



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923. — No 81

Muse
27

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LÉIOMYOMES DE L'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 26 Janvier 1923

PAR

Pierre-Jean BERNIER

Né à Saumur, (Maine-et-Loire) le 6 Décembre 1894

Examinateurs de la Thèse { MM. BÉGOVIN, professeur *Président*
CHAVANNAZ, professeur
GUYOT, professeur *Juges.*
ROCHER, agrégé }

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18-20-22, Rue du Peugue, 18-20-22

1923



THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

SECRET

SECRET

ENCLOSURE TO MEMORANDUM

SECRET

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923. — N° 81

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES LÉIOMYOMES
DE L'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 26 Janvier 1923

PAR

Pierre-Jean BERNIER

Né à Saumur (Maine-et-Loire), le 6 Décembre 1894

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur	<i>Président</i>
		CHAVANNAZ, professeur	<i>Juges.</i>
		GUYOT, professeur	
		ROCHER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18-20-22, Rue du Peugue, 18-20-22

1923



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCE.
Clinique chirurgicale	CASSAET.	Clinique gynécologique	BEGOUIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAVANNAZ.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS
Clinique d'accouchements.	VILLAR.	Chimie biologique et médicale	DENIGES.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	CRUCHE.	Physique pharmaceutique.	SIGALAS.
Anatomie	RIVIERE.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	LE DANTEC
Anatomie générale et histologie	SABRAZES.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH
Physiologie	PICQUE.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Hygiène	G. DUBREUILH.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Médecine légale et déontologie	PACHON.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale.	AUCHE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Chimie	VERGER.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Botanique et matière médicale	BERGONIE.		
Pharmacie	CHIELLE.		
Zoologie et parasitologie	REILLE.		
Médecine expérimentale	DUPOUY.		
Clinique ophtalmologique	MANDOUL.		
	FERRE.		
	LAGRANGE.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie et embryologie	N.	Médecine générale	LEURET.
Histologie	LACOSTE, chargé.		DUPERIE.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	CREYX.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale	MICHELEAU
Parasitologie et Sciences naturelles	R. SIGALAS, chargé.		PERRENS.
Physique biologique et médicale	N...	Chirurgie générale	LANDE.
Chimie biologique et médicale	RECHOU.		ROCHER.
	N..	Obstétrique	DUVERGER
Médecine générale	MAURIAC.		PAPIN.
		Ophtalmologie	PERY.
		Pharmacie	FAUGERE.
			TEULIERES
			N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Cours de clinique dentaire	MM. CAVALIÉ
— complémentaire de médecine opératoire	VENOT.
— — d'accouchements	FAUGERE.
— — d'ophtalmologie	CABANNES.
— — de puériculture	ANDERODIAS.
— — de démonstrations et de préparations pharmaceutiques	
— — de chimie	LAFAT.
— — de pathologie interne	RANGIER.
— — d'orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes annexes de prothèse et rééducation professionnelle	CREYX.
	ROCHER.
	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA FEMME

A MES GRAND'MERES

A MON PERE ET A MA MERE

*En témoignage de ma profonde af-
fection et de ma reconnaissance*

A MES BEAUX-PARENTS

A MA TANTE

A MA SŒUR

A MES CAMARADES MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DES HOPITAUX ET DE L'ÉCOLE DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT
MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Nous quittons l'Ecole avec le souvenir ému de sa bienveillante et paternelle autorité. Qu'elle nous soit un exemple pour l'avenir.

A MONSIEUR LE DOCTEUR AURÉGAN
MÉDECIN EN CHEF DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE
SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE
DE SANTÉ DE LA MARINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BEGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Qu'il nous soit permis ici de le
remercier bien vivement de la
bienveillance qu'il nous a té-
moignée et de son empresse-
ment à nous faire le grand hon-
neur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

THE JOURNAL OF THE

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

PUBLISHED WEEKLY
CHICAGO, ILL., U.S.A.
1917

Subscription price, Five Dollars per Annum in Advance.
Single Copies, Fifteen Cents.
Entered as Second-Class Matter, May 2, 1912.
Postage paid at Chicago, Ill., and at additional mailing offices.
Acceptance for mailing at special rate of postage provided for in
Act of October 3, 1917, authorized on July 10, 1918.
Copyright, 1917, by American Medical Association

INTRODUCTION

Les fibromes de l'estomac, affection exceptionnelle, à en juger par les rares cas que l'on rencontre dans la littérature médicale, ont été déjà, néanmoins, l'objet de quelques bonnes études.

Les premières observations ont été rapportées par Vogel en 1842 dans son *Histologie pathologique*, puis Förste en 1858 et Sangalli en 1860. Virchow, le premier, en fit une étude plus détaillée : suivant l'évolution des tumeurs dans la cavité stomacale, ou vers le péritoine, il les classa en myomes externes ou internes et d'après leur nature, en myomes à évolution bénigne ou maligne.

En 1898, Steiner, dans un important travail, rapporte 21 cas de fibromyomes de l'estomac. (*Beiträge zur Klinischen Chirurgie*) dont cinq avec opérations : celle d'Eiselsberg, de Nicoladini, Herhold, Kunze et Erlach. Cette dernière est particulièrement intéressante et permit l'extirpation, chez une femme de 24 ans d'une tumeur de 5 kg. 400 gr. (*Arch. für klin Chirurgie* 1894).

Plus récemment, on trouve en France les études faites par Guilani (1904) avec les observations de Goullioud et Mollard, par Mouriquand et Gardère (1910) par Burgaud (1908), par Peugniez et Jullien (1910)

A l'étranger, nous citons tout particulièrement les travaux de Thomson (1909 et 1913), d'Outland, d'Hauswirth, de

Mc Carty, de Nadeau, de Konjetzny, et d'Eastman, qu'on trouvera à la bibliographie.

Signalons aussi d'assez nombreuses observations dont nous mentionnerons les principales, au cours de cette étude.

Nous n'avons pas la prétention de révolutionner les travaux faits jusqu'à ce jour, mais seulement de leur apporter notre modeste contribution, sous la forme d'une observation de ce léiomyome stomacal, dont la nature ne se montre pas prodigue et qui nous paraît particulièrement intéressante tant au point de vue de l'évolution clinique que des suites opératoires qui ont été parfaites.

CHAPITRE PREMIER

Observation personnelle

Monsieur X..., âgé de 55 ans a toujours joui d'une excellente santé : vie intellectuelle, très régulière, la plus grande tempérance, au point de vue personnel et antécédents familiaux, rien à signaler ; aucune tendance à la tuberculose. Père mort à 61 ans, mère morte à 76 ans.

On ne trouve dans son passé, aucun trouble gastrique, ni douleurs, ni vomissements. Digestion très facile, tout au plus une sensation de faim, qui se manifestait depuis des années, même après les repas et pendant la nuit, mais dont le malade ne souffrait pas à proprement parler, et ne s'inquiétait nullement.

Il en fut ainsi, jusqu'à l'apparition soudaine, en juin 1920, vers 11 heures du matin, c'est-à-dire, avant le déjeuner, d'une hématomèse, sans que rien ne parut la motiver. Elle fut assez abondante, couleur « marc de café », précédée d'un certain malaise et suivie d'une grande faiblesse.

Après séjour au lit, d'un mois environ, avec traitement approprié à l'ulcère qu'appréhenda l'excellent médecin traitant, le malade se rétablit, reprit complètement ses occupations, et l'alimentation ordinaire. Cet état tout à fait satisfaisant, d'autant plus satisfaisant qu'aucune douleur épigastrique, ne troublait la vie redevenue absolument normale — j'insiste intentionnellement sur ce point — se maintint jusqu'en octobre de la même année.

Pendant ce mois, une nouvelle hématomèse, à sang également noir, se produisit dans les mêmes conditions de spontanéité et d'imprévu, au début d'un repas, plus abondante que la première. Le malade s'alita de nouveau, mais pour trois mois, avec un régime aussi sévère que la première fois. Pendant ce temps pas d'hématomèse, mais l'analyse

des selles par les réactions appropriées (Weber, Cast-Meyer) fut positive pendant une dizaine de jours. Après son rétablissement, M. X..., fut radiographié : examen négatif, ni lacune, ni tumeur.

