

myomes, que l'affection présente son maximum de fréquence de trente à cinquante ans. Près des trois quarts apparaissent entre ces deux limites. Avant la puberté, les fibromes constituent une véritable exception.

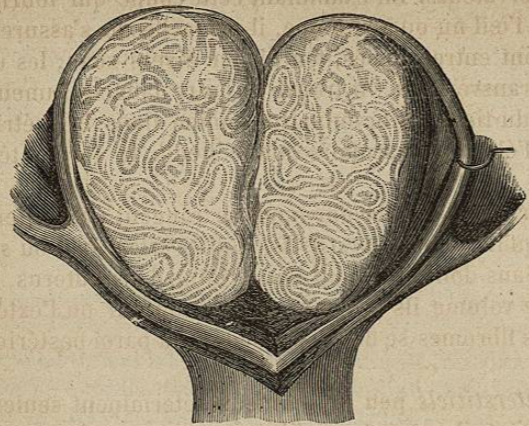


Fig. 136. — Coupe d'un fibro-myome remplissant la cavité utérine (d'après CRUVEILHIER).  
(Extrait du *Traité* de DE SINÉTY.)

**Anatomie pathologique.** — Au point de vue de leur volume, les myomes offrent une très grande variabilité; les uns ne sont pas plus gros qu'une noisette, tandis que d'autres acquièrent le volume d'une tête de fœtus; on en a vu peser

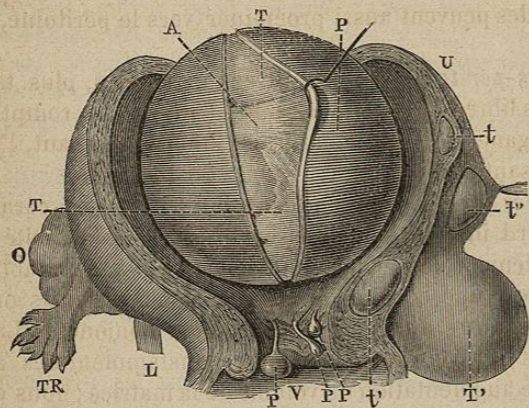


Fig. 137. — Tumeurs fibreuses multiples.  
U, utérus. — T, grosse tumeur fibreuse intra-utérine. — P, capsule d'enveloppe. — A, tissu sous-capsulaire  
T', tumeur sous-séreuse. — t t' t', tumeurs interstitielles. — P, polypes muqueux cervicaux. — O, ovaire  
TR, trompe. — L, ligament rond. — V, vagin. (D'après CRUVEILHIER.)

jusqu'à 60 et 80 livres. Habituellement solitaires, ces tumeurs peuvent exister en assez grand nombre dans le même utérus. Elles forment des masses régulières, sphériques, lisses, quelquefois lobées, de consistance ferme et élastique, de couleur gris d'acier, résistantes à la coupe. Celle-ci a une coloration blanc

rosé, gris rougeâtre, ou blanc nacré, suivant la proportion relative des trois éléments de la tumeur : 1° le tissu cellulaire fibreux interstitiel; 2° les fibres musculaires lisses; 3° les vaisseaux dont l'existence a été mise en doute à tort par quelques observateurs. En examinant cette coupe qui fournit fort peu de suc au raclage, à l'œil nu ou à la loupe, il est facile de s'assurer que les faisceaux de fibres sont entre-croisés, feutrés en divers sens; les uns sont verticaux, les autres transversaux. On trouve en outre dans ces tumeurs des espaces lymphatiques et du tissu embryonnaire comme dans la métrite chronique. L'exagération de l'élément vasculaire donne lieu à la forme tégangiectasique ou caverneuse.

Eu égard à leur siège, les fibro-myomes se rangent naturellement en trois groupes suivant qu'ils sont *interstitiels*, *sous-péritonéaux* ou *sous-séreux*, et *sous-muqueux*. Sans doute tous ont leur origine dans l'utérus, mais plus tard en augmentant de volume ils évoluent vers l'intérieur ou l'extérieur. Le plus grand nombre des fibromes se développent dans la paroi postérieure ou le fond de l'utérus.

