

Myomes et ménopause, atrophie : dégénérescences malignes, indications : thèse présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de médecine de Montpellier le 21 juin 1907 / par Adolphe Charreire.

Contributors

Charreire, Adolphe, 1881-
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Montpellier : Impr. G. Firmin, Montane et Sicardi, 1907.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/pm6exzvx>

Provider

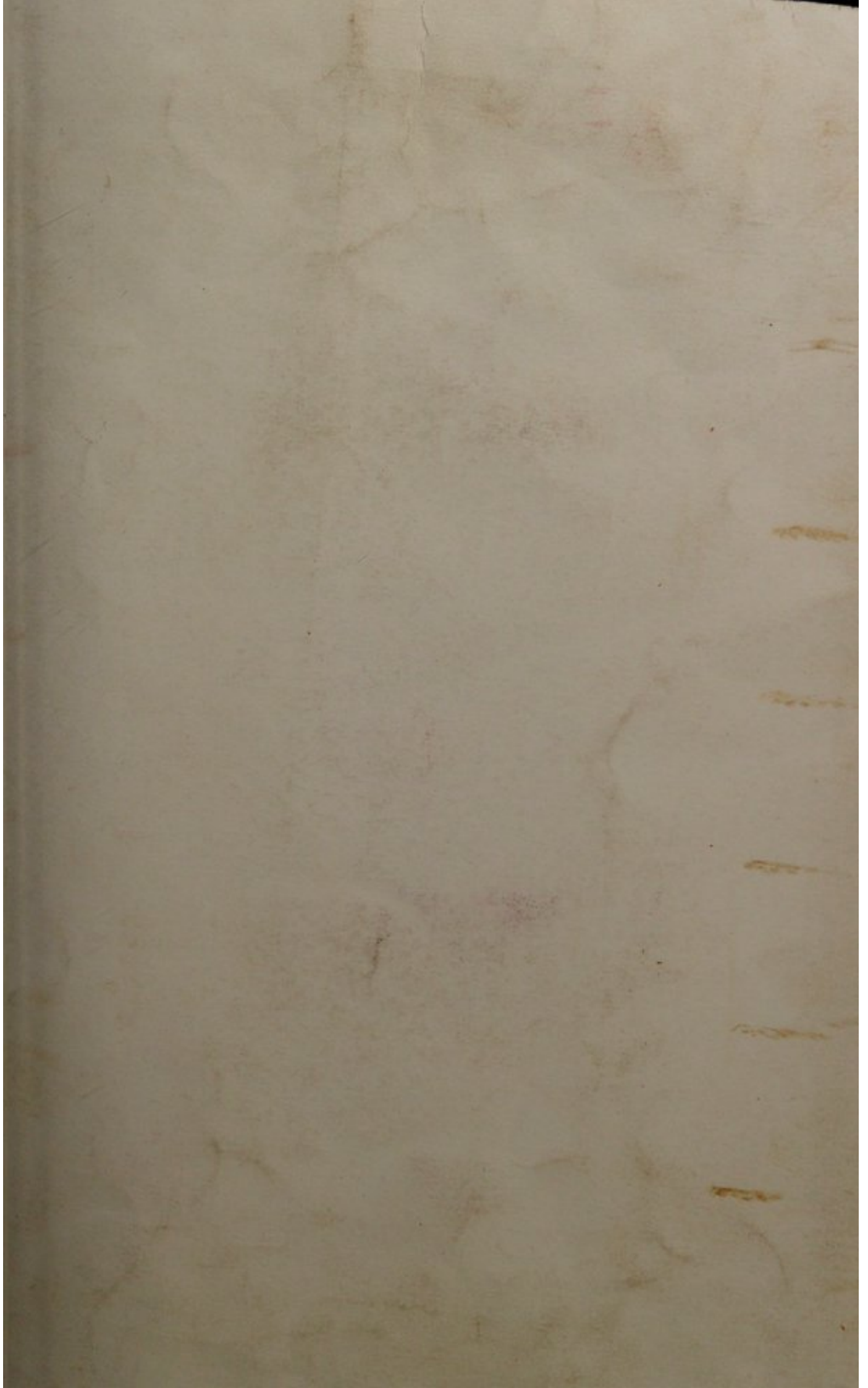
Royal College of Surgeons

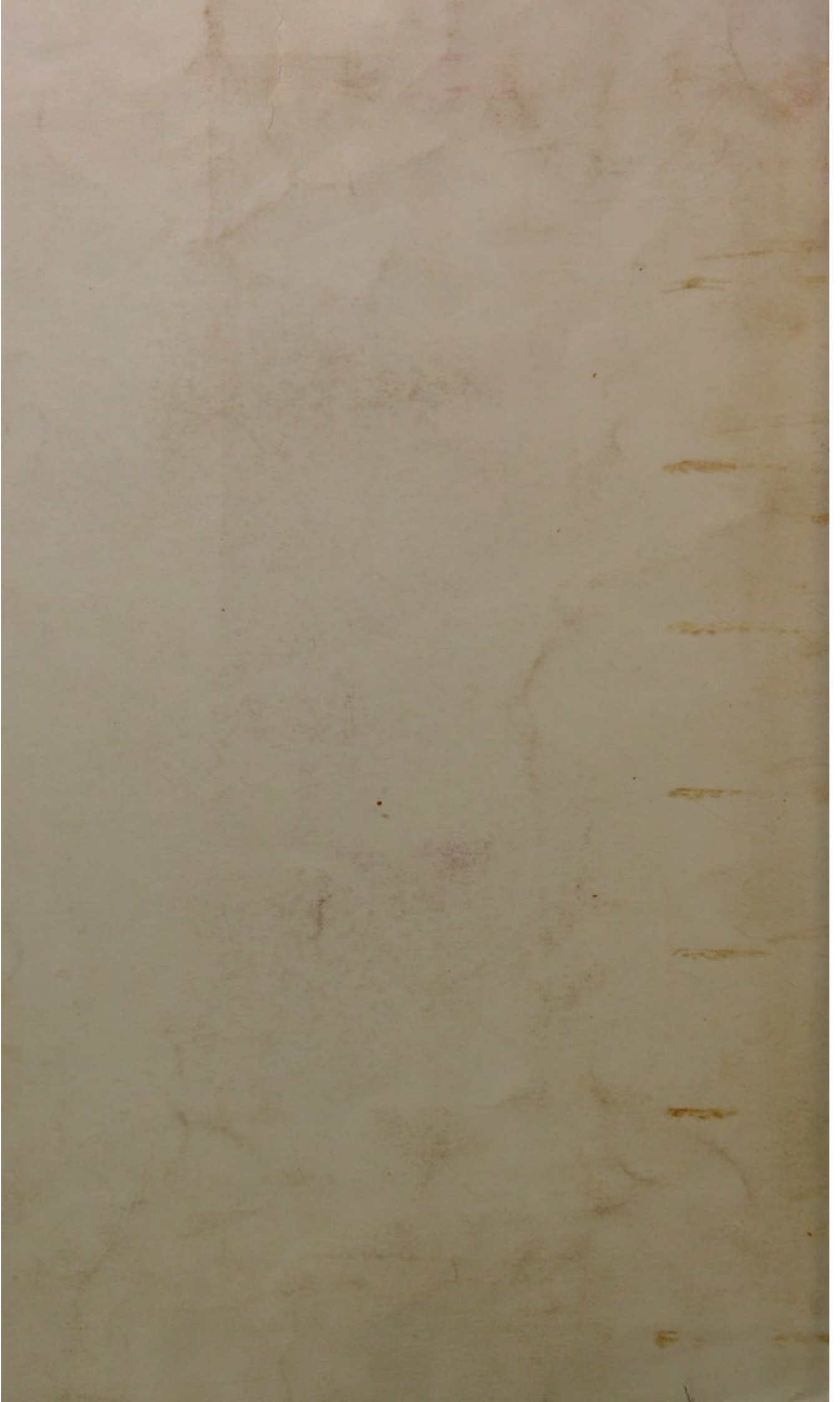
License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).

**wellcome
collection**

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>





MYOMES ET MENOPAUSE

N° 53

13

ATROPHIE

DÉGÉNÉRESCENCES MALIGNES — INDICATIONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juin 1907

PAR

M. Adolphe CHARREIRE

Né à Langogne (Lozère), le 28 avril 1881

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*)
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*)
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. RAUZIER, DE ROUVILLE

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	SOUBEIRAN, agrégé
Pathologie générale	N...
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, agrégé lib.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GAGNIERE
RAYMOND (*)	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
VIRES	SOUBEIRAN	LAPEYRE
VEDEL	GUERIN	

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, <i>président</i> .	MM. LAPEYRE, <i>agrégé</i> .
DE ROUVILLE, <i>professeur</i> .	SOUBEIRAN, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

*Faible lémoignage de ma reconnaissance
et de ma piété filiale.*

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A. CHARREIRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAPEYRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A. CHARREIRE.

AVANT-PROPOS

Les autopsies ont montré que les myomes utérins se rencontrent chez 25 % des femmes âgées de plus de 25 ans.

En admettant que cette opinion de Rod-Maclaren puisse être taxée d'exagération, il n'est pas moins vrai que cette affection est très commune.

Quoique ancienne, la question des myomes n'est donc pas dépourvue d'intérêt : c'est ce qui explique d'ailleurs les études nombreuses qu'elle a suscitées.

Les avis les plus divers ont été émis sur l'origine, la constitution, l'évolution, le traitement de ces tumeurs.

Bien des faits sont définitivement acquis à la science ; mais, on peut le dire, la question n'est pas entièrement résolue.

Nous ne saurions, dans ce modeste travail, traiter le sujet dans son ensemble ; nous ne dirons qu'un mot de l'origine et de la constitution des myomes ; nous envisagerons surtout leurs rapports avec la ménopause, les transformations de structure qu'ils peuvent subir au cours de leur évolution, les indications qu'ils comportent.

Nous citerons les opinions des Maîtres énoncées à ces différents points de vue, et nous les mettrons en parallèle avec les faits que nous avons observés dans le service de M. le professeur Tédénat.

Notre étude comprendra trois chapitres :

Le premier sera consacré à l'influence de la ménopause sur la marche des fibro-myomes.

Leurs dégénérescences malignes feront l'objet du deuxième chapitre. Dans un troisième article, avant de conclure, nous traiterons des divers traitements médicaux recommandés, des complications que les myomes peuvent susciter, et de l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

Mais avant de quitter cette Ecole, nous avons à cœur de remercier tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine pour l'enseignement qu'il nous ont donné !

M. le professeur Tédénat, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse inaugurale et en accepter la présidence, a droit à toute notre reconnaissance. Dans notre carrière médicale, nous nous souviendrons de ses précieux conseils : nous ne saurions d'autre part oublier les marques de sympathie qu'il nous a données en maintes circonstances : qu'il nous permette de l'en remercier publiquement !

Par les renseignements qu'il nous a procurés, M. le professeur de Rouville a facilité notre tâche. Nous lui en exprimons notre vive gratitude !

