

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 rétroceder, 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-trocarn,



comme le faisait parfois Apostoli; toutefois, elle est inefficace en cas de fibrome cavitaire sous-muqueux et pédiculé, et peut même être alors nuisible.

En tenant compte de ces contre-indications et de ces correctifs, elle paraît très supérieure dans ses effets à la méthode de Danion et Lucas-Championnière, qui n'employaient que des intensités faibles de 80 à 120 milliampères au moyen d'une électrode purement vaginale.

L'effet curatif de l'électricité peut être très durable, comme en témoigne la thèse récente de Laquerrière, qui, reprenant l'histoire des malades traitées par Apostoli, relate une série de succès persistant depuis quinze ans et plus.

La *cure thermique* ne donne point de semblables guérisons; même dans les cas où elle agit favorablement, elle constitue plutôt une méthode palliative et adjuvante qu'une méthode curative; elle permet à la malade de vivre, pendant de longues années parfois, en bonne intelligence avec sa tumeur, à condition toutefois de renouveler pendant plusieurs années la villégiature thermique, ce qui limite les indications du traitement à la classe des malades riches.

Les eaux recommandables sont uniquement les eaux chlorurées sodiques fortes: Kreuznach, Salins, Biarritz, et surtout Salies-de-Béarn, qui est devenue, en France, la station de choix.

A Salies, on emploie l'eau de la source de Bayâa qui contient 258 grammes de sels par litre. On l'administre sous forme de bains généraux plus ou moins mitigés d'eau douce, de douches vaginales très chaudes faites dans le bain, et de compresses chaudes imbibées d'eaux mères qu'on applique sur l'abdomen. La cure moyenne est de trente bains.

L'action de ces eaux est reconstituante, grâce à leur richesse saline, décongestive grâce à leur thermalité, sédative grâce à la richesse en bromures et en iodures des eaux mères. Après une phase d'irritabilité, elle se manifeste par une récupération des forces, par une accalmie des douleurs, par une diminution des hémorragies et, enfin, par une modification de la tumeur elle-même.

D'après les observations consciencieuses de Matton (de Salies), la modification de la tumeur est caractérisée par la disparition des exsudats pelviens qui dépouille pour ainsi dire le fibrome et le fait apparaître réduit, plus limité, mieux explorable, plus mobile, mais très rarement ramolli comme le disent les autres auteurs.

De toute façon, la cure de Salies soulage les malades en diminuant ou en faisant cesser leurs hémorragies et leurs troubles de compression, et les met, tout au moins, dans des conditions de résistance opératoire très favorables.

Nous devons signaler enfin, parmi les agents du traitement médical, le corps thyroïde ou son principe actif, l'iodothyrique; cette médication,

employée depuis peu de temps, n'a pas encore fait suffisamment ses preuves pour que nous y insistions: peut-être n'est-elle qu'un mode nouveau et plus efficace de la médication iodée qui a donné, autrefois, quelques rares succès relatifs.

**Traitement chirurgical.** — Le traitement chirurgical, qui tend à accaparer toute la thérapeutique des fibromes, est très varié dans ses procédés; chacun d'eux comporte ses indications particulières que nous signalerons chemin faisant; mais il convient de résumer, d'abord, les principales conditions morbides qui sollicitent, d'une façon plus générale, l'action chirurgicale. En se plaçant à ce point de vue, la cure chirurgicale comporte des indications d'urgence et des indications d'opportunité.

Il y a urgence lorsque la vie de la malade est immédiatement menacée par la présence d'une tumeur fibreuse: tout fibrome qui détermine des phénomènes de compression pelvienne progressifs ou immédiatement redoutables, particulièrement du côté des uretères; tout fibrome qui cause des hémorragies, profuses, répétées et rebelles; tout fibrome qui dégénère, qui s'enflamme ou dont le pédicule subit une torsion doit être enlevé sans tarder.

En dehors de ces circonstances, les motifs d'opérer sont moins pressants, mais non moins nets: toute tumeur fibreuse, survenue à grande distance de la ménopause ou persistant à croître après elle, qui apporte à la santé des troubles importants, soit par son développement exagéré, soit par les douleurs qu'elle provoque, soit par les troubles viscéraux qu'elle détermine, soit par les hémorragies qui l'accompagnent, est du ressort de l'intervention chirurgicale.

