

**Marche.**

Les kystes du vagin peuvent rester longtemps stationnaires, ou bien, ils croissent lentement, ou en quelques semaines, sous l'influence de la grossesse, du coït. Ils peuvent s'enflammer : une fois abcédés, ils s'ouvrent spontanément et se ferment par la suite, ou donnent lieu à des fistules persistantes.

**Traitement.**

Voir 2<sup>e</sup> partie, livre II, chap. II.

**II. — FIBROMES DU VAGIN**

Les fibromes du vagin, comme ceux de l'utérus, sont, en réalité, des *fibro-myomes*. Paget a cependant décrit un cas de *fibrome pur*.

Ces tumeurs, sessiles ou pédiculées, sont en général d'un petit volume. On en a pourtant cité qui atteignaient les dimensions d'une tête d'enfant (Hofmokl), qui remplissaient complètement le vagin et soulevaient l'utérus (Hastenpflug). Elles peuvent être uniques ou multiples. L'un de nous a observé et opéré un cas de fibromes multiples qui a procédé, en trois poussées successives, à plusieurs années d'intervalle.

Ces tumeurs, quand elles sont volumineuses, déterminent des phénomènes de compression, des hémorrhagies, et font mécaniquement obstacle au coït, à l'accouchement. Le mieux est de les extirper, le plus tôt possible, en vue du développement qu'elles peuvent prendre.

**III. — CANCER PRIMITIF DU VAGIN**

Le cancer primitif du vagin est très rare. D'après Otcheline, le nombre des cas publiés en 1890 était de 107; Martin ne l'a observé qu'une fois sur 5,000 femmes.

L'*épithélioma* s'est montré sous forme *papillaire, nodulaire ou infiltrée*; le *sarcome*, sous forme *infiltrée, nodulaire et tégangiectasique* (Kalustow), et sous forme de *corps fibreux sarcomateux*.

Le cancer vaginal donne lieu à des symptômes semblables à ceux du cancer utérin; hémorrhagies, douleurs, écoulements fétides. L'examen objectif, l'état des ganglions voisins (examiner en particulier le ganglion prérectal, de Poirier), circonscrit le diagnostic

entre le cancer, le syphilome et la tuberculose. Il sera prudent, pour lever tous les doutes, de recourir à l'examen histologique et au traitement spécifique, mixte, durant six semaines.

On fera l'extirpation complète, s'il est possible; dans le cas contraire, on se bornera au curettage, suivi de cautérisation, ou à de simples injections antiseptiques.

**CHAPITRE III****TUMEURS DE L'UTÉRUS****I. — FIBROMES**

Les fibromes de l'utérus, dénommés aussi *corps fibreux, tumeurs fibreuses* (Cruveilhier), *hystéromes* (Broca), *fibroïdes* (Lebert et auteurs anglais), *myomes, leio-myomes* (Virchow), sont en réalité, dans la majorité des cas, des *fibro-myomes*. Nous userons cependant du terme *fibrome* qui est le plus court et le plus usité en France.

**Étiologie et pathogénie.**

On ne possède encore aucune donnée précise relativement aux causes et à l'histogénèse des fibromes. Les recherches dans ce sens (Bayle, Winckel, etc.), n'ont abouti, depuis Velpeau, qu'à des hypothèses vagues ou contradictoires.

Ce qui ressort nettement des statistiques, c'est la grande fréquence de ces tumeurs : 20 p. 100, au-dessus de trente-deux ans (Bayle); 40 p. 100, au-dessus de cinquante ans (Kolb). Elles s'observent à tout âge, mais surtout de trente à quarante-cinq ans, et ne se révèlent qu'après la puberté.

On accorde une certaine influence prédisposante à la race noire, à l'arthritisme, à l'hérédité (Winckel, Engström), à la subinvolution (Fehling), à toutes les causes (thérapeutiques, accidentelles, physiologiques) d'excitation de l'utérus, à la multiparité ou, au contraire, à la stérilité (Bayle), etc. Mais la stérilité est plutôt une conséquence qu'une cause des fibromes, et si ces tumeurs ne sont pas rares chez les vierges d'un certain âge, elles sont encore plus communes chez les femmes mariées.

Il est certain que toutes les *hyperhémies* favorisent leur évolution, sinon leur éclosion. Rosenhart a constaté 5 fois sur 11, anté-

rieurement à leur apparition, l'existence de l'emphysème pulmonaire ou d'affections cardiaques.

Velpeau les attribuait à l'organisation des caillots déposés dans la trame du tissu utérin. Walton (de Bruxelles) a récemment (1889) émis une théorie analogue. D'après lui, la tumeur proviendrait d'infarctus ou d'exsudats résultant, eux-mêmes, de la mise en jeu des propriétés érectile et contractile du tissu utérin. Mais nous retombons là dans la théorie des *blastèmes* de Robin. Galippe et Landouzy ont émis l'hypothèse de l'irritation produite par un microorganisme. Klebs pense qu'il s'agit d'une prolifération localisée de la tunique des vaisseaux; Kleinwächter, que certaines cellules rondes se transforment en cellules fusiformes, puis en nodules microscopiques répartis le long de capillaires en voie d'oblitération. Or, d'après les récentes recherches de A. Doran, le tissu normal de l'organe ne se développerait pas autrement : le *fibromyome*, et par la nature de ses éléments histologiques et par son développement, ne serait donc qu'une sorte d'aberration évolutive du tissu utérin. Quoiqu'il en soit, il débute par des nodosités, d'abord minuscules, qui, peu à peu, augmentent de volume et de nombre (Cordes).

#### Anatomie pathologique.

**Caractères macroscopiques.** — *Nombre.* — Rarement isolés, les fibromes sont parfois extrêmement nombreux (10, 20, 40 et plus); certains utérus en sont criblés : *dégénérescence fibromateuse* (fig. 106).

Leur *masse*, extrêmement inégale, varie depuis celle d'un pois, d'une orange, etc., jusqu'à atteindre 10 et 20 kilos. On en aurait trouvé de 135 et 140 livres américaines (Stockard, Hunter). Ils sont, au début, tantôt isolés, sous forme de petits noyaux, tantôt fusionnés avec le tissu utérin.

*Siège.* — Plus communs dans le *corps* que dans le *col*, dans la proportion des quatre cinquièmes (W. Johnston), ils siègent, par ordre de fréquence, sur la paroi antérieure, le fond, la paroi postérieure, le bord gauche et enfin, le bord droit de l'organe.

Les *fibromes du corps* prennent toujours leur origine dans l'épaisseur de la paroi utérine et peuvent y rester inclus (*f. interstitiels, intra-pariétaux, intra-muraux*) (fig. 107). Mais, le plus souvent, ils se développent vers le péritoine ou vers la muqueuse (fig. 108), dans la direction de la moindre résistance, de façon à devenir *sous-séreux* ou *sous-muqueux*.

Dans ces deux cas, ils sont *sessiles* (fig. 109, 110 et 111) ou *pédi-*

*culés* (fig. 112). Ces derniers prennent le nom de *polypes fibreux* lorsqu'ils sont *sous-muqueux* (fig. 113).

Ajoutons que certains fibromes sont à la fois *sous-muqueux* et *sous-séreux*, disposition qui contre-indique l'énucléation.

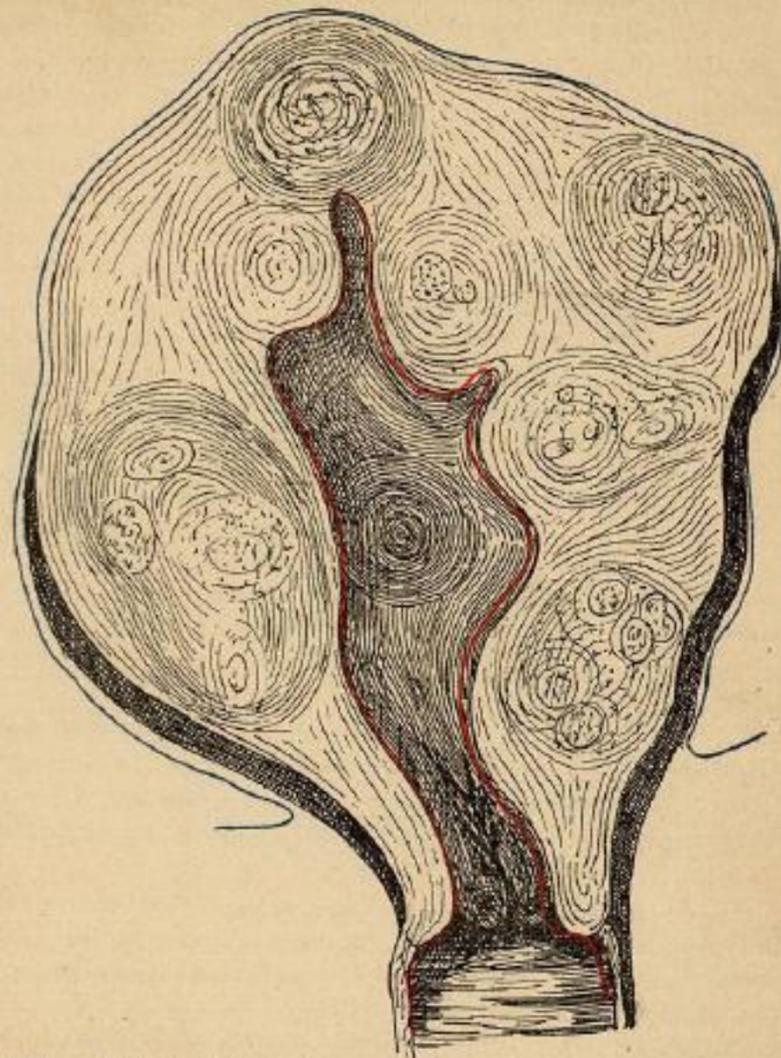


Fig. 106. — Utérus à fibromes multiples, interstitiels et sous-muqueux (d'après Schröder).