M. le professeur agrégé Soubeyran, qui nous a toujours honoré de son estime, a bien voulu s'intéresser à notre travail et nous communiquer deux observations ; nous l'en remercions vivement.

MYOMES ET MENOPAUSE

ATROPHIE

DÉGÉNÉRESCENCES MALIGNES — INDICATIONS

CHAPITRE PREMIER

MYOMES ET MÉNOPAUSE

(ATROPHIE)

Qu'ils naissent de la paroi même des artères utérines (Klebs, Rueger, Gottschalck, Tridondani, La Torre); qu'ils soient d'origine infectieuse (Legueu et Marien) ou le résultat d'une réaction hypertrophique du tissu utérin autour de certains vaisseaux (Keiffer), les myomes de l'utérus peuvent être sous-péritonéaux, interstitiels, sous-muqueux.

Présentant tous la même structure, qui est celle du tissu fibrillaire du muscle utérin lui-même, ils ont pour élément fondamental des faisceaux de fibres-cellules et pour élément accessoire du tissu conjonctif lâche ou du tissu fibreux (fibromyomes)

Des connexions vasculaires nombreuses les unissent à l'utérus et la clinique démontre, sans pouvoir cependant en préciser la raison, que leur développement est subordonné à leur richesse vasculaire. Les uns, en effet, sillonnés en tous sens

par un réseau serré de capillaires, ont une évolution régulière et rapide ; d'autres, au contraire, moins bien vascularisés, restent stationnaires ou ne progressent que lentement avec une symptomatologie si peu accusée que ces malades n'en soupçonnent même pas l'existence ; témoin les cas d'utérus fibromateux découverts dans les autopsies de sujets de 85 et 90 ans.

Suivant l'utérus gravide dans son évolution, ils s'hypertrophient pendant la période de gestation, pour subir la même involution que la matrice dès que le produit de conception aura été expulsé.

La vie sexuelle, l'activité fonctionnelle de l'organe, l'état général du sujet influent évidemment sur la marche de ces tumeurs et la circulation y joue un rôle très marqué.

Si, causes de dystocies et prolongeant les hémorragies menstruelles, ils ont une répercussion sur le fonctionnement de l'organe, ils sont, en retour, intimement unis à la vie de ce dernier.

Et dès lors, si sous une influence particulière l'utérus emprunte une nouvelle manière d'être, la tumeur, elle aussi, en sera modifiée.

C'est ainsi qu'au moment de la ménopause, qui apparaît ordinairement entre 40 et 50 ans, les organes génitaux internes et externes subissent un certain degré d'atrophie et que ces tumeurs diminuent de volume, rétrocedent, dans la majorité des cas au moins.

Les auteurs, cependant, ne sont pas unanimes à ce sujet : nous allons reproduire ces diverses opinions.

« Il est de tradition, dit Noble, d'affirmer que si les corps fibreux de l'utérus sont très nombreux, ils ont occasionné rarement des accidents graves, que leur évolution cesse avec la ménopause et qu'ils causent exceptionnellement la mort », et s'élève contre cette doctrine.

D'après Bedford-Fenwick, les fibromes utérins continuent à

s'accroître après la ménopause, et parfois même, ils s'aggravent plutôt qu'ils ne s'amendent.

Ch. Ryall ne croit pas, non plus, à la disparition de ces tumeurs à ce moment de la vie.

« Il est faux, écrit Arvain James, que la situation change avec la ménopause : celle-ci est, par contre, souvent retardée de 8 à 10 ans au moins, et dans beaucoup de cas, la tumeur croît plus rapidement à ce moment de l'existence. »

Riddle-Goffe se fait une règle d'enlever tout fibrome découvert chez une femme, même pendant la période de la vie sexuelle, car ils ne tendent pas à disparaître avec la cessation des règles.

Eastmann, lui aussi, enlève les utérus fibromateux parce que la situation de ces malades s'aggrave à ce moment de la vie, dans la moitié des cas au moins, plutôt qu'elle ne s'améliore.

« Gardons-nous bien, dit Jacobs, de laisser espérer aux malades atteints de fibromes la guérison au retour d'âge. Mettons, au contraire, notre responsabilité à l'abri, en réservant notre diagnostic. »

Shœmacker considère comme une hérésie médicale l'opinion populaire qui fait admettre que les fibromes utérins diminuent de volume ou cessent de croître après la ménopause. Il dit avoir opéré plusieurs malades qui ont attendu jusqu'à l'âge de 50 à 55 ans sans voir les accidents disparaître et qui se sont finalement décidées à l'opération en raison des hémorragies graves et progressives, des attaques de péritonite ou de salpingite, tandis que la santé des malades était gravement compromise par le retentissement de la maladie sur le cœur ou les reins.

Piquand est d'avis que si parfois la ménopause amène une amélioration des troubles fonctionnels ou exceptionnellement la disparition des fibromes, la période qui la précède est dangereuse dans la grande majorité des cas.

Cazenave a opéré 144 malades porteuses d'utérus fibromateux. La moitié avaient de 40 à 50 ans. Il pense que c'est aux environs de la ménopause que les fibromes deviennent gênants, dangereux et obligent les malades à se faire opérer.

Non moins nombreux sont les chirurgiens qui ne veulent accepter cette opinion et qui affirment, au contraire, que les fibro-myomes ont une tendance marquée à perdre de leur importance clinique au fur et à mesure que la malade avance en âge, approche de la cinquantaine.

Pour Alban-Doran, la disparition de fibromes au moment de la ménopause se produit généralement.

M^{me} Scharlieb croit, elle aussi, que ces tumeurs peuvent diminuer de volume après le retour d'âge. D'ailleurs, elle en a publié un cas très net.

Spencer Wells dit avoir souvent constaté la rétrocession des symptômes au moment de la ménopause.

Lawson-Tait, persuadé de l'influence heureuse qu'exerce la cessation des règles sur le développement des fibro-myomes, a pratiqué la castration ovarienne bilatérale dans le but de provoquer par une ménopause anticipée leur atrophie. Il obtint, d'ailleurs, de nombreux succès ; mais il pense toutefois que leur présence retarde souvent la ménopause indéfiniment, car il dut opérer des femmes de 55 à 60 ans en raison de véritables hémorragies menstruelles.

Pour Stopin, il est vrai que l'évolution des fibromes est retardée ainsi que la cessation des règles.

Rubeska conseille d'autant plus l'expectative au cours de l'évolution des myomes que la malade est moins éloignée de la ménopause.

La disparition complète des myomes, dit Cameron, n'a jamais lieu, mais leur atrophie survient habituellement après le retour d'âge.

Pour Parsons, la cessation des règles survient tardivement

chez les femmes porteuses d'utérus fibromateux, et, en général, ces tumeurs cessent de s'accroître et diminuent de volume.

Goclet croit aussi à l'influence bienfaisante de la ménopause sur l'évolution des fibromes.

L'arrêt des accidents, dit Czempin, impatiemment attendu à ce moment de la vie, ne constitue pas une règle absolue. Sur 72 opérations, il dut intervenir 8 fois chez des malades qui avaient dépassé la cinquantaine.

Faure a écrit : « A l'inverse des autres tumeurs, le fibrome est susceptible d'une guérison spontanée. Parfois il s'énuclée lui-même vers la cavité utérine et est ensuite expulsé par des contractions énergiques. Il n'est pas très rare de voir des femmes accoucher ainsi de fibromes volumineux et guérir radicalement. Il est moins rare encore de voir, à l'époque de la ménopause, le fibrome cesser de s'accroître, diminuer de volume et disparaître peu à peu complètement. Il ne faudrait pas cependant trop compter sur cette disparition spontanée, car si la ménopause est parfois favorable, elle est aussi particulièrement dangereuse : c'est à ce moment qu'on voit le fibrome s'arrêter dans son évolution, mais c'est à ce moment aussi qu'on le voit tout à coup prendre une allure plus rapide, changer de caractère et se transformer en une tumeur de mauvaise nature. »

Tous les praticiens, dit Tillaux, ont depuis longtemps observé que les fibro-myomes, dont la structure est, en définitive, sensiblement la même que celle du tissu utérin, participent à l'atrophie, à la régression que subit ce tissu à l'époque de la ménopause. Un fibro-myome est, par conséquent, d'autant moins grave que la femme approche davantage de la cinquantaine,

Miles Poster, sur 125 cas de fibro-myomes, fit 100 hystérectomies supra-vaginales pour hémorragies. Dans un cas seulement, elles avaient apparu après la ménopause.

Winter a étudié cette question d'après sa statistique, qui comprend 718 cas traités pour des myomes. Dans 61 de ces cas, la ménopause était accomplie. Ces résultats montrent que dans la majorité des cas, la ménopause amène l'arrêt de développement de la tumeur et la cessation des symptômes qu'elles entraînent. Quelquefois cependant, les myomes continuent à s'accroître après la ménopause, sans être atteints de dégénérescence secondaire.

« Dans la majorité des cas, dit Siredey, alors même qu'ils ont donné lieu à divers accidents pendant la vie génitale, les fibromes ont une tendance à s'atrophier après la ménopause, ou tout au moins ils restent silencieux et causent de moins en moins de gêne à partir de cette époque. »

Pour Pozzi, il arrive assez souvent que les fibromes subissent une induration progressive à partir de la ménopause, ils diminuent en même temps de volume et suivent l'involution sénile et l'atrophie de l'utérus ; la tumeur persiste encore, mais sans réveiller aucune réaction morbide. Telle est la terminaison de beaucoup de fibromes méconnus pendant la vie, qu'on trouve à l'autopsie chez de vieilles femmes. Mais cette évolution est loin d'être la règle.

M. le professeur Tédenat a constaté que environ 80 p. 100 de fibromes utérins subissent une atrophie considérable à l'époque de la ménopause. Cette atrophie équivaut à une véritable guérison.

Ces faits sont trop nombreux et trop précis pour qu'il nous soit permis d'hésiter ; aussi affirmons-nous que les myomes utérins ont une tendance à diminuer de volume, à disparaître au moment de la ménopause.

Mais par contre, si les fibro-myomes rétrocedent, il se produit très souvent un retard sérieux dans la cessation des règles. Ces malades voient encore survenir pendant des années,

8 et 10 même quelquefois, leurs hémorragies menstruelles ! D'après Kleinvachter, dans 67 p. 100 des cas, la ménopause est retardée jusqu'après 50 ans, tandis que sur 100 femmes non fibromateuses, 11 seulement atteignent leur retour d'âge après 50 ans.

Sur 120 hystérectomies abdominales, Haultain a trouvé :

80	malades	ayant	de	40	à	50	ans
8	—	—	—	50	à	60	ans
20	—			ayant plus de 60 ans			

Sur les 8 malades de 50 à 60 ans, une seule avait atteint la ménopause.

Lawson-Tait, Shoemaker et d'autres chirurgiens ont dû opérer des femmes qui avaient largement dépassé la cinquantaine, en raison de véritables hémorragies menstruelles. M. le professeur Tédénat a vu la ménopause retardée jusqu'à 52-55 ans, chez grand nombre de femmes porteuses de fibromes.

