

quentes dans certaines variétés de fibromyomes. Quelle relation pathogénique y a-t-il entre les altérations de la muqueuse et les tumeurs? On admet généralement que ce sont les troubles circulatoires liés à la présence de la tumeur, qui engendrent les lésions de la muqueuse. Mais Wyder a fait remarquer que ces lésions sont plus accentuées dans les points les plus éloignés de la tumeur; Cornil constate qu'elles sont plus intenses avec les petites tumeurs qu'avec les grosses. Uter⁽¹⁾ insiste sur ce fait qu'on trouve souvent des altérations des trompes; Bullius⁽²⁾ considère les lésions de l'ovaire comme presque constantes; si bien que tout le système génital semble frappé simultanément, comme l'est le système urinaire dans les hypertrophies de la prostate. Quant à Uter, il renverse la proposition généralement admise, et pense que c'est la métrite qui engendre les fibromyomes.

Nous avons terminé l'histoire biologique et pathologique des fibromyomes en eux-mêmes; il faut maintenant étudier les rapports topographiques qu'ils affectent avec l'utérus. Ce point a une très grande importance au point de vue clinique.

Les fibromyomes prennent tous naissance dans le tissu musculaire de l'utérus. Les uns naissent en plein tissu utérin, l'écartent en progressant mais en restent enveloppés; on les appelle : *interstitiels*, *intra-pariétaux*, *intra-muraux*. L'épithète d'interstitiel est la plus usitée en France.

D'autres, nés des parties périphériques du parenchyme musculaire, s'en énucléent très rapidement.

Les uns viennent faire saillie dans la cavité utérine sous la muqueuse, on les qualifie de *sous-muqueux*. Les autres se développent excentriquement et font saillie en dehors de l'organe. Ceux qui naissent de la face antérieure du corps de l'utérus et de toute l'étendue de sa face postérieure soulèvent le péritoine, on les appelle *sous-péritonéaux* ou *sous-séreux*. Ceux bien plus rares qui naissent des bords latéraux de la matrice pénètrent dans les ligaments larges en les dédoublant, ils portent le nom de *sous* ou *intra-ligamenteux*. Il en est qui naissent de la portion sus-vaginale du col et se développent dans le tissu cellulaire du bassin. M. Pozzi les appelle corps fibreux pelviens; on pourrait les appeler *sous-aponévrotiques*, car ils sont situés sous l'aponévrose sacro-recto-génitale. Enfin, ceux qui se développent dans la portion vaginale du col sont d'emblée intra-vaginaux.

Les fibromyomes sous-péritonéaux, appelés encore sous-séreux⁽³⁾, naissent le plus souvent du fond de l'utérus ou de sa face postérieure. Ils sont sessiles ou pédiculés. Le pédicule est composé d'une enveloppe péritonéale, engainant un prolongement du tissu musculaire de l'utérus avec des vaisseaux. Tantôt court et épais, il fixe la tumeur à la matrice; tantôt long et grêle, il lui laisse une mobilité indépendante. Les fibres musculaires peuvent disparaître complètement du pédicule qui s'atrophie, s'amincit et même finit par se rompre spontanément. Dans ce cas, le corps fibreux a presque toujours contracté avec les organes voisins des adhérences préalables qui lui permettent de vivre. Rokitansky pensait que la tumeur ne contractait ses adhérences qu'après s'être séparée de l'utérus. Gusserow pense au contraire que ce sont

(1) UTER, *Centr. für Gyn.*, 1891, n° 54, p. 689.

(2) BULLIUS, *Verhandl. des gyn. Kongresses zu Bonn*, 1891.

(3) Virchow les appelle aussi polypes externes. Mais il est convenu de réserver ce nom de polypes aux tumeurs pédiculées dans la cavité de l'utérus.

les adhérences qui déterminent la rupture du pédicule, soit qu'elles se fassent à un organe mobile dont les mouvements déterminent des tractions, soit qu'elles se fassent à un organe fixe, et que l'utérus se déplace par suite d'une grossesse. Mais les adhérences n'existent pas toujours; Depaul et Turner⁽¹⁾ ont vu des corps fibreux absolument libres dans le cul-de-sac de Douglas, sans pédicule, ni adhérences. Virchow met ces faits en doute. Il se demande s'il ne s'agissait pas de lipomes. En tous cas, il faut bien reconnaître que les fibromes libres de la cavité péritonéale n'ont pas tous l'utérus pour origine, puisqu'on en a trouvé chez l'homme.

