

Bibliothèque numérique

medic @

**Labatut, Eugène. - Des corps fibreux
interstitiels de l'utérus**

1857.

Paris : Imp. Rignoux

Cote : Paris 1857 n. 213

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 27 août 1857,

Par EUGÈNE LABATUT,

né à Bègles (Gironde),

ex-Interne de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

DES

CORPS FIBREUX INTERSTITIELS DE L'UTÉRUS.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

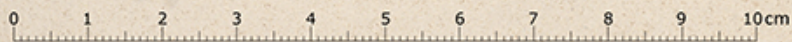
PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

1857

1857. — Labatut.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM
Anatomie.....
Physiologie.....	BÉRARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale.....	MOQUIN-TANDON, Examineur.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Pharmacie.....	SOUBEIRAN.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale.....	DUMÉRIL.
	N. GUILLOT.
	J. CLOQUET.
Pathologie chirurgicale.....	DENONVILLIERS.
	CRUVEILHIER, Président.
Anatomie pathologique.....	ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	MALGAIGNE.
Opérations et appareils.....	GRISOLLE.
Thérapeutique et matière médicale.....	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	MOREAU.
Clinique médicale.....	BOUILLAUD.
	ROSTAN.
	PIORRY.
	TROUSSEAU.
	VELPEAU.
Clinique chirurgicale.....	LAUGIER.
	NÉLATON.
	JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements.....	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN. BARTH. BÉCLARD. BECQUEREL. BOUCHUT. BROCA. DELPECH. DEPAUL. FOLLIN, Examineur. GOSELIN. GUBLER. GUENEAU DE MUSSY. JARJAVAY.		MM. LASÈGUE, Examineur. LECONTE. ORFILA. PAJOT. REGNAULD. A. RICHARD. RICHET. ROBIN. ROGER. SAPPEY. TARDIEU. VERNEUIL. VIGLA.
---	--	---

CORPS FIBREUX INTERSTITIELS
DE L'UTÉRUS

J. M. GARRIGUE

A LA MEMOIRE

DE MON PÈRE.

A M. GAUBRIC,

Médecin de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Je prie MM. les médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dont j'ai été l'élève, de recevoir ici l'hommage public de ma reconnaissance.

CORPS FIBREUX INTERSTITIELS DE L'UTÉRUS.

On distingue les *corps fibreux* utérins, sous le rapport de leur siège, en sous-muqueux, sous-péritonéaux, et en interstitiels.

Quand ils proéminent dans la cavité utérine et qu'ils n'y tiennent que par un pédicule, ils reçoivent le nom de *polypes*.

Quand au contraire ils se déjettent du côté du péritoine, ils n'ont pas de nom particulier.

Enfin, si ces productions se développent régulièrement dans les parois de l'utérus, elles conservent le nom de *tumeurs fibreuses interstitielles*.

HISTORIQUE.

Les corps fibreux renfermés dans le tissu propre des parois de la matrice, et ceux qui forment une saillie du côté de l'abdomen, n'ont été connus avec exactitude qu'à partir de Baillie.

Morgagni et Van Swieten les considéraient comme produisant cette affection désignée sous le nom de *squirrhe de la matrice*.

Il semble, d'après cet aperçu, que les livres de l'art ne devraient être d'aucun secours pour étudier ce qui se rapporte à ces corps fibreux et aux désordres qu'ils produisent dans l'économie; néanmoins il suffit de négliger les opinions des observateurs, et d'examiner avec attention les faits qu'ils rapportent, pour trouver chez

eux des notions précieuses sur cet objet. En effet, lorsque l'on connaît exactement les corps fibreux de la matrice et les symptômes qui les accompagnent, il est facile de s'apercevoir que, dès la plus haute antiquité, les observateurs avaient vu des femmes qui éprouvaient des accidents produits par cette dégénérescence, désignée, dans Paul d'Égine, sous le nom de *sclérème de la matrice* (*de Re medica*). Il n'est pas moins aisé de voir que depuis Fabrice de Hilden, plusieurs modernes avaient trouvé dans les cadavres de diverses femmes des tumeurs fibreuses dont ils avaient méconnu la nature, et qu'ils avaient voulu, mal à propos, regarder comme analogues aux tumeurs dures destinées à devenir des cancers; ce qui les avait engagés à désigner ces corps fibreux par le nom de squirrhe de la matrice.

Fabrice de Hilden, Ambroise Paré, Chambon, avaient trouvé des corps fibreux très-volumineux; les uns à leur premier état de développement, les autres fibro-cartilagineux, les autres ossifiés.

Morgagni cite dans ses lettres un grand nombre de corps fibreux qu'il désigne sous le nom de *tubercules*, et qu'il regarde comme devant un jour se changer en cancer.

Baillie a reconnu, dans son *Anatomie pathologique*, que les corps fibreux n'avaient aucun rapport avec les tumeurs cancéreuses, et, comme Morgagni, les a désignés par le nom de *tubercules charnus de la matrice*.

La disposition des corps fibreux dans les parois utérines, niée d'abord par Roux, décrite par Bayle, avait déjà été notée par Vacousin, médecin d'Abbeville, en Picardie, qui avait remarqué qu'un polype qui excédait le poids de 2 livres était recouvert par une forte membrane charnue.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les tumeurs fibreuses dont il s'agit se développent dans l'épaisseur des parois du corps et du col de l'utérus. Pouvant occuper tous

les points de cet organe ; on a cherché à déterminer les parties les plus prédisposées à leur existence, et on les a classées, d'après leur degré de fréquence, dans l'ordre suivant : la paroi postérieure, le fond, la paroi antérieure, le col.

Le plus souvent, on ne trouve qu'une seule tumeur ; dans les cas où elles sont multiples, elles sont isolées et offrent un volume différent. Contiguës, elles ne deviennent jamais adhérentes entre elles. Leur grosseur varie depuis celle d'un pois, d'une noisette, à celle d'un utérus au terme de la gestation ! Dans son 1^{er} volume des *Maladies des femmes*, Duparcque cite une production de cette nature, dont le poids s'élevait à 32 livres. Du reste, les faits de ce genre sont nombreux.

Leur forme est sphéroïde ou ovoïde, quelquefois aplatie, ce qui résulte des pressions qu'elles ont pu subir ; leur surface, habituellement lisse, est quelquefois inégale, et présente des lobes d'autant plus prononcés que leur volume est plus considérable.

D'après Bayle, à leur début, les corps fibreux sont charnus, de couleur rouge comme la fibre musculaire, et ne prennent une teinte pâle qu'au moment où ils augmentent de densité. Les auteurs n'admettent pas cette opinion ; ils croient que, le plus souvent, ils n'offrent jamais l'apparence charnue aux différentes époques de leur existence, mais qu'ils ont une structure fibreuse, également manifeste à toutes les périodes de leur développement. A mesure que ces tumeurs fibreuses se forment, elles prennent une couleur blanc bleuâtre ou mat, quelquefois jaunâtre, violacée si les vaisseaux capillaires sont en grande quantité ; en général elles sont très-dures et crient sous le scalpel qui les incise.

M. Cruveilhier admet deux variétés de métamorphose fibreuse :

1^o Les métamorphoses des muscles, produites par un développement exagéré de l'élément interfibrillaire, et auquel s'est substitué du tissu fibreux formé par l'organisation de la lymphe plastique déposée dans les mailles du tissu normal.