En janvier 1921, le malade reprit une vie de travail plus modéré, non qu'il ne put être plus actif, mais réglant par raison, les dépenses sur les recettes; un régime restreint, en effet, lui fut imposé : lait, aliments semi-liquides, pâtes, etc.. Cet état assez satisfaisant dura jusqu'aux premiers jours de décembre. Comme toujours absence complète de douleurs, ou autres troubles dyspeptiques, si ce n'est une sensation de faim permanente, plus accentuée peut-être qu'auparavant. Cependant M. X..., accusa, pendant le deuxième semestre de 1922, une perte de poids, de plus en plus sensible, une certaine tendance à des accès de faiblesse, à des vertiges. Pendant les dernières semaines, les selles redevinrent noires, bien que l'alimentation resta surtout lactée, l'analyse chimique n'en fut pas faite. Mais la faiblesse s'accroissant, obligea le malade à s'immobiliser et l'examen des selles ayant été reconnu positif, du moins les 4 ou 5 premiers jours. Le traitement institué : hémomystyl en ampoules, chlorure de calcium, lavements alimentaires, pendant une quinzaine de jours, n'arrêta pas l'hémorragie occulte.

A ce moment, le malade, à part de la pâleur ne présentait pas de teinte spéciale des téguments, ni de ganglions de Troisier ou autre. A la palpation, et à la percussion surtout, on avait nettement l'impression d'une petite tumeur dépassant en bas le rebord gauche des fausses côtes et difficilement mobilisable.

Une radiographie faite par Monsieur le professeur Denéchau, d'Angers, révéla la présence d'une tumeur volumineuse qui occupait la partie moyenne de l'estomac, le transformant pour ainsi dire en bissac : la partie supérieure, une fois remplie de lait bismuthé, laissait écouler lentement son contenu, par une rigole étroite, située le long de la petite courbure, et suivant de petites trainées, séparées nettement les unes des autres, qui sillonnaient la face antérieure de la tumeur, au point de faire croire à la présence d'une tumeur végétante.

Opération. — Elle fut pratiquée le 21 janvier 1922 par M. le professeur Brin, d'Angers. L'estomac libre d'adhérences, facilement extériorisé, permit l'extirpation de la tumeur, par gastrectomie annulaire; les sections supérieure et inférieure étant faites en plein tissu normal.

Suites opératoires. — Très bonnes. Pas de hausse de température appréciable. Sérum par la méthode de Murphy. L'alimentation liquide fut vite reprise.

Le 9 février (20 jours après l'opération), M. X..., est complètement guéri.

Depuis, un régime a toujours été suivi en raison de l'hyperchlorhydrie indiscutable qui s'était manifestée autrefois, et de la diminution de capacité gastrique.

M. X..., a repris complètement ses occupations; aucun trouble gastrique ni intestinal, si ce n'est une légère sensation de pesanteur post-prandiale. L'état général est parfait.

Voici d'ailleurs, depuis l'opération, la courbe du poids, suffisamment éloquente à elle seule, qui n'a pas cessé de s'accuser, même pendant les derniers mois :

21 janvier	1922	opération
9 février	—	61 k. 500
6 mars	—	65 k. 700
20 avril	—	68 k. 500
3 juin	—	68 k. 500
12 juillet	—	69 k. 400
14 août	—	70 k. 200
31 octobre	—	71 k. 900



Aspect extérieur de la tumeur. — Pour enlever tout le tissu malade, le chirurgien n'avait pas été obligé de faire les sections très loin de la tumeur. Celle-ci, en effet, au lieu de s'étaler en placard sur la paroi stomacale, était assez régulièrement sphérique du côté stomacal surtout, avec un pôle pointu du côté du péritoine, ressemblant assez exactement à une poire d'assez grosse taille. Poids 250 gr. environ. Située à la partie moyenne de la face postérieure de l'estomac, d'évolution à la fois intra et extra-cavitaire, la tumeur s'emblait d'ores et déjà s'être développée dans la couche moyenne de l'estomac, forçant la muqueuse à faire saillie en dedans et le péritoine en dehors.

Tout autour de cette masse, sur son équateur, la paroi stomacale s'insérait, sans zone de transition apparente. La surface endo-cavitaire de la tumeur, présentait les cicatrices de 2 ou 3 ulcères et un

autre en évolution, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, profond de 3 ou 4 cm. bourré de caillots et tendant à percer vers le péritoine, dont la surface extérieure apparaissait un peu rouge. Consistance : assez dure, élastique. A la coupe, le tissu résistant et criant sous le scalpel, frappait par son aspect blanc rosé, presque exsangue, et à peu près privé de vaisseaux. Une seule artère de petit calibre, se dirigeait vers le fond de l'ulcère, c'est à elle évidemment qu'on doit attribuer l'hémorragie persistante.

Examen histologique

(dû à l'obligeance de M. le professeur Sabrazès).

Muqueuse. — Légère tendance à l'adénomatose profonde, avec nombreux lymphocytes parsemés ou groupés en amas.

Sous-muqueuse. — Légèrement hypertrophiée et inégale.

Couches musculaires. — Ce qui frappe, c'est l'hypertrophie considérable des couches musculaires qui ont contribué à elles seules à la formation de la tumeur. On ne retrouve pas leur ordonnance habituelle. De minces bandes de tissu conjonctif cloisonnent çà et là les faisceaux musculaires, disposés en tourbillons. Lymphocytose diffuse.

On ne trouve rien qui puisse faire penser à un commencement de dégénérescence.

C'est un léiomyome de l'estomac.

M. Lecène examina de son côté la tumeur : il s'agit d'un myome (*Société de Chirurgie*. Séance du 8 février 1922).

Ce cas a été l'objet d'une communication de M. le professeur Brin, à la Société de Chirurgie. (Séance du 25 janvier 1922.)

CHAPITRE II

Etiologie et Pathogénie

L'étude des différentes observations publiées, de myomes de l'estomac, donne peu de renseignements sur les conditions étiologiques et pathogéniques de leur développement. Comme nous l'avons dit : leur fréquence ne paraît pas bien grande, cependant leur rareté n'est peut être que relative, car bien souvent, elles n'ont été que des trouvailles d'autopsie, ayant évolué à bas bruit, sans éveiller l'attention du patient et du médecin. Steiner, dit avoir trouvé 43 cas dont 20 comportaient un intérêt clinique. Outland en 1913, réunit dans sa statistique 79 cas parmi lesquels 28 ont été découverts, par hasard, au cours des opérations.

Un grand nombre, par conséquent est certainement passé inaperçu.

L'âge et le sexe importent peu, d'après Steiner, à l'encontre de l'opinion de Virchow, de Lubarsch qui prétendent que le léiomyome est propre à la vieillesse. A ce sujet, nous devons signaler l'observation d'Outland sur un tout jeune enfant :

OBSERVATION D'UN CAS DE LÉIOMYOME DE L'ESTOMAC CHEZ UN JEUNE ENFANT

Il n'avait pas encore 2 ans quand il commença à avoir des vomissements, à de fréquents intervalles de la journée avec violentes douleurs et une hématomèse. La palpation révélait à l'épigastre, la présen-

ce d'une tumeur de la grosseur d'une orange. L'opération fut différée en raison de l'âge de l'enfant. Elle fut faite à l'âge de 9 ans, en deux temps : gastro-entérostomie, puis deux mois plus tard gastrectomie, les vomissements ayant repris. Puis, guérison. Deux mois plus tard, l'enfant avait regagné douze livres. C'était un myome à fibres lisses de 341 gr. occupant la région du pylore.

L'un ou l'autre sexe ne paraissent pas atteints avec une plus grande fréquence.

Au sujet de la pathogénie de ces tumeurs, les divisions des auteurs, nous laissent dans la même incertitude. Pour Virchow, ces tumeurs apparaissent sous l'influence de l'irritation prolongée des parois gastrique (traumatismes, corps étrangers, inflammations chroniques, tuberculose, lésions artérielles, surtout d'origine syphilitique). Si nous nous rallions à cette théorie, nous sommes enclins à penser que l'hyperchlorhydrie, doit tenir une grande place, parmi ces causes irritatives et dans notre observation, en particulier, nous sommes frappés par la coexistence, au sein de la tumeur, de plusieurs ulcères dont deux ou trois déjà cicatrisés, par l'évolution progressive de la maladie, par l'absence objective de tumeur au premier examen radiographique, et nous avons tendance à penser que ces ulcères, ont très bien pu être la cause de cette prolifération.

Cependant, cette étiologie semble bien inconstante, et c'est pour cela que Conheim a essayé d'expliquer ces néoformations par l'inclusion fœtale dans les parois gastriques de cellules restées à l'état embryonnaire, longtemps latentes, qui évolueraient plus tard dans l'organisme, donnant naissance à une tumeur, sous l'influence d'une cause occasionnelle inconnue.

