

qu'elles présentent une certaine consistance. Dans les fibromyomes, Mac Clintok, Spencer Wells, Winckel ont étudié ces faits, on entend quelquefois un souffle artériel très net. Mais le plus souvent on entend un souffle qui est absolument identique au souffle utérin. Winckel l'a entendu dans 54 pour 100 des cas. D'après Mac Clintok, on ne l'observe guère que dans les tumeurs interstitielles et en tout cas jamais dans les tumeurs pédiculées. Dans un fibromyome téléangiectasique, M. Pozzi a observé un souffle analogue à celui des anévrysmes artério-veineux, accompagné de thrill. On voit que tous ces souffles n'ont aucune valeur pour le diagnostic.

S'il est malaisé de distinguer certains fibromyomes d'une grossesse au début, il est encore plus difficile de les distinguer d'une grossesse extra-utérine. Quand les symptômes de grossesse ne sont pas nets, seule l'évolution peut permettre de faire le diagnostic.

Enfin les difficultés sont à leur comble quand une grossesse coexiste avec un fibromyome du corps de l'utérus. Pour ces cas complexes, il est impossible de donner des règles; c'est affaire d'examen minutieux et d'interprétation sagace.

Quand les fibromyomes ont une évolution franchement abdominale, ils donnent lieu à d'autres difficultés. C'est certainement avec les kystes de l'ovaire qu'on les a le plus souvent confondus. Quand il s'agit de cysto-fibromes, l'erreur est presque inévitable, et, comme le dit Gusserow, dans les très rares cas où le diagnostic a été fait, cela a été plutôt par suite d'un heureux hasard, que le résultat d'une analyse minutieuse des symptômes. D'ordinaire, les choses se présentent de telle façon qu'on fait franchement le diagnostic de kyste de l'ovaire sans même discuter la possibilité d'un cysto-fibrome. En effet, les cysto-fibromes sont nettement fluctuants, et ils ne donnent presque jamais lieu à des hémorragies. Sur quoi peut-on baser le diagnostic? On a fait remarquer que les kystes de l'ovaire évoluent moins vite que les cysto-fibromes. Ce principe est exact, mais il comporte des exceptions assez nombreuses pour perdre toute valeur dans les cas difficiles.

Les véritables signes différentiels doivent être tirés des rapports de la tumeur avec l'utérus, et de l'état de l'utérus lui-même. Quand la tumeur est manifestement adhérente à l'utérus, quand la cavité utérine est notablement allongée, il est très probable qu'il s'agit d'un cysto-fibrome. Encore ces signes sont-ils bien loin d'avoir une valeur absolue. Car un cysto-fibrome peut être pédiculé, de telle sorte qu'il devient très difficile de constater ses connexions avec l'utérus; et d'autre part, un kyste de l'ovaire peut adhérer à la matrice. En outre, les cysto-fibromes pédiculés n'amènent pas d'hypertrophie de l'utérus. On comprend que ces cysto-fibromes pédiculés, qui sont manifestement fluctuants, qui paraissent indépendants de l'utérus, qui n'entraînent ni hémorragie, ni hypertrophie de la matrice, soient presque fatalement pris pour des kystes ovariens. Une seule chose pourrait trancher le diagnostic: la ponction exploratrice. Si elle ramène un liquide clair, jaunâtre, légèrement hémorragique, qui se coagule immédiatement à l'air, on peut être sûr qu'il s'agit d'un cysto-fibrome. Mais ce moyen est incertain, car quelquefois on ne ramène que quelques gouttes de liquide, soit qu'il s'agisse d'un cysto-fibrome très cloisonné, soit qu'il s'agisse d'un kyste ovarien multiloculaire. En outre, il est trop dangereux pour être employé. D'une manière générale, la ponction exploratrice est mauvaise dans les tumeurs de l'abdomen; pour les cysto-fibromes elle est détestable. Fehling et Léopold, sur 11 cas où cette ponction a été faite, comptent

10 morts. Il faut donc absolument condamner la ponction exploratrice. Il est toujours bien préférable de faire la laparotomie qui permettra d'enlever la tumeur, quelle qu'elle soit, et qui ne donnera pas une pareille mortalité.

Les tumeurs solides de l'ovaire donnent lieu aussi à des difficultés de diagnostic presque insurmontables dans certains cas. Quand elles sont mobiles sur l'utérus, elles peuvent être prises pour des fibromyomes pédiculés. Le cas est peut-être moins embarrassant quand elles sont, comme cela arrive assez souvent, fortement adhérentes à l'utérus. Car alors il y a un contraste entre les connexions intimes de la tumeur avec la matrice et l'absence d'hypertrophie de cette dernière, contraste qui doit éloigner l'idée d'un fibromyome.

