

Bibliothèque numérique

medic@

Malgaigne, J.-F.. - Des polypes utérins

1832.

Paris : Imprimerie d'Éverat

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)

Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1832x01x06>

6
110989
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour l'agrégation en Chirurgie.

POLYPES UTÉRINS,

THÈSE,

Par J.-F. Malgaigne,

D. M. P., chevalier du Mérite militaire de Pologne, ex-médecin de division dans l'armée nationale polonaise, Membre de plusieurs Sociétés savantes.

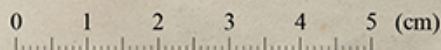


PARIS.

IMPRIMERIE D'ÉVERAT,

RUE DU CADRAN, n° 16.

1852.



JUGES DU CONCOURS.

MM. DUBOIS, *Président.*

DESGENETTES,
J. CLOQUET,
MARJOLIN,
MOREAU,

Professeurs.

MM. DUBLED,
HATIN,

Agrégés.

BLANDIN, *Suppléant.*

COMPÉTITEURS.

MM. DANYAU,
DELMAS,
HALMA-GRAND,
MICHON,
MONOD.

MM. RICORD,
ROBERT,
SANSON,
SÉDILLOT.

DES

POLYPES UTÉRINS.

On désigne en général, sous le nom de polype utérin :

Toute excroissance tirant son origine, par un pédicule plus ou moins large, de la surface muqueuse du col ou du corps de la matrice.

Comme plusieurs auteurs l'ont très-bien observé, ce mot vague de polype devrait être rejeté de la pathologie; en effet, il n'indique qu'une apparence extérieure, encore très-variable, au risque de rassembler ainsi des tumeurs de nature très-différente. Toutefois l'usage a prévalu, et il est juste d'ajouter que cette forme extérieure, surtout pour les polypes utérins, est la source des principaux symptômes et même des indications thérapeutiques. Notre définition, aussi générale que le mot lui-même, comprend donc également toutes les tumeurs pédiculées de la surface muqueuse, quelles que soient leur nature et l'origine superficielle ou profonde qu'y démontre l'anatomie pathologique; elle exclut les tumeurs pédiculées de la face externe ou péritonéale, et les autres tumeurs, appelées par M. Roux *polypeuses*, et développées dans l'épaisseur des parois utérines; toutefois l'étude approfondie des polypes nous conduira à donner quelques détails sur ces objets.

L'histoire philosophique et chirurgicale des polypes utérins ne date guère que du milieu du 18^e siècle. Un coup d'œil rapide sur les connaissances antérieures fera mieux apprécier les services rendus principalement par Levret à cette partie de la science.

Un passage d'Hippocrate, au livre *De natura muliebri*, ne permet guère de douter qu'il n'ait connu cette affection. Celse, dont on cite deux passages, est beaucoup plus obscur; ou plutôt il ne paraît parler que des végétations cancéreuses. Un passage de Galien, rapporté par Le-

faucheux, est fort concis, pour ne rien dire de plus; Aëtius n'est guère plus satisfaisant; Paul-d'Egine seul décrit avec assez de clarté les excroissances utérines sous le nom de *cercosis*. Deux chirurgiens, fort ignorés d'ailleurs, Philoténus, cité par Peyrilhe, et Moschion, cité partout, sont les seuls qui nous aient transmis quelques détails raisonnés sur le développement des excroissances de l'utérus; Moschion leur donna le premier le nom de *poules* ou *polypes*. Les Arabes et les arabistes n'en disent que quelques mots, principalement sur le traitement; le même reproche peut s'adresser à A. Paré, qui cependant avait eu occasion de découvrir par l'autopsie un polype du col utérin. Guillemeau, le premier, les décrivit avec quelque soin; il eut trop peu d'imitateurs. Bartholin se convainquit de leur existence par l'autopsie; Ruisch, qui leur restitua le premier le nom de polypes, eut le même avantage; mais les lumières se répandaient difficilement. Ainsi, la plupart des auteurs, serviles copistes des anciens, s'inquiétant peu de la nature et des symptômes, se hâtaient de transcrire le traitement; M. A. Severin, si judicieux souvent, en traitait sous le nom de *queue de la vulve*, ce qui revenait assez au mot de *cercosis*, préféré par Dionis. Aussi les praticiens de ces temps ont rarement évité l'une ou l'autre de ces erreurs, de confondre les polypes avec les môles, quand ils étaient encore dans le vagin ou la matrice; et de les prendre pour l'utérus tombé ou renversé, quand ils faisaient saillie à l'extérieur. De là cette foule d'observations de matrices excisées, souvent sans préjudice pour la fécondité, que Leblanc a rassemblées dans un mémoire dont Levret profita beaucoup; et c'est par là aussi que ce dernier observateur fut amené à conclure que toutes les observations d'utérus excisé étaient fausses, paradoxe combattu avec succès par Paletta; et enfin, que ce qu'on appelait môles, ne différait point des polypes; autre proposition hasardée pour laquelle quelques modernes l'ont rudement châtié. Mais, en ce temps, c'était un grand pas qu'il faisait faire à la science, en fixant l'attention sur une affection plus commune que les môles, et totalement différente des chutes de l'utérus. Il lui fallut démontrer, en 1749, que les polypes, en dépit de l'étymologie, n'avaient qu'un pédicule; il eut à créer la symptomatologie et la thérapeutique à la fois, en un mot à changer la face de la science. Il ne laissa échapper, pour ainsi dire, que l'anatomie pathologique; encore les découvertes même les plus récentes en ce genre se retrouvent-elles en germe dans ses admirables travaux.

L'exemple de Levret suscita un mouvement général. Mais les esprits, absorbés par la thérapeutique, ne firent guère que changer ou modi-

fier les instrumens. On ignorait la nature de ces polypes ; on n'avait pas vu leur rapport avec les concrétions fibreuses et pierreuses de l'utérus. Baillie leur appliquait le nom de tubercules ; Morgagni les rapportait au squirrhe ; Chambon leur conservait le nom déjà ancien de *scléromes*.

Bichat, le premier, dans un cours d'anatomie pathologique, rapprocha les polypes des corps fibreux utérins, étudia leur tissu et leurs transformations, et fournit à M. Roux les matériaux de son beau mémoire. Quelques années plus tard, Bayle, sous la direction de M. Dupuytren ; Lefauchaux, sous celle de Cullerier, poursuivirent et étendirent les recherches de Bichat ; M. Hervez de Chégoin a insisté plus que personne sur l'enveloppe du polype ; M. Dupuytren a noté quelques dégénérescences méconnues ; l'Italie et l'Angleterre n'ont presque rien fourni à ce tableau ; et, à part les opusculs de MM. Mayer et Meisner, qui, d'après quelques extraits qu'on nous en a donnés, n'ont point observé de faits nouveaux bien importants, l'Allemagne même semble avoir laissé achever à la chirurgie française, comme elle l'avait commencée, l'histoire des polypes de l'utérus.

Dans cet exposé, aussi rapide que le comportait l'étendue de cette thèse, nous n'avons point prétendu faire une histoire complète, mais seulement indiquer les points généraux ; nous avons même omis, à dessein, les progrès de la thérapeutique, dont nous avons à parler plus tard.

Près d'entrer en matière, il nous paraît utile d'indiquer, à l'avance, la marche que nous avons choisie. Nous faisons deux parts distinctes dans cette histoire : la part de l'observation pure et pour ainsi dire *passive*, comprenant l'anatomie ou l'étude des tissus, la physiologie ou la recherche des causes, la pathologie ou l'histoire des symptômes, de la marche, des terminaisons ; et la grande part de l'observation *active* ou chirurgicale, appuyée sur ces connaissances préliminaires, pour déterminer le diagnostic, le pronostic, et les chances des divers traitemens.

I. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les auteurs ne sont point d'accord sur la nature des tissus dont se composent ces polypes. Levret en distingue de deux sortes, les polypes durs, charnus ou sarcomateux, et les polypes vivaces. Lefauchaux en fait cinq classes désignées sous ces noms : 1° vésiculaires, 2° pulpeux,

3° fibreux, 4° fibro-cartilagineux, 5° osseux. Mais les trois dernières classes, d'après Lefaucheux lui-même, ne sont formées que des diverses modifications d'une seule espèce de polypes, ce qui en réduit le nombre à trois. M. Boyer adopte la division de Levret; mais les *vivaces* ne sont pas assez bien connus pour qu'il ose en parler. M. Dupuytren admet les polypes cellulo-vasculaires. MM. Dance, Bérard, Cruveilhier, Velpeau, en ont rencontré qui semblaient dus à une hypertrophie partielle de la matrice. Probablement l'anatomie pathologique viendra accroître le nombre de ces variétés, si déjà des observations qui nous seraient inconnues ne l'ont fait par avance. Tous les faits que nous avons pu recueillir se classent néanmoins dans ces cinq divisions, 1° polypes vésiculaires, 2° polypes cellulo-vasculaires, 3° polypes par hypertrophie, 4° polypes moliformes, 5° polypes fibreux.

1° POLYPES VÉSICULAIRES. M. Roux, au commencement de ce siècle, agitait encore la question de leur existence. Quelques années après, Lefaucheux en donnait la description d'après nature; depuis, M. Naudin et M. Bérard en ont également rencontré. Semblables aux polypes vésiculaires des fosses nasales, ils sont mous, pédiculés, recouverts d'une membrane fort mince, moins transparents toutefois que les hydatides; on dirait qu'ils sont formés par une agglomération de cellules ou de vésicules renfermant un liquide muqueux; en les tirant, on les déchire avec facilité. Ils ne parviennent point à un grand volume. M. Naudin en a vu un attaché au fond de la matrice, et remplissant toute sa cavité; un autre, du volume d'une grosse noix, né de la paroi antérieure de la cavité du col, descendait en partie dans le vagin. M. Bérard en a vu également dans la cavité du col, Lefaucheux les a rencontrés en compagnie de polypes d'autres espèces.

2° POLYPES CELLULO-VASCULAIRES. Ceux-ci, nommés *vivaces* par Levret, *fungueux* par d'autres, semblent être une végétation fongueuse de la surface muqueuse utérine. M. Dupuytren, en un cas, en a extirpé un grand nombre de petits, rouges, vasculaires, ramassés en grappe et remplissant le col de la matrice. Cullerier lia une végétation de ce genre chez une jeune fille; il fut obligé de la lier quatre ans après pour récidive: ce n'était qu'un tissu *cellulo-fibreux*. On en trouve plusieurs exemples dans Herbiniaux, qui nous paraît avoir le mieux étudié cette matière; il en fait deux variétés, auxquelles répondraient très-bien les deux faits indiqués: l'une, polype *muqueux* de quelques auteurs, toujours petite, molle, recouverte d'une membrane très-mince, naissant du col utérin en dedans ou en dehors, cachée dans cette cavité ou débordant au plus de quelques lignes au-dehors; la masse varie du

volume d'un pois au diamètre du doigt; le pédicule est d'une grosseur considérable, eu égard à la petitesse de la tumeur. D'autres fois ce sont de petites végétations comparables aux choux-fleurs syphilitiques; M. Breschet en a vu de jaunes blanchâtres à pédicule mince, et ne laissant pas voir de vaisseaux bien distincts; il les appelle *granuleux*. La section de cette première espèce cause quelquefois une hémorrhagie; ils ne récidivent pas.

L'autre variété, plus volumineuse, née du col ou du corps de l'utérus, se montrant tantôt sous une forme allongée, *digitale*, d'autres fois sous une forme demi globuleuse (Levret), peut acquérir un volume extraordinaire, remplir la matrice, remplir le vagin, se détacher par lambeaux, sans que la masse paraisse affaiblie; et le plus souvent récidive après l'extirpation. Ce sont de véritables fongosités sans membrane d'enveloppe, multiples pour l'ordinaire, et sans pédicule bien marqué; quelques-unes, sujettes à jeter du sang, se gonflant au temps des règles (obs. de Mellerand), semblent participer du tissu érectile ou spongieux; à l'intérieur, on n'y trouve que du tissu cellulaire plus ou moins dense, et de nombreuses ramifications vasculaires, quelquefois arrangées en granulations de couleur rouge brune, réunies par des filamens membraneux, de façon à figurer le tissu du placenta à deux mois de grossesse (H. de Chégoin).

3° POLYPES PAR HYPERTROPHIE DU TISSU UTÉRIN. Ceux-ci sont beaucoup plus rares. Signalés depuis assez long-temps pour le col utérin, ils l'ont été tout récemment pour le corps même de l'organe; Ségard surtout a insisté sur le prolongement du col utérin, simulant un polype ordinaire; en un cas, le col était tellement allongé qu'il saillait hors de la vulve; un médecin le lia contre l'avis de Ségard, la mort suivit; l'autopsie démontra un simple prolongement du tissu utérin. Tantôt c'est une lèvre seulement, tantôt le col entier. Cette hypertrophie est fort rare, plus fréquente, dit-on, sur la fin de la grossesse; Leroux a vu dans un cas de ce genre le col sorti hors de la vulve et représentant le col d'une bouteille garni de son bourrelet; dès que les douleurs de l'enfantement se déclarèrent, toute cette longueur s'effaça par la dilatation de l'orifice utérin.

Cet état du col n'est pas compris généralement parmi les tumeurs polypeuses; nous avons dû l'en rapprocher, d'abord, parce qu'étant quelquefois pédiculé, il rentre dans la définition générale; et, ensuite, que ses rapports avec les polypes de même nature du col utérin ne nous permettaient pas de l'omettre.

MM. Dance, Bérard, Cruveilhier, en France; MM. Mayer et

Meisner, en Allemagne, au rapport de M. Velpeau, et enfin, M. Velpeau lui-même, ont vu des polypes venant de l'intérieur de la matrice et formés par une simple hypertrophie du tissu de l'organe. Mais cette hypertrophie, soit du col, soit du corps, peut se rencontrer en deux états; ou le tissu est sain, ou bien il est altéré, dur, lardacé, comme demi cartilagineux; en un mot, il y a dégénérescence squirrheuse. Ceci n'est point rare pour le col utérin, et de là, plus tard, ces énormes champignons cancéreux qu'il n'est pas de notre sujet de décrire. M. Velpeau a reconnu ces caractères dans un polype du corps de l'utérus; déjà Lefaucheux les avait signalés pour quelques-uns de ses polypes *pulpeux*, et peut-être la première observation de Leblanc s'en rapprocherait-elle.

Enfin, de semblables polypes pourraient présenter des noyaux osseux; en effet, dans les cas très-rares d'hypertrophie générale de la matrice, Bayle a vu le tissu de cet organe s'ossifier en divers points.

4° POLYPES MOLIFORMES. Cette variété n'a pas été jusqu'à présent notée comme elle devait l'être; nous reviendrons ailleurs sur sa formation. Contentons-nous de rappeler ici que dans une poche plus ou moins épaisse et constituant le dehors du polype, se rencontrent des masses charnues comme des môles (Hoin), des matières gélatineuses et plusieurs pelotons de filamens semblables à des cheveux (Cailhava), une sorte de pulpe athéromateuse, et au milieu un peloton de poils du volume d'un gros œuf de poule, chaque poil ayant trois à quatre travers de doigt de longueur (Guiot). Le pédicule est aussi variable en épaisseur que celui des polypes fibreux; il paraît venir exclusivement de l'intérieur de la matrice.

5° POLYPES FIBREUX. Les plus fréquens de tous, sans contredit, et ceux qui par cela même ont été le mieux étudiés. Ils se composent, comme les précédens, d'une membrane d'enveloppe et d'un corps fibreux à l'intérieur.

L'enveloppe, plus ou moins épaisse, signalée par Levret, Milleret, Herbiniaux, mais plus spécialement en ces derniers temps par M. Hervez de Chégoin, était attribuée autrefois à la muqueuse utérine: opinion devenue insoutenable, depuis que nombre d'anatomistes distingués ont nié, avec raison, selon nous, l'existence de cette muqueuse, depuis encore que cette enveloppe a paru quelquefois d'une énorme épaisseur, et formée de tissu presque musculaire; elle est en général plus mince à la base du polype (H. de Chégoin); en ce point aussi, elle y est plus adhérente (Lefaucheux). Partout ailleurs, elle n'y tient que par un tissu cellulaire lâche, en sorte qu'on l'en détache très-bien avec

le doigt, et qu'on en fait sortir le corps fibreux par énucléation.

Sa couleur n'est pas toujours la même; quelquefois elle est blanche, lisse, polie, sans trace de vaisseaux, comme fibreuse elle-même dans son tissu, et alors très-mince; d'autres fois, rouge, rugueuse, semée à l'extérieur de veines variqueuses saillantes (Levret, Dupuytren), contenant à l'intérieur des troncs artériels notables; le tissu est rouge et comme musculéux. Il est à remarquer que le plus souvent elle forme seule le pédicule; en sorte que celui-ci est grêle ou épais, rouge ou pâle, selon les variations de l'enveloppe elle-même; la longueur du pédicule dépend d'autres causes que nous dirons plus loin.

Enfin, à l'intérieur, le corps fibreux. Il ne s'agit point ici de faire l'histoire complète de ce tissu; il convient cependant de dire qu'il se développe dans le tissu même de l'utérus, soit immédiatement sous le péritoine, ou dans l'épaisseur des parois utérines, ou à très-peu de distance de leur surface muqueuse. Il proémine en dedans ou en dehors, souvent fait une telle saillie qu'il ne tient plus à la matrice que par un pédicule; de là les polypes. Les uns, non généralement compris sous ce nom, flottent dans la cavité abdominale, et pourraient s'appeler polypes *sous-séreux*; Zinn en a cité, en 1752, un remarquable exemple, et Bayle les a parfaitement décrits soixante ans après. Il n'est pas de mon sujet d'en traiter plus longtemps. Les autres, se détachant de la surface muqueuse, pourraient être appelés *sous-muqueux*.

