dans la majorité des cas, de dangers de mort immédiats. Les auteurs qui prétendent que les myômes sont des tumeurs absolument bénignes, en ce sens qu'elles n'occasionnent jamais la mort, vont cependant trop loin. Car les myômes, quels qu'en soient le siège et le développement, produisent, sinon toujours, du moins souvent, des symptômes très intenses et avant tout des hémorragies excessivement menaçantes. Lorsque ces hémorragies persistent et occasionnent une anémie, comme je n'en ai observé que trop souvent, à la suite de laquelle la femme perd littéralement jusqu'à sa dernière goutte de sang, peut-on traiter les myômes de tumeurs bénignes? Plus fréquemment encore que par les hémorragies incessantes et l'anémie consécutive, les femmes périssent par la perte de leur force de résistance aux influences nocives de la vie de tous les jours ; leur appareil circulatoire devient insuffisant — ainsi que l'a démontré tout récemment *E. Rose* (1) en s'appuyant sur une longue série d'observations — et les malheureuses — je l'ai plusieurs fois constaté — se trouvent prédisposées aux thromboses et aux embolies. La nutrition chez elles s'arrête complètement; des affections muqueuses légères, des bronchites ou des entérites à peine marquées leur deviennent fatales et amènent la mort. Je n'insisterai pas ici sur l'altération morbide du myôme lui-même, qui est rare, et sur sa dégénérescence maligne.

Il n'est pas superflu de rechercher s'il faut étayer le pronostic d'après la plus ou moins grande mortalité, ou si, en l'établissant, il faut tenir compte de ce que deviendra la ***vitalité*** de la femme, ***son aptitude au travail*** et ***la possibilité*** pour elle d'une ***vie supportable.*** En se plaçant à ce dernier point de vue, le ***pronostic des myômes traités par l'expectation est absolument défavorable.***

Lorsque les accidents sont sérieux, que la gravité soit due à l'anémie, aux troubles de sécrétion ou aux phénomènes de compression, nous sommes autorisés à intervenir. L'intervention sera naturellement en rapport avec l'étendue du mal qu'occasionne la production néoplasique. D'un autre côté, eu égard au dévelop-

(1) *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie,* t. XIX, 1re partie.—Dohm, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, XI, p. 136.

pement de la technique opératoire qui permet d'attaquer les tumeurs avec des armes de plus en plus sûres, le pronostic des myômes subit une certaine amélioration.

Quant au ***traitement,*** on n'y songera évidemment que si les tumeurs déterminent des accidents ; et l'activité de l'intervention thérapeutique dépendra essentiellement de l'influence qu'exerceront les myômes sur la vie de la femme, son aptitude au travail et ses devoirs conjugaux. La thérapeutique n'aura de résultats certains que si elle a pour but final l'ablation complète des productions néoplasiques. Mais comme aujourd'hui encore le traitement radical rencontre maintes difficultés, on ne peut penser à l'opération immédiate que dans un nombre de cas restreint. En même temps on a le droit et même le devoir, dans une foule d'autres circonstances, de tenter d'arrêter les tumeurs dans leur développement ou d'employer tous les moyens connus pour leur faire prendre une marche régressive. A ce dernier point de vue, l'usage longtemps prolongé des sources minérales iodurées de Kreuznach, Tölz, Hall en Autriche, Salzbrunn, dont les médecins racontent merveilles, laisse loin derrière lui l'administration de l'arsenic, du phosphore, de l'iodure de potassium, les cures par le mercure et les médications spoliatrices. Et cependant je n'ai vu, depuis que j'exerce, qu'un chiffre très minime de succès, même avec les cures d'eaux minérales.

Les injections sous-cutanées d'ergotine, préconisées en 1872 (1), par *Hildebrandt,* méritent une confiance plus grande. ***L'ergotine*** produirait la contraction des vaisseaux utérins, par conséquent une anémie et des troubles de nutrition suivis de dégénérescence graisseuse ou d'atrophie du myôme.

