

sur le degré de compression du rectum et sur les connexions postérieures de la tumeur, également sur sa réductibilité.

Les tumeurs cervicales antérieures repoussent le col en arrière, remplissent le cul-de-sac vaginal antérieur et créent des symptômes vésicaux qui peuvent faire croire à leur origine vésicale.

Dans d'autres cas, il s'agit d'un fibrome de la gaine hypogastrique; un cul-de-sac latéral du vagin est effacé et rempli par une masse dure, à contour net, repoussant le col du côté opposé, l'abaissant parfois, l'immobilisant souvent. Par l'examen bimanuel, on sentira que la tumeur fibreuse fait corps avec l'utérus, qu'elle remplit et nivelle en quelque sorte le petit bassin ou bien qu'elle s'élève en même temps dans l'abdomen, constituant une tumeur mixte abdomino-pelvienne, pourvue de tous les attributs des tumeurs intraligamentaires.

Ces signes physiques peuvent donner le change au chirurgien. Une périmérite avec exsudats pelviens efface de même les culs-de-sac vaginaux et donne au doigt une sensation de dureté, mais elle est généralement accompagnée d'accidents fébriles, de lésions cervicales, l'empatement est plus diffus, bilatéral le plus souvent et présente une surface irrégulière. Une hématocele rétro-utérine peut en imposer pour un fibrome du cul-de-sac de Douglas, mais l'hématocele apparaît au milieu des phénomènes bruyants de l'hémorragie; elle donne une collection molle d'abord, dure plus tardivement; toutefois, l'enclavement brusque d'un fibrome prolapsé donne lieu à des symptômes péritonéaux subits, à des troubles aigus de compression qui, unis à l'apparition inattendue d'une tumeur, peuvent faire penser à l'hématocele. Une analyse attentive des symptômes et des antécédents sera nécessaire. Il est difficile de confondre un fibrome pelvien avec un cancer utérin dans le cours duquel apparaissent des phénomènes de compression, dus à une propagation à la base du ligament large qui efface les culs-de-sac vaginaux; toutefois, la méprise est possible quand le cancer, non ulcéré, infiltre le col en lui donnant une forme bosselée et une dureté ligneuse. Le diagnostic d'un fibrome pelvien compressif comporte encore l'examen méthodique des organes susceptibles d'être comprimés. Le diagnostic fait, il n'est plus permis de temporiser.

Traitement. — Après un essai de réduction de la tumeur, quand elle siège dans le Douglas, l'opération s'impose comme une urgente et suprême ressource.

C. Fibromes à développement abdominal. — A part la variété abdomino-pelvienne que nous avons décrite, les tumeurs fibreuses abdominales procèdent toutes du corps de l'utérus; elles sont interstitielles, sous-péritonéales, pédiculées ou incluses dans le ligament large : intraligamentaires.

Les *myomes interstitiels* implantés généralement au fond ou

dans la paroi postérieure de l'utérus, mous, presque exclusivement musculaires et très vasculaires, sont des tumeurs fibreuses susceptibles du plus grand développement (fig. 180). Ils sont généralement uniques, ou pratiquement uniques, en ce sens qu'une seule tumeur prend de l'importance, les tumeurs adjacentes passant inaperçues; ils déterminent une hypertrophie utérine considérable: l'utérus cependant, masqué par la masse morbide, est réduit, pour ainsi dire, à une annexe de celle-ci. Développés d'abord dans le bassin, ils s'élèvent dans l'abdomen et continuent à croître en s'appuyant sur le contour du détroit supérieur, étirant le col et le vagin; parfois le dôme vaginal reste fixe et le col s'allonge en s'amin-cissant, réduit à un cordon fibreux de 2, 3, 5 centimètres creusé ou non d'un canal. C'est ce qu'on appelle improprement la séparation du corps et du col. Ce tractus fibreux intermédiaire peut subir sur son axe une torsion d'un tour, de deux tours (Pick et Friedel), de deux tours et demi (Küster). Cette torsion a les mêmes effets que ceux du pédicule d'un fibrome.

La tumeur, devenue abdominale, affecte des rapports avec tous les organes, mais n'adhère

à eux que rarement. A l'ouverture du ventre, elle se présente comme une grosse tumeur médiane, lisse et arrondie, uni ou multilobée, de coloration rouge violacé ou rosé, de consistance rénitente, de chaque côté de laquelle se détachent les annexes, obliquement dirigés en bas et en dehors. Ces tumeurs interstitielles sont celles qu'atteignent de préférence les diverses dégénérescences qui aboutissent à leur transformation en cystofibromes.

