

utérin, mais le fibrome ne se transforme pas en cancer, tumeur épithéliale.

Cependant, dans l'intimité ou à la surface d'un corps fibreux, on a vu un noyau épithélial se développer et tendre à l'envahissement. Diestenweg a trouvé à l'extrémité inférieure d'un polype un kyste du volume d'une noix à parois tapissées d'épithélium cylindrique vibratile; Wahrendorff a recueilli, à la clinique de Schröder, quatre cas d'infiltration adénomateuse d'un fibromyome; Löhlein a présenté, en 1889, à la Société gynécologique de Berlin, un adénome du corps utérin avec formations kystiques, dans un myome; Schatz décrit des kystes adénomateux dans la paroi d'un fibrome diffus et polypeux de l'utérus; Legueu et Marien présentent à la Société anatomique, en 1896, des kystes à revêtement épithélial cylindrique observés par eux dans un fibrome. Ces divers faits démontrent qu'on peut trouver des productions épithéliales dans les tumeurs fibreuses, mais ces néoplasies ne naissent pas par transformation du tissu même de la tumeur; elles ne proviennent pas, comme le voulait Recklinghausen, des vestiges inclus du corps de Wolff; elles proviennent des glandes mêmes de la muqueuse utérine qui se sont enfoncées dans la tumeur, grâce à la prolifération qu'elles subissent dans la fibromatose, dont le fond s'est séparé et isolé au milieu d'elle et a continué à y proliférer.

La transformation d'un fibromyome en sarcomyome a été observée quelquefois: elle n'a rien d'illogique, mais il est impossible d'affirmer que la tumeur primitive ne fût pas un sarcome à marche lente d'abord, puis brusquement extensive.

La tumeur n'est pas tout dans la fibromatose utérine; elle est accompagnée de *modifications de l'utérus et des annexes*.

L'utérus peut être altéré dans sa forme et dans sa position de la façon la plus variable; parfois, englobé dans la masse néoplasique, il est quelquefois couché sur une des faces de la tumeur, sa cavité peut être effacée par une tumeur intracavitaire au point de devenir comme virtuelle. Le plus souvent, le corps est attiré en haut par une grosse tumeur abdominale, le col s'allonge en se rétrécissant et subit une torsion partielle. Les altérations du parenchyme et de la muqueuse sont plus constantes et plus intéressantes.

L'utérus est hypertrophié: sa cavité, au lieu de 6 centimètres, mesure souvent 10, 11 et même 15 centimètres de profondeur. Cette hypertrophie n'est pas seulement due à une cause mécanique, telle que l'étirement de l'utérus par une tumeur interstitielle, ou réflexe, telle que la présence d'une tumeur cavitaire agissant comme l'œuf dans la grossesse et constituant ce qu'on a appelé une grossesse fibreuse; en effet, on peut observer une hypertrophie utérine énorme, coexistant avec la présence de quelques noyaux interstitiels insignifiants. L'hypertrophie utérine traduit donc plutôt un état spécial de l'utérus favorable au développement des myomes.

L'épaisseur des parois utérines est de 3 à 4 centimètres, elle a doublé ou triplé; leur consistance s'est également modifiée: tantôt elles sont dures et sèches à la coupe, tantôt molles, juteuses et fragiles; elles présentent les mêmes différences que présentent, entre elles, les tumeurs.

La muqueuse est lisse, égale, blanchâtre; ses altérations macroscopiques sont exceptionnelles. Microscopiquement, au contraire, le parenchyme et la muqueuse offrent des altérations très intéressantes à mettre en lumière.

La muqueuse, étudiée par Wyder, Semb, Von Campe, Cornil, Doléris, est hypertrophiée; son épaisseur est parfois doublée; son caractère principal est l'hyperplasie glandulaire; les glandes sont nombreuses, rapprochées, un peu dilatées, allongées; elles tendent à s'enfoncer plus ou moins dans le tissu musculaire sous-jacent. Les vaisseaux sont peu nombreux, aucun n'est distendu, ni thrombosé. Il n'y a pas d'infiltration leucocytaire péri- ni sous-glandulaire. Les épithéliums de revêtement de la muqueuse et des culs-de-sac glandulaires sont intacts et normaux.