2^o Les productions fibreuses, plus ou moins arrondies, où on ne re-

trouve plus les éléments de l'organe qui leur a donné naissance ; les tissus au milieu desquels elles se développent sont atrophiés par la compression. Ces deux formes présentent des différences de structure. Les corps fibreux qui font partie de la première forme, composés de fibres irrégulières, non parallèles, dirigées en plusieurs directions, disposées en une espèce de feutrage, sont désignés, pour ce motif, par le nom de *corps feutrés*. Ceux qui sont classés dans la deuxième, composés de fibres parallèles, enroulées ou comme pelotonnées autour d'un noyau central, quelquefois plus blanc et plus nacré que la périphérie, sont appelés *corps granuleux* ou *globuleux*, parce que souvent les masses qui les forment résultent de la réunion de plusieurs granulations ou lobes qui, bien distincts à leur origine, se sont réunis ensuite par du tissu cellulaire très-lâche.

M. Verneuil, dans un article publié en 1855 dans les *Mémoires de la Société de biologie*, s'attachant uniquement à la structure anatomique, n'admet pas la distinction établie par M. Cruveilhier.

Comme les parasites, les corps fibreux n'adhèrent pas par continuité de tissu à l'enveloppe qu'ils empruntent à l'utérus, mais par du tissu cellulaire filamenteux, sain, très-peu résistant, et par quelques vaisseaux.

Quand on fait une injection dans la veine hypogastrique, le liquide injecté pénètre très-bien dans les vaisseaux de la tumeur et permet d'en reconnaître deux ordres, les uns superficiels, les autres profonds. Leur calibre est proportionnel non-seulement au volume des corps fibreux, mais encore à leur consistance; les plus mous et les plus gros sont les plus vasculaires, ceux qui ont subi des ossifications le sont le moins.

Les vaisseaux superficiels forment une enveloppe aux corps fibreux et les séparent de l'utérus; ceux qui se rendent dans leur substance sont plus nombreux, mais plus petits. Suivant le professeur Albers, de Bonn, ces produits morbides en sont dépourvus; on n'a pu y constater ni nerfs ni artères.

Lorsqu'une couche mince de substance musculaire est interposée

entre la tumeur et la cavité utérine, les corps fibreux se développent dans la direction qui leur offre à vaincre une moindre résistance. Ils font saillie dans le péritoine ou l'utérus, quelquefois dans les deux cavités; quand ils occupent la paroi postérieure, ils la dédoublent, se forment une enveloppe composée de deux demi-sphères, qui diminuent d'épaisseur en raison du développement de l'affection.

L'utérus subit alors des modifications analogues à celles que lui fait éprouver la grossesse. Les cavités s'agrandissent, la paroi opposée s'hypertrophie, l'orifice du col regarde en avant. Amussat dit que, dans ce cas, la lèvre antérieure du col s'amincit et que la lèvre postérieure s'hypertrophie. Au musée Dupuytren, la pièce qui porte le n° 372, et qui a été donnée par Blandin, présente une paroi antérieure de 3 centimètres d'épaisseur, il est vrai; mais la lèvre postérieure est mince, allongée, et la lèvre antérieure, dans laquelle on a fait une section pour montrer le conduit vulvo-utérin, est presque aussi hypertrophiée que la paroi antérieure elle-même. Du reste, pour ce qui se rattache à l'état du col, les auteurs sont loin d'être d'accord; car si Amussat dit que le col est hypertrophié dans une de ses parties, M. Cruveilhier dit que toujours il y a une disparition complète du col attiré en haut par le corps fibreux, et que le vagin se termine supérieurement par un cul-de-sac, au fond duquel se trouve l'orifice du museau de tanche. Quand les corps fibreux occupent la paroi antérieure, ou les parois latérales, les mêmes phénomènes se montrent, mais en sens inverse. L'ouverture du col, au lieu de regarder en avant, regarde en arrière, à droite ou à gauche. En général, il est toujours tourné du côté opposé au siège de la tumeur. Quand ils occupent la paroi du fond, ils dépriment la cavité de haut en bas.

Les trompes ne participent pas d'une manière sensible à l'hypertrophie de l'utérus, mais refoulées quelquefois par l'accroissement considérable de cet organe, elles viennent se placer sur les parties latérales et contracter souvent des adhérences avec lui.

Il n'est pas rare que des tumeurs fibreuses coexistent dans les ovaires.

En général, leur développement n'est pas rapide, mais lent et gradué. Après avoir acquis un certain volume, elles restent stationnaires pendant longtemps, puis s'atrophient ensuite. « Cette atrophie, dit M. Cruveilhier, se révèle par une sorte de condensation, de flétrissure, une diminution notable de leur vascularisation superficielle. » Pour ce professeur, « c'est un état sénile ou caduc, par suite de l'oblitération ou de la diminution notables de leurs moyens d'existence. »

A quelle époque se fait cette atrophie? quelle en est la cause?

Arrivées à l'âge critique, les femmes cessent d'avoir leurs règles, parce que l'ovaire cesse de remplir ses fonctions. Dès le moment qu'il ne produit plus d'ovules, l'utérus ne reçoit plus l'impulsion physiologique qui, chaque mois, amenait l'éruption menstruelle; ses vaisseaux disparaissent, s'oblitérent, ses fibres s'effacent, et la tumeur participe à l'atrophie de l'organe qui la contient. Dans ces circonstances, on trouve le tissu réduit à la consistance d'une lame fibreuse enveloppant un corps que l'on peut facilement énucléer.

Tous les corps fibreux ne sont pas destinés à subir des altérations particulières, la cartilaginification ou l'ossification, comme le dit Bayle, mais ils sont susceptibles, dans certaines circonstances données, d'éprouver divers états pathologiques, tels que :

1° *OEdème*. Une infiltration séreuse se manifeste quelquefois tout à coup, les dissocie, ramollit les fibres et les fait augmenter de volume. M. Cruveilhier rattache ce fait à la même cause que les œdèmes par obstacle à la circulation veineuse, parce qu'il a constamment trouvé dans les vaisseaux du sang coagulé oblitérant leur calibre, résultat probable d'une phlébite. Cette sérosité, répandue d'abord dans toute la masse, se réunit dans une cavité dont les parois régulières ou anfractueuses sont tantôt tapissées, tantôt dépourvues d'une membrane fibreuse. Le liquide se modifie quelque-

fois dans ces kystes, change d'aspect et devient plus épais, filant, gélatineux, comme Robert Lee a eu occasion de l'observer dans plusieurs cas.

2° *Hémorrhagies.* On a eu rarement à constater ces faits ; cependant la science en possède quelques exemples. Ainsi, dans un cas, M. Cruveilhier a trouvé des foyers multiples qui paraissaient dater d'époques différentes. Lee rapporte avoir vu au centre d'une énorme tumeur fibreuse, enchâssée dans les parois de l'utérus, une cavité considérable contenant un coagulum de sang.

