

L'épithélioma du corps utérin peut simuler un fibrome interstitiel toutefois, l'utérus augmente moins de volume et moins rapidement en cas d'épithéliome, il reste régulier dans sa forme; l'écoulement est rapidement hydropurulent et sanieux et enfin le cancer apparaît, le plus souvent, après la ménopause: une hypertrophie utérine et des métrorragies, survenant à ce moment, feront toujours penser au cancer.

Les tumeurs des annexes simulent surtout les fibromes pédiculés. Les tumeurs fibreuses ou solides des annexes sont presque impossibles à différencier des fibromes utérins; l'absence de métrorragies et d'hypertrophie de la cavité utérine sont leurs seuls caractères distinctifs.

Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont aussi une source d'erreur presque inévitable; le fait, qu'ils surviennent souvent chez des femmes très jeunes et sont douloureux, devra toutefois éveiller l'attention du chirurgien. — Les kystes uni ou multiloculaires seront généralement reconnus; toutefois, la fluctuation peut être perçue dans un fibrome œdémateux ou kystique et un kyste proliférant présente souvent des parties très dures; l'ascite elle-même, si fréquente dans les kystes proliférants, se produit parfois, mais moins abondante, en cas de fibrome pédiculé. L'hydronéphrose à poche tendue peut en imposer pour un fibrome; toutefois, l'hydronéphrose abaisse l'utérus dont on peut facilement mesurer la cavité qui n'est pas hypertrophiée et qu'on peut isoler assez facilement de la tumeur; l'interrogatoire révélant alors des antécédents urinaires, l'erreur est moins excusable; mais, n'observe-t-on pas l'hydronéphrose dans quelques cas de petit fibrome pelvien compressif? — Les kystes hydatiques du petit bassin, groupés autour de l'utérus et adhérent à lui, donnent la sensation d'une tumeur utérine multinodulaire qui induit le chirurgien en erreur, d'autant plus que les kystes hydatiques ne provoquent aucun symptôme spécial et amènent parfois des phénomènes congestifs que traduisent d'abondantes ménorragies.

Le diagnostic des corps fibreux intraligamentaires n'est pas moins délicat. Les tumeurs liquides, en effet, rejettent comme les fibromes inclus l'utérus du côté opposé au leur et font, comme eux, corps avec lui; elles sont, de plus, souvent tendues, et leur consistance ferme en impose pour une tumeur solide. Cependant les salpingites, souvent accompagnées de poussées de pelvi-péritonites, toujours de métrite, seront reconnues à leur évolution presque toujours fébrile. Les kystes para-ovariens parfois fluctuants, très réguliers, se développent en dehors de tout accident utérin concomitant.

Le diagnostic est facilité souvent par la constatation d'une autre tumeur fibreuse abdominale qui indique la nature de la tumeur incluse.

Malgré tout, le diagnostic n'est souvent qu'un diagnostic de probabilité et la laparotomie seule vient lever tous les doutes.

D. Fibromes à type métritique. — Cette catégorie de fibromes répond à une modalité symptomatique essentiellement caractérisée par une hypertrophie moyenne et régulière de l'utérus, par des métrorragies et par des douleurs analogues à celles d'une métrite hémorragique.

Un tel syndrome clinique peut répondre à de petites tumeurs sous-muqueuses et n'est alors que le mode de début d'un fibrome à évolution vaginale: il peut répondre aussi à une petite tumeur interstitielle qui deviendra, plus tard, un gros fibrome abdominal; mais dans nombre de cas il traduit l'existence d'un utérus fibromateux sans fibromes, type anatomique que l'un de nous (Hepp, *Thèse de Paris*, 1899) a décrit sous le vocable de sclérose utérine.

