30 ans, femme de soldat, en travail de son premier enfant le 26 septembre 1860. Présentation de la tête.

Le 28 au soir, trouvant la tête très-fortement enclavée, j'essayai le forceps, et ne réussissant pas, je mandai le docteur Popham qui ne réussit pas davantage : la branche droite passa facilement, mais la gauche ne put être adaptée. Nous fûmes obligés de vider la tête, et nous eûmes encore beaucoup de peine à l'amener ainsi que le corps; il y avait contraction de l'arc du pubis et rapprochement des tubérosités de l'ischion. De plus, un polype du volume d'une grosse poire aplatie était venu se placer dans le vagin. Je le reconnus en allant chercher le placenta attaché au fond, et retenu par une contraction en sablier.

30 septembre. Sphacèle des parties superficielles.

1<sup>er</sup> octobre. Il existe toujours du sphacèle : douleur.

Rétention d'urine qui céda subitement le 4, au moment où une masse d'une substance molle fut expulsée. Le polype n'existait plus; la guérison fut complète.

L'auteur attribue l'impossibilité d'appliquer le forceps à la présence du polype.

**Obs. L (2).** — Le docteur Ferguson rapporte le cas suivant :

Une sage-femme voyant que le travail n'avancait pas, fit

(1) W. S. Gardiner, in *Dub. Quart. Med. Journ.*, 1862, vol. 33, p. 476.

(2) R. Lee, in *Med. chir. Trans*, 1835, p. 132.

venir un médecin qui crut reconnaître la tête de l'enfant enclavée à tel point dans le bassin qu'il trouva urgent d'appliquer le forceps, mais ne parvint pas à amener la tête; se persuadant qu'il avait réussi à faire descendre un peu la tête et que les contractions utérines feraient le reste, il quitta la malade. En effet, au bout de quelques heures, la voûte crânienne céda, la cervelle s'écoula, et un enfant à terme, ramolli, fut extrait par la sage-femme. Deux jours après, on me pria de voir cette femme qui se mourait de péritonite. Elle venait d'expulser un polype de la grosseur des deux poings, et elle mourut au bout de peu d'heures.

A l'autopsie nous reconnûmes le point d'insertion du polype au-dessus du col utérin, et à ce niveau, une ouverture qui pénétrait dans la cavité abdominale. La péritonite avait dû résulter des lésions produites pendant l'accouchement et du passage des liquides dans la cavité par l'ouverture.

Il était évident que le forceps avait été appliqué au polype et non à la tête de l'enfant, et que la traction avait déchiré la racine du pédicule au niveau de la rupture. »

Obs. LI (4). — Pendant l'été de 1858, un confrère me pria de voir sa femme qui souffrait depuis longtemps de ménorrhagie et qui s'affaiblissait en conséquence. *Æt.* 37, très-nerveuse, hystérique, mère de deux enfants. Un avortement depuis son dernier accouchement accompagné d'hémorragie considérable. — Col induré, gros, un peu ouvert.

Un peu plus tard, je découvris un petit polype vésiculeux dans la cavité du col, et, introduisant une éponge préparée, je détruisis un foyer de petits polypes au moyen d'une curette. Il existait une légère saillie bosselée à la partie postérieure de l'extrémité supérieure de la cavité du col. La malade devint enceinte presque aussitôt. — La période de grossesse fut très-pénible. Douleurs et gêne dans la marche; leucorrhée abondante. Mouvements fœtaux d'une fréquence et vivacité telles

(4) W.O. Priestley, in *Obstetrical Trans.*, London, 1860, vol. I.

que la femme s'attendait à quelque chose d'étrange lors de l'accouchement. De fausses douleurs précédèrent de quelques jours la délivrance.

Le 2 avril 1859, à 9 heures 1/2 du soir, on me manda : les douleurs étaient très-fortes; les eaux écoulées. Le mari m'annonça qu'une masse anormale occupait la paroi postérieure de l'utérus. Je trouvai le col très-dilatable, en forme de fissure transversale; lèvres épaisses, tête O. I. G. A. A un pouce en dedans du col se trouvait une masse aplatie, partout adhérente, plus dure que le placenta, et qui aurait pu en être une portion indurée et dégénérée. Pas d'hémorrhagie. Je revis la femme à 9 heures du matin, le 3 avril. Les douleurs, fortes pendant la nuit, étaient devenues plus faibles, et pendant trente-six heures elles ne survinrent qu'à des époques éloignées. Pas de changement dans l'état des parties. — Le 4, les mouvements fœtaux furent très-faibles. La mère craignit pour la vie de l'enfant. Les douleurs revinrent le soir, et furent très-soutenues pendant la nuit. — Le 5, le col n'avait subi aucun changement. Il était évident que le travail n'avancait pas. Les os du crâne s'entrecroisaient pendant chaque douleur, mais l'utérus descendait en totalité. A la prière de la malade, j'administrai du chloroforme et pus faire un examen suffisant. Je reconnus que la masse n'était pas un placenta, mais la partie inférieure d'une tumeur fibreuse qui mettait obstacle au passage de la tête. La malade était très-épuisée, et je dus songer aux moyens de terminer le travail artificiellement. La version aurait été dangereuse, et il aurait fallu employer beaucoup de force pour passer la main. Je ne doutais pas de pouvoir appliquer le forceps, mais il aurait fallu l'appliquer dans la cavité utérine. Sur le désir de mon confrère, M. Murphy se joignit à moi; il approuva l'application du forceps, mais voulut qu'on attendit trois à quatre heures. — Le travail n'avança pas au bout de ce temps, et j'appliquai le forceps; l'introduction a été très-facile, ainsi que l'articulation. Il ne fut pas de même de l'extraction; malgré l'emploi d'une force considérable, je n'arrivai pas à faire descendre la tête. Cependant voyant que l'utérus ne descendait pas pendant les tractions, je

persévèrai et enfin la tête commença à se mobiliser, et je pus l'extraire. L'enfant vivait, mais une nouvelle difficulté se présenta : les épaules furent emprisonnées tout comme la tête, et seulement au bout d'un temps considérable je parvins à terminer l'accouchement. L'enfant asphixié fut rappelé à la vie, mais il fut trouvé mort le lendemain matin dans le lit de sa nourrice. Le placenta sortit sans retard. Je l'examinai, et je pus m'assurer qu'il n'y avait aucune lésion produite pendant l'accouchement. Une masse charnue de plus de deux pouces de longueur en forme de languette pendait hors du col. Le toucher me permit de constater qu'elle formait un appendice d'une tumeur fibreuse aplatie, adhérent par une large surface à la paroi postérieure de la cavité utérine. Je résolus de n'y pas toucher et de prendre conseil sur la marche de l'affection. Il y eut une hémorrhagie très-abondante, mais la femme alla très-bien pendant huit jours. Puis survint de la dysurie accompagnée de tiraillements très-douloureux.

Je reconnus que l'utérus était en train de se débarrasser de la tumeur encore adhérente par une large base. Il n'y avait pas d'odeur fétide. Je me contentai de faire plusieurs injections d'eau. Enfin la tumeur apparut à la vulve, et comme le ténésme était excessif, je passai la chaîne de l'écraseur, quinze jours après l'accouchement, autour d'une portion rétrécie qui paraissait marquer la limite entre la tumeur et le tissu utérin. L'hémorrhagie fut très-forte, et la syncope fort grave. Je tamponnai. Le lendemain tout alla bien. On dut passer le cathéter pendant plusieurs jours ; à maintes reprises l'état général avec la fièvre donna de grandes inquiétudes ; cependant la malade se rétablit parfaitement dans la quinzaine suivante. La tumeur aplatie ressemblait à un petit placenta. Elle avait quatre pouces de large, et un d'épaisseur au centre. Près du centre se voyait une saillie qui était constituée par une portion de tissu du col. (Voir pour la suite, page 33.)

*Remarques.* — La tumeur a dû être interposée d'abord entre le promontoire et la tête, qu'elle n'a pas empêché de pénétrer

ans la cavité du petit bassin; cependant elle a mis obstacle à la dilatation du segment inférieur de l'utérus.

Obs. LII (1). — Madame B..., 32 ans, primipare, d'une bonne santé antérieure, éprouva des douleurs d'enfantement le 23 juillet 1819.

Le 28 on m'appela. — Col dilaté, membranes rompues depuis longtemps. Tête au détroit supérieur. Une tumeur charnue de la paroi postérieure de l'utérus, dure, incompressible, comprimait le rectum et empêchait la tête d'avancer. Douleurs faibles. Etat général bon. Je patientai.

Le 29 j'essayai de mobiliser la tumeur, de la comprimer afin de laisser passer la tête, mais je ne pus réussir. Je n'osai pas en réséquer une partie crainte d'hémorrhagie. La version était impossible, car le doigt ne pouvait passer entre la tête et la tumeur. Ni le forceps, ni le levier n'étaient applicables. L'embryotomie me paraissait trop dangereuse. Etat de la malade très-bon. Le même jour, les douleurs reparurent vers le soir et firent avancer un peu la tête. Pour la première fois, il y eut une hémorrhagie considérable, les douleurs cessèrent. J'attirai à moi la tumeur, et réussis peu à peu à l'amener au dehors. L'hémorrhagie cessa, mais la tumeur s'insérait par un large pédicule que je n'osai couper. La femme commençait à souffrir : je perforai la tête et fis l'extraction de toute la voûte, mais je ne pus faire sortir la tête.

Le 30 je pus terminer l'accouchement et retirer le délivre : l'hémorrhagie cessa. Je plaçai deux ligatures sur le col de la tumeur et fis l'excision de la masse. La femme se rétablit parfaitement.

Obs. LIII (2). — A. P..., Ât. 43. Régée à 13 ans. Six grossesses antérieures normales. En travail depuis dix-sept heures lorsqu'elle entra à la Clinique, 15 novembre 1863. Dernières règles, 5 février. Etat actuel : Utérus volumineux; tête du fœtus formant un relief au-dessus du pubis et à droite. Douleur

(1) J. Bell, in *Edinb. Med. Journal*, 1820, p. 365

(2) Guéniot, in *Gaz. des Hôp.* 1864, p. 197.

utérine vive, permanente au fond de l'utérus, contractions fortes et soutenues. Col utérin dilaté en avant et à droite; tumeur considérable dans la paroi utérine postérieure à gauche, semblant se continuer avec le reste du corps œdématisé. Cette tumeur s'apprécie parfaitement par le cul-de-sac vaginal, ses limites supérieurs sont hors de portée, mais elle obstrue les deux tiers gauches postérieurs du détroit supérieur. La tête fœtale se reconnaît dans l'espace libre du tiers antérieur droit. Douleur persistante du fond. Cœur fœtal affaibli. Perforation du crâne, céphalotripsie; terminaison de l'accouchement 22 heures après le début du travail.

Le lendemain, frissons, fièvre. — Le deuxième jour, gonflement douloureux de l'épaule gauche. — Au troisième jour, diarrhée, météorisme. — Quatrième jour, teinte subictérique, vomissements bilieux. — Mort le cinquième jour.

*Autopsie refusée.* — La matrice extraite ne présente rien à noter, si ce n'est une tumeur pédiculée globuleuse, d'une largeur de 8 cent., circonférence, 26 cent.; pédicule long de 3 cent. large de 7 cent., aplati, inséré à la partie inférieure du corps de l'utérus, sur la face interne de la paroi postéro-latérale gauche: elle est formée par un noyau dur avec une capsule de de tissu utérin.

L'auteur fait suivre cette observation de réflexions très-étendues, dans lesquelles il indique le côté intéressant de ce fait, qui consiste dans l'impossibilité de diagnostiquer l'état pédiculé du polype à cause de son enchâtonnement complet dans le tissu œdématisé du col, ce qui l'a fait prendre pour une tumeur sessile: il montre la nécessité de faire des explorations très-attentives et de ne pas se priver de l'aide du choroforme, afin d'asseoir sûrement le diagnostic.

Obs. LIV (1). — Une sage-femme me fit venir pour reconnaître la présentation chez une multipare. Je trouvai une tumeur qui me parut être le scrotum, mais un examen attentif

(1) Ferguson, R. Leé, in *Med. Chir. Transact.* 1835, vol. XIX. p. 133.

me démontra que la tête se présentait, bien qu'elle fût encore élevée. Je suivis la tumeur à l'intérieur du col, au voisinage duquel elle était attachée par un pédicule très-mince. Elle était molle et compressible, du volume d'un œuf de poule. La tête, en descendant, comprima la tumeur contre les parois du bassin et passa sans difficulté. L'enfant était vivant, et le placenta suivit tout seul au bout d'un temps considérable. Après son expulsion, je fus témoin de l'hémorrhagie la plus formidable que j'aie jamais vue. La femme fut sauvée à grand' peine. Je la revis un an plus tard. La tumeur était comme auparavant, de même forme et de même consistance. — La femme ne voulut pas se laisser opérer.

Obs. LV (1). — 24 février 1843. Accouchement régulier à terme. Aussitôt après on sentit une tumeur grosse comme une tête de fœtus à terme au-dedans du col. — Après une demi-heure d'attente, le placenta fut expulsé sans hémorrhagie. — Le pédicule de la tumeur était à la face postérieure de l'utérus au-dessus du col. On ne sentait pas de partie rétrécie formant pédicule.

Dans les huit jours suivant, la tumeur devint molle, diminua de volume, puis se ramollit par place, au point de permettre d'y enfoncer le doigt. L'écoulement devint fétide. La masse remplissait le vagin; l'application d'une ligature fut difficile; mais, à cause de l'état général, il devint urgent de se débarrasser de la tumeur. Dix jours après la ligature, on excisa tout ce qui était au-dessous, et huit jours plus tard, on arracha tout ce qui en restait. — La femme guérit.

Obs. LVI (2). — M<sup>me</sup> P..., mère de plusieurs enfants, accoucha, le 23 octobre 1773, d'un fœtus peu développé, mort avant l'accouchement.

La sage-femme, voyant le ventre encore très-distendu, soup-

(1) W. F. Montgomery, in *Dubl. Quart. Med. Journ.* 1846. Vol. II, p. 65, case XIX.

(2) J. Aikin, *Med. and Philosoph. Comment. Edinburgh*, 1774, vol. II, 1<sup>re</sup> partie.



çonda une grossesse gémellaire et me fit venir. Je trouvai le placenta dans le vagin et je l'extrayai. Je ne sentis par le toucher vaginal aucune présentation. En palpant l'abdomen, je reconnus, à travers les téguments amincis, une masse solide, volumineuse, de forme irrégulière et s'étendant jusqu'à l'ombilic. Je ne doutai pas que ce ne fût un second enfant et je crus même reconnaître, dans les inégalités de la surface, ses membres et son corps.

Comme la malade était affaiblie, qu'il n'y avait ni hémorrhagie ni douleur, je crus devoir patienter et je la quittai.

Le lendemain, la tumeur était un peu moins volumineuse : les lochies, d'abord normales, devinrent copieuses, puis épaisses et de mauvais aspect.

La tumeur diminua, se ramollit et, au bout de quinze jours, elle n'existait plus. La malade se rétablit.

Son ventre avait atteint un volume considérable pendant cette grossesse; elle avait eu des douleurs fixes dans le point qu'occupait la tumeur et avait éprouvé de la perte d'appétit, de la soif et des accès fébriles.

Six semaines après son accouchement, sa santé devint meilleure qu'elle n'avait jamais été depuis bien des années.

Obs. LVII (1). — Ât. 33. — Après six accouchements difficiles, la femme mourut de convulsions à son septième accouchement. L'enfant mourut aussi. On trouva un polype ayant la forme d'une poire, adhérant au fond de l'utérus. Il avait douze doigts de longueur, cinq de diamètre, poids : sept livres; à l'extérieur, on trouvait *une substance blanche et résistante, et à l'intérieur, une matière hépatique, anorganique et épaisse*; une cavité, remplie de matières muqueuses et de sang coagulé, avait 3 pouces sur 2.

Obs. LVIII (2). — 32 ans, 2<sup>e</sup> accouchement à terme.

Polype descendu dans le vagin pendant le travail, de la grosseur

(1) Hartog, *in Puchelt comm. de tum.*, p. 117

(2) Valerius, *Gazette médicale de Paris*, 1862, octobre.

d'une tête de fœtus à terme. Insertion à l'intérieur de l'utérus par un pédicule très-épais. Ligature. Pas d'accidents. Chute du polype dans l'espace de 15 jours.

Obs. LIX (1). — Placenta expulsé naturellement. Utérus resté volumineux. H. introduisit la main dans l'utérus et trouva une grosse masse charnue à gauche du fond; elle offrait à sa surface des saillies en forme de pis de vache. Il sépara cette masse de l'utérus en employant beaucoup de force; elle pesait près de deux livres et avait la structure d'un polype (1750).

Obs. LX (2). — Accouchement naturel : puis hémorrhagie continue, et douleurs expulsives accompagnées de flots de sang. J'introduisis la main dans le vagin et je sentis dans l'utérus un corps dur, mobile, que je reconnus pour être un polype. Je comptais en faire la ligature, quand je serais parvenu à diminuer l'hémorrhagie. Une contraction très-forte me donna l'idée d'examiner de nouveau. Je trouvai le polype du volume d'une orange à l'entrée du vagin, son pédicule faible s'était rompu. Les douleurs se calmèrent, l'hémorrhagie cessa et la femme se rétablit.

Obs. LXI (3). — Une femme, accouchée le 4 décembre, fut prise le 6 de douleurs ressemblant à celles du travail. L'examinant, C. reconnut une grosse masse, en partie dans le vagin, en partie dans l'utérus. Bientôt les contractions utérines l'expulsèrent. La tumeur était organisée, de forme oblongue, et s'insérait à l'utérus par un pédicule long de deux pouces et gros comme le doigt. Elle était solide et traversée par des artères et par des veines. Longueur, 16 pouces. Circonférence, 11. Poids, 2 livres 1/2. La femme se rétablit.

Obs. LXII (4). — L'hémorrhagie se déclara dix jours après l'accouchement. Les contractions amenèrent le polype jusqu'au col, où on le sentait. L'hémorrhagie s'arrêta. Un peu plus tard, Churchill, se disposait à faire la ligature du polype, mais le doigt ne l'atteignait plus. L'hémorrhagie n'avait plus reparu, et la femme se rétablit.

Obs. LXIII (5). — X..., æt. 36. Accouchée par la version, avait

(1) Holyoake, in Smellie, 1778, vol. II.

(2) Radford, Oldham, in *Guy's Hosp. Reports*, 1844, v. II, 2<sup>e</sup> s.

(3) Collyns, *Brit. et For. Med. Chir. Review*, 1842, v. XIV.

(4) Churchill, *Dis. of women* 1864, 5<sup>e</sup> éd.

(5) Sachtleben, in Puchelt., l. c., p. 116.

déjà deux polypes au fond de l'utérus de la grosseur de poires. Trois ans après, lorsque cette femme accoucha, les polypes étaient devenus du volume de la tête d'un enfant, remplissaient tout le vagin et même faisaient saillie hors de la vulve. La version faite, l'enfant sortit vivant, et on réduisit les tumeurs. La mère se rétablit.

Levret (1) rapporte les deux observations suivantes :

Obs. LXIV. (Guiot). — 1752. Une femme nouvellement accouchée. Tumeur considérable sortie du vagin, qu'on prit d'abord pour un renversement de l'utérus. Guiot reconnut que « c'étoit une espèce de polype utérin, dont la racine qui partoit de l'intérieur de la matrice se prolongeoit à travers son orifice au côté droit duquel elle étoit attachée. » Le pédicule isolé ét libre dans toute son étendue, aplati et large de deux travers de doigt.

Le corps de la tumeur avait le volume de la tête d'un enfant nouveau-né. Ligature du pédicule, près de l'orifice de la matrice, puis section au-dessous. Guérison.

Obs. LXV. — Une femme ayant eu des pertes de sang depuis plusieurs années, tumeur hémisphérique du volume d'une bille proéminent dans le vagin. La tumeur « est attachée dans la matrice même, en sorte qu'il ne m'a pas été possible jusqu'ici de parvenir au principe de son attache. » La malade, devenue enceinte, accoucha à terme. La tumeur avait disparu durant la grossesse, et après l'accouchement on l'avait retrouvée dans le même état qu'au paravant, sans être sortie de la vulve.

**Cas où le placenta était inséré sur la tumeur.**

(7 observations.)

Obs. LXVI. — *R. Lée*. Hémorrhagie très-abondante après l'extraction du placenta. Insertion partielle. Métropéritonite. *Mort*.

Obs. LXVII. — *Boivin et Dugès*. Convulsions après l'accouchement. Durée 24 heures. *Mort*. Insertion partielle.

(1) Levret. *Mém. de l'Acad. de chir.*, 1757, t. III, p. 543.  
Obs. XV, XVI.

OBS. XXIII. — *Ashwell*. Hémorrhagie pendant toute la durée de la grossesse. Avortement. Mort 12 heures après l'accouchement. Insertion partielle.

OBS. XXII. — *Bramwell*. Œuf enveloppant de toutes parts un polype. Extraction de l'œuf suivi d'excision du polype le lendemain. *Guérison*.

OBS. LXVIII. — *Grieve*. Hémorrhagie avant l'extraction du placenta qui s'insérait par son centre sur le polype et était devenu libre dans tout son pourtour. Extraction du placenta. *Guérison*.

OBS. LXIX. — *Aubinai*s. Rétention du placenta qui s'insérait sur le polype par son centre et à l'utérus dans tout son pourtour. Torsion, extraction du polype et du placenta réunis et très-adhérents. Tendance au renversement de l'utérus. *Guérison*.

OBS. LXX. — *Macfarlane*. Placenta descendu dans le vagin avec le polype auquel il adhérait : on le prit pour un renversement de l'utérus. Hémorrhagie excessive après l'extraction du placenta. *Guérison*.

OBS. LXVI (1). — Une femme de 42 ans accoucha d'un enfant hydrocéphale par l'embryotomie. Hydramnios évalué à 10 litres. Une hémorrhagie très-abondante suivit l'extraction du placenta. La mort eut lieu trois jours après l'accouchement, par suite d'inflammation des parois musculuses de l'utérus, avec péritonite.

*Autopsie*. Une tumeur fibreuse dure, du volume d'un œuf de pigeon, était incorporée à la paroi utérine, au niveau de l'insertion du placenta.

OBS. LXVII (2). B..., 22 ans. Convulsions, 5 heures après un accouchement naturel à terme. Mort dans les 24 heures.

*Autopsie*. Tumeur rouge-brun, 3 pouces sur 2 1/2; pulpeuse, rougeâtre, d'aspect cérébriforme à la coupe, insérée par un pédi-

(1) R. Lee, *Med. Chir. Transact.*, 1835, vol. XIX, p. 112.

(2) Boivin et Dugès, *l. c.*, p. 381.

cule plat presque aussi large que la tumeur, à la paroi postérieure de l'utérus. Une portion du placenta avait adhéré à la base de la face antérieure du polype. « L'élargissement et l'aplatissement du polype étaient dus à la distension qu'il avait partagé avec la matrice, et l'état de ramollissement à la congestion dont il avait été le siège aussi bien que l'organe. »

Voir l'Obs. XXIII.

S. Cooper (1) mentionne un cas de Bach et remarque que l'insertion du placenta sur le polype suffit pour démontrer la vascularité de ces tumeurs. J'ai en vain cherché l'observation originale.

Voir l'Obs. XXII.

Dans son livre, Montgomery (2) dit qu'il possède dans sa collection une pièce où l'on voit un œuf très-jeune inséré sur un polype.

Obs. LXVIII (3). — M<sup>me</sup> A..., 30 ans, mère de deux enfants de 5 et 3 ans.

4 avril 1851. — Alitée. Excellente santé jusqu'à l'apparition, il y a peu de jours, de *métrorrhagie accompagnée de douleurs lombaires sourdes*. Elle se croyait au quatrième mois de la grossesse. L'utérus au-dessus du pubis. Son état empira et l'ina-nition progressive détermina le médecin à avoir recours à l'avortement provoqué le 19 mai. On administra à cet effet le seigle ergoté. Fœtus du sexe féminin. L'expulsion du placenta, ainsi que du fœtus, se fit par les forces naturelles. L'utérus fut trouvé normal.

27 mai. — Retour de l'hémorrhagie et des douleurs lombaires et hypogastriques avec fièvre. Rétablissement lent.

Octobre. — Cessation des règles.

2 février 1852. — *Retour de l'hémorrhagie et de la douleur locale*. Amélioration.

25 avril. — Nouvelle apparition des symptômes morbides.

26. — *Accouchement prématuré* spontané d'un enfant du

(1) S. Cooper, in *Surg. Dict.*, article POLYPUS.

(2) Montgomery, *Signs and Symptoms of Pregnancy*, 1856, 2<sup>e</sup> éd. p. 353.

(3) R. Griève, in *Glasgow Med. Journ.*, 1855, vol. II, p. 43.

sexe féminin de 7 mois environ qui vécut 6 jours. Rétention du placenta. Extraction avec la main introduite dans l'utérus. Cavité normale. Pas d'hémorrhagie. Prompt rétablissement.

25 septembre 1853. — Bonne santé depuis 17 mois. Alitée. En travail. État singulier des contractions utérines qui, fortes et d'un caractère expulsif au début, se terminent par un res-saut brusque qui porte l'utérus vers l'épigastre, ce qui procure une vive souffrance. Grieve, déjà, en 1851, avait pensé à l'exis-tence d'une tumeur, il crut pouvoir ainsi s'expliquer la forme particulière des contractions qui serait due à une interruption dans la continuité des fibres contractiles. Il donna le seigle ergoté et le travail se termina promptement par la naissance d'une fille. Placenta retenu. Hémorrhagie. Extraction avec la main. Placenta détaché dans l'étendue de 3 pouces dans tout son pourtour, tandis que son centre coiffait une tumeur fibreuse, dure, du volume d'un œuf de poule, ovoïde, insérée au fond de l'utérus par une large base. Le placenta se détacha comme la framboise se sépare de son disque conique. Pas d'hémor-rhagie pendant l'extraction. Rétablissement.

Ce fait intéressant a donné lieu à des développements très-étendus de la part de l'auteur : en définitive il ne par-vient pas à s'expliquer l'enchaînement des faits : il se fonde, pour nier la présence d'un polype dès la première grossesse, sur le résultat négatif de la palpation abdominale ; dans la deuxième grossesse sur le résultat négatif d'une exploration de la cavité, et en fin de compte, il ne conclut pas. Je ne résous pas la question, mais je dis que le palper ne donne aucune solution pour un petit polype, et que l'exploration intrautérine dans le but de rechercher un placenta retenu, ne permet pas de conclure à l'absence de ce polype. L'in-carcération du polype par l'œuf, avec insertion de la partie périphérique de celui-ci à la paroi dans tout le pourtour du pédicule, constitue un fait qui mériterait de fixer l'attention

si on avait la preuve de son existence dans les grossesses antérieures, car l'hémorrhagie n'eut pas lieu dans la troisième grossesse. Le mode d'insertion ne doit pas moins nous occuper, quand nous le comparons à celui du fait suivant, où le placenta était tout à fait adhérent et au polype et à la paroi utérine. Dans quelques faits de cette nature, le placenta peut être placé dans une condition analogue à celle de l'insertion sur le col, mais comme d'autres faits ne confirment pas une hypothèse semblable, je n'y attache aucune importance.

Obs. LXIX (1).—OEt. 35. Deux grossesses antérieures. A la suite du deuxième accouchement des métrorrhagies fréquentes pendant cinq ans. Nouvelle grossesse (3<sup>e</sup>), accouchement naturel : placenta retenu, rupture du cordon. Le placenta coiffait un polype du volume d'un gros œuf de poule, adhérent au polype par son centre et à l'utérus dans tout son pourtour. L'utérus tendait à se renverser quand on voulait détacher le placenta; le pédicule était petit et grêle. Torsion et extraction du tout ensemble. Forte adhérence du polype au placenta dans l'étendue d'une pièce d'un franc. Vaisseaux sanguins très-ténus entre les deux. Hémorrhagie modérée. Rétablissement. Quatrième accouchement naturel.

Obs. LXX (2). — Peu après l'accouchement, un énorme polype auquel adhérait le placenta, vint se placer dans le vagin tout près de la vulve; il avait presque la dureté du cartilage et son volume était plus grand que celui d'une tête d'enfant à terme; le pédicule avait l'épaisseur de trois doigts. On le prit d'abord pour un renversement de l'utérus. Une hémorrhagie considérable suivit l'enlèvement du placenta, et la vie ne fut conservée que par l'emploi de stimulants énergiques. Le volume considérable de ce polype doit être rapporté à sa connexité avec le placenta.

La tendance au renversement est indiquée dans l'avant-

(1) Aubinais, in *Gazette médicale de Paris*, 1844, p. 578.

(2) Macfarlane, in *Ingleby's Obstetric Medicine*, p. 142.

dernière observation : dans la dernière, le diagnostic a été posé. Nous faisons suivre les observations qui se rapportent à l'inversion : on peut s'étonner qu'elle soit aussi rare.

**Inversion.**

(6 observations.)

Obs. LXXI. — *Sidey*. Avortement de 5 mois. Inversion immédiate. Tumeur probablement sessile. Réduction immédiate. *Guérison*.

Obs. LXXII. — *Deneux*. Avortement de 4 mois. Placenta retenu extrait avec la main. Inversion presque immédiate. Ligature. *Mort*. Corps fibreux interstitiel avec portion de l'utérus serrée dans la ligature.

Obs. XIII. — *Beatty*. Avortement de 3 mois. Inversion dix jours plus tard. Une tumeur pédiculée fut détachée, et l'inversion se réduisit sans peine.

Obs. LXXIII. — *Radford*. Accouchement normal à terme. Polype de la paroi antérieure avec inversion partielle. Ténésme utérin excessif. *Mort*.

Obs. LXXIV. — *Breidenbach*. Accouchement normal à terme. Inversion au bout de quelques semaines. Polype du fond de l'utérus avec inversion complète. Ligature de la tumeur. *Guérison*.

Obs. LXXV. — *Keiller*. Accouchement à terme. Inversion reconnue quatre mois après l'accident. Tumeur fibreuse probablement sessile. Ecraseur. L'inversion ne put être réduite.

Obs. LXXI (1). — Le 20 mai, J. Sidey fut appelé auprès de madame

(1) Sidey, in *Edinburgh Med. Journal*, 1866. Vol. XII, p. 274.