Les *fibromes sous-péritonéaux*, presque toujours multiples, indifféremment développés sur toutes les faces de l'utérus, lui donnent une apparence bosselée et multinodulaire: ils coexistent souvent avec des tumeurs interstitielles tendant à devenir sous-péritonéales, de sorte que l'utérus est comme farci de tumeurs de volume et de consistance variables. Les fibromes sous-péritonéaux apparaissent comme des nodosités de la grosseur d'une noix, d'une pomme, d'une orange, faisant saillie sous le péritoine qui laisse transparaître leur

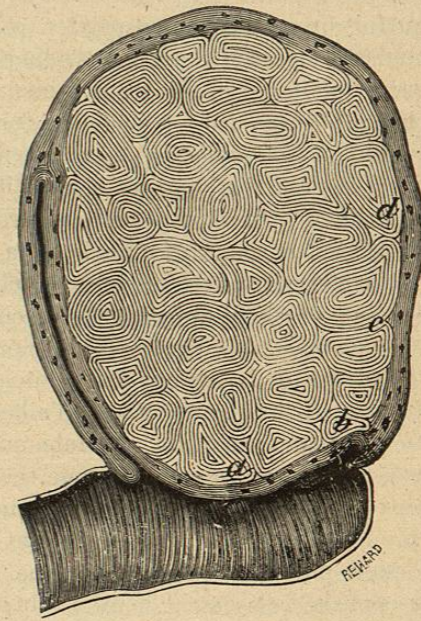


Fig. 180. — Fibrome interstitiel de l'utérus (Sims).

couleur blanchâtre et apprécier leur consistance généralement ferme; une simple incision de leur enveloppe permet de les énucléer très aisément et de constater que quelques-uns tendent à se pédiculiser.

Les *fibromyomes pédiculés* se présentent sous la forme d'une tumeur presque toujours unique, mais souvent implantée sur un utérus hérissé de nodosités sous-péritonéales, parfois cependant reliée à une matrice intacte, à peine augmentée de volume. Cette tumeur, régulièrement arrondie, uni ou multilobée, présentant quelquefois un prolongement pelvien qui plonge dans le Douglas, est de couleur blanchâtre, de consistance ferme, uniquement recouverte par le péritoine et des sinus veineux gorgés de sang. Elle est rattachée à l'utérus par un pédicule formé de tissu musculaire utérin, engainant les vaisseaux et engainé de péritoine; le pédicule, d'abord court et gros, s'allonge et s'amincit et peut atteindre 5 à 6 centimètres; en même temps l'artère, grosse d'abord comme une radiale, se rétrécit au point que la vie de la tumeur se réduit à d'obscurs phénomènes de nutrition; elle est plus mystérieuse encore quand le pédicule se rompt et quand le fibrome vit libre dans la cavité abdominale; mais cette rupture est généralement précédée d'adhérences vasculaires de la tumeur avec l'intestin et l'épiploon qui assurent sa nutrition. Ces adhérences sont d'ailleurs assez fréquentes, même avec un pédicule normal. Le pédicule, au lieu de s'amincir et de se rompre, peut se tordre sur lui-même. Une faible torsion, très fréquente, provoque simplement des phénomènes congestifs qui augmentent le volume de la tumeur et déterminent la formation d'adhérences; une torsion plus prononcée détermine l'œdème de la tumeur et son brusque accroissement, le retour du sang veineux étant entravé grâce à la situation des veines, plus superficielles dans le pédicule que les artères; une torsion très prononcée, qui peut être de 1 tour 1/2, 2 tours et même 2 tours 1/2, détermine un arrêt circulatoire, un sphacèle rapide de la tumeur et une péritonite généralisée.

Ces phénomènes péritonéaux, assez fréquents dans les tumeurs pédiculées, sont la cause des adhérences et de l'ascite qui est comme la signature d'un fibrome pédiculé.

Les fibromes pédiculés peuvent ulcérer l'intestin; plus fréquemment, ils déterminent une éventration et se logent dans le sac de celle-ci; ils peuvent ainsi user la paroi abdominale, la perforer et s'éliminer au dehors par sphacèle: c'est leur mode exceptionnel et aléatoire de guérison spontanée.