Si, alors nous nous rangeons à ces idées, nous mettons en relief, dans la même observation, le caractère absolument indolore de l'affection, dans toute son évolution, ce qui semblerait prouver que la lésion primitive, une minime ulcération, a évolué dès son début, dans un petit noyau myomateux pré-existant, tissu privé de nerfs passant facilement inaperçu à la radiographie, en raison de sa petite taille. L'ulcération s'y serait

ainsi amorcée, à la faveur de la résistance déficiente de la muqueuse, à ce niveau.

Mais il faut avouer que cette dernière théorie est purement hypothétique et, comme dit Bard, tombe devant ce fait, que les tumeurs nées des cellules de l'embryon présentent une structure spéciale et typique et diffèrent radicalement de celles des tumeurs qui naissent des cellules de l'organisme adulte.

En définitive, nous savons que c'est le tissu musculaire lisse de la tumeur de l'estomac qui donne naissance à ces tumeurs, mais la cause certaine nous échappe totalement.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

La plupart des études anatomo-pathologiques qui ont été faites, sur les tumeurs myomateuses, se rapportent à des tumeurs de l'utérus. Si celles de l'estomac leur sont superposables sur quelques points, elles offrent cependant un intérêt particulier suivant leurs rapports avec la paroi stomacale, leur aspect extérieur, leur structure microscopique et leur évolution parfois maligne.

I. ANATOMIE MACROSCOPIQUE.

De même que les fibromes utérins, les fibromyomes stomacaux évoluent soit vers la muqueuse, soit vers le péritoine : ainsi que nous le verrons, le refoulement de l'une ou de l'autre peut affecter des degrés très différents. Pour cette raison, Virchow, le premier, les a distingués : en myomes externes et internes. Remarquons que le léiomyome de notre observation, faisait saillie, à la fois au dedans et au dehors de l'estomac.

1° *Les léiomyomes externes* sont à peu près aussi fréquents que les léiomyomes internes. Leur siège de prédilection est sur la grande courbure du côté du cardia. Notons les 3 cas rapportés par Hake, tous petits myomes du cardia (*Beitrag z. klin. chir.* 1902, Bd. LXXVIII) et celui de Ferguson (*catalogue pathol. museum at Cairo* 1910). On les rencontre plus rarement au niveau de la petite courbure du pylore, ou de la

face postérieure de l'estomac. Ils se développent dans le tissu sous-séreux, refoulant le péritoine et s'insinuant, parfois, entre les deux feuilletts du grand épiploon.

Leur volume est très variable : dans bien des cas, il n'excède pas celui d'une noisette, mais le plus souvent, il dépasse celui des myomes internes, tel est le cas, où un myome atteignait la symphyse pubienne.

Leur forme est assez irrégulière, à l'encontre des myomes internes, montrant des bosselures multiples. Tantôt ils s'insèrent à l'estomac par une large base d'implantation, tantôt un pédicule se forme, de longueur et d'épaisseur variables.

Il est arrivé que par tiraillement l'estomac subit d'assez grandes déformations. Virchow rapporte un cas avec formation d'un diverticule et une muqueuse déprimée en entonnoir. Dans le cas de Kunze, l'estomac était retourné, la face antérieure étant devenue antéro-inférieure.

La tumeur peut contracter aussi des adhérences d'ordre inflammatoire, mais qui généralement n'empêchent pas la tumeur de conserver un grand degré de mobilité. Mais elles provoquent par contre de grandes difficultés opératoires.

2^o *Les léiomyomes internes* ont pour siège habituel la petite courbure, ils ont une consistance dure, une surface lisse et unie. Généralement uniques ils ont été trouvés en grand nombre, notamment par Tilp; au cours de l'autopsie d'une femme de 71 ans, il trouva tout le tractus digestif littéralement farci en quelque sorte de myomes de volumes différents, depuis un grain de mil jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. Il y en avait une vingtaine dans la région pylorique. Ces faits sont exceptionnels. Le volume de ces tumeurs est très variable, celui du plus grand nombre est comparé par les auteurs à la grosseur d'un noyau de cerise, d'une noix. Mais souvent, elles affectent un plus gros volume, comme celle de notre malade, celle de Spencer, de Ferguson, de Ruprecht (251 gr.) d'Outland (341 gr.), cas de l'enfant relaté précédemment, de Neuber, de Lowit (de la grosseur d'une tête d'adulte) d'Erlach (5 k. 400 gr.) de Kosinski (6 kgs.)

Parfois les myomes internes se pédiculisent formant ainsi de véritables polypes; variété assez fréquente qui peut donner lieu à une symptomatologie tout à fait caractéristique par obstruction du pylore.

À la coupe, les fibro-myomes montrent une surface qui varie, en général, suivant l'abondance de tissu fibreux et de vaisseaux, du blanc nacré au rouge. Le plus souvent ils sont de coloration rosée, de consistance dure et crient sous le scalpel. Par endroits existent, comme dans le cas de Mouriquand et Gardère, des points gélatineux myxoïdes (signe de malignité); parfois on observe la formation de véritables cavités kystiques remplies d'un contenu grisâtre ou des foyers hémorragiques. Le cas de Lowit, de la grosseur d'une tête d'adulte, contenait 1 litre de liquide, c'était un myome lymphangitique. Le cas de Kosinski, celui de Spencer, étaient également des tumeurs kystiques.

II. Anatomie microscopique.

La grande majorité des léiomyomes de l'estomac ont une évolution bénigne. Cependant quelques observations, entre autres, celles de Brodowski, d'Hausemann et de Goullioud, rapportent des cas à évolution maligne. Des études faites par Paviot et Bérard, Devic et Gallavardin, il ressort bien qu'il s'agit là non de sarcomes, mais de véritables néoplasmes musculaires lisses. Nous sommes donc autorisés à classer les léiomyomes en 2 catégories : la première comprendra les myomes qui restent absolument latents et ceux qui n'occasionnent que des symptômes de présence. Dans la deuxième rentrent ceux qui subissent la dégénérescence maligne.

I^o ANATOMIE MICROSCOPIQUE DES LÉIOMYOMES BÉNINS.

a) Modifications histologiques de la muqueuse.

La plupart des spécimens de tumeurs témoignent de l'épaississement de la muqueuse. Une partie de son épaississement

semble due à la contraction de la sous-muqueuse qui resserre la muqueuse sur un plus petit espace. Mais elle est surtout due à une augmentation d'épaisseur du tissu interstitiel, une épaisse couche d'éléments chroniquement enflammés séparent les tubes sécréteurs de la muscularis mucosae. Quelquefois on constate une tendance à l'adénomatose, comme dans la tumeur qui fait l'objet de notre observation.

Plus souvent la muqueuse est atrophiée : le tissu interstitiel néo-formé sépare les tubes sécréteurs les uns des autres, les comprime et forme petit à petit leur disparition progressive.

La muscularis mucosae est dans certains cas noyée dans du tissu fibreux, habituellement, légèrement hypertrophiée.

L'infiltration cellulaire qui est la principale cause de l'épaississement de la muqueuse, comprend surtout des petits lymphocytes.

Ces changements chroniques inflammatoires de la muqueuse sont associés parfois avec l'ulcération de sa surface libre et avec la perte de l'épithélium.

b) *Modifications histologiques de la sous-muqueuse.*

Dans les cas typiques, la sous-muqueuse est représentée par un tissu épais et uniforme de nature fibrillaire, les fibres ne sont pas disposées suivant un plan uniforme, mais bien qu'elles soient en partie parallèles, elles se dirigent dans toutes les directions, comme elles le feraient dans un fibrome ou dans d'autres formes de fibromatose, par exemple, la neurofibromatose, les cellules de tissu conjonctif sont rares et aplaties entre les fibres. Ça et là, on trouve des amas lymphocytaires au voisinage de la muscularis mucosae. Il y a de nombreux vaisseaux sanguins bien individualisés, appartenant probablement à la sous-muqueuse primitive et on trouve un grand nombre de capillaires, plus qu'on pouvait s'y attendre, étant donné l'état exsangue du tissu vu à l'œil nu.

