



Thèse

1899

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

---

## Les fibromes utérins et la grossesse : étude clinique

---

Yakchitch, Angéline-AI.

### How to cite

YAKCHITCH, Angéline-AI. Les fibromes utérins et la grossesse : étude clinique. Doctoral Thesis, 1899.  
doi: [10.13097/archive-ouverte/unige:27352](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:27352)

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:27352>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:27352](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:27352)

LES  
**FIBRÔMES UTÉRINS**

ET

**LA GROSSESSE**

ÉTUDE CLINIQUE

PAR

**M<sup>lle</sup> Angéline-Al. YAKCHITCH**

Serbe (Hérecgovine-Névécigné-Doublévitch).

---

THÈSE INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE  
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

---

GENÈVE

IMPRIMERIE ROMET, 26, BOULEVARD DE PLAINPALAIS

—  
1899

*La Faculté de Médecine autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.*

Genève, 10 juillet 1899.

Le Doyen,

A. D'ESPINE.

# INDEX

---

	Pages.
CHAPITRE I. — Influence des tumeurs fibreuses sur la fécondation ..	7
» II. — Influence de la grossesse sur les tumeurs fibreuses utérines et leurs formes.....	14
» III. — Accidents dans le cours de la grossesse compliquée de tumeurs fibreuses utérines .....	24
» IV. — Dystocie due à la présence de fibrômes dans l'accouchement à terme .....	35
» V. — Accouchement normal malgré l'existence de fibrômes	41
» VI. — Accidents provoqués par les tumeurs fibreuses utérines, dans les suites d'avortement ou d'accouchement.....	45
» VII. — Thérapeutique .....	53

---



## INTRODUCTION

---

En choisissant comme sujet de notre thèse la grossesse compliquée de fibromes utérins, notre but a été de publier quelques cas cliniques inédits, et en même temps, de fournir une contribution à la littérature gynécologique.

La fréquence de ces cas et le danger auxquels sont exposées les femmes atteintes de tumeurs fibreuses pendant leur grossesse, nous ont engagé à réunir le plus grand nombre d'exemples; c'est grâce à l'extrême obligeance de MM. les D<sup>r</sup> Ch. Patru, privat-docent de gynécologie, D<sup>r</sup> Vaucher, prof. de clinique gynécologique et obstétricale, D<sup>r</sup> Jentzer, prof. de gynécologie et obstétrique, D<sup>r</sup> Chenevière, D<sup>r</sup> J. Reverdin, prof. de pathologie externe et de médecine opératoire, D<sup>r</sup> Béatrix, chirurgien-adjoint de la Maternité de Genève, qu'il nous a été possible de les obtenir, et ici nous témoignons à ces messieurs, ainsi qu'à M. le doyen prof. d'Espine et à MM. les membres du jury, D<sup>r</sup> Julliard, prof. de clinique et policlinique chirurgicales, D<sup>r</sup> J. Reverdin, prof. de pathologie externe et de médecine opératoire, et D<sup>r</sup> Laskowsky, prof. d'anatomie normale, notre sincère gratitude.

Nous remercions tout particulièrement M. le D<sup>r</sup> Patru et M. le D<sup>r</sup> Jentzer, prof. de policlinique gynécologique, qui ont bien voulu nous aider de leurs excellents conseils. Nous devons aussi témoigner notre reconnaissance à M. le D<sup>r</sup> Chenevière, qui a obligeamment mis sa bibliothèque à notre disposition.

Bien que notre thèse ne soit pas volumineuse, nous croyons avoir exposé succinctement tout ce qui est de quelque importance.

Nous avons accordé un plus grand développement aux premiers chapitres, parce que ce qui y est traité, nous a paru avoir été l'objet d'études moins détaillées et accompagnées de moins de

preuves cliniques, que celles qu'il nous a été donné de grouper dans notre travail.

Nous nous sommes attaché à baser notre conception sur les faits cliniques, et nous avons aussi consulté les travaux récents des auteurs les plus compétents, ainsi que les résultats des autres cliniques, résultats pour lesquels nous avons recouru aux statistiques. Il nous a semblé que cette ligne que nous nous sommes tracée était celle qui présentait le plus de garanties, et cette préférence ne nous est point particulière, car nous voyons les savants les plus éminents baser leurs déductions sur les résultats cliniques.

---

## CHAPITRE I<sup>er</sup>

### **Influence des tumeurs fibreuses de la cavité utérine sur la fécondation.**

Avant de considérer la principale question qui nous intéresse particulièrement, à savoir : quels rôles jouent les fibromes utérins dans la fécondation ; nous voulons avant tout rappeler brièvement les autres causes qui peuvent engendrer la stérilité, pour avoir un tableau complet afin de mieux comprendre le mécanisme des fibromes dans la question de la stérilité. Pour cela, nous nous basons sur les travaux les plus récents et notamment sur les mieux connus ainsi que sur les recherches des embryologistes modernes.

Pour que la fécondation ait lieu, il faut que le produit mâle rencontre l'ovule.

La stérilité peut être ou congénitale ou acquise.

En effet, certaines femmes présentent des vices de conformation qui les empêchent d'avoir des enfants, tandis que d'autres, qui en ont eu, cessent d'être fécondes longtemps avant l'âge de la ménopause.

Parmi les causes qui entravent la fécondation, nous pouvons citer avant tout l'absence totale d'ovulation ou une ovulation défectueuse.

Il n'est point rare de rencontrer des femmes chez lesquelles manquent tantôt deux ovaires, tantôt un ; à pareille malformation, sont liées habituellement d'autres malformations de l'organisme. Nous pouvons en dire autant à propos de l'utérus rudimentaire et des ovaires qui, habituellement, accompagnent son développement.

L'inflammation des ovaires détermine leur atrophie, ou même la disparition des follicules. Il n'est pas nécessaire de dire, que dans de pareils cas, la fécondation est impossible.

Il est démontré cliniquement que les maladies générales, comme la syphilis, la chlorose, la tuberculose, peuvent aussi empêcher la fécondation.

D'autres maladies sont aussi souvent accompagnées de troubles de la menstruation; ainsi l'aménorrhée, l'obésité sont fréquemment des causes de stérilité.

Les causes qui créent un obstacle à la rencontre du produit mâle et de l'ovule sont nombreuses; nous allons les énumérer suivant l'ordre suivant :

Commençons par les causes qui empêchent l'ovule d'exécuter sa migration normale.

Les changements de rapport des ovaires et des pavillons des trompes (déplacements, tumeurs, hernies, disparitions des cellules à cils vibratiles qui revêtent le voisinage de l'extrémité tubaire), l'imperforation des deux trompes et l'étroitesse de l'ouverture abdominale, les déviations, les salpingites bilatérales, sont des causes plus ou moins absolues de stérilité qui appartiennent à la première catégorie.

Ici, il faut mentionner les atrésies de la vulve, du vagin, de l'utérus, de la trompe, qui selon leur siège, rendent la femme simplement stérile ou à la fois stérile et impuissante.

L'arrêt de développement du vagin ou son absence complète, la non-perméabilité du col de l'utérus, congénitale ou acquise, le retrécissement du col, sont encore des causes de stérilité, le plus souvent absolue.

Grâce aux progrès et aux moyens perfectionnés, les savants modernes ont pu démontrer expérimentalement, que certaines altérations des liquides des organes génitaux, peuvent les rendre impropres à entretenir la vitalité du produit mâle, et par suite amener la stérilité. En effet, parmi les substances chimiques, les unes favorisent, les autres entravent ou même abolissent les mouvements de ces produits.

Enfin, c'est le moment de dire que parmi les causes qui peuvent provoquer la stérilité chez la femme, on a mentionné

les tumeurs soit ovariennes, soit utérines, de nature kystique, cancéreuse ou fibreuse.

Au commencement de ce chapitre, nous n'avons attiré l'attention que sur l'énumération des autres causes provoquant la stérilité. Maintenant nous allons examiner l'influence des tumeurs fibreuses de la cavité utérine sur la fécondation.

En énumérant les opinions les plus récentes des auteurs modernes, celles du moins que nous avons pu obtenir, et en exposant notre opinion personnelle, nous remplirons le but que nous nous sommes proposé dans ce chapitre, qui est de démontrer l'influence des tumeurs fibreuses utérines sur la fécondation.

On peut dire que ce n'est guère que depuis une quinzaine d'années que les gynécologues, les embryologistes, les physiologistes et les chirurgiens, comme Veit, Tarnier, Kölliker, Ribemont-Dessaignes, Pozzi, etc. etc. se sont occupés sérieusement de cette importante question.

Toutes les recherches de ces auteurs, sont basées sur leurs propres expériences. La statistique qui en résulte nous permet d'arriver à la même conclusion que ces savants.

Les résultats de leurs recherches démontrent que tout le monde jusqu'à présent, excepté Hoffmeier, admet qu'en général les tumeurs fibreuses utérines, soit du corps, soit du col, soit sous-muqueuses, interstitielles et quelquefois sous-séreuses, provoquent dans certains cas la stérilité primaire ou secondaire.

La stérilité à la suite des fibrômes utérins se comprend facilement; en effet le changement de position de l'utérus et de ses annexes et encore plus le changement de la cavité utérine, son allongement, ou l'atrophie de la muqueuse ainsi que les menstruations abondantes, les sécrétions séreuses et purulentes de la muqueuse utérine provoquées par la présence des fibrômes, peuvent en tous cas être des causes défavorables à la conception et peuvent amener un grand nombre de cas de stérilité. Cela ressort de la statistique de Charpentier. Ce savant a réuni les statistiques de Lefour et de Gusserow, qui donnent un total de 1554 cas de femmes ayant des fibrômes utérins.

Sur ce nombre, la stérilité a été constaté 476 fois ; il y a donc une femme stérile sur trois, exactement 1,26.

West a trouvé que parmi 43 femmes atteintes de tumeurs fibreuses utérines il y en avait 7 stériles.

Röhrig	a trouvé sur	106	femmes à	fibrômes	31	stériles.
Beigel	»	80	»		21	»
Schuhmacher	»	114	»		24	»
Scanzoni	»	69	»		35	»
Michels	»	127	»		26	»
Winkel	»	415	»		134	»
Schræder	»	604	»		204	»
Hoffmeier	»	167	»		38	»

Si on additionne tous ces chiffres, on aura 1731 femmes :  $520 = 30$  p. 100 de femmes stériles par suite de fibrômes utérins.

Veit dit même que s'il existe une erreur dans ces chiffres, elle est bien minime, de sorte qu'on peut la négliger. Or, on peut douter qu'il ait été commis la plus petite erreur, si on prend en considération qu'une certaine quantité des femmes malades de fibrômes ne s'adressent pas au médecin, et pour cette raison, on ne peut pas connaître exactement le pour cent de la stérilité due aux fibrômes utérins.

D'après Müller, James, Simpson, Wels, Duncan cette cause de stérilité serait de 8 à 10 p. 100.

Hoffmeier arrive à la conclusion que les femmes atteintes des tumeurs fibreuses utérines n'étaient pas exposées à la stérilité, ni à une fécondation moindre que les femmes dont l'utérus est sain.

Voilà comme il explique sa manière de voir :

Il dit avoir constaté beaucoup de cas où la stérilité existait depuis dix à quinze ans, avant que la tumeur fibreuse ait été constatée dans l'utérus. Selon lui, il faut chercher ailleurs la cause de la stérilité.

