



Thèse

1889

Open Access

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

De l'extraction par les voies naturelles des fibro-myomes utérins intra-
pariétaux avec l'aide du tamponnement dilatateur selon la méthode du
Professeur Vulliet

Juillard, Emile

How to cite

JUILLARD, Emile. De l'extraction par les voies naturelles des fibro-myomes utérins intra-pariétaux avec l'aide du tamponnement dilatateur selon la méthode du Professeur Vulliet. Doctoral Thesis, 1889. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:26647

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:26647>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:26647](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:26647)

DE L'EXTRACTION
PAR LES VOIES NATURELLES
DES
FIBRO-MYOMES UTÉRINS

INTRA-PARIÉTAUX
AVEC L'AIDE DU TAMPONNEMENT DILATATEUR

Selon la méthode du Professeur VULLIET

PAR

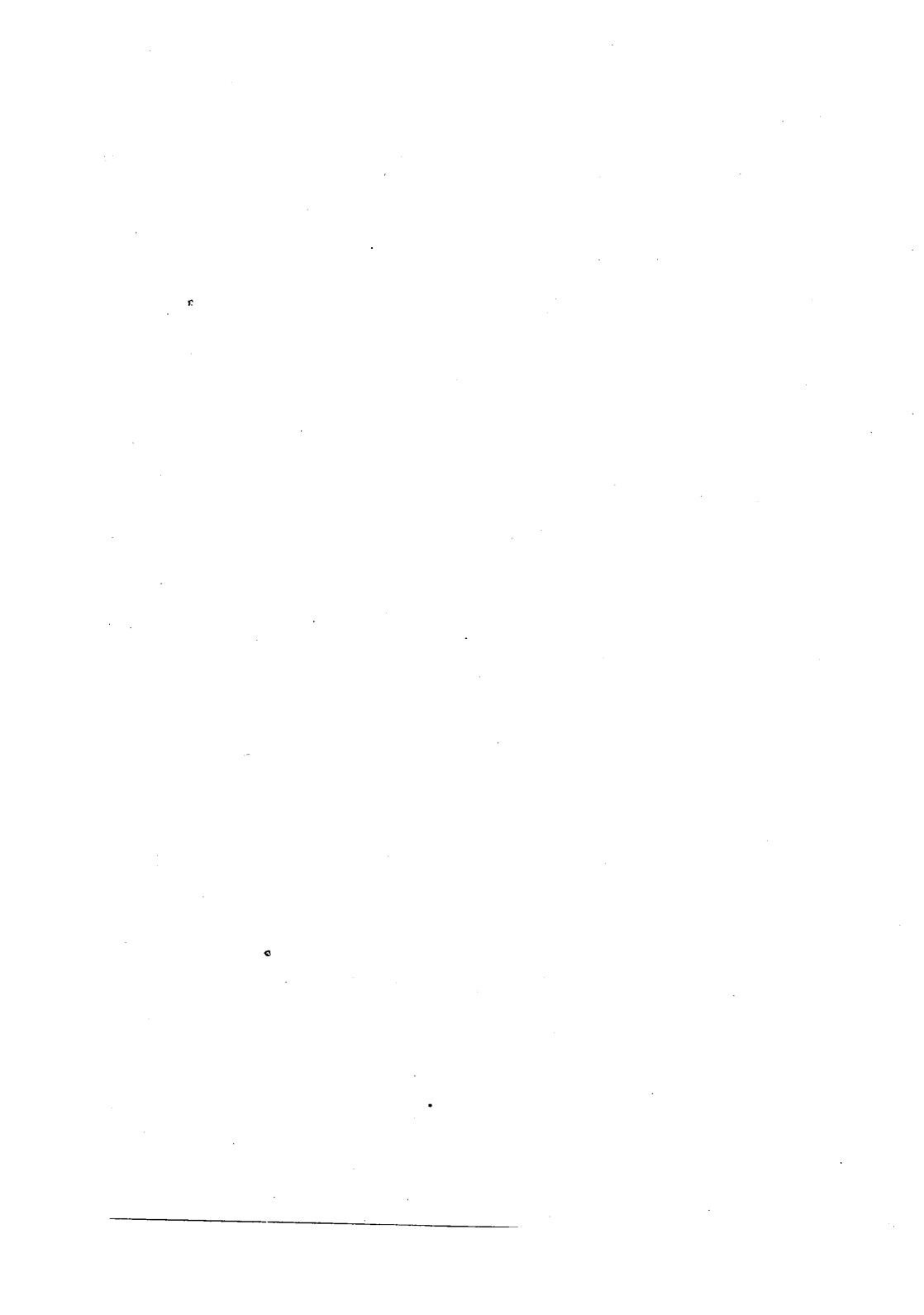
Emile JUILLARD

EX-INTERNE A L'HÔPITAL DE LAUSANNE
EX-MÉDECIN-ASSISTANT A LA POLICLINIQUE DE GENÈVE



GENÈVE
IMPRIMERIE CENTRALE GENEVOISE, RUE DU RHÔNE, 52

—
1889



A Monsieur

LE PROFESSEUR-DOCTEUR VULLIET

Introduction

Attaché, en qualité de médecin-assistant, au service de Polyclinique à l'Université de Genève, nous avons eu souvent l'avantage de suivre, dans ses diverses opérations gynécologiques, notre maître, le professeur VULLIET.

Nous l'avons vu à plusieurs reprises, soit dans sa clinique particulière, soit à la Polyclinique, appliquer une méthode spéciale, inaugurée par lui, pour le traitement curatif des fibro-myômes pariétaux utérins (1).

Surpris par les résultats particulièrement favorables de sa méthode, nous nous sommes décidé à la décrire comme sujet de notre thèse inaugurale.

Nous diviserons notre travail en trois chapitres :

- I. Etiologie, anatomie pathologique et symptômes.
- II. Des différentes méthodes opératoires et de la méthode VULLIET.
- III. Observations et conclusions.

(1) Nous entendons par fibro-myômes pariétaux ceux qui sont enchâssés dans la paroi, c'est-à-dire qui ne sont ni sous-séreux, ni cavitaires. Ces fibromes peuvent être recouverts sur une de leurs façades de la muqueuse ou de la séreuse seulement. Leur physionomie clinique résulte du fait qu'ils ne proéminent pas ou peu, à l'état de tumeur indépendante, dans la cavité utérine ou dans la cavité séreuse.

Il est à remarquer que nous ne rapportons dans nos observations ni les cas de tumeurs fibreuses abdominales que nous avons enlevées par laparotomie ni ceux de polypes franchement cavitaires.

DE L'EXTRACTION

PAR LES VOIES NATURELLES

DES

FIBRO-MYOMES UTÉRINS

INTRA-PARIÉTAUX

CHAPITRE PREMIER

§ 1

Etiologie.

L'*Etiologie* des fibro-myômes de l'utérus est entourée d'une obscurité aussi grande que celle qui enveloppe l'origine de tous les autres néoplasmes.

CAMBERMON (1) attribuait la formation des « corps et polypes fibreux de l'utérus » au développement d'un ovule non fécondé, continuant à vivre de sa vie organique propre et se transformant en fibrôme, après avoir passé entre les « cryptes » de la paroi utérine.

WIRSCHOW (2) dit qu'il faut expliquer le processus

(1) *Considérations sur les causes de la fréquence des corps et polypes fibreux de l'utérus* (Gazette méd. de Paris, 3 février 1884).

(2) *Pathologie des tumeurs*, tome III, trad. française, p. 343.

pathologique de la formation des fibro-myômes soit par une intensité anormale de l'irritation locale, comme dans le cas où une irritation partielle de la muqueuse gagne le parenchyme contigu, soit dans un état de débilité des parois utérines, occasionnée par des affections constitutionnelles, comme la chlorose, ou des affections locales.

WINCKEL (1) incrimine aussi les irritations locales.

COHNHEIM (2) attribue l'origine de toutes les tumeurs au développement ultérieur de germes embryonnaires qui n'ont pas servi au développement fœtal.

Selon COHNHEIM il y a dans l'utérus des germes capables de se développer sous l'influence d'une irritation physiologique, la grossesse. Il est possible que ces germes puissent se développer aussi sans cette influence physiologique et aboutir à une formation régulière et atypique. Il a apporté le même argument que CAMBERNON, à savoir que le fibrôme ne se développe qu'après la puberté c'est-à-dire après la formation des ovules.

GALIPPE et LANDOUZY (3) ont stérilisé la surface de deux corps fibreux utérins et les ont coupés avec un couteau rendu aseptique. Des fragments du centre, ensemencés dans divers liquides de culture, ont donné des microcoques sphériques, réunis deux à deux en amas volumineux ou en longs chapelets, enfin des bâtonnets

(1) *Ueber Myôme des Uterus. Wolkmanns klinische Vorträge*, N° 98.

(2) *Vorlesungen über allgemeine Pathologie*, Berlin 1877.

(3) *Note sur la présence de parasites dans les tumeurs fibreuses utérines*. Société biol. Paris, 18 février 87).

soit isolés soit réunis deux par deux en formant de longs filaments.

Les fibro-myômes utérins apparaissent ainsi à ces auteurs comme le résultat d'une irritation proliférative provoquée par un organisme parasitaire.

La présence de micro-organismes dans les tissus est un fait tellement banal, qu'on ne peut en tirer quelques conclusions relatives à leur action, qu'en les isolant en les cultivant en les inoculant.

Si l'expérimentation prouve que l'inoculation détermine la formation de tumeurs semblables à celles où on avait trouvé des micro-organismes suspects, alors seulement on est en droit d'attribuer un rôle pathogénétique quelconque à ces microbes.

Certaines particularités qui viennent à l'appui de la théorie de GALIPPE et LANDOUZY nous ont été signalés à plusieurs reprises par le professeur VULLIET.

De petites localités, situées au pied du Jura, nous ont fourni une proportion considérable des cas que nous avons traités, tandis qu'il nous venait d'autres régions d'où l'on s'adresse également au professeur VULLIET pour des affections utérines, un nombre beaucoup plus restreint de fibro-myômes.

La genèse de ces tumeurs pourrait s'expliquer comme celle du goître qui se trouve également dans certaines localités et semble aussi provenir d'un micro-organisme.

Nous aurons plus loin à fournir un autre argument en faveur de cette théorie.

C'est à l'âge mûr que les fibrômes se développent avec la plus grande fréquence.

GUSROW a rassemblé 953 cas dont voici le tableau :

10 ans	1 cas de fibro-myôme	
14 »	1 »	»
16 »	1 »	»
17 »	1 »	»
18 »	3 »	»
19 »	8 »	»
20-30 »	156 »	»
30-40 »	357 »	»
40-50 »	338 »	»
50-60 »	36 »	»
60-70 »	12 »	»
70— »	5 »	»

WINCKEL avec 528 cas, autres que ceux de GUSROW, forme la statistique suivante :

20 ans	9 cas
20-30 »	98 »
30-40 »	180 »
40-50 »	180 »
50-60 »	52 »
60-70 »	6 »
70 — »	2 »

D'après ces deux statistiques, nous voyons que le maximum de fréquence se trouve entre 30 et 50 ans. A partir de cette époque il va progressivement décroissant vers les deux extrémités de la vie.

L'état célibataire, l'abstention des rapports sexuels, la stérilité ne paraissent pas avoir une influence quelconque

sur l'origine de ces néoplasmes, comme l'affirment certains auteurs, car on les rencontre plus fréquemment chez les femmes mariées.

DUPUYTREN (1) était de cet avis :

Sur 58 cas de fibro-myômes qu'il a rassemblés, 54 femmes étaient mariées, ou tout au moins n'étaient plus vierges.

Sur 51 cas, 9 femmes n'avaient pas accouché.

Sur 959 cas dûs à SCHROEDER, HEWITT, MARION, SIMS, MOORE, MADDEN, ENGELMANN, et GUSROW, nous trouvons
672 mariées 287 célibataires (pas toutes vierges).

Sur 672 » 464 étaient mères.

§ 2

Anatomie, pathologie.

Au point de vue anatomique le fibro-myôme est composé des mêmes éléments que ceux de la couche musculaire de l'utérus. Il contient en conséquence des fibres musculaires lisses et du tissu conjonctif en quantité variable.

Si le tissu conjonctif prédomine sur l'élément musculaire, la tumeur est plus dure, plus circonscrite, plus indépendante de l'organe et moins vascularisée ; si, au contraire, les fibres musculaires sont en plus grand nombre, le néoplasme est alors plus mou, plus diffus, plus inti-

(1) *Journal de méd.*, t. V, p. 193.

mément confondu avec la paroi utérine et plus vascularisée.

Une distinction anatomique en fibrôme et myôme n'est pourtant pas admissible parce que jamais il n'y a absence complète de l'un ou l'autre de ces deux éléments constitutifs.

Il est parfaitement admissible que tout fibrôme est à son début intra-pariétal. Il naît au sein du tissu homologue, tantôt plus près de la séreuse, tantôt plus près de la muqueuse, tantôt dans la zone centrale de l'épaisseur de la paroi.

