

incisions lentes et successives, il entame toute l'épaisseur du tissu utérin, en se dirigeant obliquement vers la cavité du col.

Cette première partie de l'opération une fois terminée, on introduit dans la vessie une sonde d'homme dont un aide fait saillir le bec vers la partie la plus déclive de la vessie; puis on pratique à 1 centimètre au-dessous du bec de la sonde une seconde incision semi-lunaire, à concavité postérieure et dont les extrémités rejoignent celles de l'incision postérieure. Le chirurgien sépare ensuite, par une dissection attentive, la vessie du col dans une étendue de 4 centimètres environ; alors, entamant obliquement le tissu utérin, en se dirigeant vers le canal cervical, la surface de section antérieure finit par rejoindre la postérieure.

La surface ainsi enlevée a la forme d'un cône dont la base répond à l'extrémité inférieure du col.

S'il s'écoule un peu de sang, comme il est assez difficile de porter une ligature ordinaire sur le tissu utérin qui est dense, Huguier traverse la partie qui laisse écouler le sang, à l'aide d'une épingle recourbée en forme d'hameçon, et sur laquelle il étire les tissus de la même manière qu'on fait la ligature d'un vaisseau à l'aide du ténaculum. L'épingle est laissée en place, après qu'on a eu soin d'en couper la pointe, jusqu'à ce qu'elle tombe d'elle-même, elle est alors retirée du vagin à l'aide d'un bout de fil qu'on a préalablement attaché à sa tête.

L'opération ainsi terminée, ce qui reste de la tumeur est réduit. Une sonde à demeure est introduite dans la vessie, une mèche de charpie est placée dans le vagin et maintenue à l'aide d'un bandage en T. Puis la malade est placée au lit. Dans le but de prévenir les inflammations consécutives, Huguier recommande avec grand soin de faire, la veille de l'opération et le lendemain, une friction sur les cuisses de la malade avec l'huile de croton tiglium, dans le but de provoquer une éruption dérivative du côté de la peau.

## CHAPITRE XVII

### TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS (1).

Les tumeurs, désignées par Cruveilhier sous le nom de *tumeurs fibreuses*

(1) BIBLIOGRAPHIE : Blandin, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. FIBREUX (Corps), Paris, 1832, t. VIII, p. 73. — Velpeau, *Éléments de médecine opératoire*, 1832, t. III, p. 614; 1839, t. IV, p. 380. — Maslieurat-Lagemard, *Bulletins de la Société anatomique*, 1836. — Arnolt, *Med. chir. Transactions*, 1840. — Troussel, *Revue médicale*, août 1840. — J.-Z. Amussat, *Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus*, Paris, 1812. — Marchal (de Calvi), *Observations et remarques sur la cure spontanée des polypes utérins (Annales de la chirurgie)*, Paris, 1843, t. VIII, p. 385). — Le Piez, *Journal de chirurgie de Malgaigne*, 1845, p. 90. — Bénard,

ses, ont encore été appelées *corps fibreux*, *fibroïdes*, *fibromes*, *myomes* par Virchow, et *hystéromes* par M. Broca.

Ce sont, d'après les auteurs modernes, des excroissances en connexion plus ou moins intime avec le parenchyme utérin, et formées des mêmes éléments histologiques.

Ces tumeurs n'ont en général aucune influence sur la constitution, et les désordres qu'elles entraînent sont tout locaux et tout mécaniques. Il est très rare qu'elles s'enflamment ou s'ulcèrent et jamais elles n'ont de caractère malin.

La seule division que nous croyons nécessaire d'établir est entre les tumeurs *pédiculées* ou *polypes* et les tumeurs *non pédiculées*.

La structure de ces deux espèces de tumeurs est identique, mais les symptômes, les conséquences et le traitement sont entièrement différents.

Examinons d'abord les tumeurs non pédiculées.

