3

CONCOURS D'AGRÉGATION

SECTION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENT

# DU CANCER UTÉRIN PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

PAR

LE DOCTEUR PAUL BAR

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL TENON

PARIS

IMPRIMERIE G. ROUGIER ET Cie

1, RUE CASSETTE, 1

1886

DU

# CANCER UTÉRIN

PENDANT

## LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

# CONCOURS D'AGRÉGATION

## SECTION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS

### Membres du Jury :

*Président :* M. RICHET.

*Juges :* MM. VERNEUIL.
A. GUÉRIN, *membre de l'Académie de Médecine.*
PANAS.
LANNELONGUE.
TARNIER.
HERRGOTT, de Nancy.
HEIDENREICH, de Nancy.
TERRILLON, *agrégé.*

### Candidats :

CHIRURGIENS

AUGAGNEUR.
BARETTE.
BRUN.
DE LAPERSONNE.
DENUCÉ.
MARGUES.
GANGOLPHE.
JALAGUIER.
NÉLATON.
PICQUÉ.
POUSSON.
SCHWARTZ.
TRUC.
VAUTRIN.

ACCOUCHEURS

AUVARD.
BAR.
GERBAUD.
MAYGRIER.
RÉMY.

CONCOURS D'AGRÉGATION

SECTION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENT

# DU CANCER UTÉRIN

PENDANT

## LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

PAR

LE DOCTEUR PAUL BAR

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL TENON

PARIS

IMPRIMERIE G. ROUGIER ET Cie

1, RUE CASSETTE, 1

1886

# DU
# CANCER UTÉRIN
## PENDANT
## LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

PAR

LE DOCTEUR PAUL BAR

ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL TENON

PARIS

IMPRIMERIE G. ROUGIER ET Cie

1, RUE CASSETTE, 1

1888

# INTRODUCTION

Privés des renseignements que donne l'histologie dans l'étude de l'évolution anatomique des processus morbides, les anciens accoucheurs désignaient généralement par le mot de cancer ou carcinome utérin les tumeurs ulcérées de la matrice rebelles à tout traitement, à marche continuellement progressive, détruisant une partie plus ou moins étendue de l'utérus, envahissant les parties profondes du vagin, s'étendant souvent sur la vessie ou le rectum et produisant dans l'organisme des désordres tels que la mort en était la terminaison constante.

Cette définition, toute symptomatique du cancer, étant admise, ils donnaient du carcinome des descriptions cliniques fort exactes, témoin ces lignes de Mauriceau (1) : « La femme qui a un *cancer* à la matrice, y ressent une douleur pongitive et aggravante, à cause de l'acrimonie des humeurs qui découlent de l'ulcère et à cause du poids de la partie, qui est toujours en même temps squirrheuse. Cette douleur se communique aux reins et aux aines et la femme sent une grande pesanteur au bas-ventre et des lassitudes par tout le corps; elle a difficulté d'uriner; il sort de la matrice une sanie séreuse, fétide, virulente, noirâtre

(1) Mauriceau. — *Maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*. T. I, p. 427, édit. 1721.

et sanglante, quelquefois le sang en sort tout pur en liqueur; d'autres fois en caillots. Quand l'ulcère est à l'orifice interne de la matrice, comme il arrive le plus souvent, on le sent avec le doigt et on le peut facilement voir avec le dilatatoire; mais lorsqu'il est dans son fond, on le connaît par la sanie qui en sort et par les autres accidents. Ces ulcères sont toujours inégaux, sordides et puants; et leur corruption est quelquefois si grande, qu'il s'y engendre des vers, ainsi que j'ai vu arriver à la femme d'un fripier, laquelle mourut peu de temps ensuite comme je lui avais prédit. »

Pour qu'il y eût cancer, il fallait que la tumeur fût ulcérée et en lisant les ouvrages que nous ont laissés les accoucheurs du XVII^e siècle, on peut aisément se convaincre que bien des tumeurs utérines ulcérées, des fibromes atteints de sphacèle par exemple, étaient désignées par eux sous le nom générique de cancer. Dans ces cas, du reste, la marche ultérieure de l'affection expliquait suffisamment cette confusion.

Quant aux tumeurs non ulcérées de la matrice, aux fibromes, au cancer non ulcéré, ils les désignaient sous un seul nom : celui de squirrhe. « Le squirrhe de la matrice, dit Mauriceau (1), se connaît facilement par le toucher, soit en mettant la main sur le ventre de la femme, ou en introduisant le doigt dans le col de la matrice, car on sent le corps de la matrice, beaucoup plus gros qu'à l'ordinaire, avec grande dureté, son orifice interne est aussi plus gros, plus dur, plus inégal et plus court, et il est sans douleur considérable. »

Or, certains squirrhes se transformaient en cancers, c'est-à-dire s'ulcéraient à un certain moment de leur évolution et par leur marche envahissante finissaient pour amener la mort.

Pour expliquer cette transformation, les anciens accoucheurs

---

(1) Mauriceau. — *Des maladies des femmes accouchées et de celles des enfants nouveaux-nés*. T. I, livre III, chap. XII, p. 423, édit. 1721.

accusaient l'influence du traumatisme, de l'inflammation, des congestions, etc. qui, venant agir sur un squirrhe jusqu'alors bénin, en faisaient un cancer c'est-à-dire une tumeur maligne.

Telle est, pensons-nous, la façon dont il faut interpréter ces lignes de Mauriceau (1) : « Le cancer succède souvent au squirrhe ce qui arrive lorsque les humeurs dont la substance de la matrice était abreuvée, viennent à s'échauffer par une fermentation qui s'en fait, à cause de leur trop long séjour en cette partie; après quoi ces mêmes humeurs acquièrent une acrimonie maligne qui ulcère la matrice. Le cancer vient aussi ensuite de l'inflammation ou de l'apostème de la matrice qui arrivent quelquefois après l'accouchement. »

Les auteurs du XVII^e siècle ne savaient pas que si certains squirrhes se transformaient en cancer, alors que cette transformation ne se produisait pas pour certains autres, cette différence d'évolution était due non à l'action de telle ou telle influence accidentelle, mais à ce qu'ils confondaient sous un même nom des affections de nature différente.

Pendant tout le XVIII^e siècle, les auteurs s'attachèrent à distinguer soigneusement le squirrhe du cancer qui toujours se caractérisait par sa malignité.

Cependant les gynécologues étaient peu à peu conduits par les progrès de l'observation clinique à multiplier les divisions et au commencement du XIX^e siècle ils distinguaient soigneusement du squirrhe :

1° Le sarcome, qu'ils définissaient ainsi : « Sarcomata, tumores sunt æquales et paulisper duri, atque indolentes, qui ex homogena et carni simili materia nascuntur et aut insident tantummodo cuidam corpori parti, aut ex commutatione ipsius cujusdam organi in desquatam materiam oriuntur. » (Puchelt.)

(1) Mauriceau. *Loc. cit*, livre III, chap. XIII, p. 426.

2° Le steatome qu'on pouvait distinguer du sarcome parce que (1) « pluribus potius lobis constituatur et magis inaequalem habet superficiem et secundum Chelius, in intervallis inter singulos lobos substantiam aliquando molliorem (2). »

3° Les corps fibreuxque Krull (3) définit ainsi : « Corpora fibrosa sunt tumores duri, circumscripti, indolentes, fibris tendineis sive ligamentosis confecti, facile ossescentes, qui vel medio in parenchymate organorum, vel in tela cellulosa, quae serosis membranis subest collocati sunt. »

Le squirrhe proprement dit se distinguait des variétés précédentes et Benjamin Bell (4) le définissait : « Scirrhum esse tumorem indolentem, in corporis parte glandulosa singulatim ortium, nec idoneum verae suppurationi. »

Peu à peu on tend à séparer le squirrhe de tumeurs bénignes de l'utérus et à le rapprocher du cancer dont il n'est souvent, pense-t-on, que le premier stade. Siebold (5) se faisait l'écho de cette opinion quand il écrivait : « Tristissimus status, in quem transire *solet* scirrhus is morbus est quem cancrum seu carcinoma vocant. »

Les gynécologues connaissaient mieux le cancer ulcéré, et Clarke (6) décrivait avec soin les excroissances en chou-fleur du col qui sont une forme si fréquente de l'épithélioma et que probablement Levret avait déjà en vue quand il décrivait « les tumeurs vivaces » de l'utérus.

---

(1) Puchelt *Commentatio de tumoribus in pelvi partum impedientibus.* Heidelbergae, 1840, p. 70.

(2) Voy. aussi Kummer. *Dissertatio de uteri steatomate* où se trouvent réunies les multiples définitions adoptées par les auteurs.

(3) Krull. *De natura et causis tumorum uteri fibrosorum. Diss. inaug. med.* Groningae. 1836, p. 1.

(4) Benjamin Bell. *Lehrbegriff der Wundarznutz.* Leipzig, p. 1810.

(5) Siebold. *De scirrho et carcinomate uteri adjectis tribus totius uteri exstirpationis observationibus.* Th. Berlin, 29 mars 1826.

(6) Clarke. *On those diseases of females with-are-attended by discharges.* London, 1814-1821.

Siebold décrivait en outre avec beaucoup de netteté l'ulcère rongeant, qui est le cancroïde du col.

En résumé, au commencement de ce siècle, on distinguait le squirrhe, le sarcome, le cancer, etc., de l'utérus, mais on peut aisément, en lisant les définitions que nous avons données plus haut, se convaincre que les auteurs faisaient reposer cette classification sur l'aspect macroscopique, et pour ainsi dire clinique des tumeurs, sans s'occuper de leur nature réelle.

Tel était l'état de la science sur le point que nous étudions, quand sous l'influence des travaux de Bayle (1), de Laennec (2) et de Cruveilhier (3), on substitua à la division clinique des tumeurs, une classification purement anatomique, s'appuyant sur le mode d'évolution et la nature des éléments anatomiques.

Je ne puis ici, sans sortir des limites qui me sont imposées par la nature de mon sujet, exposer avec tous les détails qu'une si intéressante question mériterait, comment les idées sur la nature du cancer utérin ont dû naturellement varier suivant les doctrines adoptées pour déterminer la nature du cancer en général.

Aujourd'hui, comme autrefois, le terme cancer n'a qu'une valeur clinique, et on désigne ainsi toute tumeur qui désorganise les tissus où elle se developpe et auxquels elle se substitue, qui s'étend au voisinage par continuité ou par dissémination, qui récidive après l'ablation, qui ne cède à aucun traitement interne ou externe; qui se généralise assez souvent par des noyaux secondaires développés dans différents organes et tissus,

---

(1) Bayle. *Dictionnaire des sciences médicales*. T. III; article CANCER

(2) Laennec. *Dictionnaire des sciences médicales*. T. XII et XLV; articles ENCÉPHALOIDE et PRODUCTIONS MORBIDES.

(3) Cruveilhier. *Anatomie pathologique du corps humain*.

en commençant par les ganglions lymphatiques voisins de la tumeur et qui amène constamment la mort (1).

Mais les processus anatomiques qui engendrent de telles tumeurs sont multiples, et les histologistes ont adopté pour les désigner une série de termes déjà employés par les anciens auteurs; mais ils leur ont donné une signification anatomique bien déterminée, et les ont fait dévier de leur sens primitif.

C'est ainsi que dans la langue histologique moderne le mot carcinome utérin qui, pour les anciens auteurs, était synonyme de cancer utérin, doit être considéré comme désignant « une tumeur composée d'un stroma fibreux limitant des avléoles qui forment par leur communication un système caverneux. Ce alvéoles sont remplies de cellules libres les unes par rapport aux autres dans un liquide plus ou moins abondant (2). »

Si dans un carcinome utérin, la trame est essentiellement constituée par des fibres et prédomine assez sur l'élément cellulaire pour que le carcinome prenne un aspect fibreux et une consistance dure, on emploie pour distinguer cette variété de carcinome le terme de squirrhe que Laennec (3) avait déjà adopté pour désigner le cancer dur.

Le mot squirrhe a donc aujourd'hui une signification anatomique bien précise et n'a plus le sens que lui attribuaient les anciens auteurs.

Le carcinome encéphaloïde est caractérisé par la présence d'un stroma constitué par des éléments jeunes, n'ayant que peu de tendance à arriver à l'état adulte, avec prédominance des

(1) Cornil. Article Cancer du *Dictionnaire des sciences médicales*. T. XII, p. 151. Paris 1874.

(2) Cornil et Ranvier. *Anatomie pathologique*, p. 200, T. I, 2e édition.

(3) Laennec. *Loc. cit.*

éléments cellulaires. D'où l'aspect particulier de la tumeur. Il est vraisemblable que certains faits de sarcomes, de stéatomes, décrits par les auteurs, n'étaient autre chose que des exemples de carcinome encéphaloïde.

Aujourd'hui, sous le nom de sarcome on désigne « les tumeurs constituées par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir un tissu adulte (1) ».

Nous sommes loin, on le voit, de la définition du sarcome que nous donnions plus haut; il est certain que se fiant seulement à l'aspect de la tumeur sans se préoccuper de leur structure les anciens auteurs désignaient souvent sous ce nom, de simples fibromes infiltrés de lymphe et ramollis, comme on l'observe souvent à la fin de la grossesse.

Nous en avons assez dit pour bien indiquer que si aujourd'hui nous employons les mêmes termes qu'autrefois, nous parlons en réalité une langue tout à fait différente. Quand nous lisons un travail ancien, il nous faut donc en quelque sorte le traduire dans notre langue scientifique actuelle et ne pas accorder aux termes adoptés par les auteurs le sens que nous leur attribuons maintenant.

On se rendra facilement compte des difficultés que présente un tel travail, si on songe que, ainsi que nous le disions plus haut, les auteurs de la fin du XVIII^e siècle n'attribuaient pas aux termes cancer, squirrhe, une signification tout à fait semblable à celle que leur accordaient les écrivains des XVI^e et XVII^e siècles.

Les difficultés sont surtout fort grandes quand on lit les ouvrages écrits à cette période de transition qui s'étend de 1820 à 1840.

---

(1) Cornil et Ranvier. *Anatomie pathologique*. T. I, p. 144, 2^e édition.

Depuis quinze ans on a beaucoup écrit sur le cancer utérin compliquant la grossesse et l'accouchement, et nous possédons plusieurs mémoires fort intéressants dans lesquels se trouvent accumulés un grand nombre de faits. Mais les auteurs qui les ont écrits ne nous semblent pas s'être suffisamment mis en garde contre les causes d'erreurs que nous venons de signaler, et bien des exemples empruntés à la littérature médicale, antérieure à 1840, sont susceptibles d'une interprétation tout autre que celle qu'ils en ont donnée.

Dans nos recherches nous avons consulté, le plus souvent qu'il nous a été possible, les textes originaux et nous avons été conduit après les avoir étudiés, à éliminer un certain nombre de faits, qui, cependant, sont reproduits par la plupart des auteurs. Il n'y a donc là qu'une omission voulue.

Je dois en terminant exprimer toute ma reconnaissance aux quelques amis qui, par leur infatigable dévouement, m'ont rendu moins pénibles les recherches sur lesquelles repose ce travail.

Je tiens à remercier entre tous MM. les docteurs Bonnaire et Tissier qui m'ont secondé dans la lecture de nombreux mémoires anglais et M. le docteur Bénard qui m'a donné un nouveau témoignage de notre vieille amitié en voulant bien accepter la tâche ingrate de relire et corriger les épreuves de cette thèse.

---

# CHAPITRE PREMIER

*Sommaire.* — DÉLIMITATION DU SUJET. — NOUS MANQUONS DE DOCUMENTS SUR LA COMPLICATION DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT PAR LE SARCOME, LE MYXOME, LE CANCER DU CORPS. — NOUS ÉTUDIERONS SEULEMENT LE CANCER DU COL.

## I

La plupart des auteurs (1) ne décrivent sous le nom de cancer utérin que le carcinome et l'épithéliome et rangent à part les autres tumeurs malignes de l'utérus, telles que le sarcome et le myxome. Une telle distinction est, sans aucun doute, arbitraire et si on accepte la définition du cancer telle que nous l'avons formulée dans l'introduction de ce travail, elle ne mériterait pas d'être maintenue. Cependant, il faut bien reconnaître que, parmi les tumeurs malignes, le carcinome et l'épithéliome forment un groupe bien caractérisé. Sans doute, au point de vue clinique ces deux processus peuvent dans certains cas, surtout au début, présenter des différences, mais tous deux aboutissent finalement à l'ulcération et celle-ci se présente avec tous les caractères que les cliniciens ont coutume d'attribuer à l'ulcération cancéreuse.

---

(1) Pour Cruveilhier, *loc. cit.*, le cancer se distingue : en cancer fragile ou épithéliome, en cancer dur ou squirrheux, en cancer encéphaloïde ou cancer mou.

Pour Fœrster (*Handbuch der pathologisch Anatomie.* T I, 1865) le cancer se distingue en carcimone proprement dit qui est le carcinome de *Cornil et de Ranvier* et en carcimones épithéliaux qui correspondent à nos épithéliomes.

A ce moment, aussi bien la clinique que l'examen anatomique fait à l'œil nu sont impuissants à déterminer s'il s'agit d'un carcinome ou d'un épithéliome.

La distinction radicale qu'on avait cru devoir établir entre ces deux tumeurs, en s'appuyant sur la différence d'origine blastodermique des éléments anatomiques qui les constituent, ne paraît, du reste, guère justifiée et aujourd'hui les histologistes rapprochent de plus en plus ces deux productions pathologiques (1) que dans la classification des tumeurs malignes, ils tendent à réunir.

Dans l'étude que nous devons faire du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement, nous ne nous occuperons que du carcinome et de l'épithéliome utérins. En agissant ainsi, nous ne nous laissons guider, ni par l'usage, ni par aucune considération doctrinale. Notre seule raison est que nous manquons de faits sur lesquels il nous soit possible de faire reposer une étude du sarcome et du myxome pendant la grossesse et l'accouchement.

On a rapporté un certain nombre d'exemples de sarcomes compliquant la grossesse et l'accouchement, mais une étude attentive de ces faits nous a convaincu que dans tous, sauf deux, il s'agissait vraisemblablement de fibromes et non de sarcomes. En effet, les observations de Bartholin, de Sandifort, de Horlacher et même celle de Bohmer (2) qui, nous le reconnaissons, pourrait peut-être prêter à discussion, doivent être interprétées ainsi.

Les auteurs citent, cependant, une observation empruntée à d'Outrepont dans laquelle cet auteur aurait trouvé trois sarcomes sur l'utérus d'une femme qui avait succombé à une hémorrhagie de la délivrance; mais la description des tu-

(1) Voy. *Archives de physiologie*, 1876, p. 353.
(2) Voy. *Index biblographique*.

meurs, telle qu'elle put être faite après l'autopsie, montre bien qu'il s'agissait en réalité d'un fibrome (1). Nos connaissances sur le sarcome utérin compliquant la grossesse et l'accouchement peuvent donc se résumer dans les cas de Bernardy (2)

---

(1) Obs. I. — Outrepont. *Gemeinsame Zeitschrift für Geburtskunde*. T. IV, 1849, p. 52.

Femme de quarante-huit ans, menopause depuis trois ans. grossesse Par la palpation du ventre on distinguait trois végétations spheriques, situées sous la paroi abdominale, paraissant implantées sur l'uterus.

Pas d'accidents durant la grossesse. Travail lent; necessité de terminer l'accouchement par le forceps; délivrance au bout d'un quart d'heure. Hemorrhagie par inertie uterine. Mort.

A l'autopsie on trouva sur la face antérieure de l'utérus, trois sarcomes dont le plus grand etait implante sur la moitie droite l'utérus; il avait 10 pouces de long, sa plus grande hauteur était de 5 pouces, sa largeur de 8 et sa circonférences de 21 pouces. Les deux autres se trouvaient sur la moitie gauche de l'utérus, ils avaient 1 pouce 1/2 de haut et 3 et 1/2 de large, ils n'avaient aucune connexion avec la seconde tumeur. Ils étaient situés sous le péritoine et *sur la substance de l'utérus dont on les séparait facilement puisqu'ils n'y adhéraient que par du tissu cellulaire et par quelques vaisseaux.*

(2) Obs. II. — Bernardy. *Gestation in a sarcomatous uterus simulating extra-utérine pregnancy. Société obstétricale de Philadelphie*, 4 juin 1885; *American Journal of obstetrics*, octobre 1885, p. 1098.

Une femme âgée de trente ans, mariée depuis six mois, présentait une pneumonie double.

Le 3 octobre 1884, voyant le ventre gros, j'appris qu'il y avait une grossesse de cinq mois, quoique le ventre parût plus développé qu'il ne l'est à cette époque. Douleurs vives dans la région inguinale droite, remplie par une immense tumeur atteignant presque le bord inférieur du foie. L'utérus ou ce qui semblait être l'utérus était gros et repoussé du côté gauche.

A l'examen vaginal, on trouve le côté droit du bassin occupé par une tumeur. Tout d'abord il parut y avoir de la fluctuation, mais à un examen plus approfondi la tumeur sembla dure au toucher. L'utérus rejeté à gauche est immobile, le col a presque disparu, l'orifice ferme et souple est derrière le pubis.

Cette femme étant à la promenade, ressentit tout à coup une douleur vive, lancinante, dans le côté droit de l'abdomen, et fut sur le point de s'évanouir. Le lendemain, léger écoulement de sang. Par le repos la douleur disparut, et la malade reprit ses occupations. La douleur revenait à la moindre fatigue; les rapports étaient douloureux et suivis d'une métrorrhagie le lendemain. On songea soit à une grossesse extra-utérine, soit à une tumeur compliquant la grossesse. Quelques jours après, il y eut une poussée de péritonite qui rendit tout examen impossible; on ne pouvait délimiter la tumeur ni l'utérus. On conclut que les symptômes et l'historique faisaient croire à la grossesse extra-utérine, mais que sans aucun doute l'utérus contenait quelque chose (tumeur ou

de Lawson-Tait (1). Ce sont là des documents trop peu nombreux pour que nous puissions formuler aucune conclusion (2).

---

enfant, il n'était pas possible de décider), on pencha pour un utérus gravide.

Le 19, on m'envoya chercher sous prétexte d'une aggravation de la péritonite. Je trouvai la malade en travail, le fœtus descendant rapidement. En une demi-heure le travail fut achevé. Je découvris alors une grosse tumeur remplissant la portion supérieure du côté droit du bassin : l'utérus était entouré par une tumeur dure. Le col était dur. A partir de ce moment les poumons se dégagèrent, mais la femme resta extrêmement faible.

Le 3 novembre, la tumeur existait encore et le col était dur, je commençai à penser à une tumeur maligne.

Le 27 novembre, vomissement qui fut arrêté avec difficulté. Ecoulement sanguin par le vagin, et douleur constante au-dessus de la région de l'utérus. La malade était extrêmement faible, le plus léger effort l'épuisait et amenait une hémorrhagie utérine.

Le 26 décembre, je trouvai une pleurésie avec un épanchement occupant tout le côté gauche de la plèvre.

Le 1er janvier, ascite. Consultation avec le Dr Goodell. On fit le diagnostic positif de tumeur maligne : pronostic fut mort imminente. **La femme mourut subitement le soir même.**

*Autopsie.* — Epanchement pleural double occupant toute la cavité à gauche. Poumons refoulés, paraissant hépatisés, mais sains en réalité. Epanchement péricardique modéré, végétations sur la valvule mitrale. La cavité abdominale est très distendue par un liquide louche.

Les intestins sont refoulés en haut. Il y a des traces de péritonite commençante. Une portion de l'iléon à droite paraît malade, noirâtre et presque gangrenée.

L'utérus est augmenté de volume; à sa surface extérieure, il présente une tumeur d'aspect irrégulier, bosselée, couverte de larges veines; au fond on voit une tache d'un pouce de diamètre, d'une teinte bleuâtre. En pressant avec le doigt la surface de la tumeur, on la déchire et on arrive dans une cavité de la dimension d'une grosse noix d'Amérique. Cette cavité ne communique pas avec l'intérieur de l'utérus. En ouvrant celui-ci on trouve la cavité presque oblitérée; la tumeur paraît avoir entièrement absorbé le tissu utérin, à l'exception du col. Dans le corps de la tumeur on observe de petites masses ou tumeurs dont la grosseur peut atteindre celle d'un œuf. Les ovaires sont petits. *L'examen microscopique prouve que la tumeur est de la variété des adéno-sarcomes.*

(1) Obs. III. — Lawson-Tait. *British Gynæk. Soc.* 10 mars 1886. In *British med. Journal*, 10 avril 1886.

Femme ayant une tumeur du côté droit de l'utérus et paraissant enceinte de quatre à cinq mois.

La tumeur s'accroissant vite, Tait intervient le 5 août 1884 et fait la gastrotomie. L'utérus contenait des noyaux sarcomateux. Tait fait l'opération césarienne, enlève le fœtus, applique un clamp, et complète l'incision utérine par l'opération de Porro. Le col ne présentait aucune trace de sarcome. **La femme guérit et se trouve encore en bon état.**

(2) Nous avons consulté les intéresantes thèses de Rogivue (*Du sar-*

Le myxome est généralement considéré comme une tumeur bénigne, cependant il est, dans certains cas relativement rares, susceptible de récidive et de généralisation (1).

Nous devrions donc nous en occuper, si le myxome compliquait fréquemment la grossesse et l'accouchement; malgré toutes nos recherches, nous n'avons trouvé qu'un seul exemple de cette coïncidence (2).

---

*come de l'utérus*. Th. Zurich, 1876) et de Dussert (*Uber sarcoma uteri* Th. Breslau, 1873), nous n'y avons trouvé aucun exemple de sarcome compliquant la grossesse.

M. le professeur Richet (Ecole de médecine, 2 février 1874) a rapporté un fait dans lequel un sarcome existait sur l'utérus d'une femme accouchée depuis trois mois auparavant. Nous ignorons si le sarcome existait déjà pendant cette grossesse.

(1) Voy. Cornil et Ranvier. *Manuel d'Anatomie pathologique*, T. I, p. 185.

(2) Obs. IV. — Atthill Lombe. *Case of myxomatous tumour springing from lip of os uteri in a patient at full term of pregnancy, amputation of lip of os uteri four days before labour set. Subsequent inflammation of Recovery.* (Med. Rec. and circul. London, 1881, N. S. XXXI, p. 249. Hospital.)

E. R... trente-huit ans, arrivée au deuxième mois de sa onzième grossesse, eut des écoulements muqueux par le vagin, peu après ils devinrent sanguins. Au quatrième mois, une masse vint faire prolapsus hors de la vulve. Ce prolapsus se réduisit par la position horizontale et l'hémorrhagie qui s'était produite à son début, cessa.

Actuellement la grossesse est près de son terme. A l'examen, on trouve une masse molle remplissant le vagin, facilement saignante, à surface irrégulière, ayant l'apparence de l'épithélioma. Elle dépend de la lèvre postérieure à laquelle elle s'attache par un pédicule court et large; elle fait saillie hors du vagin pendant les efforts faits par la femme.

On note l'écoulement fétide, caractéristique des tumeurs malignes.

Craignant que cette tumeur n'apportât une gêne dans le travail, ne causât quelque hémorrhagie grave ou même une septicémie, on se décide à l'enlever.

Le 6 novembre on procède à l'ablation; on place l'écraseur aussi haut que possible. La malade n'éprouve que quelques nausées, il ne survient ni fièvre, ni hémorrhagie.

Le 8, le travail débute par des douleurs peu énergiques.

Le 9, rupture des membranes. Le col n'était encore qu'à moitié dilaté. Bains chauds. Le 10, accouchement spontané. Garçon n'ayant vécu que quatorze heures. Suites de couches normales jusqu'au 14, jour où la malade accuse une douleur à la plante du pied gauche; cette douleur se localise au genou, qui est gonflé, rouge et dur; mais les phénomènes s'amendent et le 23 décembre la malade est guérie.

Examen microscopique : **Caractères du myxome**.

Cette pénurie de faits nous autorise, pensons-nous, à n'étudier ici que l'épithéliome et le carcinome.

Quand sur une table d'autopsie, on étudie anatomiquement l'utérus d'une femme qui a succombé à un cancer de la matrice, cet organe est parfois envahi dans toute son étendue par le néoplasme et il serait difficile de dire, en l'absence de tout renseignement clinique, en quel point le cancer a débuté.

Il n'en est pas toujours ainsi, souvent on reconnaît aisément que le cancer a, en réalité, débuté sur le col et que le corps de l'utérus a été envahi secondairement. A côté de ces faits, il en est d'autres beaucoup plus rares dans lesquels le cancer débute par le corps (1). Dans toute étude du cancer utérin, il convient de distinguer ces deux ordres de faits.

Je ne dirai rien du cancer du corps car, malgré toutes mes recherches, je n'ai pu trouver qu'un seul fait observé par Neyronis et dans lequel la grossesse était compliquée de cancer du corps (2) et encore les détails de cette observation sont si peu circonstanciés qu'on peut contester l'exactitude du diagnostic.

---

(1) D'après Pichot (*Etude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus*, Paris 1876) la fréquence du cancer du corps par rapport à celle du cancer du col serait de 6 p. 100. D'après Schatz (*Archiv. für Gynkæologie*, T. XXI) elle serait de 3 p. 100. D'après Schrœder (*Hefmoire Zeitschrift, für Geburtskunde und Gynækologie*. T. X, elle serait de 3, 4 p. 100.

(1) Obs. V. — Neyronis. *Femme morte non délivrée, les parois de l'utérus étaient carcinomateuses et épaisses de trois doigts vers le fond.* (In Dict. des sc. médicales T. IV, p. 237.)

Femme de quarante-deux ans, ayant eu dix grossesses menées à terme et deux fausses couches. Enceinte de son treizième enfant, elle a eu, à partir du cinquième mois, des hémorrhagies fréquentes.

Le travail se déclare à terme, le col ne se dilate pas et la femme succombe à la suite d'une hémorrhagie au moment de l'accouchement.

L'enfant avait une tête de vingt-deux pouces de circonférence.

L'opération césarienne n'eût pas sauvé la mère et cet enfant n'aurait pu vivre.

*Autopsie.* — Parois de la matrice de consistance carcinomateuse ayant trois pouces d'épaisseur vers le fond.

« Le col seul était dans l'état naturel. »

Cette absence d'observations ne nous autorise pas à nier, comme le faisaient Outrepont (1) et Forget (2), que la grossesse soit possible dans le cas de cancer du corps. Ainsi que l'ont bien établi les statistiques de Galabin (3), celles de Schrœder (4), le cancer du corps est relativement au cancer du col plus fréquent chez les nullipares que chez les les femmes qui ont eu une ou plusieurs grossesses.

Chiari (5) a rapporté trois faits dans lesquels les premiers symptômes étaient apparus immédiatement après l'accouchement et le néoplasme paraissait avoir son siège au point où s'insérait le placenta.

Il ne serait pas impossible que dans ces faits le cancer eût déjà été présent pendant la grossesse; nous ne pouvons faire ici que des conjectures.

Ces éliminations successives nous conduisent donc à n'étudier dans ce travail que le cancer du col pendant la grossesse et l'accouchement.

---

(1) Outrepont. *Abhandlungen und Beitrage zur Geburth*, 1822. 1re partie p. 276.

(2) Forget. *Gazette médicale*, 1851.

(3) Galabin. *Coupes microscopiques du cancer de l'utérus. British medical Journal*, 1881. T. II, p. 49.

(4) Schrœder. *Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechts organen, Leipzig* 1874, p 280.

(5) Chiari. *Wiener medicinische Jahrbücher*, 1877.

# CHAPITRE II.

## COUP D'ŒIL SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

*Sommaire* . — LE CANCER PEUT DÉBUTER AU NIVEAU DE LA PORTION VAGINALE OU AU NIVEAU DU CANAL CERVICAL; QUEL QUE SOIT SON SIÈGE PRIMITIF, IL SE PRÉSENTE SOUS TROIS FORMES CLINIQUES : ULCÉREUSE, VÉGÉTANTE, INFILTRANTE.

DE L'EXTENSION CONTINUE DU CANCER DU COL. — LOIS QUI RÉGISSENT LE MODE DE PROPAGATION DU CANCER. — EXPOSÉ DES RECHERCHES DE RUGE ET DE VEIT. — INDICATION RAPIDE DES CONSÉQUENCES DE CES RECHERCHES AU POINT DE VUE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER.

Le plus souvent le cancer du col débute par la portion vaginale (*Krebs der portion vaginalis*, Ruge et Veit). Pendant longtemps, on a admis que tel était le seul point d'origine du cancer du col. Il est incontestable que parfois le cancer du col a son siège primitif dans le canal cervical (*Cervix carcinom*, Ruge et Veit). Quel que soit son siège primitif, le cancer du col se présente sous trois formes principales.

A. — La forme *ulcéreuse*, dans laquelle le col utérin est détruit plus ou moins complètement par une ulcération aux bords indurés, au fond anfractueux, reposant sur des tissus envahis par le néoplasme.

B. — La forme *végétante*. Ici le cancer du col est, au début, un simple papillome qui peut, en apparence, ne présenter aucun

caractère malin ; mais peu à peu les tissus qui constituent les végétations s'infiltrent d'épithéliome, la dégénérescence épithéliale envahit les tissus sous-muqueux, le néoplasme s'ulcère et l'ulcération ainsi produite tend à se couvrir de végétations. Un exemple de cette végétation nous est donné par le chou-fleur du col.

C. — *L'infiltration cancéreuse* qui est souvent décrite sous le nom de carcinome ou d'encéphaloïde du col, mais qui est généralement due à une véritable dégénérescence épithéliale. Dans cette forme le néoplasme envahit la paroi musculaire de l'utérus, au milieu de laquelle elle forme des tumeurs plus ou moins volumineuses.

Ces trois formes expriment nettement les divers aspects présentés en clinique par le cancer du col. Mais cette division n'a pas d'autre valeur, car ces variétés se rencontrent aussi bien quand il s'agit d'un carcinome que si l'on a affaire à un épithéliome. De plus, on peut les trouver réunies sur une seule tumeur : en certains points la tumeur peut être couverte de végétations, en certains autres s'ulcérer profondément, tandis que la portion supra-vaginale est infiltrée de masses cancéreuses plus ou moins volumineuses.

Enfin, quelle que soit sa forme clinique, le cancer a une marche plus ou moins rapide ; on observe tous les degrés, depuis le cancroïde jusqu'à l'ulcération profonde qui peut en quelques mois détruire l'utérus tout entier ; depuis les papillomes du col à évolution si lente qu'on a pu discuter leur malignité, jusqu'aux choux-fleurs à récidive rapide, à marche promptement envahissante, qu'on peut observer sur la muqueuse du canal cervical ; depuis la tumeur cancéreuse unique, bien limitée et à développement lent, qu'on rencontre dans une des lèvres du col, jusqu'à l'infiltration complète de la paroi utérine par des tumeurs cancéreuses à évolution rapide.

Ces différences dans la rapidité de l'évolution du cancer utérin ne tiennent donc ni à la forme clinique qu'affecte la tumeur, ni à la nature du processus anatomique.

Elles sont dues à des causes dont il nous est parfois bien difficile d'apprécier la nature exacte et qui agissent, soit en augmentant l'activité des éléments anatomiques de la tumeur, soit en diminuant la résistance qu'offre le tissu utérin à se laisser envahir.

Quelle que soit la lenteur avec laquelle s'étende le cancer, la dégénérescence progresse sans cesse : peu à peu tout le col de la matrice, le corps de l'utérus, la paroi vaginale, le tissu cellulaire pelvien, le vagin et la vessie sont envahis (1).

Autour du noyau cancéreux, il existe toujours en quelque sorte une zone de propagation au niveau de laquelle les tissus sont déjà atteints, bien qu'en apparence ils soient sains. On saisit aisément quels progrès ferait l'intervention chirurgicale dans le cas de cancer du col, si on connaissait les lois qui régissent le mode de propagation du néoplasme. Ruge et Veit ont tenté de les déterminer en s'appuyant sur leurs études histolo-

---

(1) Cohnstein a tenté de déterminer le degré de fréquence avec laquelle on observait ces différentes variétés de propagation. En analysant 127 observations sur lesquelles il fait reposer sa statistique, observations qui toutes se rapportent à des cas de cancer compliquant la grossesse, il est arrivé aux conclusions suivantes :

12 fois le cancer atteignait la lèvre antérieure,
7 fois la lèvre postérieure,
22 fois il entourait tout l'orifice,
1 fois il siégeait sur un des côtés du museau de tanche,
85 fois il envahissait tout le col,
12 fois l'ulcération partie du col s'étendait sur le vagin,
3 fois elle avait envahi la vessie,
2 fois il y avait fistule vésico-vaginale,
3 fois il y avait propagation au rectum, dans deux de ces faits il y avait fistule recto-vaginale.

Dans 27 cas, le cancer avait dépassé l'orifice interne de l'utérus et avait envahi le corps.

Sur ce dernier chiffre, 21 fois le cancer atteignait seulement la partie

giques; les conclusions auxquelles ils sont arrivés, bien qu'il soit prématuré de les considérer comme définitives, sont très intéressantes; elles ont eu une grande influence sur les tentatives opératoires faites pour le traitement du cancer utérin dans ces dernières années et elles nous seront utiles quand nous jugerons les divers modes d'intervention du cancer utérin pendant la grossesse; aussi croyons-nous devoir les exposer rapidement ici.

### I. — *Cancer du canal cervical (d'après Ruge et Veit)* (1).

Le cancer qui débute par le canal cervical est tout d'abord constitué par des noyaux qui siègent dans le tissu conjonctif sous-muqueux; en augmentant de volume ils repoussent la muqueuse du canal cervical dont les glandes parfois hypertrophiées ne sont pas, dans le début, envahies par le néoplasme.

Ces noyaux cancéreux usent enfin la muqueuse du canal cervical, d'où une ulcération qui se fait toujours dans le canal cervical *au-dessus de l'orifice externe qui est respecté.*

L'ulcération poursuit sa marche, creusant peu à peu le tissu musculaire du col dont le canal se trouve transformé en une

---

du corps voisine de l'orifice interne; 6 fois la dégénérescence s'était étendue à tout l'utérus.

Ajoutons que d'après Cohnstein, 10 fois seulement la dégénérescence affectait la forme d'un chou-fleur.

Nous donnons cette statistique de Cohnstein à titre de simple document, car les faits sur lesquels elle repose sont trop disparates et ont été souvent trop incomplètement observés pour qu'on puisse lui attribuer une grande valeur.

En dépouillant les observations qui sont la base de notre travail, nous nous sommes convaincu qu'il était impossible de faire sur ce point une statistique sérieuse.

On pourra consulter sur ce point les mémoires de Hofmeier (*Zur Statistik des Gebarmutter Krebses und seine operative Behandlung. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn.* X. 1884); — Wagner (*Der Gebarmutter Krebs.* Leipzig, 1858); — Blau (*Einiges Pathologisch. Anatomisches über den Gebarmutter Krebs Dissert.* Berlin, 1870), et surtout un intéressant travail de Feré et Caron (*Progrès médical*, 1883, n° 52.)

(1) Ruge et Veit. *Krebs de Gebarmutter.* 1881, p. 73.

cavité aux parois anfractueuses, s'étendant en avant jusqu'à la vessie, en arrière jusqu'au péritoine, se limitant sur les côtés par le tissu cellulaire para-utérin, épaissi et infiltré (Figures 1 et 2).

Le cancer n'envahit que très lentement la muqueuse de la portion vaginale ; l'ulcération s'étend surtout en hauteur, semblant envahir de préférence et ulcérer le tissu musculaire du corps, si bien que la muqueuse du corps peut paraître décollée.

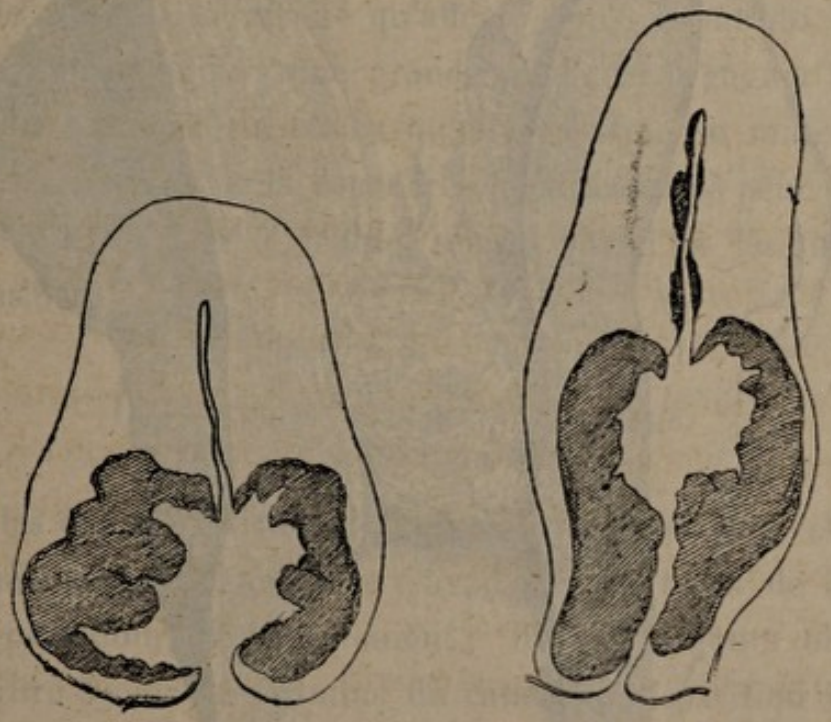

FIGURE 1. FIGURE 2.

Cancer du canal cervical (Ruge et Veit).

Dans cette forme la portion vaginale peut être respectée et cependant le tissu para-utérin être atteint.

Il arrive souvent que cette variété de cancer ne se rencontre pas dans toute sa pureté, les noyaux cancéreux peuvent user la muqueuse du museau de tanche et le cancer être pris pour un cancer de la portion vaginale, mais, dans ces cas, la dégénérescence est toujours très étendue.

La deuxième forme du cancer du canal cervical débute tou-

jours par les glandes. Ruge et Veit distinguent à cette forme trois variétés.

A. — Les culs-de-sac glandulaires restent revêtus de leur

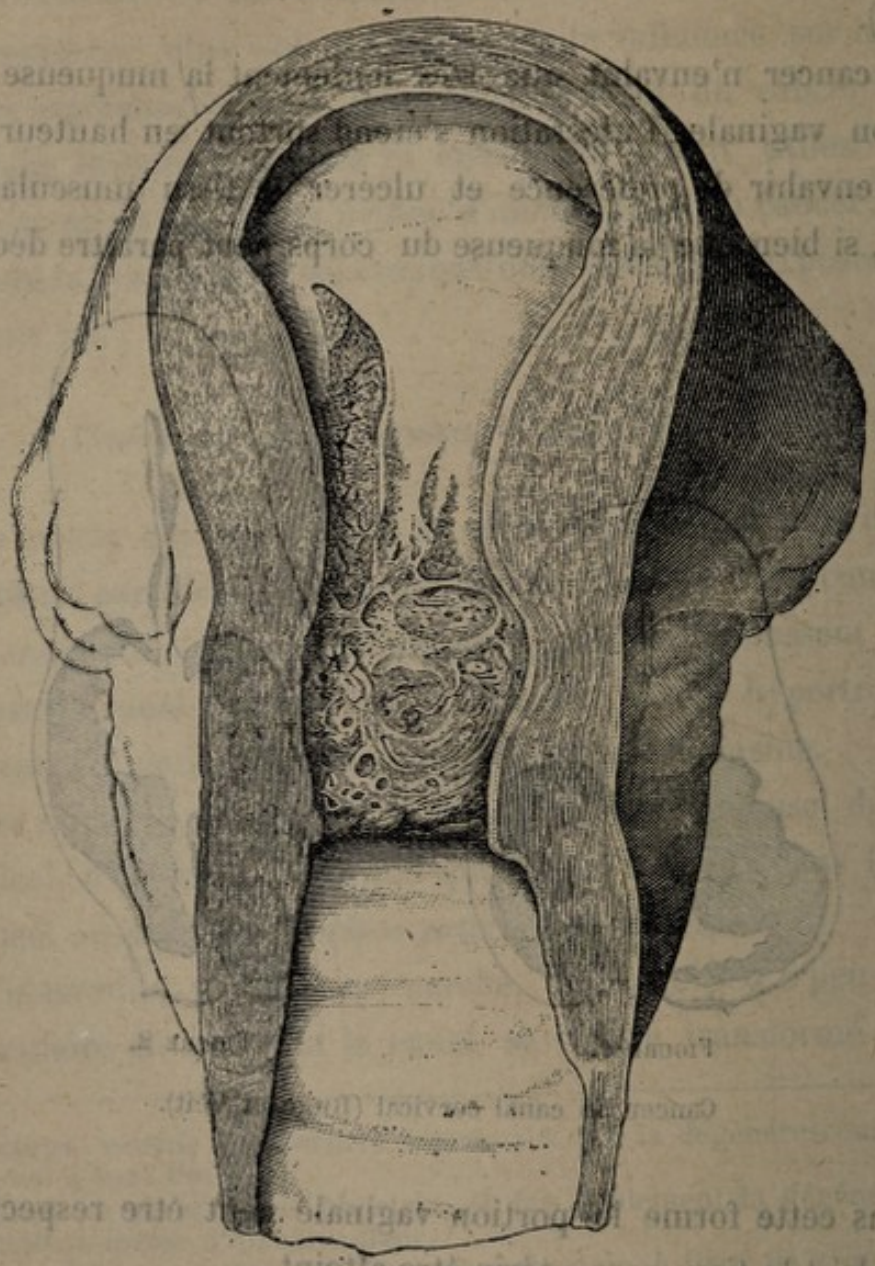

FIGURE 3.
Cancer de la muqueuse cervicale d'après une préparation du musée d'anatomie pathologique de Strasbourg (Gusserow).

épithélium cylindrique, s'allongent sans subir de dilatation très notable, disséquant ainsi tout le tissu musculaire du col et formant un réseau à mailles serrées qui envahit le tissu mus-

culaire. Cette variété semble correspondre à l'épithéliome cylindrique de nos auteurs français. On la rencontre rarement.

B. — La deuxième variété, la plus fréquente, est caractérisée par une hypertrophie des glandes dont les cavités de plus en plus élargies sont comblées par un épithélium pavimenteux stratifié.

C. — Enfin la troisième variété répond exactement à notre épithéliome perlé.

Quelle que soit la variété qu'affecte cette forme du cancer cervical, elle a toujours une grande tendance à gagner la muqueuse du corps utérin tandis qu'elle respecte le museau de tanche. L'extension de la dégénérescence au corps peut exister au point où le cancer a débuté, même quand les lésions sont peu considérables.

## II. — *Cancer de la portion vaginale.*

Dans les examens histologiques qu'ont pratiqués Ruge et Veit, la dégénérescence cancéreuse n'avait pas son point de départ dans l'épithélium de revêtement; ils ont toujours observé (voy. figure 5) sur les confins du cancer la disparition de l'épithélium pavimenteux. En ce point, la muqueuse devient anfractueuse et est tapissée d'épithélium cylindrique. C'est sur cette érosion que se fait la dégénérescence, si bien que le processus franchit, pour ainsi dire, deux étapes :

Il y a d'abord formation d'une érosion; puis apparition du cancer sur cette érosion.

A côté de cette forme, il faut en signaler une seconde dans laquelle le cancer a son siège primitif dans le tissu conjonctif sous-muqueux.

Ces deux variétés peuvent se rencontrer isolément, mais le plus souvent elles se combinent, car le cancer né dans les glandes

se propage au tissu conjonctif; s'il a débuté dans le tissu conjonctif, il atteint rapidement les glandes.

En se développant, le cancer de la portion vaginale envahit tout le museau de tanche et n'a que très peu de tendance à se propager vers les parties profondes du col et vers le corps, évolution qui diffère complètement de celle que nous avons vue exister pour le cancer ayant débuté dans le canal cervical. Le cancer de la portion vaginale s'étend surtout en surface, respecte l'orifice externe, présente une grande tendance à infiltrer la paroi du vagin et le tissu cellulaire qui double ce canal.

La figure 4, qui reproduit une pièce conservée au musée d'anatomie pathologique de Strasbourg, donne une bonne idée de ce mode de propagation ; on voit que le cancer a envahi le col après avoir débuté par la paroi vaginale; mais tandis que la muqueuse du canal cervical est conservée et que les lèvres de l'orifice externe sont relativement intactes, l'ulcération a détruit le cul-de-sac postérieur du vagin, le corps est indemne. Il suffit de comparer cette figure à la précédente, pour que la différence qui existe entre le mode d'extension du cancer dans les deux cas saute aux yeux.

Dans cette variété, le corps de l'utérus n'est généralement atteint que dans les cas où déjà des propagations étendues se sont faites du côté de la vessie et du rectum.

En somme, on doit distinguer le cancer de la portion vaginale et celui du canal cervical non seulement au point de vue de leur siège, mais aussi au point de vue de leur mode d'évolution: le premier ayant une grande tendance à s'étendre vers le vagin et peu de propension à gagner la partie supra-vaginale du col, tandis que le second gagne très rapidement le corps de l'utérus et a peu de tendance à s'étendre vers le vagin.

Peut-être la division de Ruge et Veit est-elle trop absolue, trop schématique, et l'orifice externe ne constitue-t-il pas une

25

barrière aussi infranchissable que ces auteurs l'admettent. D'une manière générale pourtant, ces conclusions semblent vraies ; on ne peut s'empêcher en les lisant de songer aux faits observés

FIGURE 4.

Cancer de la portion vaginale (Gusserow).

par Kiwisch (1) dans lesquels le cancer ayant débuté par le canal cervical avait respecté le museau de tanche ; à l'observation de Wirchow (2) qui, dans une autopsie, trouva une dégénéres-

(1) Kiwisch. Cancer débutant par l'orifice interne *Klinische Vortræge*, Prague, 1854. T. I, p. 510, 549.

(2) Wirchow. Cancer du canal, museau de tanche intact. *Monatschrift für Geburtstkunde.*

cence cancéreuse occupant tout le canal cervical, dépassant l'orifice interne tandis que l'orifice externe et la portion vaginale étaient sains; à ces nombreux faits dans lesquels les auteurs ont noté une destruction plus ou moins complète des parois du canal cervical et du corps, le museau de tanche restant intact (1).

Il y aurait un vif intérêt à poursuivre les recherches de Ruge et Veit qui, jusqu'ici, n'ont été contrôlées que par Heitzmann. Cet auteur accepte dans ses grandes lignes la conclusion de ces auteurs, mais il ajoute qu'on peut observer une forme dans laquelle l'épithélium de revêtement de la portion vaginale est le point de départ d'une ulcération superficielle, évoluant très lentement et ne pénétrant que tardivement dans la profondeur du tissu. Cette variété non observée par Ruge et Veit, répondrait à l'ulcère rongeant des anciens auteurs.

Il est à peine besoin d'indiquer les conséquences opératoires qui découlent de ces faits. Si on était appelé à intervenir dans un cas où il y a un cancer de la portion vaginale n'ayant manifestement pas dépassé les parties latérales du museau de tanche, on pourrait espérer, par l'amputation de la portion vaginale, exciser toutes les parties atteintes.

Un tel espoir serait trompé, s'il s'agissait d'un cancer du canal cervical; la rapide extension du cancer vers le corps utérin obligerait à recourir à d'autres procédés opératoires grâce auxquels on pourrait atteindre les parties de l'utérus situées au-dessus du vagin. Nous nous bornons à indiquer ici cette conséquence pratique qui découle des recherches d'anatomie pathologique que nous venons d'exposer, nous reviendrons plus loin sur ce point.

---

(1) Voyez Liebmann. — Clinical notes on the early course, of cancer of the cervix, *London obstetrical transaction*. T. XVII, 1872, p. 66.

# CHAPITRE III

## DU CANCER UTERIN PENDANT LA GROSSESSE

*Sommaire.* — APERÇU HISTORIQUE. — INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE CANCER. — INFLUENCE DU CANCER SUR LA MARCHE DE LA GROSSESSE.

Sans aucun doute, les médecins grecs connaissaient le cancer du col utérin, mais ils ne semblent pas avoir été frappés des complications que sa présence peut provoquer pendant la grossesse et l'accouchement.

Pour Hippocrate et ses successeurs, le cancer utérin était une cause de stérilité; nous ne devons donc pas nous étonner si, dans les œuvres de Celse, de Moschion, de Galien, d'Aëtius, de Paul d'Egine, nous ne trouvons aucune allusion nette à la dystocie causée par le cancer du col. Ces auteurs signalent cependant les obstacles que peut opposer la rigidité du col pendant l'accouchement et présentent de nombreuses considérations sur les procédés thérapeutiques qui permettent d'en triompher.

Avicenne et Albucasis ne disent rien du cancer du col utérin compliquant l'accouchement; aussi concevons-nous qu'Eros, le plus célèbre gynécologue de Salerne et qui, sur ce point comme sur toutes les autres questions obstétricales, était surtout un commentateur des accoucheurs grecs et arabes, n'ait consacré aucun chapitre à cette étude.

Les écrivains du XVI^e siècle ne parlent guère du cancer quand ils étudient les causes de dystocie.

Rousset, en effet, étudiant en 1581 « les causes d'impossibilité des accouchements naturels » *dues à l'obstruction des voies génitales*, parle seulement d'une « infinité de tumeurs soudaines, inflammations, descentes, apostèmes, schirrhes, louppes et autres duretés qui peuvent et ont accoustumés en ces lieux (comme en autre part) estoupper ces voyes là (1). »

Le premier, Ryffius (2), qui, en 1580, a publié à Francfort un ouvrage très répandu en Allemagne à la fin du XVIe siècle, classe nettement le cancer du col utérin parmi les causes de dystocie. Dans le chapitre de cet ouvrage intitulé « Von Apostem unnaturlicher Geschwulst, Hits, Entzundung Krebs und Knorren der Beermutter oder Geburtglieder », p. 126, verso, cet auteur décrit le cancer du col parmi les tumeurs que les sages-femmes doivent bien connaître et qui « in der Geburt mancherlen schaden verursachen mag » 127 recto. Les détails qu'il donne sur les signes grâce auxquels il est possible de distinguer le cancer des autres tumeurs du col, montrent qu'il s'agit bien ici du cancer et non du squirrhe.

Quelques années plus tard en 1594, Rosslin (3) adoptait et reproduisait les conseils qu'avait donnés Ryffius.

A partir de cette époque, on trouve dans la plupart des traités quelques lignes sur le cancer compliquant l'accouchement, et Jacques Guillemeau range « parmi les affections susceptibles de créer un obstacle à l'accouchement, les excroissances charnues du col utérin qui s'opposent à la dilatation nécessaire pour que le fœtus puisse être expulsé ».

Mais il faut arriver au « Traité des maladies des femmes grosses

---

(1) Rousset. *Traité nouveau de l'hystérotomotokie ou enfantement césarien.* Paris 1581, p. 9-10.

(2) Ryffius. *Grundliche nothwendige beschreibung allerhand zufalle*, etc. 1580.

(3) Rosslin. *Hebammenbuchlein, Empfangniss und Geburt des Menschen*, 1594.

et de celles qui sont accouchées », par Mauriceau (1) pour trouver des observations bien nettes de cancer compliquant l'accouchement. Du reste, à cette époque Bartholin avait déjà dans son ouvrage : *De insolitis partus humani viis.* Hafniae, 1664, p. 20, indiqué nettement le cancer du col comme étant susceptible d'entraver l'accouchement.

Les accoucheurs du XVIIIe siècle connaissaient bien le cancer du col compliquant la grossesse et l'accouchement. Ils n'admettaient plus guère l'opinion d'Hippocrate d'après laquelle le cancer s'opposerait à la fécondation, et semblaient, au contraire, faire jouer un certain rôle à l'accouchement dans la genèse du cancer. (Voy. *De la Motte.*)

Pendant cette période, de nombreuses observations furent publiées ; un certain nombre sont reproduites dans notre thèse ; mais à notre connaissance dans aucun travail, aucun mémoire, on ne fit une étude d'ensemble du cancer, considéré comme cause de dystocie.

En 1836 seulement parut dans le journal de Siebold un mémoire de Hachmann, dans lequel cet auteur réunissait et commentait un certain nombre de faits.

Quelques années plus tard, en 1840, Puchelt publiait à Heidelberg une intéressante thèse : *Commentatio de tumoribus, in pelvi partum impedientibus.* Ce travail mérite encore d'être lu, non seulement on y trouve consignés un grand nombre de faits empruntés surtout aux accoucheurs du XVIIIe siècle, mais le premier Puchelt tenta de déterminer, en comparant les résultats obtenus par les auteurs, les indications et la valeur des divers modes de traitement auxquels on peut recourir. Malheureusement, les statistiques données par cet accoucheur ne

(1) Paris, 1669. — Voyez les observations CV et CLVII « d'une femme qui commençait à sentir les douleurs de l'accouchement et qui avait l'orifice interne de la matrice tout carcinomateux »

peuvent nous être d'aucune utilité, car bien des faits considérés par lui comme étant des exemples de cancer utérin doivent être tenus pour des cas de fibromes.

Depuis ce travail, on a écrit de nombreuses monographies sur le sujet de notre thèse; nous avons consulté avec grand profit les travaux de Cohnstein (1), de Chantreuil (2), de Hermann (3) et un certain nombre de thèses françaises et étrangères. Nous reviendrons dans chacun des chapitres de cette thèse sur ces différents travaux.

### I. — *Influence de la grossesse sur le cancer.*

On a pensé que sous l'influence de la grossesse, le cancer pouvait subir une véritable régression et que dans certains cas heureux, on observerait même la disparition complète du néoplasme (4). Tout ce que nous savons sur la manière dont évolue le cancer, proteste contre une semblable opinion, qui paraît avoir été trop facilement considérée comme justifiée.

On a rapporté, il est vrai, un certain nombre de faits dans lesquels, pendant la grossesse, les accidents dus au cancer s'étaient améliorés, mais jamais on n'a constaté que l'infiltration cancéreuse fût devenue moindre (5).

Dans certains cas le cancer n'a pas diminué, mais il paraît être resté au moins stationnaire pendant la grossesse. Spiegelberg, par exemple, dit avoir vu un cas dans lequel un can-

---

(1) Voyez Cohnstein. *Archiv. für Gynækologie.* TV.

(2) Chantreuil. Du cancer utérin au point de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement. Paris, 1872.

(3) Hermann. *Obstetrical transactions.* T. XX.

(4) Siebold. In *Meissner Fortschritte der 19 Jahrhundert.* T. II, p. 357.

(5) Obs. VI. — Dans un cas observé par Montgomery, une femme âgée de trente-trois ans, atteinte d'un cancer utérin paraissant dater d'un an et demi, après avoir accouché une première fois, depuis l'apparition de la tumeur était redevenue enceinte. A partir de ce moment, les douleurs dont elle pselaignait se calmèrent, l'appétit qui avait disparu redevint meilleur, l'écoulement vaginal perdit sa fétidité, cependant le cancer n'avait pas diminué. Montgomery. *Signs and symptoms of pregnancy.* London 1863, p. 355.

croïde au début, siégeant sur les deux lèvres du museau de tanche, ne subit aucune modification au point de vue de sa forme et de son étendue depuis le troisième mois de la gestation jusqu'au moment de l'accouchement qui eut lieu à terme (1). La dilatation fut très lente, mais l'accouchement se fit spontanément le 5 août ; six mois plus tard le cancer avait pris une marche très rapide.

Il est enfin des cas dans lesquels la marche du cancer n'a pas, comme dans celui observé par Spiegelberg, subi un temps d'arrêt, mais l'évolution de la maladie ne paraît pas avoir été influencée par la gestation. Des grossesses ont pu, en effet, se répéter chez des femmes atteintes de cancer utérin et celui-ci avoir une marche analogue à celle qu'on observe en dehors de cette complication. Telle est l'impression qui semble se dégager de la lecture des observations de Lever (2), de Gonner (3). Ces

---

(1) Spiegelberg. — *Lehrbuch der Geburtshulfe*, p. 395.

(2) Obs. VII. — Lever. (*Organic diseases of the uterus*, p. 221.)

Femme à son troisième accouchement : douleurs dans les reins, irritabilité de la vessie. Le travail dure six heures. Sur la partie antérieure du col on observe quatre ou cinq petits corps du volume d'un pois. Accouchement naturel. Enfant vivant. Mère guérit très rapidement.

Le Dr Lever la revit de nouveau deux ans après. Elle accouchait pour la quatrième fois.

Les corps découverts au précédent accouchement existaient encore, le plus gros du volume d'une féverole, les autres ayant celui d'un pois ; les tissus environnants sont épaissis et durs. Le col de l'utérus se dilate difficilement. Le travail dure plus de vingt-quatre heures. Cependant l'accouchement est naturel. Enfant mort.

On n'observa aucune complication pendant la convalescence, sauf de la douleur et de la chaleur dans la région des tumeurs.

Cette femme est accouchée une cinquième fois, onze mois plus tard.

Accouchement spontané à sept mois et demi : le travail dura sept heures et demie. Enfant vivant. La mère guérit.

Six mois après cet accouchement, le cancer prit une marche très rapide. Peu de temps après, la malade était au dernier degré de la maladie.

(3) Obs. VIII. — Gonner. *Cancer du col. Extirpation partielle pendant l'accouchement. Application de forceps. Enfant asphyxié.* (Zeitschrift fur Geburtshulfe. T. X.)

Femme âgée de vingt-sept ans, bipare, dont la grossesse a été normale. Depuis quinze jours seulement elle ressent de grandes douleurs

faits ne sont peut-être pas aussi rares qu'on pourrait le penser au premier abord, mais nous manquons de documents qui nous permettent de déterminer quel est le degré de fréquence avec laquelle on les rencontre.

Le plus souvent la grossesse exerce sur le cancer une influence nuisible. Cette opinion, qui aujourd'hui est généralement admise, paraît justifiée ; il suffit pour s'en convaincre de parcourir les observations que nous avons réunies et qui sont la base de notre travail.

Pour peu, en effet, que les auteurs donnent quelques détails sur l'évolution du cancer pendant la grossesse, ils insistent pres-

---

dans l'abdomen. Travail à terme ; rupture de la poche des eaux deux jours après le début du travail. On constate que la dilatation du col équivaut au diamètre d'une pièce de 2 francs, les lèvres sont mamelonnées ; le col entier paraît épaissi.

Après chloroformisation, on pratique l'extirpation du néoplasme, qu'on enlève fragments par fragments à coups de ciseaux et avec la pince. On fait une application de forceps, mais malgré des tractions énergiques on ne peut extraire le fœtus. Grâce à quelques incisions profondes faits sur le col avec un bistouri boutonné, on obtint après une demi-heure l'expulsion d'un fœtus qui ne put être rappelé à la vie.

Délivrance artificielle.

Suites de couches normales.

Quinze jours après l'accouchement, l'utérus est encore gros ; sur le col à droite, petites éminences mamelonnées, les lèvres sont peu saillantes et ulcérées. surtout en arrière et à droite. Cautérisation du néoplasme avec le thermocautère et la patiente quitte le service le 18 avril.

Cinq mois après l'utérus est sensiblement gros, en antéflexion ; en arrière à gauche le col paraît épaissi, mais point trop induré. La dilatation est prononcée, les lèvres sont largement ouvertes, assez lisses. En arrière et un peu à droite, on constate une proéminence du volume de la moitié d'une noisette.

Six mois après l'accouchement, fausse couche d'environ trois mois, accompagnée d'une hémorrhagie intense et suivie d'une légère péritonite dont elle guérit rapidement. A ce moment la portion vaginale fait défaut, l'utérus est mobile, les lèvres présentent des cicatrices et pas de récidive.

Un an après, la femme se croit enceinte de seize semaines; elle a eu deux pertes sanguines dans les deux premiers mois ; à ce moment elle perd encore un peu de sang et on constate que la portion vaginale fait défaut.

Les lèvres du col béantes permettent l'introduction du doigt, elles sont granuleuses et laissent voir en arrière, à droite, la cicatrice d'une incition. L'utérus est mobile.

Le col seul est friable; avortement de quatre mois. Suites normales Etat de santé satisfaisant.

que toujours sur la rapidité excessive avec laquelle le néoplasme s'est développé, et sur l'aggravation marquée des symptômes qui sont la conséquence de cette marche plus rapide.

On a vu des cas dans lesquels la tumeur, au début de la grossesse, donnait lieu à des symptômes si peu graves qu'elle n'était pas soupçonnée; mais la grossesse survient tout à coup, des phénomènes douloureux apparaissent, la malade se plaint d'écoulements sanguins et ichoreux très abondants; rapidement l'état général qui, avant la grossesse, était bon, devient mauvais ; en quelques mois, la malade arrive au degré le plus avancé de la cachexie et elle peut mourir avant que la grossesse se soit terminée. Nous en donnerons pour preuve ce cas dans lequel Simpson (1) vit, en pratiquant des examens répétés, l'infiltration cancéreuse envahir tout le petit bassin en trois ou quatre mois.

Dans un cas observé par Galabin (2) la malade paraissait bien portante au commencement de la grossesse ; pendant les cinq premiers mois de celle-ci aucun symptôme n'attira l'attention, et la grossesse parut être normale. Vers le sixième mois, des métrorrhagies apparurent, d'abord peu abondantes et séparées par des intervalles de plusieurs jours, mais elles se rapprochèrent et apparurent tous les deux jours. Enfin vers le huitième mois la malheureuse femme perdit tous les jours du sang et quand la métrorrhagie sembla calmée, il s'écoula un liquide ichoreux, qui irrita les organes génitaux externes. L'affaiblissement alla dès

---

(1) Simpson (A. G.). *Carcinoma vaginæ in a pregnant female.* (*Tr. Edimburg obstétrical society* 1879. V. p. 2, *and contributions to obstetrics and gynécology*, 1880, p. 205.)

Dans ce cas le cancer parti du vagin envahit en trois mois le rectum, le col utérin, la vessie; la malade épuisée succomba au quatrième mois de sa grossesse.

(2) Galabin. A case of cœsarean section performed on account of extensded malignant disease of the cervix uteri. (*Trans. of the obst. soc of London*, 1875. Vol. XVIII, p. 286).

lors en s'accentuant avec une grande rapidité. Galabin examina cette malade deux mois après l'apparition des premiers accidents et déjà le col était complètement envahi par le cancer et en partie détruit. Quand arriva le neuvième mois de la grossesse, c'est-à-dire trois mois après le début des accidents, l'état de cette malheureuse était désespéré.

