

dessus, et se dirige soit vers la cavité utérine, soit vers la cavité abdominale et il se coiffe de la séreuse ou de la muqueuse utérine. Souvent l'énucléation est complète et la tumeur se pédiculise, flottant dans l'abdomen ou faisant saillie dans le canal utérin ; dans des cas rares, le fibrome peut se libérer entièrement de toute connexion avec l'utérus et même contracter des adhérences inflammatoires avec les organes voisins : intestin, épiploon, vessie.

Lorsque la tumeur s'est entourée de la gangue celluleuse que nous avons signalée, son irrigation devient plus faible, sa richesse vasculaire diminuant et, le nombre des éléments fibreux tend à augmenter relativement à celui des éléments musculaires. Cette transformation fibreuse peut être très prononcée et la tumeur est alors blanche, de consistance cartilagineuse, et est arrêtée dans sa croissance.

Outre l'altération fibreuse, les tumeurs sont fréquemment atteintes de transformation grasseuse. Ce sont les éléments musculaires qui, dans ce cas, dégénèrent et lorsque cette dégénérescence est très accentuée, très étendue, on peut assister à une diminution de la tumeur analogue à celle que subit un utérus gravide après l'accouchement. De là des régressions spontanées du volume de certains fibromes, régression qui peut aller jusqu'à une disparition presque totale.

Ces deux altérations des fibromes sont les plus fréquentes, mais il en est d'autres encore qui sont loin d'être exceptionnelles. Sans qu'on en connaisse précisément la raison, le fibrome peut se laisser distendre par un œdème qui occupe la totalité de la tumeur en lui donnant une consistance semi-fluctuante. Sous l'influence de cet œdème les parties solides s'atrophient, le tissu conjonctif se ramollit et la tumeur peut consécutivement subir une régression considérable. Parfois aussi la tumeur œdématisée se creuse de cavités kystiques tapissées d'épithélium et remplies de lymphe. Ces kystes sont parfois très volumineux et le fibrome est dit alors kystique.

Certains fibromes sont quelquefois pourvus de vaisseaux

sanguins volumineux affectant l'apparence de ceux qui sillonnent un utérus gravide au niveau du placenta. Ces tumeurs possèdent au plus haut degré la propriété de changer de volume d'un moment à l'autre, changement de volume qui s'accompagne d'un changement de consistance, ce sont de véritables tumeurs érectiles dont l'augmentation de volume coïncide le plus souvent avec l'époque menstruelle, ou avec les autres causes de congestion des organes du bassin.

Il est important de connaître cette forme de tumeurs, afin de ne pas attribuer au traitement une modification qui ne lui appartient pas.

Certains états physiologiques tels que la *menstruation*, la *ménopause*, la *grossesse* influent dans une mesure plus ou moins accentuée sur la vitalité des fibromes. La menstruation s'accompagne presque toujours d'une augmentation de volume, cette augmentation est à son maximum dans les tumeurs tégectiasiques ou très vasculaires, à son minimum dans les tumeurs surtout fibreuses. C'est dans les jours qui précèdent immédiatement les règles que cette congestion est le plus marquée, vers la fin de la période menstruelle le fibrome retrouve son volume primitif.

La *ménopause* exerce communément une action favorable. Elle s'accompagne généralement de dégénérescence fibreuse traduite par l'atrophie, l'induration de la tumeur, la cessation des phénomènes fonctionnels et quelquefois la disparition totale de la tumeur. Notons, d'autre part, que, à son tour, le fibrome réagit sur la ménopause en la retardant dans des proportions très sensibles. De plus, cette action de la ménopause n'est pas constante, la tumeur qui existait avant la ménopause continue à croître lorsque les règles ont disparu et d'autre part on voit des fibromes se montrer ou au moins produire des accidents après la ménopause.