Les *fibromyomes inclus dans le ligament large*, interstitiels, sessiles ou pédiculés, procèdent des bords de l'utérus et se développent entre les deux feuillets du ligament large qu'ils écartent. Ils se présentent à l'ouverture du ventre comme une masse arrondie, allongée transversalement de toutes parts, recouverte de séreuse, rejetant l'utérus du côté opposé à celui où ils se développent à tel point que

la tumeur et l'utérus qui lui est accolé effacent presque entièrement les deux ligaments larges en les distendant et qu'on ne peut pas dire parfois, après un examen même attentif, quelle est la place de l'utérus et dans quel ligament la tumeur s'est développée. Le ligament large peut être complètement dédoublé, le péritoine voisin attiré pour tapisser la tumeur; le méso-côlon pelvien et le méso-cæcum, ainsi que l'un de nous l'a constaté, peuvent ainsi prendre part à ce tapisage, l'intestin venant s'appliquer directement, par suite du dédoublement de son méso, à la surface de la tumeur, grâce à une sorte d'adhérence analogue à l'adhérence par glissement qu'on observe dans les hernies. Naturellement, les rapports des annexes sont alors complètement détruits: elles sont peu visibles, plaquées à la surface de la tumeur, et il est impossible de les pédiculiser. Dans l'intérieur de la loge que lui forme le ligament large, le fibrome est généralement entouré de tissu cellulaire lâche qui rend la décortication péritonéale et l'énucléation de la tumeur relativement faciles.

Symptômes. — A quelque variété anatomique qu'appartiennent ces divers fibromes abdominaux, leur symptomatologie est assez uniforme: c'est celle d'une grosse tumeur abdominale. Après avoir amené quelques troubles de compression, généralement frustes ou latents, dans leur stade de développement pelvien, ces tumeurs, devenues abdominales, attirent l'attention de la malade par l'augmentation de volume du ventre qu'elles provoquent et par la gêne que cause leur volume. Les accidents hémorragiques qu'elles déterminent sont souvent minimes ou transitoires et altèrent peu la santé générale. Les douleurs, très modérées avec une tumeur moyenne, réduites à une sensation de gêne et de pesanteur dans le bas-ventre, ne sont plus prononcées qu'en cas de fibrome intraligamentaire: elles sont alors irradiées aux lombes et à la cuisse comme celles des annexes; parfois cependant elles surviennent sous forme de poussée plus aiguë étendue à tout l'abdomen qui devient sensible à la pression et se ballonne en même temps qu'apparaissent des nausées, des vomissements, de la constipation: elles signalent alors une complication péritonéale. Les tumeurs énormes finissent par comprimer les viscères abdominaux et par causer des troubles cardiaques. On peut observer alors la diminution des forces, l'amaigrissement, la pigmentation du visage, le faciès utérin, tous les signes de la cachexie des tumeurs abdominales qui se termine par la mort dans le marasme ou par syncope.

Divers accidents peuvent se produire. De brusques phénomènes de compression pelvienne peuvent résulter de l'enclavement d'un prolongement de la tumeur dans le Douglas. Le pédicule d'une tumeur peut se tordre: la torsion légère amène simplement une sensation de plénitude et de tension abdominale et quelques nausées accompagnées de ballonnement et de sensibilité du ventre à la pres-

sion ; la torsion grave est dramatique : douleur atroce, syncope ou tendance syncopale, sensation d'angoisse profonde, vomissements porracés, ballonnement du ventre, sensibilité extrême du ventre et de la tumeur traduisent cet accident qui entraîne une péritonite rapidement mortelle à défaut d'intervention immédiate. Les myomes interstitiels peuvent prendre une marche galopante qui entraîne des phénomènes de compression abdominale et de déchéance physiologique menaçants à brève échéance. Cette marche galopante est souvent causée par une dégénérescence de la tumeur qui aboutit à la transformation kystique du fibrome. Dans ces cystofibromes peuvent se produire des hémorragies répétées anémiantes pour la malade, des thromboses susceptibles d'amener la mort par embolie, des augmentations brusques de tension qui parfois causent la rupture du kyste et la mort par péritonite, des accidents de suppuration, de gangrène qui déterminent la septicémie ou la péritonite. Ces divers accidents faisaient considérer, autrefois, les cystofibromes comme une forme isolée et maligne de tumeurs de l'utérus.

Signes physiques. — Aucune de ces complications, non plus qu'aucun symptôme fonctionnel, n'est assez caractéristique pour faire le diagnostic ; l'examen physique seul fournit des données assez précises.