A quelque point qu'il ait pris naissance, au fond ou sur les côtés de la matrice, dans la cavité du col ou à son rebord vaginal, le corps fibreux peut se restreindre à un petit volume ou acquérir un développement très-considérable; les plus petits, vus par Bayle, pouvaient égaler une lentille. A l'autre extrémité se présente cette masse énorme dont M. Gaultier de Claubry père a donné l'histoire, ayant trente-cinq pouces un quart de circonférence verticale, sur vingt-neuf pouces un quart d'horizontale, et pesant trente-neuf livres; il y a une infinité d'intermédiaires. La forme ne varie pas moins: ordinairement globuleux ou ovoïdes quand ils plongent dans le vagin, ils sont assez souvent anguleux, bosselés, et, pour peu qu'ils soient d'un grand volume, presque toujours divisés en lobes par des scissures extérieures, sans que la texture interne soit changée. MM. Dupuytren et Amussat en ont vu en forme de champignons renversés; d'autres, ovoïdes, la petite extrémité en bas, etc.

Nous les étudierons d'abord, avec Bayle, en trois états: 1° *l'état charnu*. Alors, tantôt ils sont mous et rouges comme le tissu musculaire; ou bien plus fermes, et affectant une teinte plus pâle,

d'un blanc gris ou jaunâtre; c'est une masse unique formée de fibres qui s'entrelacent en tous sens, semée d'espace en espace de petits corps plus denses que forment les fibres, soit par un entrelacement plus compact, soit en s'enroulant autour d'un centre commun. La tumeur, en général, est toujours alors plus ou moins molle; on y trouve des vaisseaux sanguins bien distincts, et un tissu cellulaire abondant et lâche, placé entre les fibres.

2° *Etat fibro-cartilagineux.* Les petits corps denses commencent par s'imprégner de matière cartilagineuse; puis peu à peu toute la tumeur, mais successivement; en sorte qu'en un point on trouve souvent des fibres encore rouges et molles, en d'autres du fibro-cartilage; quelquefois des cloisons fibro-cartilagineuses séparant le tissu charnu. En ce second état, le tissu est jaunâtre, dur, quelquefois nacré (Désormeaux), résistant et criant sous le scalpel. Les vaisseaux ont presque complètement disparu, le tissu cellulaire de même; on ne voit plus que des fibres raides, entrelacées, séparées par une substance molle, amorphe; en sorte que, sous le rapport de la couleur et celui de la résistance, on ne saurait mieux comparer ce tissu qu'aux fibro-cartilages intervertébraux. Mais il est des différences essentielles: dans les corps fibreux, l'entrelacement est confus, la tendance à l'ossification est décidée; enfin les acides nitrique et sulfurique un peu concentrés, qui racornissent et durcissent les fibro-cartilages des vertèbres, dissolvent complètement et même assez promptement les corps fibreux utérins (Roux).

3° *Etat osseux.* L'ossification commence par les petits corps denses, de là divers points d'ossifications préluant à l'ossification générale. Celle-ci se voit rarement; cependant Désormeaux en a rencontré quelques cas. Alors l'aspect fibreux peut encore être reconnu; mais la section, au lieu de rappeler le vrai tissu osseux, rappelle l'idée d'une pierre calcaire, sableuse et grenue. M. Amussat en a fait analyser un qu'on a trouvé composé de phosphate de chaux et de gélatine; M. Blandin assure cependant que l'acide hydrochlorique dissout presque toute la masse, laissant à peine intact un faible reste de tissu muqueux. En quelque état qu'on ait examiné ces tumeurs, on n'y a point suivi de nerfs, ni de vaisseaux lymphatiques. Les vaisseaux n'ont point de tronc spécial; cependant quelques cas, dont un cité par Levret, un autre par M. Marx, font exception à la règle.

Mais l'anatomie pathologique n'a-t-elle donc rien de plus à nous dire; et, en admettant avec Bayle qu'à l'état charnu ces polypes peuvent s'enflammer, à l'état osseux se carier, aurons-nous clos leur histoire? On les a

pus encore s'ulcérer, se gangréner, s'abcéder (Smellie), se couvrir de croûtes et de pustules (Lefaucheux); mais ceci peut être rejeté sur leur membrane d'enveloppe. Une grande question soulevée par Bayle est de savoir s'ils peuvent dégénérer en cancer. Morgagni le croyait; Bayle a soutenu opiniâtrément le contraire. On aurait pu prévoir que des tissus sujets à l'inflammation pouvaient admettre d'autres modifications morbides; mais l'expérience a déjà parlé. M. Dupuytren admet en fait la dégénérescence cancéreuse; M. Troussel, en 1829, a constaté au centre d'un corps fibreux utérin, l'existence de substances lardacées, squirrheuses et encéphaloïdes, de couleur blanc-rougeâtre, et variant de consistance suivant ses divers points.

On conçoit aisément que ce tissu squirrheux, venant à se ramollir, creuse dans l'intérieur du polype des cavités remplies de liquide sarnieux, sanguinolent, puriforme; M. Hervez de Chégoin rapporte qu'en comprimant un polype volumineux, il crêva une sorte de cavité, d'où s'écoula un liquide noir, comme du sang corrompu. Un chat qui l'avala mourut empoisonné dans les 24 heures.

Ce ramollissement est-il toujours l'effet d'une dégénérescence cancéreuse? Il nous a paru d'après la comparaison d'un assez grand nombre de faits, que le corps fibreux, même dans le second état, peut se ramollir lui-même. La constriction du pédicule au col utérin serait peut-être la cause de ce phénomène, par la stagnation des liqueurs qu'elle rend inévitable. En quelques cas, on dirait que le ramollissement est un effet cadavérique, quand, le polype étant bien lié, sa chute se fait encore longtemps attendre; d'autres fois il semble dû à un travail intérieur; le tissu devient plus gris, s'imbibe de liqueurs plus abondantes, devient plus souple et plus facile à déchirer, quelquefois même rétrograde jusqu'à l'état pulpeux. Nous n'oserions décider de la nature de ce ramollissement; il suffit d'appeler sur ce point l'attention des observateurs.

Enfin, il reste à indiquer un fait bien important, la présence de cavités originelles dans l'intérieur de ces polypes. Saviard a une observation qui paraît s'y rapporter; Boudou en a donné une autre; ce cas s'est offert aussi à M. Dupuytren; enfin nous aurons à citer plus loin l'importante observation de MM. Richerand et Cloquet, qui, rencontrant une cavité de ce genre au milieu d'un polype excisé, crurent avoir excisé la matrice. Tantôt cette cavité est lisse et polie; tantôt elle offre des faisceaux fibreux saillans comme les colonnes charnues des ventricules du cœur.

II. CAUSES, ORIGINE ET DÉVELOPPEMENT.

1° FRÉQUENCE EN GÉNÉRAL. Les polypes utérins étaient regardés autrefois comme très-rare. Lorsque Levret commença à s'en occuper, il lui fallut sept ans pour rassembler trois cas d'application de sa méthode; encore, malgré son immense pratique d'accoucheur, lui-même n'en comptait-il qu'un seul. Herbiniaux nous apprend qu'il fut le second qui en eût rencontré à Bruxelles; et qu'un professeur hollandais, qui n'en avait jamais vu, prétendait que les femmes de son pays en étaient exemptes. Depuis lors, il a été reconnu que c'est une des affections les plus fréquentes des femmes. On a peu de données sur la fréquence relative des quatre premières espèces; la dernière, infiniment plus commune, a donné des résultats à peine croyables. Bayle évalue à un cinquième le nombre des femmes âgées de plus de 35 ans, chez qui il a trouvé un ou plusieurs corps fibreux, origine première et noyau de ces polypes. Portal, en 1770, avait obtenu une proportion bien plus forte : sur vingt matrices qu'il examina, treize lui offrirent des polypes dans leur cavité.

2° CAUSES PRÉDISPOSANTES. On a dû rechercher les causes prédisposantes de cette affection; mais cette étude a été généralement incomplète et mal faite. En effet, si nous examinons 1° *les âges*; selon Bayle, les polypes fibreux ne se développeraient jamais peut-être avant trente ans; la plupart des matrices où il avait vu des corps fibreux appartenaient à des femmes de plus de cinquante ans. Nous ne savons si ce résultat ne viendrait pas de ce que Bayle aurait surtout ouvert des cadavres de vieilles femmes. Desault a extirpé un polype à une jeune fille de quinze ans. Pfaff paraît en avoir vu aussi chez un assez jeune enfant. Ces cas sont rares; ils le deviennent moins après vingt ans. Nous avions, pour nous éclairer, commencé à rassembler des faits bien constatés; le temps nous a manqué pour pousser bien loin cette recherche. Toutefois sur cinquante-un cas recueillis dans les ouvrages de Levret, Herbiniaux, Roux, Leblanc, dans les thèses de la Faculté, etc., nous avons trouvé :

De 26 à 30 ans,	4
De 30 à 40	20
De 40 à 50	16
De 50 à 60	4
De 60 à 70	3
De 70 à 74	4

TOTAL. . . . 51

Ce serait donc de trente à quarantè ans qu'ils seraient le plus fréquens; puis de quarante à cinquante. Il faut ajouter, en outre, que nous n'avons pris que l'âge auquel le polype s'est fait jour dans le vagin; chez quelques femmes même, l'âge où elles ont été opérées, faute de renseignemens plus précis. Quelques-uns de ces cas appartiennent aux polypes des autres classes; mais nous pouvons assurer qu'ils sont également répartis dans les divers âges. Les époques les plus pleines nous ont paru: l'âge de trente-cinq ans, qui seul nous a donné sept polypes; et de quarante-quatre à quarante-neuf ans inclusivement, où nous en avons trouvé onze. Ainsi se trouve démontrée fausse l'assertion de Bayle, à moins qu'on ne veuille dire qu'il existe plus de corps fibreux dans les matrices de vieilles femmes; mais qu'ils ne proéminent point alors de manière à former des polypes.

2° *Le tempérament.* Ici les renseignemens nous ont manqué; nous n'avons guère trouvé à nous appuyer que sur quelques faits rapportés dans la thèse de M. Marx. Sur quatre femmes, deux étaient lymphatiques, une avait le tempérament bilioso-sanguin, une autre nervoso-sanguin. Si l'on ne peut tirer de ce peu de faits une induction positive, ils suffisent cependant pour montrer qu'aucun tempérament n'en est exempt. Nous avons trouvé notée aussi quelquefois la constitution; tantôt faible, beaucoup plus souvent robuste.

3° *L'état de santé.* On a avancé que les vices dartreux, scrophuleux, syphilitiques disposaient aux polypes utérins; allégations sans aucune preuve, et contre lesquelles les faits constatés parlent si haut, qu'il semble que les polypes s'attaquent de préférence aux santés les plus florissantes: il suffit d'ouvrir un recueil d'observations pour s'en convaincre pleinement. Quelques faits rares indiqueraient pourtant, pour certains polypes cellulo-vasculaires, une disposition générale. Une dame de soixante-quatorze ans, qui avait la matrice pleine de fongosités, en portait également dans les narines (Herbiniaux.)

4° *L'état de la menstruation.* Quelques-uns, partant de cette idée erronée, que les polypes sont plus communs après l'âge de retour, ont imaginé que l'aménorrhée, l'irrégularité des règles devaient y disposer. Ici encore les faits renversent les théories; la plupart des femmes dont nous avons lu les histoires avaient la menstruation parfaitement réglée. On peut ainsi, pour la plupart, remonter presque sûrement à l'origine du polype; et le temps qu'il a mis à se développer est souvent assez court pour que le dérangement de la menstruation soit regardé comme effet et non pas comme cause.

Toutefois l'époque de la cessation des règles paraît assez favorable à la production des polypes.

5° *La profession* ne paraît avoir aucune influence; les auteurs citent indistinctement des dames de loisir, des couturières, des journalières, des vigneronnes, etc.

6° *Le célibat ou le mariage, la stérilité ou la fécondité.* Ici nous rencontrons encore une assertion absolue de Bayle, écouté jusqu'à présent dans cette matière comme l'oracle de la science. Selon lui, le célibat y dispose manifestement; et après le célibat la stérilité; car des femmes qu'il a ouvertes, la plupart n'avaient point les vergetures abdominales qui attestent la grossesse et l'accouchement; et beaucoup avaient encore l'hymen tellement intact, que son orifice admettait à peine le petit doigt.

En vérité, l'on ne sait ici ce qu'il faut le plus admirer, ou de l'assurance de Bayle à émettre de pareilles assertions, ou de la confiance avec laquelle les écrivains les ont admises sur parole. La première femme, opérée par Levret, fort jeune, venait seulement d'être mariée; la seconde, dont il eut la matrice à examiner, avait eu plusieurs enfans; la troisième, opérée par Louis, en 1747, avait eu six enfans. Je prends la thèse de M. Marx, contenant neuf observations de polypes fibreux: l'une des femmes est notée comme n'ayant pas eu d'enfans; une seconde comme veuve; des sept autres, l'une a eu plusieurs enfans; on n'en indique pas le nombre:

1	a eu	2 enfans.
2		3 enfans.
2		4 enfans.
4		8 enfans.

M. Naudin cite trois faits dans sa thèse: une de ses malades a eu un enfant; l'autre quatre; l'autre sept. Les observations rappelées dans le mémoire académique de Levret, dans l'ouvrage d'Herbiniaux, etc., manquent trop de détails pour qu'on puisse en faire usage ici. Toutefois le nombre des femmes mariées, et, quoiqu'on ne puisse admettre comme stériles celles dont il n'est rien dit, le nombre des mères même est assez grand pour rendre fort douteuse l'opinion de Bayle; on sait qu'un article tout entier de Levret est consacré à la coïncidence des polypes avec la grossesse.

Il nous paraît probable, d'après tous les faits exposés, que le célibat et la stérilité y disposent moins que l'usage du coït et la fécondité. Il ne faut pas cependant regarder l'accouchement en lui-même comme

cause prochaine ; la plupart de ces femmes n'avaient commencé à ressentir les premiers symptômes du polype que plusieurs mois, un an, deux ans, sept ans, quatorze ans même après leur dernière grossesse.

Au reste, Segard soutenait déjà en 1804 que les femmes mariées, sujettes aux fleurs blanches, ou ayant abusé du coït, y étaient les plus sujettes. Il alléguait en preuve les négresses, les femmes de l'Orient, et les femmes de certaines contrées d'Amérique : exemples difficiles à constater.

3° CAUSES OCCASIONNELLES. On a aussi, comme c'est l'ordinaire, allégué une foule de causes occasionnelles qui contrariaient même les prédispositions adoptées : le virus syphilitique, le coït trop répété, l'action du forceps, s'accordent fort peu avec la virginité et la stérilité. Pour nous, nous avons étudié un grand nombre de faits sous ce rapport : en un cas, l'abus du coït ; en un autre, une chute sur une souche de vigne ; ailleurs une chute de voiture déterminant une perte, voilà les seules causes occasionnelles que nous ayons rencontrées ; encore sont-elles fort contestables. Nous nions donc complètement, jusqu'à preuve satisfaisante, tout ce qu'on a enseigné à cet égard.

4° ORIGINE ET DÉVELOPPEMENT. Il nous reste à pénétrer dans une question plus délicate et plus transcendante ; la question de la formation et du développement de ces tumeurs. Disons avant tout que beaucoup de faits manquent, et que les conjectures ont usurpé souvent la place des faits.

La théorie de la formation des deux premières espèces de polypes a été étudiée surtout par Chaussier. Ils résultent, selon lui, d'un certain mode d'irritation ou permanent, ou sujet à récédive de la membrane muqueuse. De là d'abord engorgement local, puis un petit gonflement, puis prolongement des ramuscules vasculaires et du tissu lamineux ; en sorte que le gonflement devient plus prononcé, et prend enfin l'aspect du polype. Ségar dit qu'il a vu Chaussier déterminer ainsi sur les animaux de véritables polypes fongueux des muqueuses ; la théorie serait donc basée sur des faits. M. Dzondi va chercher à ces polypes une origine plus profonde dans le tissu fibreux sous-muqueux ; d'autres la veulent plus superficielle : ce serait du mucus organisé, rattaché bientôt par des vaisseaux de communication à la membrane qui l'a sécrété. Toutes ces théories devraient être discutées, si nous faisons une thèse de physiologie, ou même s'il s'agissait des polypes en général. Bornons-nous à dire que toutes trois, ayant leur probabilité, peuvent s'appliquer à des cas divers ; et peut-être qu'en les unissant, on parviendrait mieux encore à rendre raison de la production de ces polypes.

Les polypes par hypertrophie, soumis aux lois générales de l'affection qui leur donne naissance, ne nous arrêteraient pas plus long-temps ; mais l'hypertrophie seule ne rend pas raison de ceux qui descendent du corps utérin. Ne proviendraient-ils point d'un renversement incomplet de l'utérus, dans lequel une partie seulement de l'épaisseur de ses parois, engagée dans le col utérin, puis comprimée par lui, se serait allongée peu à peu, en vertu de cette loi qui fait végéter toute tumeur du côté le plus libre, et dans cette position se serait nourrie et accrue ? Des faits ultérieurs décideront si cette conjecture approche ou s'éloigne de la vérité.