Plus tard il passe à l'un des types sous-séreux, sous-muqueux ou interstitiel, suivant la direction dans laquelle se produit son propre accroissement et suivant la direction dans laquelle le pousse la contractilité de la paroi.

Si la couche utérine externe et la couche utérine interne sont de même force, le fibrôme reste indéfiniment intra-pariétal. Mais si cet équilibre est rompu le fibrôme sera exprimé du côté de la cavité utérine si c'est la couche externe qui est la plus forte et du côté de la cavité péritonéale si c'est la couche interne qui est la plus puissante.

Les deux termes ultimes de ce travail migratoire sont la formation d'une tumeur pédiculée, sous-séreuse ou sous-muqueuse.

Nous avons pu cependant nous convaincre que certaines circonstances ralentissent ou empêchent la migration. C'est le cas pour les fibrômes qui sont originel-

lement mous, parce que l'élément musculaire y prédomine sur l'élément conjonctif, pour ceux qui le deviennent par suite d'œdème ou d'autre dégénérescence ainsi que pour les fibrômes diffus. Enfin il ne peut pas se produire de migration lorsque toute la paroi utérine subit la transformation fibreuse de telle sorte qu'il n'existe ni d'un côté ni de l'autre du fibrôme une couche de tissu contractil.

Tout fibrôme n'a donc pas nécessairement une tendance à émigrer. Mais nous pensons qu'il existe dans la contractilité pariétale une force expulsive, la *vix mediatricis naturæ*, grâce à laquelle l'organe cherche à se débarrasser du corps étranger qui l'encombre.

Les fibro-myômes utérins sont séparés de la paroi de l'organe par une capsule fibreuse d'autant plus apparente que la tumeur est plus ancienne, plus volumineuse et plus riche en fibres conjonctives. Cette capsule peut manquer complètement si l'on a affaire à un néoplasme très riche en fibres musculaires.

Extérieurement elle est enveloppée par une couche lâche de tissu conjonctif de telle sorte qu'elle peut être détachée complètement de la substance utérine.

La vascularisation dont dépend la rapidité d'accroissement du néoplasme varie selon le type de la tumeur.

§ 3

Modifications des fibro-myômes.

Tout néoplasme, enchâssé dans la paroi de l'utérus, produit des symptômes de stase dans les vaisseaux de la muqueuse. Ces symptômes sont d'autant plus prononcés que le néoplasme est plus près de la cavité utérine.

VULLIET a constamment trouvé dans les utérus qu'il a dilatés, lorsqu'on pouvait voir la muqueuse jusqu'au niveau du néoplasme pariétal, cette muqueuse gonflée, rouge et œdémateuse.

Inflammation. — On comprendra facilement que des germes inflammatoires arrivant sur une muqueuse aussi congestionnée puissent facilement déterminer une vraie inflammation. Une fois l'inflammation installée, elle gagne la profondeur ; l'endométrite devient métrite et les désordres inflammatoires s'accroissent naturellement dans le tissu du néoplasme qui, par sa nature peu vasculaire, offre moins de résistance que le parenchyme normal.

Cette inflammation peut aller jusqu'à la nécrose.

Mais la cause la plus fréquente, sans contredit, de l'inflammation des fibro-myômes est le traumatisme dans les tentatives exploratoires ou opératoires.

Il ne faut pas confondre l'inflammation des fibro-myômes avec l'augmentation momentanée de volume à

laquelle ils sont sujets à l'approche des règles. L'inflammation pure et simple est rare ; elle est presque toujours suivie de suppuration.

Suppuration. — G. BRAUN (1) a observé la putréfaction d'un fibrôme qui avait distendu la matrice de 17 centimètres.

HECKER (2) enleva par la ponction plusieurs litres de pus d'un soi-disant kyste de l'ovaire. L'autopsie démontra plus tard qu'il s'agissait d'un gros fibrôme.

Ch. CARTER (3) montra à la Société obstétricale de Londres un fibrôme de l'utérus long de 8 pouces, large de 6, sorti de la paroi antérieure de l'utérus d'une femme de 69 ans. Dans la paroi antérieure du néoplasme se trouvait une excavation d'où il sortit trois pintes de pus.

VULLIET a retiré (Observation N° X) une première fois quatre litres de pus par ponction et une deuxième fois douze litres environ par incision.

Les causes de la suppuration des fibro-myômes utérins ne peuvent pas être toutes déterminées d'une manière certaine ; nous pouvons cependant citer les exsudats purulents dans le voisinage du néoplasme, quand l'inflammation putride se propage au corps fibreux.

Nécrose. — Dans la nécrose, on trouve à la limite du

(1) *Wiener med. Zeitschrift*, 1868, N° 100 et 101.

(2) *Klinik der Geburtskunde*, II, p. 103.

(3) *Obstetrical Transactions*, London, 1872, vol. XIII, p. 167.

tissu mortifié des infiltrations purulentes sous forme de fusées.

Quoiqu'il ne soit pas parlé de traumatisme dans les observations de fibrômes suppurés des auteurs, nous pensons que c'est cependant leur cause ordinaire (1).

C'est après une ponction sans résultat que se produisit la transformation putride dans notre observation N° X.

On a aussi accusé la transformation calcaire de prédisposer le néoplasme à la suppuration.

La nécrose se voit le plus souvent dans les cas de fibrômes interstitiels ou sous-muqueux, c'est-à-dire dans les cas où, comme nous le disions, le néoplasme est plus près de la cavité utérine.

Elle ne peut être occasionnée que par des troubles nutritifs.

C'est par nécrose du pédicule, comprimé entre les lèvres de la boutonnière par laquelle le fibrôme est sorti, que se produit le détachement spontané de certaines tumeurs, passées de l'état interstitiel à l'état de polype.

Dégénérescence graisseuse. — La transformation graisseuse atteint rarement tous les éléments du néoplasme. Cette métamorphose régressive est suivie géné-

(1) A l'heure actuelle, la suppuration spontanée n'est plus admise. Toute suppuration reconnaît pour cause la présence de micro-organismes pyogènes. Ces microbes peuvent pénétrer dans l'organisme en dehors de toute lésion. La voie la plus fréquente est le traumatisme (Exp. de STRAUSS, Paris 1884).

ralement de la diminution de volume de la tumeur dont la consistance devient plus ferme, grâce à la persistance des éléments conjonctifs qui ne subissent pas de modifications.

Ce processus se voit surtout chez les femmes après la ménopause et après l'oophorectomie.

La calcification débute au milieu de la tumeur par une série de faisceaux isolés, diversement contournés, séparés entre eux par de la masse fibreuse.

Il peut se former, à un degré avancé, des masses ossiformes qui ont fait penser aux anciens auteurs à une transformation osseuse.

La calcification est la conséquence de modifications dans la nutrition.

Dégénérescence carcinomateuse et sarcomateuse. — Plusieurs auteurs, entre autres KLOB et FÖRSTER, ont voulu voir dans certains fibrômes une transformation carcinomateuse, mais il est bien possible que ces auteurs faisaient erreur de diagnostic et qu'ils avaient affaire à des sarcômes procédant du tissu conjonctif.

Le fibrôme et le carcinôme peuvent coexister dans un même utérus, comme l'a souvent constaté SIMPSON. Le carcinôme peut alors envahir une partie du fibrôme ; il s'agit d'un envahissement et non d'une transformation qui n'a jamais été démontrée.

Dégénérescence muqueuse. — La transformation

muqueuse s'associe parfois à la dilatation des vaisseaux dans les fibro-myômes. Elle est caractérisée par l'apparition de liquide abondant dans le tissu conjonctif interstitiel. Ce liquide ressemble à de l'œdème, mais le microscope y découvre une prolifération de cellules rondes à noyau et les réactifs y font voir de la mucine.

Dégénérescence kystique. — Cette dégénérescence se présente sous trois formes :

La première de ces formes est le ramollissement œdémateux.

C'est le tissu conjonctif intermusculaire qui est envahi par l'infiltration œdémateuse.

Cette infiltration peut avoir pour conséquence la disparition de ce tissu par une espèce de dissolution.

Il en résulte de petites cavités que CRUVEILHIER et PÉAN ont appelées « géodes » et qui sont remplies de liquide clair, ayant des propriétés analogues à celles de la lymphe.

La mucine n'y apparaît pas.

Les fibres musculaires, repoussées et comprimées par ce liquide, s'atrophient et la tumeur devient nettement fluctuante.

Comme ces cavités sont très petites, il arrive souvent que la ponction ne donne aucun résultat.

On comprend que dans de pareils cas, la contractilité musculaire de la paroi utérine n'ait pas une action expulsive. Cette action se produira d'autant moins que l'accroissement de ces tumeurs est ordinairement fort

rapide et qu'il atrophie les couches musculaires susceptibles de repousser le néoplasme.

Dans une deuxième forme on trouve des cavités variant entre le volume d'un pois ou celui d'une noisette ; ces cavités sont séparées par des fibres musculaires et du tissu conjonctif dégénérés. Dans ce tissu se trouvent des cellules fusiformes, des cellules rondes et des cellules étoilées avec un ou plusieurs noyaux. Les cavités sont remplies de détritits de tissus et de cellules, ainsi que de sang provenant de la rupture de vaisseaux détruits.

Avec le temps, par suite de cette transformation, les cavités peuvent devenir très volumineuses et contenir des quantités très grandes de liquide.

Dans cette deuxième forme on n'a pas découvert non plus de cellules épithéliales.

La troisième forme est la lymphangiectasie.

Si nous nous sommes arrêté quelque peu aux modifications des tumeurs fibreuses, c'est afin de pouvoir mieux expliquer quelques particularités intéressantes de certaines de nos observations.

§ 4

Diagnostic et pronostic.

C'est pendant leur période intra-pariétale que les fibro-myômes augmentent le plus rapidement de volume ; c'est aussi pendant cette période qu'ils sont sujets aux

dégénérescences ; il importe donc de pouvoir les diagnostiquer de bonne heure afin d'abrég^{er} cette période qui comporte et le risque de l'accroissement rapide et celui des transformations qui aggravent le pronostic.

Nous n'envisagerons pour le moment que les symptômes subjectifs.

Les fibro-myômes intra-pariétaux peuvent se trahir, soit par la déviation qu'ils impriment à l'utérus, soit par l'augmentation de volume qu'ils donnent à l'organe, soit enfin par les troubles menstruels qu'ils occasionnent, telles que métrorrhagies, ménorrhagies, dysménorrhée.

La stérilité et la tendance à l'accouchement prématuré, s'ajoutent quelquefois aux symptômes précédents ou constituent à elles seules, séparément, pendant un certain temps le symptôme principal.

Les déplacements utérins sont surtout antérieurs ou postérieurs. Si le néoplasme se développe dans la paroi antérieure, l'organe se fléchit généralement en avant ; il dévie dans le sens contraire quand la tumeur siège dans la paroi postérieure.

Néanmoins ce serait une erreur de penser qu'il en est toujours ainsi. Nous avons vu récemment, dans la clientèle privée de VULLIET, un cas de tumeur fibreuse de la paroi antérieure avec rétroversion de l'organe et incarceration dans le petit bassin, derrière le promontoire (Observation N° IV).

Lorsque les fibrômes émanent des régions latérales la résistance qu'ils éprouvent à déplier les ligaments larges fait dévier le corps latéralement.

Le canal utérin suit les mouvements de l'organe ; il s'allonge, se déplace, s'incurve ou devient spiral.

En général les déplacements de l'organe se traduisent par des troubles fonctionnels des voies digestives (1) ou urinaires, pouvant amener les plus graves conséquences, même l'urémie, comme dans notre observation XI, ou bien encore par des douleurs de compression sur les plexus nerveux du bassin.

Les symptômes du fibro-myôme intra-pariétal peuvent être plus ou moins prononcés, selon le siège, le développement ou la marche du néoplasme. Mais il est à remarquer que ces symptômes ne sont ni caractéristiques ni exclusifs de ce genre de tumeurs. Le fibro-myôme peut être confondu avec d'autres lésions ou états de l'utérus : tels que les différents exsudats pelviens, les tumeurs de l'ovaire et des trompes, la métrite chronique, la grossesse interstitielle, etc.

Un diagnostic certain ne peut être obtenu que par la constatation de la tumeur au moyen de l'exploration directe des parois de la matrice.

Il nous reste maintenant à résoudre une question.

L'intervention chirurgicale, dans les cas de fibromyômes intra-pariétaux qui n'ont pas donné lieu à des symptômes alarmants, est-elle justifiable ?

(1) Nélaton (GUYON, *des tumeurs fibreuses*... Paris 1880, p. 49) a fait l'entérotomie dans un cas d'obstruction complète du rectum par compression, occasionnée par un petit fibrome.

VULLIET (1) et ROSE (2) insistent sur l'importance qu'il y a à opérer de bonne heure les corps fibreux de l'utérus.