## ARTICLE PREMIER

### TUMEURS FIBREUSES NON PÉDICULÉES

Ces tumeurs ne sont pas rares après l'âge de quarante ans : elles se rencontrent aussi souvent chez les femmes non mariées que chez les filles. Bayle (1) est même d'avis qu'elles sont plus communes chez les femmes qui sont restées vierges. Sur 5 vieilles femmes, il dit que l'on rencontre au moins une fois des tumeurs fibreuses. Sur 20 utérus examinés par Portal, 13 fois il a trouvé des tumeurs fibreuses. Sir Clarke n'en a jamais rencontré chez les femmes au-dessous de vingt ans. H. Lebert (2) en a vu de toutes les dimensions, depuis le volume d'une amande jusqu'à celui d'une tête d'adulte. Ch. D. Gaultier de Claubry (3) a vu une tumeur fibreuse qui pesait 39 livres, et qui mesurait

*Sur les corps fibreux de la matrice (Journal de Bruxelles, janvier 1847). — Barth, Bulletins de la Société anatomique, 1848, t. XXIII, p. 250, et 1850, p. 82. — Huguier, Bulletin de la Société de chirurgie, 1849. — Jarjavay, Opérations applicables aux corps fibreux, thèse de concours, Paris, 1850. — Houel, Bulletins de la Société anatomique, 1850. — Maisonneuve, Bulletin de la Société de chirurgie, 1851, p. 267. — Danyau, Dystocie par obstruction presque complète du bassin, due à la présence d'une énorme tumeur fibreuse de l'utérus (Bulletin de l'Académie de médecine, Paris, 1851, t. XVI, p. 691). — Foucher, Bulletins de la Société anatomique, 1851, p. 291. — Gensoul, Rev. méd.-chir., 1851. — Bosredon, Bulletins de la Société anatomique, 1854, p. 332. — Nélaton, Gazette des hôpitaux, 1856, p. 382. — West, Diseases of women, London, 1856. — Duclos, Moniteur des hôpitaux, 1857, p. 489. — Shloss, Bulletins de la Société anatomique, 1858, p. 455. — Beck, Bulletin de thérapeutique, 1858. — Guyon (Félix), Des tumeurs fibreuses de l'utérus, thèse pour l'agrégation, Paris, 1860.*

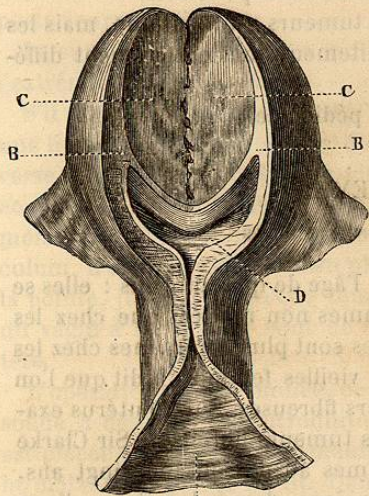
(1) Bayle, *Journal de médecine*, 1602, t. V, p. 62. — *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, 1813, t. VII, art. CORPS FIBREUX DE LA MATRICE, p. 69.

(2) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*, Paris, 1857, t. I, p. 164.

(3) Ch.-D. Gaultier de Claubry, *Observation sur une tumeur squirrheuse d'un volume considérable, prenant naissance dans le tissu caverneux de la matrice (Journal gén. de méd. de Sédillot, Paris, 1810, t. XXXIX, p. 274).*

dans sa circonférence verticale 35 pouces 3 lignes, et dans sa circonférence transversale 29 pouces 3 lignes. Kummer a décrit une tumeur fibreuse qui pendait extérieurement et dont le pédicule avait un pouce d'épaisseur. Cette tumeur pesait 40 livres; elle mesurait 46 pouces sur un point de sa circonférence et présentait un diamètre de 13 pouces.

Il serait facile de multiplier les exemples de ce genre, mais il est plus important de faire remarquer que les conséquences de ces diverses tumeurs ne sont pas du tout en rapport avec leurs dimensions. Les tumeurs fibreuses peuvent être uniques (fig. 115) ou bien elles sont formées par une agglomération de petites tumeurs dont chacune a sa



Pochet. del.

Fig. 115. — Tumeur fibreuse développée à l'intérieur de la cavité utérine (\*).

diagnostiqué une grossesse extra-utérine; à l'autopsie, on constata l'existence d'une collection de tumeurs fibreuses.

### § I. — Siège.

Il est très rare que le point d'origine soit près du col. Après avoir passé en revue soixante-quatorze préparations dans les musées de Londres, M. Th. Stafford Lee (2) établit que le siège le plus ordinaire de ces tumeurs est immédiatement sous la muqueuse au-dessous des orifices des trompes de Fallope, sur la paroi postérieure et près du fond

(1) Ch. Clarke, *On diseases of females*. London, 1831, vol. II, p. 208.  
(2) Th. Stafford Lee, *On Tumours of the uterus*. London, 1847.