Quand le pédicule est grêle, la tumeur très mobile joue au milieu des anses intestinales. Elle détermine quelquefois une certaine réaction péritonéale qui s'accuse par de l'ascite, ou qui amène la formation d'adhérences. D'autres accidents peuvent survenir lorsque le pédicule est non seulement grêle, mais encore long. La tumeur plus mobile peut retomber en arrière dans le cul-de-sac de Douglas et déterminer des phénomènes d'enclavement même sans présenter la moindre adhérence⁽²⁾. Enfin, la tumeur peut exécuter un mouvement de rotation et tordre son pédicule. Cette torsion, si elle est peu accentuée et qu'elle laisse le sang arriver par les artères en l'empêchant de revenir par les veines, détermine une augmentation rapide de la tumeur qui s'œdématie. Si elle est plus considérable, elle empêche toute circulation, et alors ou bien la tumeur contracte des adhérences qui lui permettent de vivre, ou bien il survient des phénomènes de nécrobiose qui s'accompagnent d'accidents inflammatoires graves.

Quand les fibromyomes sous-péritonéaux deviennent volumineux, ils sortent du petit bassin, et, comme leur développement est excentrique, ils prennent point d'appui sur les fosses iliaques et tendent à s'élever de plus en plus à la manière d'une vessie que l'on gonfle dans un espace trop restreint pour la contenir. Si le pédicule résiste, l'utérus est entraîné; il s'élève d'abord, puis s'allonge, s'amincit surtout dans la région de l'isthme et cet amincissement devient tel qu'on a pu parler de *séparation spontanée du col et du corps de l'utérus*. Rokitansky avait signalé ces faits. A la vérité, il ne s'agit jamais de séparation complète, on trouve toujours un cordon fibro-musculaire qui établit la continuité du col et du corps. Dans le cas de Times⁽³⁾, qui est certainement le plus remarquable, l'extrémité inférieure de la cavité du corps était séparée de l'extrémité supérieure de la cavité cervicale par un intervalle de 2 pouces. Mais entre les deux existait un cordon intermédiaire, qui présentait lui-même une troisième cavité. Lorsque l'utérus est ainsi aminci, il peut devenir moins résistant que le pédicule, et si la tumeur subit un mouvement de rotation, c'est lui et non le pédicule qui se tord. Virchow a observé un fait où l'utérus était ainsi tordu d'un tour sur son axe. Pick et Friedel⁽⁴⁾ ont réuni 6 observations de ce genre et ils en donnent une nouvelle où l'utérus était tordu de deux tours complets, 4 fois 180 degrés. Il était résulté de cette torsion des accidents péritonéaux mortels. Dans un cas de Küster, la torsion du col était de deux tours et demi.

Quand l'utérus est ainsi élevé et allongé, la vessie est forcément tirillée et

(1) TURNER, *Edinb. med. Journal*, 1861, p. 698.

(2) LANGENBUCH, *Deutsche med. Woch.*, 1890, n° 52.

(3) H.-G. TIMES, *Trans. of the London obst. Soc.*, 1861, vol. II, p. 54.

(4) PICK ET FRIEDEL, *Prager med. Woch.*, 1891, n° 19.

élevée aussi. C'est là un fait qu'il faut reconnaître, si l'on ne veut pas s'exposer à fendre le réservoir urinaire dès le début d'une laparotomie.

La vascularisation du pédicule des fibromyomes sous-péritonéaux est extrêmement variable. Chambers a vu plusieurs artères du volume d'une plume; Graily Herwitt en signale qui avaient un demi-pouce de diamètre. Dans d'autres cas, les vaisseaux sont très rares et très petits; la nutrition de la tumeur est insuffisante, c'est alors qu'on observe des métamorphoses régressives et particulièrement la calcification.

