

Les tumeurs malignes de l'ovaire, dont l'histologie n'est pas encore parfaitement connue, sont parfois difficiles à distinguer au microscope des kystes de l'ovaire, mais au point de vue clinique, la distinction est relativement facile, car, à un faible degré de développement, l'ascite survient, révélant la malignité.

Donc en clinique, une tumeur solide de l'ovaire ne prenant pas un grand développement, mais s'accompagnant promptement d'ascite, est un cancer.

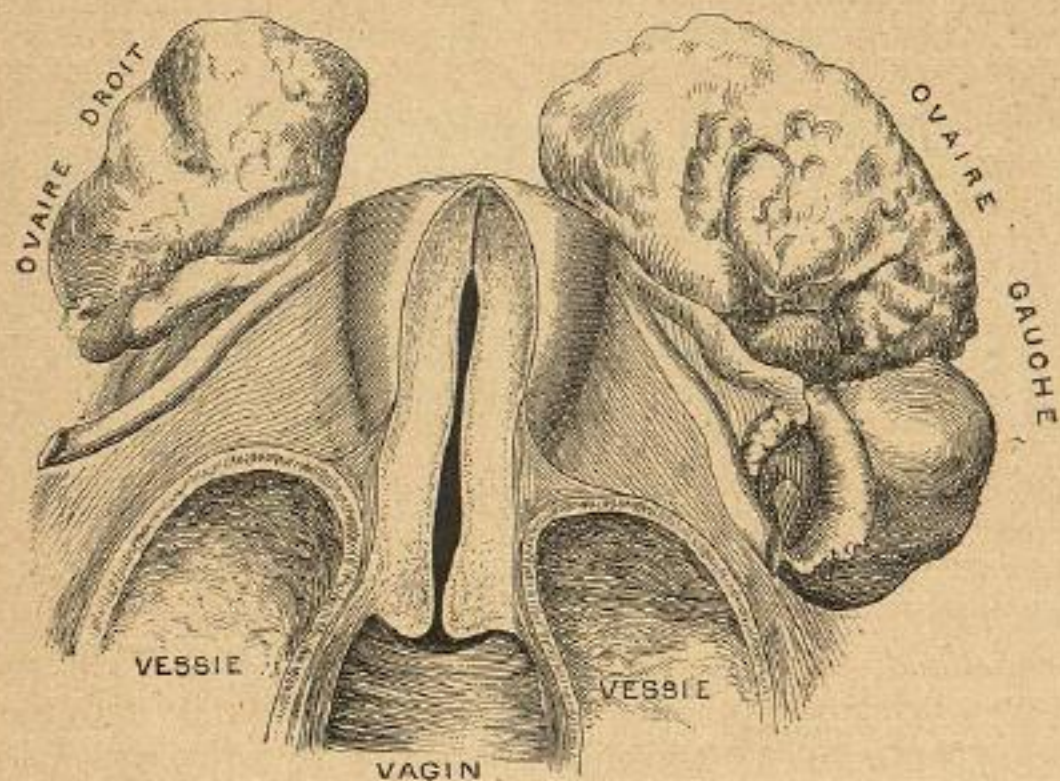


Fig. 533. — Cancer des deux ovaires; sarcôme (Beigel).

Malgré la récurrence possible et fréquente, l'extirpation de la tumeur par la laparotomie est conseillée par la plupart des auteurs.

Au cas où, après l'ouverture de l'abdomen, on tomberait sur une tumeur non énucléable, on refermerait la plaie abdominale après évacuation du liquide ascitique.

Cette laparotomie exploratrice amène quelquefois une amélioration subjective de quelques semaines.

4. — CANCER DU LIGAMENT LARGE

Le cancer du ligament large est toujours secondaire à celui de l'utérus, de la trompe ou de l'ovaire.

L'envahissement du ligament large a une grande importance clinique, car sauf rares exceptions, il devient le signal de l'inopérabilité.

C'est donc surtout une valeur pronostique, qui s'attache à cette variété de tumeur.

5. — TUMEURS PUERPÉRALES DE L'UTÉRUS

La grossesse constitue un état physiologique de l'utérus, dont je n'ai pas à aborder ici la description, mais qu'il faudra toujours avoir présent à l'esprit toutes les fois qu'on aura à faire le diagnostic d'une tumeur génitale.

On ne saurait trop insister sur ce point, car de temps en temps on voit des opérateurs, insuffisamment initiés à l'obstétrique, pratiquer la laparotomie pour une grossesse normale, qui avait été confondue avec une tumeur pathologique des organes génitaux.

Pendant que nous en sommes à la puerpéralité, une simple mention pour la *grossesse extra-utérine*, qui a été étudiée dans un autre chapitre avec l'hématocèle, et à laquelle il faudra également penser en élaborant le diagnostic d'une tumeur génitale.

La tumeur puerpérale de l'utérus, qui mérite ici une description détaillée à cause des embarras diagnostiques qu'elle peut causer, est la *môle hydatiforme* ou *myxôme chorio-placentaire*.

On désigne sous ce nom une dégénérescence spéciale des membranes et du placenta, dont l'aspect rappelle celui d'un kyste hydatique à vésicules multiples.

La môle hydatiforme, résultant d'une conception comme la grossesse ordinaire, se manifeste par trois symptômes principaux :

Le *développement anormal de l'utérus* : c'est-à-dire qu'au lieu d'un utérus subissant l'hypertrophie normale de la grossesse, on a une surface irrégulière, parfois bosselée; le développement est en outre tantôt plus rapide, tantôt plus lent que dans une grossesse normale.

Les *hémorragies utérines*, intermittentes et capricieuses.

L'*émission de vésicules* par la vulve. Cette émission est rare, mais rend le diagnostic facile quand elle existe, ces vésicules étant pathognomoniques de la môle hydatiforme.

On pensera à la môle hydatiforme, quand, chez une femme qui présente différents signes de grossesse, on trouvera l'utérus inégal, moins ou plus développé que ne le comporte le moment supposé de la conception, et qu'il y aura des métrorragies.

Le diagnostic ne deviendra certain qu'au moment de l'expulsion des vésicules ou de la totalité de la môle.

Le traitement n'entre pas dans le cadre de cet ouvrage et se trouve exposé en détail dans les *Traité d'Obstétrique*.

6. — FIBROMES UTÉRINS

SOMMAIRE

Anatomie pathologique. Symptômes et diagnostic.

Division, classification, pathogénie.

1. Fibromes interstitiels ou centraux.
2. — sous-séreux ou excentriques.
3. — sous-muqueux ou concentriques.

Evolution et transformation.

*Traitement.*a. *Ressources thérapeutiques.*

1. Médicaments.
 2. Electricité.
 3. Opération.
- Voie vaginale.
Voie abdominale.

b. *Mode d'emploi cliniques.*

1. Fibromes indifférents.
2. Fibromes hémorragiques.
3. Fibromes douloureux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC

Les fibromes utérins sont des tumeurs dont la structure est identique à celle de l'utérus et comprend des *fibres musculaires lisses* avec *tissu conjonctif* (fig. 534).

On a appelé *myômes* les variétés où le tissu musculaire prédomine, *fibromes* celles où le tissu conjonctif l'emporte, *fibro-myômes* quand il y a égalité. Autres termes synonymes : fibroïdes, corps fibreux, hystérômes.

Ces tumeurs sont très fréquentes; d'après *Bayle*, le cinquième des femmes



Fig. 534. — Coupe d'un fibrome (Gusserow).

en est atteint; elles peuvent arriver à un volume considérable, ainsi qu'en témoigne la figure 535.