Ainsi, dans des cas relativement fréquents, les femmes chez lesquelles on a constaté les myômes, sont devenues fécondes malgré cela, et même beaucoup plus tard après la constatation de la tumeur.

Hoffmeier se base sur la statistique de Nausse dans laquelle figure une femme avec fibrôme, qui est devenue enceinte 18 ans après la constatation de cette tumeur utérine.

Une autre femme chez laquelle on avait constaté l'existence d'une tumeur, devint enceinte de nouveau 18 ans après son premier accouchement, et de la constatation de cette tumeur.

Trois autres femmes sont devenues enceintes 13 ou 14 ans après la constatation de la tumeur. Cinq autres, après 10 ou 12 ans. Cinq femmes le devinrent 8 ans plus tard.

Hoffmeier va plus loin, en disant que chez certaines femmes, la présence de tumeurs fibreuses, au contraire, favorise la conception dans l'âge avancé.

Veit répond à cela qu'il ne peut être d'accord avec Hoffmeier, parce qu'on possède très peu de preuves concernant ces faits, et nous sommes complètement d'accord avec lui.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus qui se rencontrent dans le col, s'opposent moins à la fécondation que celles du corps.

En effet, dit Tarnier, il faut remarquer qu'à l'état de vacuité, la proportion des fibrômes du corps, par rapport à ceux du col, est de 95 pour 100, tandis que chez les femmes enceintes, cette proportion descend à 80 pour 100.

Voilà les opinions des auteurs modernes les plus compétents et nous trouvons que tous les éminents professeurs-gynécologues et chirurgiens que nous venons de citer, sauf Hoffmeier, sont d'accord. Ils affirment que la conception peut être empêchée par la présence des tumeurs fibreuses utérines.

Nous partageons complètement cette manière de voir, et la conclusion des statistiques nous confirme dans notre opinion.

Il est incontestable que les grosses tumeurs fibreuses de la cavité utérine, peuvent empêcher la conception en créant des obstacles à la fécondation, en provoquant des symptômes morbides qui sont des agents de stérilité, lors mêmes que les fibrômes utérins n'existent pas, ainsi que nous l'avons mentionné tout à l'heure.

Il est incontestable également que les tumeurs fibreuses de la cavité utérine peuvent empêcher la conception, en cas qu'elles soient interstitielles, et surtout si elles siègent autour

des annexes en empêchant l'ovulation. On en peut dire autant pour les tumeurs sous-muqueuses ou polypoïdes, si elles sont grandes ou mêmes petites, siégeant à l'ouverture des trompes.

Il est démontré que les tumeurs fibreuses utérines sous-séreuses, en provoquant la compression sur l'utérus et ses annexes peuvent empêcher la conception par suite de la congestion qui en résulte.

Mêmes affirmations à propos du col.

Malgré l'exposé contraire de nos dix-huit cas qui vont suivre, nous ne pouvons soutenir la théorie de Hoffmeier, parce que leur nombre n'est pas suffisant, et que probablement il existe une cause du côté des fibrômes, qui quelquefois favorise la fécondation et qui n'est pas encore expliquée.

Sans doute il y a des cas pareils où la conception se fait malgré la présence de tumeurs fibreuses utérines, tel que ceux qu'a bien voulu nous faire connaître M. le Dr Chenevière (observation X, ch. V; observation II, ch. II), mais nous ne pouvons le faire entrer en ligne de compte, ainsi que celui qui va suivre, comme des preuves suffisantes, parce qu'ils sont relativement peu nombreux.

Voilà ce qui se rapporte à l'ensemble de nos observations :

*Observation X* (de M. le Dr Chenevière), p. 41. — « ...accouchée (1893) pour la première fois il y a quatre semaines ...on constate une tumeur grosse comme un œuf d'oie, pédiculée, partant du fond de l'utérus, un peu à droite... En 1895... redevient enceinte... »

*Obs. II* (de M. le Dr Chenevière), p. 17. — « 1894, appelé pour une hémorragie suite de couche... je sens distinctement une tuméfaction qui intéresse la paroi antérieure du fond de l'utérus, et qui correspond à un fibrôme... Je sais que dans le courant de 1897, le même accident s'est encore reproduit... »

*Obs. XV* (de M. le Dr Patru), p. 48. — « N° 35; deux enfants... troisième se termine par un accouchement à terme... je constate un volumineux fibrôme... »

*Obs.* XI (de M. le professeur Dr Jentzer), p. 42. — « ...une tumeur (1889) de la grosseur du poing, située immédiatement derrière la branche horizontale gauche du pubis... qui correspond au fibrôme... En 1891, la malade me fait part d'une grossesse de deux mois... »

*Obs.* XVI (de M. le Dr Patru), p. 49. — « ...36 ans; ...primipare, a avorté le 20 novembre (1895) la grossesse de trois mois... Le 2 octobre notre consultation a lieu, et nous constatons la présence d'un fibrôme utérin en pleine décomposition... »

*Obs.* XII (de M. le professeur Dr J. Reverdin), p. 43. — « ...42 ans, a accouché à terme... 1879... avait un volumineux fibrôme... »

*Obs.* VII (de M. le Dr Chenevière), p. 35. — « ...grossesse en cas de fibrôme utérin... etc. »

Toutes les femmes dont nous parlons, de même que celles qui figurent dans nos observations, étaient déjà atteintes — du moins probablement — par les tumeurs qui se manifestent en provoquant des différents troubles chez les malades.

Tout cela montre seulement l'importance qu'il y a à prendre l'anamnèse exactement, et la nécessité de pouvoir suivre la malade pendant plusieurs années et l'obligation dans laquelle se trouve le médecin de réunir des cas en nombre suffisant et de les grouper. Il est alors facile de tirer une conclusion de quelque valeur sur l'importance des fibrômes utérins compliquant la grossesse.

Telle est notre conclusion; elle est conforme avec les données que renferment la littérature sur le sujet, elle est de plus formulée d'après les nombreux cas parvenus à notre connaissance.

---

## CHAPITRE II

### **Influence de la grossesse sur les tumeurs fibreuses utérines et sur leurs formes.**

Presque tous les auteurs sont d'accord que les tumeurs fibreuses utérines prennent part à l'apport qui se fait vers l'utérus pendant la grossesse et subissent de cette manière un changement plus ou moins considérable dans leur développement, dans leur siège et dans leur forme.

Nous verrons plus loin, quelle grande importance a ce fait, surtout dans la vie des femmes enceintes, vie qui nous intéresse ici.

Si l'on pouvait réunir des chiffres exacts sur les observations des tumeurs fibreuses qui compliquent la grossesse, on constaterait sans doute que le nombre des fibrômes influencés par la grossesse (dès son début, pendant ou après elle), s'élève à 99 %.

Il est même probable qu'aucun fibrôme ne traverse la grossesse sans en ressentir une influence plus ou moins considérable, car aucun appareil de l'organisme ne saurait échapper aux modifications physiologiques du cours de la grossesse.

Au point de vue physiologique et anatomo-pathologique, ce fait n'est pas encore bien étudié.

La plus grande influence de la grossesse sur les tumeurs fibreuses utérines se manifeste sur leur marche et sur leur développement.

Un grand nombre de cas cliniques nous démontre que les tumeurs fibreuses commencent à grandir sous l'influence de la grossesse, de telle manière à ce que disent certains auteurs,

qu'elles atteignent le triple de leur volume primitif dans un temps très peu considérable; nombre d'entr'elles sont diagnostiquées grâce à cette circonstance; nous l'avons dit déjà dans le chapitre précédent.

L'époque du commencement de l'accroissement de ces tumeurs pendant la grossesse est très variable.

Il y a des femmes enceintes, possédant des fibromes utérins, chez lesquelles les tumeurs commencent à augmenter rapidement dès le début de la grossesse; chez d'autres elles croissent lentement et suivent la marche de la grossesse. Quelquefois elles évoluent rapidement, déjà depuis le troisième, le quatrième ou le cinquième mois. Il y a des cas où l'accroissement de la tumeur ne devient évident qu'à la fin de la grossesse.

Parmi nos dix-huit observations, nous trouvons que les tumeurs fibreuses ont commencé à grandir depuis la grossesse, pendant, soit après, soit les unes très rapidement, les autres plus ou moins lentement.

Dans notre VII<sup>me</sup> observation (p. 35), nous avons une tumeur fibreuse sous-péritonéale compliquant une grossesse de sept mois, se déplaçant avec l'utérus et qui diminue considérablement après les couches.

Dans la X<sup>me</sup> observation (p. 41), nous voyons que la tumeur fibreuse, compliquée de grossesse, augmente pendant les derniers temps de la grossesse, et celle de l'observation XII (p. 43), « disparaît à peu près complètement » (Dr Chenevière).

Ces cas sont de ceux qui ont été suivis de près pendant un laps de temps plus ou moins prolongé, tandis que les autres cas n'ont pu être observés que pendant les derniers jours de la grossesse.

Dans la plupart des cas les femmes atteintes de tumeur se plaignent, pendant la grossesse, de troubles qui, normalement ne doivent pas exister. Nous concluons que ces troubles sont dus, non pas à la grossesse elle-même, mais à l'influence que celle-ci exerce sur les tumeurs utérines.

Ces tumeurs peuvent participer aux phénomènes de ramollissement suppuratif pendant la grossesse (observation XVI,

(p. 49), dus à une vascularisation plus intense, comme nous le voyons dans les cas intéressants dont nous sommes redevables à M. le D<sup>r</sup> Patru : observations XV et XVI (p. 48, 49), et à M. le D<sup>r</sup> Betrix, auquel nous empruntons les lignes suivantes :

*Obs. I (1888, IX).* — Femme de 35 ans, ménagère, accouchée à la campagne. La sage-femme croit à une grossesse gémellaire, et attend après l'expulsion du fœtus l'arrivée d'un second enfant. L'utérus reste gros ; la malade ayant quelques symptômes fébriles est envoyée à la Maternité avec le diagnostic de fibrôme et infection puerpérale ; elle y entre le 13 août.

On constate la présence d'une tumeur utérine dépassant l'ombilic de 2 à 3 travers de doigt ; point de fétidité des lochies, mais la température vespérale varie de 38°5 à 39°, sans rémission à la suite des injections antiseptiques. Tout ceci faisait supposer un état de suppuration de la tumeur fibreuse. On opère la malade le 6 septembre 1898.

Laparatomie et ablation totale. Fermeture du péritoine pelvien sans drainage abdominal ou vaginal ; la tumeur vidée de la plus grande partie de son sang, pèse 2,500 gr.

Dès le soir de l'opération la température tombe à 37° et ne dépasse pas 37°,8 dans la suite. La malade est sortie guérie au commencement d'octobre.

*Examen anatomo-pathologique.* — La muqueuse utérine est épaissie, hypéremiée ; sur la paroi postérieure on constate une légère perte de substance qui doit répondre au point d'intersection du placenta.

Sur un autre endroit la paroi postérieure et latérale répondant à la tumeur, on constate une autre perte de substance dont le fond présente une coloration brunâtre. Dans la tumeur sous-jacente, on trouve à plusieurs endroits des cavités, allant jusqu'à la grandeur d'une noix, qui sont remplies de pus et tapissées par une membrane pyogène.