« La ménopause est loin d'assurer leur atrophie et la disparition des accidents » (ROSE).

« Les petits fibro-myômes intra-pariétaux sont le commencement de gros fibro-myômes, dont l'extirpation pourra nécessiter plus tard des opérations très dangereuses » (VULLIET).

Les guérisons par élimination spontanée sont relativement rares et si, comme dit SCHROEDER, ces tumeurs ne déterminent pas toujours un danger direct pour l'existence, elles n'empoisonnent pas moins toutes les jouissances de la vie.

Ces considérations nous semblent non seulement de nature à justifier les tentatives opératoires mais aussi à dicter au chirurgien le devoir de rechercher les tumeurs pour les combattre à temps.

(1) *Contribution à l'étude du traitement des fibro-myômes intra-pariétaux de petites et moyennes dimensions*, Paris.

(2) *Ueber die Nothwendigkeit der Myômoperationen* (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*).

CHAPITRE II

§ 1

Sur les procédés opératoires des fibro-myômes intra-pariétaux.

Désirant nous occuper exclusivement du traitement chirurgical des fibromes intra-pariétaux, nous pensons pouvoir laisser de côté les moyens si variés de traitement palliatif et curatif, de nature non chirurgicale, qui peuvent cependant, dans certains cas, aider à la guérison, mais qui guérissent rarement par eux-mêmes.

Basé sur le fait que les tumeurs fibreuses sous-muqueuses et même interstitielles n'adhèrent pas très fortement aux tissus de l'utérus dont elles sont séparées, comme nous l'avons dit plus haut, par une couche de tissu cellulaire lâche, VELPEAU paraît avoir eu l'idée d'en pratiquer l'énucléation ; mais c'est à AMUSSAT que revient l'honneur de l'avoir appliqué le premier en 1840.

Quelque temps plus tard, AMUSSAT lut à l'Académie de médecine de Paris un mémoire sur le sujet.

Nous trouvons dans le numéro du 28 Janvier 1843 de la *Gazette Médicale de Paris* un résumé de ce mémoire dont nous extrayons les deux conclusions suivantes :

1° « L'anatomie pathologique, en indiquant la véritable disposition des tumeurs fibreuses développées dans les parois de l'utérus m'a conduit à une opération qu'on n'avait pas osé entreprendre jusqu'alors ».

2° « Je crois avoir franchi la limite opératoire qui avait
« été établie entre les tumeurs fibreuses pédiculées ou
« polypes et les tumeurs fibreuses non pédiculées ou
« interstitielles, c'est-à-dire, renfermées dans les parois
« de l'utérus, et j'espère que l'extirpation des tumeurs
« de cette dernière espèce ne tardera pas à être géné-
« ralement admise dans la science et dans la pratique
« chirurgicale. »

VELPEAU, BOYER, BÉRARD, MAISONNEUVE le suivirent dans cette voie.

Un peu plus tard ATLÉE (1) incise les couches qui recouvrent le myôme et cherche soit à l'enlever immédiatement après avoir dilaté l'utérus avec du seigle ergoté, soit à le laisser lentement disparaître par suppuration.

Quant au manuel opératoire, deux procédés ont été employés.

Dans le premier la tumeur était complètement et immédiatement détachée avec le doigt de l'opérateur, après avoir incisé le segment inférieur de l'utérus pour arriver sur le siège du néoplasme.

Le second procédé consistait à attaquer partiellement la tumeur à des intervalles de plusieurs jours ou de plusieurs semaines.

WEST a publié 27 observations de tumeurs énuclées. Elles résument les cas opérés depuis 1840 à 1858 par AMUSSAT, MAISONNEUVE, GRINSDALE, TEALE, ATLÉE.

Sur ce nombre on compte 14 décès et 13 guérisons.

(1) *American Journ. of. med. scienc.* Avril 1845 ; Oct. 1856,

MÆNNEL (1) rassemble 47 cas avec 30 guérisons et 17 décès.

BRAUN (2) compte 60 énucléations avec 41 guérisons.

D'après GUSROW (3) le total des opérations pratiquées s'élève en 1878 à 154 avec 51 décès, donc 33,1 %.

Cette entreprise chirurgicale, comme toutes celles qui comportaient un traumatisme intra-utérin, ne pouvait que donner un résultat désastreux. L'énucléation des fibrômes interstitiels tomba donc dans un discrédit complet et LAWSON TAIT imagina d'y substituer la castration, afin d'amener la ménopause, supposant que cette méthode aurait pour conséquence l'arrêt des hémorrhagies et avec celle de l'utérus, l'involution des tumeurs.

Cette méthode ne paraît pas avoir donné toutes les satisfactions qu'en attendait l'auteur ; c'est du moins le jugement qu'ont porté plusieurs chirurgiens qui ont voulu imiter LAWSON TAIT ; et, à l'heure actuelle, c'est encore à la laparotomie que recourent la majeure partie des opérateurs, pour extirper les gros fibrômes interstitiels.

VULLIET ayant réussi, par l'emploi du tamponnement intra-utérin, à porter des pansements absolument antiseptiques, jusque dans les parties les plus profondes de la cavité de l'organe, a repris les opérations d'énucléation

(1) *Prager Vierteljahrsschrift*, 1871, 2, p. 29.

(2) *Wiener Wochenschrift*, 1874, N° 39-41.

(3) *Die Neubildungen des Uterus*, Stuttgart, 1878.

et a transformé ce procédé, plein de dangers et d'inconnu, en un traumatisme continuellement contrôlable, qu'il est possible de maintenir à l'abri de toute infection.

Nous présentons douze cas. Ils ont été traités par la méthode de VULLIET, sans avoir donné lieu ni à de l'augmentation de température ni à des hémorrhagies. Ce sont là des faits qui parlent plus haut et plus clair que tous les raisonnements.

Si cette méthode est aussi bénigne, ce n'est pas seulement par la stérilisation à demeure qu'elle réalise, c'est aussi parce que VULLIET s'abstient de toute tentative d'énucléation forcée ; il ne va pas au-delà du débridement, à moins qu'une partie de la tumeur soit nettement proéminente ; l'expulsion est abandonnée aux efforts naturels de la contractilité utérine.

Avant d'attaquer un fibrome inclus dans la paroi de la matrice, il faut d'abord se rendre un compte exact de son siège, de son volume, de son étendue, en un mot explorer et palper la tumeur, car c'est sur la connaissance parfaite de la topographie du néoplasme que se base l'intervention.

Quel est le moyen d'exploration qui nous fournira tous les renseignements nécessaires avec la plus grande somme de précision ?

Est-ce la sonde utérine ?

Les impressions transmises à la main par l'extrémité d'une tige rigide, se promenant dans une cavité obscure, ne peuvent absolument pas nous renseigner sur les relations qui existent entre une tumeur et la paroi qui

l'entoure, puisque ces relations ne sont indiquées que par des différences souvent très peu accusées, dans la consistance des deux tissus.

La sonde est un instrument de mensuration et rien de plus.

Est-ce le doigt ?

Il est évident que le toucher intra-utérin est le seul moyen d'exploration suffisant.

Il y a longtemps que le besoin de tout contrôler avec notre sens tactile avait fait ouvrir la matrice, au moyen des tentes expansibles, des dilatateurs de Hégard ; mais quiconque a beaucoup pratiqué le toucher intra-utérin, sait très bien qu'un examen ou deux sont rarement suffisants pour nous permettre de porter des jugements décisifs.

Or chaque application des moyens de dilatation ordinaires constitue une intervention aussi solennelle et aussi grave qu'une opération, qu'on ne peut pas renouveler jusqu'à épuisement de renseignements.

Quand les cavités sont hautes un doigt ne suffit ordinairement pas pour explorer jusqu'au fond ; et cela ne tient pas seulement au défaut de longueur du doigt, cela provient aussi de ce que l'abaissement du col comporte une élongation de la matrice, autant qu'un abaissement réel de tout l'organe.

Si on peut introduire deux doigts dans l'utérus, on pénètre à un centimètre environ plus haut et si on y introduit les quatre doigts, plus la partie de la main qui est au-dessus de la racine du pouce, il devient en général

facile, en pressant sur le fond de l'utérus avec l'autre main, d'atteindre le fond des cavités les plus allongées.

Donc, soit pour réitérer à volonté les investigations au moyen d'un seul doigt, soit pour réaliser des dilatations maximum, les procédés ordinaires sont insuffisants.

La dilatation obtenue par le tamponnement à demeure, que l'agent employé soit le coton seul ou que le coton n'intervienne que comme matériel d'obturation pour conserver les dilatations obtenues par d'autres engins, la dilatation par tamponnement, disons-nous, telle que l'a formulée VULLIET, est le meilleur moyen pour maintenir l'accès ou pour l'agrandir dans des proportions qui étaient autrefois inconnues.

Ajoutons qu'une fois ces grandes dilatations obtenues on peut, avec ou sans l'aide du speculum intra-utérin, plonger les regards très avant dans la cavité utérine, constater *de visu* les désordres et suivre des yeux les opérations entreprises.

Il est bien évident que des tumeurs qui luxent, immobilisent l'utérus, ne permettent pas toujours à l'axe de la cavité de se placer dans le champ de lumière. Mais il n'en est pas moins vrai que dans des circonstances favorables, il arrive de voir très nettement l'intérieur de la cavité.

L'emploi du tamponnement à demeure, dans un but exploratoire, nous a conduit à d'autres remarques.

Nous avons acquis la conviction que cette méthode est susceptible de rendre de grands services comme

moyen résolutif dans les tuméfactions de nature douteuse, utérines et péri-utérines, avec gonflement du paramétrium et exsudats du pelvi-péritoine, et de produire une action régressive sur tous les fibrômes qui constituent de vraies tumeurs, enveloppées par une capsule, de même que sur la variété que VIRSCHOW appelle hyperplasie générale du tissu fibro-musculaire utérin; qu'elle est un moyen hémostatique aussi sûr que l'électricité.

Nous avons appliqué les courants constants et les courants intermittents; ils ne nous ont jamais donné, dans les cas où le diagnostic avait acquis toute la précision qu'il peut avoir, grâce à la dilatation, des effets plus prononcés que ceux obtenus par la dilatation par le tamponnement iodoformé.

Nous croyons qu'on met à l'actif du traitement par l'électrothérapie beaucoup de tuméfactions qui ne sont pas de vrais fibrômes.

§ 2

Méthode Vulliet.

La méthode opératoire du professeur Vulliet comprend plusieurs temps que nous allons décrire successivement.

Nous parlerons d'abord de la dilatation, de l'abaissement, puis du débridement et de l'extirpation.

Dilatation. — Quand la tumeur n'a pas déjà entr'ouvert

et dilaté le canal utérin, VULLIET commence la dilatation en introduisant d'abord dans la cavité soit des sondes uréthrales d'homme, malléables ou des sondes d'étain auxquelles il peut donner le degré de courbure voulu.

Si le canal est perméable à une sonde du N° 25 environ, il place une tige de laminaria. Vu la longueur du canal ces tiges doivent souvent dépasser de beaucoup celles des tentes utérines qu'on trouve dans le commerce. VULLIET a recours alors à des sondes de laminaria, à destination de l'urèthre masculin, sondes qu'il coupe à la longueur voulue.

Une fois le canal élargi et de calibre uniforme, on commence l'introduction des tampons.

Les tampons sont faits avec du coton antiseptique auxquels on attache un double fil. Ils sont ensuite plongés dans une solution éthérée d'iodoforme, d'iodol ou de salol de 6 à 10 %.

On ne doit pas les employer avant dessiccation complète.

Le volume de ces tampons varie entre celui d'un haricot et celui d'une grosse noix.

Ils sont portés à l'orifice externe du canal cervical au moyen de pinces à pansement longues et minces, de courbure variable selon que la malade se trouve dans une posture ou dans une autre. De là ils sont poussés petit à petit jusque dans la cavité utérine, avec une tige résistante.

La posture la plus avantageuse pour ces manipulations est la posture genu-pectorale. Mais on n'a pas toujours

le choix et on peut procéder dans toutes les positions gynécologiques.

Pour faciliter l'introduction des tampons, VULLIET fixe une des lèvres du col avec des pinces à griffes et l'abandonne à un aide chargé de produire un certain degré de tension et d'abaissement.

De cette façon le canal utérin devient plus rectiligne.

Tous les fils des tampons pendent au dehors de la vulve.

On peut les compter et les réunir ensuite en les comprenant tous dans un seul nœud.

Un autre tampon de ouate ou de gaze iodoformée est roulé autour du cordon formé par la réunion des fils et poussé jusqu'au fond du vagin.

Le nombre des tampons que l'on peut introduire dès la première séance dépend du degré de dilatation préexistante. Il varie en général de 6 à 15.

On les laisse à demeure vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Au bout de ce temps on les retire ; on lave la cavité avec une solution antiseptique et on introduit ensuite de nouveaux tampons plus volumineux et plus nombreux.