L'origine et la formation de ces tumeurs est encore problématique :

hémorragie interstitielle devenant le point de départ d'un noyau musculaire; — nid parasitaire¹, s'enveloppant d'une tumeur, dont il est l'épine formatrice; — excès de vie de l'utérus, causant un véritable débordement



Fig. 535. — Fibrome kystique (Winckel).

musculaire, dont les fibromes seraient la manifestation; le fibrome devenant pour l'utérus ce qu'est l'obésité pour le tissu cellulaire, — telles sont les trois théories invoquées et dont aucune n'est encore assise sur des bases sérieuses.

Quel que soit le point de départ, le fibrome naît et se développe dans l'épaisseur de la paroi utérine.

S'il naît au centre de cette paroi, il se développe dans son intérieur sans l'abandonner et reste *interstitiel* (fig. 536, A).

Si le point de départ est voisin de la périphérie de l'utérus, le développement de la tumeur se fait *excentriquement*, le fibrome prédomine à la surface séreuse de l'utérus et constitue un *polype sous-séreux* (fig. 536, BB').

Si le point de départ est peu éloigné de la muqueuse, par un développement

Galippe et Landouzy. *Soc. de Biologie*, 19 février 1887.

analogue le fibrome fait saillie en soulevant la muqueuse dans la cavité utérine; il suit une marche *concentrique* et devient *polype sous-muqueux* (fig. 536, CC').

L'expression de *polype*, qui signifie simplement *tumeur pédiculée*, est réservée par les classiques aux *polypes sous-muqueux*; mais cette exclusion, qui n'a d'autre base et excuse que la routine, doit être abandonnée.

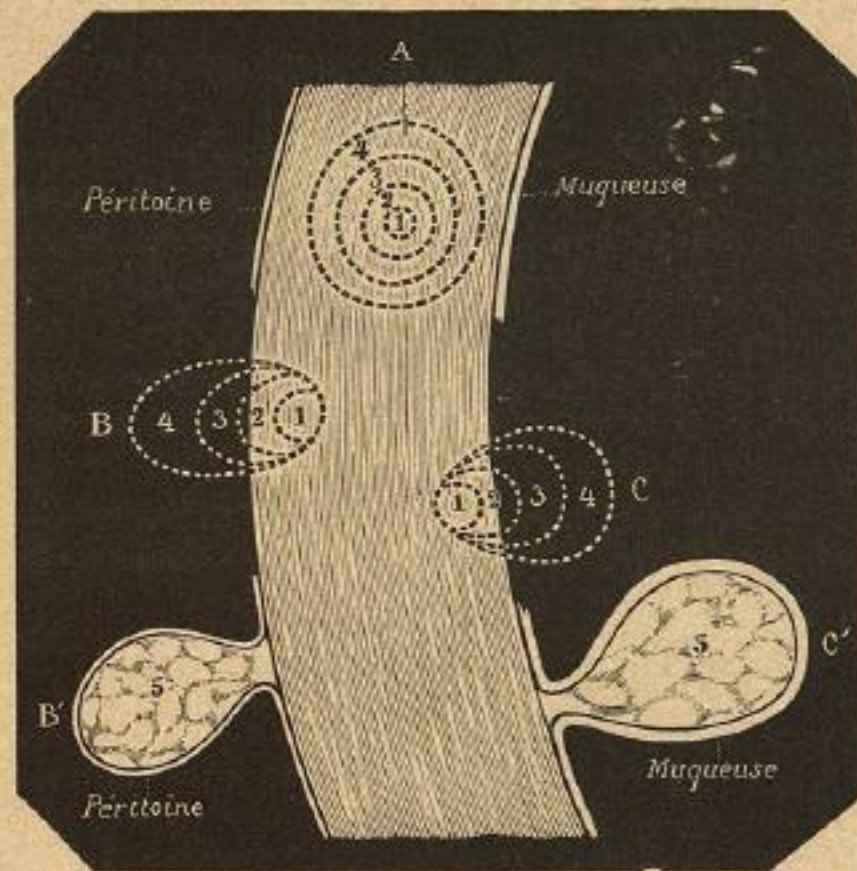


Fig. 536. — Évolution des fibromes utérins.

A, fibromes interstitiels. — B, fibromes excentriques. — C, fibromes concentriques.

Il existe, en réalité, deux variétés de polypes fibreux de l'utérus :

- Les polypes sous-séreux ou excentriques;*
- Les polypes sous-muqueux ou concentriques.*

Les fibromes utérins se répartissent donc en trois grandes classes :

- 1° *Les fibromes interstitiels ou centraux ou pariétaux;*
- 2° *Les fibromes sous-séreux ou excentriques ou extra-pariétaux externes, qui deviennent polypes sous-séreux, quand ils se pédiculisent ;*
- 3° *Les fibromes sous-muqueux ou concentriques ou extra-pariétaux internes, qui deviennent polypes sous-muqueux, quand ils se pédiculisent.*

Chacune de ces variétés exige une étude distincte :

1° **Fibromes interstitiels ou centraux.** — Les fibromes interstitiels peuvent être *généralisés* à tout l'utérus, constituant ce que M. Guyon a appelé la *grossesse fibreuse*, ou *localisés* à une région de l'utérus.

Dans la variété généralisée, tantôt le fibro-myôme est *diffus* et se présente sous la forme d'*hypertrophie utérine* (*gigantisme utérin* de M. Polailon), tantôt *circonscrit* et constitué par un ensemble de tumeurs distinctes, qui criblent toute la paroi utérine.

En résumé :

Fibromes interstitiels généralisés (grossesse fibreuse),

- 1° *Forme diffuse* (gigantisme utérin). a.
- 2° *Forme circonscrite* b.
- 3° *Fibromes interstitiels localisés* c.

a. **FIBROMES GÉNÉRALISÉS DIFFUS.** — *Hypertrophie utérine. Gigantisme utérin.* — Cette forme est caractérisée par une hypertrophie régulière de l'utérus et de tous ses éléments; c'est en quelque sorte une *grossesse à vide*. L'utérus, tout en gardant sa forme normale, prend des dimensions géantes.

La femme éprouve les douleurs habituelles à la métrite parenchymateuse; les règles deviennent abondantes et se transforment en véritables métrorragies; l'écoulement sanguin peut être ramené par tout traumatisme, notamment par le coït. Entre les règles, il y a un écoulement muqueux assez abondant, parfois même purulent, l'élément inflammatoire ne semble toutefois jouer qu'un rôle secondaire, et il ne s'agit en aucune façon d'une métrite parenchymateuse, analogue à celle que nous avons étudiée au chapitre *Inflammation utérine*.

À l'examen de la malade, on trouve un utérus géant, augmenté de volume dans toutes ses parties constituantes. La consistance rappelle l'utérus normal, et diffère donc notablement de celle rencontrée pendant la grossesse; cet élément est important au point de vue du diagnostic. À l'hystéromètre, la cavité utérine est notablement agrandie en profondeur et en largeur.

Le diagnostic devra surtout être fait avec la grossesse; la persistance et même l'exagération des règles, la différence dans la consistance utérine, l'absence des phénomènes sympathiques de la grossesse permettront ce diagnostic, que confirmera au besoin l'hystérométrie.

L'hypertrophie sus- et intra-vaginale du col, qui a été étudiée avec le prolapsus est une variété de ce gigantisme utérin, localisée au col de l'utérus et respectant le corps.

b. **FIBROMES GÉNÉRALISÉS CIRCONSCRITS.** — Toute la paroi utérine est farcie de fibromes de volumes divers (fig. 537).