*Examen microscopique.* — C'est une tumeur contenant peu de tissu conjonctif ; les fibres lisses ont subi en partie une légère dégénérescence grasseuse et hyaline assez forte. La

muqueuse utérine est épaissie ; à la place susmentionnée il y a des pertes de substance et les signes d'une inflammation assez récente, qui se prolonge profondément dans le tissu sous-jacent. Cette propagation se fait par voie lymphatique, le long des vaisseaux sanguins. Les cavités de la tumeur susmentionnée sont des abcès remplis de globules de pus, et le tissu qui forme leurs parois est nécrosé sur une zone assez épaisse. Le point de départ de ces suppurations de la tumeur est donc sur l'endometrium.

Plus d'une fois, on a pu constater des tuméfactions œdémateuses des fibrômes pendant la grossesse. A ces constatations nous joindrons celles qui nous ont été fournies personnellement par M. le Prof. Vaucher (*Maternité, obs. VI, p. 29*) et par M. le Dr Chenevière (*obs. II, ci-dessous citée*) :

*Obs. II (du Dr Chenevière). — M<sup>me</sup> S., III mipare; 36 ans, me fait appeler le 1<sup>er</sup> janvier 1894, pour une hémorrhagie suite de couche. Je trouve l'utérus très volumineux, le placenta paraît adhérent.*

Décollement artificiel. En le décollant je sens distinctement une tuméfaction qui intéresse la paroi antérieure du fond de l'utérus et qui correspond à un fibrôme.

Suites normales.

Dans deux autres précédents accouchements, M<sup>me</sup> S. a déjà eu des accidents de délivrance, probablement dûs à une adhérence de placenta.

Le 17 juillet 1895, je suis de nouveau appelé auprès d'elle pour une adhérence du placenta.

Décollement artificiel ; suites normales.

Je sais que dans le courant de 1897, le même accident s'est encore reproduit. Voilà donc une femme qui a un fibrôme intrapariétal gros, à l'état normal, comme une tête d'enfant environ (l'utérus remontait jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic) qui devient enceinte facilement, et qui ne présente des symptômes anormaux que dans la période de délivrance, l'accouchement lui-même étant normal comme durée et comme symptômes.

Nous voyons la même chose dans l'observation III de M. le D<sup>r</sup> Chenevière :

*Obs. III.* — M<sup>me</sup> G., âgée de 28 ans; enceinte de 3 1/2 mois, me fait appeler le 19 mai 1888, pour une fausse couche.

L'utérus paraît beaucoup trop volumineux pour une grossesse de 3 1/2 mois.

Les pertes de sang ont débuté il y a environ un mois, et se sont reproduites presque chaque jour.

La dilatation est commencée et une petite partie se présente dans le col. J'extrai le fœtus par le curetage.

L'utérus a une grande cavité dans laquelle la curette disparaît presque entière. Le fœtus paraît cependant bien âgé de 3 1/2 mois environ.

En examinant avec soin, je constate la présence d'une tuméfaction dure intéressant la paroi antérieure entière de l'utérus.

Cette dame a eu des règles plutôt abondantes, mais n'a d'ailleurs jamais souffert.

Ce qui est encore plus intéressant, c'est que les tumeurs fibreuses utérines subissent différents changements, non seulement pendant la grossesse, mais aussi après celle-ci. Comme exemple, nous pouvons citer le cas suivant de M. le D<sup>r</sup> Betrix :

*Obs. IV.* — M<sup>me</sup> Antonia W., valaisanne, est envoyée le 19 avril 1895 par le D<sup>r</sup> M. de Münster au D<sup>r</sup> Betrix; âgée de 47 ans, grande, forte, se plaignant continuellement de pesanteurs dans le bas-ventre, de douleurs et de gêne pendant tout travail pénible; elle a eu une seule grossesse en 1892 qui n'a rien présenté de particulier, par contre l'accouchement a été très long à cause de l'influence et de l'irrégularité des douleurs, la lenteur de la dilatation du col; il a dû être terminé par une application de forceps qui a amené un enfant vivant. Suites des couches bonnes. Depuis lors les règles ont été très abondantes, d'une durée de six à huit jours et revenant toutes les trois semaines.

C'est pour cette raison et pour les douleurs pelviennes qui l'empêchent de travailler à la campagne, qu'elle vient consulter.

L'utérus est volumineux, rétroversé et légèrement prolabé, sa cavité mesure 13 cm. ; on constate sur la face supérieure et postérieure, de petites nodosités dont la plus volumineuse occupe la face postérieure.

*Diagnostic.* — Utérus myomateux sans complications du côté des annexes.

Suites très simples sans aucune complication quelconque.

La malade rentre chez elle le 12 mai 1895.

*Examen anatomo-pathologique de l'utérus.* — Cet utérus fortement augmenté de volume offre des parois d'une épaisseur de 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm. en moyenne dans le tissu utérin même; on constate dans la paroi postérieure trois à quatre fibro-myômes de la grosseur d'une noisette, toujours à la face postérieure, mais au sommet, il s'en trouve un autre, beaucoup plus gros, du volume d'un marron et qui a la tendance à devenir sous-séreux. Du côté de la cavité utérine, on peut constater qu'il en existe encore un sous-muqueux, gros comme une noisette et situé de la naissance de la trompe de Fallope; à droite, le plus gros de ces fibro-myômes, celui situé en arrière et au fond, présente à son centre un noyau de dégénérescence graisseuse.

Les fibres lisses sont, à part celà, dissociées et présentent nettement de la dégénérescence graisseuse. Sur la face antérieure de l'utérus, on peut constater deux petites tumeurs fibro-myomateuses, nettement sous-séreuses et situées près de la trompe de Fallope gauche.

En résumé, nous sommes en présence de sept à huit tumeurs myomateuses de l'utérus, une sous-muqueuse, deux franchement sous-séreuses et les autres intra-murales. »

Habituellement, ces tumeurs conservent un volume un peu plus considérable après la grossesse, qu'avant la conception; mais elles peuvent également diminuer de volume ainsi que cela est arrivé dans les observations VII, p. 35 et IX, p. 39,

de M. le D<sup>r</sup> Chenevière, où nous constatons que les deux tumeurs ont diminué considérablement de volume et même l'une d'elles « a presque complètement disparu. » (M. le D<sup>r</sup> Chenevière).

Les cas cités à propos de la régression des tumeurs fibreuses après la grossesse, sont nombreux, quelquefois les tumeurs disparaissent, puis de nouveau reviennent.

De pareilles observations sont relativement fréquentes. Nous démontrerons, dans le chapitre suivant, l'importance que nous attachons à cette manifestation.

Parmi toutes les régressions que les tumeurs fibreuses peuvent subir pendant la grossesse, il faut avant tout rappeler leur dégénérescence graisseuse et hyaline exposée dans l'observation IV citée déjà ci-dessus.

Ces sortes de dégénérescences se terminent le plus souvent heureusement. On n'en saurait dire autant des terminaisons de dégénérescence par suppuration et sphacèle; voir le cas de M. le D<sup>r</sup> Patru (observations XV, XVI, p. 48, 49).

Nous examinerons leurs dangers pendant ou après la grossesse dans un des chapitres suivants.

Pareils cas ne sont point rares. Nous ne pouvons dire que les tumeurs fibreuses dégèrent suivant la position qu'elles occupent dans l'utérus parce que c'est évidemment la grossesse elle-même qui provoque les phénomènes de leurs métamorphoses regressives.

Quelle est la cause de ce trouble et quel est son mécanisme? C'est aux anatomo-pathologistes à l'expliquer.

Voilà ce que nous pouvons dire à propos de l'influence de la grossesse sur les tumeurs fibreuses utérines au point de vue de leur marche et de leur développement.

Passons maintenant à une autre question qui n'est pas moins intéressante et importante.

Voyons quelle est l'influence de la grossesse sur le siège des tumeurs fibreuses et sur leurs formes.

Commençons par les tumeurs sous-séreuses ou polypoïdes.

Elles peuvent exister au col et au corps. Sous l'influence de la grossesse, ces tumeurs peuvent descendre comme un

bouquet du col dans le vagin, cela s'observe surtout pendant l'accouchement; celles du corps peuvent également descendre dans le col et de là même dans le vagin.

Il n'y a pas grand chose à dire des tumeurs du museau de tanche, sinon qu'elles subissent l'ascension légère du col en haut par l'utérus.

Pendant l'accouchement, elles peuvent, au cas où elles sont assouplies, comme disent certains auteurs, suivre la forme de la partie qui se présente. Celles qui sont franchement sous-muqueuses, peuvent dans les derniers mois de la grossesse, suivre les mouvements du col, et devenir plus minces en même temps, que moins hautes.

Celles du corps ont été peu observées; elles peuvent subir des changements si la grossesse continue.

Lorsque les tumeurs sont proéminentes et qu'elles se trouvent dans le col, elles peuvent être diminuées par l'élargissement du col; sinon elles peuvent être un empêchement pour la dilatation du col. Il en est de même pour celles du corps.

Ce sont les tumeurs interstitielles, soit du corps ou du col, qui subissent le plus l'influence de la grossesse. On a cité des cas où ces tumeurs fibreuses utérines, étant assouplies et œdématisées, suivent parfaitement bien tous les mouvements de la cavité utérine, en sorte que celle-ci s'allonge, les fibrômes suivent sa marche et en même temps s'amincissent; ce qui a une grande importance pour l'accouchement.

Il n'y a qu'à lire notre observation XIV, p. 47, pour avoir un tableau exact du changement de forme et de l'accommodation, pour ainsi dire, de tumeurs compliquées de grossesse.

Si elles sont dures, elles ne sont susceptibles de subir aucun changement, ni aucun déplacement, et cela rend l'accouchement d'autant plus grave et difficile, que les tumeurs se trouvent plus près du promontoire et du col, comme nous le constaterons dans la VIII<sup>me</sup> observation, p. 38.

Les tumeurs sous-séreuses ne présentent pas un intérêt moins grand.

Ces tumeurs peuvent subir les migrations les plus variables, au cas où leur pédicule se détachent de l'utérus. Ce n'est pas nécessaire de rappeler le danger qu'elles peuvent offrir pendant l'accouchement.

Habituellement ces tumeurs subissent les mouvements ascensionnels de l'utérus, si elles n'ont point d'adhérences au dehors de l'utérus, car si ces dernières existent, la situation se trouve modifiée parce qu'alors les tumeurs provoquent souvent la rétroposition de l'utérus.

De pareils cas ont été cités, et nous en consignons un dans l'obs. VIII, p. 38.

Leurs déplacements seront d'autant plus marqués qu'elles font davantage corps avec l'utérus. Les tumeurs les plus grandes du fond de l'utérus peuvent arriver jusqu'au diaphragme.

Il en est de même pour les tumeurs fibreuses utérines, se trouvant sur la face antérieure de l'utérus; ces sortes de tumeurs sont les moins dangereuses pour l'accouchement, comme nous le verrons dans l'obs. XI, p. 42.

Les fibromes qui siègent au niveau du segment inférieur dans la partie postérieure, subissent un déplacement en haut, qui les fait remonter au-dessus de l'excavation pelvienne.

Mais s'ils sont sessiles, ils peuvent déprimer la cavité de l'utérus et même le faire remonter, et alors il est compréhensible que l'accouchement peut être très gêné.