Dans de telles conditions, il n'y a pas de contre-indication opératoire: celles qu'on pourrait tirer de l'état d'affaiblissement de la malade sont, au contraire, des raisons d'opérer plus vite et plus radicalement, mais il peut y avoir des motifs de temporiser ou de se hâter.

Les raisons de temporiser sont: l'approche de la ménopause, — la lenteur du développement du fibrome, — la rareté des hémorragies, — la conservation de la santé générale, — l'état social de la malade lui permettant de se ménager, — le désir formel de la malade d'essayer le traitement électrique ou thermal.

Les raisons de se hâter sont: la croissance rapide du fibrome, — l'existence de poussées de pelvi-péritonite pouvant faire croire à des lésions annexielles ou à une dégénérescence de la tumeur, — la fréquence et l'abondance des hémorragies, — l'atteinte grave portée par la présence de la tumeur à la santé générale et particulièrement l'existence de complications cardiaques et d'albuminurie.

Pour certains chirurgiens trop prudents, ce dernier motif d'intervention peut paraître un motif d'abstention; mais, comme l'opération constitue alors l'unique ressource thérapeutique, qu'elle peut être



définitivement curatrice et enrayer le développement des dégénérescences viscérales, en dépit de l'aggravation résultant de l'existence de celles-ci, elle est formellement indiquée et doit être faite le plus tôt possible, mais avec de grandes réserves comme pronostic.

La nécessité ou l'utilité de l'intervention étant ainsi déterminée, un grand nombre de procédés s'offrent au chirurgien ; on peut les diviser en deux grandes classes, celle des procédés indirects ou palliatifs, celle des procédés directs ou curatifs.

Le tableau suivant les résume aussi complètement que possible.

A. Procédés indirects orthopédiques, palliatifs ou atrophiques.	}	Réduction d'un fibrome enclavé.									
		Dilatation ou dissection du col.									
	}	Curettage utérin.									
		Ligature des artères utérines (Opération de F. Martin, Gottschalk).									
	}	Castration annexielle (Opération de Battey-Hegar).									
		1 <sup>o</sup> Ablation d'une tumeur pédiculée par le vagin.									
I. Procédés partiels ou conservateurs.	}	2 <sup>o</sup> Ablation d'une tumeur pédiculée par l'abdomen.									
		3 <sup>o</sup> Énucléation par voie vaginale d'une tumeur sessile.									
B. Procédés directs ou curatifs.....	}	4 <sup>o</sup> Énucléation par voie abdominale d'une tumeur sessile.									
		II. Procédés totaux ou radicaux.....									
	}	1 <sup>o</sup> Hystérectomie vaginale.									
		2 <sup>o</sup> Hystérectomie abdominale..									
		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>à pédicule externe.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>à pédicule interne.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>supravaginale.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>totale.</td> </tr> </table>			à pédicule externe.		à pédicule interne.		supravaginale.		totale.
	à pédicule externe.										
	à pédicule interne.										
	supravaginale.										
	totale.										

DU CHOIX DE L'INTERVENTION. — Pour faire un choix parmi ces nombreux procédés, le chirurgien doit considérer l'intérêt de la malade, qui est de subir une intervention efficace, à résultat durable avec le moins de risques et de mutilation possible.

Parfois l'indication est évidente, surtout lorsqu'il s'agit d'une tumeur unique, nettement pédiculée, polype utérin ou vaginal ou fibrome abdominal ; son ablation s'impose par les procédés les plus directs et les plus simples, l'intervention est aussi efficace qu'innocente.

Malheureusement, le cas est souvent plus complexe et le chirurgien est obligé de faire entrer en ligne de compte l'âge de la malade, la gravité d'une opération radicale, le désir de conserver à la femme sa fécondité. Il doit mettre dans la balance les avantages et les inconvénients d'une opération palliative, il doit évaluer les risques respectifs des moyens et des voies opératoires qui s'offrent à lui.

Ces questions préliminaires d'une importance capitale peuvent se poser dans les termes suivants : Quand doit-on recourir à une intervention palliative ? Quand doit-on pratiquer l'hystérectomie ? Quelles sont les raisons de choisir la voie abdominale ou la voie vaginale ?