3° *Inflammation.* Bayle a dit que les corps fibreux pouvaient s'enflammer. M. Cruveilhier en rapporte trois cas. Amussat, tout en regardant cet accident comme très-rare, si même il existe, prétend avoir observé, à la suite d'une métrite mortelle, un corps fibreux considérable augmenté de volume, très-rouge, et dont la rougeur se propageait jusqu'au centre ; mais il ajoute qu'il lui a été difficile de reconnaître si cette couleur était due à une injection ou à une imbibition. Incisé et pressé entre les doigts, le corps fibreux laissait échapper du sang. Il affirme n'avoir jamais rencontré de matière purulente.

L'inflammation peut occuper deux points, ou elle siège dans la tumeur elle-même, ou bien dans la portion de paroi qui l'entourne. Quand elle occupe le corps fibreux, ce n'est pas le tissu, mais les nombreux vaisseaux qui la sillonnent qui s'enflamment et leur séreuse qui suppure.

La péritonite arrive quelquefois à la suite d'une perforation.

4° *Gangrène.* Quand l'inflammation s'empare des couches qui entourent les corps fibreux, ceux-ci, privés de nutrition, tombent en gangrène, se décomposent et créent quelquefois à travers les parois utérines une issue à un liquide sanieux très-fétide. Les phénomènes

généraux qui accompagnent ces accidents ont pu induire en erreur les anciens praticiens sur la nature et la bénignité de la maladie.

Amussat rapporte que, dans une tentative d'extraction à la suite de dilacérations faites avec des pinces sur un corps fibreux, il observa la gangrène d'une partie de la tumeur. M. Cruveilhier cite un cas de gangrène centrale.

J'ai sous les yeux l'observation d'une femme morte dans la salle de M. Velpeau, et qui présentait dans la lèvre postérieure du col une cavité anfractueuse remplie par un magma de tractus fibreux, emprisonnant dans leur maille une quantité considérable de concrétions dont le volume ne dépassait guère celui d'une lentille, de forme inégale, mais la plupart anguleuses. Le tout était baigné d'un liquide sanieux extrêmement fétide.

5° *Cartilaginification*. Elle se fait dans le cas de corps fibreux d'un petit volume. Elle débute par la partie la plus dense de ces tumeurs, et cette densité croît graduellement jusqu'à ce que toute leur masse devienne cartilagineuse ou semblable à la substance intervertébrale. Les vaisseaux sanguins sont très-peu nombreux et d'une extrême ténuité.

6° *Pétrification*. Baillie, Bayle, Louis, Roux, et tous les autres pathologistes, ont parfaitement connu que les tumeurs fibreuses deviennent calcaires. La pétrification se fait de deux manières : elle débute tantôt par le centre de la tumeur et s'infiltré d'une manière irrégulière dans le corps fibreux, tantôt elle commence à se manifester à la périphérie et lui forme une coque complète ou incomplète ; tel est le cas publié par le D^r Cowme et rapporté par Lee. Il s'agit d'une femme de 40 ans venant d'accoucher de deux jumeaux, qui mourut trois jours après d'hémorrhagie. A l'autopsie cadavérique, on a trouvé une grosse tumeur fibreuse renfermée dans une coque osseuse, et située dans la paroi postérieure de l'utérus. Des auteurs nient l'existence de tumeurs entièrement osseuses

et prétendent que l'élément fibreux n'a jamais assez complètement disparu pour ne plus reconnaître la structure primitive. On rencontre quelquefois des corps fibreux calcaires devenus légers comme la pierre ponce. On cite deux exemples qui prouvent qu'il en existe de très-lourds et de très-durs qui ont pu être polis comme l'ivoire.

Des portions de ces tumeurs ont été analysées par des chimistes qui ont reconnu qu'elles sont composées de phosphate, de carbonate de chaux, et de matière animale.

Quand les corps fibreux de l'utérus passent à l'état osseux, Roux pense qu'il n'est point précédé de l'état cartilagineux; le phosphate de chaux, qui est la cause matérielle de l'ossification, est immédiatement déposé dans les mailles de la substance fibreuse. Bayle et Chambon, au contraire, disent qu'ils subissent d'abord complètement l'état cartilagineux, puis l'état osseux.

M. Cruveilhier a constaté sur une même tumeur les trois états.

OBSERVATION.

Au n° 19 de la salle 2 est couchée Louise D..., âgée de 72 ans, mendicante. Elle a été réglée pour la première fois à 14 ans, et pour la dernière à 52. Elle a eu trois enfants.

Elle portait sur l'épaule un léger fardeau, lorsqu'elle fit un faux pas et tomba sur la hanche gauche. Elle essaya vainement de se relever, on fut obligé de la porter à l'hôpital.

Le jour de son entrée, le 15 octobre 1855, elle présente l'état suivant : la peau est sèche, terreuse; la face, profondément amaigrie, présente en plusieurs endroits, et en particulier sur le nez et sur les joues, des verrues que l'on dirait avoir une tendance à dégénérer. En même temps, il y a un peu d'élongation de la cuisse, le pied est dévié en dehors, les mouvements volontaires de l'articulation coxo-fémorale gauche sont impossibles; si on imprime au membre des mouvements de circumduction, ils produisent une très-vive douleur qui s'irradie jusqu'au genou où elle a son maximum d'intensité, et

la main, appuyée sur la fesse, sent une crépitation très-manifeste.

A la partie inférieure de l'abdomen, et surtout dans la fosse iliaque droite, le palper fait reconnaître une tumeur volumineuse, dure, remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, immobile, ovoïde, indolore à la pression, à grand diamètre vertical. A la percussion, l'abdomen offre, dans tous ses points, une sonorité normale; la matité est très-prononcée dans toute l'étendue de la tumeur. Le toucher vaginal permet de constater un col à peu près sain, l'orifice n'est pas dilaté, mais porté un peu en arrière. Le doigt, placé dans le cul-de-sac postérieur du vagin, perçoit un corps arrondi très-dense et très-lourd qui semble faire corps avec l'utérus.

Le toucher rectal permet encore de mieux apprécier ses caractères.

La malade reporte à plus de trente ans l'origine de cette tumeur, qui, dans le principe, était sur la ligne médiane, et dont elle ne s'est aperçue que lorsqu'elle présentait déjà un développement considérable. Elle raconte que, jusqu'à 52 ans, époque où les règles ont complètement disparu, elle a eu des pertes très-abondantes; mais que depuis elle n'a pas eu le moindre écoulement séreux.

Le traitement employé fut des plus simples; vu l'âge de la malade, on se borna à placer la cuisse sur un plan incliné, et à entourer l'articulation de compresses résolatives.

Elle allait assez bien, lorsqu'on fut obligé de la transporter dans une salle voisine pour faire place aux cholériques. Le 13 décembre, près de deux mois après, on la rapporte dans la même salle, et dès lors des accidents très-graves se manifestent. Le pouls est petit, concentré, très-fréquent; la langue est sèche, il y a un peu de diarrhée, des soubresauts des tendons; les dents se recouvrent d'un enduit fuligineux; la malade meurt le 19.

Nécropsie. L'abdomen contient une petite quantité de sérosité.

Le foie ratatiné, plus dense qu'à l'état normal, est atrophié.

Sur la ligne médiane, et un peu à droite, on trouve une tumeur

qui semble n'être autre chose que l'utérus; en avant, se trouve la vessie parfaitement saine et sans adhérences anormales. A la partie postérieure, le cæcum un peu comprimé semble avoir perdu un peu de son volume; mais il a ses rapports normaux.