Ces injections d'ergotine ont donné de vrais succès non pas seulement à *Hildebrandt,* mais encore à un grand nombre d'autres praticiens. Il est donc incontestable qu'il est possible de faire involuer les myômes par ce moyen. — Mais comme en face de ces résultats favorables se dressent également une quantité assez sérieuse d'insuccès, on est obligé d'admettre que l'ergotine ne

(1) *Berl. klin. Woch.* N° 25. — Schröder, *Lehrbuch.*, VII, p. 246. — Delore (*Gaz. hebdom.* 1877, n° 16) et Schücking conseillent d'injecter l'ergotine dans la tumeur même.

réussit que dans une forme déterminée de myôme. Il est probable que ce sont les tumeurs richement vascularisées et de petit volume dont la médication de *Hildebrandt* amène à la longue l'atrophie complète. Il ne m'a pas été donné d'observer ces effets salutaires dans une série de soixante-dix myômes dont j'ai traité une partie moi-même par les injections d'ergotine, et dont les autres s'offrirent à mon observation après avoir été soumis ailleurs à ce traitement (1). Malgré cela, je rejette d'autant moins ce procédé thérapeutique que j'ai eu connaissance de cas où, si la guérison radicale ne fut pas obtenue, on arriva néanmoins à arrêter temporairement les pertes sanguines. Cette hémostase est déjà quelque chose, là où les tumeurs sont petites et où d'abondantes hémorragies n'ont pas encore supprimé la vitalité de l'individu et son aptitude au travail. Donc, moi aussi, je recommande d'employer les injections d'ergotine, dans les cas où le myôme est à sa première période de développement, lorsqu'il a une consistance molle et qu'il ne donne lieu qu'à des symptômes d'intensité moyenne. Quoiqu'il en soit, pour obtenir quelque résultat, on devra continuer les injections pendant très longtemps. Si le chiffre des injections dépasse cent et que la tumeur ne semble pas s'arrêter dans son accroissement, si les accidents augmentent au lieu de diminuer, je considère comme inutile de prolonger l'usage du médicament; il n'y aura plus qu'à instituer le traitement chirurgical, le seul désormais efficace.

Lorsqu'on a recours aux injections hypodermiques d'ergotine, il importe de se servir d'une préparation convenable. D'après ce que j'ai vu, la solution de *Bonjean* provoque de vives douleurs, s'altère facilement et détermine très souvent des abcès.

Parmi les autres préparations, celles que j'ai trouvées les meilleures sont ***l'ergotinum bis depuratum*** (2) et la solution de *Bombelon*.

Cette dernière ne présente que des inconvénients minimes; aussi lui donné-je la préférence, quoique sa composition soit demeurée le secret de l'inventeur. Chaque injection sera d'un

(1) Jæger, thèse Berlin, 1876.
(2) Wernich, *Berl. Klin. Wochenschr.* 1874, nº 13.

gramme. Quant à l'***ergotinum bis depuratum***, on l'emploie à la dose de 0,1 au moyen d'une solution à 10 %. Les injections se font dans la région abdominale, concentriquement à l'ombilic. La malade reste couchée pendant une demi-heure après l'opération; la place de l'injection est recouverte de compresses trempées dans l'eau froide. On a soin de se rendre compte de la façon dont se produit la résorption du médicament et de la réaction individuelle. Il arrive que l'on voit apparaître des contractions utérines très manifestes; dans d'autres cas ce sont les douleurs locales qui dominent la scène.