Si quoique pédiculés, les fibromes se trouvent dans le petit bassin, ils peuvent s'opposer à l'accouchement. Ainsi nous avons constaté dans notre obs. VIII, p. 38, combien dans ces conditions la présence d'une tumeur fibreuse peut entraîner de graves conséquences.

Ces tumeurs peuvent aussi disparaître du petit bassin par l'élévation de l'utérus; et l'exhaussement est de la plus grande importance pour l'accouchement.

Si les tumeurs fibreuses utérines possèdent un long pédicule, descendant dans l'un des culs-de-sac, en particulier dans celui de Douglas, elles forment une tumeur juxta-utérine, qui remplit l'excavation et qui empêche le segment inférieur de

s'y développer, et le fœtus de s'accommoder pendant l'accouchement.

Les tumeurs les plus graves sont sus-vaginales, elles naissent à la surface externe, dans l'épaisseur même du plancher pelvien, au niveau des interstices étendus où elles se glissent et se développent tout en restant bridées et incarcérées dans la cavité du petit bassin. C'est le plus souvent en arrière du col, qu'elles se développent, elles soulèvent le cul-de-sac de Douglas pour se mettre en contact immédiat avec la paroi postérieure du vagin et avec le rectum. Les tumeurs débordent souvent sur les côtés, entre les feuilles des ligaments larges qu'elles dédoublent, constituant ainsi une des variétés les plus graves de corps fibreux intra-ligamentaires. Elles peuvent dépasser cette région, cheminent en avant de la vessie et de l'utérus et forment des prolongements jusque dans le mésocolon iliaque. Les tumeurs dures au contraire ne subissent nul changement de forme, ni de siège, sauf qu'elles suivent successivement le déplacement du corps et du col.

Tous ces changements de forme et de siège ont une grande importance pour l'accouchement, et leurs conséquences, comme nous le démontrerons dans le chapitre IV.

Les adhérences empêchent leur déplacement, mais elles produisent, comme nous l'avons déjà dit, toute sorte de déplacements (déviations ).

Mais la terminaison des tumeurs fibreuses compliquant la grossesse n'est pas toujours aussi funeste, ainsi que nous le constaterons dans le chap. V.

---

### CHAPITRE III

#### Accidents dans le cours de la grossesse compliquée de tumeurs fibreuses utérines.

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que l'influence de la grossesse sur les tumeurs fibreuses est très importante pour le pronostic, pronostic qui dépend autant et même plus de l'influence qu'exercent les tumeurs fibreuses sur la marche de la grossesse, que des accidents qu'elles provoquent directement ou indirectement pendant le cours de celle-ci.

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point que les tumeurs fibreuses réagissent à leur tour sur la grossesse en lui imprimant une symptomatologie particulière et des plus variables.

En effet, on peut observer au cours de la grossesse toutes sortes de complications, depuis les plus légères jusqu'aux plus graves.

Certaines femmes ressentent des douleurs plus ou moins intenses, des phénomènes névralgiques par compression des nerfs, des muscles, des membres inférieurs, avec crampes douloureuses.

Chez les autres, ces manifestations sont exagérées et peuvent agir assez sérieusement sur l'état psychique des malades. Il en fut ainsi pour la malade de l'observation V que nous citons ci-dessous :

*Obs. V (Maternité), Prof. Vaucher, as. M. le Dr Patru. —* Fibrôme utérin ; allongement hypertrophique du col ; grossesse de 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> mois. Madame E., âgée de 38 ans ; son père est mort à 37 ans d'hydropisie ; la mère est morte à 22 ans ; elle

a souffert d'ulcères variqueux ; une sœur aînée très faible ; frère cadet très variqueux.

Réglée à 15 ans ; époques régulières, en général durant 6 jours, abondantes très colorées ; douloureuses. Pas de leucorrhée.

Dans sa jeunesse elle a été effrayée par son grand-père, un ivrogne, qui l'a élevée depuis l'âge de 15 ans, et dès lors fut très nerveuse ; elle a travaillé comme sommelière, puis comme femme de chambre. Mariée en 1892, elle devint enceinte à partir du mois de novembre 1893, la marche de la grossesse fut assez bonne.

En 1894, par suite de surmenage, menace de fausses couches qui s'arrête après 15 jours ; arrivée bien au terme de la grossesse elle accoucha d'une fille à terme le 15 août 1894. Couches bonnes, suites aussi. Elle se lève après 12 jours ; retour des règles 6 semaines après.

Depuis sa couche les époques reviennent toutes les trois semaines très régulières, et ne durent plus que 3 jours, en restant douloureuses ; pertes blanches très fortes.

*Maladie actuelle*, avril 1894. — M. le Dr Vaucher constate une tumeur de nature probablement fibreuse, située du côté droit du fond de l'utérus, de la grandeur d'un œuf ; elle paraît sous-séreuse et ne gêne en rien l'accouchement.

1895-1895. La malade sent un poids dans le ventre et de temps en temps des douleurs lancinantes dans les reins.

Pendant les époques, le col de la matrice apparaît vers la vulve. La malade a des idées noires ; les époques sont toujours les mêmes, venant toutes les trois semaines ; beaucoup de leucorrhée. Enfin elle se décide d'entrer de nouveau à la Maternité le 13 juillet 1896.

*Status*. — Femme de taille moyenne, plutôt grande, brune, bien colorée, affaiblie, mais assez bien nourrie. Apyrexie. Elle n'y reste pas et bientôt sort, avant qu'on pût faire quelque chose.

Après la sortie de la Maternité la malade traîne ; le plus souvent reste au lit ; les idées noires la poursuivent ; elle sent que la matrice est descendue, le col à la vulve ; fortes pertes blan-

ches, brûlures, marche difficile; troubles de la miction; l'utérus grossit et enfin elle se décide de nouveau à entrer à la Maternité le 4 novembre 1896.

*Status.* — Irritabilité nerveuse très exagérée, pleure à propos de rien. — Miction difficile, ventre non ballonné, indolore en général, mais douloureux au toucher et pendant les mouvements de la malade.

A droite bosselures; on sent une tumeur arrondie un peu irrégulière au niveau jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, mobile de consistance, demi-dure, sensible, émergeant du bassin. Ascite = 0.

Vulve entr'ouverte et on y aperçoit le col rouge, déchiqueté, érodé, à sécrétion muco-purulente, sans traces de sang. Col très long, hypertrophié. Culs-de-sac peu abaissé.

Tampon au dermatol. — La sonde entre à 17 cm. et on a la sensation de longer une membrane. On place 3 laminaires.

5 novembre. Journée paisible; nuit aussi. Les laminaires ont dilaté le col; orifice interne imperméable à l'index. On dilate avec la pince de Reverdin; sonde arrive à 21 cm. On sent les membranes de l'œuf et on les perce; écoulement du liquide. Léger tamponnement du col à la gaze iodoformée.

6 septembre. Presque pas de douleurs; hémorrhagies arrêtées; on enlève la gaze iodoformée; repos.

7 septembre, 7 heures du matin. Fausse-couche, sans douleurs avec faibles pertes de sang; fœtus mâle, non macéré, sans odeur.

10 heures du matin. On enlève la plus grande partie du placenta au moyen de la pince de pansement. Raclage; léger tamponnement à la gaze iodoformée. — 8 septembre. On enlève le pansement; pas de pertes, ni de douleurs; apyrexie complète. — 10 septembre. Va bien.

14 septembre. Préparation pour l'opération; salol; pansement vaginal à la gaze iodoformée; ensuite, désinfection intense du vagin; apyrexie complète.

15 septembre. Anesthésie à l'éther. L'opération dure 1 h. 20; éther 185 cm<sup>3</sup>. On attire le col au dehors de la vulve, incision de la muqueuse sur le col. Incision circulaire; on dénude

le col sur une grandeur de 5-6 cm. Ligature au catgut des 2 artères utérines; on descend à la hauteur du cul-de-sac antérieur et postérieur; on ouvre le cul-de-sac postérieur au bistouri et on agrandit l'ouverture en déchirant de droite à gauche. On ouvre le cul-de-sac antérieur et on y glisse la valve coudée; on place deux pinces sur les deux ligaments larges.

Section d'une grande partie de ces ligaments; on tâche de faire basculer l'utérus en avant; l'utérus ne pouvant pas sortir par l'ouverture pratiquée on procède au morcellement.

Incision de la paroi antérieure aux ciseaux et on tombe sur la capsule d'un fibro-myôme pariétal, qui est énuclé en partie et enlevé par arrachement. Après cela il est possible de faire basculer l'utérus au dehors. Section des ligaments larges en dehors des ovaires et des trompes.

Ensuite ligatures au catgut. Les deux pédicules des ligaments larges sont liés chacun par deux ligatures en masse, l'une située en haut entre les branches de l'artère utérus-ovarique, l'autre en bas entre les branches de l'artère utérine.

Sus le bord utérin on place une série de 8-10 ligatures au catgut, isolées. Toilette de la région, etc.

2 octobre. Subjectivement et objectivement excellent. Guérison complète.»

Toutes les tumeurs abdominales, causent une augmentation de pression vasculaire.

Il est très facile de comprendre pourquoi les tumeurs fibreuses compliquée de grossesse, jouent un si grand rôle sur la pathologie du cœur, car, d'après certains auteurs, celui-ci peut subir l'atrophie brune, et peut être également hypertrophié. Il n'est pas étonnant que toute lésion du cœur, même légère, soit fortement aggravée par la présence d'une tumeur. De tels phénomènes se produisent effectivement chez les cardiaques sans l'influence de la grossesse.

Quand les tumeurs sont d'un volume assez considérable, les malades éprouvent des douleurs intolérables et des sensations de pesanteur; dans ce cas elles sont incapables de faire

le moindre travail; il en était ainsi chez la malade de notre observation XI (chap. III). Les tiraillements lombaires, les névralgies réflexes, les douleurs expulsives, les excitations épuisent la malade et lui rendent la vie absolument intolérable. Tel est le tableau général des troubles produits par les tumeurs utérines compliquées de grossesse.

Il n'est pas rare d'observer des poussées successives de péritonite chronique; pareils cas sont cités assez fréquemment, comme nous l'indiquons dans notre observation IX, p. 39; cette péritonite n'est pas très grave, il est vrai; néanmoins Hoffmeier a trouvé sur 124 malades avec grossesse compliquée de fibrômes utérins, 55 avec péritonites.

L'influence de la compression des fibrômes utérins sur la vessie se fait sentir encore davantage et les conséquences n'en sont pas moins grandes que pour les troubles généraux. On a constaté souvent la dysurie, la cystite, et comme la vessie est un organe qui est facilement altérable, il n'est pas étonnant qu'elle s'enflamme et s'hypertrophie. C'est encore beaucoup plus grave quand elle est tiraillée en haut en forme de cône, comme on le voit dans le cas cité par le D<sup>r</sup> Hermann où la vessie était liée avec le pédicule de la tumeur contre laquelle la vessie restait accolée; on ne s'aperçut de cet accident qu'à l'autopsie.

Dans l'observation citée plus haut, la malade avait la miction difficile par suite d'une telle compression.

Le rectum n'est pas à l'abri non plus de cette compression; presque toutes les malades sont constipées pendant la grossesse compliquée de fibrômes utérins. Du côté des intestins peuvent se produire des invaginations et des étranglements qui sont presque toujours mortels.

