

l'autre de ces infiltrations¹, lorsque les travées qui séparaient les petites cellules de l'œdème se sont détruites. Il n'y a pas alors de parois distinctes à ces kystes, simplement constitués par des lacunes, au sein du tissu de la tumeur.

D'autres tumeurs fibro-kystiques ont une origine très différente et appartiennent à une espèce anatomo-pathologique spéciale. Les kystes ont pour origine des cavités préformées, dilatations des vaisseaux lymphatiques, comparables à celles qui atteignent parfois les vaisseaux sanguins. Le liquide qu'elles contiennent est limpide et se coagule au contact de l'air. C'est ce que Leopold a appelé les **myomes lymphangiectasiques**². Il faut noter que cette origine lymphatique de certaines tumeurs kystiques de l'utérus avait déjà été nettement formulée par Kœberlé³. Leur formation semble résulter du développement d'une partie de la tumeur sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, qu'elle comprime dans le ligament large. On a pu démontrer, à la surface interne des kystes lymphangiectasiques, un revêtement endothélial qui les distingue de simples cavités ou géodes, formées dans son épaisseur par ramollissement du néoplasme ou par apoplexie. On a observé des formes mixtes, à la fois télangiectasiques et lymphangiectasiques⁴.

Il faut se garder de confondre avec les tumeurs fibro-kystiques de l'utérus, soit des kystes ovariens intra-ligamentaires très adhérents à cet organe, soit les accumulations de sérosité qu'on trouve parfois autour de la matrice dans certains cas de pelvi-péritonite. L'erreur paraît avoir été commise plus d'une fois.

Enfin, certains **pseudo-kystes** sont formés par des foyers de désintégration moléculaire granulo-graisseuse, qui peuvent se produire au centre de grosses tumeurs, où la nutrition est entravée. La mortification ne peut pas y être suivie de gangrène, à cause de l'absence de germes : c'est donc une *nécrobiose* qui se produit, avec formation de masses molles, phymatoïdes, qui, plus tard, tombent en déliquescence et constituent des cavités ou géodes, pleines d'une bouillie plus ou moins liquide. Des épanchements sanguins viennent souvent augmenter les dimensions de ces faux kystes et en délayer le contenu⁵. On a pu voir la rupture de ces foyers se faire dans l'utérus. Dans des

¹ OSKAR SCHREDER. *Ueber Cysto-fibroide des Uterus*, Strasbourg, 1875. — LEBEC. *Étude sur les tumeurs fibro-kystiques de l'utérus*, thèse de Paris, 1880.

² FERLING et LEOPOLD. *Arch. f. Gyn.*, 1875, Bd. VII, p. 531.

³ KÖBERLÉ. *Gaz. hebdom.*, févr. 1869, p. 120, 155 et 165.

⁴ W. MÜLLER. *Beitrag zur Kenntniss der cystoiden Uterustumoren* (*Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXX, Heft 2, p. 249).

⁵ L. CHAMPIONNIÈRE (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1889, p. 196) a observé un corps fibreux, au centre duquel il s'était produit de la sorte une collection qu'il compare à une hématoécèle.

Myomes
lymphangiectasiques.

Pseudo-kystes.

cas rares, l'oblitération de l'orifice utérin se produit sous l'influence de l'élongation du col, de la rotation partielle, ou d'un certain degré d'inflammation, et on se trouve en présence d'une hématométrie spéciale. Meredith¹ en a rapporté un exemple remarquable, guéri par l'hystérectomie supra-vaginale; la masse morbide pesait 15 livres et contenait 5 livres de sang. Dubreuil² a ponctionné et drainé, chez