Les ligaments larges se continuent en bas et sur les côtés de la tumeur. Dans l'épaisseur du ligament droit, est un corps ovoïde arrondi, très-dur, du volume d'un petit œuf de poule, et dont la tranche est blanche, et a tout à fait l'aspect du tissu fibreux.

Dans les ovaires, existent trois petits corps de même nature que le précédent; l'un est fibreux, et les deux autres fibro-calcaires. Le tissu utérin a complètement disparu, une couche de tissu fibreux le remplace, elle n'a pas d'adhérences avec le corps qui est situé au-dessous. En faisant pénétrer une sonde dans le col, on arrive dans une cavité allongée, située à la gauche de la tumeur. Cette dernière présente une longueur de 14 centimètres dans son plus grand diamètre, et de 8 centimètres dans son axe transversal. Elle est d'un très-grand poids, sa forme est, comme on l'avait pensé, un ovoïde assez régulier; sa surface est granulée, et comme recouverte d'une légère couche de sable. La section faite avec une scie, suivant son grand axe, permet de constater de petites cavités, en très-grand nombre, remplies d'une matière grasseuse. Le centre est aussi dense que la périphérie, et, à première vue, on pourrait croire qu'elle est complètement osseuse; mais un examen attentif fait reconnaître, en certains points, quelques lames très-minces de tissu fibreux non pétrifiées.

Les tumeurs fibreuses peuvent-elles devenir cancéreuses?

Les auteurs anciens ont décrit sous le nom d'*ulcération maligne des corps fibreux*, la gangrène, altération qui leur est propre, et dont il existe un bon nombre de cas.

Bayle dit : « Loin de tendre à se ramollir, à suppurer, à s'ulcérer,

en un mot à se détruire comme les squirrhes, les corps fibreux tendent à se durcir et à passer à l'état osseux. »

Dupuytren pense que ces tumeurs, suivant que l'élément fibreux l'emporte sur l'élément cellulaire, ou que le contraire a lieu, deviennent plus tard squirrheuses ou osseuses.

En 1844, cette question fut soulevée devant l'Académie, au sujet des tumeurs fibreuses des mamelles, et M. Cruveilhier démontra une incompatibilité entre les corps fibreux et le cancer, il réclama des observations, et les partisans de la doctrine opposée eurent peu de faits à invoquer. Si Amussat a eu la croyance que ces productions peuvent subir le ramollissement cancéreux, MM. Velpeau et Nélaton, ainsi que tous les micrographes modernes, nient d'une manière absolue cette transformation. On n'a jamais pu trouver la cellule cancéreuse dans ces tumeurs ; cependant il peut y avoir coexistence de cancer et de corps fibreux ; mais jamais la dégénérescence cancéreuse ne se propage aux corps fibreux accidentels.

ÉTIOLOGIE.

Tous les auteurs regardent les tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus comme des affections très-communes ; ils n'hésitent même pas à dire qu'ils les ont rencontrées plus souvent que le cancer. Bayle prétend que le cinquième des femmes présente ces altérations après l'âge moyen de la vie. Dupuytren va beaucoup plus loin, et affirme qu'il y a peu de femmes d'un certain âge qui n'offrent pas des corps fibreux. Telle est donc l'influence de l'âge sur leur formation, que c'est spécialement dans la vieillesse que l'on a pu constater des cas nombreux de corps fibreux multiples.

Parlerai-je du coït, du célibat, etc. etc. ? Partout je ne vois que des causes d'une faible valeur ; en effet, l'abus du coït, d'après les observations de M. Dubois, en avançant la maturité des ovules, rapproche les époques des règles. Le célibat, en privant les organes génitaux d'un stimulant nécessaire, peut jeter l'utérus dans une sorte

d'inertie qui lui ôte la force de se débarrasser des fluides qu'entraîne habituellement le mouvement menstruel.

Dirai-je avec Bayle que la stérilité est une condition favorable à leur développement? Tandis que Dupuytren a présenté des statistiques tout à fait contraires et dont les résultats ont été confirmés par les observations d'Amussat.

Mettrai-je au rang des causes, les violences extérieures, le cancer du sein, comme M^{me} Boivin et Dugès?

Dois-je croire, avec Broussais et Blandin, que ce sont de véritables produits inflammatoires? Y aurait-il perturbation de la nutrition et des sécrétions?

Depuis quelque temps, on a cherché à expliquer leur formation par plusieurs théories que je ne dois pas passer sous silence.

D'après M. Velpeau, ces corps se produisent aux dépens de la fibrine du sang épanché, dont la partie liquide a été résorbée et dont il ne reste plus qu'un noyau fibro-celluleux endurci par un travail morbide. Ce chirurgien, à cause de cette origine, les désigne sous le nom de fibrineux.

Une deuxième est celle de M. Cruveilhier. Ce professeur considère les corps fibreux comme des productions parasitaires se développant dans le tissu cellulaire des organes à la manière des entozoaires par un blastème, par la lymphe plastique organisée.

Enfin il existe une dernière théorie, très-curieuse, exposée dans la *Gazette de Paris* de 1844, et qui appartient à M. Camberton.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Les corps fibreux sont le produit d'ovules, arrêtés hors des voies de leur parcours normal.

2° Leur dépôt est suivi de transformations plus ou moins notables dans leur composition, hors de l'influence et de l'imprégnation séminale, et en vertu de la force d'évolution qu'ils possèdent comme corps organisés et vivants.

3° L'espèce de préférence que les affections fibreuses semblent

avoir pour le tissu utérin, qui en est plus fréquemment atteint que toute autre partie de l'organisme, se trouve expliquée par cet origine.

4° Toutes ces affections ont dû présenter leur point de départ pendant la période de la vie où les ovules se trouvent élaborés et excrétés, c'est-à-dire depuis l'établissement des menstrues jusqu'à l'âge critique.

5° Cette affection a plus de facilité à s'établir chez les femmes très-menstruées qui doivent émettre un plus grand nombre d'ovules, et par une circonstance habituelle dans la vie de ces femmes, une obstruction ou oblitération des conduits vecteurs arrivant par le fait des fonctions utérines, les ovules sont plus souvent déviés.

A ces conditions énumérées déjà, se joignent certaines conditions organiques prédisposantes, provenant de l'hérédité, de la constitution, du tempérament, comme l'a observé M^{me} Boivin.

Cependant, quelque nombreuses que soient les explications, et peut-être même à cause de leur nombre, je crois pouvoir rappeler quelques lignes de Blandin (Dict. en 15 vol., t. XIII).

«S'il est exact de soutenir que l'histoire des causes pathologiques est généralement peu avancée, on peut déclarer hardiment que nulle part ailleurs, l'enfance de notre science ne se révèle plus clairement sous ce rapport que dans l'histoire des polypes. On dirait que les faits manquent ou que l'on n'a pu en réunir suffisamment pour l'élever à quelques considérations relativement aux causes de ces tumeurs. Peut-être cette imperfection commune dépend-elle de ce que l'on n'a pas assez distingué tel ou tel genre de polype et de ce que l'on s'est trop attaché à l'idée que ces affections réunies par une dénomination commune devaient procéder d'une source commune.»

SYMPTÔMES.

