

Deux ou trois semaines plus tard j'incisai largement le col des deux côtés, j'ouvris la capsule, je fis des tentatives répétées pour énucléer la tumeur mais je ne pus terminer l'opération et, pendant les quelques jours qui suivirent il était fort douteux que ma malade survécût. Quinze jours après, la tumeur ayant encore fait des progrès, j'anesthésiai de nouveau ma malade et je réussis enfin à terminer l'énucléation; mais après l'opération elle resta plusieurs jours plus morte que vive et c'est seulement 4 mois plus tard, qu'elle fut à même de quitter l'hôpital. Elle recouvra des forces, et put reprendre ses occupations de domestique à la fin de l'année 1879; elle resta parfaitement bien pendant toute l'année de 1880 et même elle se fiança.

Au commencement de 1881 elle revint me voir dans des conditions presque aussi mauvaises que la première fois; les hémorrhagies étaient revenues très abondantes et à l'examen local, je trouvai qu'il existait une nouvelle tumeur, plus volumineuse que la première.

Je l'engageai instamment à se soumettre à une opération radicale par l'enlèvement des annexes, mais lorsqu'on lui expliqua la nature de cette intervention, elle s'y refusa absolument et avec l'assistance de ses maîtres elle alla à Londres prendre l'avis d'un célèbre gynécologue, qui lui déconseilla absolument l'opération proposée. Elle revint ensuite à Birmingham et elle continua à suivre mon traitement tout en refusant toute espèce d'intervention chirurgicale qui lui enlèverait la possibilité d'avoir des enfants. Malgré nos plus sérieux avertissements elle se maria et six mois après elle succombait d'une hémorrhagie utérine.

Ces deux cas nous montrent, en premier lieu, que l'énucléation ne constitue pas du tout une cure radicale de l'affection. A ce point de vue cette opération diffère tout à fait de celle de l'enlèvement des annexes. Ces deux observations peuvent très bien se comparer; chez nos deux malades l'énucléation a abouti à un échec complet; mais, tandis que chez l'une nous avons obtenu par l'enlèvement des annexes utérins une guérison complète et un rétablissement parfait qui s'est maintenu jusqu'à aujourd'hui, nous aurions pu probablement sauver la vie de la seconde, si on ne lui avait pas conseillé de se refuser à l'opération.

Je ne parlerai de la pathologie des polypes myomateux que lorsque je discuterai leur situation et leur développement interstitiel ou sous-péritonéal; et je dirai en même temps pourquoi on doit ranger à mon avis dans ces tumeurs myo-

mateuses tout ce que l'on appelle polypes fibroïdes ou polypes fibreux.

Nous trouvons parfois que ces polypes sont *kystiques*, remplis de liquide clair séreux, comme dans un cas que j'ai publié (1), et dont la préparation se trouve au musée du Collège des Chirurgiens. Comme formes *plus rares* de polypes, j'ai rencontré des myxomes et le cancer vilieux, s'étant développé aux dépens d'une région très limitée de la surface interne utérine et ayant pris la forme d'un polype. Mais on ne doit pas envisager ces productions comme de véritables polypes, ils n'en ont que l'apparence, car après leur extirpation il se produit toujours une récurrence, intéressant toute l'épaisseur de la paroi utérine et pouvant même envahir les organes voisins. Mon opinion est que nous devrions restreindre encore l'emploi du terme *polype*, et n'appliquer cette dénomination qu'aux petites productions muqueuses de la cavité cervicale et aux myomes se trouvant enfermés dans la cavité utérine; quant à toutes les autres tumeurs ressemblant à des polypes, on ne devrait parler que de formes polypoïdes de myxomes, d'épithéliomes, etc.

## II. — MYOMES DE L'UTÉRUS.

Je crois pour ma part que les termes de *fibromes*, *fibreux*, *fibroïdes*, en tant qu'appliqués aux tumeurs utérines, sont absolument faux, et qu'ils devraient être supprimés de la nomenclature pathologique. J'ai actuellement examiné un grand nombre de ces tumeurs utérines solides et je n'ai jamais rencontré un seul cas où l'élément fibreux eut un rôle tant soit peu important. Je crois pouvoir dire qu'après un examen minutieux de ces tumeurs, qui généralement sont désignées sous le nom de fibromes, on trouvera que leur élément principal, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels, se

(1) *Transactions of the Pathological Society of London*, 1873.

trouve être la fibre musculaire fusiforme, avec ses noyaux caractéristiques allongés. J'entends par un examen minutieux quelque chose de plus que le rapide coup d'œil dont se contentent la plupart du temps les histologistes pour se faire une opinion sur la nature d'une tumeur. Une ou deux coupes d'un fragment, pris au hasard, durcies dans l'alcool et préparées au carmin, ne suffisent nullement pour nous montrer tous les caractères de cette tumeur. Il est absolument nécessaire d'examiner chaque partie, à l'état frais, et pour atteindre ce but les coupes doivent être faites à l'aide du microtome à congélation (2).

Afin d'obtenir des résultats satisfaisants, les coupes très minces, obtenues à l'aide de ce procédé, doivent être traitées de différentes manières, car l'histologiste expérimenté seul sait quels aspects divers peuvent présenter les tissus selon les méthodes employées. Les deux meilleurs réactifs pour nous révéler la présence des fibres musculaires lisses sont le séjour prolongé dans l'acide acétique dilué et l'imprégnation soigneuse au nitrate d'argent; d'autres fois ce sera la coloration à l'hématoxyline ou au carmin, qui nous fera le mieux reconnaître leurs noyaux caractéristiques allongés en bâtonnets. Je ne suis satisfait que lorsque j'ai examiné un grand nombre de coupes, prises dans des parties différentes et coupées dans tous les plans de la tumeur que j'étudie. Dans toutes les tumeurs solides de l'utérus que j'ai examinées, j'ai toujours trouvé que la fibre musculaire lisse était le seul élément histologique. Pour les tumeurs rondes, lobulées et encapsulées, dont nous avons parlé sous le nom de *polypes*, elle constitue aussi presque le seul tissu important, l'élément fibreux ne tenant lieu que de soutien et de substratum.