Il faut en général quatre ou cinq séances de dilatation pour pouvoir faire un toucher intra-utérin avec un seul doigt.

Pour faire l'examen complet avec plusieurs doigts, la dilatation devra toujours être poussée plus loin, ce qui peut exiger cinq à six séances supplémentaires.

Quelquefois on n'arrive pas ou plutôt on n'arrive pas assez vite avec les tampons à réaliser le degré de distension nécessaire. On pourra alors recourir à des faisceaux de laminaria ou de tentes-éponges.

La dilatation devant être uniforme dans toute l'étendue du canal cervico-utérin, il faut tailler des tiges de laminaria de la longueur de ce canal et les insinuer jusqu'au fond en faisceau. Entre les tiges on pourra glisser des tampons destinés à entretenir l'asepsie.

Si c'est aux éponges qu'on a recours, comme elles sont en général trop courtes, on bourrera d'abord le fond de l'utérus avec du coton, on les placera ensuite de telle façon que le faisceau qu'elles formeront soit cylindrique. Il suffira pour cela de les placer comme des bouteilles sur un casier, tan tôt par la base tantôt par le sommet.

Abaissement. — Quand un utérus remonte très haut il n'est pas toujours possible d'en atteindre le fond, même en introduisant plusieurs doigts. L'investigation digitale doit néanmoins intéresser toute l'étendue de la cavité; il faut donc dans ces sortes de cas la rendre accessible; il faut joindre à la dilatation le prolapsus artificiel.

VULLIET se sert pour cela de bonnes pinces à griffes qu'il insinue dans le vagin par les fentes latérales du speculum bivalve et qu'il fixe ensuite sur les lèvres du col.

Il opère la traction dans le sens de l'axe pelvien.

Les ligaments de DOUGLAS empêchent parfois la des-

cente de l'organe; les tractions ont alors pour effet d'allonger le segment situé au-dessous de l'insertion de ces ligaments; tandis que le segment supérieur reste en place. Il faudra donc que le vagin soit suffisamment dilaté pour permettre l'introduction d'une main chargée de contrôler la descente.

Toutes les fois qu'on aura affaire à des utérus très élevés, il ne faudra les abaisser qu'après dilatation maximale et en s'aidant de la dépression de l'organe par l'abdomen.

Ces grandes dilatations qui amolissent l'utérus comme dans l'état *post partum* facilitent la dépression des parties hautes et permettent de les amener au contact des doigts qui sont dans l'intérieur.

Le chirurgien doit savoir que toute matrice n'est pas abaissable et qu'il doit veiller à ne pas exercer des tractions trop fortes.

Si le prolapsus doit être de longue durée, VULLIET fait toujours anesthésier la malade; sinon il induit simplement le col avec une pommade à 4 % de cocaïne, 20 minutes avant le commencement de l'opération.

Débridement. — Le débridement a pour but d'ouvrir à la tumeur une large issue afin de faciliter sa migration par expression du côté des voies naturelles.

L'incision devra donc avoir une longueur égale à la longueur du plus grand diamètre du néoplasme et une profondeur intéressant tous les tissus qui le séparent de la lumière cavitaire.

Le professeur VULLIET a fait construire pour cette opération un bistouri boutonné, à lame cachée dans un manchon cylindrique. On fait émerger ou rentrer la lame à volonté par le moyen d'une vis placée à l'extrémité opposée du manche.

Cette vis étant graduée, indique exactement en millimètres le degré d'émergence de la lame.

Après avoir introduit dans la matrice le ou les doigts jusqu'aux limites supérieures et fait une contre-pression par l'abdomen, on dispose les doigts conducteurs parallèlement à celui des diamètres de la tumeur qui paraît être le plus long. Glissant alors le bistouri jusqu'au point le plus élevé, on en fait émerger la lame de $\frac{1}{2}$ cm. à 2 cm. et on incise en retirant l'instrument ; les doigts placés sur son dos le suivent. L'incision est prolongée jusqu'à l'extrémité inférieure de ce diamètre.

Quand la tumeur forme une proéminence bien marquée du côté de l'utérus, il est plus facile, d'employer les ciseaux. On s'attaque au pied du versant de la proéminence qui regarde l'opérateur et on agrandit la boutonnière en remontant.

Quand la tumeur est basse, on peut opérer sans abaissement, sous le contrôle de la vue.

L'incision n'est pas douloureuse et ne nécessite nullement l'anesthésie.

L'hémorrhagie consécutive au débridement est de courte durée. Ce fait n'étonnera que ceux qui n'ont jamais pratiqué la scarification utérine, méthode inau-

gurée, vers 1840, par AMUSSAT, et qui exerce sur les métrorrhagies une très heureuse influence.

Ce paradoxe s'explique par le fait que la scarification diminue la stase.

C'est en employant ce procédé dans un but hémostatique que VULLIET a été amené à la conception de son procédé opératoire.

Une fois le débridement opéré, deux alternatives se présentent : ou il y a prééminence d'une partie de la tumeur et on peut procéder à une énucléation partielle ou totale immédiate, ou la tumeur ne proémine pas et il faut se garder de commencer une énucléation qui ne peut aboutir qu'à créer un traumatisme inutile.

Dans le premier cas on passe le doigt ou une spatule mousse dans les lèvres de la muqueuse incisée et on cherche à opérer le décollement. Quand il est aussi complet que possible il faut harponner par des pinces le néoplasme dénudé et l'attaquer aux ciseaux.

Une fois enlevé ce qu'on a pu atteindre, on bourre la cavité créée avec des tampons et on abandonne à la nature l'élimination de la culasse pour l'ablation de laquelle on procède comme dans le cas suivant.

Dans la seconde alternative, où il n'y a aucune prééminence, une fois le débridement opéré, on reste dans l'expectative.

Après quelques jours (de deux à quinze jours suivant notre expérience) la tumeur s'engage dans l'issue qui lui a été faite et se transforme en un polype dont le pédicule se trouve implanté au niveau de l'incision,

(Observation N° III), où elle fait hernie à travers l'ouverture et devient directement accessible aux instruments et à la main du chirurgien ; on peut alors procéder à son extirpation.

Ce moment est indiqué très souvent par des douleurs ressemblant aux maux d'enfant.

La malade sera préparée dès la veille.

Elle sera à jeûn ; elle aura le ventre libre et la vessie et le rectum complètement vidés.

Ce genre d'intervention pouvant donner lieu à des éventualités imprévues le chirurgien devra être prêt à tout.

Voici la liste des instruments et objets de pansements que nous emportons avec nous toutes les fois que nous assistons le prof. VULLIET dans ce genre d'intervention :

Speculums bivalves.

Valves de Sims.

Pinces à abaissement.

Pinces à fixation.

Pinces à forcipressure.

Ciseaux longs, droits et courbes.

Bistouris.

Ecraseur de Chassaignac.

Pinces à dissection.

Soie à sutures et à ligatures.

Aiguilles, porte-aiguille.

Serre-fine, porte serre-fine.

Ouate antiseptique.

Gaze iodoformée.

Pulvérisateur chargé d'iodoforme.

Sublimé corrosif en pastilles ou en paquets

Acide phénique.

Tampons iodoformés ou iodolés, etc.

Poire à injections.

Sonde intra-utérine à double courant.

Chloroforme

Ether sulfurique.

Cocaïne.

Masque.

Pour éviter toute perte de temps, VULLIET consacre les premières minutes de l'anesthésie à la désinfection du champ opératoire.

Cette désinfection se fait à l'aide d'irrigations intra-utérines de sublimé corrosif au 1 ‰.

Nous dirons en passant que nous employons le chloroforme pour le début de l'anesthésie et que nous la continuons avec l'éther.

Quand la malade dort, VULLIET fait l'abaissement, puis confiant les pinces à ses aides, il se rend une dernière fois compte de la situation.

Cet examen pourra paraître superflu à ceux qui ignorent les modifications topographiques que peuvent subir ces tumeurs dans un laps de temps très court.

S'il existe un équateur à la partie proéminente de la tumeur, on tentera de le dépasser avec la chaîne de l'écraseur ou les différents serre-nœuds, ou bien encore l'anse galvano-caustique.

Les hémorrhagies après des sections ne sont jamais

inquiétantes. D'ailleurs par la méthode de tamponnement VULLIET on est vite maître de la situation.

Si la base de la tumeur est large ou si elle n'est pas énuclée, VULLIET emploie de longs ciseaux droits ou courbes, selon les circonstances ; il les fait glisser sur ses doigts et commence la section en entamant le versant qui le regarde.

L'aide exerce de légères tractions sur la partie du néoplasme qui prolabe hors de la paroi et la porte au commandement de l'opérateur tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Quand la section est devenue circulaire, avant de la compléter, l'opérateur reprendra la tumeur plus haut et cherchera à énucléer plus haut du côté de la culasse.

Certains fibrômes affectent la forme d'un cône à base périphérique et à sommet cavitaire.

L'extirpation de ce genre de tumeur est certainement la plus difficile. Elle exige une habileté particulière et, avant tout, une longue pratique des manœuvres intra-utérines. On ne peut jamais les enlever d'emblée. Le tenter serait une imprudence dont le résultat pourrait être la perforation de l'organe. On ne peut que les réséquer par étapes.

Après avoir enlevé ce qu'il était possible d'enlever, on désinfecte la cavité utérine et le vagin, puis on bourre l'utérus de tampons.

La malade est remise au lit.

Les pansements sont changés toutes les 24 ou les 48 heures.

Ce qui reste du néoplasme continue sa migration, et au bout d'un nombre de jours qui peut varier entre 4 et 10, on peut commencer une nouvelle intervention.

Il faut quelquefois jusqu'à quatre séances pour avoir le néoplasme en entier.

CHAPITRE III

Observations et conclusions.

I

Nous diviserons nos cas en quatre catégories :

- I. Les cas où il y a eu débridement suivi d'énucléation spontanée ;
- II. Ceux où il y a eu incision suivie d'énucléation partiellement spontanée et partiellement forcée ;
- III. Opérations où il y a eu débridement suivi ni d'énucléation spontanée, ni d'énucléation forcée.
- IV. Cas où il n'y a eu que dilatation sans débridement.

PREMIÈRE SÉRIE.

Elle comprend quatre observations :

OBSERVATION N° I.

(VULLIET. — *Contribution à l'étude du traitement des fibro-myômes utérins, intra-pariétaux de petites et de moyennes dimensions.* Paris, 1885, page 4.)

« C'est en 1882 que je fis ma première tentative opératoire, et voici dans quelles circonstances :

Soignant une dame pour des hémorrhagies graves que je n'avais pu arrêter par aucun des moyens usuels, je pratiquai l'exploration de la cavité utérine par le toucher, suivant le procédé indiqué plus haut. Je découvris dans la partie supérieure de la paroi postérieure une tumeur discoïde du diamètre d'une pièce de deux francs. Sa consistance était celle que présentent ordinairement les fibro-myômes ; elle tranchait par conséquent sur la consistance du tissu normal de l'utérus. Cette tumeur me produisit l'impression d'être plus voisine de la muqueuse que de la séreuse.

Je savais que la scarification de la muqueuse qui recouvre un fibro-myôme est un moyen hémostatique excellent ; ma malade était en danger, je me décidai donc à profiter de la dilatation pour inciser la muqueuse utérine.

Je fis l'incision plus longue que le diamètre de la tumeur et assez profonde pour atteindre le néoplasme. Il ne se produisit aucun accident, les hémorrhagies cessèrent, les règles reparurent à leur époque et en quantité ordinaire. Je comptais suivre ce cas, quand j'appris que ma malade avait quitté Genève sans me prévenir. Six mois après, je la revois, elle est en parfaite santé. Par l'exploration bimanuelle, j'ai pu constater que l'utérus était normal de forme et de volume.

OBSERVATION N° II.

(VULLIET, *ibidem*, page 5)

En juin 1882, je fis une opération analogue pour un

fibrôme du diamètre d'un écu de cinq francs ; il proéminait un peu dans la cavité utérine, la couche de tissu qui le recouvrait était très mince ; ce n'était donc pas un fibro-myôme intra-péritonéal typique. Cependant la plus grande partie de sa masse était enchâssée dans la paroi, et il avait avec les fibrômes interstitiels la plus grande analogie.

L'incision ne donna lieu à aucun accident. Le néoplasme commença à sortir du col au bout d'une semaine. Je fis de fréquentes injections antiseptiques ; je surveillai attentivement la descente des lambeaux, et à mesure qu'ils se rapprochaient de la vulve, je les réséquais ; je faisais ensuite dans le vagin des pansements à la gaze iodoformée ; l'élimination fut complète au bout de trois semaines. Il n'y eut pas de fièvre.

Ces deux cas ont été opérés dans ma clientèle ; je les mentionne parce qu'ils prouvent l'innocuité de l'incision, et parce qu'ils expliquent comment j'ai été amené à m'attaquer de propos délibéré à de petits fibro-myômes complètement intra-pariétaux, c'est-à-dire à égale distance de la muqueuse et de la séreuse.

