

dant conduire au diagnostic véritable. L'hématocèle n'est pas nettement circonscrite à sa partie supérieure comme l'est le fibromyome; c'est là un très bon signe. En outre, dans l'hématocèle, la cavité utérine n'est pas agrandie. Il est vrai que dans les cas de fibromyomes enclavés, l'utérus est collé contre la symphyse et souvent fort difficile à atteindre.

Les fibromyomes du col donnent lieu à des difficultés particulières. Ceux qui naissent de la portion sus-vaginale peuvent être confondus, je viens de le dire, avec les hématocèles, les pelvi-péritonites, les exsudats inflammatoires quand ils se développent en arrière, surtout s'ils s'enclavent. Ceux qui se développent en avant donnent lieu à des accidents de compression vésicale, dysurie, rétention d'urine, qui pourraient faire croire à une affection de la vessie.

Les fibromyomes sous-muqueux du col sont généralement d'un diagnostic très facile. La tumeur ouvre rapidement le col, on peut la voir et la toucher. De même, les petits fibromyomes interstitiels développés dans une des lèvres, forment une saillie régulière, bien circonscrite, facile à voir et à sentir, qui emporte le diagnostic. Mais les grosses tumeurs du col saillantes dans le vagin peuvent donner lieu à des difficultés considérables, sur lesquelles Gusserow insiste. C'est avec l'inversion de l'utérus qu'on les confond surtout. Le vagin est à demi rempli par la tumeur, le col se dérobe au doigt, ou bien on arrive sur la lèvre saine étalée formant comme un liséré. Ce sont tout à fait les signes qu'on trouve dans l'inversion. Pour éviter l'erreur, quand on soupçonne une inversion, il faut toujours procéder de la même façon. J'ai déjà dit que le degré de sensibilité de la tumeur n'avait que peu d'importance. Ce qu'il faut, c'est chercher si oui ou non le corps de l'utérus est à sa place. Dans le cas que j'ai supposé, le toucher vaginal est évidemment insuffisant; c'est au toucher rectal aidé de la palpation abdominale qu'il faut recourir. Mais il n'est pas toujours facile de sentir ainsi le corps de l'utérus, et si l'on échoue, il ne reste plus que le cathétérisme, qui est particulièrement difficile, puisqu'on ne peut ni voir, ni sentir le col de l'utérus. Il faut s'aider alors de tous les artifices : placer le malade dans les diverses positions d'examen. Le décubitus latéral et les larges valves de Sims rendent de grands services, particulièrement quand le néoplasme vient de la lèvre antérieure. Dès qu'on arrive à pratiquer le cathétérisme, l'inversion est par là même éliminée et le diagnostic est fait.

Les fibromyomes sous-muqueux, lorsqu'ils se gangrènent, peuvent aisément en imposer pour un cancer. L'écoulement fétide, l'amaigrissement rapide qui ressemble à de la cachexie, tout est pour tromper. Quand le fibromyome siège dans le corps et qu'il est de petite taille, on peut croire à un cancer du corps et l'erreur est difficile à éviter si l'existence du fibromyome n'a pas été constatée avant son sphacèle. Quand la gangrène atteint un fibromyome du col, il y a encore l'écoulement fétide, souvent sanglant, la cachexie apparente, et le doigt arrive sur une masse molle, friable. L'erreur est donc facile, cependant on peut l'éviter. Gusserow attache une grande importance à l'augmentation de volume du corps de l'utérus, mais ce signe n'a pas toute la valeur qu'il lui attribue, car la coïncidence est fréquente entre les cancers du col et les fibromyomes du corps. Ce sont certains détails de la tumeur qui doivent conduire au diagnostic. Le cancer papillaire, le seul qui prête à confusion, se laisse plus facilement effriter sous le doigt qui peut en ramener des morceaux. Le fibromyome sphacélé résiste bien davantage à l'arrachement. Le cancer

papillaire envahit souvent les culs-de-sac vaginaux qui sont toujours intacts en cas de fibromyome. Du reste, si l'on conserve le moindre doute, il faut enlever un morceau de la tumeur et le soumettre à l'examen histologique qui tranche rapidement la question.