Nous pourrions multiplier les exemples de cette aggravation que subit le cancer pendant la grossesse; citons seulement les faits observés par Wiener (1), Benicke (2), Pfannkuch (3), Depaul (4), Ashwell (5) qui montrent combien la vie de la femme peut se trouver en peu de temps compromise, par la rapidité avec laquelle se produisent les accidents.

Cette aggravation du cancer utérin par le fait de la grossesse n'a rien qui doive nous étonner; elle est, en effet, conforme à tout ce que nous savons sur l'évolution des tumeurs pendant la gestation, surtout quand elles siègent dans la sphère génitale. On sait quelle marche rapide sont susceptibles de prendre, tout à coup, les tumeurs du sein sous l'influence de la fluxion mammaire qui se produit par le fait de la grossesse, à plus forte raison la tumeur sera-t-elle plus rapidement influencée quand elle siégera sur l'utérus lui-même.

Si on cherche à élucider par quel mécanisme la grossesse peut produire de tels résultats, on reconnaît bientôt que les phénomènes sont extrêmement complexes.

Il faut, en première ligne, attacher une grande importance aux

---

(1) Wiener. *Breslauer Arztl. Zeitsch.* 1880
(2) Benicke. *Zeitsch. f. Geb.* T. I.
(3) Pfannkuch. Voy. Observ. XI.
(4) Depaul. Voy. Observ., n° 000.
(5) Ashwell. *Archiv f. Gynæk.* T. VII.

modifications apportées par la grossesse au terrain sur lequel le cancer se développe.

A. — Ainsi que nous le disions dans les quelques remarques que nous avons consacrées à l'anatomie pathologique, le cancer évolue plus lentement sur les tissus adultes que sur les tissus jeunes dont les éléments anatomiques en pleine évolution se défendent mal contre l'infiltration cancéreuse. La malignité du cancer c'est-à-dire la rapidité avec laquelle il se propage et se généralise, est donc, en quelque sorte, en raison inverse de la vitalité des tissus qu'il envahit.

Sous l'influence de la grossesse, les éléments anatomiques de la paroi utérine prennent tout à coup une suractivité vitale excessive, qui rappelle les phénomènes de développement de la vie embryonnaire. On ne peut donc s'étonner si le tissu utérin qui, avant la grossesse, se laissait difficilement envahir, n'oppose plus, après la conception, aucune résistance à l'infiltration cancéreuse.

On comprendra également que l'extension rapide du cancer ne se limite pas seulement à l'envahissement de la paroi utérine, mais que le néoplasme se propage vite vers la paroi vaginale, le tissu cellulaire pelvien, que la vessie et le rectum puissent être atteints. La rapidité avec laquelle se font ces propagations s'explique du reste facilement, si on songe aux conditions nouvelles apportées par la grossesse à la circulation pelvienne, aux modifications que subissent les parois du vagin après la conception et au développement énorme que prennent les lymphatiques péri-utérins et vaginaux pendant toute la durée de la gestation.

Il y aurait lieu de rechercher s'il n'existe pas dans les organes génitaux quelques points faibles qui, sous l'influence de ces modifications, se laissent plus facilement envahir et si, pendant la grossesse, la propagation du cancer ne se fait pas avec une certaine prédilection dans telle ou telle direction. Peut-être

trouverait-on, en examinant avec soin les malades, que pendant la gestation, le cancer ne tend guère à se propager vers le corps de l'utérus, la vessie ou le vagin, ainsi que le pensent Cohnstein (1), Charpentier (2).

Nous avons, en effet, relevé avec soin dans les observations publiées toutes les indications données par les auteurs sur le siège et sur la manière dont le cancer paraissait se propager; nous n'avons pu arriver sur ce point à aucune conclusion sérieuse, car le plus souvent ils se bornent à dire, sans préciser, que le cancer envahit le col, s'étend plus ou moins loin vers le vagin ou le corps.

B. — En seconde ligne, il faut placer les modifications qui se produisent du côté du cancer lui-même. On sait que dans tout cancer qui s'accroît rapidement, les éléments anatomiques tendent à se rapprocher du type embryonnaire. S'il s'agit d'un carcinome, la trame contient à peine quelques rares fibrilles, et se trouve en grande partie constituée par des éléments jeunes qui n'ont aucune tendance à passer à l'état adulte. Il en est de même s'il s'agit d'un épithéliome. Quand une tumeur cancéreuse s'accroît avec une grande rapidité, on observe plus fréquemment, que dans les cas où l'évolution est lente, des thromboses étendues, d'où la gangrène de parties souvent très considérables, et la production précoce d'ulcérations à marche très envahissante.

De plus, une tumeur cancéreuse peut, tout d'abord, se présenter avec tous les caractères anatomiques d'une tumeur à évolution lente; mais, sous l'influence de causes qui rendent sa marche plus rapide, elle se transformera complètement et ses éléments anatomiques retourneront au type embryonnaire.

---

(1) Cohnstein *Archiv. f. Gynækologie*. Berlin 1873. T. V. f. 2, p. 366.

(2) Charpentier. *Traité pratique des accouchements*. Paris 1883. T. II, p. 266.

Le cancer utérin paraît subir sous l'influence de la grossesse une transformation analogue. Pour donner à cette proposition le caractère d'une vérité absolue, nous devrions pouvoir opposer des examens histologiques pratiqués avant et après la grossesse. Ceux-ci ne peuvent être faits qu'après la mort ou à la suite d'opérations dans lesquelles on aura enlevé, au moins, une grande partie de la tumeur. C'est donc là un moyen de contrôle qui nous fait défaut; mais la transformation subie par le cancer, sous l'influence de la grossesse, est rendue bien évidente par les caractères cliniques que présentent les masses cancéreuses pendant la gestation, presque toujours la tumeur cancéreuse s'ulcère profondément. Dans presque toutes les observations où l'état du col est bien décrit, nous voyons les auteurs insister sur l'aspect fongueux de ces ulcérations dont le fonds est particulièrement friable, elles saignent au moindre contact. Quand plusieurs examens ont été pratiqués sur la même femme, presque toujours on a noté leur rapide extension.

Enfin la consistance du tissu cancéreux se modifie; les masses dégénérées deviennent plus molles, plus friables et ce ramollissement est tellement net dans la plupart des cas que, d'après certains auteurs, son apparition serait un excellent signe permettant de ne pas confondre le cancer avec d'autres lésions bénignes du col. Ce ramollissement, cette friabilité plus grande ne sont pas seulement un simple phénomène d'imbibition, car il n'est pas constant et paraît surtout accentué quand la tumeur s'étend vite.

En somme, le cancer a le plus souvent une marche plus rapide pendant la grossesse et cette aggravation est liée :

1° A la moindre résistance opposée par les tissus à l'infiltration cancéreuse;

2° A des modifications survenues dans le tissu cancéreux

lui-même et caractérisées par la transformation embryonnaire des éléments qui le constituent.

De ces deux facteurs, le premier est constant et existe dans toute grossesse. Peut-être pouvons-nous admettre que, si dans certains cas, l'action nocive de la grossesse paraît nulle, cela tient à ce que certaines formes de cancer sont plus difficilement influencées que d'autres. D'après Cohnstein, il faudrait, pour expliquer ces variations, distinguer les cas dans lesquels le cancer est apparu pendant le cours de la grossesse et ceux dans lesquels le néoplasme préexistait à la gestation. Dans le premier cas, on observerait toujours un accroissement plus ou moins rapide de la tumeur, dans le second cas, au contraire, il n'en serait pas toujours ainsi. Sur treize faits, en effet, il y aurait eu seulement trois fois accélération dans la marche du cancer, six fois l'évolution se serait poursuivie sans modification notable, quatre fois il y aurait eu un temps d'arrêt. Malheureusement cette conclusion de Cohnstein est basée sur des observations dans lesquelles les renseignements donnés sur l'époque à laquelle est apparu le cancer sont trop vagues.

L'activité plus grande que présente l'évolution du néoplasme pendant la grossesse entraîne une aggravation des accidents dus au cancer.

1° *Douleurs.* — Dans la plupart des observations que nous avons recueillies, les auteurs ont noté, pendant la grossesse, l'acuité particulière des douleurs provoquées par le cancer; aussi ne peut-on admettre avec certains auteurs, Herman par exemple, que pendant la gestation, on observe une rémission dans les phénomènes pénibles éprouvés par les malades atteintes de cancer utérin. Nous n'avons pas remarqué qu'au point de vue de leur mode d'apparition, de leur siège, de leurs

irradiations, les douleurs présentassent ici quelque particularité.

2° *Pertes blanches.* — Quand le cancer complique la grossesse, les femmes éprouvent généralement des pertes blanches très abondantes. S'il n'y a pas ulcération, le liquide qui s'écoule est semblable aux flux leucorrhéiques si fréquents chez les femmes enceintes ; mais dès que le cancer est ulcéré « le liquide sécrété ne ressemble ni au mucus épais de l'utérus, ni au mucus laiteux du vagin, il ressemble à de l'eau un peu jaunâtre ou d'une teinte rousse. Cette leucorrhée est encore remarquable par la quantité de flux leucorrhéique qui mouille plusieurs serviettes en quelques heures... Tandis que le produit d'une simple leucorrhée est à peu près sans odeur, celui de la leucorrhée du cancer est insupportable pour les malades et pour les personnes qui leur donnent des soins. Ce n'est ni l'odeur du pus décomposé, ni l'exagération de celle qui est propre aux organes génitaux, c'est l'odeur *sui generis*, que quelques femmes comparent à celle d'un lapin pourri (1). »

Ces écoulements sanieux rendus plus abondants sous l'influence de la grossesse, deviennent une cause d'épuisement; par l'irritation qu'elles exercent sur la peau et la muqueuse vulvaire, ils sont une source continue de tourments pour les femmes.

3° *Hémorrhagies.* — Si pénibles que puissent être les écoulements sanieux, ils ne constituent qu'une cause d'aggravation secondaire, si on les compare aux hémorrhagies.

Il est bien peu d'observations de grossesse compliquée de cancer dans lesquelles on n'ait vu apparaître des hémorrhagies plus ou moins graves. Tantôt elles se montrent dès le début de la gestation pour se continuer jusqu'au moment de l'accouchement; tantôt on a, seulement pendant les premiers mois de la grossesse,

---

(1) Guérin, *Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux*. Paris, 1878, p. 8

constaté l'existence de pertes blanches, les premiers écoulements sanguins ont apparu à une époque relativement tardive : au cinquième mois, comme dans le cas de Sharpless (1), au septième mois comme dans le fait de Oldham (2). Ces hémorrhagies s'accompagnent souvent de douleurs abdominales, mais ce n'est pas là une complication nécessaire.

La perte de sang peut se faire d'une manière continue pendant un temps plus ou moins long : quinze jours, un mois, même plusieurs mois, Horteloup (3), Laubreis (4); si pendant quelques heures ou quelques jours, la métrorrhagie semble s'arrêter pour faire place à des pertes blanches, on la voit réapparaître plus intense au moindre effort, à la plus légère fatigue de la malade. Dans d'autres cas, l'hémorrhagie est réellement intermittente; elle se continue pendant deux, trois, quatre jours, puis se suspend; dans l'intervalle les femmes n'ont aucune perte ou se plaignent seulement de flueurs blanches. Au bout d'un certain temps l'hémorrhagie apparaît de nouveau, dure quelques jours, puis disparaît. Les femmes pensent alors avoir leurs règles et peuvent ne pas soupçonner leur grossesse, jusqu'au moment où elles perçoivent les mouvements du fœtus. On a rapporté des faits dans lesquels ces hémorrhagies se sont continuées avec ces caractères pendant toute la durée de la grossesse qui n'a été reconnue par le médecin et quelquefois par la femme elle-même qu'au moment de la naissance de l'enfant. Nous reviendrons sur ces faits en étudiant le diagnostic.

Ces pertes de sang sont parfois tellement intenses qu'elles compromettent la vie à bref délai. Horteloup, par exemple, a rapporté un cas dans lequel les hémorrhagies ne purent être ar-

---

(1) Sharpless. *Froriep's Notizen*, 1826.
(2) Oldham. *Guy's hospital reports*, 1851. T. VII, p. 426.
(3) Horteloup. *Bulletin général de thérapeutique*, 1846.
(4) Laubreis. *Siebold's Journal*. T. VII, p. 398.

rêtées et entraînèrent la mort de la femme (1) Il n'est pas besoin qu'une grande quantité de sang ait été perdue pour que la vie des malades puisse se trouver compromise. La gravité d'une hémorrhagie ne s'estime pas en effet, d'après la masse du sang écoulé, mais d'après l'état dans lequel se trouvent les malades quand la perte se produit. A ce point de vue les conditions sont particulièrement défavorables pour les femmes cancéreuses.

Dans ces métrorrhagies, le sang vient du tissu cancéreux. D'après Dieterich, les pertes de sang seraient surtout marquées lorsque l'infiltration cancéreuse, s'étendant en hauteur, gagnerait le segment inférieur de l'utérus. Si les hémorrhagies augmentent de fréquence à la fin de la grossesse, cela tiendrait, d'après cet auteur, à ce que la tension exercée sur le segment inférieur et par suite sur le cancer augmente pendant le dernier tiers de la gestation et entraîne la production de fissures dans les tissus malades. Pour Ruttledge, comme pour la plupart des auteurs, l'hémorrhagie serait due à la présence de l'ulcération cancéreuse qui, pendant la grossesse, saignerait avec une excessive facilité. Il est probable que les causes de ces hémorrhagies sont très complexes.

---

(1) Obs. IX. — Horteloup. *Présentée à la Société de méd. du IIe arrond. et communiquée par lui à Chailly Honoré.* (Bullet. génér. de Thérapeut., 1846, p. 429.)

Mme T... de Saint-M..., âgée de trente-six ans, devint grosse en 1841 pour la septième fois. Au deuxième mois elle éprouva des étourdissements et de légères pertes journalières qui devinrent ensuite plus considérales. Mme T... estimait à peu près à deux palettes la quantité de sang perdu chaque jour, soit en urinant, soit en allant à la garde-robe. Ces pertes éloignaient toute idée de grossesse lorsque Mme T... affirma qu'elle sentait remuer (quatre mois et demi). Pendant les trois mois qui suivirent, les pertes continuèrent, la malade s'affaiblit, s'infiltra. Horteloup fut appelé auprès de la malade pour des hémorrhagies considérables, qu'on ne put arrêter **et qui déterminèrent la mort à la fin du huitième mois de la grossesse**.

A l'autopsie, le fœtus était parfaitement développé, gras, avait des cheveux et des ongles; si la mort ne fût survenue par hémorrhagie foudroyante on eût pu sauver l'enfant par l'accouchement prématuré.

*4° Complications dues aux propagations diverses du cancer.*

*a) Vers les voies urinaires.* Quand le cancer a envahi la paroi antérieure du vagin, alors même que la vessie n'est pas atteinte, la miction peut se trouver influencée; mais les troubles de cette fonction sont surtout marqués, lorsque la dégénérescence cancéreuse a intéressé la vessie elle-même. On peut observer ici tous les degrés, depuis la simple irritabilité jusqu'à la dysurie la plus accentuée. Chez une malade observée par Doleris (1), la miction était tellement douloureuse qu'elle ne pouvait se faire sans provoquer des cris. L'urine dans ces cas peut être sanguinolente, mélangée de pus. Les hématuries sont extrêmement fréquentes, quand le cancer a envahi le bas-fonds de la vessie elles peuvent alors être fort abondantes.

Lorsque la paroi vésico-vaginale attaquée par le cancer s'est ulcérée, on peut constater la production d'une fistule vésico-va-

---

(1) Obs. X. — Doleris. *Cancer du col de l'utérus. Grossesse de six mois environ. Accouchement spontané avant terme.* (*In* Lance-Briand. *Thèse* Paris 1885, p. 30.)

M..., en travail depuis quatre jours; actuellement il n'y a pas de douleurs. La femme ne peut préciser la date exacte de ses dernières époques mais affirme être enceinte de six mois environ. Cette femme a été envoyée à l'hôpital parce qu'une sage-femme et plusieurs docteurs avaient trouvé une dégénérescence de tout le pourtour de la matrice.

La malade raconte qu'elle est déjà mère de six enfants, âgée de trente-trois ans, de constitution autrefois robuste, mais très délabrée depuis plusieurs mois.

Jamais le moindre accident avant, pendant ou après les six premières grossesses; mais dès les premiers mois de cette septième grossesse, la femme éprouva une douleur constrictive en barre occupant la région hypogastrique, s'irradiant dans les cuisses, les flancs. Les fonctions urinaires furent troublées, il y eut une véritable incontinence. (A ses précédentes couches la malade n'avait éprouvé que de fréquentes envies d'uriner vers le sixième mois.)

La miction était déjà douloureuse au début de l'affection, cette douleur augmenta au point que la malade criait chaque fois qu'elle urinait. En une seule nuit, elle put compter trente-deux mictions. Ces troubles ont persisté pendant toute la grossesse. De plus dans la fin du troisième mois, l'urine laissait déposer des filaments sanguins rouges, de petits caillots et une quantité abondante de matières jaune verdâtre, offrant une certaine consistance et apparaissant surtout quand l'émission en avait été retardée. La constipation était opiniâtre.

A l'arrivée de la femme, on constate par le toucher une dilatation grande comme une pièce de 5 francs environ. La tumeur occupe toute

ginale. Cette complication est toujours grave, car elle peut entraîner la production d'une cystite aiguë et, dans les cas relativement heureux où cette inflammation ne se montre pas, l'écoulement continu de l'urine vient aggraver les tourments de la malade.

On sait que le cancer, en envahissant le tissu cellulaire pelvien, peut comprimer les uretères et provoquer ainsi l'apparition d'hydronéphrose simple ou double et de néphrite. Cette complication est parfois assez précoce dans le cours du cancer utérin étudié hors l'état de sa grossesse. Il y avait lieu donc de rechercher si pendant la gestation elle ne se présenterait pas avec une certaine fréquence. Nous ne l'avons trouvée mentionnée que dans quelques rares observations (Jœrg) (1).

Il ne nous a pas semblé que le retentissement si fréquent du cancer sur les fonctions urinaires s'accompagnât pendant la grossesse d'une tendance aux néphrites et à l'éclampsie (2).

On a noté dans un certain nombre de faits la présence de vomissements incoercibles. Malheureusement, les détails sont si peu précis que nous ne savons s'il faut considérer cet accident comme un signe d'urémie ou comme une conséquence de l'obstruction intestinale qu'on observe parfois dans le cours du cancer.

*b*) *Vers l'intestin.* Le cancer compliquant la grossesse peut

---

l'épaisseur du col utérin et fait une notable saillie dans le vagin sous forme de prolongements denticulés qui représentent des déchiquetures de la partie inférieure du néoplasme. Cette forme particulière avait donné lieu à une erreur de diagnostic : un des médecins appelé au début du travail avait cru à une procidence du pied ou de la main, à l'hôpital même on avait pensé à une présentation du siège alors qu'il s'agissait d'un sommet en O. I. G. A.

*L'accouchement s'opéra spontanément* le lendemain de l'arrivée à une heure du matin.

*L'enfant chétif pesait à peine* 1560 grammes. **Suites de couches heureuses.**

(1) Jœrg. — *Schrift zur Beforderung der Krankh. der Weib.* 1812.

(2) Dans un cas observé par Benicke (Obs. LXXVIII), la malade avait de

atteindre la paroi recto-vaginale; on observe parfois une constipation assez intense, accompagnée ou non d'épreintes rectales. S'il s'est produit une fistule recto-vaginale, l'incontinence des matières fécales vient encore compliquer la situation des malheureuses femmes.

Dans certains cas on a vu le péritoine s'enflammer. La péritonite d'abord circonscrite a pu prendre une marche plus rapide pendant l'accouchement sous l'influence des déplacements que subit l'utérus pendant les contractions utérines. Nous reviendrons sur cette complication en étudiant le cancer pendant l'accouchement.

c) *Vers les vaiseaux pelviens*. Pendant la grossesse aussi bien qu'en dehors de cet état, le cancer peut devenir une cause de thrombose dans les veines du bassin et des membres inférieurs. Dans les observations que nous avons recueillies, la fréquence de cette complication ne paraît guère évidente.

L'aggravation de tous les symptômes dus au cancer a pour conséquence un retentissement des plus graves sur l'état général. La cachexie cancéreuse fait des progrès rapides pendant la grossesse; les femmes ont de la fièvre, s'épuisent et tombent dans un tel état de marasme qu'elles succombent avant l'apparition du travail, ainsi que Lee (1), Pfannkuch (2), Siebold en ont rapporté des exemples.

---

l'albuminurie et eut un accès d'éclampsie. Mais c'était une tertipare qui avait présenté de l'albuminurie à ses deux premières grossesses.

Dans un fait observé par Schrœder, la femme parut être atteinte d'éclampsie. Les résultats de l'autopsie ne sont pas donnés.

(1) Robert Lee. *Clinical midwifery*, p. 498. Toute la circonférence du col était envahie par une tumeur fongueuse; la femme épuisée par de violentes hémorrhagies succomba avant le début du travail.

(2) Obs. XI. — Pfannkuch. *Archiv. für Gynækologie*. T. VII, p. 169

Femme de quarante-deux ans, enceinte pour la treizième fois, est atteinte d'un cancer du col utérin, s'étendant sur la paroi antérieure du

### *Influence du cancer sur la grossesse.*

Le cancer agit sur la grossesse en augmentant les chances d'avortement et d'accouchement prématuré. D'après Hachmann (1), l'avortement serait plus fréquent qu'on ne le pense et resterait souvent ignoré, soit que les malades n'aient pas recours aux soins d'un médecin, soit que l'on confonde la fausse couche avec une hémorrhagie banale due au cancer. Cette opinion est peut-être fondée, mais il est bien difficile de la vérifier. Pour apprécier le degré de fréquence avec lequel se produit l'interruption prématurée de la grossesse, nous aurons recours aux statistiques, qui s'appuient sur les observations publiées.

D'après Cohnstein (2) sur 100 cas, 68 fois la grossesse arriverait à terme, 15 fois elle se terminerait par un accouchement prématuré, 15 fois par un avortement; dans 2 cas il y aurait accouchement retardé.

Si on envisage seulement l'accouchement prématuré :

8 fois il serait survenu au 6e mois 1/2; 5 fois au 7e mois 1/4; 1 fois au 8e mois 1/4; 1 fois au 8e mois 1/2.

On aurait observé l'avortement :

3 fois au 3e mois ; 4 fois au 3e mois 1/2 ; 1 fois au 4e mois 1/2; 1 fois au 4e mois; 1 fois au 5e mois; 3 fois au 5e mois 1/2; dans 2 cas la date ne fut pas indiquée.

---

vagin, envahissant le tissu cellulaire pelvien, surtout en avant. La paroi postérieure du col est saine et présente au toucher une consistance normale. La tumeur cancéreuse est ulcérée et saigne au moindre contact. Tous les jours cette femme a des hémorrhagies, se plaint de vives douleurs à chaque miction, elle a des épreintes rectales, des douleurs abdominales et lombaires très vives. Arrivée au terme de sa grossesse, elle meurt subitement.

(1) Hachmann. *Siebold's Journal für Geb.* T. XV, p. 602-626.

(2) Cohnstein. *Loc. cit.*

Les chiffres donnés par Herman sont notablement différents : sur 131 cas, 18 fois il y eut avortement ; 34 fois il y eut accouchement prématuré ; 23 fois il y eut accouchement à terme. Dans 56 cas, l'époque à laquelle se termina la grossesse n'était pas désignée.

En ne tenant compte que des 75 faits dans lesquels on détermina la date à laquelle se fit l'accouchement, on voit que dans un tiers des cas à peu près, la délivrance aurait lieu à terme. La proportion est inverse à celle donnée par Cohnstein.

Nous avons tenté de contrôler ces chiffres en dépouillant les observations que nous avons recueillies et nous avons constaté que sur 151 faits dans lesquels la date de l'accouchement était nettement précisée :

98 fois l'expulsion du fœtus se fit à 9 mois ; 3 fois à 8 mois 1/2 ; 19 fois au 8e mois ; 2 fois au 7e mois 1/2 ; 11 fois au 7e mois ; 3 fois au 6e mois 1/2 ; 7 fois au 6e mois ; 1 fois au 5e mois 1/2 ; 2 fois au 5e mois ; 1 fois au 4e mois 1/2 ; 2 fois au 4e mois ; 2 fois au 3e mois.

Ces chiffres se rapprocheraient de ceux de Cohnstein, car, d'après sa statistique comme d'après la nôtre, l'accouchement se ferait à terme dans les deux tiers des cas. Il ne faut attacher au résultat donné qu'une importance toute secondaire, car les faits publiés sont extrêmement disparates.

Pour apprécier le pronostic qu'il convient de porter sur l'issue d'une grossesse compliquée de cancer, il faut étudier avec soin chaque cas particulier et déterminer dans chacun d'eux les particularités qui peuvent devenir des causes d'avortement ou d'accouchement prématuré.

*Causes de l'avortement et de l'accouchement prématuré.* — On a pensé que les hémorrhagies jouaient ici un rôle important et devaient être considérées comme une menace d'avortement ou d'accouchement prématuré. Ainsi formulée cette proposition est

beaucoup trop absolue; la perte de sang pendant la grossesse, peut, en effet, être simplement due à ce que l'ulcération cancéreuse vient corroder des vaisseaux superficiels, et dans ce cas l'hémorrhagie n'est nullement l'indice d'un début de travail. D'autres fois, au contraire, elle est due à des fissures qui se produisent dans le cancer par suite de la tension excessive de la paroi utérine, ou bien à l'apparition des contractions utérines qui pressent le fœtus contre le col malade et tendent à l'effacer; l'hémorrhagie peut alors être considérée comme une menace d'avortement. Pour savoir si une hémorrhagie est le premier symptôme d'un avortement ou d'un accouchement prématuré, il importe donc de préciser dans chaque fait, par quel mécanisme elle se produit.

D'après Schrœder (1), l'avortement se produirait surtout lorsque le cancer aurait intéressé la paroi du corps utérin et l'aurait rendue inextensible. Cohnstein a montré que l'extension moins considérable du cancer exerce la plus grande influence sur la durée de la grossesse, l'avortement paraissant surtout être rare quand la dégénérescence n'envahit que la portion vaginale. Cette opinion est généralement admise; elle n'est pas absolue, car on voit arriver à terme des grossesses dans lesquelles le cancer intéresse, non seulement tout le col mais encore une partie souvent étendue du segment inférieur.

Ruttledge (2) a rapporté un fait dans lequel l'avortement fut dû à la présence d'une endométrite. Il serait intéressant de rechercher si la dégénérescence cancéreuse, alors même qu'elle est manifestement limitée au col, n'est pas susceptible de produire des lésions de la caduque. Peut-être trouverait-on la cause de bien des avortements.

---

(1) Schrœder. *Lehrbuch. der Geburtshulfe.* Bonn 1877. 5e édition.

(2) Ruttledge. *Uber die complication der Schwangerschaft und Geburt mit Gebarmutter. krebs. Inaug. Diss.* Berlin 1876.

Enfin, dans certains cas, la cessation prématurée de la grossesse paraît devoir être attribuée à l'anémie profonde, à l'épuisement, à la fièvre qu'éprouvent les femmes atteintes de cancer.

### *Influence du cancer sur le fœtus.*

Le cancer utérin influe d'une manière fâcheuse sur le fœtus, puisqu'il est une cause d'avortement et d'accouchement prématuré.

Il est bien difficile de déterminer, d'après la lecture des observations, si la mortalité des fœtus avant le travail est bien fréquente quand la grossesse est compliquée de cancer.

Le plus souvent, en effet, les auteurs se contentent d'indiquer que le fœtus était mort au moment de sa naissance ; ils n'ajoutent pas s'il a succombé avant ou pendant le travail. On peut arriver à une conclusion, si on étudie dans quelles proportions les enfants naissent morts quand l'accouchement se fait à terme ou bien quand l'accouchement a lieu prématurément. Herman en dépouillant les observations qu'il a recueillies, a trouvé qu'après l'accouchement à terme 21,7 0/0, des fœtus naissaient morts, tandis qu'après l'accouchement prématuré, la proportion des enfants morts nés s'élevait à 42,8 0/0. On peut admettre que les difficultés à l'accouchement se présentent d'une manière à peu près égale, quand l'accouchement a lieu à terme ou prématurément. La mortalité des enfants pendant le travail doit donc être sensiblement égale dans ces deux cas devant la différence qui existe entre les deux chiffres que nous avons donnés, il faut admettre que bien des enfants expulsés avant terme étaient morts avant le travail.

Nous ne pouvons que faire des conjectures sur les causes de

la mort du fœtus pendant la grossesse. Elles doivent être fort complexes. Il est probable que l'état d'épuisement dans lequel sont les malades joue ici un certain rôle. Peut-être faut-il accuser la production d'hématomes dans le placenta, d'endométrites, nous ne savons rien de précis sur ce point.

---

# CHAPITRE IV.

*Sommaire.* — DU CANCER UTÉRIN PENDANT L'ACCOUCHEMENT. — 1° INFLUENCE DE L'ACCOUCHEMENT SUR LE CANCER. — 2° INFLUENCE DU CANCER SUR L'ACCOUCHEMENT. — ACCOUCHEMEMENT RAPIDE, PROLONGÉ, MAIS SPONTANÉ. — RUPTURE UTÉRINE. — MORT DE LA FEMME PENDANT LE TRAVAIL. — PUTRÉFACTION FŒTALE INTRA-UTÉRINE. — INFLUENCE DU CANCER SUR L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ, SUR L'AVORTEMENT.

### *Influence du travail de l'accouchement sur le cancer.*

Le travail de l'accouchement exerce une action nocive sur le cancer, car chaque contraction utérine a pour effet de presser le fœtus contre le col ; d'où des contusions qui deviennent d'autant plus sérieuses que le travail se prolonge pendant plus longtemps, que les membranes s'étant rompues, la partie fœtale est appliquée sur le col d'une manière plus étroite et plus continue.

Sous l'influence de cette pression, sous l'action des tiraillements auxquels est soumis le col pendant les contractions, la dilatation peut se faire s'il reste, autour de l'orifice, des parties qui n'aient pas été envahies par le cancer. La masse dégénérée, repoussée par la partie fœtale est alors rejetée vers une des parois du bassin, comprimée entre le fœtus et cette paroi ou bien, est repoussée au dehors aprés avoir été plus ou moins froissée et lacérée ; l'accouchement peut se terminer.

Mais parfois sous l'influence de cette pression, le tissu cancéreux, qui ne peut se laisser distendre, se fissure, se rompt

sur une étendue plus ou moins grande. Ces lacérations, se rencontrent surtout dans certaines formes de cancer à l'ulcération profonde et fongueuse; elles sont encore rendues plus faciles par l'existence du ramollissement qui, nous l'avons dit, se produit parfois à la fin de la grossesse, et qui s'accentue encore pendant le travail.

Ici, en effet, les phénomènes qui se produisent sont tout à fait comparables à ceux qu'on observe dans certains fibromes qui, au début de l'accouchement, présentent une consistance marquée et sont assez volumineux pour obstruer toute l'excavation, mais qui, sous l'influence du travail, deviennent si mous, qu'ils se laissent repousser et aplatir par la partie fœtale; d'où la possibilité d'un accouchement qui, au premier abord, paraissait ne devoir pas se faire. Le cancer du col peut subir un semblable ramollissement et on a vu des faits dans lesquels le col qui, au début du travail paraissait devoir résister à tous les efforts de l'utérus, devenir peu à peu plus mou et céder sous l'influence de contractions utérines d'intensité moyenne.

Nous aurons à revenir sur ce point quand nous étudierons les règles qui doivent diriger le traitement pendant le travail.

Il est bien difficile de déterminer quelles sont les causes susceptibles de produire une telle modification dans la consistance des tissus envahis par le cancer. Peut-être faut-il ne voir là que le résultat d'une simple imbibition due aux modifications de la circulation utérine pendant le travail de l'accouchement et pouvant se faire plus aisément par suite des modifications de structure subie par le cancer pendant la grossesse.

Cet état facilite sans aucun doute la production des déchirures qui se produisent fréquemment pendant le travail dans le tissu cancéreux. Nous dirons plus loin que ces fissures sont la cause la plus active des violentes hémorrhagies qu'on voit survenir si fréquemment pendant le travail.

## INFLUENCE DU CANCER SUR LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

### I. *Cas où l'accouchement se fait rapidement ou a une durée normale.*

L'accouchement dans le cas de cancer du col n'est pas fatalement entravé, et on a rapporté un certain nombre de faits dans lesquels le travail a pu se terminer spontanément après une durée régulière. Il est même probable que ces cas sont beaucoup plus fréquents qu'on pourrait le penser, si on se bornait à examiner les observations publiées. On néglige souvent, en effet, de rapporter les faits qui n'ont donné lieu à aucune intervention, et qui n'ont pas été accompagnés de quelque complication sérieuse.

Quand la durée de l'accouchement est normale, le plus souvent le cancer est peu étendu, n'occupe qu'un segment du col et ne s'élève pas très haut dans le canal cervical. Tous les auteurs dans les traités généraux d'accouchement insistent avec juste raison sur ce point. (Voyez les observations de Lever (1) de Hodge (2).

Le cancer limité de la portion vaginale exerce-t-il une influence égale sur la marche de l'accouchement, quelle que soit la

---

(1) LEVER OBS. nº VII.

(2) XII. — HODGE. (*Principles and Practice of Obstetrics*. 1864, p. 519.)

Une femme présente toute la demi-circonférence antérieure du col épaissie et hypertrophiée par un cancer.

Après quelques heures de travail, la dilatation était si complète que la malade accoucha spontanément *d'un gros enfant vivant*. **La mère guérit**, et mourut seulement quatre mois plus tard; elle put nourrir son enfant pendant trois mois durant lesquels sa santé fut relativement bonne : dans le dernier mois, la maladie prit une marche rapide.

région de la circonférence du col où s'est développé le cancer? C'est là un point que Cohnstein (1) a essayé de déterminer. Si on accepte les conclusions de cet auteur, l'action nocive du cancer serait réduite à son minimum quand la dégénérescence aurait envahi la lèvre postérieure seule. En effet, le résultat de l'accouchement aurait toujours été dans ce cas favorable pour la mère et pour l'enfant, tandis que la terminaison n'aurait été heureuse pour la mère que 87, 5 p. 100 et pour l'enfant 83, 3 p. 100, quand le cancer siégeait sur la lèvre antérieure. De ces chiffres il résulterait qu'il faut surtout espérer un accouchement prompt quand le cancer n'envahit que la lèvre postérieure du col. Malheureusement, ainsi que nous l'avons dit plus haut, on trouve bien peu d'observations dans lesquelles les auteurs aient donné des indications nettes sur le degré d'extension du cancer, et la conclusion de Cohnstein ne peut être considérée comme démontrée. On ne saurait également regarder comme reposant sur des faits précis l'opinion de Champneys (2), d'après qui la dilatation se ferait surtout aisément si les parties latérales sont saines.

Pour apprécier l'action que le cancer peut exercer sur l'accouchement il faut moins tenir compte de l'extension de la dégénérescence cancéreuse autour du col que de la hauteur à laquelle s'élève le tissu cancéreux dans la paroi cervicale. Mais surtout il ne faut pas oublier qu'à côté du cancer qu'on voit, il est une zone plus ou moins étendue dans laquelle les tissus sont déjà atteints bien qu'ils semblent être sains. Au niveau de cette zone, la paroi du col peut être complètement inextensible.

Si le peu d'extension du cancer rend plus probable l'existence d'un travail spontané et normal, ce serait s'exposer à des décep-

---

(1) Conhstein. *Archiv f. Gynæk*, p. 376.
(2) Champneys. *Obstetrical transactions*, 1883.

tions que de vouloir toujours préjuger de la longueur du travail en se basant seulement sur l'étendue plus ou moins grande de l'infiltration cancéreuse.

Il y a, en effet, dans la manière dont se groupent les phénomènes qui font varier la durée de l'accouchement une foule de combinaisons qui déjouent souvent tous les calculs; c'est ainsi que non seulement, il faut tenir compte de l'étendue des tissus dégénérés, mais aussi de la friabilité plus ou moins grande du néoplasme, du degré de ramollissement qu'il a subi pendant la grossesse, de l'intensité des contractions utérines, de la manière dont le travail agit sur la consistance des tissus atteints. On comprendra facilement qu'on ait pu voir la durée de l'accouchement être prolongée à l'excès dans des cas où la tumeur n'envahissait qu'une partie du col, mais était dure et très résistante, et être normale dans des faits, où toute la périphérie du col était envahie mais où les tissus étaient peu résistants.

Bayle et Cayol (1) par exemple, ont vu la durée de l'accouchement n'être que de sept heures, bien que le col fût complètement détruit par le cancer et que l'accouchement parût impossible.

---

(1) Obs. XIII. — Bayle et Cayol. — *Dictionnaire des sciences médicales*. T. III, p. 152.

Femme de trente-sept ans, est atteinte depuis huit mois et demi d'une perte de sang se renouvelant pour les causes les plus légères et presque toujours le lendemain du coït. Ces hémorrhagies répétées n'ont pas altéré la santé et la malade n'a jamais éprouvé la plus légère souffrance. Le 1er septembre 1811, l'écoulement de sang étant excessif, la femme entre à l'hôpital, elle se croit enceinte. On remarque en effet dans le côté gauche de l'hypogastre, une tuméfaction considérable qui paraît formée par le développement de la matrice; mais la fréquence des pertes et l'état d'anémie éloignent toute idée de grossesse; il existe d'ailleurs dans les intervalles des hémorrhagies un écoulement sichoreux fétide très abondant.

Par le toucher on trouve le col entièrement détruit : il n'existe à sa place qu'un très large ulcère à surface inégale, anfractueuse dans lequel on ne distingue pas même l'orifice utérin; P. Dubois quatre mois avant l'entrée de la femme l'avait d'ailleurs jugée atteinte d'un ulcère de la matrice.

Vingt et quelques jours se passent sans que la malade ressente

Une femme observée par Delbech (1) accoucha également en sept heures, à la grande surprise des médecins qui avaient constaté que le col était entièrement détruit par le cancer, et qui ne pouvaient distinguer l'orifice externe au milieu des végétations qui recouvraient l'ulcération du col.

Il faudrait se garder de considérer toujours l'accouchement rapide dans le cas de cancer comme étant un accouchement dont le pronostic est favorable.

Parfois, en effet, surtout quand le cancer est étendu, l'accouchement n'est rapide que par suite des déchirures étendues qui se produisent dans les tissus malades, d'où de nombreuses complications.

Nous pourrions citer ici le fait observé par Oldham (2), dans

---

aucune souffrance, il lui arrive de perdre dans la journée ou dans la nuit une pinte de sang pur, en gros caillots d'un roug vif.

Le 22 septembre, à sept heures du matin, elle est prise tout à coup de douleurs vives dans les reins et dans le ventre; elle perd en même temps une grande quantité d'eau, et vers deux heures après-midi **elle accouche d'un enfant mort à terme.**

Après l'accouchement les pertes ichoreuses continuent, **la malade s'affaiblit et meurt le 25 février 1812.**

A l'autopsie on trouve un large ulcère qui a détruit tout le museau de tanche et la partie supérieure du vagin. Il y avait en outre une fistule vésico-vaginale.

(1) XIV. —Delbech (Cas 35 d'Hermann.)

Femme de trente-sept ans, malade depuis neuf mois, présente des hémorrhagies fréquentes, surtout après le coït : elle est cachectique, mais n'a pas de douleurs ; écoulement fétide. Le col de l'utérus est entièrement détruit : à sa place on trouve un large ulcère, avec des lèvres inégales et fissurées, dans lesquelles on ne peut distinguer l'orifice utérin.

L'accouchement se fit naturellement à terme : après un travail de sept heures il naquit un enfant très bien développé à la surprise des médecins présents, qui n'avaient pas soupçonné la grossesse. L'enfant était mort. **La mère** guérit, et **mourut cinq mois après**. L'autopsie montra une destruction cancéreuse du col de l'utérus et de la base de la vessie. Le corps de l'utérus était sain.

(2) XV. — Oldham : *Cancer de l'utérus et du vagin. Mort du fœtus dans l'utérus. Accouchement facile. Perforation du vagin.* (Par Oldham. Lond. Journ, 1851.

Mistress P..., quarante-deux ans, avait eu douze enfants. Un mois après le commencement de sa dernière grossesse, elle fut prise de pertes sanieuses, puis sanguinolentes, de douleurs dans les lombes, les cuisses. Les rapprochements sexuels déterminaient un écoulement sanguin. Un

lequel l'accouchement se fit sans complication et avec une durée normale ; mais immédiatement après l'expulsion du fœtus, l'écoulement ichoreux devint plus abondant, fut mélangé de matières fécales, fait attribuable, sans aucun doute, à des déchirures dans le tissu cancéreux qui avait envahi à la fois le rectum et la paroi postérieure de l'utérus et du vagin.

On trouvera également dans les observations que nous empruntons à Forget (1) à Michel (2) la preuve que parfois un ac-

---

docteur dit à M. P... qu'elle avait un cancer, qu'elle n'était pas enceinte, bien que cette femme eût de sa grossesse une certitude absolue.

Elle fut subitement prise de douleurs de l'enfantement le 9 juin 1850. **Elle accoucha spontanément et rapidement d'un enfant à terme, mort et putréfié.** Délivrance naturelle. L'état général s'aggrava, les pertes sanieuses sanguinolentes étaient mélangées de matières fécales.

Le col de l'utérus et la paroi postérieure du vagin étaient détruits dans une grande étendue et il existait une solution de continuité dans la paroi recto-vaginale.

(1) XVI. — Forget : *In* Laborde. *Th.*, *Paris* 1874, p. 14

En mars 1841, entre à la Clinique une femme de quarante ans, en apparence de bonne constitution ; elle est accouchée à terme, sans accident, il y a trois semaines. Elle accuse de la douleur dans la région génitale; il existe un écoulement assez abondant, blanchâtre, fétide; une cicatrice existe à la fourchette. Le toucher fait reconnaître que l'orifice du col est irrégulier, végétant, comme frangé. La circonstance d'un accouchement nous fait concevoir quelques doutes sur la nature cancéreuse de l'affection. La maîtresse sage-femme de l'hôpital incline à en faire une déchirure multiple du col utérin occasionnée par le passage de la tête du fœtus; elle invoque comme preuve la déchirure de la fourchette. Bientôt la malade se plaint d'une incontinence d'urine; l'inspection au spéculum révèle une fistule vésico-vaginale qui existait près du col utérin et qui est indiquée par une dépression dans laquelle s'engage la pulpe du doigt explorateur. La cachexie se développe et la malade succombe.

L'autopsie fait constater les désordres prévus.

(2) XVII. — Michel : *Gebarmutter Krebsmitregelmassigem Verlauf der Schwangerschaft und der Geburtsacts.* (Wurtemberg Corresp. Bl. n° 21,

Femme âgée de quarante ans, VIIIpare, présente depuis quinze mois des douleurs dans le ventre et un écoulement vaginal ichoreux. Les pertes ont augmenté depuis quelque temps. La grossesse arrive à terme : deux jours avant l'accouchement on observe une perte de sang très abondante. L'accouchement est rapide, les douleurs étant très intenses. La délivrance est normale, mais aussitôt après il survient de nouvelles hémorrhagies graves. On peut à ce moment extraire avec le doigt des fragments fibreux ou fongueux du col. **La malade meurt trois semaines après l'accouchement** par suite de l'extension du cancer.

couchement simple ne se fait qu'au prix de déchirures multiples.

II. *Cas où l'accouchement est prolongé.*

Le plus souvent la durée du travail compliqué de cancer du col est plus ou moins accrue.

Cette prolongation est due :

1° A l'inertie utérine;

2° A la résistance du col qui ne peut se dilater; à ce que la tumeur du col obstrue l'excavation et ne permet pas l'engagement de la partie fœtale.

1° L'inertie utérine n'est pas une des causes qui agissent le moins pour augmenter la durée du travail quand il y a cancer du col.

Dans un cas où il y avait un carcinome étendu de la portion vaginale et du cul-de-sac vaginal, Valenta (1) vit les douleurs, qui d'abord semblaient régulières, s'arrêter tout à coup, alors que les membranes s'étaient rompues, et que l'orifice du col avait seulement les dimensions d'une pièce de 5 francs. Pour lutter contre l'inertie utérine, cet accoucheur employa les douches, introduisit dans l'utérus un cathéter flexible, administra du seigle ergoté et eut recours au tamponnement vaginal. Toutes ces tentatives furent vaines. Les contractions ne réapparurent pas et Valenta dut, devant les phénomènes d'infection que présentait la mère, terminer l'accouchement en pratiquant des incisions multiples sur le col et en faisant l'extraction forcée du fœtus.

L'inertie utérine est rarement aussi absolue que dans le fait précédent. Mais il n'est pas rare de voir, pendant l'accouche-

(1) Valenta. *Zur Behandlung der Krebs der Gebarmutter... Archiv für Gynækologie.* T. X, p. 405.

ment compliqué de cancer, les contractions qui au début du travail paraissaient être régulières et assez puissantes, devenir rapidement moins intenses, moins fréquentes, et n'être de nouveau utiles qu'après s'être suspendues plusieurs heures, et même plusieurs jours. On trouvera dans les observations d'accouchement très prolongé que nous donnons plus loin, plusieurs faits dans lesquels cet arrêt du travail fut très net.

Il est difficile de déterminer d'une manière précise les causes de cette inertie utérine. Il faut souvent accuser l'envahissement d'une partie plus ou moins étendue du segment inférieur par la dégénérescence cancéreuse ; parfois l'épuisement de la femme peut dans une certaine mesure être incriminé.

2° Le cancer utérin agit surtout en s'opposant à la dilatation du col et à l'expulsion du fœtus.

On peut ici observer tous les degrés de dystocie.

Tantôt la prolongation de l'accouchement est à peine marquée, et les complications sont peu sérieuses — tantôt au contraire la durée du travail peut devenir excessive et les complications les plus graves surgir.

a. — *Cas dans lesquels l'accouchement a été prolongé, mais s'est terminé spontanément sans complications.* — Si nous ne voulons tenir compte ici que des cas dans lesquels on a abandonné l'accouchement aux seuls efforts de la nature, nous pouvons relever parmi nos observations un certain nombre de faits dans lesquels l'accouchement s'est terminé sans grande complication, malgré une prolongation réelle mais n'ayant rien d'excessif.

C'est tout d'abord le fait d'Arneth (1) dans lequel une partie

---

(1) XVIII. — Arneth : (*Geburtshulf Praxis*. 1851, p. 65.)

Femme secondipare. Sur le côté droit de la lèvre postérieure du col

de la lèvre postérieure du col était dégénérée, le travail dura quinze heures, l'enfant naquit vivant et la mère eut des suites de couches heureuses. C'est le fait d'Hachmann (1) dans lequel le travail dura seize heures et amena l'expulsion d'un enfant qui, né en état de mort apparente, fut ranimé : la mort de la femme fut due au cancer et non aux suites de l'accouchement. C'est le fait observé par Cazeaux et qui se rapporte à une femme atteinte d'un cancer de la lèvre postérieure du col, avec envahissement possible de la lèvre antérieure, peu à peu la dilatation se fit en s'opérant aux dépens de la lèvre antérieure; la tumeur fut repoussée par la tête du fœtus, appliquée par elle contre la paroi pelvienne et l'accouchement se termina spontanément (2).

---

est une masse de consistance cartilagineuse offrant plusieurs saillies sur son pourtour. — Le travail qui se déclare à terme dure environ quinze heures. L'accouchement est naturel : *l'enfant est vivant.* — **La mère guérit** mais le cancer augmente de volume pendant les suites de couches, et envahit alors tout le col sauf une petite partie située à gauche où il y a des granulations.

(1) XIX. — Hachmann : (Sielbold's journ. Bd. XV, p. 626).

Femme de trente-deux ans, multipare arrivée au septième mois de sa grossesse. La santé fut bonne au début, mais depuis deux mois des douleurs apparurent; elles étaient irrégulières, augmentaient d'intensité, se montraient surtout la nuit. Peu d'hémorrhagies, de temps en temps un léger écoulement aqueux :

Le vagin était sain. L'orifice du col induré, très sensible, entr'ouvert de façon à y introduire facilement deux doigts; on atteignait la tête au travers des membranes intactes On ne put méconnaître le cancer de l'utérus. Pendant le travail l'orifice se dilata lentement malgré des contractions énergiques. L'accouchement se termina naturellement au bout de seize heures. La délivrance fut suivie d'une hémorrhagie plus considérable qu'à l'état normal. *L'enfant né en état de mort apparente fut ranimé.* **La femme mourut quatre mois plus tard** par les progrès du cancer.

(2) XX. — P. Cazeaux : *Tumeur cancéreuse volumineuse de la lèvre postérieure du col ayant permis un accouchement lent, mais naturel.* (Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. — 8e *édit., revue et annotée par S. Tarnier. Paris,* 1870, p. 722.)

Une femme âgée de quarante-cinq ans, ayant déjà eu plusieurs enfants, entra à la Clinique au commencement du dernier mois de sa grossesse. En la touchant, on s'aperçut que la paroi postérieure du vagin était occupée dans toute sa hauteur par une tumeur allongée, recourbée en serpentin et qui, naissant de la lèvre postérieure du col, s'étendait jusqu'à un travers de doigt de la vulve.

La lèvre postérieure avait au moins deux centimètres d'épaisseur

C'est l'observation de Frankhauser (1); celle de Lever (2) dans laquelle cet auteur rapporte avoir vu une femme atteinte d'un cancer de la lèvre antérieure rester plus de vingt-quatre heures en travail, le col ne se dilata que lentement, mais enfin l'accouchement se termina spontanément. L'enfant avait succombé, la mère se rétablit. Ce sont deux autres observations de cet auteur dans lesquelles le cancer était limité, dans un cas, à la lèvre postérieure du col, dans l'autre à la lèvre antérieure, dans ces deux faits la dilatation se fit lentement aux dépens des parties du col restées saines. Malheureusement dans ces deux cas, nous ne savons quel pas fut l'état de l'enfant à sa naissance. Les mères se rétablirent.

Dans ces cas où tantôt la lèvre antérieure, tantôt la lèvre postérieure du col était atteinte le travail s'est poursuivi lentement; peu à peu les parties saines du col se sont laissé amincir et la

---

dans son étendue transversale qui était aussi plus considérable qu'à l'ordinaire. Elle avait contracté des adhérences par sa face postérieure avec le vagin. La tumeur offrait la même épaisseur dans toute son étendue. La partie antérieure était inégale, bosselée, et ces inégalités et ces bosselures existaient aussi sur la lèvre postérieure du col.

La surface postérieure adhérait ou plutôt était confondue avec la cloison recto-vaginale.

La grossesse étant arrivée à son terme, le travail commença. La dilatation fut très lente, mais elle finit par s'opérer complètement aux dépens de la lèvre antérieure. La tumeur repoussée par la tête du fœtus devint presque transversale et forma sur le périnée une espèce de croissant à convexité inférieure, mais dont la concavité dirigée en haut arrêtait la tête; enfin sous l'influence de contractions violentes, cette dernière repoussa la tumeur en arrière, en déprimant fortement le périnée, passa au-devant d'elle et franchit bientôt les parties extérieures.

(1) XXI. — Frankhauser : Schmidt's Jarv., vol. CLXII, p. 149, Schweiz. Corr. Bl. T. IV, 1874.

Femme âgée de quarante-neuf ans, enceinte pour la sixième fois. La paroi antérieure du vagin et la portion vaginale du col sont infiltrées de masses dures. L'accouchement eut lieu à terme et se fit spontanément, bien que la dilatation eût été lente et qu'il y eût de l'inertie utérine, à la suite d'une prise d'opium. Il n'y eut pas d'hémorrhagie après la délivrance. *Enfant vivant. La mère quitta l'hôpital le septième jour;* à ce moment le cancer paraissait avoir une évolution rapide qui s'était surtout accentuée depuis l'accouchement.

(2) Lever, obs. n° VII.

dilatation s'est achevée. — La tumeur pressée par les parties fœtales contre les parois du bassin n'a opposé aucun obstacle à l'accouchement qui s'est heureusement terminé pour la mère. Sur les six faits où l'état de la mère est noté, toujours les suites de couches ont été heureuses. Trois fois l'enfant est né vivant, une fois il est mort; dans les trois autres faits ce point n'a pas été précisé.

b. — *Cas dans lesquels l'accouchement s'est fait au prix de déchirures du tissu cancéreux.* — A côté de ces faits relativement simples il en est d'autres où les phénomènes ont été plus complexes.

Sous l'influence des contractions utérines et de la pression prolongée à laquelle est soumis le col, les tissus malades peuvent devenir le siège de fissures, qui s'agrandissent bientôt en se transformant en déchirures plus ou moins profondes, grâce auxquelles l'expulsion du fœtus est rendue possible.

Ces ruptures du col peuvent se produire lentement, c'est ainsi que dans un fait observé par Mme Lachapelle (1), on vit tout d'a-

---

(1) XXII. — LACHAPELLE : (PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS. Paris 1825. T. III, p. 375.)

Julie B..., à sa sixième grossesse, était en août 1819, grosse de sept mois; dès le deuxième mois elle avait ressenti des douleurs utérines, des élancements. Le col de l'utérus dur, inégal, épais, squirrheux, était composé d'un anneau renflé et rétréci par intervalles.

Le 21 août contractions utérines; le 24, le col est un peu ouvert, les eaux s'écoulent. Le soir une échancrure se forme en arrière, la femme perd du sang. La tête de l'enfant est basse. Le 25, les douleurs cessent, l'orifice a 2 pouces 1/2 de diamètre. Plusieurs déchirures séparent les renflements de l'anneau squirrheux. Le forceps fut appliqué. L'enfant naquit vivant, faible, à 7 mois et demi. Après la délivrance nous sentimes confusément les lambeaux du col et surtout une profonde fissure en arrière. La santé ne tarda pas à se rétablir. Qulques mois après la femme se plaignait encore de douleurs au col de l'utérus; sans doute le cancer aura continué sa marche.

(2) XXIII. — HUGENBERGER : (*Petersb. med. Ztg.* Bd. IV, p. 119.)

Femme de vingt-sept ans, quatrième grossesse. On trouve un cancer nodulaire, siégeant sur la lèvre postérieure et ayant 9 centimètres de

bord une échancrure se former en arrière, puis les contractions utérines s'étant reproduites après une suspension de quelques heures de nouvelles déchirures se produisirent et grâce à elles la dilatation put devenir complète.

Les déchirures ne se font pas toujours suivant ce mode. Parfois, le col résiste pendant longtemps, puis tout à coup la déchirure se fait et, un accouchement qui paraissait se prolonger pendant de nombreuses heures, se termine en quelques instants. Il en fut vraisemblablement ainsi dans le fait suivant observé par Ramsbotham (1). Une malade atteinte d'un cancer du col utérin qui avait envahi tout le pourtour de l'orifice externe et s'étendait sur la paroi vaginale, entre en travail au terme de sa grossesse. Pendant quarante-huit heures les douleurs se répètent nombreuses et énergiques, cependant la dilatation du col se fait lentement; tout à coup la malade pousse un cri, éprouve une vive douleur ; il lui semble sentir quelque chose se rompre dans son ventre, et elle accouche en quelques instants. Malheureusement, on ne rechercha pas immédiatement après l'accouchement quel était l'état du col.

Plus net est le fait observé par Merriman (2), dans lequel malgré des contractions utérines répétées, aucune dilatation du col ne se produisait; mais tout à coup la tête put franchir la tumeur; en pratiquant l'examen après l'accouchement, on re-

---

diamètre. La femme accoucha par les voies naturelles d'un *enfant vivant*. Après l'expulsion de l'enfant, il se produisit une hémorrhagie foudroyante. **La mère mourut**. On constata une déchirure du col utérus s'étendant sur le corps.

(1) Voy. Hermann. *Obstetrical Transactions* T. XX, p. 236.

(2) XXIV. — Merriman : (Lee's Clinical Midwifery, 2e édit., p. 92.) Une femme eut des douleurs très vives pour accoucher qui continuèrent longtemps sans produire aucune dilatation du col atteint de cancer; mais à la fin le col s'ouvrit tout d'un coup et la tête le traversa. Enfant vivant. L'accouchement fut naturel. **La mère guérit**, mais succomba six semaines après l'accouchement.

connut la présence de plusieurs déchirures du col. La mère succomba six semaines plus tard aux progrès au cancer (1).

En étudiant l'accouchement prématuré, nous rapporterons d'autres faits analogues.

Ces déchirures du col semblent être un phénomène tardif du travail. Pour qu'elles apparaissent, il faut que de nombreuses contractions aient amené un amincissement et un allongement marqué du segment inférieur et des parties du col restées saines. En examinant les exemples de déchirures que nous avons notés dans nos observations, aussi bien dans l'accouchement à terme que dans l'accouchement prématuré, nous voyons que toujours elles se sont produites après de nombreuses heures et même après plusieurs jours de travail. Dans certains cas cependant, elles peuvent apparaître dès les premières douleurs.

La profondeur, le siège de la déchirure présentent les variétés les plus grandes; sans aucun doute ils sont subordonnés à la différence de consistance que présentent les différents points de la masse cancéreuse, et à la compression plus ou moins énergique qui existe en un point plutôt que dans un autre, suivant que telle ou telle partie fœtale se présente et suivant la position de cette dernière.

On admet généralement que dans les cas où la dégénérescence cancéreuse n'envahit qu'une portion du col, la déchirure se fait

---

(1) Voyez encore *Lachapelle. Pratique des accouchements*, Paris, 1823, T. III p. 368.

XXV. — J. W. Kay : (Lancet, vol. II, 1870, p. 876.)

Femme de trente-trois ans, à sa dixième grossesse, enceinte de sept mois lorsque le travail commence. On constate par le toucher que l'orifice du col n'est pas dilaté et que le col est induré et épaissi dans toute son étendue. Les douleurs sont très fortes. Au bout de deux jours de travail, le col est encore entièrement fermé. — L'auteur se propose de faire l'incision du col et de terminer l'accouchement avec le long forceps. Pendant qu'il cherche les instruments, la lèvre postérieure du col se rompt sur une hauteur de trois pouces. — L'incision devient inutile; l'enfant se présentant par le sommet, on fait l'extraction avec le long forceps. **La femme meurt le quatorzième jour.**

toujours au milieu du tissu envahi par le néoplasme, les tissus sains se laissent amincir et dilater sous l'influence des contractions utérines, mais ne se déchirent pas.

Les observations que nous avons consultées sont trop incomplètes pour que nous puissions formuler à cet égard une conclusion absolue. On doit, sans aucun doute, en clinique observer les faits plus différents. Dans les cas où il n'y a pas cancer, les déchirures limitées du col sont très fréquentes, aussi devons-nous admettre que lorsque le tissu cancéreux est résistant, la déchirure peut parfaitement se faire au milieu des parties du col non dégénérées.

Les déchirures qui se produisent au milieu du tissu cancéreux s'étendent très facilement; aussi, quand l'accouchement est terminé apparaissent-elles toujours plus profondes que ne le sont en général des ruptures siégeant sur des tissus sains.

La direction qu'affecte la déchirure est très variable. Dans certains cas la partie fœtale repousse au-devant d'elle la masse cancéreuse et peut complètement la détacher du reste du col. C'est là un fait que nous avons trouvé signalé dans plusieurs observations. Dans un cas observé par Meigs (1), une femme âgée de trente-trois ans, enceinte pour la troisième fois, était atteinte d'une tumeur cancéreuse siégeant sur la lèvre postérieure du col et s'étendant sur les deux cinquièmes du pourtour de l'orifice. Cette tumeur ulcérée saignait sous l'influence du moindre contact. Le travail commence, les douleurs sont énergiques et la dilatation se poursuit lentement aux dépens de la lèvre antérieure. Depuis le début de l'accouchement la parturiante ne cesse de perdre une notable quantité de sang par les voies génitales, mais quelle n'est pas la surprise de l'accoucheur de voir au bout de douze heures, la malade expulser hors de la

(1) Meigs. *Obstetrics Works*, 4e édition.

vulve toute la tumeur cancéreuse, qui s'est complètement détachée. Peu de temps après l'enfant naît spontanément.

Lever (1) a rapporté un cas analogue. La parturiante était atteinte d'un cancer envahissant tout le pourtour de l'orifice. Pendant quarante-huit heures les douleurs se répétèrent sans amener le moindre résultat. Au bout de ce temps, on vit la tête du fœtus descendre dans l'excavation, repousser au-devant d'elle la portion vaginale, puis enfin arracher pour ainsi dire l'anneau induré qui s'opposait à son expulsion. L'accouchement se termina rapidement et, quand l'enfant fut né, on constata que, grâce à l'arrachement de la rondelle cancéreuse qui entourait l'orifice du col, la main pouvait aisément pénétrer dans l'utérus.

Il est probable que des déchirures plus ou moins étendues se produisent également dans les cas où, comme dans le fait rapporté par Davis (2), la tumeur, ne se laissant pas suffisamment aplatir contre la paroi pelvienne pour que l'expulsion du fœtus puisse avoir lieu, est complètement repoussée au dehors.

Dans d'autres cas, la déchirure est longitudinale. Nous ne pouvons dire si elle siège plus fréquemment en avant, sur les côtés ou en arrière. Nous avons plus haut, en rapportant un fait observé par Oldham, indiqué la propagation possible de la déchirure au rectum, et la formation d'une fistule recto-utérine ou recto-vaginale. Une conséquence analogue peut

---

(1) Lever. *Organic diseases of the uterus*, p. 224.

(2) XXVI. — Davis. Obstetric medicin, p. 737, cité par Herman, cas n° 16. Femme de vingt-six ans, est atteinte d'un cancer qui ne paraît pas remonter à plus de neuf mois. Elle est épuisée par un écoulement abondant. Toute la cavité pelvienne est remplie par une excroissance en chou-fleur assez volumineuse pour s'opposer au passage de l'urine et des matières fécales. Accouchement à terme. La tumeur est expulsée au dehors pendant le travail de l'accouchement. Elle rentre dans le vagin dès que l'enfant est né. *Etat de l'enfant inconnu.* **La malade succombe d'épuisement au bout de six semaines.**

s'observer quand une déchirure se produit sur la lèvre antérieure envahie par le cancer, les limites du col sont souvent alors franchies par le néoplasme la paroi vaginale antérieure, le bas-fonds de la vessie sont intéressés et pour peu que la déchirure soit profonde, elle atteint la paroi vésicale, d'où formation de fistules vésico-vaginales et vésico-utérines plus ou moins étendues. Jennings (1) a, avec juste raison, insisté sur la fréquence et les ruptures de la vessie; dans nos observations nous en avons relevé quelques exemples. Dans un cas observé par Burdach (2), on s'aperçut que chez une femme atteinte de cancer envahissant tout le pourtour du col et qui venait d'accoucher spontanément d'un enfant mort, il s'était produit pendant le travail une déchirure du bas-fonds de la vessie. La malade ne succomba que quelques mois plus tard Cet accident s'est probablement produit, dans le fait observé par Laubreis (3), et que nous rapportons ci-dessous.

De semblables propagations peuvent se faire vers le péritoine, le tissu cellullaire pelvien, etc.

---

(1) *Obstetrical transactions*, 1883.

(2) Burdach. *Medicinische Zeitung*, 1836, n° 51.

(3) XXVI. — LAUBREIS: *Zwei Beo bachtungen von Schwangers:haft und Geburt beim scirrhus und carcinom des Gebar-Muttermundes und Halses.* (SIEBOLD'S JOURN. T. VII, p. 398, 1828.)

Femme de trente ans, quatrième grossesse ayant depuis quelques jours des métrorrhagies intenses. Epreintes vésicales, ventre douloureux à la pression Le col de l'utérus est induré dans son tiers inférieur. Il s'écoule un liquide sanguinolent, répandant une odeur insupportable. On fait un traitement palliatif. L'accouchement a lieu à terme; tout d'abord il y a une métrorrhagie intense. Les contractions de l'utérus sont nombreuses et douloureuses. L'urine s'écoule abondamment et involontairement. Pouls fréquent et dur. La femme accouche d'un *enfant qui ne peut être ranimé*; le travail avait duré trois jours. Quelques instants après l'accouchement elle a subitement un frisson suivi de convulsions, peu à peu elle **s'affaisse et succombe au bout de deux heures.**

*Autopsie.* — Péritonite. Le col était entièrement envahi par le cancer. La paroi postérieure du vagin présentait plusieurs nodosités. Il y avait une fistule vésico-vaginale.

Quel pronostic convient-il de porter quand une déchirure du col apparaît dans le cours du travail chez une femme affectée du cancer du col ? Si nous en croyons Mme Lachapelle (1), la déchirure du col serait presque un incident heureux : « Dans presque tous les cas que j'ai vus, dit-elle, la dilatation s'est opérée jusqu'à un certain degré et une fissure spontanée a fait le reste. Sans doute cette fissure aurait été plus profonde et plus dangereuse si une incision lui eût donné naissance ; car on ne peut se flatter d'obtenir par incision un passage assez libre pour que le déchirement ne prolonge beaucoup plus l'entamure et ne la pousse peut-être jusqu'au corps de la matrice. »

Il n'y a lieu de voir dans ces lignes de l'illustre sage-femme qu'un plaidoyer contre ceux qui, conformément à l'opinion de Baudelocque, se hâtaient d'intervenir dans tous les cas de rigidité du col en faisant « ces incisions qui sont préférables aux déchirures, toujours trop tardives alors, qui pourraient s'y faire, et n'ont jamais eu les mêmes suites ».

Sans doute, grâce à la déchirure du col on voit se terminer un accouchement qui, prolongé se fut compliqué des phénomènes les plus graves tels que la rupture utérine, etc. Mais c'est une solution qui n'est pas sans être accompagnée des plus grands risques. On ne peut fixer d'une manière générale le pronostic des ruptures qui se produisent ainsi dans le cours d'un accouchement spontané. Il varie suivant le point où en était la dilatation quand la déchirure s'est faite, car de là dépend souvent l'extension plus ou moins grande que prendra la déchirure. Il faut tenir également compte du volume du fœtus, du siège de la rupture; de la friabilités plus ou moins grande des tissus. Ce sont là des éléments très complexes; aussi, dans certains cas, ne voit-on aucun symptôme sérieux accompagner la déchirure,

(1) Tome III, p. 308.

et voit-on lui succéder, dans certains autres, les accidents les plus graves.

Parmi ceux-ci un des plus constants est l'hémorrhagie. Pendant le travail les pertes, que nous avons vues être si fréquentes pendant toute la durée de la grossesse, prennent encore une intensité plus grande.

