

niveau du col, simule le pédicule¹. On a expressément noté, comme pouvant mettre l'opérateur en garde, la très grande sensibilité de la tumeur formée par l'utérus; mais c'est un symptôme inconstant. Du reste, le cathétérisme utérin, le toucher rectal combiné avec le cathétérisme vésical, la palpation bi-manuelle pendant l'anesthésie, permettront de reconnaître l'inversion de l'utérus, si elle existe.

Cette recherche sera toutefois difficile pour les polypes énormes remplissant tout le vagin, dépassant même la vulve, et ayant occasionné une sorte de dislocation de l'utérus. Ces polypes peuvent parfois contracter des adhérences avec les parois vaginales, y provoquer des ulcérations, se sphacéler eux-mêmes en partie; enfin, par la rétention de liquides décomposés qui se fait au-dessus d'eux, dans le vagin obstrué, ils provoquent une résorption putride continue qui altère l'état général. Aussi l'interrogatoire et les signes rationnels pourraient-ils au début faire confondre ces cas avec un cancer, erreur que rectifiera bien vite l'examen local.

III. Diagnostic des corps fibreux à évolution abdominale. — A. Sous-péritonéaux pédiculés. — L'utérus est ici entièrement distinct de la tumeur dont les mouvements peuvent ne pas se transmettre au doigt placé sur le col (fig. 155). Celui-ci est généralement élevé. Il n'y a ordinairement pas de métrorrhagie; la cavité utérine peut rester normale.

Les kystes de l'ovaire sont les productions qu'on peut le plus facilement confondre avec ces corps fibreux. La fluctuation du kyste serait pathognomonique; on ne devra pas la confondre pourtant avec la mollesse de certains fibromes œdématisés. En outre, dans les kystes petits et très tendus ou multiloculaires, à petites cavités aréolaires, elle peut être fort difficile à apprécier; il suffit souvent, pour lever les doutes, de l'examen sous le chloroforme. Dans les cas de tumeurs fibro-kystiques, on trouve généralement des parties dures et bosselées, à côté des points fluctuants.

Une autre considération importante est celle de la lenteur du développement d'un corps fibreux, comparé à la rapidité de celui des tumeurs kystiques. Toutefois, il y a, selon la remarque de Thornton², certains corps fibreux pédiculés qui se développent si rapidement et donnent lieu à si peu de réaction du côté de l'utérus, que la confusion est facile et que « dans toute ovariectomie, on doit être préparé à faire une hystérectomie ».

La ponction exploratrice dont on abusait, il y a quelques années, doit être radicalement proscrite. Elle expose à des accidents sérieux: épanchement dans la cavité abdominale en cas de kyste, hémorrha-

¹ GOSSELIN. *Clin. de l'hôpital de la Charité*, 1879, t. III, p. 105.

² KNOWSLEY THORNTON. *Lancet*, 1886, t. II, p. 211, 811, 859.

gie interne, thrombose ou embolie en cas de fibrome; parfois péritonite plus ou moins étendue.

Harsha¹, d'après un cas de tumeur fibro-kystique de l'utérus où il a observé nettement des contractions de la paroi musculaire du kyste, a proposé, pour faire le diagnostic, d'endormir la malade au moment de ses règles — période la plus propice à cette exploration — et de constater alors les contractions de la tumeur, sous l'influence de la percussion.

Jones² a signalé une condition exceptionnelle où l'utérus gravide peut simuler un corps fibreux pédiculé. Dans quatre observations qui font la base de son mémoire, l'utérus formait une tumeur du volume du poing, ronde, dure, mobile, située entre la symphyse et l'ombilic, et donnait la sensation d'une masse reliée, par un long pédicule, à un organe pelvien. La pression exercée sur la tumeur n'agissait que faiblement sur le col; pas de fluctuation; le cathétérisme utérin, fait avant d'avoir reconnu la grossesse, donnait une hauteur de 12 centimètres environ. L'auteur attribue cet état spécial de l'utérus gravide à l'absence de sécrétion du liquide amniotique; le fond de l'utérus, siège habituel de l'insertion de l'œuf, serait alors devenu globuleux, tandis que le segment inférieur serait resté flasque; de là, une fausse sensation de pédiculisation. Il est bien plus probable qu'il s'agissait d'un début de grossesse chez des femmes ayant une hypertrophie de la portion sus-vaginale du col. Une courte expectation permettrait, du reste, aux doutes de se dissiper.