Le tissu de cicatrice associé à l'ulcère quand il existe, prend

davantage l'hématoxyline, en opposition avec le tissu fibreux ; les fibres ne présentent aucune régularité dans leur arrangement, les cellules du tissu conjonctif sont plus nombreuses et les éléments du tissu sont plus serrés et moins vascularisés.

c) *Modifications histologiques de la couche musculaire.*

C'est elle qui présente les plus grandes transformations, conséquence d'une hypertrophie considérable. D'après Steiner ces modifications seraient différentes pour les myomes internes et les myomes externes : la couche de fibres circulaires s'hypertrophie et prend une disposition rayonnée pour former le noyau des myomes internes, tandis qu'elle s'arrête à la périphérie des myomes externes, dont le noyau est uniquement formé par des fibres longitudinales. Dans notre cas, les couches musculaires ont subi un tel bouleversement qu'il est impossible de les différencier. Ça et là quelques minces bandes de tissu fibreux séparent les faisceaux musculaires. Les fibres musculaires qui, à l'œil nu même, s'orientent en tourbillons, ne présentent pas de signes de dégénérescence. A un fort grossissement, les cellules se montrent sous forme d'éléments ondulés, fusiformes, terminés en pointe à leurs deux extrémités, avec un protoplasma clair et un noyau allongé, nettement différencié. Ainsi, en raison de la direction très variable des fibres musculaires, apparaissent sur la coupe des régions finement pointillées, et d'autres où les noyaux se dessinent en accents allongés et parallèles.

2° ANATOMIE MICROSCOPIQUE DES LÉIOMYOMES MALINS.

Les léiomyomes malins sont restés pendant longtemps méconnus. Lorsque ces tumeurs prenaient une évolution maligne, on parlait aussitôt de dégénérescence sarcomateuse, voulant signifier par là, que la tumeur fibromyomateuse avait seu-

lement été le théâtre d'un envahissement par un néoplasme malin, d'une tout autre origine. Ainsi pour Pierre Delbet « lorsqu'un myome se comporte comme une tumeur maligne, c'est qu'il est devenu le siège d'un autre néoplasme malin ».

Une opinion analogue a été soutenue par MM. Ménétrier et Brault. Dans une étude sur le « Cancer musculaire lisse, en général, et sur celui de l'utérus en particulier », MM. Paviot et Bérard se sont efforcés de faire la critique de ces soi-disant sarcomes greffés sur des myomes, et ils ont prouvé, en empruntant les éléments de leur démonstration aux myomes utérins à évolution rapide et à l'hystogénèse des zones myxoïdes et pseudo-kystiques, que le tissu musculaire lisse pouvait engendrer des tumeurs d'une certaine malignité locale et même de véritables cancers musculaires lisses dont les premiers éléments, difficilement reconnaissables, sous forme de petites cellules rondes, aboutissaient en fin de compte aux fibres musculaires adultes.

Ces transformations histologiques ont été étudiées sur un nombre de cas assez restreint, mais il est certain que le caractère exact de nombreuses tumeurs a échappé à un examen non averti.

Citons d'abord l'observation de Brodowsky : elle a trait à un homme de cinquante-sept ans, éprouvant depuis 3 ans des troubles gastriques et, ayant aperçu depuis 3 ans une tumeur de l'épigastre. A l'autopsie la tumeur volumineuse (6 kg.) était appendue à la grande courbure de l'estomac et avait décollé les 2 feuillets du mésentère. Le foie contenait plusieurs noyaux secondaires dont quelques-uns atteignaient la grosseur d'une pomme et dont l'examen microscopique démontra la nature musculaire.

En 1889, MM. Goullioud et Mollard ont opéré une femme de 30 ans porteuse d'un cancer musculaire de l'estomac et de l'épiploon. Voici le rapport histologique :

EXAMEN HISTOLOGIQUE D'UN LÉIOMYOME MALIN

A un fort grossissement, on constate que la tumeur épiploïque est uniquement constituée par des cellules sans interposition d'aucun stroma.

Ces cellules sont à des degrés divers de développement : les plus embryonnaires sont des cellules volumineuses, presque arrondies ou en masses sans prolongement net. D'autres sont uniformes. A un état plus avancé, elles sont constituées par un protoplasma clair et ont un noyau allongé multinucléolé, à bord net. De plus, elles tendent à se disposer en faisceaux. Un fragment de la tumeur, de la paroi stomacale, présente des caractères identiques; toutefois le tissu de celle-ci est en moyenne un peu plus embryonnaire que celui de la tumeur épiploïque.

Dans un point de cette tumeur, on retrouve un fragment de la paroi musculaire de l'estomac simplement hypertrophiée.

Il résulte de là que la tumeur est, en somme, constituée par des cellules embryonnaires du type musculaire fasciculé. Le point de départ a eu lieu vraisemblablement dans la tunique musculaire de l'estomac.

L'histologiste, M. Bard conclut ainsi : « Cette tumeur serait appelée très probablement sarcome fusiforme par un grand nombre d'histologistes ».

Un autre cas de léiomyome malin, avec généralisation ganglionnaire, développé sur la grande courbure de l'estomac, près du pylore, donne lieu à un examen histologique dû à M. Cade et que nous résumons.

Il s'agit d'une tumeur, à la constitution de laquelle la muqueuse gastrique et ses glandes n'ont pas pris part. A un faible grossissement, on voit quelques bandes de tissu fibreux et quelques faisceaux de fibres musculaires lisses se croisant sous des angles divers. Dans l'intervalle de ces faisceaux, formant des mailles très volumineuses règne

le tissu néoplasique. On y constate un amas d'éléments cellulaires allongés, fusiformes, sans stroma bien appréciable. Il paraît s'agir à première vue d'un sarcome.

A un examen plus approfondi et à un fort grossissement, on constate que ces éléments sont formés par des cellules dont l'aspect varie suivant le point de préparation. Le plus souvent, on trouve des éléments polymorphes, les uns arrondis, d'autres plus nombreux fusiformes. Ces derniers se réunissent ordinairement par groupes importants, d'apparence fasciculée.

Les cellules fusiformes peuvent rappeler un peu des éléments musculaires en voie de formation; de même que leur noyau allongé peut rappeler celui des fibres musculaires.

Les amas d'éléments néoplasiques jeunes et actifs sont situés souvent au contact des vaisseaux sanguins, d'artères dont certaines sont thrombosées.

Il semble que par places, la tunique musculaire de l'artère se continue avec les cellules fusiformes néoformées.

La tumeur provient-elle de la tunique musculaire artérielle ou bien plutôt des fibres musculaires lisses de la paroi gastrique? On ne saurait trancher la question. En tout cas, on peut noter aussi, en quelques points, des zones qui paraissent établir une transition entre la néoplasie et la musculaire gastrique.

En somme, cette tumeur qui, à un examen superficiel et surtout à l'examen de certains points des préparations, pourrait être prise pour un sarcome fusiforme, peut et doit être considérée comme un léiomyome. Celui-ci est généralement constitué par des éléments adultes; la malignité est donc soupçonnable. La preuve de celle-ci paraît être donnée par la généralisation ganglionnaire.

En effet, l'examen d'un ganglion permet de constater indéniablement l'existence des mêmes éléments cellulaires que dans la tumeur gastrique avec les mêmes variantes morphologiques, tenant à l'âge de ses éléments, à leur caractère plus ou moins embryonnaire.

Donc : léiomyome avec généralisation ganglionnaire ».

Devic et Gallavardin ont également rapporté 3 observations de myomes malins, dans le but de démontrer l'existence de

certaines tumeurs, qu'on a si souvent confondues avec des sarcomes. Ces myomes n'appartiennent pas à l'estomac. La première observation a trait à un léiomyome, de la paroi thoracique de malignité faible, purement locale. Deuxième observation : léiomyome malin de la face externe de la cuisse; 3 récidives en un an; amputation de la cuisse. Troisième observation : léiomyome de la fosse iliaque externe droite, existant depuis plusieurs années; mais ayant subi un accroissement rapide depuis 1 an 1/2, avec généralisations multiples (reins, foie, poumons, pancréas, corps thyroïde).

Nous avons rapporté tous ces faits pour prouver que le léiomyome est quelquefois susceptible de dégénérescence, par la seule modification de ses propres éléments.