Quant à la variété sous-ligamenteuse des fibromyomes, elle ne mérite pas de description anatomique spéciale. C'est surtout au point de vue clinique et opératoire qu'elle présente de l'intérêt. Les tumeurs sous-ligamenteuses se comportent absolument comme les sous-péritonéales. Lorsqu'elles perdent leur connexion avec l'utérus, on pourrait les prendre pour des myomes primitifs du ligament large. Les fibromyomes pelviens ou sous-aponévrotiques disloquent les divers plans du bassin. Plus que tous les autres, ils déforment la vessie, compriment les vaisseaux, les nerfs, l'uretère. Ils soulèvent le péritoine jusqu'à une grande distance, si bien que dans certains cas, quand on ouvre l'abdomen, la cavité du petit bassin nivelée à la hauteur du détroit supérieur semble avoir disparu. Ces fibromyomes n'étant pas mobiles, s'enclavent d'une manière inévitable dès qu'ils prennent un certain développement.

Les fibromyomes sous-muqueux sont, comme les sous-péritonéaux, tantôt sessiles et tantôt pédiculés. La plupart des fibromyomes sessiles sont encore enveloppés d'une capsule de tissu musculaire utérin, et devraient par conséquent rentrer dans la classe des interstitiels. On comprend du reste qu'il y a entre ces deux formes une foule de transitions insensibles. Comme cette division est purement clinique, pratique, on pourrait dire avec Gusserow que les fibromyomes sous-muqueux sont ceux qu'on peut enlever sans avoir besoin d'inciser une capsule. Lorsqu'un fibromyome sous-muqueux présente un pédicule, on lui donne le nom de polype. Il faut bien se garder de confondre ces *polypes myomateux*, que Virchow désigne après Richter et Levret sous le nom de polypes charnus, avec les *polypes muqueux* qui ont été étudiés en même temps que les métrites. Le nom de *polypes fibreux* qu'on emploie souvent pour désigner cette variété de fibromyomes a un grand inconvénient. Il prête à confusion, car certains auteurs ont désigné aussi sous ce même nom des polypes en réalité muqueux, mais qui contiennent peu de glandes et beaucoup de tissu conjonctif.

L'origine habituelle des polypes myomateux est le corps de l'utérus et très souvent le fond. Leur pédicule formé de muqueuse et d'une couche de tissu musculaire utérin contenant les vaisseaux est généralement épais. Dans certains cas, il s'atrophie, devient très grêle, les vaisseaux centraux disparaissent, et il ne reste guère que les vaisseaux de la muqueuse. Cette atrophie du pédicule est plus rare dans les fibromyomes sous-muqueux que dans les sous-péritonéaux. Leur vascularisation est donc mieux assurée et on comprend que les processus dégénératifs y soient plus rares. Virchow affirme n'avoir jamais vu de polype crétilifié. Aussi pense-t-il que les pierres ou calculs utérins dont j'ai déjà parlé se forment plutôt aux dépens de fibromyomes interstitiels dont la capsule se détruit secondairement qu'aux dépens des fibromyomes sous-muqueux.

Le même auteur fait remarquer que les polypes sont plus souvent que les

autres fibromyomes formés d'un seul noyau qui se développe excentriquement. Cependant ils peuvent acquérir un très grand volume. La tumeur commence en général à se développer dans le corps qu'elle distend. Mais en même temps qu'il subit une dilatation mécanique, l'utérus présente une hypertrophie vitale. Ses parois augmentent jusqu'à atteindre 2 ou 3 centimètres d'épaisseur, et présentent exactement la même structure que pendant la grossesse. C'est là surtout que l'expression de M. Guyon est parfaitement justifiée; on peut dire qu'il s'agit d'une grossesse fibreuse.

Quand l'utérus a subi une certaine dilatation, souvent il se met à se contracter comme pour expulser le corps étranger. La tumeur ainsi pressée tend à s'engager dans la filière du col. Quelquefois, sous l'influence de l'augmentation de volume due à la congestion et aux contractions plus énergiques, elle paraît à l'orifice externe pendant la période menstruelle et rentre ensuite dans la cavité utérine. Ce sont ces tumeurs qu'on a appelées polypes à apparitions intermittentes⁽¹⁾. Enfin le polype finit par sortir de l'utérus pour n'y plus rentrer; il est accouché et reste définitivement dans le vagin, où il peut acquérir un volume énorme, mais son pédicule est toujours dans l'utérus. Quelquefois même le pédicule entraîne avec lui le fond de la matrice qui s'invagine dans le col, c'est-à-dire qu'il se produit une inversion dont le polype est la cause.

