

Le diagnostic posé, le traitement ne saurait être hésitant. Le curetage, l'anatomie pathologique le prouve, ne peut être qu'un moyen palliatif, et ne saurait être curatif, car il ne peut enlever les nodules qui siègent dans le tissu musculaire. Si donc il n'y a pas de contre-indications formelles tirées de l'état général, ou de la présence d'autres lésions tuberculeuses plus avancées, c'est l'hystérotomie vaginale qu'il convient de faire. Il ne faudra pas oublier qu'il existe très souvent des lésions concomitantes des trompes; et le plus sûr, même s'il n'y a pas de lésions cliniquement appréciables dans ces organes, sera d'enlever les annexes avec l'utérus.

Dans la tuberculose végétante du col, décrite par Vitrac, il n'y avait pas d'ulcération apparente. Les tubercules étaient situés dans l'épaisseur du col, et partout recouverts de l'épithélium intact. L'hystérectomie a montré que les lésions étaient limitées au col. On comprend qu'il puisse être difficile de distinguer cette forme de tuberculose de l'épithéliome.

CHAPITRE IV

TUMEURS

I

FIBROMYOMES

On désigne sous le nom de myomes, fibromyomes ou fibromes⁽¹⁾ des néoplasmes bénins composés de tissu conjonctif et de tissu musculaire lisse, qui sont presque spéciaux à l'utérus, où ils atteignent un volume énorme.

Anatomie pathologique. — La structure typique des fibromyomes de l'utérus est d'une extrême simplicité. Mais comme ces tumeurs présentent des modifications nutritives, des sortes de maladies fort nombreuses, et qu'elles offrent d'autre part de grandes variations de siège et de rapports, leur étude anatomo-pathologique est en réalité fort complexe. J'exposerai d'abord leur structure histologique, avec ses modifications secondaires, c'est-à-dire la biologie et la pathologie de ces tumeurs, puis nous verrons les modalités qu'elles présentent suivant leur siège et le sens de leur évolution.

Les fibromyomes sont des tumeurs plus ou moins arrondies, de consistance ordinairement ferme et comme élastique, quelquefois très dures, quelquefois très molles, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une tête, et même bien davantage; on en a vu qui pesaient 140 livres⁽²⁾. Ils sont fréquemment multiples. Certaines matrices en sont comme criblées; c'est ce que M. Pozzi appelle la dégénérescence myomateuse de l'utérus. Le tissu qui les forme est blanc grisâtre ou blanc rosé; il crie sous le couteau. La coupe reste rarement

⁽¹⁾ En clinique on appelle fréquemment ces tumeurs corps fibreux ou tumeurs fibreuses. Broca avait proposé de les appeler hystéromes.

⁽²⁾ HUNTER, *Amer. Journal of obstet.*, 1888, t. XXI, p. 62.

plane; les parties centrales bombent et font saillie, comme si la pression des zones périphériques tendait à les énucléer. Sur la coupe, on voit des tourbillons concentriques formant quelquefois une seule masse (fibromyomes à noyau unique); souvent les gros fibromyomes sont formés de plusieurs noyaux tourbillonnés, séparés les uns des autres par des espaces cellulaires plus lâches (fibromyomes à noyaux multiples). Leur forme est alors irrégulière et comme noueuse. Au pourtour de la tumeur, on trouve une capsule formée par le tissu utérin condensé; entre cette capsule et la tumeur elle-même existe une couche de tissu cellulaire dans laquelle rampent des vaisseaux. Cette couche de tissu cellulaire est souvent si lâche, que la tumeur paraît n'avoir presque aucune connexion avec le tissu utérin, et qu'elle s'énucléer avec la plus grande facilité. Parfois même, l'énucléation se fait sous la simple influence de la contraction de la capsule incisée.

Au point de vue histologique, les fibromyomes sont composés de deux tissus: le tissu conjonctif et le tissu musculaire lisse. Leur composition est donc la même que celle des parois utérines, ainsi que Vogel l'a établi le premier.

Recklinghausen⁽¹⁾ a décrit, sous le nom d'adénomyome, des tumeurs qui ressemblent aux myomes vulgaires, mais qui en diffèrent complètement par ce fait qu'ils renferment en plein tissu myomateux des glandes véritables. D'après l'auteur, ces glandes seraient des débris du corps de Wolff. Diesterweg et Hanser avaient déjà soutenu cette manière de voir.