Pendant la grossesse, le plus grand nombre de faisceaux musculaires de la tumeur subit la même hypertrophie, la même congestion active, dit Cornil, que le reste de la paroi utérine

dont elle fait partie intégrante. Les faisceaux musculaires atteints de cette hyperémie, de cette activité nutritive touchant à l'inflammation, compriment les faisceaux interposés au point d'y arrêter la circulation sanguine et l'apport des éléments nutritifs. Ces faisceaux restent atrophiés et leurs cellules contractiles se mortifient. A la suite de ce premier stade, les vaisseaux turgides des muscles hypertrophiés laissent sortir des globules blancs en assez grande quantité. A la limite de la partie saine et de la partie nécrosée, ces globules migrants deviennent de véritables phagocytes qui se chargent de débris, de granulations protéiques et graisseuses, de fibres musculaires privées de vie et de résistance. On comprend facilement que la marche de cette altération pourra aboutir à la disparition et à la résorption d'un grand nombre de lobules de la tumeur et lorsque la parturition s'est faite, lorsque tout l'utérus subit son involution physiologique il en résulte une atrophie très notable ou une disparition partielle du fibrome que l'état de grossesse avait d'abord hypertrophié. Ainsi donc, sous l'influence de la grossesse le fibromyôme subit tout d'abord un accroissement de volume et une diminution de consistance, puis un retrait qui peut aller jusqu'à la disparition (Albert Doran, A. Martin, Schröder). Mais rappelons encore que le fibrome est souvent un obstacle à la grossesse.

La fréquence des fibromyômes est extrême. Bayle, Nonat considèrent que $\frac{1}{5}$ ^e des femmes ayant dépassé la 35^e année en seraient atteintes. Pour Broca cette proportion s'élèverait au $\frac{1}{3}$. Mais l'immense majorité de ces tumeurs reste inconnue ne déterminant aucun symptôme gênant, le nombre des femmes qui en souffrent est relativement faible.

Leur nombre est très variable, ils sont rarement uniques ; on a vu des utérus remplis de tumeurs fibreuses et on en a compté jusqu'à 200 dans le même utérus. Leur volume et leur poids sont variables, depuis la grosseur d'un pois jusqu'à peser 40 et 50 livres.

La présence de ces tumeurs dans l'épaisseur de la matrice

produit dans cette dernière des modifications secondaires. C'est ainsi que l'utérus pris en masse est hypertrophié, ses parois sont régulièrement épaissies, sa cavité est accrue en longueur dans des proportions souvent très étendues. La muqueuse qui le tapisse est boursoufflée, congestionnée, et présente des altérations analogues à celles de l'endométrite. Enfin l'augmentation de volume de l'utérus peut entraîner son déplacement et lui faire contracter une position vicieuse ; l'élévation de la matrice dans la cavité du petit bassin est l'une des plus fréquentes, si bien que le col devient difficilement accessible,

Symptomatologie. — Pozzi (Traité de Gynécologie, P. 123) divise cliniquement les fibromes en tumeurs du col et tumeurs du corps utérins. Les premiers se subdivisent en fibro-myômes du museau de tanche et fibro-myômes de la portion sus-vaginale du col. Les fibromes du corps comme ceux du col peuvent être interstitiels, sous-muqueux ou sous-séreux, pédiculés ou non.

Les troubles fonctionnels qui accompagnent les tumeurs varient dans une certaine mesure avec leur situation et leur volume. Très souvent, le fibrome ne se révèle par aucun symptôme et n'est reconnu que par hasard. Mais il est d'autres cas où les accidents sont graves, quelquefois mortels.

Corps fibreux pelviens. — Pozzi dénomme ainsi les tumeurs qui nées de la portion sus-vaginale du col, développées dans le petit bassin et maintenues fixées dans cette ceinture osseuse, se trouvent pour ainsi dire bridées par une ceinture rigide. Or, dans la cavité pelvienne où elles se trouvent confinées, se rencontrent des organes importants dont la compression détermine des troubles graves, notamment du côté du rectum et du canal de l'urèthre. Aussi observe-t-on souvent des rétentions d'urine, de la constipation opiniâtre et, en outre, par suite de la compression des plexus nerveux du crural et du sciatique, des douleurs névralgiques, des parésies des membres inférieurs, et, enfin, les vaisseaux n'échappant point à la compression des