Traitement. — Les indications thérapeutiques en cas de fibromyomes sont longtemps restées chancelantes, et cela pour une double raison. D'une part, ces tumeurs ne sont pas malignes; elle ne menacent pas directement l'existence. C'est seulement par des complications qu'elles entraînent la mort. D'autre part, les opérations qui permettaient de les enlever étaient naguère encore très graves. Aussi comprend-on qu'on se soit contenté de traitements purement symptomatiques, de traitements qui visaient uniquement les manifestations redoutables, tout en laissant persister la tumeur. Depuis quelques années, la question a absolument changé de face. En même temps que l'on constatait l'insuffisance de ces traitements, en même temps que l'on remarquait que la ménopause était loin d'amener toujours la cessation des accidents, on arrivait à perfectionner la technique opératoire et à réaliser des interventions à la fois curatives et très peu dangereuses. L'innocuité de ces interventions est telle actuellement que je n'hésite pas à dire que tout fibrome qui détermine des accidents doit être enlevé. On n'est autorisé, à mon avis, à temporiser que si la malade est très près de la ménopause et si la tumeur est stationnaire. Encore est-il préférable de l'enlever, si elle est volumineuse. Car les gros fibromyomes compriment les uretères, et amènent des lésions irréparables des reins.

J'indiquerai d'abord quelques traitements palliatifs qui rendent des services lorsqu'on ne peut pas faire mieux, particulièrement lorsque les malades refusent l'intervention radicale.

Contre les accidents de compression grave déterminés par l'enclavement de la tumeur, la réduction est une ressource précieuse. Elle consiste à refouler la tumeur du petit bassin où elle est enclavée, dans le grand où elle sera à l'aise. Il suffit quelquefois de manœuvres fort simples pour obtenir ce résultat. On exécute par le vagin ou par le rectum des pressions progressivement croissantes, et tout à coup la tumeur se désenclave et fuit sous le doigt. Il peut être utile de placer les malades dans la position genu-pectorale. Quand ces manœuvres sont douloureuses, il faut recourir au chloroforme. Il est aisé de comprendre que la réduction n'est pas toujours possible. C'est surtout dans les cas d'enclavement brusque, alors qu'il n'y a pas d'adhérences, qu'on peut l'obtenir.

Nous avons vu quel rôle jouent les altérations de la muqueuse utérine dans la production des hémorragies. Ce rôle connu, il devenait naturel de traiter ces hémorragies, comme celles de la métrite, par le curettage de l'utérus : c'est ce qu'ont proposé Winckel, Coe⁽¹⁾ et Max Runge⁽²⁾. Ce dernier fait suivre le curettage d'injections de teinture d'iode au nombre de 6 à 15 faites tous les deux jours. Sur 40 cas, il n'a pas observé d'accident. Coe a été aussi très satisfait de ce traitement, son seul inconvénient, c'est qu'il faut le répéter.

Les injections de chlorure de zinc sans curettage donneraient le même résultat.

⁽¹⁾ COE, *Medical Record*, 28 janvier 1888, t. XXXV, p. 90.

⁽²⁾ MAX RUNGE, *Arch. für Gyn.*, 1889, t. XXXIV.

tat. Tous ces traitements intra-utérins doivent être proscrits quand il s'agit de fibromyomes sous-muqueux, car ils pourraient déterminer le sphacèle de la tumeur.

Baker-Brown, Mac Clintok et Nélaton ont remarqué à peu près en même temps qu'un large débridement du canal cervical diminuait ou supprimait les hémorragies dans les cas de fibromyomes interstitiels. Ce mode de traitement ne s'est pas répandu, mais Kaltenbach (1) a remarqué, il y a quelques années, que la simple dilatation du col avait le même effet. Dans 5 cas où tous les traitements médicaux et même le curettage avaient complètement échoué, Kaltenbach, croyant avoir affaire à des polypes, fit la dilatation avec des bougies d'Hegar. Il n'y avait pas de polype; mais sous la seule influence de la dilatation, les hémorragies cessèrent complètement. Il a suivi ses malades de sept à quatorze mois; l'amélioration s'est maintenue. Dans ces cas, il y avait sténose du col. Kaltenbach conseille ce mode de traitement toutes les fois qu'avec un fibromyome du corps il existe un rétrécissement du col et que les malades sont trop près de la ménopause pour que les grandes opérations soient justifiées. Inglis Parsons (2) a cité un cas où les hémorragies avaient résisté au traitement électrique et ont cédé à la dilatation.