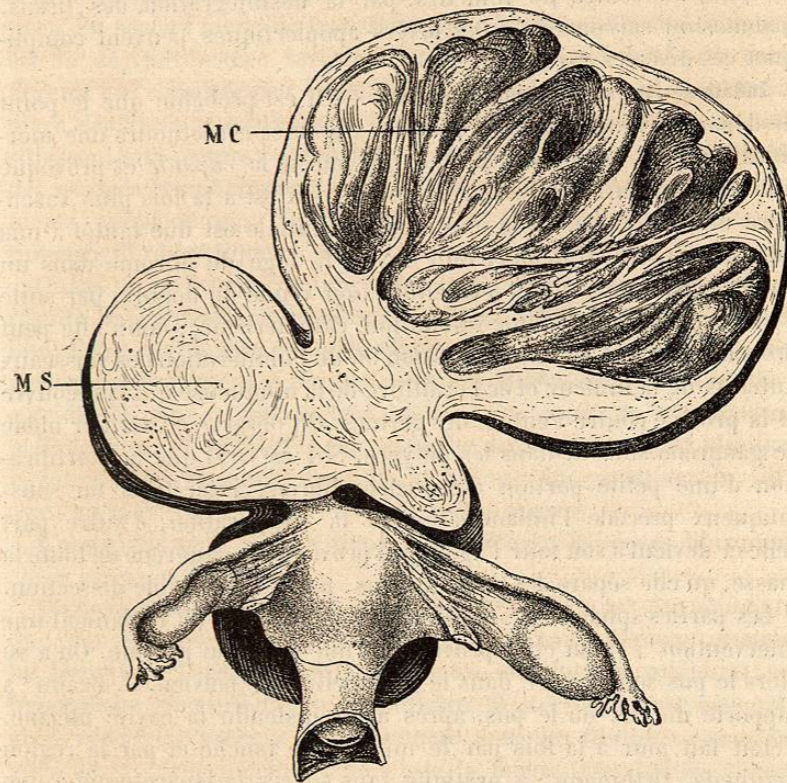


Fig. 141. — Corps fibreux pédiculé à évolution abdominale.
M S. lobe fibreux; M C. lobe fibro-kystique (Schröder).

une femme de 65 ans, une hématométrie simulant un corps fibro-kystique, due à l'oblitération du col d'un utérus, contenant des corps fibreux. Cette opération incomplète a été suivie de mort. Tillaux³ a publié sous le nom d'*utérus kystique* un fait très analogue, guéri par l'hystérectomie abdominale. — Il s'agit généralement dans ces cas-là de femmes âgées, le col ayant une tendance à se rétrécir et même à s'oblitérer, sous l'influence de l'atrophie sénile.

¹ W. A. MEREDITH. *Trans. of the obstetr. Soc. of London*, 2 nov. 1887, p. 422.

² DUBREUIL. *Hématométrie* (*Revue de chir.*, août 1889, p. 677).

³ P. TILLAUX. *Utérus kystique*, etc. (*Annal. de gyn.*, juill. 1889, t. XXXII, p. 1).

En résumé, on voit qu'au point de vue anatomique les tumeurs *myo-* ou *fibro-kystiques* ne constituent pas un groupe naturel. Elles peuvent avoir pour origine : 1° des espaces clos, résultant de la dilatation des lymphatiques, ou lymphangiectasies (Kœberlé, Leopold) ; 2° des infiltrations œdémateuses (Oskar Schröder) et myxomateuses (Virchow), arrivées à leur dernier terme ; 3° des lacunes ou géodes formées, au centre de tumeurs, par la désintégration des tissus, myomes ou sarcomes. — Des foyers apoplectiques peuvent compliquer ces diverses variétés.

Inflammation,
suppuration,
gangrène.

Inflammation, suppuration, gangrène. — Il est probable que le point de départ de l'inflammation dans les fibromes est toujours une mortification plus ou moins étendue, qui infecte la *capsule* et provoque une suppuration dans cette zone où le tissu est à la fois plus vasculaire et plus lâche. Cette mortification initiale est due tantôt à une intervention chirurgicale, ayant ouvert la loge du fibrome dans un but thérapeutique, tantôt à une infection venue du dehors, par suite d'une exploration septique (dilatation, cathétérisme) ; enfin elle peut provenir à la fois de la compression ou de l'oblitération des vaisseaux nutritifs de la tumeur et de l'éraillure de la muqueuse qui la recouvre et la protège contre l'entrée des germes. On observe ce dernier mode de gangrène surtout dans les polypes. S'il est vrai que la mortification d'une petite portion d'un corps fibreux interstitiel ou sous-muqueux précède l'inflammation et la suppuration, d'autre part celle-ci devient à son tour l'agent qui provoque la gangrène de toute la masse, qu'elle sépare des tissus voisins, par une véritable dissection.

Les parties sphacélées s'éliminent spontanément ou réclament une intervention¹ ; sinon elles provoquent une infection putride. On a vu alors le pus se répandre dans le tissu cellulaire pelvien. G. Braun² a rapporté un cas où le pus, après avoir distendu la cavité utérine, s'était fait jour à la fois par le museau de tanche et par la région inguinale. Orthmann³ a pratiqué sans succès la laparotomie à une femme chez laquelle un corps fibreux suppuré avait perforé la paroi postérieure de l'utérus et provoqué une péritonite.

Dégénérescence
cancéreuse.

Dégénérescence cancéreuse. — Un corps fibreux peut-il devenir le point de départ d'un cancer ? Simpson avait soutenu que l'irritation causée par la présence d'un corps fibreux faisait une sorte d'appel à la néoplasie maligne ; nous exprimerions aujourd'hui la même idée, en disant que cette présence constitue un *locus minoris resistentiæ*,

¹ DEMARQUAY et SAINT-VEL. *Maladies de l'utérus*, Paris, 1876, p. 158. — F. LANGE. *Annals of Surgery*, oct. 1886, t. IV, p. 505.