G..., enceinte de cinq mois et se plaignant vivement de douleurs intra-pelviennes. Il trouva que les parties étaient très-sensibles et le col très-difficile à atteindre. Le 24, sans symptômes généraux, sans lypothymies, la malade sentit son ventre très-tendu et gonflé, et le soir, l'utérus était au-dessus de l'ombilic. Des douleurs utérines survinrent, et un gros caillot fut expulsé. Au toucher, on sentait le placenta adhérent sur un des côtés du col; il n'y eut plus d'hémorrhagie. Le 26, les douleurs utérines reparurent, et le fœtus fut expulsé avec un placenta très-exsangue, sauf dans le point qui correspondait au col. Au toucher, il reconnut une grosse tumeur et il s'assura qu'elle était formée par l'utérus renversé; ce renversement était causé par une tumeur fibreuse expulsée à travers le col. Deux doigts furent portés jusqu'au fond de l'utérus et deux autres poussèrent la tumeur jusqu'à ce qu'on la sentit à l'intérieur du col et que l'utérus eût repris sa forme régulière. Madame G... se rétablit parfaitement.

Obs. LXXII (1). — *Æt.* 30. Tumeur du ventre à l'époque du deuxième accouchement. Hémorrhagies fréquentes. Nouvel avortement au quatrième mois avec rétention du placenta. Extraction. Utérus resté volumineux; fièvre; douleurs abdominales; bientôt corps fibro-cartilagineux faisant saillie à la vulve; ligature de son col; mort.

La tumeur insérée à la partie interne de la face antérieure de l'utérus, du volume du poing, de forme irrégulière, comprenait un corps fibreux, blanc, dur, interstitiel et une portion de l'utérus cernée par la ligature.

Obs. XIII (2). — Une femme, âgée de 25 ans, s'aperçut en mai 1820 que son ventre devenait très-gros. Elle devint enceinte au mois d'août de la même année, et le 10 novembre, elle avorta.

Une tumeur fut expulsée dix jours plus tard, avec des douleurs semblables à celles de l'accouchement. Il y eut inversion de l'utérus pendant la descente; on sépara la tumeur et on réduisit facilement l'utérus.

Le poids de la tumeur était de quatre livres environ.

Le 10 février 1822, cette même femme accoucha d'un garçon à terme.

(1) Deneux, in R. Lee, *in Med. Chir. Trans.* 1835, p. 409.

(2) Beatty, rédaction prise à une autre source. Voir p. 59.

Obs. LXXIII (1). — Madame H... Accouchement normal quinze jours auparavant. Depuis l'accouchement, hémorrhagie très-abondante et de plus en plus continue. Accès de douleurs violentes et expulsives; ténésme; utérus toujours contracté. Son médecin prescrivit des calmants combinés aux excitants de l'utérus. Je la vis *in articulo mortis*; elle mourut deux à trois heures après. Je reconnus le col ouvert, et une tumeur dure allongée de la paroi antérieure qui était renversée. Je tamponnai.

*Autopsie.* Elle confirme le diagnostic. Polype pédiculé.

Circonférence du polype, deux pouces; circonférence du pédicule, un pouce et demi.

Obs. LXXIV (2). — *Œt.* 32. Primipare; accouchée à terme et sans difficulté d'un enfant difforme, mais vivant.

A l'énorme volume du ventre, la sage-femme crut à l'existence d'un second enfant, et l'accouchée elle-même en se retournant avait la sensation d'un corps étranger qui changeait de place dans son ventre.

Quelques semaines après, écoulement sanguinolent, muqueux et d'une odeur fétide. Douleurs violentes dans la région sacrée.

Après quelques jours, une tumeur rougeâtre, fibreuse, prise pour une môle fait saillie hors de la vulve.

On se décide à l'extraire; par les tractions le périnée se déchira jusqu'à l'anus. B. reconnut une tumeur fibreuse du volume de la tête d'un fœtus; elle s'insérait par un large pédicule au fond de l'utérus dont elle avait produit l'inversion. Ce polype fibreux remplissait le vagin; on en fit la ligature. B. réséqua une livre et demie environ de cette tumeur, et douze jours après, la ligature tomba. La femme guérit.

Obs. LXXV (3). — Le docteur Keiller rapporta à la Société obstétricale d'Édimbourg le cas d'une femme, mère de plusieurs enfants, qui accoucha il y a quatre mois, et qui souffrait depuis, de pertes considérables et d'une grande gêne du côté du bassin. Il trouva une inversion complète de l'utérus compliquée d'une tumeur fibreuse du fond.

(1) Radford, *in Oldham Guy's Hosp. Rep.*, 2<sup>e</sup> s., 1852.

(2) Breidenbach, *in Puchelt, Comment. de tumoribus.* Heidelberg, 1840, p. 415.

(3) Keiller, *in Edinburgh Med. Journal*, 1864, vol. IX, p. 859.

Il appliqua l'écraseur et enleva la tumeur, mais l'inversion persista malgré toutes les tentatives de réduction et il demanda l'avis de la Société obstétricale. Il se proposait d'employer les boules à air afin de dilater et tenter la réduction par ce moyen.

En 1866, il dit à la Société qu'il n'avait pu la réduire.

La tumeur pesait deux livres. La femme a quarante ans, elle est très-anémiée. En 1870 son état est toujours le même. (Communication orale).

Je fais suivre deux cas observés par des cliniciens émérites. Le premier, qui n'appartient pas à notre sujet, comme terme de comparaison, le second, qui aurait dû trouver sa place quelques pages plus haut, parce qu'il montre toutes les difficultés qui entourent un diagnostic précis.

Une femme accouchée quelques mois auparavant à Saint-Omer. Aussitôt après l'extraction forcée du placenta, une tumeur apparut dans le vagin. Lorsque la femme nous consulta, elle ressemblait exactement à un polype, mais sa sensibilité nous fit diagnostiquer une inversion. Il n'y avait ni hémorrhagie, ni menstruation. Plus tard, les hémorrhagies devinrent abondantes et répétées (1).

On fit la ligature qui tomba le quatorzième jour, emportant le fond de l'utérus avec les trompes de Fallope; par moments, je croyais bien avoir affaire à un polype.

#### **Polype fibreux datant du moment de l'accouchement.**

Obs. LXXVI (2). — Br. H... accoucha le 3 octobre 1835. Une sage-femme arracha violemment le placenta. La femme dit en avoir rendu plusieurs portions pendant des mois consécutifs. Elle éprouva de fréquentes hémorrhagies.

Au mois de mai 1836, il lui sembla que sa matrice descen-

(1) R. Gooch, *Diseases of Women*. London, 1829.

(2) W.-T. Montgomery, in *Dubl. Quart. Med. Journ.*, 1846, vol. II, p. 62, case XVIII.

daît dans le vagin et tendait à sortir de la vulve; pendant deux mois, elle parvint à se soulager en repoussant la tumeur dans l'intérieur.

Au mois de décembre 1836, elle expulsa un corps solide, et, à partir de ce moment, sa santé s'améliora.

Au mois d'août 1837, son enfant mourut; elle fut prise d'une hémorrhagie formidable; le sang traversant le plafond avertit des personnes qui la trouvèrent presque sans vie et la portèrent à l'hôpital.

Au mois de septembre, on me pria de la voir; son état paraissait désespéré. Une tumeur dure, lisse, ovoïde, du volume d'un œuf d'oie, remplissait le vagin. La femme prétendait qu'elle était quelquefois douloureuse au toucher. On ne pouvait ni atteindre le col, ni reconnaître les culs-de sac du vagin. La tumeur paraissait diminuer de volume de bas en haut. Le diagnostic dans ce cas était très-difficile :

1° Parce qu'on ne pouvait atteindre le col et s'assurer des rapports de la tumeur;

2° Les commémoratifs rendaient très-probable l'existence de l'inversion, car les symptômes dataient du moment de l'accouchement et de l'extraction violente du placenta par une sage-femme ignorante;

3° La femme assurait éprouver quelquefois de la douleur lorsqu'on comprimait la tumeur;

D'un autre côté, le diagnostic *polype* se posait avec plus de probabilité pour les raisons suivantes :

1° A cause de l'état très-lisse de la surface;

2° Les dimensions moindres en haut qu'en bas;

3° Le volume plus considérable que celui d'un utérus qui aurait été deux ans à l'état d'inversion;

4° L'augmentation de volume (certifiée par un observateur) dans l'espace d'un mois;

5° La dureté plus considérable que celle de l'utérus;

6° Le prolapsus complet à travers les parties externes, suivi de rétroversion, ainsi qu'on l'observe dans les polypes et non dans les inversions;

7° Bien que je fusse dans l'impossibilité de constater la position du col et des culs-de-sac du vagin, mon doigt parcourait une étendue plus grande que celle qui aurait pu exister dans l'inversion totale ;

8° Ne pouvant me rapporter au dire de la femme touchant la sensibilité de la tumeur, je l'examinai au spéculum : je vis une surface lisse, marquée de taches brunes, rouges, bleuâtres, ou couleur de crème ;

9° La tumeur étant sous mes yeux, je fis pénétrer dans sa masse une aiguille à un demi-pouce de profondeur sans provoquer aucun signe de douleur de la part de la malade.

Satisfait de ce que j'avais bien affaire à un polype, j'en fis la ligature. Elle tomba le cinquième jour. La tumeur était fibreuse, et sa coupe montrait des orifices vasculaires nombreux.

La malade se remit complètement.

#### **Tumeurs péri-utérines (1).**

(15 observations.)

OBS. LXXVII. — *Guéniot. Tumeurs multiples.*

État général grave au cinquième mois : retour des accidents locaux et généraux graves au commencement du neuvième mois. Accouchement à terme. Version après débridements successifs du col. Varioloïde suivie de péritonite. *Mort le huitième jour.*

OBS. LXXVIII. — *Spiegelberg.* (Voir le texte, p. 142).

OBS. LXXIX. — *Horlacher. Tumeurs multiples.* Accouchement naturel. Hémorrhagie. *Mort.*

OBS. LXXX. — *Simpson. Tumeurs multiples.* Travail

(1) Je me sers arbitrairement de cette dénomination pour désigner toutes les tumeurs qui n'appartiennent pas franchement à l'excavation. Je renvoie à l'appendice, OBS. CLXIV, et je signale les obs. 4, 3 de Boivin et Dugès : *Mal. de l'Utérus*, 1833. T. I, p. 334. Voir aussi OBS. XII, XXXIII.

long, hémorrhagie faible, affaissement progressif. *Mort* dans les six heures.

OBS. LXXXI. — *D'Outrepoint. Tumeurs multiples.* Forceps. Hémorrhagie *mortelle rapide.*

OBS. LXXXII. — *Klaproth. Tumeurs multiples.* Présentation de l'épaule : version difficile : enfant mort. L'utérus resta volumineux, dur. Mort de la femme soixante heures après l'accouchement ; péritonite, endométrite.

*Autopsie.* L'utérus contenait 16 fibroïdes volumineux disséminés dans ses parois; ils avaient le volume d'une prune jusqu'à celui d'une pomme. Le tout pesait huit livres. Les fibroïdes profonds étaient ramollis, les autres sans changement.

OBS. LXXXIII. — *Simpson. Tumeurs du fond.* Rétrécissement du détroit supérieur. L'enfant mort par compression de la tête. *Guérison.*

OBS. LXXXIV. — *Macker. Tumeur latérale.* Forceps. Enfant mort avec déformation de la tête. *Guérison.*

OBS. LXXXV. — *Chaussier. Tumeur postérieure.* Hémorrhagie continue. *Mort.*

OBS. LXXXVI. — *Chowne. Tumeur postérieure.* Accouchement double. Inflammation. *Mort.*

OBS. LXXXVII. — *Tanner. Tumeur antérieure.* Travail long. *Guérison.*

OBS. LXXXVIII. — *Simpson. Tumeur antérieure* prise pour une grossesse extrautérine. *Mort* de métrô-péritonite en moins de quinze jours.

OBS. LXXXIX. — *Guéniot. Tumeur antérieure.* Tentatives pour faire accoucher d'un second enfant, vingt-deux jours durant. Tumeur reconnue. *Guérison.*

OBS. XC. — *Neugebauer.* Fistule de la paroi abdominale communiquant avec une tumeur fibreuse utérine, ou-

verte deux mois après l'accouchement. *Guérison* au bout de huit mois.

Obs. XCI. — *Robinson*. Accouchement régulier. Péritonite par rupture du pédicule et hémorrhagie intra-abdominale. *Mort*.

Obs. LXXVII (1). — S. D., *æt.* 39. Enceinte de huit mois environ. Régliée à 15 ans. Deux avortements antérieurs à trois mois. Tumeur existant depuis la puberté.

Dernière époque menstruelle fin mars 1863.

Au cinquième mois, douleurs lombaires et hypogastriques, malaise, vomissements. Amélioration jusqu'à ces jours derniers.

Entrée à la Clinique d'accouchements, 16 décembre 1863. Elle présente des signes bien accusés d'inflammation de l'utérus et est menacée d'accoucher prématurément. Fièvre, grand malaise, vomissements bilieux, diarrhée. Respiration anxieuse. Utérus douloureux au palper. Plusieurs tumeurs dures de volume variable dans les parois; en arrière et à gauche, au-dessus de l'excavation, une tumeur du volume d'une orange, très-douloureuse à la pression. Par le toucher vaginal, on reconnaît que le col très-élevé: une tumeur à gauche, dure, près du détroit supérieur, paraissant adhérer à l'utérus.

Au bout de cinq jours amélioration de l'état local et général.

27 décembre. Le palper abdominal fait reconnaître un corps étalé en plaque dure, indolore, un peu mobile, de 48 cent. de longueur, étendu depuis le flanc gauche jusqu'à la partie supérieure de la fosse iliaque gauche, formant ainsi la presque totalité de la paroi utérine de ce côté. Au-dessous de cette tumeur une seconde du volume d'une orange, adhérente à la paroi utérine; elle n'est plus douloureuse à la pression. Le toucher vaginal fait reconnaître le col comme auparavant, mais la tumeur de la paroi gauche a disparu.

5 janvier 1864. La tumeur est revenue au niveau de la

(1) Guéniot, *in Gaz. des Hôp.*, 1864, p. 209.

partie supérieure de l'excavation; elle est mobile, et il est possible de l'isoler de la paroi.

14 janvier. En travail. Dix heures après le début, version très-difficile effectuée après trois débridements successifs du col, par M. Depaul. La grosse plaque, est moins apparente; elle se détache moins de la paroi : elle n'est pas mobile; la tumeur globuleuse n'avait été pour rien dans les difficultés de la version.

15 janvier, varioloïde. 18, péritonite. 21, mort.

*Autopsie refusée.* — Examen de la matrice. Paroi antérieure rendue convexe par une tumeur fibreuse interstitielle sphérique de 10 cent. de diamètre saillant dans la cavité abdominale; coupe ferme, grisâtre, homogène, comme lardacée, avec lamelles calcaires. La paroi utéro-péritonéale est très-mince à son niveau, la paroi interne, au contraire, épaisse. Tumeur sphérique non pédiculée, sous-péritonéale à gauche et en arrière au niveau de l'union du col et du corps. Diamètre, 5 cent 1/2; un troisième, 6 cent. sur 8 cent., avec pédicule de 4 cent. 1/2, s'insère à la corne droite et adhère à l'S iliaque. Seize autres tumeurs étaient disséminées sur la face externe. Corps de l'utérus sain. Col noirâtre, ramolli (2).

Parmi les tumeurs pariétales, il en est qui appartiennent autant à la cavité utérine qu'à celle de l'abdomen, qui font une saillie égale dans l'une et dans l'autre. Dans cette situation, elles subissent la pression excentrique du fœtus et rétentive de la paroi abdominale, et pour peu que leur consistance le permette, elles s'aplatissent, et probablement beaucoup plus du côté de la cavité utérine que du côté extérieur, ce qui est tout à l'avantage du fœtus. Comme leur capsule a des moyens d'adhérence au tissu utérin, particu-

(2) M. Magdelaine a donné comme des observations différentes deux versions de cette même observation. Voir sa thèse, p. 59 et 60.



lièrement favorables aux changements de forme de la tumeur, celle-ci redevient pour ainsi dire interstitielle et ne reprend ses rapports premiers qu'au moment où la paroi utérine se rétracte sur elle-même. M. Guéniot, nous l'avons dit, p. 88, a longuement étudié ce phénomène à propos du fait que nous insérons pour servir de passage des tumeurs intra-utérines aux périutérines. Nous avons rencontré un second fait qui en est le parallèle, et bien qu'il appartienne à un accouchement prématuré ; comme il n'a, sous ce dernier rapport, aucun intérêt spécial, nous le consignons à la suite.

Obs. LXXVIII (1). — *Æt.*, 35. Deuxième grossesse (la dernière onze ans auparavant, normale). Accouchement prématuré au sixième mois ; une tumeur aplatie occupait le côté droit du segment inférieur de l'utérus, large comme la main, d'un pouce d'épaisseur. Le fœtus mort et macéré se présentait par le siège ; comme celui-ci traversait le col, la tumeur s'éleva au-dessus du détroit supérieur, de façon à être reconnaissable à travers les parois abdominales. Quand l'utérus se contracta la tumeur parut plus épaisse, plus dure, mieux inconscrite. Au bout de deux jours la tumeur faisait une saillie égale sur chaque face de la paroi, on la reconnaissait par le palper abdominal. La femme se rétablit. Elle n'avait pas eu connaissance de l'existence d'une tumeur.

Dans Puchelt (2) nous lisons :

Obs. LXXIX. — Horlacher quoque narrat, feminam catameniorum tempore lapsam, his postea evanescentibus, dolorem compressione auctum, in abdomine sensisse. Postea vero, quum nuptias inierit, feliciter quidem infantem enixam, sed

(1) Spiegelberg, in *Monatsch, f. Geb.*, 1866, p. 426.

(2) Puchelt, *l. c.*, p. 60.

post partum hemorrhagia vita privatam esse. Sectione autem instituta, in utero expanso versus sinistrum sub membrana externa sarcoma quatuor digitos latum, et in dextra parte quinque minora steatomata inventa esse.

Obs. LXXX (1). — Une primipare, d'une santé faible déjà, arrivée au terme de sa grossesse, accoucha, après un travail assez long, d'un enfant mort : il y eut une hémorrhagie peu abondante qu'on arrêta facilement. Cependant, à partir du moment de la délivrance, la femme s'affaiblit progressivement. A la faiblesse succéda l'abattement, puis le coma et elle mourut dans les six heures qui suivirent.

Les parois utérines étaient semées de tumeurs fibreuses : on en compta jusqu'à quarante plus ou moins pédiculées, disséminées à la surface externe de l'utérus. Les plus grosses avaient le volume d'une orange : on les diagnostiquait facilement, à travers les parois abdominales, pendant la vie. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie intra-utérine.

Obs. LXXXI (2). Une femme de 46 ans, primipare, devint enceinte. Au sixième mois on sentait trois tumeurs globuleuses sur la face antérieure de l'utérus. La tête de l'enfant se maintint toujours dans le petit bassin, et le col et les parties environnantes devinrent tellement minces qu'on pouvait distinguer les sutures et les fontanelles. Le col mit vingt et une heures à se dilater : il survint de l'inertie qui exigea l'emploi du forceps. Hémorrhagie mortelle rapide.

*Autopsie.* — Trois tumeurs étaient attachées à l'utérus : la plus grande avait 10 pouces sur 5 et 8. Circonférence, 21. Il y en avait d'autres de petit volume.

Obs. LXXXII. — Résumé de Breslau (3), voir p. 139.

(1) J. Y. Simpson, in *Edinb. Monthly Journ.* 1848, vol. VIII, p. 139.

(2) D'Outrepoint, in *Archives de Méd.*, 1830, t. XXIII, p. 121.

(3) Breslau, in *Monatsch. f. Geb.*, Berlin, 1865, Bd. XXV, Suppl., p. 142.

Obs. LXXXIII (1). — Une tumeur du fond de l'utérus avait entraîné une rétroversion au troisième mois de la grossesse. On réduisit. La femme avorta quelques semaines après. Voir Obs.

Un an plus tard la femme devint grosse et arriva à terme. Le travail se prolongea par suite du rétrécissement du détroit supérieur produit par la tumeur, et, enfin, l'enfant vint mort, ayant la tête fortement comprimée et aplatie. La mère se rétablit rapidement.

Obs. LXXXIV (2). — Primipare à terme, n'ayant éprouvé aucun accident pendant sa grossesse : très-épuisée par un long travail. Application du forceps, extraction de l'enfant très-difficile. Enfant mort, pariétal gauche déformé. Hémorrhagie très-sérieuse. Tumeur dans la paroi droite de l'utérus. La femme mourut le neuvième jour.

*Autopsie.* — Tumeur interstitielle dans la paroi droite faisant saillie du côté du bassin, un peu ramollie dans un point. Une collection purulente, circonscrite, dans l'épaisseur du ligament large du même côté, prolongée tout le long de la paroi utérine jusque dans le cul-de-sac vaginal.

Obs. LXXXV (3). — Chaussier vit mourir d'hémorrhagie une femme qui venait de donner naissance à un enfant à terme. Grosse tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'utérus n'ayant pas offert un très-grand obstacle au passage de l'enfant.

Peu de temps après l'accouchement, on vit que l'utérus ne se contractait pas. Hémorrhagie abondante. Mort prompte.

Obs. LXXXVI (4). — Une femme de 40 ans accoucha de jumeaux et mourut d'inflammation au bout de trois jours. Le Dr Chowne fit l'autopsie et trouva une tumeur fibreuse entourée d'une coque calcaire dans la paroi postérieure de l'utérus.

(1) J. Y. Simpson, in *Edinb. Monthly Journ.* 1848, p. 139.

(2) Macker, in *Magdelaine*, thèses de Strasbourg, 1869, n° 171.

(3) Chaussier, in R. Lee, in *Med. Chir. Trans.* 1835 p. III.

(4) Chowne, in *ibid.*, p. 112.

OBS. LXXXVII (1). — En octobre 1855 je diagnostiquai chez une dame de trente-cinq ans, mariée depuis six ans sans avoir eu de grossesse, une tumeur fibreuse de la grosseur d'une tête d'enfant à terme, siégeant à la paroi antérieure de l'utérus. La personne avait connaissance de l'existence de cette tumeur depuis quelques mois seulement. — La santé s'améliora à la suite d'un traitement par le bromure de potassium et l'huile de foie de morue. — En décembre 1856, cette dame me consulta de nouveau : la tumeur me parut avoir beaucoup augmenté et elle s'étendait au-dessus de l'ombilic. En même temps je remarquais que l'utérus avait augmenté de volume, et que le col offrait les changements propres à la grossesse. Depuis le mois de juillet, les règles étaient supprimées. Je pensais à la grossesse, et, à la fin décembre, je constatais la présence des bruits du cœur fœtal. Le 19 avril 1857, elle accouchait d'une fille après un long travail. La santé se rétablit parfaitement.

OBS. LXXXVIII (2). — Une primipare portait une tumeur fibreuse énorme faisant saillie sur la paroi antérieure de l'utérus. Son médecin crut à une grossesse extra-utérine. Elle mourut de péritonite dans la deuxième semaine après son accouchement.

*Autopsie.* — Une tumeur fibreuse adhérait fortement à la paroi antérieure de l'abdomen ; elle s'était détachée, au niveau de son insertion à la paroi utérine, pendant l'involution de l'organe laquelle avait été cause d'un tiraillement, suivi de la rupture de son pédicule.

OBS. LXXXIX (3). — 2 août 1862. — Æt. 44. 5 grossesses à terme. 3 avortements.

22 jours après son dernier accouchement à terme, la femme vint à la Clinique pour se faire délivrer d'un second enfant. Une

(1) Tanner, *Signs and Diseases of Pregnancy*, London 1867, p. 160.

(2) J. Y. Simpson, *Obstetric Works*, Edinb., 1855, p. 834.

(3) Guéniot, in *Bull. de Thérap.*, 1866, vol. 71, p. 449.

tumeur à surface inégale, mamelonnée, occupait le ventre et fut reconnue pour une tumeur fibreuse utérine; l'accoucheur de la ville faisait depuis l'accouchement tous ses efforts pour amener le deuxième enfant. Le repos fut suivi d'un retrait considérable du volume de la tumeur utérine; mais G. n'a pu s'assurer quelle part avait la tumeur elle-même à cette diminution.

Deux faits du plus haut intérêt ferment la série peu nombreuse des tumeurs périutérines, qu'il faut compléter en en rapprochant les cas d'avortements qui renferment des observations intéressantes. (Obs. XVI, XVII, XVIII, XIX, XXI).

Le premier fait doit être rapproché de ceux de Loir (1), de Pinault (2), de Dumesnil (3). Le second a été regardé comme unique lors de la présentation.

Obs. XC (4). — J. L..., *æt.* 35, bien réglée depuis l'âge de 13 ans, devint enceinte pour la première fois au mois de juin 1855 : grossesse normale jusqu'en mars 1856. Refroidissement suivi de douleurs très-aiguës dans le ventre. Fièvre intense. Perte des eaux huit jours plus tard; naissance de l'enfant deux jours après; placenta expulsé au bout d'une demi-heure; on reconnut une tumeur dure, arrondie, de volume considérable, qui ne paraissait pas pouvoir être une grossesse extra-utérine.

La malade se rétablit parfaitement, et donna naissance dans quatre grossesses successives, et sans être aucunement secourue, à 4 enfants bien portants comme la première, le dernier au mois de mai 1865. Début de douleurs violentes au niveau

(1) Loir, in *Mém. de la Soc. de chir.*, 1851.

(2) Pinault, in *Bull. de la Soc. anat.*, t. III, 1828.

(3) Dumesnil, in *Gaz. des Hôp.*, 1869 n° 6.

(4) L. Neugebauer, in *Monat. für. Geb.*, 1866.

de la tumeur en juin; ouverture d'une fistule au-dessous de l'ombilic en juillet; fragments de la tumeur extraits à partir de décembre, au moyen d'instruments; achèvement de l'opération en janvier 1866; cicatrisation complète en mars. La tumeur, au bout de quelques semaines, avait le volume d'un œuf de poule. La malade se rétablit complètement.

Obs. XCI (1). — *Æt.* 40. Troisième grossesse à terme. Il y a quatre jours, chute le long de quatre escaliers, après laquelle aucune espèce d'inconvénients. Dyspepsie flatulente pendant toute cette grossesse, ce qu'elle n'avait pas éprouvé dans les grossesses précédentes. Accouchement parfaitement naturel. Durée du travail, 24 heures. Enfant asphyxié rendu à la vie; expulsion régulière du placenta.

Cinq heures après, on vint me chercher. Point d'hémorragie externe; il y avait du frisson, des vomissements et une grande faiblesse, signes généraux d'hémorrhagie, tympanite sous-ombilicale.

Craignant une hémorrhagie interne, j'introduisis la main dans le vagin qui n'était pas contracté. Le froid procura une diminution du relâchement.

Deuxième jour. Sensibilité abdominale; tympanite; quelques cris douloureux de temps à autre. État général comme auparavant; refroidissement, vomissements.

Troisième jour. Pouls accéléré; chaleur, vomissements, tympanite, endolorissement de l'abdomen.

Quatrième jour. Même état qu'auparavant, avec douleur abdominale augmentée.

Cinquième, sixième, septième jours. Oppression marquée, hoquet, vomissements, mort.

*Autopsie.* Péritoine pariétal d'un vert noirâtre; sinuosités intestinales barbouillées de sang par place. La cavité abdominale renferme trois pintes de sang vert noirâtre sans caillots.

Lymphé récente, faisant adhérer les anses de l'intestin grêle.

(1) R. R. Robinson, in *Association Méd. Journ.*, 1853.

En rompant ces adhérences, on découvrit une tumeur du volume d'un placenta ordinaire placé sous le sommet de l'utérus et recouverte par le péritoine.

A l'angle de réflexion du péritoine, sur l'utérus, s'étendait une rupture longue de deux pouces et le sang trouvé dans l'abdomen paraissait en provenir.

Cette tumeur était constituée par trois lobes, droit, moyen, gauche. Le lobe moyen se trouvait séparé des autres par une tumeur fibreuse, blanchâtre, comme ligamenteuse. Les lobes droit et gauche étaient ramollis, de couleur chocolat, et paraissaient consister en un amas de vaisseaux; le gauche était brun pâle, d'aspect fibreux. L'utérus relâché avait l'aspect d'un utérus gravide après l'accouchement; une goutte de matière blanchâtre sortait de la coupe transversale d'un vaisseau; les annexes n'offraient rien d'anormal.

Lors de la présentation de la pièce à la Société de Londres, une discussion s'engagea : le D<sup>r</sup> *Quain* dit que la vascularité de la tumeur indiquerait son accroissement pendant la grossesse. La cause de la rupture a été diversement interprétée. L'auteur croit que les adhérences de la tumeur avec les intestins l'ont empêchée de suivre le retrait de l'utérus, d'où tiraillement et rupture. Il dit que la tumeur était complètement englobée dans les anses intestinales.

*Oldham* fait remarquer que la tumeur était recouverte par le péritoine et par une couche de fibres musculaires utérines provenant du pédicule. Il croit que le péritoine était déjà malade et que la rupture en a été la conséquence.

Je suis disposé à admettre l'hémorrhagie primitive dans le tissu de la tumeur et la rupture consécutive au niveau du pédicule où le péritoine se trouvait déjà altéré; cela me paraît mieux rendre compte de la marche subaiguë jusqu'au quatrième jour.

**Tumeurs péri-utérines mobiles de l'excavation.**

(12 observations.)

Obs. XCII. — *Guéniot*. Cours de la grossesse pénible, surtout à partir du 4<sup>e</sup> mois. Médecin consulté au 7<sup>e</sup>. Opération césarienne jugée presque inévitable. *Accouchement* : Evolution spontanée de la tumeur ; présentation de la tête ; forceps ; enfant vivant. *Guérison*.

Obs. XCIII. — *Blot*. Symptômes graves de compression du 4<sup>e</sup> mois au 5<sup>e</sup> mois seulement. *Accouchement* : Evolution spontanée de la tumeur ; présentation de l'extrémité inférieure ; enfant mort. *Guérison*.

Obs. XCIV. — *Beatty*. Symptômes de compression dès le début de la grossesse, disparaissant au 4<sup>e</sup> mois. Opération césarienne jugée inévitable. *Accouchement* : Déplacement de la tumeur en haut en partie spontané, en partie artificiel ; présentation de l'extrémité inférieure, enfant mort. *Guérison*.