Ces polypes peuvent évoluer d'une autre façon. L'utérus plus tolérant ne se contracte pas pour les chasser. Mais la tumeur s'accroissant dans le sens de la moindre résistance, après avoir distendu l'utérus, envoie un prolongement qui traverse le col, arrive dans le vagin et s'y épanouit. Ainsi on voit d'énormes polypes⁽²⁾ qui, implantés sur le fond de l'utérus, arrivent jusqu'à la vulve, présentant deux parties renflées l'une dans le corps, l'autre dans le vagin et une portion intermédiaire rétrécie qui correspond au col (voy. fig. 58). Bouilly⁽³⁾ a opéré un polype de ce genre qui remontait à l'ombilic et arrivait à la vulve.

Quelquefois même ces polypes font saillie hors de la vulve. Cullingworth⁽⁴⁾ en a décrit un qui était relié à l'utérus par deux pédicules. Malheureusement, il ne donne pas de détail précis sur ces deux pédicules. Il est bien probable que l'un d'eux était dû à des adhérences secondaires.

En effet, il arrive quelquefois que ces polypes contractent des adhérences.

⁽¹⁾ O. LARCHER, *Arch. gén. de méd.*, 1867, vol. I, p. 59 et 195.

⁽²⁾ Je dois signaler que M. Pozzi a proposé de réserver le nom d'énormes polypes à ceux qui remplissent la cavité du vagin et « ne peuvent franchir la vulve qu'au prix de certaines manœuvres ». (*Revue de chir.*, 1885, p. 115.) Ceux dont je parle remplissent non seulement le vagin, mais encore l'utérus.

⁽³⁾ BOUILLY, *Mercredi médical*, 1890, n° 18.

⁽⁴⁾ CULLINGWORTH, *Obstet. Journal*, juin 1876, p. 155.

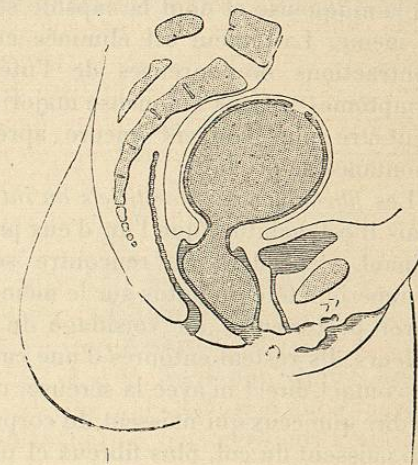


FIG. 58. — Polype fibromateux emplissant l'utérus et le vagin.

Dès le début, la muqueuse qui les revêt présente des altérations. On y trouve, je l'ai déjà dit, des lésions d'endométrite interstitielle, tandis que dans les autres points, la muqueuse présente surtout des lésions d'endométrite glandulaire. Mais quand la tumeur est accouchée dans le vagin, on observe d'autres modifications bien plus profondes. Dans certains cas, la nature de l'épithélium change, de cylindrique il devient pavimenteux, stratifié⁽¹⁾. Dans d'autres, la muqueuse s'ulcère, se détruit, et si la muqueuse du vagin ou de l'utérus subit en des points correspondants des modifications semblables, les deux plaies ainsi formées s'unissent par une cicatrice qui constitue une adhérence. Ces adhérences peuvent amener une oblitération de l'utérus, une sorte de fusion de la tumeur avec le vagin, toutes conditions qui rendent le diagnostic et l'intervention fort difficiles⁽²⁾.

Les poussées inflammatoires qui amènent l'ulcération des fibromyomes vont quelquefois beaucoup plus loin. Une partie ou même la totalité de la tumeur est frappée de gangrène. Des accidents graves peuvent survenir, mais quelquefois aussi la masse sphacélée s'élimine par fragments et la guérison se produit. Il est un autre mode de guérison qu'on observe dans ces tumeurs; c'est le détachement spontané. Virchow pense que ce qui a été donné comme tel ne se rapporte pas aux polypes, mais plutôt aux fibromyomes interstitiels placés très près de la muqueuse et dont la capsule se rompt. Quoi qu'il en soit, le résultat est le même. La tumeur est éliminée en totalité, généralement par une série de contractions douloureuses de l'utérus, mais quelquefois sans le moindre symptôme⁽³⁾. Dans l'immense majorité des cas, c'est après un accouchement et peut-être plus souvent encore après un avortement que cette élimination spontanée se produit.