Legueu et Marien⁽²⁾ ont souvent trouvé des éléments épithéliaux dans les fibromyomes; mais ils pensent avec Schröder que ce sont tout simplement des glandes de la muqueuse, qui ont été entraînées par le développement de la tumeur.

Sur les coupes, on voit les faisceaux musculaires dirigés dans tous les sens, coupés parallèlement, perpendiculairement, obliquement par rapport à leur axe, et séparés les uns des autres par des travées conjonctives. La proportion des éléments musculaires et des éléments conjonctifs est très variable. Dans certaines tumeurs, les éléments musculaires prédominent de beaucoup, comme dans l'utérus normal; dans d'autres, ce sont les éléments conjonctifs qui l'emportent. Mais jamais l'un ou l'autre de ces éléments ne se trouve à l'état de pureté, et la division qu'on a proposé d'établir en myomes et fibromes n'est pas justifiée; toutes ces tumeurs sont des fibromyomes. Plus elles contiennent de fibres musculaires, plus elles sont molles et plus leurs connexions avec le tissu utérin sont intimes. Parfois elles sont sur un de leur côté tellement unies à la paroi de l'utérus qu'on ne peut en voir la délimitation. Au contraire, les tumeurs dans lesquelles le tissu conjonctif prédomine sont dures, et leurs connexions sont beaucoup plus lâches. C'est autour de celles-là qu'on trouve une couche lamelleuse, sorte de bourse séreuse virtuelle qui permet de les énucléer si facilement.

Les tumeurs molles et musculeuses se rencontrent surtout dans le corps; les tumeurs dures, fibreuses surtout dans le col. Ce fait est peut-être en rapport avec la structure normalement plus fibreuse du col; en tout cas, il explique comment c'est au niveau du col qu'on observe le plus souvent les fibromyomes capsulés à énucléation facile.

⁽¹⁾ RECKLINGHAUSEN, *Die Adenomyome und Kystadenome der Uterus und Tubenwendung*. Berlin, 1896.

⁽²⁾ LEGUEU et MARIEN, *Ann. de gynéc.*, 1897, t. XLVII, p. 154.

Les divergences sont grandes sur la vascularisation des fibromyomes. Levret et Pallas ont décrit des artères, tandis que d'autres les nient. On a très rarement réussi à les injecter. Comme le fait remarquer Virchow, il est bien certain que tous les fibromyomes sont vasculaires à leur début. Ultérieurement, si les connexions avec le tissu utérin restent étendues, les vaisseaux persistent : au contraire, ils diminuent et deviennent très rares quand la tumeur s'encapsule. Ainsi les tumeurs molles sont assez vasculaires, tandis que les tumeurs dures le sont très peu. D'après Klebs, les noyaux myomateux se formeraient autour des gros capillaires, et chaque tumeur serait constituée par la réunion d'une série de noyaux. Pour Kleinwächter (1), les fibromyomes se formeraient par l'agglomération et la transformation en cellules fusiformes de cellules rondes qui se trouvent autour des capillaires en voie d'oblitération. Dupuytren a décrit des lymphatiques en nombre considérable dans ces tumeurs. Poirier (2) a montré que dans les utérus myomateux les lymphatiques sous-séreux s'hypertrophient au point d'acquiescer le volume du pouce.

Astruc et Dupuytren avaient signalé des nerfs dans les fibromyomes. Bidder a démontré leur existence, et Hertz (3) a décrit leur terminaison. Lorey (4) a suivi dans un polype myomateux des fibres à double contour.

L'accroissement de ces tumeurs est ordinairement lent. Un grand nombre, après avoir acquis un petit volume, restent stationnaires sans déterminer de troubles, aussi, la proportion de fibromyomes qu'on trouve sur le cadavre est-elle bien supérieure à celle qu'on observe en clinique. Par contre, il en est qui augmentent très vite, et acquiescent en peu de temps un volume énorme. Ce sont surtout les fibromyomes mous qui présentent cet accroissement rapide.