Quels sont les **signes histologiques de la malignité** de ces tumeurs? MM. Devic et Gallarvardin, dans une étude approfondie, les ont ainsi déterminés :

a) *Mode de groupement des fibres-cellules*

Alors que les myomes bénins présentent des faisceaux musculaires qui s'enroulent en tourbillons, se tordent en vrille, comme nous l'avons déjà dit, dans les myomes malins, au contraire, il y a un entrecroisement très régulier de faisceaux ou même de larges bandes qui figurent dans l'ensemble un véritable nattage.

b) *Structure adulte des fibres-cellules*

C'est une loi générale de l'évolution des tumeurs que la présence et le nombre des éléments embryonnaires est un des meilleurs signes de malignité, or, ce n'est pas certainement un des caractères les moins curieux des léiomyomes malins, que de faire défaut à cette règle : les fibres-cellules malignes rappellent à tous points la cellule adulte. A cette opinion se rallient Hanot et Gilbert, Gaudolphe et Duplant.

c) *Absence de stroma conjonctif*

C'est un caractère qui a été déjà remarqué dans les observations ci-dessus. Les myomes bénins présentent, comme notre observation personnelle, des travées conjonctives, plus ou moins fines, qui cloisonnent leurs masses musculaires, si bien que ces tumeurs méritent le nom de fibro-myomes qui leur a été surtout attribué. Rien de pareil dans les léiomyomes malins : toutes les fibres et tous les faisceaux sont accolés intimement les uns aux autres, sans interposition de travées conjonctives.

c) *Extrême pauvreté en vaisseaux*

Cette absence presque totale de vaisseaux explique à la fois l'aspect blanc nacré des noyaux néoplasiques et l'apparition fréquente, au sein de ces noyaux de masses mortifiées.

e) *Existence possible de points myxoïdes*

Ils ne sont pas constants, et se confondent avec les points d'accroissement, de léiomyomes en évolution où les cellules jeunes acquièrent peu à peu leurs caractères de fibres-cellules adultes.

f) *Existence possible de formations cellulaires géantes*

Celles-ci sont caractérisées par la présence de noyaux très volumineux à forme très irrégulière, très fortement teintés par le carmin. Autour d'eux, la masse protoplasmique est notablement augmentée et s'étire en deux fuseaux géants.

g) *Ajoutons aussi la présence possible de cellules embryonnaires,*

qui ne sont pas signalées par Devic et Gallavardin, mais qui existent, dans les observations que nous avons rapportées plus haut.

On voit combien ce diagnostic est délicat, puisque l'histologie nous avertit de ne pas faire reposer sur la présence de tissus adultes une tranquille conviction à la bénignité, en attribuant à ces singulières tumeurs le cadre des lois générales qu'on a prétendu établir.

CHAPITRE IV

Symptomatologie et Diagnostic

Si les observations de léiomyomes de l'estomac, présentent des descriptions anatomiques conformes à un type, elles offrent du moins une symptomatologie qui est loin d'être uniforme, et il nous sera difficile de tracer un tableau unique.

Environ la moitié des léiomyomes évoluent sans se manifester par aucun symptôme : aussi ont-ils été souvent des surprises d'autopsie. Tel est le cas de Tilp qui trouva des fibromyomes en grand nombre, chez une malade qui n'avait jamais présenté un signe en rapport avec leur développement.

Les léiomyomes qui présentent un intérêt clinique ont une symptomatologie variable avec leur siège. Nous étudierons donc successivement les myomes internes et les myomes externes.

1^o MYOMES INTERNES. — a) La *douleur* manque bien rarement dans les différentes observations publiées. Cependant elle manquait complètement dans la nôtre. Quand elle existe, elle est vraisemblablement en rapport avec le volume et le siège de la tumeur. Les malades se plaignent de douleurs abdominales vagues et de troubles gastriques (Spencer), de troubles digestifs caractérisés, soit simplement par une difficulté permanente de la digestion soit par de violentes douleurs de siège épigastrique, avec irradiations survenant irrégulièrement, indépendamment de l'alimentation, par de violentes douleurs, au niveau de l'épigastre. Yates rapporte le cas d'un malade

de 73 ans qui souffrait d'une sensation d'angoisse au niveau de l'estomac. Pas de tumeur à la palpation. A l'opération, on constata simplement la présence à la face postérieure de l'estomac, d'un myome de la grosseur d'une noix.

b) De très petites tumeurs situées dans le voisinage du pylore peuvent provoquer de la *sténose spasmodique*. Ainsi en témoignent les deux observations suivantes :

Observation d'un cas déterminant de la sténose spasmodique du pylore
(Herhold. *Deutsche Med. Woch.*, 1898).

Femme de 37 ans, souffrait depuis 3 ans de vomissements qui survenaient immédiatement après les repas et cessaient souvent pour reparaître ensuite avec d'autant plus de violence. Traitée pour une inflammation du bas-ventre. Organes de la poitrine normaux.

L'inspection et la palpation ne font reconnaître aucune tumeur indiquant un rétrécissement du pylore. Dilatation de l'estomac modérée. Abdomen normalement sensible, tous les aliments sont rejetés. Les matières vomies ont une réaction fortement acide, on y trouve de l'acide chlorhydrique libre. Vu les anamnestiques, on admet qu'une bride péritonéale, reliquat d'une inflammation, étranglait l'estomac dans le voisinage du pylore, le tirillait et occasionnait les vomissements par spasme.

Opération. Incision de 12 cm. Après avoir relevé l'estomac, on sentit au pylore une tumeur de la grosseur d'une noix qui ne l'obstruait pas complètement. On chercha à extirper la tumeur de la paroi du pylore par une incision de 4 cm. à travers la séreuse. Mais on ne put éviter l'ouverture du pylore, car la tumeur atteignait la muqueuse et repoussait celle-ci dans l'orifice. La tumeur fut extraite avec peine de la tunique musculieuse. Guérison de la plaie dix jours après, puis alimentation.

Pas de vomissements; après 7 mois la malade a augmenté de 17 kilos.

Examen microscopique. — Faisceaux irrégulièrement disposés de fibres musculaires lisses.

Observation d'un autre cas avec sténose spasmodique.

(Poirier. *Semaine médicale*, 1903).

J'ai eu l'occasion de soigner une femme qui avait été considérée par de nombreux collègues comme atteinte d'un cancer du pylore. Je fis une laparotomie exploratrice, qui ne me permit pas de constater l'existence d'une tumeur du côté de l'estomac, du duodénum ou du foie : il s'agissait d'un spasme du pylore, dont je pus faire la discision, je remarquai alors, sur la face antérieure du pylore, une élévation du volume d'une petite noisette, dont je fis l'ablation ; l'examen histologique a montré que c'était un fibromyome pur.

La guérison a été obtenue rapidement et les troubles digestifs ont complètement disparu.

c) Cette *sténose* peut être véritablement *organique*. Elle résulte alors soit de l'obstruction par un myome volumineux du pylore, soit de l'obstruction par des polypes internes qui, à la faveur de leur grande mobilité, forment au pylore un bouchon d'autant plus hermétique que la pression du contenu stomacal est plus forte. Ces deux causes de sténose organique sont réalisées dans les deux observations suivantes :

Sténose organique du pylore par léiomyome.

(Pernice. *Beiträge zur klin. Chir.*, 1898).

Homme de 75 ans, très déprimé, cachectique, se plaint de douleurs d'estomac, qui durent, dit-il, depuis cinq jours. Ballonnement faible de l'abdomen, avec signes évidents d'un déplacement de liquide.

Le malade quitte l'hôpital dans cet état. Il y revient quatre semaines après, encore plus amaigri, se plaignant de renvois acides et de vomissements avec sensations de brûlures.

Mort deux jours après,

Diagnostic. — Carcinome.

Autopsie. — L'estomac est diminué dans la région pylorique, et faiblement dilaté dans la région du cardia.

Au voisinage du pylore, sur la paroi supéro-antérieure, on aperçoit une tumeur ovoïde, de la grosseur d'un petit œuf de poule, longue de 6 cm., large de 4 cm. Son grand axe est parallèle au pylore.

Elle est recouverte extérieurement par la séreuse épaissie, à l'intérieur par la muqueuse.

Soulevée jusqu'à la paroi de l'estomac située vis-à-vis, *au point de fermer complètement le pylore*. Consistance molle.* Structure fibreuse

Dans la région de la tumeur la muqueuse est rudé, couverte de papilles et présentant clairement un aspect mamelonné; sur la petite courbure, on voit une perte de substance, dont la base est formée par l'épiploon; une semblable à gauche de la tumeur.

Dans la partie gauche, dilatée de l'estomac, l'épaississement de la paroi est moindre.

A la partie antérieure de la grande courbure se trouve un polype de 3 cm. de long.

Examen histologique. — La tumeur du pylore présentait la structure d'un léiomyome. Le tissu conjonctif dans la tumeur même était rare, ce qui explique la consistance molle de la tumeur. A son niveau, voici les modifications que présentaient les diverses couches de la paroi de l'estomac; l'épithélium muqueux est presque tout détruit; les glandes ont disparu et sont remplacées par du tissu conjonctif. La *mucularis mucosae* est infiltrée; la sous-muqueuse est également épaissie et traversée de vaisseaux à parois épaisses; la musculouse est hypertrophiée et infiltrée de petites cellules rondes.