OBSERVATION N° III (VULLIET, *ibidem*, page 5.)

C'est au mois de février 1883, alors que je remplaçais dans son enseignement à la Maternité mon collègue le professeur Vaucher, que j'eus l'occasion de faire ma troisième opération. La malade portait, enfoui dans la paroi antérieure de l'utérus, un fibro-myôme interstitiel typique, gros comme un petit œuf de poule.

Ce troisième cas a été opéré devant une nombreuse assistance ; j'en ai fait le sujet de plusieurs leçons cliniques. J'ai fait constater à l'assistant du service, M. Fontanel, et à deux élèves, les caractères particuliers du myôme. Cette observation constitue donc un document indiscutable. La voici :

Ida W. . . , domestique, célibataire, âgée de 44 ans, a fait une unique couche il y a vingt ans. L'enfant, dit-elle, était d'un volume énorme ; elle fut trois mois à se rétablir.

Vers l'âge de 37 ans, ses règles, qui jusque-là avaient été normales, apparurent plus rapprochées et plus abondantes.

Dans sa 38^{me} année, elle eut pendant huit mois, et dans sa 41^{me} année, pendant six mois, une suspension complète des règles, mais en dehors de ces deux arrêts, la période revenait tous les 21 et même parfois tous les 15 jours.

Malgré que M^{me} W. . . approchât de l'âge critique, ses pertes allèrent toujours en augmentant en abondance et en fréquence. En décembre 1883, en janvier et février 1884, elle perdit sans interruption, même couchée. C'est ce qui la détermina à entrer à la Maternité.

Quand nous la vîmes, en février 1884, elle était très maigre, pâle et d'aspect tout à fait cachectique. La matrice, non douloureuse, est d'un volume au moins double du volume normal. Incapable de travailler, elle réclame le soulagement à tout prix.

Dans une première leçon clinique, j'exposai les motifs

qui, sous réserve des résultats que donnerait l'examen intra-utérin, me faisaient diagnostiquer un fibro-myôme. Le jour suivant, la malade étant anesthésiée, nous examinâmes la cavité utérine par le toucher direct.

La veille, on avait introduit une tente-éponge dans le col. Une fois la malade endormie, je découvre le col avec le speculum, je le saisis avec ma pince par une de ses lèvres. L'éponge retirée, j'introduisis l'index aussi haut que possible dans la matrice ; ensuite, par une traction douce mais continue, j'abaissai la matrice, jusqu'à ce que mon doigt en touchât le fond. Alors, ayant confié la pince à griffes à un élève, pour qu'il maintint l'abaissement, je constatai, par l'exploration bi-manuelle utéro-abdominale dans la paroi antérieure, une masse sphérique aplatie, bien limitée, dure, d'une consistance analogue à celle des fibro-myômes.

La cavité utérine ne présentait aucune déformation de la paroi, aucune saillie, aucun relief ; seule, la face extérieure de la paroi antérieure, au lieu de présenter son anté-courbure normale, paraissait au contraire convexe et globuleuse. Je fis constater toutes ces particularités à M. Fontanel, que j'invitai à pratiquer le toucher intra-utérin.

Mon diagnostic était confirmé, j'avais affaire à un fibro-myôme de la variété intra-pariétale typique. Il semblait tendre à se développer plutôt du côté de la cavité abdominale que du côté de la cavité utérine.

J'avais une perception très nette de l'épaisseur du tissu qui recouvrait le néoplasme.

Encouragé par mes expériences précédentes et certain de l'innocuité des incisions de la paroi de l'utérus, je pris la résolution d'essayer de changer la direction de la migration du néoplasme, en lui facilitant une issue du côté de la cavité utérine.

Une incision se justifiait d'ailleurs comme moyen hémostatique.

Avec un bistouri boutonné, je fis une entaille d'un centimètre environ de profondeur, commençant au fond de l'utérus et se terminant à un centimètre au-dessus de l'orifice externe. L'hémorrhagie fut insignifiante. J'irriguai l'utérus avec une solution de sublimé à 1/000 ; je le tamponnai ainsi que le vagin avec de la gaze iodoformée.

Deux jours après, mon confrère Vaucher reprenait son service, et je cessais de voir mon opérée.

J'ai appris qu'il se développa chez elle des phénomènes de paramétrite, dont elle s'est du reste parfaitement remise.

A cette époque, la Maternité était infectée, en sorte que cette complication n'a rien d'étonnant. Nous avons pris toutes les mesures possibles mais sans succès. Les complications infectieuses ne cessèrent de se produire dans l'établissement qu'après des mesures énergiques prises par le professeur Vaucher.

Il y avait quatre mois et huit jours que j'étais sans nouvelles de cette malade, quand elle vint se présenter à la consultation de la polyclinique.

Elle racontait qu'elle ne perdit pas du tout pendant la

semaine qui suivit l'opération, mais au bout de cette semaine, les hémorrhagies, quoique moins profuses qu'auparavant, reparurent deux ou trois fois par mois ; elles diminuèrent ensuite, et pendant les semaines qui ont précédé sa première visite à la polyclinique, elle n'a pas perdu de sang ; elle ne signale pendant cette dernière période que des écoulements blancs abondants, mais sans odeur. Lorsque je fis mettre la malade sur la chaise d'examen, j'étais peu satisfait des suites de mon opération (paramétrite, retour des hémorrhagies). Mais dès que mon doigt fut arrivé sur le col, mes impressions changèrent. Je sentais, engagé entre les lèvres, le segment inférieur d'un polype libre sur toute sa périphérie, excepté en avant où il adhéraît à la paroi cervicale, précisément au point où s'était terminée mon incision. En pénétrant dans la matrice, je pus constater la même disposition aussi haut que mon doigt pouvait atteindre.

Le polype était libre partout, excepté à sa partie antérieure, d'où partait un pédicule longitudinal s'insérant sur toute la hauteur de la paroi antérieure, précisément là où j'avais fait l'incision au mois de février ; ce pédicule avait toute la hauteur de mon incision ; je ne puis mieux compléter ma description qu'en comparant ce pédicule à l'attache mésentérique d'un intestin.

J'insiste sur cette disposition spéciale des attaches du polype, parce qu'elle prouve qu'il y a plus qu'une simple coïncidence entre mon opération de février et la présence en juin d'un polype dans l'utérus.

A travers le speculum on voyait très bien le polype

et la partie inférieure de son implantation sur la lèvre antérieure.

J'aurais pu procéder immédiatement à l'ablation de ce polype, cependant j'expliquai à mes élèves les raisons qui m'engageaient à la différer. Il n'y avait, d'une part, aucune urgence à intervenir, puisque la malade ne perdait pas de sang et puisqu'il n'y avait pas de signes d'inflammation ou d'infection : d'autre part, il y avait à attendre les avantages suivants :

L'équateur du polype avait franchi l'orifice interne, en sorte que les contractions utérines pouvaient dorénavant agir avec beaucoup plus d'énergie sur la partie renflée du néoplasme. Ces contractions devaient en l'allongeant, transformer ce pédicule membraneux en un pédicule funiculaire et achever la sortie du néoplasme hors de la paroi d'abord et hors de la cavité utérine ensuite. Une fois la tumeur plus complètement isolée de la paroi, l'opération était plus simple et les chances d'infection moins grandes.

Nous prescrivons de l'ergotine à l'intérieur et localement des tampons de tannin et des injections de sulfate de cuivre.

Au mois de juillet, Ida W. . . entra à la Maternité, où je lui enlevai son polype. Cette extirpation fut très simple, la masse pesait environ 100 grammes. J'ai revu souvent l'opérée, depuis elle a pu reprendre son travail de domestique, sa santé s'est considérablement améliorée. La période est très irrégulière et peu abondante. La

matrice est d'un très petit volume, comme si elle avait subi déjà un certain degré d'atrophie.

En résumé, notre malade présentait un petit fibromyôme qui, d'interstitiel qu'il était au mois de février, était devenu cavitare au mois de juin. C'est à notre incision qu'est due cette transformation.

Cette incision avait affaibli la résistance de la couche musculaire comprise entre le néoplasme et la cavité utérine, et avait donné prépondérance à la couche comprise entre le néoplasme et la cavité péritonéale. Toutefois, la migration du néoplasme ne s'était pas produite avec une rapidité suffisante pour empêcher la muqueuse cavitare de se cicatriser, autrement le fibromyôme eût été expulsé immédiatement, il ne se fût point formé de polype.

OBSERVATION N° IV.

M^{me} Marie G., de St-Girod, 37 ans, mariée à 19 ans, pas de couche, pas de fausse-couche.

Au commencement de 1880, elle s'aperçut que son ventre grossissait. Depuis cette époque elle a éprouvé en urinant des difficultés graduellement plus grandes et a continuellement souffert de douleurs dans les reins.

Au mois de juin 1887 des métrorrhagies abondantes et des pertes blanches ont commencé.

Le D^r ROSSET reconnut la présence d'une tumeur utérine et ordonna des injections sous-cutanées d'ergotine.

Il l'adressa au mois d'août au prof. VULLIET, qui cons-

tata la présence d'une tumeur fibreuse de la matrice et ordonna à la malade de rentrer chez elle, de continuer le traitement par l'ergotine en y ajoutant des séances quotidiennes d'électricité faradique (15 minutes).

Elle revint un mois après. La situation, au lieu de s'améliorer, s'était sensiblement aggravée. La malade souffrait de vives douleurs dans le ventre. Elle avait une constipation opiniâtre et des difficultés très grandes d'uriner; elle ne pouvait plus vaquer à ses travaux professionnels.

Elle entra dans la clinique privée de VULLIET.

Etat général bon ; abdomen proéminent.

Etat local. Tumeur fibreuse volumineuse obstruant le bassin, comprimant le rectum et la vessie et remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. Col introuvable. Pas moyen d'insinuer le doigt derrière la symphise pour remonter à la recherche du col luxé. Renversement en arrière très prononcé de l'utérus. On cherche inutilement à le réduire ; le corps ne peut pas basculer au-dessus du promontoire.

A trois reprises différentes VULLIET essaya vainement la réduction.

Le quatrième jour tout était préparé pour la laparotomie. Cependant une fois la malade dans l'anesthésie profonde, le professeur fit un dernier effort de taxis. Le refoulement en haut n'amenant aucun déplacement, VULLIET essaya de presser en sens contraire. Il sentit que l'utérus glissait encore plus bas ; il se mit alors à faire des pressions alternatives par le vagin et par l'ab-

domen ; l'utérus devint graduellement plus mobile dans les deux sens et enfin, tout à coup, il franchit le promontoire et se trouva réintégré dans sa situation normale.

La tumeur devint beaucoup plus proéminente en avant ; elle remontait à environ trois travers de doigt plus haut qu'avant la réduction.

Il paraissait d'abord qu'il existait une tumeur sur chacune des cornes utérines.

La cavité mesurait 12 centimètres et avait un trajet recourbé à concavité antérieure.

On fit la dilatation, introduisant d'abord les petits numéros des bougies de HÉGARD puis des tiges de laminaria coupées dans des sondes uréthrales.

Les laminaria furent retirés le lendemain et remplacés par neuf gros tampons iodoformés.

Au bout de huit jours, la cavité était bien ouverte. VULLIET constata par le toucher intra-utérin combiné au palper abdominal un fibrôme interstitiel de la paroi postérieure et une hypertrophie générale des parois.

Le doigt ne pénétrait pas aussi haut du côté de la corne gauche que de la corne droite.

Il fit l'incision des tissus qui recouvraient la partie où siégeait le fibrôme constaté. La matrice fut tamponnée.

Les proéminences senties à droite et à gauche sur le fond diminuèrent dans les jours qui suivirent. La corne gauche resta cependant plus développée. Toutefois on attribua ces saillies à un sillon médian déterminé par la

ongue pression du promontoire sur la partie médiane du fond de l'utérus.

Les tampons furent changés toutes les quarante-huit heures.

Au troisième pansement, alors que la malade avait ressenti la journée précédente quelques douleurs expulsives, il sortit environ une quinzaine de grammes de lambeaux de tissu fibro-musculaire, puis dans les pansements qui suivirent on trouva chaque fois des débris désagrégés de même nature. L'utérus cependant restait volumineux, mais la tuméfaction siégeant sur la corne gauche constituait la partie essentielle du développement anormal.

VULLIET se décida à faire une seconde incision au niveau de cette hypertrophie locale. A peine le bistouri avait-il pénétré dans cette région qu'un flot de sang visqueux, noirâtre, s'échappait. L'aspect de ce sang indiquait nettement un produit de rétention. Il s'agissait très probablement d'une hématométrie locale, déterminée par la soudure des parois utérines, survenue grâce à la compression qui s'était produite pendant que l'utérus était incarcéré derrière le promontoire.