A l'*inspection*, l'abdomen, parfois énorme, bombe en avant, quelque position qu'on fasse prendre à la malade ; dans le décubitus dorsal, le ventre ne s'étale pas et parfois, quand la paroi est maigre, la tumeur dessine son contour arrondi ou bosselé.

A la *palpation*, la main éprouve la sensation d'une masse bien délimitée, de consistance ferme, parfois très dure, à surface régulière ou bosselée. Quand on saisit cette masse à deux mains, on peut la mobiliser latéralement et, en faisant coucher la malade sur le côté, s'assurer qu'elle est indépendante de la paroi abdominale. La *percussion* décèle une zone de matité dans l'étendue de la tumeur et une couronne de sonorité périphérique.

Le *toucher vaginal* fournit peu de renseignements. Le plus souvent le vagin est allongé, étiré, le col très élevé, parfois inaccessible, les culs-de-sac rétrécis et libres. Quand le col est accessible, la *palpation bimanuelle* permet de s'assurer que la tumeur fait corps avec l'utérus ; le *cathétérisme utérin* permet de constater un allongement de la cavité utérine presque spécifique quand il est considérable.

Les fibromes interstitiels ont pour caractères particuliers : la régularité et le gros volume de la tumeur, l'impossibilité d'isoler le corps utérin de la tumeur, la transmission intégrale au col des mouvements imprimés à la tumeur, l'hypertrophie considérable de la cavité utérine. Les fibromes sous-péritonéaux se distinguent par leur apparence bosselée, multinodulaire, par leur cohésion intime avec l'utérus. Les fibromes pédiculés sont régulièrement arrondis, très mobiles,

plus ou moins indépendants de l'utérus dont la cavité est souvent à peine hypertrophiée. Les fibromes intraligamentaires sont, au contraire, peu mobiles, comme plaqués contre la paroi abdominale, formant plastron, difficiles à délimiter par en bas ; ils rejettent le corps utérin du côté opposé à celui où ils se développent et paraissent boucher transversalement le détroit supérieur par une masse dure uniforme. La percussion décèle souvent, au-devant de cette masse, une zone sonore plus ou moins étendue. Les fibromes à prolongement pelvien remplissent le cul-de-sac postérieur, repoussant le col en avant ; l'utérus semble englobé et immobilisé dans une masse dure qui comble l'abdomen et le petit bassin ; le toucher rectal donne sur la nature et la réductibilité de la masse quelques renseignements complémentaires.

Ces signes physiques ne sont pas absolument constants, grâce aux modifications de volume et de consistance que subissent les fibromes du fait des phénomènes congestifs dont ils sont le siège. Ils peuvent être difficiles à mettre en lumière en raison de la résistance ou de l'adipose de la paroi abdominale, ou en raison d'une ascite concomitante. Les erreurs sont donc possibles et elles sont fréquentes.

Diagnostic. — La grossesse peut être prise pour une tumeur fibreuse, pour un myome interstitiel surtout ; la marche souvent rapide et progressive de ces tumeurs, leur régularité de forme, leur consistance plus rénitente que dure, le bruit du souffle qu'elles présentent souvent, tout est fait pour induire le chirurgien en erreur, surtout quand la femme raconte, pour le tromper, qu'elle a ses règles ou des métrorragies. Toutefois, le ramollissement de la vulve, sa teinte violacée, le ramollissement du col, surtout, sont des caractères qui font défaut dans les fibromes et on n'observe que dans la grossesse les battements du cœur fœtal, les mouvements actifs du fœtus et le ballottement abdominal. Un examen attentif permettra donc toujours de tirer au clair ce diagnostic qui, d'ailleurs, se confirme par l'évolution. Cependant, des difficultés nouvelles peuvent naître de la coexistence d'une grossesse et d'un fibrome : on se rappellera que la fibromateuse qui devient enceinte voit le plus souvent ses hémorragies faire place à une aménorrhée qui coïncide avec le développement rapide du volume du ventre, que celui-ci est tout à fait disproportionné avec l'âge probable de la grossesse, sans qu'on observe pourtant ni l'hydramnios, ni l'issue des vésicules d'une môle hydatiforme ; que fréquemment, dans la masse irrégulière formée par l'utérus fibromateux gravis, la palpation permet de constater une différence de consistance entre la tumeur et l'utérus qui aide à les différencier.

Toutes les tumeurs abdominales, et surtout les tumeurs utérines, peuvent être confondues avec les fibromes.

Le sarcome utérin ne peut être soupçonné que par sa marche plus rapide et affirmé que par l'examen histologique.