J'arrive à divers traitements médicaux qu'on a voulu présenter comme curatifs, mais qui sont tout au plus palliatifs.

On a préconisé l'usage d'un grand nombre de médicaments : l'arsenic, le phosphore, le chlorure de chaux, le bromure et l'iodure de potassium, le mercure. L'action de ces médicaments sur les fibromyomes n'est rien moins que démontrée. Comme le fait remarquer Gusserow, il est très probable que, dans les cas où ils ont amené la disparition complète des tumeurs, il s'agissait d'erreurs de diagnostic. On avait pris des restes de pelvi-péritonite ou d'hématocèle pour des fibromyomes.

Contre les hémorragies, on a vanté la teinture de *Cannabis Indica*, l'antipyrine et l'extrait fluide d'*Hydrastis Canadensis*, très en faveur en Amérique. On est loin de s'entendre en Europe sur la valeur de ce médicament. Schatz (3) et Pozzi en ont obtenu de très bons résultats; mais, d'autre part, Heinrichus (4) affirme, en s'appuyant sur des recherches expérimentales, que ce médicament n'a aucune action sur les contractions de l'utérus. *L'hammainelis virginica* ne m'a jamais donné le moindre résultat.

De tous les médicaments, celui qu'on a le plus employé est l'ergotine administrée en injections sous-cutanées par la méthode d'Hildebrandt (5). Les résultats qu'a donnés cette méthode entre les mains des divers gynécologues sont bien loin d'être concordants. Hildebrandt a publié 5 cas de guérison, Liebrecht 4 cas, Byford 18 guérisons et 51 améliorations sur 61 cas. Jæger, sur 27 cas, a obtenu 5 guérisons, 16 améliorations (cessation des hémorragies et diminution de la tumeur), 4 insuccès complets. Mais sur 20 autres cas empruntés à divers auteurs, le même Jæger ne trouve plus que 9 améliorations, 12 échecs et pas une guérison. A. Martin n'a jamais obtenu aucun résultat du traitement par l'ergotine. Gusserow n'a jamais vu de diminution de la tumeur, mais l'effet sur les hémor-

(1) KALTENBACH, *Centr. für Gyn.*, 1888, n° 43, p. 728.

(2) INGLIS PARSONS, *Soc. gynéc. de Londres*, 1892, et *Semaine méd.*, 18 mai 1892, p. 207.

(3) SCHATZ, *Centr. für Gyn.*, 1888, p. 394. — CABANIS, Thèse de Paris, 1889.

(4) HEINRICIUS, *Centr. für Gyn.*, 1889, p. 618.

(5) HILDEBRANDT, *Berl. klin. Woch.*, 1872, n° 25.

ragies a été très appréciable. Léopold, sur 12 cas, a eu 5 échecs, 5 diminutions des hémorragies; 4 fois la tumeur elle-même a diminué. Schræder non plus n'a jamais vu de guérison. Sur 61 cas, il a obtenu 57 améliorations, 24 échecs complets. Il serait aussi aisé qu'inutile de multiplier ces citations. Dans certains cas, on a fait des injections en nombre véritablement prodigieux, 400 dans un cas de Schræder, 1500 dans un autre de Winckel, et ces injections déterminent souvent des douleurs vives et parfois des abcès.

Certains auteurs, Delore (1), Heurteaux (2), Schucking (3), Jaures (4) ont fait les injections non plus dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais directement dans la tumeur. Cette méthode n'a donné que des résultats déplorables, intoxication, inflammation, suppuration du fibromyome, mort par péritonite.

Que faut-il penser de la méthode d'Hildebrandt? Certainement elle est très infidèle; mais on ne peut pas dire qu'elle soit inefficace. Les améliorations ont été observées en grand nombre; les guérisons sont beaucoup plus rares; mais, même en faisant la part des erreurs de diagnostic toujours possibles, elles sont en nombre suffisant, et elles ont été observées par des gynécologues assez expérimentés pour qu'on n'en puisse pas douter. Peut-être, et cela expliquerait les divergences des résultats, l'ergotine n'agit-elle, comme le pense Spiegelberg (5), que sur certaines variétés de fibromyomes, ceux qui, plus musculaires et mal encapsulés, sont en connexions intimes avec le tissu utérin. Cette hypothèse est fort plausible; mais, par malheur, nous ne sommes pas en mesure de reconnaître cliniquement cette variété de fibromyomes, et, par suite, cette notion fort intéressante ne peut guère nous servir à apprécier les indications de la méthode. En tout cas, il est certain que la méthode est incertaine et qu'elle est lente. Il en découle tout naturellement qu'il n'y faut pas songer dans les cas graves, à évolution rapide; mais on peut y recourir pour les petites tumeurs, lorsque les hémorragies constituent le symptôme dominant et que la ménopause n'est pas éloignée.