Obs. XCV. — *Depaul*. Phénomènes ordinaires sympathiques du début de la grossesse. Médecin consulté pour tumeur du ventre. Opération césarienne comptée parmi les indications. *Accouchement* : Evolution spontanée de la tumeur aidée artificiellement ; présentation de l'extrémité inférieure ; enfant vivant. *Guérison*.

Obs. XCVI. — *Barry*. Douleur abdominale au début de la grossesse. La tumeur devint intra-pelvienne du 3<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> mois, et la santé s'altéra, puis revint à l'état habituel. *Accouchement* : Déplacement de la tumeur en partie spontané, en partie artificiel ; présentation de la tête, levier ; enfant mort. *Guérison*.



Obs. XCVII. — *Rankin*. Le pronostic étant suffisamment indiqué par un accouchement antérieur, on voulut provoquer l'accouchement prématuré ; on ne put y réussir, à cause de l'impossibilité d'atteindre l'utérus. *Accouchement* : Déplacement artificiel de la tumeur, pendant lequel des bruits, qui semblent indiquer la rupture de quelques adhérences, se firent entendre : Version ? enfant vivant. La mère eut des accidents graves pendant quelques semaines. *Guérison*.

Obs. XCVIII. — *Thirion*. Cours de la grossesse normal ? On allait procéder à l'opération césarienne quand le refoulement artificiel de la tumeur éloigna l'obstacle. Présentation de la tête. Enfant vivant. Déchirure du col. *Guérison*.

Obs. XCIX. — *Hecker*. Grossesse normale. *Accouchement* : Déplacement de la tumeur artificiellement ; présentation de la tête ; enfant mort. *Guérison*.

Obs. C. — *Pillore*. Cours de la grossesse normal jusqu'à quelques jours avant l'accouchement, puis état général très-grave. *Accouchement* : Déplacement artificiel et facile de la tumeur ; version ; enfant mort-né.

*Mort de la mère le jour suivant.*

Obs. CI. *Madge*. Cours de la grossesse régulier ? *Accouchement* : Tumeur ponctionnée, puis incisée, enfin repoussée dans la cavité abdominale. Enfant ?

*Mort de la mère le 3<sup>e</sup> jour.*

Obs. CII. — *Spaeth*. Cours de la grossesse normal. *Accouchement* : Présentation de l'épaule. Diagnostic de la tumeur incertain ; opération césarienne jugée inévitable ; ponction de la tumeur infructueuse. Refoulement au-dessus du détroit. Enfant vivant. *Mort de la mère le 3<sup>e</sup> jour.*

Obs. CIII. — *Blot*. Cours de la grossesse régulier ? Opportunité de provoquer l'accouchement prématuré discutée en

consultation au 7<sup>e</sup> mois et repoussée. Pendant le 8<sup>e</sup> mois la tumeur s'élève et se dégage complètement pendant le travail. *Accouchement*: Présentation de la tête; forceps; enfant vivant. *Guérison*.

**Obs. XCII (1).** — Le 5 mars dernier, je fus prié de donner mes soins à madame C..., alors enceinte de près de sept mois et affectée de corps fibreux de la matrice. Cette dame, âgée de 40 ans, d'une constitution délicate, très-amaigrie et très-souffrante de son état de grossesse, ne quittait plus son appartement depuis quatre mois. Épuisée de longue date par des pertes sanguines abondantes, puis minée par des accès fébriles quotidiens, par des vomissements et une difficulté considérable des excréctions intestinale et urinaire, etc., elle semblait menacée de ne pouvoir atteindre sans accident fatal le terme de la grossesse.

Des règles dès l'origine prolongées, très-abondantes et qui, dans ces dernières années, avaient atteint chaque mois seize à dix-sept jours de durée; l'expulsion habituelle, à ces mêmes époques, de caillots sanguins qui donnaient au flux menstruel un caractère franchement hémorragique; une première grossesse (la seule qui eût précédé la grossesse actuelle), laquelle se termina, il y a dix-huit ans, par la naissance facile d'une fille qui mourut à l'âge de cinq ans et demi; le début et l'accroissement successif de plusieurs corps fibreux utérins, dont le premier fut constaté il y a trois ans; une atteinte de péritonite grave en novembre 1866, péritonite que le regrettable professeur Jarjavay jugea être la conséquence d'une hématoécèle péri-utérine; enfin, après un traitement prolongé de ce dernier accident, l'existence d'une légère amélioration dans l'état général; de même que la diminution dans l'abondance du flux de la dernière époque menstruelle, époque qui ne dura que huit jours au lieu de dix-sept (du 6 au 12 août 1867); telles sont

(2) Guéniot, in *Gaz. des Hôp.* 1868, n° 61.

les principales circonstances antécédentes qu'il convient de mentionner.

Par l'examen direct de la malade, je constatai que son abdomen était très-proéminent et plus développé que ne le comporte une grossesse ordinaire de sept mois; d'où une grande gêne des mouvements et de la respiration. La matrice elle-même était volumineuse, inclinée en avant. Plusieurs petites tumeurs fibreuses, mobiles et dures se reconnaissaient à la palpation, dans l'épaisseur ou à la surface de ses parois. Ces dernières, généralement souples et indolores à la pression, permettaient de distinguer assez nettement quelques parties fœtales. Il me fut, toutefois, alors impossible de préciser la situation exacte de l'enfant.

A l'aide du toucher, je trouvai une tumeur volumineuse, irrégulièrement arrondie, d'une dureté élastique, qui remplissait presque entièrement l'excavation pelvienne. De tous côtés, le doigt rencontrait cette tumeur qui repoussait en avant le col utérin et aplatissait le rectum en arrière. Un intervalle de 3 centimètres à peine semblait la séparer des pubis, et c'est en ce point que le col utérin très-élevé, déformé, aplati, se trouvait refoulé contre la vessie. A sa partie inférieure, la tumeur correspondait au coccyx; mais ses limites supérieures, même par le toucher rectal, échappaient à toute investigation. Sa situation en arrière et au-dessous du segment inférieur de la matrice explique comment le palper hypogastrique ne me fournit également aucune donnée à cet égard. Les pressions exercées avec le doigt à sa surface étaient douloureuses et ne produisaient aucun déplacement de sa masse.

Il s'agissait donc d'une tumeur dure, volumineuse et fixe, implantée sur la face postérieure de la matrice, probablement vers la jonction du corps et du col, et anticipant sur ce dernier, tumeur située aud-essous du péritoine, refoulant en bas la muqueuse vaginale et remplissant à peu près toute l'étendue du petit bassin. Cette tumeur, à n'en pas douter, était bien celle dont le professeur Jarjavay avait, plus d'un an auparavant, constaté l'existence et qu'il avait représentée avec quelque

exagération à la malade, comme « ayant le volume d'une tête d'enfant et la dureté du marbre. » Evidemment, c'était là une tumeur fibreuse de l'utérus qui, à moins de circonstances très-exceptionnelles, mettrait un obstacle absolu au passage de l'enfant par les voies naturelles. Les seules éventualités, en effet, qui pussent faire éviter l'opération césarienne étaient les suivantes :

1° La mort prématurée du fœtus, suivie d'une macération prolongée de ses parties dans le liquide amniotique pouvait provoquer dans ces dernières un ramollissement tel qu'elles devinssent assez réductibles pour traverser, à la manière d'un linge mouillé, un canal même extrêmement étroit.

2° Quoique la grossesse fût déjà fort avancée et que la tumeur fût restée jusque-là très-consistante, celle-ci cependant pouvait encore, avant l'échéance des neuf mois, se ramollir assez pour permettre une réduction notable de son volume et, en conséquence, une augmentation proportionnelle dans le calibre du canal rétréci.

3° Enfin, malgré son volume, sa fixité probable et son espèce d'enclavement dans le petit bassin, la tumeur pouvait à la rigueur se déplacer et remonter au-dessus du détroit supérieur, de manière à rendre libre le canal pelvien.

Mais si de tels faits étaient possibles, leur réalisation me paraissait si problématique, ou plutôt si improbable, qu'il eût été déraisonnable de fonder sur elle un espoir sérieux. En face d'une situation si périlleuse pour madame C..., je me hâtai de provoquer une consultation, et, le 11 mars, MM. Depaul et Tarnier voulurent bien, après un examen minutieux de la malade, m'éclairer de leur avis. Il parut à M. Depaul que l'espace laissé libre entre la tumeur et les pubis était peut-être plus étroit encore que je ne l'ai indiqué ci-dessus. M. Tarnier exprima un certain espoir dans le ramollissement prochain de la tumeur. Bref à part ces nuances d'opinions, l'état des choses était si nettement dessiné que nous fûmes unanimes pour admettre :

1° Qu'il convenait de laisser la grossesse continuer son cours

jusqu'à terme; 2° qu'il serait toutefois nécessaire, à huit mois révolus, d'explorer de nouveau avec soin la tumeur, à l'effet de s'assurer si elle n'avait pas subi, soit dans sa consistance, soit dans son siège, quelque changement qui pût faire sérieusement espérer un accouchement par les voies naturelles; 3° enfin, qu'en l'absence de ces modifications (toute réserve faite, bien entendu, pour celles qui pourraient encore se produire dans le cours du neuvième mois), la section césarienne était la seule qui restât pour délivrer madame C... et, en conséquence, que cette opération devrait être, en principe, complètement décidée pour l'époque du travail.

Le 14 avril, c'est-à-dire à huit mois de grossesse, j'explorai de nouveau minutieusement et la tumeur et la matrice. Cette dernière avait notablement augmenté de volume. Les petits fibromes durs et saillants de son corps se distinguaient aisément, même à l'œil, à travers la paroi abdominale. Le liquide amniotique paraissait être un peu plus abondant qu'à l'ordinaire. L'enfant, dès lors, était assez mobile; sa tête correspondait à l'hypochondre gauche de la mère, son extrémité pelvienne à la fosse iliaque droite et son dos était dirigé vers l'hypochondre droit. Le maximum des bruits du cœur s'entendait à droite et au-dessus de l'ombilic. La souplesse des parois utérines me permit de déterminer très-nettement cette situation des parties fœtales.

Quant à la tumeur intra-pelvienne, elle présentait exactement les mêmes caractères que précédemment; elle n'avait, en particulier, subi aucune modification notable, soit dans son siège, soit dans sa consistance. Toute réserve faite pour le cas d'un déplacement ultérieur de sa masse (déplacement dont la possibilité était admise, mais dont la réalisation était à peu près inespérée), l'opération césarienne fut donc définitivement résolue pour le temps du travail.

L'état de santé de madame C..., déjà si alarmant le 3 mars, lors de ma première visite, ne fit qu'empirer peu à peu avec le cours de la grossesse. C'est à peine si, grâce à l'emploi très-circonspect de certains médicaments (calmants, laxatifs, eaux

minérales, toniques, etc.), la malade put obtenir, avec quelques périodes de mieux-être passager, un faible ralentissement dans le progrès de l'anémie, de l'amaigrissement, des accès fébriles, de la déperdition des forces, etc. Ces divers symptômes finirent, en effet, par atteindre leur degré le plus extrême. Une teinte jaunâtre de la peau, une toux fatigante et l'insomnie qui en est la conséquence, vinrent encore, sur la fin de la grossesse, augmenter la gravité du pronostic. Un courage exceptionnel soutenu par de vifs sentiments religieux et un ardent désir de progéniture, un esprit résolu et une docilité parfaite à suivre mes conseils, constituaient en réalité, chez madame C..., les seules ressources qui permettent peut-être de ne pas absolument désespérer de sa situation.

C'est dans ces conditions que, le 17 mai dernier, après deux ou trois jours de malaise, d'insomnie et de fatigue plus grande encore que de coutume, la malade fut prise des premières douleurs de l'accouchement, vers six heures du matin. A huit heures, les membranes se rompirent brusquement et donnèrent lieu à un écoulement abondant d'un liquide amniotique. De là, suspension presque complète du travail et sentiment de bien-être chez la patiente, dont l'abdomen avait perdu sa tension douloureuse.

A neuf heures, je constatai que la tumeur avait subi un déplacement très-sensible : elle était moins accessible au doigt et se trouvait refoulée à droite et en arrière de manière à laisser, derrière le pubis gauche, un espace libre d'environ 5 centimètres. L'orifice utérin avait acquis la largeur d'une pièce de 5 francs, et la mollesse de ses bords indiquait que sa dilatation avait été plus grande. Quant à l'enfant, dont j'avais encore, une dizaine de jours auparavant, reconnu la tête dans l'hypochondre gauche et l'extrémité pelvienne dans la fosse iliaque droite, il se présentait manifestement en première position du sommet. L'exploration des sutures et fontanelle, jointe à d'autres signes, ne me laissa aucun doute à cet égard. Il avait donc, depuis peu, effectué spontanément une rotation complète. Les choses étant ainsi, je recommandai à madame C...

de garder la position couchée, afin d'éviter une trop grande déperdition de liquide amniotique, puis de s'incliner fortement lors des contractions, sur le côté gauche, à l'effet de favoriser, par la déclivité du fond de la matrice, l'ascension déjà commencée de la tumeur pelvienne.

Vers *deux heures de l'après-midi*, le travail reprit son cours régulier; les contractions étaient bonnes, et l'état général de la malade relativement satisfaisant. La tumeur continua de s'élever vers l'abdomen, en déterminant, à chaque contraction, une vive douleur ou sorte de déchirement dans la région iliaque droite. Je pensai que ce phénomène était dû soit à la rupture de quelques adhérences, soit au frottement exercé par la tumeur dans son mouvement ascensionnel, et je ne m'en préoccupai pas autrement. La tête fœtale, retenue au-dessus et en arrière du pubis gauche, n'attendait évidemment, pour pénétrer dans le petit bassin, que la disparition de l'obstacle. Aussi, vers *dix heures du soir*, dès que la tumeur fut remontée au-dessus du détroit supérieur, le sommet prit sa place et descendit dans l'excavation pelvienne en première position. A partir de ce moment, l'accouchement suivit une marche ordinaire, et à *deux heures du matin*, pour éviter à la patiente une prolongation fâcheuse du travail, j'appliquai le forceps sur la tête, arrivée au détroit inférieur. L'enfant fut extrait en parfait état de santé : il était volumineux, du sexe masculin et pesait plus de 7 livres (3 kilogr. 550 gr.) Quelques vomissements glaireux, un sentiment d'extrême faiblesse chez la malade et une difficulté particulière dans l'amincissement du bord antérieur de l'orifice utérin, telles sont les autres particularités du travail qui méritent d'être signalées. Sa durée totale, abstraction faite des six heures de suspension, fut d'environ quatorze heures.

Immédiatement après l'extraction de l'enfant, madame C... éprouva une sorte d'anéantissement général et de *feu intérieur* qui, joints à une distension gazeuse subite des régions supérieures de l'abdomen, me causèrent la plus grande inquiétude. Ces phénomènes furent heureusement de courte durée. L'utérus,

quoique bien rétracté, ne décolla le placenta que tardivement, et je dus attendre plus d'une demi-heure avant d'opérer la délivrance qui, d'ailleurs, n'offrit pas d'autre irrégularité.

*Prescription pendant les premiers jours.* — Quelques cuillerées de bouillon froid, répétées de temps en temps selon les désirs de la malade; 20 centigrammes d'extrait de jusquiame en deux pilules (parfois trois de ces pilules par jour); petits fragments de glace à fondre dans la bouche: boire très-peu. Onctions avec ong. nap. bell. sur le ventre et cataplasmes recouvrant toute l'étendue de l'abdomen. Immobilité la plus complète; éviter scrupuleusement tout contact froid extérieur; obscurité et silence absolu. Cathétérisme trois fois dans les vingt-quatre heures.

Le 20 mai, troisième jour de l'accouchement, les seins commencent à se congestionner, et, le lendemain, la fluxion laiteuse est des plus complètes. État des forces plus satisfaisant; sommeil; bien-être relatif. Bourrelet hémorrhoidal enflammé, douloureux; vulve modérément tuméfiée; lochies constamment normales.

Le 22, alors que les seins tendent à perdre leur tension douloureuse, des tranchées utérines violentes se manifestent. Jusque-là, aucune menace sérieuse de péritonite, le ventre étant sensible plutôt que douloureux, et le pouls oscillant entre 88 et 100 à la minute; mais l'apparition de ce nouveau travail de l'utérus, qui semble vouloir se débarrasser des tumeurs, provoque chez la malade de l'agitation, de l'insomnie, un peu de fièvre et un gonflement abdominal du plus fâcheux augure. Pendant vingt-quatre heures, ces tranchées résistent à l'emploi des opiacés, et elles ne cèdent enfin qu'à l'administration de doses de plus en plus fortes. Le calme reparait alors, et tous les symptômes s'amendent de telle sorte que, le 25, tout danger prochain semble avoir disparu.

Le 26. pouls à 64; hémorrhoides affaissées; col utérin reformé. Pour la première fois depuis l'accouchement, la tumeur commence à être accessible au doigt et paraît vouloir opérer son mouvement de descente. A aucun moment elle n'a pu être



nettement distinguée par la palpation de la région hypogastrique. Il est vrai que celle-ci, constamment sensible à la pression, n'a été explorée qu'avec la plus grande circonspection. L'utérus, tout irrégulier de forme et très-volumineux dans les premiers jours, s'est rétracté peu à peu, et son fond, du côté gauche, n'est plus éloigné du pubis que de six travers de doigt.

Les jours suivants, l'état général ne cesse de s'améliorer progressivement ; le sommeil, l'appétit, le bien-être se prononcent de plus en plus. La tumeur seule, en reprenant graduellement sa situation ancienne dans le petit bassin, provoque des tiraillements et une certaine inquiétude dans le bas-ventre, des fourmillements et des crampes dans les membres inférieurs, de la douleur à la miction et des pesanteurs incommodes sur le rectum. Mais à partir du 3 juin, complètement réinstallée dans l'excavation pelvienne, elle ne suscite plus d'autre malaise que celui qu'elle déterminait avant la grossesse et qui résulte de certaines pressions inévitables sur les organes pelviens.

Enfin, le 20 juin, madame C..., complètement rétablie, a repris un peu d'embonpoint et se trouve sensiblement dans le même état qu'avant sa grossesse. Quant à la matrice et à la tumeur, voici dans quelles conditions elles se présentent aujourd'hui. La tumeur, grosse comme une tête de fœtus à terme, remplit presque complètement le petit bassin et se perçoit, à la palpation, au-dessus du détroit supérieur qu'elle déborde faiblement. Elle est indolore à la pression, d'une fermeté élastique et ne se laisse pas déplacer par la pression du doigt ; son immobilité paraît être complète. La matrice se trouve refoulée en avant et à gauche ; son corps occupe la fosse iliaque correspondante et s'élève à 5 centimètres au-dessus du pubis. Quelques inégalités, représentant les petits fibromes constatés pendant la grossesse, se remarquent à sa surface ; mais elles sont beaucoup moins saillantes et moins faciles à distinguer que pendant l'état de réplétion de l'utérus. Le museau de tanche, situé derrière le pubis gauche, est gros, court et inégal ; une sorte de scissure très-étroite et peu profonde le sépare de

la tumeur qui l'enveloppe dans presque toute sa périphérie. D'après ces rapports, il semble très-probable que la tumeur s'implante largement sur la portion supérieure du col, en arrière et à droite, ainsi que l'examen pratiqué pendant la grossesse l'avait déjà fait supposer.

*P.-S.* — Hier, 7 juillet, j'ai revu madame C... Sa santé s'affermir de plus en plus, et son état paraît être même plus satisfaisant qu'avant la grossesse. Le retour des règles a eu lieu du 25 juin au 2 juillet, sans douleur ni expulsion de caillots. La tumeur conserve les mêmes caractères que le 20 juin.

**Obs. XCIII (1).** — Le 12 avril 1868, je suis appelé chez Mme J..., 29, rue des Saints-Pères. Cette dame, âgée de 31 ans, mariée depuis deux ans, bien menstruée et d'une bonne santé antérieure, est arrivée au quatrième mois d'une grossesse dont les commencements n'ont rien présenté d'insolite que de la constipation et de fréquents besoins d'uriner.

Le toucher vaginal fait reconnaître que l'excavation pelvienne est entièrement occupée par une tumeur arrondie, sans bosselure, lisse, d'une consistance ferme, uniforme, non élastique, et du volume apparent d'une tête de fœtus à terme. Le doigt rencontre en arrière le cul-de-sac utéro-vaginal, à trois centimètres au plus de la vulve, tandis qu'en avant ce n'est qu'avec la plus grande difficulté, en déprimant la tumeur, qu'il arrive au col utérin relevé au-dessus de l'arcade pubienne.

La rétention d'urine étant devenue complète et déterminant des accidents, le cathétérisme ne peut être pratiqué qu'en se servant d'une sonde d'homme flexible.

Dans la pensée d'une rétroversion utérine, des tentatives de réduction sont faites sans succès et me portent à attribuer à une tumeur fibreuse les phénomènes observés. Je demande à m'éclairer de l'expérience de notre distingué confrère M. le docteur Blot, qui avait, l'année précédente, déjà vu madame J...

(1) Homolle, *in Gaz. des Hôp.*, 1869, n° 38. Lecture faite à la Soc. de Chir., le 3 avril 1869, par H. Blot.

à l'occasion d'une fausse couche de six semaines. (L'utérus, au dire de la malade, aurait conservé un volume considérable après l'expulsion complète du produit de la conception).

M. Blot, après un examen attentif et renouvelé à quatre jours d'intervalle, ne conserve aucun doute sur la nature fibreuse de la tumeur, et conseille l'expectation jusqu'au terme de la grossesse, en se bornant à combattre les symptômes qui pourraient réclamer l'intervention du médecin.

Le cathétérisme dut être pratiqué pendant plusieurs jours. Une fièvre intense avec symptômes graves, vomissements, anorexie complète, exfoliation de la muqueuse buccale, douleurs de nature à faire craindre l'avortement, amaigrissement extrême, etc., etc., donnèrent, pendant plus de vingt jours, des craintes même pour l'existence de la malade. Peu à peu cependant les phénomènes perdirent de leur gravité, la miction devint possible, et la grossesse, qui avait paru très-compromise, continua son cours.

Au mois de juin, madame J... put être transportée à la campagne, où le régime lacté et l'usage de l'huile de foie de morue lui rendirent un peu de force et d'embonpoint.

De retour à Paris vers la fin d'août, elle me fit appeler, et je pus constater cette amélioration générale; mais je trouvai les organes génito-utérins dans les mêmes conditions, et la tumeur remplissait toujours le petit bassin.

Le 6 septembre dans la nuit, madame J... est prise de douleurs utérines et me fait appeler. Les parties sexuelles sont lubrifiées par un liquide onctueux d'odeur amniotique, sans qu'il y ait eu d'écoulement d'eau, et le doigt introduit dans le vagin ne peut qu'à grand'peine atteindre au-dessus de l'arcade du pubis le col utérin effacé, et présentant une fente transversale linéaire plutôt qu'une véritable dilatation, sans qu'il soit possible de reconnaître la présentation fœtale.

Les douleurs se succèdent assez régulièrement sans amener de changement appréciable. Un bain tempéré, pris le 7 au matin, repose un peu la malade sans avancer le travail, et le jour entier se passe dans ces conditions. Le soir, je constate une

tendance de la tumeur à se porter à gauche et en haut par une sorte de mouvement de bascule pendant que le col s'abaisse à droite. Il ne m'est pas encore possible de reconnaître la présentation.

Je passe la nuit auprès de la patiente, attendant l'occasion d'intervenir, et ce n'est que vers le matin que le toucher me permet de rencontrer, entre les lèvres du col, le gros orteil du pied gauche. Cependant l'évolution, observée dès la veille, continue d'abaisser à droite l'orifice du col utérin, en même temps que la tumeur exécute un mouvement ascensionnel à gauche sur la concavité du sacrum. L'introduction de deux doigts, puis de la main entière, devenue possible, permet enfin de saisir le pied et de l'amener à la vulve, où il est fixé au moyen d'un lacs; puis, la main introduite de nouveau amène le deuxième pied et successivement le tronc, les membres supérieurs et la tête en position occipito-antérieure droite, pendant que simultanément la tumeur continue son évolution au-dessus du détroit supérieur.

L'extraction du placenta ne présente aucune difficulté, la perte de sang est modérée et les suites de couches sont naturelles.

L'enfant, petit, mais bien conformé, vivait encore avant le commencement de la manœuvre obstétricale; il a probablement succombé à la compression du cordon.

Pendant quelques jours la tumeur utérine resta élevée au-dessus du détroit supérieur; mais, vers la troisième semaine, elle est redescendue dans le petit bassin et gêne de nouveau la miction.

Le repos prolongé associé à un traitement iodé, a sensiblement amélioré cet état; la menstruation s'est rétablie sans accident, les fonctions digestives sont régulières, la marche est possible.

Aujourd'hui, 40 février 1866, voici le résumé de l'examen :

La région hypogastrique présente une matité arrondie occupant le côté gauche, mais un peu allongée transversalement; le doigt introduit dans le vagin rencontre une tumeur du volume

d'une orange moyenne; le col, porté en avant, est aminci et comme effacé par la pression de la tumeur.

Obs. XCLV (4). — 18 janvier 1840, madame B..., 32 ans, de haute taille, bien conformée et de bonne santé, enceinte de son premier enfant. Bientôt après le début de sa grossesse, elle éprouva des symptômes très-génants du côté de la vessie : dysurie, constipation. Ces symptômes augmentant progressivement jusqu'au troisième mois l'obligèrent à consulter un médecin. — A la fin du quatrième mois, toute cette gêne locale disparut, et sa santé resta parfaite, jusqu'à l'époque de ma visite, (huitième mois de la grossesse). — Elle me parla d'une tumeur qui, à mesure que marchait la grossesse, se serait élevée de la région inguinale droite jusqu'à la partie supérieure de l'abdomen; en palpant l'abdomen, je reconnus que le volume de l'utérus correspondait au huitième mois, et qu'une tumeur dure, arrondie, de la grosseur d'une orange, avec une base large, aplatie, faisait saillie sur le côté droit du fond de la matrice, tandis que sur le côté gauche existait une saillie irrégulière moins grosse que la précédente; le fond tout entier était irrégulièrement lobulé. De plus, en dehors de ces excroissances appartenant manifestement à l'utérus, on reconnaissait au-dessous des fausses côtes droites, une petite tumeur de la grosseur d'une pomme d'api, mobile, disparaissant quelquefois sous le doigt, au dire de la malade. Elle existait déjà avant la grossesse, et avait toujours occupé la même place. Bien convaincu que les tumeurs de l'utérus étaient fibreuses, je présumai que les accidents du début de la grossesse avaient été produits par la présence de tumeurs de même nature dans sa partie inférieure. Au toucher, je trouvai toute la cavité pelvienne obstruée par une masse énorme, très-dure. A 25 millimètres de l'entrée du vagin, le doigt rencontrait un corps globuleux qui poussait en avant la paroi postérieure du vagin, à la rencontre de la symphyse pubienne. La tumeur

(4) T. E. Beatty, in *Dublin med. journal*, 1840, vol. XVII, p. 411. And *Medicine and Midwifery*. Dublin, 1866.

s'élargissant en gagnant l'abdomen, se recourbait au-dessus du détroit supérieur, que le doigt atteignait sans pouvoir le dépasser. Le vagin, sain, n'avait pas contracté d'adhérences avec la tumeur. — Le doigt introduit dans le rectum rencontrait la tumeur qui comprimait sa paroi antérieure et l'aplatissait contre le sacrum sans présenter aucun moyen d'union. — Le rectum était sain. — De tout cet examen, je conclus que la tumeur était placée entre le vagin et le rectum, et avait déprimé le cul-de-sac péritonéal jusqu'au voisinage du périnée. — La surface était unie, très-dense et ne donnait aucune sensation de fluctuation. Tout d'abord elle semblait fixe, mais une pression exercée par le vagin et par le rectum la déplaçait un peu de bas en haut. — Dans les régions inguinales droite et gauche, on ne rencontrait pas de tumeur. J'en conclus qu'elle devait s'étendre uniquement sur la face postérieure de l'utérus, sans beaucoup dépasser le col ; elle devait être de même nature que les tumeurs du fond. La saillie du ventre était régulière. Les mouvements du fœtus se faisaient sentir distinctement à travers les parois abdominales. Le cœur s'entendait assez haut à gauche de l'ombilic. Le souffle placentaire accompagné de thrill s'observait dans la région inguinale droite.

Le 21, en consultation avec le docteur Johnson, nous fîmes d'accord pour juger l'opération césarienne presque inévitable. — Le 24. Le docteur Collins se joignit à nous. Observant le siège des bruits du cœur, il en conclut que le fœtus devait se présenter par l'extrémité pelvienne. — Le 24, M. Cusack, choisi pour faire l'opération, vit la malade, et le 30, nous nous réunîmes tous quatre en consultation. — Il fut décidé qu'en attendrait le commencement du travail spontané, que nous feraissons passer quelques heures, et que l'opération, le cas échéant, se ferait avant que l'épuisement de la malade ne survînt. L'uniforme densité et l'homogénéité de la tumeur ne fournissaient aucune indication pour la ponction, et, par la même raison, nous n'espérions rien de la compression par les parties fœtales pendant le travail. L'extirpation nous paraissait, sinon impossible, au moins aussi dangereuse que l'opération césari-

rienne. — Le 18 février, fausses douleurs, céphalalgie, vertige, vue troublée, perte de sommeil : Saignée de 600 grammes suivie de soulagement marqué. — Le 21. Peu après minuit, le travail s'établit à la suite d'une hémorrhagie assez forte qui dura plus d'une heure.