Voyons maintenant par quel mécanisme se fait la rétrocession de ces tumeurs.

Pour Jacobs : « La diminution du volume de la tumeur se fait par transformation des éléments musculaires : le tissu conjonctif se condense, se raréfie ; on assiste à une rétraction interstitielle de néoplasme : il devient dur, fibreux, cartilagineux. Ce travail accompli, la tumeur est en état de repos et peut rester telle pendant de longues années sans plus occasionner un trouble quelconque. »

Pour Claine, la régression des fibromes est due à une infiltration de sérosité ; sérosité elle-même due à des troubles vasculaires.

Lawson-Tait pense également que si les myomes diminuent,

c'est à la suite de troubles dans la circulation : « Par suite de prolifération cellulaire, dit-il, il se produit une oblitération vasculaire qui envahit la lumière des vaisseaux ; la source de nutrition disparaît : phénomène de nécrobiose ; la tumeur s'amollit et s'infiltré de liquide qui dissocie ses fibres. »

D'après Claisse, la régression de ces tumeurs après la ménopause correspond à une phase d'atrophie vasculaire : les parois des vaisseaux se sclérosent, leur calibre diminue, les processus qui dépendent du système circulatoire, subissent la même involution que lui-même et s'arrêtent.

Nous connaissons l'influence prépondérante qu'exerce l'état de la circulation sur le développement de ces tumeurs : nous ne saurions nous refuser à dire que c'est ce même facteur qui préside à leur disparition, et que la rétrocession des tumeurs fibromateuses est due à l'altération sénile, à la sclérose des vaisseaux utérins.

Telle est, dans la grande majorité des cas, la terminaison clinique des myomes au moment du retour d'âge.

Des cas non moins douteux ont été cités où ces tumeurs ont continué à évoluer après la cinquantaine sans être atteintes de dégénérescence : les myomes, en effet, prennent quelquefois un développement considérable ; ils se créent des adhérences avec les organes voisins. Et alors même que les vaisseaux utérins s'oblitérent, la tumeur n'en continue pas moins à persister, parce que alimentée par d'autres sources. Le fibrome, dit à ce sujet Gusserow, peut croître encore à la ménopause, en dehors de toute altération, lorsqu'il tire ses principaux moyens de nutrition des vaisseaux, non pas de l'appareil génital, mais des organes voisins au moyen d'adhérences secondaires. »

La ménopause donc amène, dans la majorité des cas, la diminution de volume, la disparition des myomes utérins :

nous ne disons pas *toujours* ; car, comme l'a dit Jacobs, la ménopause représente l'âge critique des myomes ; à cette époque de congestion ultime des organes du bassin, en effet, ils peuvent prendre tout à coup un accroissement rapide et présenter des transformations de mauvaise nature.

OBSERVATION PREMIÈRE

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran)

M^{me} P..., femme d'un employé au P.-L.-M., âgée de 57 ans.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures.

Femme vigoureuse et forte.

Réglée à 13 ans, toujours forte en sang.

Deux enfants à 25 et 35 ans, dont un vivant.

Métrorrhagies abondantes depuis une douzaine d'années. Il y a sept ans, la malade fut curettée à Nîmes par M. Simonnot, qui enleva de nombreux petits polypes.

L'utérus était à ce moment fibromateux et volumineux.

Les pertes continuent quoique moins abondantes.

Elle fut examinée par M. Soubeyran il y a deux ans. L'utérus était très gros (demi-ombilic et pubis) et franchement fibromyomateux.

La malade a été revue le 15 juin 1907 par M. Soubeyran, pour un cancer du sein.

La malade accuse que, depuis dix-huit mois, elle n'a plus eu de pertes rouges.

CHAPITRE II

DÉGÉNÉRESCENCES DES FIBRO-MYOMES

Dans la majorité des cas, avons-nous dit, les fibro-myomes utérins perdent de leur importance clinique, rétrocedent à la ménopause.

Nous savons aussi qu'ils peuvent survivre, continuer à s'accroître, témoin entre autres le cas rapporté par Ch. Ryall, qui enleva à une malade ménauposée depuis plusieurs années, une tumeur purement myomateuse pesant 26 livres.

Mais, en ce cas, ils subissent le plus souvent des altérations; 550 fois p. 100, d'après Cullingworth, et principalement aux environs de la ménopause.

La suppuration, la gangrène sont assez fréquemment observées : les dégénérescences graisseuse, myxomateuse, kystique seraient moins rares encore ; on note assez souvent aussi leur transformation en sarcome et en carcinome.

Etant donnée la gravité du pronostic dans ces deux dernières affections et les indications spéciales qu'elles comportent, nous nous en occuperons uniquement dans cette étude.

§ I^{er}. — DÉGÉNÉRESCENCE SARCOMATEUSE

Voilà une malade, âgée de 50 à 55 ans, porteuse depuis longtemps d'un utérus fibro-myomateux, qui attendait avec impatience la ménopause libératrice. Au lieu de rétrocéder, la

tumeur s'est ramollie, a pris rapidement un volume considérable ; des hémorragies abondantes et répétées épuisent la malade qui ne tarde pas à se cachectiser ; des troubles généraux graves apparaissent.

Une tumeur maligne quelconque s'est-elle greffée sur le myome ? Ce néoplasme est-il devenu le siège d'une métastase provenant d'une tumeur maligne développée primitivement sur un point éloigné du corps ? — Le fait est possible.

Mais, le plus souvent, après l'intervention nécessaire, l'examen histologique de la tumeur laisse voir que les fibres musculaires ont été détruites et que le tissu conjonctif a proliféré abondamment. La tumeur a subi une transformation.

Les causes de cette transformation nous échappent : « Notre ignorance sur ce point est à peu près complète, dit Lafont, et nous en sommes réduits à de simples hypothèses : traumatisme, âge... »

D'après Brault, cité par Shœker : « Le sarcome, est plus souvent primitif que secondaire, c'est-à-dire qu'il prend naissance dans le tissu fibreux de l'utérus. La trame des corps fibreux peut aussi bien que le tissu conjonctif normal donner lieu à la production de tumeurs connectives. On a dit qu'il y avait transformation sarcomateuse de fibro-myomes; cette manière d'envisager le phénomène ne paraît pas conforme à l'observation, en ce sens que le tissu conjonctif est le seul élément qui prenne part au développement de cette tumeur. De même, si dans un papillome l'élément connectif devient ultérieurement l'origine d'un sarcome simple et de sarcome mélanique, nous ne devons pas dire qu'il y a transformation du papillome en sarcome : la tumeur nouvelle est de nature conjonctive. »

Pour Pilliet et Costes, cités par Claine, « le début de la transformation cellulaire se fait au niveau des vaisseaux lymphatiques et sanguins : ce seraient les cellules endothé-

» liales de ces canaux qui s'altéreraient d'abord, la lésion
» progresse ensuite en suivant les points d'accroissement en
» s'infiltrant à travers les faisceaux conjonctifs et musculaires,
» en les envahissant enfin. »

Paviot et Bérard pensent qu'il s'agit de transformation directe des cellules musculaires elles-mêmes.

Williams reconnaît un myome sarcomateux issu des cellules musculaires d'un fibro-myome et un myo-sarcome mélangé de cellules myomateuses et sarcomateuses, dû à des altérations sarcomateuses dans les éléments du tissu conjonctif.

« La dégénérescence sarcomateuse, dit Virchow, débute par certains endroits de la substance intercellulaire, les cellules néoformées augmentent par scission ; au commencement, elles sont petites, plus tard elles grossissent et renferment des noyaux considérables comme de gros corpuscules muqueux, tandis que la substance intercellulaire devient plus molle et plus lâche. Tandis que les interstices s'élargissent, le tissu musculaire disparaît complètement dans beaucoup d'endroits. »

Quoi qu'il en soit, la dégénérescence sarcomateuse des myomes est un fait clinique indiscutable et généralement admis.

« Il est infiniment probable, a écrit Delbet, que dans la plupart des cas, et peut-être dans la totalité des cas donnés jusqu'ici comme des fibro-sarcomes, il s'agissait de transformation sarcomateuse de fibromyomes primitifs. »

« J'ai montré dès 1856, dit Péan, la facilité avec laquelle les fibromes peuvent récidiver sous forme de sarcomes. »

Doyen a publié de nombreuses observations de dégénérescence maligne de fibromes utérins qui se sont transformés en sarcomes.

Costes termine ainsi sa thèse : « Comme conclusion clinique, vu la fréquence de leur dégénérescence sarcomateuse,

» les fibro-myomes de l'utérus doivent être regardés comme
» des tumeurs graves. »

Pour Pozzi, cité par Hyenne, « il est infiniment probable
» que le fibro-sarcome utérin a toujours pour tissu matricieu-
» laire un fibro-myome ».

« On peut rencontrer, dit Laurent, des nodules avec tous
» les caractères histologiques des fibro-myomes, à côté d'une
» ou plusieurs tumeurs sarcomateuses ; des nodules en partie
» fibromateux, en partie sarcomateux sans que les éléments
» histologiques des deux tumeurs se confondent ; enfin, des cas
» où les cellules fibromateuses passaient par des transitions
» insensibles à l'état sarcomateux. »

Mme Oulesko-Stroganova l'a rencontré dans 10 0/0 des cas.
Martin l'a observée 6 fois pour 205 cas.

Jacobs, sur un chiffre de 176 opérations, en a vu 4 cas.

Tate a présenté à la Société Obstétrique de Londres des
exemples de transformation sarcomateuse des tumeurs
fibreuses.

Sturmdorf présenta également à l'Académie de médecine de
New-York une coupe macroscopique faite dans un utérus
fibromateux, montrant un exemple typique de dégénérescence
sarcomateuse directe.

Horrochs a publié un cas concernant une femme de 46 ans,
opérée pour une tumeur restée stationnaire pendant plusieurs
années, mais ayant présenté tout à coup un accroissement
rapide : il s'agissait d'un fibro-myome ayant subi la dégéné-
rescence sarcomateuse.

Victor Bonney a reproduit un cas analogue.

Boldt dit avoir observé un cas de dégénérescence sur un
nombre de 35 utérus fibromateux.

Avec H. Kelly, Cullen a étudié 1.200 à 1.300 cas de fibro-
mes utérins au point de vue histologique. Il a pu suivre la
transformation des myomes en sarcomes. Dans un cas, il y

avait plusieurs myomes et dans le même utérus existait un sarcome qui semblait être le résultat d'une transformation directe, la même tumeur présentant des aires de myome ayant subi la dégénérescence hyaline et au centre des cellules de sarcome.

Sur 218 opérations, Noble a trouvé :

Kyste unilatéral.	19 fois
Fibrome intra-ligamenteux	10 —
Rétroversion	3 —
Gangrène.	12 —
Cancer	7 —
Sarcome	2 —

Eastmann a publié la statistique suivante : 169 opérations :

Dégénérescence sarcomateuse.	1 cas.
Suppuration	1 —
Dégénérescence calcaire	2 —
— kystique	7 —
Adéno-cancer.	3 —
Nécrose	10 fois.