Les reins flottants seront reconnus à leur forme et à l'absence totale de connexions avec l'utérus.

Les masses cancéreuses, en gâteaux, formées par la dégénérescence du grand épiploon, dans les cas de cancer du péritoine, peuvent égarer le diagnostic, si certaines connexions paraissent les relier à l'utérus. Mais l'ascite sanguinolente, la forme et la dissémination des tumeurs, la cachexie, les phénomènes concomitants, l'intégrité de l'utérus révélée par le cathétérisme et la palpation bi-manuelle, seront des garanties contre une longue hésitation.

B. Corps fibreux sous-péritonéaux, sessiles libres (non inclus dans le ligament large). — Le diagnostic différentiel est le même que pour les cas précédents, avec les autres tumeurs abdominales. Un diagnostic souvent très difficile est celui de la grossesse, compliquant un corps fibreux sous-péritonéal sessile. L'analyse exacte des symptômes, la recherche attentive de ceux qui caractérisent la présence d'un

¹ W. M. HARSHA. *Interstitial fibrocyst of the uterus, laparotomy* (*Amer. Journ. of obstet.*, 1887, t. XX, p. 52).

² H. JONES. *An unusual condition of the uterus in the early months of pregnancy* (*Edinb. med. Journ.*, mars 1888, vol. XXXIII, 2^e part., p. 790).

Cancer.

Diagnostic
des corps fibreux
sous-périto-
néaux
pédiculés avec :

Kystes
de l'ovaire.

Grossesse,
avec éloungation
du col.

Reins flottants

Cancer
du péritoine.

Diagnostic
des corps fibreux
sous-périto-
néaux sessiles
libres avec :
Grossesse.

fœtus, ne pourraient rester sans résultat que pendant les premiers mois.

C. F. pédiculés.

On distinguera les fibromes de cette variété des **corps fibreux pédiculés**, par leur plus grande solidarité avec l'utérus. On sentira par la palpation bi-manuelle que la tumeur et la matrice ne font qu'une seule et même masse. Il sera en même temps facile de se rendre compte du degré d'envahissement de la partie inférieure de l'utérus : intacte, quand le développement s'est fait au-dessus de l'insertion des annexes, elle est englobée dans la tumeur, dans le cas contraire. La masse est alors tout à fait immobilisée, au milieu du petit bassin, et on ne peut lui imprimer aucun mouvement de latéralité; mais, on sent par la palpation bi-manuelle que les fosses iliaques sont libres, ce qui distingue cette variété de la suivante.

Diagnostic des corps fibreux inclus dans le ligament large (variété abdominale) avec :

C. Corps fibreux inclus dans le ligament large, ou intra-ligamentaires. — **Variété abdominale.** — Ici, le développement de la tumeur a été surtout latéral, et elle a dédoublé les feuillets du ligament large. Ordinairement la tumeur est déjetée dans une des fosses iliaques qu'elle remplit et où elle est immobilisée. Par le toucher et la palpation combinés, on parvient à en déterminer plus ou moins facilement les connexions avec l'utérus; du reste, ce n'est généralement qu'un des lobes du fibrome qui est intra-ligamentaire, une portion étant entre les ligaments et une autre restant encore au-dessus d'eux. Mais ce qui autorise cette dénomination de la tumeur, c'est son caractère de gravité et les indications thérapeutiques spéciales qui en dérivent.

Il est exceptionnel que ces fibromes donnent lieu à des incertitudes de diagnostic, au point de vue de leur existence. Tout au plus, avant un examen complet, pourrait-on songer parfois à une **tumeur de l'os iliaque**. Mais l'hésitation ne sera pas de longue durée.

Tumeurs de l'os iliaque.

Kystes parovariens.

Les **kystes parovariens** et inclus dans le ligament large seront reconnus à leur fluctuation.

Tumeurs enkystées des trompes.