Les symptômes diffèrent peu de ceux décrits dans la forme précédente, mais à la palpation on trouve, au lieu d'une surface lisse, des bosselures, et l'hystéromètre introduit dans la cavité utérine donne l'impression d'une série de monticules. Souvent, en même temps que ces fibromes interstitiels, il en existe de sous-muqueux ou de sous-séreux, tumeurs en train de se séparer de la paroi mère.

Les hémorragies, l'inégalité de la paroi utérine pourraient amener la confusion avec une môle hydatiforme, mais, dans ce dernier cas, les phéno-

mènes sympathiques de la grossesse existent d'habitude, l'utérus y prend la consistance molle de la grossesse.

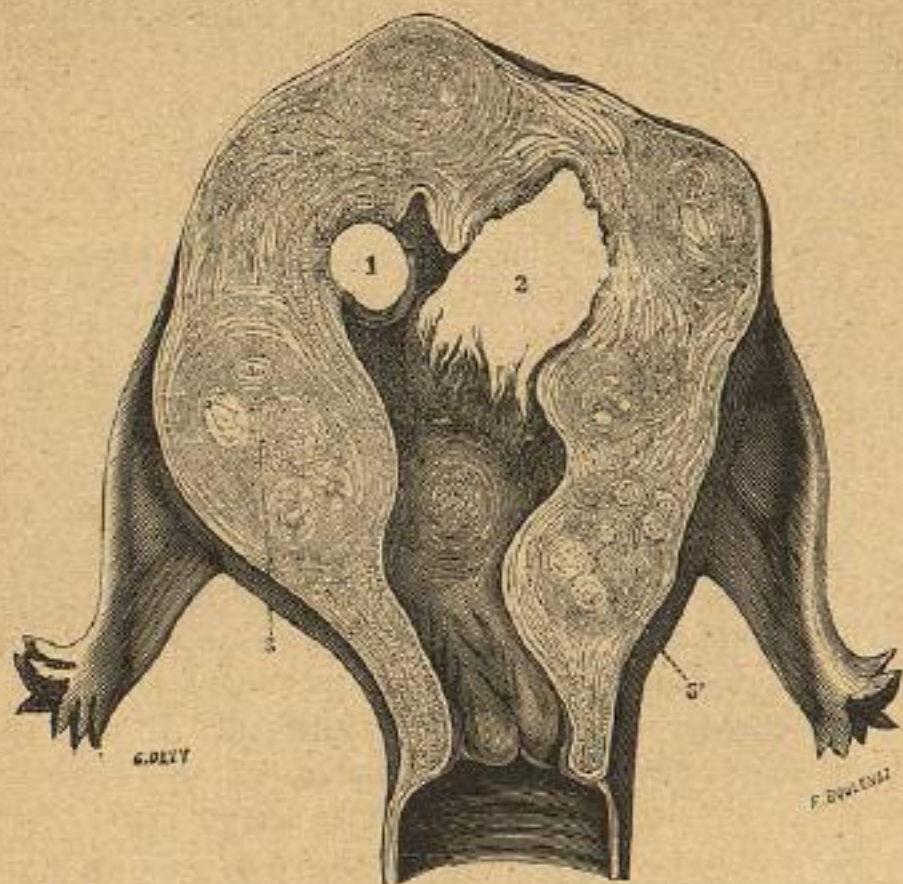


Fig. 537. — Fibrômes généralisés circonscrits (Schroeder).
1, 2, loges dont les myômes ont été enlevés. — 3, 4, etc., myômes interstitiels vus à la coupe.

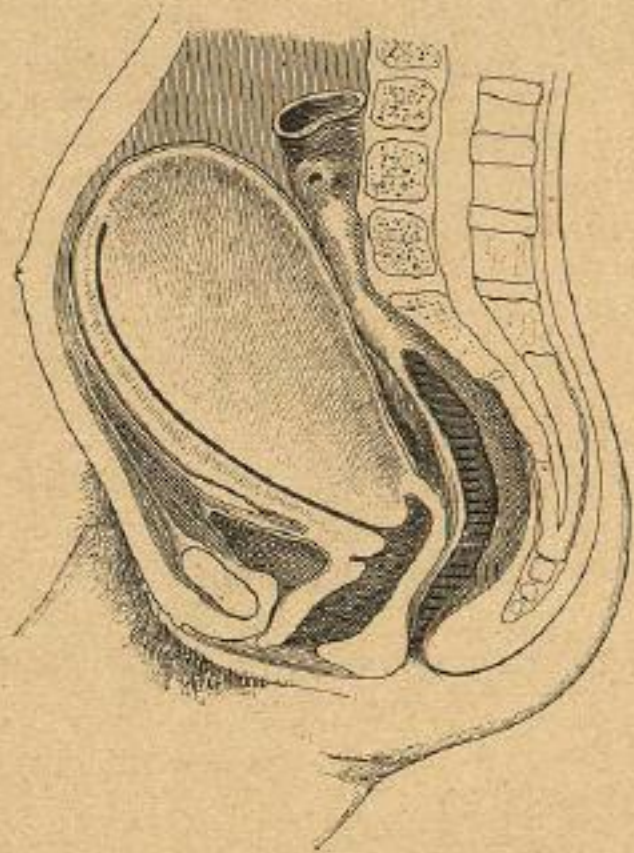


Fig. 538. — Fibrôme de la paroi postérieure de l'utérus (Sims).

Quand il y a doute, attendre quelque temps avant de se résigner à introduire l'hystéromètre, qui éclairera la situation.

Comme élément diagnostique, je ne ferai que mentionner l'expulsion des vésicules à cause de sa rareté.

c. FIBRÔMES INTERSTITIELS LOCALISÉS. — Ces fibrômes, de volume variable (noisette à orange), peuvent siéger au corps ou au col, soit dans la paroi postérieure de l'utérus (fig. 538), soit dans la paroi antérieure (fig. 539).

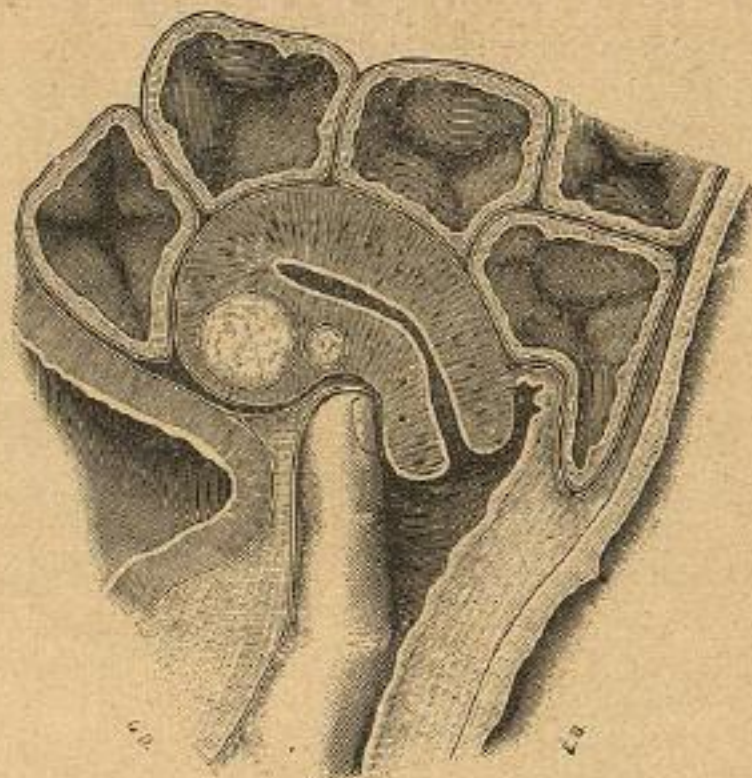


Fig. 539. — Fibrômes de la paroi antérieure de l'utérus.