Il convient d'attribuer ces hémorrhagies aux froissements auxquels se trouvent soumises les masses dégénérées, aux fissures et déchirures qui se produisent sur elles. Quand une déchirure profonde apparaît, l'hémorrhagie peut devenir si abondante que la malade succombe en peu de temps. (Voy. Cas de Laubreis.)

Dans certains cas, la déchirure est un trauma, qui vient s'ajouter aux fatigues de l'accouchement, et qui, survenant chez des malades épuisées, leur donne, pour ainsi dire, le coup de grâce. On peut voir alors les malades succomber avec des phénomènes de shok. Tels furent les accidents qui entraînèrent la mort chez cette accouchée dont Simpson (1) a rapporté l'histoire et qui mourut dans le collapsus immédiatement après un accouchement qui ne s'était terminé qu'au prix d'une profonde déchirure du col. Ces phénomènes graves ne se rencontrent guère que chez des femmes épuisées et dans des cas où les déchirures sont très étendues.

On conçoit que les fatigues auxquelles sont soumises les femmes pendant un accouchement aussi prolongé, exercent une influence perturbatrice sur les fonctions cérébrales. Mathieu a rapporté dans sa thèse un fait très intéressant dans lequel la femme fut prise de délire furieux pendant l'accouchement. Cette malade, qui accoucha spontanément après un travail qui avait duré vingt-quatre heures, succomba le onzième jour

---

(1) *Société obstétricale d'Édimbourg*, 10 février 1848; *Medico-chirurg. transactions*. T. XXXI, p. 38.

avec des phénomènes de péritonite. L'auteur pense que la complication du travail par le cancer pourrait être considérée comme une cause prédisposante à la production de la manie. Cette opinion ne paraît pas démontrée. Nous n'avons, du reste, rencontré aucune observation semblable, mais nous avons relevé un certain nombre de faits dans lesquels la femme, épuisée par un long travail, présentait des symptômes d'excitation nerveuse, ainsi qu'on en rencontre souvent à la suite de toute fatigue excessive. Ce sont là de simples faits de surmenage.

*On peut voir survenir une rupture utérine.* — Parfois la résistance du col est telle que la dilatation ne peut se faire. Les

---

(1) XXVIII. — Mathieu : *Thèse de Paris*, 1872. (Observation prise à la Faculté de Strasbourg.)

Femme âgée de vingt-neuf ans, troisième grossesse. A la sixième semaine de sa grossesse elle rapporte avoir eu une métrorrhagie qui dura deux jours, et depuis des pertes légères par intervalles.

Elle entre à la Clinique, vers la fin du sixième mois de sa grossesse. Le col utérin est parsemé de dépressions et de rugosités. La malade présente un état cachectique.

Par l'examen, fait à la fin du huitième mois, on reconnaît que le sommet est engagé, la partie gauche du col est indurée, l'autre moitié droite est molle; on sent entre la symphyse pubienne et l'orifice une partie dure, mais on ne peut reconnaître s'il s'agit là d'une partie fœtale ou d'une partie du cancer.

A mesure que la grossesse approche du terme, on constate le ramollissement de la tumeur. L'orifice utérin a la forme d'une fente antéro-postérieure large de 4 centimètres : les bords sont accolés, tout le segment inférieur semble très épaissi. Au début du travail, la poche des eaux se rompt (Pas de renseignements sur la marche de la dilatation).

Pendant le travail, la malade est en proie à des hallucinations terrifiantes.

Au bout de vingt-quatre heures l'accouchement se termine. L'enfant se présentait par le siège, mode des fesses; le dos est en avant et à gauche, le bras droit est relevé; la tête est arrêtée à la vulve, *le fœtus meurt pendant le travail.* Il pesait 2,410 grammes. La délivrance est naturelle. Il n'y a point d'hémorrhagie immédiate, mais il s'en produit une vingt-quatre heures après.

Le 5 juin, la malade a un délire furieux et **elle meurt de péritonite le onzième jour.**

contractions se répètent en vain, l'utérus s'épuise et on peut voir survenir une rupture de l'utérus.

C'est là une complication qui est, somme toute, assez rare. et nous n'en avons réuni qu'un petit nombre d'exemples.

Dans un cas observé par Hecker, la rupture fut incomplète. Cet auteur (1) assistait une femme atteinte d'un cancer du col envahissant toute la lèvre postérieure du col, mais ayant laissé intacte la lèvre antérieure, quand, après trente-six heures d'un travail pénible, il vit apparaître sur la face antérieure de l'utérus une tumeur volumineuse. (L'autopsie démontra que cette tumeur était due à un hématome considérable, contenant deux livres de sang extravasé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.) Les douleurs se suspendirent et tout progrès dans la dilatation du col s'arrêta. La femme succomba quarante-huit heures environ après le début du travail. Le col présentait seulement une dilatation ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs. Sitôt la mort survenue, Hecker fit la version et put au prix de nombreux efforts extraire un enfant qui était déjà mort depuis quelque temps. L'autopsie démontra l'existence sur la paroi antérieure de l'utérus d'une déchirure incomplète, s'ouvrant directement dans le foyer hématique qui soulevait le péritoine.

Le plus souvent, la rupture est complète.

C'est ce qu'on peut noter dans les cas de Chantreuil (2), de

---

(1) Hecker, *Zur Symptomatologie der und vollkommenen Gebarmutter Zerreissung. Monatschrift für Geburtskunde.* T. XXXI, p. 292.

(2) XXIX. — Chantreuil : *Grossesse compliquée de cancer du col et du segment inférieur de l'utérus. Présentation de l'épaule. Version. Déchirure du col et même de la partie inférieure du corps pendant l'accouchement.*

M..., quarante-trois ans, multipare de son onzième enfant, se plaignait de douleurs et de pesanteur dans les parties génitales, de fleurs blanches,

Oldham (1), de d'Outrepont (2) que nous résumons ici.

Dans tous ces faits, sauf dans un seul, la rupture s'est produite après de longues heures de travail, et, circonstance aggravante,

---

quelquefois de pertes sanguinolentes, de miction difficile et de constipation.

Le 15 août, le travail commença, la parturiante accusait des douleurs sacrées, quelques contractures se manifestèrent. Le col ne se dilatait pas parce qu'il était induré, rigide infiltré par le produit carcinomateux.

Il s'écoula une grande quantité d'eau et de sang; malgré des contractures violentes, le travail ne fit que peu de progrès pendant trois jours. La malade était sans forces, les extrémités froides, le pouls presque imperceptible à la radiale. Par le toucher vaginal, on sentait la main gauche du fœtus dans l'orifice ouvert à peine de la largeur d'un pouce et demi, inégal, comme déchiré.

On introduisit la main avec précaution dans cet orifice, près de la partie qui se présentait, on sentit comme une anse intestinale; puis en voulant pénétrer plus avant, on sentit dans la cavité abdominale le corps de l'enfant

Les pieds furent saisis, amenés sans difficulté et sans douleur apparente à travers la fente de la matrice dans la cavité utérine et de là à l'extérieur. Le tronc et la tête suivirent rapidement.

Le placenta fut extrait immédiatement avec la main, sans qu'aucun coulement de sang se produisit.

Un nouvel examen montra qu'il y avait un ramollissement évident du ol et d'une partie du corps de l'utérus à droite.

*Enfant mort en naissant.*

**Mère morte une heure et demie apès l'accouchement.**

(1) XXX. — Oldham : *London journal of Medicine* 1851.

Femme, âgée de trente-trois ans, arrivée à sa cinquième grossesse. Pendant toute la durée de celle-ci, les hémorrhagies sont fréquentes et il y a un écoulement blanchâtre.

Au septième mois de la grossesse, le cancer avait déjà détruit une portion considérable des deux lèvres du col qui était extrêmement dur et rigide. Au milieu de la masse cancéreuse était une cavité répondant à l'orifice et dans laquelle on pouvait introduire deux doigts.

Le travail se déclare à terme.

Le fœtus se présentant par le tronc. Le col résiste à l'action des contractions utérines. Au bout de douze heures de travail, la femme tombe subitement dans le collapsus et succombe.

Il y avait dans la paroi postérieure de l'utérus une vaste déchirure à travers laquelle le fœtus avait passé dans le péritoine. Le corps de l'utérus était sain; seul le col était atteint.

(2) XXXI. — Outrepont : *Abhandlungen und Beitrage Geb. Inhalt.* 1852.

Femme âgée de trente-quatre ans, primipare. Le vagin est dur, rétréci, à parois inégales et farci de nodosités.

L'excavation pelvienne est remplie par une masse en chou-fleur. Il y avait des fissures au milieu de cette masse, il était impossible de reconnaître l'orifice du col, car chaque examen était suivi d'hémorrhagie.

L'accouchement se fit à terme. Dès la quatrième douleur, la partauriante

dans deux cas, l'enfant se présentait par l'épaule. Sans aucun doute, la rupture de l'utérus se fait ici par un mécanisme comparable à celui qui la produit généralement quand le travail se prolonge outre mesure, surtout quand la présentation est aussi défavorable que celle de l'épaule. Cependant la friabilité excessive de la paroi envahie par le cancer est un facteur qui n'est pas sans importance. Nous n'en citerons pour preuve que le cas de d'Outrepont, où la rupture se produisit dès la quatrième douleur.

La rupture utérine est un des accidents les plus graves qui puissent survenir au cours du travail, quand il y a cancer. Non seulement la femme court ici tous les dangers qu'entraîne toute rupture de la matrice, mais, on sait quelle virulence présente le liquide sécrété par l'ulcération cancéreuse. Si les femmes ne succombaient pas rapidement à l'épuisement, aux phénomènes de shock qui sont la conséquence rapide d'un tel accident, on les verrait succomber presque fatalement à des phénomènes infectieux à marche rapide. Dans toutes les observations de rupture utérine que nous avons recueillies, les enfants sont morts ; les mères ont succombé en quelques heures.

*d. Des cas où les femmes succombent avant la fin du travail.* — Il n'est pas besoin que les complications du travail acquièrent

---

ressentit une vive douleur dans la partie gauche de l'utérus, éprouva de l'exaltation cérébrale et des convulsions.

On pouvait aisément sentir le fœtus au-dessous des parois abdominales.

D'Outrepont vit la malade une heure et demie après cet accident. Elle venait de succomber.

Il fit l'opération césarienne et put extraire un enfant mort.

*Autopsie.* — Sur la partie gauche de l'utérus existait une rupture longue de six pouces ; à travers elle le fœtus, le placenta et une grande quantité de sang avaient passé dans le péritoine.

L'utérus paraissait plus mince au niveau de la rupture que dans les autres points.

cette complexité pour que la vie des malades se trouve rapidement compromise.

*Mort par épuisement.* — En étudiant l'influence nocive exercée par la grossesse sur la marche du cancer, nous avons dit que sous l'influence des hémorrhagies répétées, des pertes blanches continues, de la rapide extension du cancer, des phénomènes douloureux, etc., l'épuisement des femmes peut s'accentuer avec une telle rapidité, que les malheureuses atteintes de cancer utérin sucombent avant que la grossesse ait pu arriver à son terme (1).

Parfois, bien que l'état soit fort grave, les malades continuent leur vie précaire jusqu'à la fin de la grossesse; mais quand le travail commence, elles sont cachectisées au plus haut degré ; il ne leur reste plus qu'un souffle de vie; elles ne peuvent supporter la fatigue que vont leur imposer les contractions utérines et les efforts de l'accouchement. Dans l'état de marasme où elles se trouvent, la moindre hémorrhagie qui survient leur est fatale, et elles succombent sans accoucher, après une ou deux journées de travail.

*Mort par péritonite.* — Dans certains cas où les femmes sont

---

(1) XXXII. — Oldham. *Carcinome ulcéré du col de l'utérus pendant la grossesse.* (Guy's hospital Report, 1851, p. 426).

Femme âgée de trente-six ans, chez laquelle le col est transformé en une masse cancéreuse très dure. On observe pendant la grossesse des hémorrhagies fréquentes, un écoulement sanieux et des douleurs vives. On laissa l'accouchement aller à terme. Immédiatement avant le travail, il y eut une hémorrhagie très abondante. On ne percevait plus les bruits du cœur de l'enfant, et la mère ne le sentait plus remuer depuis quelques jours. On ne reconnut pas de présentation. On ne fit pas l'opération césarienne, étant donné l'affaissement de **la femme qui mourut pendant l'accouchement.**

A l'autopsie on trouva les parties fœtales engagées dans l'orifice utérin rétréci. *Il n'y a pas eu de rupture utérine*, bien que les membranes eussent été rompues.

mortes pendant le travail et sans accoucher, on a trouvé à l'autopsie une inflammation du péritoine, parfois très étendue. Dans un cas de James Miller (1), par exemple, le péritoine qui tapisse la paroi interne était recouvert d'une couche de lymphe plastique.

Dans un fait recueilli par Hesse (1), la séreuse était remplie de liquide tenant en suspension des flocons, et présentait toutes les lésions d'une péritonite aiguë. Cette péritonite qui paraît

---

(1) XXXIII. — James Miller jeune : *Cas de grossesse compliquée de cancer utérin.* (Monthly Journal, avril 1844.)

Une femme de trente-sept ans, ayant eu sept enfants, présente un écoulement utérin très fétide. Au toucher, le col est dilaté dans une étendue d'un pouce et présente sur toute sa périphérie, surtout en arrière, des ulcérations profondes à fond inégal. Aussi loin que le doigt peut atteindre, on sent la paroi utérine épaissie et indurée. Depuis six mois, cette femme a des pertes blanches très abondantes et de vives douleurs lombaires surtout la nuit. La malade se croit au moment de l'examen à la fin de sa grossesse. **Le travail continue, mais au bout de deux jours la femme meurt**, sans que l'accouchement ait eu lieu.

A l'autopsie, on retrouve l'utérus recouvert d'une couche de lymphe plastique qui recouvre le péritoine. Le col utérin était induré et épaissi dans toute sa périphérie, sauf en un petit point. — A gauche, le ligament large était envahi. Le *fœtus* de grosseur normale était *putréfié*.

XXXIV. - Hesse : *Arch. van Horn in Nasse. Nov. et décemb. 1832, rapporté par Hachmann.*

Femme de quarante ans, à sa douzième grossesse, souffre depuis son dernier accouchement d'une métrite et de métrorrhagies répétées.

En mai 1831, elle reconnaît être enceinte aux mouvements de son enfant, car les hémorrhagies avaient continué ; elles furent, à partir de juin, remplacées par un écoulement purulent.

Cette femme épuisée, d'aspect cachectique, avait été examinée par un médecin qui, croyant à un placenta prævia, avait proposé l'accouchement forcé. Il s'agissait évidemment d'un cancer.

Le col, aux parois indurées, inégales, présentait un orifice irrégulier; le canal cervical étant obturé à sa partie supérieure, on ne pouvait arriver sur les membranes.

Au 19 septembre, c'est-à-dire à terme, rupture des membranes.

*La mère ne sent plus remuer l'enfant.* En même temps apparaissent des symptômes de péritonite aiguë. Le 23, le travail se déclare, les contractions, quoique très pénibles, n'ont aucune influence sur la dilatation de l'orifice que Hesse essaie en vain d'agrandir avec les doigts.

**La mort survient le deuxième jour.**

*Autopsie.* — Péritoine rempli de liquide tenant en suspension des flocons; utérus enflammé ; segment inférieur induré; orifice non dilaté.

avoir été la cause immédiate de la mort est certainement de nature infectieuse.

*Mort par prolongation excessive du travail.* — On observe des cas dans lesquels les femmes, si épuiséesqu'elles puissent être supportent sans succomber les douleurs, les hémorrhagies de l'accouchement. Mais les tissus du col sont tellement résistants que la dilatation ne se fait pas. D'autre part, soit que les contractions internes n'aient qu'une intensité médiocre, soit que le segment inférieur offre une résistance particulière, aucune rupture interne ne se produit.

Dans ces cas, le travail peut se prolonger pendant cinq jours comme dans le fait de Tarnier (1), neuf jours comme dans le cas

---

(1) XXXV. — P. Fr. Tarnier. *Cancer du col : Mort de la femme pendant le travail (épuisement nerveux). Mort de l'enfant à terme.* (Maternité, 6 décembre 1869.) Femme de vingt-neuf ans, a eu cinq enfants.

Rupture spontanée des membranes presque à terme.

Le lendemain, contractions faibles et éloignées. A l'examen on constate que le tiers postérieur du col est cancéreux et forme une tumeur dure, inégale; les deux tiers postérieurs paraissent sains.

Deux jours après, l'orifice épais en avant, a la grandeur d'une pièce de 1 franc; on fait prendre un bain, les contractions utérines sont plus fortes, la dilatation atteint le diamètre d'une pièce de 2 francs.

Marche du travail normale. Les battements du cœur fœtal se modifient.

Vers le soir, l'état général devient mauvais : frisson avec claquement de dents; fièvre, agitation extrême, vomissements bileux.

Le quatrième jour, on constate la disparition des bruits du cœur fœtal.

L'orifice de la matrice, grand comme une pièce de 5 francs est mince, tendu, la tête fœtale s'appuyait fortement sur lui. Les contractions continuent à s'exercer.

La malade s'agite, la face est rouge, la langue sèche; la soif très vive. Pouls à 140. Une heure plus tard la femme pâlit subitement; le pouls devient petit, imperceptible à la radiale, un refroidissement général et progressif se manifeste; un abattement profond succède à l'agitation et la mort arrive à quatre heures et demie.

*Autopsie.* — Rien dans les différents appareils n'explique cette mort rapide.

La lèvre antérieure est indemne; la lèvre postérieure irrégulière, présente des bosselures séparées par des enfoncements; elles sont, à l'extérieur, comme tomenteuses, mais plus profondément leur tissu est ferme, résistant à la coupe.

La paroi postérieure de l'utérus est épaisse, dure sur une hauteur de 3 cent. A partir de l'orifice utérin, pas de ligne de démarcation bien tranchée.

L'enfant pesait 3,350 grammes.

de Chantreuil (1), quinze jours comme dans l'observation rapportée par Lieven (2), vingt-huit jours comme dans le fait pu-

---

(1) XXXVI. — CHANTREUIL. *Carcinome envahissant tout le pourtour de l'orifice. Mort.* (CHANTREUIL, p. 43 de son mémoire, recueillie dans le service du professeur Depaul, à l'hôpital des Cliniques.)

Une femme âgée de trente-deux ans, arrivée à sa huitième grossesse, au quinzième jour de laquelle on observe une hémorrhagie et dans la suite des pertes fréquentes, sanieuses, roussâtres

Elle entre à la Clinique le 8 avril dans un état d'anémie profond. La grossesse est à terme.

Le col est effacé; l'orifice dilaté comme une pièce de 2 francs, a ses bords d'une dureté ligneuse; il est obstrué par une tumeur arrondie, non végétante, ne proéminant pas dans le vagin et d'une dureté semblable à celle des bords de l'orifice.

Du 10 au 15, douleurs très vives dans les cuisses, les aines et le siège, le ventre, écoulement considérable de matière sanguinolente, sanieuse; mais la dilatation ne fait aucun progrès.

Douleurs calmées par des opiacés.

Le 20, perte abondante. Injection avec solution de perchlorure de fer. Arrêt de l'hémorrhagie qui a considérablement affaibli la patiente.

Le 24, ventre tendu, douloureux. On n'entend plus les battements du cœur du fœtus. Prostration. Le doigt pénètre un peu plus profondément dans le col mais sans atteindre l'œuf.

2 mai. Frisson. Douleurs vives, permanentes dans le ventre, les lombes, les aines, l'anus.

Jusqu'au 10, troubles intellectuels sérieux; l'état semble s'améliorer du 12 au 15 où les douleurs abdominales recommencent très violentes. Les parois du ventre œdematiées donnent une sensation de crépitation gazeuse.

On constate le 17 que l'orifice a cédé un peu en arrière et à gauche : le sillon qu'il offrait à ce point s'est agrandi et le doigt est directement en contact avec les os du crâne chevauchant l'un sur l'autre. L'orifice était à peine grand comme une pièce de 2 francs. Les contractions persistant toujours, le professeur Depaul fait trois incisions : deux latérales à droite, l'autre à gauche et en avant. Elles permirent une dilatation suffisante pour qu'une application du forceps pût être faite, laquelle n'eut d'autre résultat que de donner issue à la matière cérébrale, la tête aplatie glissa entre les branches de l'instrument.

Les incisions en déterminant l'écoulement d'une certaine quantité de sérosité sanguinolente avaient suffi pour amener une syncope qui détermina **la mort dix minutes après l'opération.**

*Autopsie.* — Les parois de l'utérus dont le volume est moindre que celui de cet organe à terme, sont minces, d'une teinte noirâtre à la face antérieure; vers la partie moyenne existent des fausses membranes (traces de péritonite); à l'intérieur, putrescence de l'utérus.

*Enfant mort, macéré, comme ratatiné.*

Quelques cicatrices de tubercules au sommet du poumon.

Carcimone envahissant l'orifice dans tout son pourtour; épaississement plus grand à droite qu'à gauche. On retrouve les traces d'une déchirure et des trois incisions.

(2) XXXVII. — LIEVEN : *Saint-Pétersburger medic. Woch*, 1879, p. 294.

Femme de trente-neuf ans; quatrième grossesse, perd du sang de

blié par Schmidt (1), plusieurs mois comme dans le fait observé

---

puis le mois de juin 1878. En janvier 1879, elle se croit enceinte de trois mois. En septembre, c'est-à-dire à terme, elle éprouve des contractions utérines : le col est dur infiltré; le lendemain celles-ci cessent pour reparaître au bout de vingt-quatre heures. Les membranes se rompent et peu de temps après on constate de la physométrie. Le quatrième jour, la femme tombe dans le collapsus. L'utérus est de plus en plus distendu par des gaz. Au neuvième jour, on trouve vers le fond et sur le côté gauche de la matrice une tumeur sphérique remplie de liquide et ayant 7 centimètres de diamètre. Cette tumeur était, la veille, au dire de la sage-femme, bien plus volumineuse, la peau était rouge à son niveau. En pressant sur cette masse, on la repoussait dans la cavité utérine et on pouvait sentir les bords de l'orifice. On crut à un abcès des parois de la matrice.

On repoussa tout traitement actif, car l'enfant était mort et la mère ne pouvait être guérie; en effet le collapsus continua et la mort arriva le quinzième jour.

La grossesse s'est donc prolongée pendant un mois à cause de la faiblesse des douleurs et de la résistance du col.

On ne put reconnaître la nature de la tumeur du fond de l'utérus.

Bidder pense à une rupture de l'utérus par gangrène.

(1) XXXVIII. — Schmitt : *Carcinome du segment inférieur et du col. Obstacle mécanique à la dilatation du col utérin. Grossesse paraissant avoir duré plus de dix mois. Mort du fœtus. Physométrie. Extraction d'un fœtus putréfié. Hydrocéphale. Délivrance artificielle. Septicémie aiguë. Mort de la femme. Autopsie.* (Archiv. toc., 1876, p. 111.)

Femme H..., ayant eu cinq enfants à terme et trois fausses couches; depuis sa dernière (mai 1873) elle a des pertes de sang continuelles, plus abondantes au moment où elle doit avoir ses règles.

La malade se croit arrivée au terme de sa grossesse, mais ne peut préciser ni l'époque de ses dernières règles, ni celle où elle a perçu les mouvements de son enfant; elle les sentit parfaitement en février. On trouve par le palper une présentation de l'épaule droite; par le toucher on constate que le col, long de 2 centimètres environ, est dur dans tout son parcours et assez volumineux. La lèvre antérieure complètement déformée est remplacée par une série de petites nodosités saillantes, indurées, séparées par des échancrures. La lèvre postérieure dans sa moitié droite présente les mêmes saillies; dans sa moitié gauche elle semble encore intacte.

Du 4 au 19 juillet, écoulements sanguins intermittents, dysurie et douleurs; la partie latérale gauche de la lèvre postérieure est seule ramollie. L'orifice externe, l'orifice interne et le segment inférieur sont envahis par le cancer. *L'enfant a succombé.*

Pendant trois jours environ l'état de la malade s'améliore, bien que les pertes rouges continuent; puis les phénomènes s'aggravent (coliques, insomnie, etc.) et le 31 juillet la femme est très faible; elle éprouve des douleurs expulsives. On sent que les membranes doivent être rompues car l'on arrive directement sur les parties fœtales; l'orifice très résistant a la grandeur d'une pièce d'un franc. Il semble donc qu'il y ait un commencement de travail. Les seins sont flasques et mous.

La femme a de la fièvre, des frissons, des vomissements; les douleurs ont disparu mais reprennent le 2 août. L'utérus dur, résistant, a consi-

par Menzies et dans lequel la grossesse se trouva prolongée jusqu'au dix-septième mois (1).

---

dérablement augmenté de volume : il s'élève jusqu'à l'épigastre; il est très douloureux, on ne peut plus sentir aucune partie fœtale. La percussion donne un son tout à fait tympanique.

Au toucher, le col est un peu plus dilaté, l'épaule droite se présente avec procidence du bras hors de la vulve. M. Depaul désarticule ce dernier avec de gros ciseaux, on peut alors saisir l'autre bras qui est désarticulé en partie; la colonne vertébrale fut coupée, mais le fœtus ne pouvant être extrait, l'opérateur a recours à la version forcée. Pendant toutes ces manœuvres des gaz d'une odeur infecte s'échappent de la cavité utérine.

Le Dr Pinard ne peut pratiquer la délivrance artificielle que cinq heures après l'accouchement, elle est rendue difficile parce qu'on trouve flottant dans le vagin une masse indurée qu'on peut confondre avec le placenta.

Les suites de couches ont été compliquées d'une septicémie aiguë à laquelle la femme succombe le 12 août.

*Autopsie.* — En ouvrant la paroi abdominale antérieure il s'échappe une foule de gaz très fétides; la cavité utérine en contient beaucoup. Point de traces de péritonite.

Le col utérin et la cavité utérine sont méconnaissables. A la partie antérieure de l'utérus on rencontre des masses indurées, morcelées, d'une odeur caractéristique, qui doivent représenter toute la partie antérieure du col et la lèvre antérieure; il est encore plus difficile de dire ce que sont devenues la lèvre postérieure et la partie postérieure du col. En retirant l'utérus du bassin, une partie de la lèvre postérieure s'est déchirée et est restée avec le vagin. On n'a pu ramener que des lambeaux de chair de couleur noirâtre et en état de complète putréfaction.

A la partie postérieure de l'utérus, à l'endroit où le corps se réunit au col, se voit une déchirure linéaire dans le corps de la matrice, suivant son diamètre antéro-postérieur et ayant une longueur de 5 cent. 1/2. Là où l'on rencontre l'orifice interne se trouve une ouverture qui admettrait l'introduction de la main entière, circonscrite par des tissus mortifiés.

Le fond de l'utérus semble indemne; le col dans son entier et le segment inférieur sont envahis par le cancer.

(1) XXXIX. — Menzies : *Cas de carcinome de l'utérus dans lequel la grossesse se prolongea jusqu'au dix-septième mois. Péritonite suraiguë. Mort.* Glasgow medical Journal, p. 129, 1853.)

Mistress S... et âgée de vingt-huit ans, est mariée depuis cinq ans. Au commencement de mai 1851, quoique nourrissant son premier enfant (un garçon de douze mois), elle eut ses règles pour la première fois depuis son accouchement. Un mois après elle sevra son enfant et n'eut plus ses menstrues. Au milieu de février 1852, les mouvements de l'enfant cessèrent tout à fait; elle ne se souvenait pas du moment où elle les sentit pour la première fois, mais elle affirmait qu'ils existaient en octobre 1851. De plus en février la femme éprouva une sensation de froid et de poids dans l'abdomen, et les seins d'abord développés et pleins devinrent petits et flasques.

A la fin de ce même mois, on vit cette femme : elle se plaignait de fièvre, d'une douleur aiguë à la partie inférieure de la région inguinale

Il faut lire ces observations dans tous leurs détails pour se rendre compte des graves complications qui peuvent se produire dans de pareils faits, et de la singulière allure que peut quelquefois affecter la marche du travail.

Tantôt les contractions utérines se continuent sans résultat pendant plusieurs jours ; l'utérus se tétanise, le fœtus succombe, et comme fréquemment les membranes se sont rompues, il se putréfie. Les femmes ont de la fièvre, s'épuisent. Dans ces cas, la situation est particulièrement grave, on se trouve, ou dans l'alternative de voir la femme succomber sans accoucher, ou d'entreprendre pour terminer l'accouchement, quelque intervention qui sera toujours pénible et qui, sans résultat pour le fœtus, ne fera souvent qu'avancer le dénouement fatal pour la mère.

Mais parfois le travail ne se poursuit pas avec cette régularité.

Les contractions utérines, après avoir été assez intenses au début du travail et s'être répétées pendant deux ou trois jours sans résultat, se calment et tout semble rentrer dans l'ordre ; au bout d'un temps variable, les contractions apparaissent de nouveau, durent pendant quelques jours, puis tout cesse. Il semble qu'il y ait une série d'essais d'accouchement, et la répétition de ce travail peut englober une période fort longue comme dans le cas de Menzies.

Tantôt les femmes après plusieurs tentatives infructueuses d'accouchement peuvent succomber épuisées (cas de Menzies) ; tantôt les accidents dus à la mort et à la putréfaction du fœtus viennent terminer la scène (cas de Schmitt). Enfin, la paroi

---

gauche et augmentant d'intensité sous l'influence des mouvements. Cette région était sensible au toucher. Des sangsues appliquées au point douloureux amènent de l'amélioration et cette femme sort de l'hôpital, s'attendant à accoucher de jour en jour.

On est rappelé près d'elle à la fin de mai; elle avait depuis trente heures des douleurs intermittentes commençant au centre de l'abdomen, s'étendant au dos, à la région hypogastrique, mais qui étaient peu fréquentes.

utérine peut se rompre au bout d'un certain temps. C'est là probablement ce qui advint dans l'observation de Lieven.

---

La tumeur utérine très proéminente, était très dure au palper (cette dureté augmentait pendant les douleurs); elle s'étendait jusqu'à l'épigastre, mais elle était un peu descendue depuis le dernier examen. L'orifice utérin était complètement fermé, ses lèvres antérieure et postérieure dures, non influencées par les douleurs.

Le travail ne fit plus aucun progrès. La tumeur abdominale située sur la ligne médiane quand la malade était tranquille, donnait de tous côtés un son mat à la percussion. Elle était bien définie, fluctuante et susceptible d'être déplacée latéralement.

L'auscultation répétée à plusieurs reprises fit découvrir le souffle placentaire et les battements du cœur fœtal.

Par le vagin on sentait l'utérus dur, élastique on n'arrivait pas sur la tête du fœtus à travers le segment inférieur.

La miction était facile, il y avait un peu de constipation.

Seins flasques privés de lait.

Pendant la nuit, les douleurs abdominales et lombaires avaient été fréquentes et violentes, elles continuèrent pendant le jour, sans effet sur la dilatation du col de l'utérus, mais elles firent descendre la partie inférieure de cet organe dans la cavité pelvienne ; elles disparurent sous l'influence de calmants, pour reparaître le lendemain. De légères doses de tartre stibié produisirent une détente générale, mais n'eurent aucun effet sur l'orifice du col. Le soir du quatrième jour de mon attente, l'état général s'améliora, les douleurs d'abord énergiques devinrent plus faibles.

Une nouvelle reprise du travail eut lieu à la fin d'avril, les douleurs s'achevèrent et s'accompagnèrent d'une sensibilité vive à la pression.

L'utérus descendu davantage dans l'excavation avait l'orifice externe ouvert, permettant l'introduction du doigt jusqu'à un tiers de pouce. Une sonde de femme introduite dans la cavité utérine, sans rompre les membranes, détermina l'écoulement de quelques gouttes de sang.

Le jour suivant, on favorisa la dilatation du col avec la tente éponge, qu'on introduisit à une petite profondeur. Six heures après, il y eut un écoulement subit de douze onces de sang. Au toucher on trouva une masse aplatie, bosselée, avec des nodosités d'une densité semi-cartilagineuse adhérente à la lèvre antérieure du col utérin. On crut à un placenta malade et on tamponna le vagin. L'écoulement cessa, mais malgré des douleurs très énergiques pendant deux jours, la dilatation de l'orifice ne fit pas de progrès.

Le docteur James Patterson vit la malade, alors très faible, fut d'avis qu'elle était atteinte d'une tumeur maligne, que la petite masse qui partait de la lèvre antérieure était une production étrangère.

Le fœtus était évidemment mort.

Environ une semaine après, un examen attentif apprit que le col était perméable dans sa partie inférieure; que la lèvre antérieure était épaissie, indurée, bosselée, offrait un dépôt interstitiel de tissu morbide.

L'action utérine persistait, les douleurs s'accrurent pendant les six derniers mois, changèrent de caractère ; les unes partant de l'hypogastre s'irradiaient vers le sacrum, d'autres suivaient le trajet des nerfs crural et sciatique; elles forçaient la malade à prendre des doses de morphine et de conicine.

La patiente maigrissait; deux mois avant la terminaison la station verticale prolongée était impossible.

*Influence sur le fœtus.* — Toutes les complications qui surviennent pendant l'accouchement ne sont pas sans agir sur le fœtus. La prolongation du travail suffit, quand elle est très marquée, surtout quand elle s'accompagne de tétanisation de

---

La tumeur utérine s'était éloignée graduellement de l'épigastre en devenant plus dure, moins volumineuse et moins fluctuante. Sa résistance était inégale, les membres du fœtus plus perceptibles à travers les parois utérines. A un moment le col fut à une distance d'un pouce du périnée. Un peu de difficulté dans la miction. Défécation douloureuse.

Les seins se développèrent dans le mois de juin; leur sécrétion fut si abondante que le linge de la femme était mouillé par le lait.

Le 3 novembre apparurent des symptômes de péritonite suraiguë, ils se dissipèrent par l'application de sangsues, de cataplasmes térébenthinés et les onctions mercurielles.

Mais le 17, ils se manifestèrent de nouveau et déterminèrent la mort.

Pendant l'attaque de péritonite on constata que la sonde ne pouvait être introduite à plus d'un pouce et demi dans le col.

*A l'autopsie*, le corps était émacié. En incisant la paroi abdominale, on fit échapper une quantité considérable de gaz, en outre 8 onces de sérum mélangé avec des flocons de lymphe qui se trouvait dans la cavité péritonéale; le péritoine était fortement congestionné. L'inflammation s'étendait à la totalité de la séreuse, mais était surtout marquée au niveau du fond de l'utérus. Une incision de la paroi inférieure de cet organe donna issue à une petite quantité de gaz fétides et découvrit la tête et les épaules du fœtus, le siège étant contenu dans la partie inférieure. L'enfant était étroitement embrassé par les parois utérines; le liquide amniotique avait été tellement résorbé que le fœtus était en relation directe avec elles. Le vertex avait été si aplati qu'il avait une forme cuboïde. Le fœtus mâle bien conformé paraissait être à terme et n'avait subi aucune décomposition. Le placenta, qui avait été aisément détaché du fond de l'utérus, était privé de se membranes, fortement injecté et plus dense qu'à l'ordinaire. Le cordon ombilical était dégèrement verdâtre. On trouva dans la cavité utérine 10 onces environ d'un liquide très épais, trouble et fétide. La muqueuse utérine était très ramollie, ses capillaires et ses veines remplis d'un sang noir.

L'orifice utérin (interne), qui admettait à peine une plume d'oie, se trouvait rempli par une matière épaisse et molle qui empêchait l'écoulement du fluide de sa cavité. La circonférence consistait en un anneau ferme, résistant, cartaligineux, plus épais dans sa moitié antérieure que dans sa moitié postérieure. Le même tissu morbide envahissait la portion inférieure du corps de l'utérus diminuant d'épaisseur à mesure qu'il atteignait des régions plus élevées. Dans les portions voisines du col, les fibres musculaires étaient atrophiées; elles devenaient plus évidentes à la partie moyenne du corps; étaient très abondantes vers le fond. Sous l'influence d'une forte pression, un segment de tissu dense laissa écouler une petite quantité de fluide opalescent dans lequel l'examen microscopique révéla une certaine quantité de matière granuleuse, quelques cellules nucléées et granuleuses, de forme irrégulière.

la paroi utérine, pour devenir une cause de mort pour le fœtus.

La mort du fœtus ne modifierait pas sensiblement le pronostic de l'accouchement pour la mère, si les membranes restaient intactes; mais il est rare qu'il en soit ainsi. Le plus souvent les parois de l'œuf cèdent de bonne heure sous l'influence des contractions internes, et quand le fœtus succombe l'œuf est généralement ouvert.

Nous avons déjà dit quelle virulence présentent les liquides sécrétés par la plaie cancéreuse, on ne s'étonnera donc pas que la putréfaction du fœtus apparaisse rapidement.

On trouvera plusieurs exemples de cette complication dans les observations d'accouchement prolongé que nous avons données plus haut et nous en rapporterons un certain nombre, quand nous étudierons la conduite à tenir pendant le travail.

La putréfaction fœtale est une des complications les plus graves du travail. Car on voit rapidement survenir chez la mère des phénomènes d'infection, la malade s'épuise. Enfin les modifications apportées au fœtus par la putréfaction viennent encore ajouter aux difficultés opératoires qui résultent déjà de la présence du cancer (1).

---

(1) Obs. XL. — Loviot : *In* Barbulée dit Bulot. — *Thèse, Paris*, 1884, p. 40.
Mme M..., à terme, eaux écoulées, souffrait depuis de longues heures. Présentation du sommet en O I G A. *Enfant mort*. Le toucher fit reconnaître une rigidité pathologique du col. L'orifice utérin avait à peine la dimension d'une pièce de 5 francs; sa lèvre postérieure, épaisse, indurée, inégale, était le siège d'un carcinome. La lèvre antérieure était mince et saine. Contre toute attente la tête fœtale, à la suite de quelques contractions violentes et très douloureuses, fut expulsée en peu de temps : les épaules étaient retenues; on favorisa leur rotation et on put extraire un fœtus dont le tronc était très volumineux en raison de l'emphysème caractéristique d'un certain degré de putréfaction.
Hémorrhagie notable nécessitant la délivrance artificielle; avant de pratiquer cette opération, on constate, faisant issue à la vulve, la présence d'un lambeau charnu du volume du petit doigt, de 7 à 8 cent. de longueur, relié au col utérin par une mince base d'implantation; c'est une portion de la lèvre antérieure. La dilatation de l'orifice s'est faite au moyen de cette déchirure.
**La malade succomba dans les premiers jours de ses couches.**

Quand le fœtus est expulsé, tout n'est pas terminé.

Pendant la délivrance, on voit en effet, se produire souvent de violentes hémorrhagies, parfois dues à l'inertie uterine, mais qui ordinairement sont causées par les déchirures plus ou moins profondes que présente le col.

Dans certains cas, la perte de sang est tellement abondante que les malades peuvent succomber en quelques instants. Si légère qu'elle soit, elle constitue toujours une complication grave; elle contribue, en effet, a exagérer l'affaiblissement de la femme, et rend souvent nécessaire une intervention qui, par elle-même, peut être dangereuse.

*De l'accouchement prématuré compliqué de cancer.*

Le fœtus étant moins volumineux quand l'accouchement a lieu prématurément, il semble *a priori* que le travail doive se terminer plus facilement que s'il se produit à terme.

Cette opinion semble juste. En effet, dans la plupart des cas où l'accouchement s'est terminé spontanément et sans complications, bien que la dégénérescence cancéreuse fût très étendue, le travail était apparu prématurément (1).

---

(1) Obs. XLI. — MARCHAND. *Cancer du col de l'utérus. Dilatation spontanée de l'orifice. Présentation de l'épaule. Version.* (DISSERTATION SUR LES CAUSES QUI EXIGENT L'OPÉRATION CÉSARIENNE. *Th.* Paris, 1816, p. 15.) Cité par Chantreuil.

M. A. Gaillard, trente ans, quatrième grossesse. Elle était au septième mois de sa grossesse lorsque, dans la nuit du 10 avril, la poche des eaux se rompit.

Le 11, je la trouvai sans douleur; le col avait toute sa longueur, la circonférence de son ouverture était garnie de trois tubercules saillants, très durs, séparés par des sillons étroits. Le 12, à neuf heures, quelques petites douleurs se firent sentir, le col était un peu dilaté et ramolli, l'on reconnut que l'enfant présentait l'épaule droite. Le 13, à 4 heures du matin, les tubercules étaient effacés; à sept heures le col étant assez dilaté pour permettre l'introduction de la main, M. Dassyau alla chercher les pieds et termina l'accouchement. *L'enfant vécut trois quarts d'heure et* **la mère sortit bien portante au bout de huit jours.**

(1) Obs. LXII. — MERRIMAN. (LEE'S CLINICAL MIDWIFERY, 2e édit., p. 92.)

Une femme malade depuis deux ans ou plus, présentait des douleurs très vives dans le dos, de l'amaigrissement, et un écoulement très irri-

J'ai observé un exemple de cette évolution rapide de l'accouchement.

Une femme enceinte de sept mois se présente à l'hôpital Tenon où je remplaçais M. le Dr Ribemont ; elle n'était pas en travail ; le col tout entier était envahi par un épithélioma qui, en bas s'étendait sur la paroi du vagin, tandis qu'on pouvait aisément reconnaître dans la paroi du segment inférieur, surtout en avant, des noyaux volumineux ayant le volume d'une noisette. Quelle que fût mon attention, je ne pus découvrir l'orifice externe du

---

tant. Tout l'orifice utérin et une grande partie du col étaient détruits par l'ulcération. L'accouchement se déclara prématorément à six mois environ. Le fœtus sortit vivant presque sans difficulté, il en fut de même du placenta. **La mère guérit**, mais elle ne fut pas du tout amélioré par suite de son accouchement ; elle continua à vivre dans un état de grande souffrance jusqu'à sa mort qui arriva six mois après.

(1) Obs. XLIII. — Benicke. *Accouchement spontané avant terme à travers une masse cancéreuse semblant nécessiter l'opération césarienne.* (Zeitschr. f. Gynœk. T. I, p. 337, 1877.)

Une femme enceinte de sept mois présente une masse cancéreuse occupant tout le bassin. L'accouchement paraissant devoir être impossible, on décide d'attendre la fin de la grossesse pour faire l'opération césarienne. L'accouchement se fait rapidement à huit mois : *on trouve l'enfant mort entre les jambes de la mère.* **Suites de couches régulières.**

On observe ensuite une extension rapide du cancer vers l'utérus et vers l'urèthre.

(1) Obs. XLIV. — *Epithélioma de la moitié gauche de la portion intra-vaginale du col. Accouchement prématuré spontané* (huit mois). (Maternité, 5 mars 1885.)

Vandennebutte, trente-quatre ans, multipare, atteinte d'un épithélioma du col, envahissant les trois quarts de la portion intra-vaginale. A cause de la présence d'une grossesse, on ne se décide point en faveur de l'opération.

Vers le huitième mois le travail se déclare : on trouve le col court, largement ouvert ; sa partie postérieure est irrégulière, déchiquetée.

La dilatation se fait lentement ; le tissu sain seul se prête à l'ouverture progressive ; dès que les dimensions de l'orifice ont atteint celle d'une pièce de 5 francs, la dilatation est bien vite complète ; à ce moment les membranes se rompent et bientôt naît *un fœtus vivant* (2350 grammes).

Délivrance naturelle.

**Suites de couches normales.**

Voyez encore Pedelaborde, obs. 57.

museau de tanche. Comme l'enfant était vivant, je me décidai à attendre l'accouchement me réservant, s'il en était besoin, de recourir à l'opération césarienne. Plusieurs jours plus tard la malade éprouvant quelques douleurs pendant la nuit, elle demanda du secours et quand, au bout de quelques instants, la sage-femme arriva, elle trouva l'enfant vivant entre les jambes de la mère. La mère guérit.

Mais l'accouchement prématuré ne se fait pas toujours rapidement et sans accidents.

Comme l'accouchement à terme, il peut être fort long (1); et ne se terminer qu'au prix de nombreuses déchirures (2).

---

(1) Obs. XLV.—Levret. (*Essais sur l'abus des règles générales et contre les préjugés qui s'opposent au progrès de l'art des accouchements*. 1766, p. 161, 62, 63.)

« Le museau de la matrice était aussi gros que le poing, et remplissait tout le vagin. » Cette femme « après avoir passé misérablement sept mois de la grossesse, accoucha d'un enfant atrophié mais encore vivant, le travail fut long, car si on y voulait tout comprendre, il se passa trois fois vingt-quatre heures avant qu'il pût se terminer. Et je fus assez heureux de pouvoir avoir le délivre entier par la seule traction du cordon. Mais ce phénomène ne fut pas fort secourable à cette femme car elle survécut peu. **Elle périt en sept jours par les hémorrhagies subséquentes.** »

(2) Obs. XLVI.—Levret, cité par Simon. (Acad. de Chir. Paris, 1753, p. 319.)

Une femme âgée de trente-cinq ans, multipare, présentait depuis longtemps un écoulement sanieux, causé par un ulcère carcinomateux au col de la matrice. Cette femme devint grosse et elle accoucha au terme de huit mois, mais elle fut six jours en travail parce qu'il ne pouvait y avoir de dilatation de l'orifice de la matrice qui était fort dur. **Le septième jour elle accoucha d'un enfant mort et elle ne survécut pas longtemps à cet accouchement.**

Voy. Lachapelle. *Pratique des accouchements*, 1825. T. III, p. 371. Accouchement à sept mois avec de nombreuses déchirures.

(2) Obs. XLVII. — Martel. *Cancer encéphaloïde du col et du vagin. Accouchement spontané à sept mois et demi. Enfant mort.* —(Arch. tocol., 1877, p. 745.)

Femme âgée de trente-sept ans, sixième grossesse. La dernière menstruation date du 3 mars 1877; rien de particulier jusqu'au milieu de mai, époque où à la suite d'un travail fatigant se montre, pendant trois jours, une première hémorrhagie peu abondante.

Quinze jours après, une nouvelle hémorrhagie suivie d'un suintemen

Il est probable qu'il en fut ainsi dans le cas observé par Pute-

---

sanguinolent, non fétide, qui dura trois semaines, cessa, réapparaissant à la moindre fatigue.

M. Depaul reconnaît par le palper et le toucher les particularités suivantes :

L'utérus est développé comme dans une grossesse de cinq mois environ.

L'enfant est vivant.

Le doigt est immédiatement arrêté dès son introduction dans le vagin par une masse inégale mamelonnée, grenue qui, au premier abord, paraît être le col très hypertrophié et qui n'est que la paroi supérieure du vagin, envahie par la lésion cancéreuse, très épaissie et comme séparée en deux par un sillon antéro-postérieur. Tout le pourtour du vagin offre des saillies de tissu cancéreux plus ou moins longues qui bouchent le canal et ne laissent arriver au col qu'avec une certaine difficulté. Le museau de tanche est dégénéré dans toute sa phériphérie anfractueuse, déchiqueté surtout en avant.

Le 29 octobre, la poche des eaux se rompt, le liquide amniotique est suivi d'un écoulement de sang abondant qui continue toute la journée. Malgré des contractions énergiques, renouvelées à courts intervalles depuis onze heures du matin, on ne constate le soir aucune modification dans la longueur, ni la consistance du col.

30 octobre, col dans le même état, malgré les contractions.

Une petite quantité de sang coule par les parties génitales.

La tête fœtale, placée en O. I. G. A. est au-dessus du détroit supérieur ; les battements cardiaques deviennent lents et irréguliers.

Le soir, on n'entend plus les battements du cœur fœtal.

31 octobre. Les contractions utérines ont augmenté d'intensité la nuit et le matin la tête est à la vulve.

Le dégagement a lieu après un travail de quarante-cinq heures et demi.

*L'enfant mort* pèse 2080 grammes.

Délivrance naturelle.

Les suites de couches n'offrent de particulier que la fétidité de l'écoulement lochial, et cela dès le premier jour.

Au sixième jour après l'accouchement se produit, sans cause apparente, une hémorrhagie évaluée à 500 grammes environ ; elle affaiblit beaucoup la malade à qui l'on fait deux injections avec une solution de perchlorure de fer étendue, on place dans le vagin un tampon imbibé de cette solution un peu concentrée ; il est enlevé le lendemain.

L'écoulement sanieux diminue peu à peu, mais il a toujours une odeur repoussante.

L'état général s'améliore ; au départ de la femme (11 novembre) l'état local est le même qu'avant l'accouchement, cependant les lambeaux cancéreux qui obstruent le vagin sont plus nombreux ; le pourtour du col est fendu en plusieurs endroits : il est évident que le passage de la tête a provoqué de nombreuses déchirures dans le tissu dégénéré.

(2) Obs. XLVIII. — Ruttledge. *Uber die Complication der Schwangerschaft und Geburt mit Gebarmutter Krebs.* (Inaug. Diss., Berlin. 1876.)

Femme âgée de trente-cinq ans, VIIpare, est enceinte de six mois lorsque le travail se déclare. Malgré les contractions utérines, l'orifice du col, irrégulier, présentant des bords déchiquetés et indurés, ne dépasse

gnat (1) et dans lequel la femme, après être accouchée assez rapidement d'un enfant de huit mois, succomba deux jours après l'accouchement.

On peut enfin observer ici tous les accidents que nous avons vu compliquer l'accouchement à terme.

Lee, Abegg (2), Martin (3) ont vu l'accouchement prématuré se compliquer de rupture utérine et cependant, dans le fait de Martin, le fœtus n'était âgé que de six mois et demi.

Dans un cas observé par Galabin (4), l'accouchement se pro-

---

pas les dimensions d'une pièce d'un thaler. La femme s'épuisant, on applique le forceps. L'extraction est relativement facile, sans qu'on soit obligé de faire d'incisions : on amène un *enfant vivant pesant* 1315 *grammes*. **La mère succombe le dixième jour avec de la péritonite**. Il y avait une perforation du cul-de-sac de Douglas.

(1) Putegnat. Quelques faits d'obstétrique, p. 87, 1871.

(2) Obs. XLIX. — Abegg. (*Monatschrift fur Geburtsk.* XXV p. 27.)

Femme de quarante un ans, enceinte de huit mois pour la dixième fois. Elle présente un carcinome de la portion vaginale du col avec une infiltration cancéreuse étendu du parenchyme utérin. Une hémorrhagie abondante nécessita l'extraction *d'un enfant mort* qui se présentait par le siége. Il se fit alors une rupture de l'utérus par laquelle la tête était passée dans la cavité abdominale. **La mère mourut de péritonite**. On trouva sur la paroi postérieure de l'utérus un assez gros fibrome.

(3) Obs. L. — Martin le Jeune. (*Mémoires de méd.* Paris 1835, p. 282.)

Femme de quarante-neuf ans, multipare, malade depuis longtemps; présente une tumeur adhérente à toute l'étendue de la paroi vaginale postérieure, et dont les prolongements pénètrent dans le col qu'ils obstruent. La surface est irrégulière, comme frangée, et on pourrait en arracher des fragments, elle n'est pas sensible. Hémorrhagies répétées pendant la grossesse.

Le travail survient à six mois et demi; il est régulier, mais les douleurs quoique fortes n'amènent pas de dilatation du col. La tumeur remplit presque entièrement le vagin. Après un travail de vingt-quatre heures, le col est un peu dilaté et la tumeur descend, deux jours plus tard aucun progrès n'est constaté, l'abdomen devient tout d'un coup tympanique, la malade s'affaisse, éprouve les phénomènes du shock. Sur le côté gauche de l'abdomen, on trouve une tumeur dure, saillante qu'on considère être le siège ou les pieds de l'enfant passés au travers d'une fissure de l'utérus. Emphysème des parois de l'abdomen avant la mort. Enfant mort. L'autopsie fut refusée.

(4) Obs. LI. — A.-L. Galabin. *A case of cæsarean section performed on account of extensive malignant disease of the cervix uteri.* (Trans. of the obst. soc. of London. Vol. XVIII 1875, p. 286.)

Femme de trente-six ans ayant eu six enfants et deux fausses couches.

longea plusieurs jours, le fœtus succomba, et les contractions utérines étant sans effet sur le col, on dut se résoudre à pratiquer l'opération césarienne. La femme n'était enceinte que de six mois.

Ces exemples d'accouchement prématuré très difficile sont moins rares qu'on pourrait le penser au premier abord ; nous verrons, du reste, en étudiant les divers procédés opératoires auxquels on peut recourir pour terminer l'accouchement que, dans bien des cas, il a fallu s'adresser aux interventions les plus pénibles quoique le travail se fût déclaré prématurément.

---

— Elle était en bonne santé au début de la grossesse actuelle; vers le sixième mois de celle-ci survinrent des hémorrhagies qui continuèrent toujours, se reproduisant tous les jours ou tous les deux jours. L'écoulement vaginal était très irritant.

A son entrée à l'hôpital, le volume de l'utérus parut être celui d'une grossesse d'un peu moins de huit mois.

Au toucher on trouva les lèvres du col irrégulières et ulcérées; le col était entouré par un anneau d'infiltration carcinomateuse très dur dont l'épaisseur de tous les côtés était au moins d'un pouce. L'orifice n'admettait pas le doigt, et le canal cervical paraissait très long.

Le 21 novembre survinrent des douleurs, le 22, quelques vomissements et de la fièvre. A partir de ce jour on ne sentit plus les mouvements du fœtus.

Le 24, la fièvre continue; l'utérus est dans un état de rigidité continuelle, *on n'entend plus les battements du cœur.*

Il fut décidé, en présence de l'état désespéré de la mère, que l'opération césarienne était celle qui devait donner le plus de chance, quoi qu'il n'y eut guère d'espoir de sauver l'enfant.

L'opération césarienne fut faite, le pouls étant à 150, au début de l'opération. L'enfant extrait était macéré, mais non putréfié. Violente hémorrhagie après l'extraction du placenta, que l'on put cependant arrêter.

**La malade mourut quinze heures après l'opération.**

*Autopsie.* — Injection assez foncée de tout le péritoine; peu de liquide dans la cavité. L'utérus est très adhérent à la paroi abdominale antérieure; il est distendu et le fond remonte presque jusqu'à l'ombilic; il est rempli d'un liquide noirâtre et de quelques caillots. On aperçoit du côté du péritoine à la base du cul-de-sac de Douglas, une surface cancéreuse ulcérée qu'on ne put enlever sans produire une large ouverture du côté du vagin. Il était clair que le fœtus n'aurait pu être extrait par les voies naturelles.

### *De l'avortement.*

Quand la grossesse compliquée de cancer se termine par un avortement, l'expulsion du fœtus se fait généralement sans difficulté (1) ; il ne nous a pas semblé, d'après la lecture des observations, que la délivrance présentât souvent des difficultés spéciales.

Mais il n'en n'est pas toujours ainsi. La dilatation du col peut ne se faire que difficilement (2). Dans un cas observé par

---

(1) Voyez Crosse. *Midwifery*, p. 49.

(2) Obs. LII. — Sommer. (Starkes arch. f. Geb. 1791, p. 288. *Cité par Hermann, cas* 141.)

Femme âgée de trente-sept ans, septième grossesse. Elle est probablement atteinte de cancer depuis trois ans. Pendant la grossesse actuelle les hémorrhagies sont graduellement devenues plus abondantes et plus fréquentes. Il y avait une douleur vive dans les reins et dans la région hypogastrique.

Par le toucher, on reconnaît l'existence d'un squirrhe de l'utérus.

Avortement au quatrième mois et demi. Pendant cet avortement, il y eut peu de douleurs, mais celles-ci étaient extrêmement intenses.

Cette femme survécut quatre mois à son avortement; pendant ce temps il y eut des douleurs, des écoulements fétides et des hémorrhagies. Finalement les parois de la vessie et du rectum furent atteintes et perforées, d'où une incontinence d'urine et de matières fécales.

(2) Obs. LIII. — Pachur. (Casper's Wochenschrift, 1838, n° 46.)

Femme âgée de trente-quatre ans, VIpare. Depuis de longs mois, elle avait un cancer du col, caractérisé par un écoulement et des douleurs vives. On avait traité celles-ci par l'opium.

La grossesse fut ignorée jusqu'au jour de l'avortement qui eut lieu au quatrième mois et qui dura vingt-quatre heures. Une amélioration, mais passagère, suivit l'avortement, et **la malade mourut sept semaines après.**

(2) Obs. LIV. — James Moncrieff Arnott. *Cancer du col de la matrice. Dégénérescence s'étendant à toute la cironférence au-dessus des parties accessibles au toucher. Travail prématuré spontané. Avortement à six mois (grossesse gémellaire).* (Case of malignant tumour of the as uteri exused during Labour.)

E. Simpson, quarante-un ans. En juillet, la portion vaginale de l'utérus était élargie, indurée, d'une consistance cartilagineuse. La lèvre antérieure était très développée, mais presque toute la circonférence a un aspect rugueux et irrégulier. L'orifice est entr'ouvert. La dégénérescence s'étendait sur le col au-dessus du point accessible au toucher. L'utérus est immobile dans le bassin.

On constate une grossesse de cinq mois environ : la femme avait re-

Playfair (1) la dilatation ne s'effectuant pas, il fallut dilater le col avec des éponges. L'expulsion du fœtus dura deux ou trois jours et se fit fragment par fragment.

Ajoutons enfin que, d'après une observation publiée par Coote, le fœtus pourrait n'être pas éliminé, cet auteur prétend avoir trouvé des os fœtaux dans l'utérus, neuf mois après des douleurs de l'avortement. Cette observation est trop incomplète pour que nous puissions l'utiliser.

---

marqué l'augmentation de volume de son ventre et avait senti quelque chose d'analogue à des mouvements fœtaux.

Le 12 novembre, elle éprouve de vives douleurs utérines, le liquide amniotique s'écoule. Le col est effacé, le tiers postérieur de l'orifice est mince, dilatable, sain; les deux tiers antérieurs durs et résistants. On sent le coude droit; l'utérus se contracte énergiquement et descend à chaque douleur. Son orifice, qui, a la largeur d'une pièce d'une couronne, est si rigide, que le segment antérieur est projeté en avant et en bas au moment de chaque contraction l'orifice dévié si loin en arrière est difficilement atteint. A deux heures survient une violente douleur; un enfant mâle de près de six mois nai.

Immédiatement, nous sentons les membranes d'un autre fœtus qui sort en moins de cinq minutes; il présentait les pieds.

L'orifice utérin n'avait pas plus de trois pouces de diamètre; il n'était nullement déchiré. **E. S.... vécut encore près de six mois.....**

*Autopsie.* — Existence d'une masse cancéreuse détruisant largement l'utérus, s'étendant à l'os oliaque, à la tête du fémur. Une tumeur analogue existait au fond de l'orbite droit.

(1) Obs. LIV *bis.* — Playfair. (Obst. Transact. 1869, p. 58.)

Femme de vingt-neuf ans, éprouvant depuis plusieurs mois des hémorrhagies. Carcinome induré du col avec infiltration du rectum et de la vessie. — Vers le cinquième ou le sixième mois de la grossesse, on voit survenir une violente hémorrhagie s'accompagnant de signes d'un travail prématuré. Le col n'est pas dilatable et son orifice n'excède pas les dimensions d'une pièce de 6 pences. On fait des tentatives infructueuses pour dilater l'orifice au moyen de tentes éponges. Pendant deux ou trois jours *l'expulsion du fœtus se fait fragment par fragment.*

# CHAPITRE V

*Sommaire.* — I. DIAGNOSTIC DU CANCER A SON DÉBUT. — FRAGILITÉ DES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES A CETTE PÉRIODE. — DU DIAGNOSTIC PAR L'HISTOLOGIE. — CRITIQUE DES CONCLUSIONS DE RUGE ET DE VEIT. — DIAGNOSTIC DU CANCER TRÈS DÉVELOPPÉ. — II. DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE.

Nous diviserons ce chapitre en deux parties. Dans la première, nous étudierons les difficultés qu'on peut rencontrer dans le diagnostic du cancer, lorsqu'il complique la grossesse, le travail ou la délivrance Dans la seconde partie, nous dirons comment la présence du cancer, peut rendre difficile le diagnostic de la grossesse.

1° *Diagnostic du cancer utérin.*

On peut, au point de vue du diagnostic, distinguer dans l'évolution du cancer deux périodes. Dans la première, la dégénérescence est peu étendue; l'ulcération, si elle existe, est limitée; les symptômes sont peu nets. Dans la seconde, au contraire, l'infiltration cancéreuse a pris un grand développement, l'ulcération est large et fongueuse, les accidents sont si graves que le diagnostic s'impose, pour ainsi dire, de lui-même.

Nous croyons devoir étudier successivement le diagnostic du cancer utérin pendant ces deux périodes.

A. *Période de début.* — On sait de quelles difficultés est entouré le diagnostic du cancer à son début, quand la femme n'est

pas enceinte. On ne peut, plus en effet, considérer comme un signe pathognomonique la présence de douleurs abdominales, se répétant sous la forme de crises extrêmement pénibles et, apparaissant surtout la nuit; l'abondance des pertes blanches n'est, qu'un signe de présomption, car le liquide sécrété n'a pas les caractères qu'il présente quand le cancer est largement ulcéré et couvert de végétations en partie gangrénées. Les hémorrhagies, elles-mêmes, ne constituent pas un signe certain. Sans doute, l'association de ces trois symptômes, surtout quand l'état général devient mauvais, prend une grande importance; mais on ne peut encore, dans ce cas, que présumer le cancer, car ce syndrome s'observe dans bien des affections utérines autres que le cancer.

L'examen direct donne-t-il des renseignements plus précis?

On a attaché une grande importance à la dureté que présentent les tissus envahis par le cancer, et d'après certains auteurs, Spiegelberg notamment, toute tumeur mal limitée, tranchant nettement par la fermeté de sa consistance sur le reste du tissu utérin, serait certainement cancéreuse. C'est là un signe de forte présomption en faveur du cancer, mais non de certitude; on sait nettement que dans certaines affections bénignes, on peut observer une semblable induration. D'autre part, dans certains cancers, les tissus envahis sont mous et présentent une friabilité excessive.

Si le point suspect est ulcéré, peut-on affirmer qu'il y a cancer, quand l'ulcération examinée au spéculum est remarquable par « l'élévation et la dureté des bords et les anfractuosités du fond, la coloration blafarde ou livide des fongosités lorsqu'il en existe, la facilité avec laquelle elle saigne au moindre contact, l'absence complète de douleurs à la pression (1)? » Il n'en

(1) *Aran. Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, 1858, p. 937

est rien, car beaucoup d'ulcérations de nature bénigne se présentent avec ces caractères.

Enfin, il peut arriver qu'à côté d'un cancer se développant sur la muqueuse du canal cervical, il y ait une ulcération banale et que celle-ci seule puisse être reconnue avec le spéculum. Les difficultés sont surtout insurmontables, quand il s'agit d'un papillome. Quels que soient les accidents éprouvés par les malades, on ne saurait jamais affirmer, au début, s'il s'agit d'une lésion bénigne ou d'une affection maligne.

En somme, quand la femme n'est pas enceinte, il est souvent impossible, même par l'étude la plus attentive des accidents éprouvés par les malades, par l'examen des caractères physiques présentés par la tumeur, de faire le diagnostic certain du cancer à son début. On doit le plus souvent, pour se prononcer, attendre et observer l'évolution de la tumeur.

Toutes ces difficultés qui entourent le diagnostic du cancer, à son début, semblent encore s'accroître quand il y a grossesse. Les douleurs abdominales sont aisément considérées comme symptôme de grossesse. Si les pertes blanches sont abondantes, on croit à une leucorrhée banale, telle qu'on en observe si fréquemment pendant la gestation. Les hémorrhagies devraient attirer l'attention, mais souvent les femmes croient à des avortements précoces, ou bien pensent à la continuation de leurs règles, malgré la grossesse, si toutefois celle-ci n'est pas méconnue par elles. On a également une tendance à attribuer à la grossesse seule, l'atteinte plus ou moins profonde portée à l'état général.

Si, comme on doit toujours le faire, on procède à un examen direct du col utérin, les renseignements obtenus peuvent n'être pas nets. Souvent, en effet, on observe, pendant la grossesse, des ulcérations du col de nature bénigne et le cancer, à son

début, peut presenter tous les caractères de ces ulcérations bénignes. La confusion est encore rendue plus facile par le ramollissement que subissent les tissus infiltrés de cancer. Scanzoni, dont l'opinion est adoptée par un certain nombre d'auteurs, pense que la présence de ce ramollissement serait un précieux élément de diagnostic, car il ne se produirait pas au même degré quand la tumeur est bénigne. Mais c'est là une opinion bien contestable (1) et il serait hasardeux de se fier à la présence de ce seul phénomène pour affirmer qu'il y a cancer.

En somme, pendant la grossesse comme en dehors de cet état, le diagnostic du cancer, à son début, ne peut guère dans bien des cas, qu'être présumé. Cependant la certitude du diagnostic serait extrêmement importante, car les interventions opératoires, auxquelles on peut recourir, auraient bien plus de chance d'aboutir, si elles pouvaient être faites de très bonne heure. Puisque la clinique ne nous donne que des renseignements insuffisants, ne peut-on s'adresser à d'autres procédés, à l'histologie, par exemple?

On peut à cet effet : A. — Racler sur le col les points suspects et examiner les lambeaux de la muqueuse extraits avec la curette.

B. — Exciser sur la partie malade un fragment et déterminer avec le microscope la nature des lésions présentées par la muqueuse.

A. — Par le premier procédé on ne peut rien obtenir. En effet, si on agit superficiellement avec la curette, on atteint seulement le revêtement épithélial de la muqueuse, et les lambeaux qu'on retire ne sont constitués que par des lames plus ou moins épaisses d'épithélium ; l'examen donne alors les mêmes résultats, quand il y a un épithéliome, ou bien quand il s'agit d'un de ces épais-

(1). Voy. Chantreuil. *Loc. cit.*

sissements du revêtement épithélial dont nous parlerons plus loin. Si avec la curette, on a pénétré plus profondément dans les tissus, on peut reconnaître dans les lambeaux, des glandes plus ou moins complètes, et on pourrait peut-être apprécier la nature des lésions dont elles sont le siège; mais par le seul fait du raclage les lambeaux sont froissés, et on ne peut distinguer nettement les rapports qu'affectent entre elles les diverses parties de la muqueuse. En outre, l'examen histologique doit rendre des services, quand il s'agit de diagnostiquer un cancer qui débute. Le néoplasme peut alors n'avoir pas encore envahi la muqueuse et siéger au-dessous d'elle. Dans ce cas, le raclage ne donne aucun renseignement, même si les lambeaux extraits sont assez épais, pour qu'on puisse reconnaître avec le microscope autre chose que des amas épithéliaux, car la curette ne pénètre pas dans les tissus malades.