Les **tumeurs enkystées des trompes**, en particulier les hydro-et hémato-salpinx, sont souvent d'un diagnostic très difficile à cause de l'adhérence de la tumeur à la face postérieure ou aux côtés de l'utérus et de la difficulté de percevoir la fluctuation. L'étude des anamnestiques et le cathétérisme utérin, montrant qu'il n'y a pas de *grossesse fibreuse*, sont les principaux éléments de diagnostic.

Diagnostic des corps fibreux pelviens avec :

C'. Variété pelvienne. — La caractéristique de cette variété est le développement du néoplasme, pour ainsi dire, dans l'épaisseur du plancher pelvien, entre les organes qui y sont attachés, avec tendance à s'infiltrer entre les interstices qui les séparent plutôt qu'à se détacher du corps de l'utérus, pour s'élever dans la cavité abdominale (fig. 158, B). Il en résulte, cliniquement, des accidents graves de compression, et, au point de vue opératoire, des difficultés extrêmes.

Le point de départ de ces tumeurs est toujours dans la portion *sous-séreuse* de la surface de l'utérus, c'est-à-dire dans la partie sus-vaginale du col. Quand ils naissent antérieurement, dès leur début, et alors qu'ils n'ont encore qu'un volume très médiocre, à peine appréciable à l'exploration, ils peuvent déterminer des troubles graves du côté de la vessie : dysurie, rétention d'urine. C'est aussi dans cette variété qu'on observe surtout les douleurs intenses dues à des compressions nerveuses et des accidents d'obstruction intestinale.

Le toucher vaginal et rectal, combinés avec la palpation, indiquent leurs connexions étroites avec les organes du petit bassin. Les culs-de-sac vaginaux sont effacés, parfois déprimés : le col lui-même peut avoir presque disparu, absorbé, pour ainsi dire, par la néoplasie. Tout autour de l'orifice qui, dans les cas extrêmes, représente désormais seul le museau de tanche, on sent des masses dures, mamelonnées, dépendant de l'utérus, et que la pression ne peut déplacer. Ce dernier signe différencie le corps fibreux pelvien initial du corps fibreux, à immigration pelvienne par **rétroflexion** de l'utérus. Cette dernière variété, qui peut produire les mêmes accidents de compression et donner des sensations analogues au toucher, n'est pas invinciblement enclavée (à moins d'adhérences consécutives) dans l'excavation. En faisant placer la femme dans la situation genu-pectorale et en exerçant par le vagin et par le rectum une pression sur la masse morbide, on sent qu'elle se déplace et on parvient généralement à la refouler au-dessus du détroit supérieur.

Rétroflexion.

L'**hématocèle**, les **noyaux inflammatoires péri-utérins**, les **collections enkystées des trompes** seront reconnus par les commémoratifs du début et la marche de la maladie. Ce diagnostic, parfois très difficile, a donné lieu à de nombreuses erreurs. Le traitement dit *médical* des corps fibreux lui est redevable d'une notable partie de ses succès.

Hématocèle, noyaux d'inflammation péri-utérine, tumeurs enkystées des trompes.

Avant de terminer cette description clinique, je signalerai quelques **symptômes** plus rarement observés.

Symptômes rares :

Il est un phénomène commun à toutes les tumeurs solides qui compriment les gros vaisseaux de l'abdomen : le bruit de souffle intermittent, dit **souffle utérin** dans la grossesse; il n'a aucune valeur pour le diagnostic. S'il manque dans les tumeurs ovariennes, c'est lorsque la fluctuation de celles-ci ne permet pas de doute : on le rencontre, au contraire, dans les tumeurs solides de l'ovaire.

Souffle utérin.

Dans les fibromes télangiectasiques, il peut y avoir du côté des ligaments larges un foyer distinct de bruit de souffle doux, continu, à redoublements, ressemblant à celui d'un anévrisme artérioso-veineux, et, comme lui, accompagné de *thrill*. J'en ai observé un exemple.