VULLIET introduisit le doigt et agrandit l'ouverture.

Le retour de ce diverticule au domaine de la cavité utérine donna à celle-ci une profondeur de 15 centimètres.

Des tampons furent placés jusqu'au niveau du diverticule.

On fit encore pendant une semaine des pansements intra-utérins quotidiens (irrigations, tamponnements).

On commença l'administration de l'ergotine et de l'électricité faradique et quinze jours après l'opération la matrice avait subi une involution telle qu'elle ne remontait plus qu'à deux travers de doigt au-dessus de la symphise.

La malade rentra chez elle.

Nous avons appris qu'une fois de retour elle fut alitée pendant une quinzaine de jours par une *phlegmasia alba dolens*.

Il est évident qu'on ne peut pas procéder dans un utérus à une série de manœuvres comme celles qui avaient été accomplies, sans que la malade soit exposée à ressentir quelques-unes des complications banales de l'accouchement.

Le fait que nous avons constaté sur le vivant une hématométrie locale est rare. Le professeur ZAHN, auquel nous l'avons signalé, nous a dit qu'il l'avait constaté quelquefois dans des autopsies.

Cette observation est doublement intéressante.

D'une part elle montre que la *retroflexio uteri fibrosi* est une complication qui, au point de vue des interventions chirurgicales, complique les opérations, autant que la *retroflexio uteri gravidi* compromet la grossesse et l'accouchement. La réduction de l'utérus est la première indication à laquelle il faut satisfaire et on peut certainement souvent l'obtenir par un taxis persévérant et bien combiné.

D'autre part nous nous trouvons en face d'un cas qui était tel qu'on ne pouvait faire que la laparotomie, l'indication d'intervenir étant urgente. Or, une laparotomie, faite dans ces conditions, était bien de nature à altérer la statistique des opérations de fibro-myômes dans un sens défavorable.

DEUXIÈME SÉRIE.

Cas où il y a eu incision suivie d'énucleation, partiellement forcée, partiellement spontanée.

Nous présentons quatre observations.

OBSERVATION N° V.

M^{lle} Sophie P., de G., départ. de l'Ain, 43 ans, célibataire, vierge, a souffert entre 20 et 30 ans, de chloro-anémie et a été atteinte de la variole en 1871.

Dès le commencement de 1884, les menstrues sont devenues douloureuses et plus abondantes. Deux ans après, des pertes de sang intermenstruelles et des pertes blanc-jaunâtres ont commencé.

Depuis le mois d'avril 1886, M^{lle} P. a ressenti des douleurs atroces entre l'ombilic et le pubis, s'irradiant vers les reins, la jambe et surtout vers la hanche droite.

Le Dr ROLLAND, de Divonne, reconnut la présence d'une tumeur utérine et soumit d'abord sa cliente à un traitement palliatif qui consista en bains de siège et en injections astringentes.

Il l'envoya au professeur VULLIET le 17 septembre 1886.

Etat général. — Amaigrissement, traits tirés, abdomen régulièrement volumineux comme dans une grossesse à six mois.

Etat local. — Col de l'utérus dilaté comme cinquante centimes. Segment inférieur de la matrice globuleux. Le doigt introduit dans l'utérus sent une saillie tumorale de consistance dure et élastique. L'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Dilatation. — L'examen intra-utérin permet de constater un fibro-myôme dont une partie est conique et proémine dans la cavité, et dont l'autre, beaucoup plus considérable, siège dans la paroi postérieure et supérieure de la matrice. Autrement dit, la tumeur est enchâssée par sa culasse dans le muscle utérin et sa pointe fait saillie dans l'utérus.

La malade avait été anesthésiée pour l'exploration.

Profitant de la circonstance, le prof. VULLIET lave la cavité utérine avec une solution de sublimé au millième, et, fixant le col au moyen de pinces à griffes, il le fend par deux incisions latérales.

Prenant ensuite de longs ciseaux courbes qu'il glisse sur deux doigts d'une main introduits dans l'utérus, il commence une section de la tumeur à la base de sa proéminence ; puis, saisissant le sommet du néoplasme avec des harpons, il l'attire en bas et continue ensuite sa section jusqu'à ce qu'elle soit circulaire.

Grâce aux tractions, le néoplasme descend.

La section définitive ne fut faite que lorsque VULLIET sentit qu'il était dangereux de couper plus haut.

Le professeur évalua à environ un quart de la tumeur la partie qu'il put enlever ainsi.

L'autre partie restait emprisonnée dans la paroi.

Au lieu de tenter une énucléation qui eût été très difficile et dangereuse, vu la hauteur de la tumeur, VULLIET se décida à abandonner l'élimination ultérieure à l'énucléation spontanée.

Il lava la cavité utérine avec une solution de sublimé, puis la bourra de tampons iodoformés.

On changea le pansement toutes les quarante-huit heures.

Dès lors il s'établit un écoulement ressemblant beaucoup à celui que l'on voit après les couches normales, avec cette différence toutefois que l'on trouvait dans les pertes des morceaux de tissu fibreux.

La malade ayant, à plusieurs reprises, ressenti des douleurs expulsives, on fit une deuxième exploration vers la fin de septembre.

Une grande partie du fibrôme est descendue dans la cavité utérine.

Au moyen de pinces, on les attire au dehors. Le professeur sectionne avec des ciseaux les brides qui les retiennent et, après une opération qui dure environ une demi-heure, tout le néoplasme se trouve enlevé.

Dans ce cas nous avons eu affaire à un fibro-myôme en partie sous-muqueux, en partie intra-pariétal.

L'incision circulaire faite tout autour de la partie proéminente de la tumeur et l'ablation de cette partie peuvent être considérées aussi comme un débridement. La partie intra-pariétale s'est ensuite, sous l'influence des douleurs expulsives, accouchée dans la cavité utérine.

Il est parfaitement évident que des tentatives d'énucléation totale immédiate eussent échoué.

La dilatation permanente, l'excitation produite par le tamponnement à demeure ont certainement provoqué et facilité le travail d'expulsion, en même temps que le coton iodoformé assurait l'aseptie et le drainage.

Cette malade a été revue dans le courant de décembre 1887. Elle jouit d'une santé parfaite.

OBSERVATION N° VI.

Le 24 février 1877, le prof. VULLIET fut appelé par le Dr WARTMANN auprès de M^{me} Grandchamp, 16, rue de Montbrillant, à Genève.

M^{me} G. a 36 ans. Bien que mariée depuis 14 ans, elle est nullipare.

Elle souffre de l'utérus depuis douze ans. Son ventre a graduellement augmenté de volume. Ayant beaucoup consulté, elle sait depuis longtemps qu'elle est atteinte d'un fibrome utérin.

Depuis le mois d'août 1886, les époques, jusque-là régulières et normales, ont complètement cessé, et le ventre a pris un volume encore plus considérable.

Elle a pris conseil de plusieurs médecins pour lesquels, suivant son dire, la grossesse est restée douteuse.

Dans la semaine qui a précédé la consultation, elle a eu à plusieurs reprises un commencement de travail.

C'est dans ces circonstances qu'elle fit venir le docteur WARTMANN, qui provoqua une consultation avec le prof. VULLIET.

Après un examen minutieux, VULLIET diagnostiqua une grossesse dont le fruit mort ne pouvait être expulsé à cause de la tumeur.

Le jour suivant, un nouveau travail s'étant produit, un pied se présenta à l'orifice externe.

L'extraction n'offrit aucune difficulté, et on put constater un fœtus de cinq mois environ, mort depuis quelques semaines déjà.

La délivrance nécessita l'introduction de la main dans la cavité utérine.

VULLIET profita de la circonstance pour palper la tumeur entre les deux mains et en déterminer ainsi le volume, la consistance et surtout les rapports avec les parois de la matrice.

C'était un fibrôme interstitiel typique de la paroi antérieure. Il s'étendait en haut jusqu'au fond de l'utérus et en bas jusqu'à l'orifice interne. Le col proprement dit était normal. La convexité de la tumeur était tournée du côté de la séreuse ; du côté de la muqueuse il n'y avait aucune proéminence marquée. Le néoplasme était dur, résistant, non élastique. VULLIET évalua son volume à celui d'une grosse orange.

Sur ces entrefaites, la patiente déclara que depuis longtemps elle était décidée à subir une opération radicale et qu'elle voulait qu'on la fit dès qu'elle serait remise de sa fausse-couche.

Vu le volume de cette tumeur, vu son développement abdominal, toute tentative d'extirpation totale du néoplasme ne pouvait se faire que par laparo-hystérectomie.

C'est alors que VULLIET eut l'inspiration de mettre à profit la dilatation physiologique de la grossesse pour appliquer le procédé qu'il avait employé jusque-là, après la dilatation artificielle seulement.

Il exposa son plan au Dr WARTMANN et à moi.

Il consistait à observer la malade pendant 48 heures afin de pouvoir éliminer toute infection préexistante; puis à tamponner l'utérus pour voir comment cet organe se comporte à l'égard du tamponnement à demeure *post-partum* et enfin, si il ne se manifestait ni fièvre, ni intolérance, à pratiquer le débridement de la tumeur.

Sans se dissimuler les accidents qui pouvaient survenir dans une entreprise sans précédents, VULLIET estimait que les dangers à courir ne pouvaient pas être plus considérables que ceux qui accompagnent une laparo-hystérotomie.

Le thermomètre n'ayant marqué aucune ascension de température, le tamponnement ayant été parfaitement supporté, VULLIET exécuta l'opération cinq jours après la fausse-couche.

Il introduisit avec facilité une main dans la matrice délivrée de ses tampons et lavée avec une solution de

sublimé au $\frac{1}{1000}$; saisissant de l'autre un bistouri boutonné, à lame cachée, il le glissa sur les doigts de la première main jusque dans la cavité.

Il put alors faire à son aise une longue et profonde incision.

L'hémorrhagie fut sans importance. Du reste une nouvelle obturation fut faite immédiatement et changée ensuite tous les deux jours.

Le sixième jour après l'incision, VULLIET fut de nouveau subitement appelé chez la malade, qui était une deuxième fois en travail.

Au toucher il trouva dans le vagin un disque rond, aplati qui avait été spontanément éliminé de la matrice ; puis il sentit le reste de la tumeur faisant saillie dans la cavité et dans l'entrebaillement de l'incision de débridement.

Nous anesthésiâmes la malade ; et VULLIET procéda à l'extirpation de toute la partie cavitaire du néoplasme.

La cavité fut de nouveau lavée avec une solution de sublimé et obturée complètement avec des tampons iodoformés.

A trois reprises, à des intervalles de six jours et de cinq jours, la malade ressentit de nouvelles douleurs expulsives. Chaque fois il sortait des lambeaux par l'incision. Ils furent immédiatement extraits par traction et par section.

Enfin le 23 mars, la malade était complètement délivrée de cette tumeur qu'elle avait portée 12 ans. L'utérus gros, grâce aux modifications que lui avaient imprimées

mées soit la grossesse fibreuse, soit la grossesse physiologique, entra en involution.

Deux mois après, la malade possédait un utérus normal, apte à la conception et à la gestation.

Nous avons revu souvent la malade qui se porte à merveille.

OBSERVATION N° VII.

M^{me} B. Sophie, de Divonne, 46 ans, mariée, une couche en 1871 — a eu trois fois ses règles au début de la grossesse, une fausse-couche à six semaines en 1881.

Elle fait remonter son mal à l'année 1879. A cette époque elle a ressenti des malaises partant de la matrice et des vomissements, comme si elle eût été enceinte.

Les menstrues, auparavant déjà irrégulières, sont devenues dans les sept dernières années tellement abondantes qu'elles ne cessaient que pendant quelques jours. Dysménorrhée constante, fortes douleurs dans les reins et le ventre.

Pertes blanc-jaunâtres.

Troubles de la miction.

En 1884, M^{me} B. vint à Genève consulter le Dr Porte. Le professeur VULLIET, qui se trouvait par hasard chez ce collègue, enleva à la malade un polype gros comme une petite mandarine, en avant du segment inférieur de l'utérus et accouché dans le vagin.

Cette opération donna quelque soulagement à la malade ; mais bientôt après les pertes sanguines reparurent.

On lui ordonna alors de quitter ses occupations ; et on la soumit au traitement par l'ergotine.

Pendant tout un hiver les pertes furent considérablement diminuées et les souffrances furent moins vives.

Mais tout recommença au printemps, quand M^{me} B. eut repris ses travaux.

Elle a été adressée au professeur VULLIET par le Dr MONPELA au commencement de janvier 1887.

A cette époque la matrice était volumineuse comme à quatre mois, mais de forme parfaitement régulière.

Quatre séances de dilatation par tamponnement amenèrent un agrandissement suffisant pour pouvoir, à l'aide du speculum intra-utérin, inspecter la cavité jusqu'à 5 ou 6 centimètres de profondeur.

On ne voit rien qu'une congestion intense de la muqueuse.