On confond aussi assez fréquemment les fibromyomes avec les salpingites. D'ordinaire l'erreur est facile à éviter, mais il n'en est pas toujours ainsi; en effet, les fibromyomes sous-péritonéaux peuvent présenter la forme et les connexions des tumeurs tubaires, et d'autre part les salpingites à contenu très tendu peuvent avoir la consistance des fibromyomes. Aussi les erreurs sont-elles fréquentes. J'ai cherché ailleurs à donner les signes qui peuvent permettre de les éviter⁽¹⁾. Il n'y en a que trois: la fièvre, la déformation de l'utérus et la sensibilité à la pression. La fièvre, en dehors de toute poussée inflammatoire autrement appréciable, doit faire penser à une salpingite. L'agrandissement ou la déformation de l'utérus restent toujours des signes de grande valeur quand ils existent. Mais leur absence ne prouve rien, puisque les fibromyomes sous-péritonéaux pédiculés n'entraînent souvent aucune modification ni dans la forme, ni dans les dimensions de l'utérus. Le dernier signe, la sensibilité à la pression un peu forte, est peut-être le meilleur des trois. Une salpingite est toujours douloureuse à une pression un peu forte, tandis que les fibromyomes sont en général indolents, mais la règle n'est pas absolue, car il y a des fibromyomes douloureux.

On confond bien souvent aussi les restes de péritonite, d'hématocèle, de phlegmon, ce que les Allemands appellent les exsudats pelviens, avec les fibromyomes et particulièrement avec ceux qui naissent de la portion sus-vaginale. Certes, bien des cas de guérison totale de fibromyomes, sous l'influence du traitement médical, thermal ou autre, sont dus à des erreurs de diagnostic de ce genre. Cependant le diagnostic peut être fait dans la majorité des cas. D'abord le début rapide des accidents, accompagné de manifestations fébriles, doit faire penser à une affection inflammatoire. Puis les symptômes physiques ne sont pas identiques. Un fibromyome, même adhérent, est bien plus nettement limité qu'un exsudat inflammatoire; il donne mieux l'impression d'une tumeur circonscrite. Certains fibromyomes enclavés pourraient faire croire à une hématocèle; je parle de ces tumeurs qui s'enclavent brusquement, fibromyomes sous-péritonéaux pédiculés qui tombent dans le bassin, ou bien fibromyomes qui ont toujours siégé dans le bassin et qui, sous l'influence de congestions, augmentent rapidement de volume. Alors surviennent de violentes douleurs avec des phénomènes de compression. Souvent il y a rétention complète d'urine. La brusquerie et l'intensité des accidents pourraient faire croire à une hématocèle. L'hématocèle récente est, il est vrai, fluctuante, tandis que le fibromyome ne l'est pas; mais au bout de peu de temps, l'hématocèle durcit et devient souvent aussi dure qu'un fibromyome. L'examen minutieux peut cepen-

(1) PIERRE DELBET, *Des suppurations pelviennes chez la femme*, p. 267.

dant conduire au diagnostic véritable. L'hématocèle n'est pas nettement circonscrite à sa partie supérieure comme l'est le fibromyome; c'est là un très bon signe. En outre, dans l'hématocèle, la cavité utérine n'est pas agrandie. Il est vrai que dans les cas de fibromyomes enclavés, l'utérus est collé contre la symphyse et souvent fort difficile à atteindre.

Les fibromyomes du col donnent lieu à des difficultés particulières. Ceux qui naissent de la portion sus-vaginale peuvent être confondus, je viens de le dire, avec les hématocèles, les pelvi-péritonites, les exsudats inflammatoires quand ils se développent en arrière, surtout s'ils s'enclavent. Ceux qui se développent en avant donnent lieu à des accidents de compression vésicale, dysurie, rétention d'urine, qui pourraient faire croire à une affection de la vessie.

Les fibromyomes sous-muqueux du col sont généralement d'un diagnostic très facile. La tumeur ouvre rapidement le col, on peut la voir et la toucher. De même, les petits fibromyomes interstitiels développés dans une des lèvres, forment une saillie régulière, bien circonscrite, facile à voir et à sentir, qui emporte le diagnostic. Mais les grosses tumeurs du col saillantes dans le vagin peuvent donner lieu à des difficultés considérables, sur lesquelles Gusserow insiste. C'est avec l'inversion de l'utérus qu'on les confond surtout. Le vagin est à demi rempli par la tumeur, le col se dérobe au doigt, ou bien on arrive sur la lèvre saine étalée formant comme un liséré. Ce sont tout à fait les signes qu'on trouve dans l'inversion. Pour éviter l'erreur, quand on soupçonne une inversion, il faut toujours procéder de la même façon. J'ai déjà dit que le degré de sensibilité de la tumeur n'avait que peu d'importance. Ce qu'il faut, c'est chercher si oui ou non le corps de l'utérus est à sa place. Dans le cas que j'ai supposé, le toucher vaginal est évidemment insuffisant; c'est au toucher rectal aidé de la palpation abdominale qu'il faut recourir. Mais il n'est pas toujours facile de sentir ainsi le corps de l'utérus, et si l'on échoue, il ne reste plus que le cathétérisme, qui est particulièrement difficile, puisqu'on ne peut ni voir, ni sentir le col de l'utérus. Il faut s'aider alors de tous les artifices : placer le malade dans les diverses positions d'examen. Le décubitus latéral et les larges valves de Sims rendent de grands services, particulièrement quand le néoplasme vient de la lèvre antérieure. Dès qu'on arrive à pratiquer le cathétérisme, l'inversion est par là même éliminée et le diagnostic est fait.