² G. BRAUN. *Zur Behandl. der Uterusfibrome* (*Wien. med. Zeitschr.*, 1867, n° 100 et 101).

³ ORTHMANN. *Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 757.

occasionnant la détermination locale de la diathèse. Les recherches récentes ont permis de préciser davantage le processus. Il est probable¹ que, dans certains cas, c'est l'inflammation chronique concomitante de la muqueuse, qui amène d'abord une prolifération des glandes ; celle-ci, passe de la forme typique (adénome) à la forme atypique (épithélioma). Wahrendorff² a recueilli, à la clinique de Schröder, quatre observations de ce genre qui paraissent démonstratives. Un second mode de transformation du corps fibreux en cancer est la dégénérescence sarcomateuse de la trame même du corps fibreux qui s'infiltré peu à peu de cellules arrondies qui prennent la place des fibres musculaires³. Il est possible que ces *myo-sarcomes* subissent eux-mêmes la transformation kystique, soit par distension des espaces lymphatiques, soit par ramollissement et par épanchements apoplectiques. On a alors une variété sarcomateuse des tumeurs fibro-kystiques.

Quant à la transformation d'un corps fibreux en carcinome, il résulte de l'enquête poursuivie à ce sujet par Gusserow, qu'elle est loin d'être démontrée. Les observations qui en ont été citées se rapportent généralement à des cas où le carcinome a envahi l'utérus à côté du fibrome, ce qui est très différent aux points de vue anatomopathologique et pathogénique, quoique très analogue en clinique. Liebman⁴ en a récemment publié un cas qui lui paraît certain : il y avait en même temps un cancer des deux ovaires.

L'association de l'épithélioma cervical avec les corps fibreux du corps est assez fréquente.

Lésions voisines et éloignées. — Wyder et v. Campe⁵ ont démontré que, dans presque tous les cas où il existe un corps fibreux, on trouve les lésions de l'endométrite, la muqueuse de l'utérus subissant une hyperplasie interstitielle ou glandulaire. Wyder⁶ a observé que celle-ci se rencontre presque exclusivement dans les fibromes assez éloignés de la cavité utérine, tandis que la forme interstitielle accompagne les fibromes à proximité de la muqueuse ; on observe parfois dans ce cas la forme mixte (*endometritis fungosa*, de Olshausen). Ces lésions rendent bien compte des hémorrhagies symptomatiques des corps fibreux.

Lésions voisines
et éloignées.

Muqueuse
de l'utérus
et des trompes.

¹ SCHRÖDER. *Mal. des org. gén. de la femme*, trad. franç., 1886, p. 258.

² E. WAHRENDORFF. *Fibromyome und Carcinome des Uterus*. Inaug. Dissert., Berlin, 1887.

³ VOIR ALB. DORAN. *Myoma of the uterus becoming sarcomatous* (*Transact. path. Soc.*, Londres, mai 1890).

⁴ C. LIEBMAN. *Ein Fall von Myocarcinom des Uterus* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 17, p. 291).

⁵ WYDER. *Beiträge zur normalen und path. Histol. der Uterusschleimhaut* (*Arch. f. Gyn.*, 1878, Bd. XIII, p. 35). — V. CAMPE. *Verhandl. der Berlin. Gesellsch. f. Geb. und Gyn.*, janv. 1884 (*Zeitschr. f. Geb. und Gynäk.*, 1884, Bd. X, p. 551).

⁶ WYDER. *Die Mucosa Uteri bei Myomen* (*Arch. f. Gynäk.*, 1887, Bd. XXIX, p. 58).

Il est certain qu'il existe souvent, en pareil cas, une *endosalpin-gite* par propagation : on a, en effet, assez souvent constaté dans les opérations d'hystérectomie ou de castration pour fibromes, que les trompes étaient fluxueuses et pleines de sang. Röse¹, dans le cours d'une opération de myomotomie, a trouvé un de ces hématomes de la trompe tellement aminci que sa perforation était imminente; et il trouve donc logique de faire entrer ce fait en ligne de compte parmi les indications opératoires.

Foie. Bantock² a souvent rencontré le foie gras chez les malades affectées de gros corps fibreux, et il attribue cette lésion à la présence de la tumeur; il y a là, d'après lui, une cause fréquente d'insuccès après les laparotomies.

Reins. Les corps fibreux, en comprimant les uretères, produisent souvent de graves désordres du côté des reins : pyélite, pyélo-néphrite, hydro-néphrose³. J'insisterai plus loin sur ces accidents, très comparables à ceux qui se rencontrent dans les cas de cancer. On les observe surtout lorsque le fibrome présente un développement pelvien.