A 1 h. 30, la tumeur paraissait plus élevée, plus éloignée du périnée : le doigt passait plus librement entre la tumeur et la symphyse pelvienne ; l'extrémité du doigt atteignait le col dilaté et suivait sa continuité avec la tumeur. — A 2 h. 30, je fis appeler le D<sup>r</sup> Collins. — A 9 h., le D<sup>r</sup> Johnson se joignit à nous. A ce moment la tumeur avait reculé au point de permettre l'introduction de deux doigts. Douleurs faibles ; Purgatif. A 4 heures du soir, pas de changement. — Douleurs presque nulles. — A 10 h., pas de contractions utérines. Nous fîmes administrer un lavement opiacé, dans l'intention de procurer du repos à la malade et de ménager ses forces. — Le 22, à 7 heures du matin, l'opium avait produit son effet ; la malade avait dormi : pas de douleurs. A 8 h., hémorrhagie qui dura une heure. A 9 h. du matin, les contractions utérines recommencèrent. A 12 h., douleurs fortes et caractéristiques du travail. La tumeur avait reculé au point de laisser la partie inférieure de la cavité pelvienne libre et de permettre l'introduction de la main, chose impossible jusqu'alors. Les douleurs augmentèrent ; je pressai le poing fermé contre la tumeur dans la direction de l'aire du détroit ; je sentis la tumeur se déplacer en haut, tandis que les membranes descendaient dans le vagin. — 2 h. 30 du soir. Rupture spontanée des eaux. Présentation du siège, dos en arrière. Je cherchai à amener un pied, mais l'espace libre n'avait que la moitié de l'aire du détroit, la tumeur occupant l'autre moitié et faisant saillie dans la cavité. — Je ne réussis pas et je laissai faire la nature. Douleurs de force modérée, fréquentes, mais peu efficaces. — 8 heures du soir. Le D<sup>r</sup> Collins était présent : on sentait les deux hanches du fœtus et le scrotum œdématisés. Douleurs plus fortes depuis deux heures. Poids 100. Nous nous décidâmes à aider le travail. Le doigt dans l'aîne gauche ne parvint pas à faire descendre l'enfant. M. Col-

lins essaya avec le même insuccès. Je passai donc le crochet mousse, et au bout d'une demi-heure de traction soutenue, j'amenai le siège et les pieds. La tête vint avec difficulté; nous pensâmes un moment ne pouvoir réussir sans l'ouvrir. Les pulsations avaient cessé avant la descente du siège. — 9 h. Terminaison de l'accouchement, trente-neuf heures après le début du travail, y compris la période de cessation. — Le 21, pas d'hémorrhagie à l'expulsion du placenta. — Le 23, utérus presque à la hauteur de l'ombilic et les tumeurs du fond très-proéminantes; une forte saillie adhérente à l'utérus dans la région inguinale droite.

5 mars. — L'utérus considérablement diminué, de forme très-irrégulière. L'aîne droite toujours occupée par la tumeur. La femme se remit complètement et put sortir à la fin de la cinquième semaine.

En considérant la nature de la tumeur, sa situation et ses rapports, ainsi que le mode de contraction de l'utérus gravide, on comprendra mieux l'élévation spontanée qui s'opéra d'une façon si remarquable. La présence des tumeurs du fond fixaient mon diagnostic : tumeur fibreuse. Je n'avais pas affaire à une tumeur ovarique tombée dans le cul-de-sac utéro-rectal. Ce n'était pas non plus une tumeur de la paroi pelvienne telle que celle rapportée dans le cas du Dr Drew.

Cette opinion se trouva justifiée alors que pendant le travail je pus déterminer d'abord ses rapports avec le col, ensuite, passant la main dans l'utérus, reconnaître la saillie de la tumeur dans sa cavité; je m'assurai également qu'elle n'avait aucun point d'attache, sinon à la face postérieure du col et à toute l'épaisseur de la paroi. L'axe de l'utérus était dévié de sa position normale, avant le commencement du travail, le col utérin se trouvant derrière la symphyse pelvienne. Il fallut donc tout d'abord que cette obliquité fût rectifiée, et en effet, les progrès du travail opérèrent cette restitution au moyen de la rétraction graduelle de la partie postérieure du col de l'utérus et du raccourcissement du diamètre longitudinal de tout l'organe, au moyen de la contraction de fibres longitudinales.



Ceci n'a pu s'effectuer sans attirer la tumeur qui y adhérait et la faire remonter dans la cavité abdominale. De cette façon, les efforts naturels de l'utérus aidés par la pression consécutive au moyen de la main suffirent pour surmonter cet obstacle formidable et permettre à l'utérus de se défaire de son contenu.

Oms. XCV (4). Madame L... âgée de 36 ans, mariée depuis six ans environ, d'une excellente santé, réglée à l'âge de 13 ans sans aucune difficulté; depuis cette époque menstruation régulière, jusqu'aux derniers jours d'août 1867.

Vers la fin du mois de septembre, elle éprouvait du malaise et des besoins fréquents d'uriner, surtout la nuit. Dans le milieu du mois d'octobre, des troubles dans les fonctions digestives commencèrent à se manifester. Dégoût pour les aliments, dyspepsie, etc. A la fin de ce mois, un vomissement eut lieu le matin à jeun. Au commencement de novembre, madame L... étant à la campagne (en Bourgogne), reconnut qu'elle avait une tumeur dans le ventre.

Du 12 au 14 janvier, madame L... sentit les premiers mouvements de son enfant, et le 25 février M. Lorain entendit très-nettement les battements du cœur fœtal. Le doute n'étant plus possible et notre confrère comprenant toute la gravité de la situation, voulut bien réclamer mes conseils, le 14 mars 1868.

Je pus établir qu'au moment de mon premier examen la grossesse était arrivée à six mois et une semaine.

Il me fut facile de m'assurer de sa réalité. Une ligne brun foncé, s'élargissant au fond de l'ombilic, existait sur le trajet de la ligne blanche. Les seins, fermes et volumineux, offraient des aréoles et des mamelons colorés en brun foncé. Les tubercules papillaires étaient plus gros que d'habitude. Par l'auscultation j'entendis les battements du cœur fœtal un peu au-dessous de l'ombilic et le bruit du souffle utérin dans la région latérale gauche.

A la simple inspection, la conformation de l'abdomen offrait

(4) Depaul, in *Gaz. des Hôp.*, 1868, n° 94.

quelque chose d'inaccoutumé. En avant et un peu à gauche, à deux doigts de l'ombilic, on voyait se dessiner une bosselure arrondie que la palpation me montra bientôt être mobile et que je pus alternativement incliner à droite et à gauche, en la faisant glisser entre l'utérus et les parois abdominales. Cette bosselure, assez régulièrement arrondie, avait le volume d'une mandarine et tenait par un pédicule à gauche de la paroi antérieure de la matrice. Sa consistance assez ferme donnait la sensation des corps fibreux ordinaires. Dans une région un peu plus élevée et à peu près sur la ligne médiane, je découvris un autre fibrome ayant la grosseur de l'extrémité du pouce, arrondi à son sommet, faisant une saillie d'à peu près 2 centimètres, plus dur que le précédent, enchâssé par une large base dans le tissu utérin et complètement immobile. Entre ces deux tumeurs et dans toute la région latérale gauche, les parois de la matrice présentaient leur souplesse ordinaire. Mais à droite et en bas, au-dessus de la branche horizontale du pubis de ce côté, je sentis, s'élevant jusqu'à deux doigts de l'ombilic, une masse épaisse s'étendant vers la fosse iliaque droite et tenant à la partie correspondante de l'utérus, dont elle était manifestement une émanation. On ne pouvait lui communiquer aucun mouvement spécial, et elle ne subissait d'autres déplacements que ceux qu'on imprimait à l'utérus tout entier. Il était évident qu'il tenait au tissu utérin par une large base. Sa consistance, ferme, l'était cependant un peu moins que celle des deux fibromes précédemment décrits. Tout indiquait d'ailleurs que cette masse plongeait dans la cavité pelvienne avec une partie du tégument inférieur de la matrice.

Le toucher vaginal me permit de constater, en effet, que les deux tiers de l'excavation étaient occupés par une prolongation de cette tumeur qui, par sa partie inférieure, descendait presque jusqu'à la branche ischio-pubienne droite, en rapport par sa surface externe avec la région latérale droite du bassin et empiétant même un peu en arrière sur le côté opposé. Comme elle était un peu plus épaisse à sa partie supérieure, il en résultait que l'obstruction du bassin allait en augmentant de

bas en haut. Cette portion pelvienne de la tumeur me parut un peu plus souple que la partie qui dépassait le pubis. Elle était complètement immobile, et les efforts que je fis pour la soulever restèrent infructueux. Le col de la matrice, très-élevé, fut difficilement atteint. Il était fortement rejeté à gauche et en arrière et comme accolé à la paroi correspondante du bassin. Peu long et déjà ramolli, il semblait sortir de la masse fibreuse avec laquelle il était très-intimement uni par toute sa région gauche. Aucune partie fœtale n'était accessible.

A partir du 15 mars, je constatai, de quinzaine en quinzaine, par un examen complet, la marche de cette grossesse.

Il devint très-évident que les trois fibromes s'accroissaient dans une proportion notable et que celui qui s'engageait dans le bassin y occupait une place de plus en plus grande. Chaque fois, je trouvais un peu diminué l'espace qui existait à gauche et en arrière, et le col devenait plus difficile à atteindre. Je pus noter en même temps que la consistance de la masse pelvienne diminuait. Pareille modification se produisait pour la tumeur pédiculée. La petite tumeur à base large resta beaucoup plus dure.

Après deux mois d'observation, ne voyant aucune modification favorable se manifester qui permit d'espérer une terminaison heureuse, je résolus, dans l'intérêt de la malade et aussi pour mettre ma responsabilité à couvert, de provoquer une consultation. La famille m'ayant laissé toute latitude, je priai MM. Nélaton, Lorain, Tarnier et Guéniot de vouloir bien se joindre à moi, et le 20 mai nous nous rendîmes chez madame L...

Tout le monde fut d'accord sur les résolutions suivantes : 1° laisser la grossesse arriver à son terme ; 2° faire une large part, au moment de l'accouchement, aux efforts naturels ; 3° les aider par tous les moyens possibles, pour désobstruer le bassin ; 4° se tenir prêt pour l'opération césarienne, dans le cas où la tumeur ne se déplacerait pas.

Les consultants étant nombreux et chacun ayant cru devoir examiner avec détail, notre réunion, qui dura longtemps, fut

un peu fatigante pour madame L... A partir de ce moment, elle éprouva de temps en temps quelques petites douleurs dans la région utérine, mais, pendant sept à huit jours, elles restèrent assez faibles et assez éloignées, et elle ne crut pas devoir me prévenir.

Le 28 mai, à deux heures et demie du matin, des contractions utérines plus rapprochées et plus douloureuses se déclarèrent. Ne se produisant d'abord que tous les quarts d'heure, elles se rapprochèrent insensiblement et ne furent bientôt plus séparées que par des intervalles de quatre à cinq minutes.

A huit heures et demie du matin, les membranes s'ouvrirent spontanément, et il s'écoula une assez grande quantité de liquide amniotique. On partit alors pour me prévenir, et comme je n'étais pas chez moi, on courut successivement chez MM. Lorain, Guéniot et Tarnier, et c'est ce dernier qu'on put enfin rencontrer. Il était environ dix heures et demie quand il arriva : le toucher lui permit de constater qu'un pied avait franchi l'orifice et était profondément engagé dans le vagin. Il reconnut en outre que la tumeur s'était sensiblement déplacée et qu'elle laissait à gauche du bassin un espace plus considérable.

J'arrivai moi-même trois quarts d'heure après et je pris la direction de l'accouchement. Le pied droit ayant une teinte violacée, petit et appartenant évidemment à un enfant d'un volume moyen, se voyait entre les grandes lèvres. Le cœur fœtal battait régulièrement. Les contractions utérines revenaient toutes les trois ou quatre minutes et étaient énergiques. Le doigt introduit dans le vagin trouva l'orifice encore élevé et traversé par le membre inférieur, dont le pied se voyait à l'extérieur. L'autre membre était resté fléchi et le second pied était encore au niveau du détroit supérieur. Le cordon ombilical ne faisait pas procidence; quant à l'orifice, il était déjà notablement dilaté. Le diamètre de son ouverture me parut être d'environ  $\frac{1}{4}$  à  $\frac{1}{5}$  centimètres; mais ce qui me frappa surtout, ce furent les modifications importantes qui s'étaient produites dans les rapports de la tumeur avec l'excavation pelvienne.

Celle-ci, qui naguère était obstruée dans plus des trois quarts de son étendue à la région supérieure, me parut débarrassée du fibrome dans plus de la moitié de sa capacité, et c'est naturellement du côté gauche que la place s'était faite.

Ce résultat n'était pas dû à l'aplatissement de la tumeur, mais celle-ci avait évidemment exécuté un mouvement ascensionnel, et on la trouvait beaucoup plus volumineuse à droite de l'abdomen. Je compris que la malade était sauvée et que j'allais voir se compléter, par les seuls efforts naturels, ce qui était déjà si largement commencé. Je n'ai pas besoin de dire avec quel intérêt je suivis les différentes phases de ce travail. Je vis se produire une dilatation de plus en plus grande. La tumeur remonta progressivement vers l'abdomen, et bientôt ce qui restait encore dans la partie supérieure de l'excavation devint assez mobile pour qu'il me fût facile de l'en éloigner complètement avec le doigt.

Vers midi et quart, la dilatation était à peu près complète, et l'extrémité pelvienne un peu plus engagée. Voulant augmenter l'énergie des contractions utérines qui s'affaiblissaient depuis quelque temps, je fis prendre 2 grammes de seigle-ergoté en quatre doses. L'action du médicament ne tarda pas à se faire sentir, et je plaçai alors la malade en travers, sur le bord d'un lit suffisamment élevé pour être en mesure de secondar le passage de l'enfant. Au moment d'une contraction, le doigt indicateur de la main droite me servit à remonter au-dessus du détroit supérieur ce qui restait encore de la tumeur, et au même instant, saisissant avec la main gauche le membre inférieur déjà sorti, j'engageai définitivement le pelvis jusqu'au détroit inférieur. Après avoir veillé à la sortie des hanches et m'être assuré de l'état du cordon, je dus intervenir pour le dégagement des bras, qui s'étaient relevés. La manœuvre ne fut pas longue, mais de plus grandes difficultés m'attendaient pour l'extraction de la tête. J'avais eu soin de diriger l'occiput en avant, et cependant, pour l'entraîner, il me fallut porter deux doigts de la main gauche sur la nuque, introduire deux doigts de la main droite dans la bouche et tirer assez fort pen-

dant plusieurs minutes. Je dois dire, toutefois, que la difficulté ne dépendit pas de la tumeur, mais bien du plancher du bassin, qui était épais et résistant.

L'enfant, pâle, anémié, fut ranimé au bout de vingt minutes de soins assidus.

Le placenta suivit sans retard ; il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Le 2 juin, le col, très-élevé, se trouve dans la direction de l'axe du détroit supérieur ; la tumeur ne s'est pas réengagée. Le fond de la matrice s'élève de trois doigts au-dessus de l'ombilic.

Le 6 juin, le fond de l'utérus s'est encore abaissé : il ne dépasse plus que de deux doigts la cicatrice ombilicale. Le fibrome inférieur diminue un peu de volume ; il en est de même de celui qui est pédiculé et toujours mobile. Depuis quelques jours, on le trouve presque constamment au-dessous de la région épigastrique, à peu près sur la ligne médiane.

Le 7 juin, le fond de l'utérus ne dépasse plus que d'un doigt l'ombilic. Il est vrai que le segment inférieur, moins volumineux, est un peu descendu dans l'excavation, entraînant le fibrome qui remplit à peu près la moitié de la région supérieure de cette cavité. Il s'écoule toujours un peu de sang.

Les suites de couches furent parfaitement normales.

La masse totale, représentée par l'utérus et les fibromes qui en constituent maintenant la plus grande partie, s'élève encore, jusque vers le 15 juin, un peu au-dessus de l'ombilic. Dès cette époque, elle diminue insensiblement chaque jour, et il est facile de reconnaître que c'est aux dépens du tissu utérin que la diminution s'opère. Le corps fibreux pédiculé, qui était resté pendant plusieurs jours au-dessus de l'ombilic, se porte petit à petit à gauche et se cache de plus en plus dans la fosse iliaque de ce côté. Le corps fibreux principal entoure la partie inférieure de l'utérus dans plus de la moitié de sa circonférence. La partie inférieure reste définitivement engagée dans l'excavation, tandis que, par la partie supérieure, il continue à s'élever à plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis. Quant au petit fibrome, il occupe toujours la partie médiane ;

il paraît se détacher du fond de la matrice et reste longtemps voisin de l'ombilic. Un écoulement sanguin, très-peu abondant dès le début, a continué, en diminuant, mais presque sans interruption, pendant quatre semaines. Durant tout ce temps, j'ai tenu madame L... couchée dans son lit, et c'est seulement lorsqu'elle n'a plus rien perdu que je l'ai autorisée d'abord à se placer sur un canapé, puis à faire quelques pas dans sa chambre et enfin bientôt à sortir et à reprendre sa vie ordinaire.

Le 6 juillet, le fond de l'utérus est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Ce qui me démontre que c'est bien lui que je touche, c'est que je retrouve implanté, sur sa partie la plus élevée, le petit fibrome immobile dont j'ai déjà si souvent parlé. Le fibrome du côté droit s'élève encore presque aussi haut que le fond de la matrice. Par en bas, il plonge toujours dans l'excavation dont il remplit encore une notable partie. Le col, peu saillant, est incliné à gauche et en arrière et paraît se détacher comme une saillie sculptée dans la masse fibreuse, qui le dépasse un peu à droite. Le fibrome pédiculé est couché dans la fosse iliaque gauche, dans laquelle il jouit d'une grande mobilité.

Quant au volume de ces tumeurs, il me paraît incontestable qu'il a déjà très-sensiblement diminué. C'est surtout pour celle qui est pédiculée que cela me paraît évident. La droite conserve encore un diamètre vertical considérable, mais il ne me paraît pas douteux que transversalement, et d'avant en arrière, elle ait déjà perdu sensiblement de ses dimensions.

Sous le rapport de la consistance, je crois pouvoir affirmer également qu'elle devient chaque jour plus considérable.

Le 25 juillet, la diminution des tumeurs continue, d'une manière très-notable, du côté de l'abdomen et du côté de l'excavation pelvienne.

Obs. XCVI (1). — Madame W. B..., 29 ans, mariée depuis dix ans, n'avait jamais été enceinte; vers la fin de janvier

(1) Martin Barry, in *Edinb. Monthly J*, 1848. Vol. VIII. p. 137.

1846, elle éprouva une douleur fixe dans la région inguinale gauche. Je reconnus, en palpant l'abdomen, une tumeur dure, incompressible, très-mobile, de la grosseur d'une orange, située au-dessus du pubis du côté gauche. Les règles ont manqué à la dernière époque seulement; la malade croit qu'elle s'est refroidie et que sa souffrance n'a point d'autre cause. Peu de jours après, je pus pratiquer le toucher vaginal, et j'atteignis le col situé très-haut. Col sain, fermé; pas d'augmentation sensible du volume de l'utérus : en le soulevant avec le doigt, la tumeur devenait mobile. La tumeur continua à grossir rapidement : trois masses distinctes se montrèrent, dont une, très-dure, sensible à la pression, atteignait l'ombilic; les deux autres occupaient les flancs droit et gauche. La santé de madame B... s'altéra. Le col remonta peu à peu au-dessus du pubis et cessa d'être accessible au doigt, et une masse incompressible descendit dans la cavité du petit bassin en soulevant la paroi postérieure du vagin. Elle remplit toute la cavité, au point de ne pas permettre à un doigt de passer entre elle et les parois, et devint tout à fait immobile. Au mois de juin, on reconnut, à n'en pas douter, les mouvements du fœtus. A partir de cette époque, la santé s'améliora; les signes habituels de la grossesse se manifestèrent, et tout alla bien.

Le 1<sup>er</sup> novembre, il y avait de faibles douleurs; le 4, le travail se déclara. MM. Scott et Crowfoot se joignirent à moi; on atteignit avec quelque peine le col en contournant la symphyse pubienne; il se dilatait bien, et la tête se présentait. On ne pouvait songer à ponctionner une tumeur qui paraissait aussi solide. La poche des eaux se rompit, et les douleurs devinrent plus vives. Pendant qu'il faisait une xamen, M. Crowfoot sentit la tumeur céder; une pression forte la fit remonter vers la cavité abdominale, et l'application du levier permit de terminer l'accouchement à la suite de l'administration d'une dose de seigle ergoté. L'enfant était mort-né. Le travail avait duré vingt-quatre heures. Six heures plus tard, on examina et on reconnut que la tumeur avait le volume d'un utérus gravide au septième mois, lobulé, avec trois saillies considérables dont



une s'étendait jusqu'au milieu de l'espace qui sépare l'ombilic du cartilage xyphoïde. La tumeur comprimait fortement le rectum en bas et remplissait toute la cavité pelvienne. Le docteur Simpson, qui vit la malade, reconnut que c'était une tumeur fibreuse utérine.

On remarquera ce fait très-intéressant, c'est que l'excavation était libre au moment du début de la grossesse ; l'utérus, empêché de se développer autre part qu'en avant, il se fit un mouvement de bascule qui entraîna en arrière et en bas une tumeur de la paroi postérieure ; lors de l'accouchement, la restitution se fit en sens inverse.

Obs. XCVII (4). — Madame G..., 27 ans, mère de cinq enfants ; deux grossesses normales.

1846, troisième accouchement retardé à la première période.

1848, quatrième accouchement. Une grosse tumeur volumineuse dans le flanc droit déplaçait l'utérus ; le vagin était comprimé par la tumeur, et il fallut passer toute la main afin d'explorer. La tête se présentait ; on résolut de perforer. On termina avec peine l'accouchement au crochet.

1851, cinquième accouchement. On tenta de provoquer l'accouchement prématuré ; mais l'utérus était inaccessible : on ne put réussir.

Le 23 février, le docteur Selkirk me fit demander ; le travail était commencé depuis douze heures. La tumeur occupait toute l'excavation ; je passai la main tout entière et parvins, en déplaçant la tumeur, à atteindre la poche des eaux. J'attendis cinq heures, et au bout de ce temps je passai la main, comprimant la tumeur, et je trouvai le col parfaitement dilaté, situé sur le rebord du détroit supérieur, en dedans de la fosse iliaque

(4) D.-R. Rankin, in *Edinb. Monthly J.*, 1850. Vol. XI, p. 12.

gauche. Je rompis les membranes et j'atteignis de suite le pied gauche. Il fallut une force considérable pour amener l'enfant, mais peu à peu la tumeur s'éleva de la cavité du petit bassin vers l'abdomen en communiquant à la main une sensation de déchirement que l'oreille percevait; ce qui me fit craindre une catastrophe. L'enfant naquit asphyxié, mais fut rendu à la vie. Le placenta fut expulsé au bout de dix minutes et l'utérus se contracta normalement; des phénomènes graves survinrent : douleurs très-aiguës dans la région utérine, insomnie, délire, écoulement fétide; érysipèle de la tête et de la face; le septième jour, les parties internes se sphacélèrent par places; des portions de la tumeur sortirent par l'ouverture. Le 3 avril, une masse putride de 10 pouces de long sur 5 de large, aplatie, du poids de 14 onces, de nature fibreuse, se présenta dans le vagin et fut extraite. La malade se rétablit.

Obs. XCVIII (1). — Sixième accouchement, retardé par une tumeur, se termina sans intervention. — Septième, terminé spontanément au sixième mois. — Huitième, à terme. La tumeur, prenant naissance sur la face postérieure droite de l'utérus, embrassait à demi son col, et remplissait tellement le petit bassin que le doigt ne pouvait la dépasser. Les contractions utérines la firent descendre; enfin on put toucher la tête par un petit passage entre la tumeur et le pubis. Au moment où quatre médecins réunis avaient résolu de faire l'opération césarienne, on tenta, pendant les intervalles des douleurs, de repousser la tumeur en haut, vers la fosse iliaque. Cela réussit à merveille, la tête prit la place de la tumeur, et l'enfant naquit vivant. La tumeur redescendit dans la cavité pelvienne. Le col était quelque peu déchiré, mais la femme se rétablit parfaitement.

Obs. XCIX (2). — Femme de 22 ans, bien portante, mariée depuis un an. Règles régulières, survenues pour la dernière fois vers le milieu d'octobre 1864. L'examen, pratiqué en avril 1865,

(1) Thirion, in *Ingleby, in Edinb. Med. J.*, 1836. p. 174.

(2) C. Hecker, in *Monatschrift für Geburtskunde*, 1865, Bd : XXVI. S. 446.

permet de constater les signes évidents d'une grossesse ; le col était situé immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne, la paroi postérieure du vagin repoussée par une tumeur remplissant le cul-de-sac utéro-rectal. La femme ne voulut pas laisser pratiquer l'accouchement prématuré. La grossesse arriva à terme : début des contractions utérines, le 1<sup>er</sup> août, 3 jours après l'écoulement du liquide amniotique. Le lendemain, on constate la présence de la tête fœtale au-dessus et un peu à droite de la symphyse ; pas de changement dans la position de la tumeur qui remplit toute la partie postérieure du petit bassin, de manière à ne laisser que l'espace suffisant pour introduire deux doigts, avec lesquels on atteint le col appliqué derrière la symphyse pubienne et une portion de la tête fœtale.

Les contractions ne discontinuent pas jusqu'au matin du 3 août : à ce moment chloroformisation, essai de réduction ; après des efforts prolongés, disparition de la tumeur qui sort du petit bassin et remonte dans l'abdomen ; la tête fœtale se présente à la vulve.

Quatre heures plus tard, nouvelle chloroformisation, extraction pénible par le forceps, due, non à la présence de la tumeur, mais au volume et à la position de la tête fœtale, ainsi qu'à l'étroitesse de la vulve. **Enfant mort.**

Pas d'accidents consécutifs ; la malade se levait 12 jours plus tard. Mais, depuis cette époque, sentiment de pesanteur et douleur dans le bas-ventre produits par la pression qu'exerce la tumeur sur l'utérus et le vagin, et détermine leur abaissement.

A propos de cette observation, C. Hecker reproche à Breslau d'avoir pensé de suite à l'opération césarienne, sans essayer d'abord la réduction, dans un des cas rapporté par ce dernier, voir obs. CXXII.

OBS. C (1). — A..., 39 ans, huitième grossesse ; à terme.

(1) Pillore, in *Gaz. des Hôp.*, 1854, n° 137.

Abdomen extrêmement volumineux, bilobé. La tumeur droite est formée par l'utérus; développée par un produit de conception; elle remonte jusque dans l'hypochondre. La tumeur gauche, moins volumineuse, s'élève jusqu'à l'ombilic; elle présente dans toute son étendue une dureté uniforme. Derrière la vulve existe aussi une tumeur dure et lisse, qui occupe presque toute l'excavation du bassin; elle est mobile, et les mouvements qu'on lui imprime sont nettement transmis à la tumeur abdominale gauche. L'orifice utérin, d'abord difficile à trouver, est enfin découvert, à droite et en arrière, vers la symphyse sacro-iliaque. Cette femme est d'ailleurs, depuis plusieurs jours, prise d'une diarrhée abondante qui l'a profondément affaiblie; elle est, au moment du travail, dans un état des plus graves; les lèvres sont cyanosées; le pouls, petit et misérable, bat 136. M. Pillore pratique la version. Grâce à la mobilité de la tumeur, il peut sans difficulté la refouler au-dessus du détroit supérieur et introduire la main dans l'utérus. La rétraction de ce dernier met seule quelque obstacle à la recherche des pieds, qui finissent cependant par être saisis tous deux et amenés à la vulve. Dès lors toute difficulté disparaît, et l'extraction du fœtus se fait promptement. Immédiatement après la délivrance, qui n'offre rien de particulier, la tumeur reprend sa place primitive. L'état général continue de s'aggraver, et la malade succombe le même jour à minuit. Le fœtus, venu mort, présente des traces de décomposition; l'épiderme s'enlève facilement.

Autopsie : tumeur fibreuse de 30 centimètres de longueur sur 24 de largeur et 16 d'épaisseur, accolée à la paroi antérieure de l'utérus et du vagin, qui a acquis une longueur et une largeur considérables; cette tumeur est située plus à gauche qu'à droite; une mince couche de tissu utérin l'enveloppe de toutes parts; fendue par le milieu, elle se montre constituée par du tissu fibreux contenant du tissu graisseux en grande quantité.

Obs. CI (1). Madame H..., *æt.* 27 ans, primipare, bien déve-

(1) H. M. Madge, *in Obstetric Trans : London*, 1862, vol. IV.

loppée, de nature robuste, au terme de la grossesse, fut prise de douleurs faibles le 24 mai. Le petit bassin était rempli par une grosse tumeur que je pris tout d'abord pour la tête de l'enfant; cependant, elle semblait soulever et pousser au-devant d'elle la paroi postérieure du vagin : elle était près de la vulve et descendait avec chaque douleur pour remonter dans l'intervalle des contractions : elle remplissait la totalité de la cavité de façon à ne pas permettre de passer un doigt entre elle et la paroi; on ne sentait pas le col. Le lendemain, tout était dans le même état. Les douleurs étaient rares et faibles, et comme la malade était dans les meilleures conditions, on se décida à patienter. — Le soir, je parvins, en contournant la symphyse avec un doigt, à toucher le col porté en avant, dilaté comme une pièce de 5 francs, et rempli par l'extrémité pelvienne de l'enfant. Le lendemain MM. West, S. Wells et Newton se réunirent en consultation. Les douleurs étaient moins rares; quelques points de la tumeur donnaient une sensation de mollesse; on fit une ponction avec un trocart, et on retira une faible quantité de liquide : on avait essayé de repousser la tumeur au-dessus du détroit sans y réussir : on agrandit l'ouverture de la tumeur; M. S. Wells put alors repousser la tumeur en haut, et terminer l'accouchement au moyen du crochet placé dans l'aîne, mais on ne put parvenir à rappeler l'enfant à la vie. Au commencement du jour suivant la femme était en bonne voie, mais il survint un état ataxique le même jour : la péritonite se déclara, et la malade mourut le troisième jour.

*Autopsie.* Péritonite. La mensuration de l'utérus donnait : longueur, 8 pouces; largeur, 7 pouces  $1\frac{1}{2}$ ; épaisseur moyenne des parois, 1 pouce. Poids total, 4 livres; épaisseur de la tumeur, 6 pouces  $1\frac{1}{2}$ . -- Tumeur globuleuse insérée à la partie postérieure du fond de l'utérus par un pédicule d'un pouce de diamètre et de même longueur. A la coupe, tumeur fibro-cellulaire, blanc grisâtre, avec des espaces irréguliers contenant un liquide couleur de paille, le tout entouré d'une capsule de tissu utérin. Les fibres de la capsule étaient tellement enchevêtrées avec celles de la tumeur qu'on n'aurait pas pu l'énucléer. Le pédicule contenait de très-gros vaisseaux; six petites tumeurs

de la même nature sessiles se trouvaient sur diverses parties de la face externe.