Les *fibromes du col* affectent, relativement aux tuniques de la matrice, le même siège initial et peuvent parcourir les mêmes stades évolutifs. Ceux de la *portion vaginale* naissent plus souvent de la lèvre postérieure.

Quand ils sont *sous-muqueux*, ils restent *sessiles* (fig. 114) ou se

pédiculisent et deviennent polypôides, présentant parfois des stries, des cannelures irrégulières et profondes qui les font ressembler à des stalactites (Pozzi). La mortification du revêtement muqueux, les ulcérations et l'écoulement qui en résultent, peuvent leur donner l'apparence de tumeurs malignes.

Les fibromes de la *portion sus-vaginale* qui évoluent vers la cavité, se comportent comme les précédents. Ceux qui se développent vers

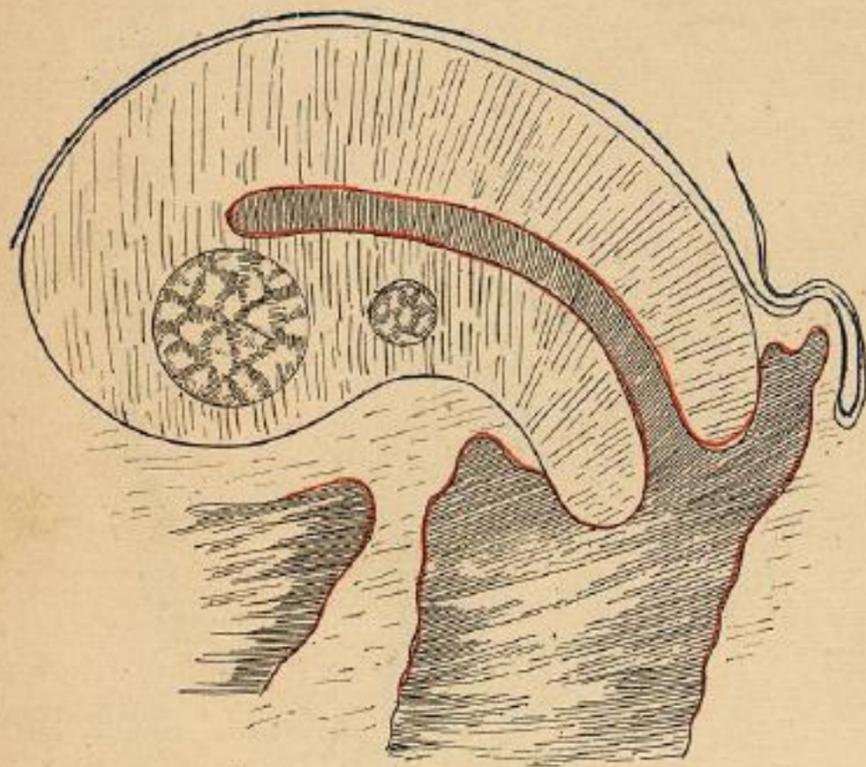


Fig. 107. — Fibromes interstitiels de la paroi antérieure du corps de l'utérus (d'après Auvard).

le péritoine présentent une gravité particulière, en raison des phénomènes précoces de compression qui en dépendent (*corps fibreux pelviens*).

Quelques-uns, nés des parties latérales du corps ou, plus souvent, du col, dédoublent les ligaments larges et sont d'un pronostic opératoire encore plus fâcheux (*fibromes intra-ligamentaires*) (fig. 115).

**Structure et texture.** — Les fibromes sont formés de *fibres musculaires* et de *faisceaux conjonctifs*, sans fibres élastiques, dans une proportion relative extrêmement variable (fig. 116). C'est la

prédominance de l'un ou l'autre de ces deux éléments qui justifie les dénominations de *fibrome* et de *myome* (1).

Les myomes les plus purs ne sont jamais dépourvus du tissu conjonctif jeune (A. Doran), et les fibres musculaires figurent, dans la proportion de 1/10 à 1/2, dans la structure des fibromes (Ch. Robin).

Le terme de *fibro-myome* est donc celui qui convient le mieux.



Fig. 108. — Fibrome interstitiel de l'utérus, à évolution sous-muqueuse (d'après Sims).

Les faisceaux musculaires et conjonctifs, très inégalement fournis, s'enchevêtrent, se feutrent, tourbillonnent et forment des lamelles juxtaposées, à disposition généralement concentrique, d'autant plus consistantes qu'elles sont plus superficielles. Cette disposition, marquée surtout dans les fibromes durs et multiples et qu'on

(1) Cette différence de structure a encore fait distinguer ces tumeurs en fibromes *durs* et fibromes *mous* (Gusserow). L. Taüt attribue une telle importance clinique à cette distinction qu'il serait tenté de décrire, comme deux néoplasies de nature différente : d'une part, les fibromes *multi-nodulaires*, et de l'autre, les fibromes *mous* et les fibromes *adématiés*.

a comparée à celle du bulbe de l'oignon, est parfois très apparente sur une section, à l'œil nu.

Les masses fibromateuses, de forme plus ou moins sphérique, se combinent de la manière la plus variée, formant des tumeurs isolées ou multiples, des noyaux inclus les uns dans les autres ou

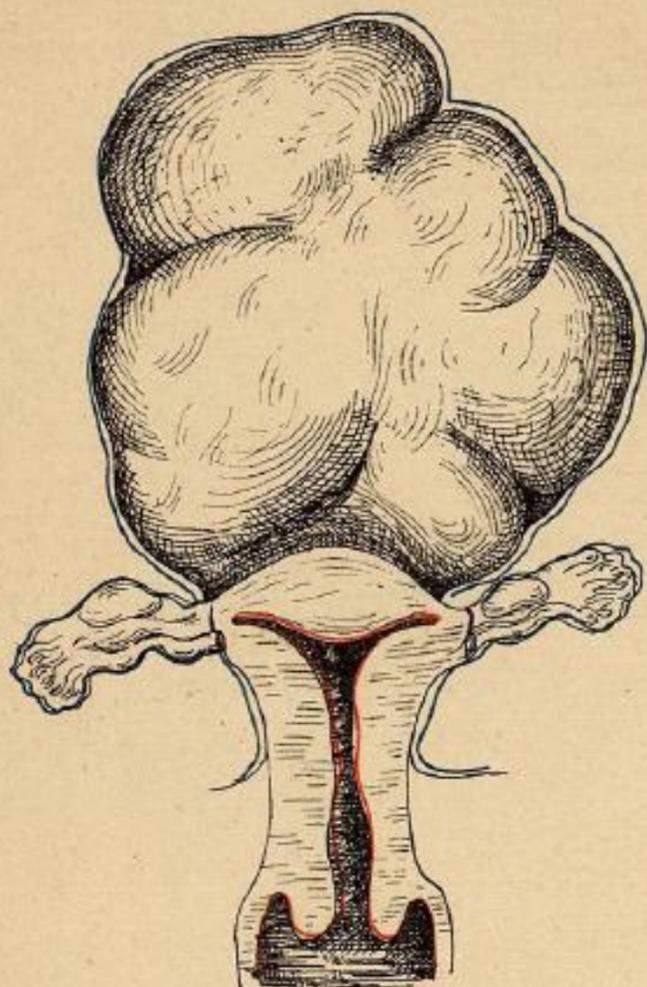


Fig. 109. — Fibrome sous-péritonéal sessile du corps de l'utérus, à évolution abdominale.

accolés les uns aux autres, suivant une section circulaire, comme des bulles de savon. Les fibromes multinodulaires se rencontrent plus fréquemment dans le corps de l'utérus et au cours de la période génitale.

La surface de section de ces tumeurs est d'un blanc nacré ou rosé; de consistance ferme, parfois dure et comme cartilagineuse,

plus molle et rougeâtre dans les myomes; quelquefois tout à fait plane ou, plus souvent, convexe au centre, par le fait de la pression concentrique des couches superficielles. On obtient, au râclage, un liquide filant, blanc rosé, dans lequel Fischel a trouvé des peptones.