(\*) A. Vagin : il a conservé sa forme et sa longueur. — B. Parois de la tumeur fibreuse. — C. Coupe de cette tumeur. — D. Portion de la cavité utérine restée libre. (*Musée Dupuytren*, n° 366.)

capsule propre, mais qui, réunies, forment en apparence une seule masse; cette disposition rend les recherches très difficiles pour le médecin (1). Ces tumeurs peuvent être logées dans l'épaisseur des parois utérines ou bien elles sont placées immédiatement au-dessous de la membrane muqueuse, soit de la membrane séreuse. D'où la dénomination de tumeurs *interstitielles*, *sous-muqueuses* ou *sous-péritonéales*. Elles font alors saillie extérieurement ou intérieurement, elles changent notablement la forme de la matrice et en diminuent la capacité.

La figure 116 est un exemple des changements de forme que l'utérus peut subir. Pendant la vie, on avait

de l'utérus, très rarement sur la paroi antérieure, et moins souvent encore sur le col.

### § II. — Anatomie pathologique.

Ces tumeurs, quand on les coupe, sont constituées par des fibres enroulées plus ou moins régulièrement autour d'un ou de plusieurs centres.

Ces tumeurs sont situées dans une espèce de loge formée de tissu cellulaire qui entoure la tumeur de toutes parts sans envoyer de pro-

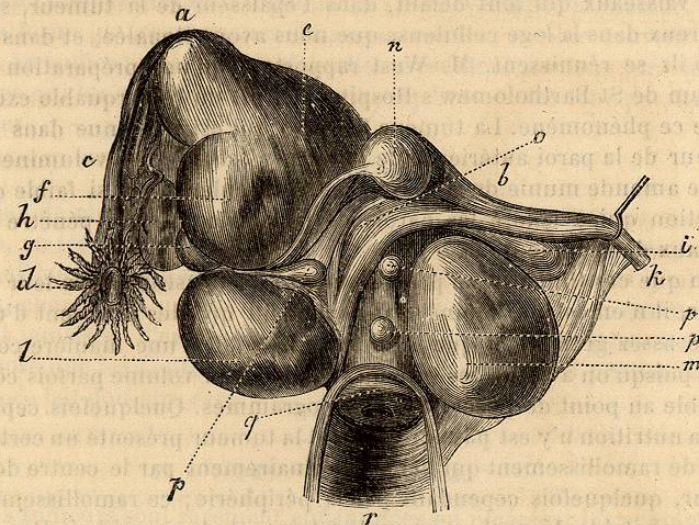


Fig. — 116. Tumeurs fibreuses de l'utérus (\*).

longements dans son intérieur et qui permet de l'énucléer facilement. A la périphérie de cette loge on rencontre une certaine couche de tissu utérin, mais dont l'épaisseur varie suivant les cas. Cette loge cellulaire, dans laquelle est plongée la tumeur fibreuse, présente un grand intérêt à connaître, en ce qu'elle permet aux tumeurs de s'énucléer spontanément et qu'elle nous rend aussi compte de la migration des tumeurs fibreuses dans l'épaisseur des parois utérines, soit pour se diriger vers le péritoine, soit vers la muqueuse, soit pour descendre dans le parenchyme jusque dans l'épaisseur du col et même dans l'une ou l'autre lèvre.

Sur la coupe de la tumeur, le tissu présente une coloration blanc jaunâtre nacré, ou gris cendré, ou quelquefois bleuâtre.

(\*) a, angle latéral droit de l'utérus; b, angle latéral gauche; c, trompe utérine droite; d, pavillon de la trompe; e, première tumeur fibreuse; f, deuxième tumeur fibreuse; g, petite portion de la troisième tumeur; h, ovaire gauche; i, ligament rond droit; l, m, tumeurs fibreuses secondaires développées dans le tissu cellulaire; n, tumeur fibreuse pédiculée; o, repli du péritoine; p, p, petites tumeurs à l'état naissant; q, museau de tanche normal; r, vagin à l'état normal. (BOUVIS et DUGÈS, *Atlas*, pl. XIV.)

La composition histologique des corps fibreux a été étudiée par Lebert et Robin, qui ont démontré qu'elles sont constituées : 1° par des fibres de tissu conjonctif parfaitement développées et des fibres encore à l'état de corps fibro-plastiques; 2° de fibres musculaires lisses, hypertrophiées comme pendant la grossesse; 3° de matière amorphe grisâtre interposée entre ces divers éléments.

Quant aux nerfs et aux lymphatiques, ils font défaut suivant la plupart des auteurs, et la présence des vaisseaux sanguins y est très douteuse.