Sténose organique du pylore par léiomyome pédiculé.

(Cornil *Soc. anatomique de Paris*, 1863).

Un gros polype, du volume du pouce et long de 8 cm était implanté au voisinage du pylore. Poussé par les contractions de l'estomac, il s'était engagé à travers l'orifice pylorique et s'avancait jusqu'au milieu de la première portion du duodénum. La muqueuse qui le recouvrait était épaissie et semée d'un grand nombre de petits kystes visibles à l'œil nu. La masse centrale était surtout composée de tissu fibreux.

d) Les *hémorragies* constituent un symptôme assez fréquent et on est tenté à ce point de vue de les rapprocher des métrorragies des fibromes utérins. Aussi quelquefois les léiomyomes internes *simulent-ils l'ulcère*, surtout quand les hémorragies s'accompagnent d'hyperchlorhydrie et de douleurs comme dans

le cas d'Héroid (avec sténose spâsmodique) et celui de Pernice (avec sténose organique) que nous avons tous les deux exposés plus haut.

Mais souvent ces hémorragies sont vraiment en rapport avec des ulcères qui se sont greffés sur la surface de la tumeur. Il y eut des hémorragies chez notre malade, également chez l'enfant de 9 ans, dont nous avons donné l'observation au début. Glenn a cité aussi un cas de fibrome avec ulcère. Stettén a rapporté en 1920, un exemple de fibrome ulcéré simulant une tumeur maligne absolument similaire à notre observation. Pour cette raison, en voici le court exposé.

Observation d'un cas de léiomyome ulcéré, simulant le cancer.

(Stettén. *Ann. Surg.*, Phila. 1920, LXXI).

Il s'agit d'un homme de 66 ans, qui se plaignait seulement d'un malaise général. Il n'avait aucun symptôme gastrique ou intestinal et n'accusait pas de perte marquée du poids. Un examen systématique révéla une anémie secondaire modérée :

Globules rouges	3.950.000
Globules blancs	8.400
Hémoglobine	70 %

L'examen des selles, après diète carnée, révéla du sang. L'exploration avec le fil de Einhorn décéla du sang à 40 cm. des dents. La radiographie mit en évidence une perte de substance bien nette et persistante à la grande courbure, près du pylore. Elle était triangulaire et mesurait 4 cm. de côté sur l'épreuve photographique. On fit le diagnostic probable d'affection maligne, de la grande courbure et on décida d'opérer. Excision d'une tumeur ronde, dure, unie, de la grosseur d'une noix. Elle avait une capsule fibreuse peu distincte. La section de la tumeur présentait une structure ferme, rosée et fibrillaire. Mais, quelle fut notre surprise de découvrir sur un pôle de la tumeur un ulcère, arrondi de 1 cm. 5 de diamètre et à côté un autre plus petit de 0 cm. 5 de même caractère. Dans cette région ulcérée, la muqueuse était complètement détruite, mettant à nu le tissu de la tumeur.

L'examen microscopique de la section de la tumeur par le procédé hématoxyline éosine et van Giesen, montra qu'elle était formée d'un grand nombre de faisceaux entrelacés de fibres conjonctives. Sur un point, des fibres musculaires partant de la couche externe de l'estomac parcourait en tous sens le tissu de la tumeur. Par endroit on pouvait voir la capsule de tissu conjonctif. La tumeur était, sans aucun doute, de nature bénigne et pouvait être classée parmi les fibromes auxquels Aschoff reconnaît habituellement une origine périneurale. Le patient entra en convalescence et, suivant les dernières nouvelles, il jouit d'une parfaite santé. L'opération remonte à trois ans.

Ce que nous remarquons dans cette observation, c'est l'évolution maligne apparente de la tumeur et la guérison complète du malade après opération.

Thomson qui tout récemment s'est attaché particulièrement à l'étude des léiomyomes de l'estomac a insisté beaucoup sur leur rapport avec l'ulcère qu'il accuse de leur formation.

e) Consécutivement à ces symptômes, apparaissent très souvent, des *troubles de l'état général*, qui *simulent l'évolution du cancer* sans que pour cela le myome se cancérisse. Il semble toutefois que ce ne soit qu'à la longue que la santé s'altère et que l'amaigrissement apparaisse. Il en fut ainsi dans notre observation, chez l'enfant d'Outland, dans le cas de Stetten, de Poirier, cas que nous avons exposés. Nous choisissons avec intention des cas de myomes bénins.

A plus forte raison, ces symptômes alarmants se manifestent-ils avec les léiomyomes malins, susceptibles d'extension et de généralisation.

2° MYOMES EXTERNES. — Alors que ces symptômes fonctionnels appartiennent surtout aux myomes internes, les myomes externes donnent lieu le plus souvent à des *signes objectifs*. Cependant dans une observation de Tédénat (in thèse de Burgaud), le malade présentait des vomissements tardifs :

A l'opération, on trouva un myome pédiculé externe, appendu à la face antérieure de l'estomac, qui devait amener de la sténose, par tiraillement. Ce cas est unique. Généralement, on constate à l'inspection et à la palpation une tumeur de grosseur variable : du volume du poing, comme le cas de Mouriquand et Gardère à celui d'une tête d'homme.

Le siège est souvent difficile à préciser. Dans quelques cas, on constatait la tumeur au niveau de l'ombilic.

Dans l'observation de Brodowski, la tumeur s'étendait de l'hypocondre gauche à la fosse iliaque droite et était semblable à un utérus gravide.

Voici en outre deux observations de myomes externes, où nous remarquerons surtout le bon état général de ceux qui en étaient porteurs, en contraste avec le volume important de ces tumeurs, qui *simulaient* des *tumeurs abdominales*.

Léiomyome externe de l'estomac.

(Erlach. In *Steiner Beiträge z. klin. chir.* 1898).

Femme de 33 ans; depuis deux ans, elle avait remarqué par hasard dans le côté gauche du ventre, une tumeur sphérique, légèrement mobile de la grosseur du poing, qui depuis avait légèrement grossi. A part de légères douleurs d'estomac, que la malade comparaient à des crampes, *elle se portait bien*. Elle était seulement inquiétée par la grosseur de la tumeur abdominale.

Etat actuel. — Le bas-ventre est fortement dilaté par une tumeur de la grosseur d'une tête d'homme; s'avance en bas jusqu'à deux doigts de la symphyse, en haut jusqu'à une main de l'ombilic. Son diamètre le plus grand est disposé obliquement. Sa surface est unie et semble divisée en deux parties par un sillon oblique. La consistance est généralement dure. La tumeur est mobile.

L'utérus est indépendant de la tumeur.

Opération. — Après ouverture suffisante de l'abdomen, apparaît la tumeur, remplissant en grande partie la cavité abdominale.

Elle adhère, sur une étendue de 50 cm., à la petite courbure de l'estomac, qui est fortement étiré. Pour la dégager on sépare, d'abord la

membrane très vascularisée, qui recouvre la tumeur et qui est regardée comme le feuillet antérieur du petit épiploon; elle est ensuite détachée de la petite courbure et du feuillet postérieur. L'estomac est tellement étiré en longueur par la tumeur qu'il paraît à peine plus large qu'un gros intestin normal.

Examen de la tumeur. — Poids : 5.400 grammes. Plus grosse qu'une tête d'homme. La tumeur est aux deux tiers de consistance ferme, fluctuante pour le reste. A la coupe, la tumeur dans sa partie ferme, se compose de tissu fibreux, dur, avec petits lobes, et pour le reste, de tissu flasque et très œdématisé.

Examen microscopique. — La tumeur se compose de fibres musculaires lisses et s'est développée aux dépens des tuniques musculaires de l'estomac entre les feuillets du petit épiploon.

Léiomyome externe de l'estomac.

(Eiselsberg. *Arch. für klin. chir.*, 1897).

Femme de 30 ans, pas de maladies antérieures. Avait après les repas une sensation d'air voulant s'échapper de l'estomac, sans que le vomissement s'ensuivit.

Augmentation du volume du ventre et apparition d'une tumeur dure. On trouve dans la région hypogastrique une tumeur hémisphérique de la grosseur d'une tête d'homme, faisant saillie en avant.

Cette tumeur est évidemment intrapéritonéale et s'étend jusqu'à la symphyse. La surface est dure et unie. Se laisse déplacer par côtés et en haut. A la partie supérieure adhère une deuxième tumeur, de la grosseur du poing.

Diagnostic : Tumeur de l'ovaire.

Opération : Montre que la tumeur était rattachée à la grande courbure, à laquelle elle adhérait sur une surface plus large qu'une assiette.