Ils sont uniques ou multiples.

Volumineux, ils sont susceptibles de produire des phénomènes de compression en arrière sur le rectum ou en avant sur la vessie.

Le plus souvent ces fibrômes, quand ils sont petits, ne causent pas d'hémorragie; cependant ils peuvent, par voisinage, déterminer un peu d'endométrite, qui se traduira par de l'écoulement muco-purulent et des pertes de sang.

Mais le symptôme le plus important est la douleur dont ils sont la source. Ils jouent dans la paroi utérine le rôle d'une épine irritative, dont le retentissement douloureux produit des névralgies diverses, surtout ilio-lombaires, comme une dent cariée amène de la névralgie faciale.

Il arrive de temps en temps, à l'examen génital d'une femme, de chercher attentivement la source de douleurs accusées et de ne trouver qu'une petite saillie douloureuse sur la paroi antérieure de l'utérus, sentie à travers le cul-de-sac vaginal antérieur.

Cette saillie n'est autre qu'un petit fibrôme et doit être reconnue comme cause des douleurs.

Or, si la même tumeur siège dans les parois latérales ou la paroi postérieure, ou si la tumeur est totalement enfouie dans le tissu utérin, l'examen digital ne peut la révéler.

Bien des névralgies ilio-lombaires, réputées idiopathiques, doivent dépendre de cette cause, qui échappe à nos moyens ordinaires d'investigation.

2. Fibrômes sous-séreux ou excentriques. — Ces tumeurs, qu'elles soient encore sessiles ou qu'elles soient arrivées à se pédiculiser, peuvent occuper un point quelconque de la périphérie utérine.

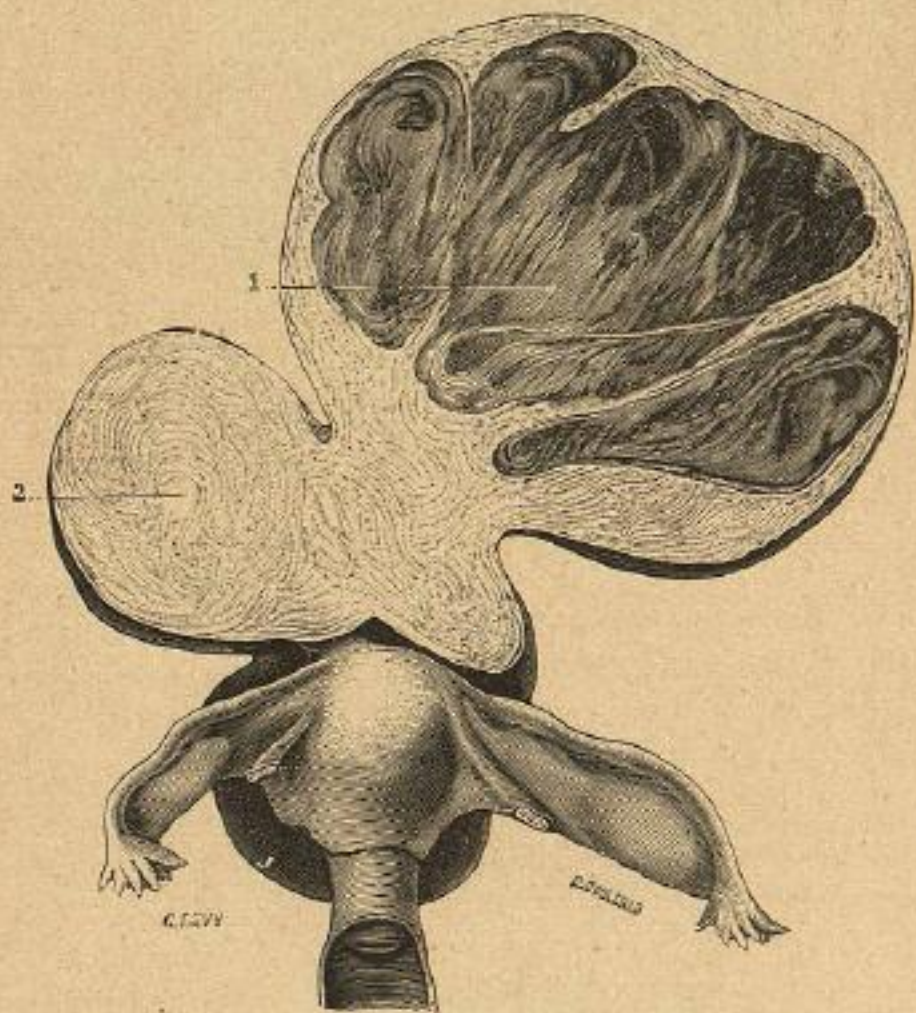


Fig. 540. — Polype sous-séreux de l'utérus (Schroeder).

La figure 540 représente un polype implanté sur le fond de l'utérus.

La figure 541 montre deux fibrômes sous-séreux adhérent, l'un à la paroi antérieure, l'autre à la paroi postérieure de l'utérus.

Le fibrôme développé sur la paroi postérieure de l'utérus, au voisinage du cul-de-sac de Douglas, peut, en refoulant le péritoine devant elle, dédoubler la paroi recto-vaginale, et s'insinuer jusqu'au voisinage de la vulve où il simule une rectocèle vaginale¹.

[La figure 542 a trait à un cas de fibrôme développé dans l'épaisseur du

¹ Cas de Lefort. *Soc. de chirurgie*, 4 juillet 1888.

ligament large, où il se trouve emprisonné, de telle sorte que le contact avec la séreuse péritonéale est moins direct.