**Classification des myomes.** — En 1874, j'attirai déjà l'attention sur le fait qu'on avait jusqu'ici confondu deux espè-

(1) Voir à ce sujet mon travail dans *Humphrey and Turner's Journal of Anatomy and Physiology*, mai 1875.

ces de tumeurs bien distinctes sous le nom de « *tumeurs fibreuses* » de l'utérus; les deux variétés possédant des caractères pathologiques et cliniques bien différents. Je me permis de recommander le nom de « *myome mou œdématisé* »



Fig. 22. — Myome multinodulaire.

pour définir l'une de ces variétés de tumeurs et celui de « *myomes nodulaires ou multinodulaires* » pour distinguer la seconde. Toute l'expérience que j'ai pu acquérir depuis lors, ne fait que confirmer mon opinion sur ce sujet et je me

décide à abandonner les anciennes dénominations de « fibrome » ou « fibroïde », aussi bien que l'ancienne classification de ces tumeurs en *sous-muqueuses interstitielles* et *sous-péritonéales*.

J'ai déjà dit pourquoi cette dénomination de *fibromes* est



Fig. 23. — Myome œdématisé.

fausse, et comment personne ne peut la défendre plus longtemps. L'ancienne classification est erronée parce qu'elle est inutile et qu'elle contribue à entretenir la confusion. Un myome œdématisé est toujours interstitiel, et un myome multinodulaire peut être, et il est généralement à la fois *sous-muqueux, interstitiel* et *sous-péritonéal*.

Les deux figures qui suivent représentent des coupes de tumeurs, montrant leurs rapports caractéristiques vis-à-vis de l'ensemble de l'utérus.

Les deux figures suivantes représentent des coupes microscopiques de ces deux mêmes tumeurs.

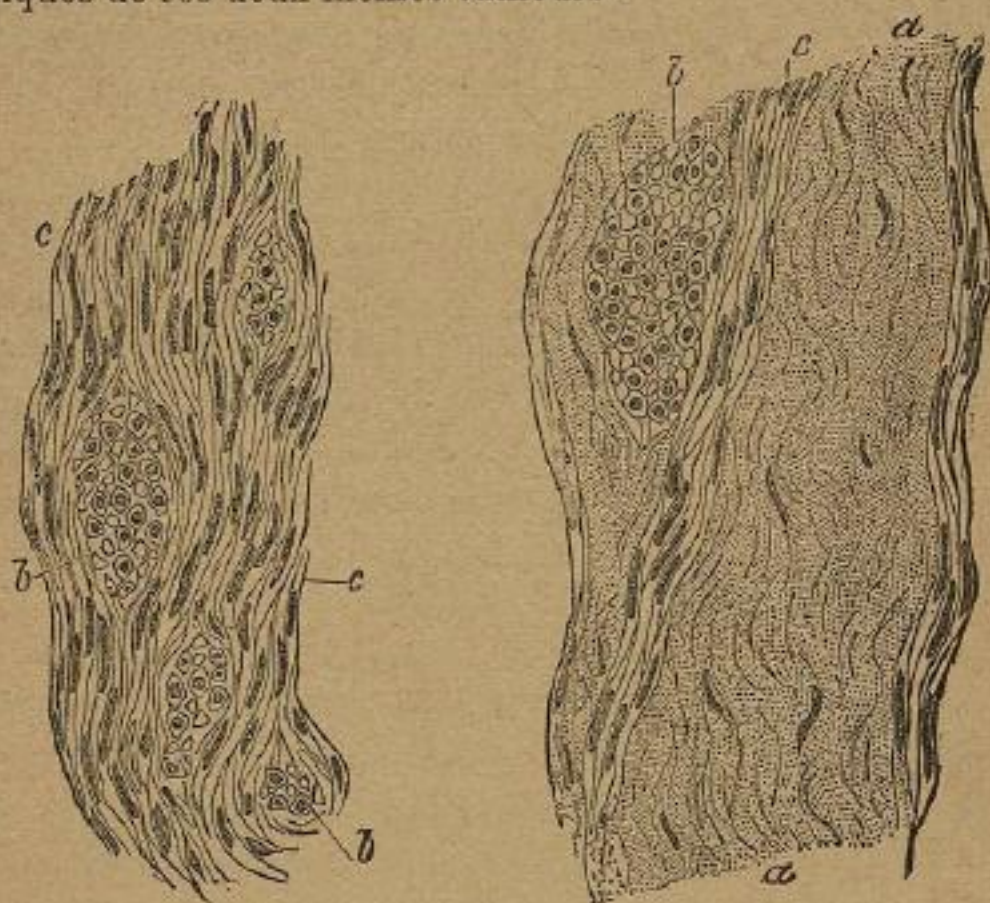


Fig. 24. — Fibromyome. — Coupe microscopique. Fig. 25. — Myome œdématisé. — Coupe microscopique.

**Myome mou œdématisé.** — Le *myome œdématisé* est toujours solitaire, il est constitué par une masse volumineuse, recouverte et entourée d'une couche épaisse de tissu utérin parfaitement normal. La cavité utérine se prolonge sur une de ses faces, elle est séparée de la tumeur par une couche régulière de tissu utérin, recouverte par la muqueuse utérine, ce qui nous montre que la tumeur a son point de départ dans la paroi utérine. Il n'existe jamais de tumeurs secondaires, et lorsque le myome est extirpé, ce qui peut se faire facilement par énucléation, et que la cavité utérine se referme, on

ne pourrait pas distinguer cet organe d'un utérus après l'accouchement, sauf par l'absence des modifications de la muqueuse propres à la grossesse.

Ces gros myomes se prêtent facilement à l'énucléation ; mais nous avons bien rarement l'occasion de les observer avant qu'ils dépassent le niveau du bassin et ils sont alors trop volumineux pour être extirpés par la voie vaginale. Je n'en ai jamais vu un seul à la période de début.

Lorsqu'une de ces tumeurs vient d'être enlevée et qu'on la coupe ; il s'en écoule pendant les premières heures une quantité énorme de sérosité, de sorte qu'une tumeur de 30 livres peut perdre le quart de son poids. Sur la coupe, elle présente un aspect gélatineux particulier, bien différent de celui de la tumeur multinodulaire, et les faisceaux musculaires, dont elle est composée, ne semblent pas avoir une distribution bien régulière et finie ; au moins il ne m'a pas été possible d'en découvrir une.