Souvent le diagnostic de myôme est posé avant que la tumeur n'ait donné naissance à des accidents sérieux. Il s'agit alors, si on ne doit ni ne peut essayer l'ergotine, de traiter au moins les symptômes et surtout le plus grave d'entre eux, c'est-à-dire ***l'hémorragie***. Cette dernière n'est en cause que pour les tumeurs sous-muqueuses; très rare dans les tumeurs interstitielles, elle est une manifestation constante des myômes cervicaux. Dans ces cas les hémostatiques les plus éprouvés échouent (1); ni le repos absolu, ni les applications froides, ni les injections vaginales styptiques ne donnent de résultats durables. Il ne reste plus qu'à porter les liquides astringents sur la surface saignante elle-même, c'est-à-dire sur la muqueuse qui recouvre le myôme. Parmi eux le sesqui-chlorure de fer et la teinture d'iode occupent le premier rang; l'acide pyroligneux rectifié rend également d'excellents services. Il dépend de la perméabilité du canal cervical qu'on soit ou non obligé, avant l'opération, de pratiquer la dilatation. En tous cas l'intervention exige un accès facile de la cavité utérine, afin qu'il ne reste point derrière le point rétréci des caillots qui, agissant comme corps étrangers, produiraient, au lieu de la guérison, de nouvelles contractions, par conséquent des souffrances et des hémorragies nouvelles. La dilatation pourra être faite à l'aide d'instruments spéciaux ou bien avec des sondes et des instruments mousses analogues. Le liquide en excès sera évacué à l'aide d'un irrigateur muni d'une canule longue et conique.

(1) Les expériences continuent avec l'extrait fluide d'hydrastis canadensis (15 gouttes 4 fois par jour) dans les cas de myômes. Les résultats semblent être assez favorables.

En cas ***d'hémorragies tenaces***, lorsque ce traitement demeure sans succès, on a proposé de cautériser la muqueuse au moyen du cautère actuel, avec le cautère en porcelaine ou avec le thermocautère de *Paquelin*. Je n'ai pas fait de fréquents essais de ce procédé, les résultats en étant trop peu satisfaisants. Mais j'ai employé, le cas échéant, un autre moyen recommandé depuis longtemps, je veux parler de la section de la muqueuse recouvrant le myôme (1). En songeant que cette membrane tendue par-dessus la tumeur et déjà irritée se trouve fortement tiraillée et que ses vaisseaux sont dans l'impossibilité de se rétracter, on verra dans la détente de la muqueuse un remède à l'hémorragie; car à partir du moment où cette détente est réalisée, rien ne s'oppose plus au retrait vasculaire. J'ai réussi souvent à produire l'hémostase par ce procédé. Bien plus, cette section peut être une préparation à la guérison spontanée qui s'annonce quelquefois d'une facon très évidente dans le développement ultérieur de la tumeur à la suite de l'opération. Et en effet, la section provoque ordinairement des contractions utérines qui poussent la tumeur dans la fente de la muqueuse; la persistance des contractions et l'accroissement graduel de la tumeur expulsent finalement celle-ci à travers cette fente. Il serait téméraire toutefois de compter par trop sur ce processus et de se contenter, dans les cas urgents, du simple débridement de la muqueuse. — Un autre procédé d'hémostase consiste dans l'abrasion de la muqueuse à l'aide des cuillers mousse ou tranchante, procédé qui donne parfois des résultats momentanés et qui peut rendre de grands services en cas d'hémorragie immédiatement menaçante.

Des mémoires innombrables ont été écrits récemment sur le traitement des myômes par l'électrolyse (2). Je ne possède pas de documents personnels sur ce point. J'ai cependant fait des tentatives électrolytiques très approfondies, dans des cas de carcinome, avec *v. Rabenau*, pendant qu'il était assistant à ma clinique.

(1) Amussat, *Mém. sur l'anat. des tum. fibreuses*, 1842. — Atlee, *Americ. Journ. of Med. Sc.*, avril 1845, octobre 1856. — Spiegelberg, *Arch. f. Gyn.* V, f. I. — Gusserow, *Monastsschr. f. Geb.* XXII, p. 83 et *Die Neubildungen des Uterus*, 78-86.