Ces vaisseaux qui font défaut, dans l'épaisseur de la tumeur, sont nombreux dans la loge celluleuse que nous avons signalée, et dans laquelle ils se réunissent. M. West rapporte « qu'une préparation du muséum de St Bartholomew's Hospital fournit un remarquable exemple de ce phénomène. La tumeur fibreuse qui est contenue dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus n'est pas plus volumineuse qu'une amande munie de sa coque, et sa vascularité est si faible que l'injection qui a coloré les parois de la matrice n'a pas pénétré les vaisseaux de la tumeur (1). »

Bien que ces tumeurs ne présentent pas de vaisseaux dans leur intérieur, il n'en est pas moins vrai cependant qu'elles jouissent d'une vitalité assez grande, et que la nutrition s'y fait d'une manière complète, puisqu'on a vu de ces tumeurs acquérir un volume parfois considérable au point de peser 38 à 40 kilogrammes. Quelquefois cependant la nutrition n'y est pas suffisante et la tumeur présente un certain degré de ramollissement qui débute ordinairement par le centre de la tumeur, quelquefois cependant par la périphérie; ce ramollissement est une véritable désagrégation moléculaire, et, bien qu'il ait l'aspect du pus, il n'en présente pas les éléments histologiques. D'autres fois la tumeur subit la transformation calcaire, et tantôt l'incrustation calcaire envahit la périphérie de la tumeur, tantôt elle se produit dans son épaisseur. Ce sont ces tumeurs ainsi transformées qui avaient été signalées en 1787 par Baillie et plus tard par Bayle, Bichat, Knox, Breschet et Andral, sous le nom de *concrétions calcaires de la matrice*.

Les tumeurs fibreuses se présentent dans trois situations différentes par rapport aux parois utérines.

Elles sont *interstitielles, sous-muqueuses, ou sous-péritonéales*. Les tumeurs sous-muqueuses, en se développant vers la cavité utérine, déterminent le plus souvent la phlegmasie de la muqueuse, et petit à petit, sous l'influence des contractions de la matrice qui tend à les expulser, elles se pédiculisent et passent à l'état de polype. Dans le cas où la tumeur est plus rapprochée du péritoine que de la cavité utérine, l'expulsion tend à se faire du côté du péritoine, et il peut arriver que

(1) West, *Leçons sur les maladies des femmes*. Trad. franç., 1870, p. 320.

le corps fibreux ne soit plus adhérent à l'utérus que par un mince pédicule formé par le péritoine doublé d'une certaine couche de tissu cellulaire.

Outre la phlegmasie que nous avons déjà signalée quand la tumeur tend à proéminer du côté de la cavité de la matrice, on rencontre encore assez souvent un allongement du corps de la matrice, tel que l'hystéromètre a pu pénétrer à 12 ou 15 centimètres; le corps de l'utérus est en général déformé, tirailé ou repoussé par la tumeur; le col est dévié, tantôt à droite ou à gauche, tantôt en avant ou en arrière, ou bien allongé suivant les points où s'est développée la tumeur.

La forme de ces tumeurs est assez variable; le plus souvent elles sont arrondies; mais quelquefois elles présentent, sur leur surface, des brides qui les compriment en certains points et les font paraître lobulées.

### § III. — Causes.

Rien de plus obscur que les causes, et il faut sans doute remonter à l'âge, au tempérament de la malade, aux conditions anatomiques de la matrice. Les tumeurs sont fréquentes chez les personnes lymphatiques, chez celles qui ont dépassé la moitié de la vie. Les femmes qui n'ont jamais eu d'enfants sont aussi exposées que les autres. De Haën suppose que les contusions doivent agir comme cause prédisposante, mais ce fait doit être rare.

### § IV. — Symptômes.

Ces tumeurs sont rarement enflammées ou ulcérées; les symptômes que l'on constate sont donc ou purement mécaniques, ou bien ils sont liés à la cessation des fonctions utérines, ou enfin à des troubles sympathiques développés dans des organes éloignés (1). Les symptômes mécaniques dépendent du degré de développement de la tumeur et de sa situation. Quand la tumeur émerge au-dessus du bord de la symphyse, à moins qu'elle ne soit extrêmement large, elle ne produit qu'une gêne mécanique très faible ou même nulle; quand, au contraire, elle est située plus bas dans le bassin, la malade accuse ordinairement une pesanteur dans le bassin, une sensation de poussement dans le fond des parties et des douleurs dans les reins. Si la tumeur est très large, à ces symptômes s'ajoute une pression pénible sur la vessie et le rectum, et, par suite, une gêne notable au cours des matières fécales et de l'urine, en même temps que le besoin d'uriner et d'aller à la garde-robe devient incommodément fréquent. D'autres fois, la pression s'exerce sur les uretères, l'urine ne peut plus passer, les uretères se distendent énormément, et il résulte de tout cela une ma-