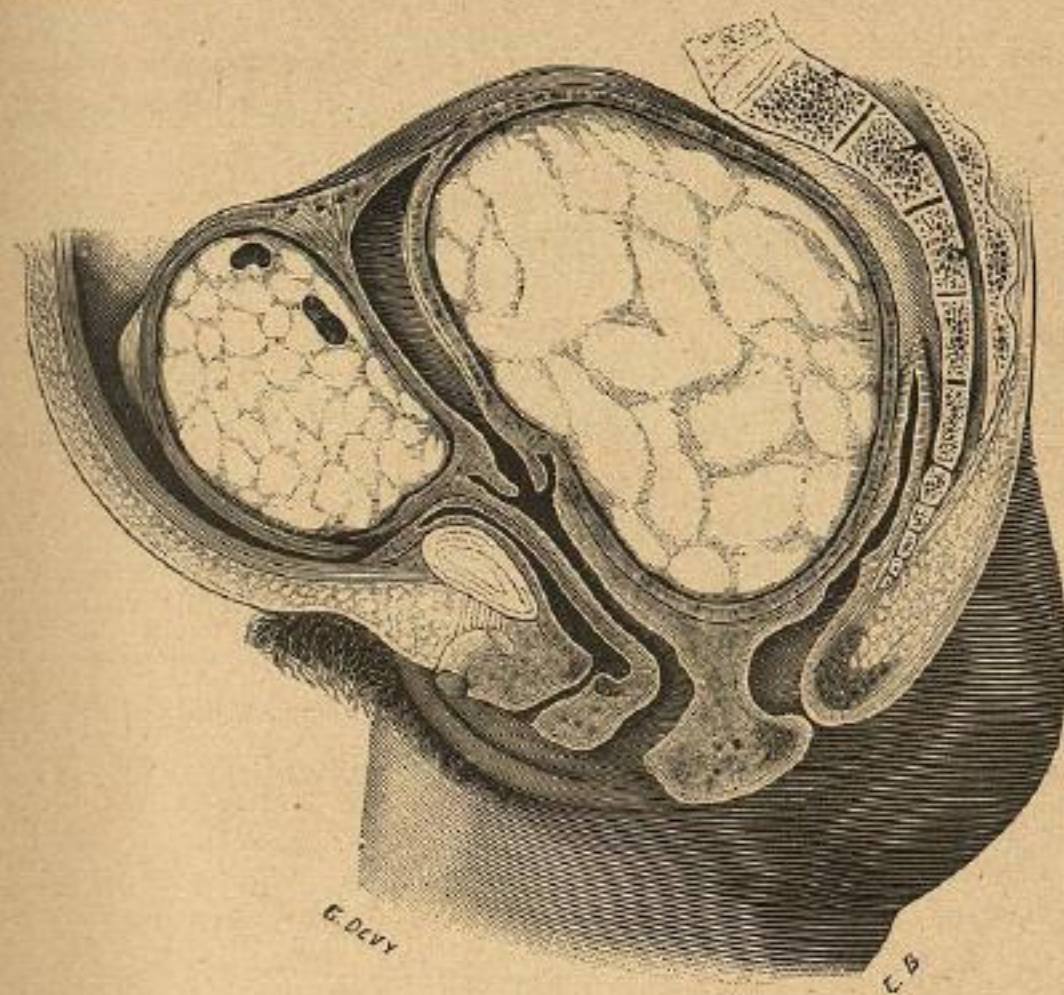


Fig. 541. — Volumineux fibrômes attenant à la paroi antérieure et postérieure de l'utérus (Mann).

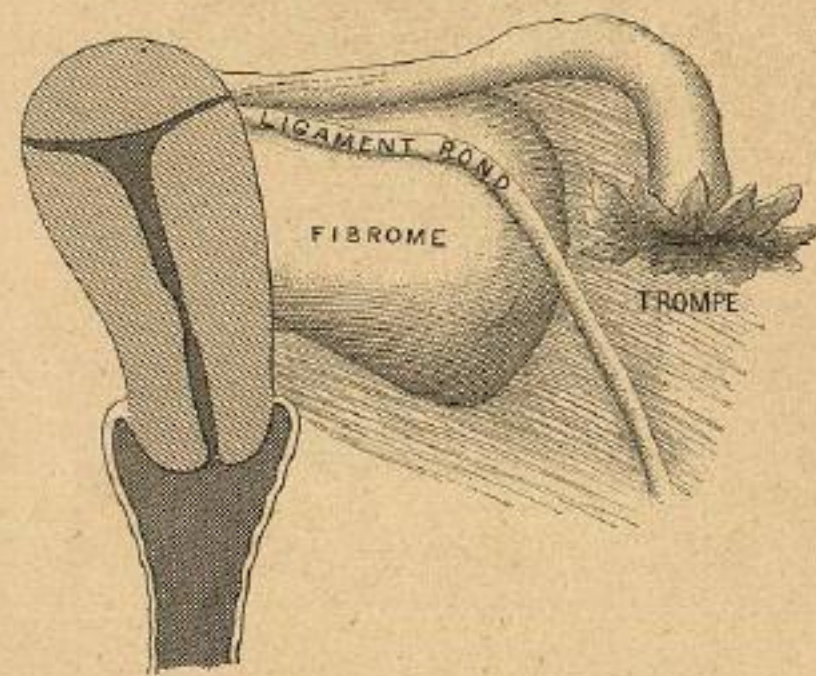


Fig. 542. — Fibrôme occupant l'épaisseur du ligament large.

Ces tumeurs intra-ligamenteuses forment une variété spéciale de fibrômes

sous-séreux, importante à cause des difficultés qu'ils offrent à l'ablation chirurgicale.

Les fibromes sous-séreux ont comme *symptôme* essentiel et caractéristique la douleur et la gêne fonctionnelle, dont ils sont la source.

La douleur se traduit par de la pesanteur abdominale et pelvienne, par des phénomènes névralgiques sur le trajet des nerfs ilio-lombaires, cruraux, sciatiques, par des phénomènes de compression intestinale et vésicale.

Quand la tumeur devient volumineuse, elle entrave la circulation de l'abdomen, des membres inférieurs et, par contre-coup, toute la circulation de l'organisme.

La malade s'anémie, maigrit, se cachectise et succombe avec une des complications habituelles aux états cachectiques (phlegmatia, embolie, complications pulmonaires, arrêt de fonctionnement cardiaque ou rénal).

Le *diagnostic* de ces tumeurs se fera par la palpation combinée au toucher. Ce double moyen explorateur, qui doit toujours être combiné, permettra de circonscrire la tumeur et de reconnaître ses relations avec l'utérus.

Le diagnostic avec la *grossesse* sera ordinairement facile; mais la grossesse, pouvant se développer dans ces utérus fibromateux, sera susceptible de mettre à l'épreuve la sagacité du clinicien, qui devra à la fois reconnaître la gravidité et la tumeur.

Le diagnostic devra surtout être attentivement posé avec les *kystes de l'ovaire*. Nous y reviendrons après avoir étudié ces dernières tumeurs.

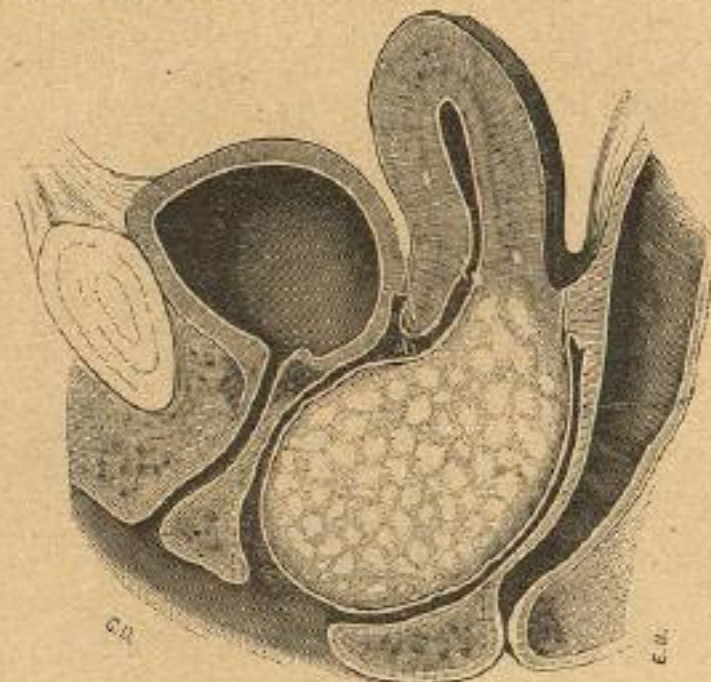


Fig. 543. — Fibrome sessile de la lèvre postérieure (A.-P. Cooper).

3. **Fibromes sous-muqueux ou concentriques.** — Les fibromes sous-muqueux ont comme point de départ :

- Tantôt la portion vaginale du col ;
- Tantôt la paroi cervicale au-dessus du vagin ;
- Tantôt la paroi corporeale.

La figure 543 présente un fibrome implanté sur la portion vaginale du col, et formant une tumeur sessile, se continuant sans ligne de démarcation avec la lèvre postérieure.