Ou le corps fibreux s'est développé dans l'épaisseur du col ou dans l'épaisseur des parois.

Si elle occupe le col, la tumeur est indolore, elle offre une surface

unie, régulière, d'une densité compacte égale partout. Si elle occupe les parois, elle peut acquérir un assez gros volume, sans que la malade en ait conscience; mais la plupart des femmes encore réglées éprouvent, dès le principe, des hémorrhagies plus ou moins abondantes; il arrive cependant que la durée des règles est seulement prolongée.

Dans les intervalles des pertes, se manifestent des écoulements séreux, sanguinolents ou des flueurs blanches.

Quelles sont les causes de ces hémorrhagies?

Lorsqu'un corps fibreux écarte les fibres du tissu utérin, celles-ci s'hypertrophient, passent à l'état de fibres musculaires comme dans la grossesse, le système vasculaire se développe en raison du volume des fibres; l'utérus reçoit une quantité de sang proportionnelle à son accroissement, et ce sang, destiné à nourrir le fœtus, est la source des hémorrhagies. L'impulsion donnée par l'ovaire chaque mois, établit l'écoulement menstruel qui rencontre dans les modifications anatomiques opérées les éléments d'une déperdition sanguine abondante.

Pour le professeur Albers, de Bonn, le sang ne provient jamais des vaisseaux développés dans la tumeur elle-même, car le produit morbide en est dépourvu; mais il provient de réseaux vasculaires nouvellement développés sur la surface de la tumeur la plus rapprochée de la cavité de la matrice. Ces vaisseaux ont des parois très-minces et par suite très-disposées à se rompre; ils sont souvent variqueux, comme ceux qui forment les bourrelets hémorrhoidaux, et présentent la structure des tumeurs érectiles.

La tumeur ayant acquis un accroissement qui puisse la rendre manifeste, si on met la femme dans une position convenable pour relâcher les muscles de l'abdomen, la palpation permet de sentir au-dessus des pubis une saillie ovoïde, régulière, immobile, indolore à la pression. Ce n'est pas toujours sur la ligne médiane qu'elle a son siège; mais en général, c'est de l'un ou de l'autre côté. Quelquefois on soupçonne cette maladie, il n'y a pas de tumeur à l'hypo-

gastre et le moyen ordinaire ne peut la faire reconnaître; alors on refoule la paroi abdominale dans l'excavation pelvienne. Si la tumeur continue à s'accroître, elle occasionne des désordres du côté des organes voisins; la malade éprouve une sensation de pesanteur dans le rectum et la vessie, de la constipation, du ténesme, une douleur sourde dans l'utérus, des tiraillements dans les lombes, les grandes lèvres et les aines; elle marche avec peine et souffre beaucoup des mouvements brusques et des moindres secousses.

Les corps fibreux peuvent donner lieu à des contractions expulsives comme dans le travail de l'accouchement, et produire des hydropisies et des paralysies même, par le fait de la compression des vaisseaux ou des nerfs.

Si on porte le doigt dans le vagin pour reconnaître l'état du col, on le trouve bas comme dans la grossesse, quelquefois effacé ou déformé, tantôt dévié dans un sens, tantôt dévié dans un autre. L'orifice dilaté peut recevoir l'extrémité de la phalange du doigt indicateur. Dans ces maladies, le toucher est un des moyens essentiels d'exploration qui permet le plus souvent de reconnaître l'affection; car lorsque les corps fibreux se développent dans une paroi, ils la dédoublent comme si elle était composée de deux feuillets, et dès qu'ils ont envahi toute son étendue de haut en bas, ils viennent faire saillie dans le vagin en dédoublant aussi la lèvre correspondante et en la faisant procider en bas. Les corps fibreux peuvent augmenter d'une manière indéfinie; ainsi il n'est pas rare de les voir s'élever au niveau de l'ombilic et même au-dessus. Dans cet état, l'utérus semble renfermer un produit de six mois; mais ce qui pourrait encore tromper, c'est la présence d'un bruit de souffle que l'auscultation a permis quelquefois de constater. Ce bruit se passe dans les parois de l'utérus ou dans les vaisseaux voisins, de même que celui qui existe pendant la grossesse; il a la même origine, il est dû à la même cause, soit au développement du système vasculaire (Dubois), soit à la compression par la tumeur (Bouillaud).

Si les hémorrhagies se succèdent, leur fréquence rend les malades

d'une extrême faiblesse; les chairs sont flasques, leur peau est pâle, blafarde; elle a la couleur de la cire qui a vieilli. Les muqueuses sont décolorées, les veines sont plates, la face a une bouffissure particulière; la mort peut arriver. Mais la maladie a rarement une marche rapide et une terminaison aussi funeste; ainsi, souvent les hémorrhagies s'éloignent de plus en plus, finissent par cesser complètement, et alors les accidents disparaissent par degré; les femmes reviennent à la santé, et n'éprouvent plus que la gêne résultant de la présence de la tumeur, à laquelle elles s'habituent bientôt.

Mais il arrive que les malades qui ont eu des hémorrhagies pendant longtemps ont des symptômes de congestion cérébrale assez grands pour entraîner la mort. Au mois de juin 1856, à l'hôpital des Cliniques, était une malade qui avait eu quelques étourdissements, un peu de céphalalgie, mais à un faible degré; le peu de gravité de ces accidents s'expliqua par la raison que cette femme n'était pas complètement soustraite aux pertes sanguines, bien que plus modérées, dépendant d'un corps fibreux situé entre les parois utérines.

A l'arrivée de la ménopause, commence l'atrophie de l'utérus et de la tumeur. M. Nélaton a remarqué que cette période est beaucoup plus tardive qu'à l'état normal.

DIAGNOSTIC.

Toute tumeur qui fait saillie au-dessus des pubis, et qui dépend des ovaires, des trompes, de l'intestin, peut être confondue avec un corps fibreux de l'utérus. D'une manière générale, on peut distinguer les affections qui tiennent à la matrice de celles qui se sont développées dans les organes que j'ai énumérés, en pratiquant avec soin en même temps le toucher vaginal et la palpation de la partie inférieure de l'abdomen; une légère pression en différents sens, le choc de la percussion, se transmettent au doigt appuyé sur le col, tandis que si on déplace une tumeur appartenant aux autres organes, si on la

percute, le mouvement qu'on lui imprime, le choc qu'on lui fait éprouver, ne sont pas sentis par le doigt qui a été introduit dans le vagin.

Mais quand l'utérus a contracté des adhérences avec les tissus voisins, ce qui est rare dans le cas de corps fibreux interstitiels, quand la tumeur a acquis un volume excessif, ce moyen, loin d'être suffisant, peut même tromper. Il faut avoir recours aux antécédents. Si la maladie a son siège dans l'ovaire ou dans la trompe, la tumeur a commencé à paraître dans la fosse iliaque correspondante et dans son développement; elle a gagné la ligne médiane du ventre. Si elle tient à l'intestin, l'interrogation que l'on fera subir à la malade apprendra qu'à une époque antérieure il s'est manifesté des accidents d'une certaine nature qui pourront mettre sur la voie. Enfin c'est spécialement dans les cas douteux qu'il faudra appeler à son aide tous les signes que peut fournir l'examen de l'utérus.

