

lument rebelles à toute thérapeutique. Cette opération sera décrite plus loin à propos du traitement des fibromes.

La castration totale utéro-ovarienne, consistant à enlever du même coup soit par laparotomie, soit par la voie vaginale, l'utérus et les annexes, a été proposée et exécutée.

N'oublions pas enfin que souvent la métrite est compliquée de rétroversion, de prolapsus, et que les interventions dirigées contre ces déplacements complètent efficacement les soins ou les opérations pratiqués sur la matrice elle-même.

FIBROMES UTÉRINS (1).

Les tumeurs fibreuses ou corps fibreux de l'utérus, fibromes, myomes ou fibromyomes utérins sont des tumeurs bénignes pouvant atteindre un volume énorme, mais susceptibles de régresser spontanément à la suite d'un accouchement ou après la ménopause.

Formées par les éléments mêmes qui constituent la charpente du parenchyme utérin, tissu musculaire et tissu conjonctif en proportion variable, ces tumeurs, noyées d'abord dans le parenchyme dont elles naissent, s'en isolent ensuite par une capsule conjonctive plus ou moins lâche et peuvent s'en énucléer enfin et s'en détacher, plus ou moins complètement, pour se développer soit vers la cavité abdominale, soit vers le tissu cellulaire pelvien, soit vers la cavité utérine et le vagin.

Elles prennent ainsi des apparences variées qui les différencient les unes des autres, tant au point de vue des symptômes qu'elles provoquent, qu'au point de vue de l'intervention chirurgicale qu'elles appellent; elles méritent par là d'être envisagées séparément, suivant le siège qu'elles occupent.

Cette étude se divisera donc, très naturellement, en quatre chapitres. Dans le premier nous étudierons les fibromes en général avec leurs caractères communs; dans le second, nous nous occuperons des particularités anatomiques, symptomatiques et diagnostiques qui distinguent chacune de leurs variétés; dans le troisième, nous envisagerons les indications et les procédés médicaux et chirurgicaux que comporte la thérapeutique des diverses espèces de ces tumeurs; dans le quatrième, enfin, nous traiterons des fibromes dans la grossesse.

I. — CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES FIBROMES UTÉRINS.

Anatomie pathologique. — Sur l'utérus d'une même malade on peut trouver réunies, à leurs divers stades de développement, toutes

(1) Avec la collaboration du Dr Maurice HEPP, ancien interne des hôpitaux de Paris.

les formes des fibromes (fig. 176). L'utérus, englobé et souvent masqué par elles, est plus ou moins déformé, augmenté de volume, de consistance ferme: son col est allongé, rétréci et comme étiré; en un point de sa surface s'implante, par un pédicule grêle dans lequel disparaissent de grosses veines, une tumeur arrondie à revêtement péritonéal lisse. Dans un autre point, la surface de la matrice est soulevée par une bosselure qui fait corps avec elle. La section longitudinale de l'utérus dont les parois sont épaissies permet de