Il y aurait un bien autre problème à résoudre pour les polypes mouliformes : ce serait d'expliquer la présence d'une môle au milieu des parois utérines. Le peu de faits que nous possédons sur ce sujet suffisent néanmoins pour admettre que certains polypes peuvent renfermer, dans leur intérieur, tout ce qu'on rencontre dans certains kystes des ovaires, productions spongieuses, gélatineuses, graisseuses, pileuses, etc. Seraient-ce les débris d'un fœtus égaré dans le tissu utérin, et des vestiges de grossesses intersticielles ? Mais depuis qu'on a démontré que de semblables productions des ovaires étaient dues à une autre cause, cette opinion est devenue bien peu probable : on sait qu'on en a trouvé chez de jeunes filles ; et que des kystes développés ailleurs, chez l'homme même, en ont aussi offert des exemples. Les débris de fœtus ne paraissent pas assez abondants pour les attribuer à l'intussusception d'un embryon par un autre, durant la vie fœtale ; et nous admettons plus volontiers qu'il y a là un kyste comme Meckel et A. Cooper en ont vu ailleurs, sans nier cependant absolument l'influence possible des deux autres causes. Quoi qu'il en soit, tumeurs enkystées ou non, dès qu'elles existent, il y a là un noyau de polype, très-différent par sa nature des corps fibreux, mais agissant comme eux par sa seule présence ; l'allongement du tissu utérin, la formation du pédicule est la même, à très-peu de chose près dans les deux cas : nous en traiterons à l'occasion des corps fibreux.

Ceux-ci, plus importants, ont excité davantage la curiosité des physiologistes. On a eu recours aussi pour eux à l'irritation continue, puis à une certaine modification de la force vitale, du *nisus formativus*, toutes choses bonnes pour qui veut se payer de mots. Walther, cité par Paletta, leur assignait pour origine l'épanchement d'une goutte de sang menstruel ou de toute autre humeur acrimonieuse ; ce qui se rapprocherait assez de cette double hypothèse qui paraît partager nos anatomistes, l'épanchement d'une lymphe plastique, ou l'organisation d'un caillot de sang.

MM. Velpeau et Blandin ont émis presque au même moment cette dernière théorie ; mais l'un admet l'épanchement dans l'épaisseur même du tissu utérin ; M. Blandin pense que le caillot est formé dans quelqu'une des veines anfractueuses de l'organe. Voici les raisons qui étayaient cette théorie : les corps fibreux débutent par l'état charnu ; la disposition ramassée de leurs fibres reproduit parfaitement celle des caillots fibrineux qu'on trouve en certaines tumeurs variqueuses ; enfin on ajoutait que la difficulté de la menstruation et l'inaction génitale y prédisposant, appuyaient encore les premières preuves. Ces deux dernières raisons sont bien faibles, comme nous avons vu ; mais les deux premières méritent plus d'attention. Cependant il faut avouer qu'une simple analogie de forme ne saurait être une démonstration ; qu'il y a cette notable différence, que les caillots fibrineux, soit des varices, soit des anévrysmes, ne passent point à l'état fibro-cartilagineux et osseux, et surtout ne prennent point un accroissement si considérable. Nous ne savons si quelque fait appuie l'autre assertion de M. Blandin, que les sinus veineux sont le premier siège de ces tumeurs ; Bayle, qui dit en avoir vu d'aussi petites que des lentilles, n'a point noté cette circonstance.

Il faut donc en revenir à la théorie banale, celle d'une sécrétion morbide, comme pour les tubercules et autres tissus nouveaux d'origine aussi obscure. Puis viennent les comment, les pourquoi de leur prédilection pour le tissu utérin ; à quoi nous ne pouvons répondre que par le fait même.

Mais enfin, le corps nouveau formé, comment se fait sa nutrition ? car dans l'immense majorité des cas, le corps fibreux ne reçoit point d'artères, ne renvoie point de veines, et ne tient au tissu qui l'entoure que par un tissu cellulaire privé lui-même de vaisseaux apparens. Il a fallu admettre une nutrition par imbibition, comme celle du fœtus dans les premiers temps, une pure et simple endosmose. Il n'y a non plus, comme il a été dit, ni nerfs ni lymphatiques ; en sorte que, à part sa forme, ce tissu représente l'organisation dans sa première ébauche, comme ces animaux des derniers échelons qui meurent à la sécheresse, qui ressuscitent à l'humidité ; je dirais presque comme l'éponge, véritable type de l'accroissement par imbibition.

Toutefois, dans cet isolement presque absolu, le corps fibreux a sa vie propre et progressive ; du sang, venu on ne sait de quelle source, l'imbibe, et même se fraie bientôt des canaux dans son épaisseur. Ici, encore, a été soulevée une vive discussion, les uns regardant ces conduits comme de véritables vaisseaux ; les autres, Walther et Meisner, par

exemple, le niant d'une manière absolue. Selon eux, ce sont des conduits sans parois propres, creusés dans le tissu cellulaire, à peu près comme les trous de l'éponge : aussi le sang qui n'a pas besoin des voies de la circulation pour y pénétrer, en sort avec une facilité beaucoup plus grande, n'ayant pas de parois à rompre; et, pour mieux trancher la différence, Meisner a jugé à propos de leur donner le nom spécial de *conduits sanguinifères* ou *hématophores*.

Ces écrivains nous paraissent avoir été induits en erreur, parce qu'ils n'ont pas tenu compte de tous les faits. Il paraît qu'à mesure que la nutrition se fait, les parois des vaisseaux s'isolent du tissu ambiant; c'est la même progression que dans l'organisation des fausses membranes ou du fœtus lui-même. Eschenbach disait avoir senti des pulsations distinctes au pédicule d'un polype; Meisner lui répond qu'il a été trompé par les pulsations de son doigt, erreur facile à commettre quand le bras est dans une position incommode; mais Levet a vu à l'autopsie une artère se répandre dans le corps d'un polype. Le même cas s'est offert à M. Dupuytren; Bayle avait constaté que ces vaisseaux, plus gros dans la première période, diminuaient de volume dans la seconde. M. Breschet en a vu de nombreux, d'un gros calibre, principalement des veines, pénétrer un énorme polype fibreux. Il y a plus; c'est que, dans certaines circonstances, ce système vasculaire nouveau tend à se mettre en rapport avec le système circulatoire général; des artères utérines vont au polype, des veines en reviennent. Nous indiquerons plus tard comment nous concevons ce progrès d'organisation, qui ne paraît pas avoir été spécialement étudié.

Ainsi se nourrit et s'accroît le corps fibreux; ainsi il passe par ses diverses transformations, aussi inexplicables pour nous que les transformations des tissus les mieux connus de l'économie. Notons pourtant, d'après Bayle, que les corps fibreux d'un petit volume tendent plus promptement à l'ossification; les plus gros y résistent davantage. Mais, jusqu'ici, nous l'avons supposé dans l'épaisseur du tissu utérin; comment en sortira-t-il pour constituer le polype?

Les corps fibreux se développent en général plus près de la surface muqueuse ou de la séreuse; rarement, dit Désormeaux, à égale distance des deux parois. Plus ils seront rapprochés de la cavité utérine, plus tôt, par l'effet naturel de leur développement, ils y feront saillie; mais il y a aussi une autre raison de ce fait. Une loi générale préside dans l'économie au développement de toute tumeur liquide ou solide, et les force à s'accroître et à se diriger du côté où elles trouvent moins d'obstacles. Quand ce côté se trouve être l'extérieur, le développement est

favorisé encore par la pression soutenue, énergique, permanente de la peau aux environs de la tumeur, surtout à mesure que celle qui la recouvre immédiatement s'est élargie et amincie. Voilà, pour le dire en passant, la cause tant cherchée à laquelle nous rattachons ce phénomène important de pathologie, la tendance des abcès à s'ouvrir à l'extérieur.

Une saillie se fait donc dans l'utérus; si le corps fibreux est très-voisin de la surface, il proémine bientôt de toute son épaisseur; derrière lui, le tissu utérin, distendu auparavant par sa présence, tend à revenir sur lui-même; la portion d'enveloppe suit elle-même ce mouvement: de là le pédicule. Car il est faux de dire que le pédicule ne soit formé que par la striction du col utérin; d'où viendraient donc alors les pédicules attachés à cet orifice? Mais d'ailleurs les faits ont prononcé, même pour les polypes utérins. Lefaucheux a vu dans le cabinet de Bichat trois polypes encore renfermés dans la même matrice; Martin, ouvrant une femme morte des suites de la ligature, trouva dans la cavité utérine deux polypes à pédicules distincts, indépendamment de celui qui avait été lié.

Mais, pour peu que le corps fibreux soit considérable, la cavité utérine n'est point assez ample pour lui permettre de s'y engager complètement. Il commence alors à faire saillie au col de la matrice; puis il pénètre davantage; la rétraction de l'utérus qui se fait derrière lui contribuant à le chasser au dehors, en même temps qu'à former son pédicule. Alors aussi se joint une influence bien puissante, la constriction énergique, permanente, du col utérin. Elle est telle, qu'il se forme là quelquefois un faux pédicule; une portion du corps fibreux, rétrécie, allongée, reste comprise dans la membrane d'attache; et alors il arrive de trois choses l'une: ou bien le vrai pédicule est peu éloigné, et, en établissant la ligature à une légère distance, le corps fibreux n'en tombe pas moins (obs. de Segard), ou bien le pédicule réel est très-élevé, et quand, du polype partagé en deux tumeurs, la partie inférieure a été liée et séparée, la partie supérieure reste, les accidents continuent, il faut reporter une nouvelle ligature plus haut (obs. de Récamier); enfin, dans d'autres cas, il semble que le polype tout entier ne soit pas encore dégagé de la matrice; il n'y a pas de pédicule réel, en sorte que la tumeur étant séparée à son pédicule apparent, il reste une partie du corps fibreux, mais il ne reste plus de polype; et tous les accidents disparaissent, quelquefois aussi promptement qu'à l'ordinaire, d'autres fois plus lentement et avec crainte de récidive plus tard.

Nous avons rencontré de ces faits dans les observations de M. Dupuytren, publiées par M. Marx.

Plus tard enfin, agissant par son propre poids, après avoir parcouru tout le vagin, le polype fait saillie à la vulve, il peut même sortir au dehors tout entier; et alors on conçoit que la matrice subit une descente assez considérable; souvent même il y a un renversement incomplet.

D'après ce qui vient d'être dit, il est facile de conclure que le polype ne naît jamais que par un seul pédicule réel; et que, même quand il a ce que nous nommerons un *pseudo-pédicule*, ces deux rétrécissemens se trouvent à la suite l'un de l'autre, et l'attache du polype n'a toujours lieu qu'en un seul point. Cependant, de la faculté reconnue au polype, et surtout à sa membrane d'enveloppe, de s'enflammer, de s'ulcérer, on pouvait prévoir qu'il acquerrait quelquefois des adhérences. En effet, M. Balzac a eu à détruire de ces adhérences dans la matrice même. M. Bérard rapporte un fait dans lequel le polype tenait au vagin par une adhérence plus forte et plus large que son pédicule même. On conçoit encore que deux ou trois polypes ulcérés dans la matrice pourraient s'accoler l'un à l'autre, et figurer ainsi un polype unique avec deux ou trois pédicules. M. Bérard cite un cas bien plus singulier, où deux pédicules sortant l'un du vagin, l'autre du rectum, soutenaient un polype unique pendant au périnée.

Dans le premier cas de M. Bérard, il avait fallu que le vagin fût ulcéré lui-même. Quelquefois le polype ne borne pas son action à une simple altération; M. Roux en a vu un qui, ayant détruit la paroi supérieure du vagin, s'était enchatonné entre le vagin et le rectum; plus souvent il ulcère et perfore la paroi recto-vaginale (H. de Chégoïn).

A mesure que le polype descend et qu'il prend de l'accroissement, on conçoit que sa membrane d'enveloppe, plus distendue, doit diminuer d'épaisseur. Cet accroissement, qui continue dans le vagin et même au dehors, se fait surtout à la base ou à la partie qui est la plus libre; de là la figure pyriforme qu'on rencontre le plus communément. Mais, de plus, deux causes puissantes peuvent changer les rapports de la membrane et du corps fibreux. L'une est l'action de l'air et des sécrétions irritantes qui agissent surtout à la partie inférieure où la membrane est le plus distendue; de là une irritation qui se communique au corps fibreux, et amène une adhérence beaucoup plus intime entre eux, et probablement une communication entre leurs vaisseaux. D'autre part, au point où agit le col utérin, existe une autre irritation permanente; de là aussi une adhérence plus intime entre le corps fibreux et son enveloppe; de là communication entre leurs vaisseaux: et comme la mem-

brane, souvent très-épaisse, est alimentée par des artères considérables, la communication ne peut s'établir sans que l'artère n'envoie des prolongemens d'assez fort calibre dans la tumeur. C'est ainsi que nous expliquons la présence d'artères notables, allant directement du tissu utérin au corps fibreux. Le mécanisme n'est pas autre que dans le scrotum, par exemple, lorsque l'adhérence du testicule avec ses enveloppes a amené de l'un aux autres de si larges communications vasculaires, que la ligature de l'artère spermatique ne réussit plus à l'atrophier.

Souvent la constriction est si brusque et si forte qu'elle fait l'effet d'une ligature; la membrane d'enveloppe est divisée; le corps fibreux, sans soutien, tombe de lui-même: tous les auteurs ont vu de ces guérisons spontanées. Il est moins facile d'expliquer comment des polypes, ou, si l'on veut, de simples corps fibreux ossifiés et enfermés dans la matrice, ont fini par rompre leur pédicule et par figurer de véritables calculs. La difficulté est à peu près la même que pour les corps fibreux articulaires; à moins qu'on n'admette que le corps fibreux utérin soit tellement comprimé par les parois qui l'entourent, que son pédicule et même sa membrane d'enveloppe disparaissent enfin par absorption.

Ces vues générales peuvent trouver leur application facilement, soit qu'il s'agisse des polypes du corps ou de ceux du col utérin. Ceux-ci sont plus rares que les autres; Levret en a distingué deux espèces: ceux qui naissent de l'extérieur et ceux qui viennent de la cavité du col. Les polypes du corps de la matrice peuvent s'implanter sur tous les points de cette cavité; nous ignorons sur quoi s'est fondé M. Boyer pour avancer que leur insertion la plus commune se fait en haut, entre les trompes de Fallope ou plus ou moins près de l'un de ces orifices. Les faits nous manquent pour décider ce point.

Le même auteur prétend que le pédicule augmente à mesure que le polype augmente lui-même, ce qui paraît plus qu'inexact.

Quant à la forme, au nombre, aux dégénérescences possibles des polypes dans chaque période de leur accroissement, ce sont toutes choses fort variables; nous ne reviendrons pas sur ce qui a déjà été dit.

III. SYMPTÔMES, MARCHÉ, TERMINAISONS.

Afin de mettre dans cet exposé toute la clarté nécessaire, nous sommes obligés évidemment de dire à part quels accidens peuvent produire, non-seulement les polypes des diverses classes, mais encore leurs variétés.

1° POLYPES VÉSICULAIRES. L'observation n'a point appris quelle série de symptômes marche à la suite de ces polypes sur le vivant, soit qu'ils naissent dans l'utérus même ou dans la cavité du col utérin. Peut-être est-ce une des causes des fleurs blanches permanentes et rebelles; il est peu probable qu'ils donnent lieu à des écoulemens sanguins. Ils seraient donc, en résumé, assez peu nuisibles. J. Bell a pensé que ceux des fosses nasales se changeaient, par suite de temps, en polypes fongueux et même carcinomateux. Mais cette opinion a trouvé peu de sectateurs, et paraît trop en contradiction avec les faits constatés et les idées reçues pour que nous nous arrêtions à la combattre.

2° POLYPES CELLULO-VASCULAIRES. 1^{re} *Variété*. Quelle que soit leur origine, ils entretiennent de prime-abord des fleurs blanches et des pertes rouges abondantes; souvent des douleurs au point qu'ils occupent, ou dans la matrice toute entière; des tiraillemens aux lombes et aux aînes, une sensation de pesanteur au fondement. Ces symptômes apparaissent même quand les polypes, très-petits, naissent du col utérin, et conséquemment ne peuvent ni abaisser ni tirailler l'organe; en sorte qu'il faut bien regarder toutes ces douleurs comme sympathiques. Les mouvemens, les efforts, les chutes, le toucher rappellent et augmentent l'écoulement. Quelquefois, emplissant le col utérin, ils ont paru déterminer la stérilité qui a cessé après leur excision (Dupuytren). Ils surviennent à tout âge: chez les vierges, les femmes, les veuves, les femmes enceintes. On les a vus disparaître spontanément; d'autres fois, s'il faut regarder comme concluantes les observations de Mauriceau, discutées par Levret, ils seraient tombés et n'auraient point reparu; plus souvent ils persistent, et finiraient par épuiser les malades et les réduire à une anémie complète, si l'art ne venait à leur secours.

Nous citerons ici un fait très-curieux que nous tenons de madame Délon, l'une de nos sages-femmes les plus estimées. Une dame de 41 ans, enceinte de six semaines, vint à avoir une perte rouge qui se renouvelait tous les jours; M. Velpeau, appelé, reconnut un polype d'un pouce de longueur, mou, saignant au toucher, implanté par un pédicule assez distinct, à la lèvre antérieure du museau de tanche. La grossesse eut son cours ordinaire; à 7 mois, les pertes cessèrent; après l'accouchement, qui eut lieu à terme, le polype avait complètement disparu. Deux ans après il n'en était revenu aucune trace; un second accouchement à même eu lieu depuis. Ségard rapporte un fait presque semblable.

2^{me} *Variété*. Ceux-ci déterminent en général peu de douleurs, et souvent même aucune (Herbiniaux); d'autres fois il y a des douleurs

lancinantes, et les accidens sympathiques sont les mêmes que pour les précédens. Il y a peu d'écoulemens blancs; mais des hémorrhagies presque incoërcibles, et qui mènent promptement la malade au tombeau. Ces polypes pullulent fort et vite; nés d'ordinaire dans la matrice, qu'ils gonflent et remplissent, lorsqu'enfin ils descendent dans le vagin, quelquefois il s'en détache des lambeaux mortifiés; mais la masse, au lieu de diminuer, ne fait que s'accroître. Sujets à récidiver après toute opération, ils paraissent cependant moins tenaces chez les jeunes filles (observ. de Cullerier) que chez les femmes d'un âge mûr, et surtout les femmes très-avancées en âge (observ. d'Herbiniaux). La mort en est donc presque toujours l'inévitable résultat.