J'en dirai à peu près autant du traitement balnéaire par les eaux chlorurées sodiques de Salis-de-Béarn, de Salins, de Kreuznach. Ces eaux, tout le monde le reconnaît, ont une action indéniable sur les congestions pelviennes et sur les fibromyomes. Elles ont encore l'avantage de relever rapidement l'état général. Aussi constituent-elles un appoint sérieux dans le traitement de ces tumeurs quand l'opération n'est pas indiquée ou qu'elle est impossible.

J'arrive à une méthode autour de laquelle il s'est fait grand bruit depuis quelques années, le traitement électrique. L'électricité avait déjà été employée en Amérique par Cutter, en Italie par Ciniselli, en France par Tripier. Mais c'est surtout Apostoli qui, par son énergique persévérance, a vulgarisé la méthode, et comme il a modifié en plusieurs points les procédés de ses prédécesseurs, il y a attaché son nom. Voici en quoi consiste la méthode d'Apostoli. Je ne puis ici qu'indiquer les grandes lignes. Il emploie les courants continus, l'électricité galvanique. Mais on sait que les deux pôles de la pile ont des propriétés différentes : le pôle positif où se rendent l'oxygène et les acides produit des eschares dures, solides; tandis que le pôle négatif, où s'accumulent

(1) DELORE, *Gaz. heb.*, 1877, n° 16.

(2) HEURTEAUX, *Journal méd. de l'Ouest*, 1878.

(3) SCHUCKING, *Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 27.

(4) JAURES, *Gazette des hôp.*, n° 40.

(5) SPIEGELBERG, *Arch. für Gyn.*, t. VI, p. 515.

l'hydrogène et les bases, amène la formation d'eschares volumineuses, molles, semblables à celles que produit la potasse. Aussi ne doit-on pas employer indifféremment les deux pôles. S'il s'agit de réprimer des hémorragies, c'est le pôle positif qu'il faut placer dans l'utérus. Si l'on se propose, au contraire, la résorption des tumeurs, c'est le pôle négatif qui est indiqué. Apostoli place l'une des électrodes dans l'intérieur de la cavité utérine; quelquefois même, il l'introduit par une ponction au milieu de la tumeur, mais c'est l'exception; cette dernière pratique est réellement dangereuse, et je crois qu'il faut y renoncer. L'autre électrode est placée sur le ventre. Comme Apostoli emploie des courants d'une grande intensité, jusqu'à 250 milliampères, il est nécessaire, pour empêcher les eschares de se produire sur la peau, d'avoir une électrode largement étalée, une sorte d'électrode diffuse. Pour cela, Apostoli se sert d'un gâteau de terre glaise qui couvre presque tout l'abdomen. Aucune application ne doit être faite sans un galvanomètre bien réglé, qui permette d'apprécier à chaque instant l'intensité du courant. En aucun cas, il ne faut se fier pour cela aux douleurs ressenties, car la sensibilité des malades au courant électrique est extrêmement variable.

Lucas-Championnière et Danion⁽¹⁾ préconisent une méthode qui diffère de la précédente par trois points principaux : ils repoussent les courants de grande intensité; ils emploient ordinairement de 45 à 65 milliampères, et ne vont que très rarement jusqu'à 90 : en second lieu, ils n'introduisent pas l'électrode dans le corps de l'utérus, mais seulement dans le col; ils pensent même qu'il suffit de le placer dans le vagin; enfin, c'est le troisième point, ils attachent une grande importance au renversement fréquent du courant. On obtiendrait avec cette méthode les mêmes effets qu'avec celle d'Apostoli.

Comment agit l'électricité? Quels sont ses résultats?