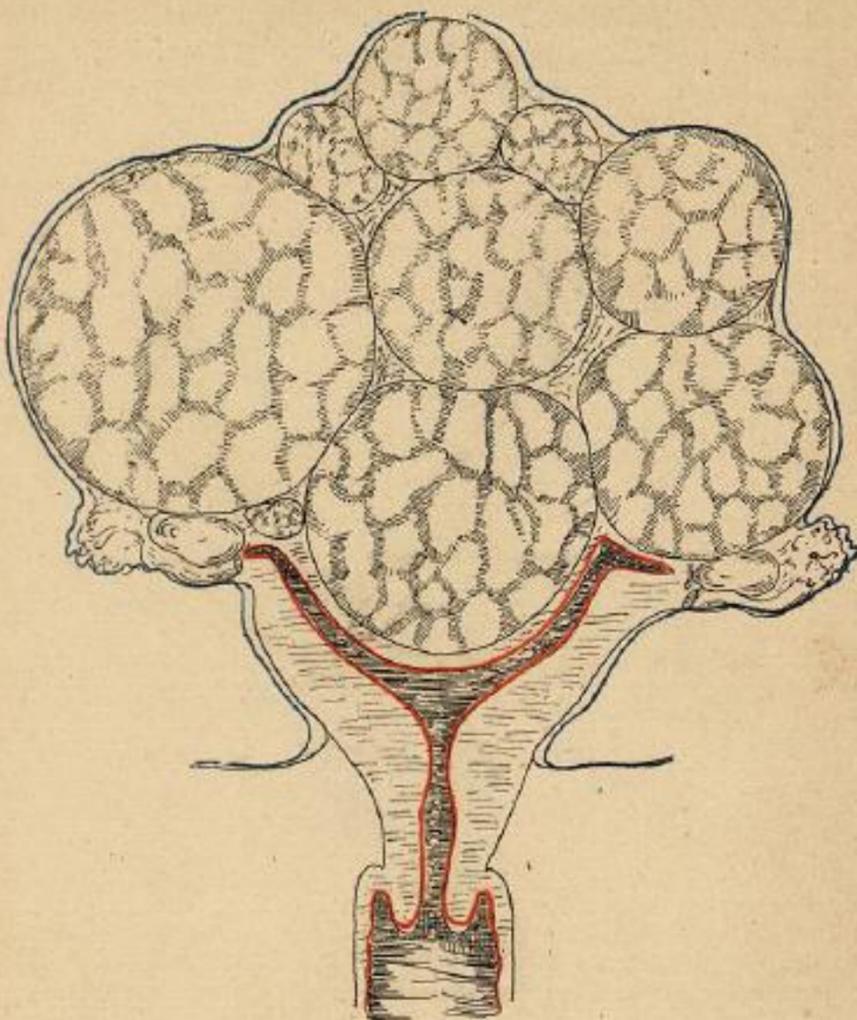


Fig. 110. — Fibromes sous-péritonéaux multiples et sessiles du corps de l'utérus, à évolution abdominale (d'après Doyen).

Les fibromes sont peu vasculaires et se nourrissent presque uniquement par les vaisseaux de leur capsule. Les artères surtout sont peu développées et, de plus, très rétractiles. Ces particularités permettent de comprendre qu'on puisse morceler de volumineux fibromes sans se préoccuper de l'hémostase. Il est ordinaire, par contre,

de voir ramper, à la surface des grosses tumeurs sous-péritonéales, des artères du calibre de la radiale ou de l'humérale, et d'énormes veines ressemblant à des sinus.

Les vaisseaux propres du fibrome sont accompagnés par des nerfs (Dupuytren, Leroy, Bidder), qui se terminent dans les noyaux des fibres musculaires (Hertz).

Dans une variété particulière et relativement rare, décrite par Virchow, sous le nom de myomes *caverneux* ou *télangiectasiques*, les

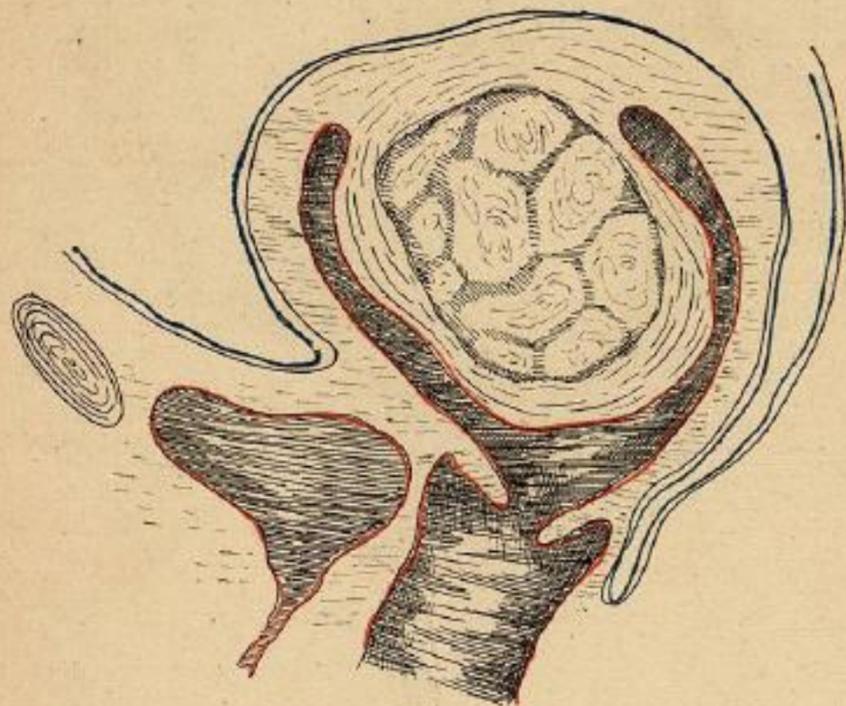


Fig. 111. — Fibrome sous-muqueux, sessile, du corps de l'utérus (d'après Hofmeier).

capillaires subissent, en tout ou en partie, une dilatation considérable, au point de former de véritables cavités dont l'inégale réplétion explique les changements brusques, et parfois très prononcés, dans le volume de la tumeur.

En général, les fibromes sont d'autant plus vasculaires qu'ils sont plus mous et plus intimement fusionnés avec le tissu utérin.

Une autre variété de tumeurs fibro-kystiques résulte de l'ectasie des espaces lymphatiques (*myomes lymphangiectasiques*, Kœberlé, Léopold).

**Modifications de voisinage.** — 1<sup>o</sup> *Modifications de l'utérus* : elles sont

de deux ordres, trophiques et mécaniques, et sont subordonnées au siège, au volume, au nombre, à la variété, etc., des fibromes.

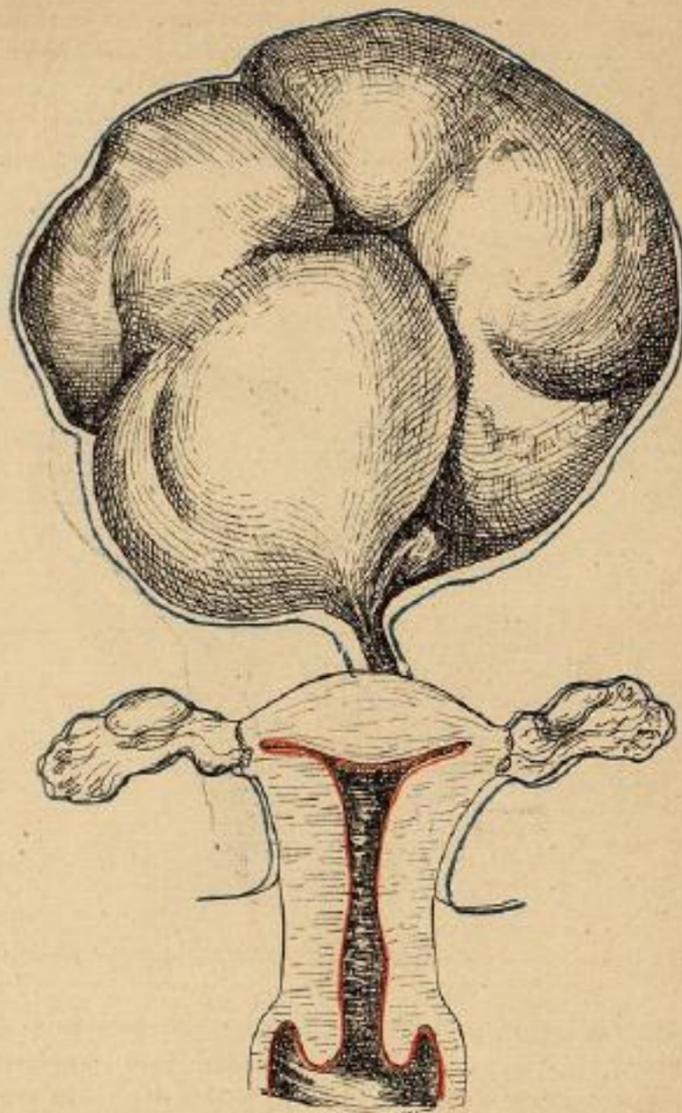


Fig. 112. — Fibrome sous-péritonéal, pédiculé, à évolution abdominale.

L'utérus, porteur de fibromes interstitiels et sous-muqueux, même de très petit volume, est presque toujours hypertrophié. Cette hypertrophie est généralisée ou inégalement distribuée (*grossesse fibreuse*, Guyon). Il en résulte une augmentation de la contractilité

qui influe sur l'évolution ultérieure de la tumeur. La cavité utérine peut mesurer jusqu'à 10, 15, 20 centimètres.

Les fibromes sous-péritonéaux, surtout lorsqu'ils sont pédiculés, ont une influence moindre sur la nutrition de l'utérus et peuvent même coïncider, chez les vieilles femmes, avec son atrophie.