Pas de traces d'inflammation ancienne dans les annexes de l'utérus; congestion et inflammation récente au voisinage de la tumeur plutôt qu'ailleurs; cependant on ne peut pas dire que l'incision de la tumeur puisse être considéré comme une cause de la péritonite (1). Des ecchymoses et comme des contusions du péritoine existaient dans divers points éloignés. La femme avait joui de la meilleure santé, et il n'existait aucun soupçon de la maladie. Elle prenait beaucoup d'exercice à pied et avait été au bal peu de semaines avant son accouchement.

Obs. CII (2). — A. R..., *æt.* 38. Réglée à 14 ans. Dernière époque, vers le milieu d'avril 1859.

Le travail commença le 29 janvier 1860. Les douleurs étaient faibles; le bras droit faisait procidence. Deuxième position transversale, épaule droite. Le toucher fit reconnaître en arrière et à gauche une tumeur sphérique qui remplissait tellement le petit bassin, qu'il n'y avait pas un pouce d'espace libre derrière la symphyse; le doigt atteignait difficilement le col. Les eaux partirent de bonne heure, et, dès lors, on put reconnaître la tumeur par le palper abdominal et constater qu'elle avait de ce côté la forme d'un segment de sphère à surface arrondie et lisse, s'élevant peu au-dessus du détroit. La tumeur était dure; on pensait que son origine pouvait être pelvienne, ovarienne ou utérine. On fit une ponction exploratrice qui ne donna pas issue à du liquide. On fut d'accord en consultation pour douter de la possibilité de l'accouchement naturel dans ces conditions, et on résolut de ne pas tenter l'extirpation à cause de l'incertitude du diagnostic. On tenta enfin la réduction à l'aide du chloroforme; la tumeur céda, puis avec deux doigts dans le rectum et le pouce dans le vagin, on finit par l'élever complètement au-dessus du détroit. L'enfant, né vivant, mourut au bout de huit jours.

(1) Cette opinion ne me paraît nullement justifiée.

(2) Späth, in *Zeit. der Ges. der A. zu Wien*, 1860, n° 40.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie après l'accouchement, mais la femme mourut le troisième jour de métrô-péritonite.

*Autopsie.* Au fond de l'utérus, presque à la partie moyenne de la paroi postérieure, existait une tumeur ellipsoïde, à surface mamelonnée et à consistance variable, fluctuante par place. La tumeur, multilobulaire, avait le volume d'une tête d'enfant et s'insérait par un pédicule court. A l'intérieur, on rencontrait des espaces remplis d'un liquide sanguinolent; il y avait des kystes disséminés dans la substance. Il y avait péritonite généralisée, mais surtout au pourtour de l'utérus et de la tumeur.

On rechercha le point d'entrée de l'instrument dans le vagin, et on trouva l'ouverture plus large que le diamètre du trocart; le péritoine était injecté dans tout son pourtour, et on voyait des sugillations disséminées; sur la tumeur se voyait l'ouverture correspondante, arrondie, mais à bords ulcérés; elle conduisait dans un canal d'un très-court trajet. On doit admettre que la ponction a été la cause de la péritonite.

A la séance de la Société de chirurgie, 10 février 1869, M. *Blot* fit la communication suivante (1):

Obs. CIII. — M. *Hugier* nous appela, M. *Pajot* et moi, auprès de madame B..., une de ses clientes, en décembre 1867, pour décider la conduite à tenir :

Cette dame, âgée de 30 à 35 ans, primipare, arrivée au septième mois de sa grossesse, porte environ une douzaine de tumeurs fibreuses, qu'on sent à travers les parois abdominales. L'une de ces tumeurs remplit complètement l'excavation pelvienne où elle est enclavée, sans qu'on puisse la faire mouvoir. Le col de l'utérus est aplati entre la symphyse du pubis et la tumeur.

Il s'agissait de savoir ce qu'il convenait de faire, et M. *Hugier* nous consultait surtout sur l'opportunité de provoquer l'ac-

(1) A. Blot, in *Gazette des Hôpitaux*, 1869, n° 38.

couchement prématuré. M. Pajot et moi nous pensâmes que, dans l'état où étaient les choses, il n'y avait qu'à attendre les modifications que l'évolution naturelle de l'utérus amènerait dans cet organe et dans les tumeurs qui lui étaient appendues.

Trois semaines plus tard, réunis de nouveau en consultation avec MM. Huguier et Pajot, nous pûmes constater tous trois que, par suite du développement naturel de l'utérus et de son ascension dans la cavité abdominale, la tumeur contenue dans l'excavation pelvienne était remontée et avait dégagé cette cavité assez pour que le doigt introduit dans le vagin pût atteindre et sentir nettement une petite portion de la tête fœtale. Dans ces conditions, il ne pouvait plus rester de doute sur la conduite à tenir; on s'en tint à l'expectation.

Le 28 février 1868, à une heure du matin, le travail commence; la portion de la tête accessible au doigt a beaucoup augmenté; le travail marche naturellement et les contractions utérines ont pour effet d'éloigner de plus en plus la tumeur de l'excavation et de la dégager. Après la rupture des membranes, la tête vient s'appliquer au détroit supérieur; la tumeur remonte toujours, mais lentement, et comme les battements du cœur fœtal semblent perdre un peu de leur force et de leur régularité, j'applique le forceps et, sans trop de difficulté, j'extraits un enfant vivant.

Depuis cette époque, j'ai revu plusieurs fois la mère et l'enfant, dont la santé ne laisse rien à désirer.

*Breslau* (1) résume encore deux observations de *Hoogeweg* et *C. Mayer*, avec réduction artificielle de la tumeur suivie de résultat favorable pour la mère; une troisième de *C. Mayer*, accompagnée de ponction de la tumeur et mort par péritonite 40 heures après l'accouchement; le travail avait duré trois jours.

Comme je tenais à ne donner dans cette division que des observations très-complètes et que je n'ai pu aller aux

(1) *Breslau*, *Loc. cit.*, p. 140.



sources, je me contente de cette notice qui me permettra de tenir compte de ces faits dans les résultats généraux.

#### Tumeurs immobiles de l'excavation.

(6 observations.)

Obs. CIV. — *Mitchell*. Douleurs excessives dans le ventre, vers le 4<sup>e</sup> mois de la grossesse. *Accouchement*: Présentation de la tête, travail long et excessivement douloureux. *Perforation* de la tête. *Guérison*.

Obs. CV. — *Evans*. Accouchement d'un enfant mort-né. Douleurs expulsives deux jours plus tard. Tumeur post-vaginale reconnue. Avortement au 3<sup>e</sup> mois, 9 mois plus tard; douleurs expulsives violentes. *Diagnostic*: tumeur ovarienne; ponction le 19<sup>e</sup> jour des accidents; incision le 21<sup>e</sup> suivie d'extraction par morcellement. *Guérison*.

Obs. CVI. — *D'Outrepoint*. Tumeur dure, douloureuse vers la fin de la grossesse, devenue molle à l'approche du travail; diagnostic difficile. *Accouchement*: Présentation de l'extrémité inférieure; forceps sur la tête. Extirpation de la tumeur dix semaines après; tumeur absolument libre d'adhérences.

Obs. CVII. — *Paullinus*. En travail depuis trois jours; enfant mort; on eut à l'existence d'un second enfant; tentatives pour l'extraire. *Mort* de la femme le jour suivant.

Obs. CVIII. — *Blot*. Cours de la grossesse normal? *Accouchement* très-laborieux; état général grave. Présentation de l'épaule; version très-difficile; tête de l'enfant (mort) fortement aplatie. *Mort* de la femme le 3<sup>e</sup> jour.

Obs. CIX. — *Habit*. Accouchement prématuré au 8<sup>e</sup> mois; présentation de la tête; tumeur immobile, mais élastique;

le petit volume de l'enfant lui permit de traverser le rétrécissement. *Guérison.*

**Oss. CIV (J. R. Mitchell) (4).** — Madame B..., 43 ans, mère de trois enfants, a avorté une fois, et eut, il y a cinq ans, une couche laborieuse terminée par une application de forceps. Elle porte une tumeur abdominale depuis douze mois; ses règles ont disparu il y a quatre mois.

*Février 1855.* Vives douleurs dans l'abdomen, la pression des vêtements étant difficilement supportée; pouls, 95; sensation de pesanteur au périnée; ténesme, nausées, vomissements, perte d'appétit, constipation, tympanite; exploration abdominale très-difficile; tumeur hypogastrique volumineuse. Auscultation négative: pas de changement dans l'état des seins; grossesse niée; tumeur dans le cul-de-sac recto-vaginal à limites mal déterminées, paraissant appartenir à l'utérus.

*Avril.* Bruits du cœur fœtal bien distincts. Les symptômes ne changent pas; toujours alitée; le volume de l'abdomen rend la marche presque impossible et celle-ci produit des vomissements; cependant, en prenant des précautions, elle souffre beaucoup moins.

*5 juillet.* Début du travail: première période longue et très-pénible, grande prostration. Toute la paroi postérieure du vagin bombait comme les membranes fœtales et leur ressemblait comme forme et comme volume: douleurs très-aiguës, cris d'angoisse (chloroforme). Au bout de trente-deux heures, rupture artificielle des membranes, le col étant bien dilaté; les douleurs étaient énergiques; la tête au détroit supérieur; pouls, 110; vomissements; abdomen très-sensible à la pression. Forceps appliqué sans succès. Perforation du crâne. Peu d'hémorrhagie.

Rétablissement graduel; alitée pendant deux mois.

La tumeur, qui parut s'insérer au fond de l'utérus en arrière, s'éleva à mesure que l'utérus se rétractait.

(4) J. R. Mitchell, in *Lancet*, 1856, vol. II, p. 73.

Le médecin, lors de la dernière grossesse, lui avait conseillé de ne plus avoir d'enfants.

Obs. CV (1). — Madame G.... *æt.* 44, robuste et bien portante, accoucha, le 1<sup>er</sup> juillet 1834, d'un enfant mort-né, au terme de sa neuvième grossesse. On m'appela près d'elle le lendemain, m'annonçant qu'une masse volumineuse était descendue dans le vagin, que la miction était gênée et que l'accouchée éprouvait de fortes douleurs expulsives et du ténesme. Une tumeur lisse, unie, immobile, du volume d'une grosse orange, occupait la partie postérieure et supérieure du vagin. J'introduisis la main dans le vagin, afin de préciser l'état et les relations du col. J'étais bien persuadé qu'une tumeur ovariennne était tombée dans le cul-de-sac recto-vaginal. Je fis une tentative de réduction sans y réussir et laissai faire la nature. Je ne la vis qu'à neuf mois de là ; elle venait d'avorter au troisième mois de grossesse, mais avant d'avorter ses souffrances avaient beaucoup augmenté. Actuellement, le ténesme, les douleurs expulsives, la dysurie, les vomissements, l'accélération du pouls, firent penser qu'il y avait urgence d'enlever une partie de la tumeur, dont le volume correspondait à celui d'une noix de coco. Dix-neuf jours après l'avortement, croyant toujours à l'existence d'un kyste, je fis la ponction, qui ne donna rien ; j'incisai alors toute l'épaisseur de la tumeur, et, taillant au fur et à mesure, je finis par l'extraire complètement ; c'était une tumeur fibreuse, parfaitement normale, qui était insérée à la face postérieure de l'utérus par un large pédicule. L'opération me parut présenter bien moins de difficulté que je ne m'attendais à en rencontrer.

La femme se rétablit complètement.

Obs. CVI (2). — A. N..., bien développée, donna naissance, à 25 ans, à son 1<sup>er</sup> enfant, sans difficulté.

A l'âge de 28 ans, et vers la fin de sa deuxième grossesse,

(1) S. Evans, in J. T. Ingleby. *Obstetric medicine*, p. 146.

(2) D'Outrepoint, in *Neue Zeitschrift für Geb.* Bd. IX, p. 1.

elle vint à l'hôpital à cause d'une douleur dans la région pelvienne.

Au toucher, on sentait une tumeur douloureuse, dure, globuleuse, unie à sa surface, qui occupait tout l'espace qui sépare la face interne de l'ischion gauche du même point à droite; elle s'étendait sur la branche montante de l'ischion droit et la branche descendante du pubis, et de plus, elle venait faire une saillie en forme de poire au niveau du trou obturateur gauche. On ne pouvait atteindre l'utérus, ni sentir aucune partie de l'enfant. Il hésita entre une tumeur fibro-cartilagineuse et une exostose vraie. Beaucoup d'hommes éminents furent consultés et ne purent en déterminer la nature.

La femme ne voulut pas consentir à ce qu'on lui fit une ponction exploratrice; on crut ne pas pouvoir amener un enfant vivant, même par l'accouchement prématuré. Elle arriva à terme.

Peu avant le commencement du travail, la tumeur devint un peu plus molle. D'Outrepoint réunit une consultation où il fut décidé qu'au cas où la tumeur n'éprouverait pas une très-grande modification dans sa manière d'être, on tenterait son extirpation, ou même on scierait l'os, pourvu toutefois qu'il fût adhérent; on ne pratiquerait qu'en dernier lieu l'opération césarienne.

Un pied se présenta avec prolapsus du cordon ombilical qui ne donnait aucune pulsation. La tumeur s'était si notablement ramollie qu'on put introduire trois doigts derrière la symphyse, et elle nous parut assez compressible pour que nous pussons espérer terminer l'accouchement par les voies naturelles. O. amena le pied et fit l'extraction des hanches; on eut beaucoup de peine à amener la tête, ce qui se fit avec le forceps et occasionna beaucoup de douleur à la femme. L'enfant, en état de mort apparente, revint rapidement à la vie.

La tumeur reprit son volume primitif et il fallut aller chercher le placenta avec la main.

La femme se rétablit rapidement, et dix semaines après l'accouchement, le professeur Textor enleva la tumeur qui était fibro-cartilagineuse. Il n'y avait aucune communication ni avec

l'os, ni avec le périoste. Le poids était de 350 grammes, et sa dureté était telle que les personnes présentes à l'accouchement doutaient de la possibilité d'un ramollissement antérieur.

La femme se rétablit complètement.

Je crois que nous pouvons rattacher ce fait à ceux que nous étudions, et voici mes raisons : la première, anatomique, tumeur fibreuse ; la seconde, physiologique, ramollissement à l'approche du travail ; la troisième, clinique, tumeur douloureuse. Je présume que c'était là un cas de tumeur à long pédicule, pédicule qui se sera rompu pendant l'application du forceps, et dont toute trace avait disparu à l'époque de l'opération.

OB. CVII (1). — *Mirabilis uteri figura.*

Macilenta rustica *haynæ* in Franconia in *difficili partu* constituta, ad orificium uteri sentiebat durum aliquid et crassum, etiam tactui obstetricis manifestum, quod fœtui exeunti ad triduum usque obicem posuerat. Tandem aptis remediis hic *mortuus* expulsus, remanente nihilominus notabili tumore, præsertim in dextro abdominis latere, ut omnes fere crederent, adhuc in utero superesse infantem, quem omni modo propellere conabantur adstantes. Sed altero die moritur mulier. Cadavere aperto, visus est uterus biceps et circa orificium ejus internum aliquod *longius propendens corpus*, seu *molem rotundam*, magnitudine caput infantis æquans, quod superiori uteri parti ligamento quodam firmiter annatum erat et nutrimentum suum ab eo acceperat. Mobile erat, et sursum deorsumque tolli moverique poterat. Intra binos uteri protuberantes *tumulos*, seu *colles*, erat cavitas, fœtus domicilium, rursus ut a partu sit, a corrugatione uteri contracta et angustior facta ; prominentes vero colles in dorso uteri externe *ex rubro albicabant*, intus autem dissecta lardiceam fere substantiam habere

(1) C. T. Paullinus, in *Ephemerid. nat. curiosorum*, 1686. Dec. II. An. V. Appendix, obs. 108, p. 68, avec figure.

videbantur albam densam et crassam ut et propendens illud de utero corpus rotundum. Prominebant quoque in dorso uteri plura corpuscula, at minora, ceteris substantiâ simillima. Nihil detrimenti ceperat mulier tempore gestationis, nisi quod de *mensibus imminutis* interdum conquesta fuerit.

Obs. CVIII (1). — Angélique B..., âgée de 38 ans, primipare, fut prise, 30 novembre 1856, au terme de sa grossesse, des douleurs de l'enfantement. Une sage-femme, appelée auprès d'elle, attend patiemment la terminaison de l'accouchement. La dilatation étant complète et la rupture des membranes s'étant opérée spontanément, la sage-femme cherche à constater la présentation et ne peut y parvenir, à cause de l'élévation de la partie fœtale. Un peu plus tard, la main du fœtus apparaît à la vulve. Un médecin est appelé, qui tente inutilement la version. Un second médecin n'est pas plus heureux. Alors on se décide à faire transporter la malade à Paris. Elle entre à l'hôpital des Cliniques le 1<sup>er</sup> décembre, à 9 heures du soir. M. Paul Dubois, appelé immédiatement, la trouve dans un état général fort grave. L'enfant est mort. Le cordon et la main font procidence à la vulve. En ce moment, le ventre est uniformément tendu, et on peut reconnaître par le palper abdominal une tumeur distincte du globe utérin. Le toucher fait constater une étroitesse considérable du détroit supérieur, qu'il est d'ailleurs difficile de bien explorer à cause de son oblitération par l'épaule fœtale. La patiente ayant été plongée dans le sommeil anesthésique, M. P. Dubois et moi faisons sans succès deux tentatives de version. Le lendemain, après un bain et une saignée, nouvelles tentatives sans plus de résultat. Alors, à la prière de M. P. Dubois, M. Depaul, qui assistait à la visite, réussit à amener un pied hors de la vulve. En tirant sur ce pied, on parvient, avec de grandes difficultés, à extraire le reste du fœtus, dont la tête présente un aplatissement considérable. Au moment où la tête franchit le détroit supérieur, je remarque un ressaut très-marqué, comme quand une partie rétrécie du bassin vient d'être traversée. Extraction du placenta retenu dans une arrière-cavité de l'utérus.

(1) H. Blot, in *Gaz. des Hôp.*, 1869, n° 38.

L'état général de la malade ne fit que s'aggraver de plus en plus, et elle succomba le surlendemain.

Voici ce que démontra l'autopsie :

L'utérus, volumineux, parfaitement rétracté, offre, à la partie supérieure droite de la paroi antérieure, une tumeur fibreuse arrondie du volume d'une bille de billard, renfermée dans l'épaisseur du tissu utérin, qui est parfaitement sain.

Un autre corps fibreux, gros comme une aveline, occupe la partie moyenne de la hauteur de cette même paroi.

En trois ou quatre points de la surface péritonéale on remarque plusieurs autres petites tumeurs fibreuses de volume variable, depuis celui d'un pois à cautère jusqu'à celui d'une noix.

De plus, de la partie moyenne de la face postérieure du corps de l'utérus part une grosse tumeur pédiculée, du volume d'une tête de fœtus à terme. Cette tumeur remplit complètement le cul-de-sac utéro-rectal et s'élève au-dessus du détroit supérieur jusque vers le fond de l'utérus. Cette tumeur tient à la face postérieure de l'utérus par un pédicule volumineux de 5 à 6 centimètres de diamètre. Elle est comme renversée dans le cul-de-sac utéro-rectal, *au fond duquel elle adhère par des tractus fibro-celluleux très-solides*. A droite, la tumeur offre une mollesse et une fluctuation qui démontrent l'existence d'un liquide à son intérieur. Sa paroi supérieure, de ce côté, est réduite à quelques millimètres d'épaisseur, toute sa surface est tapissée par le péritoine, qui se continue sur l'utérus. La partie molle incisée laisse écouler un demi-verre d'une bouillie grisâtre.

L'obstacle à l'accouchement, dans ce cas, a donc été causé par l'existence de ces adhérences solides qui, unissant la tumeur fibreuse à la paroi inférieure de l'excavation, l'a empêché de remonter dans la cavité abdominale proprement dite, dans les derniers mois de la grossesse, ce qui a réduit au tiers de sa capacité ordinaire l'excavation pelvienne.

Obs. CIX (4). — B. B..., 26 ans. Maladeive.

Elle accoucha naturellement il y a trois ans, et fut prise, un

(4) Habit, in *Zeitsch. der Ges. der A. zu Wien*, 1860, n° 44.

an après, de tuméfaction douloureuse du ventre; on diagnostiqua une môle hydatique; elle guérit au bout de quatre semaines et devint enceinte dix-huit mois plus tard, mais accoucha au huitième mois.

On sentait la tête immobile au-dessus du pubis du côté gauche. Le col était éleyé et porté en avant vers la symphyse; il était dilaté et la tête se présentait. La partie postéro-supérieure gauche du petit bassin était rem; lie par une tumeur globuleuse, dense, é'astique, qui proéminait dans la cavité abdominale. La partie la plus saillante était distante de la symphyse de 2 pouces; le toucher rectal montrait qu'elle ne s'insérait pas sur les os du bassin; pendant les contractions la tumeur restait immobile. On hésitait entre un fibroïde et une tumeur ovarienne à court pédicule. L'élasticité de la tumeur et le peu de volume de l'enfant firent espérer que l'accouchement se terminât par les voies naturelles. La lèvres postérieure du col seule sedilata. Les contractions restèrent puissantes, et après 30 heures de fortes douleurs la tête sortit subitement. La femme se rétablit.

La tumeur qui s'insérait latéralement à droite et un peu en arrière du fond de l'utérus, atteignait jusqu'à l'ombilic et était continue avec celle de la cavité pelvienne.

J'ai réuni 15 cas où l'opération césarienne a été faite, 13 fois avec issue fatale pour la mère; un cas heureux appartient à *Mayor*, de Genève; *M. Tarnier* (1) en cite un second de *Duclos*; je n'ai pu savoir à quelle source il a été pris. Le cas de *Thibault* n'est pas tout à fait net au point de vue du diagnostic anatomique, mais il a été accepté par *Breslau*.

**Cas où l'issue a été fatale pour la mère.**

Obs. CX. — *Montgomery*, 1833. Tumeur pelvienne énorme remontant dans l'abdomen jusqu'aux côtes. L'extrémité du doigt ne passait pas entre la tumeur et la symphyse :

(1) *Gaz. des Hôp.*, 1869, n° 45.



tumeur dure, immobile : l'accouchement prématuré provoqué était impossible, parce qu'on ne pouvait atteindre l'utérus. L'enfant mourut pendant l'opération ; la mère 21 heures après. (Voir l'observation détaillée.)

Obs. CXI. — *Thibault*, 1844. Primipare, 22 ans, entra à Saint-Antoine avec la varicelle. Par le palper et par le toucher on pouvait reconnaître des tumeurs. On fit une ponction exploratrice par le rectum sans résultat. Le travail commença trois jours plus tard : rupture de la poche des eaux ; prolapsus du cordon. Le lendemain Malgaigne fit l'opération ; on trouva un fœtus de six mois mort et macéré. La mère mourut 20 heures après. Entre le vagin et le rectum il y avait un fibroïde volumineux de 33 centimètres de circonférence, non adhérent au bassin. (Voir l'observation détaillée.)

Obs. CXII. — *Gensoul* (1). Excavation remplie par une tumeur qui ne laissait pas un pouce d'espace libre dans le diamètre antéro-postérieur. *Opération*. A l'autopsie, 40 heures après l'opération, on trouva un fibroïde dur mobile, enveloppé par les deux ligaments larges, recouvert par le péritoine d'une part, par la muqueuse vaginale de l'autre. **Enfant?**

Obs. CXIII. — *Kilian* (2). 1843. une multipare, 42 ans, ayant une tumeur abdominale et pelvienne qui descendait pendant les contractions utérines : tumeur dure, ponctionnée sans succès. Rupture spontanée des eaux ; la jambe gauche vint se placer dans le vagin. L'opération sauva l'enfant. La mère mourut 48 heures après. L'utérus contenait

(1) *Breslau, loc. cit.*, p. 443.

(2) *Ibid.*

un grand nombre de tumeurs, dont une remplissait le petit bassin.

Obs. CXIV. — *Waller*. 1853. 41 ans. Une tumeur qui ne laissait libre qu'un petit espace derrière la symphyse remplissait le petit bassin et paraissait adhérer au sacrum. La femme était atteinte de bronchite. L'opération amena un enfant vivant. La mère mourut 36 heures après l'opération. (Voir l'observation détaillée.)

Obs. CXV. — *Lehman* (1). Mariée depuis 14 ans, 3 fausses couches, puis une grossesse à terme. Une tumeur du bassin, paraissant un peu mobile, avait la forme d'une tête de fœtus. On pouvait passer deux doigts à peine en avant. Diagnostic obscur : ostéo-sarcome ou enchondrome. Après l'écoulement des eaux, la tumeur descendit plus bas. *Opération*. Présentation du tronc. Enfant vivant. Mort de la mère 57 heures après. *Autopsie*. La plaie utérine était réunie dans sa partie profonde, mais les lèvres s'écartaient de 1 p. 1/2 superficiellement. En arrière sur l'utérus était un fibroïde de 23 centimètres de diamètre. Un grand nombre de tumeurs fibreuses étaient disséminées de tous côtés.

Obs. CXVI. — *Faye* (2). Primipare, 40 ans. Une tumeur volumineuse et à côté une plus petite remplissait toute la partie postérieure du bassin. On patienta deux jours. Les tumeurs descendirent plus bas : il ne restait plus qu'un pouce de libre en avant ; diagnostic incertain, ponction par le rectum sans succès. *Opération*. Hémorrhagie diminuée par compression de l'aorte. Prolapsus de l'intestin. Enfant vivant. Vomissements. Mort au bout de 30 heures. *Autop-*

(1) Magdelaine, *loc. cit.*, p. 64.

(2) Breslau, *loc. cit.*, p. 145.

sie. Sur la paroi postérieure de l'utérus, deux fibroïdes volumineux et un grand nombre d'autres plus petits.

Obs. CXVII. *Huguier* (1) 1854? Une tumeur née de toute la hauteur de la paroi postérieure de l'utérus mettait obstacle au travail : Huguier fut obligé de pratiquer l'opération césarienne, et la mère mourut.

Obs. CXVIII.—*Depaul* (2). Une fruitière du faubourg du Temple était en travail depuis trois jours. Un corps fibreux volumineux remplissait le bassin. La femme mourut le septième jour.

Obs. CXIX. — *Pillore* (3). 1851. 45 ans, deuxième grossesse. La poche des eaux se rompt le deuxième jour. Une tumeur remplit presque tout le bassin : elle est dure et irréductible : on sent la tête par une ouverture libre derrière la symphyse de 2 centimètres. L'opération amène un enfant vivant. La mère meurt le cinquième jour. Une grosse tumeur fibreuse en forme de poire adhère au bord droit de l'utérus, à la paroi postérieure du vagin et à la face antérieure du rectum. Hauteur, 16 cent.; largeur, 10 cent.; épaisseur, 9 cent.

Obs. CXX. — *Legouais* (4). Jeune femme multipare. Tumeur reconnue au moment de l'accouchement. La femme mourut. Une tumeur fibreuse de la grosseur d'une tête de fœtus à terme implantée sur la paroi postérieure de l'utérus, à la jonction du col et du corps, occupait toute la concavité du sacrum et ne faisait aucune saillie à la face interne de l'utérus.

(1) Guyon, thèse de concours, 1860, p. 424.

(2) Leçons orales. Clinique de la Faculté, 1870.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 547.

(4) Guyon, *loc. cit.*, p. 424.

OBS. CXXI. — *Breslau*. 1864. 35 ans. Rupture spontanée de la poche des eaux au début du travail. Présentation des pieds. L'opération dura longtemps à cause de l'hémorragie. Les lèvres de la plaie ne se mirent pas en contact : suture. Mort de la mère 22 heures après. — *Voir l'observation détaillée.*

OBS. CXXII. — *Stoltz*. 1868. 29 ans. Premier accouchement aidé par le forceps. Une tumeur occupe le ventre; une autre dure, immobile, le bassin. L'opération amène un enfant vivant. La mère meurt de métrô-péritonite 40 heures après. — *Voir l'observation détaillée.*

**Cas où l'issue a été heureuse pour la mère**

OBS. CXXIII. — *Mayor*. 1843. 41 ans. Enfant vivant. — *Voir l'observation détaillée.*

OBS. CXXIV. — *Duclos*.

OBS. CX (1). — Madame X., mariée en septembre 1830, n'avait jamais été enceinte.

Le 5 avril 1833, dysurie : une tumeur pelvienne remplissait la cavité du petit bassin et remontait au-dessus de la fosse iliaque droite ; pression sur l'urèthre, obligeant à employer une force inusitée pour le cathétérisme. Elle éprouvait une certaine gêne des fonctions de la vessie et du rectum depuis quelque temps ; mais la menstruation avait été régulière jusqu'en février 1834. Douleurs dans le bassin.

Avril. — Souffrances générales et locales accrues ; tumeur plus sensible. Pesanteur vers le rectum.

17 mai. — Je reconnus une énorme tumeur occupant toute la moitié droite de la cavité abdominale, remontant jusqu'aux côtes droites, remplissant la cavité du petit bassin, repoussant

(1) W. F. Montgomery, *in Dublin, Med. Jour.*, 1835. Vol. VI, p. 418.

le cul-de-sac postérieur du vagin jusqu'à un pouce de la vulve; l'extrémité du doigt pouvait à peine passer entre le symphyse et la tumeur; le col était hors de portée; tumeur partout dure, comme cartilagineuse, irrégulière et bosselée. Je sentis aussi une seconde tumeur apposée à la première et à gauche. Cette tumeur ne s'élevait pas aussi haut, et était plus molle et plus unie. État général bon; sommeil, appetit, pouls normaux, seins un peu plus développés que de coutume. J'annonçai la possibilité d'une grossesse au début. J'ordonnai l'iodeure de potassium.

15 juillet. — On me manda. Elle s'était fort bien trouvée de traitement; tumeur beaucoup plus proéminente, mais moins développée en longueur. Tumeur de droite paraissant plus petite, celle de gauche plus grosse et plus molle avec fluctuation douteuse. Pas de changement dans l'état du vagin. Dans la tumeur de gauche, la femme avait éprouvé une sensation particulière de déplacement très-léger. Je crus sentir le mouvement fœtal. Souffle net; pulsation fœtale.

29 août. — Mouvements fœtaux certains. On décida en consultation l'impossibilité de pratiquer l'accouchement prématuré, et on conclut à la nécessité de l'opération césarienne au terme naturel de la grossesse. Nous essayâmes de nouveau de mobiliser la tumeur, mais inutilement; la ponction était contre-indiquée par la consistance de la tumeur.