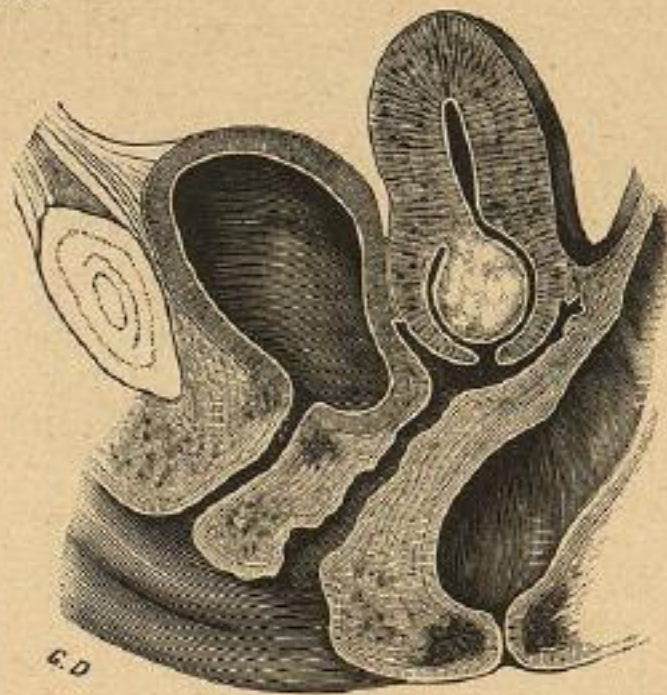


Fig. 544. — Fibrome intra-cervical d'origine cervicale.

Le fibrome implanté sur la surface cervicale constitue un polype tantôt intra-cervical, c'est-à-dire ne franchissant pas l'orifice externe (fig. 544),

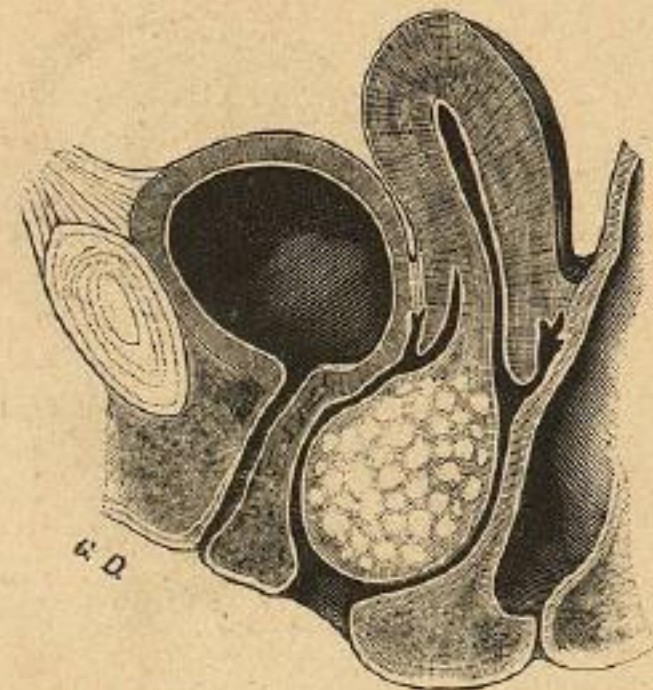


Fig. 545. — Fibrome intra-vaginal d'origine cervicale.

tantôt, au contraire, tombant dans la cavité vaginale après avoir dépassé cet orifice (fig. 545).

Le fibrome implanté dans la cavité même du corps utérin, au-dessus de l'isthme peut être :

Soit intra-corporéal (fig. 546);
Soit intra-cervical (fig. 547);
Soit intra-vaginal (fig. 548).



Fig. 546. — Fibrome intra-corporéal d'origine corporéale.

Il est même susceptible de proéminer plus ou moins à l'orifice vulvaire; c'est un véritable accouchement où le fœtus est remplacé par une tumeur fibreuse.

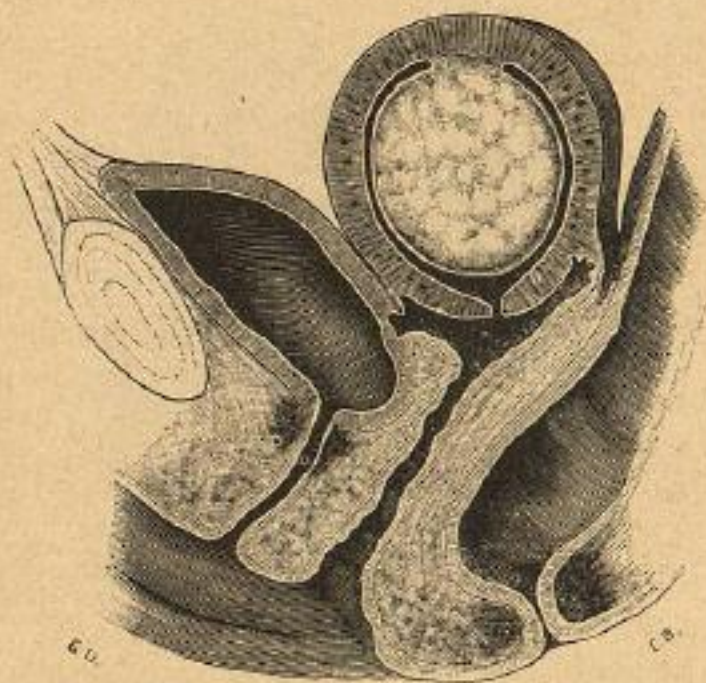


Fig. 547. — Fibrome intra-corporéo-cervical d'origine corporéale.

En descendant, le fibrome amène parfois le retournement de l'utérus, ainsi que cela a été étudié en détail au chapitre *Inversion*.

Les fibromes sous-muqueux, comme les interstitiels et les sous-séreux,

peuvent être l'origine de troubles douloureux et fonctionnels analogues à ceux décrits pour ces variétés de tumeurs, mais le symptôme caractéristique est l'hémorragie.

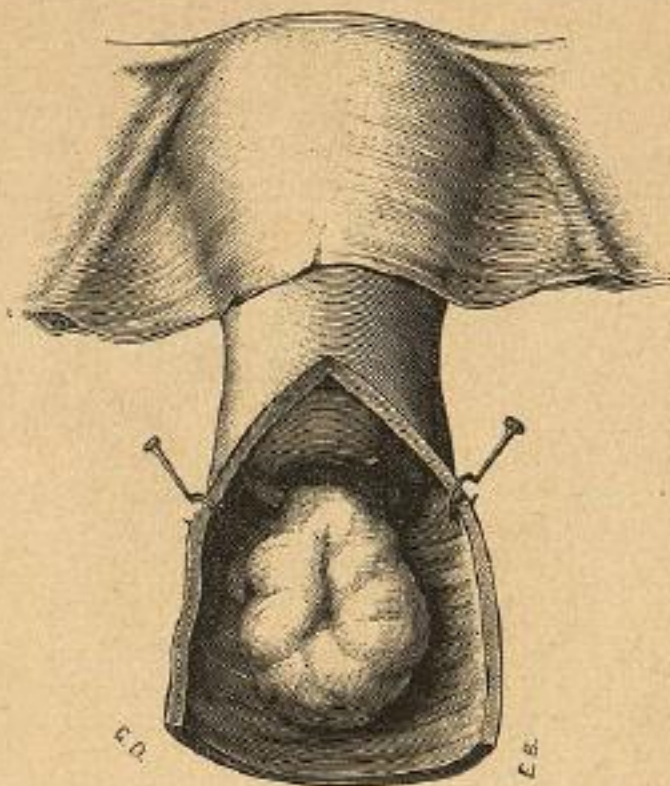


Fig. 548. — Fibrome corporéo-cervico-vaginal d'origine corporéale.