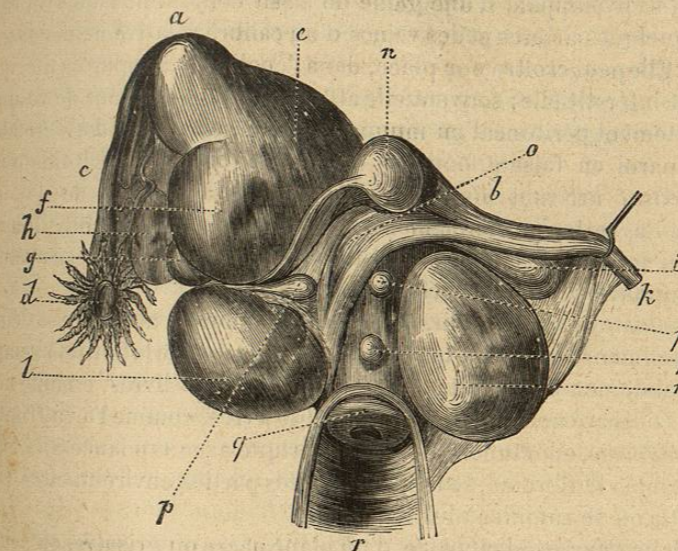


Fig. 176. — Tumeurs fibreuses de l'utérus. — a, angle latéral droit de l'utérus; b, angle latéral gauche; c, trompe utérine droite; d, pavillon de la trompe; e, première tumeur fibreuse; f, deuxième tumeur fibreuse; g, portion de la troisième tumeur; h, ovaire droit; i, ovaire gauche; k, ligament rond droit; l, m, tumeurs fibreuses secondaires développées dans le tissu cellulaire; n, tumeur fibreuse pédiculée; o, repli du péritoine; pp, petites tumeurs à l'état naissant; q, museau de tanche normal; r, vagin à l'état normal (M^{me} Boivin et Dugès, Atlas, pl. XIV).

découvrir de nouvelles tumeurs qui ne font saillie ni en dedans, ni en dehors, et qui apparaissent à la surface de la coupe, dont elles semblent vouloir faire hernie, plus ou moins sphériques et isolées du tissu ambiant par une capsule plus lâche; d'autres tumeurs se montrent au niveau de la cavité utérine, soulevant la muqueuse simplement ou libres dans cette cavité au bout d'un long pédicule qui leur permet de s'engager dans la cavité cervicale. En même temps, le chirurgien observe: une tumeur sous-séreuse pédiculée, un fibrome sous-séreux sessile, des fibromyomes interstitiels, des fibromes sous-muqueux, un polype fibreux, c'est-à-dire la série anatomique complète des espèces sous lesquelles peuvent se présenter les tumeurs fibreuses à leurs divers degrés de développement.

A côté de ces tumeurs, l'hypertrophie et la modification des parois utérines, les altérations fréquentes, mais non constantes des annexes, attirent l'attention. Le processus morbide paraît toucher tout l'appareil génital et il convient d'envisager successivement la tumeur, l'utérus et les annexes, pour prendre une connaissance exacte de la fibromatose utérine.

La *tumeur*, très rarement unique, faisant corps d'abord avec le tissu utérin, s'en isole bientôt par un point, puis par le reste de sa périphérie, s'enveloppant d'une gaine de tissu conjonctif lâche où rampent quelques artères et des veines d'un calibre relativement considérable. Elle peut croître sur place, dans l'épaisseur des parois utérines, restant interstitielle; souvent elle affleure, en augmentant de volume, le revêtement péritonéal ou muqueux de l'organe et tend à s'énucléer de la paroi en faisant bomber de plus en plus le péritoine ou la muqueuse, arrivant ainsi progressivement à s'isoler de l'utérus auquel la rattache simplement un pédicule, plus ou moins long et plus ou moins grêle, par où lui parviennent ses artères, ses veines, ses lymphatiques et ses nerfs.

Le *volume* de ces tumeurs peut devenir énorme, atteindre et dépasser les dimensions d'une tête d'adulte, de sorte que le fibrome remplit tout l'abdomen et le petit bassin, pèse jusqu'à 62 livres, comme nous l'avons observé nous-mêmes, jusqu'à 140 livres, comme l'a vu Hunter.

Leur *forme*, spontanément, est sphérique avec tendance à la lobulation, mais le fibrome, se moulant sur les parties environnantes, peut s'aplatir ou se ramifier plus ou moins.

Leur *couleur* est blanchâtre, d'un blanc nacré ou grisâtre, en dehors d'une dégénérescence qui peut la modifier.

Leur *consistance* est généralement ferme, presque pierreuse, tantôt rénitente et presque fluctuante; les nombreuses dégénérescences que subissent les fibromes la font varier d'ailleurs considérablement.

