

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

cloison recto-vaginale et en soulevant la paroi postérieure du vagin.

Les **fibromes du corps** qui évoluent vers le vagin sont les fibromes sous-muqueux sessiles ou pédiculés. Ils sont le plus souvent uniques et coïncident rarement avec d'autres variétés de fibromes.

Les **tumeurs sous-muqueuses sessiles** naissent surtout de la paroi postérieure et du fond de l'utérus (fig. 177); elles sont toujours engainées d'une couche de tissu musculaire utérin parfois extrême-

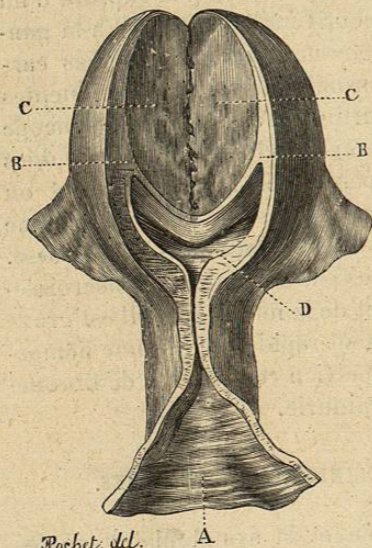


Fig. 177. — Tumeur fibreuse développée à l'intérieur de la cavité utérine. A, vagin, il a conservé sa forme et sa longueur; B, parois de la tumeur fibreuse; — C, coupe de cette tumeur; D, portion de la cavité utérine restée libre (Musée Dupuytren, n° 366).

ment amincie. Elles peuvent prendre un très gros volume, remplir entièrement, en l'effaçant, la cavité utérine ou entraîner, en inversion plus ou moins complète, la paroi de l'organe sur laquelle elles s'implantent. La muqueuse utérine qui les recouvre s'atrophie, se congestionne et s'excorie. Grâce à ces altérations, son effraction et l'énucléation spontanée des fibromes sont possibles, surtout après un accouchement ou un avortement: l'infection de la muqueuse malade est aussi possible et détermine la suppuration et la gangrène de la capsule et de la tumeur qu'elle enveloppe.

Les **tumeurs sous-muqueuses pédiculées ou polypes**, très fréquentes, représentent 25 p. 100 de la totalité des fibromes; la tumeur primitivement sessile, en soulevant la muqueuse, s'est pédiculée peu à peu et se rattache à la paroi par un

pendant lesquelles elle constitue le polype intermittent (fig. 179). Dans le vagin, la muqueuse du polype se revêt d'un épithélium pavimenteux ou s'altère en s'excoriant ou en s'infectant. Il en résulte la gangrène du fibromyome ou la formation d'adhérences anormales entre le vagin et la tumeur, simulant un second pédicule

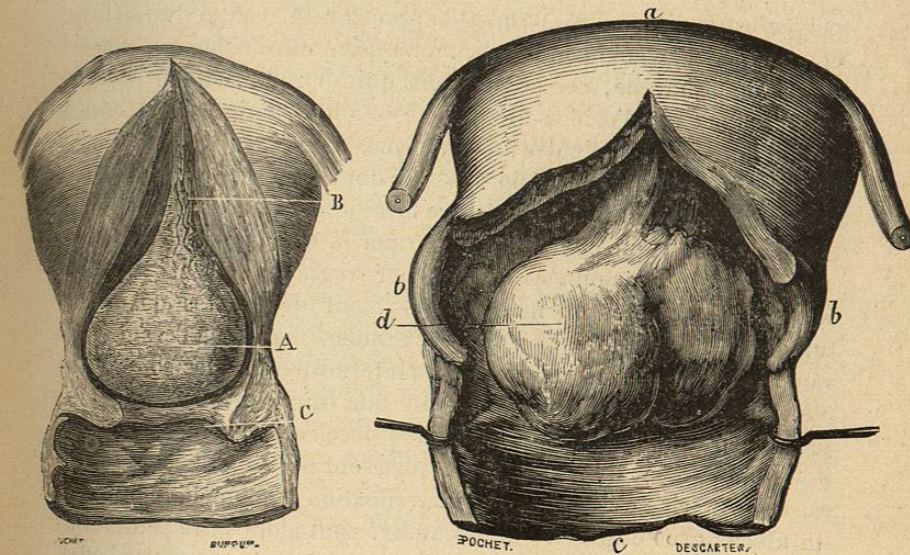


Fig. 178. — Exemple de polype à pédicule très mince inséré sur le fond de l'utérus. — La chute de ce polype s'est opérée spontanément, et la femme est morte quelques jours après d'une maladie de poitrine. — A, polype; B, pédicule du polype; C, bord de l'orifice inférieur de l'utérus (M^{me} Boivin et Dugès, Atlas, pl. XVIII, fig. 5).