**Myomes multinodulaires.** — L'aspect macroscopique des myomes multinodulaires est tout différent. Ils sont constitués de masses de volumes différents, qui semblent enchâtonnées et distribuées au hasard dans l'ensemble du tissu utérin. Ainsi que je l'ai déjà dit, ils sont chez la même malade en même temps sous-muqueux, sous-séreux et interstitiels. Ils peuvent être énucléés de leur capsule, mais avec beaucoup plus de difficultés que les myomes œdématisés. Je n'ai jamais vu un de ces nodules ayant pris son point de départ dans la *cavité cervicale* ; et je regarde tous ces myomes comme une affection spéciale au *corps de l'utérus*. Les partisans de l'énucléation ne semblent pas avoir reconnu qu'il existe deux variétés bien distinctes de ces tumeurs, se comportant différemment vis-à-vis de cette opération.

Les *tumeurs multinodulaires* sont dures, d'une dureté presque cartilagineuse ; elles ne contiennent pas de sérosité et elles semblent se développer par leur centre ; en effet il est

certain que leurs parties périphériques ont acquis un développement plus avancé que celles du centre ; en certains points, surtout là où les vaisseaux sanguins pénètrent dans la tumeur, ce tissu périphérique semble se confondre avec le véritable tissu utérin ; j'ai trouvé, après les avoir injectés, que ces vaisseaux arrivaient jusqu'au centre de la tumeur. Je n'ai rien observé de pareil pour les myomes mous œdématisés.

Quelques coupes heureuses m'ont permis de me convaincre que dans les myomes multinodulaires les faisceaux de fibres musculaires se groupent d'après un plan concentrique bien défini ; cette particularité et la distribution des vaisseaux sanguins dans la tumeur me semblent bien indiquer que ces tumeurs sont *endogènes*.

Les deux variétés sont d'ailleurs toutes deux le résultat de l'hypertrophie des tissus normaux de l'utérus, de l'hyperplasie des fibres musculaires lisses, avec leurs cellules spéciales fusiformes et leurs noyaux allongés. Dans le myome mou œdématisé les fibres musculaires sont séparées par des lacunes, contenant de la sérosité et une espèce de pulpe, qui représente les restes de cellules détruites. Pour les myomes durs, nodulaires, les faisceaux des mêmes fibres musculaires sont au contraire réunis ensemble, serrés et ils sont formés de cellules vigoureuses, en plein état de maturité.

Le myome mou ne contient que fort peu de vaisseaux sanguins, il ne saigne jamais à l'incision comme le myome dur ; lorsque sa capsule est détruite, il s'atrophie ou se gangrène rapidement, ce qui n'est pas le cas pour l'autre variété, car j'ai vu cette dernière continuer à augmenter de volume dans la cicatrice abdominale après une hystérectomie, où le fil métallique avait partagé la tumeur en deux moitiés. Dans ces deux variétés de tumeurs nous ne rencontrons jamais de cellules embryonnaires et c'est pour cette raison que nous pouvons envisager les myomes comme étant, avec le lipome, les seules tumeurs qui ne sont jamais malignes.

Non seulement ces deux variétés de myomes diffèrent par leurs caractères microscopiques et macroscopiques, mais leur pathologie générale est aussi, autant que j'ai pu l'observer, totalement différente. Les myomes multinodulaires sont une affection de la période génitale, car il ne peut exister aucun doute que leur apparition et leur croissance sont sous l'influence de la menstruation.

Dès qu'il y a fécondation, il se produit une hypertrophie et une hyperplasie des fibres musculaires des parois utérines, quoique parfois ce processus ne s'accomplisse pas toujours d'une façon uniforme et régulière. J'ai en effet observé plusieurs cas, où les parois utérines étaient encore, au septième ou au huitième mois de la grossesse, aussi minces qu'une serviette, mais, pendant les trois ou quatre dernières semaines de la grossesse, elles atteignaient rapidement leur épaisseur normale et l'accouchement se faisait dans des conditions normales.

Il ne peut exister aucun doute que l'hypertrophie des fibres utérines ne dépende d'un apport de sang plus abondant, et les recherches physiologiques modernes nous ont démontré l'existence de fibres nerveuses dont l'excitation produit la dilatation des artérioles. Il est probable que dans l'utérus cet appareil nerveux est plus actif que pour tout autre organe et que par conséquent le plus léger accident aura ici des conséquences plus graves que partout ailleurs. Il est certain que ces petits myomes multinodulaires ont une origine très limitée, aussi serais-je porté à admettre que sous l'influence d'une excitation anormale ils proviennent d'une croissance endogène autour d'une artériole et de ses branches. Ces modifications histologiques provenant d'une sorte de perversion de l'acte physiologique, cela expliquerait certains faits en dehors de ceux déjà mentionnés précédemment, par exemple l'arrêt de développement de ces tumeurs au moment de la ménopause ou peu après, et contribuerait aussi à expliquer

le fait, que j'ai observé plusieurs fois pour les myomes sous-séreux, à savoir qu'ils augmentent de volume pendant la grossesse et qu'ils diminuent après l'accouchement.

La grande majorité des cas de *myomes multinodulaires* se rencontre après l'âge de 35, nous pourrions presque dire de 40 ans ; mais quoique leur présence dans l'utérus puisse retarder indéfiniment l'époque de la ménopause, lorsque celle-ci se produira naturellement ou qu'elle est obtenue par l'intervention opératoire, leur croissance sera arrêtée et ils diminueront de volume. Les tumeurs disparaissent généralement, lorsque l'on pratique l'enlèvement des annexes de l'utérus pour les *myomes multinodulaires* avant l'âge de 40 ans.

Les *myomes mous œdématiés* se comportent bien différemment. L'âge n'a pas grande importance. La tumeur la plus volumineuse que j'aie jamais enlevée, pesant soixante huit livres, se développa entièrement après la ménopause.