25 septembre. — Cœur fœtal senti au-dessus du flanc gauche. Santé bonne, aréoles mammaires très-défectueuses, ainsi qu'on l'observe toujours dans les grossesses compliquées de maladies organiques.

15 octobre. — Santé bonne. Tumeur toujours plus enclavée dans le petit bassin.

Commencement de novembre. — Elle s'affaiblissait et avait des vomissements, mais elle se rétablissait.

14 novembre. — Le travail commença à deux heures du matin, avec quelques douleurs faibles et la perte des eaux. Elle dormit plusieurs heures. — De 9 heures à midi, point de changement. — A 3 heures, même état. — A 7 heures, les douleurs

recommencèrent. — A 9 heures, même état local. M. Porter pratiqua l'opération césarienne. L'enfant fut trouvé mort, bien qu'on eût constaté la vie un peu avant l'opération. L'utérus se contracta, mais les lèvres de la plaie ne se mirent en contact que dans la partie profonde, d'où hémorragie faisant perdre du temps. Mort par épuisement vingt-une heure après l'opération.

*Autopsie.* Pas d'hémorragie intra-péritonéale. Pas d'inflammation. La tumeur s'élève de la cavité du petit bassin jusqu'aux côtes et occupe tout le côté droit de l'abdomen; l'utérus est à la gauche de la tumeur; le corps et le col élevés complètement au-dessus du détroit supérieur; la vessie déplacée dans la même direction. On ne parvient pas à passer l'extrémité d'un doigt entre le bassin et la tumeur qui occupe toute la cavité pelvienne. Il y a quelques adhérences, résultat d'un travail inflammatoire entre les surfaces péritonéales de la tumeur et du bassin. — La tumeur est de nature fibreuse et a une enveloppe péritonéale. Ses points d'insertion sont à partir de l'union du corps et du col jusqu'au quart supérieur du corps. Elle est réniforme. Surface concave vers l'utérus, qu'elle dépasse considérablement en hauteur. Circonférence, 14 pouces; longueur, 12; largeur, 5 1/2; épaisseur, 4. Mais dans la cavité pelvienne, elle atteint un plus grand développement et mesure 16 pouces, 5 et 4 1/2. Poids, 8 livres. La surface est très-vasculaire; elle renferme des vaisseaux du calibre d'une plume d'oie, passant de l'utérus dans la tumeur; consistance très-dense. Deux à trois petites cellules au centre en arrière. La pression sur le rectum était peu de chose, car le grand diamètre 5 pouces 1/2 était dans le diamètre oblique droit et dans le diamètre gauche 5.

La plus grande gêne des fonctions, dans ce cas, avait été au début de la grossesse. Nous ne savons rien sur l'influence de la grossesse sur le développement de la tumeur, car la femme la portait certainement depuis l'époque de son mariage, datant de quatre ans. Je ne l'ai pas vu grossir. Il n'y avait pas d'hémorragie dans le péritoine.

OBS. CXI (1). — S. F., Ât. 22., réglée depuis l'âge de quinze ans très-irrégulièrement; dernière apparition des règles le 8 octobre 1843. Des rapprochements sexuels avaient eu lieu depuis le mois d'avril, mais il existait d'une part, un obstacle à l'intromission du membre viril, d'autre part, l'acte du coït causait une vive douleur à la femme, de sorte qu'on s'y livrait à de rares intervalles.

Dès le début de la grossesse, douleurs dans les parties génitales, constipation opiniâtre; envies d'uriner continuelles, et pendant les trois derniers mois, rétention avec expulsion très-difficile du contenu de la vessie.

Le 6 avril 1844. Elle fut admise à l'hôpital Saint-Antoine. Varicelle.

Le 8. — Douleurs du travail. Tumeur reconnue dans le vagin; limites difficiles à apprécier: ventre très-volumineux, occupé par deux tumeurs dont l'une à droite, l'autre à gauche, toutes deux du volume d'une tête de fœtus à terme: celle de gauche remontait jusqu'au niveau des fausses côtes, celle de droite jusqu'à la région ombilicale; elles ne paraissaient pas se continuer directement. La tumeur qui occupait le vagin le remplit presque en entier; en avant, on pouvait glisser l'extrémité de l'indicateur dans une fente large de 2 c. qui séparait la tumeur du pubis; on sentait battre à sa surface de petites artérioles. La muqueuse qui la recouvrait se confondait avec celle de la partie inférieure du vagin.

Le doigt explorait le rectum avec facilité, mais une tentative d'exploration par le vagin et par le rectum causa de la douleur et on ne put déterminer le point d'insertion de la tumeur.

On sonda la malade, la tumeur de droite diminua et finit par disparaître.

Le 9. — Il n'y avait plus de douleurs. On fit une ponction exploratrice par le vagin, qui ne donna issue à aucun liquide. Le même jour il y a eu une perte de sang par la vulve.

(1) Thibault, in *Archives gén. de Méd.*, 4<sup>e</sup> S, t. V, p. 174.

Le 12.— Douleurs expulsives, chute du cordon ombilical ; la malade exerça des tractions sur lui et le rompit à l'extrémité fœtale.

Le 13. — Opération césarienne par Malgaigne. La vessie ne s'étant pas rétractée, on n'a pu prolonger l'incision de l'abdomen en bas. Les intestins se présentaient en masse. Incision longue de 19 c., prolongée au delà de l'ombilic de quelques centimètres.

L'utérus contenait des débris grisâtres putréfiés de l'enfant ; on fit l'extraction de tout le contenu avec le plus grand soin, en protégeant les parties voisines ; on ne parvint à réduire les intestins qu'après avoir passé une sonde très-loin dans le rectum, ce qui fit évacuer les gaz et des matières fécales liquides. La malade mourut vingt-deux heures après l'opération.

*Autopsie.* L'urèthre présente dans plusieurs points des déchirures de la membrane muqueuse de la paroi postérieure ; la cavité de la vessie est très-dilatée.

La paroi antérieure de l'utérus, aussi bien que la paroi postérieure est soulevée par la tumeur qui occupe le bassin. Elle est située entre le vagin et le rectum, sans adhérences avec aucun viscère. L'extrémité supérieure est tapissée par le cul-de-sac péritonéal. Sa structure est très-nettement fibreuse, mais les fibres ne sont pas pelotonnées.

Obs. CXIV (1). — Madame X., âgée de 41 ans, était à terme le 5 février 1853.

Elle avait eu une faible hémorrhagie un mois auparavant ; elle souffrait actuellement d'une bronchite aiguë avec toux continuelle.

Rupture de la poche des eaux, le 3 ; douleurs le 5.

M. Evans trouva une grande obstruction ; on ne pouvait passer que deux doigts derrière la symphyse. Néanmoins, il patienta jusqu'au 7.

M. Waller la trouva dans un état général assez satisfaisant, sauf la gêne de la respiration et la toux.

(1) C. Waller, in *Med. T. and Gaz.* 1853. March. p. 266, avec fig.



Au palper, on sentait que l'utérus tout entier était au-dessus de la cavité pelvienne, et on apercevait la saillie que faisait la tumeur utérine, recouverte des parois abdominales très-distendues. La ligne blanche, à partir de l'ombilic jusqu'au pubis, mesurait 9 pouces. Le toucher faisait reconnaître une tumeur de dureté osseuse obstruant presque toute la cavité du petit bassin; elle était immobile, et paraissait implantée sur le sacrum. L'espace libre était de 35 millim., avec diminution des diamètres obliques. On ne pouvait douter de la nécessité de l'opération césarienne.

On manda M. Legros Clarke : on fit quelques lignes transversales avec de la teinture d'iode, afin de faciliter l'adaptation des parties entamées.

Le pouls était un peu plus rapide et plus faible. On n'a pu donner de chloroforme jusqu'à anesthésie complète, à cause de la dyspnée et de la toux. Opération à minuit, 7 février. Incision verticale à partir de l'ombilic jusqu'à 4 centim. de la symphyse pubienne; on fit une petite incision préliminaire pour se rendre compte de la position du placenta, qui se trouvait éloigné de l'incision; on termina l'incision, et l'extraction de l'enfant et du placenta se firent promptement. L'enfant fut ranimé sans peine.

Une ondée sanguine arriva à la séparation du placenta, mais il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Il survint un violent accès de toux, et trois fois les intestins furent expulsés en masse. Les lèvres de l'incision utérine n'étaient en contact que dans la partie profonde. On fit la suture interrompue des parties abdominales, laissant une ouverture à la partie inférieure.

Un risson survint: on donna de l'opium, et la malade dormit pendant sept heures. Son état donna quelque espoir pendant trente heures, puis il s'empira. La malade s'affaiblit progressivement et mourut trente-six heures après l'opération.

*Autopsie.* — L'incision a 6 pouces de long. Il n'y a ni péritonite ni hémorrhagie. Les bords de l'incision sont très-écartés dans la partie superficielle. Une tumeur volumineuse

occupe le fond de l'utérus, une autre, plus petite, se trouve à gauche au même niveau, et trois ou quatre autres petites à l'entour; toute la paroi postérieure est épaissie par des dépôts fibreux. Une tumeur pédiculée, du volume d'une tête de fœtus, remplissait la concavité du sacrum; née du bord gauche de l'utérus, derrière le col, elle s'était portée entre le vagin et le rectum. Elle était tellement dure et ferme qu'elle avait été prise, pendant la vie, pour une tumeur osseuse; toute sa surface offrait des bosselures formées par d'autres tumeurs plus petites.

Ovaires sains.

Obs. CXXI (4). — *Æt.* 35. Mariée à 23 ans. Depuis six mois, dysurie et gêne des fonctions rectales, vomissements, douleurs névralgiques, tympanite. Par le palper, tumeur dure, immobile, indolore, s'élevant du petit bassin jusqu'à trois ou quatre travers de doigts de l'ombilic. On reconnaît par le toucher vaginal une portion de cette tumeur appliquée contre sa paroi antérieure. L'ensemble avait la forme d'une tête d'enfant, qui emplirait la moitié supérieur du petit bassin.

*Diagnostic.* — Tumeur interstitielle de la paroi postérieure de l'utérus. La croissance avait été lente, mais son volume était déjà énorme. Breslau tenta d'amener sa dégénération par le procédé de Rayer, et traversa la tumeur d'aiguilles. Des symptômes de péritonite très aiguë apparurent, et la vie de la femme fut en danger pendant longtemps. Il se fit des fistules de divers côtés; la femme se rétablit et sa situation fut meilleure au bout de trois mois.

En avril 1863, ses règles cessèrent, et, au 18 décembre, elle vint me consulter; sa santé était bonne, et elle se réjouissait d'être enceinte. Je reconnus les battements du cœur du fœtus à gauche. Une fibrome, immobile et de la dureté du bois, occupait la même position qu'autrefois, et ne permettait pas au doigt d'atteindre une partie fœtale. Impossible de réduire. Le travail commença le 25 janvier 1864, à une heure et demie du matin.

(4) Breslau, *in Monat. f. Geb.*, 1865, Bd. XXV, sup., p. 122.

Vers midi, je constatai un prolapsus du cordon ombilical. Très-loin je pus toucher un pied ; impossible de réduire le cordon.

A 3 heures, il fut décidé que l'opération césarienne était l'unique ressource. L'utérus, parsemé de tumeurs fibreuses, dont quelques-unes occupaient les lèvres mêmes de l'incision, ne se contracta pas. L'opération dura trois quarts d'heure, à cause de l'hémorrhagie superficielle. On réunit les lèvres de la plaie utérine par des sutures, et la femme mourut vingt-deux heures après.

*Autopsie.* — Lèvres de la plaie utérine parfaitement adaptées, deux doigts à peine pouvaient passer dans le diamètre antéro-postérieur. Poids de la tumeur, 4875 grammes. Parmi beaucoup d'autres fibromes parsemés sur la paroi utérine s'en trouvait un qui avait 12 cent. sur 17, et 35 cent. de circonférence. La consistance était un peu moindre que pendant la vie. Il y avait de l'infiltration séreuse et une fissure allongée, avec paroi déchiquetée au centre de la tumeur, renfermait une espèce de boue.

Obs. CXXII (4). A. Sch..., Æt. 29, accoucha par le forceps lors de sa première couche, en 1862.

Le 29 mai 1868, elle entre à la Maternité : grossesse de 8 mois ; par le palper abdominal on reconnaît une surface inégale, par le toucher, on sent, mais difficilement, le col porté derrière le pubis où il est refoulé par une tumeur volumineuse. Début du travail le 14 juin. Une tumeur s'étend depuis l'ombilic jusqu'à l'hypochondre droit et s'insère sur l'angle droit et sur la face antérieure par un court et large pédicule. Une seconde tumeur arrondie, immobile, élastique, comble le petit bassin, et remonte au-dessus du pubis.

On s'assura de l'impossibilité de refouler la tumeur ou de rendre libre par un moyen quelconque les voies de l'accouchement naturel.

*Opération césarienne* le 15 juin : enfant vivant, hémorrhagie très-moderée ; mort par métrô-péritonite légère 40 heures après l'opération.

(4) Stoltz, in Magdelaine, l. c., p. 65.

**Autopsie.** Liquide séro-sanguin et exsudations fibrineuses dans le péritoine. La tumeur pelvienne adhérait au péritoine pariétal, s'insérait à l'utérus par un pédicule court et épais au niveau de l'union du col et du corps; outre la tumeur abdominale, il y en avait plusieurs autres interstitielles.

**Obs. CXXIII (1).** En juillet 1842, madame X... vint me consulter pour savoir si elle était enceinte : mariée à l'âge de 36 ans, elle avait en ce moment 44.

Une tumeur fixe, dure, de la grosseur d'une noix avec son brou, paraissait s'élever brusquement de la surface interne du sacrum : la face antérieure de la matrice présentait une tumeur ; a tumeur qui était en arrière empêchait l'utérus de plonger dans le bassin. Je ne reconnus pas la grossesse et je félicitai la femme de n'être pas enceinte, car, je lui dis : « Vous accouchez difficilement. »

Au mois de novembre, je trouvai la tumeur très-augmentée, se confondant insensiblement par ses bords avec le sacrum : diamètre sacro-pubien, 15 lignes au plus; la matrice était trop élevée pour que je pusse l'explorer.

29 janvier, début du travail; rupture spontanée de la poche des eaux.

**Opération** le 2 février. Incision longue de 5 pouces, la tête se présenta à la plaie; extraction facile. Enfant vivant.

26 février, la plaie est presque fermée.

Rétablissement parfait.

#### **Cas dans lesquels la femme mourut sans avoir été délivrée.**

##### A. — Cas simples.

**Obs. CXXV (1).** — Travail ayant duré 16 jours: Mort; tumeur athéromateuse adhérent au col et remplissant l'excavation pelvienne. (Voigtel, d'après Zeller).

**Obs. CXXVI (2).** — Travail de 7 jours: Présentation de l'épaule;

(1) Mayor, *in* Thibault, *loc. cit.*, p. 185.

(2) Boivin et Dugès, *loc. cit.*, p. 217.

(3) De Haen *in* Puchelt, *loc. cit.*, p. 68.

mort par hémorrhagie au moment où on allait faire la version. Stéatome globuleux interstitiel du poids de 13 livres 4 onces.

Obs. CXXVII (1). — L'époque de gestation terminée, une femme ne put donner naissance à l'enfant. *Autopsie* : On trouva l'orifice de l'utérus obstrué par une excroissance charnue qui en fermait l'issue. Le fœtus fut ainsi étouffé et la mère mourut.

Obs. CXXVIII (2). — « La femme meurt quelquefois sans avoir pu accoucher, comme il m'est arrivé d'en observer un cas cette même année à la Maternité. »

Obs. CXXIX (3). — Une tumeur qui se trouve au Musée de l'Université de Londres, a été prise sur une femme qui mourut sans avoir pu accoucher : la tumeur est très-dure, du volume d'une orange ; elle s'insère à la paroi postérieure de l'utérus ; sa structure est fibreuse.

B. — Cas compliqués de rupture de l'utérus.

Obs. CXXX (4). — Une femme est morte au bout de trois jours de travail. A l'autopsie on trouva une rupture de l'utérus ; l'enfant était passé dans le ventre ; un énorme squirrhe s'étendait depuis le fond jusqu'au col.

Obs. CXXXI (5). — Une femme mourut après six jours de travail ; j'arrivai lorsqu'elle était à l'agonie. A l'autopsie on trouva une rupture de l'utérus et la tête de l'enfant dans la cavité abdominale. L'obstacle à l'accouchement était un squirrhe qui adhérait au col de la matrice.

Obs. CXXXII (6). — X., 35 ans, mère de quatre enfants. Morte le 5<sup>e</sup> jour de sa cinquième couche qui se fit à terme. La malade ne put être délivrée, un bras faisait procidence. Le mari voulut connaître la cause de sa mort.

*Autopsie*. — On trouva l'utérus déchiré dans sa paroi gauche par les pieds de l'enfant qui était passé dans le ventre ; à droite une tumeur dure, globuleuse, s'étendait jusqu'au col ; un ulcère

(1) Th. Bartholinus, in Puchelt, *loc. cit.*, p. 58.

(2) Kiwisch, in Breslau, *loc. cit.*, p. 446.

(3) R. Lee, *ibid.*

(4) Knoblochius, in Puchelt, *loc. cit.*, p. 74.

(5) Fabricius Hildanus, *ibid.*, p. 75.

(6) D. Simonis Aloysii tudecis, in *Ephemerid. curiosorum*.  
Dec. 1. An. 2, 1671. Obs. CCLIV.

noir avait produit au dedans de l'utérus la gangrène de la tumeur qui avait empêché l'enfant de naître.

La tumeur avait une épaisseur de plus de quatre travers de doigts.

Obs. CXXXIII (1). — Une femme mourut dans son troisième accouchement. A l'autopsie on trouva le fœtus au milieu des intestins; la rupture existait au niveau de la partie inférieure de l'utérus. Au fond il y avait une dureté squirrheuse de l'épaisseur de la paume de la main. L'enfant avait présenté l'épaule.

#### Cas de rupture de l'utérus.

(Voir 'Obs. XLIX.)

Obs. CXXXIV (2). — *Bezold*. Une multipare.

Tumeur globuleuse du volume du poing dans la paroi postérieure de l'utérus. Version difficile; enfant mort; rupture de l'utérus pendant l'accouchement; mort de la femme une demi-heure après. *Autopsie*. Dans la paroi postérieure de l'utérus une tumeur formant une moitié de sphère. La rupture siégeait au voisinage de la tumeur.

#### B. — Myomes du col de l'utérus.

Si nous voulons comparer les tumeurs du col avec les tumeurs qui siègent dans d'autres points de l'organe, nous observons qu'elles n'offrent aucune différence au point de vue anatomique et physiologique, mais il n'en est plus de même quant à l'influence qu'elles exercent sur la grossesse, et nous voyons ici apparaître une série de phénomènes qui impriment, dans ce cas, aux grossesses compliquées un cachet spécial, et qui justifie l'étude des myomes du col dans un chapitre à part.

J'ai insisté, dès le début de mon travail, sur la disparition constante du symptôme hémorrhagie, quand la tumeur se

(1) Simon Scholzius, *in* Puchelt, *loc. cit.*, p. 84.

(2) Bezold, *in* Breslau, *loc. cit.*, p. 144.

trouvait emprisonnée avec l'œuf dans la cavité utérine; comme l'état de grossesse ne peut rien changer aux conditions d'existence de la tumeur du col, il était à présumer que celle-ci conserverait, malgré sa survenance, une autonomie réelle. Nous croyons avoir apporté des exemples qui démontrent qu'il en est ainsi, et que l'absence complète et permanente de la perte sanguine constitue l'exception à la règle. Il paraît, cependant, que ce fait s'observe pendant la première période de la grossesse, à un moment où le tissu du col participe moins à l'accroissement général de l'organe, ou même ne se modifie guère; dans ces conditions, le tissu du myome reçoit le stimulus et se développe plus que le tissu utérin où il s'implante; de là des hémorrhagies continues dès le début. Mais il est de la nature de ces tumeurs de subir des congestions irrégulières, aussi nous observons, à côté de la perte continue, et même quand celle-ci n'a pas existé antérieurement, des hémorrhagies soudaines, qui alors se répètent avec plus ou moins de fréquence, mais qui sont soumises dans une mesure considérable à l'hygiène de la femme. Il est cependant certain, les faits l'attestent, que parfois ces tumeurs cessent de donner du sang dès le début de la grossesse, se conformant ainsi à la règle des tumeurs intra-utérines, et je ne fais aucune difficulté pour admettre que la prédominance d'activité du côté du viscère peut flétrir, pour ainsi dire, la vie particulière de ces corps; je pense que c'est sur ce fait qu'a voulu appeler l'attention le sagace clinicien West (voir plus loin); mais je suis persuadé qu'il a signalé l'exception. De plus, j'ai à dire que les faits sur lesquels je viens d'insister se rencontrent à propos des polypes et non des tumeurs sessiles.

J'admets donc que le cours d'une grossesse compliquée de myome pédiculé du col est sujet à être traversé par des

hémorrhagies continues ou soudaines, et que, par conséquent, il y aura lieu de poser le diagnostic d'avec les accidents qui donnent lieu aux hémorrhagies pendant la grossesse, l'avortement, le décollement prématuré du placenta, l'insertion vicieuse de ce dernier, les maladies organiques du viscère, hypertrophie chronique, cancer dans toutes ses variétés.

Cela dit, la marche de la grossesse ne présente rien à noter de particulier; je crois que les avortements sont communs avec les polypes du col, mais je ne puis fournir des chiffres. Une femme qui a eu une série d'avortements, comme dans l'Observation CL, et qui, à la suite de l'ablation d'un polype, porte un enfant à terme, a grande chance d'avoir éprouvé ces accidents par le fait de l'existence de la lésion. Il y a quelques faits qui parlent assez nettement dans ce sens.

Les phénomènes de compression sont à peu près nuls, mais il n'y a pas lieu de supposer qu'il ne puissent exister, car il n'est pas rare de rencontrer des tumeurs d'un volume énorme, décrites sous le nom de tumeurs du col.

Un fait essentiel à signaler est l'influence de ces tumeurs sur l'accouchement même. Nous pouvons exclure de suite de ces considérations les polypes, dont l'influence n'est pas différente de celle que nous avons indiquée pour les tumeurs pédiculées intra-utérines d'un autre siège; mais la tumeur sessile, tumeur qui non-seulement ne peut se déplacer, mais qui reste constamment dans la lumière de l'orifice, quelle que soit l'étendue de sa dilatation, mérite de fixer notre attention. Pour vaincre l'obstacle, il peut intervenir, d'un côté l'assouplissement de la tumeur qui permettrait son effacement relatif, de l'autre la dilatation excentrique du col, deux faits qui s'observent; mais si la constitution du myome ne permettait pas l'un et que son étendue rende l'autre inefficace, l'accouchement deviendrait nécessairement im-



praticable ; il est remarquable, qu'en pareil cas, on ne voit survenir ni l'arrachement du col, comme on en a observé quelques cas dans les dystocies dues aux obstacles dans le col, ni la rupture de l'utérus. (Voir cependant obs. CXXXI).

Une partie de notre étude diagnostique est déjà faite, mais nous devons rappeler que les tumeurs volumineuses peuvent mettre empêchement aux recherches nécessaires pour en constater l'origine, puisqu'elles obstruent encore plus nécessairement, le chemin d'arrivée au col utérin. Outre les diagnostics déjà étudiés, il faut signaler, comme diagnostic différentiel, les tumeurs propres au vagin, les myomes, les kystes, les hernies viscérales (1), tous faciles si on peut atteindre le col et déterminer le point d'insertion : mais il ne faut pas perdre de vue la possibilité d'adhérences anormales des myomes utérins au vagin. Un autre diagnostic nécessaire est avec la tumeur intra-utérine pédiculée traversant le col, fait rare dont j'ai signalé un exemple Obs. XI, mais qui pourrait se présenter à propos d'un avortement ou à la suite de l'accouchement à terme. C'est la possibilité de reconnaître le pédicule embrassé partout par un anneau qui satisfait aux besoins de ce diagnostic ; il y aurait bien aussi, après l'accouchement, à faire le diagnostic d'avec l'inversion, mais l'anneau est toujours la clef pour se reconnaître. Quelques tumeurs seulement qui s'insèrent dans l'intérieur du col pourraient faire naître un doute, mais si elles sont à pédicule grêle, elles se distinguent aisément, et si le pédicule est volumineux, elles se confondent avec les tumeurs qui naissent au pourtour de l'orifice.

Deux diagnostics intrinsèques restent : 1° diagnostic du siège sur la lèvre antérieure ou postérieure, à propos du-

(1) Voir un fait exceptionnel de tumeur variqueuse du col Pellegrini, *in* Archives de méd. 1844, 4° s., t. V. p. 502.

quel on devra se rappeler le cas de Cazeaux (voir plus bas), dans lequel le poids de la tumeur avait porté la lèvre antérieure en arrière; 2° diagnostic du siège sur le col même, puisque le poids de la tumeur peut étirer le col au point de faire disparaître complètement le canal. Gooch (1) nous dit que ce diagnostic peut embarrasser les praticiens les plus exercés; ce sont des faits qu'il faut avoir en mémoire, et pour reconnaître ces cas particuliers, il faut exercer le toucher avec soin (2).

On a signalé des erreurs de diagnostic fréquentes de la nature suivante : on est appelé près d'une femme en travail, on prend la tumeur pour la partie fœtale; une femme est accouchée, on constate une tumeur, on croit à une grossesse double. *Lachapelle* a signalé un état physique du polype qui pourrait faire croire à la présence de la fontanelle sous le doigt.

Obs. CXXXV (3). Grossesse de 8 mois; excavation du bassin complètement obstruée; l'enfant fort petit, mort depuis longtemps, put s'aplatir et passer, sous l'influence des contractions utérines, à travers l'étroit passage qui restait libre.

*Diagnostic.* Cette tumeur renfermée dans les parois latérales et postérieures du col utérin, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, aurait pu d'autant mieux en imposer à une personne inattentive qu'on y sentait une dépression semblable à une fontanelle.

M. *Tarnier*, dans la discussion de la Société de chirurgie, a dit que lui-même, ainsi que *Weyscheider* avait observé

(1) *Loc. cit.*, p. 283.

(2) Je signale comme exemple de difficultés insurmontables l'observ. publiée par A. Guérin, in *Gaz. des Hôp.*, 1864, n° 57.

(3) *Lachapelle*, *Pratique des accouchements*, 1825. Éd. Ant. Dugès, n° XXI.

un cas où on aurait pu croire à une présentation du sommet avec bosse séro-sanguine.

Enfin un diagnostic qui est sans importance clinique, puisque nous manquons des signes distinctifs, mais qui a une grande importance historique, est celui de l'hypertrophie simple du col, et comme fait plein d'enseignements je le consigne ici :

Obs. CXXXVI (1). — Une jeune dame fit une fausse couche à l'occasion de laquelle je m'assurai que l'utérus était dans un état normal. Dix-huit mois plus tard je fus appelé pour l'accoucher. C'était sa troisième grossesse.

Une tumeur du volume d'une tête d'enfant remplissait toute l'excavation; je trouvai très-haut en avant et à gauche une espèce de doigt de gant dans lequel l'index glissait et qui me parut être le col avec toute sa longueur; je reconnus l'orifice interne. Je me demandai si cette tumeur n'était pas la lèvre postérieure abaissée au-devant de la tête, mais l'apparence de fluctuation ne pouvait s'accorder avec cette idée, et puis le col n'aurait pas eu toute sa longueur. — Je diagnostiquai une tumeur solide développée dans l'épaisseur du col.

M. Dubois, consulté, diagnostiqua un kyste (2).

Cinq jours après la rupture des membranes les douleurs se déclarèrent franchement; j'introduisis toute la main dans le vagin et je ne doutai plus avoir affaire à un kyste. Je fis une ponction qui n'amena aucun liquide, une seconde eut le même résultat. M. Danyau appelé crut également à l'existence d'un kyste; il ponctionna de nouveau; même résultat. On fit une incision dans toute la longueur de la tumeur, et on la divisa en deux parties égales; nous touchâmes enfin la tête. Application du forceps devenu possible par diminution du volume de la tumeur suite de l'incision et de l'écoulement d'une certaine quantité de sang. Extraction néanmoins impossible. Craniotomie, céphalotripsie tout aussi infructueuses.

(1) Cazeaux, *Traité des Accouch.*, Paris, 1867, 7<sup>e</sup> éd., p. 714.

(2) Voir un cas de Tarnier. (*Soc. chir.*, 17 fév. 1869.)

Le sang s'échappait en nappe de la tumeur incisée, la femme était en grand danger; la version permit enfin d'entraîner le fœtus qui, en s'abaissant, fit sortir au dehors toute la tumeur. La femme mourut une demi-heure après l'accouchement.

*Autopsie.* La tumeur, plus grosse que la tête d'un enfant à terme, était développée dans la lèvres *antérieure* du col. Son poids avait imprimé un mouvement de torsion par suite duquel la lèvre postérieure était devenue antérieure.

La tumeur, mollassée, ressemblait au tissu placentaire raréfié; on n'y a découvert aucun produit pathologique nouveau; c'était tout simplement une énorme hypertrophie du tissu du col.

Il est à espérer que la clinique rencontre un jour des cas de disparition spontanée de myome du col, afin de faire justice d'une opinion acceptée par beaucoup d'observateurs, discutée avec juste raison par les esprits sévères: il s'agit, en effet, de savoir, non si le myome peut disparaître au point de ne plus pouvoir être appréciable au toucher, fait qui ne peut pas être nié aujourd'hui, mais s'il peut cesser d'exister en ne laissant même pas un noyau atrophie à sa place; c'est pour appeler l'attention sur ce sujet que j'ai inséré l'observation suivante. Y a-t-il eu ici hypertrophie rétrogradée, ou bien atrophie vraie d'une tumeur? Je pense que ce cas appartient à l'hypertrophie comme celui de Cazeaux.

Obs. CXXXVII (4). — On découvrit, chez une femme qui attendait son second accouchement, un polype de la largeur de la main, mou, indolore, compressible, remplissant tout le vagin et inséré au côté droit du col. Le travail se déclara très-lentement; au bout de deux jours la tumeur se flétrit en arrière, et quand l'enfant fut expulsé la tumeur avait peu de volume; au bout d'un mois il n'en restait presque rien.

(4) Lever, in *Guy's Hosp. Rep.*, 1842, 4<sup>re</sup> S., vol. VII, p. 74.