(2) Apostoli, *Ac. des sc. de Paris*, 1884, XCIX, 177. — *Congrès méd. internat. de Copenhague.* — Zweifel, *Centralbl. f. Gyn.* 1884, n° 50. — Bayer, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* XI, p. 132.

L'insuccès complet de nos expériences m'a fait renoncer à tout essai ultérieur.

Lorsque les moyens ci-dessus énoncés, employés à chaque hémorragie nouvelle un peu abondante, sont couronnés de succès; que les manifestations morbides se trouvent aussi diminuées ou supprimées, que la tumeur n'occasionne pas de symptômes notables de compression ou que l'état général contre-indique d'une façon formelle toute intervention radicale, tout plaide évidemment en faveur de l'expectation.

Cette dernière sera d'autant plus indiquée que les femmes seront d'un âge avancé et à la veille de la ménopause. Cependant la foule d'observations où survinrent des désordres graves de par les altérations de la tumeur elle-même, de son accroissement de volume et des hémorragies permanentes, où l'influence du néoplasme retentit sur le cœur, l'appareil digestif et le système nerveux, et d'autres encore où le myôme subit la dégénérescence maligne, prouvent qu'il ne faut rester inactif que dans de certaines limites. Quoi qu'on ait dit, les myômes ne sont pas communément des productions bénignes. *Matthews Duncan*, en affirmant (Congrès international de Londres, 1881) que l'on ne meurt pas d'un fibromyôme, est en contradiction avec l'expérience d'autres gynécologues. Car plus nous collationnons d'observations, plus le pronostic s'assombrit. Il est vrai d'un autre côté, qu'au fur et à mesure que nous perfectionnons la technique opératoire, ***l'extirpation*** devient plus aisée; tous les jours elle perd de sa gravité; ce n'est plus une opération à mortalité effrayante et elle doit par conséquent être mise plus souvent en œuvre.

Les difficultés de l'ablation et les insuccès si fréquents jadis ont fait songer à obtenir d'une façon détournée les résultats que réalise parfois la ménopause, je veux parler de l'involution de la tumeur. Partant de ce principe, *Hegar* a cherché à ***avancer l'époque de l'âge critique*** en extirpant les ovaires sains : il a proposé de pratiquer la ***castration des femmes***, en se basant sur des considérations théoriques et de nombreuses expériences (1). *Battey* défendit

(1) Voyez pour la bibliographie et l'historique Hegar et Kaltenbach, 3e édition; article Castration de l'*Encyclopédie d'Eulenburg*. 2e édition, par A. Martin.

la même thèse; et depuis lors, un grand nombre de castrations ont été faites avec des résultats remarquables, si l'on en croit les statistiques publiées parfois un peu prématurément.

Moi-même j'ai pratiqué sept fois la castration, après avoir échoué avec les autres modes de traitement. Dans le premier cas, les règles furent supprimées du coup et la tumeur entra en régression. De temps en temps celle-ci augmentait de volume pour revenir à ses dimensions premières sous l'influence de l'administration d'eaux purgatives. La castration date de sept ans. Depuis trois ans la femme se déclare guérie. La seconde malade vit sa menstruation disparaître également ; et il survint dans le myôme un travail atrophique manifeste. Il y a sept ans que cette femme est opérée ; elle présente à des intervalles très éloignés (5-7 mois) d'abondantes hémorragies soit utérines, soit rectales, des hématuries ou des hématémèses, mais point de règles. Elle est, du reste, en traitement continuel pour d'autres accidents. Dans trois autres cas le flux cataménial revint de une à trois fois, les tumeurs rétrocédèrent et les femmes sont aujourd'hui dans un état très satisfaisant, après avoir éprouvé des manifestations accidentelles de ménaupose tumultueuse : douleurs de tête, palpitations, gonflement œdémateux des extrémités inférieures et de la face, etc. J'ai revu la seconde de ces malades au bout d'un an; sa santé était florissante et la tumeur en pleine régression. Quant aux deux autres, on ne peut encore juger du résultat final.