La muqueuse utérine est souvent hyperplasiée au point d'atteindre, avec les tumeurs interstitielles ou sous-muqueuses, jusqu'à 0<sup>m</sup>,02 d'épaisseur. Sur vingt cas examinés par Winter, une seule

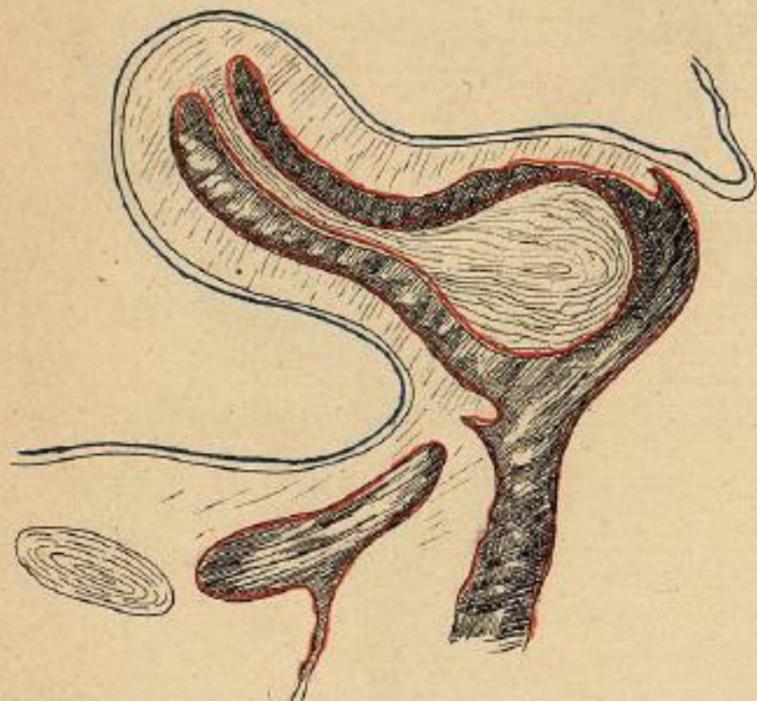


Fig. 113. — Polype fibreux, inséré au fond de l'utérus (d'après Hofmeier).

fois elle fut reconnue saine. Cette modification et le rôle d'irritant joué par la tumeur expliquent les hémorragies profuses et rebelles et leur plus grande fréquence dans le cas de fibrome sous-muqueux. A la surface même de la tumeur, la muqueuse peut être, à la fois, enflammée et atrophiée (Landau). Enfin, elle peut s'ulcérer en deux points opposés et se souder ensuite, d'où oblitération partielle ou totale de la cavité (Laboulbène).

Les connexions des fibromes avec le tissu utérin varient avec leur consistance. Les fibromes durs, interstitiels ou sessiles, sont ordinairement entourés d'une capsule de tissu cellulaire lâche dont on

les sépare facilement, après incision. L'énucléation peut même se faire spontanément sous l'influence des contractions utérines. L'adhérence est un peu plus considérable au niveau du point de pénétration des vaisseaux.

Les fibromes mous sont, en général, plus intimement fusionnés avec le tissu ambiant, au point d'exiger parfois une véritable dissection avant de se laisser isoler. Cette fusion se trouve réalisée au

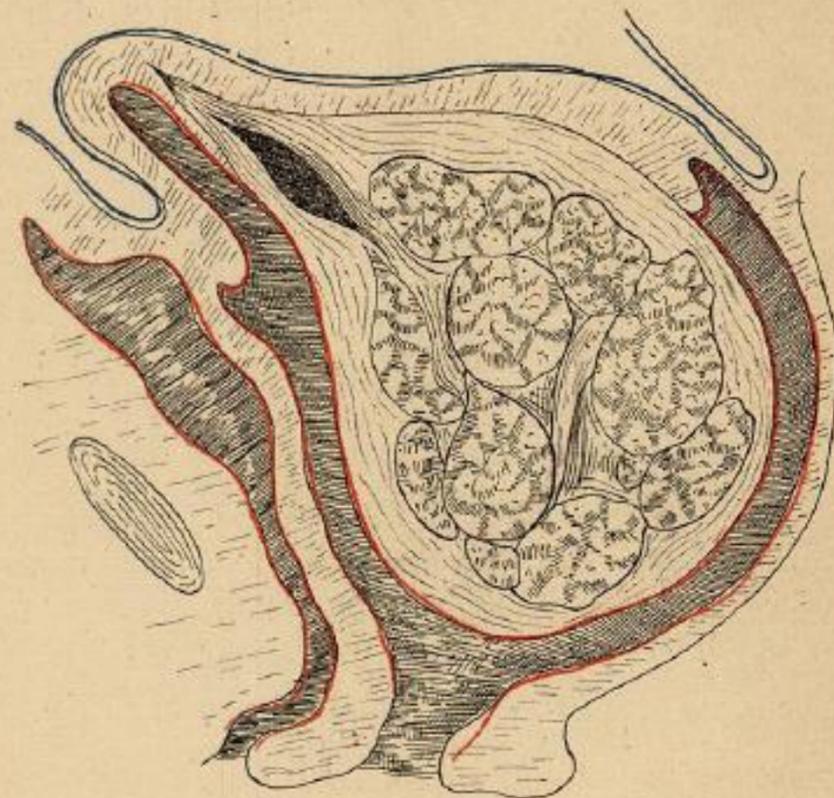


Fig. 114. — Fibrome sous-muqueux, sessile, du col de l'utérus (d'après Hofmeier).

maximum dans une variété assez rare d'*hypertrophie fibreuse totale sans tumeur isolable (utérus géant)*.

Les fibromes sous-péritonéaux ont plus de tendance à se séparer du tissu utérin que les fibromes sous-muqueux : ils arrivent souvent au contact immédiat de la séreuse, tandis que ceux-ci même quand ils sont assez saillants, ont toujours un revêtement musculaire.

Les contractions répétées de l'utérus, jointes à l'action de la pe-

santé, expliquent la formation du *pédicule* dans les tumeurs à évolution intra-utérine ou péritonéale.

Ce pédicule, d'abord assez large, formé, de la périphérie au centre, de la muqueuse ou de la séreuse, d'une couche musculaire et de vaisseaux, s'amincit et s'allonge progressivement, au point d'atteindre parfois des dimensions considérables. Il peut se tordre, et même se rompre, après résorption progressive de la couche musculaire. Ainsi s'expliquent les faits d'*expulsion spontanée* des fibromes sous-muqueux et de fibromes à évolution péritonéale, trouvés flot-

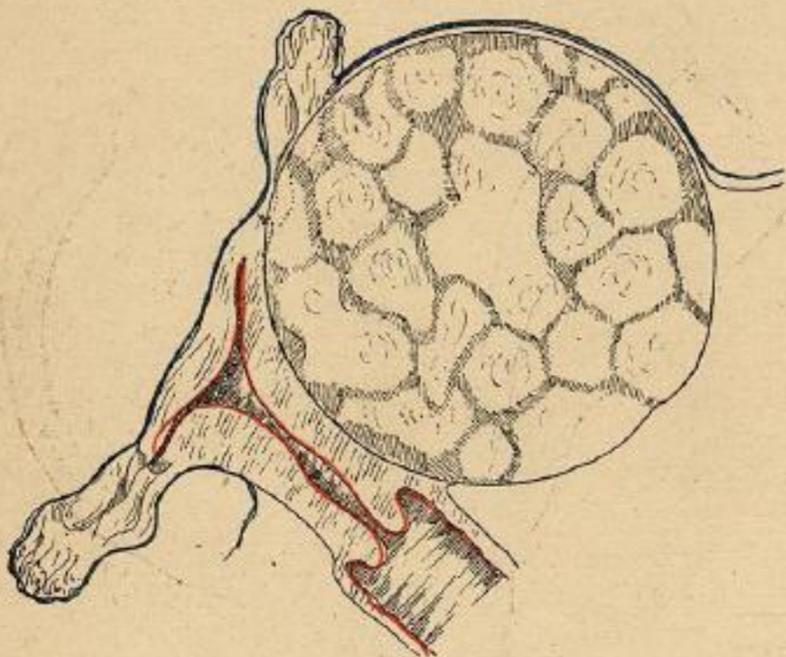


Fig. 115. — Fibrome utérin à évolution intra-ligamentaire (d'après Doyen).

tants au milieu des intestins, complètement libres de toute attache naturelle ou artificielle (Rokitansky, Simpson, Depaul, Turner).

Les *modifications mécaniques*, imprimées à l'utérus par les fibromes, consistent principalement en : déviations du côté opposé à la tumeur, effacement du col, déformation de la cavité, élévation et étirement de l'organe, torsion sur son axe, inversion.

2° *Modifications des tissus péri-utérins*. — La trompe est souvent enflammée. Son orifice interne peut être agrandi ou, au contraire, obturé. Nous avons toujours trouvé les ovaires scléreux ou scléro-kystiques et, de plus, œdémateux, quand il existait un varicocèle assez prononcé.

Dans le cas de tumeurs volumineuses, surtout intra-ligamentaires, trompes et ovaires sont déplacés, aplatis, parfois méconnaissables.

Les fibromes sous-péritonéaux, nés du fond de l'utérus, peuvent se développer librement par en haut, en ne déplaçant que l'intestin, et sans grands troubles; mais, par contre, il peut se produire,



Fig. 116. — Coupe histologique d'un fibro-myome de l'utérus (Grossissement de 35 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnot). — A, faisceaux musculaires coupés en long; B, faisceaux musculaires coupés en travers; C, tissu conjonctif.

sous des influences diverses, soit de l'ascite, ce qui est l'exception, soit des adhérences avec la paroi abdominale, l'intestin ou l'épiploon. Ces adhérences, plus rares que pour les kystes ovariens, se présentent sous forme d'un réticulum ou de cordons très vasculaires (artère du volume de la radiale, Kœberlé). Elles contribuent à la nutrition de la tumeur et peuvent même lui suffire dans les cas exceptionnels où elle se détache de l'organe.

