

Si rudimentaires que soient ces constatations, elles n'en ouvrent pas moins de nouveaux horizons ; elles légitiment, à côté d'une théorie dyscrasique des fibromes, une théorie infectieuse qui n'exclut pas, peut-être, entièrement la première.

Nous nous contenterons d'avoir exposé impartialement les arguments de l'une et de l'autre.

Symptômes. — Au début de leur évolution, les tumeurs fibreuses restent à peu près latentes ; elles ne se marquent que par une sensation de pesanteur à l'hypogastre et, au moment des règles, par des pertes abondantes et prolongées, des coliques et des douleurs irradiées vers les lombes. Puis les symptômes s'accusent et prennent des caractères particuliers suivant le siège de la tumeur et le sens de son évolution. Quelques phénomènes seulement sont communs à toutes les variétés : les hémorragies, l'hydrorrhée, les douleurs, la présence d'une tumeur utérine et l'augmentation de la cavité utérine.

Les *hémorragies* débutent sous forme de métrorragies, les règles sont surabondantes, prolongées, contiennent des caillots et provoquent des coliques ; puis les règles se rapprochent et se prolongent de plus en plus et la malade est continuellement dans le sang ; les métrorragies ont succédé aux ménorragies. Il convient de savoir pourtant que les métrorragies peuvent survenir d'emblée au cours d'une santé excellente. Ces hémorragies ne viennent pas de la tumeur, car on en observe d'aussi abondantes en cas d'utérus géant fibromateux sans fibromes ; elles ne viennent pas d'une métrite fongueuse qui est une exception dans la fibromatose utérine ; il semble qu'elles dépendent d'un état congestif favorisé par la sclérose vasculaire et périvasculaire des vaisseaux utérins. L'hémorragie est d'ailleurs plus marquée dans les tumeurs sous-muqueuses qui sont par excellence hémorragipares. Les hémorragies, parfois extraordinairement abondantes, amènent une anémie profonde et parfois grave, mais, à part quelques exceptions, dont l'un de nous a pu observer deux exemples en moins d'un an, elles ne sont pas mortelles par elles-mêmes.

Ce symptôme capital est souvent le symptôme unique ; parfois s'y ajoutent la leucorrhée et l'hydrorrhée.

La *leucorrhée* est rarement abondante, les pertes sont glaireuses, filantes, inodores, nullement purulentes, elles empèsent peu le linge.

L'*hydrorrhée*, au contraire, est presque spécifique : elle consiste dans l'écoulement brusque par le col, en une fois, d'une quantité considérable pouvant aller jusqu'à 300 ou 400 grammes d'un liquide limpide, collant, coagulable, très albumineux. L'écoulement ne se renouvelle qu'à intervalles souvent prolongés et non périodiques. La pathogénie de l'hydrorrhée est totalement inconnue ; il paraît difficile de comprendre comment le liquide viendrait des tumeurs kystiques avec lesquelles l'hydrorrhée coïncide souvent ; peut-être la lym-

phangiectasie du parenchyme utérin, qu'on observe souvent en pareil cas, pourrait-elle expliquer son apparition.

Les *douleurs* sont continues ou intermittentes. Les douleurs continues consistent en sensations de pesanteur hypogastrique avec irradiations au creux épigastrique et dans les lombes ; intenses seulement chez les nerveuses, elles sont fonction des susceptibilités de la malade. Les douleurs intermittentes sont des coliques utérines ou des douleurs péritonéales. Les coliques utérines coïncident avec les hémorragies ; elles sont proportionnelles au nombre et au volume des caillots, surtout marquées en cas de polypes et alors semblables à celles de l'avortement. Les douleurs péritonéales vives, superficielles, accompagnées de ballonnement du ventre, de constipation, de nausées et de vomissements, surviennent par crises, parfois d'une intensité extrême lorsqu'elles résultent de la torsion du pédicule d'un fibrome sous-péritonéal. A ces douleurs, il faut ajouter celles que provoquent les fibromes pelviens compressifs dans la zone du plexus sacré. Nous y insisterons, de même que sur les phénomènes de compression viscérale, à propos des fibromes pelviens.

Les *signes physiques* constants sont la constatation d'une tumeur utérine et l'augmentation de la cavité utérine.

Le toucher vaginal, uni à la palpation abdominale, permet de sentir une tumeur, de consistance plus ou moins ferme, faisant corps avec l'utérus, et de fixer ses connexions. L'augmentation de la cavité utérine est révélée par l'hystérométrie qui doit être pratiquée dans tous les cas quand on ne soupçonne pas une grossesse. Le mieux est de faire l'hystérométrie sans spéculum, avec une tige métallique malléable ou, en cas de résistance, avec l'hystéromètre flexible à cadran qui indique à la fois la profondeur et la direction de la cavité utérine. Quand on se trouve en présence d'un corps fibreux, la cavité utérine ne mesure presque jamais moins de 8 centimètres et souvent elle dépasse notablement cette dimension, fait qu'on n'observe ni dans les kystes ovariens ou para-ovariens, ni dans les tumeurs d'origine inflammatoire.

Marche. — Certaines tumeurs fibreuses ont une marche très irrégulière : hémorragies et douleurs peuvent présenter de longues rémissions ; les phénomènes de compression eux-mêmes, après avoir paru menaçants, peuvent s'amender. Mais après quelques alternatives de cette sorte, les tumeurs augmentent régulièrement ou prennent une marche véritablement galopante, doublant, triplant de volume en quelques semaines, provoquant rapidement les phénomènes de compression les plus graves : cette marche s'observe particulièrement dans la grossesse ou quand une dégénérescence myxomateuse, lymphangiectasique ou télangiectasique se produit. Par contre, d'autres tumeurs, après avoir rapidement ou progressivement augmenté, restent indéfiniment stationnaires, rendant la patiente souf-

frante plutôt que malade et lui permettant d'attendre, avec quelques soins d'hygiène et sans trop de dangers, la ménopause.