Mes observations personnelles sont donc favorables à la castration en cas de myômes. Cependant je considère les chiffres comme trop minimes encore pour permettre de poser des conclusions probantes; j'hésite d'autant plus à me prononcer que dans certains cas, où je pratiquai la castration pour d'autres causes, je n'ai pas vu se produire une involution analogue de la matrice, et que je fus obligé de recourir à l'hystérectomie afin de remédier à des hémorragies profuses qui menaçaient la vie des malades. Je voudrais recommander la castration comme une opération en général pas très difficile, dans le cas où l'on ne vient pas à bout de l'extirpation de la tumeur elle-même. Naturellement ce dernier procédé sera toujours le mode de traitement le plus sûr et le plus radical. On enlèvera non seulement le fibrome, mais encore les

BIBLIOTECA

ovaires, qui ne sont plus d'aucune utilité et exposent, au contraire, aux dangers de l'hémorragie et de la dégénérescence.

Traitement opératoire des myomes

On peut attaquer ces tumeurs de différentes façons selon leur siège et leur degré de développement.

1. — Lorsqu'il s'agit de ***myômes cervicaux*** (pas trop volumineux ou ne s'étant pas, sous le péritoine, propagés dans l'épaisseur du plancher pelvien) et de ***myômes du corps*** qui sont devenus polypiformes ou ont pénétré immédiatement au-dessous de la muqueuse et ont provoqué la béance de l'orifice utérin, il faudra, ***si leur volume est modéré, pratiquer l'extirpation par le vagin.***

2. — ***La tumeur est-elle sous-péritonéale ou intrapariétale et sa grosseur ne permet-elle son extirpation par le vagin que sous peine d'une distension considérable du conduit et même de risques de déchirure, l'opération expose-t-elle par conséquent à des lésions graves de cette région,*** ce qui est le cas pour la ***majorité des myômes du corps, le moyen que je considère comme le meilleur et le plus sûr consiste dans l'opération après laparotomie préalable.***

I. — ***L'intervention par le vagin*** dépend naturellement du segment du canal génital qu'occupe la tumeur. Celle-ci est-elle déjà descendue dans le vagin, il suffit parfois d'une traction un peu énergique pour tordre ou déchirer le pédicule souvent très minime et enlever la tumeur. Il arrive cependant que la division du pédicule ne soit pas aussi facile et que l'ablation du myôme devienne ainsi plus pénible. On peut rencontrer des obstacles considérables lors des tentatives entreprises pour parvenir jusqu'au pédicule et pour le sectionner.

Dans ces cas l'écraseur sera toujours un instrument des plus commodes; d'autres préfèrent l'anse galvanocaustique. En tous cas, il sera urgent de se renseigner avant l'opération sur les rapports de la tumeur avec la paroi utérine. Cette exploration est

quelquefois très difficile ; pour savoir à quoi s'en tenir, on est obligé d'avoir recours à l'anesthésie, à l'attraction du néoplasme avec des érignes, à l'introduction enfin de plusieurs doigts dans le vagin ou dans le rectum, etc. Faute d'avoir pris ces précautions, on s'expose à diviser, en même temps que le pédicule, le corps utérin inversé ou d'autres organes, et à provoquer ainsi une hémorragie dont on ne devient maître qu'après avoir pratiqué l'extraction parfois si longue et si difficile de la production néoplasique. Plus celle-ci sera volumineuse, plus l'extraction en sera pénible. On emploie très fréquemment le forceps ou le céphalotribe. Peut-être vaut-il mieux diminuer la grosseur de la tumeur en en excisant dans le vagin des segments aussi grands que possible ; on ne risque pas de cette façon, autant que j'ai pu m'en assurer, d'avoir de fortes hémorragies, et on ne court pas le danger de blesser notablement le vagin et son entrée. — J'ajouterai, du reste, qu'après ces extractions si difficiles de polypes et de tumeurs, les résultats offrent moins de certitude qu'on ne pourrait le penser. Je me suis aperçu, tant chez moi que chez des confrères, que ces femmes ordinairement très anémiques tombent volontiers dans le collapsus et périssent par septicémie, consécutivement à des lésions étendues du vagin et de l'utérus.