Les fibromyomes interstitiels ou intra-pariétaux sont fréquemment multiples, mais il est habituel que l'un d'eux prenne un développement tout à fait prédominant. Cependant on rencontre souvent deux fibromyomes gros chacun comme une tête de fœtus sur le même utérus. Leur siège le plus fréquent est la paroi postérieure, au voisinage du fond, mais on peut en observer partout ailleurs. Ils restent entourés d'une capsule musculaire et n'arrivent jamais à être en contact direct ni avec la séreuse, ni avec la muqueuse. J'ai déjà eu l'occasion de dire que ceux qui naissent du corps sont plus musculaires et plus mous; ceux qui naissent du col, plus fibreux et plus durs. Les premiers ont des connexions plus intimes avec le tissu conjonctif qui les entoure. Il faut ajouter que les premiers sont plus vasculaires que les seconds.

Les fibromyomes interstitiels acquièrent souvent un volume énorme; on en a signalé qui pesaient jusqu'à 140 livres. C'est dans ces formes qu'on observe le plus souvent la transformation caverneuse ou télangiectasique.

Virchow signale des cas où l'utérus contenant des fibromyomes interstitiels était atrophié; en général, il est au contraire hypertrophié, et la muqueuse présente les lésions de métrite interstitielle ou glandulaire que j'ai déjà signalées. Il n'est pas de tumeurs qui influent davantage sur la forme ni sur la situation de l'utérus. La forme de l'ensemble de l'organe est parfois si profondément modifiée que même avec la pièce en main, on a beaucoup de peine à en recon-

⁽¹⁾ GOETZE, Thèse de Jéna, 1886.

⁽²⁾ DEMARQUAY. BAILLIE, *Mercredi médical*, 1867, n° 4. — CHROBACK, *Centr. für Gyn.*, 1890, p. 596.

⁽³⁾ A. ANDERSON, *Centr. für Gyn.*, 1888, n° 50, p. 492.

naître les diverses parties. Ces modifications ont une grande importance au point de vue opératoire, car elles peuvent rendre difficile la recherche des trompes et des ovaires. Dans certains cas, les trompes, bien loin d'être placées à la partie supérieure de la tumeur, en occupent le pourtour inférieur; dans d'autres, l'une est placée très haut, l'autre très bas; dans d'autres encore, l'une est en avant, l'autre en arrière. Le mieux pour trouver l'insertion des trompes est de se laisser guider par le ligament rond; mais ce guide est quelquefois difficile à suivre, car la dislocation est telle qu'on ne reconnaît rien. Cela arrive surtout quand la tumeur se développe entre les ligaments larges, et soulève le péritoine à une grande distance.

La cavité utérine presque toujours agrandie, et même d'une façon considérable, devient très irrégulière. Son axe est changé, sa forme est modifiée: à côté de points dilatés on en trouve d'autres rétrécis. L'hystéromètre ne s'engage qu'avec difficulté dans ce canal sinueux. En modifiant la courbure d'un hystéromètre malléable, on peut arriver à faire le cathétérisme; dans certains cas, il faut recourir à une sonde molle, une bougie uréthrale par exemple. Quelquefois malgré tous les efforts, le cathétérisme reste impossible.

Les déplacements de l'utérus produits par ces tumeurs sont très considérables. Quand le fibromyome se développe dans la paroi postérieure, il repousse la matrice en avant. On trouve alors le vagin remontant verticalement derrière

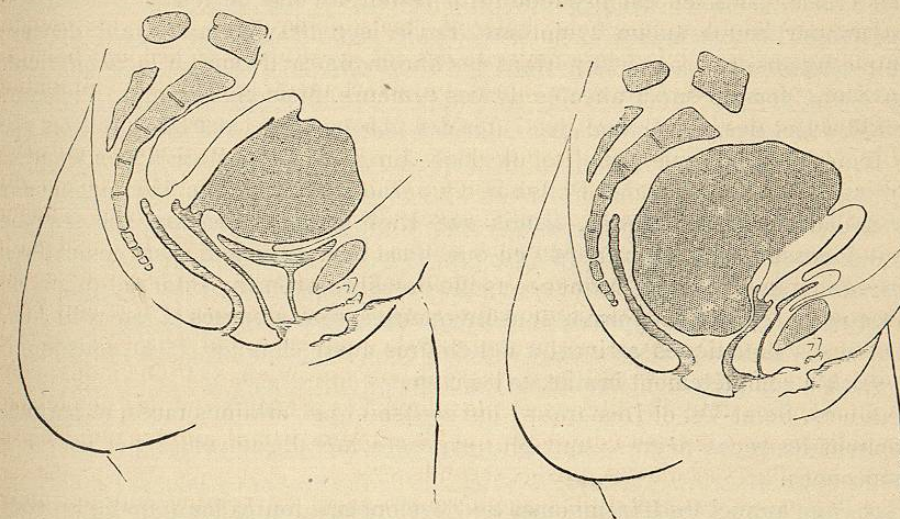


Fig. 39. — Fibromyome de la paroi postérieure repoussant l'utérus en avant et en haut.