Dæderlein et Sarwey : 430 opérations, 293 complications observées :

Gangrène et nécrose du fibrome.	20 cas.
Dégénérescence kystique	14 —
Calcification totale ou partielle	7 —
Transformation myxomateuse	5 —
Infiltration graisseuse.	2 —
Adéno-myome.	1 —
Dégénérescence sarcomateuse.	6 —
Adhérences aux organes voisins.	39 —
Myocardite	32 —

Cazenave : 144 cas.

Dégénérescence œdémateuse	6 cas.
Fibromes sphacelés	6 —
— télangiectasique	1 —
— suppurés.	2 —
Dégénérescence kystique.	2 —
— maligne	2 —
Fibrome enflammé par torsion	1 —

M. Tédenat, sur 95 opérations faites chez des femmes entre 45 et 61 ans, a trouvé :

Sarcome.	3 fois.
Transformation kystique.	8 —
— télangiectasique	5 —
Cancer au niveau du myome	3 —

Fehling a observé cette dégénérescence sarcomateuse, dans la proportion de 2 % de cas de fibromes ; Hofmeier 5,4 % ; Pilliet et Costes 9 sur 14 cas ; Winter 4 % ; Alban-Doran 3 % ; Jacobs 2 % ; Lauwers 1,5 % ; Von Franqué 3 % ; Martin 3 %.

Pour Winter, les tumeurs sous-muqueuses seraient les plus sujettes à cette dégénérescence :

Fibromes sous-séreux	299 —	5 cas de dégénér.	=	2 %
— interstitiels	227 —	10 —	=	4 %
— s.-muqueux	126 —	11 —	=	8,7 %

D'après Piquand, au contraire, les fibromes interstitiels viendraient au 1^{er} rang : 87 fibromes dégénérés :

28 —	interstitiels
16 —	sous-péritonéaux
21 —	sous-muqueux.

Ces dernières considérations nous paraissent secondaires, il est d'un autre intérêt pour le clinicien de savoir à quel moment se produisent ces diverses transformations.

Elles peuvent se présenter à tout moment de leur évolution ; nous citons l'observation d'une malade de 32 ans, opérée par M. le Prof.-Agrégé Soubeyran, pour fibrome volumineux dégénéré en sarcome.

Mais le plus souvent, elles apparaissent aux environs de la ménopause, avant même que cette dernière soit entièrement établie.

Nous rapportons un cas (obs. III) où l'augmentation rapide de la tumeur s'observa au moment de la cessation de la menstruation. C'est à cet instant, en effet, que les fibromes se transforment ; après s'être momentanément durcis, ils se ramollissent ; purement sanguines, au début, les pertes se décolorent, prennent une odeur fétide. Il en est fait du fibromyome primitif. Non pas que la transformation soit complète, car nous pouvons rencontrer çà et là dans la tumeur du tissu ferme, d'aspect franchement fibromateux, mais il est facile d'apercevoir, au centre de cette masse principalement, un tissu mou, jaunâtre ou rougeâtre, infiltré de sérosité, où l'examen histologique découvrira les tourbillons caractéristiques.

C'est donc entre 45 et 55 ans qu'elles présentent leur maximum de fréquence. A l'appui de cette affirmation ; nous reproduisons ci-dessous diverses statistiques, ainsi qu'un tableau emprunté à Piquand.

Gessner l'a observée :

De 25 à 30 ans.....	21 fois.
30 à 35 ans.....	26 —
35 à 40 ans.....	42 —
40 à 45 ans.....	58 —
45 à 50 ans.....	78 —
50 à 55 ans.....	68 —
55 à 60 ans.....	48 —
60 à 65 ans.....	29 —
65 à 70 ans.....	7 —
Au-dessus de 70 ans.....	3 —

Sur 68 opérations, Claisse a trouvé les résultats suivants :

De 20 à 24 ans.....	1 fois.
25 à 29 ans.....	4 —
30 à 34 ans.....	11 —
35 à 39 ans.....	13 —
40 à 44 ans.....	17 —
45 à 49 ans.....	12 —
50 à 55 ans.....	10 —

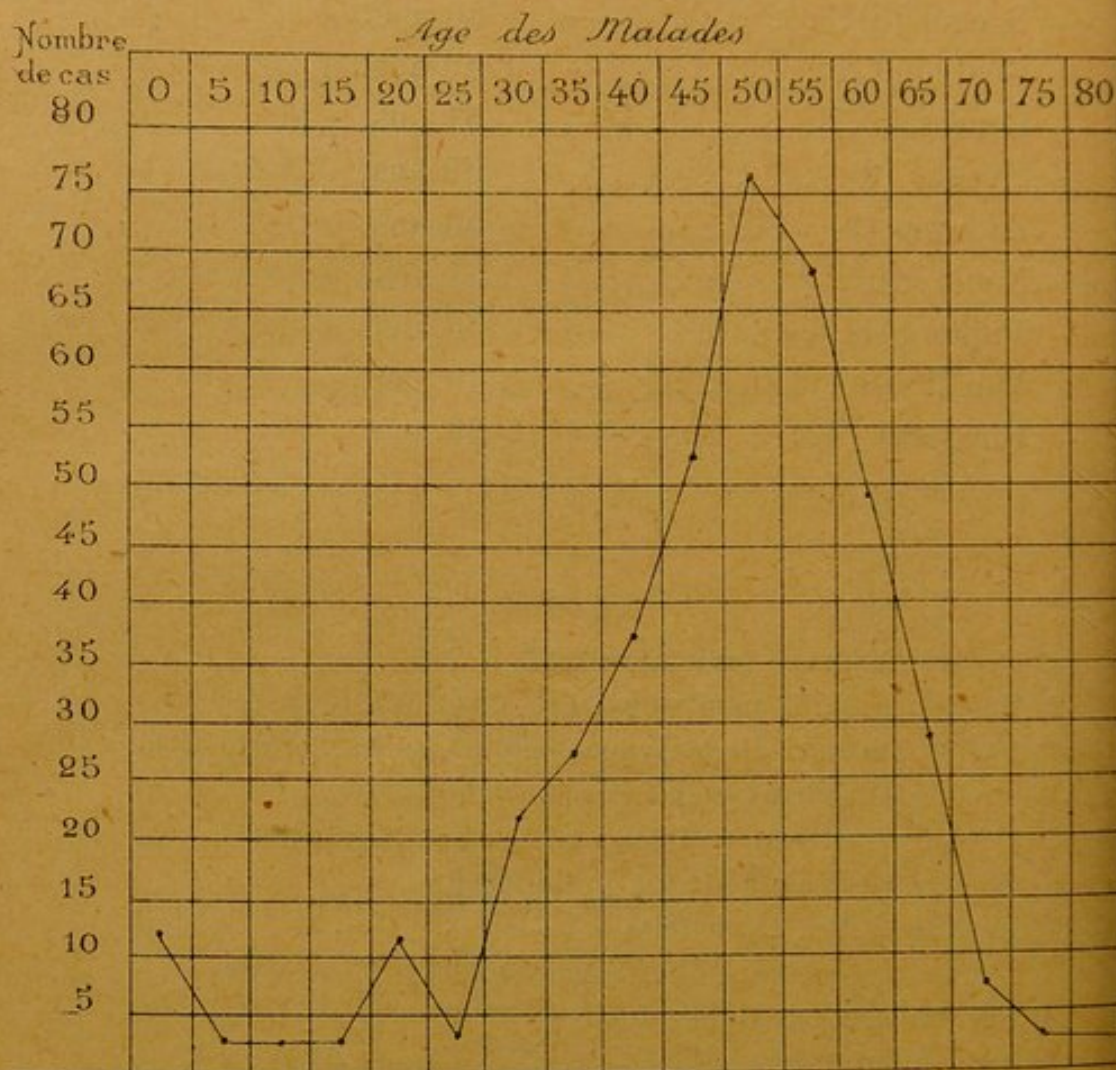
Les observations que nous reproduisons et celles que nous avons consultées nous donnent les âges suivants :

Obs. Laurent	Femme de 53 ans, non ménaup.
— Finlay	— 59 ans, mén. dep. 9 ans.
— Hyenne	— 59 ans — 5 ans.
— Onillard et Durante. .	— 48 ans.
— Griffith et Williamson.	— 56 ans.
— Richardson	— 49 ans.
— Piquand (thèse) . . .	— 49, 47, 44 ans.

— Raymon (1).	—	46 ans.
— Gusserow (2).	—	57 ans.
— Laurenhaus (3).	—	48 ans.
— Terrillon (4).	—	53 et 56 ans.
— Seeger (5).	—	50 ans.
— Goullioud (6).	—	50 ans.
— Condamin (7).	—	51 ans.
— Hyenne (8).	—	59 ans.
— Lauwers (9).	—	50 ans.
— Noble (10).	—	51 ans.
— Vinberg (11).	—	50 ans.
— Van Hoosen (12).	—	49 ans.
— Horrochs (13).	—	46 ans.

-
- (1) Progrès Médical, septembre 1881, p. 710.
(2) Handbuch. d. Frauenkrankheiten, 1886. Bd. II, p. 158.
(3) Société Obstétricale et Gynécologique. Berlin, janvier 1890.
(4) Société de Chirurgie de Paris, novembre 1890.
(5) Ueber Sarcoma uteri. Inaugural Dissert. Berlin 1891.
(6) Société Médicale de Lyon, juillet 1896.
(7) In thèse Bahri. Lyon 1895.
(8) Dégénérescence des fibro-myomes, thèse Paris, 1898.
(9) Société Belge de Gynécologie, 1897.
(10) American Journal of Obstetrics, septembre 1901.
(11) — — — — février 1902.
(12) — — — — novembre 1903.
(13) Société Obstétrique de Londres, mai 1904.

Le tableau ci-dessous fait nettement voir que le maximum de fréquence s'observe entre 45 et 55 ans.



De l'ensemble de ces faits, nous devons conclure que la dégénérescence sarcomateuse s'observe dans 3 % des cas de fibromes, et au moment où la menstruation va disparaître.

OBSERVATION II

(Professeur Tédénat)

Femme de 61 ans. Réglée entre 14 et 50 ans. Hémorragies entre 30 et 48 ans. Accouchement à 28 ans. Augmentation rapide de l'utérus entre 59 et 61 ans. Gros myome très vasculaire avec kyste sanguin du poids de 2.400 gr.

Bonne santé générale. Réglée entre 14 et 30 ans. 3 ou 4 jours, sans pertes blanches, sans douleur. Accouchement normal à 28 ans. Entre 30 et 48 ans, règles durent 6 à 8 jours abondantes, souvent avec caillots peu volumineux. Règles suspendues à 50 ans. Depuis la ménopause, quelquefois pertes aqueuses abondantes. Entre 59 et 61 ans, le ventre grossit, pesanteurs, pertes rougeâtres de temps en temps.