Il y a deux faits fort étranges dans l'histoire de ces tumeurs et qui les distinguent de tous les autres néoplasmes, sauf les polypes naso-pharyngiens avec lesquels ils ont plus d'un point commun : le premier fait, c'est que leur évolution paraît jusqu'à un certain point liée à la santé générale. Ainsi, elles diminuent quelquefois de volume pendant les maladies graves. Braun, Chiari et Spœth attribuent surtout cet effet au choléra. Il est possible, à la vérité, qu'il s'agisse tout simplement là de modifications dans le degré de la congestion ou de l'œdème sans qu'il y ait de réels changements dans les parties constitutives de la tumeur. Mais, en revanche et c'est le second point, il est parfaitement démontré, quoi qu'en dise Lawson Tait, qu'en règle générale les fibromyomes cessent de croître à partir de la ménopause et que souvent ils diminuent avec l'utérus. Il y a certainement des exceptions à cette règle. On voit des fibromyomes qui continuent à croître après la cessation des règles, mais cela s'observe surtout lorsque la tumeur a subi certaines dégénérescences, ou bien, comme le pense Gusserow (5), lorsqu'elle tire ses principaux moyens de nutrition, ses vaisseaux, non pas de l'appareil génital, mais des organes voisins au moyen d'adhérences secondaires.

Pendant la gestation, les fibromyomes subissent en même temps que l'utérus un accroissement énorme. Mais après la parturition ils deviennent, comme l'utérus lui-même, le siège de phénomènes d'involution, et diminuent. Cette

(1) KLEINWÄCHTER, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, vol. IX.

(2) POIRIER, *Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1890, p. 371.

(3) HERTZ, *Virchow's Archiv*, vol. XLVI, p. 255.

(4) LOREY, *Deutsche Klinik*, 1867, n° 21, p. 194.

(5) GUSSEROW, *Deutsche Chir.*, Lief. LVII, p. 28.

régression, qu'on a attribuée à une métamorphose graisseuse, est quelquefois telle, que la tumeur diminue beaucoup plus qu'elle n'avait augmenté, et finalement se trouve plus petite qu'elle était avant la conception. Elle peut même disparaître. On observe quelquefois aussi après l'accouchement ou l'avortement, soit la suppuration et la putréfaction, soit l'élimination spontanée des fibromyomes; ce sont des phénomènes sur lesquels j'aurai à revenir.

Les modifications pathologiques, les maladies que les fibromyomes présentent sont assez nombreuses. L'une de celles qu'on a le plus discutées est la *dégénérescence graisseuse*. A. Martin (1) la signale 7 fois sur 205 cas. La métamorphose graisseuse frappe surtout les éléments musculaires, mais non pas exclusivement. Virchow (2) l'a constaté également dans le tissu conjonctif. Les parties devenues graisseuses se résorbent et il en résulte une diminution de la tumeur. On s'est demandé si cette diminution pouvait aller jusqu'à la disparition. La question ainsi posée est un peu confuse. La diminution notable des tumeurs, qu'on peut considérer, sinon au point de vue anatomique, du moins au point de vue clinique, comme une disparition, a été bien constatée, mais il s'agit de savoir si elle est le résultat de la transformation graisseuse, si la grossesse, si le traitement minéral, si l'électrisation, si la ménopause agissent par le mécanisme de la transformation graisseuse. Or ceci n'est pas démontré jusqu'à présent. Dans une autopsie faite six semaines après l'accouchement, A. Martin a bien trouvé un fibromyome transformé en une bouillie graisseuse, mais il n'avait pas diminué de volume. En tout cas, Virchow fait très justement remarquer que la métamorphose graisseuse empêche l'accroissement du fibromyome, car elle porte principalement sur la partie musculaire, qui en est l'élément actif.

Beaucoup d'auteurs décrivent comme une autre métamorphose régressive l'*induration* ou *atrophie*. C'est par là qu'on désigne le travail qui se produit après la ménopause, et quelquefois avant, sous l'influence de certains traitements. Mais quel est le processus qui conduit à l'atrophie ou à l'induration ? « Les éléments musculaires disparaissent par dégénérescence graisseuse, et le tissu conjonctif se rétracte et s'atrophie », dit Gusserow. Si cela est exact, ce processus rentrerait dans le précédent, il s'agirait de dégénérescence graisseuse.