(1) Denman's *Midwifery*, p. 80.

lady des reins très grave, comme dans le cas rapporté par Murphy (1); il se produit des crampes dans les jambes et les cuisses, ou bien même les pieds et les jambes deviennent œdémateux. Si la tumeur est très volumineuse, située sur la face extérieure, près du fond, il peut en résulter une rétroversion de tout l'organe. Nous avons vu un cas semblable à l'hôpital de Menth.

La présence de ces tumeurs trouble ordinairement la menstruation; dans quelques cas, elle se fait irrégulièrement; dans d'autres, elle ne subit aucune modification. Le plus souvent le flux menstruel est augmenté, les périodes se rapprochent, deviennent plus longues, quelquefois même les règles se changent en une véritable perte.

Ces différences s'expliquent aisément, si l'on a égard à la situation occupée par la tumeur par rapport aux parois utérines. Les métrorrhagies sont abondantes et répétées dans le cas où la tumeur interstitielle se rapproche de la muqueuse, ou quand elle fait saillie du côté de la cavité utérine, tandis qu'elle fait défaut ou est peu considérable quand la tumeur proémine du côté de l'abdomen.

Avec une tumeur fibreuse, la conception peut avoir lieu; mais le plus souvent la grossesse est interrompue vers le troisième ou quatrième mois, et un avortement se produit, soit par suite d'une circulation utérine incomplète, et conséquemment d'une nutrition insuffisante; soit probablement par suite de l'impossibilité dans laquelle se trouve la matrice de prendre tout son développement (2). Ingleby fait remarquer « qu'une tumeur qui est complètement dans l'épaisseur du tissu « utérin et ne remonte pas jusqu'aux trompes de Fallope n'empêche « pas la fécondation. C'est ainsi qu'une tumeur fibreuse et une grossesse peuvent marcher de front. Pendant l'état de vacuité, l'existence « d'une tumeur peu volumineuse peut ne pas être soupçonnée; mais « dès qu'il survient une grossesse, la tumeur fibreuse subit un accroissement rapide et considérable, et l'on arrivera sans doute à la découverte. » Que les parties restent dans le calme le plus complet pendant la grossesse, ou qu'il se développe un état inflammatoire subaigu, la tumeur fibreuse donne toujours lieu à des douleurs pendant une grossesse, soit qu'on examine l'organe avec la main, soit que l'utérus subisse quelque pression accidentelle. Toute la constitution se ressent de cette excitation: les fonctions gastriques et intestinales se dérangent; le pouls devient plus fréquent; la malade maigrit légèrement. Tous ces symptômes cèdent bientôt devant un traitement rationnel qui consiste à faire appliquer des sangsues et à maintenir la malade au lit, couchée sur le dos ou sur le côté opposé à sa tumeur. On fera usage de quelques potions calmantes, de bains de siège tièdes, on réglera les fonctions intestinales, et le régime alimentaire sera peu abondant et

(1) Murphy, *London Journ. of medicine*, octobre 1849, p. 981.

(2) Cette opinion est partagée par West.

adoucissant. Dans les grossesses subséquentes, il est rare que la tumeur fibreuse augmente autant que la première fois et les accidents sont comparativement insignifiants (1).

Enfin, si la grossesse est arrivée jusqu'à terme, le travail peut être rendu beaucoup plus difficile, et il faut toujours craindre une hémorrhagie à cause de l'impossibilité où se trouve la matrice de revenir sur elle-même (2).

Amédée Forget (3) est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Que les tumeurs fibreuses ne sont pas plus un obstacle à la fécondation que les polypes;

2° Qu'elles ne sont pas une cause obligée d'avortement;

3° Qu'en dépit de la présence de ces tumeurs, la grossesse peut suivre toutes ses phases normales;

4° Enfin, l'époque à laquelle se produit l'avortement dépend de la place occupée par la tumeur dans l'utérus. Si l'on se rappelle, en effet, comment un utérus se développe pendant la grossesse, on doit raisonnablement admettre que dans le cas où la tumeur occupe le fond ou le segment supérieur de l'utérus, l'avortement arrivera dès les premiers mois de la grossesse; quand, au contraire, elle n'occupe que les portions inférieures, l'avortement n'arrivera que beaucoup plus tard. Enfin, l'observation prouve que, en général, le danger qui tient à la présence de ces tumeurs ne commence qu'avec le travail de l'accouchement. Souvent même, en pareil cas, la délivrance est suivie d'hémorrhagies, lesquelles deviennent très rapidement fatales.