Pour terminer, je ferai remarquer qu'une tumeur du col ne peut donner lieu à l'inversion, mais qu'elle peut affaiblir les ligaments utérins et produire l'abaissement de l'utérus, ainsi que nous allons le voir.

#### MARCHE DE LA GROSSESSE.

Le premier phénomène à noter est l'hémorrhagie. Nous lisons dans Oldham (1) :

« Il faut savoir qu'au début de la grossesse, quatre à six semaines, les polypes du col se développent rapidement. L'hémorrhagie est abondante et la grossesse incertaine. On fait la ligature, un œuf est expulsé sans retard. »

Dans ces conditions, Oldham eut l'occasion de faire la ligature d'un polype qui se détacha le troisième jour; avortement spontané le quatrième.

Dans l'observation CLVII, on peut lire : « hémorrhagie considérable pendant les quatre premiers mois ; » dans l'observation CXLIX, « avant et pendant la grossesse ; » dans l'observation CXLII, « hémorrhagie variable ; » l'observation CXLI a la même signification.

Cela suffit pour démontrer combien ces grossesses diffèrent des précédentes, et cela rend très-embarrassant le diagnostic de la grossesse, comme dans le cas suivant cité par Oldham (2).

Obs. CXXXVIII.—En 1854, on me pria de voir une dame mariée depuis 5 mois : elle eut ses règles une fois après son mariage, et était, à l'époque de ma visite, enceinte de trois à quatre mois.

(1) Oldham, in *Guy's Hosp. Rep.*, 1844, 2<sup>e</sup> S., vol. II, p. 129.

(2) Le même, *ibid.*, 1852, 2<sup>e</sup> S., vol. VIII, p. 72.

Depuis le moment où elle avait lieu de se croire enceinte elle avait d'un jour à l'autre une perte sanguine peu abondante, devenue de plus en plus fréquente, ce qui ne manquait pas de l'inquiéter et de lui faire douter de son état de grossesse : ces pertes augmentaient avec la marche, le coût. Sa santé restait bonne, elle n'était pas anémiée. A la lèvre antérieure du col s'insérait un polype du volume d'un grosse prune par un pédicule grêle. Je la fis reposer deux jours, puis je saisis le polype avec une pince et je fis la torsion ; il se sépara. La femme se rétablit et accoucha à terme sans autre accident.

Il est nécessaire de mettre en évidence ce fait, car West semble insister sur l'influence contraire, la suppression des hémorrhagies dues à l'influence de l'état de grossesse. Voici l'observation sur laquelle il se fonde (1) ; je pense que ce fait est l'exception :

Obs. CXXXIX.—Une femme avait eu depuis 3 ans des hémorrhagies extrêmement abondantes qui, 3 mois avant que je la visse, avaient cessé sans cause connue. La suppression des menstrues n'ayant pas suffisamment fixé mon attention, j'excisai un polype fibreux du volume d'un petit œuf de poule. dont le court pédicule s'insérait sur la face interne du col utérin, Une perte abondante se produisit à la suite de l'opération, sans aucun autre accident. Six mois après la femme accoucha à terme d'une grossesse méconnaue.

Nous ne savons pas si l'auteur avait constaté l'existence du polype à une époque antérieure au début de la grossesse, mais nous n'avons pas la preuve d'un développement augmenté depuis son début.

Je puis citer un fait qui se rapproche de celui de West

(1) C. West, *Leçons sur les maladies des femmes*, traduites par E. Mauriac, Paris, 1870, p. 309.

par le début, mais la grossesse se termina de bonne heure. L'avortement peut suivre la marche que nous observons habituellement, mais aussi celle plus accidentée qui accompagne la mort du produit et sa rétention : ces circonstances sont bien rendues dans l'observation suivante de Lever (1).

Obs. CXL. — Une multipare accouchée il y a 3 ans avait eu depuis un an des règles plus abondantes, et à leur suite un écoulement leucorrhéique. *Il y a trois mois elle eut tous les signes de la grossesse*, puis les symptômes d'un avortement : sa santé s'améliora et elle n'eut plus de pertes. Un jour elle fut prise de douleurs violentes accompagnées d'hémorrhagie grave ; au côté droit postérieur du col je trouvai un polype de peu de volume inséré par un pédicule grêle ; l'utérus, volumineux, était abaissé. Je fis la torsion du polype. Au bout de quelques heures elle expulsa un œuf de 3 mois qui avait dû être retenu 7 semaines dans la cavité de l'utérus.

Une marche très-analogue à celle que nous avons signalée d'après Oldham est notée, au contraire, dans deux exemples qui montrent une issue tout aussi heureuse due à l'opération radicale. Lever rapporte (2).

Obs. CXLII. M. A. T., 35 ans, mariée depuis 6 mois 1/2. Enceinte de 4 mois, *a depuis 12 mois des pertes de sang irrégulières ; dernièrement plus fréquentes* et durant 8 à 9 jours. Santé très-affaiblie.

Un polype dur, indolore, du volume d'un œuf de poule, avec un pédicule gros comme le pouce, attaché au col utérin. L'utérus a le volume d'une grossesse de 4 mois.

Ligature du polype. Séparation le 7<sup>e</sup> jour. La santé s'améliora et elle accoucha à terme d'un enfant vivant.

(1) Lever, in *Guy's Hosp. Rep.*, 1842, 4<sup>e</sup> S., vol. VII, p. 71.

(2) Lever, *Organic diseases of the uterus*. London, 1843, p. 99., case XV.

Nous devons l'observation suivante à Ingleby (1); elle porte en tout le même enseignement :

Obs. CXLII. — Mary P..., 35 ans, avorta il y a quelques mois : cet avortement fut suivi d'un écoulement abondant; hémorrhagie avec caillots de temps à autre. Elle se croit encore enceinte et s'attend à avorter de nouveau, à cause du retour de l'hémorrhagie.

En mai, elle sentit remuer quelque chose dans le ventre L'état local était le même; l'hémorrhagie variait selon l'état de constipation.

Le 8 août, pendant une selle, elle eut la sensation d'un corps sortant du vagin. Je crus d'abord sentir une tête dans les membranes fœtales, puis je reconnus un polype attaché au col par un pédicule gros comme le pouce : il naissait au bord et en dedans de la cavité; la partie droite de celle-ci était confondue avec le polype, et toutes les parties étaient dures et non semblables à ce qu'elles sont dans l'état de grossesse.

Le 9 août, ligature de la tumeur; le 11, resserrement; le 13, chute du polype.

La santé se rétablit, et la malade accoucha à terme, le 9 septembre, d'un enfant mort-né, présentant une constriction du cou par une anse du cordon.

Le col, avant et pendant le travail, était tout à fait normal.

Malheureusement l'issue n'est pas toujours aussi favorable, car Oldham nous a laissé le fait que je vais citer textuellement (1) :

Obs. CXLIII. — M. Aston Key me pria, en mars 1844, de voir la femme d'un commerçant, qu'on disait dangereusement malade à la suite d'un avortement; cette femme, mère d'un seul enfant, était âgée de 26 ans; elle portait les signes bien

(1) Evans, in Ingleby *Obstetric medicine* (?), p. 146.



caractérisés d'une attaque de métró-phlébo-péritonite; voici les commémoratifs : Elle jouissait de sa santé habituelle, robuste, quand, il y a cinq semaines, elle eut une métrorrhagie très-forte, sans qu'elle pût s'en rendre raison. Elle ne consulta pas aussitôt, mais, comme les pertes continuèrent, elle prit conseil d'un médecin qui lui prescrivit les acides minéraux et lui recommanda le repos. L'hémorrhagie ne cessant pas, il l'examina et reconnut un polype du volume d'une petite pomme croissant sur la lèvre antérieure du col et uni à lui par un épais pédicule. Ni la malade ni le médecin n'eurent un soupçon de l'état de grossesse. On fit la ligature, qui se sépara avec le polype au bout de deux jours. Elle fut assez imprudente pour se lever; sur ce, des douleurs survinrent et un œuf de six semaines fut expulsé. Le ventre resta douloureux et la sensibilité prit une grande intensité. Elle eut un frisson, des vomissements de matière verdâtre; le ventre douloureux devint tympanitique; enfin le pouls s'affaiblit et le collapsus fut prononcé. C'est dans cet état que je la vis : elle mourut quatre jours après l'avortement et trente heures après ma première visite.

Il est remarquable de voir un polype resté inactif, et par conséquent ne donnant lieu à aucun symptôme, prendre la marche habituelle de ces affections sous l'influence du stimulus de la grossesse; c'est qu'en effet le myome devient actif, tout comme le tissu de l'organe, sous l'influence de la même excitation; mais il faut, pour qu'il se produise tel ou tel symptôme, que les conditions de sa manifestation existent, et nous avons vu qu'il n'en est pas ainsi pour les polypes intra-utérins, sauf des exceptions rares, que nous avons spécifiées et qui leur donnent en effet de l'analogie avec les polypes du col.

On peut juger, d'après ces exemples, du rôle considérable que peuvent jouer dans les affections de cette nature l'hémorrhagie et l'avortement; je n'ai pas à signaler d'autres accidents du cours de la grossesse.

Au moment du travail il me paraît difficile, avec le souvenir de ces faits, de ne pas considérer l'hémorrhagie comme un accompagnement de la première période de l'accouchement, mais elle n'aurait pas, je le pense, les caractères particuliers de l'insertion vicieuse du placenta, mais serait passive et probablement interrompue pendant les contractions.

Je ne puis citer qu'un cas où l'indication est brute :

Obs. CXLIV (1). — Primipare, travail prolongé, compliqué d'hémorrhagie avec descente d'une tumeur dans le vagin. Pédicule inséré sur le col. Application du forceps à la tête pendant que la sage-femme soutenait la tumeur. Le polype se détacha pendant le passage des épaules.

La femme se rétablit parfaitement et il n'y eut plus d'hémorrhagie.

Il y a une remarque à faire à ce sujet. Les polypes qui auront été inactifs pendant la grossesse ne donneront probablement lieu à aucun symptôme anormal pendant le travail. Ceux qui auraient eu une marche contraire auraient donné lieu à l'avortement ou à une intervention chirurgicale. Il faut également faire une place aux compressions qu'exercent de la part de l'œuf qui s'accroît, et qui pourraient avoir arrêté la tendance hémorrhagique, et pendant le travail aux pressions encore plus considérables qui s'exercent sur le polype comme sur tout ce qui se trouve au-devant du fœtus, et enfin à la dilatation du col, qui ne peut manquer de diminuer la quantité de sang en circulation dans cette partie. Le travail marche en raison directe de l'obstacle; ces tumeurs peuvent atteindre le volume d'une tête d'enfant, et comme elles se présentent, comme elles sont globuleuses,

(1) Pohl, in *Monatschr. f. Geb.*, 1865, janvier.

elles pourraient donner lieu, selon leur consistance, à beaucoup d'erreurs de diagnostic. Nous en avons parlé. Je cite le cas de *Smellie*, qui a un autre intérêt, en ce qu'il fait voir la manière dont s'opère le déplacement, lequel est aidé par la possibilité, pour ces tumeurs qui se trouvent situées très-bas, de se loger du côté des parties les moins résistantes du détroit inférieur, aidé en ceci par le ramollissement.

Obs. CXLV (1). — L'an 1774, une sage-femme crut reconnaître, chez une primipare, une tête d'enfant engagée dans le vagin. Après quelques douleurs, elle vit que ce corps se portait sur un des côtés du bassin, tandis que les membranes venaient s'appuyer sur l'autre. Le travail se termina par la naissance d'un enfant peu développé. Quelques mois après, on fit la ligature du polype, qui s'insérait au col utérin.

Les tumeurs sessiles, même de moyen volume, comme elles se trouvent situées beaucoup plus haut, qu'elles sont plus fixes, et qu'elles empêchent la dilatation du col, donnent lieu à toutes les indications qui se rencontrent dans la dystocie de cet ordre.

Mais ici reparait en première ligne l'assouplissement de la tumeur, que nous connaissons pour l'avoir étudié; il conduit aux mêmes résultats que dans les cas analogues de tumeurs utérines siégeant au-dessous de la partie fœtale.

M. Tarnier (2) nous a donné l'exemple intéressant d'une tumeur fibreuse développée dans le col et dans le segment inférieur de l'utérus, et qui, pénétrant dans l'excavation, la remplissait à moitié. La tumeur se ramollit au moment de l'accouchement. Présentation du siège. Enfant vivant.

(1) *Smellie, Treatise on Midwifery, 1778, vol. II, p. 329.*

(2) *Cazeaux, Traité des Acc., par S. Tarnier, 1867, 7<sup>e</sup> éd., p. 714.*

On se rappelle le cas de Lachapelle, où l'enfant mort a pu s'aplatir pour traverser une espèce de filière. On trouvera plus loin des cas de version et d'application du forceps, mais on est quelquefois dans la nécessité de mutiler l'enfant.

Voici un fait rapporté par Ingleby (1).

**Obs. CXLVI.** — Un praticien très-expérimenté perfora le crâne de l'enfant à cause d'une grosse tumeur fibreuse incompressible du col, qui semblait tout à fait solide et qui mit obstacle à l'accouchement; on ne put pas appliquer le forceps. La mère mourut après l'accouchement. On trouva plusieurs tumeurs solides dans les parois; la grosse tumeur, très-résistante, contenait une cavité remplie d'un liquide glaireux.

La femme peut ne pas accoucher avant que l'obstacle ait été supprimé par une opération chirurgicale. Pugh nous en a laissé un exemple (2).

**Obs. CXLVII.** — X..., enceinte de six mois, en travail depuis plus de deux jours. P... reconnut, attachée au col, une excroissance charnue, grosse comme un œuf de dinde et à pédicule du volume d'un doigt. Il lia et coupa avec un bistouri au-dessous. Une demi-heure après, la femme accouchait. La malade se remit et devint enceinte de nouveau quatre fois; mais elle avorta trois fois et ne porta que le dernier à terme.

J'emprunte encore un exemple à Cazeaux (3) :

Danyau énucléa une tumeur située dans la lèvres postérieure du col. Il s'était décidé à l'opération dans l'espoir d'en em-

(1) J. T. Ingleby, in *Edinb. Med. J.*, 1836, p. 126.

(2) Pugh, *Treatise on Midwifery*, 1754, p. 121.

(3) Cazeaux, *l. c.*,

porter au moins assez pour frayer au fœtus un libre passage; il put l'enlever en totalité. La tumeur offrait toutes les apparences d'un corps fibreux de l'utérus, pesait 650 grammes, et offrait 45 centimètres dans son plus grand diamètre. On dut la diviser en deux parties avant d'en achever l'extraction.

Tout récemment Braxton Hicks fit la communication suivante (1) à la Société Obstétricale de Londres (séance du 6 juillet 1870).

Obs. CXLVIII.—Une multipare était en travail depuis douze heures lorsque je la vis. L'utérus serrait de toutes parts le fœtus, et la tête se présentait au détroit supérieur, arrêtée par une tumeur dure, qui remplissait toute la partie postérieure du vagin, de façon à rendre très-difficile l'exploration de la partie fœtale. Ni la version ni le forceps n'auraient pu terminer l'accouchement, et la perforation de la tête ne semblait pas devoir donner un meilleur résultat. Je fis sur la partie inférieure de la tumeur une petite incision qui, en se distendant, permit l'énucléation de la tumeur, ce qui se fit sans hémorrhagie. Enfant vivant. La mère n'éprouva aucun accident.

Mais cela ne suffit pas toujours pour conduire le travail à son terme, et la femme, déjà épuisée auparavant, peut encore avoir besoin d'être secourue; c'est ce que nous voyons dans l'observation suivante :

Obs. CXLIX (2).—X..., primipare. Hémorrhagie considérable avant et pendant sa grossesse. Tumeur à la vulve remplissant tout le vagin : pédicule attaché à la lèvre postérieure du col. Quand le travail avait duré déjà dix-huit heures, on fit l'exci-

(1) Braxton Hicks, in *The Lancet*, 1870, July 30, p. 155.

(2) Bedford, *Obstetrics*. New-York, 1864.

sion du polype, et des symptômes d'épuisement étant survenus six heures après, on appliqua le forceps. Le polype, dur, pesait 6 onces. *Guerison.*

Enfin, l'accouchement terminé, il apparaît un ordre de phénomènes qui a de l'analogie avec ce que nous avons déjà observé. Le placenta peut être retenu et l'hémorrhagie apparaître en vertu de cet accident. La tumeur restée dans le vagin peut faire croire à l'existence d'un deuxième enfant; je fais suivre une observation curieuse sous ce rapport :

Obs. CL (1). — Appelé, en février 1863, auprès de madame D..., qu'on disait se mourir d'hémorrhagie, les étudiants me montrèrent un fœtus de quatre mois et me dirent qu'un second était dans le vagin. Placenta retenu.

Dans le vagin, il existait une tumeur arrondie, mobile, du volume d'une tête de fœtus de quatre mois, avec un pédicule qui avait été pris pour le cou de l'enfant, et qui s'insérait au col de l'utérus. Le placenta enlevé, l'hémorrhagie cessa.

D... avait eu trois enfants à terme, puis six avortements successifs de trois à quatre mois, sans se douter qu'elle portât une tumeur.

17 avril, section au moyen de l'écraseur linéaire.

Un an après, accouchement à terme.

L'attention ayant été appelée sur l'existence du polype, nous voyons qu'on a procédé quelquefois à son extirpation, mais souvent nous n'apprenons pas le motif de l'intervention.

Obs. CLI (2). — Femme de 20 ans, accouchée six heures auparavant par une sage-femme. Tumeur dans le vagin; les

(1) Kidd, in *Dublin Med. J.*, 1863, p. 219.

(2) Danyau, in *Journal de Malgaigne*, 1846, t. IV, p. 473.

pieds de l'enfant ayant été reconnus au-dessus de la tumeur, l'extraction se fit en les saisissant. Enfant vivant. Pendant l'extraction, la tumeur entraînée sortit de la vulve; elle était portée par un pédicule de 2 pouces de large, dont l'insertion se faisait au côté droit de la lèvre antérieure de l'orifice utérin. Section du pédicule. *Guérison.*

Obs. CLII (1). — Madame G..., trois grossesses successives normales; un dernier enfant né il y a dix jours sans intervention artificielle.

Tumeur globuleuse insérée à la lèvre antérieure du col, presque sessile, de la grosseur d'un œuf de poule. Je la tirai doucement et l'excisai; il y eut une hémorrhagie peu abondante, je fis le tamponnement. *Guérison.*

L'hémorrhagie survenue subitement au bout d'un certain nombre de jours fournit souvent l'indication formelle d'opérer :

Obs. CLIII (2). — Madame V... mère de deux enfants accoucha le 5 janvier 1845. Une masse sortit de la vulve avant l'expulsion du placenta : on la rentra.

3 jours plus tard, allant à la selle, une tumeur grosse comme une orange sortit au dehors; on la remplaça.

8 jours plus tard, la femme eut une hémorrhagie très-grave. R. trouva un polype du volume d'une poire attaché au col de l'utérus. Il fit une ligature; la femme guérit.

J'arrive à une série malheureuse : je rattache la mort, dans les trois faits suivants, à la longueur du travail; le détail manque dans le troisième fait; on remarquera aussi, à propos du premier, la multiplicité des tumeurs; cette observation aurait pu prendre place à côté d'une série fatale

(1) Mat. Duncan, in *Edinb. Med. Jour.*, 1867. V. XII, p. 639.

(2) Ramsbotham, in *Méd. Times and Gazette*, 1853, Jan. p. 12.

dans les tumeurs périutérines. (Voir les obs. XXVIII, XXXIII, XXXVIII, LXXIX, LXXXI, LXXXII.)

OBS. CLIV (1). — Travail long, mais spontané. Présentation du siège. Enfant vivant. — Mort. Une tumeur grosse comme une tête d'enfant dépendant du col utérin, plusieurs autres disséminées.

OBS. CLV (2). — Tumeur dure d'un tissu fibro-cartilagineux développée dans l'épaisseur de la lèvre postérieure, travail long et pénible. — Mort.

OBS. CLVI (3). — Femme morte en couches, corps fibreux plus gros que le poing dans les parois du col de la matrice. Tête de l'enfant écrasée au passage.

La section du polype n'a été pour rien dans le résultat fatal que nous retrouvons encore une fois après un travail laborieux : le fait est important, au contraire, au point de vue du pronostic de l'extirpation par excision, opération ordinairement sans gravité :

OBS. CLVII (4). — Hémorrhagie considérable pendant les quatre premiers mois de grossesse.

L'accouchement se termina par la craniotomie; la cause de l'obstacle avait été un polype volumineux qui s'attachait au col et aux parois du vagin. On l'excisa le cinquième jour. La malade alla bien pendant quelques jours, mais elle mourut d'une péritonite.

*Autopsie.* On trouva le col sain et la plaie en voie de guérison. Il n'y avait pas d'inflammation dans le voisinage du col ni nulle

(1) Sequercé, in *Breslau*, l. c., p. 139.

(2) Lachapelle, *Pratique des accouchements*, 1825, n° XXI.

(3) Chaussier, in *Bayle, Dict. des Sc. médicales?* T. VII, p. 83.

(4) Gervis, in *Med. Times and Gazette*, 1869, p. 453.



part dans la matrice ; les intestins étaient agglutinés par de la lymphe. La tumeur était fibreuse, ovale, enveloppée d'une capsule de tissu utérin continu avec celui du col.

La ligature, au contraire, opération condamnée, serait d'autant plus grave que, méconnaissant la nature du pédicule, on aurait lié l'un des culs-de-sac.

Obs. CLVIII (1). — Femme de 40 ans, accouchée au forceps, tumeur reconnue à cette époque. Six mois après, tumeur de volume de la tête d'un fœtus attachée, par un pédicule de la grosseur du poignet, au col utérin dont on ne distinguait pas l'orifice ; la tumeur était dure, rougeâtre. On fit la ligature ; il survint des douleurs semblables à celles du travail, accompagnées de vomissements. Mort le 45<sup>e</sup> jour.

La ligature avait entamé l'utérus et le péritoine était ouvert dans l'étendue d'un pouce.

Il n'y avait pas de péritonite. La tumeur s'attachait sur la plus grande partie de l'ouverture du col.

Il n'est pas besoin qu'une opération soit venue exciter l'irritabilité utérine : nous avons déjà observé la persistance des contractions utérines, tétanos utérin amenant la mort. Le cas de Borrett, si souvent cité, est intéressant sous un autre point de vue : nous y rencontrons, constaté par l'autopsie, un fait très-rare, l'abaissement total de la matrice : des contractions de cette violence, des douleurs de cette intensité, peuvent parfaitement produire la mort ; j'en rapproche, à cause de l'analogie anatomique, une observation relatée par *Smellie*, mais sans y insister, puisque le diagnostic n'a été fondé que sur les apparences extérieures.

(1) R. Gooch, *Diseases of Women*, London, 1831, 2<sup>e</sup> éd., p. 266.

Obs. CLIX (1). — En travail de sa 6<sup>e</sup> enfant; tumeur charnue insérée au-dedans de la lèvre postérieure du col; version, enfant vivant. Placenta expulsé naturellement. Le même soir douleurs violentes; tumeur du vagin dans le même état; on reconnut un utérus normal au-dessus du pubis. Les douleurs persistèrent la nuit sans hémorrhagie. Les contractions poussèrent la tumeur hors de la vulve.

La femme mourut épuisée 36 heures après l'accouchement.

A l'autopsie on trouva: *Utérus contracté, le col descendu jusqu'à la vulve* par la force d'expulsion de la tumeur qui s'attachait en arrière et en dedans du col.

La tumeur pesait quatre livres.

Rigby appelé, arriva après la mort, et jusqu'au moment de l'autopsie affirma que c'était un cas d'inversion.

Obs. CLX (2). — L'an 1742, une femme de 26 ans, en travail, consulta une sage-femme qui reconnut que la tête d'un fœtus se présentait dans le vagin, à côté d'une grosse tumeur, dure et arrondie. La sage-femme fit venir un médecin qui dit à la malade de s'en remettre à un chirurgien.

La tête, avec grand'peine, fut poussée au-delà de la tumeur et, l'accouchement terminé, on accusa la sage-femme d'avoir fait descendre l'utérus.

Quelques mois après, la tumeur s'enflamma; un médecin appelé me pria de venir. Je constatai une tumeur remplissant tout le vagin et s'attachant sur le côté du col par un pédicule d'un pouce de large. Un peu plus tard la tumeur sortait de la vulve.

Le col était porté en bas, au point qu'on voyait les lèvres de celui-ci et la tumeur elle-même. Ligature suivie d'excision.

La malade avait tellement souffert pendant la descente de l'utérus qu'elle était déjà épuisée au moment où l'on fit l'excision. Elle mourut 3 jours après, et on trouva, à l'autopsie, l'utérus mortifié à sa partie postérieure et inférieure. La tumeur était solide, dure, glandulaire.

(1) Borrett, in Gooch, l. c., p. 284.

(2) Smellie, l. c., 1778, vol. II, 4<sup>e</sup> éd. p. 92.

## CHAPITRE IV

### **Thérapeutique.**

Les indications thérapeutiques se divisent en trois grandes classes, indications médicales, chirurgicales et obstétricales : nous passerons rapidement sur les deux premières, nous réservant d'insister beaucoup sur la dernière.

Les indications médicales sont en grande partie prophylactiques : insister sur une bonne hygiène, soutenir le moral de la femme ; les indications thérapeutiques se bornent bien évidemment à la médecine des symptômes, remédier aux accidents dès qu'il s'en produit. A mesure, en effet, que la grossesse suit son cours, à mesure que ces tumeurs se développent, elles donnent lieu à une série de symptômes qui, variables suivant les différentes époques de la grossesse, exigent par cela même un traitement approprié ; nous voulons parler de la dysurie et de la rétention des matières fécales, déterminées par les compressions qu'exerce la tumeur. Inutile d'ajouter que dans le traitement médical rentrent les indications que nous aurions à remplir dans les cas où la tumeur passerait à un état morbide donnant lieu à des accidents locaux et généraux.

Pendant les premiers mois de la grossesse, c'est-à-dire quand celle-ci n'a pas encore dépassé le quatrième mois, nous observons certains accidents que nous allons énumérer.

*Hémorrhagie* : rare, à moins qu'elle ne soit le premier acte d'un avortement ; plus souvent liée à l'existence d'un polype du col ou qui serait venu traverser le col. Le traitement doit consister dans l'excision du polype, qui expose encore moins à l'avortement que le tamponnement. Nous rappelons un cas d'énucléation de tumeur interstitielle du corps de l'utérus (Obs. XXVII) et des cas de ligature ou d'excision de polypes du col. (Voir p. 210 et suiv.)

*Dysurie* et rétention des matières fécales. S'il est plus habituellement facile de remédier à ces accidents, il est cependant certains cas dans lesquels les déviations du col de la vessie ou les compressions exercées sur cet organe viennent créer au chirurgien des difficultés qu'il ne surmontera qu'à l'aide de procédés plus ou moins ingénieux.

*Rétroversion* et les cas analogues où une tumeur empêche le fond de l'utérus de se dégager de la cavité : quand cette rétroversion ne se réduit pas d'elle-même dans les progrès de la grossesse ou à la suite d'un cathétérisme, il est évident qu'il faut y remédier. Nous ne voulons pas entrer ici dans le détail de tous les procédés employés, mais nous ne pouvons résister au désir de citer l'observation d'Ingleby, pour montrer jusqu'où peut aller la bizarrerie des procédés et la hardiesse de la manœuvre (1).

« On proposa la ponction de l'utérus ; mais avant d'en arriver là, il fut convenu de faire encore une tentative. Avec beaucoup de peine et en employant une grande force, je parvins à passer ma main dans le vagin, et glissant un doigt

(1) J. T. Ingleby, *Obstetric medicine*, p. 73.

derrière le pubis, à atteindre le col de l'utérus. Un aide insinua en même temps sa main dans le rectum, et nous étions de la sorte maîtres de la femme. Refoulant d'une part le fond, de l'autre attirant en bas le col, la tumeur finit par s'élever au-dessus du promontoire, et l'utérus reprit sa position normale. » Il faut ajouter que 24 heures après un fœtus de 4 mois, macéré, fut expulsé, et que la malade eut une inflammation interne grave; mais elle se rétablit. C'était un cas de rétroversion simple; mais l'indication à remplir est la même dans les gros-esses avec tumeur, où la rétroversion se complique de l'incarcération d'une tumeur dans l'excavation par suite de son développement exagéré ou de son refoulement excentrique produit par l'expansion de l'utérus : que l'on réduise du reste par le vagin ou par le rectum, la réduction est le fait capital, et ce qu'il faut déterminer; tout procédé donc qui parviendra à ce résultat sans occasionner des accidents qui compromettent ou la grossesse ou la vie de la femme est un bon procédé.

Quand l'accident met la vie de la femme en péril, quand la réduction de la tumeur n'a pu s'effectuer, l'indication est formelle, il faut sauver la vie de la femme en détruisant l'embryon : on devra, en pareil cas, agir comme l'a fait M. Depaul dans le cas de la femme de Laon (Obs. V) et provoquer l'avortement : il a rempli l'indication en passant une sonde dans l'utérus et en la retournant en tous sens (1); mais le col peut être hors de portée; en ce cas, on serait réduit à faire la ponction par le rectum.

(1) *Ziegler*, dans un cas de rétroversion irréductible avec tumeur de la face postérieure du fond, passa la sonde utérine : fœtus de 3 1/2 mois expulsé le lendemain. Mort le 4<sup>e</sup> jour avec symptômes de compression du cerveau. Tumeur du volume d'une orange : sphacèle des parois de la vessie.

*La grossesse est de quatre à six mois.*

On observe surtout des accidents de compression pendant cette période ; ils ont lieu principalement dans les cas de tumeurs de l'excavation, soit que le corps de l'utérus, étant gêné dans son développement du côté de l'abdomen, les refoule plus profondément, soit que des tumeurs abdominales se déplacent du côté du petit bassin à mesure que le viscère tend lui-même à appartenir à la grande cavité abdominale.

Si la tumeur est devenue intra-pelvienne pendant le cours de la grossesse, nous revenons à l'état que nous venons de décrire sous le titre de *Rétroversion* ; mais, on le comprend, l'indication de la réduction, qui peut être formelle à cause des accidents éprouvés par la femme, est contre-indiquée au point de vue de la grossesse, car si une tumeur du fond a été poussée jusque dans la cavité pelvienne par les progrès du développement de l'utérus, cela est sans doute parce que celui-ci prenait plus d'accroissement du côté de la paroi antérieure ; réduire la tumeur compromettrait la marche de cet accroissement nécessaire ; aussi serait-il à craindre que l'avortement ne se produisit à sa suite : dans l'observation XIV, l'expulsion spontanée du fœtus est, en effet, survenue quelques semaines plus tard ; dans l'observation XII, au contraire, la grossesse est arrivée à terme.