Fig. 40. — Fibromyome de la paroi antérieure. Déformation de la vessie.

la symphyse (voy. fig. 39), et si, en même temps que cette antéposition, il se produit un certain degré d'élévation, le col peut devenir tout à fait inaccessible. Les tumeurs développées dans la paroi postérieure s'enclavent souvent, et amènent des phénomènes de compression grave du côté de la vessie et du rectum. Il en est qui font une forte saillie dans le cul-de-sac vaginal postérieur, et présentent un lobe véritablement rétro-vaginal (voy. fig. 39).

Celles qui se développent dans la paroi antérieure, plus rares, déterminent des modifications inverses. Le col est repoussé en arrière et en haut, très loin dans la courbure sacrée, où le doigt ne l'atteint que difficilement. C'est dans ce

cas-là peut-être qu'on observe les plus grandes déformations vésicales. La vessie entraînée par la tumeur s'étale sous sa face inférieure, en des points où l'on ne s'attendrait guère à la trouver, si bien qu'elle a été quelquefois perforée dans des tentatives d'électro-puncture (voy. fig. 40). On se rend compte de cette disposition sur la figure, qui est la représentation schématique d'un cas que j'ai observé.

J'ai à peine besoin de faire remarquer que les déplacements utérins produits par les fibromyomes interstitiels ne sont pas aussi simples que je les ai supposés pour la description. En même temps qu'il est refoulé en avant et en arrière, l'utérus est déjeté sur le côté, tordu sur son axe, fléchi au niveau du col, etc.

Étiologie. — L'étiologie des fibromyomes est, comme celle de tous les néoplasmes, entourée d'une profonde obscurité. Encore l'origine des néoplasmes épithéliaux a-t-elle été dans ces derniers temps l'objet de recherches fort intéressantes, bien qu'incomplètement démonstratives; pour les néoplasmes de la série conjonctive, le silence est depuis longtemps complet, et nous en sommes réduits à répéter quelques anciennes théories dont pas une, même si elle était démontrée, ne satisferait entièrement l'esprit, car elles portent sur des circonstances qui ne peuvent qu'être accessoires.

Les fibromyomes sont très fréquents, encore bien plus que la clinique ne le ferait croire, car il en est beaucoup qui restent à l'état de lésion anatomique sans donner lieu à aucun symptôme. Bayle, sur 100 femmes ayant dépassé trente-cinq ans, en trouve 20 portant des fibromyomes; Nonat, à la Salpêtrière, trouve une femme sur 5 affectée de ces tumeurs. Mais en revanche Pichaud, sur 800 autopsies, ne trouve que 7 fois des fibromyomes, et Pollok 59 fois sur 585 femmes ayant des maladies utérines. En prenant les statistiques les plus extrêmes, on voit que pour Pollok il n'y aurait même pas un fibromyome sur 100 malades gynécologiques, tandis que Klob prétend que sur 100 femmes ayant dépassé la cinquantaine, 40 en ont. Il est bien difficile d'après ces chiffres de se faire une idée de la fréquence réelle des fibromyomes. Pour ce qui est de la fréquence relative des formes sous-muqueuses, sous-séreuses et interstitielles, les diverses statistiques arrivent à des chiffres aussi éloignés. C'est pourquoi il me semble complètement inutile de les citer.

Gaillard, Saint-Vel et Demarquay ont soutenu que certaines races, et particulièrement les races nègres, sont plus exposées aux fibromyomes que les races européennes.

Sur l'âge auquel les fibromyomes se développent, toutes les statistiques sont d'accord. Ils ne débutent jamais avant la menstruation, jamais après la ménopause. On les observe surtout entre trente et cinquante ans.