Poids : 5.500 grammes. Se compose d'un certain nombre de bosselures séparées par des étranglements. La plus grosse a le volume d'une tête d'homme; la plus petite la grosseur d'une noisette. Au centre de la première se trouve un noyau de la grosseur d'une pomme, bien circonscrit, gris jaunâtre et mou.

C'est un fibromyome.

Ces observations nous permettent de penser qu'il n'y a rien d'étonnant à ce que la plupart des léiomyomes externes, à siège si éloigné de l'estomac et à syndrome si peu digestif, aient été confondus avec des tumeurs abdominales, comme nous le verrons dans le diagnostic.

DIAGNOSTIC. — Comme on peut le prévoir, le diagnostic des myomes externes et internes est généralement malaisé, et il a été fait bien des erreurs.

Dans toutes les observations où les myomes externes se sont manifestés cliniquement, le diagnostic fut inexact :

kyste de la rate, tumeur du mésentère, tumeur de l'ovaire, tumeur de l'intestin. Ce sont évidemment les affections de ces organes qu'il faudra savoir éliminer, mais cela semble très difficile, car, comme le font remarquer MM. Mouriquand et Gardère « il existe plusieurs causes d'erreur : c'est, d'une part, l'absence de symptômes gastriques fonctionnels, d'autre part, l'éloignement parfois très grand de la tumeur de son lieu d'origine, à cause du pédicule, enfin, les adhérences qui peuvent faire croire que la tumeur dépend étroitement d'un organe avec lequel elle n'a en réalité que des connexions secondaires, purement inflammatoires ».

D'après Steiner, le diagnostic des myomes ne serait pas impossible et on pourra en émettre l'hypothèse quand se présenteront les signes suivants :

1° Existence d'une tumeur grossièrement bosselée, intra-péritonéale, mobile, sans connexion avec le bassin et semblant dépendre de l'estomac.

2° Coexistence de douleurs ou de sensations gastriques anormales avec inappétence continuelle et constipation.

3° Quand, en outre, il n'y a pas de modification du chimisme gastrique.

Cependant, combien ces signes sont peu décisifs en présence d'un malade qui serait en même temps un dyspeptique, pour une toute autre cause : comme on l'a dit, l'estomac est si plein

de sympathie pour les autres organes, qui racontent leurs histoires en langage gastrique !

L'insufflation de l'estomac ou du colon et l'examen radiographique pourront être d'un grand secours.

Pour les myomes internes, règne la même incertitude devant un tableau clinique aussi varié : douleurs plus ou moins violentes, sténose spasmodique ou organique du pylore, hématomésès font envisager l'ulcère près du pylore, une affection cancéreuse de l'estomac, de l'œsophage. Si la tumeur a acquis un certain volume, elle sera facilement décelable à la radioscopie.

L'examen chimique du contenu stomacal pourra alors venir en aide : il sera celui d'un estomac normal, à moins qu'il n'y ait coexistence d'ulcère ou dégénérescence néoplasique.

Il faudra dans tous les cas songer au cancer, à son insidieuse éclosion, sans amaigrissement, sans douleurs, sans troubles de l'état général, de façon à agir au plus vite pour prévenir sa formation ou ses complications.

CHAPITRE V

Pronostic

La grande majorité des léiomyomes de l'estomac est de nature bénigne. 50 % des cas, environ, sont demeurés latents, se réservant comme trouvailles d'autopsie. Dans l'autre moitié, la bénignité histologique n'a pas entraîné forcément la bénignité clinique. Les myomes internes surtout ont entraîné peu à peu sur une échéance très longue et sans guérison naturelle possible, des complications de plus en plus graves. Pour eux, il ne faudra donc pas spéculer sur les améliorations spontanées de l'expectative, ce jeu dangereux pourrait conduire également, à l'éventualité rare, mais sur laquelle il faut toujours compter, de la transformation maligne, soit léiomyome malin, soit sarcome.

Pour les myomes externes, le pronostic sera, en général meilleur. Ils se développent lentement et sont en général bien tolérés. Ils n'amènent de troubles graves que par leur volume ou les déformations qu'ils font subir à l'estomac. Cependant leur inflammation amène la formation d'adhérences ce qui assombrit le pronostic des suites opératoires. Dans le cas de Nicoladoni, la tumeur avait contracté des adhérences avec les organes voisins, le colon transverse surtout, de sorte qu'à l'opération pour faire l'ablation du fibromyome né sur la grande courbure de l'estomac, il fallut en même temps réséquer le colon transverse.

L'opéré mourut de péritonite purulente, à la suite de cette intervention complexe.

Après l'opération, le pronostic sera d'abord celui de cette opération elle-même, dans ses suites immédiates et lointaines et ensuite, celui de la forme histologique de la tumeur, pour envisager le cas d'un commencement de dissémination. On aura soin dans cet examen de rechercher les signes de la malignité sur lesquels nous avons insisté au chapitre III. L'examen microscopique des ganglions sera le plus sûr garant de notre certitude.

Il va sans dire que le léiomyome malin suit les lois d'évolution de toutes les autres tumeurs malignes, extension, généralisations ganglionnaires et viscérales et en conserve le pronostic grave.

CHAPITRE VI

Traitement

Des formes cliniques et du pronostic de chaque cas, se déduit la forme spéciale du traitement : il est évident que le traitement médical ne pourra rien contre la douleur, la sténose pylorique, et les hémorragies des léiomyomes bénins, tout au plus pourra-t-il préparer un malade trop déprimé à supporter le choc opératoire. En effet, l'impuissance des moyens médicaux, la gravité progressive des symptômes à laquelle il faut nous attendre, l'éventualité de la cancérisation, véritable épée de Damoclès, nous commandent de confier le plus tôt possible ces malades au chirurgien.

Quelle intervention faire? Il est difficile de le prévoir d'avance, le traitement chirurgical des léiomyomes de l'estomac est aussi variable que leur siège, leur volume, leur base d'implantation, et c'est après laparotomie qu'il faudra prendre un parti.

Et si la plupart de ces tumeurs ont les caractéristiques des tumeurs bénignes et restent localisées, d'autres se présentent sous forme de néoplasmes envahissants : l'opération devra encore s'adapter à la variété histologique de la tumeur trouvée.

Quelles ont été les interventions pratiquées jusqu'ici?

En règle générale, ces opérations ont été plutôt des opérations d'action directe sur la tumeur, que de dérivation. Le travail de Steiner cite 4 excisions de léiomyomes de l'estomac. Elles sont dues à Nicoladini, Eiselsberg, Erlach et Kunze : un seul des opérés a survécu, ce qui donnerait une mortalité très

élevée pour ce genre d'opération. Goullioud, en 1903, fit l'ablation d'un léiomyome de la grosseur d'une tête de fœtus par une large pylorectomie et termina par une gastro-entérostomie de von Hacker. Guérison.

Certaines tumeurs bien limitées, mobiles sur les parties profondes, peuvent être extirpées, sans que la muqueuse soit intéressée. Telle est la pyroplastie sous-séreuse pratiquée par Peugniez et Jullien, pour un fibromyome de l'estomac, de la grosseur d'une noisette chez une femme de 37 ans, extrêmement anémiée, on avait d'ailleurs fait le diagnostic de cholécystite. Guérison.

Pour les myomes internes, si la tumeur est largement implantée, on essaiera de l'énucléer, sinon on fera une résection en selle, ou une résection annulaire médiogastrique ou une gastropylorectomie.

Dans le cas d'un polype, une seule incision suffit et le pédicule sera sectionné.

Pour les myomes externes, si le myome est pédiculé, l'opération consistera dans la section du pédicule, avec suture de la séreuse, si la base du pédicule est très large, il faudra faire une résection de la paroi stomacale suivie de suture. Mais des adhérences viennent souvent compliquer l'opération.

Thomson (1913) conseille de pratiquer chez les individus affaiblis par les conséquences de la sténose pylorique, une gastro-entérostomie en enlevant plusieurs ganglions hypertrophiés de la petite courbure. Si l'examen histologique de ceux-ci démontre l'existence d'un cancer, on fera plus tard la résection de la tumeur.

En terminant, c'est pour nous un agréable devoir de mentionner à nouveau, la gastrectomie annulaire médiogastrique faite par M. le Docteur Brin sur notre malade et dont les suites immédiates et lointaines ont été si brillantes.

CONCLUSIONS

I. Il existe un certain nombre de cas, auxquels nous ajoutons une observation personnelle, de tumeurs de l'estomac, développées aux dépens des fibres lisses de la tunique musculaire de la paroi.