Eldrige rapporte un cas dans lequel une tumeur fibreuse du poids de 2 livres, qui n'avait gêné en rien ni le travail ni la grossesse, fut expulsée spontanément trente-huit heures après l'accouchement (4).

Il nous reste à examiner plus complètement quelle est l'influence que ces corps étrangers exercent sur l'accouchement et les suites de couches. M. Guéniot (5) a résumé très fidèlement l'état de nos connaissances sur cette question importante. Nous lui emprunterons les conclusions de son travail, qui compléteront ce chapitre :

1° L'influence exercée par les corps fibreux sur le travail de l'accouchement est extrêmement variable, depuis la simple gêne apportée aux contractions utérines jusqu'à la formation d'un obstacle absolu à l'expulsion de l'œuf, et même à son extraction par les voies naturelles après mutilation du fœtus. A la différence de ce que l'on observe pour

(1) Ingleby, *Facts and Cases in obstetric medicine*, p. 132.

(2) Des cas de ce genre ont été observés par madame Boivin, par Chaussier (*Bulletin de la Faculté de médecine*, février 1823) et d'Outrepoint (*Archives générales de médecine*, mai 1830).

(3) A. Forget, *Recherches sur les corps fibreux et les polypes considérés pendant la grossesse et après l'accouchement* (*Bulletin de thérapeutique*, avril 1846).

(4) Eldrige, *Boston medic. and surg. Journ.*, 2 février 1848.

(5) Guéniot, *Gazette des hôpitaux*, 12, 28 avril, 5 mai 1864.

la grossesse, cette influence dépend essentiellement des conditions de nombre et de volume des corps fibreux, de leur état pédiculé, sessile ou interstitiel, de leur siège, de la longueur et du point d'implantation de leur pédicule, de leur mobilité et de leurs adhérences accidentelles; enfin, de l'état d'intégrité ou d'altération de leur tissu. Si les tumeurs sont en petit nombre et peu volumineuses, ou si, quoique multiples et d'un volume considérable, elles sont dépourvues de pédicule et occupent le segment supérieur de la matrice; ou bien encore, si, étant tout à la fois pédiculées, mobiles et plongées dans l'excavation pelvienne, elles sont susceptibles d'être refoulées au-dessus du détroit supérieur, ou dans quelques cas, au contraire, entraînées jusqu'au dehors des parties génitales; si enfin, quoique fixées dans la cavité du petit bassin et opposant à la progression du fœtus un obstacle infranchissable, elles ont subi une profonde altération de leur tissu et se trouvent transformées en une sorte de kyste sanguin, séreux ou purulent, qu'une simple ponction permet d'évacuer dans tous ces cas, le canal pelvien pouvant être maintenu libre ou du moins en grande partie affranchi de la tumeur qui l'obstruait, l'accouchement pourra s'effectuer spontanément par les voies naturelles et se terminer heureusement pour la mère et pour l'enfant.

Mais, dans les conditions opposées, les tumeurs fibreuses de l'utérus rendent au contraire la parturition difficile, dangereuse ou même impossible. Il existe dans la science au moins huit exemples d'opération césarienne pratiquée pour des cas de ce genre.

2° Pendant les efforts du travail, les *polypes* fibreux du col utérin, étant entraînés au-devant du fœtus, sont susceptibles d'être expulsés spontanément et d'une manière complète, après la rupture de leur pédicule.

Un fait de cette nature, observé par P. Dubois, a été rapporté par Marchal (de Calvi), et M. Depaul, dans une de ses leçons cliniques, en a cité un autre exemple dû à M. Tarnier. Quand le *polype* s'insère sur le segment supérieur de la matrice, sa cure spontanée par rupture du pédicule s'observe surtout après l'accouchement et à la suite d'un nouveau travail d'expulsion.