A la *coupe*, tantôt la tumeur est sèche, dense, à texture serrée, sa surface médiane fait saillie comme si elle était trop à l'étroit, sa surface présente une série de petits tourbillons de fibres visibles à l'œil nu: tantôt la tumeur est lacunaire, aréolaire, formée de travées irrégulières délimitant les loges remplies d'une substance muqueuse, humide; tantôt la tumeur est pierreuse; tantôt la coque dure enferme une bouillie crémeuse et le fibromyome constitue un véritable kyste.

En dépit d'une telle variété dans leur évolution, leur topographie et leurs caractères macroscopiques, la constitution histologique des fibromes utérins est extrêmement uniforme.

Ainsi que l'ont montré Lebert en 1852, Virchow et Rokitsky un peu plus tard, ces tumeurs sont essentiellement formées de tissu musculaire auquel s'adjoint, en proportion variable, du tissu conjonctif. Elles présentent exactement la texture du tissu utérin au

milieu duquel elles naissent et dont elles procèdent. Les fibres musculaires sont des fibres musculaires lisses de l'utérus, parfois très hypertrophiées. Elles se disposent en tourbillons qui s'entre-croisent, mais semblent toutes assez régulièrement orientées par rapport à un centre fictif. Les cellules musculaires, réunies en faisceaux, apparaissent sur une coupe, ovalaires avec leurs gros noyaux, juxtaposées comme dans une mosaïque. Certains faisceaux, composés de fibres musculaires géantes, entourent des faisceaux plus grêles en voie d'atrophie qui tendent à disparaître par dégénérescence graisseuse. — Le tissu fibreux est représenté par des rubans de fibres conjonctives à éléments cellulaires peu nombreux, anastomosés entre eux et s'entre-croisant dans tous les plans avec les faisceaux musculaires; quelques travées vagues, disposées en nappes, paraissent former un ciment unissant les fibres musculaires entre elles.

La proportion des tissus musculaire et conjonctif est variable; Ch. Robin prétendait que l'élément musculaire ne constitue jamais plus de la moitié de la tumeur. De toute façon, cette proportion est réglée par le point d'implantation du fibrome. Les tumeurs nées du corps utérin où le muscle prédomine sont surtout des myomes; celles qui procèdent du col sont notablement plus fibreuses. De même, les tumeurs interstitielles participant de la nutrition utérine directement sont surtout myomateuses, celles qui se pédiculisent tendent à devenir fibreuses. Les tumeurs myomateuses restent en connexion assez intime avec l'utérus, les tumeurs fibreuses s'en isolent davantage par une capsule conjonctive.

Fibres musculaires et conjonctives procédant toutes deux du tissu utérin, croissent autour d'un centre commun, sorte de noyau du fibrome. C'est un vaisseau ou un capillaire qui paraît constituer ce centre de prolifération. Klebs avait signalé le fait, Kleinwächter note également la transformation en cellules fusiformes des cellules rondes qui entourent un capillaire en voie d'oblitération et fait de ce processus évolutif le noyau du fibrome. Gottschalk, plus récemment, a soutenu une doctrine très analogue en montrant que les myomes utérins se développent aux dépens des parois vasculaires. Pilliet décrit le mode de formation et d'accroissement des fibromes aux dépens d'une couronne cellulaire très serrée autour d'une cavité vasculaire centrale; cette couronne est proliférante, un amas cellulaire d'un point de cette couronne prend le dessus, s'irradie en s'effilant dans la zone conjonctive périphérique formant une pointe d'accroissement. Tout récemment, A. Claisse est revenu sur l'étude de ce mode de formation et d'accroissement des fibromes. Il a montré le noyau primitif se développant autour d'un capillaire vide de sang, comme Keiffer l'a également constaté. Ce capillaire se différencie par le gonflement et la déformation des cellules endothéliales qui limitent sa lumière. Autour de lui se tassent des cellules arrondies, à