Le dernier degré des métamorphoses régressives est représenté par la *calcification*. Cette calcification peut se faire de deux façons. Quelquefois elle commence dans les parties périphériques de la tumeur et lui forme une sorte de coque, c'est là une rare exception. Presque toujours la calcification débute dans les parties centrales sous forme d'incrustations de phosphate, de carbonate ou de sulfate de chaux, qui siègent dans le tissu conjonctif. Ces sels forment d'abord des aiguilles, des faisceaux irréguliers, puis des masses ossiformes si dures qu'on a de la peine à les scier. Après macération, elles prennent l'aspect des branches ramifiées d'un madrépore, et représentent exactement les travées conjonctives de la tumeur. Il s'agit là de calcification et non d'ossification. Cependant Freund (3) dit avoir vu dans un cas de l'os véritable avec des corpuscules osseux à côté de points simplement calcifiés. Naturellement, quand la calcification s'est produite, les éléments musculaires emprisonnés dans une

(1) A. MARTIN, *Centr. für Gyn.*, 1888, n° 24, p. 589.

(2) VIRCHOW, *Pathologie des tumeurs*, t. III, p. 564.

(3) FREUND, *Beiträge zur Gyn.*, t. III, p. 152.

coque infrangible ne peuvent plus s'accroître et la tumeur reste stationnaire.

Cette transformation s'observe surtout dans les fibromyomes intra-pariétaux et le plus souvent dans les petits. Toutefois il n'y a là rien d'absolu. On a vu des fibromyomes de plusieurs kilogrammes presque complètement calcifiés⁽¹⁾.

Ce sont les fibromyomes calcifiés qui forment ce qu'on a appelé *calculs utérins*, ou *pierres de la matrice*. On a cru autrefois et soutenu récemment encore⁽²⁾ qu'il s'agissait de calculs formés dans la cavité de l'utérus et analogues à ceux de la vessie. Baillie⁽³⁾ et avec lui beaucoup d'autres voulurent distinguer deux ordres de faits : les calculs et les os de la matrice. Meckel⁽⁴⁾ réunit ces deux ordres de faits, et montra que les prétendus calculs comme les prétendus os étaient d'abord en connexion avec l'utérus, et ne devenaient libres que plus tard. Roux, dit Boyer, pensait qu'il s'agissait de polypes transformés. Robert Lee⁽⁵⁾ a bien précisé les faits en réunissant tous ces cas sous le nom de tumeurs fibro-calcaires. On en a publié depuis un certain nombre d'observations.

A ces processus atrophiques on peut opposer d'autres modifications, qui amènent d'ordinaire une augmentation de volume de la tumeur. Certains fibromyomes deviennent absolument mous. Ce *ramollissement*, décrit par Cruveilhier comme un œdème, pourrait être dû, d'après Virchow, à deux états différents. Dans certains cas, le tissu conjonctif ramolli contient un grand nombre de cellules arrondies en prolifération active, et le liquide renferme de la mucine : il s'agirait alors de myxo-myomes. Comme le fait remarquer Gusserow, cette forme n'a guère été retrouvée depuis l'examen de Virchow. Dans le plus grand nombre des cas, il s'agit d'un ramollissement œdémateux. Les fibres musculaires s'atrophient, les faisceaux conjonctifs se dissolvent, se nécrobiosent, se résorbent, et il se forme de petites lacunes interstitielles, les géodes de Cruveilhier, remplies d'un liquide clair, jaunâtre qui ressemble beaucoup à de la lymphe et qui a quelquefois la propriété de se coaguler spontanément au contact de l'air. La tumeur creusée d'une multitude d'aréoles devient franchement fluctuante. Mais comme ces aréoles sont petites et ne communiquent pas les unes avec les autres, la ponction ne ramène que quelques gouttes de liquide.