Les compressions sur les vaisseaux amènent des phlébites et des thromboses souvent accompagnés d'ascite. Notre malade de l'observation VI, que nous citons ci-dessous, est un exemple de troubles circulatoires :

*Obs. VI (Maternité), Prof. Vaucher, as. D<sup>r</sup> Patru. — Grossesse de 6 mois. Fibrômes utérins.*

M<sup>me</sup> B., âgée de 39 ans, réglée à 14 ans. Époques régulières, durant 6 jours, non douloureuses et peu abondantes.

Première grossesse en 1888, suivie par le repos.

Actuellement enceinte; grossesse de 6 mois. La malade déclare n'avoir jamais souffert du ventre; pas d'hémorrhagie, ni œdème de jambes; mais depuis le commencement de sa grossesse elle souffre de dyspnée et de palpitations surtout en se couchant dans le decubitus dorsal; tout cela elle l'attribue à la grossesse. Cependant depuis 3 mois on a observé dans l'hypochondre droit une tuméfaction. On l'envoie à la Maternité.

*Status local.* — Ventre assez volumineux, à paroi peu tendue, et légèrement déformée à droite.

A la palpation on constate la présence de vastes tuméfactions; une inférieure et médiane, de consistance molle, avec parties dures qui correspondent au fœtus; bruit du cœur à gauche.

Sur le fond de l'utérus on constate l'autre tumeur de forme allongée et de grosse extrémité, au côté droit tumeur solide, peu fluctuante mobile latéralement de consistance fibreuse assez uniforme.

18 septembre. — *Opération.* — L'on incise sur la ligne médiane, en contournant l'ombilic, les différentes couches de la tumeur. Celle-ci est très mobile et ne présente pas d'adhérence avec les autres organes; elle a un gros pédicule comme un bras d'adulte. Après que l'utérus a été sorti de la cavité abdominale, on suture le pédicule, puis on fait l'énucléation de la tumeur. Son poids est de 1870 gr.

Sur le côté gauche de l'utérus on constate une petite tumeur fibreuse, comme un poing d'adulte, qui est extirpée.

Suture du péritoine, suture progressive au catgut, puis celle de la peau. Pansement.

20 septembre. — Forte et abondante hémorrhagie, grande difficulté pour extraire le placenta; néanmoins après une heure l'extraction est terminée. — La mère se trouve fatiguée, ne peut rien prendre. — Collapsus. — Apyrexie. — Enfant vivant, mais le 22 septembre à 10 heures du matin meurt.

26 septembre. — Guérison complète.

*Diagnostic.* — Fibrômes sous-séreux de l'utérus ; formation kystique par ramollissement partiel. »

Ces tumeurs produisent également des troubles du côté des annexes en déterminant une salpingo-ovarite ; les trompes subissent un allongement considérable, quelquefois atteignant 15-20 cm., on les a trouvées autour de l'utérus et de la masse morbide.

Comme nous avons vu dans ce premier chapitre, les fibrômes utérins peuvent empêcher l'œuf de passer dans la matrice et c'est à cause de cela que peut se produire une grossesse extra-utérine. Gusserow trouva deux grossesses pareilles où il eut affaire avec un fibrôme sous-séreux qui était étendu sur le fond de l'utérus (Veit). Le second cas est celui de George : l'utérus soutenait un grand nombre de fibrômes interstitiels et un sous-séreux ; la malade mourut au cinquième mois, après la rupture de l'œuf. Dans un troisième cas, Hamerding a trouvé que les fibrômes étaient sous-muqueux dans la région de l'orifice interne des trompes, et dans ce cas la grossesse finit avant le terme.

Beaucoup d'auteurs signalent l'insertion vicieuse du placenta, et ces cas ne sont pas très rares, comme le prouve la statistique de Nauss qui indique, sur 241 cas de grossesses compliquées de fibrômes utérins, 2 cas de placenta previa et 2 fois une insertion trop profonde.

Schadwick a observé huit cas de placenta previa qui ont été cités par Pajot, Weber, etc.

Les fibrômes sont probablement la cause de ces insertions vicieuses. Nauss a encore trouvé dans 241 cas de grossesses compliquées de fibrômes utérins, 11 insertions vicieuses du placenta, dues à la présence de fibrômes interstitiels.

Lefour a noté une seule fois une insertion vicieuse du placenta sur 23 cas environ de grossesses compliquées de fibrômes.

Les hémorrhagies sont souvent les principaux symptômes des tumeurs fibreuses. Elles sont fréquentes, et parfois très abondantes, se continuant pendant des semaines et des mois, amenant une cachexie profonde, de l'amaigrissement, de la

dyspnée, de la céphalalgie, du vertige, de l'oppression et une teinte chloro-anémique très prononcée. Elles peuvent faire méconnaître la grossesse, parfois elles peuvent amener la mort par leur fréquence et leur abondance.

La grossesse compliquée de tumeurs fibreuses utérines suit assez souvent son cours normal; en pareil cas, comme nous aurons l'occasion de le voir dans nos observations, la grossesse peut arriver à terme sans complications. Cette marche normale s'observe de préférence lorsque les fibromes ne sont ni nombreux, ni volumineux, quand ils ne s'accroissent pas d'une façon trop rapide, ou quand ils siègent sur le corps de l'utérus, quand enfin la santé générale de la femme est demeurée satisfaisante.

A propos de la durée de la grossesse, les auteurs s'accordent généralement à admettre l'avortement comme plus fréquent que l'accouchement prématuré.

Et nous donnerons certainement la première place à l'avortement.

Il est très facile de comprendre que si l'œuf arrive à se fixer, et le placenta à se former, en cas de fibromes polypoides ou interstitiels, la grossesse arrive excessivement rarement à terme, ou même atteint rarement la fin du sixième mois; habituellement avant ce temps-là, l'avortement se produit.

Notre obs. XVI, p. 49, nous indique l'avortement d'une grossesse de 3 mois; notre obs. III, une fausse couche de 3  $\frac{1}{2}$  mois; notre obs. V, une fausse couche (provoquée) de 5 mois; notre obs. XVII, une fausse couche de 3 mois (début). Donc nous avons cinq observations avec avortement sur dix-huit observations de grossesses compliquées de tumeurs fibreuses.

Nauss a relevé 47 cas d'interruption de grossesse. Sur 227 cas de grossesses compliquées de tumeurs fibreuses utérines, nous comptons chez Lefour 39 avortements; soit un avortement pour 5,8 grossesses et 2,3 accouchements prématurés.

Lefour trouve que la proportion des avortements est de 1 sur 5,9; celle des accouchements prématurés serait moindre, car elle descend à 1 sur 9,8.

Cette proportion arrive cependant dans certaines statistiques à un sur trois ou quatre cas.

Lorsque la tumeur fibreuse interstitielle est située sur le corps utérin, on peut la reconnaître par la déformation qu'elle a fait subir au globe utérin, et par la difficulté de déplacer cet organe; elle peut modifier la forme de la cavité, déchirer la muqueuse et proéminer à l'intérieur, produisant comme conséquence le placenta previa.

Nauss a trouvé que sur les 19 cas d'hémorrhagie provoquée par les tumeurs fibreuses compliquant la grossesse, il y avait 11 cas provoqués par les fibromes sous-muqueux, 6 par les tumeurs fibreuses interstitielles et 2 par les tumeurs sous-séreuses.

Les tumeurs fibreuses sous-muqueuses et interstitielles peuvent exposer la malade à des accidents parmi lesquels il faut noter les hémorrhagies, l'écoulement purulent et la gangrène.

Il n'est pas nécessaire de rappeler quelles graves conséquences peuvent accompagner ces accidents.

Ce sont surtout les fibromes pelviens qui entravent le plus gravement la marche de la grossesse. En s'hypertrophiant, ils compriment les viscères voisins; la compression de la vessie amène la dysurie, comme nous l'avons déjà indiqué, celle de l'utérus la pyélite et enfin la compression du rectum produit la constipation.

Lorsque les tumeurs fibreuses siègent dans l'épaisseur de l'utérus, elles peuvent, dans le premier mois de la grossesse, donner déjà lieu à des phénomènes de compression ou d'enclavement de l'utérus dans l'excavation pelvienne.

La présence de fibromes dans la cavité utérine ou dans l'épaisseur des muscles utérins ou même à la surface extrême de l'utérus, gêne ou empêche l'accommodation du fœtus.

En général, la grossesse se développe plus facilement, lors de la présence de tumeurs fibreuses utérines, sous-séreuses, que s'il s'agit de tumeurs sous-muqueuses ou interstitielles.

Evidemment la complication la plus rare qui puisse être produite par les tumeurs fibreuses dans le cours de la grossesse, est celle de la rétroposition de l'utérus gravide. La rétroflexion

peut être produite très facilement lorsque la tumeur s'est formée sur la face postérieure de l'utérus. C'est alors une complication des plus dangereuses.

Veit nous donne quatorze exemples pareils, dont treize réunis par Pestalozza de Florence, et un récemment donné par Dührsen; sur ces quatorze cas, la réduction spontanée du placenta et la continuation de la grossesse n'ont été observées que dans deux cas seulement.

Même souvent si l'on fait le redressement, il ne peut pas se maintenir à cause du poids de la tumeur, et les mêmes phénomènes se reproduisent de nouveau.

Aux cas ci-dessus, nous pouvons en ajouter un de la clinique, à savoir l'obs. XV. Dans ce cas, la grossesse est arrivée à terme. Nous en reparlerons dans le chapitre VI. Dans douze autres cas, il y eut des accidents d'incarcération qui nécessitèrent des tentatives de réduction; celle-ci ne put être faite que sept fois, et dans les trois cas seulement au prix d'un avortement consécutif qui amena la mort de l'une des femmes. Dans cinq autres observations, la réduction échoua; trois fois on provoqua l'avortement et deux femmes succombèrent; deux fois on eut recours à des interventions plus actives, amputation utéro-ovarique et ablation du fibrôme.

Dans un de nos chapitres, nous parlerons spécialement de ces tumeurs et nous y étudierons l'importance de la tumeur fibreuse compliquant la grossesse.

La mort du fœtus n'est pas rare (obs. XV, XIII) dans le cours de la grossesse compliquée de fibrômes utérins. Elle peut devenir le point de départ d'accidents très sérieux, si les membranes se rompent prématurément, et si la rétention du fœtus persiste, car la putréfaction intra-utérine ne tarde pas à se produire avec toutes ses conséquences. D'ailleurs la rétention du fœtus peut se prolonger au delà même du terme de la grossesse, ainsi que cela a été prouvé récemment encore par une intéressante observation rapportée par Hergott. Il s'agissait dans ce cas d'une femme enceinte ayant un gros fibrôme du segment inférieur; le fœtus mourut au huitième mois de la grossesse et resta dans la cavité utérine, sans que le travail

se déclarât au terme de la gestation; puis un mois plus tard, alors qu'on commençait à douter de l'exactitude du diagnostic, les membranes se rompirent et bientôt apparurent les accidents de la putréfaction.

Les accidents causés par les tumeurs fibreuses de la face antérieure de l'utérus sont beaucoup plus rares, parce que la tumeur ne peut se fixer à la symphyse pubienne.

La rupture de l'utérus se produit surtout chez les multipares qui ont les parois de l'utérus déjà amincies par des grossesses précédentes. Parmi nos cas nous en avons qui nous permettent de constater ce fatal accident.