L'**ascite** est rare dans les corps fibreux. Toutefois, elle peut se montrer dans les cas de tumeurs très mobiles et aussi dans ceux où

Ascite.

elles subissent une dégénérescence par torsion du pédicule; enfin, on peut l'observer chez les sujets cachectiques, présentant des tumeurs qui chez d'autres malades ne l'auraient certainement pas produite. Je l'ai observée, dans ces conditions, chez une aliénée que l'hystérectomie a guérie; son état mental a été, du même coup, amélioré.

L'ascite hémorrhagique est un symptôme presque constant de tumeur maligne, et sa présence devrait faire formuler des réserves sur la nature de la tumeur. J'ai signalé plus haut (p. 240) l'ascite chyleuse, à titre de rareté.

Kystes concomitants.

J'ai remarqué la très fréquente coexistence des kystes séreux du ligament large avec les gros fibromes à évolution abdominale; il y a là, je crois, plus qu'une rencontre fortuite, et le mouvement nutritif exagéré résultant de la grosseur fibreuse doit favoriser le développement de ces kystes, aux dépens des vestiges du corps de Wolff qui sommeillent dans le parametrium.

Prolapsus génital symptomatique.

L'abaissement de l'organe que produisent certaines grosses tumeurs utérines peut donner lieu à un prolapsus génital. Le même fait s'observe, du reste, avec quelques tumeurs ovariennes.

Inversion utérine symptomatique.

L'inversion de l'utérus peut être exceptionnellement produite par des polypes ou des corps fibreux sous-séreux.

Éventration

Un accident assez rare, mais dont j'ai vu un exemple et qui a été l'objet d'une thèse inédite de Düll dont Schröder¹ a donné l'analyse, est l'écartement de la ligne blanche et l'éventration, poussée au point de permettre la formation d'une sorte de sac herniaire, en forme de besace, où le gros corps fibreux, généralement pédiculé, se trouve logé. Dans le cas que j'ai observé, il s'agissait d'une femme âgée, qui portait depuis plusieurs années cette singulière hernie, plus grosse que la tête. Elle offrait un véritable collet, si bien que toute réduction était impossible; la poche était amincie et reposait sur les cuisses. Dans un cas mentionné par Düll, la mort survint par mortification de la poche.

Marche et pronostic.

Marche et pronostic. — La très grande majorité des corps fibreux ne donne lieu qu'à des phénomènes vagues et sont souvent méconnus. Alors même qu'ils ont causé des troubles sérieux durant la période de l'existence génitale de la femme, la plupart ont une tendance naturelle à s'atrophier ou tout au moins à diminuer de volume par une sorte de travail d'involution et d'induration, au moment de la ménopause; le même effet peut être produit par une grosseur. Cette règle n'est pourtant pas absolue. D'une part, il est un certain nombre de tumeurs dont la marche vraiment galopante, ainsi que je l'ai

Influence de la ménopause, de la grossesse.

Corps fibreux à marche galopante.

¹ DÜLL. Thèse d'Erlangen, 1872, anal. dans SCHRÖDER. *Mal. des org. gén.*, trad. franç., p. 244.

qualifiée¹, amène la mort de la malade, non pas tant par l'hémorrhagie que par le développement exagéré de la masse morbide et par les phénomènes de compression et de dénutrition qui en résultent. Il en est ainsi de la généralité des tumeurs fibro-kystiques, et aussi de quelques simples fibro-myomes. D'autre part, quelques tumeurs à marche moins rapide n'en continuent pas moins à croître indéfiniment; après l'âge critique² cette époque se trouve alors, du reste, le plus souvent, notablement retardée³.

On pourrait dire que l'évolution naturelle des fibromes tend à en amener l'expulsion hors des parois de l'utérus, soit vers l'extérieur, soit vers la cavité péritonéale; cet effort est traduit par la pédiculisation qui se produit dans ces deux sens. A la vérité, le but est parfois atteint quoique de pareils faits soient la grande exception. On observe encore assez souvent, toutefois, l'accouchement d'un polype, après rupture du pédicule, sous l'influence de fortes contractions utérines⁴, ou même par l'effet de la pesanteur et de l'amincissement des liens d'attache. Un effort de défécation ou de vomissement suffit alors pour amener l'expulsion du polype⁵. La rupture de la capsule d'un corps sous-muqueux peut s'accomplir dans des conditions analogues et donner lieu à une véritable énucléation spontanée. Elle est parfois précédée d'une période de douleurs et d'hémorrhagies⁶, d'autres fois elle se fait subitement, pendant un effort ou même une exploration⁷; on l'a vue succéder à l'accouchement et au retrait consécutif de l'utérus⁸.