3° Mais l'utérus parvient rarement à se délivrer d'une manière aussi heureuse du corps qu'il renferme, et alors, indépendamment de l'infection putride, de l'élimination par gangrène et du renversement partiel ou complet de la matrice, il peut se présenter trois éventualités, dont il existe aujourd'hui des exemples: ou bien, en effet, l'utérus conservant après l'accouchement la même tolérance pour le produit morbide que pendant la grossesse, se referme sur lui sans qu'il survienne d'accident; ou bien une hémorrhagie grave se produit, soit immédiatement après la délivrance, soit au contraire seulement dix ou quinze jours plus tard, ou bien enfin il se manifeste des tranchées violentes suivies d'inflammation des organes pelviens ou d'un état complet d'épu-

sement. Si l'art n'intervient efficacement, la mort peut être la conséquence de l'une ou de l'autre de ces deux dernières séries d'accidents.

4° Quant aux corps fibreux *sous-péritonéaux* et *interstitiels*, ils exposent moins à l'hémorrhagie, aux tranchées et au renversement de l'utérus; mais en revanche ils ne s'éliminent pas spontanément et semblent prédisposer d'une manière plus marquée aux inflammations graves de l'abdomen.

5° Les tumeurs fibreuses qui compliquent la grossesse ou l'accouchement sont, en général, faciles à reconnaître, quand elles occupent un point de l'utérus accessible à nos moyens d'exploration.

Toutefois, des circonstances particulières peuvent en rendre le diagnostic très obscur, et le plus souvent, pour celles de ces tumeurs qui sont pédiculées et indépendantes du col utérin, la longueur, la résistance et le point d'implantation du pédicule, l'existence même de ce dernier, sont autant de caractères jusqu'ici difficiles ou impossibles à déterminer.

Les fibromes de l'utérus, ne trahissant parfois leur existence pendant la grossesse par aucun symptôme important, ne sont trop souvent reconnus qu'au moment même de la parturition à terme, et dans des conditions telles alors que la provocation de l'accouchement prématuré eût-elle été indiquée, il n'est plus possible de recourir à ce précieux moyen.

6° Relativement au pronostic, on peut dire qu'indépendamment du volume, de la consistance et du nombre, les tumeurs pédiculées du col, qui peuvent être entraînées au-devant du fœtus, sont moins graves que les tumeurs sessiles ou interstitielles qui sont fixes et obstruent le canal pelvien. Pour des raisons opposées, les corps fibreux du segment supérieur de la matrice sont moins redoutables quand ils présentent ces derniers caractères que lorsqu'ils sont pédiculés et peuvent ainsi s'engager au-dessous de la partie fœtale.

Le mucus qui, normalement, lubrifie toutes ces parties, est sécrété en bien plus grande abondance, mais n'est pas altéré. Dans quelques cas rares, quand l'utérus est très distendu, il survient, du côté des mamelles, des phénomènes sympathiques; les seins se tuméfient sans qu'il existe une grossesse. Les troubles constitutionnels dans la santé sont aussi très rares, excepté, cependant, comme phénomènes secondaires de désordres fonctionnels. Il y a généralement de l'amaigrissement. Si la malade est maigre, à un examen minutieux de l'abdomen, on peut arriver à découvrir la tumeur utérine à travers les parois et l'on peut quelquefois en apprécier le volume et la densité. Quand la tumeur est située dans la portion inférieure de la matrice, on arrive au même résultat par l'examen vaginal (1); on sait que la tumeur est

(1) Clarke, vol. I, p. 274. A l'examen par le vagin, on sent une tumeur dure, volumineuse et résistante; mais l'orifice utérin n'a subi aucun changement; il n'est pas

recouverte par une membrane mince, sans aucune aspérité et parfaitement insensible. Si l'on réunit les deux modes d'examen (par le vagin et à travers les parois abdominales), on se rend encore mieux compte du développement de l'utérus, et en déprimant la tumeur perçue dans l'abdomen, on communique un léger choc au doigt qui se trouve dans le bassin. Le développement de ces tumeurs fibreuses est lent; des mois entiers peuvent s'écouler sans qu'elles augmentent en apparence, et, pendant des années, les malades n'éprouvent aucune gêne; mais, bien que lent, leur accroissement est constant. Il serait à désirer que l'on connût bien l'effet produit par la ménopause sur le développement de ces tumeurs; continuent-elles toujours à se développer, ou bien subissent-elles une espèce d'atrophie quand cessent les congestions utérines menstruelles? C'est ce qui n'est pas bien établi. Le docteur Montgomery admet l'atrophie à la suite de la ménopause.