Les tumeurs fibreuses interstitielles peuvent simuler :

1° *Une grossesse.* Si on cherche à constater en même temps par le vagin et l'hypogastre la présence d'un corps fibreux dans l'utérus, on reconnaît à cet organe une forme irrégulière relativement à celle de l'utérus distendu par le produit de la conception. Dans ce dernier cas, en effet, la matrice affecte une forme spéciale qui se rapproche de celle d'une poire renversée ou d'une bouteille dont le goulot serait en bas (1). Au palper cet organe est égal, sans saillie, et offre une élasticité, une mollesse toute particulière. Si l'embonpoint du sujet, en rendant l'exploration difficile, laissait le chirurgien dans l'incertitude, la marche de la maladie, les modifications fonctionnelles, lui fourniraient des signes non équivoques.

2° *Cancer.* Dans la première période, il arrive que la malade est

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale*, M. Velpeau.

toujours bien réglée, qu'elle n'a pas d'hémorrhagies, ni d'écoulements blancs; alors le diagnostic ne repose que sur quelques probabilités, et tous les auteurs reconnaissent qu'il est presque impossible de le distinguer des corps fibreux. Mais la marche de la maladie n'est pas la même dans les deux cas. Chaque affection revêt bientôt la physionomie qui lui est propre; ainsi les corps fibreux ont une marche lente, ils se développent pendant un temps illimité, en ne produisant que des accidents locaux, mécaniques, tandis qu'après une durée de six mois au plus, le cancer se ramollit, s'ulcère et s'accompagne de troubles sympathiques du côté du tube digestif, d'amaigrissement, de phénomènes fébriles et d'état cachectique. L'utérus est le siège de douleurs que le toucher augmente, les écoulements sont fétides. Les tumeurs fibreuses, au contraire, ne font naître rien de semblable, à moins qu'elles ne finissent par amener des pertes abondantes qui rendent les femmes anémiques.

3° *Polypes*. Les polypes, qui ne diffèrent des tumeurs dont nous occupons que par leur siège et par leur forme, présentent les mêmes états pathologiques et les mêmes accidents; cependant les hémorrhagies sont plus tardives dans les corps fibreux. On distingue ces deux affections en examinant attentivement la cavité utérine avec une sonde mousse ou avec le doigt, selon l'état de dilatation du col. Le col étant dilaté, on introduit le doigt dans la cavité utérine et on parcourt toute la circonférence de la tumeur, si c'est un polype; si on ne trouve qu'une portion de sphère ou d'ovoïde, c'est un corps fibreux.

4° *Corps fibreux sous-péritonéaux*. Ceux-ci ne peuvent être confondus avec les corps fibreux interstitiels; munis, dès leur origine, d'un pédicule grêle et long, ils ne font plus corps avec l'utérus qu'incomplètement, ils vivent indépendants, n'ont pas sur lui l'influence du développement hypertrophique et n'occasionnent pas d'hémorrhagies.

5° *Renversement incomplet de l'utérus.* Quand le corps fibreux occupe la paroi du fond, le doute est d'autant plus fondé que les deux maladies se montrent de la même manière, qu'elles offrent les mêmes symptômes, qu'elles causent les mêmes accidents et que leur aspect est le même. Pour établir le diagnostic dans ce cas, il faudra se rappeler que, dans le renversement incomplet, la tumeur est très-douloureuse au toucher, réductible par la pression, que la cavité utérine n'a pas augmenté de capacité, et que le col n'est pas effacé.

Le col n'étant pas dilaté d'une manière suffisante pour permettre l'introduction du doigt, on peut encore reconnaître le siège des corps fibreux avec le cathéter de Simpson, modifié par M. Huguier. On présumera un corps fibreux de la paroi du fond, si la sonde portée dans la cavité utérine y pénètre d'une quantité moindre de 5 centimètres. Ce soupçon deviendra une certitude si, en soulevant ensuite le fond de l'organe avec l'hystéromètre sous la paroi abdominale, la main placée à la région hypogastrique sent la tumeur. Mais il peut arriver que la main ne sente ni l'instrument ni la tumeur; on doit supposer alors qu'entre eux deux existe autre chose que l'épaisseur du fond de l'utérus et de la paroi abdominale. Si le corps fibreux occupe la paroi antérieure, la sonde parcourra une ligne courbe concave en avant, et d'autant plus prononcée que la tumeur est plus saillante. Si le corps fibreux occupe la paroi postérieure, la courbe décrite par l'instrument est en sens inverse que dans le cas précédent; mais on aura, pour appuyer son pronostic, les signes fournis par le toucher rectal. Le corps fibreux occupe-t-il le côté droit ou le côté gauche, le côté vers lequel sera tournée la concavité de l'hystéromètre indiquera la situation de la tumeur.

PRONOSTIC.

Le pronostic des tumeurs fibreuses interstitielles n'est pas généralement grave; elles sont compatibles avec la vie, cependant elles

sont quelquefois compliquées d'accidents qui devront faire varier le pronostic ; c'est ainsi que , si elles occasionnent des hémorrhagies fréquentes et abondantes, elles peuvent précipiter les femmes dans le marasme, et même devenir une cause de mort ; au contraire, si elles ne dérangent que peu ou point la menstruation, si elles ne donnent lieu qu'à quelques légers écoulements séreux ou sanguinolents, elles ne produisent pas un changement notable dans la santé.

Il est un autre ordre d'accidents que font naître les corps fibreux et qui doit encore aggraver le pronostic ; je veux parler des perturbations dans les fonctions qui se manifestent à la suite des pressions exercées sur les parties voisines : ainsi, dans certains cas, les intestins se trouvent refoulés ou comprimés, il en résulte des alternatives de constipation et de diarrhée ; dans d'autres cas, les fonctions de l'estomac sont troublées, ce viscère est déplacé, et des vomissements surviennent ; enfin c'est encore par le même mécanisme que se produisent la dyspnée, l'ascite, la paralysie des extrémités inférieures.

La présence de ces corps fibreux dans les parois de l'utérus est encore une circonstance excessivement fâcheuse pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement.)

Les femmes qui portent une tumeur de ce genre ne sont stériles que si les orifices des tempes sont oblitérés ; mais on s'accorde à admettre qu'elles avortent, à cause de la difficulté qu'éprouve l'utérus à se développer pendant les derniers mois de la gestation.

Pendant l'accouchement les cas fibreux peuvent, d'après leur siège, rendre le travail plus long, former un obstacle infranchissable à l'issue du fœtus, et nécessiter l'opération césarienne, comme le prouve le fait de M. Huguier présenté à la Société de chirurgie (décembre 1854).

Chaussier a présenté à l'École de médecine l'utérus d'une femme

morte en travail à la Maternité, par suite d'une tumeur fibro-cartilagineuse, du volume du poing, formée dans l'épaisseur du col. L'obstacle opposé par cette tumeur a été tel que la tête de l'enfant a été écrasée dans son passage à travers le pelvis. Enfin, après l'accouchement, elles peuvent être la source d'hémorrhagies mortelles en s'opposant au retour de l'utérus.

TRAITEMENT.