Le 10 mai 1895, M. Tédénat trouve la malade dans l'état suivant : pâleur, œdème léger des membres inférieurs, pouls entre 90 et 100. Utérus remontant à l'ombilic avec grosse masse du volume du poing à sa face postérieure. Pas d'ascite. Col béant et presque à niveau des culs de sac.

Hystérectomie subtotale le 19 mai 1905. Guérison en 27 jours.

L'utérus pèse 2.400 gr. Gros sinus veineux sous-péritonéaux au nombre de six, descendant vers le col. Du sommet de la masse qui s'implante largement sur la face postérieure partent trois sinus du volume d'une plume d'oie avec dilatation ampulnaire ; ils se réunissent en un sinus qui encadre circulairement la base d'implantation et se perd dans la masse myomateuse.

Sur une coupe antéro-postérieure, on voit la portion qui fait saillie se continuer avec le corps utérin sans capsule limi-

tante. Cette portion présente six cavités du volume d'une noisette à celui d'une noix, remplies de liquide rosé. Tout le reste de la masse enlevée a un aspect rouge sombre une consistance molle.

OBSERVATION III

(Prof. Tédénat)

Myome utérin du poids de 4.800 gr. avec nombreux sinus veineux et ascite hémorragique chez une femme de 51 ans, ménopausée depuis six mois. Hystérectomie abdominale sub-totale. Guérison.

Madame Cl..., 51 ans, de Sommières (Gard), est adressée à M. Tédénat par le docteur Paulet.

Femme robuste, réglée à 12 ans. Accouchements 21 et 27 ans. Les règles abondantes duraient 5 ou 6 jours, avec caillots entre 40 et 50 ans.

Pas de pertes depuis six mois. Le ventre grossit rapidement avec douleurs sourdes, affaiblissement, pâleur.

15 mars 1907 : Ascite avec tumeur remontant à l'ombilic, très développée en largeur et remplissant le pelvis.

19 mars : Hystérectomie sub-totale. Trois litres de liquide ascitique rose foncé. Guérison rapide.

La tumeur, du poids de 4.800 gr., dure, porte à sa surface de nombreuses bosselures dont le volume varie d'une noix au poing d'un enfant. A la base de chaque bosselure, gros sinus veineux de 3 à 7 millim de diamètre. Plusieurs sinus veineux convergent à un sinus collecteur de 12 à 15 millim. de diamètre, présentant des ectasies ampulliformes à parois excessivement minces et ayant l'air d'être sur le point de s'érailler. A la coupe perpendiculaire à l'axe des bosselures ou

fibromes secondaires, on voit un ou deux troncs artériels qui donnent une foule de fins vaisseaux, quelques-uns à disposition spiroïde, quelques-uns se terminant dans une ampoule du volume d'une noisette.

Ce qui est remarquable, c'est, dans ce cas, l'augmentation rapide du fibrome et l'apparition de l'ascite juste au moment de la cessation de la menstruation.

OBSERVATION IV

(Laurent. — Clinique de Bruxelles, 1894)

In Thèse Lafont, Bordeaux 1902

La femme D., de Hal, est âgée de 49 ans au moment où nous la voyons pour la première fois en 1890.

Son père est mort d'hémorragie cérébrale et sa mère de sénilité; son mari de tuberculose; chez ses enfants, rien de spécial à noter.

Elle en a eu huit; en outre, elle a fait deux fausses couches, il y a dix-neuf ans.

Tempérament lymphatique, constitution forte.

Les règles ont été normales jusqu'il y a 18 ans: à cette époque elles se sont parfois accompagnées d'hémorragies qui sont devenues plus fréquentes par la suite et même presque continues à partir de 1883. — La malade est arrivée à un degré d'épuisement extrême.

Examen: nous constatons la présence de fibromes multiples de l'utérus, envahissant le col; la matrice est mobile; pas d'adénopathie.

Opération, le 5 janvier 1890: hystérectomie abdominale et nous suturons à la paroi utérine le pédicule utérin qui renferme

des restes de tumeur. La masse extirpée présente le volume d'une tête d'adulte ; nous y comptons 7 fibromes dont plusieurs sont calcifiés.

La plaie met environ 3 mois à se cicatriser ; peu à peu la malade reprend de l'embonpoint ; la guérison peut être considérée comme complète.

4 ans après, en janvier 1894, je suis rappelé auprès d'elle. La malade dit avoir fait, en avril 1893, une chute qui avait déterminé par deux fois un évanouissement ; elle est tombée le ventre sur une pierre.

A partir de ce jour, elle s'est sentie légèrement indisposée et elle a continué à ressentir des douleurs abdominales. Elle a considérablement maigri depuis les 2 derniers mois.

Examen : tous les organes sont sains, mais à l'hypogastre, je constate la présence d'une nouvelle tumeur, dépassant le volume d'une tête d'adulte, légèrement bosselée, proliférant à partir du moignon du col utérin qu'elle réunit à la cicatrice abdominale le long de laquelle elle s'est développée, recouverte par la paroi.

Je pratique l'opération le même mois : Incision sur la cicatrice ; pénétration immédiate dans la tumeur qui renferme une certaine quantité de sang noir et un tissu mou, qui se laisse enlever par poignées. Il est impossible de retrouver des traces du fibrome cervical. L'extirpation totale de la poche étant impossible, je me contente d'en réséquer une partie et de suturer le reste à la paroi abdominale. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Examen microscopique : Sarcome à cellules fusiformes ; rares cellules géantes de 2 à 11 noyaux.

La tumeur n'a pas tardé à récidiver *in situ* et la malade est morte de cachexie 4 mois après.

OBSERVATION V

Finlay. — *The British Medical Journal*. London, 1883.

Malade âgée de 59 ans. Ménopause à 50 ans.

A son entrée à l'hôpital, on sentait une large tumeur occupant la partie inférieure de l'abdomen et s'étendant jusqu'à l'ombilic.

La malade mourut quelque temps après de péritonite.

A l'autopsie, on constatait franchement les signes d'une péritonite récente. La tumeur, qui était du volume d'une tête de fœtus, était attachée à l'utérus par un pédicule. La capsule fut ouverte et il en sortit du sang. A un certain point, le petit intestin y était adhérent et, en se développant, la tumeur avait fait irruption dans la cavité intestinale et la vessie.

Sur une coupe, la tumeur était ferme et dure et a été considérée comme un fibrome, à sa partie inférieure ; mais dans la partie supérieure, son tissu était mou et en certains points même très dilacérable.

Des généralisations secondaires se trouvaient dans plusieurs endroits, notamment dans le ganglion sous-claviculaire, dans le cœur, à la base du poumon droit et dans le rein droit.

Examen microscopique : Cet examen démontra que la tumeur était composée dans sa plus grande partie par des cellules fusiformes ; mais dans les tumeurs secondaires, les cellules rondes étaient plus nombreuses et formaient la plus grande partie de la structure des tumeurs du cœur et du poumon.

OBSERVATION VI

Résumée.

(In Thèse Hyenne. Paris 1898).

Mme E..., 59 ans, sans antécédents héréditaires et personnels. Menstruation à 14 ans. Pas de grossesse. Ménopause à 54 ans.

Il y a peu de temps que la malade a remarqué dans le côté gauche de son ventre une tumeur du volume d'une tête d'enfant.

La tumeur paraissait ne pas augmenter, mais il y a un mois, le ventre a pris en peu de jours un volume considérable.

Laparotomie. Mort par shock opératoire 7 heures après l'opération. La tumeur pesait 2 kilos 530.

Examen microscopique : Des coupes furent faites sur les diverses parties de ces tumeurs. Il s'agissait d'un fibromyome en voie de dégénérescence sarcomateuse.

OBSERVATION VII

Résumée.

Orrillard et Durante. — Société Anatomique 1894.

(In Thèse Hyenne. Paris 1898).

Femme âgée de 48 ans. Entre le 17 juin 1893 à l'hôpital Lariboisière.

Pas d'antécédents héréditaires, réglée à 15 ans régulièrement.

En octobre 1892, les règles se suspendent trois mois ; elles reparaisent en janvier 1893, sont normales en mars.

A la fin mai, règles abondantes, puis quinze jours après, métrorrhagie qui dure cinq jours. Repos au lit. Les règles sont normales en juin.

Depuis plusieurs mois, pesanteur du ventre ; peu d'appétit, État général mauvais.

Laparotomie. Mort au 5^{me} jour par péritonite.

Examen macroscopique. — Tumeur volumineuse, molle, adhérente à la vessie et au rectum, remplissant en grande partie l'excavation.

Examen histologique : Les parties dures de la tumeur sont du fibromyome normal ; les parties ramollies, du sarcome développé aux dépens des portions fibro-myomateuses ayant envahi le ligament large.

OBSERVATION VIII

(Résumée)

Griffith et Williamson, Société d'obstétrique de Londres, janvier 1906

Malade, 56 ans. Entre à l'hôpital pour sarcome utérin.

Six ans auparavant, elle avait consulté pour une tumeur abdominale, qu'on diagnostiqua comme étant un fibro-myome utérin.

Examen post mortem : l'utérus présentait plusieurs fibromyomes dont l'un renfermait un sarcome. Des tumeurs secondaires siégeaient dans les deux poumons.

OBSERVATION IX

(Communiquée par M. le professeur agrégé Soubeyran)

Malade de 32 ans, originaire de la Lozère.

Entre à l'hôpital, service de M. le professeur Tédénat, fin octobre 1906.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures. Depuis quelque temps règles sont moins espacées et plus abondantes ; le ventre a pris tout à coup et rapidement un volume considérable.

Examen : ventre énorme avec ascite. La tumeur dépasse l'ombilic.

Diagnostic : tumeur utérine solide.

Laparotomie le 8 novembre 1906 par M. le professeur-agrégé Soubeyran.

8 à 10 litres de liquide ascitique roussâtre.

Prolongement sus-ombilical de l'incision. Quelques adhérences pariétales.

La tumeur adhère par son pôle supérieur à l'épiploon qui présente 15 à 20 énormes vaisseaux serpentins, du volume du petit doigt. On en fait la ligature.

La tumeur est libérée par en haut : elle adhère à un gros appendice long de 20 centim. qui est le diverticule de Mœckel ; on le sectionne ; un pédicule le relie à la corne gauche de l'utérus ; on le coupe.

L'utérus est fibromateux, plus gros que deux poings. Hystérectomie sub-totale. Drainage vaginal. Fermeture de la paroi à trois plans.

Suite parfaite ; nécessite deux pansements. Guérison complète en un mois. Examen des pièces : tumeur bosselée, avec des poches contenant un liquide hémorragique. Poids, 11 kil., non compris l'utérus fibromateux.

Examen histologique : Fibrome dégénéré en sarcome.

§ II. — DÉGÉNÉRESCENCE CARCINOMATEUSE

Si la dégénérescence sarcomateuse des myomes utérins est généralement admise aujourd'hui, il n'en est pas de même de leur transformation en carcinome.

Morgagni, Dupuytren, Gaillard-Thomas la croyaient possible.