Les fibromes des parois postérieure et antérieure et, surtout, ceux de la portion sus-vaginale du col, gênent assez rapidement les fonctions du rectum et de la vessie. La compression peut aller jusqu'à l'occlusion complète et même jusqu'à la perforation de ces organes, si la tumeur est enclavée. Il y a également lieu de tenir grand compte de la compression des vaisseaux et nerfs du bassin et des uretères.

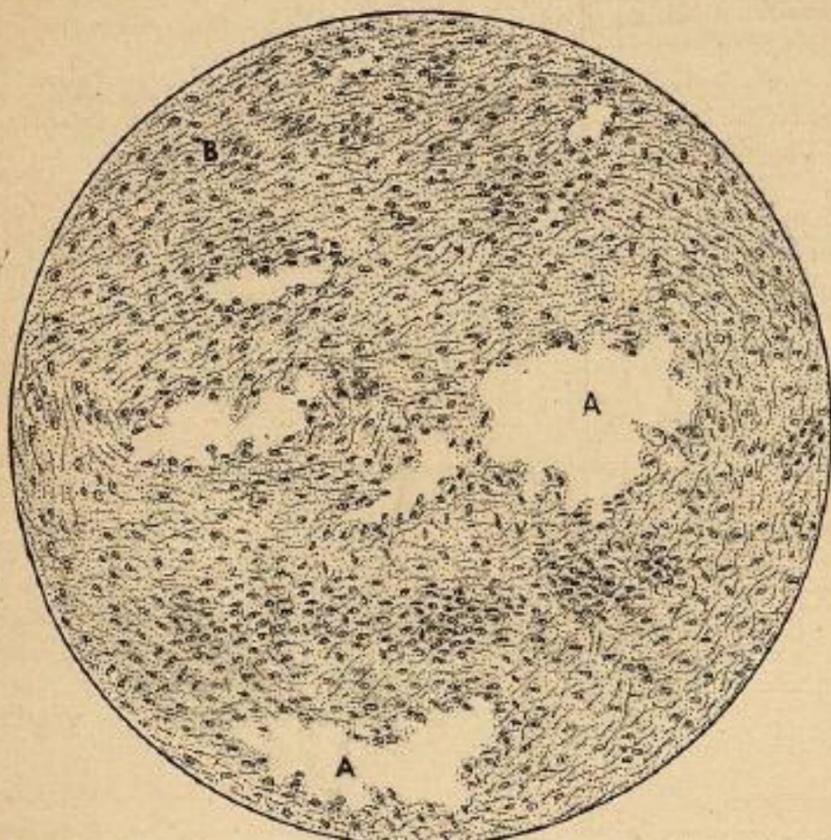


Fig. 117. — Coupe histologique d'un fibrome œdémateux du corps de l'utérus (Grossissement de 75 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet). — AA, vacuoles dues à la distension des mailles conjonctives par l'œdème; B, tissu conjonctif œdématisé.

Signalons enfin, comme lésions éloignées, des altérations des reins (Pozzi), du foie (Bantock), du myocarde et des cavités du cœur (Sébileau).

**Modifications propres au fibrome.** — Les fibromes peuvent subir les modifications suivantes :

1° Le ramollissement, qui reconnaît plusieurs causes :

α. L'œdème, résultat de la grossesse, de l'enclavement, d'hémor-

rhagies profuses, etc., et qui peut être assez considérable pour donner lieu à la pseudo-fluctuation. Dans ce processus, les fibres musculaires s'atrophient, les mailles du tissu conjonctif s'écartent, et il en résulte des vacuoles qui, en se fusionnant, constituent des pseudokystes plus ou moins vastes (fig. 117). L'œdème n'est parfois que le premier stade du sphacèle.

β. La *dégénérescence graisseuse*, qui s'observe pendant la régression post-puerpérale et pourrait exceptionnellement aboutir à la résorption totale du néoplasme. Il en résulte aussi, parfois, des formations kystiques.

γ. La *dégénérescence myxomateuse*, caractérisée par l'épanchement, entre les travées cellulaires, d'un liquide chargé de mucine, et par la prolifération de tissu muqueux.

δ. La *dégénérescence amyloïde*, très rare (un cas de Stratz).

2° L'*induration scléreuse*, qui ne s'observe guère avant la ménopause et succède à la dégénérescence graisseuse ou à des inflammations interstitielles.

3° La *calcification*, plus spéciale aux tumeurs interstitielles et sous-séreuses, et caractérisée par la présence de sels calcaires (phosphate, carbonate et sulfate de chaux). Ces sels se déposent par flocs indépendants qui se fusionnent ensuite du centre à la périphérie. Ils envahissent parfois la totalité de la tumeur qui, dans ce cas, peut se détacher et s'éliminer par la vessie, par le rectum, le vagin ou la paroi abdominale (*calculs utérins*).

4° L'*inflammation de la capsule*, qui survient ordinairement à la suite d'une éraillure de la muqueuse et conduit facilement au sphacèle de la tumeur, dont la vascularité propre est si rudimentaire.

Les tissus désagrégés s'éliminent par lambeaux d'odeur fétide, et, à part quelques exceptions heureuses, il en résulte des accidents graves d'inflammation péri-utérine et de septicémie.

5° La *transformation kystique* (fig. 118), qui vaut au fibrome les noms de *fibrome kystique*, *tumeur fibro-kystique*, *fibro-kyste*, etc.

Elle peut être due :

α. A l'œdème (voir plus haut).

β. A la *dilatation excessive des espaces lymphatiques* (*myome lymphangiectasique*). Dans cette forme, la cavité kystique est tapissée d'un endothélium et contient un liquide ordinairement limpide et coagulable ou modifié par addition de pus ou de sang.

Ces deux variétés de fibrome se rencontrent surtout après la ménopause et peuvent acquérir des dimensions considérables (de 50 à 75 kilos).

γ. Certaines tumeurs fibro-kystiques résultent encore des *lacunes*

ou géodes (Cruveilhier), creusées par un épanchement sanguin ou par la dégénérescence graisseuse ou myxomateuse.

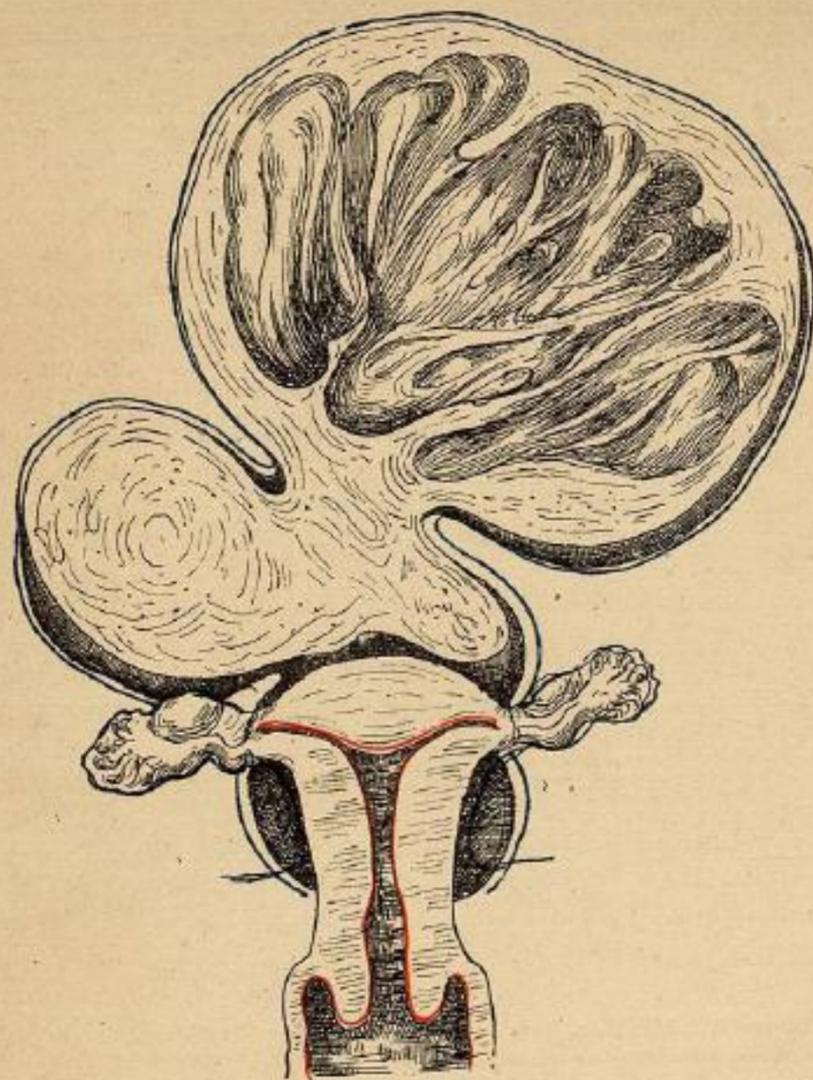


Fig. 118. — Tumeur fibro-kystique de l'utérus, à évolution abdominale.