Fig. 179. — Polype fixé au fond de l'utérus par un pédicule volumineux. La tumeur a passé dans le vagin. — a, fond de l'utérus; la paroi antérieure de l'organe est ouverte pour faire voir la tumeur et l'implantation du pédicule; bb, section en deux parties du museau de tanche; c, le vagin; d, le polype (Clarke).

du polype. Dans certaines circonstances, surtout dans l'accouchement, le pédicule du polype se rompt et celui-ci s'élimine. Parfois, presque exclusivement quand le pédicule est court et gros, celui-ci, entraînant le fond de l'utérus dans sa migration, détermine son inversion. Le col normal, tant que le polype est intra-utérin, se dilate pour permettre sa progression et embrasse son pédicule d'un bourrelet œdémateux quand il est devenu uniquement vaginal.

Symptômes. — Le principal est l'hémorragie: métrorragies abondantes, répétées, contenant des caillots, généralement inodores, mais parfois fétides quand la tumeur s'infecte et s'élimine, redoublant au moment où la tumeur franchit le col, entraînant une anémie grave, donnant parfois à la malade un teint cireux qui peut en imposer pour

la cachexie cancéreuse : tels sont les caractères des hémorragies.

Les douleurs, parfois entièrement absentes quand la tumeur reste intra-utérine, ont nettement le caractère et l'intensité de douleurs expultrices quand la tumeur franchit le col. Là se bornent les signes fonctionnels qui n'ont rien de caractéristique.

Le toucher vaginal suffit parfois à éclairer le chirurgien quand le polype est vaginal ; il lui permet d'apprécier son volume variable, sa consistance normalement ferme, mollasse en cas d'œdème, diffluite en cas de gangrène, ses connexions qui se réduisent au pédicule faisant issue par l'orifice du col. Le toucher vaginal suffit encore quand la tumeur, pédiculée ou non, procède du col lui-même ; le doigt tombe alors sur un col utérin déformé dont il ne sent d'abord qu'une lèvre énorme et dure, puis l'autre lèvre qui est remontée, l'orifice devenu excentrique et souvent dilaté par la tumeur qui y fait saillie.

Par contre, les données du toucher vaginal peuvent être décevantes, incomplètes ou nulles. Elles sont décevantes quand une tumeur, constatée lors d'un premier examen, manque à l'examen suivant, comme dans les cas de polypes intermittents. Elles sont incomplètes lorsqu'à travers un col dilaté une tumeur vient faire saillie ; seule sa dureté peut révéler un corps fibreux, sans donner d'indication sur son point d'implantation. Elles sont nulles lorsque la tumeur est intra-utérine et le col fermé : la palpation bimanuelle, en révélant un utérus gros et parfois fibromateux, peut alors faire penser à un polype, mais seule l'exploration intra-utérine donnera des indications précises.

Le cathétérisme fait aseptiquement, sans spéculum, avec l'hystéromètre malléable, indique l'hypertrophie utérine, la déformation de la cavité, permet parfois de faire le tour d'un fibrome pédiculé et d'apprécier son implantation, décèle une inversion utérine ; mais souvent le toucher digital intra-utérin, seul, permet d'affirmer l'existence d'une tumeur sous-muqueuse sessile et révèle en même temps son volume et son point d'implantation ; mais, l'utérus fibromateux étant très sensible à l'infection, ce toucher devra être fait très aseptiquement.

Diagnostic. — En dépit de la précision des signes objectifs, le diagnostic peut être difficile.

Quand le doigt vaginal tombe sur une tumeur, le chirurgien peut penser à l'avortement, à l'inversion utérine, au cancer du col, aux polypes placentaires ou muqueux. Dans l'avortement, les règles ont été suspendues dans la période qui précède celui-ci, l'œuf engagé dans le col est mou, diffluent, réductible comme jamais ne l'est un polype même dégénéré. L'inversion utérine est plus difficile à différencier du fait de sa coexistence possible avec une tumeur fibreuse. On ne peut guère se fier à la sensibilité du tissu utérin qui serait vive, celle du fibrome étant nulle. Le seul moyen précis est de cons-

tater, par le toucher rectal et la palpation, la présence du corps utérin. Quand un fibrome coexiste avec une inversion, l'examen direct, seul, au moyen de valves vaginales, uni au cathétérisme prudent, permet une distinction fort délicate.