3° POLYPES PAR HYPERTROPHIE. L'hypertrophie du col, quand elle est assez considérable pour former un polype, doit donner lieu aux mêmes accidens que le polype fibreux né du même point, si l'on considère que le tissu extérieur est le même et que l'intérieur ne prend aucune part aux symptômes. On ajoute seulement que le tissu utérin pur est plus sensible; ce qui sera discuté plus tard.

L'hypertrophie polypeuse du corps de la matrice, sur laquelle nous avons trop peu de faits pour asseoir un jugement certain, doit participer des symptômes du renversement incomplet et des symptômes du polype fibreux même. Et en définitive, quand un corps fibreux entraîne devant lui une notable épaisseur des parois utérines, n'est-ce pas une hypertrophie toute semblable, à part la cause et le noyau de la tumeur? Il est donc probable que certaines de ces hypertrophies ne donneront que peu de signes de leur existence, comme dans les cas de renversement incomplet. D'autres fois apparaîtront les pertes en blanc et en rouge, et tous les accidens des polypes fibreux que nous allons bientôt décrire.

Quand la dégénérescence cancéreuse s'empare de ce tissu hypertrophié, soit du col, soit du corps, alors surviennent d'autres symptômes et d'autres ravages. Il suffit de les indiquer; les décrire en détail serait empiéter hors de propos sur l'histoire du cancer utérin.

4° POLYPES MOLIFORMES. Ceux-ci, formés comme le polype fibreux, ont le même accroissement, les mêmes symptômes, les mêmes terminaisons, à part peut-être la dégénérescence cancéreuse, qui du moins ne va pas plus loin que leur enveloppe.

5° POLYPES FIBREUX. 1° *Polypes du corps de la matrice.* Nous les avons suivis précédemment en quatre périodes bien distinctes; saillant seulement dans la matrice; dilatant le col utérin; descendus dans le

vagin ; sortant hors de la vulve même. Les symptômes varient dans chaque période.

Bayle surtout a étudié la première ; tantôt il n'y a aucun dérangement dans la santé ; la malade vit ignorante et insouciante de son mal. D'autres fois les menstrues sont irrégulières, plus longues, plus rapprochées ; un écoulement sanieux ou sanguinolent les précède et les suit le plus souvent ; si la femme n'est pas encore réglée ou a cessé de l'être, ce sont de légères pertes de sang revenant par intervalles ; il y a des douleurs dans l'utérus, les aînes, les lombes, les cuisses. Enfin il peut s'y joindre des fleurs blanches et des hémorrhagies considérables. Cet état dure deux, trois mois, un an, deux ans, ou même bien plus longtemps avant que le polype se montre.

Quand il est assez saillant et assez volumineux, et qu'il commence à dilater le col utérin *à la façon d'un coin*, pour me servir des termes de Levret, les symptômes indiqués sont bien plus constans et plus complets que dans la première période. Les douleurs des reins et des aînes prennent le caractère de tiraillemens ; il s'y joint de la pesanteur au fondement, et quelque tendance à la constipation ; la marche est quelquefois gênée ; enfin la malade accuse une pression, une gêne insolite à la partie supérieure du vagin. Mais il est de nombreux cas exceptionnels, dans lesquels la femme souffre peu ou point, et n'a guère d'autre avis d'un dérangement de sa santé que des fleurs blanches plus ou moins abondantes.

Quelquefois le col utérin est tellement rigide, le polype tellement accru dans la cavité utérine, que la maladie reste à cette seconde période ; le passage dans le vagin est impossible. Alors la matrice se dilate de plus en plus à mesure que le polype grossit ; l'hypogastre est soulevé par la tumeur ; quelquefois les mamelles se gonflent par sympathie ; les douleurs sont vives et peuvent aller jusqu'à l'inflammation ; les pertes abondantes et presque continuelles. De là faiblesse générale, impossibilité de marcher et de se mouvoir ; pâleur toujours croissante ; bouffissure ; hydropisie partielle ou générale ; pouls petit, faible, précipité ; ~~syncopes~~ syncopes fréquentes ; et, si l'on n'y met ordre, mort dans une anémie et une prostration complètes.

La descente du polype dans le vagin n'a pas toujours lieu de la même manière. Quelquefois un effort, une chute, un choc violent la précipitent ; elle est complète en un instant ; et quand les femmes n'ont eu jusque-là aucun soupçon de leur polype, elles s'imaginent avoir une chute de matrice, et tentent de la réduire avec les doigts ou un pessaire. D'autres fois la descente se fait lentement, peu à peu, sans s'annoncer

par aucun signe bien tranché entre les symptômes ordinaires ; on est tout étonné en touchant la même femme, à quelques mois ou quelques années de distance, de trouver une tumeur dans le vagin, qu'on avait senti libre auparavant. Un troisième casse présente, plus douloureux pour la femme. Quand le polype bien volumineux a déjà entr'ouvert le col utérin, quelquefois, à l'occasion d'une émotion physique ou morale, ou même sans cause occasionnelle extérieure, la matrice se contracte avec violence sur le polype ; la femme est entraînée à pousser elle-même ; il y a des douleurs inutiles et des douleurs expulsives : c'est un véritable accouchement avec ses crises et ses tortures. L'expulsion peut s'achever en quelques heures ou durer des jours et des semaines ; le repos n'est rendu à la malade que quand toute la masse est complètement sortie. Là commence la troisième période.

Les symptômes qu'elle amène sont calqués sur ceux de la précédente. La tumeur presse davantage sur la vessie, et selon sa position, ou force à uriner plus souvent, ou nuit à l'écoulement de l'urine : sur le rectum, et met obstacle à la défécation ; sur le périnée, et la malade peut à peine s'asseoir ; enfin la pression qu'elle exerce sur les parois du vagin amène une irritation chronique, un écoulement de matières sanieuses, purulentes, qui croupissent dans ce conduit dilaté, prennent une odeur fétide au contact de l'air, et, sans doute par résorption, agissent d'une manière très-pernicieuse sur la santé générale. Alors, si l'on n'a le soin de les entraîner par des injections fréquentes, à la pâleur résultant des fréquentes hémorrhagies se joint une teinte jaune paille ou terreuse ; la fièvre de résorption et le dévoiement en sont souvent la suite. Mais par-dessus tout, ce sont les pertes de sang qui sont formidables ; dans les deux autres périodes, elles manquent assez fréquemment ; dans celle-ci, presque jamais. Nous n'avons trouvé dans les observations, si notre mémoire est fidèle, que deux cas d'heureuses exceptions où les malades portaient gaiement leur mal, sans en courir les risques ordinaires ni même en éprouver de graves inconvénients. On a dit que quelquefois la striction du col utérin sur le pédicule avait déterminé des accidens d'étranglement ; nous n'en connaissons pas d'observation.

Tous ces symptômes d'ailleurs s'expliquent assez bien ; les pertes de sang ont seules donné sujet à discussion. Levret les attribuait exclusivement à la constriction du col utérin, qui, empêchant le retour du sang par les veines de la tumeur, entraînait la rupture de ces vaisseaux. Dans ce système, les polypes encore enfermés dans la matrice ne devraient pas fournir d'hémorrhagie ; or on vient de voir, dans une des-

cription toute tracée d'après les faits, qu'il est loin d'en être toujours ainsi. Les polypes du col utérin devraient également être exempts de pertes sanguines; Levret le soutenait ainsi; les faits l'ont encore réfuté depuis. Enfin on lui objecte que, la striction ne diminuant jamais, l'hémorrhagie ne devrait point s'arrêter; mais surtout ceci, que la ligature qui n'est qu'un autre mode de striction, au lieu d'amener une perte consécutive, arrête souvent presque immédiatement les pertes existantes.

Cette cause, bien que réelle, n'a donc qu'une influence secondaire; et dès-lors il importe assez peu de discuter l'opinion de Walther, qui croit que le sang vient des canaux cellulo-sanguins du corps fibreux, plutôt que des veines extérieures.

Mais la cause principale, où est-elle? Accuserons-nous le tiraillement de la matrice qui est quelquefois à demi-renversée? On répondrait que la plupart des renversemens non compliqués de polypes ne donnent pas lieu à des pertes semblables. En résumé, il paraît que le sang s'échappe des vaisseaux utérins; une foule de raisons viennent à l'appui: les hémorrhagies quand la tumeur est encore dans la cavité utérine, ou bien quand le polype, fibro-cartilagineux et sans vaisseaux, n'est revêtu que d'une membrane lisse, mince, presque aussi sèche et aussi fibreuse que lui; et puis les raisons qui militent contre l'opinion contraire. Il faut donc admettre que la présence du polype produit sur l'utérus une irritation hémorrhagique, pareille à celle qui s'y développe en d'autres circonstances; M. Blandin dit qu'on trouve alors les sinus utérins développés, et leurs orifices béans, comme dans la grossesse.

Plus tard enfin le polype se présente à la vulve; la matrice s'abaisse nécessairement; l'urèthre est comprimé, et quelquefois dévié en sorte que le jet de l'urine change sa direction ordinaire. Les symptômes ne varient pas essentiellement; notons seulement qu'alors la surface muqueuse utérine se recouvre d'un épiderme que Lefaucheux a trouvé semblable à celui de la paume de la main. Plus tard encore, si la vulve est large, comme quand la femme a eu des enfans, le polype sort tout entier à l'extérieur; et alors aucun organe n'agit directement sur lui; son propre poids, et quelquefois les contractions du diaphragme dans les efforts, déterminent seuls cette issue complète.

On conçoit de reste les inconvéniens que doit entraîner la présence d'une semblable tumeur soit à la vulve, soit entre les cuisses. L'urine et les matières fécales la souillent inévitablement; de là des irritations et des dégénérescences fâcheuses. Nous avons dit celles qui pouvaient y survenir: la tumeur est sous les yeux et permet de les constater; le reste

appartient à un autre chapitre de la chirurgie. Enfin, il est presque toujours possible de réduire le polype dans le vagin; il est impossible de le faire rentrer du vagin dans l'utérus.

Tous ces polypes, lorsqu'ils permettent le coït, permettent aussi bien à la femme de concevoir, et quelquefois d'accoucher heureusement, même lorsqu'ils sont déjà dans le vagin, et même hors de la vulve (obs. de Boudou). Alors par suite du développement de l'utérus, la tumeur remonte plus ou moins haut, pour redescendre après l'accouchement. Mais les choses ne sont pas toujours si favorables; l'avortement survient (Thoumain), ou si le polype tient encore largement à la matrice, il l'empêche de se contracter après la délivrance, et détermine une hémorrhagie mortelle (Chaussier); enfin Chaussier a vu encore un polype volumineux rétrécir tellement le détroit supérieur que la tête de l'enfant fut écrasée au passage.

2° *Polypes du col utérin.* Nous ne faisons pas de distinction entre ceux du museau de tanche et ceux de la cavité du col; les symptômes n'en admettent pas. Quand ils sont petits, ils restent un très-long temps sans donner de signes d'existence; lorsqu'ils deviennent plus volumineux, ils tiraillent la matrice dont ils déterminent l'abaissement, irritent le vagin; détermine des douleurs, des flueurs blanches, des pertes de sang comme dans la 3^e période des polypes du corps utérin: à dater de cet instant, leur histoire est la même. Ajoutons cependant que très-souvent ici les écoulemens de sang n'ont pas lieu, et que si Levret a eu tort d'enseigner qu'ils n'existaient jamais, M. Roux a été trop loin en avançant qu'ils existaient toujours. D'après nos recherches, il y a des faits des deux côtés; nous n'avons pas pu déterminer quel était le cas le plus fréquent.

En résumé, quelle que soit la nature du polype, à part ceux de la seconde classe, on voit qu'ils n'agissent pour ainsi dire que comme corps étrangers; soit par pression sur la vessie, le périnée, le rectum, ou par irritation du vagin et de la matrice. Delà la ressemblance des symptômes qu'ils provoquent avec ceux des autres corps étrangers.

IV. DIAGNOSTIC.

Si le chirurgien s'en rapportait donc exclusivement à ces symptômes, le diagnostic, la partie la plus difficile et la plus importante de l'art, resterait dans une incertitude profonde. Mais l'art possède de puissans moyens pour l'éclairer; principalement le *toucher* qui fait sentir, et l'application du *speculum uteri* qui permet de voir. Quelque-

fois on a eu recours à un stylet explorateur, à la ponction, à l'incision ; nous en dirons quelques mots. Enfin, quand tous ces moyens sont insuffisants, peut-être serons-nous assez heureux pour leur en substituer d'autres.

Avant toutes choses, que le chirurgien se tienne sur ses gardes, et qu'il n'aille pas imprudemment donner son avis sur un écoulement permanent de sang ou de fleurs blanches, sans demander à toucher ou à voir. Toutes les fois que la femme accuse un écoulement de ce genre, une pesanteur dans le bassin, en un mot, la série plus ou moins complète des symptômes indiqués, surtout de l'âge de trente à cinquante ans, on est en droit de soupçonner un polype. Le toucher n'apprend rien au premier abord, et les accidens persistent. Il est possible que le polype soit encore dans la matrice; il faut revenir à la charge, afin de s'assurer de sa présence dès qu'il aura ouvert le col utérin. Bayle, qui insiste surtout sur ce précepte, veut qu'on touche *au moins une fois par mois*. Il a vu des chirurgiens, après un toucher qui n'avait rien appris, nier absolument l'existence d'un polype; un an après, la femme expirait épuisée, et portant dans le vagin un polype bien pédiculé qu'on aurait pu facilement extraire. Il cite un cas où une conduite plus sage lui réussit: le polype mit près de deux ans à sortir; mais une fois sorti il fut lié sans délai. L'éveil étant donc donné par les premiers symptômes, le premier moyen de diagnostic est le toucher.

Le toucher ne se pratique pas d'une autre manière que dans la grossesse: avec la main gauche on presse sur l'hypogastre pour abaisser la matrice; avec l'indicateur droit, on explore le vagin, le cul-de-sac qui le sépare du col utérin, les lèvres du col, et enfin son ouverture même.

Quand le polype, quel qu'il soit, est complètement renfermé dans la matrice, le toucher n'apprend rien. Tout au plus, entre la main gauche et le doigt qui touche, pourrait-on balloter et sentir une tumeur; mais on ne saurait en assigner la nature ni la forme.

Plus tard, le col s'efface, s'entr'ouvre; on sent une tumeur qui se fait jour entre ses lèvres; molle et saignante si c'est un polype cellulo-vasculaire; arrondie, polie, d'une consistance variable, mais en général plus ferme, quand c'est un polype des trois dernières classes. A ce début de la tumeur, il est assez facile de juger si elle vient du rebord du col utérin, ou de la cavité du col, ou de la cavité utérine; le doigt manœuvre avec facilité, et peut sentir, à côté de l'orifice libre, une des deux lèvres occupée par une tumeur pédiculée ou non; ou les deux lèvres libres, l'orifice bouché par le polype; et enfin en glissant le doigt dans l'ouverture, on parvient assez souvent à reconnaître si le pédicule s'at-

tache plus ou moins haut. D'ailleurs, quand il descend de la cavité du col seulement, celui-ci se dilate et s'efface infiniment moins que quand le polype né dans la matrice se présente à l'ouverture par sa base.

Mais quand le polype remplit le vagin largement distendu, le toucher est plus délicat et plus difficile. Il faut circonscrire avec la pulpe du doigt le pédicule de la tumeur; si l'on sent tout autour une rainure circulaire où le doigt ou un instrument explorateur puisse pénétrer, et autour de cette rainure le col utérin dilaté, mais dont les bords sont libres, on peut affirmer que la tumeur vient de l'utérus. Si au contraire l'orifice est libre, mais qu'une de ses lèvres soit continue au pédicule, ce sera un polype du col. Levret voulait encore distinguer les polypes du rebord ou de la cavité du col utérin; on a négligé cette distinction, d'une part, à cause de l'inutilité, de l'autre, parce qu'il est probable que le polype de la cavité du col, en attirant en bas son point d'insertion par son propre poids, doit l'amener au niveau du rebord du museau de tanche.

Ce toucher n'est pas toujours facile. Quelquefois la tumeur remplit tellement le vagin que le doigt ne peut pas tourner à volonté autour du pédicule; M. Dupuytren fut obligé une fois d'introduire tour à tour les deux indicateurs. Ou bien la tumeur retenue par la vulve repousse l'utérus en haut en se développant; il faut alors presser davantage sur l'hypogastre. Levret recommande aussi d'introduire le doigt immédiatement sous la symphyse pubienne; là en effet la distance entre la vulve et le col de la matrice est moindre; en outre, la femme étant couchée, le polype par son propre poids appuie en arrière et laisse plus libre la partie antérieure. On a vu encore des polypes figurés en champignon, ou de toute autre manière, mettre un obstacle insurmontable à ce que le doigt approchât du col de l'utérus; dans ces cas, Levret a donné le conseil, bon à suivre encore aujourd'hui, de saisir le polype avec un forceps, et de le faire descendre jusqu'à la vulve: on peut ainsi procéder à la fois au diagnostic et à l'opération.

La présence d'un pseudo-pédicule est une autre cause d'erreur qu'il serait fort difficile d'éviter; heureusement elle n'a rien de bien grave.