La malade me fut envoyée en 1880 par le Dr Luce, de Stratford-sur-Avon ; elle était alors âgée de 55 ans, et avait dépassé l'époque de la ménopause depuis environ deux ans. Ses règles avaient toujours été régulières, mais plutôt abondantes pendant les dernières 16 années avant leur cessation. Elle n'avait jamais été enceinte.

La première fois que je vis cette dame, elle avait un myome mou volumineux occupant la totalité du bassin, atteignant presque l'ombilic, et elle avait constaté que la tumeur augmentait rapidement de volume. Je lui conseillai l'extirpation, mais elle refusa toute intervention opératoire et je n'entendis plus parler d'elle jusqu'à ce qu'elle me fut renvoyée par le Dr Latimer Greene, au mois de mars dernier. La tumeur avait augmenté énormément de volume, et une grosse partie faisait hernie à travers les muscles droits et constituait une saillie, sur laquelle la peau semblait devoir se rompre à chaque instant.

Le volume de cette tumeur empêchait absolument cette pauvre malade de gagner sa vie comme sage-femme.

Elle souffrait en plus d'une bronchite chronique intense, et la coloration pourprée de sa face n'était pas d'un très bon présage, en plus il était certain qu'une grande partie de la tumeur était adhérente au péritoine. Cette dame était âgée d'environ 63 ans et à présent elle désirait beaucoup l'extirpation de sa tumeur. Je consentis à prendre la respon-

sabilité de l'opération; elle fut pratiquée le 20 mars, en la présence du Dr Macan, directeur de l'hôpital de la Rotunda. La malade fit une rapide guérison.

Ainsi que je l'avais supposé, la tumeur se trouva être un myome mou œdématié, très volumineux et unique. Je ne sais si cette tumeur existait déjà avant la cessation de la menstruation, mais ce que je puis affirmer, c'est qu'elle subit une augmentation d'environ une quarantaine de livres pendant les huit années qui séparèrent les deux examens que je fis de cette malade et pendant tout ce temps elle n'eut aucune indication de menstruation ni d'hémorrhagies.

J'ai pratiqué pour cette variété de tumeurs des hystérectomies chez des femmes âgées de 18, 24, 28, 30 et 31 ans et je suis arrivé à la conclusion que dans ces cas l'enlèvement des annexes de l'utérus, quoiqu'il donne des résultats très satisfaisants en arrêtant la menstruation, ne sera pas d'une grande utilité pour obtenir un arrêt dans la croissance de la tumeur. D'autre part la plus jeune malade, chez laquelle j'ai pratiqué l'hystérectomie pour enlever des myomes multinodulaires, était âgée de 37 ans.

Je ne puis me prononcer encore catégoriquement sur ce point, mais ce que je viens de dire peut suffire pour nous faire admettre que, tandis que *les myomes durs multinodulaires* sont surtout une affection de la période menstruelle de l'existence, les *myomes mous œdématiés* ne sont pas dans ce cas.

La malade la plus âgée, chez laquelle j'ai pratiqué l'hystérectomie pour un *myome mou*, avait 63 ans, tandis que la femme la plus âgée, chez laquelle j'ai fait cette même opération pour des *myomes durs multinodulaires*, n'avait que 52 ans. Ces faits suffisent par eux-mêmes à nous démontrer que ces deux affections sont tout à fait distinctes, surtout si l'on se souvient que dans le premier cas la tumeur se développa entièrement après la ménopause.

Il existe dans l'histoire de la pathologie et de la chirurgie

utérines un fait assez curieux, c'est le peu d'importance que l'on a pendant longtemps attribué aux myomes.

Les pathologistes rencontraient assez fréquemment ces tumeurs utérines multiples au cours de leurs autopsies, mais ils les regardaient plutôt comme des curiosités de peu d'importance. Les accoucheurs observaient fréquemment des malades anémiées par des hémorrhagies répétées, se transportant d'hôpital en hôpital, de cabinet de consultation en cabinet de consultation, mais ils n'avaient pas eu l'idée d'établir quelque relation entre ces métrorrhagies abondantes et la présence de ces tumeurs utérines. Ce n'est en somme que depuis une trentaine d'années que ces myomes sont envisagés comme une affection sérieuse et même assez souvent fatale. Il existe encore bon nombre de praticiens arriérés qui, après avoir diagnostiqué la présence d'un de ces myomes, disent à leurs malades « qu'il ne s'agit que d'une affection utérine sans la moindre importance, qui d'ailleurs disparaîtra d'elle-même après la ménopause. »

Le premier auteur, qui ait fait mention des myomes utérins, est, je pense, *Astruc* qui les a vaguement décrits sous le nom de « *sarcomes de l'utérus* ». Il ne doit pas en avoir vu beaucoup, car autrement leurs caractères principaux auraient été mieux rendus par un auteur qui a décrit si exactement le pyosalpinx. Je suppose qu'à cette époque les myomes utérins constituaient une affection *assez rare*, et il est certain que de nos jours ils sont devenus *beaucoup plus fréquents*. Une autre preuve de l'augmentation de la fréquence de cette affection est le fait, qu'inconnue parmi les femmes nègres de l'Afrique équatoriale, elle est devenue un véritable fléau pour leurs descendants, émigrés dans les États du sud et du centre de l'Amérique.

**Traitement.** — Il y a environ une trentaine d'années *Hildebrandt* et quelques autres auteurs s'efforcèrent de traiter ces tumeurs par de fortes doses d'ergot, mais tous leurs

efforts restèrent infructueux. *Greenhall* proposa l'extirpation en produisant leur nécrose à l'aide du fer rouge. *Lizars* (1825) et *Granville* (1827) pratiquèrent des hystérectomies dans des cas où ils avaient cru avoir affaire à une simple ovariectomie. En 1864 il arriva la même chose à *Spencer Wells*. Enfin en 1872 *Hegar*, de Fribourg, et moi-même, nous eûmes simultanément l'idée de pratiquer dans ces cas l'enlèvement des annexes de l'utérus.

Depuis lors cette opération a pris et gardé sa place dans la thérapeutique de toutes les tumeurs myomateuses, sauf lorsque, pour des raisons que nous ferons connaître plus tard l'hystérectomie doit être préférée ou devient inévitable.