Sans mettre en ligne de compte le curettage avec large dilatation

du col utérin, qui peut constituer une mesure d'attente utile dans un milieu impropre à une intervention plus importante, ni la réduction d'un fibrome enclavé qu'on doit toujours tenter en présence d'accidents menaçants, l'opportunité d'une intervention palliative nous semble facile à déterminer. Nous pensons qu'une telle intervention doit être réservée aux malades approchant de l'âge de la ménopause, aux malades dont l'état général grave constitue une contre-indication à une opération longue et mutilante, aux malades peu gravement atteints chez lesquelles on peut espérer arrêter l'évolution d'une fibromatose au début. Nous pensons de plus qu'on doit préférer à la castration abdominale, surtout chez les femmes jeunes, la ligature des artères utérines par voie vaginale, tout aussi efficace et qui laisse subsister la fonction ovarienne. A nos yeux, la castration ne doit être faite que si, en présence des indications d'une opération palliative, la ligature des utérines par voie vaginale est impossible.

La nécessité de l'hystérectomie est moins facile à préciser : celle-ci n'est absolument indispensable qu'en présence d'accidents graves de compression, d'hémorragies surabondantes et répétées, d'accidents de gangrène, de suppuration ou de dégénérescence rapide ; elle est alors la seule ressource ; en dehors de ces cas, c'est une question de tact, d'aptitudes et d'habitudes opératoires de fixer si l'énucléation simple est préférable à l'hystérectomie. En théorie, l'opération conservatrice doit toujours avoir le pas sur l'opération mutilante ; toutefois, il est inutile de conserver l'utérus d'une femme qui approche de la ménopause et surtout celui d'une femme qui l'a dépassée ; il peut être mauvais de conserver un utérus dont les tissus profondément atteints continueront à souffrir et à saigner après l'ablation des tumeurs ; enfin, l'énucléation peut être impossible ou plus difficile et plus longue que l'hystérectomie, et alors cette dernière est préférable.

Il y a donc là une question d'appréciation et d'espèces qui trouve sa solution au cours même de l'intervention ; en cette matière, nous ne pouvons admettre qu'une règle : en dehors des cas qui commandent l'hystérectomie d'urgence, il convient de demeurer conservateur chez toute jeune femme chez laquelle l'énucléation pourra être efficace et facile quand l'appareil tubo-ovarien est intact.

La préférence à accorder à la voie abdominale ou à la voie vaginale a fait couler des flots d'encre, et l'accord n'est pas encore fait, à ce sujet, entre les chirurgiens. Sans tenir compte des préférences exclusives des partisans de la voie haute ou de la voie basse, dont l'exagération est manifeste, le litige se pose de la façon suivante : entre les petits fibromes qui sollicitent l'hystérotomie ou l'hystérectomie vaginale simple, rapide, élégante et innocente, et les gros fibromes qui imposent la laparotomie, les fibromes moyens, variant de la grosseur d'une pomme à la grosseur d'une tête de fœtus, doivent-ils être extraits par le ventre ou par le vagin ? Pour résoudre



cette question, on a cherché à fixer quelle doit être la limite supérieure du fibrome pour pouvoir être attaqué utilement par le vagin; les opinions des chirurgiens varient autant sur cette limite que sur l'objet du litige qu'elle doit trancher; ce fait seul montre que la limite supérieure qu'atteint le fibrome par rapport à la paroi abdominale est un élément très inconstant d'appréciation des bornes d'une action efficace par la voie vaginale.

Pour nous, tout le problème se réduit à savoir quand l'hystérectomie vaginale conserve sa bénignité; or, elle la conserve quand l'opération est facile, c'est-à-dire quand le vagin est large, l'utérus facilement abaissable à la vulve et la tumeur d'un volume tel que son morcellement ne puisse pas excéder le temps normal d'une hystérectomie abdominale. Dans de tels cas, la voie vaginale mérite la préférence avec ce seul correctif qu'un fibrome, même petit, pédiculé vers l'abdomen, doit déterminer l'opérateur à recourir à la laparotomie. Cette délimitation nous semble juste, d'abord parce qu'elle tient compte, aussi exactement que possible, des risques opératoires en les réduisant au minimum, ensuite parce qu'elle s'allie avec la faculté de demeurer conservateur au cours de l'intervention.