Tous les auteurs reconnaissent que l'infection générale peut être provoquée par les tumeurs fibreuses utérines compliquant la grossesse, lorsqu'elles sont en suppuration, en dégénérescence sarcomateuse ou même carcinomateuse.

Enfin, même lorsque l'utérus conserve le fœtus et que la grossesse arrive à terme, comme c'est le cas dans la troisième observation p. 48, et sans accidents graves, un état douloureux de l'organe fait que la femme enceinte se ressent plus de son état qu'une autre femme ayant une grossesse normale. L'appareil digestif fonctionne mal, le pouls est plus fréquent (la fièvre dans la grossesse est plus fréquente que dans la grossesse normale). Tels sont les accidents de la grossesse compliquée de tumeurs fibreuses utérines.

---

## CHAPITRE IV

### Dystocie due à la présence de fibrômes dans l'accouchement à terme.

En examinant les accidents qui peuvent survenir dans le cours de la grossesse compliquée de tumeurs fibreuses utérines, nous avons vu que, malgré la présence de tumeurs, surtout sous-muqueuses, interstitielles et de celles de la cavité pelvienne, la fixation de l'œuf peut se faire, et même que la grossesse peut arriver à terme.

Nous pouvons en donner un certain nombre d'exemples. Dans la XV<sup>me</sup> observation (p. 44), la tumeur fut énuclée à la main après les couches et la grossesse arriva à terme; la XVI<sup>me</sup> observation (chap. VI), se termina par la mort de la femme due à la septicémie, après qu'elle a accouché, la tumeur étant en pleine décomposition. Dans la VII<sup>me</sup> observation, l'existence de la tumeur n'empêcha pas la grossesse d'arriver à terme, mais on fut obligé d'intervenir parce que la dilatation ne se faisait pas comme nous le constatons également dans l'observation suivante :

*Obs. VII* (de M. le D<sup>r</sup> Chenevière). — M<sup>me</sup> G., 42 ans; dernières règles, 15 septembre 1882; règles généralement normales, quoique trop abondantes.

20 avril. Utérus volumineux; on sent du côté droit un corps dur allongé; du côté gauche un corps du même volume énorme, également allongé, sur lequel on entend distinctement des bruits du cœur fœtal.

A droite, au contraire, le corps dur avec paroi immobile et qui se déplace avec l'utérus lui-même.

*Diagnostic.* — Grossesse compliquée de fibrome utérin. La malade m'a fait appeler parce qu'elle a depuis quelques semaines une impossibilité presque absolue de marcher. Dès qu'elle fait quelques pas, elle ressent dans le ventre et dans les reins une douleur si intense qu'elle doit s'arrêter.

*Prescription.* — Repos; enveloppement humide du ventre; laxatifs.

Je ne la revois plus jusqu'au 20 juin 1883. L'état de la malade n'est pas changé depuis ma visite; le repos l'a soulagée, mais l'incapacité fonctionnelle pour la marche a persisté. Les douleurs d'accouchement ont débuté le 19 au soir; elles sont très intenses, mais la dilatation ne se fait absolument pas. La souffrance est si vive qu'on doit chloroformer la malade. Les contractions continuent, se produisant sans interruption.

Le 21 au soir, la malade est très épuisée; l'orifice du col est dilaté à peine comme une pièce de 5 francs.

Je fais des incisions dans le col et j'essaie d'appliquer un forceps mais sans y parvenir. Vu l'état d'épuisement de la malade, je me décide à pratiquer la perforation et d'appliquer le cranioclaste.

Suites normales.

Diminution considérable de la tumeur après l'accouchement.

Il semble d'ailleurs d'après l'anamnèse que le volume de la tumeur avait beaucoup augmenté pendant la grossesse.

Dans un cinquième cas (obs. X), on constate une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, immédiatement après les couches.

Dans la II<sup>me</sup> observation (chap. I), on constate après l'accouchement : « une tuméfaction qui intéresse la paroi antérieure du fonds de l'utérus, correspondant à un fibrome intrapariétal, les deux autres accouchements furent compliqués par les adhérences du placenta et l'accouchement lui-même fut d'une durée et d'une facilité normale. » (D<sup>r</sup> Chenevière).

Dans la I<sup>re</sup> observation (chap. II), encore un fibrome utérin dépassant l'ombilic de deux à trois travers de doigt de l'utérus, dans ce cas, derechef, la grossesse vint à terme.

Dans la IV<sup>me</sup> observation (chap. I), on constate la grossesse

à terme et sur la face supérieure et postérieure de petites nodosités fibromateuses dont la plus volumineuse occupe la face postérieure.

La V<sup>me</sup> observation est plus intéressante encore; la grossesse est arrivée à terme malgré la présence de la tumeur sur la branche horizontale du pubis.

Dans la XIV<sup>me</sup> observation, la grossesse arrive à son terme malgré la présence d'une tumeur de la grosseur de deux poings.

Enfin, le cas le plus intéressant est celui de la VIII<sup>me</sup> observation, où la grossesse est aussi arrivée à terme malgré la présence d'une énorme tumeur dans la cavité postérieure pelvienne. Nous reparlerons de ce cas tout à l'heure. Après cette énumération nous sommes persuadée que les tumeurs fibreuses n'empêchent pas toujours la grossesse d'arriver à terme.

Il s'agit maintenant de savoir quelle est la terminaison de ces accouchements compliqués de fibromes, c'est-à-dire d'exposer autant que cela nous sera possible, toutes les dystocies survenant dans l'accouchement à terme. Presque tous les auteurs sont d'accord sur ce fait que la dystocie peut survenir pendant l'accouchement à terme.

Nous partageons cet avis et nous allons démontrer que par leur développement, les tumeurs fibreuses sous-muqueuses de la paroi antérieure et supérieure qui se trouvent au-dessous du détroit supérieur, provoquent des dystocies pendant l'accouchement à terme. Toutefois, si la tumeur est assez grande pour gêner les mouvements de l'utérus, la position de l'enfant peut être forcément vicieuse.

Veit cite Süsterroff qui a trouvé sur 63 cas 40 présentations par le sommet, 13 par le siège, 11 transversales.

Lefour sur 102 cas cite 52 présentations du sommet, 33 de l'épaule, 17 transversales. Nauss trouve sur 86 cas 46 présentations du sommet, 22 du siège, 18 transversales.

En comparant ces statistiques nous observons 54 pour 100 de présentation du sommet au lieu de 95 pour 100, qui est la proportion normale; 24 pour 100 du siège au lieu de 3,1 pour 100, 19 pour 100 transversales au lieu de 0,6 pour 100.

On ne peut pas en dire autant des tumeurs situées dans la cavité pelvienne et notre observation XVIII est intéressante, en nous montrant les conséquences graves que peut avoir pour la mère et l'enfant la position vicieuse de ce dernier due à la présence de la tumeur fibreuse.

*Obs. VIII de M. Dr Jentzer :*

M<sup>me</sup> R. A., à Valleiry (Savoie), a déjà eu six enfants avec accouchements normaux.

En 1893 nouvelle grossesse avec développement extraordinaire du ventre qui fait croire à une grossesse gémellaire.

Dans la nuit du 28 à 29 mars, en 1893, je suis appelé en consultation pour délivrer la malade qui malgré 75 heures de douleurs ne pouvait pas accoucher; après 2 1/2 heures de voiture j'arrive, malheureusement je trouve l'accouchée morte et on me raconte qu'il y a deux heures que les douleurs ont complètement cessé; je puis l'examiner par le vagin, et je trouve toute la cavité pelvienne remplie par un myôme cervical allant presque à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, l'orifice externe très difficile à atteindre se trouve à la hauteur du promontoir et entr'ouvert pour trois doigts; à la palpation je constate facilement et directement sur la paroi abdominale un enfant position transversale, tête à gauche.

Mon diagnostic post mortal est une rupture utérine comme conséquence de la tumeur avec forte hémorrhagie.»

Le mécanisme de cette rupture est très compréhensible; l'enfant poussé d'une part de haut en bas vers le col par les contractions musculaires utérines, d'autre part de bas en haut repoussé par la tumeur pelvienne, offre à la paroi utérine déjà amincie par les précédents accouchements une résistance trop grande.

Cette même observation nous montre l'enfant en position vicieuse transversale due à la présence de la tumeur dans la cavité pelvienne postérieure.

De telles positions sont très fréquentes dans ces conditions.

Une grossesse arrivée à terme dans un utérus envahi par un fibrome interstitiel peut aussi produire dès le début de l'accouchement des accidents de rupture, surtout chez les multipares dont les parois sont amincies et affaiblies. On en peut dire autant des tumeurs du col.

Si la rupture ne se produit pas, l'enfant peut être asphyxié par suite de contractions utérines, au cas où l'utérus, envahi par le fibrome interstitiel, n'est pas assez élastique pour donner passage à l'enfant ou si le col ne peut se dilater. En pareille occasion, on est obligé d'intervenir immédiatement, comme cela a été pratiqué dans le cas de l'observation ci-après.

*Obs. IX (M. le Dr Chenevière) :*

M<sup>me</sup> K., 43 ans; primipare; règles normales. Dernières règles le 20 juillet 1890.

A partir du mois de janvier symptômes de péritonite chronique avec fièvre légère et incapacité de se lever.

L'utérus est gros, dur, bosselé. Bruit du cœur fœtal.

*Diagnostic.* — Fibromyome multiloculaire de l'utérus avec irritation péritonéale.

Le 22 mars débutent les douleurs d'accouchement. Dilatation très lente. Présentation complète du siège.

Le 24 mars à 4 heures du matin, la dilatation étant encore incomplète, je décidai de procéder à l'extraction du fœtus. Un crochet mousse est placé dans la hanche postérieure (droite) et le fœtus amené non sans peine vivant, son poids était de 2520 grammes.

Suites normales jusqu'à 15 jours, à partir de ce moment se déclare la fièvre remittente avec marche analogue à celle du typhus léger, sans phénomènes intestinaux.

La fièvre dure sans lésion locale apparente pendant 2 mois environ.

Au bout de ce temps, la tumeur fibreuse a à peu près complètement disparu, et depuis lors les règles ne sont pas revenues. Il est probable, que cet état de fièvre qu'aucun symptôme local n'expliquait, est en relation avec la résorption rapide de la tumeur et avec la ménopause anticipée.

Nous sommes complètement d'accord avec les auteurs qui ne considèrent pas les fibrômes utérins de petit calibre comme cause de dystocie pendant l'accouchement, à moins que ces fibromes n'occupent le col ; dans pareil cas, il peut y avoir une rupture de l'utérus.

Parmi les fibrômes pouvant avoir de l'importance dans l'accouchement, il faut ranger les polypes ; ceux du corps sont moins importants que les polypes cervicaux, comme le dit Veit, bien qu'ils puissent, étant pédiculés, être repoussés dans le col et devenir un obstacle au passage de l'enfant ; dans ce cas ils peuvent se détacher et amener une hémorrhagie. Ou bien l'enfant peut être asphyxié si l'on n'intervient pas à temps.

Les polypes cervicaux sont beaucoup plus dangereux, parce qu'ils peuvent provoquer une rupture considérable du col, surtout s'ils sont grands ; puis l'hémorrhagie survient habituellement, et ces tumeurs peuvent présenter les mêmes phénomènes que les polypes du corps quand ils descendent.