Les *fibromes interstitiels* peu volumineux déterminent seulement un gonflement de la matrice; ils sont en quelque sorte encapsulés dans un tissu conjonctif lâche et renferment plus d'éléments musculaires que les autres. Leur consistance très variable est d'autant plus ferme que le tissu fibreux y est plus abondant; par suite les myomes mous, riches en muscles et vaisseaux, sont moins énucléables. La dilatation vasculaire atteint son maximum dans les tissus qui avoisinent le néoplasme. Une des particularités intéressantes de ces tumeurs est leur tendance à se déplacer soit vers le centre ou la périphérie, soit vers le col; elles peuvent aussi proéminer vers le péritoine, la muqueuse ou dans le vagin.

Les *myomes sous-péritonéaux*, primitivement sessiles, plus tard pédiculés, deviennent parfois libres lorsque leur point d'attache se rompt. Flottants ou adhérents aux organes voisins, ils attirent l'utérus en haut, l'atrophient ou l'abaissent en passant sur lui.

Les *fibro-myomes sous-muqueux* présentent les mêmes caractères que les précédents; d'abord interstitiels, ils proéminent vers la cavité et même deviennent insensiblement de véritables polypes pédiculés. Habituellement ils sont recouverts par une couche de tissu musculaire, mais on en voit qui restent libres sans autre attache qu'un pédicule conjonctif. La présence de semblables masses intra-utérines détermine constamment des altérations de la muqueuse et une augmentation de volume de la matrice; nous devons encore mentionner les myomes du col, moins fréquents que les autres, bien qu'on y observe les trois variétés; cependant les tumeurs sous-muqueuses sont les plus connues. Elles ont été bien étudiées, surtout au point de vue de leurs rapports avec la grossesse, l'accouchement, par CHABLAZIAN et LEFOUR.

**Transformations.** — a. L'une des modifications les plus communes subies par ces tumeurs est la calcification qui affecte de préférence les myomes interstitiels et sous-séreux. Il ne s'agit pas d'une ossification, comme le croyait VIRCHOW, mais d'un dépôt de phosphate, carbonate, sulfate de chaux, d'ordinaire central, exceptionnellement périphérique. Ces concrétions tombent par-

fois dans la cavité utérine et constituent alors les pierres ou calculs utérins.

b. Le ramollissement des fibromes peut être la conséquence de l'œdème; il en résulte une fausse fluctuation qui peut faire croire à l'existence de kystes. Signalons encore les dégénérescences myxomateuse et graisseuse.

c. CRUVEILHIER a donné le nom de *géodes* à des cavités kystiques multiples

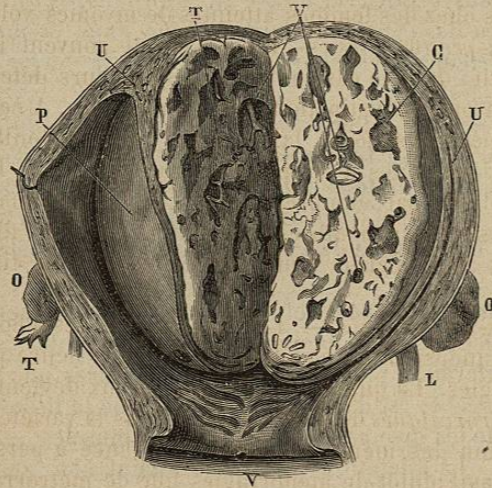


Fig. 138. — Tumeur fibreuse contenant des géodes.

U, utérus, — P, surface de la tumeur, — C, géodes, — V, vaisseaux, — O, ovaires, — T, trompes, — L, ligament rond, — V, vagin.

formées dans l'épaisseur des fibro-myomes; il en résulte une variété de tumeurs fibro-cystiques que nous étudierons à part (fig. 138).

d. L'inflammation des fibro-myomes semble rare; dans ce cas la tumeur est susceptible de suppurer, le pus se vide dans la cavité utérine ou à l'extérieur après la formation des adhérences. A la suite de l'inflammation et de la thrombose, la vitalité de ces néoplasmes se trouve gênée, aussi a-t-on vu la masse se gangrener.