Expulsion spontanée.

Un processus analogue à celui qui amène la rupture du pédicule des polypes sous-muqueux peut libérer aussi les corps fibreux pédiculés sous-séreux⁹. La tumeur reste alors greffée en un point où elle avait primitivement contracté des adhérences, ou bien elle demeure libre dans le péritoine et y subit une sorte de momification.

Énucléation spontanée.

Un autre mode d'expulsion spontanée beaucoup plus grave se produit par la mortification du fibrome: la tumeur sphacélée tend à se faire jour vers l'extérieur. Parfois, elle s'élimine vers la cavité

Mortification.

¹ S. POZZI. *De la valeur de l'hystérotomie*, etc., 1875, p. 20.

² E. ROSE. *Ueber die Nothwendigkeit der Myomoperationen* (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1887, Bd. XXV, Heft 4 et 5, p. 456).

³ C. SCHORLER. *Ueber Fibromyome des Uterus* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1884, Bd. XI, p. 155).

⁴ WHITEFORT. *Glasgow med. Journ.*, août 1872.

⁵ ROUTH. *Brit. med. Journ.*, 1864, t. II, p. 29 et suiv. — MARCHANT. *Virchow's Arch.*, 1876, t. LXVII, p. 206.

⁶ BERDINEL. *Arch. de tocol.*, 1876, t. III, p. 249.

⁷ MENDÉ (Soc. obst. de New-York, 6 juin 1886) a présenté une pièce provenant de l'énucléation spontanée d'un fibrome qui ne pesait pas moins de deux livres.

⁸ ANDERSON a observé l'élimination spontanée d'un corps fibreux de la grosseur d'un œuf, sans hémorrhagie, trois jours après l'accouchement (*Hygiea*, Stockholm, août 1887).

⁹ SIMPSON. *Obstetrical works*, t. I, p. 716. — TURNER. *Edinb. med. Journ.*, janv. 1861, t. VI, 2^e part., p. 696.

utérine, et tout peut bien se passer malgré les dangers d'infection putride. Tantôt elle perfore un organe voisin, la vessie¹, ou le cul-de-sac de Douglas², ou même la paroi abdominale. Les deux premières voies amènent presque fatalement la mort; la dernière peut aboutir à la guérison, comme dans une observation de Dumesnil³.

Résorption.

Enfin, la **résorption** ou régression de la tumeur peut se produire, comme je l'ai dit plus haut, après une grossesse⁴ ou même après la ménopause⁵. Mais, dans cette dernière circonstance, il y a plutôt induration et diminution considérable que disparition véritable.

Stérilité.

Les corps fibreux sont certainement une cause de **stérilité**: toutefois la fécondation peut avoir lieu et même la grossesse suivre son cours normal.

Causes de la mort.

La **terminaison mortelle** peut être amenée lentement par l'anémie profonde que produisent des hémorragies répétées, par des poussées successives de **péritonite chronique**, par des lésions rénales et l'**urémie** qu'elles entraînent, par une complication cardiaque et l'**asystolie**. Elle peut aussi survenir rapidement par une **péritonite aiguë** due à la rupture d'un kyste ou causée par la gangrène et l'inflammation de la tumeur, propagée, avec ou sans perforation, à la séreuse voisine. Une **septicémie mortelle** peut avoir pour origine la gangrène d'un corps fibreux sous-muqueux. Enfin, la mort subite a été observée à la suite d'**embolies**⁶; c'est surtout dans les tumeurs fibro-kystiques avec **télangiectasie** que cette terminaison est à redouter. Il faut noter que des ponctions exploratrices semblent la favoriser, en provoquant des thromboses dans les gros sinus veineux. On a aussi observé la mort presque immédiate, par **shock**, à la suite de la rupture intra-abdominale de tumeurs fibro-kystiques⁷.