3. Les *dégénérescences cancéreuses* appartiennent à l'histoire des tumeurs malignes (voir chap. II).

Une statistique de Martin donne une idée de la fréquence relative de ces diverses dégénérescences : sur 201 cas de fibromes, il a observé :

La dégénérescence graisseuse.....	10 fois.
La calcification.....	3 —
La suppuration (de tumeurs sous-muqueuses).....	10 —
L'œdème.....	11 —
La dégénérescence kystique (1).....	8 —
— télangiectasique.....	3 —
— sarcomateuse.....	6 —
— carcinomateuse (col, 7 fois; corps 2).....	9 —

### Symptômes.

Il arrive souvent que de volumineux fibromes n'occasionnent que fort peu de gêne ou qu'ils ne soient même pas soupçonnés des femmes qui les portent. Il s'agit ordinairement, dans ces cas, de fibromes à *évolution abdominale*. Par contre, de très petits noyaux sous-muqueux ou interstitiels peuvent déterminer des douleurs intenses et des hémorrhagies graves.

**I. Symptômes subjectifs et fonctionnels.** — Le plus souvent, les règles augmentent progressivement d'abondance, durent six, huit, dix jours et se rapprochent; puis il survient des hémorrhagies intercalaires et la malade, perdant presque constamment, ne sait plus distinguer ses époques. Ces hémorrhagies surviennent à propos du coït, d'une fatigue, etc., souvent sans motif appréciable. Elles entraînent rarement la mort par leur abondance, mais peuvent conduire rapidement à un état d'anémie profonde qui aggrave beaucoup le pronostic de l'intervention opératoire, tout en rendant celle-ci de plus en plus urgente.

La *leucorrhée*, symptomatique de l'endométrite, n'est pas constante. On la rencontre surtout, de même que la dysménorrhée, avec les fibromes du col.

Il se produit parfois, à intervalles irréguliers, et pendant plusieurs jours, un écoulement profus de liquide séro-muqueux, limpide et filant : c'est l'*hydrorrhée*, que l'on rencontre aussi, mais beaucoup plus rarement, au début des néoplasmes malins du corps de l'utérus.

Les malades se plaignent généralement de *douleurs sourdes*, permanentes; ou bien, de sensations de pesanteur, de tiraillement, communes à toutes les affections utérines. Sur ce fond vague d'*endolorissement*, se détachent des crises névralgiques, dépendant principalement du siège défavorable de la tumeur et dont les caractères sont, par suite, assez variables. Dans le cas de *fibromes sous-muqueux*, surtout lorsqu'ils s'engagent dans l'orifice interne, ce sont des coli-

(1) Indépendamment des causes précitées, Routh et Cazin ont trouvé, dans l'épaisseur de fibromes utérins, des diverticules glandulaires qui pourraient bien être le point de départ de kystes (Doran).

ques utérines, parfois très vives, paroxystiques. Avec les fibromes abdominaux, ce sont des crises de péritonisme dû aux déplacements de la tumeur, ou de véritables douleurs péritonitiques, imputables à des poussées de péritonite vraie (concomitance de salpingite) ou aseptique; enfin, les douleurs des fibromes pelviens sont surtout en rapport avec la compression directe des nerfs et avec l'obstacle opposé au cours de l'urine et des matières.

La compression du plexus sacré explique les douleurs lombaires, fessières et sciatiques.

La compression de la vessie peut provoquer une dysurie permanente, avec ou sans catarrhe, et les diverses modalités de la rétention. La rétention brusque et temporaire est parfois le premier phénomène observé; elle se produit surtout après la ménopause ou au moment des règles, par le fait d'un déplacement subit de la tumeur ou de la compression qu'elle exerce sur le col vésical ou l'urèthre. La rétention incomplète a pu donner l'illusion d'un kyste ovarique (Budín).

Les urètres comprimés peuvent se dilater de proche en proche et on a vu résulter de cette complication l'hydronéphrose et même la pyélonéphrite. Quel qu'en soit le mécanisme, les altérations du rein ne sont pas rares (néphrite interstitielle, abcès, etc.), et aggravent singulièrement le pronostic.

La compression du rectum, nous l'avons dit, peut aller jusqu'à l'occlusion complète et même jusqu'à l'ulcération de sa paroi.

Mais, le plus souvent, tout se borne, de ce côté, à des hémorrhoides, à du catarrhe rectal et à de la constipation opiniâtre qui peut engendrer la *stercorémie* (Barnes). Les troubles digestifs peuvent encore être dus aux adhérences intestinales et épiploïques.

La compression des veines produit l'œdème, quelquefois intermittent (Kœberlé), des deux membres inférieurs ou d'un seul d'entre eux; la thrombose, l'embolie pulmonaire (Duguet, Sevestre).

L'ascite complique parfois les gros fibromes, surtout ceux qui sont très mobiles ou très vasculaires, et semble reconnaître des origines diverses: irritation du péritoine, compression de la veine porte, lésions cardiaques et rénales, cachexie, etc. L'ascite hémorragique coïncide ordinairement avec la dégénérescence maligne qui est exceptionnelle; du reste, pour les fibromes sous-péritonéaux.

Enfin, on peut avoir à constater les symptômes de l'inflammation annexielle ou de lésions hépatiques, cardiaques; des troubles réflexes divers: du côté des voies digestives (dyspepsie, vomissement); des seins (gonflement, sécrétion de colostrum); du système nerveux (névroses et psychoses diverses).

II. Signes physiques. — La tumeur est-elle volumineuse et développée au-dessus du pubis, on peut la reconnaître uniquement par le palper. Elle présente les caractères suivants: tumeur médiane, de consistance ferme et résistante, plus rarement fluctuante, indolore à la pression, lisse ou, plus souvent, bosselée. En combinant le toucher au palper, on constate qu'elle fait corps avec l'utérus et se meut avec lui, à moins qu'il ne s'agisse d'une tumeur sous-péritonéale et longuement pédiculée. Le vagin peut être allongé ou diminué, déformé. Le col se déplace en sens inverse des mouvements imprimés à la tumeur; il peut être effacé, remonté et aplati derrière le pubis, au point de devenir inaccessible. L'auscultation permet parfois de découvrir des frottements dus aux adhérences et un souffle analogue à celui de la grossesse.

Un fibrome interstitiel ou sous-péritonéal, de petit volume, se reconnaît à l'hystérométrie combinée au palper abdominal, à l'abaissement du col, au toucher rectal; s'il reste un doute, on a recours à la chloroformisation.

Indépendamment des constatations faites par l'examen bimanuel ordinaire, on pourra, le plus souvent, reconnaître directement du doigt, avec ou sans dilatation préalable, la présence des tumeurs sous-muqueuses. L'hystéromètre, dans ce cas, indique toujours un allongement prononcé de la cavité utérine (9 à 20 centimètres). Celle-ci peut être déviée, aplatie, obstruée, au point de ne se laisser explorer qu'avec une bougie en gomme ou avec l'hystéro-curvi-mètre de Terrillon.

S'il s'agit d'un polype intra-utérin on arrive à sentir, en introduisant l'index dans le col, une masse dure, arrondie, quelquefois étranglée en sablier. C'est au moment des hémorrhagies qu'elle est le plus accessible; elle peut même disparaître complètement dans leur intervalle (*polypes intermittents*, Huguier, Larcher).

Lorsque le polype est descendu dans le vagin et qu'il est de dimensions moyennes, on arrive, en contournant le pédicule, à atteindre son point d'insertion ou, tout au moins, à se rendre compte de son éloignement. Dans quelques cas, la tumeur emplit complètement le conduit et vient faire saillie à l'extérieur; ou bien encore, elle est ramollie par une dégénérescence.

Un fibrome sessile du col donne des dimensions excessives à la lèvre qui en est le siège, tandis que l'autre lèvre, amincie, aplatie, l'entoure à la manière d'un croissant. L'orifice externe est alors représenté par une fente demi-circulaire.

**Marche et terminaisons.**

L'apparition de la tumeur peut être précédée, pendant plusieurs années, de phénomènes vagues dus à la distension progressive de l'utérus par les noyaux fibreux encore latents (Winckel) : sensibilité plus grande de l'organe, surtout pendant les règles ; durée plus longue de celles-ci ; douleurs vésicales (Olshausen), etc.

C'est ordinairement entre trente et quarante ans que se montrent les symptômes décrits plus haut. Au voisinage de la ménopause, en même temps que la tumeur diminue, on les voit ordinairement s'espacer et s'amender de plus en plus, au point de disparaître complètement. Mais ce n'est là qu'une donnée générale comportant de nombreuses exceptions, surtout pour les tumeurs molles ou fibrokystiques, qui peuvent même n'apparaître qu'à ce moment.

Nous avons étudié les modifications anatomiques que peuvent subir les fibromes.

Ils peuvent disparaître complètement, par *atrophie* ou, à la suite d'une grossesse, par *dégénérescence graisseuse et résorption* : un certain nombre d'observations, scrupuleusement contrôlées, en font foi (Gusserow). Le plus souvent cependant, la régression n'est que partielle, bien que les troubles fonctionnels disparaissent.

La *calcification* est aussi un mode de guérison relative qui s'observe sur les tumeurs à vitalité restreinte et au voisinage de la ménopause.