B. — L'excision peut rendre de plus grands services.

Par ce procédé, on se propose d'enlever au niveau du point suspect, un lambeau assez épais et assez large pour que l'état de la muqueuse et du tissu sous-muqueux puisse être nettement déterminé. Ce lambeau aura donc les dimensions d'un centimètre carré environ et une épaisseur d'un demi-centimètre, cette épaisseur est nécessaire pour qu'on puisse déterminer la nature des lésions du tissu sous-muqueux.

Dans certains cas, les lésions sont tellement nettes que le diagnostic « cancer » peut être porté avec la plus grande certitude après un premier examen. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Le diagnostic de l'infiltration cancéreuse par l'examen de fragments excisés est souvent des plus délicats et il y a dans l'interprétation des coupes histologiques certaines subtilités qui exigent chez le gynécologue des connaissances histologiques très étendues. Nous ne pouvons, vu le caractère spécial de notre thèse, exposer avec

tous les détails qu'un semblable sujet mériterait, les difficultés qu'on peut rencontrer dans cet examen. Nous devons cependant indiquer sommairement ce qu'on peut attendre de ce procédé de diagnostic. Cette étude expliquera certaines règles qui, d'après nous, doivent être suivies dans le traitement du cancer pendant la grossesse.

Pour apprécier les services que peut rendre l'examen histologique d'un lambeau excisé, il importe de connaître les détails histologiques qu'on note, quand on examine une coupe faite suivant une tumeur cancéreuse peu développée de la portion vaginale.

La figure V, que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Ruge, représente fidèlement ce qu'on trouve, quand le cancer débute par la portion.

Sur les parties latérales, en P, on reconnaît aisément la muqueuse dont les papilles peuvent être hypertrophiées et qui est recouverte de son épithélium pavimenteux stratifié. Si nous arrivons au point *e* qui, à l'œil nu, semblait exulcéré, nous y trouvons tous les caractères anatomiques de l'inflammation simple. La surface de la muqueuse devenue inégale, creusée d'anfractuosités nombreuses et profondes est tapissée par un épithélium cylindrique, bientôt l'épithélium manque de place en place, et à cette zone où il n'y a qu'inflammation, succède une région où il y a cancer.

En ce point, la surface est exulcérée et privée sur une assez grande étendue de son épithélium. Les anfractuosités glandulaires sont aussi profondes qu'en *e*. Mais en certains points, l'épithélium qui les tapisse a déjà subi une évolution morbide, les couches de revêtement sont plus nombreuses, elles tendent à obstruer la glande comme en *d*, elles la remplissent complètement comme en *k*. En certains points, en *g* par exemple, il est

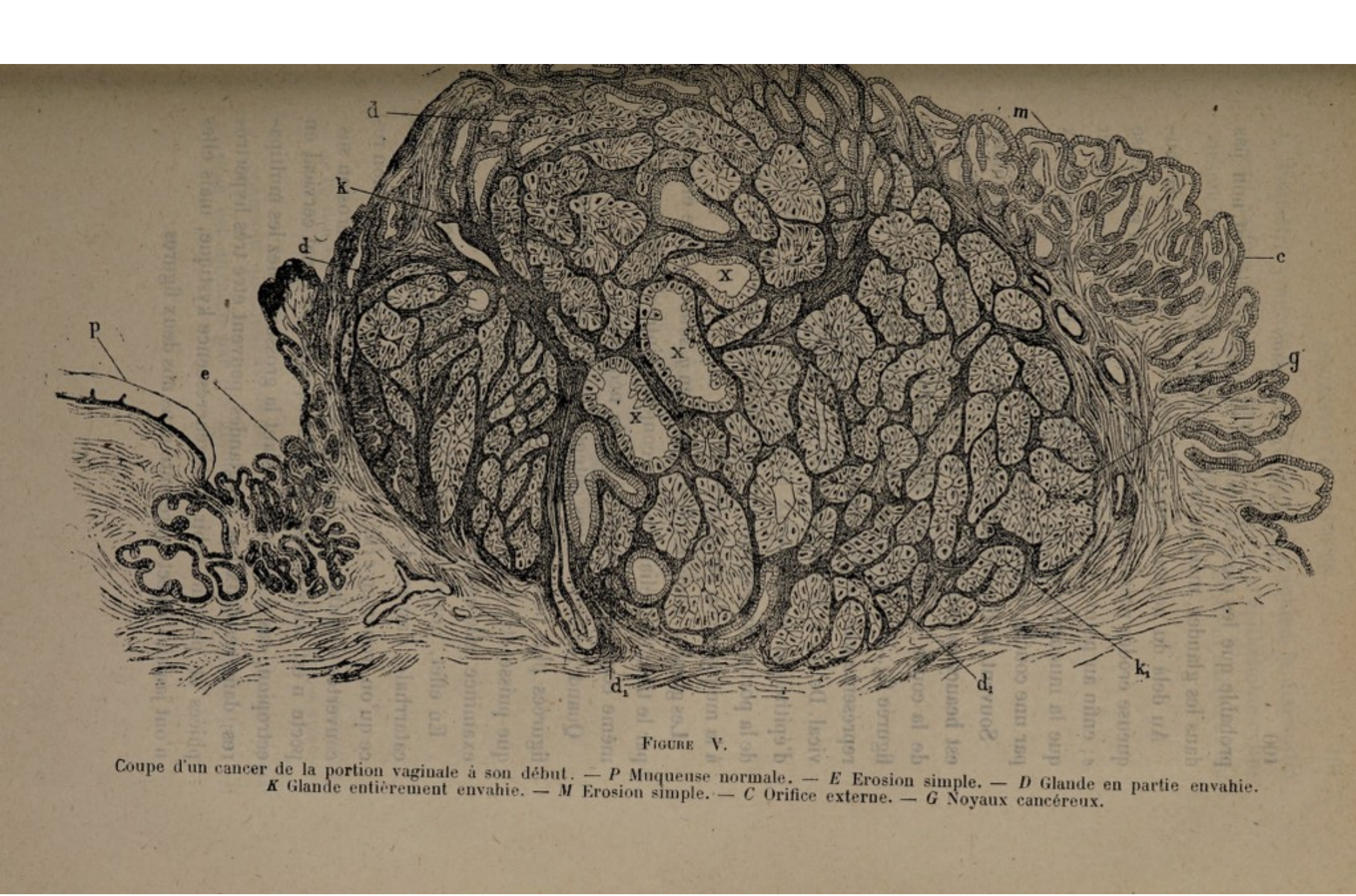


FIGURE V.

Coupe d'un cancer de la portion vaginale à son début. — *P* Muqueuse normale. — *E* Erosion simple. — *D* Glande en partie envahie. *K* Glande entièrement envahie. — *M* Erosion simple. — *C* Orifice externe. — *G* Noyaux cancéreux.

probable que les amas de cellules épithéliales siègent non pas dans les glandes, mais au milieu du tissu conjonctif.

Au delà du noyau cancéreux, nous retrouvons en *m* la muqueuse érodée présentant les mêmes caractères que la muqueuse *e*; enfin au point *c* commence le canal cervical et on peut noter que la muqueuse qui le tapisse est séparée du noyau cancéreux par une couche de tissu sain assez épaisse.

Souvent la dégénérescence du tissu fibreux interglandulaire est beaucoup plus accentuée que dans cette préparation ; l'aspect de la coupe se rapproche alors sensiblement de celle qui est figurée fig. VI et que nous devons encore à M. Ruge. Cette figure représente une coupe de cancer, ayant débuté dans le canal cervical. De *x* à *o*, la muqueuse est tapissée par une couche épaisse d'épithélium pavimenteux stratifié, qui répond à la muqueuse de la portion vaginale non altérée; la partie qui va de *o* à *e* répond à la muqueuse du canal cervical.

Les glandes, comme celles figurées en *g*, sont en partie envahies par le tissu épithélial. Le tissu conjonctif interglandulaire est lui-même complètement infiltré par le néoplasme.

Quand les préparations obtenues sont aussi nettes que celles figurées plus haut, il ne saurait y avoir aucun doute; quelle que puisse être l'apparence de l'ulcération ou de la tumeur examinée, elle est de nature cancéreuse.

En effet, quand il s'agit d'une érosion de nature purement catarrhale, l'aspect de la préparation est tout à fait identique à ce qu'on trouve en *e* (fig. V), les anfractuosités étant ou non recouvertes d'épithélium. Il en est de même, quand l'érosion suspecte n'est autre chose que la muqueuse du canal cervical en ectropion, cas si fréquent pendant la grossesse chez les multipares; dans ces deux cas, les glandes peuvent être très hypertrophiées et peuvent subir la dégénérescence kystique, mais elles n'ont jamais l'aspect représenté dans nos deux figures.

Peut-être y aurait-il lieu d'établir ici, combien le diagnostic serait parfois difficile, s'il s'agissait d'un fait d'épithéliome cylindrique au début ; mais dans ces cas, si le lambeau excisé a bien

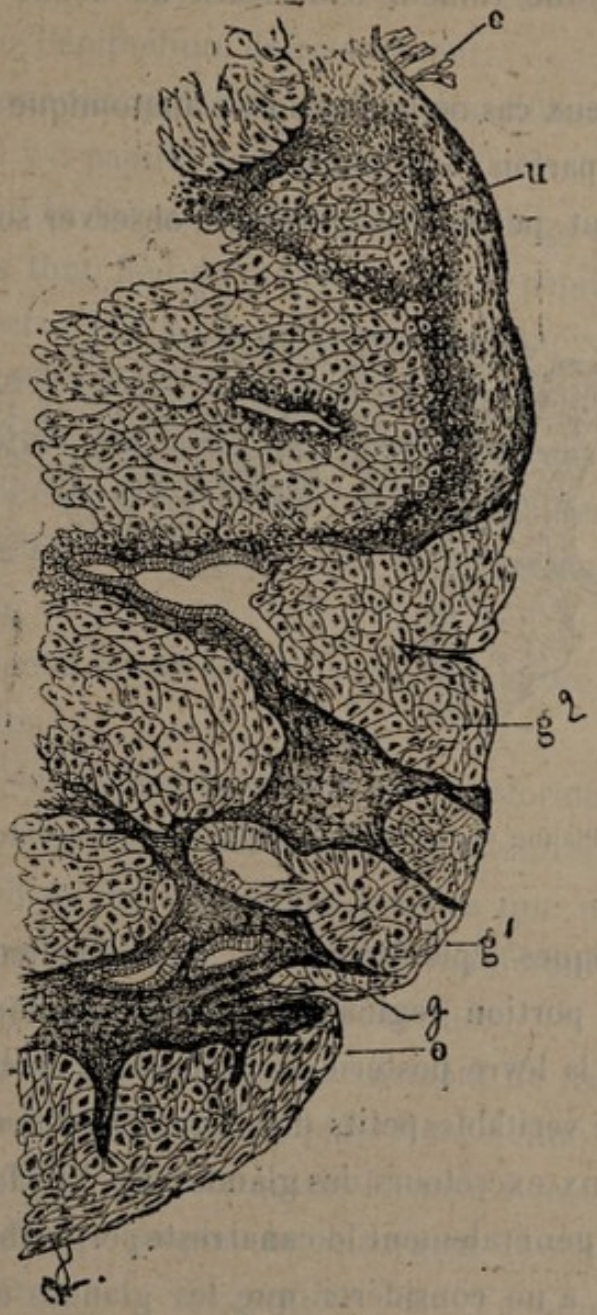


FIGURE VI.

*ox* Portion vaginale. — *o* Orifice externe. — *oe* Canal cervical. —9 Glande en partie envahie. — 91 Glande plus envahie — 92 La lésion est plus accentuée.

l'épaisseur que nous avons déclarée être nécessaire, toute l'épaisseur est envahie par les glandes dégénérées, tandis que s'il

s'agit d'une simple érosion les lésions sont limitées aux zones superficielles.

Il serait également facile, par l'examen histologique, de ne pas confondre une tumeur cancéreuse au début avec un petit fibrome.

Mais il est deux cas où le diagnostic anatomique peut présenter des difficultés parfois insurmontables.

A.— On peut, pendant la grossesse, observer sur le col utérin

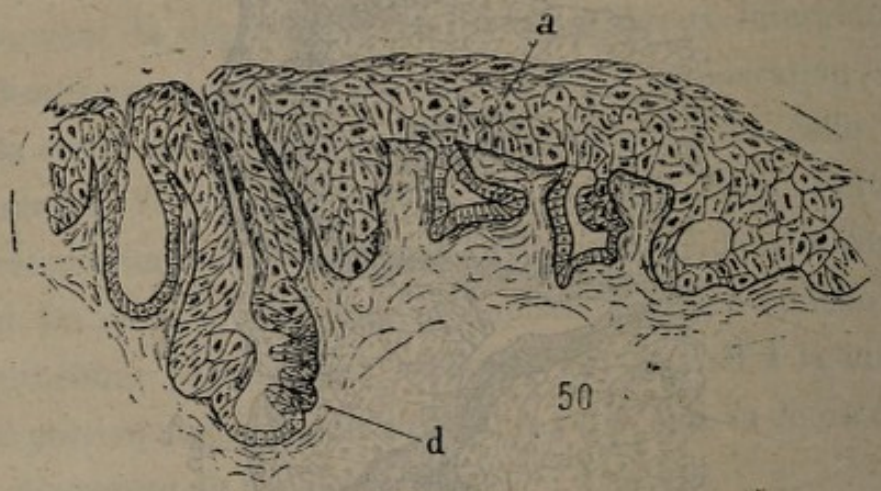


FIGURE VII.
Plaque épidermoïdale de la portion vaginale.

de petites plaques épidermoïdales, qui rappellent celles qu'on observe sur la portion vaginale quand il y a prolapsus. Elles ont leur siège sur la lèvre postérieure du museau de tanche où elles constituent de véritables petits durillons. Dans ces cas, l'épithélium des canaux excréteurs des glandes (fig. VII) forme plusieurs couches, mais généralement le canal reste perméable. L'aspect de la préparation, à ne considérer que les glandes et l'épithélium pavimenteux, se rapproche de celui que nous avons figuré, pl. V; mais la perméabilité des canaux excréteurs, l'absence d'infiltration du tissu conjonctif doivent faire plutôt penser à un épaississement de l'épiderme qu'à un cancer. Néanmoins le diagnostic reste souvent très hésitant. En effet, quand il y a cancer, la

modification subie par les glandes ressemble beaucoup à celle qui est figurée ici en *d*. Les hésitations seront encore plus grandes, si on se souvient qu'Heitzmann a vu, dans certains cas, le cancer débuter par l'épithélium de revêtement.

B. — Le diagnostic présente parfois des difficultés insurmontables quand il y a papillome.

Si on en croit la description que donnent Ruge et Veit (1), et que nous avons tout lieu de croire exacte, le papillome se forme grâce à l'hypertrophie de papilles souvent tapissées par une seule couche de cellules cylindriques, parfois exulcérées et privées de revêtement épithélial. Le stroma qui constitue le corps même des végétations, forme un réseau à mailles très lâches, dans lesquelles sont accumulés des éléments jeunes en voie de prolifération.

Quand les végétations présentent cette structure, le papillome n'a rien de malin.

Mais on voit les éléments jeunes se transformer peu à peu, tandis qu'au fond des anfractuosités l'épithélium des glandes subit des modifications semblables à celles que nous avons vu exister dans le cas de cancer. Au stade indifférent a succédé le stade de cancer papillomateux bien confirmé.

L'examen histologique permet seulement de reconnaître le cancer papillomateux bien développé; il ne donne que des renseignements douteux dans les autres formes. Reconnût-il l'existence d'un papillome simple, le chirurgien devrait se montrer fort réservé dans son diagnostic; car l'examen pourrait, en effet, avoir été pratiqué sur un papillome malin en voie d'évolution et arrivé à une période de son développement où les caractères du tissu cancéreux ne peuvent encore être reconnus.

Enfin, quand un cancer débute par la muqueuse du canal cervical, on peut constater au niveau de l'orifice externe un

papillome plus ou moins étendu. Ce papillome est le résultat d'une simple irritation de voisinage et il est bénin. On comprend à quelle erreur de diagnostic on s'exposerait si, après avoir excisé un fragment de muqueuse au point ou siège ce papillome, on concluait par l'examen histologique à l'existence d'une affection bénigne.

Mais on peut faire une erreur inverse.

Les végétations papillomateuses bénignes peuvent, en se guérissant, devenir fibreuses, tandis que les couches d'épithélium qui les recouvrent deviennent plus nombreuses. Les anfractuosités qui séparent les papilles hypertrophiées peuvent, en outre, être remplies d'épithélium pavimenteux stratifié. Le diagnostic par l'examen des fragments excisés présente alors des difficultés très grandes, et on peut aisément croire à un épithéliome qui n'existe pas.

Il y a six ans, M. Tarnier voulut bien m'apporter un fragment de muqueuse, qu'il avait excisé chez une femme atteinte d'un papillome peu étendu du col. L'état général de la malade était grave et on présumait l'existence d'un cancer du col; je fis, avec le plus grand soin, l'examen histologique de ce fragment excisé. Les coupes étaient absolument conformes à celles qu'on obtient dans le cas de cancer; je pensai donc, d'après ces préparations, qu'il y avait papillome malin et M. Tarnier proposa une opération qui fut repoussée par la malade. Aujourd'hui cette femme est encore bien portante. Elle avait un papillome bénin subissant l'évolution que je viens de signaler.

Ces réserves faites, que faut-il attendre du procédé de l'excision pour faire le diagnostic du cancer?

Dans certains cas, quand les coupes donnent les figures aussi nettes que celles reproduites plus haut, on peut quelle

que soit l'apparence de la lésion sur laquelle on a pratiqué l'excision, toujours affirmer qu'il y a cancer.

Mais quand l'examen du fragment excisé montre la présence d'une érosion simple, peut-on affirmer qu'il n'y a pas cancer? Non. En effet, dans l'étude histologique que nous avons faite plus haut, la coupe comprenait toute l'étendue du tissu cancéreux. Mais quand on n'enlève qu'un fragment d'un centimètre environ, le lambeau excisé peut provenir d'un de ces points où il n'y a qu'une érosion simple à côté d'un cancer, et la conclusion tirée de l'examen histologique serait fatalement inexacte.

On ne saurait donc de l'examen histologique d'une partie déduire la nature de la tumeur tout entière, et on conçoit que des histologistes, comme Léopold et Friedlander, aient pu contester l'exactitude des conclusions, de Ruge et Veit.

Supposons cependant que les renseignements donnés par l'histologie soient si précis qu'on ait pu nettement diagnostiquer qu'il y avait cancer.

Peut-on reconnaître s'il s'agit d'un cancer du canal cervical qui atteindra rapidement l'orifice interne du col, ou s'il s'agit d'un cancer de la portion vaginale?

L'étude attentive du point au niveau duquel on a pratiqué l'excision permettra de faire le diagnostic. — Si le fragment de la muqueuse atteinte par le cancer a été excisé au-dessus de l'orifice externe, il s'agit d'un cancer du canal cervical. S'il a été pris au-dessous, c'est un cancer de la portion vaginale. Ce moyen de diagnostic si simple en théorie est parfois assez délicat en pratique.

Chez les multipares, — et on sait que c'est surtout chez elles qu'on observe le cancer, — il existe fréquemment un ectropion qui s'accentue beaucoup pendant la grossesse. Il est alors difficile

de préciser où est l'orifice externe, et un morceau qu'on a cru exciser sur la portion vaginale, appartient en réalité au canal cervical. — Ruge et Veit ont observé un fait de cette nature qu'ils ont figuré par le schema ci-contre (Fig. VIII). Il y a là un point qu'il est bien souvent difficile de préciser.

L'examen histologique peut-il renseigner sur le degré de malignité de la tumeur?

On ne peut ici se montrer absolu. Les lésions varient sur tous

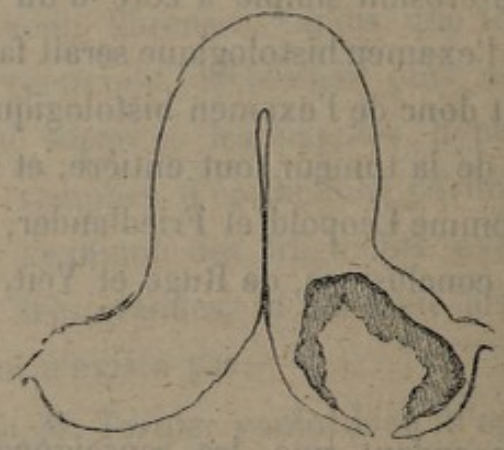

FIGURE VIII.

les points dégénérés et de l'examen d'un petit fragment, on ne peut légitiment déduire ce qui existe sur les autres points malades.

Cependant, quand sur toute l'étendue du fragment excisé les éléments épithéliaux ou conjonctifs se présentent avec les caractères d'éléments adultes, il y a lieu de penser que la marche de la tumeur est lente, au moins au moment où on pratique l'examen. Si, au contraire, les éléments anatomiques se rapprochent partout du type embryonnaire, on doit craindre une tension rapide du cancer. Mais sur ce point, on ne peut formuler que des présomptions.

En somme, par l'examen des fragments excisés on peut obtenir des renseignements précieux. Mais nous ne dirons pas avec Ruge et Veit (p. 147) : « La certitude du diagnostic au début du

cancer est acquise par deux moyens : l'un dangereux, l'observation clinique ; un sans danger, l'examen anatomique de fragments excisés. Le premier repose sur l'accroissement des érosions, des petites nodosités de la portion, etc... C'est là un procédé dangereux par-dessus tout, car il donne tardivement la certitude absolue, et, ici, tard veut souvent dire trop tard, au point de vue de l'intervention. »

Nous ajouterons que le nombre des cas dans lesquels l'examen histologique de fragments excisés nous donne la certitude absolue est assez restreint et se trouve encore réduit par les difficultés que l'on éprouve à pratiquer une excision sans altérer les rapports des éléments dans un tissu mou comme l'est souvent celui des points dégénérés.

En somme, il faut voir dans l'examen histologique des fragments excisés, un procédé de diagnostic qui est trop rarement mis en pratique. — Mais aujourd'hui, étant données les causes d'erreur que nous avons signalées et qui s'amoindriront sans doute par les progrès de l'anatomie pathologique, il ne suffit pas pour qu'on puisse, avec son seul secours, faire toujours un diagnostic précoce.

B. *Diagnostic du cancer quand la tumeur est très développée.* — Si les lésions sont très développées, si le cancer a envahi une grande partie du col, le diagnostic devient facile, car les symptômes sont plus nets.

L'examen direct des organes atteints ne laisse généralement aucun doute dans l'esprit, pourvu qu'on n'oublie pas les modifications de consistance que subit le cancer dans la grossesse.

Il est cependant certaines causes d'erreurs qui sont intimement liées à la présence de la grossesse et de l'accouchement et que nous devons signaler.

Dans certains cas, les hémorrhagies sont, ainsi que nous l'avons dit, fréquentes et très abondantes, et constituent le symptôme principal; après s'être reproduites à plusieurs reprises pendant la grossesse et être devenues surtout abondantes pendant les derniers mois, elles peuvent, pendant l'accouchement, devenir très inquiétantes. Elles ressemblent, jusqu'à un certain point, à celles qu'on observe quand il y a insertion vicieuse du placenta.

Cette erreur a été plusieurs fois commise par des médecins qui, prévenus par ces hémorrhagies, croyaient reconnaître des cotylédons placentaires dans les masses cancéreuses et pensaient trouver un argument en faveur de leur diagnostic dans la facilité avec laquelle, par le toucher, ils provoquaient des hémorrhagies.

Puisque des accoucheurs distingués, comme Denman (1), Lecorché Colombe, Mme Lachapelle, Hesse (2), ont pu commettre cette erreur, nous devons admettre que dans certains cas le diagnostic présente de réelles difficultés. Il semble cependant que la sensation perçue par le doigt, quand on presse un cotylédon et celle donnée par une masse cancéreuse ne soient pas comparables ; que dans le cas de placenta prævia, on doive toujours pouvoir reconnaître, au-dessous du placenta, le col resté sain, tandis que dans le cas de cancer, c'est la paroi cervicale elle-même qui est atteinte et présente les masses senties par le doigt. Cependant la difficulté deviendrait plus grande si, comme dans le cas de Fischl (3) il y avait en même temps cancer du col et du placenta prævia.

---

(1) Denman. *Practice of midwifery*, p. 255.

(2) Voy. *Clinique* de Depaul.

(3) Obs. LV. — Fischl : *Placenta prævia mit Carcinom des Uterus.* (Allg. Med. Zeit. IX, 8. 1864.)

Une femme de trente-deux ans, multipare, arrivée au terme de sa grossesse. Le travail dure depuis deux jours et s'accompagne d'une abondante hémorrhagie : on n'entend plus les battements du cœur

La forme des tumeurs cancéreuses est parfois si bizarre, qu'elle simule celle de quelque partie fœtale, d'où une confusion qui paraît avoir été commise un certain nombre de fois. Le plus souvent, on a confondu la tumeur cancéreuse avec une petite partie fœtale, une main ou un pied. Parfois on a cru reconnaître les fesses, la tête (1). Cette erreur sera certainement évitée si on pratique le toucher avec quelque attention, car les parties fœtales ne s'implantent jamais sur le col.

Enfin, on a dans certains cas commis une erreur inverse et cru à la présence d'un cancer qui n'existait pas, soit qu'il y eût présence de brides cicatricielles sur le col, soit qu'il y eût simple-

---

fœtal. Au toucher on sent le col dilaté de la dimension d'un thaler, inégal, dur et douloureux à la pression : à gauche entre la tête et le bord de l'orifice le doigt atteint un corps spongieux qui est le bord du placenta. On ne sent aucun point ulcéré sur le col. Les douleurs sont faibles, cependant le lendemain la dilatation du col est plus considérable. La partie antérieure du col résiste; la partie postérieure est presque complètement effacée. La bosse séro-sanguine ne permet pas de sentir les sutures ni les fontanelles. On observe plusieurs frissons et des vomissements; les douleurs s'arrêtent ainsi que l'hémorrhagie. On applique un tampon et on administre du seigle ergoté, qui permettent enfin d'obtenir une dilatation suffisante. On fait une application de forceps qui est très pénible, on attire la tumeur dans les tractions, enfin on *extrait un fœtus putréfié*. Immédiatement après on observe une hémorrhagie placentaire, qui ne se reproduit pas. **Cette femme guérit**, mais elle mourut plus tard du fait de son cancer.

(1) Obs. LVI. — Boivin et Dugès. *Tumeur squirrheuse du col de l'utérus; conception; accouchement naturel à terme.* (Traité pratique des maladies de l'utérus, Paris 1833. T. II, p. 56.)

Mme B.., âgée de trente-sept ans, est accouchée heureusement trois fois et à terme; après sa dernière couche, elle eut une métrorrhagie qui dura six mois. L'examen apprend que le col de l'utérus est entièrement dévoré par une ulcération cancéreuse. La portion restante du col présente des bords durs, déchiquetés, insensibles.

Après un an de veuvage, elle se remarie. L'acte vénérien était suivi d'un écoulement de sang assez considérable, mais sans douleur. Le second mois du mariage les symptômes de grossesse se firent sentir; le troisième mois, petite perte de sang, elle reparut souvent et augmenta d'intensité à mesure que la grossesse approchait de son terme.

Dans le cours du neuvième mois, les douleurs utérines apparaissent; la tumeur du vagin est prise pour la tête de l'enfant. Les douleurs et l'hémorrhagie continuent pendant huit jours au bout desquels la poche charnue s'ouvrit pour laisser *passer un fœtus mort putréfié*.

**Quelques mois plus tard la malade mourut.**

ment rigidité. Cette erreur paraît avoir été commise par Newmann (1) qui, dans un cas, fit l'opération césarienne, croyant avoir affaire à un cancer du col. La mère se rétablit et quand, six ans plus tard, elle devint de nouveau enceinte, l'accouchement fut terminé par une simple application de forceps. Le cancer n'existait plus.

Quand l'obstacle à l'accouchement est dû à des cicatrices, un examen attentif des malades, la connaissance d'accouchements antérieurs, pénibles, et ayant nécessité des opérations laborieuses, la présence de cicatrices plus ou moins longues sur la paroi vaginale, la dureté excessive du tissu cicatriciel, l'absence d'ulcération fongueuse seront autant d'éléments qui permettront de faire le diagnostic.

Il est difficile, pour peu qu'on procède avec quelque attention, de croire à la présence d'un cancer du col quand il y a simplement rigidité de l'orifice.

Une fois le diagnostic du cancer certain, l'accoucheur devra rechercher avec soin, les particularités que peuvent présenter la tumeur. Il se rendra compte de la friabilité plus ou moins grande des tissus ; il recherchera si tout le col est envahi, si le segment inférieur est atteint, s'il existe quelque propagation vers le vagin, la vessie ou le rectum, si les ganglions sont dégénérés ; enfin il appréciera l'influence exercée par le cancer sur l'état général. Ce sont là des données indispensables pour qu'il puisse établir le pronostic.

La présence d'un cancer du col peut devenir une cause de difficultés dans le diagnostic de la grossesse.

L'augmentation de volume que subit l'utérus pendant les premières semaines de la gestation peut faire croire à une extension du cancer vers la paroi du corps. Les accidents sympathi-

(1) Newmam. *Obstetrical transactions*. 1882.

ques éprouvés par la femme peuvent facilement s'expliquer par la seule présence du néoplasme. Une erreur de diagnostic est donc ici très facile. Mais si on observe pendant quelque temps la malade, on peut constater la rapide augmentation du volume de l'utérus, et l'apparition des signes de certitude de la grossesse lèvera tous les doutes.

Nous avons dit que les hémorrhagies dues au cancer pouvaient se présenter pendant la grossesse avec une certaine intermittence et simuler les hémorrhagies menstruelles. Un examen attentif montrera qu'il s'agit bien ici de métrorrhagie et non de ménorrhagie. De plus, si on procède à un examen didirect de l'utérus par le palper et le toucher, on reconnaîtra la distension de l'utérus, et on pourra par ces procédés d'exploration et par l'auscultation acquérir la certitude qu'il y a grossesse.

Cependant, ces hémorrhagies ont fait parfois méconnaître la grossesse et nous avons recueilli un certain nombre d'exemples de cette erreur. Dans certains cas, la femme ne reconnut qu'elle était enceinte qu'au moment où elle perçut pour la première fois les mouvements actifs du fœtus (1). Dans un fait recueilli par Oldham (2), par exemple, la malade reconnut à ce

---

(1) Voyez les observations XXXIV, dne à Hesse; IX, due à Horteloup.

(2) Obs. LVII.— Pedelaborde : *Accouchement naturel chez une femme affectée d'un cancer du col de l'utérus. Grossesse inaperçue par la femme jusqu'au dernier moment.* (*In* Chantreuil, p. 28.)

Mme R..., âgée de trente-deux ans, a déjà eu cinq enfants à terme; à la fin de mai 1847, elle entra à l'hôpital Beaujon, étant atteinte d'une leucorrhée et de pertes sanguines. Là, on reconnut par le toucher l'existence d'un cancer utérin; la grossesse ne fut point soupçonnée, quoiqu'elle eût déjà près de trois mois de date. La malade quitta Beaujon, et quand on la visita le 3 septembre, elle était enceinte de sept mois sans qu'elle s'en doutât. Elle avait éprouvé depuis quelques mois six pertes sanguines considérables.

Le col utérin était couvert dans toute la circonférence de mamelons cancéreux séparés par des sillons profonds. Le méat utérin était dilaté

signe qu'elle était enceinte et ne put convaincre son médecin qui nia la grossesse jusqu'au jour où l'accouchement se produisit. Parfois, comme dans l'observation recueillie par Pédelaborde, la grossesse resta méconnue jusqu'au moment de l'accouchement, malgré la présence d'un signe de grande probabilité, tel que les mouvements passifs. La grossesse dans ce cas était tellement peu soupçonnée que les membranes s'étant rompues prématurément on crut à une émission involontaire d'urine.

Ces erreurs seront certainement évitées, si au lieu de se fier aux renseignements donnés par les malades, on procède toujours à un examen direct de l'utérus.

Dans certains cas cependant, le diagnostic de la grossesse peut présenter les plus grandes difficultés.

Freudenberg (1) a rapporté un cas dans lequel il y avait à la fois

---

au point de permettre l'introduction du doigt jusqu'à la cavité utérine, dans laquelle se trouvait un corps mobile et flottant dans une masse de liquide. Pendant que la main droite était appliquée sur l'hypogastre, on combina avec le doigt introduit dans la matrice, des mouvements par lesquels on obtint le ballottement le plus évident; ce corps ne donna aucun signe de mouvement qui lui fût propre ; aussi l'idée de la présence d'un fœtus fut écartée. Les parois du ventre étaient flasques; au-dessus des pubis on sentait une tumeur ne proéminant pas au delà des épines iliaques supérieures. Un liquide sanieux, infect, s'écoulait du vagin.

Une tumeur, qui se développait dans l'épaisseur du sternum avec douleurs lancinantes et bosselures, venait compléter la conviction d'une diathèse cancéreuse.

Tout dans l'état général dénotait une constitution très altérée.

Des opiacés associés à des antispasmodiques, etc., amenèrent quelque soulagement pendant quinze jours.

Le ventre avait grossi, mais jamais l'idée de grossesse ne vint à la malade ni à son entourage.

Le 4 octobre un écoulement limpide et abondant se fait par le vagin; la malade croit à une émission d'urine.

Le 5 les coliques augmentent et au bout de quelques instants, elle accoucha d'un **enfant vivant**, mort quelques heures après.

(1) Obs. LVIII. — Freudenberg *Am. Journ. of obstet.*, 1877, p. 462-66.

Veuve de trente-cinq ans, mère de trois enfants, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à la naissance de son dernier enfant. Le 1er août 1875, ses règles d'ordinaire normales et régulières cessent; le 15 octobre

cancer du col, grossesse et rétroflexion. Dans ce fait la grossesse paraît avoir été méconnue jusqu'au moment où le fœtus fut expulsé. Le diagnostic quand les phénomènes sont aussi complexes est réellement des plus délicats et si le médecin ne perçoit aucun signe de grossesse, une erreur est presque inévitable.

---

elle ressent de très vives douleurs dans le ventre et accompagnées d'écoulement de sang. En novembre, elle a une forte hémorrhagie par le vagin, une deuxième en décembre. Les symptômes augmentent le 20 janvier 1876. Cette femme est alitée, souffrant sans relâche de douleurs sacro-lombaires continuelles : dysurie et constipation.

Au toucher, tumeur dure, nodulée, pas très douloureuse, irrégulière, grosse de 6 à 7 centimètres environ, située très bas dans le vagin, immobile et occupant tout cet organe. L'orifice utérin présentant des lèvres hypertrophiées, indurées, était fortement appliqué au pubis ; la lèvre antérieure était au-dessus de la symphyse, inaccessible au doigt. La paroi vaginale postérieure était infiltrée, nodulaire. Utérus nettement en rétroversion.

Le diagnostic fut fait : cancer squirrheux de l'utérus ; rétroversion, enclavement ; infiltration cancéreuse des parois vaginales.

Pendant huit semaines, plusieurs hémorrhagies avec augmentation de la douleur nécessitant l'emploi des opiacés.

Le 6 avril, par le toucher vaginal et rectal, on note que la tumeur du vagin mesure de 9 à 10 centimètres de diamètre, elle oblitère entièrement le canal vaginal. Une tumeur indépendante, de la grosseur d'une noix s'est développée dans la cloison recto-vaginale, puis le sphincter anal. La paroi vaginale antérieure présente quelques nodosités saillantes, des rides nombreuses, des irrégularités développées sur la surface de la tumeur principale.

L'abdomen présente une espèce de tumeur au-dessus des pubis qui remonte jusqu'à la moitié de la distance qui sépare les pubis de l'ombilic. Cette induration, dans l'hypogastre et les régions iliaques, fut attribuée à l'élévation de l'infiltration cancéreuse. Autour de la tumeur hypogastrique l'abdomen est mou et flasque.

Ecoulement de sang très abondant ; constipation excessive. La tumeur oblitère le rectum et la miction nécessite de violents efforts.

A cette époque, trois docteurs confirment le diagnostic du cancer ; lorsque le 20 mai, la femme accoucha seule, *d'un enfant complètement développé, mort-né.*

Le placenta fut extrait avec beaucoup de peine, il présentait une densité insolite.

La malade raconte qu'elle a senti la masse faisant saillie, six ou huit heures, après l'expulsion du fœtus.

Le lendemain : fièvre intense. Pendant huit jours l'urine est mucopurulente, fétide.

Au dixième jour l'état général s'améliore ; la tumeur sus-pubienne diminue, le ténesme rectal persiste. Au toucher, induration, nodosités dans les cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale.

Le 4 juin, la tumeur sus-pubienne a presque disparu ; la femme retient l'urine, mais non les matières fécales.

Le 28, le toucher montre que les indurations recto-vaginale et vésico-

Decrozant (1) a observé un cas dans lequel il y avait à la fois cancer de l'utérus et grossesse extra-utérine. Mais il semble ressortir de la discussion qui suivit la communication de cet auteur que la grossesse extra-utérine remontait à six années. Le cancer ne peut donc être regardé comme en ayant été la cause. Le diagnostic d'une grossesse extra-utérine ancienne coïncidant avec un cancer utérin ne peut guère être établi que par l'examen attentif de la tumeur voisine de l'utérus et par l'anamnèse ; quant à la complication du cancer par une grossesse extra-utérine récente (complication qui doit être fort rare, car nous n'en avons rencontré aucun exemple), elle ne pourra être diagnostiquée que si l'on reconnaît à côté de l'utérus vide un kyste contenant un fœtus vivant.

Le diagnostic de la grossesse étant certain on devra détermi-

---

vaginale ont augmenté, et autant que le doigt permet de reconnaître, une masse de tumeurs noueuses qui empêchent de préciser la situation et l'état de l'orifice utérin. A la vue, sans spéculum, un certain nombre de tumeurs vaginales de couleur jaune au milieu de la muqueuse.

Le 10 juillet : facies caractéristique — jaune-paille ; issue d'un lambeau de tissu gangréneux de 7 à 8 centimètres, sur 3 à 4 centimètres de large.

4 août : œdème de la face et des mains ; pouls et forces diminuent.

12 août, **Mort**. Hémorrhagies dans les dernières heures de la vie.

*Autopsie.* — Col, orifice, vagin, cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale, infiltrés et ulcérés. Tunique interne de la vessie injectée. A l'orifice interne de l'urèthre masses granuleuses en voie de formation. — Nodosités jaunes faisant saillie dans la surface interne de la vessie.

L'infiltration des parois vaginales est si étendue que « le canal cervical », que l'utérus ne peuvent être atteints par le toucher. Infiltration des petites lèvres et érosions des grandes lèvres.

(1) Obs. LIX. — Decrozant. (Bullet. Soc. anat., 1884, p. 260-263.)

Femme de quarante-deux ans, portant à la partie inférieure de l'abdomen une tumeur indolente, du volume d'une tête de fœtus. Persistance de la menstruation ; quelques métrorrhagies.

La femme entre à l'hôpital, cachectique, trois mois avant sa mort. A l'autopsie, on trouve l'utérus volumineux, comme au troisième mois de la grossesse, avec des parois de $0^m,06$ à $0^m,07$ d'épaisseur, dures, résistantes, présentant des noyaux squirrheux et de petits foyers purulents. Le col est volumineux, allongé et participe aux altérations du corps. Entre l'utérus et le rectum se trouve un kyste (qui paraît s'être développé dans le tissu cellulaire du bassin, en refoulant en haut le péritoine de l'excavation retro-utérine) ; ce kyste renferme un fœtus de cinq mois, ayant subi un commencement de putréfaction.

ner avec soin toutes les particularités que celle-ci pourra présenter. On recherchera quel est l'état de l'enfant, son degré de développement; on précisera la gravité des accidents éprouvés par la mère.

---

# CHAPITRE VI

## PRONOSTIC

*Sommaire.* — GRAVITÉ DU PRONOSTIC. — COMPLICATIONS DES SUITES DE COUCHES DUES A LA PRÉSENCE DU CANCER. — AGGRAVATION DANS LA MARCHE DU CANCER APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Nous avons indiqué les accidents que la présence du cancer pouvait entraîner pendant la grossesse et l'accouchement; nous montrerons plus loin combien sont graves les interventions auxquelles on est souvent obligé de recourir.

Mais si on fait abstraction des cas particuliers et si on cherche à apprécier par des chiffres quelle est d'une manière générale la gravité du pronostic pour l'enfant et pour la mère, on voit, d'après les chiffres donnés par Herman, que sur cent quatorze enfants cinquante-huit seulement naquirent vivants.

D'après la statistique de Cohnstein, le pronostic serait également très grave. En effet, sur cent vingt-six faits réunis par cet auteur, soixante-douze femmes succombèrent pendant la puerpéralité. Sur cent seize enfants dont le sort était connu, quarante-deux seulement naquirent vivants. Ajoutons que sur ces soixante-douze femmes, il en est trente et une qui succombèrent pendant l'accouchement ou immédiatement après l'expul-

sion du fœtus; vingt fois la mort survint dans les vingt jours qui suivirent l'accouchement.

La mortalité paraît être plus grande quand l'accouchement a lieu prématurément ou à terme que dans les cas où il y a avortement. C'est ainsi que, d'après Herman, dans dix-huit cas d'avortement, trois femmes seulement auraient succombé; tandis que sur cinquante et un cas d'accouchements prématurés ou à terme s'étant terminés spontanément, la mort de la femme serait survenue seize fois.

Enfin, sur cinquante et un cas, dix-sept enfants vinrent au monde morts; vingt-quatre étaient vivants au moment de leur naissance; pour dix enfants il n'est donné aucun renseignement.

D'après les chiffres donnés par Cohnstein, la mort surviendrait souvent pendant les suites de couches. Il n'y a là rien qui doive nous étonner.

Quand l'accouchement s'est terminé sans traumatisme excessif, quand on n'a pas à redouter, dès le début des suites de couches, ces phénomènes de shock, d'épuisement qui peuvent en quelques heures entraîner la mort des femmes, le pronostic resté encore très grave. En effet, on observe souvent, peu de temps après la délivrance, des hémorrhagies très abondantes qui tantôt sont attribuables à de l'inertie utérine, tantôt aux déchirures qui se produisent fréquemment au milieu du tissu cancéreux.

A côté de ces hémorrhagies de la délivrance il en est d'autres qui apparaissent plus tardivement, au bout de huit ou dix jours, quelquefois plus tard encore. Elles sont dues à la chute d'escharres plus ou moins étendues (1). Ces hémorrhagies contribuent encore à assombrir notablement le pronostic, même si

---

(1) Obs. LX. — Cormack : (Lond. Journ. of Med., 1851, p. 212.)
Femme âgée de trente ans, arrivée à sa quatrième grossesse; pendant la présente grossesse, écoulement aqueux, abondant. Hémorrhagies intenses qui se sont continuées jusque il y a un mois; cependant l'état

elles ne sont pas abondantes, car elles surviennent chez des malades déjà très affaiblies.

Enfin le pronostic est encore aggravé par la facilité avec laquelle des phénomènes infectieux apparaissent pendant les suites de couches.

Même quand le travail a été spontané, quand le fœtus est né vivant, les liquides sécrétés par la plaie cancéreuse ont des propriétés septiques très développés et pour peu qu'ils soient absorbés par la plaie utérine, les accidents les plus graves peuvent apparaître. On conçoit que la situation devienne encore plus critique, si la durée du travail a été excessive, s'il a fallu recourir à des interventions laborieuses, surtout si le fœtus ayant succombé pendant le travail, s'est putréfié. Dans ce cas, la mort survient presque fatalement.

Enfin les masses cancéreuses n'ont pas été impunément lacérées, froissées, arrachées pendant l'accouchement; les tissus dégénérés ne peuvent se réparer, ils se gangrènent (1), tombent en putrilage, et on voit s'écouler par les voies génitales un liquide

---

général continue à être bon. Au fond du vagin, on trouve une masse irrégulière, dure, s'insérant sur la lèvre antérieure du col.

L'accouchement a lieu à terme. Au début, il s'est fait de nombreuses hémorrhagies.

La durée totale du travail a été de vingt-huit heures.

*L'enfant vivant.*

**La femme eut des suites de couches régulières** jusqu'au quatorzième jour; à ce moment elle éprouva une hémorrhagie alarmante et de vives douleurs dans la région hypogastrique.

Deux mois et demi après l'accouchement on pratiqua l'excision du col, mais il y eut récidive et la malade succomba huit mois après son accouchement.

(1) Obs. LXI. — MAURICEAU (NOUVELLES OBSERVATIONS). *De l'accouchement d'une femme qui avait un ulcère carcinomateux à la matrice, dont elle mourut trois mois ensuite.*

« Le 20 août 1880, j'ai accouché une femme grosse de huit mois, d'un *enfant mort en son ventre*, depuis cinq jours que les eaux s'étaient écoulées, sans aucune dilatation de la matrice, à l'orifice interne de laquelle elle avait un ulcère endurci, qui me parut être, dès lors, carcinomateux, et que je crus la devoir infailliblement faire mourir dans peu, comme il arriva trois mois après son accouchement. Cette femme

noirâtre, répandant une odeur d'une fétidité extrême. La mort peut alors survenir avec une grande rapidité. Parfois, ces plaques de sphacèle ne se produisent pas au niveau du col, mais siègent sur la paroi utérine qui a été comprimée pendant longtemps entre la partie fœtale et la paroi osseuse du bassin, le promontoire, par exemple. On peut alors voir quand les eschares se détachent naître une péritonite à marche très rapide (1).

Enfin, quand la dégénérescence cancereuse siège sur la lèvre antérieure du col, surtout si elle envahit la paroi vaginale, on

---

avait été malade, au lit depuis quatre mois entiers, durant lesquels elle avait senti de continuelles douleurs en urinant, avec la fièvre de temps en temps, ayant aussi, par intervalles, quelque petite perte de sang par la matrice, qui venait de cet ulcère. Elle me dit en l'accouchant, qu'elle avait été fort incommodée de flueurs blanches depuis quatre ans et que, néanmoins, il n'y avait qu'un an qu'elle était accouchée heureusement d'un autre enfant vivant.

. . . . . .

« La corruption de ce dernier enfant mort dont je l'accouchai, avait rendu les vidanges de sa couche si malignes et si putrides, qu'elles firent escharre à toute la circonférence intérieure du col de la matrice, et au col même de la vessie, d'où plusieurs lambeaux de substance membraneuse se détachèrent pendant douze ou quinze jours ; la malade ayant eu durant ce temps une fièvre assez violente, avec des redoublements toutes les nuits, et un flux de ventre avec issue involontaire de l'urine ; tous lesquels accidents ayant encore augmenté la malignité de l'ulcère cancinomateux qui était à l'orifice interne de la matrice, accélérèrent sa mort, qui arriva, comme j'ai dit, trois mois après son accouchement.

(1) Obs. LXII. — Churchill. *Accouchement spontané; rupture de l'utérus.* (Traité des maladies des femmes. Trad. par Wieland et Dubusay 1865, p. 397. Obs. rapportée dans le M. de Chantreuil, p. 48.)

Dans l'année 1843, il se presenta à Westemlying in Hospital, un cas d'ulcère rongeant qui avait sans doute commencé pendant la grossesse, mais qui ne fut découvert qu'après l'accouchement.

Mistress S. , âgée de quarante ans, entre le 1er avril, étant en travail de son huitième enfant ; les douleurs qui durent depuis plus de vingt-quatre heures sont alors très intenses et expulsives.

Le col est presque entièrement détruit par une ulcération irrégulière qui avait gagné plus profondément la substance de l'utérus à sa partie postérieure ; les parties étaient très peu épaissies.

Depuis au moins cinq mois Ms. a un écoulement abondant, fétide, accompagné en ce moment de douleurs aiguës. La tête de l'enfant pressait sur l'orifice utérin sans le dilater. A huit heures du soir, des contractions violentes firent sortir l'enfant, *il était putréfié.*

Pendant les premiers jours la malade continua à avoir le pouls rapide,

observe fréquemment des plaques de gangrène sur les tissus qui ont été comprimés entre la tête fœtale et la face postérieure du pubis. Quand les eschares se détachent, on voit alors apparaître de larges fistules dont la production aggrave encore le pronostic (1).

Mais la situation de la femme n'est pas seulement rendue critique par les complications qui surviennent pendant les suites de couches.

La marche du cancer qui était devenue plus rapide pendant la grossesse se précipite ordinairement après l'accouchement. Le cancer du col constitue un véritable *noli me tangere* et il n'est pas étonnant que sous l'influence des traumatismes subis pendant l'accouchement par les tissus dégénérés, le néoplasme acquière une malignité très marquée. Il se passe ici quelque chose d'analogue à ce qu'on voit se produire dans les épithéliomes de la face, qui pendant plus ou moins longtemps peuvent avoir une marche torpide, mais qui tout à coup se développent avec une grande rapidité, pour peu qu'on les ait irrités par quelque traumatisme ou quelque intervention intempestive.

L'aggravation qui se manifeste dans la marche du cancer utérin après l'accouchement, n'est donc pas seulement la conséquence de l'allure plus rapide avec laquelle le néoplasme s'est développé pendant la grossesse. Elle reconnaît comme causes les

---

mais ferme; l'écoulement était d'une fétidité insupportable, l'abdomen un peu douloureux.

Ces phénomènes fébriles augmentèrent dès le quatrième jour et la **malade mourut le 6 avril**.

A l'autopsie, on trouva le ventre tuméfié et tympanique; dans le péritoine un épanchement modéré de sérosité jaunâtre, laquelle avait recouvert et collé les intestins et l'épiploon. Quelques caillots de sang dans le ligament large gauche, un peu de sang dans la cavité pelvienne. En arrière à la réunion du corps et du col de l'utérus il y avait une fente transversale d'à peu près un pouce de long, correspondant à la partie entamée par l'ulcération. Le col était presque détruit, mais le corps était sain. En aucun point n'existait de dépôt d'un tissu étranger quelconque

(1) Voyez Laubreis. Obs. n° 3.

traumas de l'accouchement et peut-être aussi les modifications qui se produisent dans le muscle utérin pendant l'involution utérine. On peut s'en convaincre en recherchant si cette aggravation s'observe également quand on a pratiqué l'opération césarienne, c'est-à-dire quand des traumatismes aussi intenses que ceux auxquels nous faisions allusion plus haut n'ont pas pu se produire.

Nous avons pu relever trois cas d'opération césarienne suivie de succès, dans lesquels une amélioration très notable s'était produite après les suites de couches. Le premier de ces faits fut observé par Oldham. La malade avait éprouvé de violentes douleurs pendant la grossesse; le cancer qui, pendant la gestatation avait pris une marche très rapide, sembla rester stationnaire et nous citons le langage même de cet auteur. « The disease had sprunk somewhat, the discharge was not very abundant, she had been free from the ordinary pains, and her general health was well supported (1). » L'autre fait nous est fourni par Greenhalgh qui, après avoir pratiqué l'opération césarienne, constatait : « For more than six months after the opération the disease, which was advancing rapidly, enderwent considerable improvement, the hœmorrage and pain ceasing, and the local affection dwindling to an almost inappreciable degree. » Le troisième fait a été observé par Edis.

Nous avons recherché dans les observations que nous avons recueillies, si l'évolution du cancer se faisait avec la même rapidité, quand il y avait eu avortement, accouchement prématuré ou accouchement à terme; malheureusement nous n'avons pu arriver sur ce point à aucune conclusion, tant les renseignements donnés sont fréquemment vagues.

---

(1) Oldham. *Guy's hospital Reports.*

Quoi qu'il en soit, l'action fâcheuse causée par les traumatismes de l'accouchement paraît certaine, et il ne faut pas oublier que les complications de l'accouchement, les interventions opératoires comportent un pronostic plus grave que celui qu'on pourrait déduire des dangers immédiats qu'elles font courir aux malades.

---

# CHAPITRE VII

## TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN PENDANT LA GROSSESSE

ACCOUCHEMENT ET AVORTEMENT PROVOQUÉS. — AMPUTATION DU COL. — ABLATION TOTALE DE L'UTÉRUS. — TRAITEMENT QU'IL FAUT ADOPTER.

« And come he slow, or come he fast
« It is but Death who comes at last.
« MARMION. »

Il serait aujourd'hui prématuré de vouloir résoudre toutes les questions que soulève le traitement du cancer utérin pendant la grossesse, car toutes les difficultés qui entourent le traitement, quand la femme n'est pas enceinte, semblaient s'accumuler ici. Avant d'entreprendre une intervention même bénigne, on devra toujours comparer avec soin les avantages qui peuvent être obtenus pour la mère et les dangers qu'elle peut faire courir au fœtus. Les conditions du problème sont si complexes que sur bien des points, nous allons nous borner à indiquer des questions que seul l'avenir pourra résoudre.

Les diverses méthodes de traitement qui ont été proposées dans le cas de cancer utérin compliquant la grossesse, sont les suivantes :

1° Interrompre la grossesse en provoquant l'avortement ou l'accouchement prématuré;

2° Pratiquer l'amputation du col;

3° Pratiquer l'extirpation de l'utérus.

Nous étudierons sucessivement les avantages et les inconvénients de chacune de ces méthodes opératoires. Puis nous appuyant sur les conclusions que nous aurons pu formuler, nous indiquerons quelle est, d'une manière générale, la conduite qui, *dans l'état actuel de la science,* doit être adoptée et que nous pouvons formuler ainsi :

S'abstenir de toute intervention dont la nécessité n'est pas absolue; traiter les accidents dus au cancer.

### I. *On peut interrompre la grossesse en provoquant l'avortement ou l'accouchement prématuré.*

Les auteurs qui ont préconisé l'avortement ou l'accouchement provoqués dans le cas de cancer utérin compliquant la grossesse se sont laissé guider par des indications fort différentes.

*A.* Les uns avec Robert Lee (1), Rosser (2), Hermann (3), ont été surtout frappés de l'aggravation que présentait le cancer pendant la grossesse, et ils ont vu dans l'interruption de celle-ci un moyen d'enrayer, s'il était possible, les accidents.

Pour ces auteurs, l'enfant est en quelque sorte une quantité négligeable, et plus l'intervention sera précoce, meilleurs seront les résultats. Aussi voit-on Rosser déclarer que l'avortement provoqué doit toujours être fait du troisième au quatrième mois Hermann considère l'avortement provoqué comme étant indiqué

(1) Robert Lee. *Clinical midwifery.*
(2) Rosser. *Obstetrical transactions,* T. XXIII, p.186.
(3) Hermann.*Obstetrical transactions,* T. XX.

dans tous les cas où le cancer est très étendu et où on ne peut songer à faire l'ablation du col ; pour lui, il faut agir de très bonne heure. Lee attend plus, mais pour peu que le cancer soit étendu, il faut interrompre la grossesse avant le septième mois et n'attendre jusqu'au huitième mois que si les lésions sont peu considérables.

*B.* Scanzoni (1), West (2) en se montrant partisans de l'interruption de la grossesse ont surtout voulu éviter les causes de dystocie qu'on rencontre quand l'accouchement se fait à terme et qui s'observent moins souvent quand l'accouchement est prématuré ou quand il y a avortement. Pour ces auteurs, le moment auquel se fera l'interruption de la grossesse varie suivant l'importance de l'obstacle apporté à l'expulsion du fœtus.

*C.* Simpson (3) se montre plus réservé. Il ne voit, dans l'interruption de la grossesse qu'un moyen de sauvegarder à la fois les intérêts de la mère et ceux de l'enfant ; il attache tellement d'importance à ces derniers, qu'il considère comme « contraire aux règles de la profession et de la morale » l'opinion d'après laquelle on pourrait intervenir avant que l'enfant fût viable. Pour lui, il faut interrompre la grossesse le plus tard possible et seulement quand l'accroissement rapide de la tumeur fait craindre qu'un accouchement, par les voies naturelles, ne puisse se faire qu'au prix d'une intervention mortelle pour le fœtus.

*D.* Un certain nombre d'auteurs ne se laissent guider par aucune des considérations précédentes, quand ils proposent l'accouchement prématuré ou l'avortement provoqué. Pour eux une intervention telle que l'amputation du col, l'ablation de

---

(1) Scanzoni. *Lehrbuch.*

(2) West. *Leçons sur les maladies des femmes.*

(3) Simpson. *Obstetric memoirs.* Vol. I.

l'utérus par la voie vaginale a bien plus de chances de réussir si la grossesse n'existe plus, car les causes de propagation rapide de la dégénérescence ont disparu. Ils provoquent donc l'interruption de la grossesse, afin de pouvoir faire une opération curatrice.

*E.* On a proposé l'interruption immédiate de la grossesse dans des cas où l'état de la mère présentait une telle gravité que la mort paraissait devoir survenir à bref délai. En agissant ainsi, on cherche à protéger tantôt les intérêts de la mère, car on voit dans la cessation de la grossesse un moyen de diminuer les accidents et de prolonger la vie; tantôt les intérêts de l'enfant, si on opère après l'époque de la viabilité et avant que l'agonie n'ait compromis la vie du fœtus.

Les indications par lesquelles les auteurs se sont laissé guider sont, on le voit, très variées. Etudions si elles sont remplies.

A. — *Est-il légitime de provoquer l'avortement et l'accouchement prématuré dans le but de lutter contre l'extension trop rapide de la tumeur ?* Nous ne le pensons pas.

L'avortement et l'accouchement prématuré n'ont pas toujours sur la marche du cancer, une influence heureuse.

Mais voici ce que disent les faits. Nous avons relevé deux cas d'avortement et un cas d'accouchement provoqués dans le but d'enrayer la marche du cancer (1). Dans un des deux faits d'avortement provoqué, l'opérateur ne donne aucun renseignement sur la marche du cancer après l'opération ; dans le cas publié par

---

(1) Obs. LXIII. — Mackensie. *Obstetrical transactions*, T. I, p. 11.

Tumeur cancéreuse envahissant le segment antérieur du col.

On provoque l'avortement à la quatorzième semaine et dans ce but, on a recours aux injections d'eau chaude dans l'utérus et au courant continu. Le travail dura quatre jours. L'hémorrhagie fut relativement peu abondante. La mère guérit. Etat de santé consécutif non connu.

Herman (1), la mort survint sept mois plus tard grâce aux progrès du cancer. Dans le fait d'Ashwell (2), où on provoque l'accouchement au septième mois, la mère succomba huit jours après l'opération.

Ces résultats ne paraissent guère être en faveur de l'interruption de la grossesse pratiquée dans le but d'enrayer la marche du cancer (3). En somme, le bénéfice à atteindre est fort douteux; et on compromet inutilement la vie de l'enfant. Cette

---

(1) Obs. LXIV. — HERMAN. *Cancer, with fixation of cervix uteri; pregnancy, copious hæmorrhage : abortion induced at end of fifth month; marked relief to symptoms. Death seven months afterwards.* TRANS. L.OBST. V. XX 1878, p. 193.)

Femme de trente-trois ans, arrivée à sa neuvième grossesse. Depuis le commencement, de la gestation, qui paraît remonter à cinq mois, elle se plaint d'hémorrhagies qui depuis quelques jours sont devenues très abondantes. On décide de pratiquer l'avortement, afin de lutter contre l'hémorrhagie. Pour pratiquer cette opération, on détruit les tissus cancéreux aussi loin que possible avec le thermocautère. Grâce à ce moyen le canal cervical à travers lequel on pouvait à peine introduire une sonde, put recevoir deux tiges de laminaria. L'avortement terminé, les hémorrhagies cessèrent; **l'état général s'améliora momentanément,** mais la malade succomba sept mois plus tard aux progrès du cancer.

(2) Obs. LXV. — ASHWELL. *Cancer des organes génitaux propagé au col. Accouchement prématuré artificiel.* (GUY'S HOSPITAL REPORTS, II, p. 247, avril 1837.)

Femme âgée de trente-huit ans, Vpare. Le cancer débute avec la grossesse. On observe une masse carcinomateuse occupant la partie gauche des lèvres, et envahissant le mont de Vénus. Au moment du travail tous les organes génitaux sont pris.

On provoque l'accouchement prématuré artificiel à sept mois en pratiquant la ponction des membranes : les douleurs surviennent, on n'observe presque pas d'hémorrhagie. **Perforation de la tête fœtale. La mère meurt le huitième jour.** A l'autopsie, on trouve un cancer de la lèvre antérieure du col, et de nombreux cancers secondaires dans les autres organes.

(3) A côté des faits précédents, on ne lira peut-être pas sans intérêt le fait suivant que nous empruntons à Tanner et qui nous paraît fort instructif.

(1) Obs. LXV *bis*. TANNER. (*Obst. trans.* T. IV, p. 243.)

Une femme, âgée de trente-neuf ans, présente une tumeur de la paroi abdominale au niveau de l'ombilic. Au toucher, on trouve un tissu induré faisant saillie dans le vagin, paraissant venir de la face antérieure du sacrum, bien qu'en réalité il siégeât dans la paroi recto-vaginale. L'accroissement de cette tumeur a été très rapide depuis quinze jours.

On ponctionne les membranes de l'œuf et le surlendemain les dou-

opinion est, du reste, celle de la plupart des accoucheurs, de Séhrœder (1), de Barnes (2), etc.

B. — *L'avortement ou l'accouchement provoqués peuvent-ils être conseillés comme permettant d'éviter les difficultés qui se produiraient si l'accouchement avait lieu à terme?*

Si le petit volume du fœtus rend souvent l'accouchement prématuré et l'avortement plus faciles, il n'en est pas toujours ainsi. Parfois, ainsi que nous l'avons dit, on peut observer de bien grandes difficultés.

Nous avons recueilli deux observations dans lesquelles l'interruption de la grossesse a été provoquée dans ce but (3) au sixième mois.

Dans un cas, malgré la discission préalable pratiquée par Braun, la dilatation ne se fit pas suffisamment, on dut pratiquer

---

leurs se déclarent. Deux jours après la malade est épuisée, l'orifice est très rigide. *On fait l'extraction de l'enfant morceaux par morceaux.* Légère hémorrhagie; délivrance facile. Suites de couches bonnes au début : **Mort d'épuisement trois semaines après.**

On trouve à l'autopsie une infiltration des parois abdominales par le cancer. Mais l'utérus était normal.

(1) Schrœder. *Lehrbuch des geburtshülfe.*

(2) Barnes. *Obstetric. medicin.*, 1884.

(3) Obs. LXVI. — Welponer (*Wiener med. Presse*, 1880, 6 juin).

Une femme âgée de vingt-neuf ans est affectée depuis quatre semaines d'hémorrhagies fréquentes non accompagnées de douleurs, ni suivies de pertes blanches. Elle est atteinte d'un carcinome de la lèvre antérieure du col; la lèvre postérieure est indemne.

Le 13 janvier, on fait avec le galvanocautère l'amputation de la portion vaginale du col; on respecte le cul-de-sac de Douglas.

Un an après cette opération, cette femme devient enceinte pour la dixième fois.

Au cinquième mois de la grossesse, Braün pratique la discission du col cancéreux, laquelle donne lieu à une hémorrhagie de moyenne intensité et arrêtée par le perchlorure de fer. Le lendemain de l'amputation, des contractions douloureuses surviennent, elles augmentent pour se calmer le surlendemain.

Six jours plus tard (6e jour après l'opération), des douleurs apparaissent brusquement, elles s'accompagnent de vomissements. Le col est un peu ouvert, au bout de quelques heures la dilatation ne s'effectuant pas, on saisit la tête du fœtus avec le crânioclaste de Braün,

l'extraction forcée du fœtus avec le crânioclaste; et le fœtus était seulement âgé de cinq mois! Dans ce fait l'occlusion du col pouvait être attribuée en partie à la présence de tissu cicatriciel. Mais dans l'observation de Galabin (1), le travail fut tout aussi laborieux. La perforation des membranes, suivie de tentatives de dilatation avec les ballons de Barnes ayant échoué, on tenta en vain de pratiquer la version, d'appliquer le forceps,

---

malgré toutes les précautions prises, le col se déchire pendant l'extraction. **La femme meurt le cinquième jour.**

(1) Obs. LVII. — Galabin : *A case of pregnancy complicated by cancer of the cervix uteri; followed by pyæmia associated with symptoms simulating diphteria.* (Obstetrical transactions. XXIII, p. 186.)

Femme de vingt-cinq ans, arrivée à sa sixième grossesse ; depuis le mois de mai, c'est-à-dire depuis cinq ans elle n'a plus eu ses règles. Cependant elle a eu des métrorrhagies irrégulières à l'exception d'un intervalle d'un mois, de la mi-juillet à la mi-août. Le 3 octobre elle perdit une grande quantité de sang. Cette femme paraissait être enceinte de six mois environ. Tout le pourtour du col paraissait envahi par le cancer et fixé. Le cul-de-sac vaginal gauche était envahi, la masse était dure, saignait facilement au toucher; la dureté du néoplasme était telle que l'auteur pensait à l'opération césarienne. *Il se proposa alors d'attendre que l'enfant fût viable, de provoquer alors le travail*, et dans le cas où la dilatation ne serait pas faite de pratiquer l'opération césarienne. — Au huitième mois et demi, sur l'avis de Braxton Hicks on provoque le travail; on introduit une sonde sans rompre les membranes. Les douleurs apparurent quelques heures plus tard, mais en ayant peu ou pas de résultat sur le col. Toutes les quatre heures on fit une injection vaginale phéniquée. Au bout de vingt-quatre heures, la malade étant anesthésiée, on introduit le plus petit ballon de Barnes dans le col; les membranes étaient préalablement rompues, on introduit successivement les deux autres ballons. Mais la dilatation n'était guère avancée car elle semblait ne s'être faite qu'aux dépens d'une déchirure ayant son siège sur le côté gauche du col. On attend deux heures et on essaie alors de faire la version ; mais il était impossible de faire pénétrer la main et les contractions de l'utérus étaient telles qu'elles s'opposaient à la version bipolaire; on put cependant appliquer un long forceps, mais le col ne se dilata point. On fait la perforation, on applique le céphalotribe, mais la masse ne peut pénétrer dans le col, bien qu'on eût fait la rotation. On retire le céphalotribe et on applique le crânioclaste. La tête s'allongea et on pût l'extraire sans qu'il fût besoin d'opérer de bien fortes tractions. Le neuvième jour, la femme présentait sur les amygdales et le pharynx des fausses membranes. L'urine devint albumineuse et il y avait en même temps de la pleurésie. On porta le diagnostic d'angine diphtérique. — **La femme mourut le sixième jour après son accouchement.** Il y avait de la pneumonie à droite. Col utérin complètement envahi par le cancer; la face interne du col présentait des ecchymoses.