---

## CHAPITRE V

### **Accouchement normal malgré l'existence de fibromes utérins.**

Nous regrettons infiniment que nos observations soient incomplètes, les unes ont été prises au dernier moment de la grossesse, les autres ne purent être suivies assez longuement pour diverses causes; enfin, dans certains cas il eût fallu l'autopsie pour vérifier à quelle sorte de tumeur fibreuse nous avions à faire.

C'est pourquoi nous sommes obligés d'étudier plutôt théoriquement l'influence des tumeurs sur la grossesse, lorsque celle-ci arrive à terme et se termine heureusement pour la mère et pour l'enfant.

Les tumeurs du corps ont des conséquences moins fâcheuses pour l'accouchement que les autres, particulièrement celles du sommet de l'utérus et celles qui sont situées sur les cornes utérines.

Dans notre observation X ci-dessous reproduite in extenso, nous avons un cas pareil où deux fois la grossesse est arrivée à terme et l'accouchement s'est fait sans accidents et suites fâcheuses.

*Obs. X (M. le Dr Chenevière) :*

« M<sup>me</sup> X. me fait appeler le 10 décembre 1893 pour perte de sang suite de couches.

Elle a accouché pour la première fois il y a quatre semaines et le sang ne s'est jamais arrêté. En l'examinant, on sent distinctement une tumeur grosse comme un œuf d'oie pédiculée, partant du fond de l'utérus un peu à droite.

Traitement : injections chaudes, injections de teinture de iode dans l'utérus.

Une opération radicale proposée est refusée.

En 1895 M<sup>me</sup> X., redevient enceinte. Elle a eu à différentes reprises pendant sa grossesse de petites pertes de sang. La tumeur a augmenté de volume.

L'accouchement se fait normalement et de nouveau après l'accouchement le sang a de la peine à s'arrêter, la tumeur entretenant la congestion. Les règles sont généralement assez abondantes.

Traitement pendant 8 à 10 jours. »

Les tumeurs situées sur la face antérieure du corps utérin sont aussi peu dangereuses. Le mécanisme de l'accouchement en pareil cas est très simple. En effet, si nous faisons passer un plan vertical du point le plus haut de la crête iliaque à l'autre, nous divisons la cavité pelvienne en deux cavités, une antérieure ; située derrière la symphise pubienne, et l'autre postérieure, au devant du promontoire. Si la tumeur occupe cette cavité antérieure elle ne peut se fixer à rien, elle est obligée de suivre l'utérus et, de plus, elle se redresse au-dessus de la cavité pelvienne. Ainsi elle ne peut pas empêcher la marche normale de l'accouchement parce qu'elle suit les mouvements de l'utérus.

Le cas de l'observation XI que nous vous citons ci-dessous présente un tel exemple (de M. le prof. Dr Jentzer).

*Obs. XI :* « M<sup>me</sup> X., âgée de 23 ans, de La Chaux-de-Fonds, vient me consulter en 1889 pour savoir si elle pouvait se marier, un médecin de sa ville lui ayant dit qu'elle avait une tumeur fibreuse et qu'une grossesse pouvait être dangereuse.

A l'examen je constate une tumeur de la grosseur du poing située immédiatement derrière la branche horizontale gauche du pubis. Cette tumeur est d'une résistance qui correspond au fibrôme ; elle est en rapport avec l'utérus qui est en rétro-

sition. D'accord avec mon collègue, je lui déconseille de se marier, mon conseil ne fut pas suivi.

En 1891 la malade désolée me fait part d'une grossesse de deux mois. Effectivement je constate une moitié légèrement augmentée ainsi que la tumeur; j'hésite entre l'ouverture provoquée et l'expectative, je choisis cette dernière sachant que lorsque la tumeur se trouve dans la partie antérieure du bassin, la réduction se fait généralement plus facilement que lorsqu'elle est située dans la cavité sacrée. Suivant mes notes de clinique la malade ne présente rien de particulier jusqu'au neuvième mois; dans la vingt-unième semaine la tumeur commence à s'élever et l'accouchement a lieu normalement; suites normales. »

La terminaison heureuse de l'accouchement peut encore se produire au cas où les tumeurs sont assouplies, tuméfiées ou en état de décomposition complète, comme nous les constaterons dans nos observations XV, XVI et IV.

Le cas plus remarquable que nous puissions offrir d'une heureuse terminaison, est celui de l'observation III, où l'accouchement a eu lieu à terme, malgré la présence de la tumeur volumineuse, enclavée dans le bassin, tumeur qui ne fut expulsée que 19 ans plus tard, comme on peut l'apprendre par la lecture des lignes ci-après :

*Obs. XII* (de M. le prof. D<sup>r</sup> J. Reverdin) :

« M<sup>me</sup> X., née en 1837, primipare, étant âgée de 42 ans le 28 juillet 1879, a accouché d'un garçon. Cette malade avait un volumineux fibrome utérin, paraissant avoir au moins le volume d'une tête d'adulte et remplissant le cul-de-sac postérieur; il n'avait donné lieu à d'autres accidents que des hémorrhagies de moyenne intensité. Je m'attendais, vu le volume de la tumeur et son enclavement dans le bassin, à des accidents au moment de l'accouchement, et à la nécessité probable d'une intervention chirurgicale; contre mon attente l'accouchement se termina sans aucune difficulté et ses suites furent absolument normales. »

Dix-neuf ans plus tard la malade accouchait spontanément de son fibrôme qui s'était considérablement réduit de volume et qui ne l'avait du reste nullement incommodé.

Le 3 février 1898, j'étais appelé auprès d'elle pour une perte accompagnée d'une soi-disant descente de matrice; je la trouvai avec son fibro-myôme entre les cuisses, je n'eus qu'à tordre son pédicule pour le détacher; l'hémorragie avait été modérée et la guérison complète. »

---

## CHAPITRE VI

### Accidents provoqués par les tumeurs fibreuses utérines dans les suites d'avortement et d'accouchement.

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que les grossesses compliquées de fibromes utérins peuvent arriver à terme, et que néanmoins certains accouchements se produisent même normalement; tandis que d'autres accouchements peuvent avoir des suites plus ou moins dangereuses pour la mère et pour l'enfant.

Nous exposerons dans ce chapitre les accidents pouvant résulter des tumeurs fibreuses utérines, dans les suites d'avortement et d'accouchement.

D'après la lecture des observations nombreuses indiquées dans la littérature et d'après les cas que nous possédons, nous sommes persuadée que l'avortement s'accompagne plus souvent d'hémorragies que de suites normales. C'est très naturel, vu les adhérences que présente la placenta avec la tumeur.

La malade mentionnée dans notre observation XII a subi la dilatation sanglante, en vue de provoquer une fausse couche de 5 mois.

*Obs.* XIII (Maternité), M. le Prof. Vaucher, assistant M. Müller. — Grossesse de 5 mois; fibrome utérin; laparatomie. M<sup>me</sup> X, 32 ans, réglée à 12 ans; pertes faibles durant 3 jours. Toujours excellente santé, pas d'enfants, ni fausse-couche. Depuis 10 ans douleurs. Le D<sup>r</sup> Jentzer diagnostique une tumeur de l'utérus; les époques ont manqué depuis décembre 1896. Le D<sup>r</sup> C. l'envoie à la Maternité en constatant une grossesse.

*Diagnostic.* — Grossesse de 5 mois, compliquée de fibrôme utérin de la paroi postérieure.

*Examen gynécologique.* — L'utérus remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic; on constate une grande tumeur occupant tout le cul-de-sac postérieur de la paroi gauche de l'utérus. On décide de provoquer la fausse couche.

17 juin. Application des ballons; point de résultat, impossible d'obtenir une dilatation suffisante, le fibrôme envahissant le col.

18 juin. Dilatation sanglante sans résultat et on ampute cependant un bras et une jambe du fœtus.

19 juin. Hystérotomie totale par voie abdominale; pince à dents par le vagin, hémorrhagie pendant l'opération provenant du ligament large gauche. Suture immédiate.

20 juin. Pouls relativement bon; état subjonctif bon.

4 juillet. On enlève les sutures. Il se produit un écartement des lèvres de la plaie.

10 juillet. la plaie granule; la malade se lève; bon appétit.

Après un mois à la campagne, la plaie est absolument cicatrisée. Ventre souple; parties avoisinantes douloureuses et un peu sensibles. »

Voilà une malade de notre observation III (chap. II), qui perd pendant un mois après sa fausse couche, et une autre de l'observation X où ces pertes se répètent après chaque couche.

L'observation IV (chap. II), nous présente une malade qui souffre pendant 2 ans après son dernier accouchement, tout en ayant tous les symptômes caractéristiques des tumeurs fibreuses.

Chez certaines femmes ces phénomènes se manifestent après l'accouchement ou l'avortement pendant les époques, qui sont plus abondantes et plus douloureuses, c'est ce que nous pouvons constater chez les malades des observations V (ch. III).

Les hémorrhagies se produisent également après les couches, comme nous pouvons le constater dans l'observation II. (chap. II), par suite d'adhérence du placenta et ces accidents se répètent régulièrement après chaque grossesse.

L'observation XIV présente une malade atteinte d'hémorragie après l'accouchement à terme.

*Obs.* XIV (M. le Prof.-D<sup>r</sup> Jentzer). — M<sup>me</sup> M., âgée de 32 ans, à laquelle je fais, en 1881, une dicision du col pour sténose causant la stérilité.

Résultats négatifs, à cette époque il n'existe pas trace de tumeur, car opérée sur narcose, je n'ai rien constaté d'anormal.

En 1884 au mois de septembre je suis appelé par mon collègue M. le D<sup>r</sup> Vautier, à examiner la malade; nous nous trouvons en présence d'une grossesse de 5 mois compliquée d'une tumeur fibreuse à droite de la grosseur de deux poings.

Expectative. Deux mois plus tard je revois la malade jouissant d'une santé excellente, du reste la forme de cette tumeur au début globuleuse a absolument changé. Elle est plus longue et plus mince, elle est, en un mot, aplatie contre l'utérus. Accouchement anormal, enfant asphyxié, hémorrhagies intenses par atonie, délivrance artificielle du placenta, suites de couches normales. La tumeur répond exactement à la forme globuleuse qu'elle avait précédemment.

Veit nous cite des cas où l'éloignement du placenta est même impossible; tel est celui de Morelli, dont la malade ayant des jumeaux dont un mourut au sixième mois; après 48 heures, elle était en collapsus et tous les moyens d'extraire le placenta étaient impossibles; alors on a procédé à l'extirpation de l'utérus, mais la malade est morte 5 heures après l'opération.

Veit cite un cas personnel où une femme de 40 ans avait une rétention placentaire; comme on ne pouvait extraire le placenta, Veit fut obligé de faire l'amputation, laquelle fut suivie de guérison.

Les hémorrhagies et les adhérences du placenta ne sont pas les seules complications qui puissent provoquer, après l'avortement ou après l'accouchement normal, des accidents graves et même mortels.

Souvent les malades présentent des symptômes de septicémie

légère, qui se manifestent par la fièvre, comme nous le montre la IX<sup>me</sup> observation (chap. IV), où la malade eut des troubles morbides pendant un mois.

Les malades dont il est fait mention dans les observations précédentes, se sont bien rétablies; néanmoins, nous ne pouvons en dire autant pour celle dont il est question dans la dix-huitième observation, car cette femme succomba à une forte hémorrhagie due, comme nous l'avons vu, à une rupture utérine suivie de fortes hémorrhagies.