Les fibromyomes sous-muqueux, lorsqu'ils se gangrènent, peuvent aisément en imposer pour un cancer. L'écoulement fétide, l'amaigrissement rapide qui ressemble à de la cachexie, tout est pour tromper. Quand le fibromyome siège dans le corps et qu'il est de petite taille, on peut croire à un cancer du corps et l'erreur est difficile à éviter si l'existence du fibromyome n'a pas été constatée avant son sphacèle. Quand la gangrène atteint un fibromyome du col, il y a encore l'écoulement fétide, souvent sanglant, la cachexie apparente, et le doigt arrive sur une masse molle, friable. L'erreur est donc facile, cependant on peut l'éviter. Gusserow attache une grande importance à l'augmentation de volume du corps de l'utérus, mais ce signe n'a pas toute la valeur qu'il lui attribue, car la coïncidence est fréquente entre les cancers du col et les fibromyomes du corps. Ce sont certains détails de la tumeur qui doivent conduire au diagnostic. Le cancer papillaire, le seul qui prête à confusion, se laisse plus facilement effriter sous le doigt qui peut en ramener des morceaux. Le fibromyome sphacélé résiste bien davantage à l'arrachement. Le cancer

papillaire envahit souvent les culs-de-sac vaginaux qui sont toujours intacts en cas de fibromyome. Du reste, si l'on conserve le moindre doute, il faut enlever un morceau de la tumeur et le soumettre à l'examen histologique qui tranche rapidement la question.

Traitement. — Les indications thérapeutiques en cas de fibromyomes sont longtemps restées chancelantes, et cela pour une double raison. D'une part, ces tumeurs ne sont pas malignes; elle ne menacent pas directement l'existence. C'est seulement par des complications qu'elles entraînent la mort. D'autre part, les opérations qui permettaient de les enlever étaient naguère encore très graves. Aussi comprend-on qu'on se soit contenté de traitements purement symptomatiques, de traitements qui visaient uniquement les manifestations redoutables, tout en laissant persister la tumeur. Depuis quelques années, la question a absolument changé de face. En même temps que l'on constatait l'insuffisance de ces traitements, en même temps que l'on remarquait que la ménopause était loin d'amener toujours la cessation des accidents, on arrivait à perfectionner la technique opératoire et à réaliser des interventions à la fois curatives et très peu dangereuses. L'innocuité de ces interventions est telle actuellement que je n'hésite pas à dire que tout fibrome qui détermine des accidents doit être enlevé. On n'est autorisé, à mon avis, à temporiser que si la malade est très près de la ménopause et si la tumeur est stationnaire. Encore est-il préférable de l'enlever, si elle est volumineuse. Car les gros fibromyomes compriment les uretères, et amènent des lésions irréparables des reins.

J'indiquerai d'abord quelques traitements palliatifs qui rendent des services lorsqu'on ne peut pas faire mieux, particulièrement lorsque les malades refusent l'intervention radicale.

Contre les accidents de compression grave déterminés par l'enclavement de la tumeur, la réduction est une ressource précieuse. Elle consiste à refouler la tumeur du petit bassin où elle est enclavée, dans le grand où elle sera à l'aise. Il suffit quelquefois de manœuvres fort simples pour obtenir ce résultat. On exécute par le vagin ou par le rectum des pressions progressivement croissantes, et tout à coup la tumeur se désenclave et fuit sous le doigt. Il peut être utile de placer les malades dans la position genu-pectorale. Quand ces manœuvres sont douloureuses, il faut recourir au chloroforme. Il est aisé de comprendre que la réduction n'est pas toujours possible. C'est surtout dans les cas d'enclavement brusque, alors qu'il n'y a pas d'adhérences, qu'on peut l'obtenir.

Nous avons vu quel rôle jouent les altérations de la muqueuse utérine dans la production des hémorragies. Ce rôle connu, il devenait naturel de traiter ces hémorragies, comme celles de la métrite, par le curettage de l'utérus : c'est ce qu'ont proposé Winckel, Coe⁽¹⁾ et Max Runge⁽²⁾. Ce dernier fait suivre le curettage d'injections de teinture d'iode au nombre de 6 à 15 faites tous les deux jours. Sur 40 cas, il n'a pas observé d'accident. Coe a été aussi très satisfait de ce traitement, son seul inconvénient, c'est qu'il faut le répéter.

Les injections de chlorure de zinc sans curettage donneraient le même résultat.

(1) COE, *Medical Record*, 28 janvier 1888, t. XXXV, p. 90.

(2) MAX RUNGE, *Arch. für Gyn.*, 1889, t. XXXIV.