De tels utérus présentent les mêmes altérations que les utérus fibromateux, les tumeurs seules font défaut. Macroscopiquement, ces utérus sont tantôt légèrement augmentés de volume, tantôt gros comme le poing, mais ils peuvent atteindre des dimensions beaucoup plus considérables, remonter jusqu'à l'ombilic, leur cavité mesurant de 8 à 16 centimètres de longueur. Leur aspect extérieur est régulier, plus ou moins globuleux; ils sont revêtus de péritoine lisse et sain. Leur consistance, parfois très ferme et très dure, est parfois plus molle ou même spongieuse. Le col est normal, sans ectropion ni ulcération, mais il est souvent gros, très dur, comme ligneux. L'aspect de la cavité utérine est normal: la muqueuse lisse, blanchâtre, présente parfois un petit piqueté hémorragique. A la coupe, le parenchyme doublé, triplé, quadruplé d'épaisseur, est tantôt d'un blanc bleuté, d'une consistance presque cartilagineuse, tantôt d'un blanc plus jaunâtre, d'une apparence lardacée, d'une grande friabilité, tantôt lacunaire, humide, comme imbibé de suc. Ces utérus hypertrophiés, parfois géants, tendent assez fréquemment à la rétroversion ou au prolapsus, ils sont instables et leurs moyens de fixation paraissent relâchés. Microscopiquement, le parenchyme et la muqueuse présentent exactement les caractères des utérus fibromateux que nous avons décrits en détail.

Symptomatologie. — La symptomatologie est élémentaire. Après une longue période de troubles utérins vagues, consistant en sensation de pesanteur abdominale et de tiraillement lombaire, en pertes blanches, troubles menstruels variés, ces malades ont des ménorragies, puis des métrorragies de plus en plus abondantes et rapprochées: elles sont presque constamment dans le sang. Examinées à ce moment, elles n'offrent d'autre signe physique qu'une hypertrophie régulière, considérable de l'utérus, sans trace de nodosité sous-péritonéale ou de tumeur sous-muqueuse.

Les métrorragies résistent aux moyens médicaux et au curetage, elles s'arrêtent par la ménopause, par la castration et par la ligature des utérines comme celles des fibromes. Elles peuvent entraîner,

comme ces dernières, une mort rapide ou une mort lente par anémie.

Le diagnostic de cette forme de fibromatose sans tumeur doit être fait avec le cancer du corps utérin et la métrite hémorragique.

Nous avons déjà signalé les caractères distinctifs du cancer utérin. La métrite hémorragique se distingue par les antécédents de la malade dans lesquels on relève toujours la trace ou le souvenir d'une infection en cas de métrite, tandis que l'infection fait défaut dans les anamnestiques des malades atteintes de sclérose utérine qui sont parfois vierges et souvent stériles. L'examen de la cavité utérine, de dimension à peine supérieure à la normale et remplie de fongosités dans la métrite hémorragique, très hypertrophiée et à surface lisse et égale dans la fibromatose, est un élément de diagnostic très précis, que corrobore l'effet négatif ou même péjoratif des cautérisations intra-utérines et du curettage dans la sclérose, alors que ces procédés thérapeutiques guérissent promptement et sûrement la métrite hémorragique fongueuse.

III. — TRAITEMENT DES FIBROMES.

Le traitement des fibromes utérins est, de plus en plus, sinon exclusivement, chirurgical. Le fait cependant que la fibromatose n'est pas toujours une affection mortelle ni même incurable, que la tumeur peut rester stationnaire sans causer de grands troubles, devenir tout à fait silencieuse ou même rétrocéder, laisse subsister les méthodes médicales ou médico-chirurgicales, quelquefois curatives, plus souvent palliatives.

Traitement médical. — Le traitement médical ne comporte plus que trois procédés : l'ergotine, l'électricité, la cure thermique.

Ce traitement sera employé dans des circonstances qu'il est aisé de définir. Il s'adresse aux malades approchant de l'âge de la ménopause, dont le fibrome ne détermine ni hémorragies extrêmement abondantes et répétées, ni phénomènes de compression menaçants, ni troubles généraux graves de la santé, et dont la situation sociale permet un traitement prolongé.