On a fait de tous côtés beaucoup d'efforts pour faire prévaloir une thérapeutique moins énergique; la cautérisation de la muqueuse utérine à l'aide du courant galvanique, les injections de liquides styptiques, le curettage et d'autres interventions ont été proposées, mais aucune d'entre elles n'a une action efficace permanente et elles sont toutes plus dangereuses que l'opération chirurgicale.

Il s'est élevé de graves et longues discussions sur cette question, et il en est résulté au moins un résultat satisfaisant, c'est de faire admettre assez généralement que les myomes utérins constituent une affection *très fréquente et très sérieuse*.

**Symptômes.** — Pendant leur période de début les myomes, à quelque variété qu'ils puissent bien appartenir, ne donnent lieu qu'à fort peu ou même à aucuns symptômes. Ceci se rencontre aussi pendant toute la durée de certains myomes multinodulaires, car il est bien connu que chez nombre de femmes, atteintes de cette affection, ces tumeurs restent inaperçues et ignorées jusqu'au moment de leur mort. Lorsque ces tumeurs utérines ne se sont développées qu'à une époque rapprochée de la ménopause, et qu'elles ne retardent pas cette dernière, il est fort probable qu'elles n'occasionnent pas le moindre in-

convénient à la malade. Mais assez souvent elles déterminent un retard indéfini dans l'arrêt de la menstruation, et j'ai été obligé plus d'une fois de pratiquer l'enlèvement des annexes de l'utérus à l'âge de 56 ans et plus afin de remédier aux hémorragies dues à la présence de myomes utérins.

Le symptôme le plus inquiétant est toujours l'hémorragie. Elle se produit sous la forme de ménorrhagies, à moins que la tumeur soit polypeuse, car dans ces cas l'hémorragie se continue tant que la tumeur n'est pas expulsée de l'utérus. Dans tous les autres cas les hémorragies consistent en une véritable modification des règles qui deviennent plus fréquentes, plus abondantes et qui durent beaucoup plus longtemps. Il est néanmoins très rare qu'il ne persiste pas des intervalles plus ou moins longs entre les périodes menstruelles. La douleur n'est pas importante et elle consiste surtout en symptômes de compression sur les parois du bassin, sur la vessie et le rectum et sur les autres organes pelviens. La rétention d'urine est un symptôme fréquent de même que les difficultés à la défécation dues à la pression de la tumeur sur le rectum. Ce sont surtout les tumeurs multinodulaires qui donnent lieu à ces différents symptômes, car le myome mou œdématisé s'élève presque toujours dans le bassin d'une manière lentement progressive comme l'utérus gravide et il appelle rarement l'attention sur son existence sauf par son volume lorsqu'il déborde le niveau du détroit supérieur; l'hémorragie est une exception dans ce dernier cas.

Lorsque la tumeur s'est élevée au-dessus du niveau du détroit supérieur, sa présence peut facilement être reconnue en plaçant la main sur la région sus-pubienne. Si elle n'a pas encore atteint ce niveau on pourra constater sa présence par le toucher vaginal et plus exactement encore par l'exploration bimanuelle. Mais le diagnostic différentiel exact entre un petit myome, un utérus en rétroversion et augmenté de volume et les cas où les annexes utérins sont adhérents à la paroi uté-

rine postérieure, n'est pas toujours possible, même pour les praticiens les plus expérimentés. L'emploi de la sonde utérine peut être de quelque utilité, mais les renseignements qu'elle fournit sont en général beaucoup plus vagues que l'on ne l'admet habituellement, elle peut aussi souvent induire en erreur que faciliter le diagnostic, et plus un praticien aura acquis d'expérience, moins il aura à employer cet instrument.

Les *myomes multinodulaires* se reconnaîtront presque toujours aux caractères auxquels ils doivent leur nom. Les *myomes mous œdématiés* au contraire ressemblent tellement à un *utérus gravide* que dans le cours de deux opérations il me fut impossible de faire le diagnostic exact, même en ayant une main dans la cavité abdominale et l'autre dans le vagin. Dans les deux cas je préfèrai refermer l'abdomen que courir la chance d'ouvrir un utérus renfermant un fœtus. Les deux malades guérissent et les tumeurs ayant continué leur croissance, je me trouvai dans la nécessité de pratiquer une seconde opération, dans laquelle j'enlevai avec plein succès deux myomes œdématiés d'un gros volume.

Dans d'autres cas il est absolument impossible de faire le diagnostic différentiel entre des annexes de l'utérus, adhérents à la paroi utérine postérieure, et des petits myomes multinodulaires siégeant dans cette région, à moins que la main ne soit introduite dans le bassin à travers l'incision abdominale.

**Dilatation de l'utérus.** — Il existe encore une autre méthode d'exploration, dont il est beaucoup parlé dans les traités; c'est la dilatation de la cavité utérine dans le but de faire le diagnostic.

J'avoue que j'ai trouvé cette méthode plus dangereuse que l'incision exploratrice abdominale, et que je préfère cette dernière, parce qu'elle ouvre la voie à un traitement efficace, si l'état des parties le permet et l'autorise.

Lorsqu'il s'agit d'un cas de *myome multinodulaire*, on constatera que le col est si rigide qu'une dilatation suffisante

sera très difficile à obtenir et qu'elle ne sera pas exempte de danger; de plus, une fois obtenue, elle sera inutile car l'énucléation des différents nodules est impossible. Les partisans de l'énucléation ignoraient entièrement et absolument les différences qui existent entre les deux variétés de myomes.

Lorsque la dilatation a été pratiquée dans un cas de *myome mou œdématié*, il existe des chances pour que l'intervention aboutisse à la nécrose de la tumeur, mais, comme ces tumeurs sont rarement reconnues avant qu'elles aient atteint un volume trop considérable pour traverser le canal pelvien, les résultats de cette intervention seront très aléatoires et des plus incertains.

En effet rien n'est plus dangereux que de dilater ou d'irriter la cavité utérine, lorsque les annexes utérins sont adhérents à la paroi postérieure de l'organe.