De telle sorte que, pour chaque variété de fibromes, on peut dire que la note symptomatique dominante est :

Fibromes interstitiels : tolérance relative ;

Fibromes sous-séreux : douleurs ;

Fibrome sous-muqueux : hémorragies.

Nous retrouverons ces trois variétés symptomatiques à propos du traitement.

Bien que l'hémorragie soit le symptôme caractéristique de fibromes sous-muqueux, elle ne se montre pas constante avec eux, et elle peut par contre exister avec des fibromes sous-séreux ou interstitiels.

Winckel¹ d'une statistique intéressante qu'il a établie à cet égard conclut que l'hémorragie fait défaut

Dans 8,5 p. 100 de fibromes sous-muqueux ;	
17 p. 100 — interstitiels ;	
25 p. 100 — sous-séreux.	

On voit, d'après ces chiffres, que l'hémorragie devient d'autant plus fréquente que la tumeur se rapproche davantage de la cavité utérine.

L'hémorragie peut revêtir les types les plus divers², dont le tracé ci-joint donnera une idée.

¹ Ueber myome des uterus. Sammlung, Klin. Vorträge, n° 98. Leipzig, 1876.

² Consulter à cet égard : Batuaud. Les hémorragies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse Paris, 1891.

Tantôt il y a simple exagération de règles, c'est-à-dire ménorragies simples.

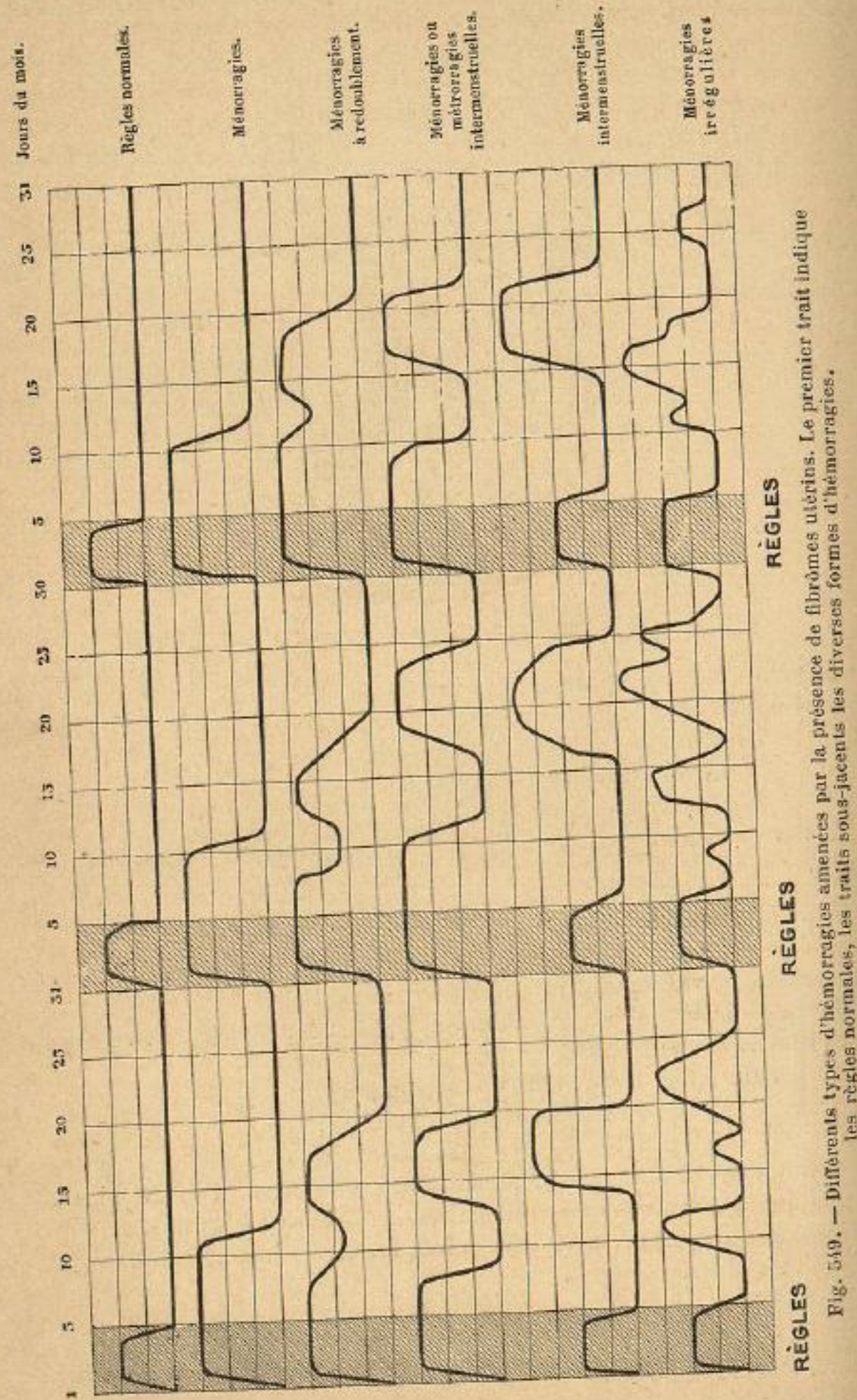


Fig. 549. — Différents types d'hémorragies amenées par la présence de fibromes utérins. Le premier trait indique les règles normales, les traits sous-jacents les diverses formes d'hémorragies.

Tantôt la ménorragie se fait avec redoublement, il y a une recrudescence de l'écoulement vers la fin de la période hémorragique.

Tantôt la ménorragie se produit en deux fois; l'écoulement menstruel se produit exagéré comme quantité et durée, puis après une cessation momentanée reprend pendant quelques jours.

Tantôt enfin les règles restent normales et c'est dans leur intervalle que se produisent les métrorragies, qui sont dans certains cas régulières, dans la plupart au contraire irrégulières.