L'auteur pense que l'angine était de nature septique et non véritablement diphtéritique.

ont dut finalement recourir au crânioclaste. Le fœtus était âgé de six mois.

On pourrait croire que les difficultés se sont accumulées dans ces cas par un malheureux hasard; mais nous avons recherché comment s'était fait le travail dans six autres cas où, pour des motifs différents, on crut devoir interrompre la grossesse.

Trois fois, on avait provoqué l'avortement. Dans un cas, l'avortement se fit sans difficulté notable. Dans les deux autres cas, la dilatation fut une fois pénible; on dut dilater lentement le col. L'enfant se présentait par le siège; quand on dut extraire la tête, le col était si peu dilaté que par les tractions exercées sur le fœtus, on attira hors de la vulve la tumeur cancéreuse (Heywood Smith). Dans le troisième fait, le travail dura quatre jours.

Dans trois cas, on eut encore recours à l'accouchement prématuré provoqué. On dut, une fois, perforer la tête du fœtus qui n'était âgé que de sept mois.

Recherche-t-on quelle a été la mortalité des mères à la suite du travail, quand on a provoqué l'interruption de la grossesse; on voit que sur quatre femmes qui ont avorté, deux ont succombé des suites de l'opération. Sur quatre femmes qu'on a fait accoucher prématurément, deux ont succombé. Sur les quatre enfants nés avant terme, mais après l'époque de leur viabilité, deux succombèrent pendant l'opération; dans un cas, l'état de l'enfant n'est pas indiqué; dans un cas, l'enfant naquit vivant.

Ces chiffres nous paraissent assez éloquents pour que nous puissions dire :

Quand le cancer est susceptible de créer de grandes complications au moment du travail à terme, l'accouchement prématuré, l'avortement provoqué, ne mettent pas à l'abri de tous les accidents. Bien souvent, en y ayant recours, on ne fait que sacrifier le fœtus sans bénéfice pour la mère.

C. — *Peut-on considérer l'accouchement prématuré provoqué comme une opération favorable au fœtus, en rendant moins nombreuses ses chances de mort pendant le travail?*

Ce que nous venons de dire nous montre qu'il n'en est rien. Mais cette opération doit encore être rejetée pour une autre raison.

La provocation de l'accouchement ou de l'avortement est devenue, grâce à la méthode antiseptique et aux excellents procédés que nous avons à notre disposition, une opération des plus faciles et qui, par elle-même, n'est la source d'aucun danger pour la mère. Cela est vrai quand on provoque l'accouchement dans le cas de bassin rétréci par exemple, lorsque le col est sain. Mais il n'en est plus de même quand les parois du canal cervical sont envahies par la dégénérescence cancéreuse. Dans le cas publié par Herman il était impossible de trouver le canal cervical au milieu des végétations qui recouvraient l'ulcère cancéreux. On dut détruire aussi loin que possible avec le thermocautère les tissus dégénérés, et on put seulement, après cette opération préliminaire introduire deux tiges de laminaria dans le col.

Lorsqu'il y a cancer, les difficultés qu'on peut rencontrer pour provoquer l'accouchement viennent encore assombrir le pronostic.

*D. — Est-il légitime de provoquer l'interruption de la grossesse afin de pouvoir pratiquer ensuite une opération curatrice?*

Nous croyons devoir ici distinguer deux cas :

1° Les opérateurs ont, après l'avortement ou l'accouchement prématuré, pratiqué l'amputation du col.

2° Ils ont fait l'excision totale de l'utérus.

1° De l'avortement et de l'accouchement prématuré provoqués, considérés comme opération préparatoire à l'amputation du col.

Nous avons relevé trois exemples de ce mode d'intervention (1).

---

(1) Obs. LXVIII. — Smith Heywood. (Obst. trans., 1873, vol. XIV, p. 67.)

Femme de trente-neuf ans, ayant eu huit enfants, éprouve une douleur dans la région inguinale gauche et a un écoulement peu coloré et de mauvaise nature. Elle se croit enceinte de trois mois, bien que les signes soient plutôt ceux de cinq mois. Par le toucher, on sent une petite tumeur de la grosseur d'une petite orange, remplissant le vagin, insérée sur la lèvre antérieure du col; la lèvre postérieure était petite, mais déjà indurée. On provoque le travail en dilatant lentement le col.

La dilatation se fait difficilement à cause de la tumeur qui remplit le vagin.

On chloroformise la malade, on dilate lentement l'orifice; puis on tire sur un pied, on dégage le tronc, la tête; au moment où celle-ci descend, la masse cancéreuse sort de la vulve.

On fait, après l'accouchement, avec l'écraseur, l'ablation de la tumeur ainsi que d'un nodule de la lèvre postérieure.

*Enfant vivant, d'environ cinq mois.* **La femme mourut quatre jours après l'accouchement à la suite d'une hémorrhagie secondaire.**

(1) Obs. LXIX. — Doct. Gonner. *Accouchement artificiel dans la trente-cinquième semaine en raison d'un cancer du col de l'utérus. Opération huit jours après l'accouchement. Guérison.* (Zur therapie der durch Carcinom des Uterus complicirten Schwangerschaft und Geburt. — Zeitschrift f. Gebutsrh. 1884. T. X.)

Blauenstein E..., quarante-deux ans, troisième grossesse.

Elle a été réglée pour la dernière fois au commencement de décembre 1879; elle ressentit assez tard de grandes douleurs dans l'abdomen; depuis quatre semaines elle a de grandes pertes sanguines et un écoulement leucorrhéique abondant.

Le 6 août 1880, le col est assez élevé, refoulé en arrière, lisse en avant; il présente à gauche des tumeurs mamelonnées, de la grosseur d'une noisette. Le doigt peut toucher la tête du fœtus.

Bains chauds, injections d'eau tiède.

Le 7 à huit heures, apparition des premières douleurs. A dix heures, rupture de la poche des eaux.

Le 8, à cinq heures du matin, la dilatation est de la grandeur d'une pièce de 5 francs; à huit heures vingt-cinq accouchement d'un enfant de 2750 grammes.

Les premiers jours s'écoulèrent normalement. Quelques jours après, extirpation de la tumeur au moyen de l'anse galvano-caustique. La mère et l'enfant partent.

On constate alors un col court, fermé par deux petits mamelons séparés par une petite fente, en arrière les trous de la cicatrice, l'utérus est petit et mobile.

(1) Obs. LXX. — Jacobi. *The american journal of Obstetrics*, mai 1869.

Primipare à huit mois de sa grossesse, chez laquelle on observe un cancroïde en chou-fleur saignant facilement. On en enlève un fragment

Dans l'un d'eux on provoqua l'avortement, et immédiatement après l'expulsion du fœtus, on fit l'ablation de la tumeur avec l'écraseur.

Dans les deux autres faits, on provoqua l'accouchement et on fit l'ablation de la tumeur quelques jours après.

Ainsi que nous le dirons plus loin, l'amputation du col cancéreux pendant la grossesse ne doit être considérée que comme une opération palliative. Les conditions sont-elles plus favorables, si on opère après avoir interrompu la grossesse? Nous n'avons pas de documents qui nous permettent de porter une conclusion sur ce point. Sur les trois observations que nous avons recueillies, une fois la malade succomba aux suites de la double opération. Dans les deux autres cas les femmes guérirent, mais on n'a aucun renseignement sur leur état de santé ultérieur.

Si, cependant, nous devions formuler une opinion sur la valeur de cette méthode opératoire, nous dirions :

A. — Est-il légitime de provoquer l'avortement pour pratiquer ensuite l'amputation du col?

*a.* — Quand il s'agit d'un cancer même limité du canal cervical, ou d'un cancer étendu de la portion vaginale, il semble avéré qu'une amputation du col ne pourrait avoir qu'un effet purement palliatif.

Si on peut discuter l'opportunité de l'amputation du col pratiquée pendant la grossesse, car cette opération permettra peut-être à la grossesse de s'achever, il n'est pas légitime de provoquer préalablement l'*avortement*, c'est-à-dire de sacrifier avec certitude le fœtus pour faire une opération seulement palliative.

---

dont l'examen confirme le diagnostic. Ne pensant pas qu'on dût laisser la grossesse aller à terme à cause du volume de la tumeur, on provoque le travail pour enlever cette tumeur le plus tôt possible. On fait la version. *Enfant? Dix jours après on fit l'ablation du col qui fut très difficile.* **La mère guérit.** Aucun renseignement sur ce qu'elle devint par la suite.

B. — S'il s'agit d'un cancer très limité de la portion vaginale et diagnostiqué dès son début, l'anatomie pathologique nous apprend que par l'amputation du col on peut espérer exciser tous les tissus atteints.

Si nous possédions un certain nombre d'exemples de guérison radicale en dehors de l'état de grossesse, si, en un mot, l'amputation du col pouvait d'une manière générale être considérée comme une opération curatrice, on ne devrait pas hésiter à y recourir, et, à notre sens, l'opérateur devrait se mettre dans les meilleures conditions possibles pour assurer sa réussite. Il ne serait pas impossible alors que l'amputation pratiquée après l'avortement fût plus favorable que la même opération faite pendant la grossesse ; s'il en était ainsi, il serait légitime de sacrifier complétement le fœtus, si, à ce prix, on pouvait assurer la guérison de la mère.

Mais l'amputation du col, malgré les heureux résultats qui ont été obtenus surtout par Schrœder (1), ne peut encore être regardée que comme une opération palliative. De plus on ne doit pas compter sur des résultats analogues à ceux obtenus par cet auteur, si on intervient pendant la puerpéralité, c'est-à-dire à un moment où les éléments morbides ont un maximum d'activité.

Donc provoquer l'avortement, dans le but de pratiquer ensuite l'amputation du col, ne nous paraît pas une conduite légitime, au moins dans l'état actuel de la science.

B. — Est-il légitime de provoquer l'accouchement prématuré dans ce but, quand le cancer est très limité ? — Dans ce cas, les

---

(1) Sur 13 cas opérés par Schrœder avec le couteau et le fer rouge, une fois la mère succomba avec du tétanos. Sur les 12 femmes qui guérirent 5 étaient encore bien portantes deux ans après l'opération. (*Krankeihten der Weiblichen sexual Orgaen* 1884, p. 296).

Voyez encore les statistiques de Pawlick. (*Behandlung der uterus carcinome*, Wien, 1882.)

intérêts de l'enfant sont sauvegardés puisqu'il est viable. D'autre part, la tumeur, étant à son début, ne peut entraver la marche du travail. Les conditions pour intervenir sont-elles meilleures quand l'accouchement est fait? Cela semble peu probable a priori, étant donnée l'action aggravante exercée par l'accouchement sur le cancer. Nous manquons de documents à l'aide desquels nous puissions formuler une réponse précise.

Mais quand la grossesse est avancée le cancer est presque toujours assez étendu, et l'amputation du col ne sera qu'une opération médiocre.

Pour toutes ces raisons, il ne nous semble pas sage de provoquer l'accouchement afin de faire ensuite l'amputation du col.

2° On a recours à l'avortement pour pratiquer ensuite l'ablation totale de l'utérus par le vagin.

Quand le cancer, quoique limité à l'utérus, est un peu étendu ou bien quand il a débuté par la muqueuse du canal cervical, l'amputation du col, même faite d'après le procédé de Schrœder ne peut donner que des résultats insuffisants. Pour bien des opérateurs, une intervention ne peut avoir quelque chance de succès que si on enlève tout l'utérus.

D'après Carl Braun cette règle doit être suivie, même s'il s'agit d'un cancer compliquant la grossesse. Si la grossesse est assez avancée pour que l'extirpation vaginale ne soit guère possible, il sera indiqué de provoquer préalablement l'avortement afin de rendre plus facile le mouvement de bascule de l'utérus (1). L'avortement n'est ici, en somme, qu'un premier temps de l'extirpation totale de l'utérus. Nous en reparlerons plus loin en étudiant la valeur de cette dernière opération pratiquée pendant la grossesse.

---

(1) Felsenreich. *Wiener, medicinische Presse*, 1881

E. — *Peut-on provoquer l'avortement ou l'accouchement quand les accidents éprouvés par la femme sont tels que la mort est imminente?*

On a proposé de recourir à cette opération quand, sous l'influence des hémorrhagies, des progrès du cancer, la mort devenait imminente (1).

Nous ne croyons pas que ce soit là faire une opération légitime. L'expulsion du fœtus ne sera le plus souvent obtenue qu'au prix d'un travail laborieux, et loin de prolonger les jours de la femme, on ne fera le plus souvent que hâter sa mort.

En outre, quand l'état de la femme est assez grave pour qu'une mort imminente soit à redouter, le cancer est toujours étendu et, sauf des cas exceptionnels, quand, par exemple, la consistance des tissus dégénérés et ulcérés est très faible, l'accouchement par les voies naturelles sera fort dangereux pour le fœtus. C'est donc à l'opération césarienne qu'il faudrait recourir. Nous dirons plus loin dans quels cas elle doit être pratiquée.

## II. — *De l'amputation du col pendant la grossesse.*

Quand sous l'influence de Dupuytren, Recamier, Amussat en France, de Graefe, Siebold en Allemagne, l'amputation du col, dans le cas de cancer, eut été accueillie avec une faveur marquée, malgré l' « extravagant excess » (2) avec lequel Lisfranc y eut recours, on devait rechercher si cette opération ne pourrait être employée lorsque le cancer complique la grossesse.

Elle fut certainement pratiquée, tout d'abord, un certain nombre de fois dans des cas où on ne soupçonnait pas la grossesse. Dans les observations que nous avons recueillies, on en trouvera plusieurs qui ont trait à des faits de cet ordre.

---

(1) Voyez observ. Horteloup, n° 000.

(2) J. Y. Simpson. *The Diseases of women*. T. III, 1872, p. 169.

Depuis quelques années seulement, depuis surtout que les progrès de la méthode antiseptique ont rendu les opérateurs moins craintifs, l'amputation du col pendant la grossesse a été considérée, en quelque sorte, comme une opération de choix et pratiquée comme telle. Elle compte aujourd'hui un certain nombre de partisans.

Pour les uns, l'amputation du col pratiquée de bonne heure, est une opération curatrice, et pour Gusserow (1) il faut opérer même pendant la grossesse, dès qu'on a la certitude de pouvoir enlever tous les tissus envahis par la dégénérescence cancéreuse.

Pour les autres, l'amputation n'est certainement qu'une opération palliative, mais suivant Murray (2) on doit y recourir dans tous les cas où le cancer est limité, car si on n'obtient pas une guérison absolue, on peut au moins enrayer le mal.

Telle est également l'opinion émise par Herman (3) qui voit dans l'amputation du col une opération supprimant les causes d'épuisement, auxquelles les femmes atteintes de cancer du col sont soumises. Si, d'après cet auteur, la récidive survient rapidement et avant la fin de la grossesse, jamais la tumeur n'est aussi développée que si on s'était abstenu, et l'accouchement est bien plus facile. D'après ces auteurs, comme d'après Routh (4), il faut opérer le plus tôt possible et l'amputation est réellement un procédé de choix, car elle permet de lutter contre la rapidité avec laquelle s'étend le cancer sous l'influence de la grossesse.

Il est d'autres accoucheurs qui acceptent volontiers l'amputation du col pendant la grossesse, mais ils pensent qu'on ne doit recourir à cette opération que dans certains cas déterminés.

---

(1) Gusserow. *Handbuch des frauen Krankheiten von Billroth*, T. II, p. 246, ed. 1886.

(2) *Obstetrical transactions*. T. XVII.

(3) *Obstetrical transactions*, T. XX.

(4) Routh. *Obstetrical transactions*, 1883.

Pour Schrœder (1), par exemple, l'amputation du col ne serait indiquée que si des hémorrhagies graves surviennent; dans le cas contraire, il faudrait attendre. Bischoff (2) estime, qu'il faut surtout tenir compte du siège du cancer. Quand celui-ci s'est développé dans le canal cervical, l'amputation du col ne pouvant donner aucun résultat curatif, on devra prendre les intérêts du fœtus et ne pas recourir à cette intervention. Dans le cas, au contraire, où le cancer est né sur la portion vaginale, l'amputation du col serait indiquée, car si la dégénérescence cancéreuse n'a pas envahi la paroi vaginale, on pourrait par l'amputation exciser toutes les parties atteintes

Pour Frommel (3), l'amputation du col serait indiquée dans tous les cas où on voit le cancer prendre une évolution rapide sous l'influence de la grossesse; l'abstention serait au contraire de règle quand la dégénérescence reste stationnaire.

Enfin, pour Gonner (4), cette opération étant susceptible de provoquer l'interruption de la grossesse, il ne faudrait y recourir que si l'enfant était viable, si le cancer avait une évolution rapide et une grande tendance à gagner la vessie.

Les partisans de l'amputation du col cancéreux pendant la grossesse, ne sont donc pas d'accord sur les cas dans lesquels cette intervention est indiquée. Ils diffèrent également d'opinion sur la valeur des différents procédés mis en usage. Les uns pratiquent l'opération en se servant de la chaîne d'écraseur (Bœhm) (5); pour les autres, l'amputation doit toujours être faite avec le galvano-cautère. Certains auteurs emploient de préférence le procédé de Sims. Enfin, l'amputation avec excision d'un frag-

---

(1) Schrœder. *Lehrbuch*, p. 391.
(2) Bischoff. *Correzpondez Batt fur Scheweizer Aervte*, 15 juillet 1881.
(3) Frommel. *Zeitschrift fur Geburtsk.* T. V.
(4) Gonner. *Zeitschrift fur Geburtsk.* T. X.
(5) Bœhm *in Felsenreich Wiener Med Wochenschrift*, 1883.

ment conoïde par le procédé de Schrœder a trouvé des partisans dans Benicke (1) et Bidder (2).

Il semble que les opérateurs aient voulu appliquer sans modification au traitement du cancer du col pendant la grossesse, toutes les règles qui les guident quand l'utérus n'est pas gravide. C'est là une faute. Quand la malade n'est pas enceinte, l'amputation du col ne pourra que lui être utile. Souvent après avoir pesé les avantages et les inconvénients de chaque procédé, l'opérateur choisira une méthode opératoire qui, en elle-même, sera plus dangereuse, mais qui permettra d'enlever plus complètement les tissus malades. Ici le problème à résoudre est relativement simple. Mais quand la femme est enceinte, la situation est beaucoup plus compliquée. Il ne s'agit plus seulement d'agir au mieux des intérêts de la mère, mais la vie de l'enfant ne constitue pas une quantité négligeable. Quand on se décidera à recourir à telle ou telle intervention, on ne devra pas seulement prendre en considération les avantages qui pourront en résulter pour la mère, mais on devra déterminer avec soin l'influence qu'elle peut exercer sur la grossesse, si elle ne compromet pas celle-ci beaucoup plus que telle autre qui, en dehors de l'état de gestation eût semblé préférable. L'intérêt de l'enfant constitue, en un mot, dans les données du problème, un élément nouveau qui ne doit pas être négligé au point de vue l'appréciation des indications et du choix des procédés.

J'ajouterai que les conditions dans lesquelles se trouve l'utérus pendant la gestation, sa grande vascularisation pendant cette période, le développement excessif des vaisseaux lymphatiques et la facilité avec laquelle peuvent apparaître les phéno-

---

(1) Benicke. *Zeitschrift für Gynæk.* T. I.
(2) Bidder. *Deutsche Med. Woch.* 1879.

mènes de résorption, rendent d'une application plus difficile certains procédés opératoires excellents en dehors de la grossesse.

Seule, l'étude des faits peut nous permettre de répondre à ces diverses questions. Nous avons recherché avec le plus grand soin les observations d'amputation du col cancéreux qui ont été pratiquées pendant la grossesse. Nous en avons pu recueillir quinze, auxquelles nous ajouterons une observation qui nous est personnelle (1).

---

(1) Obs. LXXI. — Spaæth. *Cas n° 105 de Cohnstein.*

Femme âgée de vingt-neuf ans arrivée à sa troisième grossesse. Sur la lèvre postérieure du col est une tumeur en chou-fleur, volumineuse. La portion vaginale est très abaissée.

On pratique l'excision au huitième mois de la grossesse. Huit jours plus tard, la femme accouche facilement. Le fœtus présente le siège. On doit faire quelques tractions pour extraire la tête.

*L'enfant était mort.*

**La mère guérit**

(1) Obs. LXXII. — Todd Walton. *Extirpation d'un cancer de l'utérus chez une femme enceinte de deux mois. Accouchement à terme d'un enfant vivant.* (Pacific med. and surg. Journ., déc. 1872, et Med. Press. and circul., 10 septembre 1873.)

Femme de trente-six ans, atteinte d'un squirrhe de la lèvre postérieure du col, tumeur enlevée malgré une grossesse datant de deux mois, car la malade avait des douleurs très intenses dans l'abdomen.

Les deux lèvres du col furent excisées. Il y eut une hémorrhagie effroyable arrêtée au moyen d'un tampon de perchlorure de fer.

La grossesse suivit son cours. Le travail s'effectua normalement. L'accouchement eut lieu à terme.

*Enfant bien développé, vivant.*

Après l'ablation du col, toute douleur lombaire disparut.

(1) Obs. LXXIII. — Savory (Ch. T.). *Case of epithelioma of the cervix uteri complicated with pregnancy, removal of diseased portion; subsequent recovery; recurring pregnancy.* (Obst. transactions. T. XVII, p. 382).

Femme âgée de trente-cinq ans. La partie profonde du vagin est remplie par un large chou-fleur qui a détruit presque tout le col. On enlève la tumeur avec l'écraseur. La femme était alors enceinte de cinq mois environ. Elle accoucha facilement à huit mois d'un enfant mort.

Deux ans plus tard il y avait récidive. La femme se trouvait enceinte. Elle accoucha à terme. On fit la version, suivie d'extraction forcée. La femme succomba treize jours après l'accouchement.

(1) Obs. LXXIV. — Godson. *Cancer du col enlevé pendant la grossesse sans avoir provoqué l'avortement.* (Brit. med. Journ. 1883, p. 352).

Femme âgée de trente-cinq ans, souffre depuis douze mois. Elle est

atteinte d'un cancer ulcéré du col, la lèvre postérieure est inégale, rugueuse; la lèvre antérieure est lisse. L'utérus est mobile.

On fait, avec l'écrasseur, l'amputation de la portion vaginale du col. Neuf jours après on pratique le cathétérisme utérin. On ne soupçonnait pas être en présence d'un utérus gravide. Quatre jours après cette exploration la femme expulsa un œuf de huit semaines. La malade guérit.

L'avortement a été attribué par l'auteur au cathétérisme utérin et non à l'amputation du col; celle-ci peut donc être faite impunément pendant la grossesse.

(1) Obs. LXXV. — Je vis pendant mon internat pratiquer avec le galvano cautère l'ablation d'un col cancéreux, couvert de végétations en forme de chou-fleur. La femme accoucha rapidement quinze heures après l'opération d'un fœtus âgé de sept mois qui succomba au bout de quelques heures. La grossesse n'avait pas été soupçonnée. La femme mourut quelques jours plus tard avec de la péritonite.

Ces observations sont fort peu nombreuses et sans aucun doute l'amputation du col pratiquée un plus grand nombre de fois, surtout si on tient compte des cas dans lesquels la grossesse n'était pas soupçonnée.

(1) Obs. LXXVI. — (Siebold's Journ. T. III, p. 49.)

Une femme de trente-un ans, mère de deux enfants, éprouvé depuis 1817 des douleurs lombaires, elle a eu d'abord des pertes blanches d'une odeur fétide remplacées bientôt par un écoulement de sang noir. Le coït est très douloureux.

En février 1818, en pratiquant le toucher qui occasionne des souffrances à la malade, on trouve le vagin rempli par une tumeur dure, irrégulière, du volume d'un œuf de poule; elle s'insère à la portion vaginale par un mince pédicule.

Avec des ciseaux courbes on enlève le polype et le tissu squirrheux sur lequel la tumeur s'insérait. Une grosse hémorragie survient après l'opération.

Le 11 mai, le ventre devient très donloureux. On sent dans la matinée de petites parties fœtales. On pense à une grossesse, malgré les dénégations du mari. Comment du reste aurait-il pu pratiquer le coït avec un polype si gros? un écoulement si infectant!

De plus, comment l'avortement ne se serait-il pas produit à la suite de la perte abondante qui eut lieu pendant l'ablation de la tumeur?

La femme meurt d'épuisement dans le journée du 11 mai.

*Autopsie.* — Pus entre la vessie et l'utérus. Vagin ulcéré. Perforation du cul-de-sac recto-vaginal. Portion vaginale disparue, détruite. Orifice interne fermé.

Œuf de six mois dans la cavité utérine.

(1) Obs. LXXVII. — A. Bidder: *Ein Fall von trichterformiger Excision des Collum Uteri gravidi.* (Deutsche med. Wochenschr. Berlin, 1879, V, 193).

Femme âgée de trente-six ans, à sa huitième grossesse; souffre depuis un an d'un cancer du col. La lèvre antérieure très volumineuse est envahie par une tumeur spongieuse qui remplit tout le fond du vagin; la lèvre postérieure est saine, mais l'ensemble de la portion vaginale du col est hypertrophiée. La femme était enceinte, mais la grossesse était douteuse.

Le 16 octobre 1876, on pratique l'amputation conoïde du col, en fai-

sant porter l'excision sur la lèvre antérieure, et en réséquant la partie inférieure de la lèvre postérieure ; de plus, on enlève avec la curette tranchante le reste de la muqueuse cervicale. Pas d'hémorraghie pendant l'opération. Pas de réaction. Guérison rapide.

Le 30 octobre, *avortement* de trois à quatre mois. Au mois d'avril 1877, on constate une induration du reste de la lèvre antérieure, et on apprend qu'à chaque coït, il se produit une hémorrhagie. Les culs-de-sac étaient sains. **Suites régulières.**

(1) Obs. LXXVIII. — Benicke : *Cancer de la lèvre postérieure du col; ablation avec l'écraseur au sixième mois de la grossesse; ouverture du cul-de-sac de Douglas; avortement; guérison.* (Zeitschr. f. Gynæ. T. I, p. 337, 1877.)

Femme enceinte pour la troisième fois. Dans les deux grossesses antérieures on a observé de l'albuminurie, suivie d'éclampsie seulement à la deuxième grossesse. On constate au sixième mois une tumeur volumineuse partant de la lèvre postérieure du col : la lèvre antérieure est intacte. On fait l'ablation de la lèvre postérieure avec l'écraseur. Le cul-de-sac de Douglas présente une ouverture de la dimension d'un haricot, hemorrhagie assez abondante. Fièvre 40°. L'*avortement* se fait sans accident. Onze jours après seulement on observe un accès *d'éclampsie*, qui se répète plusieurs fois. L'urine chargée d'albumine ne présente pas de cylindres.

(1) Obs. LXXIX. — Benicke. *Cancer de la portion vaginale du col, opéré à peu près à la fin de la grossesse. A ccouchement spontané d'un enfant vivant. Opération d'une récidive.* (Beitrag zur Behandl. des Gebarmutter Krebs bei Schwangeren. — (Zeitschr. fur Gynæk. T. I, p. 337.)

Femme âgée de trente ans, à sa deuxième grossesse, présentant un bassin rétréci. La lèvre postérieure est surtout atteinte par le cancer qui forme une tumeur du volume d'un œuf d'oie, saignant facilement. L'excision est faite par Schrœder au moyen des ciseaux et de la curette. La plaie quoique saignant peu est cautérisée au fer rouge. Réaction bien marquée. Cinq jours plus tard se déclare l'accouchement qui est naturel, rapide et ne s'accompagne pas d'hémorrhagie : *l'enfant vivant pèse* 3130 *grammes*. **Les suites de couches sont normales.**

(1) Obs. LXXX. — Benicke. *Cancer de la portion vaginale au début du col amputation du col au cinquième mois; avortement; endométrite diffuse.* (Zeitschrift f. Gynæk. T. I, p. 387, 1877.)

Femme âgée de trente ans, secondipare, présentant de violentes douleurs. Au cinquième mois on diagnostique un cancer du col au moyen d'un fragment excisé et examiné au microscope.

On pratique l'amputation du col avec le couteau et on cautérise au fer rouge; l'hémorrhagie est peu abondante.

Le lendemain se déclarent des contractions utérines douloureuses, mais sans fièvre, et que la morphine peut arrêter. L'*avortement* se fait, et on constate qu'il y avait une endométrite diffuse. **Suites de l'avortement sont régulières.**

(1) Obs. LXXXI. — Benicke. *Carcinome de la lèvre postérieure; opération au cinquième mois de la grossesse; accouchement facile d'un enfant vivant à terme.* (Zeitschr. f. Gynæk. T. I, p. 337, 1877.)

Femme à sa quatrième grossesse, présente au cinquième mois une tumeur de la lèvre postérieure qui s'est accrue très rapidement et s'ac-

compagne de douleurs vives. La plus grande quantité possible de cette tumeur est enlevée avec les ciseaux et la curette. On excise de plus l'ulcération qui siège sur la lèvre antérieure. L'hémostase est facile. La grossesse se continue sans hémorrhagie ni pertes blanches.

L'accouchement se fait à terme, naturel et rapide. *Enfant vivant.* **Les suites des couches sont normales** après une délivrance artificielle pour adhérences du placenta.

On observe ensuite une marche rapide du cancer après l'accouchement.

(1) Obs. LXXXII. — SCHRŒDER, (LEHRBUCH, 1877, p. 392.)

Femme âgée de trente et un ans, multipare, arrivée au cinquième mois de sa grossesse : on l'examine à ce moment et on trouve les deux lèvres du col envahies par le cancer : on pratique alors l'extirpation de la lèvre antérieure avec le couteau, et celle de la lèvre postérieure au moyen de l'écraseur linéaire De la lèvre antérieure vient une hémorrhagie très abondante qui ne s'arrête que difficilement par le fer rouge. En arrière, on enlève un fragment de péritoine et le doigt pénètre dans le replis de Douglas. La malade guérit sans fièvre et sans contractions utérines.

L'accouchement se fait à terme, facilement, les douleurs sont vigoureuses et on n'observe pas d'hémorrhagie. *L'enfant est mort.*

**La malade succomba six semaines après son accouchement avec des vomissements (urémie ?).**

(1) Obs. LXXXIII. — WIENER : *Uber Carcinoma Uteri als Schwangerschafts und geburts Complication.* (BRESLAU AERTZTL. ZEITSCHRIFT, 1880, T. II, 37, 39, 49.)

Femme de trente-sept ans, Vpare, arrivée à la fin de sa grossesse. Depuis trois mois, elle éprouve des douleurs, des hémorrhagies, des pertes blanches. On constate par le toucher la présence d'un chou fleur gros comme un œuf d'oie, occupant la lèvre postérieure du col, et s'étendant sur le cul-de-sac vaginal. On enlève au moyen du thermocautère, la tumeur qui se prolongeait jusqu'à l'orifice interne du col.

La grossesse n'est pas influencée, mais trois jours après on voit apparaître des douleurs. **L'accouchement est favorable pour la mère et pour l'enfant**, les suites de couches sont normales. Récidive rapide du cancer.

(1) Obs. LXXXIV. — A. L. GALABIN. *Two cases of pregnancy complicated by extensive malignant disease of the cervix uteri.* (LONDON OBST. TRANSACT. XVIII, 1876, p. 239.)

Femme âgée de trente-un ans, ayant eu neuf enfants et pas de fausses couches. Depuis son dernier accouchement, métrorrhagies fréquentes, accompagnées parfois de caillots.

A l'examen, on trouve une tumeur épithéliale du col. L'utérus est mobile, et on ne trouve pas d'infiltration des tissus voisins; la tumeur s'accrut rapidement et les hémorrhagies redoublèrent.

On enleva la tumeur à l'anse galvanique, la section fut faite au niveau de l'insertion du vagin sur le col, mais la section parut passer à travers des tissus malades.

Douze jours après l'opération, l'écoulement reprenant, on appliqua de la potasse caustique sur le moignon et ensuite une solution concentrée de perchlorure de fer. Elle ne sut que plus tard qu'elle était enceinte

d'un mois environ au moment où l'on fit l'amputation. La douleur cessa trois jours après cette opération et la malade sortit.

Trois mois après on trouva la place du col occupée par une cicatrice.

Elle rentra à l'hôpital pour des varices enflammées des deux jambes vers le huitième mois de sa grossesse. Un mois plus tard, hémorrhagie considérable et commencement du travail. La dilatation ne se fit pas malgré la rupture spontanée des membranes; on retrouve tout le tour de l'orifice envahi par la tumeur qui est plus épaisse en arrière qu'en avant.

On introduit deux tiges de laminaire dans le col qui n'amenèrent aucun résultat, puis un ballon sous l'influence duquel le col se dilata de la dimension d'une pièce de 5 shillings. On fit la version bipolaire; le cou de l'enfant fut violemment serré par le col et la tête ne put être extraite que par de violentes tractions. L'enfant put être ramené à la vie au bout d'une demi-heure. Hémorrhagie considérable venant du col après l'accouchement, qui fut enfin arrêtée par des tampons imbibés de teinture d'iode.

Le lendemain, tympanite, vomissements, fièvre se calmèrent rapidement, puis il y eut encore quelques hémorrhagies de temps à autre. Un mois après elle sortit n'ayant plus d'hémorrhagie : l'enfant allait bien et était nourri par sa mère.

Deux mois plus tard, la maladie n'avait pas fait beaucoup de progrès. L'utérus volumineux remontait presque à l'ombilic. Presque toutes les parois vaginales étaient infiltrées et la place du col était occupée pour une cavité profonde ulcérée.

(1) Obs. LXXXV. — Mundé. *Épithélioma du col. Amputation par le galvano-cautère pendant une grossesse méconnue. Pas de récidive. Quatre mois après opération.* (Am Journ. of obst., 1882, p. 912.)

Mistress M. D..., âgée de quarante et un ans, a eu dix grossesses, dont quatre terminées avant terme. Elle perd depuis sept mois beaucoup de sang; on croit à la présence d'un polype; c'est une erreur, car en avril 1882 on constate nettement la présence d'une tumeur molle de nature épithéliomateuse, du volume et de la forme d'un citron, nettement localisée et attachée par un pédicule à la lèvre postérieure du col. La lèvre antérieure et le vagin étaient sains. L'hémorrhagie profuse empêche de pouvoir faire l'examen du pelvis.

Le 21 avril, cette tumeur est enlevée en quelques minutes avec le galvano-cautère; une petite artère donne du sang, celui-ci fut arrêté avec le bouton de platine. On est frappé de la couleur pourpre de la muqueuse vaginale, qu'on attribue à la présence de l'épithélioma.

Deux mois plus tard, cet aspect violacé du vagin éveille l'idée d'une grossesse ; la femme n'y pense pas à cause des pertes qu'elle a éprouvées; mais elle raconte que depuis trois semaines elle sent les mouvements fœtaux.

Le fond de l'utérus remonte jusqu'à l'ombilic.

On ne distingue, par la palpation, aucun membre fœtal et l'auscultation ne laisse entendre aucune pulsation cardiaque du fœtus, cependant la grossesse est au début du sixième mois. La femme pendant le cours de l'opération était donc enceinte de quatre mois. Au toucher, la lèvre postérieure est saine et on perçoit dans le cul-de-sac antérieur le ballottement vaginal.

Le 16 août, à la fin du huitième mois, le col est sain. La grossesse régulière.

Voici les conclusions qui nous paraissent se dégager de la lecture de ces faits.

1° *Peut-on impunément pratiquer l'amputation du col cancéreux chez une femme enceinte?*

Depuis que Bérard (1) a, en 1840, attiré l'attention sur les dangers que pouvait présenter toute intervention chirurgicale pratiquée pendant la grossesse, les opérateurs, malgré l'optimisme de Valette (2), n'ont jamais entrepris qu'avec une certaine défiance des opérations chez la femme enceinte, surtout quand elles portaient sur la sphère génitale.

---

L'intervalle depuis l'opération est trop court pour espérer une guérison définitive, mais actuellement, aucune récidive ne s'est produite.

(1) Obs. LXXXVI. — Felsenbeich. *Carcinoma uteri als complication von Schwangerschaft und geburt.* (Wiener med. Woch. 1883, p. 1095.)

Femme âgée de trente-deux ans, réglée régulièrement depuis l'âge douze ans. IIIpare.

Enceinte de quatre mois. — Tumeur cancéreuse de la grosseur d'une petite pomme siégeant sur la lèvre postérieure du col, ayant une base large et qui est gangrenée à sa surface.

Le professeur Bohm extirpa la tumeur *avec l'écraseur*; un mois après la malade quitta l'hôpital guérie de son opération.

La grossesse suivit son cours normal et la femme revint à l'hôpital quand elle eut atteint le terme de sa grossesse; elle mit au monde après quarante-cinq heures de travail *un enfant vivant pesant 3 kilogrammes.*

Le travail fut ralenti par la résistance du tissu cicatriciel de la lèvre postérieure.

Fièvre après l'accouchement.

Déjà pendant l'accouchement on remarquait à droite de l'utérus une tumeur dure assez volumineuse et paraissant être un paquet ganglionnaire cancéreux.

**Six jours après l'accouchement la femme succomba à une péritonite suppurée.**

*Autopsie.* — Quelques végétations sur le bord libre de la mitrale.

Péritonite suppurée généralisée; trompes remplies de pus.

Infiltration purulente de tissu cellulaire du petit bassin.

Le ligament large droit présentait une tumeur volumineuse, molle, carcinomateuse qui comprimait l'uretère droit.

Dilatation des calices et de l'uretère droit remplis d'une urine purulente.

Abcès miliaires dans le rein droit; la tumeur se prolonge dans la fosse iliaque interne et en avant de la colonne vertébrale. Tous les ganglions de la région sont intéressés.

(1) Bérard. *Bulletin de la société anatomique*, T. XV, p. 47, 1840.

(2 Valette. *De la grossesse considérée comme contre-indication des grandes opérations*, 1864.

Les recherches de Verneuil (1) et de ses élèves, bientôt confirmées par de nombreux observateurs, ont montré combien il fallait se montrer sobre d'interventions chirurgicales pendant la grossesse. On sait aujourd'hui que les opérations pratiquées sur le col de l'utérus, le vagin ou la vulve pouvaient être suivies d'accidents fort graves, suites directes de l'opération et provoquer très facilement l'interruption de la grossesse.

Sous l'influence de quelques opérations heureuses pratiquées par Schrœder, par Winckel, les opérateurs, surtout en Allemagne, semblent traiter ces craintes de chimériques.

Si nous en croyons Benicke, l'utérus se montrerait moins susceptible que les autres parties de l'appareil génital et l'amputation du col ne serait pas fréquemment suivie de l'avortement ou de l'accouchement prématuré.

Or voici la conclusion qui se dégage de nos observations qui, pour la plupart, ont été recueillies depuis la généralisation de la méthode antiseptique.

Sur dix-sept cas dans lesquels on a amputé le col atteint de cancer, la grossesse a été interrompue sept fois dans les quinze jours qui ont suivi l'opération.

Mais sur ces sept cas, il en est deux dans lesquels l'opération fut pratiquée pendant le dernier mois de la grossesse. On peut penser que le travail s'est fait à terme et n'a pas été avancé par le fait de l'opération, bien que les douleurs aient commencé dans un cas cinq jours, dans l'autre trois jours après l'opération. Si on élimine ces deux faits, il en reste cinq dans lesquels l'amputation du col paraît bien avoir été la cause de l'interruption de la grossesse.

---

(1) Verneuil. *Congrès médical international de Paris*, 1867, p. 287. *Gazette hedomadaire*, 1870, p. 198. *Congrès de Genève*, 1877. *Revue mensuelle*, 1877.

Voyez aussi Petit, *De la grossesse dans ses rapports avec le traumatisme*, etc., etc. Thèse Paris, 1870.

Il ne semble donc pas qu'on doive toujours considérer l'amputation du col comme une opération n'ayant aucun retentissement sur la grossesse.

Nous avons cherché en analysant les observations que nous avons recueillies si quelque procédé opératoire paraissait plus nuisible qu'un autre.

Sur les cinq faits dans lesquels l'amputation a provoqué l'interruption de la grossesse, il en est un dans lequel le procédé employé n'a pas été indiqué.

Dans les quatre autres cas, on avait eu recours une fois au galvanocautère; on s'était une fois servi du couteau et du fer rouge; on avait employé une fois l'écraseur, enfin on avait, dans le dernier, pratiqué l'excision conoïde. Dans une seule de ces opérations (Benicke), on avait ouvert le repli de Douglas avec l'écraseur, et il y avait eu une hémorrhagie assez abondante. Il ne semble donc pas qu'on doive attribuer la fâcheuse influence exercée par l'opération sur la marche de la grossesse à l'emploi fâcheux d'un procédé ou à des accidents exceptionnels.

Ajoutons enfin que ces opérations ont été pratiquées à toutes les époques de la grossesse.

Dans un cas au 3e mois; dans un cas au 5e mois; dans deux cas au 6e mois; dans un cas au 8e mois.

De ces observations nous pouvons donc conclure : l'amputation du col, même accompagnée d'accidents opératoires sérieux, peut n'être pas suivie de l'interruption de la grossesse. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et dans un tiers des cas environ la grossesse est interrompue.

2° *L'amputation du col pratiquée pendant la grossesse est-elle une opération simple et n'exposant par elle-même les femmes à aucun danger ?*

Sur les dix-sept cas que nous avons recueillis, quatorze fois

le procédé opératoire auquel on a eu recours est nettement indiqué.

Quatre fois on employa l'écraseur. Dans un cas il y eut une hémorrhagie assez grave et on ouvrit le cul-de-sac de Douglas. — Dans un cinquième fait, on eut recours pour l'excision de la lèvre antérieure aux ciseaux et pour celle de la lèvre postérieure à l'écraseur, le cul-de-sac de Douglas fut également ouvert. — Dans trois faits on employa le galvanocautère. Une fois il y eut une hémorrhagie très grave. Dans un second cas, on dut quelques jours après l'opération recourir au chlorure de zinc pour détruire le col qui n'avait été excisé qu'en partie. — Six fois on employa l'instrument tranchant, ciseaux, couteau, curette en assurant l'hémostase avec le cautère actuel. Dans un cas, il y eut une hémorrhagie très grave. — Enfin dans un cas on pratiqua l'excision avec le thermocautère. L'opération put être terminée sans accidents.

Nous pouvons donc conclure à l'amputation du col pendant la grossesse n'est pas toujours une opération très simple, et elle peut être compliquée d'hémorrhagie sérieuse, être incomplète, etc.

Dans un seul cas, la malade a succombé aux suites de l'opération. On peut donc considérer l'amputation du col comme ne compromettant pas gravement les jours de la malade, quand elle est faite suivant toutes les règles de la méthode antiseptique.

3° *L'amputation du col pratiquée pendant la grossesse a-t-elle été suivie de guérison ?*

Dans aucun cas où la malade a été tenue en observation, il n'est fait mention de guérison complète.

L'amputation du col pratiquée pendant la grossesse n'a-t-elle donc que des désavantages et dans les cas où la gestation a poursuivi son cours, les femmes n'ont-elles pas éprouvé un soulagement notable? l'accouchement ne s'est-il pas fait avec une

plus grande facilité? à cet égard ne peut-on pas considérer l'amputation comme ayant été favorable à l'enfant?

A. *Après l'amputation du col les femmes n'ont-elles pas éprouvé un soulagement notable?* — Sur les dix faits où la grossesse s'est continuée après l'opération, il en est un dans lequel elle n'était pas soupçonnée ; quelques jours après l'opération, on pratiqua le cathétérisme utérin, et la femme avorta. Si nous éliminons ce fait, nous voyons que sur les neuf observations qui nous restent, six fois il paraît y avoir eu une amélioration marquée ; deux fois le cancer continua sa marche et la malade succomba trois mois après l'opération ; deux fois il n'est donné aucun renseignement sur l'état de la malade après l'opération.

B. *Quand on a pratiqué l'amputation du col pendant la grossesse, l'accouchement ne se fait-il pas avec une plus grande facilité?* — Sur huit cas où la grossesse s'est continuée et s'est terminée par l'accouchement, une fois l'auteur ne donne aucun renseignement sur la marche du travail, cinq fois l'accouchement a été très facile. Dans deux cas il a été rendu difficile par la présence du tissu cicatriciel. (Voyez surtout l'observation de Galabin.)

C. *Ne peut-on considérer l'amputation du col comme ayant été favorable à l'enfant?* — Sur les dix-sept observations que nous avons réunies, il en est neuf dans lesquelles l'accouchement s'étant fait prématurément ou à terme, l'état de l'enfant est indiqué. Sur ce nombre, trois fois l'enfant succomba pendant la grossesse ou pendant le travail.

On nous pardonnera l'aridité de ces statistiques, mais elles nous ont paru indispensables pour que nous puissions déterminer les inconvénients et les avantages de l'amputation du col pratiquée pendant la grossesse. Elles nous permettent de formuler les propositions suivantes.

L'amputation du col pratiquée pendant la grossesse quand

elle est même faite suivant les règles de la méthode antiseptique peut compromettre la grossesse.

Dans un tiers des cas environ, la grossesse a été interrompue et ce chiffre peut être considéré comme un minimum, car il s'appuie seulement sur les observations publiées — et bien des cas malheureux ne l'ont pas été.

Quand la grossesse continue les malades éprouvent un soulagement marqué.

Les cicatrices résultant de l'amputation du col peuvent devenir une cause de dystocie.

L'amputation du col telle qu'elle a été pratiquée pendant la grossesse n'est qu'une opération palliative.

Dans un tiers des cas où la grossesse ne s'est terminée qu'après le terme de la viabilité du fœtus, l'enfant était mort-né.

Quand le cancer s'est développé sur la paroi du canal cervical qu'il soit limité ou étendu, l'amputation du col ne peut permettre d'exciser tous les tissus atteints; nous pensons que l'on doit s'abstenir, même si le cancer est limité, et recourir à un traitement palliatif qui compromette moins la grossesse quand il y a des hémorrhagies, des pertes excessives, etc.

Si le cancer s'est développé sur la portion vaginale, l'amputation ne sera que palliative et si le néoplasme paraissait évoluer vite dans ce cas la récidive sera toujours très rapide. L'amputation pratiquée avant que le fœtus fût bien viable ne paraît donc pas légitime et il faudrait, dans les sept premiers mois de la grossesse, recourir à des moyens palliatifs moins dangereux pour la grossesse si quelque accident obligeait à intervenir.

Est-il permis, comme le pense Gonner, de pratiquer l'amputation quand le fœtus étant viable le cancer s'étend rapidement vers la vessie? Dans ce cas, l'opération ne sera, dit cet auteur, sans doute que palliative, mais elle arrêtera la marche du cancer; la femme se trouvera, si la grossesse continue, dans de meilleures

conditions au moment de l'accouchement, et on n'aura pas à redouter la formation d'une fistule vésico-vaginale, comme on en voit si souvent quand les masses cancéreuses après s'être propagées à la vessie, sont froissées pendant l'accouchement. Si l'opération entraîne l'expulsion du fœtus, le mal sera peu grand, car le fœtus est viable.

Les raisons données par Gonner sont fort séduisantes. Mais ici encore l'amputation ne sera qu'une opération purement palliative. Quand le cancer envahit la paroi vésico-vaginale, on ne peut exciser toutes les parties atteintes, et si on soulage les malades en enlevant les masses sphacélées qui peuvent se trouver sur le col, nous doutons qu'on puisse enrayer le développement de la dégénérescence vers la vessie. Faut-il dans de telles conditions risquer d'interrompre la grossesse avant terme et ne vaut-il pas mieux recourir à des interventions moins complexes et moins dangereuses que l'amputation du col? Nous inclinons à le penser, mais nous reconnaissons qu'il serait important que de nouvelles recherches fussent faites sur ce point.

Quand le cancer développé sur le museau de tanche est limité, convient-il de recourir à l'amputation du col?

L'opération ne sera même faite dans ces conditions, que palliative; de plus l'amputation pratiquée avec le galvano-cauter sera le plus souvent insuffisante et il faudra recourir à l'amputation conoïde. Une telle opération interrompra presque certainement la grossesse.

Les bénéfices qu'on peut retirer de l'intervention sont-ils tels qu'on doive sacrifier pour eux la vie du fœtus et peut-on pratiquer l'amputation du col avant que le fœtus soit viable? Nous ne le pensons pas.

Mais quand le cancer est limité, quand le fœtus est viable, ne peut-on tenter une opération qui permettra peut-être d'exciser toutes les parties malades, au risque de voir le fœtus naître pré-

maturément? On ne peut sur ce point donner de règle absolue; mais nous admettons volontiers que parfois l'opération pourrait être proposée et discutée.

### III. — *Extirpation de l'utérus.*

1° On a pratiqué l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale, opération de Freund.

2° On a fait l'extirpation de l'utérus par la voie voie vaginale, après avoir ou non provoqué préalablement l'expulsion de l'œuf.

Nous devons étudier successivement ces deux modes de traitement.

#### *Opération de Frend.*

A notre connaissance, elle a été pratiquée trois fois pendant la grossesse, par Spencer Wells, Bischoff, Billroth.

De ces trois faits il en est un, celui de Billroth, sur lequel nous possédons des renseignements trop imparfaits pour qu'il puisse être utilisé afin d'établir quelque conclusion. Ce cas est citée par Spencer Wells).

---

1) Obs. LXXXVII Gonner. *Cancer du col. Opération de Freund avec opération césarienne. Trasfusion. Enfant viable. Mort de la mère neuf heures après.* Recueillie dans le service du professeur Bischoff de Bâle (Zur Therapie der durch Carcinom der Uterus complication Schwangerschaft.)

Braün R..., quarante-un ans, accoucha sept fois de 1864 à 1875 : deux de ses couches se terminèrent à sept mois. Au commencement d'août 1879, cette femme constata à l'accroissement de son abdomen et à des mouvements bien caractérisés du fœtus qu'elle était de nouveau enceinte. En novembre surviennent quelques métrorrhagies. Le 11 décembre une perte abondante oblige la femme à rentrer à l'hôpital; elle est anémiée; l'hemorrhagie est arrêtée au moyen d'injections tièdes. On constate à la portion vaginale des points friables, quelques-uns sont enlevés pour être examinés au microscope. Cette opération est suivie d'un écoulement abondant. Le 15, les pertes obligent de recourir au tamponnement.

Le 17 l'état général de la malade s'aggrave, après l'avoir chloroformisée on procédé à la laparotomie. L'utérus préalablement fixé est ramené en avant des lèvres de la plaie abdominale et on procède à l'opération césarienne.

L'enfant fut extrait vivant puis on compléta l'opération par l'extirpation de l'utérus par la méthode de Freunds. On constata à ce moment

Les deux autres opérations ont été entreprises dans des circonstances très différentes les unes des autres, pour que les résultats puissent être comparés.

---

l'existence d'une masse cancéreuse à gauche, ce qui força à faire des excisions plus profondes et occasionna des hémorrhagies internes de l'artère utérine qui ne purent être arrêtées que par la ligature.

Bien que la perte de sang ait été relativement minime, l'état de la femme était tel qu'on dut transfuser 120 grammes de sang défibriné.

La malade est à peine un peu agitée et meurt subitement à sept heures trente du soir par suite de l'hémorrhagie de l'artère utérine.

L'enfant fille naquit vivante (3,200 grammes).

*Autopsie.* — Infiltration ganglionnaire intense, friabilité très marquée du col malade. L'uretère gauche avait été lié avec l'artère utérine.

(1) Obs. LXXXVIII Spencer Wells. *Case of excision of a gravid uterus with epithelioma of the cervix Remarks* Med. chir. transact. London 1882.

Il s'agissait de la femme d'un fermier âgée de trente-sept ans, enceinte de six mois de son sixième enfant et atteinte d'épithélioma du col. Elle vint me trouver le 5 octobre 1881 Seize mois auparavant elle avait donné naissance à un enfant, l'avait nourri pendant trois mois, s'était affaiblie, puis était survenu un écoulement vaginal très gênant; cependant elle vint de nouveau enceinte, avorta à six semaines, vers la fin de 1880 et ses règles revinrent en mars, avril et mai 1881. La date de la dernière conception était douteuse, cependant on calcula qu'elle était enceinte à peu près du mois de mai.

La première fois qu'elle vint me voir, elle sentait parfaitement les mouvements du fœtus, le ballottement était très distinct et on pouvait entendre les bruits du cœur fœtal. Le col de l'utérus était long et hypertrophié. Le museau de tanche laissait pénétrer le doigt facilement à $0^m025$ et le canal cervical était englobé par une masse épithéliomateuse qui avait renversé les lèvres du col et faisait saillie dans le vagin. Dans des consultations antérieures, on avait proposé de provoquer l'avortement et d'amputer le col malade, mais la maladie me semblait si nettement limitée au col que le raclage des tissus malades suivi d'une application de chlorure de zinc pourrait permettre à la grossesse de suivre son cours. On se décida à adopter cette manière de faire. Cependant, quelques jours plus tard, la malade était tellement abattue et souffrante, et l'écoulement vaginal était tellement augmenté que l'on fit appeler le Dr Graily Hewite et moi, afin de voir quelle conduite il fallait tenir. Nous trouvâmes qu'il valait mieux enlever tout l'utérus et son contenu, c'est ce que je fis le 21 octobre.

La malade fut placée comme pour l'ovariotomie; mais comme il était indispensable de conserver une sonde dans la vessie, on pratiqua pour cela une ouverture spéciale dans le linge imperméable qui recouvrait la patiente. Le vagin fut tamponné avec du citron thymolé, imbibé d'eau chaude phéniquée à un centième. Je divisai la paroi abdominale sur la ligne médiane, sur une étendue de $0^m,20$, depuis $0^m,05$ au-dessus de l'ombilic jusqu'à $0^m,15$ au-dessous. L'utérus ainsi mis à nu était environ aussi gros qu'une tête d'adulte.

Après l'avoir amené au dehors, je plaçai quatre sutures à la partie supérieure de la plaie, par dessus une grande éponge plate, afin de

Dans un seul cas, en effet, celui de Spencer Wells, l'opération a été faite de propos délibéré pendant la grossesse, a une période de celle-ci où le fœtus n'était pas viable, dans le seul but

---

repousser les intestins en arrière et de protéger l'abdomen contre le refroidissement produit par le spray. Je trouvai les ovaires plus haut et plus près du fond que je ne m'y attendais. Il fut très facile de lier l'artère utéro-orarienne d'abord à gauche, puis à droite en transfixant le ligament large au-dessous de chaque ovaire et en le liant avec de la soie forte. Je me servis du cathéter comme guide pour disséquer la vessie et la détacher de la face antérieure de l'utérus. Les tuniques de l'utérus étaient très minces, ressemblaient à un kyste tendu, et ne tardèrent pas à se rompre accidentellement Je ponctionnai les membranes qui faisaient saillie, et il s'écoula une certaine quantité de liquide amniotique. Il s'agissait alors de retirer le fœtus, de lier et de couper le cordon, mais je ne m'occupai pas du placenta. Je séparai ensuite l'insertion du vagin à l'utérus en sectionnant circulairement, et j'appliquai une pince à forcipressure sur tous les vaisseaux qui saignaient. L'utérus en entier, avec toutes les parties malades qui entouraient le lcol fut alors enlevé. On retira successivement toutes les pinces et tous es vaisseaux furent liés avec de la soie phéniquée. Puis, retirant les tampons vaginaux, je réunis les bords de l'ouverture vaginale et les bords des ligaments larges divisés avec des sutures de soie. Le bassin fut soigneusement nettoyé, la plaie fermée comme d'habitude, et on fit le même pansement que pour l'ovariotomie.

La malade resta sous l'influence anesthésique pendant environ 75 minutes, mais l'opération ne dura qu'une heure, depuis le premier coup de bistouri jusqu'à l'occlusion complète de la plaie.

Voici la durée de chaque phase de l'opération :

2 h. 35. Commencement des inhalations de méthylène.

2 h. 41. Cathétérisme et tamponnement vaginal.

2 h. 50. Incision de la paroi abdominale.

2 h. 53. L'utérus est amené au dehors.

2 h. 56. Application des sutures à la partie supérieure de la paroi abdominale, division des ligaments larges et du vagin, enlèvement du fœtus et application des pinces sur les vaisseaux jusqu'à ce que :

3 h. 10. On enlève l'utérus.

3 h. 40. Ligature des vaisseaux et application des sutures du vagin et des ligaments larges.

3 h. 50. Occlusion de la plaie et pansement.

3 h. 55. La malade est replacée dans son lit.

L'utérus et ses annexes pesaient 750 grammes non compris le fœtus et mesuraient 0,15 de long.

La partie supérieure ne présentait rien d'anormal. En avant immédiatement au-dessous de la ligne de réflexion du péritoine sur la vessie, se trouvait une plaie horizontale de 0m.05 de large, communiquant avec la cavité utérine.

De chaque côté on pouvait voir le bout des artères coupées qui pénétrait dans l'utérus à sa partie latérale et inférieure entre les revêtements péritonéaux antérieur et postérieur. Le museau de tanche était complètement entouré par une excroissance en chou-fleur qui avait très peu gagné la cavité utérine, mais avait envahi le tissu cellulaire à

de faire une opération curatrice. Le chirurgien n'avait donc ici en vue que l'intérêt de la mère.

La malade a guéri des suites de l'opération.

Cependant six mois après l'opération, Spencer Wells constatait la présence d'une induration suspecte dans la cicatrice vaginale. On peut donc soupçonner l'opération de n'avoir été ici que palliative. La troisième opération a été entreprise dans des circonstances plus défectueuses.

Dans le cas où Bischoff a pratiqué son opération, la femme arrivée au terme de sa grossesse n'était pas en travail, mais était épuisée par des hémorrhagies contre lesquelles tout traitement avait échoué.

La tumeur cancéreuse était volumineuse et ainsi que l'autopsie le démontra, le tissu cellulaire pelvien était envahi du côté gauche par le tissu cancéreux. L'enfant fut extrait vivant. La mère succomba sept heures et demie après la fin de l'opération. Son état de faiblesse était, du reste, tel qu'on avait dû pratiquer la transfusion immédiatement après l'opération.

Pour apprécier la valeur de l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale pratiquée pendant la grossesse, il convient de comparer :

1° Les difficultés opératoires qui peuvent être créées par l'état de grossesse et par suite les risques qu'on fait courir aux malades.

---

droite du col. La portion de la paroi vaginale enlevée formait une frange complète mais très étroite, autour de la tumeur. Examinée au microscope, cette production présentait tous les caractères de l'épithélioma.

L'ovaire droit contenait un volumineux corps jaune de grossesse, l'ovaire gauche renfermait deux corps jaunes en état d'atrophie; le stroma était normal et ne présentait pas traces de follicules dilatés.

Le fœtus pesait 670 grammes. C'est-à-dire 80 grammes de moins que l'utérus avec ses annexes; il avait $0^m,28$ de long et était bien constitué, ses paupières étaient accolées l'une à l'autre, ses ongles n'allaient pas jusqu'au bout des doigts.

Le cordon avait $0^m.24$ de long. Il est donc probable que ce fœtus était âgé de 6 mois une semaine.

2° Les avantages que peut donner cette opération considérée comme opération radicale.

1° *Difficultés opératoires créées par l'état de gravidité.*

Si nous en croyons un élève de Freund, Ernst (1), l'extirpation de l'utérus gravide par la voie abdominale présenterait deux fois moins de dangers que l'extirpation d'un utérus vide.

D'après Kocks (2), les artères utérines seraient assez éloignées du bord de l'utérus pendant la grossesse. Les chances de blesser cette artère sont donc moins grandes.

Un autre grand danger de l'opération de Freund est la blessure de l'uretère. Or d'après Freund, qu'Ernst cite à l'appui de son opinion, les uretères ne suivraient que très faiblement un utérus qu'on attirerait artificiellement en haut. Il en serait de même pendant la grossesse et on pourrait admettre que la distance qui sépare les uretères de l'utérus, quand celui-ci est gravide, est plus considérable que si l'utérus est vide ; les chances de léser cet organe deviendraient donc moindres.

Disons de suite que cette conclusion est en désaccord avec celles que Polk (3) cru devoir tirer de ses recherches.

Voici enfin quels devraient être, d'après Ernst, les temps de l'opération de Freund faite pendant la grossesse.

1° Inciser la paroi abdominale, attirer l'utérus hors de la paroi abdominale.

2° Faire la constriction du col, inciser l'utérus, extraire l'enfant et les annexes.

3° Isoler le col en arrière. Tamponner le vagin.

4° Disséquer l'excavation vésico-utérine.

---

(1) *Die Geburtshulflichen Indicationem bei Gebarmutterkrebs.* Thèse, Strasbourg, 1882.

(2) Kocks, *Uber die total Extirpation des Uterus.* (*Archiv. f. Gynaek.* T. XIV, p. 135.)

(3) Polk, *L'anatomie chirurgicale de l'utérus gravide.* (*New-York, Med. Journal*, 1884, 3 mai, p. 485.)

5° Appliquer par l'abdomen deux ligatures sur les ligaments larges ou appliquer des compresseurs par le vagin. Pour faire les ligatures des vaisseaux externes ou utéro-ovariens on devrait recourir aux ligatures en masse, car il serait trop difficile de lier les vaisseaux un à un.

6° Inciser les ligaments larges; cautériser la plaie en faisant ou non l'inversion du pédicule constitué par les ligaments larges.

7° Toilette du péritoine; occlusion de la plaie abdominale et péritonéale; pansement de Lister; traitement consécutif comme après l'opération de Freund.

Il ne semble pas que les espérances un peu enthousiastes de l'élève de Freund se soient réalisées dans la pratique.

L'opération de Freund est, en effet, loin d'être plus facile pendant la grossesse. Si on étudie les deux observations que nous avons rapportées plus haut; on constatera qu'il est beaucoup moins facile que ne le pense Ernst, d'éviter les uretères. Dans l'opération qu'il a pratiquée, Bischoff a lié l'uretère gauche. Bien que Spencer Wells n'ait pas eu à regretter cet accident, il reconnaît (1) que bien souvent ce sera là une complication inévitable et dans la discussion qui a suivi sa communication, il déclare que suivant une communication que lui a faite Schrœder, il est bien difficile de lier l'artère utérine, sans lier en même temps l'uretère.

La séparation de l'utérus et de la vessie semble être un temps fort difficile. En effet, nous dirons plus loin que dans une opération de Freund faite post partum, Schrœder ouvrit la vessie. Il en fut de même dans le cas de Billroth — et si Spencer Wells n'ouvrit pas la vessie dans son opération, il ouvrit l'utérus, ce qui n'eut certainement aucune conséquence sérieuse, mais ce qui

(1) Spencer Wells, traduction française, p. 485. (*The Lancet*, 1881, p. 912. T. II.)

troubla la marche de l'opération et qui montre combien la séparation des deux organes est chose délicate.

J'ajouterai que le conseil donné par Ernst de faire des ligatures en masse est rejeté complètement par Spencer Wells (1).

On peut ajouter que le volume considérable de l'utérus, même si on prend le soin de le réduire en faisant comme le propose Wells, préalablement la ponction utérine, ou en faisant l'opération césarienne préalable comme l'a fait Bischoff, nécessite une « operatio major », d'où de moins grandes chances de réussite. De plus, le développement considérable des vaisseaux utérins à la fin de la grossesse rend l'hémostase, déjà si pénible à obtenir à l'état de vacuité, encore bien plus difficile, témoin l'opération de Bischoff.

En résumé nous pouvons conclure que les dangers auxquels expose l'opération de Freund sont notablement plus considérables pendant la grossesse que si l'utérus est en état de vacuité ; or, dans ce dernier cas, la mortalité serait d'après Ahlfeld (2) de quarante-neuf sur soixante-neuf opérées, soit 72 0/0 ; d'après Kleinwachter (2), sur quatre-vingt-quatorze cas il y aurait soixante-dix décès, soit 74 0/0. D'après Kaltenbach (4) il y aurait cinquate-huit décès sur quatre-vingt-huit cas, soit 67 0/0.

Enfin, d'après Matthews Duncan (5) la mortalité totale sur cent trente-sept cas serait de 72 0/0.

En acceptant une mortalité moyenne de 70 0/0, on sera bien près de la vérité. Cette mortalité ne semble s'être sensiblement abaissée par les progrès nombreux de la médecine opératoire.

En effet, si on compare à la statistique donnée par Hegar et

---

(1) *Lancet*, 1881, p. 912. T. II.
(2) Ahlfeld. *Deutsch medic. Wochenschrift*, 1880, n° 1.
(3) Kleinwachter. *Wiener medic. Presse*, 1883, n°s 3 et 4.
(4) Kaltenbach. *Deutsche medic. Woch.* 1881.
(5) *Obstetrical transactions*. London, 1885.

Kaltenbach (1) qui va jusqu'à 1881 et qui donne pour un chiffre de quatre-vingt-treize opérations une mortalité de 71 0/0, le relevé des opérations pratiquées depuis 1881 (1), on constate que pour ces dernières la mortalité fut de 68 0/0 (dix-sept morts sur vingt-cinq cas).

Enfin, il n'est pas inutile de noter que sur onze cas où la cause de la mort est notée, on trouva cinq fois la septicémie, deux fois le choc, quatre fois l'hémorrhagie, accidents qu'il faudrait redouter au premier chef dans l'opération de Freund pratiquée sur l'utérus gravide.

2° *Avantages de cette opération.* Or quels sont les avantages que peut donner une si grave opération? Si nous en croyons Freund, l'extirpation totale de l'utérus par la paroi abdominale pourrait être curatrice même quand il existe autour de l'utérus quelques noyaux cancéreux, pourvu qu'ils ne soient pas étendus trop loin. On ne peut formuler une conclusion sur ce point qu'en étudiant les résultats obtenus. Chez toutes les malades qui ont été opérées (la récidive s'est reproduite, sauf chez une opérée) par Freund en 1878 et qui, si nous en croyons Hegar et Kaltenbach (1886), serait encore vivante.

L'extirpation totale de l'utérus par la paroi abdominale a-t-elle donné aux femmes qui ont survécu une prolongation de la vie assez longue? Il ne le semble pas, car la récidive s'est le plus souvent produite au bout de quatre à cinq mois. Si nous notons de plus que bien des femmes qui sont considérées comme guéries des suites de l'opération, avaient subi des lésions opératoires du côté de la vessie, du rectum ou d'un uretère, nous devrons reconnaître que le résultat obtenu est hors de propor-

(1) Hegar et Kaltenbach, 3e édit. *Die operative Gynaek*, 1886, p. 452. Notons qu'il ne s'agit ici que des opérations qui ont été terminées.

tion avec les dangers qu'elle fait courir à la malade.