En effet, lorsque l'utérus vient facilement à la vulve, le fait d'avoir entrepris une hystérectomie vaginale n'oblige point l'opérateur à la terminer lorsque, ayant largement fendu l'utérus sur la ligne médiane, il s'aperçoit qu'il peut se contenter d'énucléer quelques tumeurs interstitielles ou sous-muqueuses. Une telle conduite lui serait interdite, au contraire, s'il abordait l'utérus par le vagin pour enlever un fibrome pédiculé vers l'abdomen: l'hystérectomie préalable serait la condition même de la solution de son intervention. Dans ces cas, la laparotomie permet justement de ménager l'utérus.

La notion de la conservation, qu'il ne faut jamais perdre de vue, s'harmonise donc parfaitement avec les conditions de facilité et de sécurité opératoires que nous avons admises, en première ligne, pour résoudre la question tant débattue du choix de la voie opératoire.

En réalité, lorsque la question d'opportunité opératoire a été résolue, c'est le choix de la voie qui devient la question primordiale: à plupart du temps, en effet, la détermination absolue de l'opération à exécuter sera impossible avant l'intervention révélatrice de la topographie, de l'étendue réelle des lésions et aussi des possibilités chirurgicales; il en est particulièrement ainsi en ce qui concerne les énucléations de corps fibreux par la voie haute ou par la voie basse.

Il importe donc seulement que le chirurgien discerne assez judicieusement la voie à prendre pour qu'une fois entré dans celle qu'il a choisie, il n'y soit pas gêné pour modifier sa tactique opératoire, en ayant bien présentes à l'esprit, au moment même de les appliquer, les notions relatives à l'âge, à la conservation et surtout aux chances de guérison efficace et durable que nous avons envisagées. C'est

dans cet esprit que nous abordons l'étude des divers procédés opératoires.

**Procédés opératoires.** — A. PROCÉDÉS INDIRECTS, PALLIATIFS OU ATROPHIQUES. — *Réduction d'un fibrome enclavé.* — Cette opération consiste à repousser avec le doigt introduit dans le vagin ou dans le rectum, une tumeur fibreuse enclavée dans le cul-de-sac de Douglas et déterminant des accidents de compression.

Son manuel opératoire est des plus simples: il consiste à exercer de bas en haut sur la tumeur, au moyen de l'index et du médius de la main droite, une pression continue et énergique pour la faire remonter au-dessus du promontoire; ce résultat est annoncé par l'ascension brusque de la tumeur qui disparaît comme par un déclic.

Cette manœuvre peut être pratiquée en donnant à la malade diverses positions: le décubitus dorsal simple, la position de la taille, la position genu-pectorale, la position déclive. Il y a intérêt parfois à accrocher le col avec une pince et à l'attirer en bas et en avant, tandis que les doigts vaginaux repoussent en haut la tumeur; la main gauche appliquée sur l'abdomen peut attirer avec avantage le corps utérin en avant pour aider la pression vaginale de la main droite; enfin, la manœuvre est facilitée par l'administration du chloroforme chez la femme nerveuse.

La tumeur réduite est maintenue par un tampon vaginal. Les résultats de cette manœuvre sont parfois très importants; grâce à elle, on a pu conjurer des obstructions intestinales graves. L'un de nous a obtenu récemment un tel succès chez une malade très affaiblie qui n'eût pas supporté une intervention radicale.

Malheureusement, certaines tumeurs, primitivement enclavées, dans le cul-de-sac de Douglas, sont anatomiquement irréductibles.

La *dilatation du col* préconisée par Nélaton, la *discission du col* acceptée par Pozzi, ne sont que des moyens palliatifs très discutables et inconstants dans leur action contre les hémorragies; ils sont inférieurs au *curettage utérin*, dont la vogue fut grande il y a une dizaine d'années, grâce à l'idée fautive que les hémorragies des fibromes provenaient d'une métrite fongueuse concomitante. Le curettage réussit cependant assez souvent à suspendre l'hémorragie, mais pour un temps très court; il ne constitue pas un mode efficace de traitement, ni surtout de guérison.

La *castration bilatérale*, pratiquée en 1872 par Hegar et par Battey dans la dysménorrhée douloureuse, fut appliquée en 1876 par Trendelenburg et par Hegar à la cure des fibromes pour amener artificiellement les effets sédatifs et atrophiques de la ménopause. Elle eut un grand succès jusqu'en 1892; à cette époque, le perfectionnement du manuel opératoire de l'hystérectomie abdominale la fit abandonner généralement. L'opération de Battey-Hegar est cependant d'une bénignité et d'une efficacité certaines. Mais elle n'amène pas une guérison immé-