contour mal défini, à noyau très coloré au contact du capillaire, plus excentriquement, des cellules à contour plus net, à noyau allongé en forme de bâtonnets qui sont des cellules musculaires. De cette couronne cellulaire partent, en divers sens, des pointes d'accroissement, dont chacune se creuse d'un néocapillaire. L'apparition de celui-ci est marquée par une recrudescence active de la prolifération, qui s'irradie toujours autour du centre commun primitif. Ce mécanisme donne la clef de la lobulation des fibromes, de leur aspect en tourbillons juxtaposés. L'origine et le centre d'un fibromyome est donc un noyau fibreux périvasculaire; c'est une constatation à rapprocher de la sclérose périvasculaire qu'on observe dans les utérus fibromateux sans fibromes.

La vascularisation des fibromyomes est très variable; elle paraît nulle dans certains cas, dans les tumeurs purement fibreuses; mais Virchow a démontré que les tumeurs les plus avasculaires, en apparence, recevaient des capillaires dans leur intimité. Ces capillaires, d'après A. Claisse, sont des canaux lacunaires, creusés dans le tissu ambiant et dépourvus de paroi propre, dont le volume varie comme la figure qui est aplatie ou étoilée. Ils sont tapissés d'une couche de cellules endothéliales dont le noyau se gonfle parfois; on rencontre alors, au fond des angles du contour vasculaire, des amas proliférants indiquant l'irritation inflammatoire de l'endothélium. Cet endothélium repose sur une bande mince, claire, conjonctive, qui le sépare du tissu ambiant. Les vaisseaux du plus fort calibre sont enveloppés d'une couche fibreuse dense; les capillaires, au contraire, sont environnés fréquemment d'une couronne de cellules proliférantes avec pointes d'accroissement.

Dans la fibromatose, les voies d'apport du sang à l'utérus se dilatent, le calibre des utérines atteint souvent celui de l'humérale, les veines se développent plus encore; elles forment, au contact de la tumeur, de véritables sinus, souvent aussi gros que le petit doigt, et qui restent béants à la coupe; elles constituent dans le ligament large d'énormes plexus gorgés de sang; c'est une disposition qu'il faut avoir présente à l'esprit au moment des opérations.

Les lymphatiques existent dans les fibromes; Poirier a montré des lymphatiques sous-séreux hypertrophiés du volume du pouce; Doléris a décrit, dans l'intimité même des fibromes, des ectasies et des varices lymphatiques aboutissant, parfois, à la formation du tissu lacunaire.

Les nerfs, suivis dans les fibromes par Astruc et Dupuytren, Bيدر, Lorey qui a décrit, dans un polype, des fibres à double contour, se terminent dans les noyaux des fibres lisses, comme Hey a pu le constater.

Les fibromyomes subissent divers processus d'accroissement et de dégénérescence.

L'accroissement, surtout rapide dans les tumeurs myomateuses interstitielles, est stimulé par la grossesse qui peut le rendre galopant; parfois l'accroissement résulte, non de la prolifération du tissu même de la tumeur, mais de sa transformation télangiectasique ou lymphangiectasique.

Le processus de régression spontanée constitue une des particularités les plus intéressantes des tumeurs fibreuses. Il peut survenir à la suite de la ménopause, de l'accouchement, d'une maladie grave ou cachectisante.