II. Bien que leur pathogénie soit encore discutée, il semble que ces tumeurs apparaissent sous l'influence d'une irritation chronique.

III. Elles se développent soit dans la cavité stomacale (léiomyomes internes) soit vers la cavité péritonéale (léiomyomes externes), s'attachent à la paroi gastrique, par une large base ou par un pédicule et peuvent présenter un volume considérable.

IV. Elles sont en général bénignes, un petit nombre subit une évolution maligne en revêtant des caractères histologiques spéciaux, qui les différencient nettement des sarcomes.

V. 1^o La moitié environ des léiomyomes de l'estomac ne détermine aucun symptôme.

2^o Ceux qui comportent un intérêt clinique, provoquent des troubles qui varient avec le siège de la tumeur.

a) Tous les myomes internes peuvent simuler l'ulcère et le cancer de l'estomac.

b) Les myomes internes situés dans le voisinage du pylore en particulier, déterminent de la sténose organique ou spasmodique du pylore.

c) Les myomes externes provoquent des troubles en rapport avec leur volume et simulent des tumeurs abdominales.

VI. Le diagnostic de ces tumeurs est le plus souvent difficile : les myomes internes ont été confondus avec des ulcères et cancers, les myomes externes avec des tumeurs des organes voisins.

VII. Le pronostic toujours sérieux, en raison de l'évolution progressive de la maladie, et de l'éventualité de la cancérisation, commande le traitement chirurgical.

VIII. Le traitement chirurgical varie avec le siège, la base d'implantation et la nature de la tumeur.

Vu :

Le Doyen,
Dr C. SIGALAS

Vu : bon à imprimer

Le Président,
BÉGOIN.

Vu et permis d'imprimer
Bordeaux, le 16 Janvier 1923.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS



BIBLIOGRAPHIE

- Bathey.** — Fibroma of the stomach. (*Allanta Jour. Rec. med.*, 1910, X).
- Bland-Sutton.** — On fibroids, lipomas, dermoids and polypi of the stomach and intestine. (*Lancet*, London, 1920, II).
- Bonneau et Masson.** — Résection du tiers inférieur de l'estomac et de la partie initiale du duodénum par tumeur fibreuse inflammatoire. (*Bull. et mém. Soc. anatom. de Paris*, 1911 LXXXVI).
- Bouquet.** — Myome stomacal : gastrectomie partielle. (*Arch. des mal. de l'app. digestif*, Paris, 1919, X).
- Brodowsky.** — Ein ungeheures myosarcom des magens nebst secundären myosarcomen der Leber. (*Virchow's Archiv*, Bd. LXVII).
- Burgaud.** — *Thèse de Paris*, 1908.
- Mc Carthy.** — Fibroma of the stomach. (*J. Iowa state M. Soc.* Washington, 1915).
- Submucous fibroma of the stomach. (*Tr. Chicago Path. Soc.* 1913-15).
- Charlier.** — Tumeur inflammatoire sténosante d'origine tuberculeuse. (*Bull. Soc. méd. des hôpit. de Lyon* 1911, X).
- Also (*Lyon chir.* 1911, VI).
- Cheyne.** — A case of fibromyoma of the stomach. (*Brit. M. J.*, London, 1912, I).
- Cornil.** — Fibrome pédiculé. (*Soc. anatom. de Paris*, 1863).
- Delore.** — *Bulletin médical*, Paris, XIX.
- Devic et Gallavardin.** — Etude du léiomyome malin. (*Revue de chirurgie*, 1901).
- Dührssen.** — Ein sarkomatos degeneriertes Myom bei einer 60 jährigen patientin. (*Berlin klin. Wochschr.*, 1911, XLVIII).

- Eastman.** — Leiomyoma of the pylorus. (*N.-York M. J.*, 1916, CIV).
- Eisenbrey.** — Report of a case of fibromyoma of the stomach. (*Proc. N. york, Path. Soc.*, 1913, N. S. XIII).
- Erlach.** — Volumineux léiomyome. (*Arch. f. klin. Wochenschr.*, 1895).
- Farr et Glenn.** — *New-York Med. Journal*, 1913.
- Finney.** — Gastric polyposis. (*Transactions Amer. Physicians. Phila.* 1917, XXXII).
- Floersheim.** — *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1896.
- Von Friedrich.** — Ein Fall von Magenmyom. (*Deutsche mediz. Wochenschr. Berlin* 1920, XLVI).
- Giulani.** — *Thèse de Lyon*, 1903-1904.
- Glenn.** — Ulcerating myoma of the stomach. (*Proc. Path. soc. Phila.* 1914, XVI).
- Gossage.** — Two cases of non cancerous tumour of the stomach. (*Proc. Roy. soc. Med., London*, 1913, VII).
- Goullioud.** — *Congres français de chirurgie*, 1903.
- Goullioud et Mollard.** — *Lyon médical*, 1889, II.
- Gunther.** — Ueber multiple magentumoren. (*Arch. f. klin. chir.*, Berlin 1918, CX).
- Hausmann.** — Myome malin. (*Verh d. Gesellsch. deutscher Nat. u. Aerzte*, 1896, II).
- Hauswirth.** — Ueber myome des magendarmkanals. *Beitr. H. Bircher*, Tüding, 1914.
- Kosinski.** — *Arch. f. path. anat.*, Berlin LXVII.
- Konjetzny.** — Ueber magenfibrome. (*Beiträge z. klin. chir.*, Tübing, 1920, CXIX).
- Körte.** — Myom des magens. (*Deutsche med. Wochenschrift.*, Leipzig und, Berlin 1913, XLIX).
- Kurze.** — Zur kast-istia des mageamyomes. (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1895).
- Lefèvre.** — Volumineuse tumeur inflammatoire disparue après gastro-entérostomie. (*Gaz. hebdom. d. sc. méd. de Bordeaux*, 1919, XI).
- Lowit.** — Myome lymphangitique. (*Wiener klin. wochenschr.*, 2191 XL).
- Ménétrier et Durand.** — Adénome gastrique à centre fibreux. (*Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1920, XC).

- Mouriquand.** — Le léiomyome pédiculé externe de l'estomac. (*Arch. de méd. exp. et d'anat. path.*, Paris, 1910, XII).
- Nadeau.** — Benign neoplasms of the stomach. (*Tr. Chicago Path. soc.* 1915-16, X).
- Neuber.** — Die operation eines gestielten Magenmyoms. (*Wien. klin. Wochenschrift.*, 1920, XXXIII).
- Nicoladoni.** — *Beitrage z. klin. chir.*, XXXII.
- Outland.** — Myoma of the stomach. (*Ann. surg.*, Phila, 1913, LVIII).
- Payr.** — Praeparat eins ungewoöhnlich grossen magen polypen.
- Poirier.** — Myome du pylore (*Bull. et mém. soc. chir.*, Paris, 1894, XXVIII).
- Pothérat.** — Volumineuse tumeur pédiculée de l'estomac. (*Bull. et Mém. soc. de chir. de Paris*, 1913, n. s. XXXVIII).
- Roger et Baumel.** — Volumineux sarcome de l'estomac d'origine musculaire lisse. (*Montpellier médical*, 1912, XXXV).
- Von Saar.** — Ueber multiple magentumoren. (*Arch. f. klin. chir.*, Berlin, 1918, CX).
- Skeel.** — Fibroid of the stomach with perforating ulcer. (*Tr. Am. Ass. Obstr. et gynec.*, 1912).
- Spencer.** — *Proceedings of the Royal Soc. of London*, 1908-09).
- Stetten.** — Ulcerating fibroma. (*Ann. Surg.*, Phila, 1920, LXXI).
- Steiner.** — Ueber myomes des Magen. Darmkanals. (*Zeitr. z. klin. chir.*, 1898).
- Thévenot.** — *Contribution à l'étude du sarcome primitif de l'estomac*, 1920.
- Thomson.** — Fibromatosis of the stomach and its relationships to ulcer and to cancer. (*Ann. Surg.*, Phila, 1913, n. s. LVIII).
- Myoma et myosarcoma of the stomach. (*Tr. South. surg. et gynec. Ass.*, Phila., 1909, XXI).
- Tyovity.** — Statistics of benign gastric tumors. (*Orvosi hetil.*, Budapest, 1912, LVI).
- Yates.** — *Ann. of Surgery*, 1906, XLIV.
- Virchow.** — *Traité des tumeurs*.
- Ziegler.** — *Traité d'an. pathol.*
- Walther.** — Tumeur de l'estomac. (*Bull. et mém. soc. chir. de Paris* 1918, XLIV).