Nous avons dit que les tumeurs fibreuses ne sont pas exposées à s'ulcérer, mais il faut noter en même temps que la membrane qui les enveloppe est quelquefois atteinte d'inflammation; nous avons vu plusieurs exemples dans lesquels cette inflammation a gagné le péri-utérus.

En même temps qu'une tumeur fibreuse, il peut exister, chez la même malade, d'autres affections encore plus graves. Ainsi, sir Charles Clarke rapporte un cas d'ulcère rongeur de l'utérus et d'hydro-pisie de l'ovaire, chez des femmes qui avaient déjà des tumeurs fibreuses. Hall raconte un fait de tumeurs fibreuses coexistant avec la grossesse, et qui furent prises d'inflammation (1).

#### § V. — Diagnostic.

1° *Avec la grossesse.* — L'irritation sympathique du côté des seins, la présence d'une tumeur dans la région utérine peuvent, au premier abord, compliquer le diagnostic; mais, avec un examen plus attentif, l'absence de tout autre signe doit prévenir l'erreur.

2° *Avec la congestion et l'inflammation.* — Généralement les tumeurs fibreuses sont dures, insensibles et bien limitées; au contraire, l'utérus à l'état de congestion est très sensible; la tuméfaction est diffuse et les tissus n'ont aucune dureté spéciale. Dans quelques cas, cependant, la tumeur est plus ou moins recouverte par les fibres utérines qui ne sont nullement insensibles; cette couche de tissu peut s'enflammer, se ramollir, et, en pareil cas, il faut faire encore plus attention à la question du diagnostic. Quand la tumeur n'est pas située près

entr'ouvert, comme dans le carcinome, et à la pression la malade n'accuse aucune douleur.

(1) Hall, *Principles of diagnosis*, 2<sup>e</sup> édit., p. 307.

du col, la forme bien accusée et la saillie très prononcée deviennent caractéristiques.

3° *Avec le cancer.* — Les tumeurs fibreuses constituent une affection plus localisée et mieux tranchée, elles sont d'ordinaire beaucoup plus volumineuses; enfin, elles ne sont accompagnées ni de douleur, ni d'hémorrhagie, ni même de sensibilité à la pression.

4° *Avec les polypes de l'utérus.* — Le diagnostic est toujours facile: si la tumeur fibreuse est fixée dans les parois de la partie supérieure de l'utérus, la saillie qu'elle forme et sa configuration spéciale la font reconnaître; mais quand elle siège près du col, il est très facile de prendre une tumeur fibreuse pour un polype non encore expulsé, principalement dans les cas où il se fait des hémorrhagies. En effet, quand le polype est renfermé dans la cavité utérine, on retrouve tous les symptômes d'une tumeur fibreuse, même l'hémorrhagie, et rien de spécial ne caractérise le polype. Plus tard, cependant, la tumeur est repoussée à l'orifice utérin, elle descend peu à peu et oblitère entièrement l'ouverture du col; si l'on introduit le doigt dans le vagin et qu'on le porte jusque sur l'utérus, on peut plus facilement reconnaître l'état des choses, et, par exemple, si l'on constate l'absence de toute contraction utérine, on sera plus en droit d'admettre l'existence d'un polype. Toutefois, il faut en convenir, le diagnostic n'est pas toujours facile.

5° *Avec une maladie de l'ovaire.* — En combinant l'examen à travers les parois abdominales et les résultats donnés par le toucher vaginal, on établit, dans ce cas, le diagnostic. S'il y a maladie de l'ovaire, en comprimant la paroi abdominale sur le point qui correspond à cet organe et en pressant d'autre part au fond du vagin on sent, entre les deux doigts, une tumeur résistante. De plus, les tumeurs fibreuses sont plus dures, plus mobiles, et exercent sur la constitution une influence moins marquée.

#### § VI. — Traitement.

A. *Traitement médical.* — Si la santé n'est pas troublée et si le diamètre de la tumeur fibreuse n'est pas assez considérable pour gêner les fonctions des organes voisins, il y a peu de chose à faire comme traitement médical. Il faut surveiller la menstruation excessive; cette indication n'est pas facile à remplir, elle est cependant très importante. Il faut essayer, à la suite les uns des autres, les divers remèdes employés contre la métrorrhagie et l'on devra les répéter à chaque période. Si l'on peut amener ainsi la malade jusqu'à l'époque de la ménopause, il y a tout lieu d'espérer pour les années suivantes une très notable amélioration.

Il faut éviter avec soin tout ce qui pourrait donner lieu à une inflam-