Cruevilher ne l'admettait pas : « Les corps fibreux utérins peuvent-ils devenir cancéreux ? Non ! Mille fois non ! A ce point que lors même que l'utérus tout entier subirait la dégénérescence cancéreuse, le corps fibreux resterait inébranlable. » Il consolait même ces derniers malades en leur disant qu'ils « auraient au moins l'avantage dans leur infirmité de n'avoir pas à redouter le cancer ».

Broca n'y croyait pas non plus.

Cornil et Ranvier, Siredey et Danlos, Delbet, Pozzi la rejettent.

Redlich cite le cas d'une femme de 45 ans ayant eu six grossesses, souffrant depuis quatre ans de métrorrhagies. A l'examen, on trouve dans le vagin un fibrome sous muqueux expulsé par la cavité utérine. La tumeur présentait des noyaux cancéreux à la partie supérieure gauche. Dans ce cas, ajoutait-il, comme dans les autres analogues, il ne s'agissait pas de

dégénérescence d'un fibrome, mais de développement concomitant des deux néoplasmes.

Est-ce une simple coïncidence? Y a-t-il rapport entre le développement des deux tumeurs? s'est demandé Claine, et se basant sur les statistiques de Schröder et de Martin qui ont trouvé parmi leurs malades gynécologiques 3 0/0 de cancer et parmi celles atteintes de fibro-myomes 3 1/2 à 4 0/0, il conclut en faveur de la coïncidence.

Rœhrig et de Boucaud ont trouvé la même proportion de 3 1/2 à 4 0/0 sur les malades ayant les deux affections: « Il est impossible, à l'heure actuelle, de l'admettre anatomiquement. » Et il conclut à la dégénérescence de débris wolffiens, de glandes de la muqueuse incluse et à l'envahissement d'un fibrome par un cancer voisin.

Alban-Doran dit à ce dernier sujet: « L'épithélioma de la muqueuse peut se propager au fibro-myome, mais il est probable que dans l'immense majorité des cas, les tumeurs ayant subi la dégénérescence sarcomateuse renfermaient primitivement des éléments épithéliaux, étant donnée la capsule, vraie barrière, et la très faible vascularisation entre utérus et fibro-myomes. *A fortiori*, cela est vrai pour les fibro-myomes carcinomateux sans dégénérescence épithéliale de la muqueuse.

Le fibro-myome, écrit Hyenne dans sa thèse, est formé de tissu musculaire et conjonctif, c'est-à-dire d'éléments ayant pour origine le feuillet moyen du blastoderme; il ne peut donc jamais en raison de sa constitution histologique et de son origine embryonnaire donner naissance à un carcinome qui est une tumeur épithéliale.

Piquand admet la coexistence assez fréquente. Sur 1000 opérations, il a rencontré quinze fois le cancer. D'après lui, la coexistence du fibrome avec le cancer du corps de l'utérus serait de 1,5 0/0 et de 2 0/0 avec celui du col.

Bland Sutton a observé huit cas de cancer sur un nombre de 500 opérations ; 63 malades avaient dépassé 55 ans.

De nombreux auteurs, cependant, croient à la possibilité de cette dégénérescence. Virchow fut le premier à l'admettre. « Il n'est pas douteux pour moi, dit-il, qu'un myome existant puisse dégénérer, pourvu qu'il se développe dans son tissu des éléments hétérologues ; le fait le plus fréquent est la dégénérescence carcinomateuse ou cancroïde des myomes de l'utérus. »

Glæser, Cœ, Rœhrig, Liebman, Ehrendorfer l'admettent.

Klob la défend aussi : « En 1862, dit-il, un singulier spécimen fut déposé au musée de Salzbourg. Dans une tumeur fibroïde du volume d'une tête d'enfant, située dans la paroi postérieure de l'utérus, il s'était développé un carcinome incontestable, sans qu'aucune autre portion du corps fût affectée. Je suis donc forcé d'admettre la possibilité d'une telle transformation quoique je ne puisse me rappeler un seul cas de cette espèce, soit dans la littérature, soit d'après mon expérience personnelle. »

Schultz rapporte le fait suivant : Pendant une laparotomie pour fibro-myome, le professeur Skutsch trouve la tumeur très adhérente à l'intestin et ne peut l'extraire. Pendant ces manœuvres, une petite déchirure se produisit sur la face postérieure de la masse fibreuse, d'où il sortit une bouillie d'aspect encéphaloïde. Examinée séance tenante, cette bouillie fut reconnue carcinome. Schultz déclare qu'il s'agissait d'un fibrome dégénéré en carcinome.

Cazenave l'admet aussi. Dans une de ses statistiques que nous avons citée, deux dégénérescences malignes furent observées. Il s'agissait, dans un cas, d'un fibro-sarcome ; dans l'autre cas, c'était un fibrome qui *coïncidait* avec un cancer du corps et qui *avait subi la dégénérescence épithéliale*.

Richardson a observé un certain nombre de cas de fibromes

utérins, soit *associés* au cancer du col, soit *compliqués* de dégénérescence maligne de leur propre tissu.

Schröder tout en établissant que cette dégénérescence débute rarement par la tumeur elle-même, mais commence ordinairement par la muqueuse qui l'enveloppe, cite les cas de Klob, de Babes, de Boetlicher et le sien dans lesquels des cancers s'étaient développés au centre des myomes.

Bender et Lardennois ont présenté à la Société d'Anatomie des coupes pratiquées à différents niveaux qui montraient que les cellules épithéliales présentaient en tous points des caractères absolument identiques. Il s'agissait donc bien d'une dégénérescence secondaire d'un fibromyome utérin.

Winter pense que l'utérus fibromateux est un terrain très favorable pour l'éclosion d'un cancer épithélial; ce qui semble le prouver, dit-il, c'est qu'il est rare de rencontrer un utérus épithéliomateux dont les parois ne renferment pas quelques nodules fibromateux, sinon de véritables fibromyomes. D'après lui, les utérus fibromateux sont le plus souvent atteints de cancer du corps.

Orloff, sur 55 cas, a trouvé 4 fois dans les myomes qu'il a observés des éléments épithéliaux, ce qui pour lui, explique la tendance générative maligne de certaines de ces tumeurs.

Nevroken a publié l'observation suivante : Malade visitée il y a 3 ans par un gynécologue qui reconnaît la présence d'un myome, mais ne conseille pas l'opération. La malade revient au bout de 3 ans après pour douleurs, hémorragies, augmentation de la tumeur. La tumeur fut enlevée; c'était un myome volumineux avec çà et là des noyaux cancéreux.

Ces différents avis ne nous permettent pas de conclure avec précision. Nous savons d'une part, en effet, que ces deux tumeurs sont de lignées histologiques différentes et qu'il leur est difficile, par conséquent, de se transformer l'une dans l'autre; d'autre part les observations de William, Lejeune,

Richet, Cornil et Boissier, Mundt, les cas de Klob, Schultz, Richardson, que nous avons rapportés, laissent clairement voir qu'un épithélioma peut se développer au sein des myomes. Qu'il s'agisse en ce cas de dégénérescence de débris wolffiens, de débris de la muqueuse utérine, ou de propagation de voisinage, il est un fait constant pour nous, à savoir, que les tumeurs fibromateuses peuvent au moins provoquer le carcinome aux dépens de la muqueuse qui les recouvre. Le danger est le même.

Leur présence simultanée sur un même utérus a été constatée 7/218 (Noble), 3/169 (Eastmann), 1/144 (Cazenave), 2/156 (Jacobs), 2/200 (Lauwers), 2/205 (Martin), 6/196 (Olshausen), 4/109 (Bouilly), 3/250 (Duret)..., ce qui représente une proportion de 1,5 à 2^o/_o.

En ce qui concerne l'âge des malades, on observe le plus généralement le développement du carcinome quelques années après la ménopause.

Les malades dont nous avons pu consulter les observations, avaient :

(Obs. Tédénat	Femme de 52 ans.
— Mundt	— 53 ans.
— Broca (1)	— 52 ans.
— Ehrendorfer(2).	— 53 ans, mén. dep. 3 ans
— Wein (3).	— 59 ans.
— Bouilly (4).	— 50 ans, mén. dep. 2 ans.
— Lauwers (5)	— 59 ans.

(1) Société Anatomique, 1855.

(2) Arch. für Gyn., 1892.

(3) Revue Médicale de l'Est, 1891.

(4) Société Anatomique. Paris, 1894.

(5) Société Belge de Gyn. et Obst., 1897.

Obs. Jacobs (1)	—	59 ans.
— Tédénat (2).	—	63 ans.
— Richelot (3)	—	56 ans, mén. à 50 ans.

La ménopause représente donc, comme l'a dit Jacobs, l'âge critique des myomes. C'est à ce moment qu'ils disparaissent ; c'est quelques années après qu'ils subissent la dégénérescence sarcomateuse dans la proportion de 3 0/0, que l'on remarque le développement du carcinome dans 1,5 à 2 0/0 des cas.

OBSERVATION X

(Professeur Tédénat)

Myome interstitiel du fond de l'utérus
Epithélioma végétant de la muqueuse corporeale creusant le myome

Femme de 52 ans, réglée entre 15 et 49 ans, ayant à nouveau des pertes continues depuis 51 ans, fétides depuis quatre ou cinq mois.

Cette femme, mère de deux enfants (accouchements à 23 et 29 ans), avait eu des règles plus abondantes, mais pas de vraies hémorragies entre 30 ans et 49 ans. Alors la ménopause s'était franchement établie.

Hystérectomie abdominale totale le 10 février 1900. Guérison. La malade se porta bien pendant treize mois, puis eut des pertes aqueuses et sanguinolentes fétides et succomba dix-huit mois après l'opération.

(1) Société Belge de Gyn. et Obst., 1897.

(2) In thèse Boissier. Montpellier, 1899.

(3) Société de Chirurgie, décembre 1906.

OBSERVATION XI

Cornil et Boissier. — Société Anatomique, juin 1875. — In thèse Piquand.

Mme R..., âgée de 53 ans, morte avec des symptômes de péritonite.

A l'autopsie, on trouve une tumeur du volume d'un cerveau d'adulte, développée aux dépens du corps de l'utérus ; cette tumeur est très irrégulièrement bosselée, de consistance inégale, molle, ou même fluctuante en certains endroits. A la coupe, la tumeur paraît formée à la périphérie d'un tissu ferme, dur, d'apparence fibreuse ; au centre, par un tissu mou présentant une cavité irrégulière remplie d'une sorte de bouillie jaunâtre et d'un liquide caséeux.

Examen histologique. — La partie périphérique est formée par des faisceaux de fibres musculaires lisses et de fibres conjonctives ; au-dessous, on trouve une couche de tissu conjonctif renfermant de nombreuses cellules lymphatiques. La partie centrale de la tumeur est formée par du tissu fibro-conjonctif, ramolli, renfermant de nombreux îlots carcinomateux. Au milieu de chaque zone on voit un vaisseau rempli de sang ; tout autour du vaisseau, le tissu est formé par un reticulum de tissu conjonctif ; les mailles de ce réseau sont remplies de cellules épithéliales caractéristiques.

OBSERVATION XII

Mundt. — In thèse Piquand.