Par l'examen avec deux doigts et en abaissant fortement la matrice, on sent très distinctement une tumeur, dont on évalue les dimensions à celles d'une orange moyenne.

Elle forme une légère voussure cavitaire et une voussure plus considérable encore du côté de la cavité abdominale, dans la région de la corne droite.

Incision de 2 $\frac{1}{2}$ centimètres de profondeur.

Hémorrhagie abondante, mais très courte.

Le doigt pénètre immédiatement dans le fond de l'incision sur un tissu sur lequel il n'y a pas à se tromper :

C'est le fibrôme lui-même qui a été entamé.

Lavages au sublimé. Tamponnement. Ergotine. Électricité.

Dès le deuxième jour des douleurs annoncent un travail d'expulsion ; le troisième jour, l'examen intra-utérin ayant fait reconnaître des masses fibreuses dans l'utérus, la malade est endormie.

Ces masses sont harponnées, excisées avec les ciseaux.

On enlève ainsi à peu près 40 à 50 grammes de tissu.

Quelques débris sont encore engagés dans l'entrebâillement de l'ouverture.

Continuation du tamponnement et du traitement.

Nouveau travail au bout de trois jours.

On endort encore la malade.

En touchant on sent que ce qui restait formait une culasse très dure, très intimément unie avec la paroi utérine.

VULLIET prit des pinces très fortes, munies de pointes sur leur surface de rencontre. Il put ainsi saisir vigoureusement les lambeaux fibreux et déterminer leur énucléation en tirant et en tordant.

On retira encore cette fois de 50 à 60 grammes de tissu fibreux.

Le toucher intra-utérin, combiné avec la palpation abdominale, nous permit de constater que l'utérus était débarrassé entièrement de tout néoplasme.

L'organe fut soumis à une palpation minutieuse de toute l'étendue des parois.

Il s'agissait en effet d'une femme sur laquelle on avait

déjà autrefois enlevé un fibrôme. Il était par conséquent permis de supposer qu'il pouvait y en avoir encore en d'autres parages. Mais les parois utérines étaient d'une consistance normale et homogène partout ; de sorte que rien ne faisait supposer l'existence d'autres tumeurs.

Il est probable que lorsqu'il existe plusieurs noyaux fibreux le développement considérable de l'un d'eux peut empêcher le développement des autres ; mais, qu'une élimination spontanée ou une ablation vienne à faire disparaître la tumeur principale, les autres peuvent prendre un accroissement qui les amène à produire aussi des symptômes.

VULLIET croit pouvoir considérer ce fibro-myôme comme un fibro-myôme intra-pariétal dont un des pôles était sous-muqueux et l'autre sous-séreux. La couche musculaire devait être très mince, mais elle n'avait pas perdu sa contractilité. L'élimination spontanée qui s'est produite le prouve.

Nous nous sommes transporté à Divonne dans la journée du 23 janvier. Nous avons revu la personne qui se porte maintenant très bien. Les règles sont normales, ce qui, dit-elle, n'avait existé à aucune période de sa vie.

OBSERVATION N° VIII.

Madame M. Laure, 50 ans, mariée, six couches normales et une fausse-couche qui s'est heureusement terminée.

Menstruation très abondante, régulière jusqu'au 3 novembre 1887. Très peu de pertes blanches.

Depuis trois ans environ, douleurs dans les reins, sentiment de pesanteur dans le bas ventre, troubles de la vessie et du rectum.

Le 3 novembre 1887, M^{me} M. fut prise subitement, en se levant, de métrorrhagies. Dès lors les pertes sanguines n'ont eu que des intermittences de courte durée.

Le début de chaque hémorrhagie était annoncé par des douleurs dans le ventre.

Le médecin de la malade, le Dr BORDET, d'Evian, ayant reconnu la présence d'une tumeur utérine, fit appeler, le 5 avril dernier, le prof. VULLIET en consultation.

Il fut décidé que M^{me} M. viendrait à Genève, à la clinique privée de VULLIET, pour y être opérée.

Elle arrive le dimanche 8 avril.

Etat général. — Personne de haute taille, fortement constituée, amaigrie, anémiée. Elle raconte qu'elle pesait 97 kilos au mois d'octobre 1887. Elle a sensiblement diminué de poids.

Le 9 avril VULLIET lui fit une première séance de dilatation avec ses tampons ; il en fit une deuxième le 10, puis une troisième le 11. Le 12, l'utérus était assez ouvert pour permettre l'introduction de quatre doigts jusque dans l'intérieur de la matrice.

Etat local. — Par le palper abdominal on perçoit un utérus piriforme, régulier, atteignant l'ombilic.

Par le palper bi-manuel et intra-utérin, on sent une tumeur fibreuse, enchâssée dans la paroi antérieure.

Elle proémine soit du côté de la cavité abdominale, soit du côté de la cavité utérine, surtout à sa partie inférieure. La paroi postérieure de l'utérus est amincie.

Diagnostic : tumeur fibreuse de l'utérus.

L'opération eut lieu le 12 avril, en présence de M. le Dr-Pr JENTZER, MM. les Drs BORDET, DECHOUDENS, VAUTHIER et moi.

VULLIET commence par retirer environ trente tampons qui remplissaient la cavité utérine. Il fait une irrigation de cinq litres de solution de sublimé au millième.

La vulve est écartée et l'utérus attiré.

Prenant ensuite des ciseaux, il pratique une boutonnière dans la muqueuse utérine, boutonnière qu'il agrandit en hauteur de 6 à 7 centimètres.

Le néoplasme est ainsi mis à découvert.

Il insinue alors son doigt de façon à pratiquer l'énucléation, qui se fait avec une facilité remarquable sur toute la périphérie.

Comme l'utérus est difficilement abaissable, le doigt ne peut pas remonter aux limites supérieures de la tumeur pour achever l'énucléation.

Il fut décidé d'amputer au moyen de ciseaux aussi haut que possible et de bourrer la cavité qui résulterait de cette extirpation, avec des tampons iodoformés.

Cette amputation assez laborieuse amena l'extirpation de la partie inférieure de la tumeur qui pesait à peu près 200 grammes.

Le tamponnement fut renouvelé après irrigation le lendemain et le surlendemain.

Le troisième jour, une légère augmentation de température étant survenue, VULLIET craignant que la culasse restante fût infectée, enleva encore sur la surface de section une cinquantaine de grammes de tissu fibreux qui ne présentait cependant aucun signe de décomposition.

Le huitième jour après la première opération, ayant constaté que la culasse de la tumeur était descendue considérablement, VULLIET se décida à terminer l'extirpation, qui, grâce à l'énucléation spontanée qui s'était produite depuis la dernière séance, fut très facile, car le doigt put remonter jusqu'aux limites supérieures.

Cette culasse pesait 270 grammes.

M^{me} M. était remise au bout de huit jours, sans accidents.

Nous avons encore dans ce cas l'exemple d'une tumeur pour laquelle, vu son volume et sa situation, la laparotomie était indiquée, et qui a été extirpée par les voies naturelles sans mutilation de l'utérus.

TROISIÈME SÉRIE

Cas où il y a eu débridement suivi ni d'énucléation spontanée, ni d'énucléation forcée.

Nous présentons deux observations.

OBSERVATION N° IX.

(VULLIET, *loc. cit.*, page 9).

Au mois d'août 1884, j'ai opéré à la Maternité un

quatrième cas. C'était une dame G., âgée de 53 ans, qui depuis dix ans perdait du sang en abondance tous les quinze jours. Elle était très anémique, très faible, et la gravité de son état justifiait une intervention énergique.

Je l'examinai par le toucher intra-utérin, et je découvris un fibrôme interstitiel siégeant dans la paroi postérieure ; il avait son maximum de développement un peu à droite de la ligne médiane.

Je fis le 15 août une incision de toute la hauteur de la paroi utérine et d'environ un centimètre de profondeur. Il n'y eut aucun accident, la malade resta couchée quinze jours, puis elle partit à la campagne. Quinze jours après elle revint à la Maternité, je ne l'ai pas vue, c'est M. le Dr FONTANEL, l'assistant du service qui l'a reçue. Je tiens de lui que l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite, et que cette femme se sentait et paraissait beaucoup mieux portante.

Depuis, elle n'a pas reparu à la Maternité, elle se sentit probablement trop bien pour venir dans son propre intérêt, sans toutefois pousser la reconnaissance à notre égard, jusqu'à se déranger pour satisfaire notre curiosité.

En février 1887 nous sommes allé faire des recherches à Collonges. M^{me} G. se porte parfaitement bien ; elle vague à ses occupations de maîtresse d'école. Son utérus est double d'un utérus ordinaire. Je crois qu'il existe une autre tumeur fibreuse qui le maintient à ce volume, mais cette tumeur est probablement sous-séreuse et ne donne lieu à aucun symptôme.

OBSERVATION N^o X.

M^{me} Marie D., 46 ans, trois couches, une fausse-couche qui la retint six mois au lit. La malade ne sait pas indiquer quelle complication était survenue.

Pas d'hérédité dans la famille.

Peines domestiques.

Menstruation régulière jusqu'en 1883. Depuis cette date les pertes sont plus fréquentes et très abondantes : tous les quinze ou vingt jours ; elles durent de huit à dix jours.

Les symptômes subjectifs sont : Sentiment de pesanteur et de gêne dans le bas-ventre et les reins, douleurs parfois assez vives.

En 1884, les pertes de sang deviennent encore plus abondantes. Aux métrorrhagies se joignirent des pertes blanches et jaunes.

Miction plus fréquente.

Le ventre augmente.

Elle subit divers traitements qui consistent principalement en cautérisations sur le col.

Le 24 août 1886, elle consulte le prof. VULLIET pour la première fois.

Etat général. — Facies utérin, amaigrissement, abdomen proéminent, troubles digestifs, anémie.

Etat local. — Dans l'abdomen une tumeur médiane grosse comme l'utérus à six mois et demi, dure et résistante. Col énorme. Tout son segment latéral gauche est

considérable. L'orifice externe est disposé en demi-cercle et refoulé à gauche, grâce à la proéminence de la tumeur, il admet deux doigts qui pénètrent facilement à deux ou trois centimètres.

Tous les mouvements imprimés au col sont répercutés sur la tumeur.

La cavité mesure 18 centimètres.

Par l'introduction de gros catheters, l'abaissement et l'exploration bimanuelle, on constate que la tumeur est interstitielle et qu'elle est située dans la paroi latérale droite de l'utérus.

Une particularité frappa le prof. VULLIET d'emblée, c'était la mollesse de la tumeur.

Il commença de suite la dilatation de cette cavité au moyen de ses tampons iodoformés.

Après trois ou quatre séances, le regard pouvait plonger, avec l'aide du speculum intra-utérin, jusqu'à 10 centimètres de profondeur.

Le toucher intra-utérin permit de déterminer très exactement les rapports du néoplasme avec les parois.

On avait affaire à une tumeur volumineuse devenue tout à fait abdominale. L'utérus qui la contenait avait conservé sa forme, bien que la corne droite fût évidemment plus développée que la gauche. Aussi haut qu'on pouvait explorer on sentait la paroi gauche amincie. Il n'y avait pas de saillie proprement dite dans la cavité.

VULLIET fit à trois reprises différentes, à des intervalles de quinze jours, une incision longitudinale sur la tumeur, dans le but de débrider la couche interne. En

même temps il ordonnait l'électricité faradique pour pousser le néoplasme du côté affaibli par l'incision.

La dernière incision fut faite vers la mi-octobre.

Il se produisit un suintement aqueux.

Quelques semaines après, le fibrôme avait graduellement diminué. La différence de volume se faisait surtout sentir sur les diamètres bilatéraux et antéro-postérieurs, moins sur la hauteur.

Les pertes cessèrent. La malade reprit sa gaité, des forces et son activité habituelle.

Le ventre avait repris des dimensions normales.

En somme les incisions n'avaient pas été suivies d'énucléation spontanée ; mais elles avaient déterminé, avec l'aide de l'électricité, une véritable résorption et produit un effet hémostatique remarquable.

Les progrès persistaient depuis trois mois quand tout à coup, vers le commencement de janvier, sans cause appréciable, pendant une absence du prof. VULLIET, la malade fut prise d'une série de malaises. L'abdomen grossit considérablement et devint douloureux à la pression. Il y eut des nausées, de la céphalalgie et de la fièvre.

A son retour, VULLIET trouva un tableau symptomatique bien différent de ce qu'il avait constaté au mois d'août, le ventre était redevenu très volumineux. La tumeur remontait au-dessus de l'ombilic. Par le palper abdominal on sentait dans certaines parties du néoplasme de la fluctuation.

rent, mais petit les symptômes inflammatoires s'amandèrent, la tuméfaction conserva son volume.

Le diagnostic était incertain. Avait-on affaire à un œdème du fibrome et à la formation d'un kyste ?

Ayant trouvé un point où la fluctuation paraissait nette, on fit une ponction exploratrice vers le milieu de janvier. Elle ne donna aucun résultat.