**Enlèvement des annexes.** — Que doit-on faire lorsque l'on a reconnu un cas de myome utérin?

La réponse à cette question dépendra absolument de l'âge, de la position sociale de la malade et de la gravité des symptômes.

Lorsque la malade n'a pas encore atteint la trentaine, l'enlèvement des annexes de l'utérus peut être accepté d'emblée comme le meilleur parti à prendre; car, même si les symptômes ne sont pas très graves à ce moment, la certitude qu'ils augmenteront d'intensité plus tard est si grande, que l'intervention opératoire deviendra sûrement nécessaire tôt ou tard, et il est toujours préférable qu'elle se fasse le plus tôt possible. Pendant la période de début de l'affection, la mortalité opératoire est, ainsi que je le démontrerai plus tard, absolument insignifiante et la guérison est certaine dans 95 0/0 des cas opérés. Aucune autre opération chirurgicale ne donne d'aussi brillants résultats.

Je répondrai peu à peu aux différents arguments, invoqués pour ou contre cette opération, je ne puis les discuter ici.



Lorsque la malade a dépassé l'âge de 35 ans, je conseillerai de suivre ces cas de très près en voyant la malade après de longs intervalles, afin de se rendre compte de la marche de l'affection, et d'opérer de suite si l'on trouve que la croissance de la tumeur est rapide.

Après 40 ans, lorsque les hémorrhagies ne sont pas très inquiétantes et même si elles le sont, on peut essayer l'emploi des sels de potasse et de fortes doses d'ergot, avec le *repos absolu au lit* au moment des règles et *pendant toute leur durée*. Cette dernière condition est plus utile que toute autre, et elle est la principale raison de ce que nous sommes obligés d'opérer des femmes pauvres, tandis que nous pouvons nous en dispenser pour la clientèle aisée. J'ai pu éviter l'opération pendant 12 ans chez une malade aisée, affectée d'une tumeur myomateuse. Elle désirait éviter et craignait beaucoup toute espèce d'intervention chirurgicale, quoiqu'elle s'y fût certainement soumise si j'avais beaucoup insisté. Mais je dois avouer que, si j'eusse été la malade, j'aurais préféré courir les dangers d'une opération que de garder le lit pendant environ une dizaine d'années, comme elle le fit.

Lorsque l'on a affaire à des femmes obligées de gagner leur vie, il est impossible de proposer de tels attermoiements. Ce qu'il y a de mieux à faire vis-à-vis de ces malades, c'est de les guérir le plus rapidement possible et dans ces cas l'enlèvement des annexes est tout indiqué. Je n'admets en aucun cas les interventions intra-utérines, comme les injections de liquides astringents et les applications électriques. Tous ces procédés sont dangereux — beaucoup plus dangereux que l'opération — ils sont douloureux, fastidieux, très lents et coûteux; les bons résultats obtenus pendant quelque temps ne se maintiennent pas.

Il existe une terminaison *naturelle* des myomes, assez curieuse et dont je désirerais beaucoup arriver à connaître le mécanisme; elle consiste en leur résorption totale et inatten-

due. Cette éventualité a été décrite par différents auteurs, mais c'est une de ces particularités auxquelles on ne croit pas volontiers avant de les avoir observées soi-même; comme j'ai eu l'occasion de la constater plusieurs fois je puis actuellement y croire.

Dans le premier cas de cette espèce, que j'eus l'occasion d'observer, il s'agissait d'un myome du volume d'une orange, occupant la paroi postérieure de l'utérus. La malade resta en observation pendant près de trois ans, pendant lesquels elle souffrit d'une menstruation très abondante. Pendant tout ce temps il ne se produisit aucun changement de la tumeur, et son extirpation fut discutée plus d'une fois, mais la malade ne put se décider à courir le danger d'une opération. Je dilatai le col à l'aide de laminaria et je pus ainsi me rendre un compte exact de la nature et des rapports de la tumeur. Après cette intervention le traitement fut continué pendant environ deux ans, principalement par le bromure et l'ergot, mais il ne se produisit pas grand changement ni dans l'abondance des pertes, ni dans le volume de la tumeur. Pendant environ 15 mois cette dame vécut sur le continent, principalement en Russie, elle ne suivit aucun traitement pendant tout ce temps, et lorsque je la vis il y a environ huit ans, il n'existait plus aucune trace de myome; depuis lors elle s'est mariée et elle a eu plusieurs enfants.

Nous ne pûmes trouver aucune explication pour la disparition de cette tumeur. Elle n'avait eu aucune affection aiguë se rapportant à l'utérus, elle n'avait eu aucunes pertes, de sorte qu'il n'était pas possible que la tumeur eût été expulsée, et elle était aussi surprise que moi-même du changement inattendu qui était survenu dans son état local. On pourra il est vrai m'objecter qu'il s'agissait dans ce cas d'une variété d'hématocèle ou de quelque autre espèce de tumeur susceptible de résorption. Néanmoins je suis sûr de mon diagnostic et mon opinion est encore renforcée par le fait,

que la tumeur resta sans aucune modification pendant près de trois ans, malgré tous les différents traitements employés. J'ai publié un autre cas dans la *Lancet* en 1881; il s'agit d'un myome volumineux, qui disparut complètement après l'extirpation d'un kyste de l'ovaire. Cette malade était soignée par MM. *Badley* et *Messiter*, de Dudley, avec lesquels j'eus une consultation le 24 juillet 1879 :

E. D. non mariée, est âgée de 30 ans; elle a eu des hémorrhagies utérines très profuses et son abdomen a augmenté rapidement de volume. M. *Badley* avait constaté la présence d'une tumeur une quinzaine environ avant notre consultation. La première fois que je vis la malade nous trouvâmes qu'il existait deux tumeurs, l'une kystique, d'origine probablement ovarienne, l'autre solide, située dans la profondeur du bassin. Je pratiquai la laparotomie le 31 juillet et j'enlevai le kyste sans beaucoup de difficulté.