Utérus à fibromes multiples enlevé par hystérectomie abdominale, chez une femme de 38 ans. Un fibrome sous-muqueux, saillant dans la cavité utérine renferme en certains points des formations d'apparence glandulaire, en d'autres, des formations épithéliales : on trouve des nappes irrégulières de cellules cylindriques ou polyédriques avec corps protoplasmique abondant et noyau vésiculeux ; en certains points les éléments présentent une disposition alvéolaire et les cellules formant plusieurs couches superposées sont orientées perpendiculairement au bord de l'alvéole. Il s'agit donc indubitablement d'un épithélioma cylindrique développé dans un myome.

CHAPITRE III

TRAITEMENT. — INDICATIONS

L'évolution des tumeurs myomateuses nous étant connue, quelle doit être la conduite du praticien ?

Polk a publié dix observations de ces malades à qui il donnait de l'extrait de glande thyroïde. Dans tous les cas, sauf un, il y a eu amélioration et d'autant plus sensible que le traitement a été suivi plus longtemps. Il a remarqué, en particulier, la cessation des pertes, l'arrêt de développement de la tumeur, la disparition des douleurs, l'augmentation d'énergie et de poids. Les résultats obtenus seraient d'autant meilleurs que les tumeurs se rapprochent le plus du type myome pur.

Sans doute, ces résultats sont très encourageants; mais il faut toutefois faire observer que cette méthode ne va pas sans inconvénients, car la tachycardie, l'agitation, l'insomnie, des troubles gastriques ne tardent pas à apparaître.

Kisch recommande le traitement thermal, les eaux alcalino-sodiques des stations de Cudowa, Nauheim, Wissigen, combinées à l'ingestion d'eaux ferrugineuses. Il croit pouvoir affirmer que la croissance des myomes est influencée et que l'on peut même obtenir leur régression.

Wilson emploie l'iodure de potassium, l'ergot et ses dérivés. Contre les hémorragies, il ordonne le repos, les applications iodées sur la muqueuse utérine, les injections chaudes, un sac d'eau chaude appliqué sur la portion dorso-lombaire du

rachis. Il y joint les purgatifs salins, l'antipyrine, le chloral ou la morphine.

L'électricité a été utilisée avec un certain succès : sous forme de courants continus, un pôle placé dans le vagin jusqu'au col, une plaque sur la paroi abdominale. Parsons a publié trois cas ainsi traités et respectivement surveillés pendant 7, 9 et 14 ans où l'évolution fut bonne et ne nécessita pas l'opération. Apostoli, suivant sa méthode, a obtenu 95 fois sur 100 les résultats anatomiques suivants :

Régression anatomique du fibrome variant de $1/5$ à $1/3$ et quelquefois $1/2$, mais jamais disparition totale. Il a remarqué l'arrêt très rapide et durable des hémorragies.

L'hydrastis, l'hamamelis, les bromures sont avantageusement employés.

Tel est l'ensemble des moyens non sanglants préconisés dans la lutte contre les fibromyomes.

Le praticien ne doit pas hésiter à en faire usage : et nous ordonnerons à ces malades le repos, les injections chaudes, l'iodure de potassium, l'ergotine ; nous leur recommanderons les stations thermales de Lamotte, La Mouillère-les-Bains, Vichy, Vals, Salies-de-Béarn, Salins-Kreuznach, Balaruc, dans l'espérance d'obtenir la sédation des symptômes en attendant que la nature fasse son œuvre bienfaisante, au moment de la ménopause.

Mais, ne luttant que contre l'élément symptôme, cette méthode ne sera que palliative : les phénomènes douloureux peuvent s'amender, mais si la tumeur continue à s'accroître, si la période menstruelle se prolonge à 10-12 jours avant que des troubles irréparables se produisent, le praticien doit faire entrevoir à ces malades les bienfaits d'une intervention chirurgicale.

INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Puisqu'il tend à perdre de son importance aux approches de la cinquantaine, le myome, n'est pas, par lui-même, une indication d'intervention.

Cependant, ces tumeurs bénignes de nature, se sont quelquefois comportées comme des tumeurs malignes, en donnant naissance à des métastases : Schlagenhauser a publié l'observation d'une malade qu'il opéra pour un myome et à l'autopsie de laquelle on trouva 5 noyaux métastatiques dans le poumon, 3 dans le foie ; et l'examen histologique démontra que ces noyaux pulmonaires et hépatiques étaient des myomes purs.

Devic et Gallavardin ont publié un cas analogue, avec propagation au rectum et généralisation péritonéale, hépatique, diaphragmatique et pulmonaire.

Ces métastases sont loin d'être fréquentes ; d'après Schlagenhauser, 5 cas seulement seraient connus dans la science.

Mais il apparaît souvent des complications.

L'hydrosalpinx, l'hydronéphrose, la torsion du pédicule, la suppuration, des adhérences péritonéales graves, l'ascite d'origine péritonéale, ainsi que des troubles nerveux, ont été observés.

Le cœur est fréquemment dégénéré chez les femmes atteintes de fibromes, myofibromatose cardiaque, cœur gras, cœur brun ; le fibro-myome agit sur le muscle cardiaque presque à la même façon que le goître : le cœur bat faux.

La vessie est rarement altérée, mais souvent déplacée et attirée en haut par la tumeur.

L'albuminurie n'est point rare, avec ou sans lésions rénales.

Ces complications sont graves : « nous sommes obligés d'intervenir, dit Kessler, chaque fois que nous constaterons un fibrome pouvant exercer une action nocive sur le cœur, même dans le cas où la tumeur ne donne lieu par elle-même à aucun trouble », et l'albuminurie sans lésions rénales, produite par la compression de l'uretère, est évidemment une indication d'intervention chirurgicale.

Des métrorrhagies épuisantes, une tumeur volumineuse exerçant une action fâcheuse sur la circulation intra-abdominale, la compression du rectum, de la vessie, une augmentation rapide par dégénérescence secondaire, la gangrène spontanée des fibro-myomes sous-muqueux, le développement de varices à l'anus, aux extrémités inférieures du corps, aux organes génitaux externes, sont autant d'accidents graves qui ne permettent pas au chirurgien de rester indécis.

Peu lui importe le siège de la tumeur, mais il prendra en considération sérieuse l'âge de la malade et les troubles apportés à son état général.

Certaines méthodes chirurgicales, que l'on peut, à notre avis, appeler du nom de préventives, ont été conseillées avant d'en arriver à une opération totale.

Nous voulons parler du curettage utérin, de la ligature des artères utérines, de la castration ovarienne.

Même dans les cas les plus favorables, le premier de ces procédés est un moyen très incertain : il est d'ailleurs presque oublié.

La ligature des artères utérines, pratiquée par Gottschalk a pu amener la rétrocession des symptômes et la diminution du volume des tumeurs ; les plus justiciables de la méthode sont les myomes interstitiels développés dans la portion inférieure et moyenne de la matrice : les chances de succès sont d'autant plus grandes que la tumeur est moins volumineuse et la femme plus rapprochée de la ménopause.

La castration ovarienne bilatérale, opération de Battey, souvent employée par Lawson-Tait, Hégar, a donné des résultats.

Des guérisons ont été obtenues : Kummer dit en avoir observé 2 cas : les troubles de la ménopause artificielle disparaissant au bout de 6 à 12 mois, d'après Roux, ne constitueraient donc pas un inconvénient bien sérieux de la méthode.

Actuellement les chirurgiens ont recours à une opération radicale.

Les indications opératoires, a dit Cameron, sont absolues ou relatives.

Absolues, s'il s'agit de dégénérescences secondaires ; relatives, en ce qui concerne l'âge et l'état général du sujet.

Le chirurgien, a écrit Tillaux, « ne doit enlever un fibromyome que si la vie de la femme est menacée ou rendue insupportable ». Et nous ne pensons pas qu'il soit imprudent aujourd'hui, comme dit Gzempin, « de laisser un myome évoluer à son aise, alors même que le traitement opératoire soit devenu excellent dans ces dernières années, si la malade ne perd pas trop de sang au cours de l'intervention ».

C'est dire que nous ne sommes pas partisans de l'intervention précoce, en principe, car les organes de la femme en pleine activité sexuelle doivent être ménagés ; bien mieux, nous savons que les symptômes s'amendent généralement dès que survient la ménopause.

Mais si, chez une femme jeune, des phénomènes de compression, des douleurs, des hémorragies répétées se présentent rebelles au traitement médical, nous nous déciderons plus vite à une intervention chirurgicale, car il n'y a pas à compter sur la nature (Tillaux).

Nous conseillerons, au contraire, l'expectative, si notre malade est âgée ; quoique n'étant pas un organe indispensable, ni pour la vie, ni pour la santé, la matrice doit être conservée le plus longtemps possible, en dehors de toute altération mau-

vaise, bien entendu, même chez une femme qui a « passé l'âge de la faire fonctionner ». Guidés en cela par le fait que ces tumeurs perdent de leur gravité aux approches de la cinquantaine. Ces malades, toutefois, seront attentivement suivies ; nous ne saurions oublier que la ménopause est l'âge critique des myomes, que c'est à ce moment qu'ils disparaissent, mais qu'ils prennent aussi quelquefois rapidement un volume considérable et subissent des transformations de mauvaise nature.

Attendre, à notre humble avis, doit être la règle, d'autant que la malade est plus rapprochée de la ménopause. Mais le chirurgien doit se décider à une intervention dès que l'existence de la malade est en jeu, soit par suite de dégénérescences secondaires, soit de complications graves.

Jadis, ces opérations étaient rejetées parce que très dangereuses ; actuellement le taux de la mortalité opératoire s'étant notablement abaissé, il y a réel bénéfice pour la malade à recourir au chirurgien.

Comme Lawson-Tait, comme Bouilly, M. le professeur Tédénat a souvent pratiqué de 1883 à 1900 l'ablation bilatérale des annexes dans le but de provoquer une ménopause anticipée et l'atrophie du myome. Sur 29 cas, il a obtenu 27 guérisons complètes, c'est-à-dire avec cessation des hémorragies et atrophie très accentuée des tumeurs fibreuses.

Depuis 7 ou 8 ans, M. le professeur Tédénat pratique l'hystérectomie abdominale pour les gros fibromes, l'hystérectomie vaginale pour les petits.

C'est la méthode couramment employée par les chirurgiens modernes ; c'est avec l'hystérectomie que l'on obtient les meilleurs résultats.

CONCLUSIONS

D'après les maîtres que nous avons cités, d'après les observations que nous avons recueillies, il nous est permis de formuler comme suit les conclusions de notre étude :

1° Dans la majorité des cas, les myomes de l'utérus s'atrophient au moment de la cessation des règles.

2° Ils peuvent survivre sans subir même des transformations de structure ; mais le plus souvent ils dégénèrent.

A.— La dégénérescence sarcomateuse est indéniable et relativement fréquente.

B.— La dégénérescence carcinomateuse n'est pas moins une réalité clinique, quoique plus rare.

Ces altérations s'observent principalement aux environs de la ménopause.