Le parenchyme présente de l'hyperplasie simple marquée du côté de la musculature utérine par l'abondance des fibres cellules nucléées jeunes, du côté du tissu conjonctif par des bandes de sclérose périvasculaire. Les artères sont souvent scléreuses, les veines souvent dilatées ou thrombosées.

Les lésions de la muqueuse ont été longtemps décrites comme des lésions d'endométrite, et Uter, Gaillard Thomas, Hart et Barbour, Wyder, Heitzmann, Curatalo, Nitot faisaient de cette endométrite la cause principale des hémorragies et l'origine du fibromyome lui-même. Cette opinion compte encore quelques partisans; malheureusement, les *recherches bactériologiques* ne décelèrent aucun microorganisme ni dans la cavité, ni dans la muqueuse utérine. Winter, examinant cinquante utérus amputés pour fibromyomes et soi-disant atteints d'endométrite, trouve toujours stérile leur cavité. Doederlein, colorant les coupes de muqueuse utérine enlevée par curettage, n'y trouve aucun microbe. Wertheim déclare qu'en dehors de la puerpéralité, le seul organisme capable de végéter sur la muqueuse utérine saine est le gonocoque, qu'on décele facilement.

La soi-disant métrite des utérus fibromateux serait donc une métrite aseptique, d'autant plus que l'absence d'infiltration leucocytaire dans la muqueuse, qui est une de ses particularités, écarte toute idée d'infection. Nous la considérons comme une altération nutritive d'ordre indéterminé, très intéressante à constater, car elle marque la tendance à la prolifération et à la néoplasie des tissus, des utérus myomateux. Cette tendance se traduit, parfois, par une dégénérescence polypeuse de toute la muqueuse utérine que l'un de nous a eu l'occasion d'observer deux fois.

On constate d'ailleurs identiquement les mêmes particularités histologiques sur les utérus géants, scléreux, fibromateux sans fibromes ou contenant dans leur paroi de la graine de fibrome à peine distincte du parenchyme. Il n'est donc pas permis de faire de ces altérations utérines l'effet, la conséquence du développement des tumeurs, mais on doit considérer plutôt la tumeur fibreuse comme un des effets de l'altération intime de la matrice dont nous avons établi les particularités.

Tout l'appareil génital peut d'ailleurs être touché dans la fibromatose utérine. On constate souvent des lésions des ovaires et des trompes.

Les ovaires, que Bullius, Popow, Faguet trouvent toujours malades chez les fibromateuses, sont, en effet, le plus souvent sclérokytiques; à un premier degré ils sont gros, durs, blanchâtres, parsemés de kystes folliculaires contenant une sérosité citrine; plus tard ils sont petits, ratatinés, très durs; à l'examen microscopique, les follicules de Graaf sont complètement étouffés par le tissu de sclérose. Pasquali attribue surtout à cette altération la stérilité des myomateuses.

Les trompes sont beaucoup plus rarement malades que les ovaires; toutefois souvent leur muqueuse subit une hyperplasie identique à celle de la muqueuse utérine et Popow a noté, en outre, l'hypérémie, l'inflammation catarrhale et l'hématosalpinx parmi les lésions tubaires.

La salpingite purulente coexiste parfois avec la fibromatose, mais sans qu'il soit permis d'établir, en raison de la rareté du fait, un lien de subordination entre ces deux ordres de lésions.

Le développement d'une tumeur fibreuse peut modifier profondément les rapports des organes pelviens entre eux; nous étudierons ces modifications à propos de chaque variété de fibrome. Nous nous contentons de signaler ici les accidents viscéraux à distance que provoquent les fibromyomes volumineux.

Le rein peut être touché; il l'est généralement à la suite de la compression urétérale; mais l'albuminurie et l'insuffisance rénale peuvent résulter aussi secondairement de lésions hépatiques et cardiaques. Le foie, en effet, peut être atteint de dégénérescence graisseuse et devenir insuffisant, comme Bantock l'a signalé. Le cœur est fréquemment touché, comme il arrive chez les malades affectées de grosses tumeurs abdominales. Hoffmeier, dès 1884, en étudiant la physiologie du shock opératoire, déterminait l'importance de ces altérations cardiaques qui, entraînant assez souvent la mort subite ou rapide avant toute intervention, l'entraînent, plus souvent, après.