Nous savons déjà qu'une tumeur pédiculée peut se détacher de l'utérus et flotter librement dans le péritoine ou, plus souvent, continuer d'y vivre grâce aux adhérences qu'elle a contractées.

On a vu des fibromes faire issue à travers la paroi abdominale et dans la vessie.

L'*élimination par la cavité utérine* s'observe assez souvent et reconnaît deux mécanismes : l'un, qui demande plusieurs années pour s'accomplir, se décompose en trois temps : énucléation de la tumeur qui devient polypoïde, rupture du pédicule et, enfin, accouchement spontané, le tout sous la seule influence des contractions utérines et de la pesanteur ; l'autre, qui est beaucoup plus rapide, mais très dangereux, consiste dans le morcellement dû au sphacèle, après inflammation de la capsule.

**Pronostic et complications.**

Si l'on compare le nombre des malades atteintes de fibromes, au nombre de celles qui en meurent, il est impossible de dire que ces

tumeurs constituent, d'une façon générale, une affection grave. Mais rien n'est variable comme leur pronostic, si l'on considère isolément leurs variétés de nombre, de volume, de siège, de structure et de complications, la façon dont elles sont tolérées suivant le genre de vie, etc.

Citons, parmi les complications les plus graves : les *hémorragies profuses* ; la *rupture de l'utérus*, même en dehors de la gravité, accident très rare ; l'*inversion* du fond ou d'une paroi de l'organe par un fibrome sous-muqueux (voy. liv. VIII, chap. II) ; la *perforation*, très exceptionnelle, de la vessie (Thompson), du rectum, de l'intestin, du vagin (Roux), de la paroi abdominale (Dumesnil), par une tumeur calcifiée ou non ; l'*incarcération*, facilitée ou provoquée par les adhérences ; l'*étranglement intestinal* ; la *péritonite*, partielle ou généralisée ; la *pyohémie* ou la *septicémie* qui accompagnent la *suppuration* et la *gangrène*.

Il faut compter enfin, chez les femmes mariées, avec la *stérilité* et les accidents possibles de la *grossesse* et de l'*accouchement*.

La *stérilité* peut reconnaître pour causes : les déformations de la cavité, les métrorragies et la leucorrhée, l'endométrite et la péri-mérite, l'ascite, l'oblitération des orifices tubaires, l'altération des follicules de l'ovaire, etc.

La fécondation est toutefois possible et quelques fibromes ne sont même découverts qu'au moment de l'accouchement.

La grossesse peut être, dans ses suites, le point de départ de la dégénérescence graisseuse et de l'atrophie de la tumeur ; mais, pendant son évolution, elle lui imprime une allure plus rapide.

L'existence de fibromes prédispose, en outre : à l'insertion vicieuse du placenta, à la grossesse extra-utérine, aux hémorragies pendant la grossesse, à la mort du fœtus, à la néphrite et à l'éclampsie, aux mauvaises présentations, à l'avortement dans les premiers mois si la tumeur siège sur le fond de l'utérus, à l'accouchement prématuré si elle siège au voisinage du col.

S'il est vrai que les fibromes se déplacent parfois d'une façon très heureuse et grâce à leur ramollissement, au cours du travail, ils n'en sont pas moins une cause ordinaire et grave de *dystocie*.

Le travail est souvent très long ; l'intervention de l'accoucheur est presque toujours nécessaire et ne suffit pas, dans bien des cas, à prévenir la rupture de l'utérus ou les hémorragies graves de l'accouchement ou de la délivrance.

La probabilité et l'importance de ces accidents sont subordonnées, du reste, au siège, au volume, à la consistance et à l'orientation des tumeurs.

**Diagnostic.**

Il n'est pas de tumeur ou de tuméfaction avec laquelle le fibrome ne puisse être confondu. Le plus généralement une hystérométrie de 10 centimètres, en dehors de la période puerpérale, doit faire admettre son existence.

**I. Fibromes interstitiels.** — Les dimensions de la cavité et l'augmentation de volume de l'utérus, sa forme globuleuse, les douleurs expulsives et le peu de sensibilité à la pression; au besoin, l'examen sous le chloroforme et la dilatation permettent de reconnaître la présence d'un petit noyau interstitiel et d'éliminer la métrite hémorrhagique.

La rétention de débris placentaires, après l'avortement ou l'accouchement, se distingue grâce aux anamnétiques et à l'examen direct.

Dans le cancer du corps, il y a aussi des hémorrhagies, de l'hydrorrhée, une augmentation de volume; mais, à une certaine période, il s'y joint un écoulement fétide et, au début, en cas d'incertitude, l'examen microscopique lève les doutes.

L'hystérométrie et l'exploration bimanuelle feront reconnaître les déviations de l'utérus en avant ou en arrière.

Les inflammations chroniques des annexes peuvent facilement donner le change, lorsqu'elles sont anciennes, peu douloureuses et qu'elles s'accompagnent de troubles menstruels. Dans ces cas, c'est surtout sur l'histoire antérieure des malades et sur l'hystérométrie qu'il faut se baser pour établir le diagnostic.

Enfin, il faudra toujours songer à la possibilité d'une grossesse.

**II. Fibromes à évolution vaginale.** — Ils sont sessiles ou pédiculés et naissent du corps ou du col.

**1° FIBROMES SESSILES DU CORPS.** — Leurs tendances évolutives s'affirment d'abord par des pertes intermenstruelles, l'hydrorrhée, une diminution de consistance de leur masse et l'élargissement de la cavité utérine (Bouilly); puis ils s'accompagnent d'hémorrhagies abondantes et de coliques, provoquent la dilatation et la déformation de la cavité du corps et effacent le col.

Le cathétérisme et le toucher intra-cervical permettent généralement de les distinguer du cancer corporel, de la rétention placentaire, de l'hématométrie, etc.

**2° FIBROMES SESSILES DU NUSÉAU DE TANCHE.** — Ils constituent des tumeurs arrondies, fermes et élastiques, ordinairement non ulcérées, fusionnées avec l'une des lèvres du col, tandis que l'autre est amincie ou aplatie.

L'orifice externe, devenu linéaire et courbe, s'ouvre en avant ou en arrière de la masse. Lorsqu'elle a pris naissance à la limite du vagin, elle peut se développer dans l'interstice de la cloison et simuler une tumeur vaginale.

L'examen bimanuel permettra d'éviter la confusion avec l'inversion utérine ou avec une tumeur pédiculée du corps. Quand le fibrome cervical est ulcéré et ramolli et s'accompagne, par suite, d'un écoulement sanguinolent et fétide, il peut être indispensable, pour sortir d'embarras, de faire une excision exploratrice suivie d'examen au microscope.

**3° POLYPES.** — **a. Intra-utérins.** Les polypes intra-utérins se reconnaissent de la même manière que les tumeurs sous-muqueuses et sessiles. Pour fixer le point d'implantation de leur pédicule, sa longueur et son volume, on a recours au cathétérisme ou au toucher direct, précédé ou non de la dilatation.

**β. Vaginaux.** — Les polypes vaginaux se présentent à la façon de tumeurs imperforées, piriformes, à base inférieure et à sommet intra-cervical, à surface lisse, présentant, parfois, une dépression circulaire, vestige de la constriction exercée par le col à une certaine phase de leur évolution; ils sont libres dans le vagin ou partiellement adhérents.

A moins que le polype ne soit assez volumineux pour emplir le vagin, on arrivera en général à glisser le doigt assez haut pour reconnaître son point d'implantation. Il ne faut pas craindre, du reste, pour faciliter l'examen, de saisir et d'abaisser la tumeur ou l'utérus avec une pince à griffes.

La confusion avec l'hypertrophie du col ou le prolapsus utérin n'est guère permise: dans ces deux cas, la tuméfaction a une forme spéciale, présente une ouverture centrale (l'orifice externe) et se continue directement avec les culs-de-sac vaginaux.

Il n'en est pas de même pour l'inversion utérine, dont le diagnostic différentiel prête à des considérations toutes spéciales (voir liv. VIII).

Si, du fait du sphacèle, le polype est ramolli, ulcéré, anfractueux et laisse écouler une sanie fétide, on comprend qu'il puisse être pris pour un épithélioma végétant, surtout s'il s'insère sur le col, ou encore, pour un œuf abortif ou un fragment placentaire engagé dans la cavité cervicale. Mais, dans ces deux cas, la masse procidente est plus molle, plus friable et l'on est, de plus, guidé par les renseignements anamnétiques: au besoin, l'examen microscopique donnera une réponse décisive.

Certains polypes peuvent, comme nous l'avons vu, présenter des alternatives de procidence et d'occultation, avant leur procidence

définitive. On choisira, de préférence, pour explorer ces fibromes *intermittents*, le moment des coliques expulsives au cours desquelles le col s'efface.

Il est enfin des polypes qui sont, à la fois, *intra-utérins* et *vaginaux* : ils présentent, au niveau du col, un étranglement qui pourrait être pris pour le pédicule véritable, alors que celui-ci s'attache, en réalité, plus haut, sur l'une des parois du corps.

Ajoutons que les polypes peuvent être multiples et coexister avec des productions polypoides de la muqueuse.

**III. Fibromes à évolution abdominale.** — Lorsqu'on a affaire à des tumeurs *dures* et *multinodulaires*, transformant l'utérus en une masse médiane, lobulée, inégale, qu'on peut limiter par le palper et le toucher combinés, le diagnostic est facile.