Lorsque la tumeur se présente à la vulve, ou même sort complètement au-dehors, la vue vient au secours du toucher; mais l'un ne doit pas se passer de l'autre. Le point capital du diagnostic, celui sur lequel M. Dubois insistait par-dessus tout, c'est l'exploration du col utérin, de son orifice central et du cul-de-sac circulaire qui le sépare du vagin.

Telles sont les règles du toucher appliqué à l'exploration des po-

types. Il donne l'idée du volume, de la consistance, du siège de la tumeur; de l'origine du pédicule; de son écorce lisse ou rugueuse, entière ou ulcérée; pour l'aspect, la couleur, la configuration des ulcères, des croûtes, des pustules, des dégénérescences diverses de la tumeur, il faut recourir aux yeux. Si la tumeur est à la vulve, il n'est besoin que d'écarter les grandes lèvres. On peut, comme il a été dit, l'y faire descendre au moyen soit du forceps de Levret, soit d'instrumens divers. Il est plus commode et aussi sûr de se servir du *speculum*.

Toutefois on l'applique assez rarement dans les cas de grosses tumeurs polypeuses. C'est surtout pour reconnaître les petites tumeurs du col utérin, ou muqueuses, ou par hypertrophie, ou déjà cancéreuses; et principalement pour les très-petits polypes cellulo-vasculaires que le toucher n'indique pas suffisamment. Une femme souffrait depuis longtemps de tous les accidens des polypes; plusieurs médecins y avaient épuisé leur science; au spéculum, M. Dupuytren reconnut de ces petits polypes au col utérin; il les excisa, et la malade fut guérie. On a inventé dans ce but une foule d'instrumens. Celui qui nous paraît porter une plus vive lumière au fond du vagin est celui de M. Récamier; la difficulté de l'introduction est éludée en y joignant un mandrin de bois à tête arrondie.

Voilà nos grands moyens de diagnostic; et on voit qu'ils laissent beaucoup à faire. Car ils nous avertissent de la présence et de l'aspect d'une tumeur; mais en supposant que cette tumeur soit un polype, comment parvenir à distinguer par exemple les trois dernières classes? comment reconnaître leur état intérieur? Un chirurgien trouve une fluctuation sensible; il donne un coup de trocart pour vider la tumeur; rien ne sort; c'était un polype à l'état charnu. M. Dupuytren croit avoir affaire à une matrice renversée; il fait une incision, et se rassure en ne trouvant pas de cavité. Qu'aurait-il fait s'il en eût trouvé une? Il n'y a guère que les polypes fibro-cartilagineux et osseux qui se distinguent des autres par leur dureté et leur poids; encore faut-il que leur enveloppe utérine ne soit pas trop épaisse.

Il y a plus; c'est que ces indices donnés par le toucher ne sont pas encore aussi sûrs qu'ils le paraissent. Nous avons dit ailleurs comment on pouvait prendre les pulsations du doigt pour des pulsations d'artères dans le pédicule. Et d'ailleurs, sans cela comment expliquer les erreurs de diagnostic si fréquentes où tombent les meilleurs praticiens, accoucheurs, chirurgiens, professeurs? Ce fut après avoir reconnu au toucher que le pédicule s'implantait sur le col utérin, que M. Dupuytren craignit d'avoir à faire à un renversement de matrice. Tant il est vrai

que le diagnostic n'est pas tout dans les livres, et qu'il dépend pour beaucoup du jugement, de la perspicacité, de ce qu'on appelle l'instinct du chirurgien.

Mais, en vérité, le diagnostic différentiel de chaque espèce de polypes est la chose la moins importante; ce qui est bien autrement grave, c'est le diagnostic différentiel du polype entre toutes les affections qui le simulent. Là est souvent le danger pour la réputation du chirurgien et pour la vie du malade; nous donnerons à ce sujet tout le développement qu'il mérite.

On peut confondre les diverses espèces de polypes avec 1° la descente incomplète de l'utérus; 2° la descente complète; 3° le renversement incomplet du même organe; 4° le renversement complet; 5° le cancer du col utérin; 6° les concrétions sanguines de la matrice; 7° les concrétions lymphatiques; 8° les môles. Il ne s'agit ici bien entendu que de l'époque où le toucher et la vue ont reconnu une tumeur, et non pas de la première période des polypes fibreux, par exemple, que l'on peut prendre très-facilement pour une grossesse commençante, ou toute autre affection de l'utérus.

1° DESCENTE INCOMPLÈTE DE L'UTÉRUS. Il paraît à peine possible de confondre cet accident avec un polype. En effet, la tumeur qui remplit le vagin est conoïde, ayant sa base en haut, son sommet en bas; à ce sommet tronqué se rencontre l'orifice de la matrice, par lequel on peut introduire un stylet ou une sonde dans sa cavité; et, en dehors, on ne trouve rien autre chose que le cul-de-sac circulaire qui sépare le col utérin du vagin. Ces caractères sont parfaitement suffisants, quand le col utérin n'est pas dégénéré; mais cette dégénération sera examinée plus bas.

2° DESCENTE COMPLÈTE DE L'UTÉRUS. On entend sous ce nom un déplacement de l'utérus porté si loin qu'il est tout entier descendu hors de la vulve. Alors le vagin renversé lui-même tout entier forme l'enveloppe externe de la tumeur; il n'y a plus de cavité vaginale; la tumeur semble naître de la partie interne des grandes lèvres à la muqueuse desquelles elle est réellement continue; au bout d'un certain temps, toute cette muqueuse se recouvre d'une couche épidermique. La tumeur, d'après les descriptions et les figures qu'on nous en a laissées, est ovoïde, ayant sa petite extrémité en bas, et une sorte de rétrécissement au-dessus de l'autre.

S'il en était toujours ainsi, cette absence complète du vagin suffirait pour assurer le diagnostic; mais avant d'arriver à ce terme, il y a un degré de la descente où une partie du vagin n'est pas encore complète-

ment retournée : c'est pour ce cas qu'on a cherché des signes différentiels. Or on a dit : 1° dans le renversement, la tumeur figure un cône renversé; le polype affecte une forme contraire; 2° le sommet du cône utérin est percé d'un trou par lequel on peut introduire un stylet ou le doigt dans sa cavité; les règles sortent par ce trou; le polype n'offre rien de semblable; 3° la réduction de la matrice est toujours possible; 4° la direction du jet de l'urine est changée; Levret a vu des femmes qui *pissaient horizontalement devant elles*; qui même, étant debout, pouvaient *se pisser sur le ventre*; quelquefois enfin il y a rétention d'urine.

Certes, si l'on n'avait que ces moyens de diagnostic, il faudrait s'étonner que l'erreur ne fût pas plus fréquente. Le premier signe est souvent de nulle valeur; quand la vulve est étroite, la tumeur s'allonge par en bas pour la traverser, et M. Dupuytren a vu un polype offrir ainsi à la vulve son extrémité conique. Et puis la matrice au-dehors peut s'irriter, la muqueuse vaginale qui la recouvre s'engorge, et alors la partie inférieure de la tumeur devient la plus volumineuse; 2° le second peut servir davantage, sans doute; toutefois on cite le cas d'un polype qui offrait, avec d'autres scissures, un trou précisément à sa partie inférieure, et qu'on aurait pu confondre avec le col utérin; et M. Velpeau lui-même a bien pris un polype pour une descente de matrice. D'autre part, Lefaucheux a vu le gonflement du col utérin porté si loin qu'il masquait complètement l'orifice. Quant à l'écoulement menstruel, outre que les pertes fréquentes et l'irrégularité de la menstruation lui ôtent une partie de son importance, il n'existe plus passé 50 ans; 3° la matrice, en cet état, n'est pas toujours réductible (Levret); et la réduction dans le vagin est possible pour le polype dans le plus grand nombre des cas; 4° enfin la déviation du jet de l'urine peut aussi bien provenir de la pression d'un polype; en effet Levret a observé que l'urètre est alors repoussé en avant, et fait un coude sous le pubis; il conseille même, à ce propos, de sonder la femme avec la sonde courbe d'homme, et de la même manière. La rétention d'urine est commune aux deux cas.

Il n'y a qu'un moyen de diagnostic valable parmi tous ceux qu'on a donnés : c'est de s'assurer de la position du col utérin, avec son orifice au centre, et son cul-de-sac circulaire à la circonférence. Si on ne le trouve pas à l'origine de la tumeur, si l'on ne rencontre que le cul-de-sac circulaire formé par le vagin en partie retourné, c'est à une descente de matrice qu'on a affaire.

Nous croyons pouvoir y joindre d'autres signes. Les auteurs, et

encore beaucoup l'ont omis, n'indiquent que la déviation du jet de l'urine; il fallait s'assurer si cette déviation provenait d'un déplacement de la vessie, et non d'un simple coude de l'urètre. Levret et Louis, qui avaient eu occasion de sonder des femmes en cet état, n'en ont tiré aucun parti. Introduisez donc une sonde droite; si c'est un polype, l'urètre aura beau être courbé dans sa partie inférieure, la partie supérieure remontera derrière les pubis; la sonde ne pourra pénétrer que de bas en haut dans la vessie. Si c'est une descente véritable, la sonde pourra pénétrer directement d'avant en arrière (Louis), ou même de haut en bas (Levret). Enfin, pour achever de lever toute incertitude, le bec de la sonde, poussé en arrière, pourra être senti par le doigt, soit au périnée, derrière la racine de la tumeur, soit à la paroi antérieure du rectum; toutes choses impossibles dans le cas de simple polype.

3° RENVERSEMENT INCOMPLET DE L'UTÉRUS. C'est ici le cas le plus embarrassant de tous peut-être, et dont le diagnostic aurait le plus besoin d'être éclairé. Au premier abord même, toute distinction semble à peu près impossible. Une tumeur arrondie est sentie au doigt dans le vagin, ou découverte avec le spéculum; elle vient manifestement de la matrice, et son origine est étreinte par le col utérin. Voilà les symptômes communs : où sont les différences ?

Levret, dans son premier travail, signale les suivantes : 1° dans la descente incomplète, la tumeur est hémisphérique, et la partie la plus large est à l'orifice utérin; dans le polype, elle est pyriforme à base inférieure; 2° le renversement est plus ou moins réductible : le polype ne l'est pas. Dans son mémoire académique, il ajoute : 3° le polype est ordinairement indolent; le fond de la matrice est doué d'un sentiment exquis. Herbiniaux donne un autre signe; 4° le renversement n'est pas accompagné de perte de sang, ni d'écoulement purulent : le polype l'est toujours. M. Boyer ajoute : 5° dans le renversement, le doigt ne peut pénétrer entre la tumeur et le col utérin qu'à quelques lignes de profondeur; 6° quand la matrice est renversée dans le vagin, en palpant l'épigastre, la cavité du bassin semble vide; si c'est un polype, la main découvre la matrice au-dessus, en palpant l'hypogastre, si l'embonpoint de la femme n'y met obstacle. Sabatier est bien moins complet; il insiste sur ceci : 7° que le polype croît plus rapidement, et prend alors une forme pédiculée que n'a jamais le renversement. D'autres, et entre autres MM. Roche et Sanson, disent que la matrice renversée est molle et que le polype est dur. Je n'ai rien trouvé ailleurs de plus satisfaisant.

Il convient de noter avant tout que nous ne cherchons point à distinguer le polype du renversement, alors que l'un et l'autre ne font qu'entr'ouvrir le col utérin. Les auteurs ont négligé ce diagnostic qui nous paraît à peu près impossible à assurer, et qui d'ailleurs ne serait d'aucune utilité; nous comparons seulement le polype dans le vagin au renversement saillant dans cette cavité, celui que M. Boyer appelle du deuxième degré.

Or, aucun des signes indiqués comme différentiels ne saurait donner un diagnostic certain. Le premier est en défaut, d'abord quand le polype n'est pas descendu tout-à-fait dans le vagin; secondement quand il a un pédicule très-large. Newnham, cité par S. Cooper, assure que quelquefois le polype est aussi large et même plus large à sa partie supérieure qu'à l'inférieure, ce qui paraît exagéré; mais très-souvent le renversement a une figure pyriforme. Petit, de Lyon, assisté de quatre maîtres de l'art, appliqua une ligature malheureuse sur un renversement de cette espèce démontré par l'autopsie. Ségard a figuré un cas analogue; M. Nauche admet qu'en général la tumeur est cylindroïde. Ceci renverse également le 7^e signe qui n'est fondé que sur la différence d'aspect des deux tumeurs.

Le second n'est vrai, selon Herbiniaux, qu'autant que le renversement est récent; d'ailleurs la réduction ne durant qu'autant de temps que le doigt la soutient, on sent tout ce qu'un pareil signe a d'illusoire. Bien plus, M. Nauche prétend que le renversement n'est réductible ni spontanément, ni par les efforts de l'art.

Le 3^e est bien moins sûr encore. Certains polypes sont loin d'être indolents, surtout quand l'inflammation s'en empare; la ligature de leur pédicule a été jusqu'à donner des convulsions; et d'ailleurs n'est-ce pas presque toujours une portion de la paroi utérine non altérée qui les recouvre? Or, presque toujours aussi, à la partie supérieure, le tissu étant le même, la sensibilité est la même et pour le renversement et pour le polype; à la partie inférieure seulement, l'enveloppe polypeuse étant distendue, amincie, changée de nature, perd plus souvent sa sensibilité (H. de Chégoïn). Du reste, celle de la matrice renversée s'érousse de même au bout d'un certain temps (Nauche).

Le 4^e signe est douteux de plusieurs manières. Il est certains polypes qui n'occasionnent aucun écoulement; Levret en a cité des exemples, surtout pour ceux du col utérin. Puis il est faux que le renversement soit toujours exempt de ces tristes suites. Denman a vu ce renversement, accompagné de pertes continuelles et abondantes, épuiser et tuer une femme en quelques mois; Ségard rapporte un autre cas où la femme vé-

cut deux ans seulement, avec des écoulemens de sang ou de sérosité rougeâtre. Dans l'observation de Petit, la malade était épuisée par des écoulemens de toutes sortes; il rapporte un cas du même genre, où il fallut lier la matrice, bien reconnue renversée, pour arrêter la consommation dont de semblables pertes menaçaient la malade; et il finit par demander si cette opération ne devrait pas être mise alors au nombre des ressources de l'art.

Le 5^e signe serait plus important; mais on sait que souvent le polype utérin entraîne un renversement partiel de la matrice; Denman en a donné une planche qui peut servir de type; et comment alors oser s'y fier? Peut-être pourrait-on se tromper encore en rencontrant le cul-de-sac formé par la racine du polype, quand celui-ci s'insère très-bas, par exemple dans la cavité du col. Je ne dis rien du 6^e, qui ne peut être admis tout au plus qu'après un accouchement, et qui même alors paraîtra fort incertain aux accoucheurs.

Le 7^e signe est jugé à l'avance; quant à la dureté du polype comparée à la mollesse de la matrice, outre qu'il est des polypes très-mous, Herbiniaux donne, au contraire, comme signe différentiel que la matrice renversée forme une tumeur dure.

Je ne sais quel auteur a donné comme constant que le renversement supportait bien le pessaire, et que le polype ne le souffrait pas. Levret a cité un cas où le pessaire existait depuis si long-temps qu'il était incrusté dans le polype; et dans l'observation de renversement de Petit, le pessaire n'avait pu être supporté par la malade.

Il ne faut donc pas dire avec quelques auteurs qu'il suffit de signaler la méprise pour empêcher d'y tomber. Il est peu de cas plus embarrassans pour un chirurgien; tantôt on a pris le renversement pour un polype, et tantôt le polype pour un renversement; et souvent l'erreur a coûté cher aux malades. Dans les cas les plus simples même, il ne faut pas croire que les signes fournis par le toucher soient toujours infaillibles. M. Dupuytren, qui fait autorité à plus d'un titre dans cette matière, touche une femme, reconnaît un polype implanté sur la lèvre antérieure du col par un pédicule large et court; il attire donc le polype au-dehors pour l'exciser; mais à la vue la tumeur avait tellement l'aspect de la matrice, que l'opérateur crut devoir s'assurer par une incision si ce n'était point cet organe. Or, une incision de ce genre aurait-elle été sans danger, si c'eût été réellement la matrice? Et, de plus, la présence d'une cavité au centre du polype n'eût-elle pas pu confirmer l'opérateur dans ses craintes; et n'a-t-on pas vu, même après l'ablation,

MM. J. Cloquet et Richerand se persuader, à la rencontre d'une cavité de ce genre, qu'ils avaient extrait la matrice?

Certes, dans une difficulté aussi grande, rien n'est à négliger, et tous ces indices, quoique souvent peu sûrs, donneront par leur réunion une somme de probabilités assez forte. Mais le danger est si imminent qu'un signe auquel on pourrait se fier serait d'une importance extrême. Or, nous croyons pouvoir en indiquer un de ce genre.

Dans le renversement incomplet dont il s'agit et que je nommerais volontiers *vaginal*, l'utérus fait une poche à ouverture supérieure dans laquelle tantôt les intestins, tantôt la vessie, souvent ces deux organes se précipitent. Rarement il y a des adhérences; et même encore alors on pourrait plus ou moins tenter le moyen suivant: porter une sonde d'homme recourbée dans la vessie de la malade, diriger le bec de la sonde en arrière, sa concavité regardant en bas, et arriver ainsi à appuyer avec le bec bien arrondi sur le fond de la poche utérine; le doigt porté d'autre part dans le vagin sentirait aussi facilement la saillie de l'instrument qu'on la sent à l'hypogastre, pour peu qu'on l'essaie, dans le cathétérisme ordinaire.