La fibre cardiaque est frappée d'atrophie brune et de dégénérescence graisseuse: ces lésions surviennent comme conséquence d'une dilatation avec hypertrophie du cœur gauche, probablement due à une élévation permanente de la pression artérielle, ainsi que Sebileau l'a établi.

Les tumeurs fibreuses, en déterminant, à la fois, une insuffisance hépatique, cardiaque et rénale, sont susceptibles d'amener une déchéance profonde de l'organisme.

Étiologie et pathogénie. — Les fibromyomes utérins sont des tumeurs très fréquentes; nombreuses sont celles qui réclament un traitement, nombreuses aussi celles qui constituent une découverte d'autopsie. Il est difficile toutefois d'évaluer la fréquence de ces tumeurs relativement à l'ensemble des femmes; ceux qui s'y sont essayés: Bayle et Nonat, Klob, Pichaud, Pollock, sont arrivés à des résultats totalement discordants.

Les conditions étiologiques sont presque aussi obscures que la fréquence absolue des fibromyomes est difficile à établir.

Ces tumeurs se développent aussi bien chez les femmes mariées et fécondes que chez les célibataires et chez les vierges. Ces dernières seraient, toutefois, proportionnellement plus souvent atteintes de fibromatose. Les observations de Schumacher à la Clinique gynécologique de Fehling, à Bâle, le démontrent. La proportion générale des femmes mariées aux célibataires étant, à cette clinique, de 5 à 1, la même proportion, concernant les femmes atteintes de fibromyomes, est de 2 à 1 seulement, tandis que la proportion des femmes mariées aux célibataires, dans la ville de Bâle, est de 3 1/2 à 1. Il y a donc proportionnellement plus de célibataires que de femmes mariées atteintes de fibromes, malgré la prédominance des femmes mariées dans le nombre des malades gynécologiques. D'ailleurs, la fréquence des fibromes chez les vierges et chez les religieuses a été notée depuis longtemps.

Si l'influence de la virginité et du célibat est certaine, celle de la stérilité, invoquée parfois comme cause des fibromes, l'est beaucoup moins; les statistiques récentes de Winckel, de Gusserow, de Pasquali, relatives à la coexistence de la grossesse et des fibromes, tendraient plutôt à établir que la fibromatose est une cause de stérilité.

L'influence de la race est invoquée par Gaillard Thomas et Demarquay, qui ont observé plus de fibromes chez les négresses que chez les blanches, à un âge moins avancé. Fehling incrimine l'involution incomplète de l'utérus; Prochowinck, la syphilis; Uter, Coë, Gaillard Thomas, Max Runge, la métrite.

Une seule donnée étiologique est certaine, c'est celle relative à l'âge: les fibromes se développent entre trente et cinquante ans: c'est un accident de la période active de la vie génitale, qui est plus précoce chez les négresses dont la vie génitale commence et finit plus tôt que celle des blanches.

On peut conclure, seulement, de ces données, que les tumeurs fibreuses de l'utérus sont parmi les plus fréquentes des affections gynécologiques, et qu'elles se développent surtout à l'âge adulte et de préférence chez les vierges.

Malgré la banalité de ces constatations étiologiques, la pathogénie des tumeurs fibreuses a soulevé les discussions et suscité les hypothèses les plus variées.

Cohnheim voit dans les fibromes utérins le type des tumeurs provenant du développement anormal de vestiges embryonnaires non utilisés; il pense que ces vestiges prennent normalement part à l'hypertrophie utérine de la grossesse et, qu'inutilisés, ils croissent irrégulièrement, formant des tumeurs fibreuses dont la plus grande fréquence chez les vierges s'explique, ainsi, naturellement. Cette théorie ne permet guère d'expliquer le développement parallèle si fréquent d'une grossesse et d'un fibrome; elle est tout entière fondée sur une hypothèse non démontrée.

Fehling, qui attribue, dans le développement des myomes, une grande influence à l'absence ou au trouble de l'involution utérine après l'accouchement, semble oublier, par contre, les cas très nombreux où les fibromes naissent sur des utérus vierges ou stériles; de ce fait, son explication est infirmée.

Uter, Gaillard Thomas, Coë, Max Runge attribuent un grand rôle pathogénique à la métrite qui accompagne les fibromes et, par conséquent, à l'infection: ils oublient de tenir compte de la stérilité souvent démontrée, à la culture et à l'examen microscopique, du contenu et de la muqueuse de l'utérus; ils oublient que la métrite infectieuse fait certainement défaut chez les vierges atteintes de fibromes.