L'atrophie ou la disparition des corps fibreux après la ménopause a été notée depuis fort longtemps; il convient de n'en pas exagérer la fréquence. Ce qui est vrai, quoi qu'en pense Lawson Tait qui nie cette atrophie, c'est que la ménopause enrayer très souvent les accidents des fibromes, moins souvent amène une diminution notable de la tumeur et, assez rarement, détermine la disparition de celle-ci. Le mécanisme de l'atrophie et de la régression est assez obscur: il est certain que la cessation des congestions utérines périodiques qu'entraîne la ménopause joue un grand rôle; mais des modifications cellulaires plus complexes interviennent aussi, telles la calcification et surtout la dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires, la dégénérescence muqueuse et colloïde du tissu conjonctif. — L'atrophie des corps fibreux après la grossesse est plus constante qu'après la ménopause, mais aboutit assez rarement aussi à leur disparition; elles est due surtout à une dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires. — L'atrophie à la suite des maladies générales est moins certaine. Il est possible toutefois qu'une pyrexie accentue la tendance naturelle de la tumeur à la dégénérescence granulo-graisseuse et que, grâce à la leucocytose considérable résultant des infections, la désintégration de la tumeur dégénérée soit facilitée. Quoi qu'il en soit, l'atrophie est un phénomène propre aux tumeurs interstitielles et auquel échappent les tumeurs pédiculées.

Diverses dégénérescences peuvent atteindre les fibromyomes; nous les passerons rapidement en revue:

La sclérose qui aboutit à l'induration et à l'atrophie est caractérisée par le développement du tissu conjonctif étouffant le tissu musculaire.

La calcification résulte de l'infiltration des éléments de la tumeur par des cristaux de carbonate de chaux. Cette calcification peut se borner à la périphérie, tandis que le centre de la tumeur se ramollit; elle aboutit alors à la formation d'un kyste à coque calcaire. Plus souvent, plusieurs noyaux calcaires apparaissent simultanément. Michel Morus en compta 32 dans un même myome; ces noyaux en augmentant se réunissent et la tumeur forme une masse calcaire: Arnott en observa une ainsi formée et pesant 50 livres. Ces tumeurs calcifiées, quand elles étaient interstitielles, étaient décrites autrefois

sous le nom d'os de la matrice, et quand elles étaient intracavitaires sous le nom de pierres de la matrice, qu'on regardait comme le résultat d'une lithiase utérine. La calcification n'atteint, en général, que les tumeurs des femmes âgées. Toutefois Lumpe l'a observée chez une femme de quarante-quatre ans. L'infiltration calcaire commence toujours par les éléments conjonctifs et étouffe, comme la sclérose, les éléments musculaires.

La DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE pure est très rare et il n'est pas prouvé qu'elle soit possible.

La DÉGÉNÉRESCENCE GRANULO-GRAISSEUSE est, au contraire, extrêmement fréquente; elle frappe électivement les fibres musculaires, comme la sclérose le tissu conjonctif; on l'observe après la ménopause, l'accouchement, les fièvres graves. Elle se produit au centre de la tumeur ou simultanément en plusieurs points de celle-ci. Les parties atteintes forment une bouillie molle, jaunâtre, qui remplit une grande cavité centrale ou une série de géodes parsemées; dans ces cavités se produisent des hémorragies qui teintent en brun rougeâtre leur contenu. Quand la dégénérescence est rapide et massive, elle aboutit à la transformation kystique du fibrome; quand elle est lente, les leucocytes emportent au fur et à mesure les produits dégénérés et on assiste à la résorption de la tumeur.

La DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOÏDE, observée une seule fois par Stratz, frapperait électivement aussi le tissu musculaire.

La DÉGÉNÉRESCENCE COLLOÏDE OU MYXOMATEUSE résulterait, suivant Virchow, de l'effusion d'une matière muqueuse, caractérisée par la présence de la mucine et d'un grand nombre de cellules arrondies, en prolifération active, entre les faisceaux musculaires; elle aboutit à l'atrophie des travées musculaires, à la résorption des travées conjonctives et à la formation d'une série d'alvéoles pleins d'un liquide jaunâtre et transparent se coagulant à l'air et donnant à la tumeur tous les caractères d'une tumeur fluctuante.