Ce moyen est-il sûr et pathognomonique? Nous ne voyons pas dans quelle erreur il pourrait entraîner. Sera-t-il toujours facile ou même possible de le mettre en pratique? Nous n'y apercevons pas d'obstacles réels; et quand même quelques cas exceptionnels se refuseraient à son application, toujours est-il constant que partout où il sera applicable, il éclairera merveilleusement le diagnostic.

Si le renversement suivait de près l'accouchement, la dilatation des parties permettant d'introduire les doigts et même la main, ne semble guère permettre d'erreur. Bauhin raconte cependant avec franchise qu'après un accouchement la matrice s'étant renversée, il la prit pour une môle insérée à cet organe, et voulut l'exciser, quoique la sage-femme lui assurât que c'était bien là que le placenta était attaché. L'autopsie seule le fit revenir de son erreur. Si la difficulté le requérait, notre cathétérisme exploratif serait aussi bien applicable en cette circonstance qu'en toute autre.

4° RENVERSEMENT COMPLET DE L'UTÉRUS. Ici la matrice est retournée tout entière comme un doigt de gant; la tumeur est pyriforme et proémine tout-à-fait hors de la vulve; la partie vaginale du col utérin, seule soustraite au renversement, fait bourlet autour du pédicule; au-dessus le vagin, renversé lui-même, fait un second pédicule, mais creux, et inséré à la face interne des grandes lèvres; la cavité vaginale n'existe plus. On a donc tous les signes qui servent à faire distinguer du

polype utérin la descente complète et le renversement incomplet; toutefois les erreurs ne sont que trop fréquentes. La vacuité du vagin, renversé au-dessus du prétendu polype, atteste que la matrice n'est point en sa place. Mais nous n'hésitons pas à dire que le cathétérisme exploratif, employé à la fois comme dans la descente complète et comme dans le renversement incomplet, sera pour le praticien embarrassé le signe le moins sujet à erreur.

Notons en passant que le renversement en général est bien moins commun que la descente : on trouve, dans Mauriceau et Saviard, quinze cas de descentes simples pour quatre cas de renversements.

5° CANCER DU COL UTÉRIN. Il y a deux affections qu'on rattache ordinairement au cancer utérin, et que nous avons classés dans les polypes. L'une est cette sorte de fungus, appelé par Levret *vivace*, qui pullule et qui saigne jusqu'à la mort; l'autre est cette hypertrophie du col utérin, lorsque le cancer s'en empare et couronne le pédicule de larges champignons. Nous sentons tout ce que cette confusion a de contraire aux idées reçues; mais nous pensons aussi que les idées reçues ne sont pas ici bien conséquentes. M. Récamier est appelé près d'une malade; des médecins recommandables avaient diagnostiqué un polype du col utérin; M. Récamier diagnostiqua un cancer. Or qu'on nous dise ce que c'est qu'un cancer et qu'un polype, et quelle différence il y a entre un polype passé à l'état cancéreux, et un cancer qui a un pédicule? C'est le vague des dénominations qu'il faudrait détruire: jusques-là les classifications s'en ressentiront toujours un peu.

La seule chose qui importe, au reste, est d'établir une distinction entre le polype par hypertrophie et le polype fibreux, qu'ils soient passés ou non à l'état cancéreux. Peut-être les signes commémoratifs serviraient-ils à quelque chose; le développement, la forme de la tumeur, ovoïde dans le polype fibreux. A part ce souvenir et cette forme extérieure, il est impossible de savoir quel tissu constitue le noyau de la tumeur. En définitive, l'indication est la même, l'ablation. Il y a seulement quelque différence pour le pronostic et le mode d'opération: nous traiterons chacune de ces choses en leur lieu.

6° CONCRÉTIONS SANGUINES. Il arrive quelquefois qu'un amas de sang se forme dans l'utérus, s'y concrète en caillots, et en impose pour un polype. Ces concrétions, comparées avec assez de raison aux concrétions fibrineuses du cœur et des gros vaisseaux, en diffèrent toutefois par une consistance plus grande et une apparence d'organisation plus avancée; souvent une couche de fibrine d'un blanc grisâtre, les enveloppe comme une membrane à l'extérieur. On les a rencontrées

chez des filles, des femmes, et même durant la grossesse. Ce sont tous les signes du polype; aménorrhée d'abord; quelquefois, après, perte sanguine qui ne fait que s'accroître; puis des écoulemens sanieus, soit à cause de la décomposition du caillot, soit par suite de l'irritation qui l'accompagne; enfin des douleurs expulsives, et une tumeur au col de l'utérus. Quelquefois l'expulsion s'en fait promptement et l'obscurité cesse; d'autres fois elle s'arrête à moitié, et quand une partie du caillot pend déjà dans le vagin.

Il nous paraît bien difficile, pour ne pas dire impossible, de discerner cette tumeur d'un polype cellulo-vasculaire ou autre, quand le col utérin ne fait que s'entr'ouvrir. Quand la tumeur occupe le vagin, la différence d'avec le polype charnu doit encore être peu sensible. M. Velpeau paraît avoir été induit en erreur par une concrétion de ce genre; la femme avait été mise dans un bain, préparée pendant trois jours à l'opération; quand l'opérateur, cherchant de nouveau à poursuivre le pédicule avec le doigt, fit tomber le prétendu polype, qu'une incision démontra n'être qu'un caillot endurci.

A l'examen même, des observateurs instruits ont pu s'y tromper. M. Récamier regarde comme un polype tombé spontanément, « un corps mollasse, ressemblant à de la fibrine coagulée, et qu'on aurait pris pour telle, si l'enveloppe muqueuse qui envoyait quelques prolongemens fibreux dans son épaisseur, ne l'eût fait considérer comme un polype. »

D'ailleurs, la méprise est de peu d'importance et ne saurait entraîner de graves inconvéniens.

7° CONCRÉTIONS LYMPHATIQUES. On possède quelques exemples d'une autre sorte de conerétions; c'est une espèce de membrane de consistance couenneuse, de couleur blanc-sale comme la membrane du croup, sécrétée sans doute par un mécanisme analogue dans la cavité utérine, et formant ainsi un sac sans ouverture, rempli de sang ou d'un liquide sanguinolent. La face interne de cette poche est lisse et comme séreuse; la face externe couverte de filamens. Chaussier a vu un sac de ce genre pendre dans le vagin, et offrir tout l'aspect d'un véritable polype; M. Salemi en a publié un second cas en 1836; il y eut ceci de remarquable que la concrétion récidiva quelques mois après; la seconde fois, comme on le pense, le diagnostic fut plus facile.

Cette concrétion occasionne tous les signes du polype, à part les pertes de sang et l'écoulement blanc; au contraire les règles s'arrêtent; et on pourrait croire plutôt à une grossesse. Dans le second cas, le premier médecin appelé croyait avoir à faire à un avortement.

9° MÔLES. Enfin la môle, produit plus organisé encore, donne lieu

aux mêmes symptômes, aux mêmes doutes, aux mêmes erreurs, aussi difficiles à éviter quelquefois, toujours du moins aussi peu nuisibles.

Nous ne voulons point nous étendre ici sur les calculs utérins, l'une des terminaisons des corps fibreux; ils ne peuvent simuler le polype que dans la première période; et alors le diagnostic est aussi obscur pour l'un que pour l'autre. Quelques auteurs ont cru devoir chercher à discerner les polypes des hernies vaginales, du renversement du vagin, etc.; ce diagnostic ne s'applique qu'aux polypes du vagin même, et l'erreur ne paraît pas possible pour ceux de l'utérus.

Enfin, au moment où le polype franchit le col utérin, quand il s'y joint de vives douleurs, on pourrait croire à un accouchement commençant. Herbiniaux cite un cas où une sage-femme et deux accoucheurs y furent trompés; l'un d'eux même appliqua les crochets. C'est une méprise qu'il suffit de signaler pour en prévenir le renouvellement.

V. PRONOSTIC.

Le pronostic se tire et de l'état général de la malade, et des circonstances particulières au polype.

Ainsi l'émaciation plus ou moins prononcée, la face plus ou moins pâle, jaune-paille, terreuse, l'œdémie partielle ou générale, la faiblesse, les syncopes déjà survenues, rendent, toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic beaucoup plus grave. Cependant, quand il ne s'y joint pas d'affection organique, il est d'observation que ces symptômes disparaissent même assez rapidement après l'ablation du polype; il ne faut souvent que quelques jours, pour arrêter complètement les écoulemens sanieus ou sanguins; ces derniers s'arrêtent même souvent presque immédiatement. Mais si l'écoulement blanc existait avant l'apparition du polype, son ablation le modère et ne le fait pas cesser (obs. de Récamier).

Dans aucun cas, on ne peut promettre une guérison sans récurrence. On a vu qu'il n'est pas bien rare de trouver plusieurs polypes dans la même matrice: il est bien plus fréquent d'y trouver plusieurs corps fibreux. (Roux).

Le traitement étant fondé sur l'ablation, on conçoit que le pronostic varie surtout selon les circonstances qui favorisent cette ablation. Le volume du polype influe donc moins sur le pronostic que le volume de son pédicule. Toutefois quand le polype est tellement gros, que son issue à travers la vulve ou le col utérin soit très difficile ou impossible,

le pronostic prend plus de gravité. Quand ce passage peut librement se faire, le volume du polype est à peu près indifférent.

Ainsi mieux vaut avoir un gros polype à petit pédicule, qu'un petit polype à gros pédicule. Et comme l'ancienneté du polype coïncide souvent avec l'amincissement du pédicule, les polypes anciens, en général, offrent des chances plus heureuses que les autres. (Leblanc, Boyer, H. de Chégoïn). De même, la grosseur du pédicule diminuant souvent par l'allongement, en général, il vaut mieux avoir à faire, d'abord, à un polype qui a passé la vulve, puis à un polype descendu dans le vagin; encore enfermés dans l'utérus, le pronostic en est plus grave.

La guérison spontanée peut avoir lieu; mais on ne peut pas la promettre.

Les polypes vésiculaires et cellulo-vasculaires simples sont peu graves; les spongieux le sont excessivement, surtout chez les vieilles femmes. Tous les autres sont bénins en général. Quand le cancer s'en empare, le plus souvent il commence par la partie exposée à l'air, et le pédicule est atteint le dernier (Dupuytren). Les polypes par hypertrophie, surtout ceux du col, font plus souvent exception à cette règle; delà un haut degré de gravité de plus.

Telles sont les bases du pronostic, et même leurs principales conséquences; le reste se déduit aisément des données déjà acquises, et de celles que nous allons exposer.

VI. TRAITEMENT.

Tant que le polype est inaccessible au toucher ou aux instrumens, et qu'on n'a que des présomptions de sa présence, le traitement est purement palliatif. Des injections de nature diverse, selon l'indication présente, quelques toniques pour soutenir les forces, de petites saignées pour modérer ou arrêter les ménorrhagies, les astringens dans le même but, quelques révulsifs, voilà où se bornent à peu près les ressources du chirurgien.

Une fois le polype bien reconnu et accessible, il n'y a qu'une seule indication, l'enlever ou le détruire. Les procédés recommandés sont assez nombreux; nous en traiterons dans l'ordre suivant: les caustiques, l'arrachement, le broiement, la torsion, la ligature et l'excision.

1^o LES CAUSTIQUES. Celse traitant d'un ulcère en forme de champignon qui vient à la matrice, recommande de le brûler avec l'écaille de cuivre en poudre; et s'il résiste, avec des caustiques plus actifs ou même avec le fer. La plupart des auteurs ont passé ce moyen sous si-

lence; Levret le rejette complètement. C'est une question sur laquelle on peut revenir. Les caustiques ont été appliqués avec succès aux polypes vésiculaires des narines; pourquoi n'en serait-il pas de même à ceux de la matrice? Les petits polypes cellulo-vasculaires pourraient très bien être attaqués par ce moyen, si la femme répugnait à l'emploi des instrumens tranchans; et enfin dans cette terrible fongosité que Levret lui-même appelait *vivace*, et où la ligature ni le fer trop souvent ne peuvent rien, il nous paraîtrait rationnel d'appliquer les caustiques puissans, le beurre d'antimoine, le nitrate acide de mercure; et le fer rouge même au besoin. D'ailleurs, cette conduite ne manque point d'approbateurs, et ce que beaucoup de chirurgiens rejettent à l'article *polypes*, ils le recommandent à l'article *cancer*. Le manuel opératoire est facile. La femme placée comme pour l'opération de la taille, le spéculum introduit dans le vagin, on enlève les liquides muqueux ou sanguinolens qui recouvrent le polype avec de petites éponges ou des boulettes de charpie portées au bout d'une longue pince; on entoure la racine du polype avec de la charpie pour protéger les parties saines, et on applique le caustique. Si l'on se sert du feu, le spéculum sert de canule; si l'on emploie le nitrate d'argent ou la potasse, de longues pinces ou un porte-crayon suffisent; si l'on préfère le nitrate de mercure, on en imbibe un bourdonnet conduit également au bout des pinces. Avant de retirer le spéculum, on fait des injections d'eau tiède pour enlever le superflu du caustique. Puis la femme est mise dans un bain et assujétie au traitement consécutif général. On recommence quatre, six ou huit jours après, et autant de fois qu'il est nécessaire. On peut aussi joindre la cautérisation aux autres moyens.

Pour les polypes vésiculaires, le nitrate d'argent suffirait; pour les polypes cellulo-vasculaire, surtout les polypes fongueux, le nitrate acide de mercure serait le plus convenable. Les autres classes de polypes s'y refusent, à moins de dégénération cancéreuse; toutefois il faut noter que pour un simple polype fibreux, rebelle à la ligature, Herbiniaux avait formé le dessein de plonger un trocart dans la tumeur, et de conduire des caustiques au centre à l'aide de la canule; ce projet n'eut pas d'exécution.

2° L'ARRACHEMENT. L'arrachement pur et simple n'a guère été noté par les auteurs que pour en montrer le danger. Levret rapporte un fait tiré des Éphémérides d'Allemagne, dans lequel une sage-femme ignorante ayant voulu arracher un polype qu'elle prenait pour un caillot, renversa la matrice; la gangrène survint et la malade mourut. Herbiniaux en raconte un bien plus effroyable encore. Un accoucheur appli-

qua les crochets sur un polype qu'il prenait pour la tête d'un fœtus et tira avec une telle violence, qu'il cassa la griffe de son premier crochet; mais avec un autre il réussit mieux. On examina la pièce arrachée : c'était un polype suivi de la matrice entière avec partie des ligamens larges et ronds !

A côté de ces faits désastreux, il ne manque pas, à la vérité, d'observations d'arrachement involontaire, survenant au moindre effort et suivis d'une heureuse guérison. M. Velpeau a vu un cas de ce genre; et cela se conçoit, puisque souvent le col utérin parvient par sa constriction à diviser le pédicule sans efforts extérieurs. Néanmoins l'arrachement proposé par Dionis était complètement rejeté, lorsque M. Récamier, revenant sur cet arrêt, admit que le succès de méthode cette pour les polypes du nez l'autorisait suffisamment pour les polypes utérins, avec cette précaution toutefois de fixer l'utérus durant l'opération. Il eût fallu, ce nous semble, limiter l'arrachement aux polypes utérins semblables, ou du moins analogues à ceux du nez pour lesquels cette opération est permise, aux polypes vésiculaires et cellulo-vasculaires, par exemple. Avec cette restriction, nous partageons complètement l'opinion de M. Récamier; peut-être même pour les polypes de la seconde classe, l'arrachement serait un moyen de diminuer les chances d'hémorrhagie.

M. Récamier l'a pratiqué une fois pour un polype *mou et vasculaire*, accompagné de perte très-abondantes, né de l'utérus, et qui ne dépassait pas même le col utérin; mais celui-ci était presque effacé. L'opérateur fit abaisser la matrice par la main d'un aide pressant à l'hypogastre, et saisit la tumeur avec les pinces ordinaires à polype nasal. Il voulait pratiquer la torsion; mais le polype saisi se déchira, et il n'en retira qu'un lambeau. Alors décidé à l'arracher, il introduisit de nouveau sa pince, mais fermée, servant seulement à écraser et à assujettir les lambeaux du polype contre le doigt indicateur, instrument plus sensible. En sept à huit minutes, en sept à huit reprises le polype fut complètement extrait. Il y eut peu de douleur; mais il y eut des symptômes imminens de métrite-péritonite. On les prévint et la femme fut guérie.

Cependant une fois l'arrachement fut pratiqué par MM. Dupuytren et Récamier pour un polype de nature fibreuse. Le col formait un anneau de douze à quinze lignes de diamètre, le polype encore dans la matrice; la malade épuisée et ne pouvant attendre; et le col refusant de laisser passer le polype, même après l'incision d'une de ses lèvres. Le polype était saisi et attiré avec les pinces à érigne, qui ne réussirent

qu'à le déchirer. Alors M. Dupuytren le broya impitoyablement avec les égrignes et les doigts; puis, quand il fut las, M. Récamier prit sa place, essaya d'extraire les lambeaux, et ne réussit *qu'à en faire de la filasse, dont les filamens glissaient entre les mors de la pince*. Il ne survint pas d'accidens : les débris s'en allèrent plus tard en es-carres; et la guérison suivit.

C'était sans doute un polype à l'état charnu. Le cas sortait tout-à-fait de la ligne ordinaire; aussi, quoiqu'on ne puisse conseiller l'arrachement en thèse générale pour ces polypes, devrait-on imiter les deux opérateurs, si les circonstances se montraient aussi difficiles.

3° LE BROIEMENT. Le broiement semble n'être qu'une circonstance de l'arrachement; et en effet les deux procédés se tiennent de bien près. La différence essentielle est que dans l'arrachement, quand le polype ne vient pas d'un seul coup, le déchirement se fait à l'aide de pinces; le broiement seul n'a besoin que des doigts : c'est à M. Récamier qu'on le doit encore. Ayant à faire à un polype *mou et vasculaire* inséré dans le col utérin, et le dépassant en bas de six lignes, il le pressa contre la paroi du col avec le doigt indicateur, le réduisit en pulpe et l'amena ainsi au dehors en deux minutes. Le polype était du volume du gros orteil. Il n'y eut aucune hémorrhagie, et guère plus de douleur que dans le toucher ordinaire. La femme fut guérie en quelques jours.