Prochowinck, en attribuant, légèrement, les fibromes à la syphilis, grâce à quelques observations précieuses, omet de dire que l'immense majorité des femmes atteintes de fibromes sont indemnes de syphilis héréditaire ou acquise.

Gottschalk, dans une étude sur l'histogénèse des fibromes, constate qu'ils se développent aux dépens des parois vasculaires et attribue leur accroissement à l'irritation produite par le courant sanguin sur ces parois; cette explication, appuyée sur une observation histologique exacte, est précieuse, car si ce processus irritatif est admissible au début, on ne comprend guère comment de gros fibromes, très faiblement vasculaires, continuent à s'accroître quand ils subissent au minimum l'irritation produite par le courant sanguin.

Keiffer, après des recherches nombreuses sur la disposition du système vasculaire et musculaire de l'utérus, a constaté la présence de petits îlots musculaires non vasculaires qui s'accroissent par adjonction périphérique de fibres utérines et, dans la suite, sont pénétrés par des vaisseaux qui en assurent la nutrition. Ces petits myomes présentent souvent, à leur centre, une figure qui semble celle de la coupe d'un vaisseau où l'injection ne pénètre pas et, de ce fait, paraît oblitéré. A la suite de ces observations, Keiffer pense que les myomes utérins doivent être considérés comme le résultat d'une

réaction hypertrophique du tissu utérin autour de certains vaisseaux ou comme le résultat de l'enkystement, par le tissu musculaire, de tronçons vasculaires mis hors d'usage par thrombose, compression prolongée ou tout autre trouble de circulation.

Virchow admet, sans autres éclaircissements, l'irritation comme principal élément pathogénique.

Son explication, qui n'en est pas une, résume, toutefois, assez bien notre ignorance profonde. Mieux vaudrait, peut-être, l'avouer simplement.

Toutefois, comme nous savons que les fibromes résultent de l'hypertrophie du tissu normal de l'utérus, comme nous observons qu'ils sont accompagnés de véritables altérations trophiques du parenchyme et de la muqueuse utérine, ainsi que des ovaires; comme nous constatons la disparition et des tumeurs et des altérations trophiques concomitantes de la matrice par la suppression naturelle ou artificielle de l'ovaire grâce à la ménopause ou à la castration, comme nous voyons les fibromes augmenter avec l'afflux sanguin dans la grossesse, diminuer dans les suites de couches ou par la ligature des utérines, nous pouvons être enclins à considérer les fibromyomes comme l'effet d'un trouble trophique de l'utérus, puisque la suppression de l'ovaire, stimulant nerveux réflexe de l'utérus, puisque la ligature de l'utérine, voie nutritive de l'organe, sont susceptibles d'entraîner la régression et la disparition de la tumeur. Cette conception vague a du moins l'avantage de n'être pas contraire aux faits. Une telle théorie engagerait à rechercher l'origine des fibromyomes dans une altération humorale agissant sur l'utérus dans le sens des prédispositions naturelles de l'organe aux alternatives d'hypertrophie et de régression, soit par l'intermédiaire du système vasculaire, soit par l'intermédiaire du système nerveux et de l'ovaire, organe trophique de l'utérus.

Une invincible tendance nous pousse cependant à rapporter à l'infection l'origine des fibromes. Dans sa thèse toute récente, A. Claisse donne de nouveaux et précieux arguments à l'appui de cette manière de voir. Il insiste sur l'allure irritative, inflammatoire, qu'affectent les nodules fibromateux au début de leur évolution; il montre ceux-ci naissant autour des vaisseaux de petit calibre dont l'endothélium se gonfle avec tendance aux formations thrombotiques, sous forme de prolifération de cellules conjonctives et musculaires bordant le canal; il note la leucocytose considérable qui accompagne le développement des fibromes et qui disparaît après leur ablation; il rapporte trois exemples de culture positive obtenue par l'ensemencement d'un fragment de fibrome sur gélose; il s'appuie sur un résultat identique de Galippe, sur les expériences concordantes de Kollmann qui a isolé dans une culture de fibrome un microcoque et un bacille mésentérique, et de Vedeler qui a trouvé des amibes dans les fibromes.