Sur le premier point, je serai extrêmement bref, car notre ignorance est profonde; tout est hypothétique. Pour certains auteurs, l'action polaire jouerait le rôle capital. Le pôle intra-utérin produirait un curettage électrique. D'après Bröse⁽²⁾, d'après Nicaise⁽³⁾, c'est à la destruction de la muqueuse que serait dû le principal bénéfice du traitement électrique, et particulièrement la cessation des hémorragies. Il agirait en somme comme le curettage. Cette théorie est très séduisante, mais voici que Danion déclare, en s'appuyant sur l'expérimentation, que, même avec les grandes intensités d'Apostoli, on ne produit d'effet caustique que sur des points à peine visibles. Et, d'autre part, il soutient qu'avec des intensités beaucoup moindres et sans introduire l'hystéromètre dans la cavité utérine, on obtient les mêmes résultats. Il faut donc qu'il y ait autre chose que l'action polaire. Et en effet tous les partisans de l'électrothérapie admettent qu'il y a une action interpolaire. Mais quelle est cette action? C'est là le point tout à fait obscur; et Danion ne l'éclaircit guère en parlant de massage électrique de la tumeur.

Quels sont les résultats du traitement électrique? Il est bien difficile de se faire une opinion sur ce sujet; car, à côté des partisans enthousiastes, il y a des détracteurs sévères de cette méthode. Elle a été discutée à peu près dans toutes les sociétés gynécologiques du monde, et partout on a vu les gynécologues

(1) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ET DANION, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1889, p. 475.

(2) BRÖSE, *Centr. für Gyn.*, 1889, p. 275.

(3) NICAISE, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1889, p. 530.

se diviser en deux camps. C'est surtout en Angleterre et en Amérique que ses partisans sont les plus nombreux; et là, les gynécologues les plus autorisés, Spencer Wells, les deux Keith, Playfair, Savage, Duncan et bien d'autres lui ont donné l'appui de leur autorité. Tout d'abord la méthode est-elle dangereuse? On a signalé des morts, un peu partout. Mais bien des cas d'accidents mortels doivent être rapportés à des erreurs de diagnostic. Des pelvi-péritonites, des salpingites avaient été prises pour des fibromyomes. Dans d'autres cas encore, on avait fait non pas l'application intra-utérine de l'électrode, mais bien l'électropuncture qui est certainement dangereuse. Sur 659 cas de fibromyomes traités par l'électricité, je compte 17 morts, un peu moins de 5 pour 100⁽¹⁾. Mon maître, le professeur Trélat⁽²⁾, a essayé le traitement électrique dans son service de la Charité en 1888, quand j'étais son interne. Les électrisations ont été pratiquées par Apostoli lui-même; et j'ai suivi toutes les malades. 74 applications ont été faites sur 7 malades avec une intensité variant de 50 à 150 milliampères. Nous n'avons jamais observé aucun accident sérieux. Quant aux effets thérapeutiques, il faut les diviser en deux catégories: l'amélioration symptomatique consistant en cessation, ou diminution notable des hémorragies et des douleurs; et l'effet curatif, c'est-à-dire la régression de la tumeur. Ce dernier point, l'amélioration matérielle, anatomique, la diminution de la tumeur est le moins constant. Sur les 7 cas observés dans le service de M. Trélat, elle a été très caractérisée dans 1 et manifeste dans 2 autres. Les faits publiés ne fournissent pas sur ce point de renseignements bien précis, car souvent, dans les observations données comme des succès, on ne spécifie pas si la tumeur a diminué. Tout ce qu'on peut dire à ce sujet, c'est que la possibilité de la disparition de la tumeur n'est pas parfaitement établie; que la diminution s'observe d'une manière incontestable dans certains cas, mais qu'elle est rarement considérable. Quant à l'amélioration symptomatique, c'est-à-dire à la diminution notable ou à la cessation des hémorragies et des douleurs, elle est beaucoup plus fréquente. Les échecs complets ne comptent que pour 61 cas; soit 9,2 pour 100; mais dans 56 de ces 61 cas, il est dit que le traitement a produit une aggravation. Dans 16 cas, on a observé au contraire un effet très heureux, c'est la pédiculisation et l'expulsion de fibromyomes sous-muqueux. M. Bouilly a fait observer à la Société de chirurgie⁽³⁾ que la marche des fibromyomes est des plus irrégulières, qu'on observe souvent des poussées douloureuses, des métrorragies, des phénomènes de compression qui disparaissent sous l'influence de traitements médicaux fort simples, et même sans traitement. Il se demandait si les résultats de l'électrothérapie n'étaient pas dus tout simplement à ces irrégularités dans la marche des tumeurs, s'il ne s'agissait pas de simples coïncidences. Les faits qu'a signalés Bouilly sont incontestables, mais ce serait peut être aller bien loin que d'attribuer toutes les améliorations consécutives au traitement électrique à de simples coïncidences. Trélat admettait que le traitement électrique, bien que ne produisant qu'une cure symptomatique, était capable de rendre de réels services. « Ces résultats, disait-il, peuvent soutenir la comparaison avec ceux de la castration. » Je défendais cette manière de voir dans la première édition de ce traité, et on peut la défendre encore dans les mêmes termes. Mais cela n'a