Il est évident que le broiement ne saurait convenir que pour les polypes des deux premières classes; aussi M. Récamier, ayant voulu l'employer pour un polype fibreux, fut obligé d'y renoncer. Toutefois il faut noter, que quand ces polypes ont subi une sorte de ramollissement, on peut tenter quelque chose d'analogue pour diminuer leur volume; la compression avec le forceps réussit à M. Hervez de Chégoin pour affaïsser un polype énorme, dont il s'échappa une grande quantité de matières liquides. Mais ce n'est jamais alors qu'un moyen préliminaire, qui rend une autre opération plus facile, sans pouvoir en tenir lieu.

4° LA TORSION. La torsion, qu'on a comparée à l'arrachement, en diffère d'une manière notable. Dans l'un, on agit le plus souvent sur le corps du polype; dans l'autre, uniquement sur le pédicule. L'un s'exerce par traction, l'autre par rotation. Enfin les indications et les accidens qui peuvent suivre en font deux opérations très-différentes, et qui ne se rapprochent guère que dans leur but.

Le succès de la torsion pour les polypes du nez permet, dit M. Récamier, de l'appliquer aux polypes utérins. Sans nul doute, quand les polypes sont de même nature; mais alors les observations même de

M. Récamier démontrent que la torsion se réduira presque toujours à l'arrachement. Rien n'empêche d'ailleurs de les combiner ensemble.

Mais la question vraiment importante et qui a été le plus agitée, est de savoir si on peut appliquer la torsion aux polypes des trois dernières classes. La torsion avait été entrevue comme possible par Lapeyronie; mais l'observation qu'il donne à l'appui n'est rien moins que concluante. Nous ne connaissons donc dans la science que l'observation de Boudou qui, n'ayant pu placer la ligature, et craignant l'hémorrhagie, se détermina « à tordre doucement et avec beaucoup de ménagement, et toujours dans le même sens, le pédicule du polype; ce qu'il exécuta alternativement avec les doigts indicateurs et du milieu de chaque main introduits dans le vagin. » Le pédicule était long d'un ponce sur cinq ou six lignes de diamètre; l'opération réussit parfaitement. Les réflexions que fait Levret à ce sujet sont très-sages. On court risque de tordre en même temps la portion de la matrice où s'insère le pédicule, ou d'avoir à faire à un pédicule trop gros. Si donc on croyait devoir recourir à cette méthode exceptionnelle, il faudrait s'assurer d'abord que le pédicule est grêle, menu et alongé, et qu'il ne s'attache qu'au bord de l'orifice utérin. Alors même il serait prudent de saisir fermement le pédicule avec des pinces ou des tenettes, pour assurer la torsion et l'empêcher de se communiquer à l'utérus; précaution indiquée dans une thèse soutenue en 1755, sous la présidence d'Hévin. Ajoutons cependant que si l'on avait une pince capable de saisir ainsi le pédicule, on pourrait appliquer la torsion aussi bien aux polypes du corps qu'aux polypes du col utérin.

5° LA LIGATURE. On a fait remonter la ligature des polypes utérins à Aëtius, quoique dans le chapitre qu'on cite, cet auteur ne recommande que de lier et de frictionner les jambes; à Philotenus, qui d'après Peyrilhe, n'en dit mot; à Moschion, qui, en supposant que le passage qu'on lui attribue soit bien à lui, semble aussi se borner à l'excision; à Paul d'Egine, qui certainement n'en parle pas. Les Arabes et leurs disciples, Guy de Chauliac en tête, ne mentionnent que l'excision; en sorte que le premier où nous ayons trouvé la ligature formellement recommandée est A Paré. Mais depuis Paré jusqu'à Levret, la ligature ne s'appliquait que sur le polype sorti entièrement de la vulve ou du moins descendu très-bas, car la pince figurée par Dionis n'aurait pu la porter bien haut; et avant 1740, Boudou consulté par une femme qui portait un polype dans le vagin, conseillait encore d'attendre qu'il eût descendu davantage. En 1742, Levret inventa ses premiers instruments; mais il se bornait à lier le polype au-dessous du col utérin. Her-

biniaux construisit les siens de manière à pouvoir porter la ligature dans la matrice même. Delà trois opérations différentes, et que nous traiterons à part.

1° *Ligature des polypes hors du vagin.* Elle se faisait de plusieurs manières; la plus simple consistait à étreindre le pédicule dans une anse de fil, serrée et assujétie par un double nœud. D'autres, suivant la méthode indiquée par Dionis, traversaient d'abord le pédicule avec une aiguille armée d'un double fil, et liaient à part chacune des deux moitiés. Enfin, quelques-uns n'attendaient pas l'issue complète du polype. Nous avons vu que Dionis avait une pince pour porter la ligature; T. Bartholin, *dès qu'il pouvait découvrir la tumeur*, l'amenait au dehors avec un crochet de fer pour la lier d'après le premier procédé. La ligature posée, quelques-uns attendaient la chute du polype; d'autres attendaient quelques jours, pour l'exciser au-dessous du lien; d'autres, plus hardis, l'excisaient à l'instant même: en sorte que leur ligature n'était plus qu'une circonstance accessoire, et que l'opération se rapportait plutôt à l'excision. On trouve des observations sur presque tous ces procédés dans le mémoire académique de Levret, tableau assez fidèle de la pratique générale du temps.

2° *Ligature des polypes dans le vagin.* La première idée de Levret fut de porter autour du pédicule une anse de fil, destinée à être serrée par un double nœud, comme on faisait pour les polypes descendus plus bas. L'anse était formée avec un premier nœud avant de pénétrer dans le vagin; il ne fallait qu'un instrument pour l'y conduire. De là son premier *porte-anse* ou *serre-nœud*, construit sur le plan de la pince à polypes ordinaires; il y joignit un autre conducteur pour soutenir l'autre extrémité de l'anse, sans compter les pinces ou les forceps pour tenir le polype assujéti. La grande difficulté était de conserver le premier nœud assez serré pendant qu'on faisait le second; un nouvel instrument eut pour objet de porter les deux nœuds à la fois. Ce système des nœuds avait un grand inconvénient; il obligeait à renouveler la ligature quand le pédicule était un peu gros: Leblanc eut besoin une fois de faire jusqu'à quatre ligatures. Lafaye eut l'idée d'une autre méthode, qui consiste à étreindre chaque jour davantage le pédicule; mais l'exécution fut malheureuse. Il remplaçait la ligature par deux crochets d'acier, qui embrassaient le pédicule, et qu'on rapprochait à l'aide d'une vis. En 1749, Levret chercha à mieux faire encore; deux branches d'acier, tendant continuellement à s'éloigner, étaient portées dans le vagin, et à chacune on fixait une extrémité de la ligature, nouée

d'un simple nœud ; idée très-ingénieuse, et dont on n'a peut-être pas tiré tout le parti possible.

L'idée de Lafaye l'emporta, quoiqu'elle nécessitât la présence à demeure d'un serre-nœud dans le vagin. C'est sur elle que sont basés tous nos procédés de ligature ; soit que le lien soit en argent ou en soie, ou en fil ciré, ou en ficelle ; soit que le porte-anse serve en même temps de serre-nœud (Levret) ; ou qu'il y ait deux porte-anses séparés, dont un seul fait fonction de serre-nœud (Herbiniaux) ; ou que les deux porte-anses se réunissent en un seul serre-nœud (Cullerier) ; ou qu'il y ait deux porte-nœuds isolés, et de plus un serre-nœud (Desault) ; enfin qu'il y ait trois porte-fils, sans compter le serre-nœud (Mayor). On ne s'attend pas que nous décrivions toutes les conceptions instrumentales de Lecat, Buttet, David, Laugier, Ricou, Fleck, Bichat ; de MM. Bouchet, Pelletan, Levannier, etc. L'Allemagne, qui reprochait à la France, dès 1772, d'être *la patrie des instrumens nouveaux et inutiles* (Richter), ne fournit pas elle-même un médiocre contingent à cette liste : depuis Bernstein, Goerz, Niessen, Vanderhaar, Loder, Loeffler, Klett, Theden, jusqu'à MM. Joerg et Meisner ; l'Angleterre fournit Hunter, Clarke, Gooch, etc. ; l'Italie Contigli ; et pour peu que nous eussions pu nous livrer à ces recherches, nous ne doutons pas que le nombre des concurrens ne se fût aisément doublé et triplé.

Dans cet immense arsenal, croit-on que les inconvéniens ou les avantages soient tels, qu'on puisse choisir ou laisser du premier abord ? Nous n'hésitons pas à le dire, les grands noms ont ici étouffé les petits ; et le procédé de Desault, par exemple, quoique le plus généralement usité en France, nous paraît un des plus compliqués, des plus gênans et des moins sûrs. Ce fut même la difficulté, et dans un cas l'impossibilité de l'appliquer, qui firent inventer à Cullerier son instrument, qui, d'ailleurs, n'est qu'une contr'épreuve de celui de Gooch, et ne vaut pas son devancier.

Nous avons eu récemment l'occasion de discuter cette question dans la *Gazette médicale*, à propos d'un praticien anglais qui, lui aussi, proposait un nouveau serre-nœud qui valait bien moins que beaucoup d'autres ; mais qui pour la ligature même, rejetait tous les instrumens. Ce que nous disions alors, nous le répéterons aujourd'hui, après une étude plus approfondie encore ; le doigt est le meilleur conducteur de l'anse, et il n'y a d'instrument indispensable que le serre-nœud.

Le chirurgien anglais s'y prend de cette manière. Il place en travers sur l'extrémité du doigt indicateur la partie moyenne de la ligature, et la fixe en retenant dans la main ses deux extrémités suffisamment ten-

dues. Il porte le doigt ainsi armé jusqu'au pédicule du polype; arrivé là, il fait faire un demi-tour de chaque côté du corps du polype aux deux bouts du lien; pourvu que le cordon embrasse la moitié ou les trois quarts de la circonférence du polype, c'est assez; le serre-nœud fait le reste. C'est alors seulement qu'il fait passer les deux bouts du fil dans son serre-nœud; durant cette manœuvre, la forme globuleuse du polype empêche le fil de descendre quand on l'a porté jusqu'à la racine.

L'auteur n'avait pas encore rencontré de cas rebelles à l'application de la ligature par ce procédé, ni d'instrumens qui eussent autant d'avantages. Nous simplifierions volontiers encore sa manière d'agir. Avant de porter l'anse dans le vagin, ses deux extrémités seraient préalablement passées dans le serre-nœud; de cette façon, tandis que l'indicateur maintiendrait au point convenable du pédicule une partie de l'anse, le serre-nœud, qu'on ferait monter du côté opposé, porterait de lui-même à la hauteur voulue, l'autre partie de l'anse; il suffirait pour cela de tirer les bouts du fil en même temps que le serre-nœud monterait, et l'on n'aurait pas à faire avec le doigt ces mouvemens de circumduction qui peuvent être quelquefois difficiles.

Nous ne voyons qu'une seule objection à ce système; c'est que le pédicule peut se trouver hors de la portée du doigt. Et d'abord, règle générale, il n'en est pas ainsi; Levret recommande expressément de s'assurer avec le doigt de la position et du degré de striction de sa ligature; Cullerier, après avoir échoué avec les instrumens de Desault, parvint très-bien à placer la ligature avec les doigts. Mais supposons un cas exceptionnel, et le pédicule très-élevé. Deux ressources se présentent: l'une, d'abaisser la matrice en pressant sur l'hypogastre; l'autre, déjà conseillée par Levret, d'attirer le polype en bas, soit avec le crochet de Bartholin, le forceps à deux ou à quatre fenêtres, la ligature passée à travers la tumeur, ou bien préférablement les pinces de Museux. Quoi donc! on peut porter l'instrument tranchant au pédicule d'un polype, en l'abaissant presque jusqu'à la vulve, et l'on ne pourrait y mettre une ligature? Il est une forme du polype peut-être qui empêcherait plus que toute autre: la forme de champignon renversé, dont nous avons cité quelques exemples. Or nous disons que s'il en était ainsi, le diagnostic même serait incertain, et toute ligature téméraire. On ne pourrait répondre que ce champignon ne fût pas une hypertrophie du col, et alors la ligature ne convient point de l'aveu général; mais de plus, la ligature portée au hasard pourrait embrasser une partie du col utérin, ou même ce col tout entier recourbé en dehors en manière de bourlet. Levret en a donné des observations et des gravures. En un mot, si le diagnostic est

incertain, on aurait tort de lier au hasard; et si vous portez le doigt assez loin pour diagnostiquer, il peut aussi bien y porter une ligature. Mais il est, après tout, difficile de croire qu'une forme quelconque de polype se refuse à descendre lorsqu'il est saisi par les ériges; si la vulve s'y opposait par son étroitesse, M. Dupuytren n'hésite pas à inciser la commissure postérieure.

Il s'agit maintenant de faire un choix parmi cette innombrable quantité de serre-nœuds plats, cylindriques, pleins, creux, droits, courbes, solides, brisés, avec ou sans bouclier, avec ou sans tourniquet, etc. Le serre-nœud droit ne se prête pas bien à la courbure des parties; le serre-nœud courbe est lui-même trop inflexible; ajoutez pour presque tous leur poids qui fatigue surtout si l'on y joint un tourniquet; leur excès de longueur qui offense la commissure postérieure de la vulve, ou l'excès en sens contraire qui menace de la perforer. Les boucliers, invention anglaise, ne sont qu'un embarras et quelquefois une cause d'irritation de plus.

Le meilleur, à notre avis, est le chapelet qu'on attribue à Rodérick, et qu'Herbiniaux semble revendiquer lui-même. Après cela, qu'on emploie 54 grains de chapelet, comme M. Bouchet, qui, de plus, les fait décroître peu à peu de diamètre, de manière à figurer une pyramide; ou 38 seulement avec Sauter peu importe; seulement nous approuvons la petite amélioration de Sauter, qui a percé de deux trous la première boule, afin que le chapelet ne se défile pas quand le pédicule sera coupé, et la dernière également, pour qu'on puisse nouer les bouts du fil sur l'intervalle, sans tourniquet ni instrument étranger. Ces boules faites en corne, en os, en ivoire, sont légères, inoffensives, se mesurent à la longueur du vagin, se plient à sa courbure; et nous ne savons pas qu'on leur ait reproché les inconvénients qu'ont tous les autres serre-nœuds. On pourrait craindre tout au plus quelque pincement de la muqueuse vaginale entre les boules; les nombreuses observations de M. Bouchet sont propres à nous rassurer à cet égard.

La ligature peut être faite de soie, de fil d'archal ou de ficelle godronnée et savonnée ensuite (Leblanc); c'est à celle-ci que Levret donnait la préférence.

3° *Ligature au-dessus du col utérin.* Herbiniaux le premier proposa, comme un des usages de ses instrumens, la ligature des polypes dans la matrice; il paraît aussi l'avoir pratiquée. Mais, dans cette circonstance même, des convulsions terribles étant survenues à plusieurs reprises, le hardi chirurgien osa, par des tractions fortes et répétées, attirer le polype hors de la vulve, renverser à demi la ma-

trice, et pratiquer ensemble la ligature et l'excision. C'étaient donc là deux procédés bien remarquables pour cette sorte de ligature; ils n'eurent pas assez d'imitateurs. La plupart des instrumens inventés depuis furent plus ou moins calqués sur ceux d'Herbiniaux; mais rarement on les porta aussi haut; toutefois dans ces derniers temps M. Balzac est parvenu à lier dans la matrice même un polype qui n'en était point sorti; l'opération réussit parfaitement. Quant au demi-renversement de l'utérus, que la nature semblait indiquer, et qu'Herbiniaux a démontré si peu dangereux, nous ne connaissons que Baudelocque qui ait osé le proposer depuis; mais Louis le rejeta péremptoirement; et il ne fut repris que par M. Dupuytren qui en a fait la base de son procédé d'excision.

Ici les doigts ne vont pas toujours assez haut, et des instrumens peuvent être utiles. Cullerier avait imaginé une sorte de tige échancrée comme un porte-mèche, pour relever aussi haut qu'il serait nécessaire la ligature une fois appliquée. Il suffirait de cet unique instrument; on bien encore on pourrait recourir aux porte-nœuds de Desault, quoique leur forme cylindrique leur permette de tourner entre les doigts, et à la ligature de s'enrouler à l'entour (Cullerier); de même tous les porte-nœuds séparés pourraient recevoir une application utile. Mais s'il fallait choisir les plus ingénieux, les plus simples et les plus aisés à la fois, nous donnerions la préférence aux tiges élastiques de baleine ou d'acier, terminés en pattes d'écrevisse à leur extrémité, en sorte que le lien y soit retenu aussi solidement qu'il convient, et que le moindre effort de rétraction sur les tiges suffise pourtant pour le dégager. On les doit à M. Mayor.

Si nous faisons cette part à ces instrumens, c'est qu'il n'est pas toujours possible d'abaisser et de renverser l'utérus (Récamier, Dupuytren, Balzac), et nous avons vu déjà quels dangers auraient des efforts de traction portés jusqu'à l'arrachement.