Fréquemment il arrive que la tumeur est prise pour le second enfant d'une grossesse gémellaire, comme on le voit dans la I<sup>re</sup> observation (chap. II), et en pareil cas, si on n'intervient rapidement, la vie de la malade peut être compromise, à cause de l'infection générale qui risque de se produire si la tumeur est en suppuration ou en dégénérescence sarcomateuse ou carcinomateuse; c'est ce qui sûrement serait arrivé à la malade de notre XV<sup>me</sup> observation si on n'était pas intervenu à temps, parce que la tumeur était œdématiée et sphacelée.

*Obs. XV (de M. le Dr Patru) :*

M<sup>me</sup> H.; 35 ans; deux enfants; accouchements normaux. Une troisième grossesse à terme par un accouchement à terme le 4 mai 1894. La sage-femme diagnostique par le palper la présence d'un second fœtus et me fait demander pour l'extraire.

Je constatai un volumineux fibrôme et je pratiquai la délivrance artificielle nécessitée par une hémorrhagie abondante.

Les jours suivants, persistent des contractions utérines très douloureuses nécessitant des lavements de laudanum et des injections hypodermiques de morphine. Les tranchées augmentent de jour en jour et arrachent des cris à l'accouchée.

Elles se succèdent de très près. Fièvre légère.

13 mai. Le col est entr'ouvert, et le doigt constate au dessus de l'orifice interne une grosse masse fibreuse à surface rugueuse paraissant vouloir s'accoucher.

18 mai. Le col est complètement dilaté, la température dépasse 39°; les sécrétions sont fétides; la tumeur se désagrège.

19 mai. Anesthésie à l'éther. Les masses fibreuses œdématisées et sphacélées descendues jusque près de la vulve sont arrachées.

La main introduite dans la cavité utérine énuclée un certain nombre de noyaux fibreux. — L'odeur en est putride. — Pas d'hémorrhagie.

L'état général s'aggrave encore; la langue est sèche; le thermomètre oscille entre 39° et 40°, le pouls entre 120 et 130. Les contractions persistent, chaque jour le pansement est changé et l'on pratique de larges irrigations intra-utérines et à chaque pansement, la pince arrache quelques lambeaux de tissus sphacelés.

24 mai. Le col se reforme; les douleurs diminuent. On sent sur le côté gauche un dernier fibrôme. Un phlegmon paraît se former dans la fosse iliaque correspondante. Après une amélioration de quelques jours les contractions reparaissent avec la fièvre et un état général grave.

25 mai. Diarrhée purulente, profuse, suivie d'une amélioration rapide.

La convalescence marche désormais sans complications.

16 juin. La malade se lève.

30 juin. L'utérus est mobile, revenu à son volume normal, indolore. Il ne persiste qu'une tuméfaction sensible et allongée au niveau des annexes gauches.

A deux reprises la malade paraît avoir rendu un peu de pus dans ses selles; les évacuations font disparaître les dernières douleurs et la santé se rétablit entièrement.»

Nous avons déjà mentionné les fâcheux résultats causés par le refus des malades de subir l'opération, la deuxième observation en est un nouvel exemple :

*Obs. XVI.* — M<sup>me</sup> X; âgée de 36 ans; mariée depuis un an et primipare, a avorté le 20 novembre 1895, grossesse de 3 mois.

Appelé je constatai ou une rétention du placenta, ou la présence d'un œuf. Je revois la malade vers le 25 septembre et demandai à un ami une consultation avec nous.

La température était de 38°,5, les pertes très fétides malgré des injections de sublimé; le 1<sup>er</sup> octobre le mari demande une consultation. Je croyais à ce moment à une rétention placentaire. Le 2 octobre notre consultation a lieu et nous constatâmes la présence d'un fibrôme utérin en pleine décomposition.

Nous procédâmes à l'extirpation qui fut très laborieuse (40 minutes).

La femme meurt 18 heures après l'opération de septicémie.

Je suis persuadé que si l'extirpation du fibrôme avait eu lieu le 25 septembre, nous aurions évité la septicémie. »

A côté de tous ces accidents il peut encore arriver que la matrice ne puisse pas revenir sur elle-même et cela à cause d'une trop grande tumeur de la cavité pelvienne postérieure, comme d'une tumeur interstitielle ou polypôides. Les tumeurs sous-séreuses, si elles sont trop grandes, peuvent aussi provoquées de pareils accidents et tous ces accidents exposent la malade au danger des hémorrhagies.

Comme exemple des hémorrhagies répétées après les couches nous communiquons l'observation XVII.

*Obs. XVII (Maternité).* M<sup>r</sup> le prof. Vaucher, assistant M<sup>lle</sup> Lipnowska. — Fausse couche de trois mois (début). Fibrôme sous-séreux utérin.

M<sup>me</sup> P., 31 ans; réglée à 13 ans; menstruation régulière, abondance moyenne, durée 3 à 4 jours. — Disménorrhée.

Elle eut un enfant il y a 14 ans; grossesse et couches normales; le quinzième jour pertes de sang abondantes pendant 3 jours; autrement rien de particulier.

*Maladie actuelle.* — Dernières règles le 15 septembre 1895, depuis la malade devient enceinte; grossesse normale, sauf quelques vomissements jusqu'au 22 décembre 1895.

A ce moment survient une petite perte de sang suivie de coliques dans tout le ventre. Le D<sup>r</sup> J. ordonne un cataplasme laudanisé sur le ventre qui calme la malade.

Le 24 décembre une perte de sang sans douleurs; la malade perd un morceau de chair; D<sup>r</sup> J. constate une fausse

couche, envoie la malade à la Maternité, où la malade perd beaucoup le jour suivant.

*Status.* — Femme grande, bien conformée, apparence assez robuste, facies bien coloré, chevelure foncée. Etat général bon.

Utérus augmenté de volume; fond à 3 travers de doigt. Au-dessus du pubis un peu dévié à droite, mobilité conservée, cavité mesure 9 cm. Col un peu ramolli, entr'ouvert, non ulcéré.

Par le toucher, combiné avec le palper, on trouve à gauche une tumeur grosse comme une petite tête d'enfant à surface lisse, arrondie, consistance dure; la tumeur est aplatie d'avant en arrière, remonte très haut, presque jusqu'à l'ombilic, elle est plus accessible par la paroi abdominale que par le toucher. Cette tumeur paraît être adhérente à l'utérus par un long pédicule.

2 janvier. — Le raclage amène quelques débris qui paraissent être placentaires; pas d'odeur, perte de sang modérée. Injection intra-utérine de solution de sublimé.

4 janvier. — Apyrexie; pas de pertes de sang; la malade ressent quelques douleurs, puis elle quitte la Maternité.»

Nous nous permettons de placer parmi les accidents ci-dessus énumérés, celui de notre observation XV où la grossesse n'avait pas été reconnue à cause de la présence d'une tumeur fibreuse qui était assez volumineuse. Pareils cas sont relativement fréquents.

*Obs.* XVIII (Maternité). M. le prof. Vaucher, assistant M. Junod.

Fibrôme sous-séreux de l'utérus, compliquée de la grossesse de 3 mois méconnue. Amputation supravaginale par la voie abdominale.

M<sup>me</sup> D., 40 ans; IIIpare; premier enfant en 1892 (ici); le second 1897; elle a nourri 16 mois.

Réglée décembre, janvier et février 1899. Pas réglée au mois de mars, mais ressent des douleurs dans le ventre et s'aperçoit de la présence d'une tumeur.

19 avril. — On constate un gros fibrome sous-séreux, implanté sur le fond de l'utérus. Sondage de la cavité 13  $\frac{1}{2}$  cm. En introduisant la main on n'éprouve aucune sensation spéciale; l'utérus est vide.

Douleurs assez grandes dans le ventre. Constipation.

25 avril. — *Opération.* — Amputation supravaginale par la voie abdominale. La tumeur est ronde, libre d'adhérences, elle se trouve sur le fond de l'utérus ou plutôt sur la corne gauche. La trompe gauche présente deux kystes.

Dans la cavité utérine on constate la présence d'un fœtus de 3 mois.

Guérison lente, mais complète. »

---

## CHAPITRE VII

### Thérapeutique.

Nous ne trouvons pas qu'il soit nécessaire de discuter la conduite à tenir pendant ou après la grossesse compliquée de fibromes utérins, parce que ce sujet est très bien exposé (historique et anatomo-pathologie) dans la thèse d'aggrigation de Lefour et également dans la thèse de M<sup>lle</sup> Zaborovsky, comme dans tous les traités modernes qui s'occupent de la matière.

Nous sommes complètement d'accord avec les auteurs, qui proposent les moyens palliatifs et chirurgicaux pour les tumeurs fibreuses compliquant la grossesse, parce que « tous ces moyens peuvent être employés, » dit Veit.

Comme résumé de la question, nous communiquons ce qui concerne ce sujet dans le rapport « du huitième Congrès de la Société de gynécologie, » tenu à Berlin du 24 au 27 mai 1899, rapport rédigé par M. le Dr Betrix, chirurgien-adjoint de la Maternité de Genève.

C'est le résumé des progrès accomplis pour le traitement de fibromes utérins compliquant la grossesse.

C'est après des nombreuses expériences et grâce à des travaux récents qui ont été formulés, scientifiquement pour la plupart, qu'a été exposé le traitement à suivre, dans le cas où les médecins se trouvent en présence d'une femme en état de grossesse compliquée d'une tumeur fibreuse utérine. Ce traitement le voici : « Un grand nombre de myômes ne donnant lieu à aucun trouble et n'étant pas nuisibles à l'organisme, ne nécessitent pas de traitement. Cependant, on ne peut accepter sans restriction l'idée de la bénignité absolue de ces tumeurs

ni celle de l'influence toujours favorable de la ménopause sur leur développement, car nombre d'observations plaident contre cette manière de voir.

Lorsqu'il n'y a pas urgence absolue, on doit toujours essayer le traitement palliatif des symptômes et ce n'est que si l'on n'obtient pas de résultat que l'on devra recourir à une opération. Les principales indications opératoires sont les suivantes : les hémorrhagies qui par leur durée ou leur intensité occasionnent un degré d'anémie inquiétant, les phénomènes d'obstruction ou de compression dans le petit bassin, les poussées de péritonite et les affections des annexes, le développement rapide de la tumeur et les modifications de sa consistance, certaines métamorphoses régressives ou signes d'infection (ramollissement, suppuration, nécrose), enfin quelques autres conditions, telles que la gêne respiratoire, l'incapacité de travail, etc.

Depuis les travaux de Hofmeier et d'Olshausen la conduite à tenir à l'égard de la grossesse compliquée de myômes est clairement définie et je partage absolument la manière de voir de ces deux auteurs. La grossesse compliquée de myôme, même d'un certain volume, ne nécessite pas de ce fait une intervention chirurgicale, à moins que la tumeur ne constitue un obstacle réel à l'accouchement.

Dans ce cas l'intervention opératoire ne sera ni plus difficile, ni plus dangereuse à cause de la grossesse. En cas de danger pour la mère ou lorsque l'obstacle constitué par la tumeur est insurmontable et que l'on doit intervenir à la fin de la grossesse ou pendant l'accouchement, on pratique l'opération césarienne suivie presque toujours de l'amputation d'après Porro. L'accouchement prématuré est généralement abandonné en pareille occurrence. »

---