Si à l'aide de ces données nous tentions de porter un jugement sur l'opération de Freund pratiquée sur un utérus gravide, nous dirions :

Pratiquer l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale pendant la grossesse à une époque où le fœtus est viable, que le cancer soit étendu et ait dépassé les limites de l'utérus ou qu'il soit limité, serait faire œuvre inutile et dangereuse.

Imiter Spencer Wells, et intervenir à une époque où le fœtus n'est pas viable, serait perdre certainement le fœtus et hâter peut-être plus la mort de la mère que ne le feraient le reste de la grossesse ou une des interventions palliatives auxquelles on peut recourir.

Autant que qui que ce soit, nous admirons le résultat opératoire obtenu par Spencer Wells, car il montre ce qu'on peut obtenir par l'habileté et l'audace opératoires. Mais si nous envisageons la question en médecin qui prend surtout souci de l'intérêt de la malade peut-être pourrions-nous dire avec Matthews Duncan (1) : « It is one thing to determine what is possible, and another what is advisable »

*Extirpation de l'utérus par la voie vaginale.*

Mais si l'extirpation de l'utérus par la paroi abdominale donne des résultats si déplorables qu'on ne saurait y recourir. En est-il de même de l'extirpation par la voie vaginale?

Depuis que Sauter (2) a, pour la première fois, eu recours à cette opération, les progrès de la technique opératoire d'une

(1) *Lancet*, 1881. II.
(2) Herrgott. — *Annales de gynécologie*, 1885.

part en assurant l'hémostase, l'antisepsie d'autre part ont singulièrement amélioré le pronostic immédiat de cette opération pratiquée en dehors de la grossesse.

Les statistiques que nous avons pu consulter permettent d'apprécier les résultats récemment obtenus.

En effet, d'après Gusserow (1), qui a réuni 253 opérations, le nombre des cas de mort a été de 59 soit de 23, 3 0/0 ; pour Matthews Duncan (2), dont la statistique est basée sur 276 cas la mortalité fut de 28, 6 0/0.

D'après Hegar et Kaltenbach (3), qui ont fait porter leurs recherches sur les opérations pratiquées en Allemagne, il y aurait eu 60 cas de mort sur 257 opérations, soit une mortalité de 23 0/0.

De plus, une lecture attentive des statistiques montre que la mortalité est fort différente suivant les opérateurs. C'est ainsi que nous trouvons dans le livre de Hegar et Kaltenbach les noms de certains opérateurs qui comme Fritsch n'ont eu que 2 morts sur 24 opérations, ou Kaltenbach qui sur 8 opérations compte 8 succès.

Enfin, les récents progrès de la technique opératoire semblent avoir singulièrement diminué la mortalité qui suit cette opération. Ainsi d'après la statistique publiée par Pfannenstiel (4), tandis que sur 154 opérations pratiquées avant l'année 1882, la mortalité était de 23 0/0, sur 36 opérations faites depuis cette époque la mortalité est tombée à 8,3 0/0.

Il semble donc que pour cette opération, la mortalité immédiate se soit atténuée jusqu'aux environs de 10,12 0/0, chiffre nécessaire pour qu'on puisse, suivant la juste remarque de M. Trélat (5), faire appel à cette intervention.

---

(1) Gusserow. — *Die Neubildungen des Uterus*. Stuttgard, 1886, p. 232.
(2) Duncan. — *Obstetrical transactions*, 1885.
(3) Hegar et Kallenbach. Die operative Gynækologie, 1886, p. 454.
(4) Pfannenstiel. Thèse de Berlin, 1885.
(5) Académie de médecine, 21 juillet, 1885.

Quels sont d'autre part les avantages que cette opération peut donner aux malades ?

Quand le cancer a envahi le tissu cellulaire pelvien tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'une récidive surviendra fatalement et à brève échéance. Dans ce cas, le bénéfice qu'on pourrait tirer d'une semblable opération serait hors de proportion avec les risques qu'on ferait courir à la malade.

Mais quand l'opération a été pratiquée de bonne heure l'opérée ne peut-elle espérer une survie qui compense largement les risques subis.

Il est bien difficile de porter, aujourd'hui, une conclusion définitive sur ce point ; cependant si nous négligeons les observations de Martin (1) dans lesquelles le diagnostic ne fut pas toujours établi histologiquement, nous voyons que sur 25 opérées d'Olshausen (2) qui ont guéri des suites immédiates de l'opération, il en est quatre chez lesquelles la récidive a été tardive (chez une, il n'y avait pas encore de récidive après un an et huit mois; chez une autre, au bout de un an et onze mois; chez une troisième, au bout de deux ans et cinq mois; chez une quatrième, au bout de deux ans et onze mois). Sur 25 opérées de Schrœder (3) qui ont survécu à l'opération, il en est trois qui étaient encore bien portantes au bout de deux ans. — Sur les 8 opérées de Kaltenbach, une était encore bien portante au bout de deux ans (4).

---

(1) Martin. Ueber vaginale Uterus Extirpation *in* Pathologie und Therapie der Frauen Krankheiten.

(2) Olshausen. *Klin. Beitrage zur Gynæk. und Geburtshülfe*, 1885.

(3) Voyez aussi sur ce sujet :
Hahn. *Berliner Klin. Woch.* 1882, n° 24. Sur 48 cas, 14 morts, 29,1 p. 100.
Czerny. *Berliner Klin. Woch.* 1882, n° 46 et 47. 81 cas, 26 morts, 32 p. 100.
Sänger. *Archiv f. Gynæk.* XXI, p. 98, qui sur 133 cas trouva une mortalité de 28, 6 p. 100.

(4) Hofmeier. *Zeitsch. f. Geb. und Gynæk.* T. X, et Hegar et Kaltenbach. Die Operat. Gynæk. 1886, p. 454.

Ces chiffres ont certainement une grande valeur, quand il s'agit de déterminer l'opportunité de l'extirpation de l'utérus en dehors de l'état de grossesse. En est-il de même, quand il s'agit d'un utérus gravide?

Braun (1) pense qui si le cancer est limité et si on est appelé avant que l'utérus soit très volumineux, il faut recourir à cette opération, qu'on fera précéder de l'avortement si l'utérus était trop volumineux pour qu'on puisse le faire basculer.

Une telle opération sacrifierait certainement le fœtus, de plus elle présenterait sans aucun doute au point de vue du manuel opératoire des difficultés qui la rendraient particulièrement dangereuse. Enfin si, dans certains cas, la récidive ne s'est produite que tardivement, il n'en faudrait pas conclure qu'il en doive être de même quand on opère pendant la grossesse car à ce moment l'évolution du cancer est généralement rapide.

Pour ces raisons, nous doutons que la pratique recommandée par Braun, doive être considérée comme bonne (2).

---

Pendant la grossesse, il faudra, d'une manière générale, se borner à traiter les accidents qui peuvent survenir en soulageant les malades, éviter tout ce qui pourrait inutilement compromettre l'issue de la grossesse. Le traitement symptomatique du cancer pendant la grossesse repose sur les mêmes principes qu'en dehors de la gestation.

Il faut lutter contre:

1° Les douleurs, 2° les pertes blanches, 3° les hémorrhagies, 4° soutenir le plus possible les forces des malades.

---

(1) Braun in Felsenreich. *Wiener medic. mische Presse*, 8181.
Voyez la note 2, page 166.

(2) A notre connaissance, cette opération n'a été pratiquée qu'une seule fois par Olshausen. *Klinische Beitrage*, 1885. Nous n'avons pu consulter cet ouvrage.

1° Pendant la grossesse, le traitement du symptôme (douleur) ne donne lieu à aucune considération spéciale.

2° On devra s'attacher à lutter contre la fétidité des liquides aqueux qui seront sécrétés. On sait que cette fétidité est due à la mortification des végétations cancéreuses et aux fermentations que subissent les liquides dans les anfractuosités de la plaie. On sait de plus que les accès fébriles qu'éprouvent les femmes cancéreuses sont bien souvent des symtômes de résorption putride, qu'on peut faire disparaître en empêchant ces fermentations.

Les lavages répétés avec une solution antiseptique, ou même encore les applications iodoformées rendront ici, comme en dehors de l'état de grossesse, les plus grands services.

3° La médication interne sera le plus souvent sans action sur les hémorrhagies, sauf si elles sont dues à une menace d'avortement ou d'accouchement prématuré. Dans ce cas, il faut tout faire pour sauver le fœtus et éviter l'interruption de la grossesse; on aura donc recours au mode de traitement habituel de l'avortement.

Ce cas excepté, un traitement local seul pourra rendre des services. Mais, comme toutes les interventions efficaces risqueront d'exercer une influence fâcheuse sur la grossesse, on devra n'y recourir que s'il y a une indication bien précise. Quand l'hémorrhagie est très légère et n'influence pas sensiblement l'état général, l'expectation sera de règle.

Pour lutter contre une hémorrhagie sérieuse, on pourra s'adresser au tamponnement, au grattage de la plaie cancéreuse, cautériser les végétations soit avec le fer rouge, soit avec un caustique. Le tamponnement aura seulement une action très passagère; quand le cancer est étendu, son emploi n'est pas exempt de dangers.

Benicke (1) a eu, dans un cas, recours au grattage de la plaie ; mais il avait fait précéder cette opération de l'ablation du col. La grossesse fut interrompue. Le grattage est un excellent procédé qui permet de bien faire disparaître les végétations et par suite de lutter avec succès contre les hémorrhagies et la fétidité des écoulements.

Mais cette opération, surtout quand la plaie est étendue, sera assez longue et nous craindrions qu'elle ne provoquât facilement les contractions utérines. L'action des caustiques est difficile à limiter et on ne devra recourir à ce procédé qu'avec réserve.

Peut-être préférerions-nous recourir à l'emploi du fer rouge, dont l'action est beaucoup plus superficielle et qui permet d'obtenir facilement l'hémostase (2).

Dans aucun cas il ne faudrait, pour lutter contre une hémorrhagie compromettant les jours de la femme, pratiquer l'accouchement forcé comme le fit Denmann (3).

---

(1) LXXXIX. — Benicke *Cancer de la lèvre postérieure du col. Ablation de la tumeur à la curette tranchante.* (Zeitschrift f Gynœk., T. I, p. 337.)
Femme âgée de trente-quatre ans, VIIpare, qui présente pendant sa grossesse des hémorrhagies, des pertes blanches et des douleurs vives dans les reins. On constate un cancer de la lèvre postérieure du col. Les hémorrhagies étant très fortes, on fait au septième mois de la grossesse l'ablation de la tumeur, et le grattage au moyen de la curette tranchante : l'hémorrhagie pendant l'opération n'est pas très abondante. La malade se trouve améliorée, mais six jours après l'opération, le travail se déclare, et elle accouche naturellement *d'un enfant vivant* qui succomba quelques jours plus tard. **Les suites de couches sont normales.**

(2) Obs. CXXII Watelle.

(3) XC. — Denmann : Practick of Midwifery, p. 255.
Malade au neuvième mois de sa grossesse qui, la nuit précédente, avait eu une violente hémorrhagie. On diagnostiqua une insertion vicieuse du placenta. A l'examen direct on constatait la présence d'une grosse tumeur au fond du vagin, ayant la forme et la grosseur d'un placenta. Deumann jugea que dans ce cas il était opportun de délivrer la malade aussi vite que possible, et dans cette intention il contourna la tumeur avec le doigt pour se rendre compte de l'orifice. Mais ne pouvant le trouver même après un examen minutieux, Denman acquit la convic-

4° Enfin on devra user largement de tous les moyens qui permettront de lutter contre les progrès de la cachexie.

Si, cependant, l'épuisement des malades arrivait à un degré qui rend la mort certaine et imminente, on ne devrait pas hésiter à recourir à l'opération césarienne pourvu que l'enfant fût vivant et viable (1).

Il nous paraît inutile d'ajouter que si on avait la moindre espérance d'extraire un enfant vivant et viable, après que la mère aura succombé, on devra pratiquer l'opération césarienne *post mortem*.

---

tion de ce qu'il avait affaire à une excroissance de l'orifice, ayant une base assez étendue et conclut que la femme n'était pas enceinte, mais qu'elle souffrait de quelque affection ressemblant à la grossesse et que l'hémorrhagie dépendait de cette maladie. Après une consultation, il fut admis que la femme était enceinte et qu'il fallait seulement recourir à un traitement palliatif.

Aucun symptôme alarmant jusqu'à la fin de juillet, quand tout à coup l'hémorrhagie revint, il fallait délivrer la femme de suite; il était impossible d'enlever la tumeur, et il ne restait plus à faire que la crâniotomie. Après plusieurs tentatives, l'enfant ne pouvant être extrait, on laissa reposer **la mère qui paraissait épuisée, et elle expira bientôt.**

A l'autopsie, on ne constata aucune altération des viscères abdominaux, ni sur la surface externe de l'utérus; l'enfant n'était pas putréfié. On fit une incision de chaque côté du col utérin, et on trouva une excroissance en chou-fleur comprenant toute la partie postérieure du col utérin. Le placenta adhérait par toute sa surface, et certainement le sang venait de la tumeur.

(1) XCI. — Greenhalgh (*British med. Journ.*, vol II, 1867, p. 491).

Femme de vingt-sept ans, à sa quatrième grossesse, atteinte d'un épithélioma du col dont le début remonte à treize mois. Pertes blanches irritantes. Hémorrhagies répétées.

Le col est spongieux et fendillé saignant au moindre toucher. L'orifice est en croissant avec concavité en avant le bord est lobulé.

On pratique l'opération césarienne à terme avant le début du travail. *Enfant vivant*, petit et faible.

**La mère guérit.**

Plus de six mois après l'opération, la maladie, qui avait marché rapidement, s'améliora; l'hémorrhagie et la douleur cessèrent, et l'affection locale diminua sensiblement.

Alors la maladie reprit de nouveau et enleva la malade.

# CHAPITRE VIII

## DE LA CONDUITE A TENIR PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

SOMMAIRE. — OPÉRATION CESARIENNE ANTE PARTUM. — IL FAUT N'INTERVENIR QUE D'APRÈS DES INDICATIONS PRÉCISES. — ÉTUDE CRITIQUE DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES. — OPÉRATION CÉSARIENNE. — RÉSUMÉ DE LA CONDUITE A TENIR DANS LE TRAVAIL.

Il est impossible de fixer d'une manière absolue la conduite à tenir pendant le travail de l'accouchement, quand il y a cancer. Non seulement les faits sont en eux-mêmes fort dissemblables, mais encore dans chaque cas particulier les éventualités les plus diverses et les plus imprévues peuvent surgir. Il faut que l'accoucheur sache modifier sa conduite suivant les circonstances. Seules une connaissance approfondie de toutes les ressources que l'art obstétrical met à sa disposition, une juste appréciation des inconvénients et des avantages que présente telle ou telle intervention dans chaque cas particulier, permettent d'éviter des fautes qui, ici, auraient vite les plus graves conséquences.

Nous ne chercherons pas à prévoir dans ce chapitre toutes les éventualités qui pourraient se rencontrer, nous tenterons seule-

ment de fixer dans leurs grandes lignes les règles qui doivent diriger l'accoucheur dans les déterminations qu'il croira devoir prendre.

### I. — Doit-on intervenir avant le travail et faire l'opération césarienne quand le cancer du col est très étendu?

Nous savons quels obstacles le cancer du col peut, quand il est étendu, opposer à l'expulsion du fœtus; n'est-il pas indiqué d'intervenir avant tout début de travail et de pratiquer de propos délibéré l'opération césarienne, quand le cancer est tel que l'expulsion d'un fœtus vivant par les voies naturelles semble impossible?

Nous ne le croyons pas. Sans doute, une telle conduite est justifiée, quand l'obstacle à l'accouchement est constitué par un bassin rétréci, c'est-à-dire, quand cet obstacle est immuable et qu'on peut avec certitude affirmer que l'accouchement ne se terminera pas. Mais lorsque la dystocie est due à un cancer du col, les conditions sont loin d'être les mêmes. Si étendue que paraisse la dégénérescence, si insurmontable que semble l'obstacle, on voit parfois l'accouchement se terminer spontanément. Dans ces cas, la durée du travail peut n'être pas prolongée l'excès, ni la vie du fœtus être compromise.

L'expulsion ne se fait, il est vrai, qu'au prix de déchirures parfois très étendues et nous savons quelles graves conséquences, cet accident peut entraîner. Mais l'opération césarienne est elle-même, surtout quand il y a cancer, une opération si grave qu'on se résoudra difficilement à y recourir dans le but d'éviter cet accident. Dans ces cas où le cancer est toujours étendu, et où la femme peut seulement compter sur une survie bien courte et bien tourmentée, on ne doit envisager que les intérêts de l'enfant. Ceux-ci ne seront pas compromis si on laisse le travail se

déclarer spontanément, mais on devra dans le cours de celui-ci, se décider à intervenir pour peu que le travail se prolonge et avant que la vie du fœtus soit en danger.

## II. — De la conduite a tenir pendant le travail.

Dans bien des cas, l'accouchement compliqué de cancer se termine spontanément, l'enfant naît vivant et la mère a des suites de couches heureuses. Il ne faut donc pas vouloir intervenir quand même et l'accoucheur doit savoir conserver une attitude expectante, tant que des indications bien précises ne surgissent pas. La conduite de l'accoucheur sera d'autant plus réservée, que les opérations auxquelles il peut recourir sont souvent des plus pénibles et ne peuvent quelquefois être terminées qu'en sacrifiant la mère et l'enfant.

Cependant, les règles générales qui dirigent la conduite du médecin dans les autres accouchements ne sont pas de tous points applicables ici ; dans ceux-ci, en effet, on doit faire passer les intérêts de la mère avant ceux du fœtus et dans bien des cas on n'hésite pas à sacrifier ce dernier, si, pour l'extraire vivant, il fallait recourir à une opération qui compromettrait trop gravement la vie de la mère.

Il n'en est plus de même, quand il y a cancer du col. Ainsi que nous l'avons dit à plusieurs reprises, nous ne possédons aucune méthode de traitement grâce à laquelle on puisse espérer une cure radicale du cancer utérin. La femme atteinte de cancer étendu est vouée à une mort certaine, dans un laps de temps assez court. Les conditions ne sont plus ici les mêmes que dans les cas où la parturiante est pleine de vie, et, si pénible que puisse paraître une semblable conduite, toujours l'accoucheur doit faire passer les intérêts du fœtus avant ceux de la

mère. Cette idée générale domine tout le traitement, quand l'accouchement est compliqué de cancer du col.

Il sera donc indiqué d'intervenir chaque fois que la durée excessive du travail pourra devenir une cause de dangers pour le fœtus. L'indication deviendra plus pressante dès que, par l'auscultation, on reconnaîtra que le fœtus souffre; on devra alors terminer rapidement l'accouchement, quel que soit l'état dans lequel se trouve le col; dans le choix qu'on fera du mode d'intervention, on devra surtout songer à assurer la vie du fœtus.

Je ne puis indiquer ici toutes les complications qui peuvent survenir chez la mère et rendre nécessaire une intervention opératoire. La plupart d'entre elles ne présentent, du reste, ici rien de spécial. Je signalerai cependant, à cause de leur gravité : 1° l'état d'épuisement dans lequel se trouvent souvent les femmes; 2° les hémorrhagies qui peuvent apparaître pendant le travail; 3° la production d'une rupture utérine; 4° la production d'une déchirure du col.

1° Epuisement des malades. Epuisées par les hémorrhagies répétées qu'elles ont subies dans le cours de la grossesse, arrivées au dernier degré de la cachexie, elles peuvent n'avoir plus assez de forces pour supporter les fatigues de l'accouchement, même si celui-ci ne s'accompagne d'aucune complication.

L'accoucheur s'attachera à ménager les forces des malades; mais si ses tentatives échouaient, si, le fœtus étant vivant, la mort de la femme paraissait devoir survenir en peu de temps, il serait indiqué d'intervenir rapidement pour sauver au moins la vie de l'enfant. L'opération césarienne serait alors indiquée.

2° Hémorrhagie. Si l'état de la femme ne se trouve pas très aggravé, si les battements du cœur sont réguliers, il est indiqué d'attendre. Les injections vaginales chaudes pratiquées avec un liquide antiseptique et avec prudence, sous une faible pression,

rendront des services, car elles pourront peut-être lutter contre l'hémorrhagie, elles empêcheront certainement la putréfaction du sang qui pourrait stagner dans le vagin. Si l'hémorrhagie devient inquiétante, l'expectation serait une faute.

On a proposé dans ces cas d'agir directement sur la plaie en la badigeonnant avec une solution de perchlorure de fer, de tamponner le vagin.

Le premier de ces moyens doit être rejeté. On sait, en effet, que le perchlorure de fer est souvent impuissant pour arrêter les hémorrhagies ; de plus, on voit après son emploi des caillots s'attacher à la surface de la plaie, caillots qui se putréfient avec la plus grande facilité et peuvent ainsi devenir une cause d'infection.

Le tamponnement vaginal fait suivant toutes les règles de l'antisepsie pourra rendre des services, si la paroi du vagin est complètement indemne ; on ne devra y recourir qu'avec grandes réserves si la dégénérescence a envahi la muqueuse vaginale, et si le tissu cellulaire pelvien est atteint. Mais le tampon n'est pas sans inconvénient, car il exerce sur les tissus envahis par le cancer une compression fâcheuse qui peut faciliter la production de gangrène.

Nous aimerions mieux réserver l'emploi du tamponnement vaginal aux cas dans lesquels on ne peut atteindre les points qui donnent du sang. Mais quand ceux-ci sont accessibles, quand le spéculum permet de découvrir les végétations saignantes qui recouvrent l'ulcération cancéreuse, mieux vaut s'adresser à la curette, au fer rougi et détruire les végétations. En agissant ainsi, non seulement on arrêtera l'hémorrhagie, mais encore on fera œuvre antiseptique en faisant disparaître des tissus qui certainement se sphacéleront pendant les suites de couches et deviendront ainsi une cause d'infection.

3° La rupture utérine qui ici, au point de vue de son traitement, ne présente rien de spécial.

4° Les ruptures du col. Nous dirons plus loin que souvent on est obligé de les subir et que l'abstention est de règle. Si cependant elles s'accompagnent de la présence d'une violente hémorrhagie, il serait indiqué de terminer rapidement l'accouchement. Le choix de l'intervention sera alors subordonné à l'étendue de la déchirure et à l'état de vie ou de mort du fœtus.

Mais comment intervenir? soit qu'on veuille simplement rendre plus facile la terminaison d'un accouchement spontané, soit qu'un accident oblige à terminer rapidement le travail, on aura à lutter contre :

A. L'inertie utérine;

B. La résistance des parois du col;

C. L'obstacle créé à l'expulsion du fœtus par l'obstruction de l'excavation.

Les accoucheurs se sont appliqués à faire disparaître ces causes de dystocie contre lesquelles ils devaient lutter, soit qu'ils voulussent simplement rendre plus facile la terminaison d'un accouchement spontané, soit qu'un accident les obligeât à intervenir pour terminer rapidement le travail.

De la nécessité sont nés de nombreux procédés opératoires ayant pour but :

1° De raviver les contractions utérines;

2° De faire la dilation du col;

3° D'extraire le fœtus ou de rendre possible son expulsion.

## ÉTUDE CRITIQUE DES PROCEDÉS OPÉRATOIRES

### 1° *Procédés qui ont pour but de rendre les contractions utérines plus intenses.*

On a proposé de recourir dans ce but à l'ergot de seigle (1), aux douches de Kiwisch.

Il faut proscrire sans réserves l'emploi de l'ergot de seigle (1); on sait aujourd'hui combien il est dangereux d'y avoir recours quand l'accouchement et la délivrance ne sont pas terminés. Il nous semble inutile d'insister sur ce point.

Quant aux douches de Kiwisch (2) elles peuvent être employées

---

(1) Nous avons relevé deux faits dans lesquels on eut recours à l'ergot de seigle. Dans un de ces cas, l'accouchement se termina spontanément;

XCII. Lowenhardt de Prenzlau *Tumeur cancéreuse du col. Travail lent. Forceps appliqué pour abréger la période d'expulsion.* (Neue Zeitschrift. f. Geb. XII, p. 389.)

M. B..., vingt-neuf ans, avait depuis quelque temps des douleurs et des pertes de sang; elle entra en travail du 26 au 27 septembre, pendant les contractions beaucoup de sang s'écoula, ce qui affaiblit la parturiante. Au niveau de l'orifice légèrement dilaté, encore ferme, on sentait plusieurs excroissances ratatinées, d'environ 3 centimètres, qui se trouvaient insérées sur une surface large, plate et insensible. On prescrit de l'ergot de seigle; des lors, le sang s'arrêta, le travail progressa lentement.

Le matin vers onze heures, rupture des membranes et une demi-heure après la tête franchissait l'orifice complètement dilaté. L'hémorrhagie augmentant, les contractions restant faibles, on appliqua le forceps. *Fille vivante*. Délivrance naturelle.

Jusqu'en février la *femme nourrit son enfant*. A cette époque revinrent des hémorrhagies.

Les tumeurs furent enlevées plus tard par la ligature extemporanée et la malade se rétablit momentanément.

Dans l'autre cas dû au même auteur et que nous reproduisons plus loin, on dut pratiquer des incisions sur le col et faire une application de forceps.

(2) Voyez l'observation de Natale 000. Les douches vaginales n'ont eu aucun résultat; l'observation de Gœnner, n° 000 où les douches furent impuissantes.

avec avantage, quand le cancer est limité et quand on peut espérer que la dilatation se fera aux dépens des parties saines du col. Mais elles ne sont d'aucune utilité quand l'inertie utérine n'est pas la seule cause qui ralentit la marche du travail ; jamais on ne devra compter sur elles, pour diminuer la résistance opposée par des tissus cancereux à la dilatation du col.

Il est donc souvent nécessaire de recourir à des procédés plus actifs et qui agissent directement sur le col.

2° *Procédés qui rendent possible la dilatation du col.* — On a proposé de recourir à la saignée, aux onctions de pommade belladonée sur le col, etc., etc., moyens qui, pendant longtemps, ont été fort en honneur pour traiter la rigidité du col pendant l'accouchement.

Quand la rigidité du col est due à la présence d'un cancer, la saignée est dangereuse, car elle n'aura d'autre effet que d'affaiblir encore les malades. Les onctions belladonées seront inefficaces.

Pour agir utilement contre la rigidité du col cancéreux il faut recourir à des moyens plus actifs, et qui agissent mécaniquement sur les parois cervicales.

Dans ce but, on peut :

A. Amener à l'orifice interne une partie fœtale qui s'engagera plus facilement et rendra ainsi plus rapide la dilatation du col.

B. Vaincre la résistance opposée par les tissus dégénérés

*a*) En faisant la dilatation artificielle du col.

*b*) En pratiquant l'extraction forcée du fœtus.

C. Enlever la tumeur cancéreuse.

A. On peut amener à l'orifice interne une partie fœtale qui s'engagera plus facilement.

Pour certains auteurs, la dilatation du col se ferait plus aisément quand l'enfant se présente par le siège que lorsqu'il se

présente par l'extrémité céphalique. Dans le premier cas, on verrait les parties fœtales s'engager peu à peu à travers l'orifice résistant, et rendre ainsi moins pénible la dilatation. De cette idée théorique est né l'emploi de la version bipolaire pratiquée dans le cas de cancer du col. Nous avons relevé quatre observations dans lesquelles on eut recours à ce procédé.

Dans trois d'entre elles, les opérateurs se sont surtout proposé en s'adressant à cette opération, pour faire évoluer le fœtus, d'amener à l'orifice interne une partie fœtale qui put être facilement saisie et de faire les tractions forcées du fœtus.

Seul Jœrg (1) se borna, dans son cas, à abaisser un pied à travers le canal cervical sans faire aucune traction. L'accouchement se termina spontanément, mais l'expulsion du fœtus fut très lente et il fallut une heure pour que la tête du fœtus franchît l'orifice du col. Bien que Jœrg ne nous dise pas l'état du fœtus à sa naissance, il est permis de penser que la lenteur du dégagement a dû lui être fatale.

---

(1) XCIII Jœrg. *Zur Beforderung der Kenntniss des Weibes*, 1812, p. 250, (cité par Hachmann, Siebold's-Journ. für Geb. T. XV, p. 622.)

Femme de trente-trois ans, arrivée à sa quatrième grossesse. Le col était atteint de cancer, l'accouchement se fit au neuvième mois. La dilatation du col fut très difficile et très douloureuse. En effet, le cancer non seulement envahissait le col mais il s'étendait encore à toute la partie inférieure de la matrice. Ce cancer paraissait avoir débuté au commencement de la grossesse. Pendant toute cette dernière il y eut des hémorrhagies continuelles et des douleurs lancinantes. Une masse en chou-fleur partant de la partie gauche du col remplissait le vagin. Le vagin et les grandes lèvres étaient atteintes. Au bout de dix-neuf heures de travail, l'orifice aurait seulement admis deux doigts. L'épaule se présentait. On fit la version et on abaissa un pied; on laissa les choses en place sans faire de tractions; la tête resta à peu près une heure au niveau de l'orifice.

*Enfant mort.* — **Suites de couches normales heureuses. Mort neuf semaines après l'accouchement.**

Il y avait de l'hydronéphrose double.

Les symptômes, après s'être amendés pendant les quinze premiers jours après l'accouchement, reprirent toute leur gravité.

Voyez aussi les observations de Welponer, observ. n° 000; de Galabin observ. n° 000; de Galabin, observ. n° 000.

Il est possible que ce procédé puisse rendre des services, surtout si le cancer est peu étendu, la dilatation un peu avancée, les membranes rompues et le fœtus mort depuis peu. Mais nous ne pouvons, d'après le seul fait que nous avons recueilli, formuler sur ce sujet une conclusion.

B. Procédés qui ont pour but de faire la dilatation artificielle du col.

On a proposé de faire la dilatation du col :

*a*) Avec les doigts ;

*b*) Avec l'éponge, la laminaria ;

*c*) Avec les ballons de Barnes ;

*d*) En faisant sur les lèvres du col des incisions.

*a*) *De la dilatation du col cancéreux avec les doigts.* — Au temps où l'accouchement forcé était en honneur, il est probable que, dans bien des cas, les accoucheurs essayaient de vaincre la résistance opposée par le col cancéreux en introduisant de force la main dans l'utérus. La dilatation forcée pratiquée ainsi, n'était qu'un premier temps de l'extraction forcée du fœtus dont nous étudierons plus loin la valeur. Mais ne peut-on, sans agir avec violence, tenter de dilater lentement le col en introduisant dans l'orifice d'abord un, puis deux, puis trois doigts ? Ce procédé de douceur a été employé par Aveling (1) qui dit en avoir obtenu un bon résultat. Il peut rendre des services, quand la résistance opposée par le col n'est pas très considérable, et quand un certain degré de dilatation a déjà été obtenu. Mais si la paroi du col est constituée par un tissu très dur, peu friable, il est bien peu probable qu'avec le secours des doigts, on puisse obtenir des résultats sérieux. Du reste, on ne pourrait par ce procédé obtenir qu'une dilatation incomplète.

(1) *Obstetrical transactions*. 1876.

Frommel (1) recommande d'arracher avec les doigts une partie de la tumeur faisant obstacle à la dilatation du col, nous reviendrons sur ce procédé, quand nous étudierons l'extirpation de la tumeur pendant le travail.

*b) On a proposé de dilater le col avec l'éponge avec la laminaria.* — Nous avons relevé deux observations dans lesquelles on a eu recours à l'éponge pour faire artificiellement la dilatation du col. Dans ces deux cas, on a échoué.

Dans l'un notamment, que nous, rapportons ici, l'éponge fut introduite dans le col après qu'on eut pratiqué des incisions. L'éponge fut laissée quatre heures en place; mais la dilatation du col restant petite, on dut se résoudre à pratiquer la dilatation forcée.

---

(1) *Zeitschrift fur Gynækologie.* T. III.

(1) XCIV. — CHANTREUIL. *Cancer du col et du segment inférieur de l'utérus. Débridements du col; application de l'éponge préparée. Dilatation forcée. Application de forceps.*

(*Observation communiquée au Dr Chantreuil par le Dr de Natale, chef de clinique d'accouchements à Naples.* (MÉMOIRE DE CHANTREUIL, p. 87).

Marie S. de Fanniola, huit grossesses à terme et cinq fausses couches. Dernière apparition des règles dans les derniers jours de février.

A son entrée à la Clinique, on constate qu'elle est enceinte de neuf mois environ.

Le col de l'utérus a perdu sa forme ordinaire, il est converti en une masse dure, bosselée, saignante, qui envahit le vagin au niveau de sa paroi postérieure.

Le cancer envahit donc tout le col et une partie du segment inférieur, apportant un obstacle sérieux à la dilatation.

Le cinquième jour, les douleurs se manifestent à quatre heures du matin.

Douches d'eau tiède ; onctions d'extrait de belladone sur le col. Pendant deux jours les douleurs s'espacent et reprennent avec énergie. La malade étant très fatiguée, on fait des incisions sur le col; puis on y introduit une éponge préparée enlevée quatre heures après.

La dilatation était encore petite; les membranes s'étaient rompues et les battements du cœur de l'enfant étaient un peu faibles. Le Dr Capuano fit la *dilatation forcée*, puis appliqua le forceps sur le sommet placé en O. I. D. P. La première branche fut introduite sans difficulté, la seconde, difficilement, rencontra les brides du col et du segment inférieur.

Le fœtus fut *extrait vivant. Suites de couches normales.*

**Mort de la femme six mois après l'accouchement.**

Voyez encore. — MENZIES. *Observation*, nº 000.

Ce procédé ne présente que des inconvénients, car l'éponge ne permet pas d'obtenir une dilatation suffisante; malgré toutes les précautions, elle n'est jamais antiseptique, et la compression qu'elle exerce sur les tissus envahis par le cancer peut devenir une cause de sphacèle étendu. Ce procédé doit donc être rejeté.

Si nous condamnons l'emploi de l'éponge nous éliminerons à plus forte raison celui de la laminaria, avec laquelle la dilatation obtenue est encore moins considérable.

c) *On a proposé de dilater le col cancéreux en introduisant dans le canal cervical des ballons de Barnes.* — Nous avons relevé quatre faits (1) dans lesquels on eut recours à ce procédé pour obtenir la dilatation du col.

---

(1) XCV. — Godson : *Epithelioma étendu du col de l'utérus; accouchement.* (British med. Journ. 1877. p. 231.)

Accouchement à terme. On fait la dilatation du col au commencement du travail au moyen des ballons de Barnes. Version. Perforation du crâne. *Céphalotripsie.* L'extraction est difficile mais il ne paraît pas y avoir de lacération du col, malgré son état de rigidité. **Mère en bonne santé.**

(1) obs. XCVI. — Eds. *Epithelioma du col de l'utérus pendant la grossesse.* (Brit. med. Journal 1876, n° 55. T. I.)

Femme de trente-trois ans, troisième grossesse atteinte d'un cancer occupant les deux tiers de la périphérie du col. L'accouchement a lieu à terme. On fait la dilatation du col avec les ballons de Barnes, puis on peut par une application de forceps extraire un enfant vivant.

**La mère meurt le douzième jour par pyémie due à la contusion exercée sur les parties malades par la tête du fœtus.**

(1) XCVII. — A. L. Galabin : *Two cases of pregnancy complicated by extensive malignant disease of the cervix uteri.* (Transactions of the obstetrical soc. XVIII, 1876, p. 239.)

Femme âgée de quarante et un ans ayant eu onze enfants et pas de fausses couches. Dès le premier mois de cette grossesse il y eut des hémorrhagies qui se reproduisirent jusqu'à terme, mais furent très fortes au septième mois.

En examinant la femme à terme, on trouve une tumeur carcinomateuse occupant tout le pourtour de l'orifice. En arrière la masse était très épaisse et très dure s'étendant à la paroi du bassin et envahissant le vagin. En avant, la tumeur est moins dure, mais est formée par une masse friable, étendue, qui occupe la paroi antérieure du vagin et la base de la vessie. L'orifice est dilaté de façon à admettre un doigt.

On rompt les membranes et on trouve une présentation du sommet.

Il semble que dans un de ces cas (Edis) les ballons de Barnes aient donné un bon résultat, car on put appliquer le forceps et extraire un enfant vivant. Cependant la mère succomba le douzième jour après son accouchement. D'après Edis la mort devait être attribuée aux contusions subies par le tissu cancéreux pendant l'accouchement. Peut-être la compression exercée par les ballons a-t-elle joué ici un certain rôle. C'est là, du reste, un inconvénient des ballons de Barnes; il ne doit pas être oublié.

Dans le fait publié par Godson, la dilatation ne fut pas complète, car on dut, après avoir dilaté le col avec les ballons de Barnes, terminer la version en perforant le crâne et en faisant la céphalotripsie.

Dans les deux autres faits, l'emploi des ballons de Barnes ne donna aucun résultat.

Les ballons de Barnes ne seront guère utiles quand les parois du col seront entièrement envahies par le cancer et très rigides. On pourrait peut-être y recourir avec avantage quand une petite

---

L'hémorrhagie est considérable. On place des ballons de Barnes pendant six heures : le plus gros ballon se rompit et on n'obtint néanmoins qu'une dilatation de trois doigts. On fit la perforation du crâne au niveau de la fontanelle antérieure et on tenta un essai de céphalotripsie : grandes difficultes; pendant trois heures, on fit des efforts inutiles; enfin on arriva à broyer la tête et l'extraction se fit assez facilement.

Six heures après, survient de la fièvre qui tomba le troisième jour. Peu de symptômes inquietants, sauf de l'incontinence, puis de la rétention d'urine qui nécessitèrent l'emploi de la sonde pendant plusieurs jours.

Le neuvième jour, on constata une communication très large entre la vessie et le vagin, laissant un pont de tissu carcinomateux entre la fistule et l'orifice uterin. Cette fistule ne peut être attribuée ni à une compression prolongée ni à une déchirure produite par les os du crâne. La fièvre survenue le douzième jour tomba le surlendemain. Le trente-quatrième jour, hemorrhagie profuse, la première depuis l'accouchement; elle continua pendant quatre jours et revint frequemment dans la suite.

Ces hémorrhagies s'arrêtèrent par des lotions journalières avec une solution de perchlorure de fer étendue : cette injection qui pénetrait dans la vessie ne parut pas amener d'irritation.

Le soixantième jour la femme était suffisamment bien pour retourner chez elle.

Voyez aussi l'observation de Galabin, n° 000.

partie du col étant seule envahie, on peut obtenir une dilatation rapide du col. Mais, même dans ces cas, il ne faudrait pas trop oublier que ce procédé est souvent d'une application très difficile, surtout quand la partie fœtale est étroitement appliquée contre la paroi cervicale.

*d) On peut rendre la dilatation possible en faisant des incisions sur le col.* — Tel est le procédé auquel on avait autrefois le plus fréquemment recours pour lutter contre la rigidité du col cancéreux. Pour les uns, les incisions pratiquées sur le col n'étaient qu'un moyen de rendre moins pénible l'extraction forcée du fœtus. Les autres cherchaient à imiter ce qui se produit souvent spontanément quand, dans le cours de l'accouchement, des déchirures rendent possible l'expulsion du fœtus.

A la fin du XVIIIe siècle, ce procédé opératoire était fort en honneur, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant les livres de Baudelocque et de Lauverjat.

Bien que depuis les travaux de Mme Lachapelle (1) et de Dubois (2) on se montre plus réservé dans l'emploi des incisions faites dans les parois du col cancéreux ; ce procédé est encore fréquemment mis en usage.

Nous n'avons pas recueilli moins de vingt et une observations dans lesquelles ce procédé fut mis en pratique (3). Une étude

---

(1) LACHAPELLE. — *Pratique des accouchements*, t. III.

(2) DUBOIS. — *Journal de médecine et de chirurgie*, 1854, mars, p. 486.

(3) XCVIII. — BOURGEOIS. (MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, n° 25. citée par Chantreuil.)

Mme D..., quarante-deux ans, a eu trois enfants, le dernier accouchement a été très long à cause d'une masse cancéreuse que présentait la partie antérieure du col de la matrice. Deux ans après, en 1852, nouvelle grossesse. La femme a le teint jaune-paille, elle est amaigrie et a toutes les trois ou quatre semaines une hémorrhagie utérine. Au terme, quand les douleurs se déclarent, nous trouvons que le col est dans les

attentive de ces observations nous permettra d'apprécier, mieux que tout raisonnement, la valeur de ce mode d'intervention.

---

trois quarts de son étendue, cancéreux, bosselé, rugueux, mou, dilatable. Des incisions sont pratiquées. L'enfant très petit était mort. **La femme succomba à une péritonite aiguë**

2) XCIX. — BRANDT. *Geburt bei Carcinoma Cervicis.* (THÈSE DE BERLIN. 28 juillet 1881.)

Rapporte un fait dans lequel on fit des incisions su le col et une application de forceps pour extraire le *fœtus*. **La malade succomba le dixième jour.**

L'autopsie montra une péritonite généralisée.

(3) XCIII. — BUDIN. *Cancer du col de l'utérus mettant pendant plusieurs jours obstacle à l'accouchement. Incisions sur la partie du tissu utérin restée saine. Forceps. Enfant vivant. Suites de couches normales.* (ARCHIV. TOCOLOGIE 1879, 695-697.)

Femme âgée de trente-huit ans, enceinte pour la cinquième fois à terme. Depuis trois ou quatre mois, elle éprouve dans la partie inférieure de l'abdomen des douleurs assez vives. Il y a deux mois, hémorrhagie ayant duré quatre jours, pour reparaître pendant deux jours. Depuis lors, il n'y eut plus qu'un écoulement de matières puriformes, jaunâtres sans odeur, mais les douleurs abdominales persistaient.

Les premières douleurs de l'accouchement se montrèrent dès le 4 juin; le toucher amène un peu de sang; les douleurs continuèrent le 5 et le 6; on envoya cette femme à la Clinique comme étant atteinte d'un placenta prævia. L'utérus est développé comme au terme de la grossesse. La tête s'est engagée au travers du détroit supérieur. Le doigt arrive sur une masse volumineuse, irrégulière, présentant des nodosités et des anfractuosités. Il existe un champignon considérable qui remplit le fond du vagin. Du côté droit et en arrière le doigt peut pénétrer à travers un orifice qui ne le laisse entrer qu'avec peine; il y a à ce niveau une petite bande de tissu sain, tandis que le reste du col est envahi par la dégénérescence cancéreuse. Les membranes intactes permettent d'arriver sur la tête. Le doigt sort recouvert de sang. Le professeur Depaul rompit les membranes à quatre heures; le 7 juin seulement on trouve que l'orifice s'est dilaté aux dépens de la partie du col restée saine, il présente un diamètre de 5 centimètres environ. M. Depaul fait avec un bistouri courbe et mousse deux petites incisions en arrière et à droite sur la partie du col non envahie; la tête restant au-dessus de l'orifice utérin qui ne se dilate pas suffisamment. M. D... applique le forceps; il se sert d'un instrument à cuillers étroites, quelques tractions amènent le fœtus jusqu'au plancher périnéal. On s'efforce en vain de refouler au-dessus de la tête la masse cancéreuse qui avait été entraînée au-devant d'elle.

*L'enfant naquit en état de mort apparente, il fut ranimé;* il pesait 3,030 grammes.

Délivrance naturelle.

La masse cancéreuse qui était venue faire saillie à l'orifice vulvaire y demeura; le 9 juin, M. Depaul ayant constaté que cette tumeur avait un pédicule du volume du pouce environ, le sectionna au moyen de la chaîne d'écraseur. La tumeur enlevée avait le volume d'un gros œuf de poule.

Le 16 on trouve avec un peu de difficulté le point sur lequel a porté la

Sur ces vingt et un faits il en est seulement cinq dans lesquels les incisions pratiquées sur le col ont été réellement très utiles.

---

section sur la lèvre antérieure. Quant à la lèvre postérieure, elle est très volumineuse, irrégulière, végetante, grosse comme un œuf de poule, d'une forme bien différente de ce qu'elle était au moment de l'accouchement.

Le 21 juin à sa sortie, cette femme paraissait bien portante.

(4) CI. — Eugène Ernst : *Cancer utérin; accouchement à terme; incisions; embryotomie; mort.* (Die geburtshulflichen indicationen bei gebarmutterkrebs, thèse de Strasbourg 1882.)

Femme de trente-trois ans. Deuxième grossesse, hémorrhagies qui cessent spontanément au deuxième mois. Au cinquième mois, œdème des membres inférieurs. Quand on observe la malade elle est à terme et en travail.

La lèvre antérieure de la portion vaginale est augmentée de volume, épaissie, dure.

La lèvre postérieure est plus résistante qu'à l'état normal. — Sur la paroi vaginale, on trouve plusieurs noyaux indurés. L'orifice présente les dimensions d'une pièce de 2 francs.

Au bout de neuf heures, pas le moindre progrès dans la dilatation; on fait sur le col cinq ou six incisions, grâce auxquelles on peut introduire quatre doigts; perforation de la tête du fœtus. On essaie en vain d'extraire la tête; on ne réussit qu'à arracher quelques lambeaux de col. Version. Extraction facile d'un enfant macéré. Délivrance artificiel.

**Mort au bout de trois heures.**

Le vagin était rempli de caillots de sang pur. A droite, rupture par laquelle on peut glisser la main tout entière dans le tissu sous-péritonéal. A gauche, rupture plus petite allant jusqu'au péritoine.

(5). CII. — Fischer. *Einige Schwierige Geburtsfalle*, (Zeitsch. fur Wundartze und Geburtsk. 1885. T. XXXVI.)

Une femme âgée de vingt-huit ans, à sa quatrième grossesse, présente un cancer étendu de la portion vaginale.

On pratique des incisions sur le col, et on fait une application de forceps.

*On amène un enfant vivant.*

**La mère succombe au bout de douze heures par suite d'anémie.**

(6) CIII. — Guéniot. *Carcinome du col utérin. Avortement à six mois et demi.* (*In* Chantreuil, *loc. cit.*, p. 12).

Mme M..., âgée de vingt-sept ans; enceinte pour la cinquième fois, grossesse arrivée à six mois et demi. Cette malade est, le 18 août, en travail depuis plus de trente-six heures et a perdu de l'eau la veille au matin.

Le toucher vaginal révèle l'existence d'un cancer végétant du col utérin, qui forme une tumeur grosse comme le poing, insérée sur la lèvre antérieure et envahissant tout le reste du col sous forme de tissu dur, mais fragile.

L'orifice large comme une pièce de 5 francs, est dévié très en arrière; il faut introduire la main pour l'atteindre.

Le chloroforme étant donné, on introduisit la main jusqu'à l'orifice,

Sur ces cinq cas, deux fois les incisions furent suivies de l'expulsion spontanée du fœtus Mais dans deux cas seulement

---

sur lequel on trouva les deux mains de l'enfant, la tête et le pied droit On amena ce pied et on y fixa un lacs ; après quelques efforts de traction, on parvint à extraire l'autre pied et à faire évoluer *le fœtus qui fut extrait mort. L'opération avait duré vingt minutes.* En la faisant, on ramena un fragment gros comme une mandarine de la tumeur cancéreuse, et on dut débrider à gauche et un peu en arrière l'orifice utérin pour extraire la tête fœtale arrêtée au-dessus de ce cercle dégénéré qui ne cédait en aucun point. Perte de caillots sanguins assez modérée.

Délivrance normale.

Fille de 2,000 grammes, morte depuis peu. **Suites de couches normales.**

(7) CIV. — Guéniot : *Cancer du col utérin. Incisions pratiquées sur le col. Application de forceps.* (In Chantreuil, p. 80.)

Femme de trente-quatre ans, de bonne constitution apparente, a eu cinq enfants nés naturellement. Elle est arrivée à huit mois et demi de sa sixième gestation. L'examen du 11 juin 1870 fait constater que le col utérin est dégénéré dans toute sa périphérie d'une manière très inégale. Le tiers gauche présente une véritable tumeur dure, intéressant toute la hauteur du col proéminant même dans sa cavité qu'elle oblitère, se prolongeant au-dessous du museau de tanche en languette, ce qui donne à ce dernier une forme en bec de flûte. Les deux tiers sont indurés, mais le col n'est pas altéré dans toute sa hauteur. La muqueuse vaginale est intéressée dans la partie avoisinant le col.

Début du travail le 20 juin. Le 22 le col est raccourci, il forme une sorte de canal de 3 centimètres de longueur à paroi résistante, altérée. L'ouverture laisse passer le doigt à frottement ; l'induration pathologique, en arrière et à gauche, s'étendait plus haut que le col, sur le segment inférieur et en bas sur la paroi vaginale. La tumeur du côté gauche avait presque disparu par le fait du travail. Avec le bistouri boutonné et les ciseaux on pratiqua cinq ou six incisions sur le pourtour du col, jusque sur le segment inférieur dans la portion qui confine au col. On engagea facilement deux doigts dans cet orifice ; puis on tenta une application de forceps ; la branche gauche passa avec peine, les membranes furent rompues par elle ; on fit ensuite de nouveaux débridements sur les parties latérales du col et on parvint à placer la seconde cuillère. La tête bien saisie, on tira, puis on agrandit encore l'ouverture par l'incision de quelques brides que la traction rendait tranchante ; on obtint ainsi sans efforts excessifs la tête fœtale qui agrandit la dilatation et les incisions.

*Enfant de 3,000 grammes, né en état de mort apparente, ranimé.*

Flot sanguin provenant sans doute de déchirures, arrêté par un tamponnement extemporané.

Délivrance naturelle. Par le toucher le col est béant, déchiqueté sur tout son pourtour avec sinus surtout marqué à droite et en arrière.

**Suites de couches compliquées de phénomènes de péritonite qui disparaissent**, mais l'état de la femme reste grave : fièvre, altération cancéreuse de la face, etc. Le 6 juillet la malade perd ses urines par le vagin et succombe le 1er août à la cachexie cancéreuse.

*Autopsie.* — On trouve : 1° le tiers environ du col épargné par le

(faits de Bourgeois, de Simpson) l'expulsion se fit rapidement. Bien que les auteurs ne nous donnent aucun renseignement à

---

cancer; 2° le corps non envahi par la lésion; 3° large perforation de 6 cent. de diamètre dans la paroi vésico-vaginale; 4° psoïtis suppurée d'un côté.

(8) CV. — Hedrich : (*Neue Zeischrift. f. Gyn.* XV, p. 474.)

Femme de quarante ans, huitième grossesse, presente un cancer du col de l'utérus : on fut obligé de faire des incisions sur le col et d'appliquer le forceps : on *amena un enfant vivant*. **La mère guérit**, mais elle mourut trois mois après.

(9) CVI. — Loquet. *Grossesse survenue dans le cours d'un cancer utérin. Carcinome occupant tout le col. Version podalique. Péritonite. Guérison. Mort due à l'affection cancéreuse.* (*In* Th. Le Goupils. Paris, 1879, p. 31.)

Mme M..., cinquième grossesse ; depuis sa dernière couche, qui date de trois ans, elle est affectée de pertes avec écoulement fétide.

Le 2 mai 1875, le col est volumineux, dur, complètement dégénéré et présente tous les caractères du tissu squirrheux. L'utérus est lourd, volumineux. Le 14 juillet, nouvelles hémorrhagies. Le 7 août, cette femme était en douleurs depuis un jour sans qu'aucun travail effectif eût pu se produire. L'état de la patiente laissant peu d'espoir, on incisa le col crucialement et on put ainsi pénétrer dans la cavité utérine. La version fut pratiquée sans difficulté. *L'enfant mort avait environ six mois et demi.* Délivrance normale.

La patiente **a été atteinte d'une péritonite dont elle a guéri**; mais elle mourut en octobre avec tous les symptômes de la cachexie cancéreuse.

(10) CVII. — Lowenhardt de Prenzlau. *Accouchement avec dégénérescence squirrheuse de l'orifice et d'une partie du col utérin : incisions : succès* (Neue Zeitschrift f. Geb XII, p. 389.)

Femme âgée de trente-huit ans, ayant eu sept enfants. Depuis le dernier accouchement, il y a quatre ans, elle ressentait beaucoup de douleurs dans les hanches et avait des écoulements vaginaux, sanieux et fétides. On trouva l'orifice de la matrice gonflé et formant un bourrelet, douloureux au toucher et permettant à peine l'introduction de l'index. On prescrivit toutes les heures un scrupule d'ergot de seigle. Les douleurs augmentèrent sans agrandir l'orifice que l'on incisa. Comme les douleurs cessèrent de nouveau, on fit une application de forceps et on *amena un enfant vivant*. Une hémorrhagie étant survenue, on fit la délivrance artificiellement. **Suites de couches normales.**

La femme mourut l'année suivante à cause des progrès de la cachexie cancéreuse.

(11) CVIII. — (Macdonald. (Edimb. med. Journal. Vol. XIII, p. 767. 1868.)

Femme de trente-quatre ans, primipare, souffre depuis plus de vingt et un mois.

Tout le col de l'utérus est remplacé par une masse d'une dureté cartilagineuse qui remplit le bassin en avant.

Après un travail de vingt heures, l'orifice du col est dilaté de la dimension d'une demi-couronne à celle d'une couronne. On fait des incisions et on tente la version sans succès, vu l'obstruction produite par le cancer, et l'état spasmodique de l'utérus. On applique le forceps mais

ce sujet, nous pouvons craindre que ces incisions n'aient pas été sans inconvénients, car les deux femmes succombèrent dans les quelques jours qui suivirent l'accouchement.

---

on ne peut articuler. On termine alors l'accouchement avec beaucoup de difficultés au moyen du céphalotribe : pas d'hémorrhagie et pas de désordre appréciable au passage.

**La femme mourut cinq jours après.**

(12) CIX. — MALGAIGNE. *Cancer du col chez une femme enceinte et près d'accoucher. Incisions latérales du col. Difficultés de la dilatation. Mort de la femme et de l'enfant.* (Cité par CHANTREUIL *in* Mém., p. 75.)

Adèle S... trente ans, troisième grossesse, se croyait sur le point d'accoucher bien que, d'après son propre calcul, elle ne fût enceinte que de six mois et demi. Le col, qui n'était pas dilaté, était le siège de tumeurs inégales dures, dont trois du volume d'une aveline occupant la lèvre antérieure; la lèvre postérieure en portait de plus nombreuses, mais plus petites, séparées entre elles par des sillons profonds. La muqueuse vaginale était indurée à son point d'insertion au col, surtout à droite.

Du 8 au 9 octobre, douleurs intenses. La poche des eaux se rompt le 10 octobre. M. Malgaigne fit alors avec un bistouri boutonné deux incisions latérales, qui n'amenèrent aucun progrès dans la dilatation. Sous l'influence de 2 grammes de seigle ergoté les contractions suspendues depuis vingt-quatre heures se réveillent un peu. La tête du fœtus est violemment comprimée entre les lèvres du col. Ecoulement à la suite du toucher d'un liquide séro-muqueux, nauséabond. On n'entend plus les battements du cœur de l'enfant.

Le col peu à peu atteignit une ouverture supérieure au diamètre d'une pièce de cinq francs.

Le 13 à quatre heures du matin, la femme accoucha *d'un enfant mort à terme*. Délivrance naturelle.

Les forces de la malade allèrent en déclinant et **la mort arriva le 17.**

*Autopsie.* — Le col était déchiré, on remarquait aux commissures les deux incisions faites par Malgaigne, qui se trouvaient dirigées latéralement sans avoir entamé le vagin et sans arriver dans la cavité pelvienne.

*Les tumeurs squirrheuses du col avaient été ramollies et déchirées pendant le travail.*

(13) CX. — *Dégénérescence cancéreuse du col utérin. Incisions à l'orifice. Application de forceps. Enfant mort.* (REGISTRES DE LA MATERNITÉ, 25 janvier 1862.)

Primipare, avait des métrorrhagies avant sa grossesse, elles devinrent plus abondantes pendant le cours de cette dernière. A l'examen, on trouve une tumeur du volume d'une pomme, qui donnait la sensation d'un champignon. Au centre de cette tumeur formée par le col, on sentait une dépression arrondie que l'on pensa être l'orifice externe.

Le travail débuta, mais d'une façon irrégulière, le 24 janvier; pourtant le lendemain on constate une dilatation de 3 à 4 centimètres, faite aux dépens de la partie postérieure de l'orifice, portion restée saine. On fit des incisions nombreuses sur la partie indurée et même sur la partie in-

Dans les trois autres faits, on intervint pour terminer l'accouchement et l'extraction du fœtus paraît avoir été facilitée par

---

demne; on appliqua le forceps; par suite des tractions fortes exécutées sur la tête, la lèvre antérieure de l'orifice fut entraînée avec le sommet, on la repoussa et bientôt l'accouchement fut terminé.

Enfant de 3,100 grammes, non ranimé. Délivrance naturelle.

**Femme succombe, avec de la péritonite**, le 27 janvier.

(14) CXI. — Saboia. *Traité théorique et pratique des accouchements.* (Paris 1873.)

Femme ayant eu cinq enfants et trois fausses couches. Elle est en travail depuis deux jours, est agitée, nerveuse, le pouls est fébrile. Le ventre presente un volume normal : on n'observe pas de mouvements actifs; mais les battements du cœur du fœtus sont reguliers. Le col est assez dilaté; la partie antérieure et laterale gauche de sa circonférence est excessivement epaisse, dure, ridee, volumineuse, présentant une série d'élévations et de dépressions; il s'agit d'un squirrhe ulcéré. Présentation du sommet, la tête est dans l'excavation. Les contractions sont fortes, rapprochées, mais sans effet, car la tête serrée par les bords épais du col ne peut se dégager. On applique le forceps, la tête descend avec la tumeur : on ne continue pas l'extraction de crainte de déchirer le col, on pratique alors quelques incisions sur la tumeur, et on extrait *un enfant vivant.* Les **suites de couches sont normales,** mais sept à huit mois après la femme était dans un état qui devait amener la mort prochaine.

(15) CXII. — Simpson. (*Soc. obst. d'Edimbourg*, 10 *févr.* 1848. Medico Chir. Trans. T. 31, p 38.)

Femme arrivée au terme de sa grossesse; le col est très induré d'un côté et ne paraît pas devoir se dilater. On pratique deux ou trois incisions sur la portion indurée, la tête franchit le col et l'accouchement se termine après quelques contractions. La femme était très épuisée; le pouls très rapide et très faible ne se releva pas et la malade **mourut deux ou trois jours après.**

(16) CXIII. — Otto Spiegelberg. *Accouchement compliqué de carcinome du col de la matrice. Dilatation sanglante de l'orifice. Forceps. Enfant vivant. Mort de la mère après dix mois.* (*In* Chantreuil, p. 78, Monatschrift f. Geb., t. XI, p. 110).

Femme P..., quarante-quatre ans. Dans le dernier mois de la dixième grossesse, métrorrhagies peu abondantes, mais répétées.

Le 24 mai, au toucher, on ne sentit aucune partie fœtale à travers le segment inférieur de l'utérus. Portion vaginale du col, longue et dure; lèvre antérieure large, d'une dureté cartilagineuse avec nodosités; la lèvre postérieure plus molle, comme abcédée, est en voie de destruction. Col ouvert, permettant l'introduction du doigt jusqu'à un demi-pouce de profondeur où il est arrêté par un anneau ferme et dur. La lèvre antérieure a subi une inversion; son bord regarde en dehors et sa face interne en bas.

Le 1er juin, vers le soir, se déclarèrent les premières douleurs qui dilatèrent l'orifice interne et effacèrent le col en partie. Le 2, la tête était fixée au détroit supérieur; la lèvre postérieure déviée en arrière pouvait à peine être atteinte. La poche des eaux se rompit, la tête descendit, mais les douleurs se ralentirent, pour redevenir violentes le 4.

les incisions pratiquées sur le col. Dans un cas observé par Guéniot, cet accoucheur pratiquait une version, le tronc avait pu franchir le col utérin sans rencontrer de trop grandes diffi-

---

Aucune dilatation ne s'effectuant, on fit sur le col trois incisions : deux latérales et une sur la lèvre antérieure jusqu'à l'insertion du vagin, avec un bistouri boutonné. Comme l'ouverture qui en résulta était encore trop résistante, une quatrième incision fut faite dans le plus grand lambeau de la lèvre antérieure. Une faible hémorrhagie se produisit. Les douleurs engagèrent la tête à travers l'orifice, mais celui-ci ne fut pas franchi. A huit heures, on appliqua le forceps, après des tractions pénibles qui durèrent plus d'une demi-heure, *un enfant vivant et robuste fut extrait.*

Délivrance naturelle. **Suites de couches heureuses.**

La malade meurt de cachexie, dix mois et demi après l'accouchement.

(17) CXIV. — G. W. Stein. Die Tehr-Anstalt d. Geburshulfe zu Bonn. 1882. Elberfeld. S. 163.)

Femme de trente-cinq ans, à sa cinquième grossesse. Elle présente un cancer du segment inférieur de l'utérus et de tout le fond du vagin.

Travail lent; rupture prématurée des membranes, on pratique une saignée, et on aide la dilatation du col avec le doigt au moyen d'incisions. On applique ensuite le forceps *Enfant mort.*

**La mère survécut en dépit d'une fistule utéro-vésicale et d'une rupture de l'utérus.**

(18) CXV. — Valenta. *Zur Behandl. der durch Krebs der Gebarm. gehin derten Geburten lebensfahiger Kinder.* (Arch. f. Gynœk. T. X.)

Femme à sa huitième grossesse, ayant éprouvé de nombreuses hémorrhagies pendant la grossesse actuellement arrivée à terme. On trouve un carcinome étendu de la portion vaginale et du cul-de-sac vaginal. Pendant l'accouchement survient de l'inertie utérine; on donne des douches, on introduit un cathéter flexible, on administre du seigle et on fait le tamponnement sans résultat. On observe alors quelques phénomènes d'infection. L'orifice du col présentant environ 5 centimètres de diamètre, *l'enfant venant de succomber, on fait la perforation du crâne.* La tête ne s'abaissant pas, on pratique *six* incisions sur le col et on applique le cranioclaste. Il faut faire enfin une grande incision sur le col pour terminer l'accouchement. La **mère succombe.**

A l'autopsie on trouve la cavité péritonéale libre, mais une déchirure du col allant jusqu'au péritoine.

(19) CXVI. — Wallstein. (Monatschr. f. G. VIII. S. 185.)

Femme de quarante ans, à sa sixième grossesse, présente une tumeur en chou-fleur du volume d'un citron, partant de la lèvre antérieure du col et descendant dans le vagin.

Accouchement à six mois. On fait des incisions, on applique le forceps, eu égard aux faibles douleurs et à l'épuisement de la femme. Rétention du placenta.

*L'enfant est vivant.*

**La mère guérit.** Aucun symptôme pendant la grossesse : deux mois après l'accouchement, hémorrhagie et accroissement de la tumeur. Mort quatre mois après.

Voyez encore Chantreuil. Obs. nº 000 et 000.

cultés, mais la dilatation n'était pas suffisante pour qu'il pût extraire la tête; il fit alors une incision à gauche et en arrière, et put terminer son opération. L'enfant était mort; la mère eut des suites de couches heureuses.

Dans le second cas, Saboia faisait une application de forceps, la dilatation était assez avancée. En exerçant des tractions sur l'instrument, il abaissait la tête fœtale, et en même temps qu'elle un segment de la tumeur. L'opérateur craignant de déchirer le col fit quelques incisions sur l'anneau résistant et put extraire un enfant vivant. — Les suites de couches furent heureuses.

Le troisième fait a été rapporté par Loquet. La femme était épuisée, la dilatation du col était nulle; l'opérateur fit alors une incision cruciale sur le col et put aisément, en pratiquant la version, extraire un fœtus mort, âgé de six mois et demi; la femme eut une péritonite dont elle guérit.

Ces faits exceptés, les incisions pratiquées sur le col ne semblent avoir, dans aucune de nos observations, donné de bons résultats.

Une fois seulement Malgaigne laissa l'accouchement se terminer spontanément, mais l'expulsion du fœtus se fit quatre jours seulement après que les incisions eurent été faites; il ne semble pas que cette intervention ait eu la moindre utilité. La femme succomba quatre jours après l'accouchement.

Dans tous les autres cas, les incisions furent faites à un moment où la dilatation était nulle ou à peine commencée, et on termina l'accouchement artificiellement. Dans dix faits, l'opération ne fut pas très laborieuse, mais dans les autres cas que de difficultés! En lisant les observations, on verra les obstacles qu'ont rencontrés les opérateurs, lorsqu'ils voulaient extraire de force le fœtus par les voies génitales et combien l'opération a été peu facilitée par les incisions pratiquées sur le col.

Dans un cas, Spiegelberg avait pratiqué sur le col trois incisions; le col ne se dilatant pas, il fallut en pratiquer une quatrième, cependant la tête ne franchit pas l'orifice et le forceps fut appliqué. Spiegelberg dut, pour extraire le fœtus, exercer des tractions sur l'instrument pendant plus d'une demi-heure.

Guéniot rencontra encore de plus grandes difficultés. Il avait pratiqué cinq ou six incisions sur le col, incisions profondes qui se prolongeaient jusque sur le segment inférieur. Le col ne se dilatant pas, il voulut appliquer le forceps. Non seulement la première branche fut introduite avec peine, mais pour introduire la seconde cuiller, cet accoucheur dut pratiquer de nouveaux débridements. Les deux branches de l'instrument étant placées et articulées, il fallut, dès les premières tractions, faire de nouvelles incisions; on put enfin extraire le fœtus, grâce aux déchirures qui agrandirent les incisions faites par l'opérateur. L'enfant en état de mort apparente fut ranimé, mais la femme mourut quatorze jours plus tard.

Dans l'observation publiée par Macdonald, on avait en vain tenté de faire la version, après avoir pratiqué des incisions sur le col. On introduisit les branches du forceps, mais on ne put réussir à articuler et l'accouchement ne put être terminé qu'au prix d'une céphalotripsie très pénible. La mère succomba cinq jours plus tard.

Parfois, soit que le fœtus fût déjà mort au moment de l'intervention, soit qu'une opération conservatrice, comme le forceps ou la version, parût impossible, les accoucheurs eurent de suite recours à l'embryotomie.

Dans ces cas, malgré la réduction de volume subie par le fœtus, l'accouchement ne put être terminé qu'avec les plus grandes difficultés.