L'ergotine, employée depuis longtemps, mais méthodiquement depuis 1872, seulement, par Hildebrandt, dont ce procédé de traitement porte le nom, est administrée sous forme d'injections sous-cutanées quotidiennes à la dose de 25 à 50 centigrammes par jour; ces injections doivent être continuées pendant plusieurs mois. Elles ont surtout une action d'arrêt sur les hémorragies et font, peut-être, diminuer de volume les tumeurs interstitielles purement myomateuses, mais elles n'ont jamais donné que des guérisons symptomatiques plus ou moins prolongées; on ne leur est redevable, au témoignage de Gusserow, de Martin et de Schröder, d'aucune guérison anatomique. En tout cas, il faut se garder d'injecter l'ergotine dans la tumeur

comme le faisait Heurtaux, sous peine d'inflammation du fibromyome et de péritonite.

L'électricité, certainement supérieure à l'ergotine, a tenu, il y a quelques années, la première place parmi les moyens thérapeutiques qu'ont suscités les fibromyomes. Son emploi remonte à 1868; elle fut préconisée d'abord par Tripier, par Legros et Onimus, puis par Cutter, mais appliquée de façons très diverses, sans méthode. L'honneur d'avoir réglé la technique du traitement électrique revient à Apostoli (1882). Les points essentiels de la technique d'Apostoli sont : l'emploi exclusif de courants de pile continus, l'emploi de courants intenses de 150 à 250 milliampères exactement évalués au galvanomètre, l'usage d'une très large électrode inactive, appliquée sur l'abdomen de façon à éviter les phénomènes caustiques et douloureux qu'amènerait l'intensité du courant employé, l'introduction de l'électrode active dans la cavité utérine elle-même, l'emploi des deux pôles suivant l'effet qu'on désire obtenir, le pôle positif donnant une escarre dure, sèche, brune, suivie d'une cicatrice rétractile, convenant aux formes hémorragiques et douloureuses, le pôle négatif créant une escarre molle, blanche, épaisse, amenant une hyperémie locale favorable aux phénomènes régressifs et à la diminution de la tumeur. Par tous ces points, la méthode d'Apostoli est originale.

L'application est la suivante : la malade couchée dans la position du spéculum, l'opérateur désinfecte le vagin, applique sur le ventre l'électrode indifférente, gâteau de glaise ou large plaque d'étain recouverte de peau de chamois mouillée, introduit dans la cavité utérine, sans spéculum, l'électrode active en platine et fait passer le courant dont il augmente progressivement l'intensité jusqu'à sa limite maxima, en trois minutes; l'intensité maxima est maintenue pendant cinq minutes, puis progressivement diminuée, l'électrode utérine est retirée et la malade mise au repos, étendue pendant deux heures. Les séances sont renouvelées tous les trois ou quatre jours : vingt-cinq à trente séances sont nécessaires.

L'action sur les hémorragies est rapide et est obtenue au bout de quatre à cinq séances; elle est favorable dans 80 p. 100 des cas et se maintient pendant un an, en moyenne, dans les cas favorables.

L'action sur les phénomènes douloureux est à peu près parallèle à la précédente. Quant à l'action sur le volume de la tumeur, elle est beaucoup plus inconstante, ne s'observe, d'après Apostoli, que dans 8 p. 100 des cas, et est niée par beaucoup d'auteurs partisans du traitement électrique; elle est, d'ailleurs, difficile à apprécier, étant données les modifications spontanées que les phénomènes congestifs apportent au volume de la tumeur comme le remarque Bouilly.

La méthode d'Apostoli est innocente quand on l'applique en dehors de complications annexielles ou péritonéales, et qu'on renonce aux ponctions par les culs-de-sac au moyen d'une électrode-trocarter,