Cette transformation peut aller plus loin ; il se forme alors des cavités du volume du poing, dont les parois irrégulières, anfractueuses, sont justement comparées, depuis Dupuytren, à celles du cœur. Les cavités voisines peuvent confluer et se réunir de manière à former des poches très considérables contenant plusieurs litres de liquide. Les vaisseaux privés de leur soutien par la résorption du tissu cellulaire se rompent facilement, et le sang est versé dans ces poches. Chose curieuse, le sang ne se coagule que très rarement dans ces cavités anfractueuses ; en général, il reste liquide et peut être évacué par la ponction. Ces collections sanguines deviennent quelquefois énormes et finissent par s'ouvrir dans la cavité utérine ; si le col est oblitéré, il se produit alors une hématomètre qui peut atteindre de grandes dimensions. C'est du moins l'explication qui a été donnée de certains faits, comme ceux de Pistor⁽⁶⁾, de Mere-

(1) PRUMET, Thèse de Paris, 1851.

(2) AVIETA, CAUDURA, *El Siglo med.*, 9 août 1874.

(3) BAILLIE, *Anat. der Krankh. Bower*, p. 219.

(4) MECKEL, *Handb. der path. Anat.*, 1818, t. II, p. 248.

(5) ROBERT LEE, *Med.-chir. Transact.*, 1855, vol. XIX, p. 96.

(6) PISTOR.

dith⁽¹⁾, de Dubreuil⁽²⁾, de Tillaux⁽³⁾. Tous ces faits présentent une grande similitude, il s'agit toujours de femmes âgées, chez lesquelles l'utérus offre les particularités suivantes. Le col est oblitéré, ou au moins très rétréci ; le corps est distendu par une grande quantité de sang, ce que M. Tillaux a bien montré en décrivant son cas sous le nom d'utérus kystique ; enfin il existe des fibromes, qui ne sont pas toujours volumineux : de là l'hypothèse très vraisemblable que le sang contenu dans l'utérus vient des poches sanguines développées dans les tumeurs et spontanément rompues. Mais la démonstration anatomique de cette rupture n'a pas été, je crois, péremptoirement faite. Cependant Virchow a observé un cas où une tumeur fibro-kystique s'était ouverte spontanément non pas dans l'utérus, mais dans le vagin, au travers du cul-de-sac postérieur.

Quelle est la structure de ces géodes, de ces poches tantôt très petites, tantôt très grandes, qui se développent dans ces cysto-fibromes ? Il ne s'agit pas de kyste à proprement parler, car ces poches n'ont pas de parois propres ; ce sont de simples trous creusés dans le tissu du fibromyome, et qui sont limités par les faisceaux conjonctifs et les faisceaux musculaires plus ou moins altérés, mais sans revêtement épithélial.

A côté de ces formes les plus communes, on en a décrit d'autres, dans lesquelles les cavités seraient formées par des vaisseaux lymphatiques dilatés. Dès 1869, Kœberlé⁽⁴⁾ avait déclaré qu'un certain nombre de cysto-fibromes étaient dus à la dilatation des vaisseaux lymphatiques. Klebs⁽⁵⁾ a constaté cette dilatation ; Léopold et Fehling⁽⁶⁾ ont décrit une de ces tumeurs sous le nom de fibromyome lymphangiectasique (*fibro-myoma lymphangiectodes*). Il s'agissait d'une grosse tumeur hystique ; la ponction retira 1500 grammes de liquide jaune clair, qui se coagula immédiatement ; ce liquide contenait de l'albumine et de la fibrine. Au microscope on constata que la tumeur était un myo-sarcome et que toutes les cavités étaient revêtues d'un endothélium. C'est la présence de cet endothélium qui a permis d'affirmer l'origine lymphatique des cavités. Mais on peut, avec Gusserow, se demander s'il s'agit bien là d'une classe particulière de tumeurs, différente des autres cysto-fibromes, car Rein⁽⁷⁾ a constaté dans un cas que certaines cavités munies d'endothélium communiquaient librement avec d'autres qui en étaient dépourvues. Cette constatation conduirait à penser que les lymphatiques jouent un rôle plus considérable qu'on ne pense dans la formation des cysto-fibromes. Du reste, étant donné les connexions intimes qu'on admet aujourd'hui entre les vaisseaux lymphatiques et les lacunes du tissu conjonctif, la question de savoir s'il convient de distinguer deux variétés de cysto-fibromes, l'une due à l'œdème et au ramollissement, l'autre à des dilatations lymphatiques, n'a qu'un intérêt médiocre.