Valenta, par exemple, intervenant dans un cas où le fœtus venait de succomber, et où l'orifice présentait seulement cinq

centimètres de diamètre, fit la perforation du crâne ; malgré cette opération, la tête ne s'engagea pas à travers l'orifice. L'accoucheur fit alors des incisions sur le col et les fit suivre d'une application du crânioclaste. Mais cette nouvelle opération fut sans résultat et il fallut faire de nouveau une grande incision sur le col pour que l'extraction du fœtus devînt possible. — La mère succomba.

Dans un fait observé par Welponer, on essaya de pratiquer l'extraction du fœtus en se servant du crânioclaste, la femme était seulement enceinte de cinq mois et on avait pratiqué deux incisions sur le col. Malgré toutes les précautions, malgré le petit volume du fœtus qu'il fallait extraire, le col se déchira. La femme succomba cinq jours plus tard.

Les complications furent encore plus graves dans le cas observé par Ernst. — La femme était arrivée au terme de sa grossesse quand le travail se déclara ; malgré les douleurs, l'orifice ne se dilatait pas et présentait seulement les dimensions d'une pièce de 2 francs. L'opérateur fit alors sur le col cinq ou six incisions, grâce auxquelles il put faire pénétrer quatre doigts dans le canal cervical, et perforer la tête. En vain, il tenta d'extraire la tête du fœtus. Dans ces essais, il réussit seulement à arracher quelques lambeaux de la tumeur ; il dut faire la version forcée. La mère succomba au bout de trois heures, et à l'autopsie on trouva deux ruptures utérines partant des incisions pratiquées sur le col.

En somme, si nous étudions d'une manière générale les résultats obtenus grâce à l'emploi des incisions, nous voyons que :

1° Dans deux cas, les incisions furent pratiquées alors que la dilatation était assez avancée et dans le but de rendre plus facile l'extraction du fœtus.

Les deux mères guérirent. Des deux fœtus, l'un extrait par le forceps vécut ; l'autre qui fut extrait par la version succomba.

2° Dans deux cas l'accouchement s'est terminé spontanément peu de temps après qu'on eut fait les incisions. — Les deux femmes ont succombé. — Dans un fait, l'enfant naquit mort ; dans l'autre, l'état de l'enfant n'est pas indiqué.

Dans ces deux cas, les incisions ont été faites, alors qu'il n'y avait pas de dilatation et on ne peut déterminer la part qu'il convient d'attribuer à cette intervention dans la production de la mort.

3° Dans un fait, les incisions furent pratiquées alors que la dilatation était nulle, l'accouchement spontané ne se fit que quatre jours plus tard. La mère mourut. L'enfant succomba.

4° Dans seize cas, les incisions ayant été faites sur un col non dilaté ou qui l'était à peine, on dut intervenir.

Sur sept cas où les difficultés ne furent pas très grandes, deux fois la mère mourut, quatre fois l'enfant fut extrait mort Dans un fait l'état de l'enfant n'est pas indiqué.

Dans neuf cas l'extraction du fœtus fut très pénible ; six fois la mère a succombé aux suites de l'opération. Six fois le fœtus fut extrait mort, deux fois il naquit vivant.

La conclusion suivante nous paraît se dégager de ces observations.

Les incisions pratiquées sur le col ne sont pas une opération banale et sans importance qu'on doit appliquer indistinctement à tous les cas.

Elles rendront des services quand la dilatation est incomplète, mais suffisamment avancée pour qu'on puisse au prix d'un faible traumatisme espérer devoir terminer facilement l'accouchement par les voies naturelles.

Elles seront surtout indiquées dans de telles circonstances si les parois résistantes ne sont pas très épaisses.

Elles seront contre-indiquées dans tous les cas où la dilatation

est nulle ou bien à peine commencée, quand les tissus envahis par le cancer forment une masse consistante et fort épaisse.

Mais ce sont là deux circonstances bien tranchées, qui ne se rencontrent pas toujours dans la pratique. Bien souvent, le col est un peu dilaté, les masses envahies par le cancer semblent modérément épaisses. Les indications et contre-indications deviennent alors moins tranchées et il devient délicat de prendre une décision.

Quoi qu'il en soit, quand on aura recours à ce procédé opératoire, on ne devra pas oublier que la dilatation du col est en réalité due à l'agrandissement des plaies qui ont été faites. Si les incisions s'accompagnent si souvent d'accidents graves, c'est que précisément elles deviennent le point de départ de déchirures du col qui pourront s'étendre plus ou moins loin, suivant qu'on aura opéré sur un col plus ou moins dilaté. A cet égard, les incisions sont complètement assimilables aux déchirures qui se produisent spontanément sur le col pendant l'accouchement. Elles deviennent également comme elles, l'origine d'hémorrhagies parfois très violentes.

3° On peut triompher de la résistance opposée par le col de l'utérus en pratiquant l'extraction forcée du fœtus, sans avoir fait au préalable d'incisions sur le col.

Les accoucheurs ont eu surtout recours à ce mode d'intervention dans des cas où la dilatation était commencée et s'était produite jusqu'à un degré suffisant pour qu'on pût introduire la main dans la cavité utérine.

Quand on se décide à pratiquer dans de telles circonstances l'accouchement par les voies naturelles on peut recourir :

1° A l'application du forceps;

2° A la version;

3° Broyer de suite la tête du fœtus afin d'en rendre plus facile l'extraction.

1° *Forceps.*—Nous avons réuni sept observations dans lesquelles on eut recours à une application de forceps pour terminer l'accouchement (1). On conçoit que les résultats obtenus aient été différents suivant le degré de dilatation du col, au moment de l'opération.

---

(1) CXVII. — E. Bileted : (Kopenhagen). *Zwei Fälle von Schwangerschaft und Geburt mit cancer colli uteri komplicat.* (Howitz : Gynekologie og obstetr. Meddelelser, Bd IV.)

Femme âgée de quarante-quatre ans, à sa neuvième grossesse. Avant cette dernière grossesse, hémorrhagies depuis six mois. On constate au toucher une infiltration cancéreuse du col, s'élevant dans le canal cervical. On fait le grattage de la tumeur et la cautérisation au thermocautère. La malade devient enceinte ; pendant cette grossesse le cancer marche vite et s'étend sur les parois antérieure et postérieure du vagin. Au moment du travail, la dilatation est très lente. On applique le forceps, et on extrait *un enfant mort*. **La femme est restée dans un bon état pendant quelques mois après l'accouchement.**

(2) CXVIII. — Tarnier. *Cancer du col. Application du forceps* (Registres de la Maternité, 21 juin 1881.)

Chellier P..., trente-trois ans, secondipare, ignore l'époque de ses dernières règles, car depuis le mois d'avril 1880, elle a des pertes considérables ou journalières, ou intermittentes ; vers la fin de la grossesse les caillots étaient d'une fétidité extrême.

Le 20 juin à midi, apparition des premières douleurs ; le lendemain on constate que l'orifice dilaté, de la grandeur d'une pièce de 5 francs, est envahi par un épithélioma sur les trois quarts de sa circonférence. Application de forceps par le professeur Tarnier. *L'enfant avait dû succomber peu de temps avant l'opération* (2,500 *grammes*).

Durée du travail, vingt-cinq heures quarante minutes.

Délivrance naturelle.

**Suites de couches normales.**

(3) CXIX. — Fifield : *Travail compliqué de cancer du col de l'utérus.* (Boston med. and surg. Journ. 18 octob. 1877, p 453.)

Femme en travail depuis quarante-huit heures, chez laquelle l'orifice de la dimension d'un quart de dollar, était ulcéré, saignant, carcinomateux. Ce cancer s'étendait jusqu'au rectum.

Les eaux s'étaient écoulées.

On fit une application de forceps et on eut *un enfant vivant.*

Après l'accouchement il se produisit une hémorrhagie artérielle qui cessa vite.

Délivrance naturelle.

**Suite de couches heureuses.**

(4) CXX. — Watelle. *Des tumeurs cancéreuses de l'utérus au point de vue de la fécondation, de la grossesse et de l'accouchement.* (Th. Paris 1870, Obs. V.)

Femme de quarante ans, multipare de son septième, souffre depuis huit mois environ du bas-ventre et a un écoulement blanc.

On constate un cancer épithélial de la lèvre postérieure ; on fait des cautérisations répétées au fer rouge et des injections de perchlorure de

Dans les quatre premiers cas, le forceps fut appliqué lorsque la dilatation était très avancée. Dans ces quatre cas, l'opération ne présenta pas de difficultés particulières. Les quatre femmes

---

fer. Ce traitement n'entrave pas la marche de la grossesse datant alors de deux mois.

La femme arrive à terme; le travail se déclare, la dilatation se fait entièrement aux dépens de la lèvre antérieure, mais incomplètement; aussi dut-on terminer par une application de forceps.

*L'enfant mourut pendant ce travail* **et la mère ne survécut que quelques mois.**

(5) CXXI. — Tarnier. (*Registres de la Maternité.*)

Brisset, vingt-cinq ans, a eu deux grossesses terminées à terme; depuis un an, pertes de sang presque continuelles et, au moment des règles, hémorrhagies abondantes. Un docteur la dit atteinte d'une ulcération du col et pratique, de mai à novembre 1873, des cautérisations au nitrate d'argent deux fois par semaine. Au commencement de ce dernier mois B... perçoit avec stupéfaction les mouvements actifs d'un fœtus. Rien de particulier à noter pendant le cours de cette troisième gestation.

Le 26 janvier 1873, les membranes se rompent avant l'apparition des douleurs; l'utérus est développé comme à sept mois; le col ouvert, long est envahi dans toute sa circonférence par un tissu induré, presque cartilagineux, remontant à une hauteur telle que le doigt n'arrive pas au tissu sain. La tuméfaction est plus considérable en avant qu'en arrière; et descend jusqu'à l'orifice vulvaire. Les culs-de-sac antérieur et postérieur semblent sains, à droite il y a pourtant une induration notable. L'orifice externe large comme une pièce de un franc est obstrué par des fongosités. Il y a donc cancer du col.

Les premières contractions douloureuses apparaissent le 28 janvier, la malade perd un liquide très odorant, mélangé de caillots.

La dilatation est, le 31, à dix heures du matin, de la largeur d'une pièce de 2 francs; elle paraissait due à l'agrandissement de toutes les parties de l'orifice où nulle part on ne sentait de tissu sain; en arrière cependant on sent un amincissement très marqué. Un grand frisson survient et dure de deux à quatre heures du soir; à huit heures la femme en se levant pour uriner perd de 250 à 300 grammes de sang. Les *bruits du cœur fœtal ont disparu.* Le 1er février, deuxième frisson; à six heures les douleurs sont un peu plus intenses; la dilatation progresse lentement; l'écoulement vaginal et utérin est très fétide. Troubles intellectuels.

Le professeur Tarnier applique le forceps, l'introduction de la première branche est un peu difficile; une fois appliquée, les gaz fétides de l'utérus sortent au dehors; la seconde branche pénètre facilement; au moment de leur articulation se produit une double déchirure : l'une en haut dirigée de droite à gauche, l'autre en bas située sur la ligne médiane.

L'enfant est mort, il pèse 1,620 grammes.

Délivrance spontanée. Frisson de quarante-cinq minutes.

*Le 7 février*, métrorrhagie abondante. **Mort.**

*Autopsie.* — Pas de trace de péritonite. Le cancer avait envahi non seulement les deux lèvres du col en entier, mais aussi la face inférieure de la vessie, d'où déchirure presque complète de la paroi vésico-vaginale.

eurent des suites de couches heureuses. Des quatre enfants, trois furent extraits morts.

La mort des enfants paraît dans ces observations être antérieure à l'opération.

Dans le cinquième, le travail durait depuis cinq jours, le col était peu dilaté, car on pouvait seulement y faire pénétrer deux

---

(6) CXXII. — J. TURNBULL. *Case of cancer of the uterus during pregnancy; safe delivery to mother and child.* (LANCET. Lond., 1880, p 89.)

Femme âgée de quarante-un ans, cinquième grossesse : la dernière remonte à cinq ans. Tous les accouchements ont été spontanés et faciles.

La grossesse actuelle passe inaperçue au début, parce que la femme continue à perdre du sang pendant les premiers mois : dès le troisième mois on observe une hémorrhagie considérable. A cette occasion, on examine la malade et on constate l'existence d'une tumeur irrégulière, pédiculée et rattachée à la lèvre postérieure du col utérin. L'examen au microscope d'un fragment de la tumeur montre qu'il s'agit d'un cancer épithélial. A partir de cette hémorrhagie du troisième mois, on n'observe plus d'autres pertes pendant la grossesse.

Au début du travail, il se produit une forte hémorrhagie. Par le toucher, l'auteur constate que la tumeur n'a pas augmenté de volume et qu'elle est parfaitement limitée à la lèvre postérieure; présentation du sommet; l'enfant est vivant. Les douleurs sont rares et faibles, puis le travail cesse pendant quatre jours. Le cinquième jour, on observe une recrudescence des douleurs et de l'écoulement sanguin : le col est dilaté de façon à pouvoir admettre deux doigts, on le badigeonne au moyen d'une éponge imbibée de perchlorure de fer. Huit heures après la reprise du travail, on observe un grand affaiblissement. On rompt les membranes, les douleurs cessent alors.

Voyant que la dilatation reste stationnaire, l'auteur applique le long forceps de Barnes, fait des tractions pendant une demi-heure, et extrait *un enfant vivant*. Une notable portion de la masse cancéreuse est arrachée par le passage de la tête fœtale.

La délivrance est normale : il n'y a pas d'hémorrhagie pendant les suites de couches, on n'observe de la fièvre que pendant quelques jours. **Le seizième jour la malade se lève et reprend ses occupations.**

Dans la suite le cancer envahit la vessie et le rectum, et la femme mourut huit mois après son accouchement.

(7) CXXIII. JOHNSTON. : (REPORT OF ROTUNDA HOSPITAL 1871.)

Femme de ving-neuf ans, cinquième grossesse. L'orifice utérin a la dimension d'une pièce de deux shillings, il est dur, cartilagineux et dentelé l'examen est douloureux, il y a des hémorrhagies et des pertes fétides

La première partie du travail dura douze heures. La tête restant dans la cavité un peu plus d'une heure sans avancer, malgré de fortes douleurs, on abdiqua le forceps. L'enfant était mort et décomposé. **La femme mourut vingt-neuf heures après l'accouchement** dans le collapsus. On ne fit pas l'autopsie.

doigts. On appliqua le long forceps de Barnes, l'extraction fut pénible, le col se déchira et une notable partie de la masse cancéreuse fut arrachée au moment où la tête franchit le col. Néanmoins l'enfant fut extrait vivant et la femme eut des suites de couches régulières.

Dans les deux dernières observations, le fœtus était mort et putréfié quand on intervint.

Dans un de ces cas (Tarnier), l'application de l'instrument fut pénible et au moment de l'articulation des deux branches de l'instrument, on vit se produire une double déchirure.

Dans ces deux cas, la mère succomba.

2° *Version.* — Nous avons recueilli quatre observations (1),

---

(1) CXXIV. — Welponer : *Carcinoma uteri und vaginæ.* (Wien. Med. Press. 1878, p. 1193.)

Femme de trente-deux ans, à sa sixième grossesse vient à l'hôpital « parce que depuis quelques jours elle perd du sang et parce que malgré les plus vives douleurs, l'accouchement ne se termine pas ».

A l'examen, on constate que l'utérus est développé comme au terme de la grossesse. Le fœtus est en première position. L'auscultation pratiquée à plusieurs reprises ne permet d'entendre aucune pulsation fœtale.

Le col est induré, cancéreux dans presque toute sa hauteur; il forme un cylindre dur par lequel on peut difficilement passer la moitié de la main. Le vagin lui-même est intéressé; on trouve des nodosités dans les culs-de-sac antérieur et postérieur.

On fait la version (Méthode de Braxton-Hicks), on réussit à abaisser un genou dans le col, l'extraction du siège, du tronc est facile; mais celle de la tête offre de si grandes difficultés qu'on est obligé d'avoir recours à la perforation. *L'enfant mort était à terme.* Pendant l'opération, la femme perd un peu de sang, elle n'est pas affaiblie.

Les *suites de couches sont d'abord normales*, mais au huitième jour survient une hémorrhagie grave arrêtée par le tamponnement vaginal et le perchlorure de fer. **Mort de la femme neuf mois plus tard.**

(2) CXXV. — (Siebold, *Sielbold's Journ.* T. III, p. 56.)

L'auteur voit à Wurzbourg, en 1815, une femme arrivée au terme de sa grossesse et en travail. Les contractions utérines, n'ont aucun résultat sur la dilatation qui ne se fait qu'aux dépens d'une partie du col.

On craint une rupture de l'utérus et on fait la version. Enfant (?)

**La malade meurt pendant les jours qui suivent son accouchement.**

*Autopsie.* — Matrice détruite par le cancer qui a envahi tout le vagin. Fistule vésico-vaginale.

(3) CXXVI. — Siebold. (Journ. fur Gynœkol. T. VII, p. 536.)

Femme de quarante-six ans, à sa neuvième grossesse, présentant des

dans lesquelles on fit la version avant que la dilatation du clo fût suffisante.

Dans trois de ces faits (Siebold, Stricker), on eut recours à la version podalique par manœuvres internes.

Dans le quatrième de ces cas (Welponer), on fit la version par la manœuvre bipolaire.

A côté de ces observations, nous croyons devoir en placer une autre (1) dans laquelle on ne fit pas la version; mais l'enfant se présentant par le siège, on procéda à l'extraction forcée du fœtus.

---

douleurs abdominales vives dans le ventre et un écoulement purulent. On ne peut méconnaître l'existence d'un cancer. Le ventre est irrégulièrement tendu, douloureux. Les eaux sont écoulées depuis plusieurs heures : l'orifice du col a les lèvres épaisses, très inégales, et très gonflées, son diamètre dépasse à peine plusieurs lignes.

On pratique une saignée : le col devient moins tendu : on fait la version et on amène un *fœtus putréfié*.

**La mère meurt** le quatrième jour après des accidents très graves.

(4) CXXVII. — STRICKER. (*De uteri scirrho et carcinomate cum graviditate complicatis* (BEROLINI, 1820, p. 22, cité par Hachmann. — SIEBOLD. JOURN. FUR GEB. T. XV, p. 622.)

Femme de quarante ans, présentant un squirrhe volumineux du col utérin, déjà dégénéré en cancer. Dilatation très lente. On fait la version. **La mère meurt de suite.** Y a-t-il eu rupture?

(1) CXXVIII. — TH. DE DIETERICH : *Carcinome utérin. Travail très long. Extraction d'un fœtus putréfié. Périonite. Mort.* TH. Breslau, 1868. (DER KREBS DES GEBARMUTTERALS DE COMPLICATION DER GEBURT.)

Femme de trente-huit ans, troisième grossesse. A l'examen, vers le neuvième mois de sa grossesse on ne peut plus reconnaître la lèvre postérieure du col. La paroi postérieure du vagin est envahie sur une grande étendue. La lèvre antérieure du col est infiltrée, dure, épaisse, mais l'infiltration ne s'étend pas sur la paroi antérieure du vagin.

Le 5 janvier premières douleurs. Il s'écoule un liquide sanieux, sanguinolent Rupture des membranes le 7. Le fœtus succombe le 8. Tétanisation de la paroi utérine. Le canal cervical long de deux pouces environ laisserait à peine passer deux petits doigts. La lèvre antérieure est gonflée au niveau de l'orifice interne. Présentation du siège. La malade est épuisée; cependant, comme la paroi antérieure du col semblait plus molle, on attend.

Le 9, la portion vaginale est fortement repoussée en bas. Le siège du fœtus répond à l'orifice externe qui offre la dimension d'une pièce de 5 fr. Ecoulement très abondant, très sanieux, sanguinolent par le vagin.

La femme est très prostrée; il y a du météorisme et des phénomènes de putréfaction fœtale intra-utérine.

On fait une extraction pénible par les voies naturelles. L'obstacle op-

Dans tous ces cas, sauf dans celui observé par Welponer, la malade succomba. Le sort de trois enfants est nettement indiqué; ces trois enfants ont été extraits morts.

Disons enfin que l'extraction du fœtus par les pieds n'a pas été sans présenter de grandes difficultés; dans un cas, il fallut perforer la tête ; dans un autre (Dieterich), les conditions étaient rendues défavorables par la putréfaction du fœtus. Le cou se rompit sous l'influence des tractions exercées sur le tronc pour faire passer la tête à travers le canal cervical. Il fallut perforer le crâne et se servir des crochets aigus pour extraire la tête.

*Embryotomie.* — Dans un fait (Oldham), nous avons recueilli quatre faits de cet ordre, on pratiqua la crâniotomie alors que la dilatation était presque complète, l'extraction du fœtus fut facile.

Mais parmi ces quatre faits, il en est deux qui ont été publiés par Ruttiedge et deux qui méritent d'attirer l'attention. Dans un d'eux, l'enfant se présentait par le sommet, on tenta d'appliquer le forceps quand on s'aperçut que les battements du cœur fœtal devenaient plus rares. — Les tractions exercées sur l'instrument étant insuffisantes pour triompher de la résistance opposée par le col et l'enfant ayant succombé pendant cette tentative opératoire, l'accoucheur eut de suite recours à la perforation du crâne et à la céphalotripsie. L'extraction du fœtus devint alors facile.

Dans le second cas, le fœtus mort se présentant par le siège, l'opérateur, au lieu de procéder à l'extraction forcée de la tête,

---

posé par la masse cancéreuse est tel que sous l'influence des tractions sur le tronc, il y a rupture du cou.

On essaie d'extraire la tête sans instrument, mais il faut la perforer et on l'amène au dehors avec des crochets aigus.

Délivrance artificielle.

**La mère succombe le quatrième jour.**

*Autopsie.* — Tout le col est envahi par le carcinome qui est froissé et coloré en noir à la suite des injections de perchlorure de fer pratiquées pendant l'accouchement. Il y a de la péritonite qui paraît s'être produite pendant l'accouchement.

(1) CXXIX. — Henry Oldham : *Carcinome du col utérin. Grossesse. Accouchement. Craniotomie.* (Journ. of Medecine London, 1851, p. 204.)

Une femme âgée de quarante ans fut soignée, en 1848, pour un cancer

la broya et des tractions lentes et prudentes suffirent pour triompher de la résistance du col, sans qu'il y eût production de déchirures. Dans ces deux cas, la mère guérit.

Si nous comparons entre eux les trois modes d'intervention que nous venons d'étudier, il en est un, l'embryotomie, qui sacrifie toujours le fœtus; et on n 'y devra recourir que si le fœtus est mort. Dans ces limites, l'embryotomie pourra rendre des services. En réduisant le volume du fœtus, elle permettra sou-

---

au col de l'utérus avec des hémorrhagies revenant par intervalles et des pertes fetides, sanieuses, presque continuelles; son état général s'améliora et, un an après, elle etait en travail d'accouchement depuis plusieurs jours. L'orifice oblitéré ne pouvait se dilater à cause de la présence d'une masse cancéreuse ulcerée occupant le col, qui était le siège d'un écoulement fétide; la dilatation étant considérable et l'enfant probablement mort, on fit la *craniotomie*; les os cédèrent sous l'influence des contractions utérines. Un crochet fut fixé à la partie interne de l'os pariétal et la tête se degagea.

Le placenta adherent fut extrait avec la main.

(2) CXXX. — Heilbrun. *Uber die Komplikationen der Sahmanq rschaf und Geburt mit Gebarmutter Krebs.* Thèse Wurzbourg, 1884.

Femme âgée de trente-huit ans, sixième grossesse, atteinte d'un cancroïde siégeant sur le vagin et sur le col, surtout sur la partie droite de celui-ci : accouchement à terme. La dilatation atteint lentement les dimension d'une pièce de 5 marcs en argent.

*Au bout de quarante-huit heures le fœtus succombe.* La femme s'épuise. On fait la perforation du crâne et on extrait le fœtus avec le crânio claste.

**Mère morte le vingt-septième jour par phlébite.**

(3) CXXXI. — Ruttledge : *Ueber die Complication der Schwangerschaft und Geburt mit Gebarmutter Krebs.* (Inaugural Dissert., Berlin 1876.)

Femme âgée de trente ans, sa cinquième grossesse : le travail se declare à terme. Au toucher, on trouve la lèvre antérieure intacte, la lèvre postérieure du volume d'un œuf d'oie. Presentation du siège; on fait l'extraction lente et prudente de la tête *après une céphalotripsie* tête dernière. **La mère guérit.**

Cinq semaines après l'accouchement on fit le grattage de la lèvre postérieure, où il reste des débris du cancer qui en partie avait disparu depuis l'accouchement.

(4) CXXXII. — Ruttledge : *Uber die Complication der Schwangerschaft und Geburt mit GebarmutterKrebs.* (Inaug. Diss., Berlin 1876.)

Femme âgee de quarante-deux ans, à son douzième accouchement. Le travail se déclare au huitième mois. Le col se dilate et son orifice externe présente la dimension d'un thaler. Sur la lèvre antérieure induree, on observe une tumeur à large base du volume d'un poing. La tumeur est aplatie par la tête. On fait une application de forceps, à cause du ralentissement des battements du cœur fœtal; vu la resistance opposée par le col, on pratique la *perforation du crâne et la ephalotripsie.* **Suites de couches normales.**

vent de faire passer sans trop de désordres le fœtus à travers le col trop peu dilaté.

Si nous comparons les résultats obtenus par le forceps et la version, quand on fait l'extraction forcée, nous voyons que les résultats obtenus par la version sont déplorables.

En effet, la version proprement dite est toujours dangereuse pour la mère, car on la pratiquera à un moment où le travail dure déjà depuis longtemps, où la plus grande partie du liquide amniotique s'est écoulée, et on court grand risque de provoquer une rupture de l'utérus, que la propagation éventuelle du cancer au segment inférieur rendra encore plus facile. L'extraction forcée par le siège sera toujours une opération laborieuse, et l'enfant succombera presque toujours dans les tentatives qu'on fera pour triompher de la résistance des tissus cancéreux.

L'application de forceps sera donc préférée à la version.

### ON PEUT FAIRE L'ABLATION DE LA TUMEUR QUI S'OPPOSE A LA DILATATION DU COL ET A L'EXPULSION DU FŒTUS

L'ablation de la tumeur faite pendant le travail ne peut être une opération curatrice. On ne doit donc pas pour juger sa valeur, se placer au même point de vue que si on envisageait l'amputation du col pratiquée pendant la grossesse.

Pendant le travail, le problème est beaucoup plus simple. Il s'agit seulement d'enlever une partie plus ou moins volumineuse de la tumeur, afin de faciliter la terminaison spontanée du travail ou l'extraction du fœtus.

Nous avons réuni neuf exemples de ce mode d'intervention. En les dépouillant, on voit que les circonstances dans lesquelles on a eu recours à cette opération sont fort différentes (1).

---

(1) CXXXIII. — De James Moncrieff Arnott : *Tumeur maligne de l'orifice de l'utérus excisée pendant le travail.* (Méd. Chirurg. Trans. T. III, p. 38.) Malade de trente-huit ans, multipare, avait depuis cinq mois des hémorrhagies passagères. La lèvre antérieure du col était élargie, indurée, sa surface était rugueuse et granuleuse. Tout examen par le toucher

Dans un cas par exemple, qui a été publié par Arnott, l'enfant se présentait par le sommet et la malade était en travail depuis deux jours. Pendant une douleur plus violente que les autres,

---

provoquait une hémorrhagie. La femme était au cinquième mois de sa grossesse.

Le 2 mars 1845, elle était en travail depuis deux jours, le liquide amniotique était écoulé, la dilatation ne faisait aucun progrès. La lèvre antérieure et le côté droit de l'orifice étaient occupés par une tumeur rude, rugueuse, ovale, du volume d'une grosse noix. La lèvre postérieure était saine. Deux doigts pouvaient pénétrer dans le col jusqu'à une certaine hauteur, mais la partie supérieure du canal cervical était complètement obstruée.

Pendant une douleur la tumeur et l'orifice contracté furent poussés en bas par la tête de l'enfant presque en dehors de la vulve. Arnott fixa sur la tumeur les mors d'une pince de Lfsranc et la fit abaisser. Il réussit par des incisions successives et en sectionnant franchement au-dessus à enlever la tumeur. L'orifice utérin se dilata uniformément et un quart d'heure après naquit un *bel enfant vivant. La femme sortit un mois après.*

La tumeur avait 2 pouces 1/2 de largeur, 1 pouce 1/2 de hauteur et 1 pouce 1/2 d'épaisseur.

Cette femme eut des hémorrhagies. Huit mois après son accouchement, Arnott constata que la lèvre antérieure au niveau de laquelle il avait enlevé la tumeur était saine, tandis que la lèvre postérieure était le siège d'une affection semblable, remontant sur le col et dépassant les limites que le doigt peut atteindre.

**La malade mourut seize mois après l'accouchement.**

(2) CXXXIV. — A. Gonner : *Cancer du col de l'utérus. Application de forceps. Mort dix mois après.* (Zur therapie der durch Carcinom des Uterus complicirten Schwangerschaft und Geburt. Zeitschrift fur Geburtshulfe, 1884. T. IX).

Schmutz M..., quarante et un ans, treizième grossesse, suppression des règles fin août 1879.

Du 3 ou 4 juin, métrorrhagie abondante et début du travail. La partie supérieure du vagin est rempli par une tumeur mamelonnée, de la grosseur de deux poings. Après la chloroformisation, on enlève la tumeur au moyen de l'anse galvano-caustique. La plus grande partie de l'anse fut enlevée après deux applications, le reste de la tumeur fut extirpé au moyen d'une pince; on ne fit aucune lésion du péritoine ni de la vessie. L'hémorrhagie qui en résulta fut assez abondante et les douleurs commencèrent à devenir plus intenses, mais ne purent expulser la tête par le col. Application du forceps et après deux légères incisions accouchement facile d'un *enfant vivant* du poids de 2,700 grammes.

**La mère et l'enfant sortent en bonne santé.**

Le 17 juillet, récidive. On enlève de nouveau, au moyen de la pince, des néoplasmes et on nettoie le col autant que possible. Pas de suites fâcheuses.

En octobre, on procède à la même opération avec le même succès.

Schmutz meurt le 14 mars 1884, après que son cancer eut gagné le péritoine et déterminé une ascite assez intense.

la tête descendit brusquement, repoussant au-devant d'elle la tumeur cancéreuse, qui se trouva ainsi presque en dehors de la

---

(3) CXXXV. — Gonner : *Cancer de l'utérus. Opération avec l'anse galvanocaustique avant l'accouchement. Application de forceps. Enfant vivant. Mort.* (Zeitschrift fur Geburtshulfe. T. X.)

Femme âgée de trente-huit ans, à sa quatrième grossesse, qui est presque à terme.

Depuis quinze jours, douleurs très intenses dans l'abdomen; l'utérus a le volume de la tête d'un homme adulte. Dans cette région, vers la droite et se dirigeant dans ce sens, on constate un corps de forme allongée presentant de nombreuses nodosites. Mêmes proéminences sensiblement mobiles dans la région iliaque droite.

Le col est large, épaissi, friable, dilaté, au point de permettre l'introduction du doigt. En arrière, infiltration des tissus.

La femme étant arrivée au huitième mois de sa grossesse, on observe une rupture spontanée de la poche des eaux; apparition des douleurs qui deviennent de plus en plus marquees après des douches de Kiwisch.

A l'examen on constate : en arrière une tumeur presque de la grosseur du poing, englobant presque toute la partie anterieure des lèvres; le col offre une dilatation suffisante pour le passage du doigt. Le canal cervical est lisse dans la partie supérieure.

Le lendemain la dilatation est du volume d'une pièce de 2 francs.

On chloroformise la malade et au moyen de l'anse galvano-caustique on enlève la moyenne partie de la tumeur; hémorrhagie peu abondante. On fit une application de forceps et sous des tractions modérees on amena une fille de 2,170 grammes.

Après la recherche du placenta, on enleva encore quelques parcelles de nouvelle formation.

Il y eut une toute petite fistule vésico-vaginale.

**La malade meurt quatre mois après.**

(4) CXXXVI. — Th. de Dieterich : *Carcinome utérin. Ablation de la tumeur pendant le travail. Incisions. Mort de la mère.* (Der Krebs des Gebarmutter halses als complication der Geburt, Breslau, p. 18.)

Femme de trente-sept ans, troisième grossesse, à terme. Par le toucher, on trouve au niveau du détroit supérieur une tumeur ayant la forme et le volume du pied d'un nouveau-né; elle est constituée par la lèvre antérieure du col; la lèvre postérieure saine est tendue et étroitement appliquée sur cette tumeur. Le travail durait depuis vingt-quatre heures, sans résultat. Siepgelberg, estimant que la tumeur ne dépassait pas l'orifice interne et qu'en enlevant la masse principale on pouvait espérer une dilatation spontanée de l'orifice, fit pratiquer l'amputation. Le professeur Middeldorpf ne réussit à enlever avec le thermo-cautère qu'une grosse partie de la lèvre antérieure. Le lendemain, les douleurs ayant continué, la lèvre postérieure s'est dilatée et la lèvre antérieure insensible est étroitement appliquée contre la paroi postérieure du pubis. Spiegelber fait sur le col des incisions situées à gauche, à la limite des parties saines et malades et s'élevant à droite jusqu'au dessus de l'orifice interne. Il peut appliquer le forceps, après sept ou huit violentes tractions on extrait la tête.

L'enfant *naît en état de mort apparente, est ranimé.*

**Mort de la femme le cinquième jour.**

vulve. Arnott put facilement, en faisant des incisions successives, extirper la masse dégénérée qui se présentait à lui et, au bout

---

*Autopsie.* — Dans le péritoine, une petite quantité de pus. Tout le col est rempli d'une masse pulpeuse, nécrosée, spongieuse.

(5) CXXXVII — A. Gonner. *Cancer du col de l'utérus. Extirpation au moyen de la pince. Incisions dans le col. Application du forceps. Enfant vivant. Mort.* (Zeitschrift fur Geburshulfe, T. X.)

Femme âgée de trente-huit ans, à sa cinquième grossesse.

Au troisième mois, elle fut prise d'une hémorrhagie très abondante suivie d'un écoulement très fétide.

On constate que les lèvres présentent une masse compacte s'étendant en arrière.

Le lendemain de l'apparition des douleurs, la dilatation est du diamètre d'une pièce de 5 francs. On trouve des noyaux d'induration à gauche et à droite, formant une tumeur du volume d'un œuf de poule; le canal cervical est tapissé aussi de nodosités.

La malade est chloroformée, les productions de nouvelle formation enlevées avec la pince, quelques incisions sont faites avec des ciseaux et des raclages avec une curette. On rompt la poche des eaux. Le travail restant stationnaire on fait une application de forceps avec tractions modérées. L'enfant naquit vivant.

Après l'extraction du placenta, on constata une perforation de la vessie du diamètre d'une pièce de 5 francs; suturé à deux étages, une avec le catgut, l'autre par dessus, profonde, avec fils de soie.

L'opération terminée (elle avait duré 2 heures) on tampona le vagin.

A sa sortie, trois mois après, la paroi postérieure paraît parfaitement saine, normale; à gauche et se dirigeant en avant, une légère infiltration qui s'étend à 3 cent. environ au-dessus du méat, englobant la paroi droite presque tout entière.

La fistule paraît guérie.

La malade mourut rapidement.

(6) CXXXVIII — G. E. Herman. *Cancer of cervix uteri complicating labour; removal of diseased tissue with scissors and actual cautery; forceps delivery: vesico vaginal fistula, phlegmasia dolens; death eighteen days after delivery* (Obstetr Trans. Lond. Vol. XXIV 1882, p. 308.)

Femme de trente-sept ans entre à l'hôpital de Londres, le 3 janvier 1881.

Les douleurs du travail ont commencé le 2 janvier à 6 heures du matin, et quelques heures après les membranes se sont rompues.

A l'examen on trouve l'utérus aux deux tiers de la distance qui sépare l'ombilic de l'appendice xiphoïde. Les contractions utérines sont fréquentes. L'orifice du col a les dimentions d'une demi-couronne. Le col à sa partie antérieure et gauche est converti en une masse dure, bosselée; la partie postérieure est droite et intacte. La paroi antérieure du vagin en rapport avec le col présente une surface dure, ulcérée, de la dimension d'un shilling.

La malade ne paraît pas très épuisée, le pouls est à 90.

Le 3 à 8 h. du soir après anesthésie avec l'éther, on enlève la tumeur avec des ciseaux aussi facilement que si le col eût été sain, et on applique le cautère Paquelin sur la surface de section.

Le col de l'utérus put ainsi admettre quatre doigts. On appliqua le

d'un quart d'heure, la femme accoucha spontanément d'un enfant vivant.

---

forceps et on put extraire sans trop de difficulté un enfant en état de mort apparente, mais qui fut ranimé par la respiration artificielle. La délivrance fut faite quelques minutes après, et fut suivie d'une légère hémorrhagie.

Les jours suivants on observa des frissons, de la fièvre, du ballonnement du ventre, et le 7 janvier elle sentit l'urine s'échapper involontairement à chaque effort de toux.

Le 13 on découvrit à l'examen une fistule vésico-vaginale.

Le 17 janvier, l'état s'aggrava et les vomissements survinrent.

Le 18, œdème de la jambe droite au-dessous du genou, sans douleur.

Le 20, augmentation de l'œdème; la veine fémorale est noueuse et dure.

Le 21, la malade meurt.

A l'autopsie on trouve un cancer du col s'irradiant vers le corps de l'utérus.

(7) CXXXIXG. — E. Herman : *Labour complicated with cancer of the cervix uteri; removalof diseased tissue obstructing delivery; forceps; good recovery from Childbed.* (Obstetr. trans. Lond., vol. XXIV 1882, p. 310.

Femme de quarante-cinq ans, ayant eu onze enfants, est malade seulement depuis deux ans (perte d'appétit, pertes blanches très odorantes, surtout depuis un an). On observe des hémorrhagies seulement depuis quatre mois, depuis lors douleurs vives.

Le travail commença le 10 juin au matin, et ce jour même les membranes se rompirent. Le soir l'orifice avait les dimensions d'une couronne.

Une tumeur partant de la partie postérieure et gauche du col, présente le volume d'un œuf d'oie. Le col tout autour est épaissi et dur sauf sur une étendue d'un pouce environ à gauche où il est sain.

On enlève la plus grande partie de la tumeur au moyen de la chaine d'écraseur, puis on introduit la main dans le vagin et comme on trouve que la nouvelle tumeur du col est molle, on l'arrache avec les doigts et le pouce, réservant les ciseaux pour enlever quelques morceaux de tissus trop durs. Il y eut peu d'hémorrhagie.

On applique le forceps et on ramène sans difficulté un enfant mort mais non décomposé. Délivrance normale.

La malade guérit.

On la revit six mois après son accouchement, elle était très anémique, amaigrie : les douleurs et les hémorrhagies, quoique persistant, étaient moindres qu'avant son accouchement. La malade est entrée à l'hôpital Samaritain.

(8) CXL. — Michatlis. (*Neue Zeits für Geb.*) Bd. IV, p. 176, 1836.)

Femme de trente ans, septième grossesse, malade environ neuf semaines avant l'accouchement. Hémorrhagies, douleurs. On obsereve une tumeur molle en chou-fleur, partant de la lèvre antérieure du col et remplissant le vagin. La lèvre postérieure est rugueuse, inégale, bosselée.

Présentation de l'épaule. On enlève la tumeur avec les ciseaux, avec peu de douleurs et une faible hémorrhagie. On fait la version, et on extrait un enfant décomposé bien développé. La mère guérit.

Sept jours après le travail, on trouva la dégénérescence de la lèvre

Dans tous les autres cas, la situation était moins favorable, et il fallait opérer au fond du vagin.

Ici, les cas sont également fort différents. Dans trois cas, la tumeur était volumineuse, mais bien limitée sur une région du col, et on pouvait par l'ablation extirper toutes les parties assez volumineuses, pour entraver la terminaison de l'accouchement.

Dans les autres cas, l'infiltration s'étendait très loin et était mal limitée.

Pour pratiquer cette opération, on eut recours à des procédés différents : Arnott, Hermann n° 1, Michaelis se sont servis de l'insrument tranchant en assurant au besoin l'hémostase avec le thermocautère ;

Dieterich, Gonner ont employé le galvanocautère dans un cas. Dans un cas, Hermann a eu recours à l'emploi de l'écraseur. Enfin Frommel s'est contenté d'arracher avec les doigts des lambeaux étendus de la tumeur dont la friabilité était extrême.

Il ne semble pas que l'opération ait présenté de difficultés notables dans aucune de ces observations. On pouvait craindre que

---

postérieure augmentée. Deux mois après, la tumeur de la lèvre postérieure était de la même grosseur que lorsqu'elle fut enlevée la première fois, et la femme présentait des symptômes de cancer de l'estomac. On n'eut pas de nouvelles ultérieures de sa santé.

(9) CXLI. — FROMMEL RICHARD : *Zur operativen Therapie des Cervix Carcin der noms Complication mit Graviditat.* (ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSHULFE UND GYN. T. V, p 161.)

Femme âgée de trente-six ans, à sa troisième grossesse, présente un cancer très étendu du col. La grossesse est à terme, et la femme est dans un état de cachexie très prononcé. Les tissus atteints sont très friables.

Malgré les douleurs, le col a une dilatation telle qu'il ne peut admettre plus de deux doigts.

On reconnait que l'accouchement par les voies naturelles n'est pas possible, et comme l'enfant est mort, il ne faut pas songer à l'opération césarienne.

Après anesthésie par le chloroforme, l'auteur arrache avec les doigts les lambeaux de la tumeur et fait l'extraction en pratiquant la version.

La femme meurt quelques jours après dans le collapsus.

l'ablation de la tumeur pratiquée pendant le travail devînt une cause d'hémorrhagies graves, ainsi qu'on en voit si fréquemment se produire quand des déchirures spontanées se font dans le col ou quand on incise le tissu cancéreux. Il ne paraît pas que ces craintes soient justifiées. La perte de sang ne fut considérable que dans un seul cas. (Gonner I); il est fait allusion, à la présence d'une faible hémorrhagie dans l'observation rapportée par Michaelis. Dans tous les autres cas, les auteurs ne font pas mention de cet accident, ou bien déclarent expressément que la quantité de sang perdu par les malades a été très minime.

Quels ont été les résultats obtenus quand on a eu recours pendant le travail à l'ablation de la tumeur cancéreuse ?

Sur les huit observations que nous avons recueillies, l'accouchement se termina une fois spontanément, et dans ce cas qui a été rapporté par Arnott, l'incision de la tumeur eut réellement les plus heureux résultats. L'enfant naquit vivant, la mère eut des suites de couches heureuses.

Dans huit cas, on termina donc l'accouchement artificiellement, soit qu'on craignît une prolongation excessive du travail, soit que l'intérêt de l'enfant rendît nécessaire une intervention immédiate. Sur ces huit cas, trois fois l'extraction du fœtus fut aisée et l'excision préalable de la tumeur paraît avoir été utile. Sur ces trois opérations, deux fois on eut recours à l'application du forceps, les deux femmes guérirent, un enfant fut extrait mort. Dans un cas, on pratiqua la version, la mère guérit, l'enfant fut extrait mort.

Dans cinq cas, l'intervention fut pénible. — On dut trois fois, inciser le moignon du col, après avoir fait l'ablation de la tumeur, afin de pouvoir extraire l'enfant avec le forceps. Sur ces trois cas néanmoins, l'opération fut deux fois heureuse pour la mère et, dans tous les cas, l'enfant naquit vivant. Dans un quatrième

cas, on fit l'extraction forcée en se servant du forceps; l'enfant fut extrait vivant, mais la mère succomba (Hermann). Enfin, on pratiqua une fois la version (Frommel), l'enfant était mort avant l'opération, la mère qui était déjà très épuisée quand on intervint, succomba quelques jours après l'opération.

Ajoutons que dans un de ces faits qui s'est terminé heureusement pour la mère et pour l'enfant, il se produisit des déchirures étendues; une d'elles se propagea vers la vessie d'où une fistule vésico-vaginale qui fut opérée immédiatement avec succès.

Disons de suite que l'incision de la tumeur pendant le travail n'a exercé aucune influence heureuse sur la marche ultérieure du cancer. Dans deux cas notamment, l'évolution du néoplasme se fit avec une grande rapidité après l'accouchement.

La différence des résultats donnés par cette opération semble être moins due à l'emploi de tel ou tel procédé opératoire qu'à l'extension plus ou moins grande du néoplasme. Dans tous les cas où la masse enlevée était nettement limitée, les résultats de l'opération ont été bons. Quand, au contraire, la dégénérescence cancéreuse envahissait tout le col, s'étendant plus ou moins loin vers le segment inférieur ou la paroi vaginale, les résultats obtenus ont été moins satisfaisants.

En somme nous pouvons donner la conclusion suivante :

1° Quand la tumeur cancéreuse s'oppose par son volume à l'expulsion du fœtus, l'excision rendra de grands services si la tumeur nettement limitée a une base assez étroite. On pourra, grâce à cette opération, agir heureusement en faisant disparaître la résistance qui s'oppose à l'accouchement. De plus, en supprimant la tumeur qui pendant l'accouchement sera froissée, comprimée, et qui, en se sphacélant, deviendra presque certainement une source d'accidents infectieux pendant les suites de couches, on fera œuvre antiseptique.

2° Quand la tumeur cancéreuse sera repoussée par la tête du fœtus jusqu'au niveau de la vulve, on devra l'exciser si on pense que cette opération puisse créer une large voie par laquelle le fœtus pourra être expulsé.

3° Quand l'infiltration cancéreuse est très étendue, l'ablation de la tumeur sera toujours très incomplète et les parois du col contiendront encore après l'opération des tissus inextensibiles. Les résultats de l'extirpation seront nuls ou médiocres.

Le choix du procédé auquel on aura recours variera suivant les difficultés que l'opération pourra présenter dans chaque cas particulier.

Le plus souvent, on aura recours à l'instrument tranchant, ou à l'anse galvanique. Le procédé de l'arrachement avec les doigts ne sera appliqué que dans quelques cas très limités, quand les tissus sont très friables : c'est là un procédé qui, si nous en jugeons par l'observation de Frommel, est très pénible.

## OPÉRATION CÉSARIENNE

Les difficultés qu'on rencontre dans l'extraction du fœtus par les voies génitales, l'intérêt qu'il y a à sauver la vie de l'enfant, la complication relativement fréquente de l'accouchement par la rupture utérine devaient engager les opérateurs à recourir à l'opération césarienne.

Nous avons relevé quatorze exemples de cette opération faite

---

(1) CXLII. — Ehrendorfer. *Cancer du col chez une femme enceinte, arrivée au septième mois. Opération césarienne. Mort trente-deux heures après.* Zur Cauisstik der Kaiserschnitt operationen. Archiv fur Gynæk. T. XX, p. 107.
Femme, de trente-cinq ans. IIpare.

pendant le travail de l'accouchement. La lecture de ces observations montre combien les résultats ont été graves pour la

---

Hémorrhagies répétées depuis une année; douleurs dans les reins; l'utérus est gravide, son fond atteint le nombril; grossesse gémellaire.

Par le toucher on peut sentir une tumeur de la grosseur du poing, dure, sensible, saignant peu, à surface en chou-fleur et remplissant complètement le vagin. Elle s'étend notablement dans le cul-de-sac du côté gauche. A droite on peut reconnaître l'orifice externe.

Les ganglions inguinaux sont pris, on ne peut plus songer à enlever la tumeur. On se décide à attendre et à faire plus tard l'opération césarienne.

Il survient alors de l'anasarque, et le 4 avril surviennent les douleurs au septième mois environ. Rupture des membranes, écoulement des eaux, sans qu'aucune dilatation du col ne se produise ; pas d'hémorrhagie.

On fait alors, ce même jour, l'opération césarienne : incision de la paroi abdominale, section de l'utérus sur la ligne médiane.

Le premier fœtus en première position de siège est extrait par les pieds. Le second fœtus est extrait après qu'on eut rompu les membranes de l'œuf qui le contenait.

Premier enfant : 1,450 gr.
Deuxième enfant : 1,450 gr.

**en état de mort apparente ont été ranimés.**

Suture de l'utérus, ligature élastique temporaire autour du col de l'utérus; suture de plaie abdominale; pansement avec l'iodoforme; écoulement sanguinolent par le vagin.

Durée de l'opération : Une heure et un quart.

Douleurs aiguës dans l'abdomen.

**Trente-deux heures après l'opération, mort de la malade**

*Autopsie.* Dans la cavité abdominale on trouve environ 2 litres de liquide séro-purulent.

Le péritoine est injecté et couvert çà et là d'exsudat purulent.

Le parenchyme de l'utérus n'est infiltré de pus qu'au voisinage des sutures.

(2) CXLIII. — Bechmann. (Berl. Klin. Woch., 1877.)

Femme atteinte de cancer du col avec les culs-de-sac du vagin envahis, l'ulcération est peu marquée. Le travail se déclare à terme. Au bout de vingt-quatre heures, pas de progrès, bien que les douleurs soient très vives ; les battements du cœur s'affaiblissent. Zweifel fait l'opération césarienne par la méthode de Deleurye. Enfant de 4 kilog., *en état de mort apparente, mais que l'on parvient à ranimer.* On fait de nombreuses sutures à cause de l'inertie utérine. Vomissements pendant l'opération, issue de nombreuses anses intestinales. **Elle mourut le soir avec beaucoup de fièvre.**

A l'autopsie, thromboses multiples ; le cancer obstruait le bassin

(3) V. — Hall Davis *Opération césarienne pour cancer du col.* (Lancet II, 26-27 déc. 1865.)

Femme âgée de trente-quatre ans, ayant eu six accouchements à

mère: sur quatorze cas, en effet, quatre fois seulement elle se rétablit.

---

terme faciles et deux avortements. La grossesse actuelle est arrivée à terme sans accident. Depuis le deuxième mois, on constate un écoulement blanc, et de légères douleurs surtout dans le bassin. Il y eut une forte hémorrhagie qui céda aux astringents.

La malade entre à l'hôpital le 2 novembre 1865. A l'examen on trouve le vagin tellement rétréci par un tissu dur qu'il était fort difficile de diriger le doigt jusqu'au museau de tanche dont la lèvre postérieure était en tout cas envahie.

Chaque soir on observe des douleurs, et le 3 décembre on voit survenir un écoulement de liquide dû vraisemblablement à la rupture des membranes.

Le 13 décembre les douleurs augmentent. A l'auscultation on perçoit les battements du cœur fœtal à gauche de l'ombilic. On a affaire à une présentation du sommet. Par le toucher on ne peut atteindre le col.

On fait des tentatives d'application de forceps sans résultat; on ne peut même introduire une branche. On fait une incision sur le vagin, sans en espérer un grand résultat.

Comme l'enfant est vivant on se décide pour l'opération césarienne qui est pratiquée par Morgan : on extrait **l'enfant en vie. La mère meurt quarante et une heures après l'opération.**

(4) CXLIV. — Edis. (*Brit. medical Journal*, 1883, p. 16 )

La parturiante, arrivée au terme de la grossesse, était atteinte d'un cancer du col de l'utérus qui avait envahi la paroi postérieure du vagin et qui paraissait avoir débuté onze mois auparavant.

Le Dr Morris qui traitait cette femme, l'examina au sixième mois de sa grossesse, se borna à prescrire un traitement palliatif.

Le travail fut long. La dilatation du col ne dépassa pas la dimension d'une pièce de cinq schillings. Opération césarienne par Morris. — Enfant vivant, mère guérie.

La malade fut revue six mois après. Le cancer avait fait peu de progrès.

(5) CXLV. — Edmunds James. (*Lancet* 1862. T. I, p. 4.)

Femme de trente-huit ans à sa troisième grossesse près du terme. On trouve une masse dure de 5 centimètres de diamètre exulcérée, remplissant le vagin. Il est difficile de franchir l'orifice utérin. Le travail dure depuis six jours : le col induré ne se dilate pas. On pratique l'opération cesarienne, *et on amène un enfant vivant.* Il se déclara au quatrième jour une péritonite avec vomissements constants; mais **elle guérit** et succomba seulement neuf mois plus tard du cancer.

(6) CXLVI. — Frommel Richard. *Zur operativen Therapie des Cervix Carcinoms in der Complication mit Graviditat.* (Zeitschrift fur Geb. und Gyn. T. V, p. 158 )

Femme de quarante-deux ans, à sa neuvième grossesse, a le col de l'utérus entièrement envahi par un cancer qui a envahi aussi le vagin.

La femme est en travail depuis deux jours; on pratique l'opération césarienne et on extrait un enfant en état de mort apparente qui est bientôt ranimé.

Cette mortalité excessive de la mère s'explique en grande partie par les conditions défectueuses dans lesquelles se trou-

---

L'incision abdominale commence à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et descend vers la symphyse; les parois de l'utérus sont très épaisses; pendant l'opération on rompt la vessie.

**La mère succombe deux jours après l'opération.**

A l'autopsie on trouve une péritonite hémorrhagique, de l'hydronéphrose et de la néphrite interstitielle. Le carcinome est étendu à la vessie.

(7) CXLVII *bis*. — GALTON. *Une opération césarienne*. (THE LANCET, 1881' juin, p. 909.)

Femme de trente-quatre ans, sixième grossesse, atteinte d'un cancer du col qui paraît avoir débuté avec la grossesse. Les douleurs apparaissent au sixième mois et demi. Le travail ayant duré quarante heures sans résultat, l'opération césarienne fut pratiquée, sans antisepsie. — L'incision utérine tombe sur le placenta.

On ne fait pas de suture utérine.

**Mère succombe le troisième jour.**

Enfant?

*Autopsie*. — Dans le péritoine est une grande quantité de sang. — Péritonite. La plaie utérine est béante. Col induré.

(8) CXLVIII. — GREENHALGH: (*Brit. med. Journ*. 1867. Vol. II, p. 491.)

Femme de trente ans, à sa cinquième grossesse, malade depuis neuf mois.

Ecoulement constant, rosé, brunâtre et irritant. Douleurs, faiblesse. On trouve une grosse tumeur épithéliale du col, remplissant presque tout le vagin et saignant facilement.

Les douleurs continuent pendant cinq heures sans amener la dilatation du col. On fait l'opération césarienne.

Enfant vivant. **La mère meurt soixante-neuf heures après l'opération.**

A l'autopsie, on trouve tout le col et la partie inférieure du corps de l'uterus envahis par un cancer épithélial.

Le péritoine est vascularisé, mais ne renferme pas de lymphe plastique. Pas de dépôts secondaires.

(9) CXLIX. — MARCHAND. (*In th*. BARBULÉE, p. 98, 1884.)

Femme ayant eu quatre accouchements antérieurs, bien portante; a eu depuis 1878, à diverses reprises, des douleurs lombaires et sus-pubiennes, attribuées par un docteur à une antéversion uterine.

Les dernières règles ont eu lieu au mois d'octobre 1881; un écoulement assez abondant, blanchâtre et de mauvaise odeur s'établit aussitôt. — Au mois de février 1879, très légère perte de sang; au mois d'avril, veritable hemorrhagie avec caillots très abondants; dès lors, douleurs uterines lancinantes, fatiguant beaucoup la malade qui maigrit considérablement.

Le 6 juillet, la grossesse est arrivée près de son terme. — Présentation du sommet en O. I. D. P.

Le toucher conduisait sur un col qu'une végétation épithéliomateuse

vaient les femmes quand on est intervenu. Le travail durait souvent depuis plusieurs jours, et dans certains cas l'opération fut

---

rendait méconnaissable; le col, les culs-de-sac vaginaux et la portion du segment inférieur accessible, ne formaient qu'une masse dure, mamelonnée, friable, saignante. On ne trouvait aucune trace de l'orifice externe.

Le 15 juillet, apparition de quelques douleurs qui s'arrêtèrent. Le 17, à 5 heures du matin, début sérieux du travail, vers 10 heures, écoulement de liquide amniotique. Vers 2 heures du soir, les battements cardiaques du fœtus étant un peu ralentis, on se décida à pratiquer l'opération césarienne. L'incision abdominale étant faite, celle de l'utérus est pratiquée avec le thermo-cautère.

Rien de particulier à noter pendant l'extraction du *fœtus qui naquit vivant;* il pesait 2,700 grammes.

Le décollement du placenta amena une hémorrhagie véritable.

On sutura l'insertion utérine avec du catgut et suivant le procedé employé par Lambert pour l'intestin. Les lèvres de la plaie abdominale furent rapprochées par la suture usitée dans l'ovariotomie. Pansement de Lister. L'opération avait duré une heure et demie.

**La malade succomba cinq heures après l'opération.**

*Autopsie.* — Péritonite suraiguë généralisée. La dégénérescence avait envahi tout le col et la partie avoisinante du corps : le tiers supérieur du vagin a subi le même sort. Le ligament large droit présente dans son épaisseur des noyaux secondaires qui gagnaient la fosse iliaque du même côté. De chaque côté de la colonne lombaire on trouve deux masses ganglionnaires du volume du poing, de consistance encéphaloïde et à moitié ramollies à leur centre.

(10) CL. — Newman. (*Obs. Trans.*, vol. VIII, p. 343.)

Femme de vingt-sept ans, à sa sixième grossesse, malade depuis sept ou huit mois.

Elle accuse une pesanteur et une douleur vive dans le bas-ventre, avec écoulement d'eau parfois fétide. Le tissu du col est uniformément remplacé par une infiltration irrégulière, nodulée, d'une dureté cartilagineuse, qui s'ulcéra dans la suite.

Le travail se déclara à six mois et demi ou sept mois.

Les douleurs ayant duré trois jours, et l'orifice n'admettant pas un doigt, on fit l'opération césarienne.

Enfant vivant, fit quelques efforts de respiration.

La mère guérit, mais lentement.

Trois mois après l'opération, elle va bien et reprend des forces rapidement.

L'état local est le même. Le résultat ultérieur n'est pas mentionné.

(11) CLI. Oldham. *Cas de grossesse compliqué du cancer utérin* (Guy's Hosp. Reports, t. VII, 1851, p. 426.)

Femme âgée de vingt-huit ans, sixième grossesse, la dernière grossesse se termina il y a deux ans par un avortement. La femme est enceinte de sept mois. A ce moment il y a des hémorrhagies fréquentes, un écoulement sanieux : l'appétit est conservé, et la malade n'est pas anémiée. Le vagin est rempli par une masse lobulée qui paraît présenter

faite *in extremis*. Il n'est pas douteux que le pronostic se fût notablement amélioré, si on avait opéré avant que des accidents

---

une difficulté insurmontable à l'accouchement; l'excavation est comblée par la masse cancéreuse, le doigt ne peut atteindre aucune partie fœtale. On ne peut tenter l'accouchement prématuré artificiel de Lee, vu l'imposibilité de pratiquer la ponction de l'œuf. Le travail se déclara spontanément à huit mois. Mais malgré les douleurs la dilatation ne se fit pas. On fit l'opération césarienne et on amena un *enfant vivant*. **La mère guérit**, mais mourut six mois après.

(12) CLII. — Ruttledge. *Ub r die Complication der schwangerschaft und Geburt mit Gebarmutterkrebs.* (Inaug. Diss., Berlin 1876.)

Femme âgée de quarante et un ans; treizième grossesse. Depuis le commencement de cette grossesse, chaque coït est suivi d'hémorrhagie. Il existe un écoulement blanchâtre continuel. On trouve au moyen du toucher une dégénérescence cancéreuse de la lèvre postérieure du col, et un épaississement de la lèvre antérieure. Les douleurs sont très vives. La grossesse est au huitième mois, la cachexie est très grande. Vu l'état grave de la femme, et l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles, on fait l'opération césarienne. On extrait *un enfant vivant* de 2,940 grammes. **La mère succombe le septième jour.**

A l'autopsie on trouve une péritonite suppurée; il y avait de la néphrite interstitielle, et un cancer de la vessie au début.

(13) CLIII. — Schœffer. *Zur Casuistiks der sectio Caesarea bei Carcinom der Weichen Geburtswege* (Thèse Breslau. 1876, 16 février.)

Femme de quarante-deux ans, cachectique, enceinte pour la sixième fois, est arrivée au huitième mois de sa grossesse. La vulve est le siège d'un œdème assez notable; il s'écoule un liquide séro-sanguinolent. Le vagin est tellement rétréci par la présence d'une tumeur siégeant à la paroi postérieure que le doigt ne peut guère atteindre la portion vaginale du col.

Spiegelberg décide d'attendre que le travail soit déclaré pour pratiquer l'opération césarienne, faite de cette façon dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

Le 27 novembre, les douleurs se déclarent. On reconnaît nettement que le col est envahi par le cancer, mais on ne peut dans cette masse infiltrée, reconnaître l'orifice.

Il y a un écoulement sanguinolent, d'une odeur très pénétrante.

Spiegelberg fait l'opération césarienne en 30 minutes, et fait avec du catgut cinq sutures profondes et cinq sutures superficielles.

*L'enfant naît en état de mort apparente, mais il est ranimé.*

**Mort de la femme au septième jour.**

*Autopsie.* — Les sutures de la paroi abdominale sont reprises. Plaie utérine ouverte couverte de caillots; sutures dénouées.

Galabin. *A Case of cœsarean section performed on account of extensive maliguant disease of the cervix uteri.* (Trans. of the obs. Soc. of London. Vol. XVIII, 1875, p. 286.)

1) Sanger. *Arch. f. Gynnæk.* T. XIX, p. 379.

graves se fussent déjà produits.

Mais le pronostic de l'opération césarienne, pratiquée dans le cas de cancer, restera toujours très grave, car la présence des noyaux cancéreux augmente beaucoup les chances d'infection.

Mais si l'opération césarienne donne des résultats déplorables pour la mère, elle est néanmoins une opération précieuse, car elle permet presque toujours de sauver le fœtus, si elle est faite en temps opportun. Notre statistique est très démonstrative à cet égard.

En effet, sur quinze enfants qui ont été extraits, l'état de douze enfants est nettement indiqué Or, onze de ces enfants furents extraits vivants, le douzième avait succombé avant l'opération.

Dans les observations que nous avons réunies, les opérateurs ont toujours eu recours à l'opération césarienne classique, sans lui faire subir de modification à cause du cancer. Il n'y a, en effet, pas lieu de faire usage d'une technique spéciale ; disons seulement qu'on devra s'efforcer de faire l'incision utérine le plus loin possible des noyaux cancéreux, afin d'éviter, autant que possible, l'infection de la plaie et afin de pouvoir, en opérant sur des tissus sains, augmenter les chances de réunion. A ce point de vue, le procédé de Sanger paraît devoir être recommandé (1).

Il ne semble pas rationnel de compléter l'opération césarienne en faisant l'amputation de la partie supra-vaginale de l'utérus par la méthode de Porro, car les tissus, en partie dégénérés, qui devraient constituer le pédicule seraient presque fatalement voués à la gangrène, ainsi que cela s'est produit dans l'opération de Pritzl que nous rapportons ici (1).

---

(1) CLIV. — PRITZL. *cité par Felsenreich.* (WIENER MED. PRESSE. 1883, p. 1157.)

Femme de vingt-neuf ans, IIpare. Premier enfant à dix-neuf ans. Enfants bien portants, accouchements naturels.

On ne devrait songer à l'amputation de Porro que dans le cas où il y aurait eu rupture de l'utérus, et quand les lèvres de la plaie utérine sont si irrégulières que toute suture devient impossible.

---

Métrorrhagies fréquentes pendant quatre mois, puis arrêt de la menstruation, ce qui donne à penser à une grossesse; douleurs dans le bas-ventre et les reins qui deviennent intolérables.

Pertes blanches répandant une odeur infecte.

La femme perçoit les mouvements de l'enfant.

Etat actuel. — Bon état général cependant teinte légèrement jaunâtre; léger œdème des membres inférieurs Abdomen développé surtout dans le sens transversal; on entend les bruits du cœur fœtal près du nombril P — 128.

Toucher. — Col saillant, dur, bosselé, ne saigne pas facilement.

On sent des bosselures et inégalités siégeant surtout sur la lèvre antérieure du col; sécrétion vaginale abondante, nauséabonde, brune.

Pas d'albumine dans l'urine.

Traitement. — Injection sous-cutanée de morphine de 0.02. Irrigation vaginale avec acide phénique.

Le 27 novembre, c'est-à-dire à la fin du huitième mois de la grossesse les douleurs apparaissent.

28 novembre, six heures et demie. Rupture des membranes.

Comme la version était très difficile, et qu'on ne pouvait extraire le œtus sans faire de grandes déchirures du col et du vagin vu le peu de dilatation du col, et d'autre part considérant que la vie de la mère ne se prolongerait pas beaucoup, on se décida à pratiquer l'opération de Porro.

*Opération.* — Section longitudinale sur la ligne médiane, prolongée en haut jusqu'au delà de l'ombilic.

L'incision de la paroi abdominale étant terminée, on attira l'utérus au dehors et une anse pouvant servir de constricteur ayant été passée au-dessous des ovaires et embrassant le col, on ouvrit l'utérus au niveau du fond et on retira rapidement le fœtus.

Grande hémorrhagie à l'ouverture de l'utérus, mais qui fut maîtrisée grâce à la compression exercée sur le col.

Amputation de l'utérus. Après avoir fixé le pédicule la paroi abdominale On sutura la plaie abdominale. Cautérisation du moignon avec thermocautère Iodoforme.

Enfant de 2,250 gr. long de $0^m,47$. garçon **vivant. Un quart d'heure après l'enfant se cyanosa, râles trachéaux et mourut**. (Asphyxie et atelectasie pulmonaire.)

Température de la femme, 37,4. P = 105.

**Mort de la femme le septième jour après l'opération.**

*Autopsie.* Péritonite consécutive à l'extirpation de l'utérus due au cancer du col et du vagin.

Cul-de-sac de Douglas plein de pus provenant du pédicule qui était gangrené.

On ne peut conseiller de terminer l'opération césarienne par l'extirpation totale de l'utérus. Quand le cancer du col est assez étendu pour opposer une résistance notable à l'accouchement, la récidive sera certaine

De plus, faire l'extirpation après un long travail, ou sur une femme épuisée par des hémorrhagies, c'est s'exposer, sans aucun bénéfice, à voir la femme succomber à des phénomènes de shock ou à l'anémie aiguë. (Voyez observation de Schroeder) (1).

---

(1) Cl.V. — Schrœder : *Gesellschaft für Geburtshulfe und Gynækologie zu Berlin.* — Séance du 27 novembre 1885. (C. f. G. 1886, p. 9.)