**Symptômes.** — Chacune des variétés des corps fibreux produit suivant son siège des phénomènes spéciaux.

1° *Tumeurs interstitielles.* — Certains myomes ne trahissent leur présence par aucun symptôme appréciable. Au début les troubles de la menstruation, de la miction et de la défécation existent seuls. Augmentation des règles en abondance, en durée et en fréquence, engendrant peu à peu une sorte de ménorragie que le moindre effort ramène, tels sont les principaux troubles utérins. La leucorrhée survient plus tard. La dysurie, la rétention passagère de l'urine ont été notées à toutes les périodes; il en est de même des troubles de la défécation, besoins illusoires d'aller à la selle, constipation opiniâtre. Le volume des tumeurs, les déviations utérines en sont les causes déterminantes.

Comme symptômes subjectifs, les femmes éprouvent des douleurs vagues

dans le bassin, à l'hypogastre, s'irradiant dans la région sacrée et aux cuisses, surtout marquées à l'époque des règles; l'hystérie n'est pas rare dans le cours de l'affection.

L'exploration de l'utérus par le toucher combiné avec la palpation permettra de reconnaître l'augmentation de volume de l'organe et fréquemment l'antéflexion ou la rétroflexion. La rupture de l'utérus et la péritonite qui la suit ont été observées chez des femmes atteintes de myomes volumineux.

*Tumeurs sous-péritonéales.* — Elles passent souvent inaperçues si leur volume reste petit; dans le cas contraire ces tumeurs déterminent de bonne heure la dysurie ou la constipation, les hémorroïdes. A ces phénomènes qui n'ont rien de spécial, s'ajoute la tendance aux péritonites partielles, aux douleurs névralgiques dues à la compression des plexus. Les tumeurs volumineuses engendrent par compression l'ascite, les œdèmes périphériques et même la paralysie des membres inférieurs. Certains fibro-myomes sous-muqueux, après avoir perdu toute connexion avec le tissu utérin, s'atrophient.

*Tumeurs sous-muqueuses.* — L'irritation que ces néoplasmes provoquent du côté de la muqueuse interne se traduit de bonne heure par un flux séreux, par des hémorragies. La quantité de liquide séreux devient parfois très notable (*myomes hydorrhéiques* de TRÉLAT). C'est dans la variété qui nous occupe que la perturbation des menstrues et leur tendance à persister sont surtout accentuées; il s'agit plutôt de ménorragies que de métrorragies. Par suite de l'accroissement du fibrome, l'utérus change de forme, sa cavité est en partie oblitérée. C'est là, on le conçoit, une cause fréquente mais non constante de stérilité. Plus tard l'utérus éminemment irritable se contracte sur la tumeur et provoque de véritables douleurs expultrices sous l'influence desquelles la tumeur s'avance vers le col et même le franchit. Lorsque le myome fait hernie dans le vagin, il peut entraîner l'utérus avec lui et produire ainsi un certain degré d'inversion utérine.

*Myomes cervicaux.* — Ils offrent des symptômes identiques aux précédents, cependant l'écoulement leucorrhéique prédomine et les hémorragies sont moins communes.

**Marche. Durée. Terminaison.** — En général les fibro-myomes utérins ont une évolution lente; elle serait d'ailleurs d'autant moins active que le néoplasme contient plus de tissu fibreux. Quelques-uns s'arrêtent après une période d'accroissement régulière ou subissent les transformations régressives signalées plus haut. L'influence favorable de la ménopause n'est plus à démontrer et on a même observé des exemples d'atrophie. D'autres tumeurs fibreuses, par suite de leur développement progressif, des compressions qu'elles exercent, des pertes leucorrhéiques ou sanguines, déterminent de profondes altérations de la santé ou de graves complications (péritonite).

Il est encore une autre terminaison sur laquelle nous devons appeler l'attention, l'élimination spontanée du néoplasme. Indépendamment de la destruction des fibro-myomes par suppuration, gangrène, toujours sérieuse, et de leur élimination par la voie abdominale ou par le vagin, il ne semble pas absolument rare de voir des myomes utérins expulsés en masse par les voies naturelles

ou rejetés après un accouchement. L'issue par la vessie ou le rectum constitue une terminaison exceptionnelle et moins avantageuse.

**Complications.** — Les accidents les plus redoutables auxquels exposent les corps fibreux sont : l'hémorragie parfois assez abondante pour amener la mort, l'inversion utérine, les perforations et les ruptures de l'utérus, les compressions qu'ils exercent sur les organes importants, l'avortement, l'urémie à la suite de la compression des uretères, les thromboses des membres inférieurs, les phlébites, la gêne considérable que ces tumeurs apportent quelquefois dans l'accouchement. L'influence des myomes sur la marche de la grossesse est extrêmement variable d'un cas à un autre (TARNIER, GUÉNIOT). Suivant Pozzi, les myomes utérins prédisposeraient tout spécialement aux affections rénales et à l'hydronéphrose.