Le traitement des corps fibreux est palliatif ou curatif. Bien que le traitement palliatif exclue la pensée d'une curation immédiate, le médecin, en présence d'une de ces productions, n'en a pas moins d'importantes indications à remplir. Le but qu'il doit se proposer, c'est de conduire la malade jusqu'à l'âge critique en conjurant journellement les accidents qui se manifestent. Ce précepte est fondé sur ce fait, que M. Nélaton a eu l'occasion de constater un très-grand nombre de fois, lorsqu'il était chirurgien de la Salpêtrière, que ces sortes de tumeurs, une fois la crise menstruelle passée, restent ordinairement stationnaires, qu'elles cessent de donner lieu à des hémorrhagies, et que les femmes qui les portent peuvent parcourir une longue carrière sans en être insensiblement incommodées. Toute la question revient à gagner du temps, à prévenir ou à diminuer les hémorrhagies qui rendent les malades anémiques, à calmer les troubles des fonctions dont la continuité débilite de jour en jour l'organisme.

Les moyens les plus rationnels que le médecin peut prescrire dans ces cas sont le repos, le décubitus dorsal rendu permanent à l'apparition de la moindre douleur, et surtout pendant toute la période menstruelle ou pendant une hémorrhagie; autant que possible le bassin doit être élevé; des boissons froides et acidulées doivent être données. Quand les hémorrhagies sont plus abondantes, on fait des applications réfrigérantes sur la partie inférieure de l'abdomen

et sur la partie antérieure des cuisses. Enfin on applique le tamponnement si la gravité de la perte l'exige.

L'expulsion spontanée des corps fibreux a fait penser à quelques chirurgiens, qu'en administrant la sabine ou le seigle ergoté, elle devait exciter la contractilité utérine et favoriser cette sorte d'énucléation.

On peut donner à l'intérieur l'iodure de potassium, badigeonner l'abdomen avec la teinture d'iode, appliquer l'emplâtre de Vigo et de ciguë sur la tumeur. Mais ces moyens de peu d'importance ne doivent pas faire négliger de remédier à l'anémie produite par les hémorrhagies ou les flueurs blanches, en donnant des toniques, du quinquina, du fer, quelques amers, une alimentation substantielle peu abondante. Il faudra prévenir toute cause d'affaiblissement, vaincre par des lavements émollients la constipation habituelle qui résulte de la compression produite par la tumeur, pour éviter la diarrhée, résultat de l'irritation que produit l'arrêt prolongé des matières stercorales dans l'intestin.

Je terminerai ce qui a rapport au traitement palliatif, en rappelant que le moment le plus favorable de son application sera à l'époque critique, attendu qu'aux époques antérieures, la menstruation entretient sur l'utérus une fluxion qui facilite l'accroissement du corps fibreux.

Traitement curatif.

Louis (1) établit théoriquement la possibilité d'attaquer les concrétions calculeuses renfermées dans la cavité utérine ; mais il ne pense pas que l'on peut enlever les corps fibreux développés dans les parois. Bayle, Roux (2), Boyer, Dupuytren (3) et Gerdy, profes-

(1) *Mémoires de l'Académie*, t. II, page 102.

(2) *Mélanges de chirurgie*.

(3) *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. IV.

sent la même opinion. M. Velpeau, dans sa dernière édition de médecine opératoire, à l'article *Polypes*, parle du procédé que l'on pourrait employer si la production morbide n'est pas pédiculée et recouverte du tissu naturel. En 1844, Amussat publia un mémoire sur la possibilité d'extraire ces tumeurs, lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois utérines.

Depuis lors, MM. Lucien Boyer, Auguste Bérard et Maisonneuve, ont pratiqué cette opération.

Extirpation des corps fibreux renfermés dans l'épaisseur des parois du col.

Manuel opératoire. Il y a deux procédés :

1° *Incision.* Si le corps fibreux est petit, une incision simple portée près de la base de la tumeur est suffisante. Ensuite, on tente l'énucléation que l'on peut aider par des tractions exercées au moyen d'ériges.

Si le corps fibreux est gros, une incision cruciale est préférable.

2° *Excision du col.* Le col de l'utérus étant abaissé, un aide maintient les tractions à un degré convenable, et le chirurgien écartant avec les doigts de la main gauche les grandes et les petites lèvres emporte d'un coup de bistouri tenu de l'autre main la portion excédante du col.

Extirpation des corps fibreux du corps.

La dilatation est l'opération préliminaire qui doit sanctionner le diagnostic, indiquer le siège et favoriser l'extirpation du corps fibreux. On peut l'obtenir par l'introduction dans le col de bougies de plus en plus grosses, laissées à demeure, ou bien encore par l'é-

ponge préparée ; mais M. Jarjavay (1) reproche à ce dernier moyen d'amener une dilatation trop rapide. M. Lucien Boyer s'est servi de pinces à pansement dont il écartait modérément les branches ; ce procédé de dilatation, qui n'agit que sur deux points opposés du col, ne présente pas l'avantage du dilateur de MM. Busch et Huguier qui porte sur tous les points de la circonférence.

Manuel opératoire. Après avoir débridé le col suivant son diamètre transversal et séparé avec le doigt ou l'onglet, le corps fibreux de la coque utérine qui le renferme, Amussat fixe des pinces de Museux sur la tumeur à laquelle il cherche à imprimer un mouvement de torsion. Tandis qu'avec le doigt il poursuit l'énucléation, il faut exercer de fortes tractions dans un sens oblique et en bas. Dès que la tumeur s'est avancée tant soit peu vers le col, il place des ériges successivement les unes au-dessus des autres, jusqu'à ce que, parcourant toute l'étendue du corps fibreux, on atteigne la partie la plus reculée qui se trouve ainsi attirée vers l'orifice du col, tandis que la partie qui était antérieure se trouve portée en arrière et sort la dernière.

Procédé de M. Maisonneuve. Quand la tumeur trop volumineuse ne peut ni s'abaisser en masse, ni tourner sur elle-même, il faut la diviser : pour cela on maintient avec une seule érigne de Museux le côté droit de la tumeur, puis à l'aide de longs ciseaux courbes sur le plat, on incise sur la ligne médiane toute la portion de la tumeur déjà énucléée, de manière à la diviser en deux moitiés égales, l'une droite et l'autre gauche. La portion sur laquelle est fixée la pince de Museux peut alors s'engager dans l'orifice, s'abaisser de quelques lignes et devenir accessible à l'index gauche qui continue l'énucléation, tandis que les ciseaux prolongent la division verticale.

(1) *Des procédés opératoires des corps fibreux*, thèse de concours.

A mesure que l'on incise, la moitié droite de la tumeur s'abaisse, et l'index peut l'énucléer plus haut. On arrive ainsi, par la combinaison de ces trois manœuvres, incision, abaissement, énucléation, au quart supérieur de la tumeur. Arrivé à ce point, l'abaissement ne se fait plus qu'avec une extrême difficulté. Alors on doit dédoubler la portion même que l'on est en train d'extraire. Pour cela, les ciseaux courbes, toujours guidés par l'index gauche, attaquent cette moitié de la tumeur d'arrière en avant et de bas en haut. Cette manœuvre, en amincissant la partie sur laquelle on agit, facilite son abaissement, et l'on peut continuer l'énucléation jusqu'à la partie supérieure.

Dès lors, l'autre moitié du corps fibreux, restant dans une large cavité, où il est facile de manœuvrer, M. Maisonneuve termine comme dans le premier procédé.

Extirpation incomplète de Auguste Bérard.