(1) Cette statistique est bien loin d'être complète. Je me suis borné à collecter les cas qui se sont présentés à moi sans les chercher d'une manière particulière.

(2) TRÉLAT, *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 717.

(3) BOUILLY, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 19 juin 1889.

plus le même sens, car la castration n'a plus de partisans. Les perfectionnements de la technique, en rendant presque inoffensives les opérations radicales, ont fait abandonner peu à peu les traitements indirects. En 1892, je rejetais déjà l'électricité pour les fibromes sous-muqueux et pour les fibromes sous-péritonéaux pédiculés. Mais je l'acceptais encore pour les fibromes interstitiels. Actuellement je pense qu'elle ne doit plus être employée même dans ces cas-là.

Le vrai traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, c'est l'exérèse. Mais avant de parler des diverses manières de la réaliser, je dois exposer deux méthodes indirectes bien que chirurgicales, la castration et la ligature des artères.

En 1872, Battey et Hegar, presque simultanément, ont pratiqué les premières castrations, qui s'adressaient non pas à des fibromyomes, mais à des dysménorrhées douloureuses. Trenholme⁽¹⁾ a publié le premier cas de castration pour fibromyome. La même année, Hegar fit la seconde, et c'est lui qui est devenu le grand propagateur de l'opération. On se propose par cette opération de provoquer une ménopause artificielle dans l'espoir que celle-ci aura les mêmes effets que la ménopause naturelle, c'est-à-dire l'atrophie de la tumeur et la cessation des hémorragies. Voyons les résultats. Dans les diverses statistiques publiées avant 1892, qui du reste ne portent pas sur un grand nombre de cas, la mortalité oscille de 11 à 14 pour 100. Hegar donne 11 pour 100 pour sa statistique personnelle. Tissier⁽²⁾, sur une statistique impersonnelle qui comprend 171 cas, compte 25 morts, 14,6 pour 100. Wehmer⁽³⁾, 1 mort sur 10 cas. Leopold⁽⁴⁾, 4 morts sur 54 cas, soit 11 pour 100. Tous ces chiffres sont assez concordants. Seul Lawson Tait, sur 262 castrations pour fibromes, accuse une mortalité de 1,25 pour 100. Pour les résultats thérapeutiques, il faut distinguer deux ordres de faits, l'action sur les hémorragies et l'action sur la tumeur. Souvent les deux phénomènes marchent de pair; mais il n'est pas rare qu'ils soient dissociés. Wiedow a publié une statistique très détaillée qui comprend les faits d'Hegar et les siens. Sur 56 cas, 59 fois le résultat a été complet, cessation des hémorragies et régression de la tumeur; 5 fois la ménopause a été seule notée. Dans les autres cas, le résultat n'est pas net: dans trois de ceux-là, les hémorragies et le développement de la tumeur ont repris au bout de deux ans. Fehling⁽⁵⁾, sur 8 cas, a toujours obtenu une diminution de la tumeur: 5 fois la ménopause fut définitive; dans les autres cas, il survint quelques hémorragies irrégulières. Prochowink⁽⁶⁾, sur 12 cas, a vu 12 fois la tumeur diminuer. Bouilly⁽⁷⁾ (8 cas), Segond⁽⁸⁾ (4 cas) ont obtenu d'excellents résultats sans revers; Terrillon⁽⁹⁾, sur 5 cas, a obtenu 4 bons résultats. La cinquième malade est morte au bout de deux mois, par continuation des phénomènes de compression.

Ce qui ressort de ceci, c'est que la castration amène la cessation des hémorragies d'une manière définitive dans la proportion de 80 pour 100 des cas

(1) *Amer. Journal of obs.*, 1876, p. 702.