La tumeur solide pelvienne se trouve être un myome siégeant dans la paroi utérine postérieure et je ne pus l'enlever. La malade guérit de son opération sans aucune complication et rentra chez elle le 15 août. Je revis cette malade le 10 octobre de la même année et je trouvai que le myome avait diminué d'au moins de moitié du volume qu'il présentait au moment de l'opération. Elle se maria en décembre 1879 et en octobre 1880 elle revint me voir pour savoir si elle était enceinte. Je n'éprouvai aucune difficulté à constater qu'elle était au cinquième mois de sa grossesse et qu'il n'existait plus aucune trace du myome. Plus tard M. *Messiter* me fit savoir que l'accouchement avait été absolument normal.

A côté de ce cas, j'en ai encore rencontré quelques autres dans ma pratique, qui contribueraient à me faire admettre que les myomes utérins peuvent être assez fréquemment sous la dépendance d'affections des ovaires et que l'extirpation de ces glandes malades peut être suivie de la disparition du myome. Dans ce dernier cas il est à remarquer que l'extirpation d'un seul ovaire suffit à obtenir ce résultat, tandis que l'autre ovaire reste suffisamment sain pour permettre à la malade de devenir enceinte.

J'ai vu aussi survenir la disparition spontanée d'un myome après une laparotomie faite dans le but de pratiquer son extirpation, mais au cours de laquelle on s'était borné à consta-

ter que cette tumeur était inopérable. La possibilité de cette disparition après une simple incision abdominale a été encore confirmée récemment dans une séance de la *Société impériale de médecine de Vienne*. Le professeur von *Moosetig* présenta un cas de fibro-myome de l'utérus, qui présentait un intérêt tout particulier à cause des particularités survenues quant à la marche de l'affection.

La malade souffrait depuis le mois de février 1888 de violentes douleurs dans les régions sacrée et pelvienne, d'une constipation opiniâtre, de grande difficulté à la miction et de métrorrhagies abondantes. L'examen local révéla la présence d'une tumeur solide et élastique, tout à fait immobilisée et remplissant tout le bassin. Afin de contenter la malade, qui désirait que l'on fit quelque chose, on pratiqua une laparotomie exploratrice le 7 octobre.

Après l'ouverture de l'abdomen on constata une tumeur solide, élastique, du volume d'une tête d'adulte et tout à fait immobilisée; elle remplissait le grand et le petit bassin et était surtout située dans la cavité du sacrum. Exposée à l'air cette tumeur se congestionna, présenta une coloration rouge sombre et il se produisit sur quelques points la rupture spontanée de petits vaisseaux sanguins. Dans ces conditions l'opération n'était pas indiquée et l'abdomen fut refermé.

La guérison de la plaie abdominale se fit sans inconvénient et la malade se trouva depuis lors beaucoup soulagée. Lorsqu'elle fut examinée quinze jours plus tard, on fut très étonné de constater que la tumeur avait diminué de moitié, car elle était à peine aussi grande qu'une tête d'enfant et elle était devenue plus mobile. Cette tumeur continua à diminuer de volume, de sorte que, lorsque la malade fut présentée à la Société de médecine, elle était à peine aussi grande qu'un poing d'adulte. Le professeur de *Moosetig* n'a retrouvé aucun cas semblable dans la littérature médicale. Il explique cette régression spontanée du fibro-myome en la supposant due à l'hypérémie intense, observée au moment de l'opération, comme des sarcomes mous peuvent parfois disparaître sous l'influence d'érysipèles graves ou d'autres complications, etc.

Je pourrais mentionner différents cas de ma propre pratique, où il est survenu une pareille disparition; malheureusement j'en connais un beaucoup plus grand nombre d'autres, où un pareil résultat n'a pas été obtenu; par conséquent, quoique l'incision exploratrice ne puisse être encore envisagée comme une véritable méthode thérapeutique, il n'en est

pas moins vrai que ce dernier fait, associé à quelques autres de même espèce que nous décrirons plus tard, constitue un argument assez sérieux en faveur de l'application étendue de l'exploration par laparotomie.

J'ai actuellement en observation un autre cas de cette espèce qui, pour différentes raisons, est tout à fait digne d'être relaté dans tous ses détails.

La malade, dont il s'agit, était une juive, âgée de 34 ans, chez laquelle le professeur *Schræder*, de Berlin, et d'autres chirurgiens avaient diagnostiqué un myome volumineux, diagnostic avec lequel je fus pleinement d'accord, lorsque l'on m'amena la malade en mai 1888. Cette dame souffrait fort peu de sa tumeur, qui d'ailleurs donnait très peu de signes de son existence, par contre elle souffrait beaucoup de calculs biliaires, pour lesquels elle me fut envoyée par le professeur *Gluge*. Je pratiquai la cholécystotomie quelques jours après l'avoir vue pour la première fois et à ce moment le myome s'élevait à environ mi-hauteur entre la symphyse et l'ombilic. Il est évident que je n'eus rien à faire avec la tumeur pendant tout le cours de l'opération, je ne la touchai même pas. Je revis la malade en novembre 1888 et je constatai à mon grand étonnement que la tumeur ne dépassait pas le détroit supérieur, et qu'elle n'était plus que du tiers du volume qu'elle présentait six mois auparavant. Il ne pouvait exister d'autre cause connue pour cette régression que la laparotomie, car la malade ne suivit aucune espèce de traitement, ayant à peu près oublié l'existence de sa tumeur pelvienne.

L'idée d'enlever les annexes de l'utérus pour obtenir la guérison des myomes utérins me vint en 1871. J'avais perdu dans la même semaine deux malades après l'énucléation, j'étais terrifié par cette catastrophe et comme j'assistais à l'autopsie d'une de ces malades je fus frappé du volume exagéré des trompes et des ovaires. Depuis lors j'ai retrouvé fréquemment cette association d'affections des annexes avec des myomes utérins et je suppose qu'il existe quelque relation de cause à effet entre ces deux états pathologiques. Me rappelant alors le cas pour lequel j'avais pratiqué quelques mois auparavant une double ovariectomie chez une femme anémiée par des métrorrhagies abondantes et répétées, et où j'avais obtenu un excellent résultat, il me vint à l'idée d'appliquer cette

méthode thérapeutique aux hémorrhagies occasionnées par les myomes utérins. Je n'eus pas l'occasion de la mettre en pratique avant le 27 juillet 1872.