La DÉGÉNÉRESCENCE LYMPHANGIÉCTASIQUE crée des apparences très analogues. Signalée par Kœberlé en 1869, étudiée par Klebs, Virchow Léopold, Doléris, elle résulte de la dilatation des lacunes et des capillaires lymphatiques coexistant souvent avec les varices des troncs sous-séreux. Elle creuse la tumeur de géodes irrégulières limitées par des travées de son tissu propre que tapisse l'endothélium lymphatique. Son origine est obscure et la compression invoquée des troncs lymphatiques n'en est pas la cause unique, car elle fait souvent défaut.

La DÉGÉNÉRESCENCE TÉLANGIÉCTASIQUE est assez fréquente; Martin en note 3 cas sur 205 fibromes. Elle résulte de la dilatation des capillaires qui se transforment en lacs sanguins et font de la tumeur une vraie tumeur érectile se présentant à la coupe comme une éponge imbibée de sang. Le plus souvent cette dégénérescence est

limitée à une zone de la tumeur, comme l'a établi Virchow, qui a fait de cette dégénérescence une étude approfondie.

Grâce à l'un des processus que nous venons d'énumérer, une tumeur fibreuse peut donc se creuser de cavités uniques ou multiples et donner naissance à des fibromes kystiques ou *cystofibromes*.

Ces cystofibromes, d'origines très variées, sont sujets à des accidents assez identiques dont le plus important est l'hémorragie.

L'HÉMORRAGIE INTRAKYSTIQUE, par rupture des capillaires altérés et dilatés que soutiennent les trabécules fragiles cloisonnant le kyste, augmente brusquement le volume de la tumeur dont elle colore en rouge le contenu; elle se produit dans toute l'étendue du cystofibrome ou seulement au niveau d'une de ses loges. Le sang épanché ne se coagule pas. L'hémorragie, en augmentant la pression intrakystique, peut déterminer sa rupture dans le ventre, dans le vagin, comme l'a vu Virchow, plus souvent dans l'utérus, comme l'ont observé Pistor, Mérédith, Dubreuil, Tillaux. Si le col est oblitéré par élongation, torsion ou atrophie sénile, le sang est retenu dans la matrice et une hématométrie, de nature toute spéciale, se constitue.

LE FIBROMYOME PEUT ENCORE S'ŒDÉMATIER, SE GANGRENER, SUPPURER. — Œdème et gangrène, accidents particuliers aux tumeurs pédiculées, surviennent à la suite de la torsion du pédicule. L'œdème apparaît d'abord quand la torsion oblitère les veines plus superficielles dans le pédicule que les artères, empêchant la circulation de retour sans entraver l'apport sanguin. La gangrène apparaît ensuite: elle est parfois lente et aseptique et peut donner naissance, alors, à des produits de désintégration, tels que les gros cristaux de matière grasse, d'inéostéarine, dont Büsch voulait faire le caractère distinctif d'une nouvelle forme de tumeurs utérines.

Mais la gangrène peut survenir par un mécanisme différent, par infection putride: elle est alors l'œuvre des organismes anaérobies qui pullulent dans le vagin et atteint les tumeurs sous-muqueuses dont le revêtement est altéré surtout à la suite d'une intervention intra-utérine. Par là, la gangrène se rattache à la suppuration, à laquelle elle se combine souvent.

La suppuration a été constatée dans toutes les formes de fibromes, même dans les fibromes sous-péritonéaux pédiculés; elle est alors la conséquence d'une infection générale, péritonéale ou annexielle, éventualité rare. Au contraire, elle atteint assez fréquemment les corps fibreux sous-muqueux, principalement à la suite d'un accouchement. La capsule conjonctive est infectée la première, la tumeur secondairement. Par ce procédé, les corps fibreux peuvent s'éliminer spontanément, mais non sans complications septicémiques graves.

LE FIBROMYOME PEUT-IL SE TRANSFORMER EN TUMEUR MALIGNÉ? — Cette question, autrefois très discutée, est résolue par la négative. On observe assez souvent la coexistence d'un fibromyome et d'un cancer