**Diagnostic.** — Deux problèmes se posent au chirurgien. Existe-t-il un fibrome ? Quel en est le siège ? Le premier soin sera de vider la vessie, le rectum, puis de s'assurer par la palpation et le toucher de l'existence d'une déformation et du degré de mobilité de l'utérus. La seule constatation de l'immobilité permet déjà de séparer bon nombre de tumeurs.

Les symptômes énumérés plus haut sont loin d'être pathognomoniques ; il est donc possible de confondre un fibro-myome avec diverses affections. Le fibrome interstitiel offre quelque analogie avec une grossesse ; la suppression des règles dans ce dernier cas, l'état différent du col, la marche de la tumeur, l'absence de douleurs lèveront les doutes. Le cathétérisme utérin constituerait un excellent signe ; dans le doute il ne faut pas y recourir en raison de ses dangers.

La métrite a de nombreux traits de ressemblance avec les corps fibreux au début ; cependant les hémorragies sont moins fréquentes et moins abondantes ; les troubles de la miction, les douleurs expultrices font défaut. Le col dans la métrite est gonflé, ramolli, ulcéré, caractères qui n'existent pas pour les myomes. Si le myome fait saillie sur l'une des faces de l'utérus, la postérieure par exemple, il peut être confondu avec une rétroflexion. Le toucher décèle dans les deux cas une tumeur ; l'utérus est en rétroversion et le col porté en avant, mais le myome s'accompagne d'hémorragies, tandis que cet accident est rare dans la rétroflexion. L'hystéromètre rendrait des services en pareille occurrence. Les mêmes remarques s'appliqueraient à l'antéflexion.

Certains myomes affectent au premier abord quelques-uns des caractères de la pelvi-péritonite, des phlegmons du ligament large, de l'hématocèle. La marche du mal, l'absence de symptômes généraux, l'allongement de la cavité utérine, la forme régulière et circonscrite de la tumeur sont des caractères propres du myome. Néanmoins les deux maladies coexistent parfois.

Les grossesses extra-utérines pourraient être confondues avec un fibrome sous-péritonéal pédiculé ; les kystes de l'ovaire sont fluctuants et les tumeurs solides de cet organe très rares ne déterminent pas de métrorragies ; de plus l'utérus conserve sa sensibilité et sa mobilité.

Nous verrons plus loin les signes différentiels avec le cancer. Un corps fibreux développé dans la région cervicale n'est pas toujours facile à reconnaître et

des médecins ont pu croire à une inversion utérine si le corps fait saillie dans le vagin ; la seule constatation de la situation normale du fond de l'utérus permettra d'établir l'origine et de soupçonner la nature du néoplasme.

**Pronostic.** — Bénins par eux-mêmes, les corps fibreux ne récidivent et ne se généralisent pas ; cependant, en raison de leur volume, des accidents compressifs, des hémorragies qu'ils produisent, les myomes acquièrent une certaine gravité ; il suffit pour s'en convaincre de se rappeler les complications énumérées plus haut et l'influence souvent fâcheuse que la présence de ces tumeurs exerce sur la fécondation, la grossesse, l'accouchement.

**Traitement.** — Les indications thérapeutiques sont de deux ordres : 1° remédier aux symptômes et aux accidents qui accompagnent les fibro-myomes ; 2° guérir la maladie. Le premier traitement est palliatif ou symptomatique, le second curatif.

1° *Traitement symptomatique ou palliatif.* — G. THOMAS range sous trois chefs les principaux symptômes à combattre : 1° les déplacements de l'utérus ; 2° la pression sur les organes voisins ; 3° la métrorragie. C'est surtout à ce dernier accident que le chirurgien doit s'adresser, car il est parfois bien difficile d'agir efficacement sur les déplacements et les pressions de voisinage à l'aide des pessaires ou des ceintures hypogastriques, etc.