La malade à laquelle je l'appliquai fut guérie, non pas immédiatement, car je ne pratiquai pas l'opération comme je le fais actuellement, mais j'obtins l'arrêt complet de l'hémorrhagie quelques mois plus tard et elle est actuellement en parfaite santé.

Depuis cette date jusqu'à la fin de 1888, j'ai pratiqué cette opération 272 fois, avec 12 morts (1), ce qui donne une mortalité de 4,41 0/0. Dans ma première série la mortalité était de 7 0/0, elle ne fut que de 2,03 0/0 dans ma seconde série. Si je pouvais obtenir que tous les cas m'arrivent avant que les malades soient à demi-mortes d'hémorrhagies, je crois que la mortalité ne serait pas supérieure à 1 0/0. Pour tout ce qui touche au domaine de la chirurgie abdominale, je ne saurais assez protester contre les inconvénients qu'il y a à retarder la consultation.

Le 24 mai 1881 je lus un mémoire sur mes trente premiers cas de cette opération à la *Royal medical and surgical Society*, mais ce que j'avançai ne provoqua que de l'incrédulité et cette société, très conservatrice, ne jugea même pas mon travail digne d'être publié. Je reçus ses remerciements cérémonieux sans m'émouvoir et envoyai mon mémoire en Amérique, où il fut publié en janvier 1882 (2); dans le Nouveau-Monde il reçut de suite l'attention qu'il méritait; j'en étais certain. Je puis parler aujourd'hui avec calme de l'accueil que m'a réservé la *Royal Society*, mais à cette époque j'en avais éprouvé beaucoup d'amertume. Dans un travail lu en 1885 à la réunion de Cardiff de la *British Medical Association* (3), je présentai en détail les résultats secondaires de

(1) Réflexions sur ma première série de 1.000 laparotomies, 1884, et Réflexions sur ma seconde série de 1.000 laparotomies, *British Medical Journal*, 1888.

(2) *American Journal of Medical Sciences*.

(3) *British Medical Journal*, août 1885.

mes cinquante premiers cas de cette opération. Il s'était écoulé pour tous une période d'au moins deux ans et demi depuis la date de l'opération, de sorte que l'intervalle entre l'opération et la publication était assez long pour pouvoir apprécier les résultats dont je parlais. Le travail avait pour but, premièrement, de montrer que l'enlèvement des annexes utérines pour des myomes, lorsqu'il est fait avec les soins convenables, n'est pas une opération très dangereuse, qu'elle présente à peine une mortalité appréciable, même lorsque les tumeurs sont volumineuses et que les malades nous sont amenées presque à demi-mortes d'hémorrhagies.

Je présentai aussi une liste de 58 cas, opérés par moi entre le 1<sup>er</sup> janvier 1884 et le 21 juillet 1885, sans un seul cas de mort; je n'ai pas choisi cette période pour la raison que j'avais en auparavant une mortalité assez élevée, mais parce que c'était la dernière date à laquelle les résultats de ma pratique avaient été publiés en détail. Dans les séries publiées jusqu'à la fin de 1883 il y avait 50 cas d'ablation des annexes de l'utérus pour des myomes, avec deux morts, de sorte que, jusqu'au mois d'août 1885, j'avais une série de 108 cas avec deux morts. Depuis lors, c'est-à-dire du 21 juillet 1885 jusqu'aujourd'hui, j'ai eu 154 cas avec seulement deux morts, de sorte que la mortalité de cette opération a été entre mes mains jusqu'aujourd'hui, en faisant exclusion de mes tout premiers cas, qui ne doivent pas entrer en ligne de compte quand il s'agit de la mortalité de l'opération, a été, dis-je, de seulement 1,53 0/0.

Mes adversaires se sont fait un malin plaisir de rassembler mes premiers cas, pour lesquels la mortalité a été à peu près de 25 0/0, mais je n'ai pas besoin de dire qu'en appliquant le premier ce nouveau procédé opératoire, j'ai eu à supporter les conséquences *inévitables* d'une période d'essai et d'erreurs qui m'ont aidé ensuite à trouver ma voie et à la frayer ainsi à ceux qui sont venus après moi; ce qui ne les a pas empêchés de ne pas me tenir compte des bons résultats qu'ils ont obtenus.

Qu'il me soit permis de dire, à propos des discussions de cette nature basées sur des statistiques, ce que j'ai déjà avancé dans d'autres occasions semblables, à savoir que: la période de début donnant toujours des résultats défavorables, il est absurde de réunir une série de cas provenant des débuts d'un grand nombre d'opérations, pour en tirer des conclusions sur leur mortalité exacte; une statistique semblable ne donne que la mortalité d'opérateurs sans expérience. La véritable mortalité de l'opération ne peut être indiquée que par l'étude des documents provenant du ou des meilleurs opérateurs; et, même pour les chirurgiens arrivés à une grande expérience, les cas provenant de leur période de début devraient être exclus pour arriver à connaître la véritable mortalité de l'opération.

Je serais en droit de demander qu'on procède ainsi pour moi, qui ai opéré des centaines de cas et ai réduit la mortalité au minimum. On ne peut autrement obtenir des renseignements exacts sur la valeur d'une opération.

Dans le travail dont je viens de parler, lu à Cardiff devant la *British Medical Association*, je donnai la liste de cinquante cas de cette opération, qui tous ont été suivis de guérison, ainsi que des renseignements sur les résultats secondaires autant que j'ai pu obtenir des informations exactes. Pour quelques cas, je garantis seul les renseignements obtenus, car ils proviennent d'entrevues personnelles avec les malades; mais, dans tous les cas où cela a été possible, l'observation résulte de données fournies par le médecin qui m'avait envoyé la malade pour que je l'opère, qui avait partagé avec moi la responsabilité du traitement, ou qui avait donné ses soins après l'opération. Dans tous ces cas, les résultats secondaires ont été si satisfaisants, que je laisse les faits parler d'eux-mêmes, sans y ajouter de commentaires.

OBSERVATION I. — J'ai soigné pendant une année J. H. âgée de quarante ans, pour des hémorrhagies qui l'épuisaient complètement, dues à