Schrœder présente l'utérus d'une femme qui, au moment de son accouchement, avait un cancer du col. En juillet 1885, alors qu'elle était enceinte, on diagnostiqua un cancer de la portion vaginale. La tumeur présentait le volume du poing, remplissait le bassin et en son milieu on pouvait reconnaître le canal cervical. La partie inférieure du col de l'utérus était infiltrée. La consistance du néoplasme était telle qu'on ne pouvait guère compter sur un accouchement par les voies naturelles. Sauver la femme par quelque opération paraissait invraisemblable, mieux valait donc laisser l'enfant se développer jusqu'à ce qu'il fût viable.

Sept semaines avant le terme de la grossesse apparaissent les douleurs sans qu'aucun changement se produise du côté du col; on vit s'écouler au bout de vingt-quatre heures du liquide amniotique mélangé de méconium. Les battements du cœur cessèrent d'être perceptibles. Bien que le pronostic fut très favorable pour l'enfant, il sembla qu'on pût tenter quelque chose en sa faveur. Il était impossible d'extraire l'enfant à travers le col; de plus la parturiante présentait de la fièvre et les liquides qui s'écoulaient étaient putréfiés.

Schrœder fit l'opération césarienne par laquelle il put amener au monde un enfant profondément asphyxié et qui ne put être ranimé.

La plaie utérine ne donnait pas de sang, car à l'aide d'un tube de caoutchouc, on avait comprimé la partie supérieure du col.

L'opération césarienne classique, non plus que l'opération de Porro ne semblant devoir donner de résultat pour la mère, on eut recours à l'opération de Freund, Les annexes de l'utérus sont séparées en avant et en arrière; les vaisseaux sont liés isolément. On fit une déchirure de la vessie en séparant cet organe de l'utérus; peut-être fallait-il accuser le ramollissement prolongé qui s'était produit sous l'influence du travail. On sépara l'utérus du vagin; les ligatures étant appliquées sur la muqueuse et le péritoine, on fit le drainage de la vessie en y plaçant un cathéter à demeure.

La malade succomba au bout de cinq heures à une péritonite.

L'autopsie montra que le liquide péritonéal contenait un grand nombre de streptococcus; dans le tissu cellulaire du bassin on avait laissé un petit noyau cancéreux.

Telles sont les opérations auxquelles on peut recourir quand l'accouchement est compliqué par la présence d'un cancer du col.

Après cette étude critique, dans laquelle nous avons déterminé les avantages et les inconvénients de chaque opération, nous pouvons rapidement résumer les règles qui doivent diriger l'accoucheur dans le choix qu'il fera.

Mais avant de faire ce résumé qu'il nous soit permis d'insister, encore une fois, sur l'importance qu'il faut attacher ici à l'application sévère de la méthode antiseptique.

Pendant toute la durée du travail, on devra, grâce à des injections antiseptiques fréquemment répétées, lutter autant que possible contre la virulence des liquides sécrétés par les ulcérations cancéreuses. Il faudra surtout redoubler d'attention, si le fœtus est mort et les membranes rompues. Nous avons suffisamment montré combien, dans ces cas, la putréfaction fœtale survenait rapidement, et combien l'apparition de cette complication aggravait le pronostic.

Dans cette étude résumée du choix des interventions, quand l'accouchement est compliqué de la présence d'un cancer du col, nous distinguerons trois cas :

1° Le col n'est pas dilaté;

2° Le col est en partie dilaté;

3° La dilatation est complète.

C'est là une division qui est certainement arbitraire, comme, du reste, toutes les divisions. Nous l'adoptons néanmoins, car elle nous permettra de donner plus de précision à nos conclusions, que le clinicien saura modifier suivant les nécessités de chaque cas particulier.

Premier cas. — *Le col n'est pas dilaté.*

Nous distinguerons deux éventualités :

*A*. Le fœtus est vivant.

*B*. Le fœtus est mort.

A. *Le fœtus est vivant.* — *a*) On peut intervenir dans le but d'abréger autant que possible la durée de la dilatation du col.

*b*) L'indication peut être plus pressante et on doit terminer rapidement l'accouchement, soit que le fœtus semble souffrir, soit que l'état d'épuisement dans lequel se trouve la mère fasse craindre la mort à brève échéance.

*a*) Nous avons vu que les procédés qui permettaient d'agir sur les contractions utérines en les rendant plus vives n'avaient ici que peu d'efficacité, et nous avons montré les inconvénients qu'offre l'emploi de l'éponge préparée, des ballons de Barnes, etc.

Sauf quelques cas rares où le col est à peine envahi par le cancer, où les ballons pourront rendre quelques services, il ne nous paraît indiqué de recourir à aucun de ces procédés.

Quelques auteurs ont cru faire œuvre bonne en perforant les membranes. C'est là une mauvaise opération à laquelle, selon nous, il ne faut jamais recourir dans le cas de cancer, quand la dilatation n'est pas commencée; car, si le fœtus est vivant, l'évacuation continue du liquide amnotique augmentera les chances de mort du fœtus pour peu que le travail se prolonge longtemps; si le fœtus est mort, la rupture prématurée des membranes favorisera l'apparition de la putréfaction fœtale.

Pour rendre plus facile la dilatation du col, devra-t-on recourir aux incisions, à l'extirpation de la tumeur?

Les incisions, ainsi que nous l'avons dit, ne rendront ici aucun service. L'extirpation de la tumeur faite à un moment où la dilatation n'a pas commencé, pourra être utile, mais dans le cas seulement où on pourra enlever la plus grande partie des tissus dégénérés.

Il faut ici pratiquer le plus souvent l'expectation.

Mais, dira-t-on, si on attend, on verra se produire une déchirure très profonde du col, et nous savons quels dangers un semblable accident peut entraîner.

Notre intervention, surtout si nous pratiquions des incisions, ne hâterait la dilatation du col qu'en produisant cet accident. Mieux vaut donc courir le risque de voir la rupture du col se produire spontanément; le plus souvent, elle apparaîtra au point le moins résistant et sera plus efficace que nos incisions.

*b*) Mais si quelque accident grave apparaît chez la mère, si le fœtus souffre, l'expectation n'est plus permise, il faut rapidement terminer l'accouchement bien que la dilatation soit nulle.

Dans ce cas, il ne peut y avoir aucune hésitation, c'est à l'opération césarienne que l'on devra recourir. Les incisions, l'extraction forcée du fœtus ne donneront que des résultats déplorables. On pourrait seulement se départir de cette règle si, l'orifice n'étant pas dilaté, les parois du col étaient extrêmement minces. Mais, dans ce cas, les incisions s'étendent toujours fort loin, peut-être vers la vessie et mieux vaudrait peut-être recourir à la laparotomie.

B. L'enfant est mort.

Quand l'enfant est mort si l'état général de la mère est bon, s'il n'y a pas menace de rupture, s'il n'y a pas putréfaction fœtale, on pratiquera l'expectation.

Mais si la femme s'épuise, si l'utérus menace de se rompre, si quelques signes de putréfaction intra-utérine apparaissent, il faut se hâter d'intervenir.

Si l'enfant est mort, surtout s'il est putréfié on se résoudra bien difficilement à recourir à l'opération césarienne; on n'a plus d'autre part, à ménager le fœtus et on pourra peut-être en le broyant l'entraîner à travers les voies génitales, sans exercer de grands délabrements dans les parties maternelles.

Il faudra, pour se décider, tenir compte, de la présentation du fœtus, de la résistance et de l'épaisseur des parois du col, du degré d'obstruction de la filière pelvienne. Si l'embryotomie avec extraction forcée et précédée d'incisions paraissait devoir être

par trop pénible, c'est à la laparotomie qu'il faudrait recourir. Il est inutile d'insister de nouveau ici sur la gravité de ces interventions surtout quand le fœtus est putréfié.

DEUXIÈME CAS. — *La dilatation a commencé, mais est loin d'être complète.*

A. Enfant vivant. — Comment peut-on intervenir pour activer la marche de la dilatation?

*a*) Si le cancer n'occupe qu'une partie du col, les ballons de Barnes pourront rendre des services surtout si la présentation n'est pas celle du sommet et si la partie fœtale n'est pas étroitement appliquée contre le segment inférieur de l'utérus, mais par ce moyen on ne pourra jamais obtenir une dilatation complète.

Nous n'aurons pas recours aux incisions qui seraient dangereuses sans rendre de grands services.

L'excision de la tumeur sera utilement employée, si l'opération peut être pratiquée dans les conditions que nous avons indiquées plus haut. Hormis ce cas, il est indiqué d'attendre.

Parfois la dilatation du col n'est qu'apparente ; en réalité le col ne se dilate pas, il se déchire. Le plus souvent, on devra se résoudre à subir les inconvénients qui pourront résulter de cet accident.

Il faut, du reste, bien savoir que les incisions qui pourraient être faites à côté de la déchirure dans le but de diminuer la tension des tissus, n'auront qu'une efficacité douteuse.

*b*) Si quelque complication (hémorrhagie, etc.) oblige à terminer rapidement l'accouchement, la conduite à tenir deviendra particulièrement délicate.

Disons d'abord que s'il y a une rupture de l'utérus, il ne saurait y avoir de discussion. C'est à l'opération césarienne qu'il faudra recourir.

Mais ce cas excepté, on peut discuter s'il faut faire l'extraction du fœtus par les voies naturelles ou par la laparotomie.

On devra, dans le choix du procédé qu'on adoptera, tenir grand

compte de la présentation. Une extraction par les pieds sera presque toujours mortelle pour le fœtus, ainsi que le démontrent les observations que nous avons réunies. Donc si le col était peu dilaté, si l'extraction du fœtus ne pouvait être faite qu'en forçant par des tractions, la résistance opposée par le col, si d'autre part, le fœtus vivant se présentait par le siège ou par l'épaule on ne pouvait ramener l'extrémité céphalique en bas. C'est à l'opération césarienne que nous donnerons le conseil de recourir.

Mais si le fœtus se présente par le sommet, on tiendra surtout compte du degré de dilatation et de la résistance que présentent les parois du col.

Si la dilatation est très peu avancée, si la paroi cervivale est très résistante, si la tumeur qui obstrue l'excavation est volumineuse, on aura recours de préférence à l'opération césarienne.

Mais si la dilatation est assez étendue, si les parois du co sont assez minces et semblent peu résistantes, on pourra espérer avoir un enfant vivant en faisant l'extraction par les voies génitales.

Dans ce but on pourra recourir à trois procédés : 1° les incisions suivies d'une application de forceps ;

2° L'extraction forcée avec le forceps ;

3° L'ablation de la tumeur.

Ce dernier mode d'intervention, ainsi que nous l'avons dit, a des indications limitées ; mais si en extirpant la tumeur on pensait pouvoir faire disparaître l'obstacle à l'accouchement, on ne devrait pas négliger d'employer ce procédé.

Le plus souvent, on hésitera entre les incisions suivies d'une application de forceps, ou l'extraction du fœtus faite sans incisions préalables.

Les résultats donnés par la première opération ne sont guère

encourageants. D'autre part, la seconde méthode est une méthode aveugle et dangereuse. Ne pourrait-on pas agir avec profit en appliquant le forceps, en exerçant d'abord quelques tractions sur l'instrument et en faisant des incisions sur les points du col qui paraissent se tendre le plus?

Si on a recours à ce procédé, on n'oubliera pas que les incisions ne sont en réalité que le commencement de déchirures qui pourront se propager fort loin. On évitera donc de faire des incisions en avant où elles pourraient gagner la paroi de la vessie. Mais c'est là une règle qui ne pourra pas toujours être suivie. On devra souvent obéir aux indications spéciales à chaque cas particulier et inciser sur le point qui paraîtra en cédant faciliter le mieux l'extraction. Ajoutons que la plupart des auteurs donnent le conseil d'inciser dans le tissu musculaire plutôt que le tissu cancéreux. Les déchirures, ainsi faites, se propagent peut-être moins loin et l'hémorrhagie est peut-être moins grande.

B. *Enfant mort.* — S'il est indiqué de terminer rapidement l'accouchemennt (accident grave chez la mère, putréfaction fœtale) la conduite variera suivant le point où est arrivée la dilatation. Si elle est peu avancée, mais si on pense, en réduisant le volume du fœtus par l'embryotomie, pouvoir extraire le fœtus sans faire de trop grands délabrements, on aura recours à ce procédé. A fortiori, aura-t-on recours à cette opération si la dilatation était assez étendue.

La laparotomie serait indiquée dans le cas de rupture utérine ou bien si la présentation du fœtus et le volume de la tumeur rendaient l'embryotomie d'une exécution presque impossible.

Si la dilatation est complète ou presque complète. — La situation est ici beaucoup plus simple. — On interviendra pour terminer rapidement l'accouchement.

La rupture des membranes que nous avons déclarée être

mauvaise quand le travail est à son début, pourra être ici faite avec profit, que le fœtus soit mort ou vivant (1).

Pour pratiquer l'extraction du fœtus. — *Sile fœtus est vivant*, on n'aura pas recours à la version qui ne peut qu'être défavorable au fœtus, on emploiera le forceps (1).

On aurait au besoin recours aux incisions si une bride de tissu s'opposait à l'extraction. L'extirpation de la tumeur pouvait également ici être employée avec avantage.

*Si le fœtus est mort*, on aura de suite recours à l'embryotomie, pour peu qu'on prévoie une difficulté pendant l'extraction. Si la tête se présente, une basotrippsie permettra de terminer ai-

---

(1) CLVI. — *Dégénérescence cancéreuse du col. Sommet O. I. G. A. Accouchement naturel. Enfant vivant.* (MATERNITÉ, 30 septembre 1864.)

Envrand, fille Bouvière, vingt huit ans, a depuis sa seconde grossesse des règles irrégulières, un ecoulement leucorrhéique abondant accompagne de douleurs abdominales.

Le 13 septembre cette troisième grossesse, est arrivée à son huitième mois. Le Dr Trélat constate à l'examen fait au spéculum une dégénérescence cancereuse du col : la portion vaginale, et surtout la lèvre antérieure, est constituée par des bourgeons blanchâtres dont la surface était sanguinolente.

Le 29 octobre le travail se déclare franchement, le col s'assouplit dans sa portion postéro-laterale droite; les autres parties restent indurées.

La dilatation ne s'effectuant que peu, on rompt les membranes le 30 à trois heures du matin; une heure après l'accouchement était terminee. Enfant de 3070 grammes

**Mort de la femme** le 8 novembre : métro-péritonite. Infection purulente.

(1) CLVII. — WATELLE : *Des tumeurs cancéreuses de l'utérus au point de vue de la fécondation, de la grossesse et de l'accouchement.* (TH. PARIS 1870. Obs. IV.)

Il y a douze ans environ, le professeur Pajot fut appelé pour accoucher une dame atteinte d'un cancer de l'utérus; le tiers gauche de l'orifice était envahi par l'épithelioma.

La grossesse n'avait donné lieu à aucun symptôme ; elle était arrivée à son terme.

La dilatation fut très lente à se produire et se fit aux dépens des parties restées saines; elle fut insuffisante.

On fit une application de forceps.

*Enfant né vivant.*

**Sa mère succomba à la cachexie quelques mois après l'accouchement.**

sément l'accouchement, si on avait dû faire l'extraction par les pieds, la perforation et au besoin une basiotrippsie permettrait d'extraire la tête fœtale sans leser les parties maternelles.

---

(2) CLVIII. — Champetier de Ribes, remplaçant le Dr Budin, hôpital de la Charité : *Epithelioma du col de l'utérus.* (Thèse. de M. Barbulée.)

Femme de trente-huit ans, teint pâle, a eu trois enfants à terme, un à six mois et une fausse couche de deux mois. Elle était au terme de sa sixième grossesse; en travail depuis quelques instants. Elle a eu une métrorrhagie en juin et ses dernières règles datent du 20 septembre 1883. L'utérus offre une dureté insolite au palper; le toucher mène sur une lèvre antérieure molle, saignante et certainement carcinomateuse. Le col est à peine entr'ouvert. Le travail suit sa marche normale; le 26 juin à 7 h. 30 du matin, la dilatation est complète, la poche des eaux se rompt ; mais l'utérus cesse de se contracter et à 10 h. 30; le Dr Champetier fait une application de forceps sur la tête située dans l'excavation et placée en O. I. G. A. Le travail a duré douze heures. Délivrance naturelle.

*L'enfant est vivant*, pèse 3,450 grammes.

En pratiquant le toucher, on reconnaît en arrière une déchirure profonde du col. La dilatation a dû se faire aux dépens de cette portion, mais au bout de son extensibilité la tête en passant a dû la rompre et elle a cédé presque jusqu'au péritoine.

**La femme quitta l'hôpital dix jours après son accouchement dans un état satisfaisant.**

(3) CLIX. — Hermil : *Carcinome du col de l'utérus. Application de forceps dans l'excavation. Péritonite. Guérison.* (*In* Th. de Le Goupils. Paris, 1879, p. 21.)

B..., âgée de quarante et un ans, est à sa dixième grossesse. Dernières règles du 20 au 25 juin 1878. Elle fait remonter le début de son affection carcinomateuse au mois de décembre 1877.

Rupture spontanée des membranes le 2 mars à sept heures du soir. Début des douleurs le 3 à onze heures du matin; celles-ci continuent dans la journée. A quatre heures du soir on constate une présentation du sommet en O I G A, mais au toucher le doigt est arrêté par des fongosités cancéreuses volumineuses développées sur la lèvre antérieure du col; quelques portions sont indurées, les autres ramollies et friables. La lèvre postérieure paraît saine. Il s'écoule de la sérosité sanguinolente d'odeur caractéristique. L'orifice laisse passer le doigt; une heure et demie plus tard la dilatation est presque complète, mais elle s'est faite aux dépens de la partie postérieure du col et un peu des parties latérales. La partie antérieure se tasse et s'étend dans le sens transversal. A huit heures du soir, dilatation complète; la tumeur formée par la lèvre antérieure est repoussée en avant par la tête et est comprimée entre la tête et la symphyse pubienne. A neuf heures un quart, les battements du cœur se perçoivent difficilement et sont irréguliers. Application oblique du forceps, la branche postérieure est facile à appliquer, mais pour l'antérieure il y a quelques difficultés dues à la tumeur carcinomateuse. Tractions surtout en arrière; la tête dépasse peu à peu la masse cancéreuse et se dégage sans difficulté.

Quand l'accouchement se fait avant terme, on doit dans le choix des interventions se laisser guider par les mêmes considérations que si l'accouchement avait lieu à terme. Mais ici on ne doit pas oublier que le petit volume du fœtus rend possible l'extraction par les voies naturelles, alors qu'elle eût été impossible si l'accouchement s'était fait à terme. On se résoudra donc plus difficilement à recourir à la laparotomie, surtout si le fœtus est mort.

Dans l'avortement, le fœtus n'étant pas viable, il faut surtout prendre l'intérêt de la mère; l'extraction du fœtus par les voies génitales est plus rarement impossible.

Dès que l'accouchement est terminé il faut redouter les hémorrhagies de la délivrance. Leur traitement ne présente ici rien de spécial et on devra souvent recourir à la délivrance artificielle qui pourra ici être rendue difficile par la présence de nombreux lambeaux dus aux déchirures du col, et qui peuvent, si on ne fait attention, être pris pour le placenta. Il ne faut pas oublier que l'hémorrhagie n'est pas toujours due à de l'inertie utérine ou à un décollement incomplet du placenta. Bien souvent le sang vient des déchirures du col. L'application de pinces sur les points qui donnent du sang, le fer rouge, la compression devront être employés comme dans toute hémorrhagie due à cette cause.

Disons enfin qu'on ne doit pas oublier la facilité avec laquelle se sphacèlent les tissus cancéreux après l'accouchement. Pour limiter, autant que possible, les effets de cette complication, on

---

Délivrance naturelle.
*Le fœtus est insufflé et meurt le 16 mars.*
**Les suites de couches sont compliquées de péritonite, mais la femme guérit** et à sa sortie, le 1er avril, on trouve au toucher une masse cancéreuse du volume d'un gros œuf de poule, saignante, occupant la partie antérieure du segment inférieur de l'utérus.

a donné avec juste raison le conseil d'enlever immédiatement les lambeaux qui ont été arrachés en partie pendant l'accouchement. On se trouvera également bien de suivre la pratique de Gusseraw qui badigeonne le col avec une solution phéniquée très forte.

---

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


**Abegg**. *Monatschrift für Geburtskunde*. T. XXV, p. 27.

**Alonzo**. De l'atrésie du col pendant l'accouchement. *Union médicale*, 1860.

**Anger**. De l'atropine contre les douleurs du cancer, *Journal de médecine de Paris*, 1881, 13 août.

**Aran**. Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus (recueillies par le Dr Gauchet. Paris, 1858-1859.

II. Cancer de l'utérus, *Gazette des hôpitaux*, 11-13 septembre 1860.

**Armstrong**. On cauliflower excrescence of uterus. *Association medical Journal*, 16 janvier 1858.

**Arneth**. Geburtshülfliche, Praxis, 1851, p. 65.

**Arrott**. I. Morbid anatomy of the uterus, *British médical Journal*, p. 652, 25 juin 1870.

II. Case of malignant tumour of the os uteri excised during labour. *Médical and surgical transactions*. T. XXXI, p. 37-42.

**Artaud** (G.), (Paris). Sur la néphrite et l'hypertrophie consécutive du cœur par suite de la compression des uretères dans le cas de cancer de l'utérus. *Gazette médicale de Paris*, 4 août 1883.

**Ashwell**. *Guy's hospital Reports*, t. II, p. 247, 3 avril 1837.

**Astruc**. Traité des maladies de femmes. Paris, 1761-1765.

**Athill**. Case of myxomatous tumour springing from lip of uteri in a patient at full term of pregnancy; amputation of lip of os uteri four days before labour set in subsequent inflammation of knee joint Recovery, *Medical Presse. London* 1881. New. séries, T. XXXI, p. 249.

**Averdam**. Über die Behandlung des uterus krebses bei Schwangerschaft und geburt. Th. Wurzburg 1875.

**Baker** (H.). Traitement du cancer de la matrice. *American Journal of obstetrics*, avril 1882.

**Barbulée**. De la conduite à tenir dans le cancer du col de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Th. Paris, 1884.

**Barker Fordyce**. Some clinical observations on the malignant diseases of the uterus. *American Journal of obstetrics*, 1871. T. III, p. 519-540.

**Barnes**. I. Clinical history in the diseases of women, 1876.

II. Obstetric medicin and surgery. T. I, 1884.

**Bartholin** De insolitis partus viis, Hafniœ 1661 cap. III, p. 21. paragr. 6 (Th.) I Historiarum anatomicarum rariorum centuria I. Il est bien difficile de déterminer la nature de la tumeur, cause de tous les accidents. Cité par Bonnet (Sepulchretum, liv. III, section XXXVI, p. 378, obs. III) en ces termes : « Carnea in utero excrescentia Expleto gestationis, tempore femina Hafniensis haud sortis infimæ fœtum eniti nullo modo potuit. Extinctus embryo miseræ quoque matri accelerravit interitum. In aperto cadavere inventus quidem embryo sed adnata uter

orificio carnea excrescentia viam occlusit onmenque egressuro exitum intercepit. Hinc suffocatus embryo, denegato ad vitam metu frustra laborantem matrem aura maligna infecit. » *Extrait de Puchelt*, p. 58.

**Baudelocque (J.-L).** L'art des accouchements. Paris, 1796, 3e édit. T. II, p. 434.

**Bayle et Cayol.** *Dictionnaire des sciences médicales*. Article cancer. Contient un intéressant historique sur le cancer. T. III, p. 592.

**Beatty.** *Transactions association college physicians*, 1 vol. New. séries, p. 116.

**Bechmann.** Ein fall von Kaiserschnitt wegen Carcinoma uteri. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1877, n° 21, p. 293-294.

**Benicke.** I. Verhandlungen der Gynækologischen Section der natursforcher, 1876, Hamburg, *Archiv für Gynækologie*. T. X.

II. Beitrage zur Behandlungen der Gerbarmutterkrebses bei Schwangeren. *Zeitschrift für Geburstkunde und Gynækologie*, 1877. T. I, p. 337.

III. Du traitement du cancer utérin pendant la grossesse. Berlin, *Klin. Woch.* 1877, n° 30, p. 440.

IV. Uber Geburstorung durch. die weichen Geburtswege. *Zeitschrift für Geburtskunde und Gynæologie*, 1878. T. II, p. 232.

**Benjamin.** Grossesse et accouchement chez une femme ayant subi l'amputation du col utérin. *Philadelphia medical Times*, 16 février 1878.

**Bernardy.** Société obstétricale de Philadelphie, 4 juin 1885. *American Journal of obstetrics*, octobre 1885. Un cas de sarcome utérin compliquant la grossesse.

**Bezold.** Accoucha une femme atteinte d'un sarcome (?) monstrueux qui s'élevait jusqu'au-dessus de l'ombilic lorsque l'enfant eut été expulsée. La grossesse fut très douloureuse. Mère morte d'une rupture utérine. *Journal de Siebold*. T. II, p. 125.

**Bidder (A).** Ein fall von Trichterformiger Excision der Collum Uteri gravidir *Deustche medicin. Wochenschrift Berliner*, 1879, p. 193-195.

**Bileted. (A.)** (Kopenhagen). Zvei Falle von Schwangershaft und Gebürt mit Cancer colli uteri Komplicat. Howitz Gynækologie og obstetric Meddelelser. T. IV. P. 1. *Centralblatt für Gynækologie*, 1884, p. 128.

**Billard.** De l'opération césarienne. Th. Paris, 1842.

**Binswanger.** Opération de Freund *Centralblatt fur Gynækologie*, 1879, p. 4.

**Bischoff.** I. Uber komplikation von Schwangerschaft und carcinoma uteri. *Medicinische Gesellschaft zu Basel*, 7 octobre 1880.

II. Trois cas de grossesse compliquée de cancer utérin. *Corresp. Blatt fur schweizer Aerzte* 1881, 15 juillet, n° 14, p. 460.

**Blau.** Einiges Pathologisch. Anatomisch über den Gebarmutterkrebs Diss. Berlin, 1870.

**Blondeau.** Cancer utérin chez une femme récemment accouchée. *Bulletins de la Société anatomique*, 1849 juin, p. 43.

**Boër (L. J.)** Abhandlungen der Geburt-Inhalts. Wien, 1810.

Ce mémoire contient deux faits que nous ne pouvons connaître que par la citation de Hachmann et trop incomplètement pour que nous puissions les utiliser.

**Bohmer.** Actes des curienx de la nature. 1752. T. IX, p. 60.

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, enceinte pour la cinquième fois. L'auteur fit une application de forceps, celle-ci terminée, il introduisit la main dans l'utérus et sentit une masse charnue insérée sur le côté droit du col. La femme succomba neuf jours après l'accouchement. A l'autopsie on trouva un sarcome de l'utérus « sarcoma erat caro compacta, octo librarum ponderis, dextrorsum prope uteri ostium, ex ejus substantia enatum, successione evolutum, firmaque membrana, uteri membrana contiuna, tectum, substantia ipsius erat fibro vasculosa, relictis hinc inde interstitiis, sanguine coagulato plenis, vasisque arterioso-venosis ex ipso utero in dictum sarcoma progredientibus. » (*Extrait de Puchelt*, p. 59.)

**Boivin et Dugés.** Traité pratique des maladies de l'utérus, 1833. T. II, p. 52 et 56.

**Bonet.** Sepulchretum. Genève, 1679, T. II, livre III, section 38, obs. 3, parag. 10. p. 1379.

**Boudin.** Des accidents urémiques dans le cancer de l'utérus. Th. Paris, 1876.

**Bourgeois.** Mémoire. Académie de Médecine n° 25.

**Boyer**. Tumeur de la matrice, cancer (?) Avortement à cinq mois. *Bulletins de l'Académie de Médecine*, 1847, 19 janvier.

**Brandt**. Geburt bei carcinoma cervicis. Th. Berlin, 1881.

**Braxton Hicks**. Meeting of Obstet. soc. London, 1878, mai 1, *Med. Journals*.

**Breisky**. Relation entre l'ectropion du col et le cancer. *Wien. medicinische Wochenschrift*, 1877, nos 49-51. *Prager medicinische Wochenschrift*, 11 juillet 1877, no 28.

**British medical Journal**. Extirpation du cancer de l'utérus. Revue sur la mortalité après l'extirpation de l'utérus, 1883, T. II, p. 837.

**Brudwell (Exton)**. System of midwifery, London, 1751, case 19. Femme au dernier degré de consomption: violentes douleurs, pertes très fétides, utérus tout à fait squirrheux donne la sensation d'une tête d'enfant, grande dureté, autour de l'orifice utérin qui admet à peine un doigt. Accouchement prématuré à sept mois, délivrance artificielle, enfant mort. La femme survécut cinq ou six jours et succomba probablement à l'épuisement.

**Brummer**. Uber die Extirpation des uterus von der Scheide aus. Zuricher Dissertation, 1884.

**Burdach**. Carcinome uterin avec grossess. *Med. Zeit.* 1836, no 51.

**Burn**. Principles of midwifery, 7e édition, p. 96, note et page 401.

**Burton**. Traitement du cancer utérin inopérable. *British medical Journal*, 1813, août.

**Calmels**. Du cancer de l'utérus dans ses rapports avec la conception, la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Th. Paris, 1824.

**Cameron**. *British medical Journal*, 1883, T. II, p. 524. Contient la relation d'un cas de carcinome utérin ayant nécessité l'opération césarienne. Observation trop incomplète pour qu'on puisse l'utiliser.

**Canfield**. Carcinoma of the cervix uteri complicating labour. *The Am. Institut, Homœop*, 1879, Philadephia, 1880.

**Carrere**. Sur le cancer utérin. Th. Paris, 1874.

**Cazeaux**. Traité théorique et pratique des accouchements, Paris, 1870, 8e édit. revue et annotée par S. Tarnier, p. 722.

**Chailly-Honoré**. Influence des dégénérescences du tissu utérin sur la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. *Bulletin thérapeuthique*, 1846.

**Chalot**. Grossesse et accouchement compliqués de cancer utéro-vaginal. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 1881, T. III, 363-365.

**Champetier de Ribes**. In thèse de Barbulée. 1884.

**Champneys**. Sur la douleur dans le cancer utérin. *Transactions of the obstetric society of London*, 1881, vol. XXII, et. 1883.

**Chantreuil**. Du cancer de l'utérus au point de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement. Paris, 1872.

**Chaumont**. Des troubles urinaires qui compliquent le cancer de l'utérus. Th. Paris, 1874.

**Charpentier**. Traité pratique des accouchements. Paris, 1883. T. II, p. 266.

**Chiari (H.)**. I. *Klinik der Geburts*, 1855, no 676.

II. Uber drei Falle von primaren Carninom in fundus und corpus des Utérus *Wiener Medicinische Jahrbucher*, 1877, p. 3.

**Churchill**. I. Diseases of women. 5e édit. p. 366.

II. On the diseases of women. Dublin 1867. p. 386.

**Clarke**. I. On diseases of females Part I. p. 213.

II. On discharges. Part II. p. 57.

**Clay**. (J.) Sur le traitement du cancer des organes génitaux de la femme par une nouvelle méthode. *The Lancet* 1880. 27 mars, 21 octobre.

**Cohnstein**. De la grossesse et de l'accouchement compliqués du cancer de l'utérus. *Archiw. für Gynækologie*. Berlin 1873. T. V, fascic. 2, p. 366.

**Coote**. *Path trans.* 1859, 17 mai, vol. X.

Cet auteur déclare avoir trouvé dans l'utérus des os fœtaux longtemps après un avortement chez une femme morte avec un cancer utérin. Cette observation est très incomplète.

**Cormack**. *London Journal of médicin*. 1851, p. 212.

**Cornil et Robin.** I. *Journal de l'anatomie et physiologie* et *Gazette médicale de Paris.* 1865, 8 juil et.
Anatomie, physiologie, pathologie.
Tumeurs épithéliales du col de l'utérus.

**Cornil et Ranvier.** Manuel d'anatomie pathologique. T. I, p. 185.

**Coroenne.** Th. Lille. 1884.

**Courty.** Traité des maladies des femmes. Paris 1872. 2me édition, p. 1029.

**Crosse.** Midwifery, p. 49.

**Crouzat.** Epithélioma du col utérin, femme en travail pendant quatre jours. Forceps. Enfant vivant. Excision de la tumeur. *Journal des connaissances medico pratiques et de pharmacologie.* Paris 1879. p. 256.

**Credé.** Eine neue Methode der Extirpation des uterus. *Archiw für Gynækologie.* T. XIV, p. 430.

**Czerny** (Heidelberg) Beitrage sur vaginalem utérus Exstirpation. *Berliner Klinische Wochenschrift.* 1882. nº 46 47.

**Davis.** (D. V.) Obstetric medicin. p. 737. Cité par Herman, nº 16.

**Davis Hall.** Opération césarienne pour cancer du col. *The Lancet,* 1865. T. II. 26-27 décembre, p. 691.

**Decrozant.** Grossesse extra-utérine (fœtus de cinq mois), *Bulletin société anatomique* 1844, p. 260.

**Degott.** Du cancer de l'utérus considéré dans ses rapports avec les principaux actes de la génération. Th Paris, 1844.

**Delbech.** Cité par d'Outrepont. Cas Herman, 35.

**Deleurye.** Oblitération du col de l'utérus chez les femmes en couches. Paris 1860.

**Demarquay St-Vel.** Traité clinique des maladies de l'utérus. 1876, nº 534.

**Deneux.** Essai sur la rupture de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement. Th Paris. An XII, nº 278.

**Denman.** Introduction to the pratice of midwifery. 1824, 6e édit. p. 285. et T. II, p. 160.

**Deny.** De l'opération césarienne. Th Paris, 1884.

**Depaulis.** Cancer du col de l'utérus mettant pendant plusieurs jours obstacle à l'accouchement. Incisions faites sur la partie du tissu utérin restée saine. Forceps. Enfant vivant. *Archiv. de Tocologie* Paris 1879. T. VI, p. 695-697.

**Desormeaux.** In th. Robert, p. 136. T. V, p. 170.

**Devernoix.** Cancer de l'utérus dans ses complications du côté de la vessie et des reins. Th Paris, 1874.

**Devilliers.** Article Avortement. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Paris, 1867. T. IV, p. 304.

**Dieterich.** Der Krebs des Gebarmutters als complicatio der Geburt. Th. Breslau 1868, p. 11.

**Doler s.** Cancer du col de l'utérus. Grossesse de six mois environ ; accouchement spontan. avant terme. In Thèse Lance Briand, Paris 1885. p. 39.

**Dorrington.** *Provinc. med. et surg. Journ.* 1843, 7 octobre.
V. Grossesse avec épithélioma du col. *Brit. med. Journ.* 1882. T. I. p. 1882.
VI. *London obst. soc. transac.* 1882. T. XXIV.
VII. Grossesse compliquée de cancer du col. Opération césarienne, par Morres. *Brit. med. Journ.* 1883, p. 16.

**Dubois.** Incisions du col pour travail difficile. *Journal de médecine et chirurgie.* 1854, mars, p. 486.

**Dubois.** *Bullet. génér. de ther.* T. XXIV, p. 218.

**Dubreuilh.** *Lyon médical* 1871. Cité par Barnes, obstétric Works, p. 320 Rupture de la paroi antérieure de l'utérus dans un cas de dégénérescence encéphaloïde.

**Duncan William.** Extirpation de l'utérus. *Medical Times.* 1885, 7 février.

**Duncan.** *London, obstetric society.* 1885.

**Edis.** I Epithélioma du col de l'utérus pendant la grossesse. *Obs. soc. of Lond. The Lancet* 1875, 25 décembre. T. II. p. 910.
II. Epithélioma du col pendant la grossesse. *British medical Journal,* 1876. T I, p. 55.

III. Diagnostic du cancer au début. *British medical Journal*, 1879. p. 287.
IV. Cas de grossesse avec épithélioma du col. *Brit. med. Journ.* 1881. T. II. p. 957.

**Edmunds James**. *The Lancet*, 1861. T. I, p. 4. Cité par Laborde, p. 39.

**Ehrendorfer**. Zur Casuistik der Kaiserschnitt operationen. *Archiv für Gynækologie*. T. XX, p. 107.

**Engstron Otto**. Uber vaginale total Exstirpation der Gebarmutterwegen maligner Neubildungen (Habilitationschrift Helsingfors, 1883, p. 83.)

**Ernst E** Die Geburtshulflichen Indicationen bei Gebarmutterkrebs. Th. de Strasbourg, 1882.

**Eve**. *Edimburg monthly medical Journal*, octobre 1847, p. 289.

**Fel enreich**. Cancer de l'utérus dans la grossesse et l'accouchement. *Wiener medicinische Presse*, 1883, p. 33.

**Fergusson**. Polyposes Funduscarcinom. *New-York medical record.*, 12 mai 1883.

**Fidelin**. Cancer du col. Son influence sur la grossesse et l'accouchement Th. Paris, 1844.

**Féré et Caron** Statistique des complications du carcineme de l'utérus d'après 51 autopsies faites à la Salpêtrière, 1881-83. *Progrès médical*, 1883, n° 52.

**Fifield** Travail compliqué de cancer du col de l'utérus. *Boston medical and surgical Journal*, 18 octobre 1877. P. 4 3

**Fischel**. I. Die Erosion in das Ectropion. *Centralblatt für Gynækologie*, 1880. P. 5 5. *Annales de Gynécologie*, 1881.
II Uber einige Veranderungen des Epithels beim chrnischen Katarrh des Collum Uteri. *Centralblatt für Gynækologie*. 1885. P. 3 0.

**Fischer**. Einige schwierige Geburts falle. *Zeitschrift für Wundartze ü Geburstheffer*, 1885. T. XXXVI, p. 1.

**Fischl** Placenta prævia mit Carcinom des Uterus. *Allgemeine med. et Zeit*, 1864. T. IX, p. 8.

**Forget**. *Gazette médicale*. 1851.

**Fœrster**. Handbuch der pathologisch Anatomie, 1865. T. I.

**Foug irol**. De l'opération césarienne. Th. Paris, 1840.

**Fra khauser**. Schmidt's Jahrbucher, vol. CLXII, p. 149 (*Schweiz. Corr. Bl.* IV, 1-1874.

**Frommel**. Zur operation Therapie des Cervixcarcinon in der complication d. Gravidital. *Zeits f. Geb und Gyn*. T. V, p. 2.

**Freudenberg** (G.-B.). Retroversion et enclavement de l'utérus gravide, avec complication de cancer, la grossesse continuant jusqu'à terme. *American Journal of obstetrics*, juillet 1877, vol. X, p 462-466.

**Galabin**. I. Deux cas de grossesse compliquée d'une affection maligne étendue au col de l'uterus. *Transactions of the obstetric society of London*. Vol. XVIII, p. 286.
II. Sarcome médullaire du col de l'utérus (forme rare), *British medical Journal*, 1879. T. I, p 82.
III. A case of pregnancy complicated by cancer of the cervix uteri, followed by pyemia associated with symptoms simulating diphteria. *American Journal of obstetrics*, 1881, n° 7, p. 911-915.
IV Coupes microscopiques du cancer de l'utérus. *British medical Journal*, 1881. T. II, p. 49.
V. Two cancerous polypi from the cervix uteri removed during pregnancy Both instances of a rare combination that of myoma with cancer. *Tr. obst. soc. Lond.*, 1879. T. XX, p. 82.

**Gallard**. Leçons cliniques des maladies des femmes. Paris 1873, p. 598.

**Galton**. (J. H.). Une opération césarienne. *The Lancet*, 4 juin 1881, p. 909.

**Gasc**. *Revue médicale française et etrangère*, 1822. T. VII.

**Gérard** Remarques pratiques sur les maladies de la matrice pendant la grossesse, sur les accouchements à terme et avant terme. *Transactions médicales*. Paris, 1833, septembre.

**Gindre**. Th. Paris, 1 39.

**God f oy**. Oblitération complète du col. Opération césarienne. *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1862.

**Godson.** I. Epithélioma étendu du col de l'utérus. Délivrance. *British medical Journal*, 1877, 24 février, p. 231.

II. Cancer du col enlevé pendant la grossesse sans avoir provoqué d'avortement. *British medical Journal*, 1883. P. 362.

**Gonner.** Zur Therapie der durch Carcinom des Uterus complikaten Schwangerschaft und Geburt. *Zeitschrift für Geburtshulfe und Gynækologie*, 1884. T. X.

**Gonthier Marcellin.** Sur les cancers qui peuvent s'opposer à la dilatation du col dans l'accouchement. Thèse 1869, n° 9.

**Greenhalgh.** *Obst. Trans.*, v. IX, p. 241, and *British med. Journ.*, 1867, v. II, p. 491.

**Gressot.** Obstacles à l'accouchement par le col. Th. Paris, 1839.

**Grisolle.** Traité de pathologie interne.

**Guérin.** Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux. Paris, 1878, p. 88.

**Guichard.** Cancer du col utérin guéri par des injections interstitielles d'une solution de chlorure de zinc à 5 0/0. *Annales de gynécologie*, 1877, février, mars.

**Guillemin.** Considérations sur des états du col faisant obstacles à l'accouchement spontané. Th. Paris, 1855.

**Gusserow.** *Sammlung klinischer Vortrage*, n° 127.

**Hachmann.** *Siebold's Journal für Geb.* Bd XV. p. 602-626.

**Handford.** Diagnostic du cancer. *British medical Journal*, 1886, 20 mars.

**Harlin.** De l'amputation du col pendant l'état de grossesse. *Inaug. diss.* Tübingen. 1879.

**Hausman.** Einige Versuche uber die Verkung des Aertz kali auf die Krebse und Sarcome. *Berliner klinischer Wochenschrift*. 1877. n° 17.

**Hecker.** Zur Symptomatologie der und volkommener Gebarmutter Zerreissung. Monatsch. *fur Geb.* T. XXXI. p. 292-296.

**Hedrich.** *Neue Zeitschrift für Geb.* T. XV. p. 474.

**Heilbrun.** Uber die Komplikationen der Schwangerschaft und Geburt mit Gebarmutter Krebs. Diss. Würzburg 1884.

**Herman.** (G.E) Du traitement de la grossesse compliquée de cancer des voies génitales. *Transactions of the obstetrical society of London*, vol. XX, p. 191 et 1882. T. XXIV.

**Hermil.** In thèse Legoupils. Paris 1879, p. 21.

**Hesse.** *Archiv von Horn u Nasse*, 1832 novembre et décembre. Rapporté par Hachmann.

**Graily Hewit.** The diseases of women 1882. 4e, p. 644 à 646.

**Hioze.** Uber eine Amputation Colli Uteri. Gesellschaft für geburtshulfe. Leipzig 1881, 17 janvier.

**Herbert Snow.** Traitement du cancer utérin par la potasse caustique. *British. medical Journal*. 1885 2 mai, p 895.

**Hodge.** Principles and practice of obstetrics. 1864. p. 519.

**Hofmeier.** Uber Carcinom Statistk. *Centralblatt für Gynækologie*, 1884, p. 412.

II. Zur Statistik des Gebarmutterkrebses und seine operative Behandlung. *Zeitschrift für Geburtskunde und Gynækologie*. X. 1884.

**Holland.** Observations sur le traitement du cancer de l'utérus par la « Térébentine de Chio » *British medical Journal*. 1883, p. 560.

**Horlacher.** De Sarcomati uteri dissertatio inauguralis. Onoldi, 1820. Cite l'exemple d'une femme qui accoucha facilement, mais succomba à une hémorrhagie de la délivrance. A l'autopsie on trouve : « in utero, expanso versus sinistrum sub membrana externa sarcoma quatuor digitos latum, et in dextra parte quinque minora steatomata. » (Puchelt' p. 61).

**Horteloup.** Observation présentée à la société de médecine du IIe arrondissement. *Bulletin général de thérapeutique*. 1846, p. 429.

**Houbert.** Essai sur les accouchements difficiles par cause inhérente à la mère. Th. 1847.

**Hugensberger.** *Pétersburg medicinische Zeitschrift*. Bd. IV, p. 119.

**Hyernaux**. Dystocie pour cancer de l'utérus; présentation de l'épaule. Décollation. *Annales de la société medico chirurgicale de Liège*. 1875, août septembre. p. 304.

**Jacobi**. *The american Journal of obstetrics*. 1868. V. I, p. 83.

**Jennings**. *Obstetrical transactions*. 1883.

**Joerg**. Schriften zür Beforderung der Kenntniss des Menschlechen Weibes, 1812. p. 250.

**Jogand**. Causes nécessitant l'intervention de l'art dans les accouchements. Th Paris, 1846.

**Johnston**. Report of rotunda hospital. 1871.

**Kaltenbach**. Sectio cœsarea wegen Carcinum des Rectum. *Zeitschrift für Geburtskunde und Gynækologie*. 1879. T. IV, p. 2.

**Kay**. (J. W.) *The Lancet*. 1870. vol. II, 876.

**Kilian**. Handbuch der Geburts, von Burns. 1834. p. 112.

**Kiwisch**. I. Klinik. Vortraege Krankeiten der Gebarmütter Prague. 1845 p. 452.
II. Klinische Vortrage Prague 1854, vol. I, p. 510-549.

**Klob**. Pathologisch. Anatomie. der Weiblicher sexual organen. Wien. 1864. p. 17.

**Kuohenmeister**. Uber Entstehung des Blumen Kohlgewachses der Gebarmutter Œst. Zeitschrift fur prakt Heilkunde. 1868. T. XIV, p. 6.

**Kürsteiner**. Beitrag zür Casuistik der Beckengeschuwieste. Dissertatio inauguralis. Zurich, 1863.

**Kussert**. Uber Sarcoma Uteri Th. Breslau, 1873.

**Laborde**. Etude sur le cancer de l'utérus dans ses rapports avec la fécondation, la grossesse et l'accouchement. Th. Paris, 1874.

**Lablenié**. De quelques obstacles à l'accouchement. Th. 1849.

**Lachapelle**. Pratique des accouchements. Paris. 1825. T III, p. 368 à 376.

**Laubreis**. Zwei Beobachtungen von Schwangerschaft und Geburt beym Scirrhus und Carcinom des Gebarmuttermundes und Halses. *Siebold's Journal für Geb*. 1827. T. VI. p. 398-409.

**Lauverjat**. Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne. 1788.

**Lawson Tait**. *British med. Journ*. Soc. 188-, 10 avril.

**Lee Robert** I. *Guy's hospit. Reports*. 1842. avril.
II. Clinical Midwifery. 1848. 2e édit. p. 90-91.

**Le Goupils**. Du cancer de l'utérus au point de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement. Thèse Paris, 1879, n° 390.

**Lever**. (J. C. W.) I. Statistical notice of hundred and twenty cases of carcinome uteri. *Medical surgical transactions*. 1839, 2e série. T. IV, p. 257 ou T. XXII.
II. Observations on pelvic tumours obstructing parturition, with cases. London, 1842.
III. Organic diseases of the utérus, p. 219-221-224.

**Levret**. I. Induration du col utérin. Mémoire de l'Académie de chirurgie. T. XI.
II. Essais sur l'abus des règles générales et contre les préjugés qui s'opposent aux progrès de l'art des accouchements. 1766, Art. XIII, p. 1-163.

**Liebman**. Clinical notes of the early of cancer of the cervix. *Obstetric transactions*. 1875, vol. XVII, p. 66.

**Lieven** Schwangerschaft bei Carcinum des Uterus. St-Pétersburg. *Médicinische Wochenschrift*. 1879. T. IV, p. 294.

**Lisfranc**. I. *Gazette médicale de Paris*. 1834, n° 25.
II. Maladies de la matrice et de ses annexes. *Gazette medicale de Paris*. 1834, mars.

**Littré**. *Hist. de l'Académie des Sciences*, 1706.

**Lœwenhardt**. *Neue Zeitschrift für Geburtskunde*. T. XII, p. 389.

**Lumpe**. *Œst Zeitschrift für Heilk*. 1860, n° 43.

**Macdonald** (Angus). *Edimb. med. Journ*. 1868. T. XIII, p. 767.

**Mackenzie**. The diagnosis of cancer. *British medical Journal*. 1886. 10 avril.

**Malassez** *Archives de physiologie*. 1876. p. 353.

**Malgaigue**. In Chantreuil, p. 75.

**Martel**. Cancer encéphaloïde du col et du vagin. Accouchement spontané à sept mois et demi, enfant mort. *Archives de Tocologie*. 1877, p. 745.

**Martin.** (le jeune). Mémoires de médecine. Paris 1835, p. 278-290.

**Mathieu.** Thèse Paris, 1872.

**Mattéi.** De la dystocie par oblitération complète du col. *Bulletin de l'Academie de médecine de Paris.* 1862, juillet. T. XXVII. p. 969.

**Menzies** (P. R). Cas de carcinome de l'utérus dans lequel la grossesse se prolonge jusqu'au dix septième mois. Péritonite suraiguë. Mort. *Glasgow medical Journal.* 1853, juillet V. 1, p. 2 et 129.

**Mauriceau.** Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. Paris. 1731, 6e édition.

**Meigs.** Obstetric Works. 4e édit. p. 720.

**Meissner.** I Forschangen d. 19. Jahrbuch. T. II. p. 357.
II. Fortschritte der 19. hundert Jahrbuch 1853. T. IV. p. 62 Cas cité par Herman n° 32.

**Merriman.** Lee's clinical midwifery, 2e édition, p. 92.

**Michaelis.** *Loders journal.* T. III, p. 639. *Neue Zeits für Geb.* 1836. T. IV, p. 176.

**Mi hel.** (M.) Pregnancy and parturition with a cancerous cervix uteri. *North Car, medical Journal,* Wilmington, 1883, T. XII, p 4.

**Michel** Gebarmutterkrebs mit regelmassigem Verlauf der Schwangerschaft und der Geburtsats. *Wurtembeirg Correspondenz Blatt.* 1845, n° 21.

**Miller James.** Cas de grossesse compliquée de cancer utérin. *London and Edimburgh medical Journal.* 1844, avril, p. 279.

**Monod** (G.). La section du col de l'utérus est-elle une opération rationnelle, et dans le cas d'affirmative, indiquer les circonstances dans lesquelles il faut y avoir recours. Th. agrégation. Paris 1833.

**Montgomery.** I. Sur la première période du cancer de l'utérus. *Dublin Journal of medicin science.* 1842. Extrait des archives, 3e série, T. XIII, p. 487.
II. Signs and symptoms of pregnancy. London 1863.

**Müller.** (C J.) Ausschneidung von stricken der Portio zur stellung der Diagnose. Annales de la société de médecine d'Anvers 1884, avril. *Centralblatt für Gynækologie,* 1884, p. 526.

**Mundé.** Epithélioma du col. Amputation pendant la grossesse. Pas de récidive quatre mois après l'opération. *American Journal of obstetric.* 1882. p. 912.

**Natal.** In Chartrenil, p. 57.

**Neyronis.** Dictionnaire des sciences médicales. T, IV. p. 237.

**Nicnet** Considérations sur les incisions du col dans les accouchements. *Journal de médecine de Lyon,* 1847.

**Noël.** (Genevensi). In Bonet sepulchretum. T. II, p. 1374.
« Uxor maxima cum difficultate fœtum edit, eo exluso tumidus nihilominus venter remansit et die sequente partum mori ur enixa Uterus valde crassus et per totum ambitum scirrhosus, tres digitos spissitudine æquans, inventus est. »

**Newman** (W.) Case of cœsarean section. Recovery of mother. Child not viable. *Obs. trans* 1867. v. VIII.

**Oldham** Cas de grossesse compliquéde cancer utérin. *London Journal of medicine.* 185 , p. 206 (Observation XX de Chantreuil.)
II. *Guy's hospital Reports* 1851, T. VII. p. 426.

**Olshausen.** *Berlin. Klin. Woch.* 1881, n° 35-36 *Klin. Beitrage. z. Gyn.* 1883.

**Oswald.** *Siebold's Journal.* 1825, p. 156.

**Outrepont** I. Abhandlungen und Beitrage zur Geburth 1822 1re partie. p. 276.
II. Influence des maladies organiques de l'utérus sur la fonction de la génération. *Geimeinsame deutsche Zeitschrift.* 1829. T. IV, 1er cahier, p. 52.
III. *Revue medicale,* 1829.

**Pachur.** Schwangerschaft bei ausgebildeten mutterkrebse und darauf 4 Monate erfolgte abortus. *Casper's Wochenschrift.* 1838, n° 46.

**Pan.** *Archiv. de Tocologie* 1880, juin-décembre.

**Pedelaborde.** In Chantreuil, p. 28.

**Pfannkuch.** *Archiv für Gynækologie.* T. VII, p. 169.

**Pichot.** Etude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus. Thèse Paris 1877.

**Playfair.** *Obstetrical transactions.* 1869, vol. X, p. 58.

**Polk.** anatomie chirurgicale de l'Uterus gravide. *New-York med. Journ.* 1884. 3 mai. p. 485.

**Potter.** (J. B.) I. Meeting of obst. soc. London. 1878, mai.
II. Cas of pregnancy complicated with malignant growths in the vagina and rectum. *Tr. obst. soc. Lond.* 1879 v. XX, p. 110-113.

**Prochownik.** *Uber die anskratzung der Gebarmutter sammlung Klinischer Vortrage*, n° 193.

**Puchelt.** Commentatio de tumoribus in pelvi partum impedientibus. Heidelberg. 1840.

**Putegnat** Quelques faits d'obstétrique. 1871 p. 87. *Journal de médecine de Bruxelles.*

**Ramsbotham.** Medicine and surgery. 5e édit. p. 244.

**Reeves Jackson.** *American journal of obstetrics.* 1883, vol. XVI. p. 1086.

**Riberau.** Obstacles apportés par le col à l'accouchement. Th. Paris 1842.

**Richet.** Ecole de médecine, 2 février 1874.

**Richter.** Diagnostic des érosions de la portion vaginale de l'utérus. *Berliner Klinische Wochenschrift* 1879. n° 1.

**Rœderer.** Opuscula medica. De cirrho uteri, p. 251.

**Rouivue** Du sarcome de l'utérus. Th Zurich. 1876.

**Rokitansky** Entfernung eines Carcinoms labii post. cervicis uteri. *Wiener medicinische Zeitschrift* 1881, n° 48

**Roulston.** Cas de tumeur maligne du vagin compliquant la grossesse. *Association medical Journal.* 1856 p 830.

**Ruge.** I. Diagnostic gynécologique. *Berliner Klinische Wochenschrift.* 1879. n° 1.

**Ruge Veit.** und Der Krebs der Gebarmutter, Zeitschrift für Geburtshulfe und Gynækologie. 1881. T. VI. p. 2.

**Ruge** (C Berlin.) II Uber die Erosionen der Vaginalportion, so eben ein kritischer Uberblick uber deren Litteratur. *Zeitschrift für Geburtskunde und Gynækologie.* 1882. T. VIII.

**Ruttledge.** Uber die complication der Schwangerschaft und Geburt mit Gebarmutterkrebs. Inaug. Diss. Berlin 1876.

**Sabcès.** Traité théorique et pratique des accouchements. Paris 1873.

**Sandifort.** Observationes anatomicæl pathologicæl. Liv. I. p. 111. Cite un fait dans lequel une femme avorta à six mois et mourut peu après. A l'autopsie on trouva (Puchelt, p. 61) : « Sarcoma fundo uteri prognatum et sex libras cum. uterus pendens. Qui quidem tumor undique membrana uteri erat obductus. »

**Sandau.** *Archiv für Gynækologie.* T. X, p. 401.

**Sanger.** Uber die palliative Behandlung des carcinoma Uteri. *Gosellschaft für Geburts hulfe Leepzig. Sitzung rom.* 1883, 16 *avril*

**Savory.** Epithélioma du col. Femme enceinte. Ablation. Accouchement. Enfant bien portant. Society obstetric. London in the *Obstetric Journal.* 1875, avril p. 47.

**Scanzoni.** Lehrbuch der Geburtsh. 1867. T II, p. 239.

**Scharlau.** Hypertrophische Verlangerung der vorderen Muttermundslippe wahrend der schwanherschaft spontaninvolution in Woechenbette. *Beitrage zur Geburtshülfe u. Gy.* 1873. p. 22.

**Scharpless.** Froriep's notizen 1826. Cité par Hachmann. *Siebold's Journal für Geb.* 1. XV. p. 625.

**Schatz.** Ablation de cancer sans avortement. Gisellschaft für Geburtshülfe en Leipzig. 1872, 27 mai. *Archiv für Gynækologie.* p. 161.

**Schele.** *Bayer. Aerztl. Intel-Blatt.* 1870. p. 298.

**Schmitt.** Carcinome du segment inférieur et du col. Obstacle mécanique à la dilatation. Grossesse paraissant avoir duré plus de dix mois. Mort du fœtus. Phystométrie. Extraction d'un fœtus putréfié hydrocéphale. Délivrance artificielle. Septicemie aiguë. Mort de la femme. Autopsie. *Archives de Tocologie* 1876. p. 111.

**Schœffer.** Zur Casuistik der Sectio cæsarea bei Carcinoma der Weichen Geburtswege Th. Breslau 1876, 16 février.

**Scholz.** Cité par Chantreuil. p. 48. Par Hermann cas 114. Son observation est analysée en ces termes par Puchelt (Comm. de tumoribus in pelvi Heidelberg 1840 p. 84.) qui l'a empruntée à Bonet (Sepulchretum. édit. 1679. p. 1373 552.) : « matrona tertium gravida, instante partus tempore urgentibusque doloribus, frustrato fœtum edendi labore, tandem summo languore victa occubuit. Itaque sectio facta est, quæ uterum infra laceratum et ulcere quasi perforatium fœtum que extra situm inter intestina prodidit. Sed uterus in fundo quoque dissectus ad palmae crassitudinem scirrhosa duritie tumidus apparuit. »

**Schrœder** (R.) I. Handbuch der Krankreiten der Weib. Leipzig 1874. p. 270.

II. Cancer et grossesse. *Archiv. f. Gyn.* 1876. T. X, 406

III. Lehrbuch der Geburtshulfe. Bonn. 1877, 5e édit. Cancer pendant la grossesse, p. 391. Cancer pendant l'accouchement, p. 486.

IV. Opération césarienne pour carcinome du col. Enfant vivant. Mort de la mère le cinquième jour. Présentation de l'utérus dont toutes les suturese ont déjà cédé. *Berlin. Klin. Wochens.* 1880, 2 février.

V. Sur un accouchement chez une femme atteinte de cancer du col, (fœtus mort, absence de dilatation du col, extraction par les voies naturelles après raclage des nodosités; mort dans le troisième septenaire. *Berliner Klinische Wochenschrift.* 1880, 26 avril, p. 250. n° 17.

VI. Uber die theilwiise und wollstandige Ausschweiding der Karcinomatisen Gebarmutter. *Zeits. f. Geburs. und Gyn.* T. VI, p. 2.

VII. Krankeiten der weiblichen Geschlechtsorgane. Ziemssen Handbuch. T. X. p. 264.

VIII. Die vaginal Extirpation des Utérus Carcinoms. Brit. med. Assoc. 1863, août.

**Schrœder Hofmeier.** *Zeitschrift für Geburtskunde und Gynækologie.* T. X.

**Siebold.** Uber den Gebarmutterkrebs Berlin 1824.

In Meissner Fortschritte der 19 Jarhundert. T. II. p. 357.

**Siebold,** (Ed. G. J.) De scirrho et carcinomate uteri, adjectis tribus totius uteri extirpationis observationibus p. 579.

Journal f. Geb. T. III. p. 51. cité par Benicke. *Zeitschrift f. G.* T. I p. 350.

**Siebold Elias.** *Journ. für Geburt.* 1819. T. III, p. 49. et T. VII, p. 536.

**Sieboldi Lucina.** Marbourg 1809. T. V. p. 121.

**Simon.** Mémoires de l'Académie de chirurgie. T. V. p. 338, et 1753, p. 319.

**Simpson.** Trad. par Chantreuil, p. 450-720.

**Simpson.** Un cas d'amputation du col. Grossesse subséquente. *Ann. d'obstetr.* 1843, novembre.

Société obstétricale d'Edimbourg, 10 février 4848. *Medico chirurg. transactions.* T. XXXI. p. 38.

**Simpson.** (A. R.) I. Carcinoma cervicis utéri et orificii urethra terminating fatally by rupture of the uterus. *Tr. Edimburg obstetrical society* 1879.

II. Carcinoma vaginœ in a pregnant female. *Th. Edimburg obstetrical Society* 1879.

III. *And contributions to obstetrics and gynækologie* 1880, p. 205.

IV. *Obstetrics Works. Watt Blac's*, p. 498.

V. *oc. med. chir. d'Edimburg.* 1854.

VI. *Association. med. Journ.* 10 février, 1854. p. 137.

**Sims Marion.** Epithélioma du col. *British medical Journal.* 1876, p. 277.

Sur le traitement du cancer du col. *American journal of obstetrics.* 1879. juillet.

**Smith Heywood.** *Obstetrical transactions.* 1873. T. XIV, p. 67.

**Snirely.** Carcinomatous disease of the uterus; pregnancy 10 1/2 m. term; death *Med. and surg. reporter.* Philadelphia. 1880.

**Sommer.** Stark's archiv. f. Geb. 1791. T. III. p. 288.

**Souladié** Obstacles apportés par le col à l'accouchement. Th. Paris 1840.

**Spaeth.** *Wochenblatt d. Zeitsch Wiener Aerzte.* 1855 n° 14.

**Spiegelberg.** In Chantreuil. p. 78. Archiv. f. G T. III. p. 234. *Monatsschrift f. G.* T. XI. p. 111. Lehrburch der Geburtshulfe. s. 395 p.

**Stein.** (W.) Die Lehr. Anstalt d. Geburtshulfe zu Bonn 1823. Elberfeld. p. 163.

**Stewart**. *Amer. Journ of obstet.* 1885, juin, p. 577.

**Stricker**. De uteri scirrho et carcinomate cum graviditate complicatis. Diss inaug. méd. Berlin 1820. p. 22.

**Tanner** T. H. A clinical report on cancer of the female sexual organs. London. 1863, *Trans. of the obst. soc. of London.* 1863. T. IV, p. 243.

**Tauffer**. Kaiserschnitt wegen Carcinom des Cervix und der scheide Bemerkingen uber die Gebarmutternaht mit catgut. *Deutsche Med. Woch.* 1876.

**Taylor Michael**. On Caulifjower excrescence of the uterus with cases. *British medical Journal.* 1878. T. II. p. 732.

**Teallier**. Du cancer de la matrice, de ses causes, etc. Société de médecine de Lyon. Paris 1836, T. XIX, p. 322.

**Testeau**. Du cancer de l'utérus et des tumeurs fibreuses de l'utérus envisagée dans leurs rapports avec la grossesse. Th. Paris, 1872, n° 49.

**Todd**. Extirpation d'un cancer de l'utérus chez une femme enceinte de deux mois. Accouchement à terme d'un enfant vivant. *Pacific med. and surg. Journ.* 1872 décembre et *Med. Presse and circul.* 1873. 10 septembre.

**Toporski**. Inaug. dissert. Breslau 1884.

**Torio** (J. A.). Essai sur l'hystérotomie pratiquée dans certains cas d'accouchements. 1818, n° 257.

**Tisserant**. De la non-dilatabilité du col de l'utérus comme cause de dystocie. Nancy, 1882, n° 152.

**Tissier**. Quelques considérations sur la résistance du col. Th. Paris, 1860.

**Troussel**. Académie de médecine, 2 janvier 1829. Présentation faite par Amussat.

**Turnbull**. Case of cancer of the uterus during pregnancy : safe delivery to mother and child. *The Lancet London* 1880. T. VII, p. 891.

**Turner** (Sidney). Ablation d'une tumeur utérine pendant le travail. *Brit. med. Journ.* 1880, juillet 31, p. 167.

**Valenta**. Verhandlung der Gynæk. sect. der Naturfzurscher. Versammlung. Hamburg. *Archiv. fur Gynækologie.* 1877, T. X, p. 405.

**Velpeau**. Traité des accouchements. T. II.

**Wagner**. Der Gebarmutter trebs. Leipzig, 1818. p. 34 et suiv.

**Wallstein**. *Monatschrift f. G.* VIII, p. 185.

**Watelle**. Des tumeurs cancéreuses de l'utérus au point de vue de la fécondation, de la grossesse et de l'accouchement. Th. 1870.

**Weigt**. (E.) Die radical Operationen bei Uterus Carcinom. Eine historisch-kirtische Untersuchung. Inaug. diss. Hal'e 1881.

**Wells**. Case of excision of a gravid uterus with épithel. of the cervix with remarks on the operations of Blundell, Freund and Porro. *Med. chir. London* 1882. T. XV. p. 25.

**Welponer**. I. Klinische Bericht der Geb Klinik de Prof. Gust. Braun 1874. Wiener medicinische Presse 1878. p. 84-43.

II. Rétrécissement cicatriciel du col utérin consécutif à l'amputation galvano caustique d'un carcinome de la portion vaginale. Rupture du col pendant l'accouchement. Mort. *Wiener med. Presse* 1880 n° 22.

**West**. Lectures, on diseases of women. London, 1879, 4e édit. p. 390 (Lectures XIX, XX, XXI.

**Whyte** (W. J.). Encephaloïd cancer of the uterus, complicated with pregnancy. Tr. Wisconsin. M. Soc Milwaukee. 1879. T. XIII, p. 182.

**Wiener**. Uber carcinoma uteri als Schwangerchaft and Geburts, — complication. Bres'au. *Aertzt l. Zeitschrift.* 1880. T. XI, p. 37, 39, 49.

**Wikel**. Die operationen beinc Gynœk. Gravidis. Gesell. Zu Breslau, 1884, 2 juin.

**Wirchow**. *Monatschr. für Geburts.* V. X, p. 4.

**Ygonin**. Des obstacles que le col utérin peut apporter à l'accouchement. Paris, 1853 ou 1863.

**Ziegler**. Vitia orificii uteri. Berol, 1829.

**Zeppenfeld**. Diss. sistens casumm singularem carcinomatis uteri cum graviditaie. conjuncti. Berol, 1828.

**Zweifel**. Verhand der Gyn. Sec. der Naturfosrcher. Versammlung. Hamburg, 1876. *Archir f. Gyn.* T. X, p. 405.

# TABLE DES MATIÈRES

Paris. — Imprimerie G. Rougier et Cie, 1, rue Cassette.

Paris. — Imprimerie G. Rougier et Cie, 4, rue Cassette.