Lorsque le pédicule est accessible, j'ai l'habitude depuis quelques années de le lier tout à fait dans la profondeur au-dessus de la tumeur, sans ou après transfixion. Le plus sûr évidemment est de le transpercer; car après ablation du fibrome, le pédicule se rétracte facilement, et il faut bien se garder de vouloir le retenir, lorsque la ligature a été simple. Finalement j'ai eu recours à la fixation du pédicule avec une pince à mors ; celui-ci une fois maintenu, j'enlève la tumeur et je fais la transfixion du pédicule, transfixion qui aplanit les difficultés.

Dans le cas où la tumeur, accessible par le vagin, est tapissée encore par une couche plus ou moins épaisse de muqueuse ou un revêtement d'enveloppe plus considérable encore, il faut diviser d'abord ces derniers. L'opération sera aisée si la tumeur siège dans la portion cervicale ; elle le sera bien moins si la tumeur est située plus haut. Ordinairement la solution de continuité devient largement béante, et l'on peut faire pénétrer le doigt entre la

tumeur et la poche d'enveloppe, détruire les adhérences généralement lâches et, si la fente est suffisante, extraire le fibrome au moyen de fortes pinces. La poche résultant de l'énucléation se rétracte promptement d'habitude. Quant à ***l'énucléation*** (1) elle-même des myômes intrapariétaux de la matrice, elle ne présente pas de trop grosses difficultés tant qu'il s'agit de tumeurs situées peu profondément. Les difficultés ne surgissent réellement que lorsque ces tumeurs siègent encore dans la profondeur du corps utérin. ***Pour ces derniers cas, j'ai recommandé expressément de ne tenter l'énucléation vaginale que quand le développement ultérieur du néoplasme a déjà excité la contractilité utérine, que les contractions ont préparé cette énucléation et que la tumeur se trouve elle-même refoulée vers l'orifice interne.*** J'irai même plus loin et je dirai qu'il ne faut s'adresser à ce procédé que si les contractions de la matrice repoussent le fibrome vers l'extérieur et ont déjà amené la dilatation du canal cervical, qu'il ne faut donc plus que terminer, par la section de la muqueuse et l'énucléation, le travail d'expulsion réalisé déjà spontanément jusqu'à un certain point. J'ai eu par hasard, au début de ma pratique gynécologique, à opérer une quantité assez considérable de tumeurs de ce genre et je suis arrivé aux conclusions suivantes. L'opération par la voie vaginale n'est préférable à la laparotomie et aux autres procédés que dans les cas où la tumeur a déjà été refoulée en bas par les contractions utérines et est facilement accessible par le vagin. L'énucléation d'un néoplasme situé dans la profondeur offre des difficultés énormes et exige de la part du chirurgien une vigueur et une patience à toute épreuve. Enfin il faut tenir compte, dans ces cas, de la peine qu'on a à juger du degré de résistance de la tunique péritonéale de la matrice ; en d'autres termes, on s'expose à une rupture utérine. Je possède deux observations personnelles où les femmes succombèrent à la suite d'une pareille lésion ; elles étaient, il est

(1) Amussat, *Revue méd.*, août 1840, et *Mémoire*, 1842. — Hegar, *Arch. de Virchow*, 1869. — Maennel, *Prag. Vierteljahrschrift*, 1874, II, 24. — Frankenhäuser, *Correspondenzbl. f. schweiz. Aertzte*, 1874. — A. Martin, *Breslauer Naturforscherversamml.* 1874. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* 1876. — Jakubasch, *Charité-Annalen*, 1881. — Lomer, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* IX, p. 277.