Les traitements conseillés contre les pertes sanguines liées aux corps fibreux sont très nombreux, mais n'ont pas tous une égale valeur. Le repos est le premier des remèdes ; les uns préconisent les injections froides, simples ou astringentes, intermittentes ou continues, jointes à l'application de topiques froids sur l'abdomen ; d'autres vantent les irrigations chaudes. On a eu également recours aux sangsues sur le col, au débridement cervical (AMUSSAT), aux cautérisations et aux injections intra-utérines (nitrate d'argent, teinture d'iode, perchlorure de fer) après dilatation du col. Ces traitements énergiques ne sont pas toujours sans dangers. Si l'hémorragie résiste aux moyens ordinaires, si par son abondance elle met en péril l'existence des malades, il faudra employer le tamponnement du vagin, les injections hypodermiques d'éther (15 à 20 gouttes), et au besoin la transfusion. RÆHRIG conseille l'acétate de plomb et l'opium. De toutes les médications employées pour combattre les métrorragies liées aux fibroïdes utérins, la plus active est assurément l'ergot de seigle en injections ou à l'intérieur ; on se trouve souvent obligé d'en continuer l'usage assez longtemps ; cette thérapeutique un peu douloureuse ne serait pas absolument inoffensive et exposerait aux abcès, aux thromboses et aux escarres ; on devra en surveiller l'emploi chez les personnes obèses. L'extirpation des ovaires a été beaucoup vantée dans ces dernières années ; c'est une opération grave, parfois insuffisante, qui ne serait rationnelle que dans les cas d'absolue nécessité. LAWSON TAIT a fait plus de trente (30) fois l'ablation des annexes utérins pour des métrorragies persistantes et profuses ; il compte quatre (4) morts et vingt-sept (27) guérisons. Le traitement thermo-minéral, sans avoir une vertu spécifique, rendra de réels services (Salins, Salies-de-Béarn, Kreuznach, Kissingen). RÆHRIG recommande le traitement local prolongé par les eaux de Kreuznach ; cinq fois il a vu, sous son influence, l'expulsion spontanée.

*Traitement curatif.* — Il est médical ou chirurgical.

A. *Traitement médical.* — Aucune des médications conseillées pour amener l'absorption et l'atrophie des fibromes n'a de valeur réelle. Dans ce but on a administré l'ergot de seigle (injections hypodermiques ou dans le tissu de l'utérus, DELORE, MOLLIÈRE, GÉRARD), l'iodure de potassium, le chlorure de calcium, le brome, le phosphore, l'arsenic (GUÉNIOT), l'acide sclérotinique en injections à 5 p. 100.

Les courants continus ou induits ont trouvé des partisans (CUTTER, A. MARTIN, APOSTOLI, TRIPIER). La galvano-caustique chimique ou électrolyse a été préconisée récemment contre ces tumeurs. APOSTOLI porte l'un des électrodes jusque dans l'utérus et emploie un courant d'une intensité qui s'élève jusqu'à 100 milliampères. Cette méthode longue, inutile pour les fibromes sous-péritonéaux, compte à son actif des améliorations certaines et peu de succès complets. Elle paraît être inoffensive (CARLET, Thèse de Paris, 1884); RÖHRIG s'en déclare l'adversaire. SERRE recommande l'association des courants et des injections d'ergotine.

B. *Traitement chirurgical.* — Il sera indiqué d'enlever la tumeur au moyen d'une opération : 1° lorsque celle-ci se présente dans des conditions simples et que le fibrome est abordable; 2° lorsqu'il survient des accidents qui menacent l'existence.

Les opérations imaginées dans le but d'extirper les polypes ou de les détruire varient d'un cas à un autre, suivant la situation de la tumeur, sa forme pédiculée ou sessile.

*Corps fibreux sous-muqueux.* — Après s'être enquis des rapports exacts du fibrome avec les parois de la cavité, le chirurgien dilate le col utérin (dilatation brusque ou lente, en un ou deux temps, avec ou sans section du col). On administre ensuite de l'ergot de seigle jusqu'à ce que la matrice se contractant, la tumeur vienne faire saillie à l'orifice utérin. D'autres pratiquent l'extirpation sans prescrire l'ergot. L'avulsion simple, sorte d'arrachement avec les doigts, compte encore des partisans.