3° La ménopause étant le plus souvent libératrice, il faut insister sur le traitement médical : en présence de complications ou de dégénérescences secondaires, l'intervention chirurgicale doit être conseillée.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 15 juin 1907.

Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
VIGIÉ.

Vu et approuvé
Montpellier, le 15 juin 1907.

Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBAN-DORAN. — The Lancet, 1903.
- ARVAIN-JAMES. — The Boston Medical and Chirurgical Journal, 1904.
- BECKMANN. — Contribution à l'étude de l'Histologie et l'Histogenèse des Sarcomes utérins, 1899.
- BENDER ET LARDENNOIS. — Société Anatomique, octobre 1904.
- BLAND SUTTON. — Journal Obstetric and Gynec. of British Empire. Londres, 1906.
- BOLDT. — Académie de Médecine de New-York, 1906.
- BÖHRI. — Contribution à l'étude des dégén. malignes des fibromes utérins. Thèse Lyon, 1894-1895.
- BOUCAUD (DE). — Un fibrome peut il dégénérer en épithélioma ? Thèse Bordeaux, 1898.
- BONNET et PETIT. — Traité de Gynécologie, 1894.
- CAMERON. — British Medical Journal, 17 octobre 1903.
- CHROBAK. — Revue Médicale de Londres, 1899.
- CLARKE. — La dégén. dans les fibro-myomes ut. Journal of Americ. med. ass., août 1896.
- COSTES. — Recherches anat.-path. sur l'évol. des fibro-myomes ut. Thèse Paris, 1895.
- CORNIL et RANVIER. — Manuel d'Histologie Pathologique, Paris, 1876.
- CRUVEILHER. — Traité d'Anat. Pathol. Générale. Paris, 1856.
- CULLINGWORTH. — Société médicale de Londres, 1902.
- CZEMPIN. — Société Médicale de Berlin, 1899.
- DELBET (Pierre). — Tumeurs de l'utérus. Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. Paris, 1892.
- DELOBE et LERICHE. — Gazette des Hôpitaux, 1903.

- DOLÉRIIS. — Contribution à l'étude des myomes malins. Arch. de
Tocologie, 1883.
- DUBREUILH. — Revue de Chirurgie, 1889.
- DUPUYTREN. — Leçons orales de clinique chirurgicale, Paris, 1839.
- EASTMANN. — Medical Revue, 1904.
- FAURE. — Pratique Médico-Chirurgicale, 1907.
- GRIFFITH. — Société obstétricale de Londres, 1906.
- GOCLET. — Académie de Médecine de New-York, 1905.
- HYENNE. — Dégénérescence des fibro-myomes. Thèse Paris, 1898.
- HAULTAIN. — Journal anglais d'obst. et de gynécologie, 1905.
- HUBERT (Ch.). — De l'albuminurie dans fibromes utérins. Thèse
Bordeaux, 1898.
- JACOBS. — Polyclinique, 1897.
- JEANNE. — Normandie médicale, 1906.
- KALDEN (Von). — Ueber myosarcoma uteri. Francfort a. M. 1897.
- KEIFFER. — Recherche sur la local. et le mode de dévelop. des
myomes de l'utérus humain. Institut de Physiologie.
Bruxelles, 1906.
- KISCH. — Therapeut. Monatshefte, 1899.
- KLOB. — Pathologische Anat. der Weiblichen sexualorganes. Wien.
1864.
- KURZ. — De la dégénérescence des fibromes utérins. Leipzig, 1887.
- KUMMER. — Revue médicale de la Suisse romande, 1904.
- LAFONT. — La dégénérescence sarcomateuse des fibro-myomes.
Thèse Bordeaux, 1902.
- LAUWERS. — Dégénérescence et complication des myomes utérins.
Bruxelles, 1899.
- LAURENT. — Fibro-myomes et sarcomes utérins. Clinique de
Bruxelles, 1904.
- LEBEDEFF. — Société médico-chirurgicale de Saint-Petersbourg, 1897.
- LEGUEU et MARIEN. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1897.
- LEWIS. — American journal obstetric, 1905.
- MARTIN. — Société de Grifswald, 1906.
- MESLAY et HYENNE. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique,
Paris, 1898.
- MUNRO-KERR. — Glasgow Medical, 1905.
- MURET. — Revue Médicale de la Suisse romande. Juin 1904.
- MOLLER. — Studien zur etiologie der uterus myoms. Berlin, 1899.

- NEVROKEN. — Société d'obst. et de gynécol. Londres, janvier 1905.
- NOBLE. — Journal anglais de gynécologie, 9 novembre 1901.
- PILLIET. — Tribune Médicale, février 1895. Société de Biologie, 7 mars 1896.
- PICHEVIN. — Société médicale du IX^e arrond., Paris, 1905. Semaine gynécolog., 1900.
- PIQUAND. — Tribune Médicale, 1903. Thèse, Paris, 1905.
- PÉAN. — Annales gyn. et d'obstétrique, 1893.
- POLK. — Med. News, 15 janvier 1899.
- POZZI. — Traité de gynécologie, 1907, Paris.
- REDLICH. — Société de gynécol. et d'obstétrique, Saint-Pétersbourg. 1903.
- RICHARDSON. — Boston Med. and Surgical Journal. Londres, janvier, 1904.
- RICHELOT. — Chirurgie de l'utérus, Paris 1902.
- RIDDLE-GOFFE. — Medical Revue, 1904.
- ROD-MACLAREN. — British Medical Journal, 9 janvier 1904.
- ROUX. — Revue Médicale de la Suisse romande, 1904.
- RÖHRIG. — Berliner Klinische Wochenschrifts. Berlin, 1877.
- RUBESKA. — Wiener Klinische Rundschau. Prague, 1905.
- RYALL. — Journal anglais de gynécologie, 1904.
- SCHULTES. — Deux myomes dégénérés en sarcomes. Inaugural. Dissertation, Berlin, 1887.
- SHÖCKER. — Transformation des fibro-myomes. Thèse Paris, 1902.
- SIREDEY. — Traité de Médecine et de Thérapeutique. Paris, 1904.
- SPINELLI. — Causes de transformation maligne des fibromes. Archives italiennes de gynécologie, juin 1902.
- STURMDORFF. — Académie de Médecine de New-York, novemb. 1904.
- TATE. — Société obstétricale de Londres, 1904.
- TILLAUX. — Annales de Gynécologie, juillet 1889. Chirurgie clinique, Paris, 1900.
- THORTON. — Dégénérescence sarcomateuse des myomes. British Med. Journal, Londres, 1890.
- TUFFIER et DE ROUVILLE. — Montpellier Médical, 1906.
- TRELAT. — Gazette des Hôpitaux, 1880.
- VERSTRAETE. — Du fibrome utérin compliqué de cancer épithélial. Thèse Paris, 1899.
- WALTHER. — Fibrome et cancer. Société de Chirurgie, 22 janvier 1902.

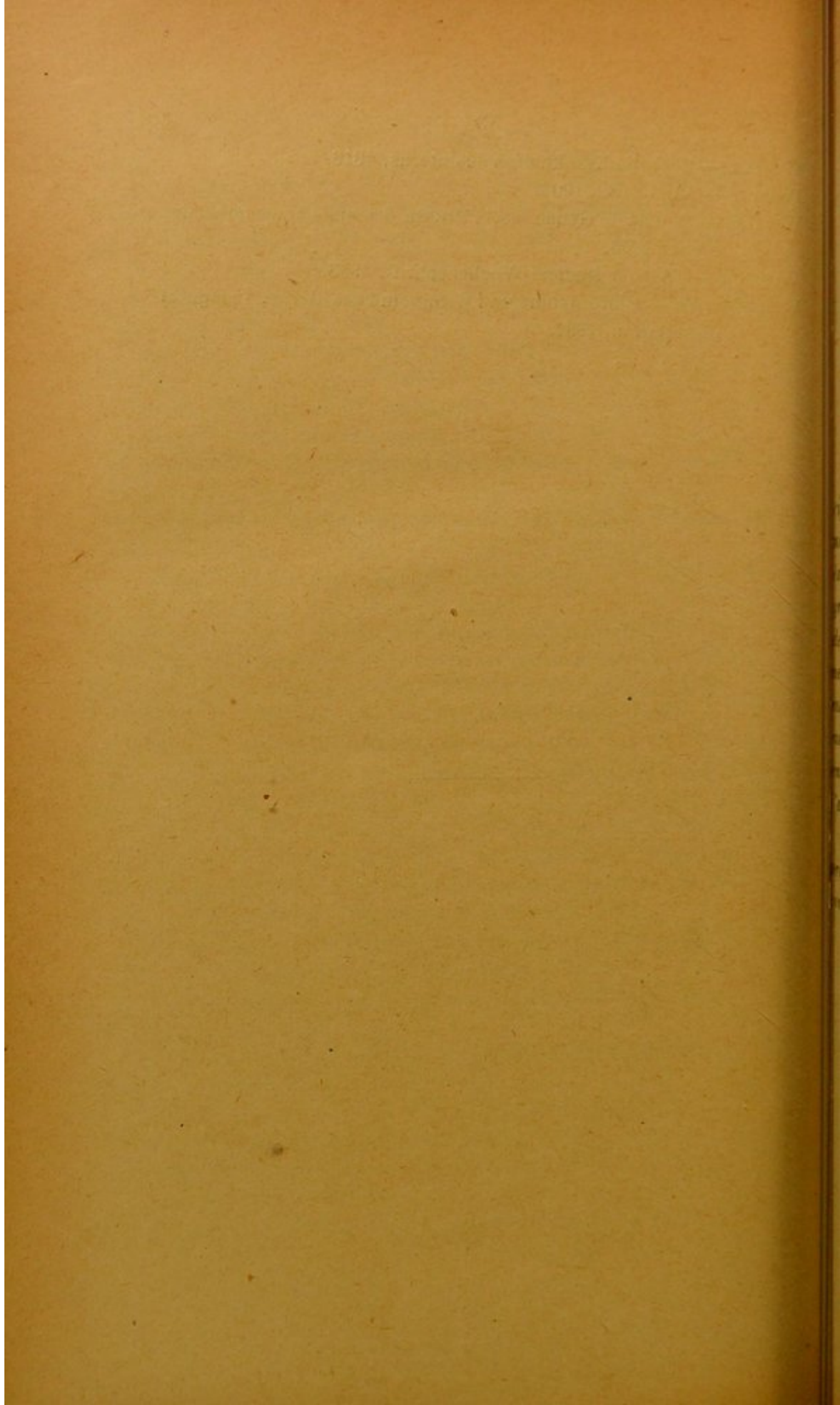
WENZEL. — Über die Krankheiten des uterus, 1816.

WILSON. — The Lancet, 1903.

WINTER. — Société de Gynéc. de la Prusse orientale et occidentale.
février 1906.

WIRCHOW. — Wiener Medical Wochenschrift, 1856.

WEHRENDORFF. — Fibromyome und Carcinome des uterus. Inaugural
dissertation, 1887.



SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condiscipules, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