Dans certains fibromyomes dont j'ai déjà parlé (adénomyomes de Recklinghausen), qui contiennent des culs-de-sac glandulaires, il peut se développer des kystes d'une constitution toute différente, kystes véritables tapissés d'épithélium. Mais ce sont là des exceptions.

(1) MEREDITH, *Trans. of the obst. Soc. of London*, 2 nov. 1887, p. 422.

(2) DUBREUIL, *Revue de chir.*, 1889, p. 677.

(3) TILLAUX, *Ann. de gyn.*, juillet 1889, p. 1.

(4) KÖEBERLÉ, *Gazette heb.*, fév. 1869.

(5) KLEBS, *Handb. der path. Anat.*, p. 887.

(6) LÉOPOLD et FEHLING, *Arch. für Gyn.*, t. VII, p. 551.

(7) REIN, *Arch. für Gyn.*, t. IX, p. 414.

Il est une autre catégorie de fibromyomes, dans lesquels les modifications portent sur les vaisseaux sanguins, ce sont les *fibromyomes télangiectasiques ou caverneux*. Les capillaires augmentent de nombre et de volume, s'anastomosent irrégulièrement les uns avec les autres, si bien que la tumeur prend l'aspect d'une éponge, ou d'un fin tamis, aspect comparable à celui des corps caverneux. Quelquefois les cavités vasculaires acquièrent les dimensions d'un pois. Cruveilhier avait parfaitement signalé ces faits. « Il y a des cas, dit-il, dans lesquels la vascularisation des corps fibreux est telle qu'on serait tenté de leur donner le nom de tumeurs fibreuses sanguines, et même celui de tumeurs érectiles (1). » Krall, Robert Lee, Klob les ont observés : Virchow (2) les a plus complètement étudiés. D'autres faits ont été publiés depuis; A. Martin (3) en signale 5 sur 205 fibromyomes. Cette transformation caverneuse s'observe surtout dans les grosses tumeurs intra-pariétales. En général, elle n'occupe qu'une partie de la masse néoplasique. Virchow ne signale qu'un cas où la transformation s'étendait à toute la masse, dont le volume dépassait celui d'une tête d'adulte. Au point de vue clinique, ces tumeurs sont quelquefois molles et fluctuantes, si bien que Gusserow les range dans les cysto-fibromes. En outre, elles présentent de grandes et rapides modifications de volume sur lesquelles nous aurons à revenir.

Les fibromyomes peuvent devenir le siège de *phénomènes inflammatoires* allant jusqu'à la suppuration. Quelquefois ces phénomènes débutent au centre même de la tumeur. Ils surviennent dans certains cas rares sans cause appréciable. Cruveilhier les attribuait alors à des phlébites. Le plus souvent on les observe à la suite de traumatismes agissant directement sur la tumeur, fausses routes dans les tentatives de cathétérisme maladroît, galvano-puncture. Mais dans l'immense majorité des cas, ce n'est pas le corps fibreux lui-même qui s'enflamme et suppure, c'est sa coque ou plus exactement la couche celluleuse qui l'entoure. Souvent alors l'inflammation oblitère les vaisseaux nourriciers qui rampent dans cette couche, et la tumeur se sphacèle. Ces phénomènes s'observent surtout à la suite des accouchements ou des avortements et dans les tumeurs situées près de la muqueuse. Les phénomènes d'inflammation et de gangrène peuvent détruire la coque et la tumeur, devenue libre dans la cavité utérine, s'élimine spontanément. On a même vu, à la suite de ces inflammations, des tumeurs volumineuses s'éliminer au travers des parois abdominales.

La gangrène peut encore envahir les fibromyomes, indépendamment de tout phénomène inflammatoire; ainsi dans les fibromyomes pédiculés saillant dans la cavité abdominale à la suite de torsion du pédicule; ainsi encore dans les polypes accouchés dans le vagin, lorsque le col exerce une compression trop forte sur le pédicule.

Dans ces cas, l'inflammation, la gangrène, la putréfaction donnent naissance à des produits particuliers. On peut voir sous le microscope de grands cristaux de matière grasse, auxquels Busch (4) a donné le nom d'inoctéarine; il a cru, bien à tort, qu'ils caractérisaient une espèce particulière de tumeurs auxquelles il a voulu donner le nom d'inoctéatomes.