Un polype vaginal ulcéré et sanieux peut être pris pour un cancer du col ; le toucher vaginal contribue parfois à accentuer l'erreur quand un corps fibreux, ramolli et sanieux, apparu entre les lèvres du col, en impose d'abord pour une altération du col lui-même. Un examen attentif montrera que le col intact enchâsse la tumeur sans en faire partie ; d'ailleurs, le tissu du col cancéreux est à la fois dur et friable et non ramolli, et consistant comme celui du fibrome dégénéré ; le cathéter, contournant la tumeur, lèvera tous les doutes. Les polypes placentaires se distinguent par leurs antécédents, leur surface inégale, leur consistance molle, — les polypes muqueux par leur diffluence et l'absence d'hypertrophie utérine.

Quand il n'y a pas de tumeur vaginale et que le col est intact, le diagnostic est beaucoup plus délicat ; l'hypertrophie du corps et de la cavité utérine sont des indices insuffisants ; le fibrome intra-utérin peut être confondu avec une métrite hémorragique, avec une grossesse extra-utérine à la période d'expulsion de la fausse caduque, avec un cancer du corps utérin. L'exploration intra-utérine s'impose dans tous ces cas et tranche la question dans un sens ou dans l'autre ; l'erreur ne peut être le fait que de la négligence du chirurgien.

Les fibromes à évolution périnéale qui dédoublent la cloison recto-vaginale et bombent dans le vagin, peuvent simuler un kyste hydatique, une collection sanguine ou purulente du cul-de-sac de Douglas qui ont parfois une certaine dureté. Toutefois, la consistance très ferme des fibromes, les anamnestiques et les symptômes concomitants permettront presque toujours le diagnostic.

Les tumeurs fibreuses à évolution vaginale, hors les dernières que nous venons de citer et qui, en comprimant le rectum, peuvent amener une occlusion intestinale, ne causent que deux espèces d'accidents : l'anémie et l'infection. L'anémie peut devenir mortelle ; l'infection est plus dangereuse encore quand elle frappe les myomes sous-muqueux, surtout quand ils sont encore contenus dans la cavité utérine. Due aux microbes anaérobies du vagin, elle prend une forme gangreneuse et se complique souvent d'infection générale ou péritonéale qui compromettent gravement la vie des malades. Ces accidents, particulièrement fréquents à la suite de l'avortement ou de l'accouchement, peuvent d'ailleurs se terminer favorablement par l'élimination de la tumeur.

B. Fibromes à développement pelvien. — Les fibromes peuvent être primitivement ou secondairement pelviens : primitivement, quand nés du col ils se développent dans l'enceinte osseuse du pelvis ;

secondairement, quand nés du corps ils prolagent et s'enclavent dans le cul-de-sac de Douglas.

Les fibromes pelviens primitifs, irréductibles et presque fatalement compressifs, méritent toute notre attention. Ceux qui naissent de la face postérieure du col évoluent un peu différemment suivant qu'ils s'implantent au-dessous ou au-dessus de l'insertion utérine des ligaments utéro-sacrés. Nés au-dessous de cette insertion, ils tendent souvent à progresser vers le périnée en dédoublant la cloison recto-vaginale et en bombant dans le vagin, dont la cavité leur offre un espace suffisant pour se développer longtemps sans amener de troubles de compression. Nés, au contraire, au-dessus de l'insertion des ligaments utéro-sacrés, ils se coiffent du péritoine de l'espace de Douglas et tendent à remplir la concavité du sacrum, le promontoire limitant en haut leur progression; bridés en avant par la sangle utéro-pelvienne, retenus en bas par leur insertion au col, segment fixe par excellence de l'utérus, arrêtés en haut par le promontoire qui les empêche de s'élever au-dessus du détroit supérieur, ils ne peuvent que comprimer de plus en plus étroitement les organes de la loge postérieure du petit bassin contre les os du pelvis; ils aplatissent le rectum, s'insinuant parfois derrière lui en l'englobant; ils compriment ensuite les racines du plexus sacré; ils peuvent même aplatir l'uretère et les veines hypogastriques contre la paroi pelvienne et causent la mort, à moins que, perforant la paroi rectale ou le dôme vaginal, ils ne s'éliminent par le rectum ou le vagin.