La majorité des *fibromes durs* se présentent ainsi, car ils ne deviennent assez gênants pour provoquer l'examen, qu'après avoir acquis un certain volume. Il est des cas, cependant, où le diagnostic n'est pas aussi simple : ainsi, un fibrome dur et longuement pédiculé pourra-t-il en imposer, tout d'abord, pour une ectopie rénale.

Rien de plus facile que de confondre un fibrome *mou* ou *kystique* et *multinodulaire* avec un *kyste multiloculaire de l'ovaire* (voir chap. IV). Il en est de même pour les tumeurs de même variété histologique formant une *masse unique*, et *Putérus gravide*, avant le cinquième mois de son évolution : ajoutons que, même après cette époque, la constatation des signes dits de *certitude* n'exclut pas l'idée d'un fibrome, kystique ou non, compliquant la grossesse.

**IV. Fibromes intra-ligamentaires.** — Un fibrome *intra-ligamentaire* ne peut guère être pris pour un *kyste parovarique* qui présente généralement une fluctuation très nette, ou pour une *grossesse extra-utérine* (voir livre XI).

Mais la confusion est facile avec :

Une tumeur de la *fosse iliaque*, surtout en cas de dégénérescence *myxomateuse* ou *sarcomateuse* (Tolly, Bland Sutton); cependant on peut l'éviter par un examen méthodique de l'utérus et de ses rapports avec le néoplasme.

Avec les *tuméfactions inflammatoires des annexes* (voir livre VI).

Les observations ne sont pas rares d'énormes *pyo-salpinx* électrisés pour des fibromes et reconnus seulement après l'ouverture du ventre.

**V. Fibromes pelviens.** — Leur caractéristique générale consiste dans la *précocité des phénomènes de compression*.

L'hystérométrie permet de les distinguer des *versions* et *flexions* en avant ou en arrière. Mais les deux lésions peuvent se compli-

quer. Dans ce cas, on arrivera à la vérité en combinant le cathétérisme au toucher, au palper, à l'abaissement et en faisant, au besoin, l'examen sous le chloroforme.

Un petit noyau fibreux, adhérent ou non au cul-de-sac de Douglas, peut être très difficile à différencier d'un *ovaire hypertrophié et prolabé*, d'une *ovaro-salpingite*, d'un *foyer ancien d'hématocèle*, d'un noyau de *paramétrite* ou de *périmétrite*. Il faudra, en ce cas, s'appliquer à éliminer, les unes après les autres, ces différentes lésions, en s'entourant de toutes les ressources de l'interrogatoire et de l'examen physique.

### Traitement.

#### Indications générales.

« La moitié, au moins, des fibromes », a écrit Munde, « ne requiert aucune sorte de traitement et une thérapeutique symptomatique suffit à la moitié des autres. »

Cette opinion du chirurgien américain est aussi critiquable que le sont, dans un sens opposé, les tendances actuelles de la chirurgie.

Les fibromes sont, en eux-mêmes, des *tumeurs bénignes* et qui dégénèrent rarement.

A ce dernier point de vue, il faut surtout craindre le sphacèle et la transformation cancéreuse. Or, le sphacèle résulte le plus souvent de fautes d'antisepsie faciles à éviter (à l'occasion d'un cathétérisme, de l'électropuncture, etc.). Quant à l'intervention d'un néoplasme malin, il ne semble pas qu'elle soit plus commune dans les utérus fibromateux, étant donnée la grande fréquence de ceux-ci, que dans les utérus dépourvus de fibromes. Les autres dangers auxquels expose l'expectation dépendent surtout du volume et de la direction que prendra la tumeur, et c'est au clinicien à les prévoir d'après le siège actuel de la tumeur (fibrome abdominal, fibrome pelvien), d'après sa nature particulière (fibrome dur ou mou), d'après la rapidité de son développement et l'âge de la malade.

Si ces *conditions d'avenir* sont défavorables et si, d'autre part, la tumeur s'accompagne d'*hémorrhagies surabondantes et rebelles aux moyens médicaux*, de *phénomènes graves de compression* (douleurs intolérables, rétention d'urine, obstruction intestinale, etc.), il faudra recourir à l'intervention chirurgicale, en tenant compte aussi de l'état général de la malade et de son rang social.

Mais, dans les conditions contraires, on ne se laissera pas influencer par la diminution de la mortalité opératoire, qui est loin d'être encore suffisante pour être négligeable. Tout en mettant à

contribution, dans les cas où il faut agir, les progrès journaliers de l'antisepsie et de la technique, on saura, ou ne rien faire (*primum non nocere*), ou se borner au traitement médical, à l'électrothérapie ou à la chirurgie palliative.

L'ignorance où nous sommes des causes et de la pathogénie des fibromes réduit à néant le traitement *prophylactique*. On conseillera à toute femme soumise à l'expectation d'éviter avec soin la grossesse. Inutile d'insister sur l'importance qu'il y a, avant de pratiquer une opération grave, à tonifier les malades épuisées par des hémorragies, à examiner les fonctions des reins et du cœur.

### Indications particulières.

#### I. Traitement médical.

Des vues théoriques, que le résultat n'a pas sanctionnées, ont fait employer les médicaments *fondants* : iode et ses dérivés, sels de potasse ; les *sels calcaires* : chlorure de calcium, etc. ; les substances *stéatogènes* : phosphore, mercure, arsenic. Cette dernière serait utile pour relever l'état général (Guéniot) ; les autres se sont montrées inefficaces ou nuisibles.

L'*ergot* et l'*ergotine* peuvent rendre des services. Hildebrandt (1872) a érigé en méthode le traitement par les injections hypodermiques d'ergotine (qu'il diluait dans partie égale de glycérine et, plus tard, d'eau distillée, à la dose d'un centimètre cube, tous les jours ou tous les deux jours). Il les faisait dans la paroi abdominale, au voisinage de la tumeur.

Delore a recommandé des injections de 15 à 60 centigrammes d'ergotine faites dans le parenchyme même du fibrome, au moyen d'une longue canule de 14 centimètres, pénétrant de quelques millimètres.

Nous croyons de beaucoup préférable de faire les injections en dehors de la tumeur et dans une masse charnue, à la fesse par exemple.

On espérait, avec l'ergotine, anémier la tumeur et provoquer son atrophie. De nombreuses observations tendraient à faire admettre ce résultat. Mais, étant données les modifications considérables et très rapides de volume que peut présenter la tumeur, du seul fait de son évolution naturelle, il est assez difficile de se rendre compte, de même que pour l'électricité, si cette prétention est justifiée.

Ce qui est certain c'est que les résultats négatifs sont les plus nombreux. De plus, les injections d'ergotine exposent à un certain

nombre d'inconvénients qui doivent, il est vrai, être évités : elles sont douloureuses, peuvent être suivies d'induration, d'abcès, de thrombose et de suppuration de la tumeur, si on les pratique dans son parenchyme. Faites en excès ou mal tolérées, elles ont donné lieu à des vomissements, à des crampes, à de la fièvre. Enfin elles lassent souvent la patience de la malade ou du médecin, leur effet ne se produisant parfois qu'après un centaine, ou plus, de piqûres. Cependant, si elles n'agissent guère sur le volume des tumeurs, elles en favorisent l'énucléation, dans les cas favorables, et sont souvent utiles contre les hémorragies.

Si l'on vise l'*atrophie* ou l'*enucléation*, on emploiera de petites doses (soit 0<sup>er</sup> 25 d'ergotine d'Yvon par jour) longtemps continuées, avec périodes de repos. Comme *hémostatique*, on aura recours à la dose courante de 1 gramme d'ergotine Yvon, répétée au besoin à de courts intervalles dans la même journée.

Quand l'utérus est très volumineux, l'ergotine, d'après Terrillon, a des effets nuls ou contraires et doit être remplacée par la sabine à la dose de 0<sup>er</sup> 50 par jour, en un cachet. Cesser trois semaines tous les deux mois.

Nous conseillons, de préférence, comme *hémostatiques* ou *décongestifs* :

L'extrait fluide d'*hydrastis canadensis*, à la dose de XX à XXX gouttes, trois fois par jour, dans un peu d'eau.

La teinture de *cannabis indica*, de XXX à LX gouttes. En général, X gouttes, trois fois par jour, ou V gouttes toutes les 5 heures, suffisent. — Donner les doses à quelque distance des repas ; les diminuer ou les espacer en cas de vertiges, de nausées.

Le *tannate de cannabine*, de 0,10 à 1 gramme.

L'*hamamelis virginica* : extrait fluide, de 10 à 20 grammes, ou teinture au 1/10, X à XXX gouttes.

L'*antipyrine*, à la dose de 2 à 4 grammes, en lavements (Choupe) ou en solution, a plusieurs fois réussi, entre nos mains, à modérer ou arrêter des hémorragies qui avaient été rebelles aux autres moyens, ou que même l'ergot avait exagérées.

On peut encore essayer :

Le *viburnum prunifolium* : teinture, V gouttes toutes les demi-heures, ou extrait fluide, de 5 à 10 grammes.

L'*ustilago naidis* : teinture au 1/10, XXX à XL gouttes.

L'un ou l'autre de ces médicaments sera employé concurremment avec les injections vaginales chaudes (45° à 48°), soit au cours même de l'hémorragie, soit, à titre préventif, dans la semaine qui précédera son époque probable.