Étiologie.

Étiologie. — Malgré les recherches patientes qui ont été faites à ce sujet⁸, on ne sait rien de positif sur les causes efficientes des corps fibreux. Tout au plus peut-on donner quelques indications sur

¹ F. GUYON. *Des tumeurs fibreuses de l'utérus*, 1860, p. 65.

² DEMARQUAY. *Bull. de la Soc. de chir.*, 22 juin 1859, t. IX, p. 526. — ORTHMANN. *Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 737.

³ DUMESNIL. *Gaz. des hôp.*, 1869, n° 6, p. 22. — LOIR. *Mém. de la Soc. de chir.*, 1851, t. II, p. 1.

⁴ GUÉNIOT. *Bull. gén. de thérap.*, 50 mars 1872, t. LXXXII, p. 254.

⁵ BOINET. *Gaz. hebdom.*, 1875, n° 18, p. 287.

⁶ R. DOHRN. *Todesfälle an Embolie bei Unterleibstumoren* (*Zeitschr. f. Geb. und Gynäk.*, 1885, Bd. XI, p. 156 (observations 1 et 5)). — E. ROSE. *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1884, Bd. XIX, Heft 1, p. 24.

⁷ G. D. HOLSTON et DAVID MYERLE. *Brooklyn path. Society* (*New-York med. Journ.*, 1884, t. II, p. 455).

⁸ WINCKEL. *Samml. klin. Vortr.*, n° 78. — CARL SCHORLER. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1884, Bd. XI, p. 155. — ENGSTRÖM (de Helsingfors) *Centr. f. gyn.*, 1890, p. 59, supplément. — G. SCHUMACHER, *Ein Beitrag zur Aetiologie der Uterusfibromyome*, Diss. inaug., Bâle, 1889.

les causes prédisposantes. La race nègre y est plus sujette que la race blanche, et cela à un âge moins avancé. Dans notre race, c'est de trente à quarante ans, surtout, qu'on observe leur développement. La **stérilité** est, non pas une cause, mais une conséquence. Toutes les causes excitantes locales ont été invoquées sans preuves. D'autre part, on a prétendu que le **célibat** favorisait la formation des corps fibreux¹; Gusserow a établi une statistique qui détruit cette opinion. Fehling² attribue une grande importance à l'**involution incomplète** de l'utérus, après l'accouchement ou l'avortement, quand un repos suffisant n'est pas imposé aux parturientes.

CHAPITRE III

TRAITEMENT MÉDICAL DES CORPS FIBREUX. — TRAITEMENT CHIRURGICAL DES CORPS FIBREUX A ÉVOLUTION VAGINALE.

Traitement médical. Médicaments hémostatiques. Traitement thermal. Electrothérapie. — Traitement des phénomènes de compression par le soulèvement de la tumeur. — Petites opérations hémostatiques. Curetage. Injections. Dilatation non sanglante du col. Scarification intra-utérine. — Traitement chirurgical des corps fibreux du museau de tanche pédiculés et interstitiels. — Traitement chirurgical des polypes (du corps). Énormes polypes. — Traitement chirurgical des corps fibreux sous-muqueux. Énucléation. Technique opératoire. Énucléation en plusieurs temps. Soins consécutifs. Accidents. Gravité. Énucléation transvaginale. Morcellement ou myomotomie vaginale. Technique opératoire. Soins consécutifs. Gravité. Hystérectomie vaginale. Manuel opératoire. Destruction des corps fibreux par la voie vaginale. Dilacération. Cautérisation.

Le traitement des corps fibreux peut être médical ou chirurgical.

Le **traitement médical** n'est le plus souvent que symptomatique. Les diverses substances qui ont été préconisées dans le but d'agir directement sur la tumeur soit pour resserrer ses vaisseaux nutritifs (ergot), soit pour obtenir la dégénérescence graisseuse (arsenic, phos-

Traitement
médical.

¹ FEHLING, *Einige Bemerkungen zur Aetiologie der Myome und Methode der Myomotomie* (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 29, p. 513).

² FEHLING. *Würtemb. med. Corr.-Blatt.*, 1887, n° 3.