Les corps fibreux cervicaux antérieurs, très rares d'ailleurs, refoulent la vessie en avant, peuvent perforer sa paroi postérieure, se détacher dans sa cavité, ou même perforer, comme l'a vu Demarquay, les parois vésicales postérieure et antérieure, et entrer en rapport avec la symphyse.

Les corps fibreux cervicaux latéraux, plus fréquents, affectent des dispositions anatomiques très importantes à connaître pour le chirurgien. Ils se développent dans la gaine hypogastrique sous une sorte de toit formé par la rencontre des aponévroses ombilico-vésicale et sacro-recto-vaginale qui les force à s'étendre latéralement vers les côtés du bassin; ils peuvent ainsi continuer à évoluer dans la gaine fibreuse, se moulant sur elle, poussant des prolongements selon sa direction naturelle, vers les fosses iliaques, vers les échancrures sciatiques, comprimant les organes qu'elle contient, l'uretère et l'artère utérine, ou bien ils peuvent forcer le toit de la gaine fibreuse, s'élever vers l'abdomen entre les feuillets du ligament large, élevant avec eux au-dessus du détroit supérieur le col, l'utérus et les annexes, se coiffant de l'artère utérine et surtout de l'uretère, qui peut être entraîné ainsi en pleine cavité abdominale. Cette éventualité doit être toujours présente à l'esprit de l'opérateur lorsqu'il rencontre une tumeur fibreuse, incluse dans le ligament large, avec annexes supères.

Les **symptômes** des fibromes pelviens sont essentiellement les signes de compression; les hémorragies sont souvent peu abondantes ou nulles; les douleurs, au contraire, précoces, intenses, rebelles, névralgiques, avec irradiations lointaines.

Les troubles de compression que signalent ces douleurs dominent la scène; ils débutent parfois insidieusement quand une petite tumeur insoupçonnée comprime l'uretère dans la gaine hypogastrique; une anurie inattendue ou des troubles urémiques se montrent alors sans cause apparente; mais généralement la compression de l'uretère ne se produit qu'après celle des autres organes dont la symptomatologie est plus bruyante. D'abord la malade se plaint d'une sensation de pesanteur pénible dans le bas-ventre que le repos ne calme pas, d'une constipation opiniâtre et rebelle, de divers troubles urinaires: dysurie, pollakiurie, ténesme vésical, rétention d'urine; puis la compression du plexus sacré amène une sciatique bilatérale très pénible, avec crampes, atrophies musculaires, parésie des membres inférieurs; la compression des veines pelviennes, des hémorroïdes, des varices vulvaires, l'œdème des membres inférieurs: une série d'infirmités vient rendre, ainsi, à la malade la vie extrêmement pénible, jusqu'au moment où une occlusion intestinale, de graves accidents urémiques, mettent, en quelques heures, son existence en danger. L'occlusion intestinale aiguë et complète est relativement rare; les accidents dus à la compression de l'uretère sont beaucoup plus fréquents, mais il faut les dépister, car ils se bornent parfois à de l'albuminurie, à de légers troubles urémiques précédant l'anurie qui en est la première manifestation bruyante d'une extrême gravité; l'examen minutieux d'une malade révèle parfois une hydro-néphrose latente. Ces divers troubles s'ajoutant peu à peu les uns aux autres amènent, par cachexie progressive, urémie chronique ou aiguë, la mort de la malade. Le **pronostic** des fibromes pelviens est donc extrêmement grave, d'autant plus qu'ils nécessitent des interventions chirurgicales complexes, chez des malades en état de moindre résistance.

Le **diagnostic** de cette variété de tumeurs fibreuses exige un examen soigneux. Au toucher vaginal, l'index tombe, parfois, sur une masse qui efface et remplit tout le cul-de-sac postérieur, masse dure, lisse, régulière, insensible à la pression, repoussant en avant le col qu'elle plaque contre la symphyse et qui devient difficilement accessible. Par la palpation bimanuelle, on s'assure que l'utérus fait corps avec la tumeur. Quand le corps de l'utérus est normal, il y a lieu de penser à un fibrome de la face postérieure du col, primitivement pelvien. Lorsque, au contraire, le corps utérin est volumineux, bosselé, il est fréquent que la tumeur pelvienne, simple dépendance de la tumeur abdominale, soit secondairement enclavée et réductible par conséquent. Le toucher rectal fournira des données précieuses