Elle consiste à attirer une partie des corps fibreux vers l'orifice du col et à arrêter l'opération; puis on donne du seigle ergoté pour provoquer les contractions utérines.

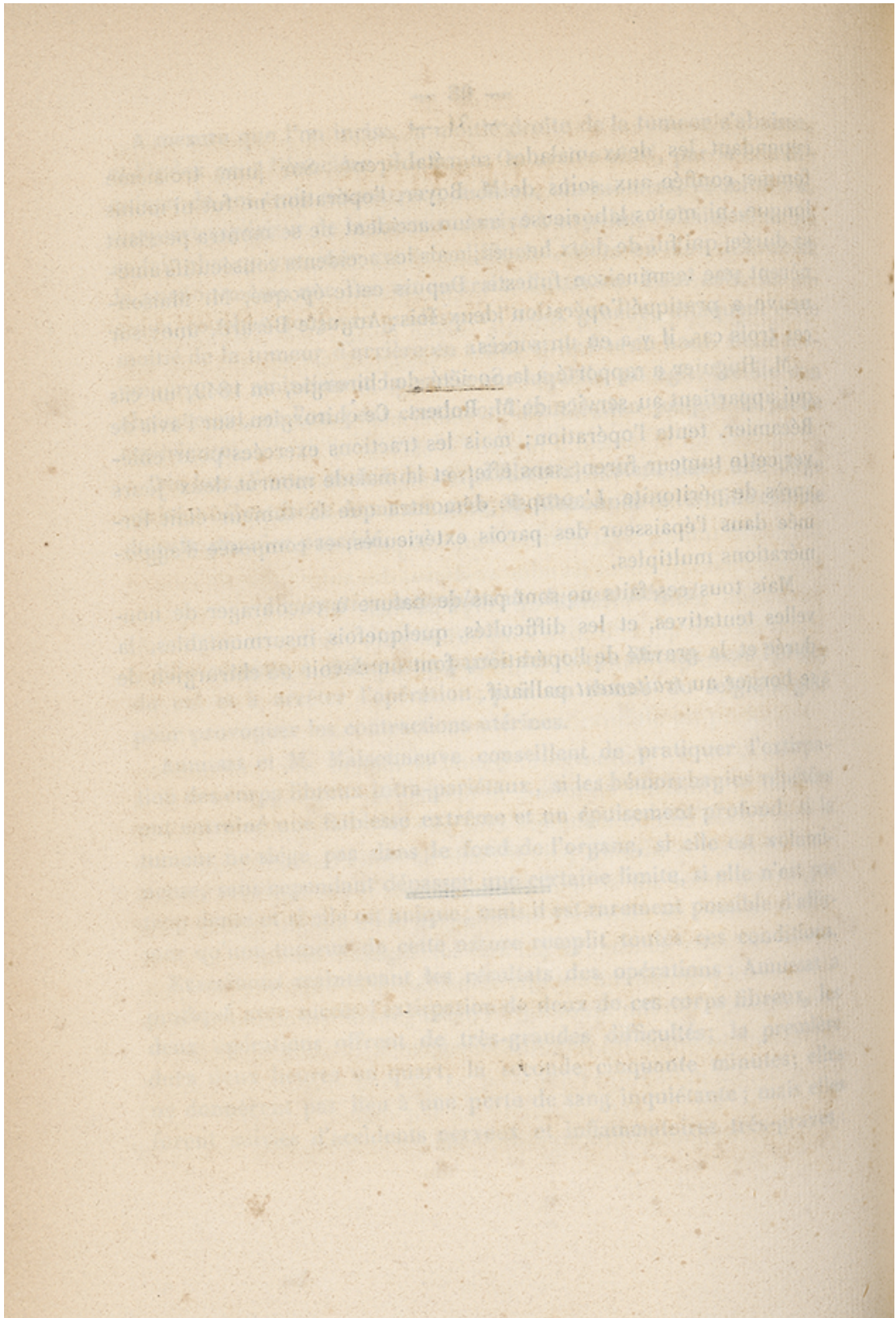
Amussat et M. Maisonneuve conseillent de pratiquer l'extirpation des corps fibreux intra-pariétaux, si les hémorrhagies répétées ont entraîné une faiblesse extrême et un épuisement profond; si la tumeur ne siège pas dans le fond de l'organe, si elle est volumineuse, sans cependant dépasser une certaine limite, si elle n'est pas trop dense et si elle est unique; mais il est rarement possible d'affirmer qu'une tumeur de cette nature remplit toutes ces conditions.

Examinons maintenant les résultats des opérations: Amussat a pratiqué avec succès l'extirpation de deux de ces corps fibreux, les deux opérations offrent de très-grandes difficultés; la première dura deux heures un quart, la seconde cinquante minutes; elles ne donnèrent pas lieu à une perte de sang inquiétante; mais elles furent suivies d'accidents nerveux et inflammatoires très-graves:

cependant les deux malades se rétablirent. Sur une troisième femme confiée aux soins de M. Boyer, l'opération ne fut ni moins longue, ni moins laborieuse; aucun accident ne se montra pendant sa durée, qui fut de deux heures; mais les accidents consécutifs amenèrent une terminaison funeste. Depuis cette époque, M. Maisonneuve a pratiqué l'opération deux fois; Auguste Bérard, une; sur ces trois cas, il y a eu un succès.

M. Huguier a rapporté à la Société de chirurgie, en 1849, un cas qui appartient au service de M. Robert. Ce chirurgien, sur l'avis de Récamier, tenta l'opération; mais les tractions exercées pour enlever cette tumeur furent sans effet, et la malade mourut deux jours après de péritonite. L'autopsie démontra que la tumeur était fermée dans l'épaisseur des parois extérieures, et composée d'agglomérations multiples.

Mais tous ces faits ne sont pas de nature à encourager de nouvelles tentatives, et les difficultés, quelquefois insurmontables, la durée et la gravité de l'opération, font un devoir au chirurgien de se borner au *traitement palliatif*.



QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De l'élasticité des artères considérées comme servant de réservoir de compression pour rendre le mouvement du sang continu.

Chimie. — Des caractères distinctifs des sels de fer.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base la fleur et la feuille d'oranger et les diverses parties des fruits des hespéridées.

Histoire naturelle. — Énumérer les caractères généraux des baumes naturels, et indiquer l'origine et les propriétés de ceux que l'on emploie le plus.

Anatomie. — Des anastomoses du nerf facial après sa sortie du trou stylo-mastoïdien.

Physiologie. — Y a-t-il des gaz contenus dans le sang?

Pathologie interne. — Du ramollissement du cerveau.

Pathologie externe. — Du cal.

1857. — Labatut.

5

Pathologie générale. — Des altérations de composition du sang dans les maladies.

Anatomie pathologique. — De l'apoplexie de la protubérance et de la moelle épinière.

Accouchements. — Du vomissement pendant la grossesse.

Thérapeutique — Le fer existe-t-il absorbé? Prouver cette absorption, si elle a lieu.

Médecine opératoire. — De la ligature de l'artère sous-clavière.

Médecine légale. — Des caractères cadavériques de la mort par inanition.

Hygiène. — Des climats, sous le rapport hygiénique.

Vu, bon à imprimer.

CRUVEILHIER, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

CAYX.