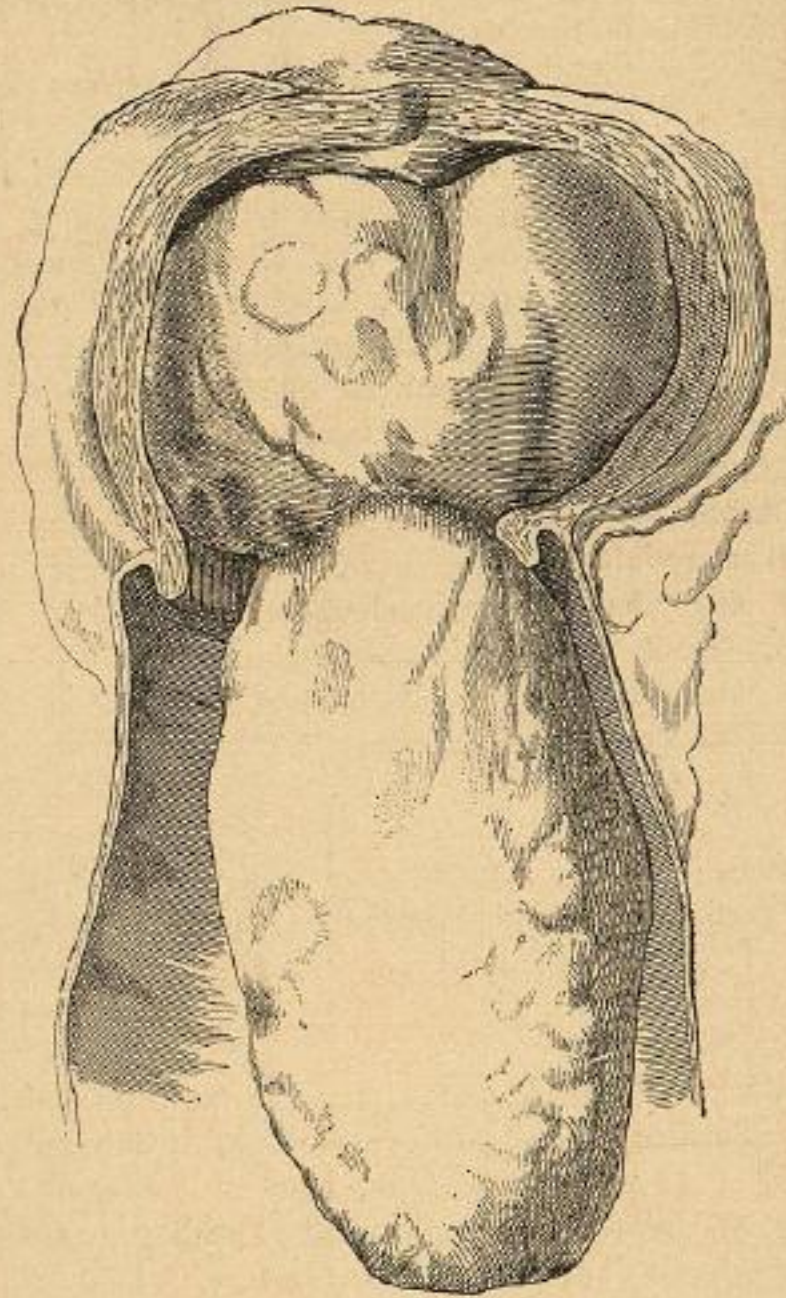


Fig. 550. — Cette figure montre après ouverture de l'utérus un cas analogue à celui représenté par la figure 548 (J.-Y. Simpson).

Ces différents types d'écoulements sont d'ailleurs analogues à ceux qu'on rencontre dans l'endométrite métrorragique.

Outre l'écoulement sanguin, les fibromes amènent souvent de la leucorrhée muco-purulente.

Que l'écoulement soit blanc, c'est-à-dire leucorrhéique, ou rouge, c'est-à-dire sanguin, c'est l'endométrite qui en est la cause, endométrite muqueuse dans le premier cas et hémorragique dans le second.

Aussi le curage qui modifie l'endomètre, amène-t-il, alors qu'il est complètement fait, la cessation de ces écoulements, de même que dans une endométrite non accompagnée de fibromes.

Enfin les fibromes utérins soit interstitiels, soit sous-muqueux peuvent s'accompagner d'écoulement hydorrhéique, c'est-à-dire complètement séreux. Ces écoulements sont parfois excessivement abondants; ils se montrent tantôt continus, tantôt intermittents.

Continus, ils augmentent d'ordinaire au voisinage des règles avant et après leur apparition.

Intermittents, ils se produisent d'une façon assez capricieuse, survenant avec une certaine brusquerie et avec grande abondance.

Cette intermittence s'explique soit par l'existence d'un polype qui fait soupape au niveau du canal cervical, soit par la flexion de l'utérus au niveau de l'isthme qui ferme le canal cervical; une contraction de l'utérus ouvre ce canal par la poussée vigoureuse qu'elle imprime au liquide.

Dans ces cas d'hydorrhée, surtout quand elle est intermittente, la cavité utérine est très notablement agrandie.

Quand le fibrome descend dans la cavité cervicale ou vaginale, outre l'hémorragie il se produit des coliques utérines douloureuses qui rappellent, très atténuées, les douleurs de l'accouchement; cette descente s'opère tantôt graduellement, tantôt par des intermittences; c'est ainsi que certains fibromes sont, à un examen, accessibles dans le vagin, et, ultérieurement, remontés au-dessus de l'orifice externe; la tumeur semble jouer à *cache-cache*.

Le diagnostic des fibromes sous-muqueux se fera à l'aide du toucher vaginal, et, à cet égard, les tumeurs fibreuses doivent être divisées en deux catégories :

- les *accessibles*;
- les *inaccessibles*.

Les *accessibles* peuvent être touchées dans le vagin ou dans la cavité cervicale à travers l'orifice externe entr'ouvert. La confusion, en pareil cas, sera possible, soit avec un polype muqueux, mais la consistance et le volume sont différents, soit avec un placenta éliminé après une rétention plus ou moins prolongée, mais dans ce dernier cas la tumeur est friable, et ne tarde pas à être éliminée après son engagement dans le canal cervical. Le diagnostic avec l'inversion a été fait à propos de cette affection.

Les *inaccessibles* peuvent être sentis à l'hystéromètre, dont l'extrémité contourne la tumeur, mais le meilleur moyen de diagnostic est de les rendre accessibles par la dilatation du canal cervical à l'aide de la laminaire. Ce moyen permet à la fois de faire le diagnostic et, dans la même séance s'il y a lieu, le traitement, en enlevant la tumeur par un des moyens qui seront étudiés à propos de la thérapeutique.

La tumeur sentie par l'introduction du doigt dans l'utérus abaissé est parfois, au lieu d'un fibrome, un cancer, un fragment de placenta retenu, un léger degré d'inversion.

Le diagnostic de l'inversion a été exposé avec cette maladie : le placenta est friable et se laisse enlever avec le doigt.

Quant au diagnostic entre le cancer et le fibrome, il ne sera guère possible que par l'examen microscopique d'une parcelle de la tumeur.

Les diverses variétés de fibromes, qui viennent d'être vues, sont susceptibles de subir une évolution et des transformations analogues.

Après la transformation en polype, le pédicule peut s'amincir à tel point que la tumeur se détache complètement; elle tombe au dehors s'il s'agit d'un polype sous-muqueux, ou dans le péritoine si le polype est sous-séreux; dans ce dernier cas très exceptionnel¹ et dont il n'existe que quelques exemples, le fibrome devient un corps étranger intra-péritonéal.

Sous l'influence de la grossesse, le fibrome se ramollit et augmente de volume pour subir pendant le postpartum la double modification contraire.

Le fibrome est susceptible de se calcifier et de constituer une véritable *Pierre utérine*.

Il peut aussi subir la dégénérescence graisseuse, amyloïde, ou cancéreuse; *Doran*² a publié un intéressant travail sur cette transformation possible des myomes et sarcomes, les fibromes mous constituant en quelque sorte en clinique une transition entre les deux tumeurs.

On comprendra facilement l'importance en chirurgie de cette possibilité de transformation en cancer.

Le fibrome se creuse parfois d'une cavité kystique et devient une tumeur fibro-kystique, enlevant au fibrome sa consistance normale pour le rendre mou et fluctuant.

Le fibrome peut enfin *s'enflammer, suppurer, se gangréner* et être ainsi le point de départ d'accidents septicémiques.

TRAITEMENT

A. — Ressources thérapeutiques.

Traitement médical. — Electricité. — Traitement chirurgical.

Ressources médicales. — De nombreux médicaments ont été préconisés contre les fibromes utérins; l'hydrastis canadensis, l'hamamelis virginica, le phosphore, le cannabis indica, l'antipyrine, le bromure de potassium, l'iode de potassium.

Tous ces médicaments ont produit quelques bons effets, ce qu'il faut la plupart du temps attribuer à une influence suggestive. L'état moral de la femme retentit sur sa circulation générale et utérine en particulier, de telle

¹ Depaul. *Bulletins de la Soc. anatomique*, XIX, p. 13.

² *Transact of the pathol. Soc. of London*, 1890.