La tumeur est-elle pédiculée, on donnera la préférence à l'excision avec les ciseaux, le bistouri, les polypotomes de NÉLATON, SIMS, PÉAN. Si la tumeur est plus volumineuse, l'écraseur, l'anse galvanique seront substitués avantageusement à la section simple. Des sections multiples semblent préférables s'il s'agit de tumeurs volumineuses.

Lorsque le fibro-myome est sessile ou interstitiel, les méthodes précédentes devenant insuffisantes, il a fallu s'adresser à l'énucléation en utilisant la laxité des connexions de la tumeur avec le tissu de l'utérus. Quelques auteurs recommandent l'ergot pour faciliter l'expulsion de la tumeur après l'énucléation. Dans un premier temps la capsule est incisée et ensuite on détache le corps fibreux avec le doigt ou les instruments nombreux imaginés à cet effet (crochets, curettes, ongles artificiels). Les tractions sur la tumeur devront être très modérées pour éviter les dangers de l'inversion. Cette opération, dont on trouvera les détails dans les traités spéciaux, expose aux hémorragies primitives et consécutives, à la péritonite, à l'inversion, à la thrombose, aux embolies, à la gangrène et surtout à la septico-pyohémie.

Pour juger cette intervention il suffit de rappeler que WEST, sur vingt-huit

(28) cas, compte quatorze (14) morts; néanmoins c'est une ressource ultime lorsque la vie est en danger. L'énucléation des tumeurs du col est beaucoup moins grave et le succès moins problématique.

*Laparotomie et hystérectomie.* — Il est de règle de respecter les tumeurs fibreuses sous-péritonéales; la seule opération à laquelle les chirurgiens ont eu recours dans les cas d'absolue nécessité est la gastrotomie avec ou sans hystérectomie. Bien que les progrès de la méthode antiseptique rendent ces tentatives rationnelles, on ne doit pas oublier que cette opération est l'une des plus graves. Il y a dix ans Pozzi posait comme conclusion que « l'opération doit être réservée aux tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques, qui ont une évolution rapide, galopante et s'accompagnent de phénomènes graves menaçant l'existence. »

Depuis quelques années les chirurgiens, enhardis par l'antisepsie, interviennent bien plus souvent. Ainsi KÆBERLÉ range sous quatre chefs principaux les indications de la laparotomie dans le traitement des fibro-myomes utérins. Ce sont :

1° Les hémorragies cataméniales excessives et prolongées, l'accroissement rapide et continu des tumeurs qui deviennent fluctuantes, mollasses, fibro-kystiques;

2° L'âge relativement peu avancé de la malade : il faut devenir d'autant plus circonspect qu'on s'approche davantage de la ménopause;

3° Le siège élevé des tumeurs, surtout lorsque la portion cervicale est normale et que les fibro-myomes n'ont pas envahi les ligaments larges;

4° Si la tumeur rend la vie insupportable aux malades par la gêne, par les accidents et par les infirmités qu'elle occasionne.

Parmi les contre-indications citons : les adhérences vasculaires à la paroi abdominale, les connexions étendues, la distension des ligaments larges, l'ascite qui se reproduit vite, l'état stationnaire, l'ancienneté et la dureté de la tumeur.

*Oophorectomie.* — THORNTON, HEGAR, FEHLING, LAWSON TAIT, WIEDOW, TERRIER, DEMONS etc., ont pratiqué l'oophorectomie pour faire cesser les métrorragies et obtenir l'atrophie des fibromes utérins. WIEDOW, sur cent quarante-neuf (149) cas, trouve seulement une mortalité de 41 p. 100. LAWSON TAIT, sur cinquante-quatre (54) opérations d'oophorectomie, avec ablation des trompes, n'a eu que trois (3) morts, soit une mortalité de 55 p. 100. Sur les cinquante et un (51) malades qui ont survécu, trente-huit (38) ont guéri, trois (3) fois la tumeur a continué à croître malgré la ménopause et trois (3) fois le néoplasme avait un caractère malin. HEGAR, sur vingt et un (21) cas, note quinze (15) guérisons avec ménopause et diminution du volume de la tumeur, deux (2) guérisons sans ménopause, une (1) amélioration passagère et trois (3) morts. De pareils résultats nous paraissent encourageants, et il nous semble que la castration doit rester comme une opération à la fois palliative et curative des fibromes utérins volumineux, qui ne sont justiciables ni de l'extirpation vaginale, ni de l'hystérectomie.