(1) CRUVEILHIER, *Traité d'anat. path. gén.*, t. III, p. 685.

(2) VIRCHOW, *loc. cit.*, p. 585.

(3) A. MARTIN, *Centr. für Gyn.*, 1888, n° 24, p. 589.

(4) BUSCH, *Müller's Archiv*, 1851, p. 558.

Dans un cas, jusqu'ici unique, Stratz (1) a observé la dégénérescence amyloïde d'un fibromyome sous-muqueux.

Une des questions qui ont été le plus discutées autrefois, est celle de savoir si les fibromyomes de l'utérus peuvent se transformer en tumeurs malignes (2). Les fibromyomes du corps peuvent coexister avec des cancers du col. Mais les deux tumeurs sont parfaitement indépendantes et n'ont rien de commun. On a observé aussi, plus rarement mais très certainement, des épithéliomes qui, nés dans la muqueuse, avaient envahi un fibromyome. Il ne saurait être question là de transformation du fibromyome; les boyaux épithéliaux pénètrent le néoplasme comme ils pénétreraient n'importe quel autre tissu. Quant au développement d'un carcinome dans l'épaisseur même d'un fibromyome, je ne sais pas s'il a jamais été bien exactement observé, mais il est théoriquement possible, puisqu'il existe des éléments épithéliaux dans certaines de ces tumeurs. Les glandes, lorsqu'elles en contiennent, peuvent devenir l'origine d'une tumeur épithéliale aussi bien que n'importe quelle autre glande.

En général, quand des fibromyomes se comportent comme des tumeurs malignes, ce sont les éléments conjonctifs qui prolifèrent et non les éléments épithéliaux. Ils se transforment en sarcomes. Cette transformation a été parfaitement observée (3). Kurz a même vu une tumeur ainsi transformée se généraliser dans le poumon. Cette preuve clinique de la transformation sarcomateuse du fibromyome est irréfragable et bien supérieure à la preuve histologique, toujours discutable quand il s'agit de sarcome. Brewis (4) a observé un myxosarcome contenant trois gros kystes. Ascher signale un enchondromyome en train de s'ossifier.

Après les fibromyomes, il faut étudier l'utérus qui les porte, car ces tumeurs ne vont jamais sans de notables modifications de l'organe sur lequel elles se développent. Ces modifications frappent le parenchyme musculaire, et la muqueuse. Dès que la tumeur atteint un volume un peu considérable, le muscle utérin subit une hypertrophie concomitante et la matrice tout entière augmente de volume. Ce phénomène est si habituel que l'augmentation de la cavité utérine constitue un bon signe diagnostique des fibromyomes. M. Guyon a désigné cette hypertrophie sous le nom de *grossesse fibreuse*. Les altérations de la muqueuse sont à peu près constantes. Campe (5) avait signalé en 1884 des modifications inflammatoires analogues à celles de l'endométrite fongueuse. Wyder (6) a décrit des lésions qu'il compare à un adénome diffus: ce sont en somme des métrites glandulaires, hypertrophiques et hyperplasiques, qui, ainsi que je l'ai dit dans un chapitre précédent, donnent souvent lieu à des formations qui ressemblent aux adénomes. Curatolo (7) a constaté qu'on trouve surtout des lésions d'endométrite interstitielle avec destruction des glandes là où la muqueuse repose directement sur la tumeur, et des lésions d'endométrite glandulaire dans les autres points. Ces lésions de la muqueuse sont importantes, car ce sont elles qui engendrent les hémorragies si fré-

(1) STRATZ, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1889, vol. XVII, p. 80.

(2) COE, *Centr. für Gyn.*, 1891, p. 684.

(3) ALBAN DORAN, *Trans. of the path. Soc. of London*, mai 1890. — A. Martin signale 6 cas de transformations sarcomateuses sur 205 fibromyomes.

(4) BREWIS, *Edinb. med. Journal*, juillet 1890, et *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, vol. XX, p. 2.

(5) CAMPE, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1884, vol. X, p. 551.

(6) WYDER, *Arch. für Gyn.*, 1887, vol. XXIX, p. 58.

(7) CURATOLO, *Annali di ostetrica e gyn.*, 1891, n° 1 et 2.