Toutefois, alors même, tout le monde ne reconnaît pas la nécessité de porter si haut une ligature. Ségard objecte surtout la possibilité de lier au lieu du pédicule une portion de l'utérus renversé; et, en effet, il y a toujours cette partie du diagnostic qui reste obscure, surtout parce que le doigt ne peut atteindre à l'endroit où l'on place la ligature. Pour parer à cet inconvénient, Ségard renouvela cette idée autrefois émise par Levret, soutenue récemment encore par M. Gensoul, que le polype, comme le cordon ombilical, se détache de son point d'origine, quel que soit le lieu où la ligature l'ait coupé. Cette question a été vivement controversée, et de fait, les faits ne manquent ni pour ni contre. M. Du-

bois a tenté de dénouer le nœud gordien ; quand on lie le polype très-près de son implantation , il se détache ; quand il est lié un peu loin , la partie isolée tombe , l'autre reste , vit et s'accroît. (Thèse de Cracquelin.) Les faits que nous avons mis en lumière nous permettent de donner une explication plus large. Quand le corps fibreux est complètement détaché de la matrice , et n'a point contracté d'adhérences avec la membrane de son pédicule , la ligature même appliquée un peu loin aura pour effet de le détacher en entier. S'il y a des adhérences , et communication des vaisseaux , la ligature , même appliquée très-près , ne détachera absolument que ce qui est au-dessous. La même chose arrivera sans contredit , s'il y a un pseudo-pédicule qui partage , pour ainsi dire , le polype en deux ; le polype inférieur coupé se séparera , le supérieur restera. Ainsi s'expliquent tous ces faits en apparence contradictoires ; et le fait de Ségard , par exemple , qui , une fois l'enveloppe coupée , vit tomber le polype avec son noyau fibreux arrondi par haut , et échappé à la ligature ; et le fait cité de M. Récamier ; et cet autre de Herbiniaux , où la membrane d'enveloppe étant rompue , le polype ne tomba pas ; et l'opérateur fut obligé de scier avec sa ligature le noyau fibro-cartilagineux qui résistait.

Le principe de Ségard , quoique fondé en fait , souffre donc de nombreuses exceptions ; et comme d'ailleurs certains polypes réclament l'opération avant même de faire saillie dans le vagin , la ligature dans l'utérus ne saurait être rejetée. Il importe seulement de veiller davantage aux accidens ; et , si des douleurs inflammatoires ou des convulsions arrivaient , de desserrer et de ramener un peu plus bas la ligature.

Maintenant , et en supposant la ligature posée , quel est le meilleur moyen de la serrer ? On préjuge d'avance notre réponse au choix de nos instrumens : la ligature passée au travers du pédicule , et le divisant en deux , suppose un trop gros pédicule , une opération complexe et trop peu d'avantages ; elle n'a jamais été appliquée que hors de la vulve , et doit être rejetée dans tous les cas. La ligature à deux nœuds a le grand avantage de laisser le vagin libre de tout serre-nœud ; aussi ne voudrions-nous pas la voir rejetée tout-à-fait. Quand le polype est hors de la vulve , quelle que soit l'épaisseur du pédicule , cette ligature vaut mieux que toute autre , parce qu'elle dispense de serre-nœud , et qu'elle peut se renouveler sans peine ; mais évidemment dans le vagin elle ne vaut que pour un pédicule extrêmement mince , et qu'une seule striction suffira pour détruire. La ligature à striction progressive permanente n'a pas encore d'instrumens assez simples , malgré la nouvelle invention de M. Pelletan ; d'ailleurs ses avantages sont presque purement

théoriques. C'est donc, dans le vagin et l'utérus, la striction renouvelée sur le même lien que nous jugeons préférable dans tous les cas où le pédicule a un volume un peu considérable.

Après cette exposition et, pour ainsi parler, ce triage des divers procédés de ligature, disons quelque chose des indications propres à tous. Il faut placer la femme comme pour l'opération de la taille, raser ou épiler les environs des grandes lèvres, pour éviter le tiraillement des poils durant l'opération; avoir soin que la ligature soit égale et forte, la frotter avec du savon ferme afin qu'elle glisse mieux (Levret), et en mesurer parfaitement la longueur, tant pour juger du volume du pédicule que pour suivre les progrès de la section; assujétir le polype avec des pinces, pour peu que cela paraisse utile; placer le serre-nœud, quel qu'il soit, sous les pubis; là, en effet, il y a moins d'intervalle entre la vulve et le pédicule; le serre-nœud irritera moins le vagin, n'étant pas pressé par la tumeur; enfin, si l'on a choisi un serre-nœud solide, comme ils sont droits d'ordinaire, en tout autre point il aurait de la difficulté à pénétrer et à prendre position, à cause de la courbure que la tumeur imprime au vagin, surtout quand elle est un peu volumineuse. Quant au degré de striction, il faut serrer jusqu'à ce que la malade se plaigne qu'on la pince: jamais au-delà. On a vu une striction trop forte causer des douleurs atroces (H. de Chégoïn), des convulsions (Herbiniaux) et des convulsions portées jusqu'à la mort (Martin). Si de pareils accidents survenaient, il faudrait à l'instant relâcher la ligature; et si un second, un troisième essai réussissaient aussi mal, abandonner ce moyen. Quand, au contraire, la malade la supporte bien, après quelques jours, si l'on s'aperçoit que le nœud extérieur est relâché, on le resserre. Le polype tombe au bout d'un temps qui varie selon l'épaisseur et aussi selon le tissu du pédicule; on l'a vu tomber en quatre ou cinq jours; dans le cas cité de Leblanc, la chute se fit attendre près de trois mois.

Dès que le polype est lié, souvent la perte s'arrête presque immédiatement; toujours au bout de quelques jours au plus tard. Le polype étranglé se gonfle d'abord, surtout si le pédicule est épais, devient rouge, puis violet; ses veines, s'il en a, se gonflent et se rompent; plus tard les effets varient. Un polype cellulo-vasculaire se flétrit, se putrifie, s'en va en lambeaux et en bouillie; un polype charnu et mou suit à peu près le même sort; de là une odeur et un écoulement infects, putrides, et qui nécessitent des soins de propreté et surtout des injections très-fréquentes, de peur que ces matières résorbées n'aillent, pour ainsi dire, empoisonner la malade. Il serait infiniment plus sage d'em-

porter cette masse putride dès qu'on est bien assuré que la ligature n'aura pas besoin d'être relâchée. Si le polype est bien dur, la putréfaction s'arrête à la surface; les accidens sont bien moindres; si même la membrane d'enveloppe est devenue sèche et fibreuse, à peine subit-il quelque changement. Mais dans ce cas même, on a vu le polype lié obturer complètement la vulve, les matières sanguines, purulentes, putrides, s'accumuler au-dessus, et former un foyer infect que le hasard seul fit découvrir (Bérard); ce dépôt, si l'on n'y faisait attention, pourrait occasionner des accidens de résorption très-graves.

D'autre part, la chute de la ligature est suivie d'ordinaire de la cicatrisation de la partie vive, et les écoulemens blancs cessent presque aussitôt, s'ils ne sont entretenus par une autre cause. Mais quelquefois aussi les accidens déterminés par la ligature continuent après qu'elle est tombée, et, quoique moins effrayans, suffisent pour amener la mort (H. de Chégoïn). Nous avons été fort étonnés de lire (*Dictionnaire des sciences médicales*, art. *Polype*) que M. Dubois a vu plusieurs fois le sang jaillir à *grands flots* dès que la ligature était tombée, et qu'il a perdu ainsi plusieurs malades. Ce fait, s'il est constaté, serait réellement extraordinaire.

6° DE L'EXCISION. Conseillée par Hippocrate, Celse, Paul d'Egine, Guy de Chauliac, Dionis, etc; pratiquée avec succès sans ligature préalable, par Lapéyronie, en 1705, et par d'autres plus tard après la ligature, l'excision simple fut complètement rejetée par Levret, par crainte de l'hémorrhagie, et malgré le nombre de prétendues excisions de matrice suivies de succès, et que lui-même avait rapportées à des polypes. D'ailleurs elle était toujours demeurée la ressource des seuls cas où le polype sortait de la vulve. Herbiniaux l'appliqua au pédicule inséré dans la matrice même; mais ce pas hardi fut perdu pour l'art jusqu'à ce que M. Dupuytren reprit et s'appropriât les idées d'Herbiniaux. Depuis, MM. Villeneuve, Lejeune, Hervez de Chégoïn et Velpeau, en France, MM. Mayer et Siebold, en Allemagne, l'ont adoptée; et elle ne paraît pas loin d'être préférée à la ligature. On la pratique avec les ciseaux courbes (Dupuytren), courbés en S (Mayer), le bistouri, les cuillers tranchantes renouvelées de Fabrice d'Aquapendente (Lobstein), ou les ciseaux particuliers de M. Richerand.

Elle s'emploie après la ligature, soit immédiatement, soit quelques jours plus tard; ou bien avec une ligature préparée, mais non serrée; ou enfin sans ligature. Dans tous les cas, la ligature se place et se serre comme il a été dit. Si la tumeur est hors de la vessie, l'opération est si simple qu'elle n'a pas besoin d'être décrite.

Mais si la tumeur est dans le vagin, la femme étant placée comme pour l'opération de la taille, un aide presse sur l'hypogastre, pour abaisser la matrice; d'autres écartent les grandes lèvres; le chirurgien introduit dans le vagin un large spéculum à charnière mobile, qui écarte les parois de ce canal et isole bien la tumeur. On la saisit avec des pinces de Museux, et l'on retire le spéculum. On attire lentement le polype: dès qu'il est possible, on implante de secondes pinces de Museux au-dessus et sur un autre diamètre que les premières. On continue à tirer, tandis qu'on recommande à la femme de pousser comme si elle accouchait; enfin le col de la matrice, et par conséquent le pédicule du polype, apparaissent; on l'excise ou avec le bistouri, ou avec les ciseaux. Deux ou trois coups de ces derniers suffisent, il y a très-peu de la douleur; il coule à peine quelques gouttes ou au plus quelques cuillerées de sang; la matrice remonte à l'instant, et quelques jours suffisent à la guérison.

Si le pédicule est encore caché dans la matrice, on tente le demi-renversement de cet organe; si l'on ne peut y parvenir, on incise le col avec un bistouri, soit de dedans en dehors, par l'orifice, avec un bistouri boutonné ou le lithotome caché; soit de dehors en dedans par un coup de pointe (Dupuytren); le reste à l'ordinaire.

L'hémorrhagie est très-rare: elle est arrivée à Lapeyronie, à M. Dupuytren une seule fois: M. Velpeau, sur huit cas, ne l'a jamais vue. Elle est d'ailleurs facile à arrêter par le tamponnement avec les bourdonnets trempés dans l'eau de rabel ou le vinaigre; la saignée, l'eau froide en injections ou en lotions sur l'hypogastre, ont quelquefois suffi. Quand d'ailleurs on redoute quelque hémorrhagie, on peut placer une ligature d'attente.

Quelques cas difficiles se présentent. Si le polype refuse de descendre, un bistouri courbé sur le plat et boutonné, garni de linge, ou des ciseaux guidés par l'indicateur vont couper le pédicule dans l'intérieur du vagin même. S'il fallait remonter trop haut, et dans ces cas encore où le pédicule très-large n'est pas bien distinct du tissu utérin, on pourrait ouvrir la membrane d'enveloppe à quelque distance, et avec les doigts en détacher le corps fibreux par *énucléation*. Les lambeaux membraneux irréguliers qui en résultent se rétractent et se cicatrisent sur eux-mêmes, ou sont en partie entraînés par la suppuration.

L'excision convient à toutes les espèces de polypes; pour ceux des deux premières classes, il suffit d'un spéculum qui dilate le vagin, et de ciseaux longs et courbés. Mais quelle est sa valeur comparative et celle des autres méthodes en général?

S'il s'agit de polypes vésiculaires ou cellulo-vasculaires, l'arrachement uni au broiement paraît certainement plus prompt, plus facile, et n'offre pas plus d'inconvéniens. Toutefois il faut en excepter les petits polypes muqueux bourgeonnans sur le col utérin, et trop petits pour être saisis avec la ligature, les doigts ou les pinces. L'excision est plus prompte et plus sûre ici que les caustiques; elle nous paraît de nécessité. Les caustiques au contraire n'ont pas de rivalités à soutenir s'il s'agit de polypes fongueux et vivaces; encore n'est-on pas toujours sûr de s'en rendre maître même par ce terrible moyen. Pour les trois dernières classes, la question n'est posée que pour la torsion, la ligature et l'excision. Or la torsion s'exclut d'elle même; c'est un moyen exceptionnel bon tout au plus quand la nature ou l'art auraient déjà commencé à détacher le polype. On peut encore et toujours exclure la ligature pour la troisième classe, où le polype est formé du tissu utérin presque pur. Reste donc la question des deux dernières classes: ou pour mieux dire, attendu la rareté de la quatrième, la discussion tout entière a pour objet les polypes fibreux.

Or à comparer les accidens qui suivent l'excision et la ligature, pour l'une, les douleurs, les convulsions, les écoulemens fétides, les accidens de la résorption; pour l'autre, absence presque complète de tous ces symptômes, la question semble aisée à résoudre. Ajoutez la difficulté et la lenteur d'action de la ligature, la nécessité de garder le serre-nœud dans le vagin, en regard de la simplicité, de la promptitude et de la facilité de l'autre. Mais, dira-t-on, on peut, la ligature étant appliquée, diminuer beaucoup ces accidens en enlevant le polype. Mais vous n'oserez enlever le polype immédiatement après la ligature, dans la crainte que des douleurs trop vives ne vous obligent à la desserrer plus tard; et dès lors à quelle époque oserez-vous affirmer que les douleurs ne récidiveront plus? Et puis c'est déjà donner en partie gain de cause à l'excision; la ligature n'est plus ici qu'une complication dont la raison peut être demandée. Or cette raison unique, c'est la peur de l'hémorrhagie. De là résulte que toutes les fois que l'hémorrhagie ne sera point à craindre, toutes les fois que l'enveloppe du polype sera blanche et fibreuse, que le pédicule sera mince, sans vaisseaux apparens sous le doigt, la ligature avant l'excision sera de nulle valeur. Restent les deux cas d'un pédicule excessivement large, ou renfermant des artères qu'on sent battre sous le doigt. Mais le premier cas est précisément un de ceux qui contr'indiquent la ligature. Alors Siebold applique un lien d'abord pour former un pédicule; puis il pratique l'excision. Cette manière d'agir nous paraît moins rationnelle que l'inci-

sion de l'enveloppe à quelque distance de l'attache, et la dissection du corps fibreux par énucléation.

Il n'y a donc qu'un cas douteux, celui où le pédicule contient des artères. Alors l'énucléation peut bien n'être pas possible; alors l'hémorrhagie est à craindre réellement. M. Dupuytren, dans ce cas, ne fait l'excision qu'après avoir placé une ligature d'attente; mais cette précaution est souvent illusoire, l'hémorrhagie ne se faisant souvent qu'après quelques heures. Alors, et malgré la facilité avec laquelle on l'a arrêtée jusqu'à présent, il serait plus prudent de serrer la ligature d'abord, et de ne faire l'excision qu'après. A ce cas exceptionnel et assez rare, nous en ajouterons un autre: c'est quand le polype ne peut être abaissé jusqu'à portée du bistouri, quand il est dans la matrice par exemple. Alors la ligature est de rigueur, à moins qu'on ne préfère l'arrachement, comme ont fait MM. Récamier et Dupuytren.

L'excision doit donc être envisagée désormais comme méthode générale, les autres comme méthodes d'exception. Et, en vérité, n'y avait-il pas une contradiction flagrante à réserver le bistouri pour l'excision du col utérin, pour lequel on proscriit généralement la ligature, et à le rejeter pour les polypes, dont le pédicule est formé du même tissu que le col de l'utérus, seulement avec moins d'épaisseur et de vaisseaux?

En résumé, le broiement nous paraît préférable quand il peut être mis en usage, c'est-à-dire pour les polypes vésiculaires et vasculaires. Pour les polypes fongueux de la seconde classe, il faut recourir aux caustiques énergiques; l'excision est le moyen le plus rationnel pour la troisième classe; enfin, à part les cas où le polype ne peut être abaissé absolument, et ceux où le pédicule renferme des artères volumineuses, elle l'emporte encore sur la ligature pour les deux autres classes.

Après plusieurs de ces opérations, des polypes trop gros ont donné quelque peine pour leur extraction. Le débridement du col utérin, l'incision de la fourchette aplaniront le plus souvent ces difficultés; sinon on emploierait la compression par le forceps, le broiement avec les ériges, ou la division en plusieurs fragmens avec le bistouri.

Un mot, pour terminer, sur le traitement général.

Toutes ces opérations exigent plus ou moins une préparation générale et un traitement consécutif. Il faut veiller à l'état des viscères, à l'état du moral avant l'opération; un bain est utile pour assouplir et laver les parties. Après l'opération, quelque peu douloureuse qu'elle ait pu être, il faut se rappeler que le pédicule sur lequel on a agi est une portion de la matrice, de la matrice déjà irritée et versant du sang,

et conséquemment qu'il y a lieu de craindre la métrite et même la péritonite. Aux premières douleurs, il ne faut donc pas hésiter, si la femme est forte, à la saigner d'abord, et à poser ensuite des sangsues à l'épigastre, ou aux aines, ou aux régions iliaques. Les sangsues suffiront si la femme est faible. Le toucher ne doit être pratiqué qu'avec une extrême réserve. Les cataplasmes, les injections émollientes, les bains surtout sont d'un grand secours. On prescrit une diète sévère, qu'on ne relâche que par degrés et quand toute crainte est passée. Alors vient le tour du régime fortifiant et tonique. M. Dupuytren a noté chez ces femmes un phénomène assez remarquable : ce sont des bourdonnements dans les oreilles, effet constant des pertes considérables. Des sinapismes promenés à la partie interne des cuisses suffisent pour les dissiper.