Si une tumeur qui a toujours appartenu à l'excavation est devenue une cause de troubles sérieux par l'influence mécanique qu'elle exercerait, troubles qu'on ne peut pas espérer conjurer, l'indication déjà posée se retrouve encore : sauver la mère aux dépens de l'existence du fœtus.

Si des compressions sérieuses s'exerçaient, au contraire, du côté des viscères abdominaux et thoraciques, l'indication existe encore.

L'indication d'extirper des tumeurs, donnant lieu à des hémorrhagies graves, se retrouve encore à cette époque plus avancée de la grossesse.

*La grossesse a dépassé six mois.*

A cette heure l'enfant est viable et la grossesse a grande chance d'arriver à terme, car les accidents mécaniques ne s'observent plus guère ; aussi la question qui appartient en propre à cette période est l'intervention obstétricale pure, l'accouchement prématuré artificiel, et il semblerait tout d'abord que l'indication existe ici sans discussion.

Deux cas peuvent se présenter : ou la femme qui vient réclamer nos soins offre des tumeurs musculaires d'un volume médiocre, ou au contraire elle présente de ces énormes tumeurs qui transforment toute l'excavation en une espèce de masse fibreuse, à part une filière plus ou moins étroite.

Il est bien évident que dans le premier cas, c'est-à-dire quand la tumeur laisse encore entre elle et les parois du bassin un espace suffisant pour que l'on puisse espérer voir passer un enfant vivant, on n'a pas le droit d'hésiter, et l'on doit ici, comme dans les cas de rétrécissement du bassin, qu'ils soient dus au rachitisme ou à toute autre cause, intervenir activement par l'accouchement prématuré artificiel : la seule difficulté dans ce cas, c'est de déterminer le moment où on doit pratiquer cette opération : l'on s'éloignera d'autant plus du terme de sept mois que la tumeur sera plus mobile, plus souple, et le canal qu'elle laissera perméable plus considérable. Malheureusement ce cas que nous avons défini paraît ne pas se présenter habituellement dans la pratique : en lisant nos observations on pourra se convaincre qu'il ne s'agit pas de ces tumeurs d'un médiocre volume,

mais au contraire de ces énormes masses qui remplissent pour ainsi dire hermétiquement toute l'excavation, laissant à peine pénétrer le doigt jusqu'au col, et ne permettant qu'exceptionnellement d'arriver jusqu'au segment inférieur de l'utérus et à la partie fœtale.

Doit-on ici intervenir par l'accouchement prématuré artificiel? Une foule de conditions viennent influencer sur la décision de l'accoucheur; les derniers faits cités par M. Depaul et par M. Guéniot et à propos desquels cette question a été soulevée à la Société de chirurgie, sont venus prouver la possibilité de l'accouchement spontané dans des cas où il avait été tout d'abord jugé impossible, et confirmer ainsi les observations antérieures et relativement assez nombreuses dans lesquelles ce fait avait été si nettement présenté, et nous devons par conséquent être d'autant plus réservés et prudents dans notre décision. Ces faits de déplacement total de la tumeur, d'autres d'assouplissement au delà de toute prévision de tumeurs qui semblaient se présenter comme une barrière infranchissable au-devant de la partie fœtale, ne nous permettent pas d'établir le pronostic comme nous le ferions dans un cas de tumeur pelvienne fixe, qui offrirait les mêmes conditions apparentes.

Toutefois il est des variétés de tumeurs qui ne comportent pas des terminaisons aussi heureuses, et parmi celles-ci nous devons citer en particulier les tumeurs sessiles du col, et les tumeurs qui occupent le cul-de-sac postérieur, qui sont immobilisées tant par leur volume que par leur situation même et par les adhérences qu'elles ont pu contracter avec les parties environnantes. Dans ces cas, peut-on et doit-on intervenir par l'accouchement prématuré artificiel? Nous ne le croyons pas et voici pourquoi. Étant admise la détermination du travail, il est évident que l'enfant



ne pourra être expulsé à travers cette filière si étroite, que nous avons constatée, par les seuls efforts de la nature ; il faudra donc que nous intervenions, soit par une application de forceps, soit par la céphalotripsie ou l'embryotomie : ces opérations sont-elles possibles dans ces conditions ? Non, ou si elles sont possibles, elles font courir à la mère des dangers tels, que sa vie se trouve fatalement compromise : on voit donc qu'on se trouve obligé de tenir la conduite de M. Depaul et de M. Guéniot, conduite qu'ont tenue presque tous les accoucheurs en pareille circonstance, renoncer à provoquer l'accouchement et attendre l'arrivée du terme, quitte à prendre à ce moment un parti radical. Nous sommes d'autant plus fondés à ne pas intervenir, que nous agissons sur un utérus atteint d'une lésion et non sur un organe parfaitement sain, comme dans les cas ordinaires : toutefois, ce que nous savons sur la manière d'être du viscère au point de vue de l'accouchement ne nous permet pas de mettre une opposition formelle à la mise en pratique de l'accouchement provoqué ; car les cas pour lesquels l'opération serait indiquée sont de ceux qui, le moins de tous, donnent lieu à des accidents consécutifs graves : on ne devrait jamais intervenir si l'utérus contenait des tumeurs multiples, car cette forme de la lésion augmente singulièrement la gravité du pronostic en général, et les dangers de notre intervention se trouveraient encore accrus.

Nous nous trouvons donc ici en opposition formelle avec la théorie d'Ashwell, que nous allons examiner tout au long, vu son importance et les nombreuses controverses qu'elle a soulevées. Faisons remarquer seulement qu'Ashwell proposa sa méthode comme un moyen pour ainsi spécifique, dans toutes les tumeurs de cette nature, et qu'il a commis la grosse erreur de confondre un ramollissement pathologi-

que avec ce qui n'est en somme qu'un état physiologique.

Ashwell appela, en 1836, l'attention sur cette question à propos de deux faits qui lui avaient laissé une sinistre impression : il justifia, à sa manière, la pratique qu'il proposait, et comme les faits étaient rares à cette époque, il les étaya de faits qu'il n'est pas permis d'interpréter à sa façon. Ashwell n'a convaincu personne, mais il a formulé pour l'art obstétrical une indication qui a été suivie de temps à autre. Ingleby (1) a très-largement discuté cette question et a conclu dans un sens opposé à Ashwell. Simpson (2) a porté le même jugement.

La source de cette indication était pour *Ashwell* : 1° l'existence d'un ramollissement de mauvaise nature se produisant aux environs des sixième et septième mois, et conduisant à de graves dangers, lorsque la tumeur subissait des contusions pendant le travail de l'accouchement : il y avait donc lieu de procurer la sortie de l'enfant à une époque où son volume moindre rendrait la compression moins désastreuse ; 2° l'observation que l'utérus, dans ces cas, n'était pour rien dans la mort qui survenait, qu'il était au contraire sain (3), et que les altérations pathologiques, dans la tumeur, étaient seules cause du résultat défavorable.

Il y a dans ces deux propositions des faits vrais et des conclusions fausses ; examinons. Le ramollissement est de deux espèces : une physiologique, hypertrophie avec vascularisation se maintenant dans des limites telles que la cause n'existant plus, la tumeur pourra reprendre son état *ante partum* ; l'autre, pathologique avec vascularisation exagérée

(1) Ingleby, *Obstetric medicine*, p. 453.

(2) *Edinb. Monthly Journal*, 1848, p. 439.

(3) Nié certainement à tort par M. Guéniot, *Bull. de Thérap.*, 1866, p. 455.

et formation de produits peu susceptibles de rétrograder, tels en un mot qu'une influence défavorable locale ou générale pourrait définitivement les empêcher de revenir à une condition d'innocuité pour l'organisme. Le ramollissement est-il de la première espèce, il est urgent de favoriser le développement de la grosseur qui l'a produit, tout en modérant, grâce à une bonne hygiène et thérapeutique appropriée, l'excitation qui tendrait à dépasser le but physiologique, car si on l'interrompt subitement, on risque de voir survenir la modification pathologique. Est-il de la deuxième espèce, comme déjà nous n'avons pas des moyens de contrôle, il est encore plus urgent de ne pas forcer l'organisme dans une voie qu'il n'a pas prise lui-même; car il faut bien s'en rendre compte, en supprimant la grosseur, nous ne supprimons pas la cause du ramollissement pathologique, cause qui réside potentiellement dans la tumeur.

La clef de cette difficulté vraiment grande est dans la deuxième proposition d'Ashwell, seulement elle sert à clore et non à ouvrir la discussion. L'utérus est sain, pourquoi s'en étonner? Mais s'il n'avait été sain, il n'eût pas toléré ensemble la grosseur et ce travail pathologique de la tumeur; si, en présence de conditions aussi défavorables, l'utérus est resté sain, c'est que vous vous êtes mépris sur le sens de la réaction qui se manifestait : celle-ci, tout inquiétante qu'elle fût, aurait pu céder, et si, au pire, l'accouchement spontané hâtif se fût déclaré, vous n'auriez pas, vous, brusqué la nature, vous auriez laissé à ses ressources infinies le soin de dénouer la situation, dont vous n'êtes pas maître, dans le sens le plus favorable possible. Est-ce à dire que je condamne irrévocablement l'accouchement hâtif provoqué? non, car on peut avoir la main forcée; mais dans ces conditions d'une appréciation si délicate, c'est au lit du malade et

non dans un mémoire rétrospectif qu'on justifie son intervention. Faut-il donc me résumer en disant qu'il n'y a aucune indication de provoquer l'expulsion prématurée du fœtus? Il y en a une seule, la voici : quand la compression exercée par l'ensemble de la tumeur et de l'utérus est telle, que la vie de la femme court un véritable risque, soit par l'épuisement nerveux, soit par l'inanition progressive qui résulte de la gêne de toutes les fonctions de maintien et de réparation, il ne saurait y avoir une indication de par l'état de l'utérus ou de la tumeur, car si l'utérus était malade, il ne tolérerait pas une prolongation de la grossesse, et si la tumeur avait des allures morbides, l'influence puerpérale *post partum* ne serait en rien moins grave parce que vous en auriez usé à votre gré comme modificateur thérapeutique. On le voit, à notre point de vue, l'unique indication thérapeutique de l'accouchement hâtif provoqué est l'influence mécanique exercée par les progrès simultanés de l'œuf et de la tumeur, et nullement l'influence morbide sur laquelle l'accouchement prématuré serait impuissant. (Voir obs. XIX.)

Cela dit, quelle portée ont les faits dans lesquels on a eu recours à la pratique de l'accouchement hâtif? Nous connaissons le cas de M. Depaul (Obs. V), qui répond à l'unique indication que nous avons admise. Nous avons cité un cas où R. Lée (Obs. XIX) l'opposa à un état morbide de la tumeur : résultat fatal. Nous devons à Lever un cas très-intéressant, un accouchement prématuré provoqué au huitième mois. La tumeur, des plus volumineuses, s'était hypertrophiée depuis le début de la grossesse et se présentait dans un état de mollesse particulière; ce n'était pas en toute apparence un état de dégénérescence. Le résultat fut heureux, et bien que la tumeur fût restée volumineuse, la santé de la femme s'améliora. Pendant le travail, la tumeur se condui-

sit comme d'autres tumeurs pareillement situées, et rien ne prouve que l'accouchement n'eût pu avoir lieu au terme naturel sans danger pour la femme.

Obs. CLXI (4). — Madame C..., 36 ans, réglée à 16 ans, mariée à 20.

*Grossesses.* — Les deux premiers accouchements à terme; le troisième prématuré. Quatrième, cinquième, sixième, septième à terme; huitième prématuré, suivi d'une hémorrhagie très-forte : actuellement neuvième grossesse. Pendant toute sa durée, elle fut presque continuellement alitée et sa santé était très-altérée. Elle entra à l'hôpital le 30 janvier 1850. On reconnut une tumeur dure provenant de la face postérieure de l'utérus et grosse comme deux poings. Le col était porté contre la symphyse pubienne.

Le 27 février, la santé était améliorée, mais la tumeur avait augmenté considérablement, elle était plus molle et ressemblait à un riz de veau; elle s'étendait beaucoup plus bas à droite qu'à gauche; l'extrémité de deux doigts peut à peine se placer entre la tumeur et la symphyse. Col un peu dilaté; pas de présentation; la grossesse est de 7 mois et demi. Lever proposa l'accouchement prématuré, ce qui se fit par la ponction des membranes. Le travail se déclara le lendemain.

La tête se présenta avec les deux pieds. La masse à gauche recula; celle de droite se laissa comprimer. La femme accoucha le 2 mars d'un enfant mort: elle se rétablit, et sa santé devint beaucoup meilleure qu'elle n'avait jamais été.

Examinée plus tard, on put constater que la tumeur s'étendait très-haut dans l'abdomen, dure et indolore. Le toucher vaginal fit voir qu'elle était plus développée et placée plus bas dans le bassin qu'avant l'accouchement.

R. Lee a imité avec succès la marche spontanée d'une grossesse précédente, mais il l'a fait sans y avoir été forcé;

(4) Lever, in *Guy's H. sp. Rep.* 1854, 2<sup>e</sup> S. Vol VII, p. 125.

je ne pense pas qu'on doive l'imiter. Il est regrettable qu'il ne nous ait pas communiqué les motifs de son intervention; c'était encore un cas de tumeur pouvant se mobiliser, et par conséquent dans les conditions qui permettent l'expectation. Comme faits, ces deux cas sont intéressants au point de vue de la possibilité d'intervenir, lorsque les tumeurs ne sont qu'à l'état d'hypertrophie simple, sans provoquer de réaction morbide; mais ils manquent d'une suffisante précision. (2)

Obs. CLXII (1). — Madame R., au 4<sup>e</sup> mois de sa grossesse.

Une tumeur de la face postérieure de l'utérus porte le col derrière la symphyse: le ventre a considérablement grossi depuis 3 mois, et son volume dépasse de beaucoup celui d'une grossesse de 4 mois.

Au sixième mois il survint un travail spontané; toute la cavité du sacrum était occupée par une tumeur de la face postérieure du col et du corps, tumeur molle irrégulière: chute du cordon, fœtus mort; ne connaissant pas la présentation, j'introduisis la main et, trouvant un pied, fis l'extraction *en tirant tandis que je repoussai de l'autre main la tumeur*.

La même femme dans sa grossesse suivante, fut accouchée prématurément par la ponction des membranes entre le cinquième et le sixième mois. Version dans les mêmes conditions, en tirant et en poussant. Elle se rétablit.

Comme contraste, je ne puis mieux faire que d'indiquer ici une observation où on a tenu une conduite différente de celle tenue par R. Lee, obs. XIX, suivie d'un résultat très-heureux. Il serait bien désirable que l'observation clinique cherchât à préciser le diagnostic de l'état anatomique de tumeurs qui, quoique donnant les mêmes symptômes,

(1) R. Lee, 500 *cases in Midwifery*. London, 1864, case 105.

(2) M. Tarnier a provoqué l'accouchement prématuré dans un cas. L'enfant est mort pendant l'extraction. (Soc. Chir. 24 fév. 1869.)

étaient évidemment le siège de lésions très-différentes. (Voir nos obs. XCII, XCIII).

Obs. CLXIII (1). — Une dame était au cinquantième mois de sa septième grossesse. Depuis deux ans, elle éprouvait des sensations très-incommodes du côté de l'utérus, surtout après les fatigues. La sixième grossesse avait été pénible et l'accouchement fut suivi d'hémorragies répétées; des caillots de couleur chocolat furent expulsés. Ces symptômes étaient accompagnés de sensations de battements artériels et de brûlure du côté de l'utérus, parfois avec engourdissement et faiblesse musculaire du membre inférieur gauche. Cet engourdissement et cette faiblesse ont persisté pendant plusieurs semaines de la septième grossesse. Le toucher et le palper abdominal firent reconnaître une tumeur dans la paroi postérieure de l'utérus au-dessus et à gauche du col; elle avait le volume du poing, était dure et sensible à la pression et occupait l'aîne du côté gauche. La sensibilité de la tumeur était telle, lorsque la femme marchait ou était dans la station debout, qu'elle dut rester couchée, à partir de ce moment, jusqu'à la fin de la grossesse et on chercha par tous les moyens possibles à tenir en échec l'état inflammatoire. On se tint prêt à agir d'après le conseil d'Ashwell, si quelques symptômes graves venaient à apparaître.

La tumeur n'augmenta pas. Lors de l'accouchement, l'hémorragie fut moindre que dans la grossesse précédente.

Les lochies, ou plutôt un écoulement de bouillie rougeâtre, continua pendant quelques semaines, ce qui dut agir très-favorablement.

On ne permit pas à la femme d'allaiter son enfant.

Au bout de deux mois, la tumeur avait presque disparu.

Nous croyons donc que l'on doit réserver l'accouchement prématuré artificiel pour les cas que nous avons supposés dans la première partie de ce chapitre.

(1) Ingleby, in *Edinb. Med. Journal*, 1839, p. 78.

*La femme est au terme naturel de la grossesse.*

Appelé auprès d'une femme à terme ou en travail, notre premier devoir sera de nous assurer, aussi exactement que possible, de l'état anatomique, de bien étudier la complication et de porter un pronostic fondé sur un diagnostic aussi exact que possible. Nous savons que trois espèces de tumeurs sont seules susceptibles d'entraver la marche du travail : 1° les tumeurs interstitielles nombreuses par le spasme ; 2° les tumeurs intra-utérines situées au-dessous de la partie fœtale ; 3° les tumeurs périutérines de l'excavation.

Le toucher simple nous ayant donné une idée générale sur l'espèce de la complication, nous devons, si nous rencontrons l'un de ces états, reconnaître avec soin la nature de l'obstacle qu'elle paraît devoir présenter ; c'est ainsi que nous compterons parmi les conditions plus favorables que d'autres : 1° l'état pédiculé, pour les tumeurs intra-utérines et pour celles du col, parce qu'il nous permettra de les attirer en bas ou de les exciser si elles constituent un obstacle infranchissable ; 2° une circonscription nette des tumeurs sessiles, ce qui pourrait, dans des circonstances analogues, favoriser une tentative d'extirpation ; 3° une certaine mobilité pour les tumeurs périutérines. Examinons plus à fond ces dernières ; si elles sont pédiculées et manifestement mobiles, il n'est pas besoin d'attendre la dilatation du col pour tenter déjà de les porter en dehors de l'excavation, nous devons opérer aussitôt leur réduction. Si nous ne reconnaissons aucune mobilité, le pronostic varie avec l'état du col : si celui-ci est dilaté, si les tentatives de refoulement ont été infructueuses, si nous avons fait ces tentatives avec une suffisante persistance dans l'état d'anesthésie complète, nous n'avons plus rien à attendre de la mobilisation de la



tumeur, nous devons penser à autre chose : si le col n'est pas dilaté, nous devons encore attendre et, à mesure qu'il se dilate, constater l'influence des contractions sur la position de la tumeur ; si la position ne change pas, la tumeur n'appartient pas au segment inférieur ou bien elle est immobilisée par d'autres causes et il nous faudra penser à d'autres moyens de faire accoucher la femme. Si au contraire, à mesure que le col se dilate, la tumeur s'écarte progressivement, nous avons tout à espérer du déplacement continu qui va s'effectuer ; nous patienterons donc, et, dès que le col sera dilaté, nous aiderons artificiellement au besoin ce déplacement spontané.

Par cette étude préliminaire, nous avons déterminé les cas dans lesquels l'accouchement ne peut se terminer sans intervention, et nous étudierons successivement :

A. Les tumeurs multiples avec contraction irrégulière qui emprisonne le fœtus ; voir obs. XXXIII, unique dans son genre ; en pareil cas on emploierait le chloroforme pour réduire le spasme, et on hâterait le travail en intervenant par la version ou par le forceps.

B. Les tumeurs pédiculées ou interstitielles couchées sur le segment inférieur de l'utérus. Si elles sont de moyen volume et molles, intervenir par la version, le levier, le forceps selon le choix de l'opérateur, en se conformant aux indications habituelles de leur emploi. Si elles sont volumineuses et si la partie fœtale ne peut en aucune manière passer au delà, faire l'extirpation si elle est possible, perforer le crâne et laisser marcher le travail, ou appliquer le forceps de suite et à intervalles de trois à quatre heures ; en cas d'insuccès, céphalotripsie, embryotomie selon les indications, et lorsqu'on n'aura pas pu même par ces moyens déterminer

l'expulsion du fœtus mutilé, tenter encore l'extraction par la version, voir obs...

C. Les tumeurs sessiles du col, empêchant sa dilatation; intervenir par tous les moyens ci-dessus spécifiés, au besoin faire une incision sur la partie saillante et tenter l'énucléation.

D. Les tumeurs pédiculées du col ou du corps occupant le vagin; tenter de les attirer au dehors, puis, si l'obstacle est manifestement infranchissable, passer la chaîne de l'écraseur, sans la remonter jusqu'à l'extrême limite de la partie adhérente, afin de fixer une limite nette au-dessous de laquelle on excisera la tumeur.

E. Les tumeurs de l'excavation immobiles. Y a-t-il possibilité d'agir sur elles? Tout prouve que leur immobilité ne tient pas à leur volume, puisque nos observations démontrent que les tumeurs les plus volumineuses peuvent remonter au-dessus du détroit supérieur lorsque les conditions anatomiques de ce déplacement existent. Donc, les moyens mis en usage pour diminuer leur volume dans le but de les mobiliser sont aussi formellement contre-indiqués que le seraient ceux qui se proposeraient d'agrandir la capacité du bassin, c'est-à-dire, la symphyséotomie, la pelviotomie, opération certainement séduisante en théorie en ce cas particulier, puisqu'il ne s'agit que de la mise en liberté d'une tumeur qu'on suppose incarceration (opération pratiquée contre la rétroversion de l'utérus) (1); nous repoussons toute tentative de cette nature, aussi bien que la ponction de ces tumeurs dans le but de diminuer leur volume et de les réduire ensuite, et nous renvoyons à nos obs. CI, CII, qui

(1) Ingleby, *Obstétric médecine*, p. 74, A. Martin le jeune, Mém. de Méd. et de Chir. pratiques. Paris, 1835, p. 183.

montrent le résultat fatal de pareilles tentatives; nous appelons surtout l'attention sur la belle observation de Spaeth où la question a été étudiée anatomiquement dans tout son détail: reste l'indication de diminuer le volume de la tumeur par la ponction (1), l'incision, voire même de l'extirper en totalité, afin de permettre l'expulsion du fœtus, puisque notre dernière ressource est l'opération césarienne, laquelle est presque nécessairement fatale; il nous est donc permis de tout tenter en vue d'arriver à faire accoucher la femme par les voies naturelles. Si donc la tumeur a des limites très-précises, un volume qui lui permette de passer au dehors, et si elle descend assez bas au-dessous du col pour qu'on puisse la considérer comme pédiculée, une tentative d'extirpation devra certainement être faite (2).

Nous nous trouvons donc ici en présence de tumeurs qui, tout en laissant une certaine possibilité de terminaison naturelle de l'accouchement, exigent le plus habituellement une intervention active. Une fois l'impuissance de la nature bien constatée, quel est le parti auquel on doit s'arrêter? Il est une particularité qu'il est facile de constater par la lecture de nos observations, c'est que l'enfant se présente souvent dans ce cas par l'extrémité inférieure, c'est-à-dire semblerait avoir une tendance à s'engager comme un coin dans le passage resté libre. On doit même se demander s'il n'y aurait pas lieu de déterminer artificiellement cette présentation et d'aller ensuite, par des efforts de traction, aider

(1) Le 2<sup>e</sup> cas de Park; *Med. Chir. Trans.* London, 1817. V. II, p. 300, appartient vraisemblablement aux tumeurs fibreuses utérines.

(2) Je ne connais que le cas de Burns, qui se rapporte à une tumeur pelvienne. La femme se rétablit malgré une attaque de péritonite. *Principles of Midwifery*, p. 33.

aux contractions utérines; c'est, nous le savons, l'opinion de M. Tarnier, qui a bien voulu nous faire cette communication verbale; il pense, en effet, qu'en agissant ainsi on peut aider au déplacement de ces tumeurs, et c'est, en particulier, l'opinion qu'il avait soutenue dans le cas de M. Guéniot. Nous croyons que cette opinion, qui aurait besoin d'être appuyée sur des faits plus nombreux, mérite d'être prise en sérieuse considération; élève de Simpson, nous devrions, pour notre part, nous déclarer partisan de cette manœuvre, et la théorie que nous avons admise plus haut à propos de l'action des fibres musculaires du fond de l'utérus sur le déplacement de la tumeur, théorie dans laquelle nous avons repoussé l'influence de la dilatation de l'orifice, trouverait ici son application; malheureusement, croyons-nous, cette méthode ne serait pas applicable aux cas où la tumeur ne se déplace pas et où, par conséquent, le passage reste aussi étroit à la fin du travail qu'au début. Merriman (1), Lever (2) et dernièrement M. Depaul (3) l'ont repoussée. L'accouchement dans ces conditions devient souvent impossible par les voies naturelles, et il ne reste qu'à s'en remettre à l'opération césarienne.

Nous ne voulons pas insister sur les suites de couches, ni sur les accidents qui peuvent les accompagner, et qui n'offrent en général rien de particulier; on comprendra cependant que, dans le cas de polypes intra-utérins en particulier, la femme reste prédisposée aux hémorrhagies qui accompagnent si souvent ces sortes de tumeurs en dehors de

(1) Merriman, *Synopsis*, 1826, p. 61.

(2) Lever, in *Guy's Hosp. Reports*, 1842. Vol. VII, p. 100.

(3) *Discussion de la Société de Chirurgie*.

tout état puerpéral; l'indication de débarrasser la femme par l'excision se présentera donc ici subordonnée à l'état local ou général; disons seulement que l'accouchement, se présentant avec des phénomènes d'une gravité plus ou moins considérable, entraînera nécessairement pour la femme des suites de couche un peu plus compliquées et qu'elle se trouvera ainsi exposée, plus que dans l'accouchement normal, à toutes les complications qui viennent si souvent compromettre sa vie.

Pour terminer par un aperçu général sur la conduite à tenir dans l'accouchement, nous dirons que l'on doit avant tout faire une large part à cet assouplissement et à ce déplacement que nous avons vu jouer un si grand rôle dans l'accomplissement du travail; compter dans un grand nombre de cas sur la terminaison spontanée de l'accouchement, et ne nous décider à agir qu'après avoir constaté, d'une façon absolue, l'impuissance des efforts utérins; enfin, intervenir en tenant compte des conditions souvent complexes qui doivent déterminer l'indication d'intervenir ainsi que l'opportunité de l'intervention.

L'indication et l'opportunité résolues, le mode d'intervention est livré, je le dis sans réserve, au tact obstétrical, tact qui suppose la science, l'expérience et la hardiesse, et je ne puis mieux conclure que dans les termes d'un auteur (1) qui semble avoir vu beaucoup plus qu'il n'a su enseigner: « Puisque les remèdes de ces maladies ne s'inventent pas sans peine et s'appliquent difficilement, nous nous dispensons d'en enseigner la cure, laissant aux médecins et aux chirurgiens de s'exercer avec soin dans des cas pareils. »

(1) Henry à Daventer, *The Art of midwifery improv'd*, London, 1728, 3<sup>e</sup> éd., p. 144.

## A P P E N D I C E

---

**Obs. CLXIV (4).** — 33 ans, primipare : réglée à 17 ans; mariée depuis 14 ans; dernière époque vers le commencement d'août.

Souffrances considérables au début de la grossesse; un médecin reconnut une tumeur fibreuse; pendant les deux dernières semaines, la marche est devenue difficile.

19 mai, début du travail. Dans la région hypogastrique on reconnaît une tumeur globuleuse du volume d'une pomme, élastique, sessile; dans la région iliaque droite, à côté de la précédente, une tumeur du volume d'une tête d'enfant. Les contractions ne faisant pas avancer la tête, on appliqua le forceps : enfant mâle vivant; on constata sur la paroi postérieure de l'utérus la présence de deux autres fibroïdes du volume de noisettes.

Vingt minutes après l'accouchement, il se manifesta un état de collapsus extrême : hémorrhagie interne; extraction d'une grande quantité de caillots. Péritonite intense. Mort le sixième jour.

**Autopsie.** Péritonite; injection de la séreuse viscérale;

(1) Habit *Klinik der Geburtskunde*. Leipzig, 1864. Bd II, p. 126.

exsudations récentes faisant adhérer la tumeur de la face antérieure de l'utérus avec la paroi abdominale.

L'ensemble de l'utérus et des tumeurs pesait 4440 grammes : les parois avaient 2 centimètres d'épaisseur ; le gros fibroïde avait 12 centimètres sur 9 ; il donnait la sensation de fluctuation. En l'incisant, on trouva une épaisseur considérable de tissu sain, et au centre, une cavité (5 centimètres sur 3 1/2) contenant une matière brun-rouge, détritüs du tissu propre mêlé de sang.

# TABLE DES MATIÈRES

---

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I. — <i>Du Myome.</i>	
Anatomie générale.....	3
États pathologiques.....	9
CHAPITRE II. — <i>Influence de la grossesse sur le myome et du myome sur la grossesse.</i>	
Historique.....	24
Influence de la grossesse sur le myome.....	50
Influence du myome sur la grossesse.....	51
A. Myomes du corps de l'utérus.	
Marche de la grossesse.....	52
Diagnostic.....	79
Pronostic.....	94
CHAPITRE III. — <i>Accouchement dans la grossesse compliquée. — (Myomes du corps).</i>	96
1. Tumeurs intra-utérines.	
— interstitielles.....	108
— pédiculées.....	116
Placenta inséré sur la tumeur.....	128
Inversion.....	133



2. Tumeurs périutérines.	
— périutérines n'appartenant pas à l'excavation..	138
— périutérines de l'excavation : mobiles.....	149
— — — immobiles.....	182
Opération césarienne.....	189
Cas où la femme mourut sans avoir été délivrée.....	201
B. Myomes du col de l'utérus.....	203
CHAPITRE IV. — <i>Thérapeutique</i> .....	225
Accouchement prématuré artificiel.....	228
APPENDICE.....	243