Cœur. Les lésions du cœur, qui surviennent dans toutes les tumeurs abdominales volumineuses⁴, se rencontrent très souvent comme complication des fibromes utérins. Elles paraissent parfois liées à l'altération rénale (selon le mécanisme indiqué par Traube), mais souvent on ne peut invoquer cette corrélation. L'hypertrophie, avec ou sans dilatation des cavités ou altération consécutive de la fibre, se produit alors, sans doute, par un processus analogue à celui qui amène l'hypertrophie, durant la grossesse. Quant à la dégénérescence ultérieure du cœur, elle est grandement favorisée par l'état d'anémie et de cachexie de certains sujets. On a signalé deux sortes de dégénérescences de la fibre cardiaque : l'*altération grasseuse* et l'*atrophie brune* du myocarde (Hofmeier). Sébilleau⁵ a tout récemment encore insisté sur la dilatation ou l'hypertrophie du cœur gauche, et plus rarement du cœur droit, dans les grosses tumeurs de l'abdomen. Nous reviendrons un peu plus loin sur ce sujet.

¹ E. RÖSE. *Ueber die Nothwendigkeit der Myomoperationen* (Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1887, Bd. XXV, Heft 4 et 5, p. 456).

² BANTOCK. *Brit. gynec. Journ.*, 1887, vol. II, p. 84.

³ S. POZZI. *De la valeur des altérat. des reins pour les indications de l'hystérectomie* (Ann. de gynec., juill. 1884, t. XXII, p. 1).

⁴ HOFMEIER. *Zur Lehre von Shock* (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1885, Bd. XI, p. 566). — BEDFORD FENWICK. *On intra-abdominal tumours as a cause of cardiac degeneration* (Brit. gynec. Journ., mai 1887, vol. II, p. 72).

⁵ SÉBILLEAU. *Le cœur et les grosses tumeurs de l'abdomen* (Revue de chir., 1888, p. 284, 369).

CHAPITRE II

SYMPTÔMES, DIAGNOSTIC, ÉTIOLOGIE DES CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS

Symptômes rationnels : Hémorrhagies. Leucorrhée. Hydrorrhée. Douleurs. Phénomènes de compression. Vessie. Rectum. Uretères. Affections du cœur. — Signes physiques : Grossesse fibreuse. Tumeur. — Diagnostic. Division des C. F. en vue du diagnostic. Diagnostic des C. F. du type métritique avec : Métrite hémorrhagique. Grossesse. Avortement. Cancer du corps. Inflammations des annexes. Antéflexion. Rétroflexion. Tumeurs fécales. — Diagnostic des C. F. du museau de tanche avec : Inversion utérine. Polype du corps. — Diagnostic des C. F. sous-muqueux du corps avec : Polype. Grossesse. Cancer du corps. — Diagnostic des polypes du corps avec : C. F. sous-muqueux, C. F. du col. Inversion utérine. Cancer. — Diagnostic des C. F. sous-péritonéaux pédiculés avec : Kystes de l'ovaire. Grossesse. Reins flottants. Cancer du péritoine. — Diagnostic des C. F. sous-péritonéaux sessiles avec : Grossesse. C. F. pédiculés. — Diagnostic des C. F. inclus dans le ligament large ou intra-ligamentaires (variété abdominale) avec : Tumeurs de l'os iliaque, Kystes parovariens. Tumeurs enkystées des trompes. Kystes de l'ovaire. — Diagnostic des C. F. pelviens avec : Rétroflexion. Hématocèle. Péri-et paramérite. — Souffle utérin. Ascite. Kystes concomitants. Prolapsus génital symptomatique. Inversion utérine symptomatique. Éventration. Hernie du fibrome. — Marche et pronostic : Influence de la ménopause, de la grossesse. C. F. à marche galopante. Expulsion spontanée. Énucléation. Mortification. Résorption. Stérilité. Causes de la mort. — Étiologie.

Les signes des corps fibreux sont de deux sortes : 1° les symptômes rationnels, qui reproduisent le *syndrome utérin*, tel que je l'ai décrit précédemment (Liv. III, Chap. III), avec quelques particularités spéciales et avec prédominance du symptôme hémorrhagie; 2° les signes physiques provenant de la tumeur.

1° Signes rationnels. — Les développements dans lesquels je suis entré plus haut pour le *syndrome utérin* me permettent d'abrégé ce qui a trait à cette description. Les hémorrhagies s'accusent ici d'une façon tout à fait spéciale et deviennent le symptôme prédominant dans la majorité des cas. Elles revêtent la forme *ménorrhagique* ou *métrorrhagique*, c'est-à-dire surviennent au moment des règles ou dans l'intervalle. Elles sont intimement liées, comme Wyder l'a montré, aux lésions de métrite interstitielle qui accompagnent toujours les corps fibreux peu éloignés de la muqueuse; la métrite

Symptômes
rationnels.
Hémorrhagies.