(2) TISSIER, Thèse de Paris, 1885.

(3) WEHMER, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, vol. XIV, p. 1.

(4) LEOPOLD, *Arch. für Gyn.*, vol. XXXVIII, p. 1.

(5) FEHLING, *Würt. med. Correspondenzblatt*, 1887, n° 5.

(6) PROCHOWINK, *Arch. für Gyn.*, 1886, vol. XXIX, p. 185.

(7) BOUILLY, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 412.

(8) SEGOND, *Ann. de gyn.*, 1888, t. XXIX, p. 416.

(9) TERRILLON, *Ann. de gyn.*, 1888, p. 540.

environ. La diminution de la tumeur, bien que fréquente, s'observe cependant moins souvent, et en général elle est lente. En somme la castration donne des résultats beaucoup moins complets, beaucoup moins satisfaisants que ceux de l'hystérectomie. Aussi n'y doit-on recourir, à mon avis, que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. Encore faut-il qu'elle ait quelques chances de succès. Voyons donc dans quelles circonstances elle peut agir.

La castration est particulièrement efficace dans les cas où les hémorragies constituent le phénomène dominant, celui contre lequel on veut lutter. Quand les symptômes de compression tiennent au contraire la première place, la méthode est insuffisante, ainsi que le prouve bien le cas de Terrillon. Il en est ainsi encore quand il s'agit de cysto-fibromes. La castration, bien que Thornton⁽¹⁾ en ait obtenu de bons effets, n'a sur ces tumeurs qu'une action fort incertaine; et d'autre part, c'est, comme le fait remarquer Gusserow, dans ces cas-là que l'hystérectomie donne les meilleurs résultats. En outre, quand il s'agit de très grosses tumeurs interstitielles, la castration paraît plus grave et moins efficace; il est donc préférable d'y renoncer. C'est là ce que Terrillon a dit sous une autre forme en cherchant à donner une base précise aux indications de la castration. Pour lui, c'est quand la cavité utérine mesure de 11 à 14 centimètres, que ses résultats sont les meilleurs. Quand elle dépasse ces dimensions et atteint 18, 20 centimètres ou davantage, il n'y a que bien peu de chances d'obtenir un bon résultat.

En résumé, la castration est permise dans les cas de fibromyomes interstitiels s'accusant surtout par des hémorragies. Elle est contre-indiquée comme insuffisante dans les cas de grosses tumeurs occasionnant surtout des accidents de compression, dans les cas de cysto-fibromes dont l'ablation est particulièrement bénigne. M. Pozzi ajoute que dans les fibromyomes télangiectasiques, il faut y renoncer aussi, parce qu'alors elle expose à des thromboses qui lui donnent une gravité particulière.

En somme, la castration n'est qu'un pis aller qu'on emploie et qu'on emploiera de moins en moins.

La ligature des artères utérines a été pratiquée en 1885 par Fritsch dans des cas de métrites hémorragiques. Ce même chirurgien l'a proposée pour remédier aux hémorragies produites par les fibromes. Gubaroff⁽²⁾ la préconise pour amener l'atrophie de ces tumeurs. Hartmann l'a employée dans le même but et l'a étudiée dans un mémoire en collaboration avec Fredet⁽³⁾. Les résultats de ces ligatures atrophiées ne peuvent pas être mis en parallèle avec ceux de l'exérèse.

Les opérations radicales dirigées contre les fibromyomes doivent être divisées en deux grandes classes, suivant qu'elles se font par la voie vaginale ou par la voie abdominale.

Je ne dirai qu'un mot de la voie sacrée appliquée au traitement des fibromyomes. Kraske⁽⁴⁾ a enlevé avec succès par la voie sacrée un fibromyome calcifié inséré sur la paroi postérieure de l'utérus. Edwin Roos⁽⁵⁾ a même fait une amputation supra-vaginale par cette voie. Malgré ces succès, on peut

(1) THORNTON, *Obst. Society of London*, 1885.

(2) GUBAROFF, *Centr. für Chir.*, 1889, p. 569.

(3) HARTMANN et FREDET, *Ann. de gyn. et d'obst.*, fév. 1898.

(4) GOLDMANN, *Beitr. zur klin. Chir.*, vol. VII, f. II, p. 468.

(5) EDWIN ROOS, *Fenska Läkare sällskapets Handlingar*, vol. XXXII, p. 729.