Mais la fluctuation devenant plus évidente et plus étendue, on en fit une deuxième quinze jours plus tard. Celle-ci donna issue à quatre litres d'un pus gris-verdâtre et non filant.

À la suite de cette deuxième ponction la malade eut quelques jours de repos et de soulagement. Mais bientôt le liquide se reproduisit.

Vers la fin de février la fluctuation était de nouveau évidente dans toute l'étendue de la tumeur, et des signes de résorption se manifestaient déjà par une légère pneumonie, probablement septique.

En présence de ces symptômes alarmants, l'urgence d'une intervention se faisait sentir.

Mais quelle intervention ?

La laparotomie avec hystérotomie totale ne pouvait pas entrer en ligne de compte, car, d'une part, la malade, réduite à un état de grande faiblesse, n'en aurait sans doute pas supporté le choc ; d'autre part, la tumeur était trop étendue, trop diffuse, et ses adhérences probablement trop nombreuses pour qu'on osât compter dans une opération radicale, sur quelques chances de succès.

Le prof. VULLIET décida de faire une incision explora-

trice et, prenant conseil des circonstances, de fixer les parois kystiques aux lèvres de la plaie abdominale, de vider et de râcler les poches après avoir détruit les cloisons, et tâcher ainsi d'amener par un drainage consécutif l'accolement des parois de la tumeur liquide.

La malade fut anesthésiée. C'était le 28 février 1887.

Après avoir fait l'incision de toutes les couches abdominales sur une longueur de 10 centimètres, VULLIET arriva sur la matrice, la fixa par des points de sutures aux lèvres de la plaie abdominale, puis il fit dans la paroi utérine une incision d'où il sortit douze litres environ d'un pus infect.

On lava la cavité avec une solution de sublimé corrosif au millième, puis on y introduisit un drain d'un diamètre de 1 centimètre et demi sur une longueur de 15 centimètres.

Depuis lors les lavages de la poche avec une solution antiseptique ont été faits chaque jour jusqu'à présent.

A mesure que la poche se rétrécissait un drain plus petit en diamètre et en longueur fut substitué à celui qui existait déjà.

Celui qui remplit en ce moment la cavité mesure 2 sur 7.

La malade se remit avec une étonnante rapidité. Dès la fin de mai elle vaquait à ses occupations journalières comme avant sa maladie. En ce moment elle n'éprouve aucun malaise et toutes les fonctions physiologiques se font normalement.

La partie abdominale de la tumeur n'est perçue que dans l'endroit où elle est fixée à la paroi.

La partie cervicale est considérablement atrophiée.

Madame D. peut être considérée comme guérie.

Elle a 47 ans ; la ménopause rendra bientôt tout nouvel accroissement de la tumeur fibreuse improbable.

L'histoire de cette malade se résume :

1° Fibrôme probablement œdémateux dès le début.

2° Réduction de l'œdème sous l'influence des incisions, de l'ergotine et de l'électricité.

3° Réapparition de l'œdème une fois les incisions cicatrisées.

4° Formation d'un kyste dans la tumeur.

5° Ponction qui amène la suppuration du kyste.

Nous avons exposé ce cas bien que l'intervention n'ait pas amené l'expulsion de la tumeur par la voie naturelle. Il prouve à notre avis que l'œdème, la dégénérescence kystique, constituent des états où on ne peut plus compter sur l'effort expulsif spontané, qui est le complément nécessaire de l'incision. Mais nous croyons que même dans un cas semblable, les entreprises conduites par les voies naturelles et par l'intérieur de la cavité dilatée, sont appelées à rendre de grands services.

Cette malade est débarrassée d'une tumeur au même degré que si on eût pratiqué une amputation sus-vaginale de l'utérus avec fixation du moignon dans la plaie.

Peu importe en effet que l'utérus soit fixé par les bords d'une incision pratiquée sur la paroi ou par la surface d'amputation, du moment que la masse utérine

restante ne constitue plus ni troubles ni gêne et soit insignifiante par son volume.

Nous estimons en plus que la somme des dangers courus a été moins considérable que si on eût fait une laparo-hystérotomie.

On pourra nous objecter que nous avons déterminé l'infection par les incisions ou par la ponction. A cela nous répondrons que l'utérus était déjà le siège d'une ichorrhée, et que l'infection eût pu se produire aussi bien par le traumatisme de la laparotomie que par celui des opérations que nous avons pratiquées (Juin 1888).

QUATRIÈME SÉRIE

Observations où il n'y a eu que dilatation, sans débridement

Nous présentons deux observations.

OBSERVATION N^o XI

M^{me} R. Louise, de Divonne, 46 ans, mariée, trois couches normales, une fausse-couche.

Menstruation régulière jusqu'en 1885. A cette époque les pertes sont devenues tellement abondantes, qu'il n'y avait que deux ou trois jours d'intervalle entre deux périodes. Dysménorrhée très intense. Les hémorrhagies débutent ordinairement par des évanouissements.

Le 17 février 1887, le professeur VULLIET fut appelé en consultation auprès de la malade par le Dr ROLLAND.

M^{me} R. se trouvait dans un état très grave. Elle avait eu dans la journée des accès d'urémie, ainsi que des vomissements caractéristiques de l'obstruction intestinale. Les urines étaient fortement albumineuses.

A l'examen VULLIET confirma le diagnostic du D^r ROLLAND. Ces troubles étaient dus à la compression par une tumeur qui obstruait complètement le bassin, comprimant le rectum et la vessie contre la ceinture osseuse.

Il n'y avait pas moyen d'insinuer le doigt derrière la symphyse pour remonter à la recherche du col luxé en haut et en avant. Le tympanisme empêchait de pratiquer le palper abdominal. En sorte qu'on se trouvait en face d'un cas à peu près inexplorable, et qui demandait une intervention urgente très grave.

L'inutilité des efforts de réduction amena à conclure que la masse était fixée par des adhérences. Néanmoins, il fut décidé d'essayer des irrigations vaginales et rectales et des enveloppements froids sur le ventre.

La malade étant un peu mieux, fut amenée à Genève dans la clinique particulière de VULLIET.

La tuméfaction n'avait cependant pas beaucoup diminué, et il fallait pour sauver la vie de la malade entreprendre une opération, qui se présentait dans de très mauvaises conditions.

Ayant fait anesthésier la malade, VULLIET ne voulut pas opérer sans tenter encore la réduction. Il allait y renoncer quand il lui parut que la tumeur s'était un peu déplacée. Il se remit alors encore une fois à l'œuvre, et,

tout à coup, le fond de l'utérus bascula par-dessus le promontoire en même temps que le col revenait à sa place. La tumeur réduite remontait jusqu'à l'ombilic. Cette réduction transformait la physionomie du cas.

On aurait pu tenter une extirpation par laparotomie, qui ne présentait plus de difficultés spéciales ; VULLIET préféra recourir à la dilatation.

Quand l'utérus fut largement ouvert, il ne put nulle part sentir de tumeur circonscrite. Tout l'organe était hypertrophié, les parois étaient uniformément épaissies.

On était probablement en présence de cette variété de néoplasme que VIRSCHOW range sous le titre d'hyperplasie générale du tissu fibro-musculaire utérin.

VULLIET plaça un anneau d'Hodge pour empêcher une nouvelle rétroversion.

Actuellement cette femme se porte très bien ; son utérus a diminué considérablement de volume.

Dans ce cas, si on n'eût pas réussi à faire la réduction, il eût fallu pratiquer l'amputation sus-vaginale de l'utérus, tandis qu'une fois la réduction faite, la physionomie du cas devint tout autre ; l'urgence d'opérer disparaissait et le tamponnement iodoformé permettait d'amener une diminution considérable de l'hyperplasie et des symptômes qu'elle entraînait.

La dilatation s'est donc substituée dans un cas pareil à une opération qui avait bien des chances d'avoir une issue fatale (Mai 1888).

OBSERVATION N° XII.

M^{me} H. Anna, 33 ans, mariée, nullipare, anémique depuis plusieurs années.

En 1882 elle subit des mauvais traitements de la part de son mari. Coups de pied. Elle ressent depuis des tiraillements continuels dans le ventre. Constipation, nausées fréquentes.

Les menstrues ont toujours été régulières.

Depuis 1883 elle a, en dehors des règles, des pertes aqueuses et des pertes blanches.

Elle est venue à la Polyclinique pour la première fois, en septembre 1887. Elle n'avait jamais consulté.

Etat général. — Personne bien constituée, mais anémique, facies abdominal. Vomissements. Manque d'appétit.

Etat local. — Abdomen proéminent, utérus volumineux, dépassant de quatre travers de doigt l'ombilic, déjeté à gauche. Col utérin normal, fermé, cul-de-sac antérieur relativement libre. Dans le cul-de-sac postérieur on sent un corps rond, à surface égale, lisse, volumineuse. Proéminence dépendant de l'utérus. La sonde entre à 15 centimètres de profondeur.

On procéda à la dilatation au moyen de laminaria et d'éponges préparées, combinés avec le tamponnement iodoformé.

Le tamponnement fut très bien supporté.

Au bout de six jours, on pouvait introduire deux

doigts dans la matrice. On arrivait jusqu'au-dessus de l'orifice interne.

La paroi antérieure à cette hauteur paraissait tout à fait libre. Dans la paroi postérieure on sentait une tumeur convexe, dure, fibreuse, commençant juste au-dessus de l'orifice interne.

Etant seul, je ne pus faire l'abaissement, et, comme la cavité était très profonde (15 cent.) pour pouvoir être explorée avec deux doigts seulement, je continuai la dilatation par l'introduction de onze tampons iodoformés, gros comme une noix.

Le prof. VULLIET ayant dû s'absenter pour un certain temps, et ne voulant pas moi-même me livrer seul à des entreprises chirurgicales, j'abandonnai la dilatation momentanément.

La malade revint au mois de novembre (le 9). En l'examinant je fus étonné de la diminution du néoplasme. La matrice était descendue à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Pensant que ce résultat heureux était peut-être dû au tamponnement intra-utérin iodoformé, je recommençai la dilatation.

9 novembre. Laminaria.

- | | | |
|----|---|--|
| 10 | » | 10 tampons iodoformés dans la partie
corporéale, éponge préparée. |
| 11 | » | 15 tampons iodoformés et grosse éponge
préparée. |
| 12 | » | 19 gros tampons iodoformés sans
éponge. |
| 13 | » | 3 laminaria séparés par des tampons. |

Avant chaque séance de tamponnement, lavage intra-utérin au sublimé.

Au bout de cinq jours la dilatation était de nouveau au point où je l'avais abandonnée la première fois.

Après avoir entretenu ce degré de dilatation pendant quatre semaines, je laissai de nouveau la malade en repos.

Je recommençai une troisième fois la dilatation vers le 15 janvier.

A chacune de ces dilatations, l'utérus se réduit d'une façon notable. Il augmente, il est vrai, de volume vers l'époque des menstrues, mais ensuite il revient aux proportions qu'il avait avant.

Malgré les poussées, il se produit donc une réduction régulière.

La plupart des inconvénients ont disparu. M^{me} H. peut vaquer à ses occupations journalières.

J'ai signalé cette observation bien qu'il n'y ait pas eu ici d'entreprise chirurgicale dans le but d'extirper le néoplasme ; elle semble venir à l'appui de certaines considérations étiologiques sur le fibrôme, considérations que nous avons mentionnées au début de ce travail.

Ce fait n'est pas isolé : chez la plupart des malades soumises au tamponnement, le volume du néoplasme a diminué d'une façon notable.

Le fibrôme semble être en quelque sorte un goître utérin, sur lequel l'iodoforme exerce le même genre d'action que sur le goître cervical.

II. — *Conclusions.*

De nos douze observations il nous est permis de conclure :

1° La méthode VULLIET est applicable toutes les fois qu'il n'existe pas une disproportion notable entre la hauteur de la cavité utérine et les plus grands diamètres de la tumeur.

2° Elle peut amener la guérison radicale du fibrôme lorsqu'il existe du côté périphérique une couche de tissu contractile et lorsque le néoplasme ne présente pas de dégénérescences qui ont altéré sa consistance.

3° Très antiseptiquement conduite, cette méthode peut prendre rang parmi les modes opératoires non dangereux.

4° Elle est conforme aux principes de la chirurgie conservatrice en ce qu'elle ne mutile pas l'utérus, qu'elle n'entraîne pas en un mot la castration utérine.

5° Elle agrandit le cycle des opérations faisables par les voies naturelles.

6° La dilatation exerce une action hémostatique évidente.

7° Le tamponnement iodoformé semble, en tant qu'application topique, entraîner une réduction durable du néoplasme.



La Faculté de Médecine, après avoir lu la présente thèse, en autorise l'impression, sans entendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui s'y trouvent énoncées.

Genève, le 28 Septembre 1889.

Pour le Doyen de la Faculté,

D^r-Prof. LASKOWSKI.