C'est dans l'utérus que Conheim croit avoir trouvé un des plus remarquables exemples de sa théorie générale sur l'origine des néoplasmes. On sait que pour lui les tumeurs se développeraient aux dépens de restes embryonnaires qui auraient persisté anormalement dans les organes sans y être utilisés. Ce qui prouverait, d'après lui, que dans l'utérus il persiste des restes de cette nature, ce sont les modifications que subit la matrice pendant la gestation. Il paraît croire que l'énorme augmentation de volume qui se produit alors est due à la prolifération de ces germes. Si la gestation ne se produit pas, ces germes embryonnaires, au lieu de proliférer d'une manière normale, physiologique, s'accroissent d'une manière anormale, pathologique : voilà pourquoi on trouve

plus de fibromyomes chez les femmes vierges ou stériles que chez les femmes mariées ou fécondes.

Mais il faut dire que pour certains auteurs la stérilité, bien loin d'être la cause des fibromyomes, en est l'effet; et d'autre part, on discute encore sur la fréquence relative de ces tumeurs chez les femmes mariées et chez celles qui ne le sont pas. Les nombreuses statistiques qui ont été faites sur ce point ne me paraissent pas mériter grande créance, car on y compare brutalement, en prenant toutes les femmes atteintes de fibromyomes, le nombre des femmes mariées à celui des célibataires. Seule la statistique de Schumacher⁽¹⁾, faite sous l'inspiration de Fehling⁽²⁾, a été conçue dans un esprit juste. Voici quels en sont les résultats. Sur 1754 femmes qui se sont présentées à la clinique gynécologique de Bâle, les femmes mariées sont aux célibataires dans la proportion de 5 pour 1. Sur les 189 femmes atteintes de fibromyomes, la proportion tombe à 2 pour 1. Sur l'ensemble de la population, le nombre des femmes mariées est aux célibataires dans la proportion de 5 à 5 1/2 pour 1, suivant l'âge. On voit donc que les fibromyomes sont proportionnellement plus fréquents chez les femmes célibataires que chez les femmes mariées.

Récemment, Prochowink⁽³⁾ a fait intervenir la syphilis dans l'étiologie des fibromyomes. Il a observé 4 cas de ces tumeurs développées chez des femmes de vingt-neuf à quarante ans peu de temps après l'infection syphilitique. Sous l'influence du traitement spécifique, les tumeurs ont notablement diminué de volume, les métrorragies et les douleurs ont disparu. Dans un cas où les tumeurs étaient multiples, l'une, sous-jacente à la muqueuse, fut extirpée, et l'examen histologique a montré qu'il s'agissait non pas d'un syphilome, mais bien d'une tumeur myomateuse. S'appuyant sur ces faits, l'auteur pense que dans certains cas de prédisposition spéciale, la syphilis peut jouer le rôle d'un agent d'irritation et amener le développement de fibromyomes utérins.

L'origine irritative des fibromyomes a été très énergiquement soutenue par Virchow. Quel est l'agent irritatif, quelle est sa nature? Virchow ne l'a jamais dit. Il faut rapprocher de cette hypothèse celle d'Uter, qui pense que la métrite concomitante des fibromyomes, bien loin d'être leur effet, est au contraire leur cause. Contre l'origine irritative, on a fait remarquer que la portion vaginale du col, qui est la partie la plus exposée aux irritations, est justement le siège le plus rare de ces tumeurs, et qu'elles ne se développent pas sur les utérus prolabés.

Strassmann et Lehmann⁽⁴⁾ pensent que la cause des fibromyomes est une altération vasculaire qui porte sur l'ensemble du système circulatoire. Pour soutenir cette conception singulière, ils s'appuient sur l'existence des lésions cardiaques que l'on considère en général comme étant non pas la cause, mais bien au contraire la conséquence de ces tumeurs.

On voit que tout cela n'est que confusion, et qu'en somme notre ignorance est complète sur l'étiologie des fibromyomes de l'utérus.

Symptômes. — Il y a un grand nombre de fibromyomes même assez volumineux qui ne donnent lieu à aucune espèce de symptômes. Le début de ces

(1) SCHUMACHER, Thèse de Bâle, 1889.

(2) FEHLING, *Centr. für Gyn.*, 1890, n° 29, p. 515.

(3) PROCHOWINK, *Deutsche med. Woch.*, 1892, n° 7, p. 140.

(4) STRASSMANN et LEHMANN, *Arch. für Gyn.*, t. LVI, p. 5.