La ménopause vient entraver le plus souvent le développement de la tumeur, assez fréquemment cause son atrophie partielle, très rarement sa résorption complète. Gusserow n'a pu en relever que 20 cas certains. Mais les hémorragies et les douleurs s'atténuent, puis cessent; une guérison, tout au moins fonctionnelle, s'établit. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi et certaines tumeurs continuent de s'hypertrophier passé l'âge critique et attendu.

La guérison spontanée peut s'effectuer suivant d'autres modes: tels le détachement et l'accouchement d'un polype à la suite de l'usure progressive ou de la rupture de son pédicule, telles l'énucléation spontanée et l'expulsion d'un myome sous-muqueux par usure lente de la muqueuse à la suite d'un accouchement ou par suppuration et gangrène, complications dont le résultat peut être heureux en dépit des accidents septicémiques graves et quand l'élimination ne se fait pas vers la vessie, vers le rectum ou vers l'abdomen, éventualités généralement mortelles. Certains corps fibreux pédiculés dans l'abdomen se détachent de leur pédicule et se résorbent, mais ils peuvent aussi se greffer sur l'épiploon et sur l'intestin par des adhérences et persister ou même s'accroître.

Par usure lente, un corps fibreux peut s'éliminer à travers la paroi abdominale, perforant la peau et venant se sphacéler à l'extérieur, sous forme d'un champignon noirâtre. Loir a observé un cas semblable. Par une usure analogue, un corps fibreux peut perforer le vagin, le rectum ou la vessie et se détacher dans ces organes: Flemming et Lisfranc ont pris de tels fibromes pour des calculs vésicaux.

Certains cystofibromes s'évacuent par l'utérus ou par le cul-de-sac postérieur; ces tumeurs peuvent aussi se rompre dans l'abdomen, amenant la mort par shock ou par péritonite. La torsion du pédicule des fibromes, qui se traduit par de violentes douleurs abdominales, par un ramollissement subit, par une augmentation de volume et par une extrême sensibilité de la tumeur, entraîne des accidents de péritonite mortels quand on n'intervient pas à temps.

En résumé, un très petit nombre de myomes disparaît complètement par résorption à la suite de l'accouchement ou de la ménopause; quelques-uns s'éliminent spontanément, beaucoup cessent d'être nocifs après l'âge de la ménopause, se sclérosent et se calcifient.

Les autres, en proportion relativement minime, entraînent la mort par divers mécanismes. L'hémorragie cause généralement la mort par anémie progressive; mais elle peut causer une mort rapide: Cruveilhier et Duncan signalent deux cas mortels par ouverture d'un sinus veineux de la tumeur dans la cavité utérine; nous avons, nous-mêmes, vu mourir deux malades d'hémorragie en quelques heures:

chez l'une l'hémorragie s'était produite au niveau d'une corne utérine dont la muqueuse présentait une ulcération de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, répondant dans la profondeur à une effraction veineuse.

L'épuisement dû à la dénutrition produite par l'augmentation très rapide d'une tumeur peut aussi causer la mort. Plus souvent celle-ci résulte: d'une péritonite due à la gangrène de la tumeur par torsion du pédicule, à la suppuration du corps fibreux ou à la rupture d'un cystofibrome; d'une septicémie consécutive à l'infection et à la gangrène d'un myome interstitiel ou sous-muqueux; d'embolies cardiaques ou pulmonaires issues des thromboses veineuses fréquentes dans les fibromes télangiectasiques surtout; d'asystolie et de syncope due aux lésions cardiaques; d'urémie ou d'occlusion intestinale dues aux phénomènes de compression pelvienne. L'accouchement ou l'avortement sont enfin fréquemment la cause de la mort, comme nous le verrons au chapitre qui traite des fibromes dans la grossesse.

Le pronostic est assez bénin pour les petites tumeurs, à accroissement lent, chez les femmes approchant de la ménopause. Il est grave dans les cas de fibromes à accroissement rapide, de fibrome hémorragique, de cystofibrome, de fibrome pelvien compressif, de fibrome accompagné de myocardite ou d'albuminurie.

II. — FORMES ANATOMIQUES ET CLINIQUES DES FIBROMES.

Réduites à ces généralités, l'anatomie et la symptomatologie des fibromes ne répondent pas à leur véritable physionomie essentiellement variable, suivant qu'ils se développent en haut vers l'abdomen, en bas vers le vagin ou horizontalement vers la cavité pelvienne. Nous allons examiner, dans plusieurs paragraphes distincts, les attributs anatomiques de ces variétés de fibromes et les symptômes qui en découlent.

A. Fibromes à développement vaginal. — Les fibromes qui progressent vers le vagin naissent du col ou du corps utérin.

Les *fibromes du col*, plus rares que ceux du corps dans la proportion de 1 à 5, ont pour caractères principaux d'être plus durs, de devenir moins volumineux, d'être formés presque exclusivement de tissu conjonctif, de dégénérer rarement, d'être facilement énucléables grâce à leur capsule conjonctive très lâche. Ils progressent différemment, suivant qu'ils procèdent de la portion vaginale ou de la portion sus-vaginale du col. Ceux qui naissent de la portion vaginale, pédiculés ou non, évoluent vers le vagin; parmi ceux qui naissent de la portion sus-vaginale, les sous-muqueux seuls se dirigent vers le vagin, les autres progressent latéralement ou en arrière vers la cavité pelvienne et constituent une variété des fibromes pelviens; toutefois, certains parmi ceux-ci se dirigent vers le périnée en dédoublant la